

Проф. И. Л. БРАУДЕ

*доктор медицинских наук
заслуженный деятель науки*

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ • 1952 • МОСКВА

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сорок лет научной и педагогической деятельности, в которой видное место занимала разработка вопросов оперативной гинекологии, налагают, вам кажется, на автора обязанность поделиться своим опытом.

Настоящее руководство рассчитано прежде всего на врачей, которые хотят специализироваться в области оперативной гинекологии. Вместе с тем мы надеемся, что оно окажется полезным и для специалистов акушеров-гинекологов.

В соответствии с запросами будущих читателей мы считаем целесообразным отступить от обычного распределения материала.

В руководствах по гинекологии принято распределять материал либо по заболеваниям отдельных органов (влагалища, матки, яичников), либо по болезненным процессам, охватывающим различные органы женской половой сферы (воспалительные процессы, смещения или неправильные положения половых органов, новообразования и т. д.). Иногда материал распределяется по смешанному принципу; в основу кладется распределение по заболеваниям органов, но особо выделяются болезненные процессы специфической этиологии, как женская гоноррея, туберкулез женских половых органов и т. д. Что касается руководства по оперативной гинекологии, предназначенного для врачей, специализирующихся и совершенствующихся в области гинекологии и, следовательно, уже вполне владеющих ее основами, целесообразно, с нашей точки зрения, отступить от указанных выше принципов, положив в основу тот принцип, по которому молодые врачи обучаются в клиниках оперативной гинекологии. Здесь они начинают с ассистирования на операциях. При этом очень важно в дидактическом отношении, чтобы молодые врачи вначале участвовали в простых операциях и лишь постепенно переходили к ассистированию при более сложных вмешательствах. Еще важнее, чтобы данный принцип соблюдался тогда, когда молодой врач начинает оперировать при непосредственной ассистенции старшего товарища, а затем самостоятельно в присутствии и под наблюдением руководителя. Постепенный переход от более легких к более трудным операциям лучше всего дает возможность специализирующемуся овладеть предметом.

Менее трудными и в большинстве случаев менее опасными являются операции, не связанные со вскрытием брюшной полости. Поэтому целесообразно, чтобы врач, изучающий оперативную гинекологию, начинал с выполнения небольших и технически простых операций на наружных половых органах, влагалище, шейке матки и в полости матки.

После того как врач овладеет этими операциями (под понятием «овладеть» понимается не только техническая сторона операции, а весь комплекс вопросов, связанных с операцией, и прежде всего с показаниями

и противопоказаниями к ней), переходят к тем разделам оперативной гинекологии, с которыми чаще всего встречаются в практической работе. К ним относятся вопросы неотложной хирургии в гинекологии, вопросы лечения опухолей, смещения женских половых органов и т. п.

Клиническая картина и диагностика заболевания, выбор метода лечения, методика и техника операции являются наиболее актуальной и наиболее обширной составной частью обучения молодого гинеколога.

Для завершения своей хирургической подготовки гинекологу также необходимо изучить и те вопросы оперативной гинекологии, которые хотя и реже, но все же встречаются в его практической деятельности. Сюда можно отнести, например, вопросы урогинекологии. Эти операции можно освоить в последнюю очередь. Такой порядок изучения полезен и для гинеколога, работающего самостоятельно и повышающего свою квалификацию путем самообразования.

Соответственно этому был избран следующий план распределения материала: помимо деления руководства на общую и специальную часть, специальная часть была разделена еще на три раздела, соответственно подготовке врача к хирургической работе в области гинекологии.

Первый раздел охватывает заболевания, для лечения которых применяют простые в техническом отношении операции, не связанные со вскрытием брюшной полости и доступные для начинающего хирурга или акушера-гинеколога.

Польза некоторых простых оперативных мероприятий, предупреждающих развитие возможных в будущем серьезных гинекологических заболеваний (зашивание разрывов влагалища и промежности как предупреждение последующего опущения и выпадения влагалища и матки и т. п.), несомненна. При изложении методики этих операций, однако, обращено внимание на тот факт, что малоопытный врач не должен увлекаться техникой в ущерб клинике.

Второй раздел посвящен наиболее часто встречающейся в практике патологии, требующей лечения квалифицированным специалистом — хирургом-гинекологом.

При таких заболеваниях особенно необходимо уточнение показаний и противопоказаний к операции, основывающихся на точной дифференциальной диагностике и правильной оценке как общего, так и гинекологического статуса больной.

Третий раздел посвящен главным образом заболеваниям, относящимся к области урогинекологии и нейрохирургии, значительно реже встречающимся в работе акушера-гинеколога и требующим применения хирургических методов лечения, из которых многие доступны лишь хирургам высокой квалификации.

Подобное распределение материала с учетом степени подготовки и сферы работы врача, изучающего оперативную гинекологию, является последовательным с точки зрения преподавания этого специального раздела гинекологии и дает возможность врачу наиболее быстро и эффективно использовать приобретенные знания в его повседневной работе. Например, в столь важном и актуальном вопросе, как борьба против рака матки, успех в огромной степени зависит от раннего распознавания начальной формы заболевания и предракового состояния. Раннее же распознавание начальных форм рака шейки матки возможно лишь при массовом гинекологическом обследовании женщин, а также при применении операции — биопсии, которую должен уметь правильно сделать каждый начинающий гинеколог или хирург. Поэтому вопросы диагностики этого заболевания и организации борьбы помещены в первом раз-

деле специальной части, а методы хирургического лечения рака шейки матки, которые доступны только высококвалифицированному хирургу, — во втором разделе. В первый же раздел руководства помещено и лечение разрывов промежности первой и второй степени, так как последние встречаются довольно часто, а методика операции их проста. Разрывы же третьей степени встречаются редко, техника операции их сложна, а исход в значительной степени зависит от технического совершенства хирурга. Поэтому операция полного разрыва промежности помещена во второй раздел. Такой же принцип соблюден и в отношении хирургического лечения гнойных заболеваний женских половых органов.

Следует указать, что при осуществлении такого плана руководства по оперативной гинекологии иногда приходилось отдельные вопросы расчленять и помещать в разных главах. Но это отступление возмещается указанными преимуществами.

Мы не ставили себе целью создать справочник, который охватил бы все вопросы оперативной гинекологии или включил описание огромного числа приводимых в литературе методов операций и их модификаций. Наибольшее внимание, естественно, уделено тем вопросам, которые являются в работе акушера-гинеколога наиболее актуальными, а из методов хирургического лечения — тем, которые наиболее распространены или заслуживают предпочтения, согласно нашему личному опыту.

При разборе операций, применяемых по поводу опущения и выпадения влагалища и матки, было важно внести ясность в тот хаос бесчисленных предложений, который существует в литературе, и свести бесконечное число применяемых на практике методов и модификаций к немногим вариантам, в зависимости от индивидуальных особенностей больной.

В своей работе акушер-гинеколог может встретиться с необходимостью произвести операцию, относящуюся к пограничной области, особенно к хирургии. К подобной операции чаще всего приходится прибегать при оказании неотложной хирургической помощи, например, при осложнении беременности аппендицитом или острой непроходимостью кишок, в предлобном послеродовом перитоните, гнойном мастите, повреждении кишок во время акушерской или гинекологической операции и т. п. Поэтому вопросы, относящиеся к пограничной с акушерством и гинекологией области, также включены в данное руководство. Что же касается других хирургических операций, с которыми гинеколог-хирург должен быть также знаком, например, с операцией по поводу грыжи, геморроя и т. д., то для их изучения читателю нужно обратиться к современным руководствам по хирургии, имеющимся в отечественной литературе.

Мы считали необходимым остановиться и на способах преподавания оперативной гинекологии.

Излагая методику гинекологических операций, мы стремились осветить выдающуюся роль отечественных авторов в развитии оперативной гинекологии.

Разумеется, что личный опыт, собственные методы и видоизменения, выработанные в течение столь длительного периода деятельности, преобладают в изложении многих вопросов оперативной гинекологии.

Мы считали также необходимым снабдить каждую главу кратким указателем отечественной литературы.

Чтобы не повторять каждый раз в указателе литературы названия основных монографий и руководств, которые были использованы во многих главах настоящего руководства, укажем на них в предисловии: В. Ф. Снегирев, «Маточные кровотечения», А. П. Губарев, «Оперативная

гинекология», Д. О. Отт, «Оперативная гинекология», Л. Л. Окивчиц, «Оперативная гинекология», В. С. Груздев, «Гинекология», Л. А. Кривский, «Руководство по женским болезням», И. И. Яковлев, «Неотложная помощь при акушерской патологии», И. Б. Левит, «Техника гинекологических операций», Е. М. Шварцман, «Краткий курс оперативной гинекологии».

Весьма большое внимание было уделено рисункам, так как для усвоения техники операции необходимы зрительные впечатления. Часто даже квалифицированный хирург, читая описание новой для него операции, не в состоянии в воображении следовать за ходом операции, а серия хорошо выполненных рисунков помогает ему понять предлагаемую методику.

Считая фотографические снимки мало пригодными для иллюстрации хирургических методов, так как фотоснимки, даже моментальные, сделанные во время операции, не получают четкими из-за кровотечения, хотя бы и ничтожного, и на них значительно труднее выделить необходимые детали, мы пользовались ими преимущественно как материалом для рисунков.

По нашему мнению, наилучшими являются полусхематические и композиционные рисунки. Чисто схематические рисунки не удовлетворяли нас, так как восприятие рисунков должно быть и впечатляющим, т. е. они должны быть выполнены художественно. Последнее может быть достигнуто лишь при совместной работе автора и художника.

Среди наших сотрудников на протяжении многих лет находились врачи (В. И. Сапожников), А. И. Боброва, В. А. Чистов, М. М. Райский, Е. И. Хаит), которые, не будучи профессиональными художниками, прекрасно делали зарисовки операций и препаратов.

Таким образом, на протяжении многих лет накапливался большой материал, который лег в основу рисунков, иллюстрировавших работы автора, напечатанные в журналах, отдельных сборниках, монографиях, руководствах. Часть этих рисунков, из которых некоторые были помещены в работах других авторов (иногда без указания источника), вошла и в настоящее издание.

Многие из новых рисунков, выполненные художниками, представляют частично композиции из наших прежних зарисовок. Эти рисунки, а также небольшое число иллюстраций, заимствованных у отечественных и зарубежных авторов, выполнены талантливыми художниками — Е. А. Зерновой, П. И. Ермиловым, кандидатом медицинских наук В. И. Сапожниковым и Г. А. Виноградовой.

В составлении руководства приняли участие: проф. Ф. А. Сыроватко («Обезболивание в гинекологии»); проф. А. Б. Гиллерсон («Перитонит»); проф. Д. Л. Ваза («Оперативное лечение повреждений органов брюшной полости»); кандидат медицинских наук В. И. Сапожников («Переливание крови», «Операция образования искусственного влагалища», «Аппендицит при гинекологических заболеваниях»); доцент М. И. Малева («Ведение послеоперационного периода» и «Осложнения в послеоперационном периоде»). Большую помощь при редактировании оказывала мне моя жена Р. О. Брауде.

Всем, принимавшим участие в составлении настоящего руководства, приношу глубокую благодарность.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Учение о женских болезнях развивается вместе со всей медицинской наукой. Значительному развитию гинекологии, уже давно превратившейся из небольшого придатка к акушерству в самостоятельную обширную клиническую дисциплину, в немалой степени способствовало хирургическое направление, которое приняла гинекология в середине прошлого столетия. «Ежедневно производимые чревосечения дали возможность изучать многие такие патологические изменения, для которых аутопсии не давали случая» (А. П. Губарев). Оперативная гинекология, достигшая расцвета в начале XX столетия, занимает и в настоящее время выдающееся положение в гинекологической практике. Не подлежит также сомнению, что дальнейшее развитие оперативной гинекологии еще многое может дать как для изучения биологии и патологии организма женщины, так и для его оздоровления. Но все же операция является лишь одним из многочисленных методов лечения женских болезней.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

При выборе наиболее целесообразного метода лечения в каждом отдельном случае необходимо учитывать, что хирургический метод никогда не бывает совершенно безопасным, и как бы тщательно ни была произведена операция, известный риск осложнения, вплоть до смертельного исхода, все же сопутствует операции. Поэтому при решении вопроса о хирургическом вмешательстве прежде всего должно быть установлено наличие показаний к операции. В тех же случаях, в которых показание к операции является лишь относительным и для лечения могут быть применены консервативные методы, к хирургическому способу следует прибегнуть лишь после того, как все доступные консервативные мероприятия не дадут желаемого результата. Не менее, если не более важным является и правильная оценка возможных противопоказаний к операции, которые могут быть кратковременными или длительными. Недоучет противопоказаний может тяжело отразиться на результатах операции даже тогда, когда техника операции была безупречной. Выбор времени также важен для исхода операции: поспешно сделанная операция, которая без ущерба для здоровья больной могла бы быть отложена до того момента, когда временные и относительные противопоказания будут ликвидированы, может также печально отразиться на результате, как и необоснованное откладывание операции, когда потеря времени ухудшает положение больной и угрожает наступлением неоперабельного или неизлечимого состояния.

Тщательно продуманная оценка показаний и противопоказаний к операции — основное условие при назначении операции. Об этом надо помнить

всегда, особенно потому, что хирургическая деятельность очень увлекательна и может заставить недостаточно подготовленного хирурга предпринять операцию, которая окажется ему не по силам, а также может толкнуть на операцию технически подготовленного врача в случае, когда можно получить такой же результат, применив консервативное лечение. Надо помнить, повторяем, что элемент риска всегда сопровождает хирургическое вмешательство, несмотря на огромные успехи, достигнутые современной оперативной гинекологией.

ЗНАЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, А ТАКЖЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНИКИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГИНЕКОЛОГА

Как известно, поворотным пунктом в развитии хирургии вообще и оперативной гинекологии в частности явилось введение в практику асептики, которой в первую очередь современная хирургия обязана своими успехами. Но, для того чтобы асептика полностью охватила все элементы хирургического вмешательства и предотвратила всякую возможность возникновения раневой инфекции, необходима правильная организация хирургической работы. Самая тщательная дезинфекция рук и стерилизация инструментов, материала для швов и всего инвентаря, употребляемого при операции, не могут надежно обеспечить успех, если помещение служит одновременно или попеременно операционной для инфицированных и для инфицированных больных, или если до и после операции эти две группы больных не были изолированы друг от друга.

Советские акушеры-гинекологи на примере огромных успехов, достигнутых советским родовспоможением, особенно в снижении материнской смертности от пuerперальной инфекции, могли воочию убедиться в том, какую огромную роль в профилактике раневой инфекции играет организация работы лечебного учреждения. Конечно, одна организационная сторона еще не решает вопроса. Для получения хороших и стойких результатов оперативного вмешательства, несомненно, имеет большое значение методика операции. В качестве примера, иллюстрирующего ее значение, можно привести современную методику операции рака шейки матки, которая позволила снизить операционную летальность до 3—5%, а длительное излечение получить в 60—70%.

Тут же необходимо отметить, что лучшей нельзя считать одну и ту же и, следовательно, единственную методику операции при какой-нибудь болезни. Как при любом заболевании, нужно лечить не болезнь, а больную, так и при хирургическом лечении метод операции должен соответствовать индивидуальным особенностям больного организма. Хорошим примером может служить выбор метода операции при смещениях матки и влагалища, когда решающее значение имеет степень и форма смещения, общее состояние и возраст больной, перспективы в отношении сохранения физиологических функций и пр. Вот почему вопросам методики операции в руководстве по оперативной гинекологии принадлежит одно из первых мест. Конечно, для исхода операции имеет большое значение оперативная техника. О большом значении технического совершенства свидетельствуют случаи из истории хирургии, описанные до введения антисептики, когда многие знаменитые хирурги имели в своей практике случаи гладкого заживления операционных ран, что достигалось главным образом блестящей техникой. С другой стороны, наблюдались случаи, когда при строжай-

шем соблюдении требований, предъявляемых учением об антисептике и асептике, все же наблюдалась инфекция и нагноение операционных ран.

Многочисленные исследования показали, что при соблюдении всех мер предосторожности все же некоторое количество бактерий попадает во время операции в рану и количество их тем больше, чем дольше длится операция. Тем не менее, несмотря на проникновение бактериальной флоры в рану, в большинстве случаев заживление проходит без каких-либо осложнений. Это объясняется тем, что из воздуха в рану попадает маловирусная флора, с которой организм, благодаря своим реактивным силам, хорошо справляется. Если же организм ослаблен, если края раны разможены или раздавлены и питание раневых поверхностей нарушено, то уже небольшое количество тех же бактерий может вызвать воспалительный процесс и нарушить процесс заживления раны. Недостаточно тщательный гемостаз, образование гематом, задержка раневого секрета также способствуют развитию инфекции. Злоупотребление массовыми лигатурами ведет к образованию толстых культей; плохая перитонизация этих культей и дефектов, возникающих на серозных покровах брюшных и тазовых органов, — все эти чисто технические погрешности являются источником послеоперационных осложнений, размеры, тяжесть и исход которых трудно заранее представить.

Если методику операции еще можно изучить по руководствам, то приобрести и развить технику можно лишь путем упражнения и самоусовершенствования. Индивидуальные способности играют, несомненно, при этом известную роль, но не меньшую роль для достижения технического совершенствования играет упорный труд и время.

ПУТИ ИЗУЧЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ

Для развития техники гинекологических операций наилучшим способом являются упражнения в операциях на трупах женщин. Это дает возможность прекрасно изучить топографическую анатомию тех областей, которые в первую очередь интересуют гинеколога, т. е. брюшную и тазовую полости, органы и ткани, в них расположенные и их окружающие; при этом усваиваются такие элементы хирургической техники, как производство различной формы разрезов, их зашивание всеми известными способами, перевязка сосудов, обшивание культей, изучение разнообразных способов перитонизации и т. п.

Для упражнения во влагалищных способах гинекологических операций вместо целых трупов, доставать которые трудно, можно пользоваться трупными препаратами женских половых органов (наружные вместе с внутренними), которые вкладывают (вшивают) в фантом, употребляемый для изучения акушерских операций. Операции на подобном фантоме удобны, так как препараты, хранящиеся в специальной жидкости (см. ниже), в течение долгого времени не только не портятся, но сохраняют надолго такую эластичность и мягкость тканей, что создается впечатление работы на свежем препарате. Работа же на трупе возможна лишь в течение короткого промежутка времени.

На одном препарате можно выполнить большое количество влагалищных операций, если придерживаться следующего порядка: 1) зондирование матки; 2) расширение шейки матки; 3) выскабливание матки; 4) срединная перинеостомия (по Отту) и зашивание этого разреза (зашивать разрез можно на препарате многократно, после того, как наложенные швы будут снова удалены); 5) наложение швов на разрыв (разрез) промежности, заднепреходного жома и прямой кишки (имитация полного

разрыва промежности в родах; операцию наложения швов можно повторить несколько раз, применяя разные методы); 6) влагалищное кесарево сечение по Лейбчику; 7) нахождение пузырно-маточной складки брюшины и вскрытие ее (передняя кольпотомия); 8) дисцизия (задняя) шейки матки; 9) ампутация шейки матки; 10) извлечение матки и придатков через кольпотомное отверстие и консервативные на них операции; 11) частичная резекция яичников; 12) задняя кольпотомия; 13) везико-вагинофиксация матки; 14) зашивание (искусственного) влагалищно-прямокишечного свища.

Фантом для гинекологических операций изготавливается следующим образом: после вскрытия брюшной полости женского трупа отсепа-рываются целиком все органы малого таза: матка с придатками и широкими связками, мочевого пузырь (не вскрытый), прямая кишка. Эти органы не отсекают, а оставляют соединенными с наружными половыми органами. Затем, начиная от лобка, вырезают наружные половые органы, включая большие половые губы (с избытком кожи по обеим сторонам), клитор, отверстие мочеиспускательного канала и промежность, с заднепроходным отверстием. Таким образом удаляют весь препарат, включающий целиком женский половой аппарат вместе с соседними органами.

Препарат хорошо промывают в проточной воде (чтобы освободить от содержимого прямую кишку) и погружают в соответствующей величины банку с консервирующей жидкостью. Мы применяли жидкость следующего состава: Hydr. bichlorati crogrosivi (1 : 1000) 2 000,0; Glycerini 500,0; Spiriti Vini 300,0. Для того чтобы жидкость не испарялась, банку прикрывают крышечкой или вощаной бумагой. При длительном хранении (2 месяца и больше) жидкость заменяют свежей. Более совершенным способом сохранения препаратов является разработанный Н. Ф. Мельниковым-Разведенковым метод консервирования анатомических препаратов с сохранением естественной окраски.

Для того чтобы укрепить препарат в акушерском фантоме, вокруг вульварного отверстия к резиновой вульве прикрепляют маленькие металлические кольца и к ним привязывают длинные нитки, которыми прошиты края препарата вокруг наружных половых органов (рис. 1). После каждого занятия препарат вынимают из фантома и до следующего занятия его держат в банке с жидкостью.

Для упражнения в проведении и зашивании разрезов, в накладывании кровоостанавливающих пинцетов, замене их лигатурами, обкалывании кровотокающих участков и т. п. можно использовать свежие плаценты.

Подобные упражнения служат исключительно для усвоения и развития технических навыков. Было бы, конечно, ошибкой думать, что одна техника делает хирурга: это отнюдь не первостепенное качество, оно приобретает ценность лишь тогда, когда хирург хорошо знает общую и гинекологическую патологию и топографическую анатомию и на основе этих знаний может безошибочно ориентироваться в нормальных и патологических соотношениях между органами брюшной и тазовой полости. Все это дает ему возможность не теряться, если после вскрытия брюшной полости он увидит картину, частично или вовсе не совпадающую с предполагавшейся до операции или если во время операции возникнут непредвиденные осложнения. Вооруженный знаниями хирург не потеряет присутствия духа и в новых для него условиях сможет принять правильное решение. В этом ему помогут знания, а не интуиция.

Опыт приобретается не только тогда, когда хирург сам оперирует, но и тогда, когда он участвует в операции в любой роли — в качестве помощника или даже зрителя. Но, будучи зрителем, нельзя наблюдать лишь отдельные, особенно интересующие этапы операции, ибо, когда этот момент прошел, интерес и внимание слабеют, подчас «зритель» просто уходит из операционной, что нередко наблюдается в клиниках и больничных учреждениях, где работает большое количество врачей. Для изучающих хирургические методы лечения не должно существовать глав-

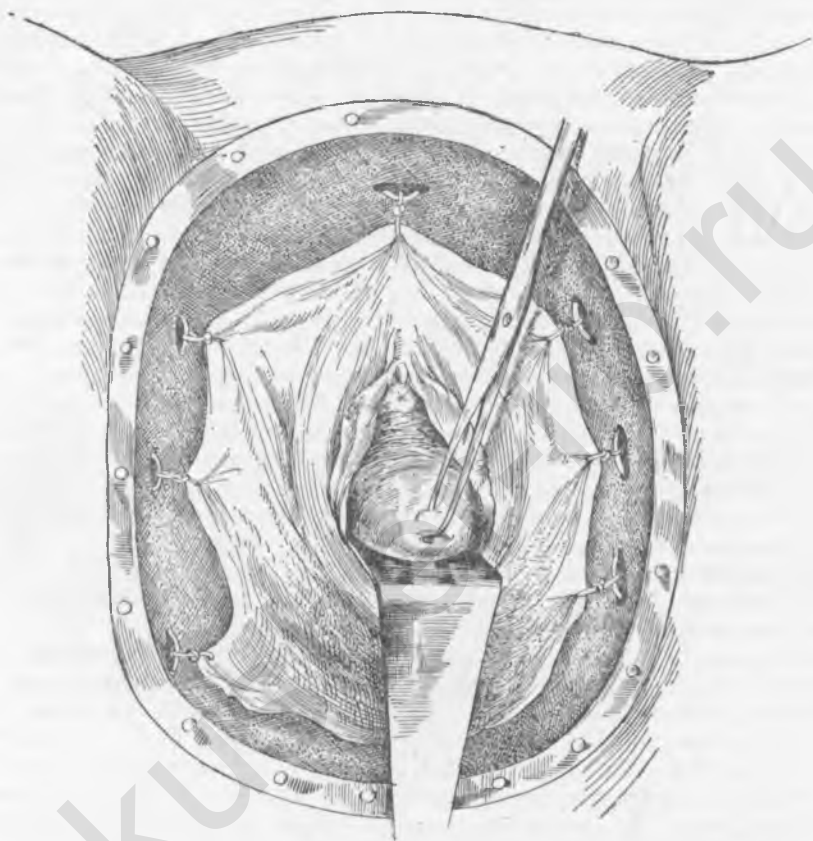


Рис. 1. Фантом для гинекологических операций.

ных или интересных в каком-либо отношении моментов (например, в дифференциально-диагностическом) или, наоборот, маловажных, неинтересных, второстепенных. При операции важно все — и уловить допущенную ошибку, и заметить неправильный прием. Любое осложнение на любом этапе операции может потребовать индивидуального решения, особого технического приема. Чем больше молодой хирург получает впечатлений, чем больше он их анализирует и критически воспринимает, тем богаче и многостороннее становится его личный опыт.

С накоплением опыта растет и мастерство, в котором зоркость наблюдения, быстрота ориентировки, расчетливость в движениях, внешне неторопливых, но точно обдуманных и поэтому быстро ведущих к цели, составляют его важнейшие элементы.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Прим больные в хирургическое отделение. В огромном большинстве случаев гинекологические больные подвергаются операциям по поводу асептических процессов. Поэтому при поступлении в стационар они должны быть ограждены от соприкосновения с больными, страдающими такими заболеваниями как грипп, ангина и пр. или фурункул, абсцесс. Больных с такими заболеваниями не должны принимать в чистое хирургическое отделение или для них должны быть выделены отдельные палаты (предпочтительно изолированное отделение) с отдельным персоналом.

Санитарная обработка больных, поступающих в хирургическое отделение, должна проводиться таким же образом, как и обработка беременных и рожениц, поступающих в родильный дом: их моют под душем мылом и стерильной мочалкой, затем надевают на них чистое белье. Волосы на наружных половых органах обычно сбривают, но это нужно делать тщательно и осторожно, с соблюдением правил асептики и без порезов, иначе в последующие дни появляются гнойнички, которые могут явиться источником инфекции во время операции и в послеоперационном периоде. Так как в приемном покое часто бреют недостаточно тщательно, то мы предпочитаем сбривать волосы непосредственно перед операцией. Если при этом и бывают порезы, то нагноений обычно не наблюдается.

Обследование больных в стационаре до операции. Несмотря на то, что в стационар поступают больные, уже обследованные в амбулатории, поликлинике или в женской консультации, они должны быть снова всесторонне клинически обследованы. Если при обследовании обнаруживаются какие-либо заболевания дыхательных путей (не только легких) или сердца и пр., то немедленно должны быть приняты меры к их устранению; если даже ради этого должна быть отложена операция.

Помещение для производства операций и его особенности. Опытный и способный хирург может создать надлежащую для операции обстановку весьма скромными средствами.

Помещение, где будет производиться операция, должно быть чистым и хорошо проветриваемым. Нельзя оперировать в помещении, где находились септические больные или больные с открытыми гнойниками. В комнате, предназначенной для операционной, не должно быть никаких занавесей, покрывал, лишней мебели. Потолок, пол и стены перед операцией надо протереть влажным полотенцем (Д. О. Отт рекомендовал протирать их полотенцами, смоченными дезинфицирующим раствором, например, раствором сулемы 1:2 000). Операционная должна быть теплой, в случае необходимости ее можно быстро согреть зажженным в тазу денатурированным спиртом. Достаточно сжечь стакан спирта, и температура в небольшом помещении повышается на 2—3°; чтобы при этом не было неприятного запаха, надо следить, чтобы спирт не выгорал до последней капли (А. П. Губарев).

Вопрос освещения операционного поля в примитивной обстановке, конечно, сложен. Если операцию делают днем и влагалищным способом, то достаточно придвинуть стол, на котором оперируют, к занавешенному окну. Если же оперируют брюшно-стеночным способом, то такое освещение недостаточно, особенно если оперируют в глубине таза при положении больной на наклонной плоскости. В таких случаях прибегают к искусственному освещению: операционное поле может быть хорошо освещено электрической лампочкой, а чтобы свет не слепил оперирующего, на лампочку можно надеть металлический рефлектор.

Если оперируют в глубине таза, то свет переносной лампочки должен направлять специально для этого выделенный помощник; если электричества нет, можно использовать керосиновую лампу.

Наши современные операционные освещаются бестеневыми лампами.

Операции производят на операционном столе. При операциях, производимых в примитивной обстановке, в качестве операционного стола может быть использован любой стол, лишь бы он был устойчив и достаточно крепок, чтобы выдержать больную. Влагалищную операцию можно сделать и на кровати, если она достаточно высока:

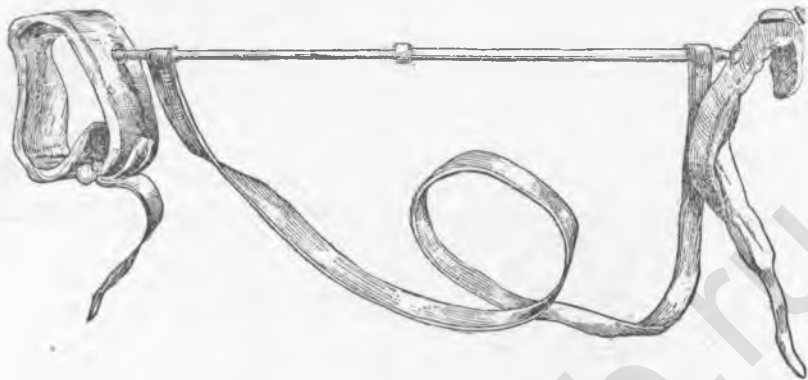


Рис. 2. Ногодержатели Отта.



Рис. 2а. Ногодержатели Отта укреплены на больной.

больную кладут поперек кровати, оперирующий садится на невысокую табуретку. Табуретка должна быть такой высоты, чтобы горизонтально поднятые руки оперирующего приходились бы на уровне наружных половых органов женщины. Если табуретка будет высока, то во время операции придется очень сильно наклонять голову, если она будет низка, придется высоко приподнимать руки; и то, и другое положение утомительно.

На ноги больной надевают чулки, желательны стерилизованные; ноги, согнутые в коленях, притягивают к туловищу и удерживают специальными ногодержателями (очень удобны ногодержатели Отта, рис. 2 и 2а). Небольшие влагалищные операции можно делать и на обыкновенном гинекологическом кресле, но тогда в ногодержатели кресла должны упираться ступни больной. Такое положение увеличит наклон таза и

придаст матке почти горизонтальное положение, что облегчит ее низведение при операции (рис. 3) Можно сделать ногодержатели из простыни: длинную простыню два помощника берут за противоположные концы *a* и *z* (рис. 4) и закручивают ее в одну сторону (рис. 4а). Середину полученного жгута кладут под голову больной, а два длинных конца проводят под притянутыми к туловищу коленями изнутри наружу и связывают их с короткими концами *б* и *в* (рис. 4б).

Прилечь больной положение с приподнятым тазом на простом столе трудно, если же это необходимо, то ноги больной перекидывают через плечи стоящего к ней спиной помощника.

Делать большие операции, не имея стерилизованного материала, невозможно и больную надо перевезти в соответствующее лечебное учреждение. Для небольших же операций: выскабливание, зашивание неболь-



Рис. 3. Положение больной для операции на гинекологическом кресле.

ших повреждений промежности и т. п. можно приготовить стерилизованную кипячением марлю и вату; кипятить материал следует в кастрюле, прикрыв ее крышкой, затем отжать его предварительно продезинфицированной рукой. Вместо стерилизованного в крайнем случае можно использовать свежесглаженное белье. Глажение слегка влажного белья горячим утюгом делает его стерильным (М. А. Колосов). Для приготовления и сохранения стерилизованной воды прекрасным аппаратом является самовар.

Организационные способности и умение импровизировать могут сыграть большую роль в работе хирурга, если ему приходится оперировать в обстановке, не приспособленной для производства операции. В настоящее время при наличии огромной сети больничных учреждений и санитарной авиации такие случаи являются лишь редчайшим исключением.

Важнее поэтому установить требования, предъявляемые к операционной лечебных учреждений. Основное — это содержание операционной в безукоризненной чистоте. В ней не должно быть никаких карнизов, ниш,



Рис. 4. Импровизированные ногдержатели из простыни. Большую простыню два помощника складывают наискось.



Рис. 4а. Импровизированные ногдержатели из простыни. Простыню закручивают в одну сторону.



Рис. 4б. Импровизированные ногдержатели из простыни. Средину полученного жгута подкладывают под шею больной. Длинный конец жгута (а и г) проводят под коленом больной с внутренней стороны на наружную и здесь связывают с коротким концом (б и в).

в которых могла бы собираться пыль. Углы также лучше делать закругленными и всем имеющимся в операционной предметам желательно придавать обтекаемую форму. Так как пол, стены, потолок в операционной надо часто мыть, то пол следует покрыть плитками или линолеумом, стены либо окрасить масляной краской, либо облицевать плитками, потолок также окрасить масляной краской.

Для того чтобы воздух в операционной не увлажнялся парами, в ней не следует кипятить инструменты. Не желательно также мыть руки в операционной, так как брызги могут попасть в открываемый операционной сестрой барабан со стерильным материалом или в стерилизатор с инструментами.

Операционная, соответствующая современным требованиям, должна иметь подсобные помещения. Естественно, что эти подсобные помещения должны находиться в непосредственной близости к операционной. Операционная с подсобными помещениями составляет отдельный операционный блок.

В Советском Союзе широко развивается строительство родильных домов, гинекологических больниц и отделений, а также перестройка, переделка и ремонт старых учреждений, их дооборудование и переоборудование. Во многих из них ведется преподавание акушеркам, врачам и студентам; в них воспитываются молодые кадры. С вопросами планировки, строительства и организации акушерско-гинекологических учреждений, гинекологических больниц и отделений, независимо от их масштаба, врачи должны быть знакомы. Иначе будут допущены ошибки, для исправления которых потребуются много труда, материальных средств, а иногда эти ошибки окажутся и вовсе неисправимыми. Все это можно избежать, если акушеры-гинекологи получают некоторую подготовку в организационных вопросах. Особенно важно ознакомиться с принципами планировки, строительства и оборудования тех помещений, которые предназначаются для операционной, так как здесь упущения в организации могут значительно снизить результаты хирургического лечения.

Операционный блок

Операционный блок современного хирургического отделения гинекологической клиники должен включать, кроме операционных комнат, следующие подсобные помещения.

Предоперационная комната. В ней готовятся к операции хирург и его помощники: моют руки, дезинфицируют их, надевают стерильные халаты и пр. Благодаря наличию этой комнаты операционная остается чистой, по полу не разливается вода или дезинфицирующие растворы, воздух не увлажняется парами горячей воды, а это имеет значение, особенно при операциях под общим наркозом. Предоперационная, как следует из ее названия, должна находиться перед операционной.

Комната для подготовки больной к операции. Желательно подготовку больной к операции проводить в особой комнате: во-первых, это избавляет больную от чувства страха, испытываемого ею при виде обстановки операционной, во-вторых, в операционной не нарушается порядок и чистота. Подготовительную комнату можно расположить рядом с операционной, во лучше рядом с предоперационной. Это дает возможность готовящемуся к операции хирургу и его ассистентам наблюдать за подготовкой больной.

Стерилизационная комната должна быть достаточно большой, чтобы в нее можно было вместить все необходимые аппараты для стерилизации белья, материалов, воды, растворов, инструментария.

Материальная комната предназначается для хранения операционного белья, марли, ваты и пр. Эту комнату желательно расположить так, чтобы материалы подавались через отдельный вход или через окно. При этом ни в коем случае не должен быть нарушен принцип полной изоляции операционного блока от прочих помещений стационара. Проход через материальную комнату в остальную часть операционного блока недопустим. Материальная комната должна находиться рядом с подготовительной, а материал надо подавать в подготовительную комнату через двери или окно. Персонал, подающий материал, не допускается дальше окна или двери материальной комнаты.

Грязное белье тотчас после операции опускают через люк, сделанный в коридоре операционного блока, в склад, находящийся внизу.

Желательно иметь для хирурга и его помощников отдельное помещение, где бы они могли переодеться в специальный для операции костюм: полотняные брюки и сорочка для мужчин и стирающееся (ситцевое) платье для женщин. Желателен душ.

Операционных комнат в блоке должно быть не менее двух: это диктуется тем обстоятельством, что в гинекологической практике приходится оказывать пособия как свободным от инфекции (чистым), так и инфицированным больным. Правда, при очень хорошей организации работы операционной и высокой дисциплинированности всего персонала неинфицированные больные могут быть оперированы с хорошим результатом в той же операционной, где оперируют больных раком шейки матки, всегда инфицированных. В такой день в первую очередь надо оперировать «чистых» больных, а затем инфицированных и после операции тщательно продезинфицировать помещение. Но инфекция обнаруживается иногда совершенно неожиданно уже во время операции и, если нет второй операционной, приходится прекращать операции на весь день. Каждую операционную необходимо чистить и дезинфицировать в плановом порядке. Желательно «генеральную» уборку — мытье пола, стен, потолка — в операционной производить не реже одного раза в неделю. Мыть пол в операционной необходимо ежедневно, а протирать влажной тряпкой — после каждой операции. В абсолютной чистоте должна содержаться не только операционная, но и весь операционный блок.

В небольших учреждениях можно уменьшить количество подсобных помещений: так, умывальники можно вынести в коридор, ведущий в операционную; комнату для подготовки больных к операции можно использовать как временную операционную, если постоянная дезинфицируется. Из этих соображений в подготовительной комнате окно должно быть соответствующей величины и выходить так же, как и окно операционной, на северную сторону. В крайнем случае окно может выходить на запад или на юго-запад. Восточное направление не рекомендуется, так как в утренние или предобеденные часы, наиболее насыщенные работой, яркие солнечные лучи будут попадать в операционную, что мешает оперирующему. Для материальной комнаты можно использовать часть коридора, ведущего в операционную, или часть стерилизационной.

Комната для хранения инструментов не нужна; шкафы с инструментами можно поставить в любой комнате операционного блока, где они не будут мешать и где инструменты не будут портиться от влаги. Подходящим для этой цели местом является материальная комната или коридор операционного блока.

Вторая операционная в большой гинекологической клинике должна иметь такую же систему подсобных помещений, как и первая, т. е. свою предоперационную и комнату для подготовки больной к операции, так как

она служит не только запасной операционной на случай загрязнения первой, но является постоянно работающей; это позволяет иметь в первой операционной меньшее количество столов.

Величина операционной определяется количеством производимых в ней одновременно операций, числом участвующих в каждой операции и количеством присутствующих на операции зрителей — врачей или учащихся. Очень большие операционные, с нашей точки зрения, не целесообразны. Защитники таких операционных считали, что руководитель может наблюдать за ходом операций, производимых помощниками, но ведь ничто ему не мешает переходить от стола к столу, стоящих в соседних операционных. Если одновременно оперируют на нескольких столах в одной операционной, часто нарушается необходимая в операционной тишина: один хирург делает пояснения, другой отдает приказания, операции начинаются и кончаются не одновременно — одного больного уносят, другого кладут на стол, наконец, неожиданный инцидент во время операции вносит сумятицу, замешательство; все это нервирует хирургов. Вести преподавание одновременно в разных углах операционной совершенно невозможно. Одновременное производство операций на нескольких столах является также источником психической травмы для больных, оперируемых под местной анестезией. Ввиду всего сказанного мы считаем, что целесообразнее иметь две или несколько операционных с одним операционным столом в каждой. Такие операционные не требуют большой площади.

Операционный блок должен быть выделен из хирургического отделения, с которым он непосредственно соединен. Его необходимо изолировать от стационара, через него ни в коем случае нельзя проходить в другие отделения.

Освещение операционной, предназначенной для гинекологических операций, естественным (дневным) светом сложнее, чем других операционных. При гинекологических лапаротомиях приходится оперировать большей частью в глубине таза при положении больной на наклонной плоскости с приподнятым тазом. Диффузное освещение операционной недостаточно. Интенсивное освещение операционной, в то время как органы и ткани в глубине таза освещаются значительно слабее, будет скорее помехой, ибо еще больше усилит контраст освещения на поверхности и в глубине. Яркое освещение ослепляет оперирующего и ослабляет остроту его зрения. Принцип концентрировать освещение на операционном поле, оставляя все остальное пространство слабо освещенным, лучше и легче всего достигается освещением так называемыми бестеневыми лампами.

Бестеневая лампа, подвешенная к потолку, вращается по горизонтальной оси так, что при положении больной на наклонной плоскости (с поднятым тазом) свет может быть направлен в глубину таза. А это очень важно, так как при гинекологических чревосечениях, как уже выше указывалось, хирургу очень часто приходится работать именно в глубине тазовой полости (рис. 5).

Этими лампами можно пользоваться и днем, так как оба света, смешиваясь, не дают неприятного ощущения, наблюдаемого при другом искусственном освещении. Некоторые хирурги полагают, что с распространением бестеневых ламп и рефлекторов дневное освещение теряет свое значение. Это не совсем верно. Несмотря на все преимущества искусственного освещения, нельзя все же совершенно отказаться от дневного света в операционной. Во-первых, лампы иногда портятся, во-вторых, при операциях через влагалище естественного освещения (правильно расположенное окно) вполне достаточно. Кроме того, естественное диффузное освещение более гигиенично, так как менее утомительно для глаз, нежели искусствен-

ное, концентрированное на операционном поле. Поэтому проблеме естественного освещения должно быть уделено должное внимание. Необходимо лишь решить основные вопросы: откуда должен падать свет, надо ли иметь несколько окон в операционной с разных сторон или окна должны быть обращены в одну сторону, необходим ли верхний свет, на какую сторону должны выходить окна, какова должна быть их величина, форма, уровень над полом.



Рис. 5. Наклон бестеновой лампы во время чревосечения при положении больной на операционном столе с поднятым тазом.

При влагалищных операциях свет должен падать главным образом в горизонтальном направлении, при брюшностеночных чревосечениях нужен и верхний свет. Добавочные боковые окна не нужны, свет, падающий из них, слепит оперирующего, когда он отводит глаза от раны, и в то же время они не способствуют концентрации освещения в глубине раны. Поэтому в операционной должно быть лишь одно окно, выходящее на северную сторону; это также предохраняет от перегрева операционной в летнее время.

При выборе ориентации по странам света для операционной необходимо также учитывать «розу ветров» (диаграмма повторяющихся ветров в течение года, взятая по направлению стран света), особенно в песчаных районах, где дуют норд-осты, норд-весты (Азербайджан и некоторые другие районы СССР). Необходимо помнить, что пыль, заносимая при определенном направлении ветра в окно операционной, может принести большой вред при операции. В подобных случаях приходится выбирать другую ориентацию для операционной. В южных широтах, где солнце стоит высоко, солнечные лучи скользят вдоль фасадов и менее других согревают помещение; может случиться, что по условиям направления ветров здесь придется для операционной выбрать даже южную сторону; конечно, это явится исключением. По условиям направления ветров в данной местности необходимо учитывать расположение трубы котельной здания, в котором строится операционный блок, а также выяснить расположение котельных и дымовых труб вблизи возводимого здания, чтобы избежать задымления операционной (архитектор А. Ю. Дунаевский).

Есть еще ряд вопросов планировки, строительства и оборудования операционной, с которыми гинеколог-хирург должен быть знаком. Сюда относятся вопросы отделки помещений операционного блока, изоляции его от шума, возможности легко дезинфицировать полы и потолки, промывать окна и оконные переплеты; большое значение имеют вопросы отопления и вентиляции операционного блока и пр. Ввиду ограниченности места, которое может быть предоставлено для изложения этих вопросов в настоящем издании, мы отсылаем интересующихся к нашей совместной с инженером-архитектором А. Ю. Дунаевским работе.

Исходя из изложенных выше принципов организации работы в операционных блоках, мы совместно с инженером-архитектором А. Ю. Дунаевским спроектировали ряд примерных плановых решений такого блока.

Первый тип операционного блока (рис. 6) включает три элемента: операционную, стерилизационную и предоперационную. Подготовительная совмещается с предоперационной, стерилизационная — с материальной, причем из стерилизационной в коридор должно быть проделано окно, чтобы персонал мог получать материал, не входя в стерилизационную. В этом типе имеется одна операционная, так как число операций в больнице, для которой предусмотрен подобный блок, невелико, происходят они не каждый день и поэтому случаи «перекрещивания» септических и асептических операций мало вероятны. В предоперационной предусматривается подготовка и наркоз больной, мытье рук хирурга и его помощников. Переодеться перед операцией хирург может в помещении для персонала, а стерилизованный халат наденет в предоперационной. Операционная должна выходить на север или северо-запад.

Площадь, занимаемая блоком, равна 58—85 м².

Второй тип операционного блока (рис. 7) включает, помимо операционной, предоперационной и стерилизационной, самостоятельные материальную и подготовительную, которая в крайнем случае может сыграть роль запасной операционной. Для этого и окно в подготовительной должно быть необходимого размера, а пол покрыт плитками. Следует остановиться на графике движения больной: из коридора она попадает в подготовительную, затем через предоперационную — в операционную. Подготовительная должна находиться рядом с операционной, это дает возможность хирургу или ассистенту наблюдать за ходом подготовки больной к операции. После операции больную увозят через предоперационную, минуя подготовительную, где в это время может идти подготовка следующей больной.

Площадь операционного блока второго типа равняется 91,2 м².

Третий тип операционного блока (рис. 8) представляет комплекс помещений, соответствующий большой больнице, например, районной. Здесь предусмотрены две операционные: малая размером в 25 м² и большая размером в 35 м². Между ними находится стерилизационная, окна которой выходят в операционные. В состав блока входят подготовительная, предоперационная, материальная.

Площадь, занимаемая блоком, равна 115,37 м².

Четвертый тип операционного блока. Здесь, кроме двух операционных и находящейся между ними стерилизационной, имеются при каждой операционной предоперационная и подготовительная. Помимо этого, в блок входят комнаты для ассистен-

тов с уборными и душами, кабинет главного хирурга и материальная, удобно связанная с блоком и остальным корпусом. Инструменты хранятся в материальной или в шкафах, находящихся в коридоре.

Планировку четвертого типа можно представить в пяти вариантах.

Первый вариант (рис. 9) представляет последовательное прохождение больной через подготовительную, предоперационную, операционную. Обратную больную провозят через предоперационную и коридор в палату. Обе операционные располагаются на одной стороне — северной или северо-западной. Материальная находится на границе блока и отделения. Инструментальные шкафы устроены в коридоре. Неудобства этого варианта заключаются в том, что из операционной нет самостоятельного выхода.

Второй вариант (рис. 10) имеет тот же состав помещений, но операционные имеют выход в коридор и в то же время предоперационные связаны с подготовительными.

Площадь блока равна 303,74 м².

По третьему варианту (рис. 11) подготовительные комнаты расположены



Рис. 6. Первый тип операционного блока.

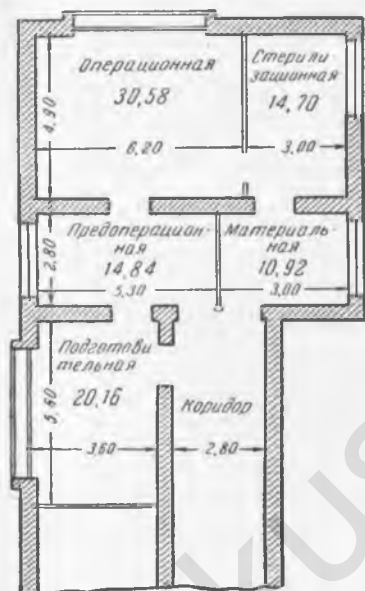


Рис. 7. Второй тип операционного блока.

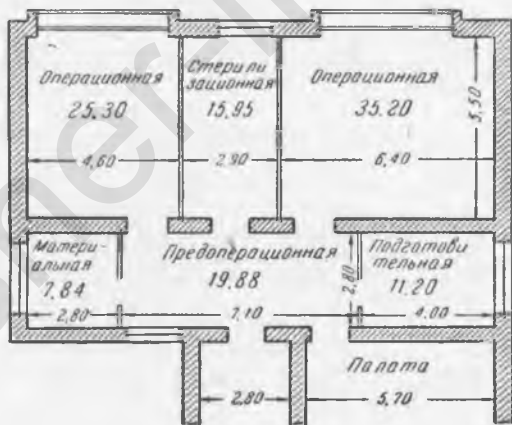


Рис. 8. Третий тип операционного блока.

против операционных и рядом с ассистентскими. Такой блок очень удобен, устройство его несложно в конструктивном отношении; блок этот легко надстроить и пристроить к крылу здания. В остальном операционные устроены по тем же принципам, что и во втором варианте, а именно: каждая операционная имеет свой выход и связана с предоперационной. При этом решении несложно устроить вентиляционную камеру в самом блоке, над или под ним. Трапы для канализации можно устроить в коридоре возле дверей операционных. Этот вариант мы рекомендуем как лучший из двух предыдущих.

Площадь блока равна 292,45 м².

Четвертый вариант (рис. 12) представляет тот же комплекс и то же решение, что и третий, но к нему добавлены лестницы для прохода студентов из вестибюля нижнего этажа. Специальная комната для студентов может быть внизу или в блоке (рис. 13). Студенты непосредственно попадают в небольшой амфитеатр, откуда они наблюдают за операцией. Такое решение мы предпочитаем проходу студентов через помещение блока.

Пятый вариант (рис. 13) представляет собой собственно аудиторную группу клинического учреждения, состоящую из аудитории, предоперационной и подготови-

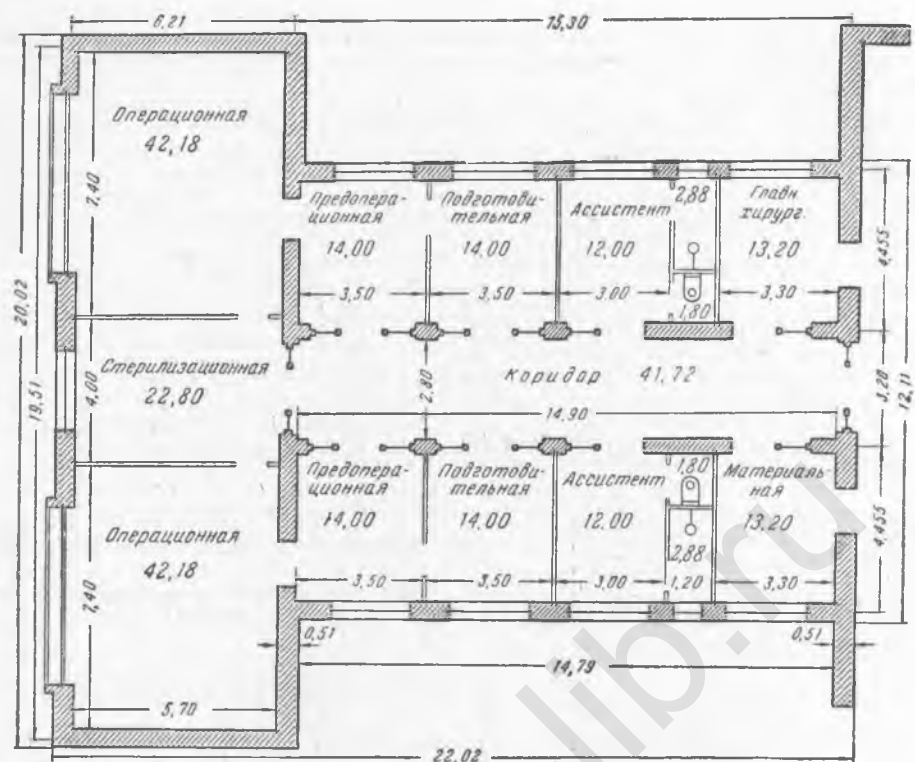


Рис. 9. Первый вариант решения планировки четвертого типа операционного блока.

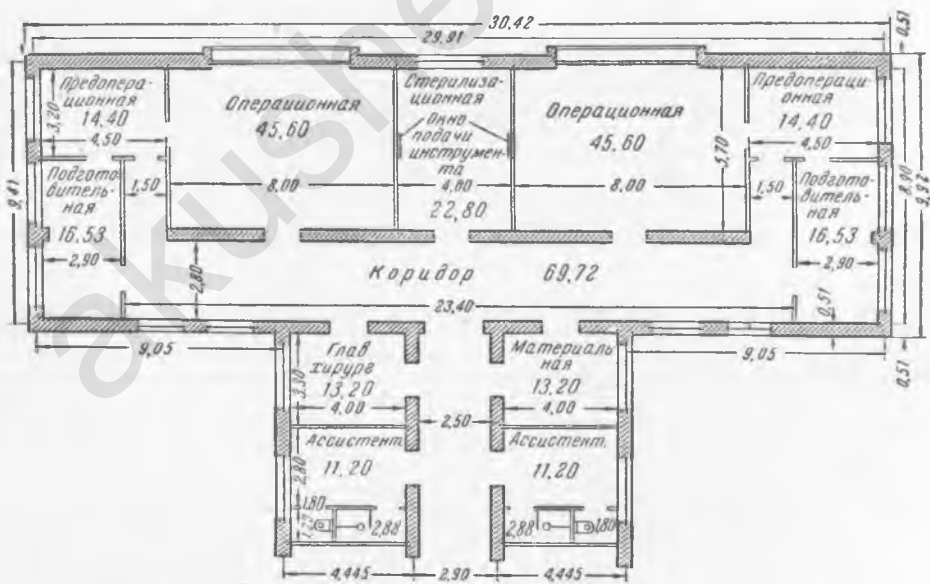


Рис. 10. Второй вариант решения планировки четвертого типа операционного блока.

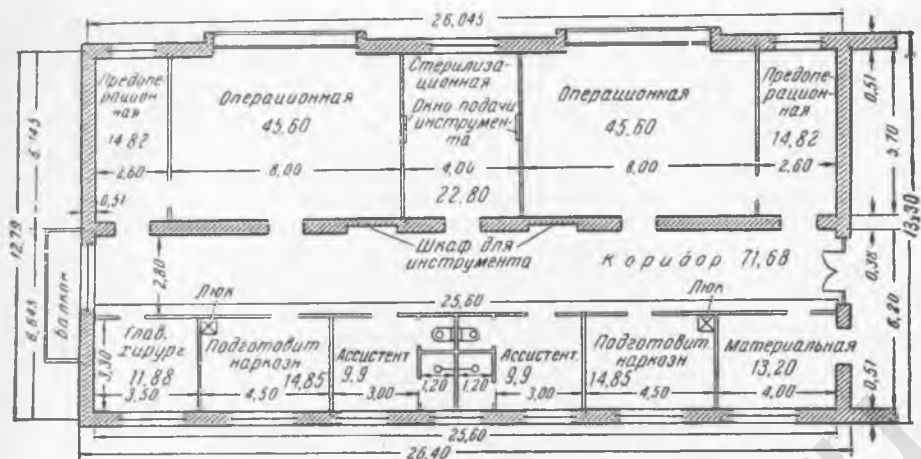


Рис. 11. Третий вариант решения планировки четвертого типа операционного блока.

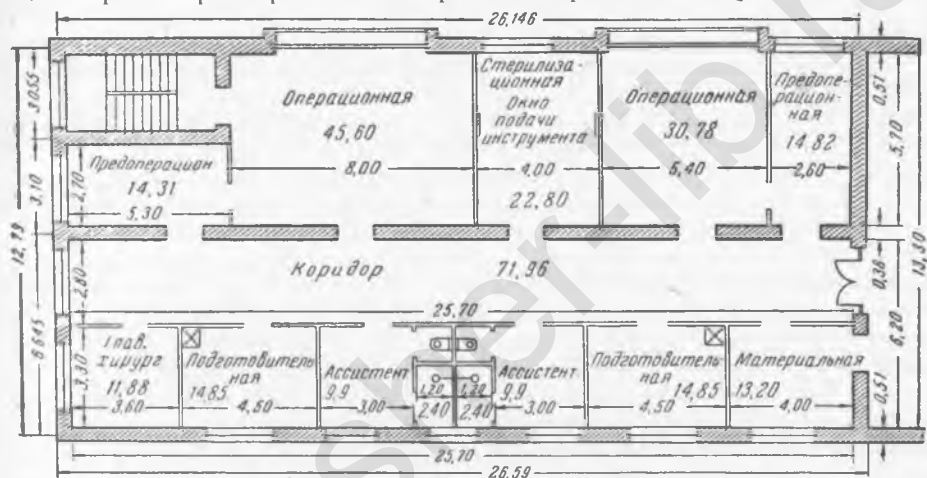


Рис. 12. Четвертый вариант решения планировки четвертого типа операционного блока.

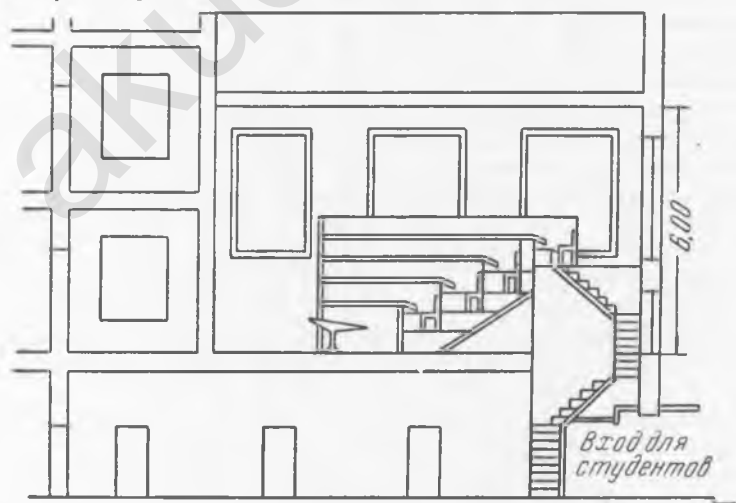


Рис. 13. Пятый вариант решения планировки четвертого типа операционного блока.

тельной комнаты для больных. Предоперационная и подготовительная непосредственно связаны с «эстрадой» аудитории, где и производится операция. В этом решении необходимо продумать вопрос, как должны попасть студенты в аудиторию.

При устройстве аудиторий клинического типа надо предусмотреть достаточное возвышение одного ряда над другим, чтобы голова сидящего ниже студента не мешала бы сидящему выше. Один ряд над другим должен возвышаться на 45 см. Внизу в аудитории устраивают демонстрационный зал (музей), помещение для хранения учебных пособий, а также фойе и рекреационные комнаты. Следует позаботиться о помещении для светового фоваря, кино, экрана. Экран следует поместить на «эстраде». Над операционным столом должна быть подвешена бестеневая лампа.

Соразмерность отдельных частей лечебного учреждения требует соответствия между помещением для производства гинекологических операций и другими частями этого учреждения.

Для ознакомления с принципами планировки, строительства и организации других составных частей гинекологического стационара и акушерско-гинекологического учреждения мы также вынуждены в целях экономии места отослать читателя к соответствующей литературе.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. и Дунаевский А. Ю., Принципы планировки операционного блока гинекологического отделения больницы родильного дома, клиники, Гинекология и акушерство, 1933, № 5.
- Брауде И. Л. и Дунаевский А. Ю., О принципах планировки, строительства и организации гинекологических стационаров, Гинекология и акушерство, 1934, № 3.
- Брауде И. Л. и Дунаевский А. Ю., Планировка и организация операционного блока в акушерско-гинекологической клинике, Акушерство и гинекология, 1937, № 9—10.

Выбор времени для операции. Если операция предпринимается не по поводу злокачественного новообразования или воспалительного процесса, то при наличии пролежней или эрозий на шейке матки, гнойных выделений из влагалища операцию следует отложить до полного излечения.

При выборе времени для операции надо учитывать и период овариально-менструального цикла. Так как в предменструальном периоде при гинекологических операциях ткани кровоточат сильнее, то без особой необходимости мы не оперируем ни во время менструации, ни в предменструальном периоде.

Подготовка больной к операции. Время, которое больная проводит в клинике до операции, используется не только для уточнения диагноза и установления наличия показаний к операции, но и для исключения даже временных противопоказаний: легкого гриппозного состояния, небольшого катарра дыхательных путей и т. п. Нередко предварительный постельный режим в сочетании с медикаментозным лечением (стрихнин, строфант и пр.) оказывает благотворное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы: тонизируется утомленное сердце, уменьшаются варикозные расширения вен и пр. Большое значение имеет регулирование функции кишечника, особенно соответствующей диетой. При запорах приходится прибегать к клизмам, иногда к легким слабительным. При плохом сне нужно назначать снотворные и успокоительные средства: люминал, барбитал (амитал-натрий), бром, бехтеревскую микстуру и пр. Это особенно важно накануне операции.

Предварительно пребывание больной в клинике должно быть также использовано для ликвидации всякого рода патологических процессов, которые могут стать источником осложнений в послеоперационном периоде: кариозные зубы, поверхностные кожные гнойнички, особенно если они

находятся вблизи операционного поля, и т. п. Разумеется, что перед гинекологической операцией, даже производимой брюшностеночным путем, необходимо при наличии у больной патологических влагалищных выделений ликвидировать их при помощи ежедневных спринцеваний каким-либо дезинфицирующим средством. Иногда ведь при чревосечении может совершенно неожиданно потребоваться вскрытие влагалища (для дренирования или для производства полного удаления матки вместо предпологавшейся надвлагалищной ампутации и т. д.). В тех же случаях брюшностеночного чревосечения, когда вскрытие влагалища стоит в плане операции, а тем более при влагалищном чревосечении, необходимо соответствующим лечением добиться не только уменьшения количества отделяемого, но и улучшения его цитологического состава и бактериальной флоры (переход IV и III степени чистоты влагалищных выделений в I и II степень чистоты). При наличии декубитальных язв на шейке матки или на влагалище операцию по поводу выпадения следует производить лишь после полного заживления язв.

Для исхода предпринимаемой операции несомненное значение имеют психогенные факторы.

Это подтверждается не только личным опытом, но и мнением ряда хирургов, работающих в различных областях.

Особенно ясным становится это положение в свете гениального учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, а также работ его ученика акад. К. М. Быкова, успешно разрабатывающего с коллективом своих сотрудников учение, развивающее идеи И. П. Павлова о влиянии коры головного мозга на внутренние органы.

Во всех работах И. П. Павлова, в его учении о высшей нервной деятельности, принцип целостности организма и единства его со средой проходит красной нитью. «Животный организм, — говорил И. П. Павлов, — представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей природой».

На происходившей с 28 июня по 4 июля 1950 г. объединенной научной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященной проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, были подвергнуты всестороннему и критическому обсуждению итоги и перспективы развития его идей. Эта сессия с несомненностью показала огромное значение учения И. П. Павлова не только для физиологии, биологии, психологии, педагогики, но прежде всего для лечебной медицины. Сам И. П. Павлов писал: «Понимаемые в глубоком смысле физиология и медицина неотделимы». На этой сессии К. М. Быков говорил: «Без преувеличения можно сказать, что, начиная от самых малых специальных медицинских дисциплин до обширных областей терапии, хирургии, психоневрологии, павловская физиология оказала огромное влияние и создала все предпосылки для нового подъема медицинской науки».

В гинекологии в широком смысле (акушерство и учение о женских болезнях) до сих пор еще далеко не достаточно использовано учение И. П. Павлова и его школы о высшей нервной деятельности. В этом направлении предстоит огромная работа, результаты которой откроют новые пути, в частности, в вопросе подготовки больных к гинекологическим операциям, а также обезболивания во время операции и ведения послеоперационного периода, особенно при его осложнениях.

Перенося эти данные на область оперативной гинекологии, следует думать, что учет значения психики больных и охраны психики от травмы,

которая может быть нанесена больной при подготовке ее к операции, во время операции или в послеоперационном периоде, приобретает огромное значение для исхода операции. Неправильное поведение работников хирургического отделения — хирурга, среднего медицинского персонала и даже санитарок — в присутствии больной может ухудшить результат операции, несмотря на правильно выбранную технику, соблюдение всех правил асептики и антисептики, а также безукоризненное техническое выполнение операции.

С вопросом организации работы хирургического отделения тесно связан вопрос о стиле этой работы, о правилах поведения хирурга, которые возникают в связи с хирургической работой.

Начинающий хирург прежде всего должен помнить, что больная всегда в той или иной мере испытывает страх перед предстоящей операцией. В последний момент у нее даже могут появиться сомнения в настоятельной необходимости предпринимаемой операции. Поэтому не только в обращении с больной, но и во всем поведении хирурга должна быть видна уверенность и оптимизм. Если же у него возникают какие-либо опасения за исход необходимой операции, то он должен сказать об этом кому-либо из родственников или близких больной, обязав их хранить это в строжайшей тайне от больной.

Чем ближе день операции, тем больше волнение больной, но, конечно, самый тревожный день — это день операции. Тяжелую травму нервной системы может вызвать у больной обстановка и вид операционной комнаты. Учитывая это, чрезвычайно важно, чтобы обезболивание, особенно общий наркоз, начинали бы не в операционной, а в специальной комнате для наркоза или в подготовительной.

При планировании строительства операционного блока хирургического отделения это требование следует иметь в виду (см. выше).

Если больная лежит в палате одна, то наркоз можно начать тут же, в палате.

При выборе метода обезболивания нервно-психическое состояние больной перед операцией нужно учитывать, так же как и состояние сердечно-сосудистой системы и пр.

В клинике подготовка больной к операции занимает обычно 4—5 дней. Исключением являются те случаи, когда операция является неотложной и производится в экстренном порядке, как, например, при внутреннем кровотечении на почве разрыва трубы при внематочной беременности, разрыва матки во время родов или при осложненном протекании матки во время выскабливания и тому подобных случаях.

Пребывание в клинике до операции должно оказать благотворное влияние на нервно-психическое состояние больной, если не только обстановка и прежде всего персонал, но и окружающие больные внушают ей уверенность в благоприятном исходе операции. Мы в нашей клинике прежде всего стремились поместить вновь поступающих в хирургическое отделение рядом с выздоравливающими и никогда не помещали их в палату только что оперированных, так как последние, даже при самом благоприятном течении послеоперационного периода, производят на «новичка» тяжелое впечатление, а выздоравливающие хирургического отделения благотворно действуют своим радостным настроением; они прекрасно влияют на новоприбывших, ободряют, и нередко являются невольными агитаторами за операцию, когда робкая и нерешительная больная готова от нее отказаться. Естественно, что велика роль персонала учреждения в создании и поддержке у больной бодрого настроения и уверенности в благополучном исходе. Уютная обстановка, ласковое и внима-

тельное отношение к больным, не только к вновь поступающим, но и к всем, т. е. весь стиль работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала как в приемном покое, так и в палате и во всем отделении, значительно скрашивают больной тревожное время ожидания предстоящей операции.

Диета больной в дни перед операцией должна быть питательной, богатой витаминами, но не чересчур обильной. Необходимо следить за деятельностью кишечника; при запорах назначают легкое слабительное (таблетку пургена), очистительную клизму. Накануне операции с утра больной дают слабительное (20,0—30,0 английской соли), она принимает теплый душ, весь день она получает лишь легкую пищу, вечером, независимо от того, подействовало или не подействовало слабительное, ей делают очистительную клизму, на ночь дают снотворное (пантопон, люминал, барбитал и т. д.). В день операции с утра — снова клизма. Если операция назначена на ранний час, то больная получает стакан сладкого чая. Перед самой операцией больная должна помочиться.

К непосредственной подготовке больной к операции мы относим бритье волос на лобке и на вульве, что предпочитаем делать непосредственно перед операцией (если бреют накануне, то к моменту операции может появиться раздражение и даже пиодермия), и дезинфекцию операционного поля. Эту подготовку, а также в случае необходимости катетеризацию надо проводить не в операционной, обстановка которой волнует больную, а в предоперационной (предоперационной может служить любая «чистая» комната). Общий наркоз мы, как уже было сказано выше, также начинаем в предоперационной и в операционную ввозим больную на каталке.

Дезинфицируем операционное поле на операционном столе, покрытом теплой стерильной простыней, надев предварительно на больную чистое, лучше стерилизованное белье.

При брюшностеночном чревосечении мы слегка обезжириваем кожу тупферами, смоченными бензином или эфиром, затем, обсушив, протираем ее спиртом и смазываем 5% иодной настойкой. Особое внимание надо уделять дезинфекции пупка.

Поверхность дезинфицируемой кожи простирается далеко за пределы предполагаемого разреза брюшной стенки, дезинфицируется даже передняя поверхность бедер. Дезинфекцию кожи брюшной стенки мы производим как бы концентрическими кругами: сначала в области предполагаемого разреза, а затем все более удаляясь от него к периферии; возвращаясь к центральной части, т. е. к месту будущего разреза, никогда не употребляем тот же тупфер. Дезинфекция должна быть тщательной, но не грубой, иначе в послеоперационном периоде может появиться дерматит. В частности, надо следить, чтобы иодная настойка не затекла на кожу спины и не вызвала бы там ожога.

После дезинфекции операционного поля живот покрывают стерильными простынями, оставляя непокрытой полоску кожи, соответственно намеченному разрезу.

При влагалищном чревосечении дезинфекцию наружных половых органов мы делаем тупферами, смоченными спиртом, а затем всю область, включая верхнюю часть внутренней поверхности бедер, смазываем 5% иодной настойкой. В день операции мы не спринцуем влагалища. Если же это настоятельно требуется, то спринцуем его накануне. Перед большой влагалищной операцией (влагалищное чревосечение, пластические операции и т. п.) в большинстве случаев мы спускаем мочу катетером. Все это производится в предоперационной. На операционном

столе повторно смазываем наружные половые органы иодной настойкой и после этого обкладываем операционное поле стерильным бельем. Если предполагается, что при брюшностеночном чревосечении придется вскрыть влагалищную трубку, то в предоперационной влагалище смазываем иодной настойкой и протираем спиртом.

Подготовка хирурга и его помощников к операции. Одним из условий для получения хороших результатов операции является, как известно, асептическое оперирование. Асептическое состояние рук оперирующего и его помощников, принимающих непосредственное участие в операции, имеет такое же первостепенное значение, как и стерилизация инструментов, материала для швов.

Обычные способы подготовки рук к операции не обеспечивают их асептического состояния, если руки соприкасались с загрязненным материалом при гнойных операциях, перевязках или с патологическими выделениями при влагалищных и других исследованиях. Профилактика загрязнения рук всех работающих в операционной и в первую очередь хирургов и операционных сестер — основное правило поведения этих работников.

Для того чтобы предохранить кожу рук от соприкосновения с инфицированным материалом, от загрязнения ее вирулентными микробами, гинекологу необходимо исследовать больных в резиновых перчатках. Уже давно вошло в обычай при гинекологическом исследовании больной надевать на исследующую руку резиновую перчатку. Нотак как «наружная рука» тоже не всегда остается вне соприкосновения с загрязненными предметами, бельем и телом больной (исследование больной, у которой оказался рак шейки матки), то при исследовании гинекологических больных в амбулаторных условиях врач, которому предстоит участвовать в операции, должен надеть перчатки на обе руки, так же как и в хирургическом стационаре. Еще лучше, если гинеколог, участвующий в хирургической деятельности, всю свою работу в амбулатории и стационаре проводит в резиновых перчатках.

Операционные сестры, как правило, должны работать только в операционной и не иметь контакта с больными. Это относится и к санитаркам, работающим в операционном блоке. Прежде чем ставить санитарку на работу в операционную, ее надо обучить элементарным правилам асептики, строго держать под контролем и допускать к работе только в том случае, если она усвоила все предъявляемые требования. Инфекция может быть занесена в операционную кем-либо из персонала, заболевшего местной или общей инфекцией (грипп, ангина, гнойник на коже и т. п.), или развиться, когда в «чистой» операционной производится операция, при которой оказался гнойный процесс и гной излился. Заболевший персонал не допускается в хирургическое отделение и тем более в операционную. Загрязненная операционная должна быть выключена из работы до тех пор, пока ее основательно не вымоют и не продезинфицируют.

В операционной, предназначенной для гнойной хирургии, должны соблюдаться те же правила асептики, которые проводятся в «чистой» операционной. Операционное помещение должно находиться в строжайшей чистоте; от всех участников операции требуется такое же соблюдение правил асептики, как и при асептических операциях. При гнойных операциях резиновые перчатки еще более необходимы (предохранение рук оперирующих от загрязнения), чем при асептических. И если почему-либо количество перчаток для всех операций недостаточно, экономия должна быть сделана за счет асептических операций.

Инструментарий и материалы для производства операций и их подготовка. Инструментарий для гинекологических операций в основном тот же, что и для хирургических операций вообще. Частая необходимость работать в глубине таза при гинекологических операциях заставляет гинекологов предпочитать длинные инструменты, особенно кровоостанавливающие зажимы и иглодержатели. Для тупферов необходимы корнцанги; для проведения дренажей через влагалище удобны изогнутые корнцанги. Чтобы захватить яичник или маточную трубу, применяют гладкие, окончатые, не имеющие зубцов щипцы (овариальные), а чтобы захватить матку, применяют такие же щипцы, но большего размера. Для извлечения большой фибромиомы пользуются штопором. При операциях влагалищным путем применяют короткое заднее (операционное) зеркало и более длинные боковики и подъемники. Для выскабливания матки нужны следующие инструменты: маточный пуговчатый зонд, набор металлических расширителей и кюретки разных размеров. Гинекологи пользуются изогнутыми по плоскости ножницами. При расширенной радикальной операции рака шейки матки мы, как правило, применяем влагалищный жом.

Для того чтобы инструменты были стерильными, их следует перед операцией прокипятить в 1% растворе соды (соду прибавляют, чтобы инструменты не ржавели). Кипятить инструменты следует 15 минут, считая с того момента, когда закипит вода в плотно закрытом стерилизаторе. За неимением специального аппарата для стерилизации можно прокипятить инструменты в самоваре. Режущие инструменты — скальпели и ножницы — не кипятят, так как они от кипячения тупятся, а погружают в спирт за полчаса до операции и затем вытирают досуха стерильной марлей.

После употребления инструменты моют щеткой в мыльной воде, кипятят в растворе соды, тщательно вытирают, рассортировывают и хранят в сухом месте (обычно в инструментальном шкафу) до следующей операции.

Для соблюдения асептики очень важно, чтобы стерильные инструменты, подаваемые во время операции, были бы всегда чисто и насухо вытерты, если они уже были использованы во время операции. Конечно, лучше каждый раз брать еще не использованный инструмент, но для этого надо либо иметь очень большое количество инструментов, что затруднительно, либо операционный столик, либо инструмент, один раз использованный, вновь стерилизовать, что требует бесперебойной и очень четкой работы обслуживающего персонала. В большинстве случаев можно ограничиться сменой инструментов на отдельных этапах операции, т. е. сменять их 2—3 раза в течение операции. Пользоваться одними и теми же инструментами на протяжении всей операции, конечно, неправильно. При смене инструментов операционная сестра кладет их на покрытый свежими стерилизованными салфетками столик и меняет перчатки. Хирург и его помощники, участвующие в операции, также меняют перчатки или моют их, чтобы смыть заекшущуюся кровь, вытирают их стерильным полотенцем и протирают спиртом.

В качестве материала для швов мы употребляем почти исключительно кетгут. Многочисленные бактериологические исследования и многолетний клинический опыт огромного числа хирургов и гинекологов давно уже решили вопрос о полноценности кетгута как материала для швов, который, обладая достаточной крепостью, через некоторое время рассасывается. Кетгут не является поэтому инородным телом и даже в случае нагноения не поддерживает его. При обработке кетгута спиртовым раствором йода можно быть уверенным в его стерильности. Для стерилизации кетгут кладут на 1—2 суток в очищенный (аптечный)

бензин, затем на одни сутки его перекладывают в эфир, а после этого в жидкость следующего состава:

Чистый иод	10,0
Иодистый калий	5,0—10,0
Винный спирт 96°	1 000,0

Если очищенного бензина нет, кетгут держат 3 суток в эфире, а затем в указанной жидкости. При бактериологической проверке обработанного таким образом кетгута он также оказывался стерильным.

Л. Л. Окинчиц описывает приготовление кетгута следующим образом: моток кетгута разматывают на отдельные нитки и погружают на 7 дней в раствор такого состава:

Иодистый калий	10,0
Чистый иод	10,0
Вода	1 000,0

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

Ксероформ	5,0
Глицерин	25,0
Этиловый эфир	100,0
Винный спирт 95°	500,0

Для приготовления эмульсии ксероформ тщательно растирают в ступке с глицерином, затем, постепенно растирая, прибавляют спирт и, наконец, добавляют эфир; приготовив эмульсию, ее взбалтывают и заливают ею кетгут. Через 48 часов кетгут вынимают из эмульсии, сушат не менее суток в стерильном полотенце, после чего кладут в стерильную банку со спиртом, где он и хранится; на операцию кетгут подают сухим. Для проверки стерильности кетгута и шелка производится посев на бульоне.

Преимуществом этого способа является, по Е. М. Шварцману, то, что кетгут в растворе иода с иодистым калием разбухает, а это способствует его пропитыванию иодом.

Каким бы способом ни готовили кетгут, его необходимо систематически и не реже одного раза в месяц проверять бактериологически посевом на бульоне или на бульоне с 0,2% содержанием гипосульфита. Гипосульфит связывает иод и тем самым способствует росту микробов, если они содержатся в кетгуте (Е. М. Шварцман).

Посев производят в условиях, соответствующих обстановке, в которой происходит операция. Операционная сестра должна вести систематическую запись с обозначением даты и результатов бактериологического исследования.

Шелк для швов на кожу мы применяем в очень редких случаях в качестве погружных швов при операциях по поводу мочеполовых и прямокишечных свищей (см. соответствующие главы). Обеспложивают шелк различными способами. Самым простым способом является стерилизация шелка в автоклаве и хранение его в винном 96° спирте. Стерильность спирта так же, как и стерильность кетгута, проверяют посевом на бульоне.

Операционная сестра перед операцией вынимает из банок, в которых хранится кетгут и шелк, определенное количество материала соответственно планируемой операции. Оставшийся не использованным материал обратно в банку не кладут, и если он не загрязнен, опускают в другие стерильные банки, с такой же жидкостью, как и в основных банках. В этих банках он сохраняется, и некоторые хирурги употребляют его

только для малых гинекологических операций. С нашей точки зрения это не последовательно: если стерильность материала под сомнением, то им вовсе не следует пользоваться. Бактериологическая проверка этих остатков производится в описанном выше порядке.

Резиновые перчатки либо кипятят в стерилизаторе, как и инструменты, либо стерилизуют сухим способом в автоклаве. Перед тем, как положить перчатки в стерилизатор, их немного наполняют водой, чтобы они не всплывали. Операционная сестра, вынув из стерилизатора перчатки, выливает из них воду, высушивает снаружи и, завернув в салфетку, держит на своем столе отдельно от инструментов. Для того чтобы влажную перчатку легко было надеть на руку, хирург должен смочить руку чистым спиртом или, что лучше для рук, спиртом, смешанным со стерилизованным глицерином ($\frac{3}{4}$ спирта и $\frac{1}{4}$ глицерина). Мы предпочитаем оперировать в стерилизованных в автоклаве перчатках: они меньше растягиваются и лучше облегают руку. Перчатки готовят следующим образом: чистые и сухие перчатки пересыпают внутри и снаружи стерилизованным тальком. Кроме того, чтобы пальцы перчатки не склеивались изнутри, в каждый палец вводят полоску стерилизованной марли и каждую перчатку обертывают марлевой салфеткой. Подготовленные таким образом и сложенные попарно перчатки кладут в автоклав и стерилизуют в течение 20—30 минут под давлением в 1—1,5 атм. Перед тем как надеть перчатку, из нее вынимают полоску марли и надевают на сухую и припудренную стерилизованным тальком руку. Руки под перчаткой должны быть тщательно продезинфицированы так же надежно, как если бы операция производилась без перчаток.

Существуют и способы влажной стерилизации перчаток в антисептических растворах (например, в сулеме). Мы никогда к этим способам не прибегали.

ЛИТЕРАТУРА

- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, изд. 2-е, М.—Л., 1947. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения И. П. Павлова, 1950.
- Петров Н. Н., Вопросы хирургической деонтологии, Л., 1948.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

Еще недавно применение обезболивающих средств при различных оперативных вмешательствах рассматривалось многими клиницистами и теоретиками преимущественно с органокалистических позиций в отношении фармакодинамических свойств наркотиков и анальгетиков. Подобного рода механистический подход в решении такой сложной проблемы, как обезболивание, основывался на абстрактных представлениях о специфическом действии лекарственных веществ на клетку и рецепторный аппарат (Вирхов, Эрлих) без учета состояния организма в целом.

В полном противоречии с подобным мировоззрением находится учение И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского, которые подходили к познанию природы раздражающего действия разнообразных агентов с точки зрения их влияния на организм в целом. Согласно материалистическим представлениям классиков русской физиологии, действие раздражающих веществ на организм нельзя рассматривать как стабильный процесс, так как характер действия в значительной степени зависит от состояния внешней и внутренней среды организма.

Иными словами, проблема физиологического раздражения разрешается как сложная взаимозависимость раздражителя, организма в целом и условий внешней и внутренней среды.

Вот почему применение обезболивающих средств должно предусматривать строгий анализ и учет многих факторов: состояние организма в данный момент и в первую очередь функциональную направленность его нервной системы, реактивную способность организма на действие обезболивающих средств, а в зависимости от этого следует учитывать и количественно-качественное соотношение обезболивающих веществ.

Величайшим событием в истории физиологии является открытие И. М. Сеченовым внутрицентрального торможения в координационной деятельности нервной системы. Последовательным развитием физиологической мысли в этом направлении являются работы Н. В. Введенского, в которых была вскрыта сущность и внутренняя природа торможения. Именно русским физиологам принадлежит ведущая роль в мировой физиологической науке в изучении проблемы торможения.

Особое освещение проблема торможения в деятельности коры больших полушарий головного мозга получила в работах И. П. Павлова, которые являются классическими и непревзойденными по глубине мысли.

И. П. Павлов дал не только более широкое и глубокое изучение указанной проблемы, но он создал новое представление о роли торможения как охранительной при физиологических состояниях нервных клеток и охранительно-целельной роли — при патологических состояниях. Так,

естественный сон он рассматривал как проявление охранительного торможения и по этому поводу писал: «С одной стороны, постоянно, наравне с процессом раздражения, участвуя в разнообразной деятельности животного во время бодрого состояния, торможение, с другой стороны, также постоянно является в роли охранителя реактивнейших клеток организма, клеток коры больших полушарий, защищая как специально против чрезвычайного напряжения их деятельности при встрече с очень сильными раздражениями или при длительном повторении хотя бы и не сильных раздражений, так и обеспечивая им необходимый покой после ежедневной нормальной работы в виде сна».

Совершенно очевидно, что при патологических состояниях организма имеет место снижение тормозных процессов в коре мозга благодаря своеобразной атаке, которой подвергаются клетки центральной нервной системы (особенно коры больших полушарий) в связи с постоянным поступлением импульсов из внутренних органов и внешней среды. Поэтому в качестве терапевтической меры клиницисты с большим успехом применяют сонную терапию и при помощи различных лекарственных средств добиваются усиления процессов торможения.

Таким образом, на основании учения И. П. Павлова об охранительном торможении при патологических состояниях организма усиление торможения может быть достигнуто применением различных лекарственных средств. Применяя обезболивание при различных оперативных вмешательствах, мы тем самым создаем торможение в коре головного мозга и охраняем центральную нервную систему от потока болевых импульсов.

Подобного охранительного торможения мы достигаем в одних случаях при помощи глубокого наркотического сна, а в других — методами местного обезболивания.

Естественно, возникает вопрос, какой же метод обезболивания является предпочтительным — местное обезболивание или глубокий наркотический сон.

Не подлежит сомнению, что обезболивание с выключением сознания оперируемого больного является наиболее щадящим методом. Однако это положение не исключает применения местного обезболивания, тем более, что местное обезболивание нельзя рассматривать узколокалистически, так как оно, несомненно, включает элементы общего обезболивающего действия вследствие претотращения потока болевых раздражений, идущих от органов к коре мозга.

В каждом отдельном случае выбор вида и метода обезболивания должен быть строго индивидуализирован в зависимости от общего состояния больного, реактивности его нервной системы.

Применению любого вида обезболивания должна предшествовать соответствующая подготовка больного к предстоящей операции. В числе мероприятий в этом направлении большое значение следует придавать воздействию словом (вторая сигнальная система) — (психопрофилактическая подготовка). В качестве обязательного мероприятия следует также считать усиление тормозных процессов при помощи медикаментозных средств (за 2—3 дня до операции назначение брома, урегулирование и усиление сна применением люминала, веронала), а за 30 минут до предстоящей операции — введение под кожу 1 мл 2% раствора пантопона. Во время операции как при местной анестезии, так и при ингаляционном и вейнгаляционном наркозах применение кофеина показано не только с точки зрения воздействия на сердечно-сосудистую систему, но и с точки зрения регулирования процессов возбуждения и торможения в головном мозгу (И. П. Павлов, М. К. Петрова).

Исключительно велика роль охранительно-целебного торможения и в послеоперационном периоде, так как оно способствует нормализации жизненных функций организма: улучшаются процессы заживления раневой поверхности, обеспечивается отдых больному организму, экономятся силы больного.

Охранительно-целебное торможение в послеоперационном периоде приводит к нарушению связи с внешними раздражителями и ограничивает поступление в кору больших полушарий различного рода импульсов с многочисленных рецепторных аппаратов внутренних органов (К. М. Быков).

Практика показывает, что послеоперационный сон способствует предотвращению ряда таких осложнений, как, например, метеоризм, расстройство мочеотделения, нормализует дыхание, сердечную деятельность и терморегуляцию.

Для создания послеоперационного сна показано применение препаратов производных барбитуровой кислоты (гексенал, пентотал, люминал), особенно в сочетании с препаратами коркового действия (бром, алко-голь).

Различают следующие виды обезболивания при гинекологических операциях: 1) ингаляционный наркоз (эфир, хлороформ, хлорэтил, закись азота, циклопропан); 2) неингаляционный наркоз (гексенал, пентотал); 3) местная анестезия (спинномозговая, интрадуральная, перидуральная, эпидуральная, или сакральная, инфильтрационная, инфильтрационно-проводниковая, охлаждение).

Независимо от того, какой вид обезболивания будет применен в каждом конкретном случае, врач должен всегда помнить следующие основные положения:

1) обезболивание проводится в обязательном порядке при любых оперативных пособиях, какими бы они ни казались малыми и кратковременными;

2) выбор того или иного метода обезболивания должен быть строго индивидуализирован; интересы больной должны стоять на первом месте;

3) больная должна быть поставлена в известность о характере обезболивания еще накануне операции, чтобы оградить ее от излишних переживаний и догадок относительно характера предстоящего обезболивания;

4) больная доставляется в операционную в сопровождении врача (наркотизатора) или сестры только тогда, когда все подготовлено для предстоящего обезболивания и операции; никаких томительных ожиданий для больной в операционной не должно быть;

5) если предстоящая операция будет проводиться под местной анестезией, то это обязывает хирурга и всех присутствующих в операционной к строжайшей дисциплине; исключаются всякие разговоры относительно недостатков намеченного хирургом вида и метода обезболивания, чтобы оградить больную от излишних психических травм;

6) прежде чем приступить к обезболиванию, врач (хирург, наркотизатор) должен хорошо ознакомиться с техникой применяемого обезболивания, с показаниями и противопоказаниями, а также с мероприятиями по борьбе с возможными осложнениями;

7) всякое заявление оперируемой о болевых ощущениях должно восприниматься хирургом как непреложный факт и хирург обязан обеспечить дополнительную анестезию; никаких упреков по адресу больной со стороны хирурга и наркотизатора не должно иметь места;

8) смена наркотизатора во время операции недопустима; наркотизатор сопровождает больную в послеоперационную палату и дает сестре необходимые указания по уходу за нею в первые часы после операции.

Ингаляционный наркоз

Эфир. В России эфир был применен впервые Н. И. Пироговым (1847). Он же первый в мире положил начало широкому внедрению эфирного наркоза в хирургической практике на поле боя. В том же 1847 г. русский физиолог А. М. Филомафитский также впервые в мире изобрел и внедрил в практику специальную маску для наркоза, которую значительно позже стал применять Эмарх.

Несмотря на появление большого количества различных наркотиков и анальгетиков, эфир на протяжении столетия занимает одно из ведущих мест среди обезболивающих средств.

Прежде чем приступить к эфирному наркозу, рекомендуется проделать пробу на чистоту эфира. Из многочисленных проб наиболее простыми и доступными являются следующие: 1) на фильтровальную бумагу наливают немного эфира, который уже через несколько минут легко испаряется, не оставляя при этом ни запаха, ни пятна. Если появится запах или пятно, это указывает на примеси сивушного масла и эфир считается непригодным для наркоза; 2) смоченная эфиром синяя лакмусовая бумажка не должна краснеть.

Эфир для наркоза хранят в темных склянках в темном и прохладном месте.

Подготовку больной к операции необходимо начинать заблаговременно, если позволяют обстоятельства. За 1—2 дня до операции желудочно-кишечный тракт подготавливается очистительными клизмами. Если больная перед операцией не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, то показана катетеризация.

Особое внимание следует обращать на нервно-психическую возбудимость больной; последнее обстоятельство является часто решающим фактором в выборе вида и метода обезболивания. Вот почему не следует скрывать от больной характера предстоящего обезболивания: психическая подготовка (психотерапия) в таких случаях приносит только обобщенную пользу. Если больная излишне волнуется, то в ночь перед операцией ей желательно назначить успокаивающие (снотворные) средства (люминал, веронал).

Для усиления эфирного наркоза рекомендуется предварительное введение (за 30 минут до операции) 1 см³ 2% раствора пантопона и 5 см³ 20% раствора сернокислой магнезии (1 г вещества) внутримышечно.

Ингаляционный наркоз целесообразно начинать не в операционной, а в предоперационной или в палате, специально для этого предназначенной. Наркотизатор должен помнить о своей большой ответственности и тщательно продумать все детали. В распоряжении наркотизатора находится наркозный столик, на котором заготовлено все необходимое как для обезболивания (наркотики, анальгетики, маска для наркоза), так и для оказания необходимой помощи при явлениях угрожающей асфиксии (роторасширитель, языкодержатель, корнцанг, марлевые тампоны для туалета рта и зева, стетоскоп, почкообразный тазик для рвотных масс, вазелин, шприц и несколько ампул с 20% камфорным маслом, 10% кофеином, 1% лобелином, 1% эфедрином и адреналином в концентрации 1 : 1 000.

Надо стремиться к тому, чтобы при ингаляционном наркозе наркотическое вещество (в данном случае эфир) поступало постепенно и в умеренной концентрации (в смеси с воздухом). Различают два способа дачи наркоза — открытый и закрытый (герметический). При первом способе эфир наливают (каплями) на открытую маску, в связи с чем часть его испаряется в воздух, и больная, таким образом, не подвергается действию высокой концентрации эфира. Маска, которой в таких случаях пользуются, закрывает только рот и нос, неплотно прилегает к лицу, что в свою очередь способствует легкому проникновению воздуха под маску.

Отрицательной стороной капельного способа эфирного наркоза являются следующие обстоятельства: усыпление больной значительно затягивается, значительное количество эфира испаряется в воздух, что далеко не безразлично для наркотизатора и всех участников операции, и, наконец, трудно дозировать и тем самым руководить эфирным наркозом. Для сохранения эфира рекомендуется маску и лицо больной закрывать полотенцем.

При закрытом (герметическом) способе дачи наркоза пользуются проволочной маской, обтянутой марлей и снаружи клеенкой. Это — большая маска, легко покрывающая все лицо и плотно к нему прилегающая. В глубине купола маски укреплены марлевые тампоны, на которые и наливается эфир периодически, небольшими порциями.

Данная модель маски позволяет более рационально пользоваться эфиром, легче учитывать количество использованного наркотика, окружающие не подвергаются действию эфира. Однако больная подвергается действию высокой концентрации эфира, в силу чего данный «удушающий» способ дачи эфира должен быть признан менее рациональным, чем открытый, капельный способ.

Заслуживает внимания применение маски Омбредана, усовершенствованной Садовенко. Маска представляет собой шаровидную форму с четырьмя отверстиями. Через одно из отверстий вливается эфир (в количестве 50—100 см³), который впитывается войлоком, отверстие плотно закрывается металлической пробкой. К противоположному, нижнему отверстию привинчена маска для лица; через это отверстие больная получает наркотическое вещество. Через одно боковое отверстие полость маски соединена с мешком из животного пузыря; и, наконец, четвертое отверстие служит для сообщения полости маски с наружным воздухом. Устройство маски позволяет легко регулировать поступление эфира в дыхательные пути больной при помощи стрелки с циферблатом (шкала с делениями от 0 до 8).

Во время эфирного наркоза наркотизатор обязан тщательно следить за состоянием больной, за ее дыханием, пульсом, а также за состоянием врачей. Умелое наблюдение позволит наркотизатору правильно учитывать наступление отдельных стадий эфирного наркоза. Необходимо различать следующие шесть стадий: 1) стадия вступления в наркоз (начальная стадия), 2) анагетическая стадия (стадия опьянения), 3) стадия возбуждения, 4) стадия глубокого сна, 5) стадия пробуждения, 6) посленаркозная стадия (С. М. Рубашов).

Следует помнить, что во время глубокого наркоза зрачки сужены и не реагируют на свет; если же зрачки расширены и не проявляют реакции на свет, то это является одним из очень серьезных предвестников угрожающей опасности.

Грозным осложнением эфирного наркоза является асфиксия, которая обычно наступает не сразу; причиной ее бывает затрудненное дыхание вследствие слишком глубокого западания языка или вследствие скопления

слизи в зеве. В подобных случаях берут нижнюю челюсть двумя руками в области углов и смещают ее таким образом, чтобы нижние зубы располагались впереди верхних. Умелым и своевременным применением роторасширителя удается легко приоткрыть рот и захватить язык специальными щипцами (языкодержателем), которые должны быть в распоряжении наркотизатора. Скопление слизи удаляют марлевыми тампонами, взятыми на корнцанг.

Если этих мероприятий недостаточно, то применяют искусственное дыхание. При асфиксиях успешно применяют углекислоту; эффект достигается обычно через 1—2 минуты.

Для понижения секреции слизи из дыхательных путей рекомендуется перед дачей наркоза введение 1 мг атропина.

Эфирный наркоз абсолютно противопоказан: 1) при тяжелых формах туберкулеза, острых распространенных бронхитах, пневмониях, 2) при артериосклерозе, гипертонии, при всех заболеваниях сердца в состоянии декомпенсации, 3) при нефритах и нефрозах, 4) при заболеваниях печени, сопровождающихся желтухой и ее увеличением (цирроз), 5) при резко выраженных степенях кахексии, истощения, анемии.

В течение последнего десятилетия получил распространение метод внутри трахеального наркоза, при котором газообразное наркотическое вещество поступает через резиновую трубку непосредственно в трахею. Развитие этого метода в нашей стране принадлежит проф. В. М. Мыш (1912).

Особенности и преимущества данного метода наркоза перед так называемым масочным методом сводятся к следующему: 1) представляется возможность довольно точно управлять наркозом, дозируя применяемое наркотическое вещество в соответствии со стадиями наркоза и этапом операции; 2) предупреждаются такие осложнения, как рвота, западание языка, асфиксия; 3) представляется возможность оперировать при любом положении больной.

Внутритрахеальный наркоз показан не только при операциях на органах груди и средостения, но и при всех больших полостных операциях. Есть основание полагать, что данный метод наркоза получит распространение и при гинекологических полостных операциях, особенно в тех случаях, когда местная инфильтрационная и спинномозговая анестезия не применима.

Хлороформ. Хлороформ открыт в 1831 г., но как наркотик был впервые применен при хирургических операциях в 1847 г. В течение первых двух-трех десятилетий хлороформ был значительно шире распространен, чем эфирный наркоз; однако уже последние два десятилетия прошлого века показывают, что отрицательные свойства хлороформа, всем хорошо известные, несколько ослабили увлечение хлороформным наркозом. Врачи, главным образом хирурги, гинекологи и акушеры, по достоинству оценили эфирный наркоз, выдвинув его снова в первые ряды. Первая четверть XX столетия в истории развития хлороформного наркоза характеризуется дальнейшим отрицательным отношением к хлороформному наркозу.

В 1905 г. акад. Н. П. Кравков предложил гедонал-хлороформный наркоз, который и был впервые применен в хирургической практике проф. С. П. Федоровым. В настоящее время хлороформ постепенно, но неуклонно продолжает уступать место эфирному наркозу. Хлороформ является наиболее токсичным из всех известных наркотиков; этим и объясняется резкая ограниченность его применения.

Техника хлороформного наркоза сводится к капельному способу применения. Вначале дают хлороформ из расчета 20 капель в минуту, затем постепенно увеличивают до 30—40 капель в минуту и доводят до 60 капель. При наступлении глубокого наркоза темпы хлороформирования значительно снижают и поддерживают иоступление наркотика в пределах 15—20 капель в минуту.

Противопоказаниями к данному виду обезболивания являются все заболевания сердца, почек, печени, нарушения обмена и болезни крови, хотя бы они и были слабо выраженными.

В настоящее время хлороформный наркоз (как основной наркоз) в гинекологических клиниках Советского Союза применяется крайне редко.

Хлорэтиловый наркоз. Хлорэтил известен с 1848 г., в качестве наркотика при оперативных пособиях он стал применяться в виде «оглушения» с 1901 г.

В гинекологической практике хлорэтил широко применяется при кратковременных хирургических вмешательствах (вскрытие абсцессов бартолиновой железы, молочной железы и т. п.), а также в виде смешанного ингаляционного наркоза (хлорэтил и эфир).

Техника хлорэтилового оглушения несложна и состоит в применении обычной маски, которой покрывают нос и рот больного; лицо тщательно закрывают полотенцем, на маске оставляют небольшой участок (не покрытый полотенцем), куда и направляется струя хлорэтила. Наркоз наступает быстро (через 10—12 дыханий).

Газовый наркоз. Данный вид наркоза представляет собой одну из разновидностей ингаляционного наркоза и заключается во вдыхании газов (закиси азота, циклопропана) в смеси с кислородом.

Применение закиси азота (веселящего газа) как обезболивающего средства началось в 1799 г. Впервые закись азота была применена с успехом при хирургических операциях в 1845 г., но широкое применение этот вид обезболивания в зубоврачебной практике и при кратковременных хирургических операциях получил значительно позже (1860—1868).

В 1880 г. русский акушер Кликвич впервые применил закись азота в качестве обезболивающего средства при родах.

Закись азота рекомендуется применять в смеси с кислородом (80% закиси азота, 20% кислорода). Положительными свойствами наркоза закисью азота являются быстрое (в течение 1—2 минут) усыпление больной и быстрое пробуждение. Из организма закись азота выделяется в неизменном виде через легкие (в течение нескольких минут).

Слизистая рта и дыхательных путей не раздражается закисью азота, что также является ценным свойством этого наркотика. Так как закись азота не воспламеняется, безопасно применение электроножа.

Несмотря на видимые положительные свойства закиси азота, этот вид обезболивания не получил широкого применения в Советском Союзе главным образом потому, что закись азота не дает длительного и глубокого наркоза.

В 1929 г. было открыто наркотическое действие нового газа из углеводов — циклопропана. Циклопропан имеет все положительные свойства, присущие закиси азота, и вместе с тем дает значительную глубину наркоза, достаточную для выполнения длительных хирургических и гинекологических операций. Циклопропан в организме не разрушается и выводится из организма (в течение 10 минут) в неизменном виде.

Положительные свойства циклопропана следующие: 1) газ не обладает запахом, 2) не поражает жизненно важных органов, 3) не понижает кровяного давления, 4) не является клеточным ядом, 5) дает необходимую глубину сна, 6) дает быстрое наступление сна и быстрое пробуждение от наркоза.

Отрицательным свойством циклопропана является его легкая воспламеняемость.

Судя по литературным данным, циклопропан является самым безвредным и самым безопасным наркотиком для человеческого организма. Надо полагать, что циклопропан в ближайшие годы получает широкое применение для обезболивания при гинекологических операциях.

Неингаляционный наркоз

Неингаляционный наркоз достигается введением наркотиков и снотворных не путем ингаляции, а путем введения *per os*, *per rectum*, внутривенно, внутримышечно, внутритрахеально, внутрикостно.

Из наркотических веществ для неингаляционного наркоза применяют эфир, алкоголь (нарколан), сервокислую магнезию, морфин, пантопон, скополамин. Из снотворных веществ для той же цели применяют хлоралгидрат, гедонал, препараты барбитуровой кислоты (веронал, сонбутал, гексенал, пентотал).

В 1847 г. Н. И. Пирогов впервые применил прямокишечный эфирный наркоз путем введения эфира в прямую кишку; он же впервые применил внутривенный эфирный наркоз. Н. П. Кравков и С. П. Федоров (1905—1909) разработали и ввели в практику внутривенный гедоналовый наркоз.

В настоящее время наибольшее применение при крупных гинекологических операциях получили внутривенный наркоз барбитуратами (гексеналовый, пентоталовый).

Гексеналовый внутривенный наркоз. Гексенал — снотворный препарат отечественного производства (аналог эвипан-натрия) стал применяться как наркотик с 1933 г. Это белый кристаллический порошок, легко растворимый в воде. Препарат выпускается по 1 г в стерильных ампулах емкостью в 10 см³. К каждой ампуле с гексеналом прилагается ампула, содержащая 10 см³ дважды дистиллированной воды (стерильной). Растворение 1 г гексенала в 10 см³ воды дает, таким образом, 10% раствор гексенала.

В тех случаях, когда нет готовой ампулы с дважды дистиллированной водой, гексенал можно растворять в подогретом (до 40°) физиологическом растворе.

Результат гексеналового наркоза напоминает нормальный сон, в который погружается больная уже после введения внутривенно 4—5 мл 10% раствора гексенала. Поскольку гексенал действует на подкорковые центры, желательнее предварительно ввести 1 мл 1% раствора морфина (или 1—2 мл 2% раствора пантопона), действие которого направлено на корковые центры.

Характерно отметить, что стадии наркоза, о которых шла речь в разделе об эфирном наркозе, при внутривенном введении гексенала чрезвычайно быстро сменяются одна за другой. Как правило, стадия возбуждения отсутствует; стадия пробуждения кратковременна, и больные, просыпаясь, часто вновь засыпают (так называемый вторичный сон). Состояние возбуждения после гексеналового наркоза — явление исключительно редкое; внаительно легче протекает и посленаркозная стадия.

Продолжительность вторичного сна находится в прямой зависимости от дозы наркотика; в ряде случаев больная после операции продолжает находиться в глубоком сне от 3 до 4 часов. Нарушать сон не рекомендуется, пробуждение должно быть естественным.

Методика гексеналового наркоза сводится к следующему. Рука больной укладывается на столик, специально для этого предназначенный и покрытый стерильным бельем. Мышцы руки больной не должны быть напряжены, положение руки свободное, спокойное; фиксация руки к столу не обязательна. После дезинфекции спиртом кожи на поверхности локтевого сгиба рука обкладывается стерильным полотенцем. В распоряжении наркотизатора находится второй столик, расположенный рядом с первым и также накрытый стерильным полотенцем. На втором столике находится один шприц емкостью в 20 см³ и 2 шприца емкостью каждый

в 10 см³ (один из которых является запасным). Заготавливают заблаговременно растворы гексенала — в шприце емкостью в 20 см³ 5% раствор и в шприцах емкостью в 10 см³ 10% раствор.

Наркоз начинается с введения 10% раствора гексенала; первые 3—5 см³ данного раствора гексенала вводятся медленно, в течение 2—3 минут. Почти как правило, больная засыпает уже после введения 1—2 см³ 10% раствора гексенала; вторую половину дозы вводят несколько быстрее. После наступления глубокого наркоза подача гексенала прекращается и в вену вводится физиологический раствор медленным темпом и только по мере необходимости снова вводится гексенал. После использования 10 см³ 10% раствора гексенала приступают к расходованию 5% раствора заготовленного препарата.

Для выполнения большой, длительной операции, например, расширенной (радикальной) экстирпации матки по поводу рака шейки, расходуется в среднем около 2 г гексенала (реже — 2,5 г) и около 400—500 см³ физиологического раствора поваренной соли.

Несмотря на то, что методика гексеналового наркоза разработана достаточно подробно, тем не менее передозировка гексенала в каждом отдельном случае возможна. Наиболее частым осложнением является расстройство дыхания, реже — расстройства сердечной деятельности. Для профилактики указанных выше осложнений рационально применять 5% раствор гексенала и по ходу операции вводить внутривенно большие количества физиологического раствора.

Поскольку гексенал распадается преимущественно в печени, противопоказаниями для гексеналового наркоза являются заболевания печени, особенно протекающие с желтухой, а также заболевания, вызывающие расстройства функции печени; к абсолютным противопоказаниям следует отнести также такие тяжелые интоксикации, как перитонит и септические процессы.

Пентоталовый внутривенный наркоз. В последние годы в нашей стране широко распространился внутривенный пентоталовый наркоз. Пентотал-натрий (советский препарат — тиопентал-натрий) по сравнению с гексеналом имеет значительные преимущества (А. С. Рыжиков), а именно: 1) не понижает кровяного давления во время наркоза, 2) не вызывает мышечных сокращений и судорог, 3) представляет возможность проводить длительные операции без добавочной анестезии, 4) быстро нейтрализуется при помощи аналептиков.

Пентотал-натрий (тиопентал-натрий) — зеленоватый аморфный порошок горького вкуса, легко растворимый в алкоголе и воде. Препарат выпускается в ампулах, в которых содержится 1 г вещества; в прилагаемой ампуле емкостью в 50 мл — дважды дистиллированная вода. Надо помнить, что раствор пентотала крайне не стоек, а потому растворы пентотала для наркоза должны готовиться *ex tempore*. Растворение порошка пентотала дает прозрачную жидкость желтоватого (лимонного) цвета с едва ощутимым запахом серы. Мутные растворы для применения не пригодны.

Накануне операции больная получает снотворное (люминал, веронал). За 30 минут до операции вводят подкожно 1 см³ 1—2% раствора пантопона и 1 см³ 0,1% раствора сернокислого атропина.

Общеприятными являются 2—2,5% растворы пентотал-натрия; реже применяются 4—5% растворы.

Техника этого вида наркоза заключается в следующем. Внутривенное введение свежеприготовленного 2% раствора пентотал-натрия (тиопентал-натрия) начинается после того, как хирург закончил подготовку операционного поля. В течение одной минуты вводят первые 4—5 см³ 2% раствора, затем

после перерыва в 1—2 минуты введение раствора продолжается, но значительно медленнее. Как правило, после введения 10 см³ 2% раствора больная засыпает; для получения глубокого сна требуется введение 20—30 см³ 2% раствора. В дальнейшем глубокий наркоз поддерживается так называемым фракционным (по 1—2 см³) внутривенным введением раствора пентотала по мере необходимости. Если возникает необходимость временно прекратить или ограничить поступление наркотика, то во время интервалов вводят в ту же вену (не вынимая иглы) физиологический раствор (по совокупности до 200 см³) или 40% раствор глюкозы (в общей сложности до 50—60 см³).

Во время внутривенного пентоталового наркоза рекомендуется периодическое вдыхание кислорода. Внутривенное введение пентотала прекращается в тот момент, когда хирург переходит к наложению швов на кожу.

Общее количество пентотала, необходимого для поддержания глубокого наркоза при выполнении длительных операций, редко превышает 1,5—2,0. В тех же случаях, когда указанного общего количества наркотика недостаточно для окончания операции, рекомендуется переходить к ингаляционному эфирному наркозу. Следует помнить, что точной дозировки пентоталового наркоза не существует и потому при передозировке могут иметь место токсические осложнения (цианоз, появление резко выраженной бледности лица, угнетение дыхания). В подобных случаях дальнейшее введение растворов пентотала должно быть прекращено, больная должна получать в достаточном количестве кислород, подкожно вводится лобелин (1 см³ 1% раствора).

Противопоказаниями для внутривенного пентоталового наркоза являются: 1) резко выраженная анемия, 2) септические состояния, 3) кахексия, 4) пожилой возраст больных, 5) значительные функциональные расстройства печени.

Местная анестезия

Спинальная (интрадуральная, субарахноидальная) анестезия. Данный вид обезболивания предусматривает анестезию чувствительных нервных стволов и корешков путем введения анестезирующих веществ в спинномозговой канал. По своему обезболивающему эффекту спинальная анестезия занимает срединное положение между общим обезболиванием и местной анестезией.

Начало научно обоснованного изучения спинномозговой анестезии относят к 1899 г. Новый способ обезболивания был встречен с большим интересом во всех странах. Однако уже очень скоро увлечение новым видом обезболивания начало остывать, так как появились сообщения о целом ряде как непосредственных, так и отдаленных осложнений. В 1904 г. был предложен в качестве обезболивающего средства с т о в а и н, а в 1905 г. — н о в о к а и н, с введением которого в хирургическую практику спинномозговая анестезия вновь обрела многочисленных приверженцев и этот вид обезболивания стали применять наравне с ингаляционными видами наркоза.

Несмотря на новую волну (в течение последних двух десятилетий) отрицательного отношения к спинномозговой анестезии со стороны большинства хирургов, гинекологов и поныне продолжают довольно широко пользоваться этим видом обезболивания. Ряд отрицательных свойств, присущих спинномозговой новокаиновой анестезии, устранен применением новых препаратов, какими являются с о в к а и н (перкаин) и д и к а и н (пантокаин).

Особо нужно отметить прекрасные достоинства совкаина (наш отечественный препарат), который создает многочасовую анестезию (несвойственную новокаину); совкаиновая анестезия, как правило, не сопровождается тошнотой и рвотой ни во время операции, ни после операции и,

наконец, больные не жалуются на головные боли, так свойственные спинномозговой новокаиновой анестезии.

Техника спинномозговой анестезии не представляет больших трудностей. Центр тяжести сводится к тому, чтобы анестезирующий раствор был введен в субарахноидальное пространство спинного мозга. Чтобы облегчить техническое выполнение спинальной пункции, больную сажают на край стола и спина ее изгибается дугой как можно больше вперед. Если состояние больной не позволяет занять указанное положение, то пункция может быть произведена и в лежачем положении больной на том или ином боку; колени и голова при этом приводятся к туловищу. Но, как правило, пункция должна проводиться в сидячем положении больной.

Наиболее благоприятным местом для введения анестезирующего вещества следует признать промежуток между II и III (или между III и IV) остистыми отростками поясничных позвонков. Кожу лучше всего обрабатывать бензином, так как он хорошо растворяет жиры, а затем спиртом; если бензина нет, то вначале кожа обрабатывается эфиром, а затем спиртом. Применения йодной настойки следует избегать, так как опыт показывает, что попадание хотя бы нескольких капель йода в иглу, а тем самым и в спинномозговой канал, влечет за собой появление сильных головных болей.

Пятиграммовый шприц и иглы с мандренами должны кипятить в дистиллированной воде. Для спинномозговой пункции можно пользоваться тонкими, длинными иглами (8—10 см), кончики которых должны быть острыми и короткими.

При правильном положении больной с хорошо выгнутой спиной место намечаемого укола легко определяется путем плотной фиксации пальца левой руки. Игла должна вводиться перпендикулярно к коже и строго по средней линии между остистыми отростками. Необходимо строго следить за положением и продвижением иглы и если игла упирается в кость, ее нужно извлечь полностью или частично и придать ей правильное направление.

Первое, легко ощутимое препятствие рука испытывает при прохождении иглы через связку между позвонками (*lig. interspinale*), второе заметное препятствие наблюдается при проколе желтой связки (*lig. flavum*), твердой мозговой оболочки (*dura mater*) и паутинной оболочки (*arachnoidea*). Дальнейшее продвижение иглы прекращают, мандрен удаляют и вытекание спинномозговой жидкости является доказательством нахождения иглы в субарахноидальном пространстве.

После удаления 1—2 см³ спинномозговой жидкости в канюлю иглы вставляют шприц (с 3 см³ 5% раствора новокаина) и спинномозговую жидкость медленно набирают в шприц, а затем уже раствор новокаина, смешанный со спинномозговой жидкостью, медленно вводят в субарахноидальное пространство.

После введения анестезирующего раствора больная продолжает сидеть еще в течение нескольких минут (2—3 минуты), а затем с помощью персонала принимает горизонтальное положение. Уже через несколько минут после введения анестезирующего раствора больная отмечает ощущение тепла в нижних конечностях, а также чувство онемения в нижних конечностях и в тазовом поясе.

Прежде чем приступить к операции, рекомендуется ввести подкожно 1 см³ 10% раствора кофеина, а через 30 минут введение кофеина повторить.

Анестезия наступает, как правило, через 5—10 минут после введения анестезирующего вещества и продолжает сохраняться в среднем в течение часа (иногда несколько больше). Из осложнений во время операции следует

указать на появление иногда бульбарных симптомов (рвота, тошнота, бледность, цианоз, потение), однако указанные явления быстро проходят.

Из послеоперационных осложнений следует указать на сравнительно частые, иногда упорные (стойкие) головные боли, которые могут сохраняться на протяжении нескольких дней. Для купирования головных болей рекомендуется подкожное введение кофеина (по 1 см³ 10% раствора) в течение 4—5 дней, внутривенное вливание 40% раствора уротропина, вливание в вену физиологического раствора и глюкозы и др.

Опыт показывает, что спинномозговая совкаиновая анестезия имеет значительные преимущества перед спинномозговой новокаиновой анестезией: обезболивание сохраняется в течение нескольких часов (до 3—4 часов), как правило, бульбарные явления отсутствуют, больные не жалуются на головные боли.

Противопоказания к применению спинномозговой анестезии: 1) заболевания центральной нервной системы, 2) деформация позвоночника, 3) гипотония, 4) выраженная гипертензия, 5) психические заболевания, 6) сепсис, 7) склероз сосудов, 8) общее тяжелое состояние больной, 9) кахексия.

Перидуральная анестезия. В 1925 г. было предложено вводить анестезирующее вещество не субарахноидально, а в околооболочечное пространство (перидурально), что позволяет анестезировать корешки. Для перидуральной анестезии может быть использована та же игла, которую применяют при спинномозговой (субарахноидальной) анестезии.

В качестве анестезирующего вещества пользуются 1% раствором новокаина в количестве 10 см³; с большим успехом применяется дикаин (пантокаин) в следующем разведении: 0,3 дикаина растворяют в 100 см³ физиологического раствора с прибавлением к этому раствору 15 капель адреналина. Анестезирующий раствор готовится непосредственно перед операцией.

Техника перидуральной анестезии (по М. С. Александрову): больная занимает такое же положение, как и при спинномозговой анестезии. После обработки кожи эфиром и спиртом иглой прокалывают кожу и подкожно-жировую клетчатку примерно на уровне между I и II (или между II и III) остистыми отростками поясничных позвонков. Когда игла преодолет первое препятствие — межкостистую связку (*lig. interspinale*), к ней присоединяется 10-граммовый шприц с 3—5 см³ физиологического раствора. При дальнейшем осторожном продвижении иглы надавливают пальцем на поршень шприца. При прохождении иглы в плотных тканях поршень шприца под давлением пальца будет пружинить; как только игла пройдет через желтую связку (*lig. flavum*) и тем самым проникнет в рыхлую клетчатку перидурального пространства, физиологический раствор из шприца будет выходить под легким давлением пальца.

Дальнейшее продвижение иглы прекращается; для контроля шприц снимают с иглы и наблюдают. Если жидкость из иглы обратно не вытекает, то это указывает на правильное местонахождение иглы. Если же из иглы будет вытекать спинномозговая жидкость, то это является доказательством прокола твердой мозговой и паутинной оболочки.

Убедившись в правильном положении иглы, вводят 3—5 см³ раствора дикаина, после чего вновь проверяют, не вытекает ли обратно вводимый раствор (биологическая проба). Только после этой пробы вводятся остальные 5—7 см³ раствора дикаина. После введения перидурально 10 см³ анестезирующего раствора больная остается сидеть на столе в том же положении в течение 10 минут, после чего перидурально вводится дополнительно 10 см³ раствора дикаина. Только после введения 20 см³ раствора дикаина игла удаляется, место укола смазывается йодной настойкой и больная

занимает горизонтальное положение на спине. К операции приступают через 30 минут после введения раствора дикаина.

Поскольку анестезирующее вещество распределяется в перидуральной клетчатке, опасность проникновения раствора к продолговатому мозгу совершенно исключается и в этом отношении преимущества перидуральной анестезии по сравнению со спинномозговой очевидны.

Больные, как правило, не высказывают никаких жалоб и в ожидании операции находятся в спокойном состоянии. Длительность анестезии достигает 3—5 часов; после операции больные не страдают головными болями.

Перидуральная анестезия показана в тех случаях, когда по каким-либо причинам противопоказаны другие виды обезболивания.

Противопоказаниями к данному виду обезболивания являются: 1) различного рода деформации позвоночника, 2) психические заболевания, 3) неустойчивая нервная система больной, 4) такие состояния больных, когда операция не может задерживаться хотя бы на 30—40 минут, необходимых для проведения перидуральной анестезии, и 5) кахексия.

Эпидуральная (сакральная) анестезия. При этом виде обезболивания анестезирующее вещество вводится в крестцовый канал (*spatium epidurale*) через крестцовое отверстие (*hiatus sacralis*), что и приводит к соприкосновению анестезирующего вещества с корешками сакрального сплетения.

Техника эпидуральной анестезии сводится к следующему: больная получает предварительно инъекцию морфина. Затем, в зависимости от состояния, она принимает или коленнолоктевое положение или укладывается на живот с согнутыми коленными и тазобедренными суставами, или же принимает положение на левом боку с приведенными к животу бедрами.

Примерно на уровне IV крестцового позвонка приходится конец *cisternae terminalis*. Игла вводится толчкообразным движением в *hiatus sacralis* по средней линии под углом в 20° к поверхности кожи; затем направление иглы меняется и оно должно совпадать с предполагаемым направлением крестцового канала. Игла вводится осторожно на глубину 5 см; если при введении иглы встречается какое-либо препятствие, игла извлекается и делается попытка дать ей другое направление.

В качестве анестезирующего вещества применяется раствор новокаина 20 см^3 2% раствора с прибавлением $0,25 \text{ см}^3$ адреналина (1 : 1 000). Раствор вводится медленно, в течение 1—1½ минут.

Если желают создать так называемую высокую эпидуральную анестезию, то вводят до $50—60 \text{ см}^3$ анестезирующего раствора и больная переводится в умеренное положение с поднятым тазом. В таких случаях анестезия распространяется; до VIII грудного сегмента, что значительно облегчает производство больших гинекологических операций. После вскрытия брюшной полости предлагается дополнительно проводить блокаду пресакрального нерва и для этой цели на уровне мыса забрюшинно вводят до $50—70 \text{ см}^3$ 0,5% раствора новокаина (Я. Н. Полонский).

Обезболивание при эпидуральной анестезии наступает через 20—25 минут и поддерживается в течение 1—2 часов.

Техническое выполнение эпидуральной (как и перидуральной) анестезии должно быть безукоризненным. Только при этом условии можно рассчитывать на полноценное обезболивание и избежать неприятных осложнений (субарахноидальное введение, внутривенное введение анестезирующих растворов и др.).

Противопоказания при эпидуральной анестезии: 1) заболевания и деформация позвоночника, 2) органические заболевания спинного мозга, 3) повышенная лабильность нервной системы больных, 4) очень маленький рост больной.

Местная инфильтрационная и инфильтрационно-проводниковая анестезия. В 1880 г. русский ученый проф. В. К. Андрен первый детально изучил физиологические и анестезирующие свойства кокаина; таким образом, идея местной анестезии и ее научное обоснование принадлежат русскому ученому.

В 1900 г. Браун ввел в хирургическую практику адреналин, что позволило употреблять для местного обезболивания более слабые растворы кокаина и вместе с тем противодействовать быстрому проникновению анестетика в кровь и центральную нервную систему.

Большим событием в истории местного обезболивания было открытие новокаина (1905).

Указанные обстоятельства и явились предпосылками к развитию в дальнейшем двух направлений в разработке методов местного обезболивания — инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии.

Местную инфильтрационную анестезию при гинекологических операциях в нашей стране впервые применил проф. И. Н. Грамматикати (1900). Широкая же научная разработка методов местной инфильтрационной анестезии в хирургии в СССР началась с 1922 г. (А. В. Вишневский). В течение последних 25 лет много уделяется внимания внедрению местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии при крупных гинекологических и акушерских операциях (А. И. Тимофеев, И. Ф. Козлов, П. И. Дьяконов, П. В. Маненков, Б. С. Пойзнер, В. П. Михайлов и др.).

Подготовка больных, которым предстоит операция под местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезией, не должна отличаться от подготовки больных к операции под ингаляционным наркозом, так как в каждом отдельном случае не исключена возможность перехода к ингаляционному наркозу. Накануне операции желательно дать больной перед сном 0,5—1,0 веронала; за 30 минут до операции ввести под кожу 1—2 см³ 1—2% раствора пантопона.

Из анестетиков (новокаин, совкаин, перкаин и др.) для местного обезболивания чаще всего применяют новокаин в следующей прописи: *Natrii chlorati* 5,0, *Kalii chlorati* 0,075, *Calcii chlorati* 0,125, *Aq. destill.* 1 000,0, *Novocaini* 2,5, *Sol. Adrenalini* 2,0 (1 : 1 000). Это — 0,25% раствор новокаина на слабо гипотоническом растворе. Процентное содержание новокаина в растворах, применяемых для местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии, может колебаться в пределах от 0,25 до 2. Наиболее употребительными являются 0,25% и 0,5% растворы новокаина. Для повышения анестезирующего действия растворов новокаина непосредственно перед употреблением прибавляют 4—8 капель 1% раствора адреналина на каждые 100 см³ анестезирующего раствора.

В распоряжении хирурга должны быть 2—3 шприца емкостью в 5—10—20 см³, набор игл (6—8) разного калибра (0,3—0,5—0,6 мм в диаметре) и разной длины (3—5—10 см) и градуированная мензурка (или банка с широким горлышком). Шприцы и иглы следует кипятить в дистиллированной воде, а не в содовом растворе, так как последний раздражает анестезирующие вещества.

Сфера применения местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии при гинекологических операциях исключительно велика. Опыт показывает, что количества применяемого раствора могут колебаться в больших пределах (по Вишневскому — до 2 л 0,25% раствора новокаина), что находится в зависимости от техники, которой владеет хирург, от той аппаратуры, которой он пользуется, а также от типа операции.

Для получения полной анестезии при влагалищных пластических операциях требуется не более 100—150 мл 0,25% раствора новокаина; при расширенных экстирпациях матки требуется 800—1 500 мл анестезирующего раствора.

Техника анестезии при пластических операциях не сложна. Анестезирующим раствором инфильтрируется (особенно тщательно) задняя спайка на границе кожи и слизистой оболочки, нижняя треть малых губ, а затем в зависимости от характера оперативного пособия — по линии предполагаемого разреза на задней стенке влагалища. Оперативные вмешательства на передней стенке влагалища требуют меньшего количества анестезирующего вещества, так как эти разделы влагалищной трубки менее чувствительны.

При влагалищных операциях, как правило, прибегают к инфильтрационно-проводниковой анестезии. Для блокады п. pudendi (с обеих сторон) анестезирующий раствор вводят по середине расстояния между tuber ischii и задней спайкой и веерообразным продвижением иглы на глубину примерно 6—7 см анестезируют основные разветвления п. pudendi; количество анестезирующего раствора для пудендальной анестезии колеблется в пределах 40—50 см³ на каждую сторону.

Техника обезболивания при лапаротомиях: брюшная стенка анестезируется послойно и разрезается; после вскрытия брюшины проводится тщательная анестезия париетальной брюшины в окружности раны. При положении больной с поднятым тазом кишечник обычно легко отходит к диафрагме. Если же кишечные петли выступают в рану, то необходимо дополнительно ввести анестезирующий раствор подбрюшинно (особенно в области верхнего угла раны).

Оставляя матку *in situ*, необходимо прежде всего анестезировать связочный аппарат матки. В зависимости от характера оперативного вмешательства, в каждом отдельном случае будет различен объем площади, подвергаемой анестезии. Анестезию начинают с передней поверхности круглых связок, под серозный покров которых (на расстоянии 0,5—1 см от угла матки) вводится раствор. Анестезирующий раствор легко распространяется по видимой длине круглых связок. После анестезии широких связок и пузырно-маточной складки матка захватывается двумя пальцами и выводится из малого таза. Дополнительная анестезия круглых и широких связок и тщательная анестезия крестцово-маточных связок позволяет вывести матку при помощи пулевых щипцов (или четырехзубчатых щипцов) к брюшной ране.

Наш опыт показывает (в этом отношении мы согласны с В. А. Покровским), что при многих гинекологических операциях может быть использован поперечный (надлобковый) разрез брюшной стенки, преимущества которого по сравнению со срединным разрезом (по белой линии) для нас очевидны.

Указанных выше приемов инфильтрационной анестезии вполне достаточно для операций на круглых связках, трубках, яичниках и матке.

Общепринятых методов инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии при крупных гинекологических операциях в настоящее время не имеется. Ряд клиницистов (П. В. Маненков, В. П. Михайлов, Г. С. Пойзнер) достаточно настойчиво работает над деталями техники инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии. Каждый из этих авторов предлагает разработанную им методику местной анестезии.

Со своей стороны считаем необходимым отметить, что местная инфильтрационная и инфильтрационно-проводниковая анестезия при гинеколо-

гических операциях заслуживают исключительно большого внимания, так как данный вид обезболивания безопасен для жизни и здоровья больных.

Противопоказаниями к применению местной инфльтрационной анестезии являются: 1) острые воспалительные заболевания половых органов, 2) психические заболевания.

Замораживание. Обезболивание охлаждением было известно еще в XVI веке. С появлением эфира стали обезболивать путем распыления его. В 1867 г. появилось предложение производить обезболивание хлорэтилом, которое, однако, получило широкое распространение только в 1891 г. В XX столетии хирурги стали применять анестезию углекислотой и льдом.

В настоящее время в гинекологической практике для обезболивания охлаждением применяется преимущественно хлорэтил. Поскольку анестезия хлорэтилом неглубока и кратковременна, то подобного рода обезболивание и применяется при мелких операциях (вскрытие абсцессов и т. п.).

Техника обезболивания хлорэтилом исключительно проста. Струя хлорэтила, находящегося в ампулах или бутылочках, герметически закрытых и снабженных пружинным затвором, направляется на участки кожи, которые подлежат анестезии. Чувствительность кожи начинает исчезать уже спустя 15—20 секунд. Расстояние между отверстием ампулы и кожей должно быть не менее 30—50 см.

Хлорэтил легко воспламеняется; необходимо помнить об опасностях при керосиновом освещении и при пользовании пакеленом.

Комбинированное обезболивание

Данный вид обезболивания имеет наиболее частое применение или в виде смешанного ингаляционного наркоза (эфир и хлороформ, хлорэтил и эфир, закись азота и эфир), или в форме комбинаций анальгетиков и наркотиков (местная инфльтрационная анестезия и эфир, местная инфльтрационная анестезия и гексенал или пентотал), или, наконец, в виде смешанных неингаляционного и ингаляционного наркоза (гексенал внутримышечно, затем эфир, гексенал внутривенно, затем эфир, пентотал внутривенно, затем эфир и др.).

Подобного рода комбинированное обезболивание в одних случаях является преднамеренным и выполняется по заранее продуманной методике, в других хирург вынужден идти на ту или иную комбинацию, так как назначенный вид обезболивания оказывается недостаточным.

Современное изучение проблемы боли в нашей стране показывает, что боль является не только симптомом того или иного заболевания, но является фактором, обуславливающим значительные физиологические и биологические сдвиги в организме. Вот почему купирование болевых реакций организма, вызванных оперативными вмешательствами, является обязательным для хирурга. Не подлежит сомнению, что мы должны отдавать предпочтение тем видам обезболивания, при которых выключается сознание больной.

Исходя из современных предпосылок о существовании боли, хирург обязан проводить само обезболивание безболезненно. Для этой цели при различного рода уколах и пункциях используют охлаждение кожи эфиром или хлорэтилом.

Наконец, и послеоперационных болей также не должно быть. В этом отношении заслуживает большого внимания неингаляционный наркоз (гексеналовый, пентоталовый), который почти всегда сопровождается вторичным (послеоперационным) многочасовым сном, в течение которого

больная избавляется от ненужных болевых ощущений, отдыхает и сохраняет свои силы. При других видах обезболивания послеоперационные боли следует смягчать применением сонной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Аршавский И. А., Механизм наркоза в свете учения школы Введенского-Ухтомского в данных физиологии онтогенеза, Фармакология и токсикология, 1949, 12, 4.
- Бессмертный Б. С., Пирогов Н. И. и введение эфирного наркоза в России, Хирургия, 1940, 12.
- Бессмертный Б. С., Материалы к истории наркоза в России, Хирургия, 1945, 10.
- Бочаришвили Г. Б., Спинальная анестезия совкаином, Диссертация, Тбилиси, 1949.
- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, изд. 2-е, 1947.
- Векслер Г. Я. и Рабинович И. Я., Опыт применения газового наркоза закисью азота, Вестник хирургии, 1939, 57, 5.
- Вишневский А. В., Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата, изд. 3-е, М. 1942.
- Григорьев М. С. и Аничков М. Н., Интратрахеальный наркоз в грудной хирургии, М., 1950.
- Еолян Р. О., Местная инфильтрационная анестезия совкаином и дикаином, Хирургия, 1941, 5.
- Жоров И. С., Внутривенный наркоз эвипан-натрием, Советская хирургия, 1936, 5.
- Жоров И. С. и Лукомский Г. И., Внутрикостный наркоз пентоталом, Хирургия, 1949, 1.
- Зыков А. А., История местного обезболивания в отечественной хирургии. Диссертация, Л., 1949.
- Изотов И. П., Перидуральная анестезия в хирургии и гинекологии, Диссертация, М., 1948.
- Каплуи Э. М., Пентоталовый наркоз при длительных гинекологических операциях, Акушерство и гинекология, 1950, 2.
- Мавенков П. В., Местная инфильтрационная анестезия при гинекологических и акушерских лапаротомных операциях, Труды Казанского медицинского института, в. 2, 1943.
- Мостковский М. И., Спинномозговая анестезия, Ашхабад, 1947.
- Николаева М. М., К вопросу о локализации центрального действия наркотических и снотворных, Фармакология и токсикология, 1943, т. VI, 2.
- Павлов И. П., Полное собрание трудов, т. 3, 1949.
- Петрова М. К., Сонное наркотическое, сонное гипнотическое, а также запердельное охранительное торможение и их терапевтическое значение, Труды Объединенной сессии, посвященной 10-летию со дня смерти И. П. Павлова, 1943.
- Пойзнер Б. С., Техника местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии при гинекологических и акушерских операциях, Диссертация, Томск, 1939.
- Рубашов С. М., Обезболивание при хирургических операциях, Медгиз, 1948.
- Рыжиков А. С., Пентотал-натриевый наркоз в хирургии, Диссертация, Казань, 1948.
- Сыроватко Ф. А., Аналгезирующие свойства гексенала и его комбинаций с производными пиразолона, Диссертация, М., 1939.
- Сыроватко Ф. А., Влияние гексенала на сократительную деятельность матки, аппарат кровообращения и дыхание, Фармакология и токсикология, 1940, т. 3, в. 3.
- Сыроватко Ф. А., Сопкаиновая люмбальная анестезия при абдоминальных операциях, Труды Сталинградского медицинского института, 1945, т. V.
- Сыроватко Ф. А., Влияние гексенала на потенциалы коры головного мозга, Труды института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, 1948.

НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Оперативную гинекологию нельзя рассматривать как самостоятельную клиническую дисциплину. Прежде всего ее не следует отделять от ее основы — гинекологии в широком понимании этого названия и учения о женских болезнях — в более узком смысле. Но не следует также забывать, что оперативная гинекология является частью общей хирургии, развитие и успехи которой способствовали и ее развитию. Поэтому целесообразно изучать оперативную гинекологию, не усвоив предварительно основ общей хирургии; не овладев простейшими техническими приемами хирургов, не следует приступать к работе по оперативной гинекологии.

Так как внутренние половые органы женщины расположены в брюшной полости, то и хирургические вмешательства, показанные при тех или иных заболеваниях этих органов, относятся к области брюшной хирургии.

Внутренние женские половые органы, не только расположены в брюшной полости и находятся в непосредственной близости к брюшным органам, но и анатомически связаны с соседними органами, например, матка связана с мочевым пузырем и т. д. Патологические процессы, поражающие половые органы, нередко переходят на соседние брюшные органы и обратно. Это наблюдается часто при злокачественных опухолях, воспалительных процессах, травматических повреждениях. Каждый хирург, является ли он специалистом-гинекологом или общим хирургом, хорошо знает, как часто при операции появляется необходимость рассекать сращения, соединяющие брюшные органы — кишечные петли и сальник — с патологически измененными внутренними половыми органами, или патологически измененный кишечник (аппендицит), отделять от матки или ее придатков. Каждый опытный хирург знает немало случаев, когда уже во время операции приходилось изменять план ее в том или ином направлении, расширять границы, если оказывалось, что в патологический процесс вовлечен орган, относящийся к пограничной области. Отсюда ясно, что гинекологу необходима хорошая подготовка в брюшной хирургии. К этому должен стремиться каждый гинеколог, изучающий оперативную гинекологию. Если же он ограничится рамками одной лишь узкой специальности, это снизит его ценность как врача и специалиста и лишит возможности широко развивать свою хирургическую деятельность. Безусловное требование, предъявляемое к каждому оперирующему гинекологу, — это предварительное овладение основами общей хирургии и, в частности, общей оперативной техникой.

При такой предпосылке нам остается лишь коснуться некоторых частных вопросов гинекологической оперативной техники.

Наблюдая оперативную технику общих хирургов и технику, которой пользуются в своей хирургической деятельности акушеры-гинекологи, можно заметить, что нередко акушеры-гинекологи грешат тем, что в глубине операционной раны руками завязывают лигатуры, а это можно и следует делать инструментами. Особенно часто такую порочную привычку мы наблюдаем у начавших свою практическую деятельность с акушерства, где ручные манипуляции играют столь важную роль в диагностике и лечении акушерской патологии.

Акушеры «привыкли» к небольшим кровотечениям, и абсолютная сухость операционного поля не является для некоторых из них непременным требованием. Между тем тщательный гемостаз, т. е. педантичная остановка всякого кровотечения, как бы мало оно ни было, является непреложным законом оперативной гинекологии.

Остановка кровотечения. В оперативной гинекологии значение гемостаза особенно велико, так как нередко хирургическим вмешательствам подвергаются женщины при беременности, маточной или внематочной, в предменструальном и менструальном периодах, а также в послеродовом и послеабортном, когда переполнение и насыщенность органов и тканей кровью особенно велики. Поэтому вопрос о количестве теряемой во время операции крови и о необходимости соблюдать максимальную «экономия» кровопотери приобретает в гинекологии особо важное практическое значение. Но вопрос не только в этом.

Для хорошего заживления ран и предотвращения послеоперационных осложнений тщательный гемостаз имеет также огромное значение. Каждый кровеносный сосуд должен быть отдельно перевязан, а для этого необходимо хорошо знать анатомию, особенно топографическую. Массовых лигатур применять не следует. Мы допускаем массовые лигатуры лишь в исключительных случаях при наличии широко разветвленных анастомозов, когда перевязка главного сосуда не обеспечивает гемостаза, как, например, при радикальной операции рака шейки матки, когда после перевязки подчревных сосудов кровотечение из перерезанных пластов тазовой клетчатки все же может продолжаться и угрожать большой кровопотерей (см. главу «Радикальная операция рака шейки матки»). Для того чтобы кровопотеря была минимальной, мы всюду, где это возможно, перерезаем сосуды между двумя зажимами. Гемостаз должен быть полным; раневые поверхности не должны кровоточить, иначе образуются гематомы, которые, являясь прекрасной питательной средой для бактерий, нарушают заживление, поэтому надо приложить все старания, чтобы при продолжающемся кровотечении были перевязаны все даже самые мелкие сосуды. Если кровотечение все же не останавливается, что нередко наблюдается при склерозе мелких сосудов, особенно после предшествовавшей лучевой терапии (радий, рентгеновы лучи), то приходится обколоть отдельные кровоточащие участки восьмиобразным или крестным швом. После того как такой шов будет наложен, туго затянут и завязан, кровотечение из попавших в шов мелких сосудов прекращается. Но это следует тщательно проверить. Если кровь выделяется из многочисленных участков поврежденной поверхности брюшины и тщательной перитонизацией не удается полностью остановить хотя бы минимальное просачивание крови, то во избежание образования гематомы можно ввести в брюшную полость на 1—2 дня полоску марли и вывести конец ее через разрез в брюшной стенке или в заднем влагалищном своде. Это создаст путь для стока выделяющейся крови наружу.

Тщательный гемостаз необходим не только при чревосечениях, но даже и при небольших хирургических вмешательствах, не связанных со вскры-

тием брюшной полости, как-то: операции на влагалище, шейке матки, в полости матки. Если перевязать сосуд изолированно не удастся, то его следует обколоть. При небольшом капиллярном кровотечении можно попытаться остановить его тугой тампонадой. При маточных кровотечениях в акушерской практике в большинстве случаев необходима тампонада как полости матки, так и влагалища. При гинекологических маточных кровотечениях обычно достаточно туго затампонировать только влагалище. При глубоком, особенно сквозном, повреждении стенки матки (прободении матки) тампонадой влагалища не всегда удастся остановить маточное кровотечение, которое, возможно, будет продолжаться в брюшную полость или в околоматочную клетчатку (см. главу «Прободение матки»).

Тампонада влагалища может быть применена с успехом при небольших кровотечениях из шейки матки или из стенки влагалища, если кровотечение имеет диффузный характер.

Перитонизация. Хорошо известно свойство неповрежденной брюшины обезвреживать бактерии, проникшие при чревосечении в брюшную полость особенно тогда, когда количество бактерий невелико и они не очень вирулентны. Но и при вирулентной инфекции, проникшей из какого-нибудь гнойного очага, вскрывающегося во время операции в брюшную полость, неповрежденная брюшина может остановить развитие внедрившейся инфекции или хотя бы ограничить и локализовать возникшее воспаление.

Отсюда вытекает важное требование — щадить при хирургическом вмешательстве брюшину и всячески избегать ее повреждения и даже раздражения многочисленными манипуляциями в брюшной полости (излишнее вытирание тупферами и салфетками или захватывание кпшечника инструментами).

Гладкие резиновые перчатки при чревосечении применяются не только в целях предупреждения инфекции, но и в целях профилактики повреждения мезотелиального покрова брюшины. С этой точки зрения также необходимо признать целесообразность способа, введенного, насколько нам известно, М. С. Александровым, — разъединение рыхлых сращений тупфером, смоченным стерильным вазелиновым маслом. Чтобы не травмировать и не охлаждать серозную оболочку кишечных петель при гинекологических операциях, надо весь конгломерат кишок отвести из операционного поля и стараться удержать его в верхнем отделе брюшной полости, прикрыв полотенцем или марлевыми салфетками. Мы предпочитаем полотенце марлевым салфеткам, так как опасность потерять его в брюшной полости значительно меньшая. Эти полотенца во избежание нанесения микротравм на серозной оболочке кишок должны быть мягкими (полотняные и много раз стиранные).

Большинство гинекологических чревосечений предпринимают по поводу патологических состояний органов и тканей, расположенных в полости таза и в брюшной полости и покрытых в значительной части брюшиной или тесно с ней соприкасающихся. Поэтому при операции брюшина этих органов и связок, а также париетальная брюшина надрезается, отсекается или травмируется тем или иным способом. В результате возникают дефекты брюшины. В области этих дефектов, особенно если имеются целые участки, лишённые брюшины, развиваются воспалительные процессы, нередко ведущие к тяжелым осложнениям, а в благоприятных случаях к более или менее обширным сращениям органов, что впоследствии является источником различных жалоб больной. В силу этих причин тщательно проведенная перитонизация является фактором, играющим большую роль для ближайших и отдаленных результатов операции. Анатомические условия

в тазу, наличие подвижных участков брюшины на матке (пузырно-маточная складка брюшины), на всем протяжении широких связок, соседство мочевого пузыря и прямой кишки, также частично покрытых брюшиной, дает возможность в огромном большинстве случаев полностью выполнить это настоятельное требование брюшной хирургии. Методы и техника перитонизации при различных гинекологических операциях будут описаны в соответствующих главах.

Дренаж брюшной полости. В настоящее время больные с воспалительными процессами подвергаются почти исключительно консервативным методам лечения (в нашей клинике операция по поводу гнойных опухолей придатков встретилась, по данным А. Б. Гиллерсона, в 1,7% всех стационарных больных). Поэтому лишь в редких случаях при воспалительных процессах женских половых органов предпринимают чревосечение. Если при операции разрывается гнойная опухоль и инфицированное содержимое изливается в брюшную полость, возникает вопрос о целесообразности ее дренирования. Некоторые авторы (К. К. Скробанский), исходя из наблюдения, что при наличии старого гнойного процесса в придатках матки гной, имеющийся в мешчатой опухоли, не содержит бактерий, считают необязательным дренирование брюшной полости. Другие (к ним принадлежим и мы) считают, что вопрос должен решаться в зависимости от ряда обстоятельств: наличия интоксикации (лихорадка, общее тяжелое состояние), количества излившегося во время операции гноя, а также от того, насколько надежно было отгорожено операционное поле полотенцами и салфетками от остальной брюшной полости, в которую в начале операции были заключены сальник и кишечник. При общем хорошем состоянии больной, при небольшом количестве гноя и, если в момент излития гноя брюшные органы были хорошо отгорожены полотенцами или салфетками, можно обойтись и без дренажа. При этом непременным условием является тщательная перитонизация культи и всех брюшинных дефектов.

Для благоприятного исхода дренирования брюшной полости несомненное значение имеет методика и техника. В этом вопросе на практике мы встречаем различные мнения; прежде всего это относится к выбору материала для дренажа. Обычно применяются резиновые дренажные трубки или марлевые тампоны.

Имеет ли всегда преимущество один материал перед другим и чем руководствуются при выборе материала для дренирования в каждом конкретном случае? Мы считаем, что если дренаж должен обеспечить свободный отток гнойного экссудата из осумкованной полости (тазовый перитонит или абсцесс), то следует предпочесть дренажные трубки. Если же дренируют неосумкованный воспалительный очаг или инфицированный обширный участок ткани, в котором может возникнуть гнойное воспаление, как это бывает при излитии гноя из лопнувшего пиосальпинкса в свободную брюшную полость, то цель дренажа будет иная: здесь прежде всего надо принять меры к ограничению площади возникающего воспаления. Эту задачу лучше выполнит марлевый тампон. Быстро пропитавшись экссудатом или кровью, он очень скоро перестает служить дренажем и поэтому прекращается отток гнойного экссудата наружу. Но рыхло заполняя полость и широко соприкасаясь с инфицированной тканью, марлевый тампон способствует быстрому склеиванию инфицированных поверхностей и таким образом благоприятствует ограничению и локализации воспалительного процесса.

Дренажные трубки. Обычно применяют резиновые дренажные трубки. Стеклопластиковые и металлические дренажи также применяются некото-

рыми хирургами и главным образом теми, которым, по меткому выражению А. П. Губарева, «случилось сделать какое-либо улучшение или видоизменение». Общего же применения дренажные стеклянные и металлические трубки не получили. Прежде чем применить резиновую трубку, ее надо проверить, так как резина со временем становится ломкой. Подобрав трубку соответствующего размера, в ней ножницами проделывают несколько отверстий. Эти трубки очень хороши для дренирования ран в клетчатке, например, при гнойном параметрите. Если дренажную резиновую трубку вставляют в брюшную полость, то в проделанные в ней отверстия вскоре вырастают складки брюшины, сальника и грануляции и закупоривают эти отверстия. При удалении такой дренаж приходится оттирать и при этом можно повредить брюшину и вызвать кровотечение. Большие отверстия в резиновых трубках непригодны, это заставило А. П. Губарева при чревосечении совершенно от них отказаться, он делал в дренажной трубке очень маленькие и совершенно круглые отверстия диаметром в 1 мм. Так как ножницами такие отверстия сделать нельзя, надо иметь специальный инструмент, такой, каким пользуются шорники для пробивания отверстий в ремнях. А. П. Губарев предлагает, если такого инструмента нет, воспользоваться проволокой диаметром в 2 мм; проволоку накаливают на спиртовой или газовой горелке и быстро проделывают необходимое число отверстий. Отверстия делают только в той части трубки, которая будет находиться в области очага инфекции. Для дренирования гнойника в брюшной полости мы пользуемся резиновой трубкой, совсем не имеющей боковых отверстий, или комбинируем резиновый дренаж, имеющий боковые отверстия, с марлевым фитилем.

Марлевый дренаж. Марлевые дренажи делают просто из полоски марли или в виде тампона Микулича.

Принцип дренирования по Микуличу заключается, как известно, в том, что в рану вместо отдельных марлевых полос или салфеток вводят одну большую марлевую салфетку или марлевый мешок, в который вкладывают несколько отдельных марлевых полос. К дну мешка прикрепляют толстую двойную шелковую нитку, свисающую наружу. Таким образом, после введения тампона в брюшную полость в непосредственном соприкосновении с соседними органами и тканями находится лишь мешок, а полоски марли, выполняющие мешок, не соприкасаются непосредственно с тканями. Благодаря удалению отдельных полос не травмирует окружающие ткани и происходит совершенно или почти безболезненно. Когда все содержимое мешка будет постепенно удалено, то, потягивая за крепкую шелковую нитку, прикрепленную ко дну марлевого мешка, постепенно удаляют весь мешок. Таким образом, извлечение мешка начинают с его дна, по мере извлечения мешок постепенно выворачивается внутренней стороной наружу, так, как это происходит, когда снимают с руки резиновую перчатку. Так как мешок извлекают в два, а то и в три приема, то заполнение раны происходит постепенно и, главное, из глубины к поверхности. Этим предотвращается образование глубоких карманов и свищевых ходов.

Свободная пересадка лоскута сальника как метод, имеющий целью остановить кровотечение и заменяющий перитонизиацию. Свободная пересадка лоскута сальника для остановки диффузных кровотечений применяется еще немногими гинекологами-хирургами. Диффузные кровотечения возникают в глубине тазовой клетчатки при удалении межсвязочно расположенных опухолей матки или яичников из образовавшихся дефектов брюшинного покрова, после удаления гнойных опухолей матки, эндометриодных гетеротопий или капсулы гематоцеле. Одновременно с гемоста-

вом свободная пересадка лоскутов сальника может служить заменой перитонизации, если она технически невыполнима, так сказать, «местным материалом», каковым является брюшина соседних органов: мочевого пузыря, прямой кишки, широких связок, круглых связок и пр.

Значительный опыт в применении этого метода при гинекологических операциях приобрела клиника Н. И. Горпозонтова в Новосибирске (Шарнин), в которой пересадка лоскутов сальниковой ткани применялась даже при операции огромных опухолей яичников, когда при удалении плоскостных сращений капсулы опухоли с печенью возникало паренхиматозное кровотечение, прекращавшееся после того, как на кровоточащий участок печени был перенесен и прижат в течение 1—2 минут свободный кусок сальника.

По вопросу об использовании свободных лоскутов ткани сальника существует обширная экспериментальная и клиническая литература (Гирголав, Березниговский, Болярский и др.). Свободная пересадка лоскутов сальника широко применялась хирургами для замещения дефектов в органах и тканях, например, при дефектах стенки слепой кишки после удаления отростка и для укрепления швов на кишечнике и т. п. В литературе, посвященной вопросам гинекологии, подобных сообщений встречается мало, и на основании литературных данных едва ли в настоящее время можно сделать серьезную оценку этого метода. Что касается нашего личного опыта, то он ограничивается отдельными случаями, когда невозможно было произвести тщательную перитонизацию задней стенки матки после вылушения миоматозных узлов, или резекции стенок матки вследствие ее прободения или разрыва. В этих и подобных им случаях мы отсекали соответствующий величине дефекта лоскут сальника и несколькими лигатурами пришивали его к матке по краям дефекта. В одном случае после вылушения большого количества внутривенных фибромиом матки нам пришлось в целях предотвращения сращений покрыть всю матку большим лоскутом сальниковой ткани как бы чепцом. В результате матка сохранила полную подвижность.

При использовании больших лоскутов сальника следует все же иметь в виду, что некоторые хирурги рассматривают резекцию сальника как один из моментов, связываемый с последующими желудочными кровотечениями на почве изъязвления слизистой желудка от ретроградной эмболии из тромбов крупных сосудов иссекаемого лоскута сальника. Возможность такой связи заставляет в общем рекомендовать резекцию лишь небольших кусков сальника.

В немногих наших случаях использования свободного лоскута сальниковой ткани мы прибегали к этому методу лишь с целью предотвратить сращения, когда перитонизация не была возможна. Что касается применения этого метода исключительно с целью гемостаза, мы личного опыта не имеем: при небольшом кровотечении из мелких сосудов, которые невозможно было ни перевязать, ни обколоть, достаточно было прижать на несколько минут кровоточащий участок большим марлевым тампоном; для того же, чтобы не терять времени, пока остановится кровотечение, мы, заложив тампон, продолжали операцию на другом участке операционного поля и, когда, закончив эту часть операции, возвращались к месту, где лежал тампон, кровотечения обычно уже не было. Но если кровотечение происходит из поврежденной поверхности органа, покрытого брюшиной, например, из матки, которую необходимо перитонизировать, то пересадка свободного лоскута сальника может удовлетворить обоим требованиям.

ЛИТЕРАТУРА

- Г и р г о л а в С. С., Экспериментальные данные к вопросу о применении изолированного сальника в брюшной хирургии. Диссертация, СПб, 1907.
- Г у б а р е в А. П., О дренаже брюшной полости, Журнал акушерства и женских болезней, 1895.
- Г у б а р е в А. П., О зашивании брюшной раны и о дренаже брюшной полости после чревосечений, Журнал акушерства и женских болезней, 1900.
- С у д а к о в И. В., Перитонизация изолированными кусками сальника, Журнал акушерства и женских болезней, 1910.
- Ч е р т о к Р. А., Перитонизация и ее значение в гинекологии, Ташкент, 1935.
- Ш а р и п А. К., О возможности использования лоскутов сальниковой ткани с целью гемостаза при гинекологических операциях, Советское здравоохранение Туркмении, № 3, 1940.
- Ш а ш и н М. И., О свободной пересадке сальника в брюшной хирургии, Хирургия, № 4, 1938.

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИНЫ

Чревосечение — операция вскрытия брюшной полости. Оно может быть произведено двояким путем: через разрез брюшной стенки — брюшностеночное чревосечение, или лапаротомия, и через разрез влагалищного свода — влагалищное чревосечение, или кольпотомия (colpocoeliotomia).

Выбор того или иного пути операции зависит от ряда обстоятельств, среди которых основное значение имеет цель, ради которой предпринимается операция, а также индивидуальные условия каждого случая. Но, несомненно, при этом известную роль играет подготовка хирурга. Хирург, который прошел только или главным образом хирургическую школу, склонен отдавать предпочтение брюшностеночному пути. Этот же путь предпочитают и те гинекологи, которые получили хирургическую подготовку путем самоусовершенствования.

Хирург, прошедший хорошую акушерско-гинекологическую школу, обычно владеет техникой как брюшностеночного, так и влагалищного пути. Решение вопроса в этих случаях зависит уже исключительно от индивидуальных особенностей каждого отдельного случая. С обсуждением показаний к каждому из обоих методов мы еще будем встречаться в последующих главах. Но в общем надо согласиться с Л. Л. Окинчицем, что увлечение влагалищными способами операций, столь блестяще разработанными Д. О. Оттом, отдававшим решительное предпочтение этому методу, уже не является господствующим направлением в современной оперативной гинекологии. В настоящее время большинство хирургов пользуется обоими методами чревосечения, отдавая предпочтение брюшностеночному во всех тех случаях, когда матка плохо низводится (большие опухоли, обширные сращения, плотные рубцы в околوماتочной клетчатке, узкое влагалище нерожавших).

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА БРЮШНОСТЕНОЧНОГО ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ

Положение больной. Внутренние женские половые органы расположены в тазу и сверху прикрыты кишечником и сальником, и только матка при большом сроке беременности и огромные опухоли непосредственно прилегают к передней брюшной стенке. Поэтому гинекологические операции путем брюшностеночного чревосечения чаще производят в положении больной с приподнятым тазом. При этом положении больной брюшные органы отходят к грудобрюшной преграде (диафрагма) и органы, расположенные в тазу, становятся доступными осмотру и оперативным вмешательствам на них. Переводить больную из горизонтального поло-

жения в наклонное, а к концу операции из наклонного в исходное горизонтальное надо медленно, так как при этом происходят изменения кровяного давления, положения сердца, дыхания, к которым организм должен приспособиться.

При гипертонии, склерозе, болезни сердца и пр. положение больной на наклонной плоскости может оказаться противопоказанным или оно может быть применено, но с ограничением как по времени, так и в отношении угла наклона. При отсутствии противопоказаний мы угол наклона доводим примерно лишь до 30° , и очень редко (в конце радикальной операции по поводу рака шейки матки) немного больше.

При наличии крови в брюшной полости (внематочная беременность) или асцита (опухоли яичника и пр.) мы начинаем операцию при горизонтальном положении больной и только после удаления жидкости из брюшной полости, если это необходимо, переводим ее в наклонное положение. Иначе жидкость, имеющаяся в брюшной полости, скопится во время операции под грудобрюшной преградой, откуда ее трудно будет удалить. При операции большой опухоли яичника на ножке наклонное положение требуется всего лишь на несколько минут уже в конце операции для перитонизации культи ножки, что при условии медленного перевода и полного обезболивания хорошо переносят даже больные с не совсем здоровым сердцем.

При положении на наклонной плоскости больная неминуемо будет сползать по направлению к головному концу операционного стола. Чтобы этого не было, можно пользоваться специальными металлическими наплечниками, снабженными мягкой подкладкой или резиновой подушкой. Такие наплечники имеются на многих современных операционных столах, их прикрепляют винтом к головному концу стола. Эти наплечники удерживают больную на столе, но особой нужды в них нет, так как больную можно удержать в надлежащем положении, привязав ее ноги к столу широким бинтом или полотенцем. В нашей клинике, как и во многих других, это делают следующим образом: нижний конец операционного стола отгибают книзу (обычно такое приспособление имеется на операционных столах). При этом ноги больной оказываются согнутыми в коленных суставах. Обе ноги привязывают к столу в двух местах (в области голеностопных суставов и выше колена) одним и тем же бинтом или полотенцем и завязывают концы так, чтобы узел лежал на столе, а не на ногах больной, что необходимо для предупреждения тромбоза вен.

Место оперирующего и его помощников во время чревосечения. Обычно при операции хирург стоит слева от больной и ведет разрез от лобка вверх (Л. Л. Окинчиц предпочитает стоять справа от больной, так как при этом удобнее пользоваться инструментами, лежащими на столике, у ног больной). Против хирурга становится первый ассистент, а рядом с ним, ближе к ножному концу стола, — второй. Так как большинство гинекологических операций производят в положении больной с приподнятым тазом, то второму ассистенту приходится становиться на низенькую табуретку. Мы считаем, что при операции чревосечения необходимо иметь двух помощников, не только потому, что это удобнее, но и потому, что это дает возможность еще одному лицу активно участвовать в операции, лучше наблюдать ее ход и яснее видеть патологические изменения, обнаруживаемые в брюшной полости, словом, иметь возможность усвоить больше, нежели может усвоить простой зритель. Забота о подготовке кадров должна, как нам кажется, быть обязанностью не только преподавателей, но и всех специалистов, среди которых так много опытных хирургов.

Стол с инструментами и другими материалами находится по правую руку хирурга. Операционная сестра стоит за операционным столом лицом к ране, что дает ей возможность активно участвовать в операции и своевременно и быстро подавать все необходимое. При таком расположении участвующих зрители не должны занимать места по левую сторону больной; их места должны быть по возможности (при большом количестве зрителей должен иметься амфитеатр) на возвышении по правую сторону больной, за головным концом стола позади наркотизатора.

Освещение операционного поля. Освещение операционного поля при брюшностеночном чревосечении требует особого внимания. Как уже указывалось, гинекологические операции путем брюшностеночного чревосечения чаще производятся в положении больной с приподнятым тазом. Диффузный свет в операционной, даже яркий, все же может быть недостаточным при работе в глубине таза. Неопенимую помощь оказывает бестеневая лампа, подвешенная к потолку над операционным столом. Так как бестеневая лампа не развивает тепла, она может находиться близко от головы оперирующего. Для того чтобы при положении больной на наклонной плоскости свет лампы проникал в глубину таза, лампа должна иметь наклонное положение (рис. 5). Вместо подвесной лампы можно использовать рефлектор, свет которого направляют в глубину раны. Так как рефлектор, поставленный сбоку, освещает главным образом противоположную сторону, то во время операции его приходится переносить или передвигать.

Разрезы брюшной стенки при чревосечении

При брюшностеночном чревосечении разрез брюшной стенки может быть продольным или поперечным.

Мы чаще применяем продольный разрез; преимуществом его является быстрота, с которой он производится, простота, возможность удлинить его выше пупка (для гинекологических операций обычно достаточен разрез между пупком и лобком), что важно при удалении больших опухолей, и особенно тогда, когда необходим осмотр всей брюшной полости; имеет также значение меньшая травматизация нервов и мышц брюшной стенки. Преимуществом поперечного разреза является меньшая опасность возникновения послеоперационной грыжи и лучший косметический эффект. Последнее вряд ли должно играть роль в тех случаях, когда операция производится по жизненным показаниям в неотложной гинекологической хирургии, при операции злокачественных опухолей или при гнойных процессах, когда приходится прибегать к дренированию брюшной полости. Подобные случаи мы рассматриваем как противопоказание к поперечному разрезу. Поэтому поперечным разрезом мы пользуемся значительно реже и главным образом у молодых женщин при небольших доброкачественных опухолях, неправильных положениях матки, отсутствии инфекции и обширных сращениях и вообще в случаях, не осложненных заболеваниями или травмой соседних органов.

Продольный разрез брюшной стенки. Применяя продольный разрез, мы соответственно намеченному плану операции определяем его длину, причем избегаем делать слишком большой разрез: это уменьшит возможность возникновения послеоперационной грыжи, а также предотвратит охлаждение и высушивание обнаженных кишечных петель. Через слишком большой разрез кишечные петли сильно выпирают, вправить их обратно иногда очень трудно и при этом является новый источник травмы серозной оболочки кишок. Но мы не стремимся и к слишком маленьким

разрезам, при которых приходится кусковать плотную опухоль (среди плотных опухолей могут оказаться и злокачественные, которые кусковать отнюдь не следует).

Таким образом, в большинстве случаев мы пользуемся продольным разрезом (срединным) по белой линии живота от верхнего края лона до пупка. В инфицированных случаях или при подозрении на возможность возникновения инфекции лучше начинать разрез не у лона, а немного выше. Если разрез приходится удлинить, то его ведут вверх, обходят пупок с левой стороны, чтобы не поранить *lig. hepatis rotundum* (рис. 14).

Техника продольного разреза брюшной стенки.левой рукой фиксируют кожу и острым скаль-

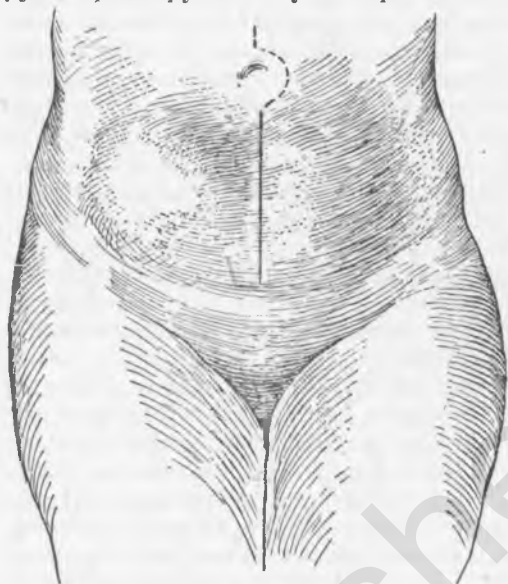


Рис. 14. Брюшностеночное чревосечение. Продольный разрез проведен по средней линии между лобком и пупком. Если разрез необходимо удлинить, его продолжают вверх, обходя пупок с левой стороны.

пелем разрезают кожу и подкожную клетчатку до апоневроза. Если строго держаться средней линии, то кровотечения при разрезе настолько ничтожно, что иногда гемостаз даже излишен. Кровоточащие сосуды должны быть захвачены и перевязаны.

Если мы предполагаем, что операция будет длительной, то оставляем зажимы до конца операции и снимаем их лишь перед зашиванием брюшной раны: длительное зажатие само по себе обеспечивает гемостаз. Но, если после снятия зажима из какого-нибудь мелкого сосуда появится кровь, мы обязательно перевязываем его. Далее разрезаем апоневроз по средней линии. Так как разрез апоневроза не всегда приходится точно по средней линии, т. е. между прямыми мышцами, то при этом обычно вскрывается передний листок влагалища одной из прямых мышц. Ножни-



Рис. 15. Продольный разрез брюшной стенки. Апоневроз разрезан по средней линии; закрытыми ножницами прямая мышца, влагалище которой вскрыто, отодвигается несколько в сторону, и ее медиальный край обнажается.

нами отодвигаем эту мышцу несколько в сторону и обнажаем ее медиальный край (рис. 15). Далее тупым путем раздвигаем прямые мышцы и таким же образом отделяем друг от друга пирамидальные мышцы в нижнем отделе брюшной раны. После того как мышцы будут раздвинуты, мы увидим в нижнем углу разреза подбрюшинную жировую клетчатку, а за ней — сросшаяся с поперечной фасцией (*fascia transversa*) брюшину. Выше впереди брюшины лежит задний листок влагалища прямой мышцы, который надо разрезать, чтобы найти брюшину. Затем мы приступаем к вскрытию брюшины. Вскрытие брюшины требует большой осторожности, иначе можно повредить кишечник. Этот этап мы всегда проводим в положении больной с поднятым тазом. Разрез брюшины начинаем сверху, ближе к пупку, чтобы не поранить мочевого пузыря, верхушка которого высоко поднята, при межсвязочном расположении опухоли матки или яичника. Чем выше вскрывается брюшина, тем меньше опасность вскрыть припаявшийся к брюшной стенке кишечник.

Вскрытие брюшины проводится следующим образом: хирург и его первый помощник пинцетами захватывают складку лежащей в глубине поперечной фасции и предбрюшинный жир. Осторожно разрезают их и затем пинцетом поверхностно захватывают лежащую глубже тонкую, иногда просвечивающую ткань; скальпелем осторожно проводят разрез по высоко поднятой складке и таким образом брюшина вскрывается на небольшом участке (рис. 16). Чтобы вместе с брюшиной не захватить стенку кишки, необходимы следующие предосторожности: брюшину нужно захватывать анатомическим (тупым) пинцетом; пинцеты должны быть расположены на расстоянии поперечного пальца друг от друга. Тогда, если одним пинцетом и захватят вместе с брюшиной серозную оболочку кишечной петли, кишечная стенка не будет повреждена.

Как только будет вскрыта брюшина, края разреза тотчас захватывают с обеих сторон зажимами и раздвигают. В брюшную полость проникает воздух, кишечные петли отходят от места разреза и тогда под контролем глаза продолжают разрез по направлению к лобку. Затем также под контролем глаза увеличивают разрез по направлению к пупку, и таким образом брюшная полость будет вскрыта во всю длину разреза брюшной стенки. Если брюшина патологически изменена (утолщенная брюшина при туберкулезе) или плотно спаяна с кишечными петлями, ее не удастся приподнять пинцетом в виде складки. В подобных случаях надо продолжить разрез брюшной стенки вверх до того места, где брюшина будет свободна

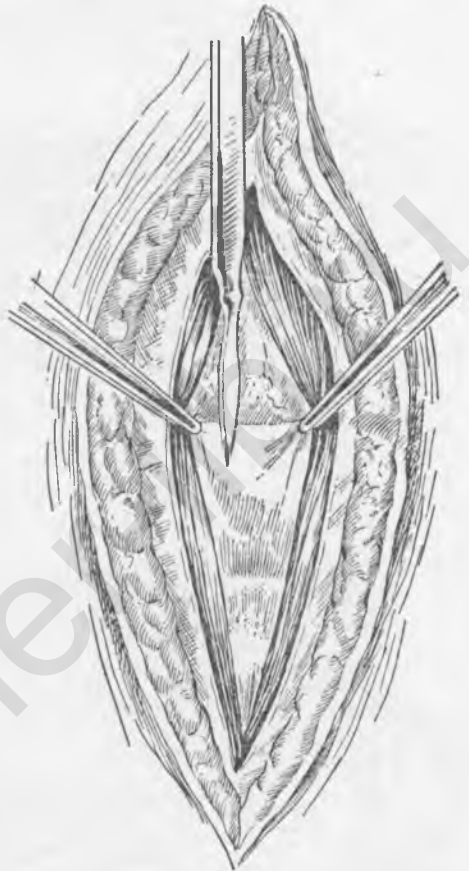


Рис. 16. Продольный разрез брюшной стенки. Вскрытие брюшины.

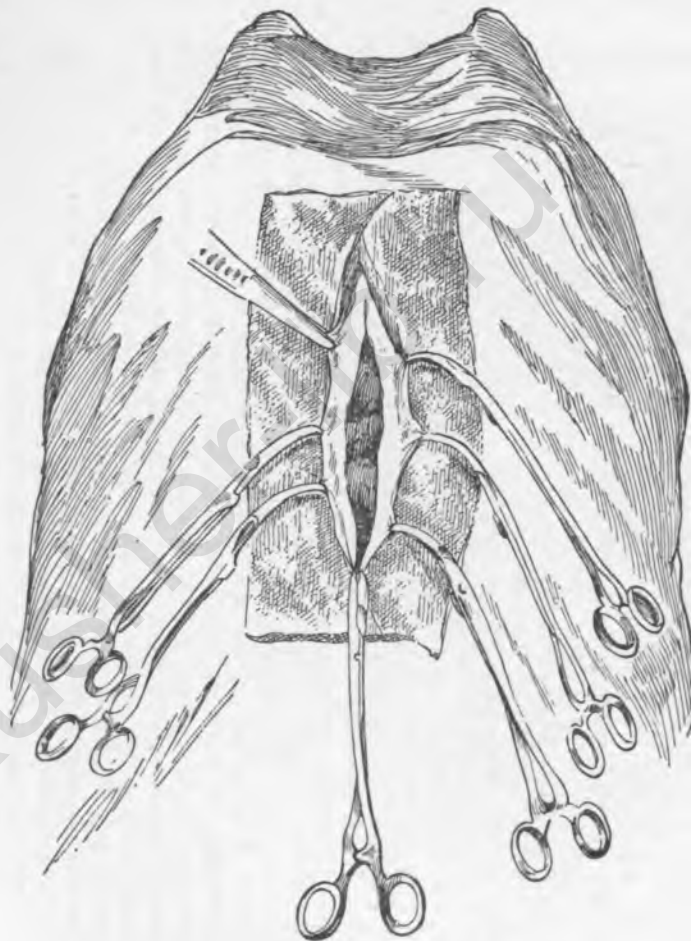


Рис. 17 Продольный разрез брюшной стенки. Прикрепление специальными зажимами краев вскрытой брюшины к большим салфеткам, которыми обложены края кожной раны.

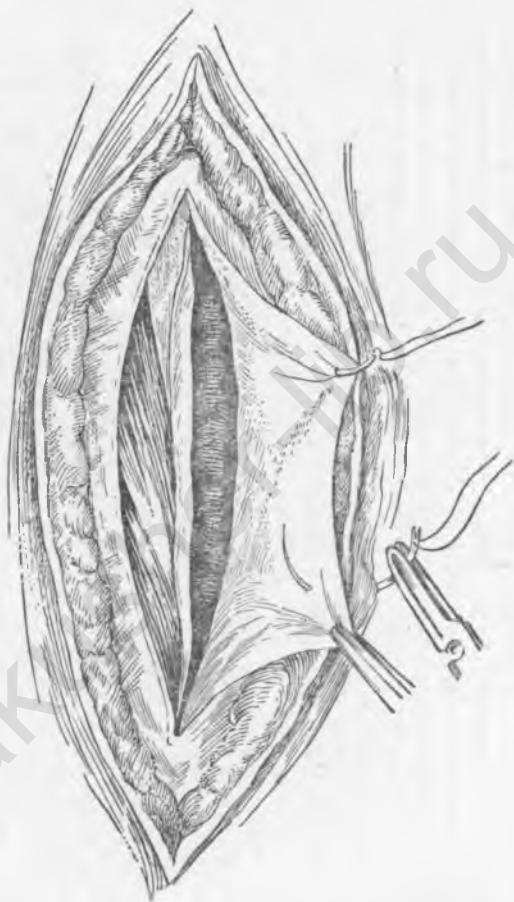


Рис. 18. Продольный разрез брюшной стенки. Пришивание краев брюшины в случае отсутствия соответствующих зажимов временными шелковыми лигатурами к салфеткам, которыми обложены края кожной раны.

от сращений с кишечником, здесь ее легко можно будет приподнять и вскрыть, не рискуя нанести побочные повреждения.

Когда брюшная полость будет вскрыта на протяжении всего разреза, края париетальной брюшины прикрепляют зажимами к большим салфеткам (рис. 17), которыми обкладывают края кожной раны. Этим достигается некоторая защита подкожной жировой клетчатки, фасции и мышечной

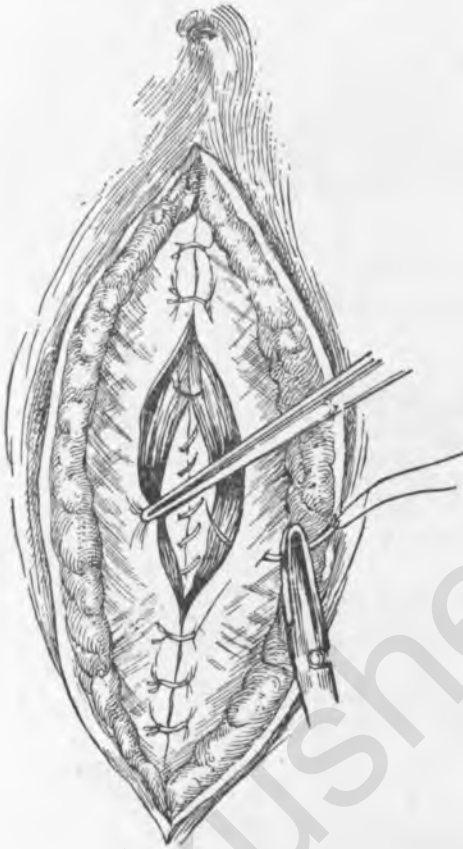


Рис. 19. Продольный разрез брюшной стенки. Послойное зашивание брюшной раны Брюшина зашита непрерывной кетгутовой лигатурой. Разрез апоневроза зашивают отдельными лигатурами.

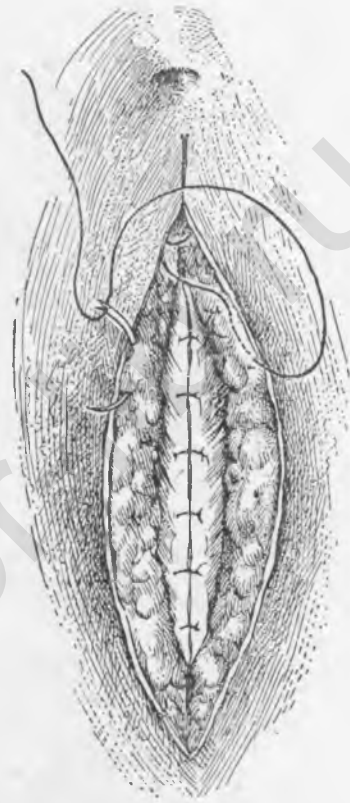


Рис. 20. Продольный разрез брюшной стенки. Зашивание разреза кожи непрерывным подкожным кетгутовым швом.

ткани от инфекции, к которой эти ткани очень восприимчивы. Если соответствующих зажимов нет, то можно наложить шелковые лигатуры; это лишь отнимет немного больше времени (рис. 18).

Зашивание брюшной раны при продольном разрезе брюшной стенки. Когда операция в брюшной полости закончена, удаляют марлевые салфетки или полотенца и зашивают брюшную рану. К этой, заключительной, части операции мы предпочитаем приступить лишь тогда, когда больная будет переведена в горизонтальное положение. Удаляя последнюю салфетку или полотенце, извлекают и отодвинутый к диафрагме сальник, который принимает свое нормальное положение в брюшной полости.

Прежде чем приступить к зашиванию брюшной раны, следует сменить резиновые перчатки или вновь продезинфицировать руки (смыть запекшуюся кровь стерильным физиологическим раствором поваренной соли, вытереть руки насухо, протереть их спиртом и смазать подной настойкой), сменить вокруг раны белье, полотенца или салфетки, которыми защищены края брюшной раны, приготовить свежие инструменты, словом,



Рис. 21. Поперечный разрез брюшной стенки. Разрез кожи проводят по естественной надлобковой кожной складке. Разрез не достигает поверхностной надчревной артерии.

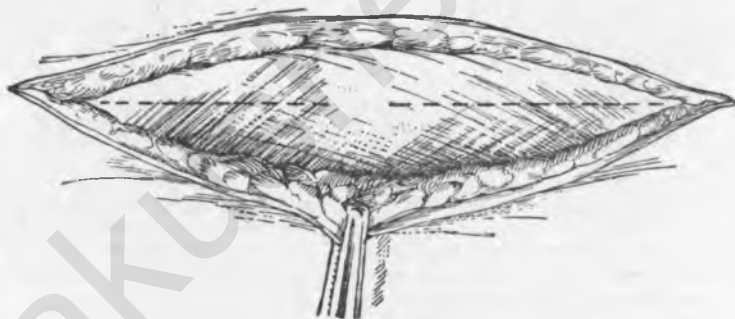


Рис. 22. Поперечный разрез брюшной стенки. Рассечение апоневроза в поперечном направлении соответственно длине кожного разреза.

произвести полную замену всего, чем пользовались во время операции. Затем края раны захватывают несколькими (не менее четырех) зажимами.

Техника зашивания. Брюшную рану зашивают послойно. Сначала непрерывным швом (кетгут № 2) зашивают брюшину. Если разрез большой или если имеется расхождение прямых мышц, то их соединяют несколькими тонкими узловыми кетгутовыми швами. Швы не следует сильно затягивать, так как это может вызвать атрофию мышечных воло-

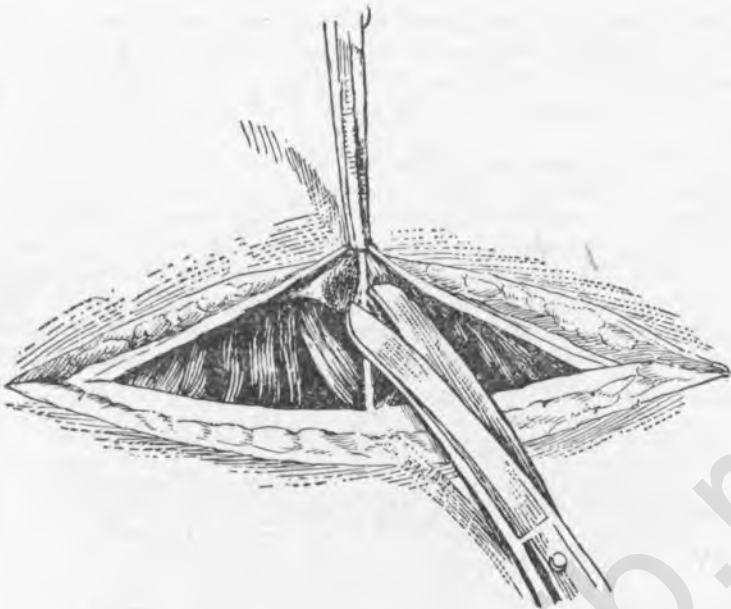


Рис. 23. Поперечный разреза брюшной стенки. Апоневротическая ткань вдоль белой линии глубоко вдается в виде узкой полоски между пирамидальными и прямыми мышцами. Ее подсекают по направлению к пушке и к лобку.

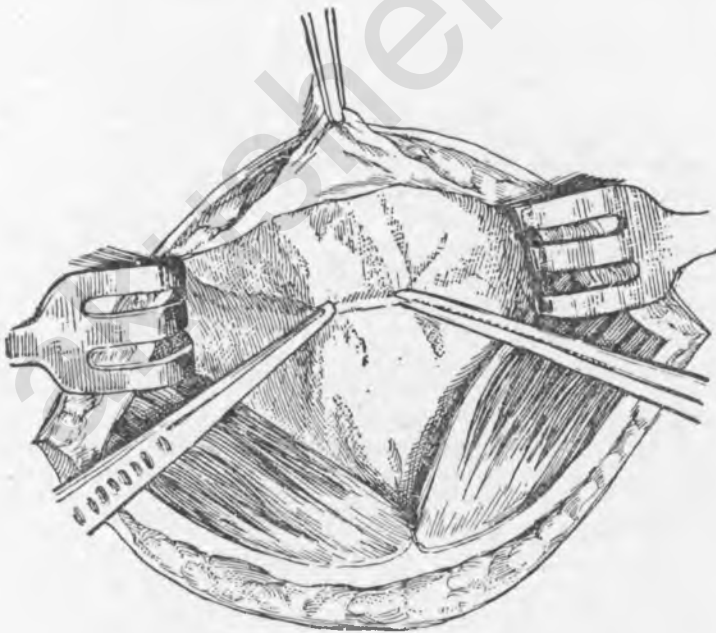


Рис. 24. Поперечный разрез брюшной стенки. После того как пирамидальные и прямые мышцы раздвинуты в стороны, пинцетами захватывают в складку брюшину и вскрывают ее в продольном направлении.

кон. Затем накладывают наиболее ответственные швы на разрез апоневроза (плохое заживление апоневроза является источником возникновения послеоперационной грыжи). Здесь мы также применяем кетгутовые лигатуры, обычно кетгут № 3, которые накладываем в виде узловых швов (рис. 19).

Некоторые гинекологи зашивают апоневроз обвивным кетгутовым швом. Мы не советуем применять непрерывный кетгутовый шов для зашивания апоневроза, так как считаем его недостаточно надежным. Если надежного кетгута нет, то на апоневроз лучше наложить погружные шелковые швы (крепкие, но по возможности тонкие). Кожный разрез зашивают несколькими узловыми шелковыми лигатурами средней толщины, которыми захватывают и подкожножировой слой. Остальную часть кожной раны соединяют скобками. Иногда из косметических соображений некото-

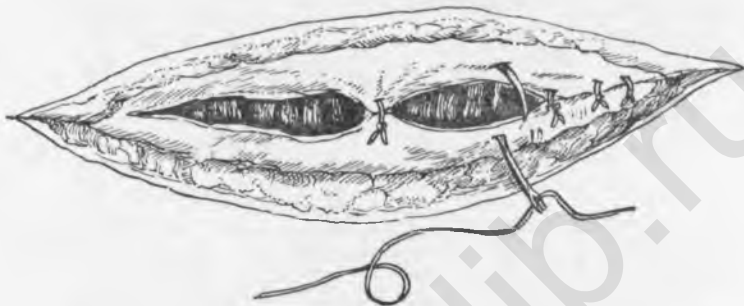


Рис. 25. Поперечный разрез брюшной стенки. Запирание поперечного разреза брюшной стенки. Края разреза апоневроза соединяют узловыми кетгутовыми лигатурами в поперечном направлении.

рые хирурги применяют непрерывный кетгутовый подкожный шов (рис. 20). Поверх швов накладывают марлевую салфетку, которую приклеивают к коже коллодием, клеолом или липким пластырем. Металлические скобки мы снимаем на 6—7-й день, а шелковые швы — на 8-й день.

Поперечный разрез брюшной стенки. Поперечный разрез, имеющий преимущество перед продольным, как мы уже упоминали, главным образом в косметическом отношении, должен проводиться по естественной надлобковой кожной складке (рис. 21). Разрезы, проводимые выше или ниже этой складки, оставляют рубцы, более заметные, чем рубцы продольного разреза, и поэтому лишаются своего главного преимущества.

Мы не являемся сторонниками больших поперечных разрезов, так как при этих разрезах перерезаются не только веточки наружной срамной артерии, но и поверхностная надчревная артерия с обеих сторон.

Для тех несложных операций, при которых мы пользуемся поперечным разрезом, достаточен разрез фасции до латеральных краев прямых мышц, т. е. примерно на протяжении 10 см.

Техника поперечного разреза. Кожу и подкожножировую клетчатку разрезают до самого апоневроза по надлобковой кожной складке. Мелкие сосуды, перерезанные в большем количестве, чем при продольном разрезе, нужно немедленно захватить и перевязать тонким кетгутом. После тщательного гемостаза апоневроз рассекают скальпелем также в поперечном направлении соответственно длине кожного разреза (рис. 22), а прямые мышцы разъединяют в продольном направлении. Для этого края разреза апоневроза приходится отодвинуть вверх и вниз от мышц. Апоневротическая ткань вдоль белой линии глубоко вдается между пира-

мидалльными и прямыми мышцами, в виде узкой полоски тупым путем отделить апоневроз от мышц невозможно и приходится подсекать апоневроз по направлению к пупку и к лобку (рис. 23). После этого уже легко отделяются и отодвигаются друг от друга как пирамидальные, так и прямые мышцы. Теперь, захватив пинцетами складку брюшины (рис. 24), ее вскрывают в продольном направлении.

Закрытие брюшной раны при поперечном разрезе. Закрывая брюшную рану, брюшину и прямые мышцы живота, мы зашиваем непрерывным кетгутовым швом в продольном направлении, а апоневроз — в поперечном направлении отдельными кетгутовыми лигатурами. Первый шов накладываем посредине поперечного разреза (рис. 25). Кожу с подкожножировой клетчаткой зашиваем, как и при продольном разрезе, узловыми шелковыми швами или непрерывным подкожным швом.

ЛИТЕРАТУРА

- Груадев В. С., К технике брюшинных чревосечений, Русский врач, 1903.
Писемский Г. Ф., К вопросу о разрезе брюшных стенок при чревосечениях, Журнал акушерства и женских болезней, 1910.
Садовский П. Т., К технике производства чревосечений, Журнал акушерства в женских болезнях, 1903.
Феяменов Н. Н., О поперечном сечении брюшной стенки по Пфанненштилю, Журнал акушерства и женских болезней, 1908.

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ВЛАГАЛИЩНОГО ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ

Влагалищный путь чревосечения. Необходимым условием для проникновения в брюшную полость через влагалище является достаточная подвижность матки, позволяющая низвести ее влагалищную часть в преддверие влагалища. Некоторое представление об этом получают уже при гинекологическом исследовании. Но окончательное суждение можно иметь лишь тогда, когда больная находится под наркозом и когда наступило полное расслабление мышц тазового дна и связочного аппарата. Это одна из причин, заставляющая нас отдавать предпочтение общему наркозу или спинномозговой анестезии. В связи с этим и назначение на влагалищное чревосечение надо рассматривать как сугубо условное, которое может стать окончательным лишь после того, как у больной, находящейся под наркозом, удастся полностью низвести шейку матки в преддверие. Разумеется, что при операциях по поводу выпадения матки необходимость в такой «пробе» отпадает, в других случаях эта «проба» часто необходима. Поэтому мы и больной никогда не даем твердого обещания произвести операцию влагалищным путем (многие больные считают операцию «без разреза живота» менее опасной) и предупреждаем ее о возможности изменения плана операции.

Существенным условием, значительно облегчающим производство влагалищной операции, является достаточная ширина и растяжимость влагалищной трубки, чем отличается влагалище рожавшей женщины. Поэтому мы, как уже упоминалось выше, редко прибегаем к влагалищному методу чревосечения у нерожавших женщин. Если по каким-либо причинам приходится оперировать при суженном влагалище, например, у пожилых женщин, то доступ к влагалищной части матки может быть расширен дополнительным влагалищно-промежностным разрезом. Этот разрез может быть ограничен вульварным кольцом (эпизиотомия), средним разрезом промежности (перинейротомия) по Отту, или глубоким боковым разрезом, захватывающим и мышцы тазового дна (параректальный разрез).

Боковые вспомогательные разрезы проводят обычно слева, это удобнее для хирурга, работающего правой рукой. В редких случаях приходится прибегнуть к двусторонним боковым разрезам.

Эпизиотомия и перинеотомия применяются в акушерстве чаще, чем в гинекологии. Преимущество перинеотомии (по Отту) перед эпизиотомией заключается в том, что при перинеотомии разрезают только кожу и фасцию, мышцы же остаются нетронутыми.

При глубоком промежностно-влагалищном разрезе, который применяется главным образом в гинекологии, половая щель растягивается двумя пальцами, введенными во влагалище. Если



Рис. 26. Глубокий косой промежностно-влагалищный разрез. Указательные пальцы рук хирурга и ассистента растягивают половую щель. *a* — линия разреза (по Бумму).

имеется помощник, то хирург вводит во влагалище указательный палец левой руки, а помощник — указательный палец правой руки и таким образом растягивают половую щель (рис. 26). Разрез начинают сбоку от задней спайки, обычно на левой стороне, он идет через вульварное кольцо, влагалищную стенку, дугой огибает кожу промежности, оставляя в стороне заднепроходное отверстие, проникает в глубину через левый леватор и вскрывает седалищно-прямокишечную ямку (*fossa ischio-rectalis*). Прямая кишка, следовательно, остается в стороне справа (рис. 27).

Влагалищное чревосечение можно произвести двойным путем: через передний влагалищный свод *colpotomia* (вернее, *colpocoeliotomia*) anterior и через задний влагалищный свод *colpotomia* (*colpocoeliotomia*) posterior.

При сохраняющих операциях на матке и операциях на придатках целесообразнее применить переднюю кольпотомию. Мы предпочитаем перед

нюю кольпотомию, во-первых, потому, что при ней, пользуясь лоскутным разрезом (см. технику передней кольпотомии), получаем большее отверстие во влагалищном своде, нежели при задней кольпотомии, во-вторых, потому, что через разрез в переднем своде легче вывести матку, а за нею придатки из брюшной полости. Выведение матки и придатков через разрез в заднем своде труднее, потому что для этого необходимо большее растяжение круглых маточных и воронко-тазовых связок. Но если придатки опущены кзади и прилегают к заднему влагалищному своду, то их извлечение через разрез в заднем своде, конечно, легче. Заднюю кольпотомию мы делаем чаще при вскрытии и опорожнении гнойника при тазовом перитоните и т. п., а также в редких случаях с диагностической целью, аналогично пробной лапаротомии.

Обстановка и условия при влагалищном чревосечении. Операционное поле при влагалищном чревосечении хорошо освещается естественным (дневным) светом, если ножной конец операционного стола будет придвинут к окну. В пасмурный день, вечером и ночью для освещения нужна лампа-рефлектор. Лампу ставят сбоку и позади оперирующего так, чтобы лучше осветить глубину влагалища. Если для рефлектора имеется не бесцветная, а простая лампа, то, чтобы она не перегревала голову хирурга, ее ставят немного поодаль.

Положение больной на операционном столе. Место хирурга и его помощников. Больная

лежит на операционном столе так же, как при исследовании на гинекологическом кресле, но ноги ее, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, должны быть притянуты к животу. При горизонтальном положении больной на спине с несогнутыми в тазобедренных суставах ногами (наклон таза в таком положении больной во входе равен 145°) матка стоит почти вертикально и при исследовании в зеркалах будет видна главным образом передняя губа маточного зева. Если же ноги согнуты в тазобедренных суставах и притянуты к животу (наклон таза во входе — 115°), матка принимает горизонтальное положение и доступ к внутренним половым органам значительно облегчается; при осмотре в зеркалах одинаково хорошо видна как задняя, так и передняя губа маточного зева.

Поэтому, как было указано выше, при влагалищном чревосечении, когда необходимо всемерно облегчить доступ к внутренним половым орга-

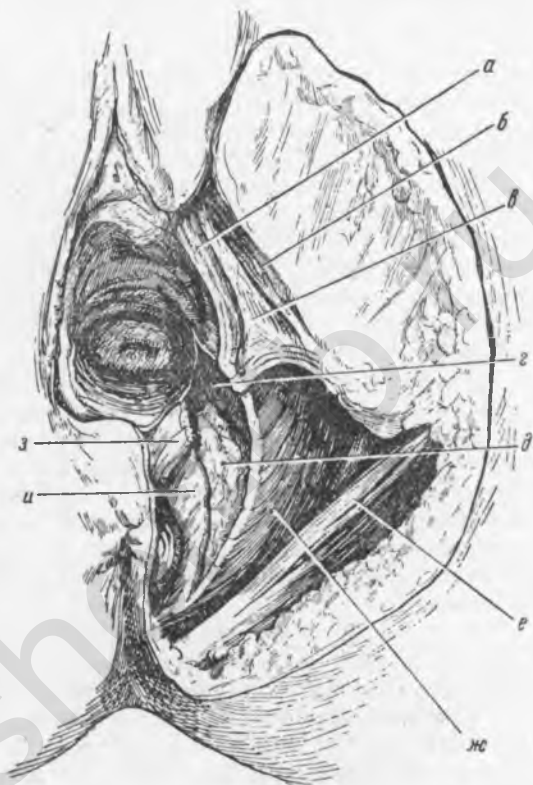


Рис. 27. Анатомические данные при разрезе.
a — trigonum; *б* — m. ischio-cavernosus; *в* — m. bulbocavernosus; *г* — cavum pelvium subperitoneale; *д* — rectum; *е* — m. gluteus; *ж* — m. levator ani; *з* — trigonum вместе с m. constrictor ani.

нам, больную надо уложить так, чтобы раздвинутые, согнутые в тазобедренных и коленных суставах ноги ее были бы максимально притянуты к животу. Пользоваться для этого ногодержателями, какие имеются на гинекологическом кресле, не следует. Эти ногодержатели пригодны лишь при операциях на наружных половых органах, на промежности и влагалище. При влагалищных чревосечениях можно пользоваться импровизированными ногодержателями, которые делают ex tempore из большой простыни (см. рис. 4, 4а и 4б)¹.

Очень удобны для влагалищных чревосечений ногодержатели Отта (см. рис. 2 и 3). Можно вообще обойтись без ногодержателей. Для этого применяют следующий способ: ноги больной кладут на спину обоих помощников, участвующих в операции. Мы считаем этот способ неудобным, так как больная в периоде возбуждения при эфирном наркозе делает невольные движения и мешает операции. Мы предпочитаем, чтобы помощники удерживали ноги больной подмышками (рис. 28). При этом ассистент активно и крепко удерживает ноги больной и в то же время руки его свободны. Еще лучше, если ноги больной удерживаются описанными выше импровизированными ногодержателями из простыни и, кроме того, помощники, заняв свои места у операционного стола, становятся так, чтобы голени больной, прикрытые бельем, оказались бы у них подмышками (рис. 29).

П о л о ж е н и е б о л ь н о й. На операционный стол больную укладывают так (это надо подчеркнуть), чтобы ягодицы не только находились на уровне края ножного конца стола, но обязательно выдавались бы на два поперечных пальца впереди этого края; иначе при подъеме тазового конца стола больная сползает по направлению к головному концу стола и операционное поле отодвигается от хирурга. Это настолько затрудняет операцию, что приходится делать перерыв, чтобы придать больной необходимое положение. В результате теряется время и может пострадать асептика.

Большим физическим облегчением для оперирующего является возможность производить влагалищное чревосечение сидя на вращающемся табурете. Высота табурета меняется в зависимости от роста хирурга и комплекции оперируемой. Правильным положением хирурга будет такое, при котором его глаза находятся на уровне операционного поля, т. е. лобка и вульвы: при передней кольпотомии — чуть повыше, при задней — пониже. Когда по ходу операции требуется поднять или опустить головной конец стола, то для удобства оперирующего надо также опустить или приподнять табурет. При влагалищных операциях должно быть два ассистента. Если при брюшностеночном чревосечении участие двух помощников желательно (см. выше) главным образом из педагогических соображений, то при влагалищном чревосечении, особенно при передней кольпотомии, это необходимо. Первый ассистент стоит с левой стороны больной, т. е. по правую руку оперирующего, второй — на противоположной стороне. По правую же руку оперирующего и несколько позади располагается операционная сестра со своим столиком.

В нашей клинике при операциях влагалищного чревосечения помощники, которые должны активно помогать оператору и обеспечивать необходимое устойчивое положение больной на операционном столе, всегда стоят; сидеть им разрешается только при пластических операциях на наружных половых органах и влагалище и при операциях, не требующих вскрытия брюшной

¹ Рисунки были опубликованы в нашей монографии «Прободение матки», изданной в Москве в 1918 г. и переизданной в 1921 г.



Рис. 28. При влагалищной операции ассистент удерживает ноги больной, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, подмышкой.



Рис. 29. Положение ассистентов при влагалищной операции.

полости. На операционный стол больную укладывают после непосредственной подготовки к операции, т. е. после дезинфекции наружных половых органов и влагалища.

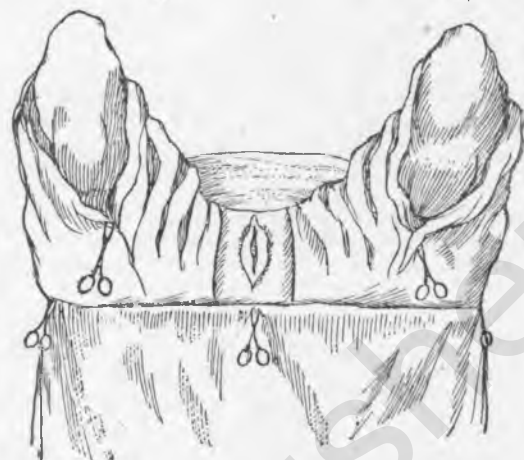
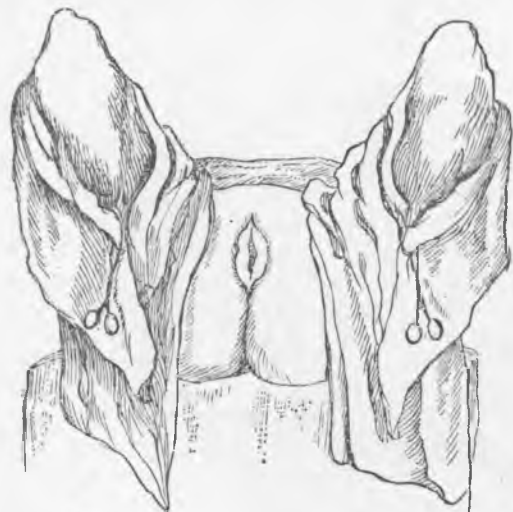


Рис. 30. Ноги больной обернуты небольшими стерильными простынями или полотенцами (вверху), к которым пристегнута стерильная простыня, закрывающая задний проход (внизу).

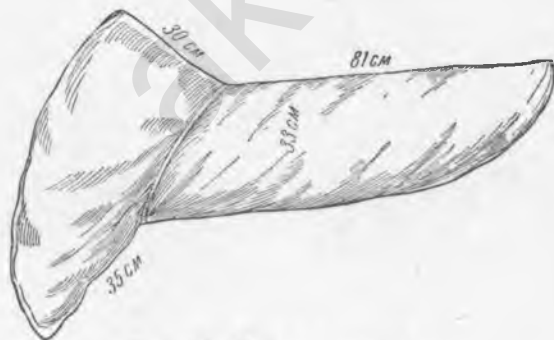


Рис. 31. Чулок с воланом.

Для того чтобы не подвергать больную излишней психической травме, всю процедуру подготовки, как было сказано выше, лучше производить не в операционной, а в предоперационной, смотровой или в комнате, специально предназначенной для подготовки. В операционной же только смазывают наружные половые органы, влагалище и влагалищную часть матки 5% йодной настойкой. Затем больную «одевают». Под таз ее подкладывают сложенную вдвое стерильную простыню, конец которой свисает в подставленное ведро, таз, лоток, куда хирург и его помощники выбрасывают использованный материал. Так как иногда в ведро может упасть нечаянно оброненный металлический инструмент, то, чтобы при этом не раздался резкий звонкий удар, нервнирующий участников операции и особенно больную (если она не в глубоком сне), ведро покрывают простыней или полотенцем.

На низ живота больной кладут небольшую стерильную простыню, обертывают ноги небольшой стерильной простыней или большими полотенцами (рис. 30). Это получается очень громоздко, поэтому мы рекомендуем применение широких, длинных специальных чулок (рис. 31). Чулок кончается воланом, покрывающим внутреннюю поверхность бедра (рис. 32 и 33), края волана пристегивают «цапками» к коже вульвы и промежности. Таким образом, когда оба чулка надеты, область вульвы с обеих сторон будет покрыта стерильным бельем (чулки

стерилизуются в автоклаве вместе с остальным операционным бельем). Так как большое количество гинекологов, посещавших нашу операционную, в том числе и врачи курсов усовершенствования, неизменно про-

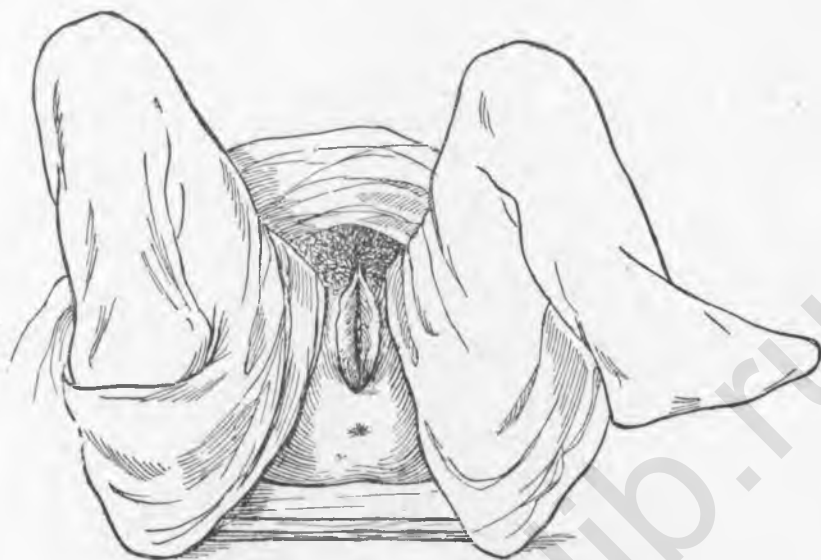


Рис. 32. Волан чулка покрывает внутреннюю поверхность бедер.

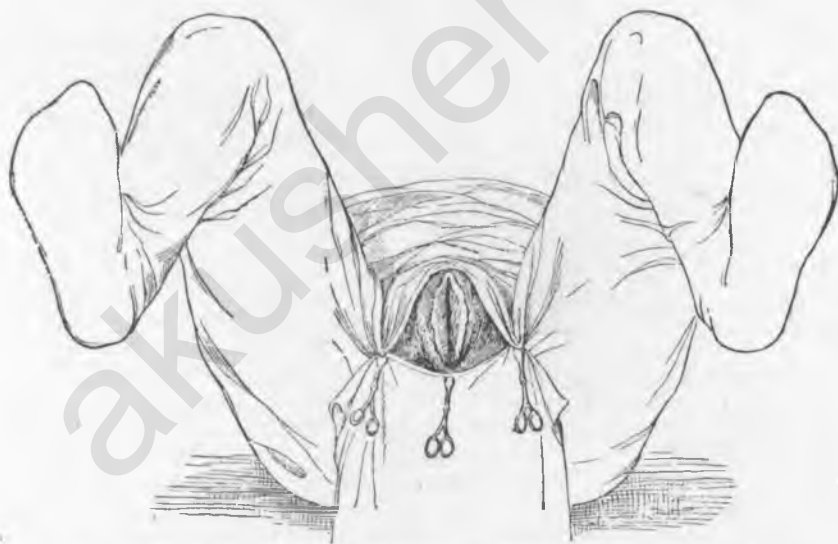


Рис. 33. Больная подготовлена для влагалищной операции.

являли интерес к этой «мелочи» операционного обихода и выражали недоумение по поводу того, что эта весьма полезная деталь операционного белья не известна широкой массе оперирующих акушеров-гинекологов, операционная сестра Л. С. Новосельская поместила в журнале «Акушерство и гинекология» (№ 4, 1941) описание этих чулок.

Передняя кольпотомия

Методика и техника передней кольпотомии. Кольпотомия и лапаротомия имеют не только общую цель — проникновение в брюшную полость, но и общий метод операции, состоящий в систематическом послойном рассечении тканей. Как при лапаротомии последовательно рассекается кожа, фасция, брюшина, так и при кольпотомии последовательно разрезается влагалищная стенка, пузырно-влагалищная перегородка и вскрывается брюшина.



Рис. 34. Передняя кольпотомия. Анатомические соотношения между мочевым пузырем и шейкой матки при нормальном положении матки (по Бумму).

Трудность передней кольпотомии заключается в том, что на прямом пути из влагалищного свода к брюшине лежит мочевой пузырь (анатомические соотношения показаны на рис. 34 и 35). Поэтому, разрезав стенку влагалища и лежащую под ней фасцию, необходимо отодвинуть вверх пузырь, прикрепленный к шейке матки слоем рыхлой клетчатки. Только после этого возможно найти пузырно-маточную складку брюшины, вскрыв которую, мы получаем доступ в брюшную полость.

При передней кольпотомии применяются различные разрезы: продольный, поперечный, T-образный, лоскутный. Последнему мы отдаем решительное предпочтение прежде всего потому, что при нем получается значительно большее отверстие во влагалищном своде, через которое легче

извлечь из брюшной полости органы, подлежащие операции. Большой разрез, как известно, увеличивает операционное поле и этим облегчает операцию. Вторым преимуществом лоскутного разреза является то, что передняя стенка мочевого пузыря не отделяется от стенки влагалища, не обнажается и не травмируется; мочевой пузырь, отделенный от шейки матки, остается в естественном соединении с передней стенкой влагалища.



Рис. 35. Передняя кольпотомия. Анатомические соотношения между мочевым пузырем и шейкой матки при изведении шейки матки в преддверие влагалища.

Лоскутный разрез состоит из поперечного с добавлением на обоих его концах вертикальных, благодаря чему разрез имеет форму, напоминающую перевернутую букву П. Поперечный разрез должен проходить на уровне прикрепления мочевого пузыря к шейке матки или чуть-чуть ниже. Если разрез лежит выше, то возникает опасность повреждения мочевого пузыря, если же слишком низко, то при отделении мочевого пузыря от шейки матки и при отыскании пузырно-маточной складки брюшины возникают затруднения. Кроме того, если поперечный разрез будет проведен слишком низко, то впоследствии влагалищная часть матки будет

оттягиваться операционным рубцом кпереди, а тело матки отклонится кзади.

Как определить нижнюю границу прикрепления мочевого пузыря к шейке матки? Можно ввести в мочевой пузырь металлический катетер (некоторые хирурги так и поступают) и таким образом определить нижнюю границу пузыря (рис. 36). Но при этом на операционное поле попадает моча, что не всегда безразлично для асептики; излишняя катетеризация также не всегда безразлична для течения послеоперационного периода. Мы вообще не видим необходимости прибегать к этому методу.

Для определения места, где должен пройти поперечный разрез при передней кольпотомии, имеется внешний признак: это последняя поперечная складка слизистой влагалища (*colurna vaginalis*). Там, где кончается гладкий покров влагалищной части матки и начинается поперечная складка слизистой влагалища, надо провести поперечный разрез.

Ход операции, таким образом, следующий: после опорожнения мочевого пузыря, введения зеркала и повторной дезинфекции операционного поля (смазывание iodной настойкой) переднюю губу маточного зева захватывают крепкими щипцами — двузубцами или четырехзубцами; после того как заднее длинное зеркало будет заменено коротким операционным, влагалищная часть матки энергично изводится в преддверие влагалища или даже наружу. При большой подвижности матки, особенно при ее опущении, можно и вовсе обойтись без заднего (операционного) зеркала: в этом случае влагалищная часть матки ложится на заднюю спайку или на промежность, которую покрывают марлевой салфеткой. Ассистенты с обеих сторон «боковиками» раздвигают малые срамные губы и боковые стенки влагалища. Таким образом, перед хирургом лежит растянутый передний свод на всем своем протяжении.

Щипцы, которыми изводят влагалищную часть матки, оперирующий передает второму ассистенту (стоящему по правую сторону больной), который берет их в правую руку, а левой рукой он держит «боковик». Первый же ассистент правой рукой держит «боковик», а левой — активно работает на ране и помогает оператору (осушает операционное поле, накладывает зажимы на брызжущие сосуды и пр.). Благодаря этому обе руки оперирующего свободны, и он приступает к разрезу во влагалищном своде. Сначала проводят скальпелем поперечный разрез, а затем на его концах два боковых (вертикальных). Разрез проникает через всю толщу влагалищной стенки вплоть до беловатой фасции (соединительнотканной перегородки между влагалищной стенкой и мочевым пузырем). Эта фасция разрезается в том же направлении, что и влагалищная стенка (рис. 37)¹. Теперь отделяют мочевой пузырь от передней стенки шейки матки. Для этого пинцетом приподнимают нижний край влагалищного лоскута и тогда ясно вырисовываются соединительнотканные волокна, прикрепляющие пузырь к шейке матки (рис. 38). Эти волокна мы рассекаем концами

¹ Исследования К. Н. Жмакина на трупах (доклад на VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в Киеве 24—26/V 1928 г.) показали, что такая фасция действительно существует: «Влагалище, как и каждый орган, заключающий в себе способность к движению, имеет собственную фасцию; fascia vaginae отделена от strat. muscul. vaginae венозным сплетением и рыхлой клетчаткой и образует вокруг влагалища полный цилиндр; в верхних $\frac{2}{3}$ влагалища можно выделить этот цилиндр; в нижней трети влагалища влагалищная фасция прочно сращена с соседними органами; возле боковых и задней стенок влагалища влагалищная фасция соединяется тонкими отростками с фасцией леваторов. Верхнебоковая часть влагалищной фасции переходит в корень широкой связки, в так называемые кардинальные связки; на передней и задней влагалищной стенках влагалищная фасция переходит как отдельная пластинка, на переднюю поверхность маточной шейки, сливаясь с маточной стенкой, приблизительно на высоте внутреннего отверстия шеечного канала (под листом брюшины).

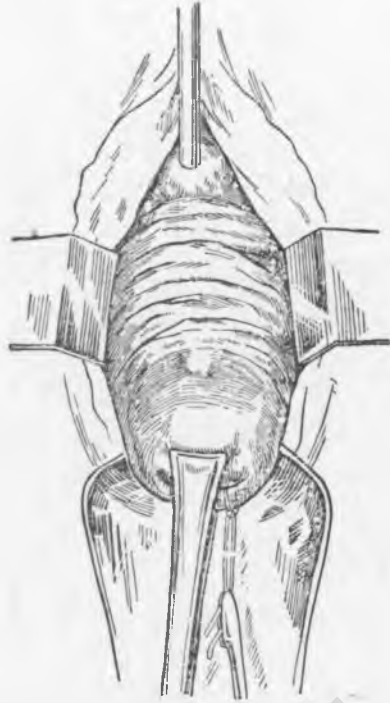


Рис. 36. Передняя кольпотомия. Определение нижней границы прикрепления дна мочевого пузыря к шейке матки металлическим катетером.



Рис. 37. Передняя кольпотомия. Разрез влагалищной фасции. Лоскут такой же формы, как лоскут влагалищной стенки.

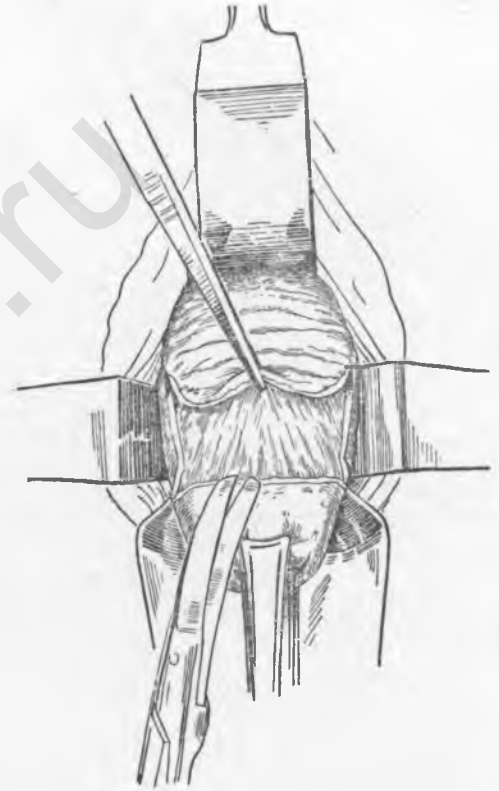


Рис. 38. Передняя кольпотомия. Отделение мочевого пузыря от шейки матки. Нижний край влагалищного лоскута приподнимают пинцетом, после чего начинают вырисовываться соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к шейке матки.

изогнутых ножниц у самой шейки матки. Затем приподнимаем пинцетом лоскут на соседнем участке, при этом также вырисовываются волокна, прикрепляющиеся в данном месте пузыря к шейке матки, которые мы отсекаем у самой шейки матки. После того как будет отделен весь нижний край мочевого пузыря, мы анатомическим пинцетом приподнимаем оголенную стенку мочевого пузыря и перерезаем вырисовывающиеся волокна, идущие к шейке матки от задней стенки пузыря (рис. 39). Таким образом, постепенно, шаг за шагом, мы острым путем отделяем большую часть мочевого пузыря от шейки матки, и только после этого, приблизившись к переходной складке брюшины, заканчиваем отделение пузыря от шейки матки пальцем (рис. 40).

Клетчатка, отделяющая мочевой пузырь от стенки матки и составляющая часть *fasciae endopelviniae*, является относительно рыхлой тканью, особенно при беременности, во время которой ее легко отделить тупым путем — тупфером или пальцем (хорошо обернуть при этом палец кусочком марли). У небеременных и особенно у нерожавших женщин отодвигать пузырь исключительно тупым путем не следует, так как это ведет к его травматизации. Кроме того, и это очень важно, при тупом отодвигании вместе с маткой можно отодвинуть вверх и рыхло связанную с ней пузырно-маточную складку брюшины, которую затем будет трудно отыскать и вскрыть. Поэтому у небеременной и особенно у нерожавшей женщины мы настоятельно советуем отделять мочевой пузырь от шейки матки только острым путем. Но даже и при беременности мы предпочитаем начинать отделение мочевого пузыря острым путем и только после того, как край пузыря будет отсепарован и дальнейшее отделение в надлежащем слое клетчатки будет обеспечено, оно может быть закончено тупым путем.

Повторяем, этот путь лучше всего предохраняет мочевой пузырь от повреждения и в то же время значительно облегчает нахождение пузырно-маточной складки брюшины.

В нашей клинике даже молодые хирурги не пользуются при кольпотомии металлическим катетером для выяснения топографических соотношений между пузырем и маткой. Ведь только в исключительно редких случаях (при наличии рубцов в клетчатке или ее инфильтрации) имеются особые показания для производства операции именно влагалишным путем, и в этих случаях оперировать должен лишь очень опытный в подобных операциях хирург. Но если при передней кольпотомии неожиданно появляются затруднения при отделении мочевого пузыря или для нахождения брюшинной складки, то недостаточно опытный хирург поступит благо-разумнее, если прекратит манипулирование вслепую в ране и, введя в мочевой пузырь металлический катетер, пальцем со стороны влагалишной раны нащупает «клюв» катетера и, таким образом, установит границу между стенкой пузыря и соседними тканями.

Когда мочевой пузырь будет полностью отделен от шейки матки, остается найти пузырно-маточную складку брюшины и вскрыть ее. Для этого ассистент отодвигает подъемником мочевой пузырь вперед и вверх по направлению к лонному сочленению, в то же время влагалишная часть матки попрежнему энергично оттягивается вниз и кзади. Очень часто этого бывает достаточно, чтобы в поле зрения появился полулунный край пузырно-маточной складки брюшины. Если же складка брюшины сразу не появится, то ее легко можно будет нащупать пальцем (характерная тонкая, подвижная, совершенно гладкая складка) и слегка стянуть вниз (рис. 41). Край брюшинной складки захватывают двумя зажимами и, убедившись еще раз, что это действительно брюшина, ее вскрывают ножницами между обоими зажимами. Сначала делают маленький разрез, затем

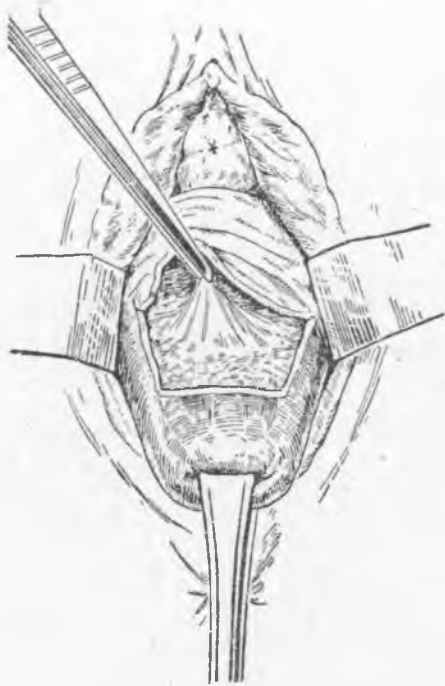


Рис. 39. Передняя кольпотомия. Отделение мочевого пузыря от шейки матки острым путем. Анатомическим пинцетом приподнимают стенку мочевого пузыря, благодаря чему вырисовываются еще не рассеченные соединительнотканые волокна пузырно-шеечной перегородки.



Рис. 40. Передняя кольпотомия. Отделение пальцем мочевого пузыря от шейки матки.

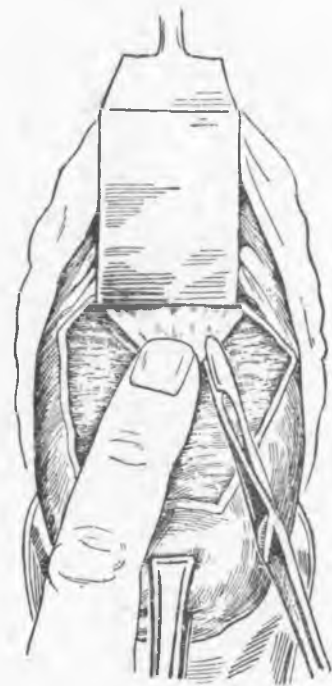


Рис. 41. Передняя кольпотомия. Обнажение пузырно-маточной складки брюшины.

вводят в него закрытые ножницы, раскрывают их и, извлекая обратно раскрытыми, увеличивают отверстие в брюшине в поперечном направлении или ножницами увеличивают разрез по введенному в него пальцу (рис. 42). После этого в брюшную полость можно ввести два пальца и для проверки диагноза обследовать тазовые органы.

Чтобы произвести ту или иную операцию на матке или на придатках, эти органы надо вывести во влагалище. В зависимости от цели операции, в одном случае сначала необходимо извлечь тело матки, в другом — сначала придатки. Извлекая тело матки, нельзя продолжать оттягивать влагалищную часть матки вниз. Только при операции по поводу опущения или выпадения матки целиком легко вывихивается через разрез во влагалище. Обычно же мощные кардинальные связки, расположенные в основании широких связок, подвешивая матку во фронтальном направлении, позволяют полностью извлечь тело матки, наклонив ее вперед, только тогда, когда шейка матки отклонится назад. Поэтому при извлечении тела матки нужно снять с влагалищной части матки щипцы, которыми ассистент оттягивает ее вниз, и таким образом получить возможность отодвинуть ее вглубь влагалища.

Для того чтобы извлечь наружу влагалищную часть матки, когда это будет необходимо, мы предварительно проводим через переднюю или заднюю губу наружного маточного зева временную шелковую лигатуру и оставляем на ней зажим.

Если матка небольшая и вполне подвижна, то ее можно вывести двумя пальцами, которые, как крючок, захватывают дно матки с задней поверхности; если придатки не увеличены и подвижны, то очень удобно вывести сначала придатки с одной стороны, захватив их двумя пальцами; вслед за ними в разрезе появляется тело матки, которое проходит ребром через отверстие. Еще легче извлечь тело матки пулевыми щипцами: ассистент энергично тянет влагалищную часть матки вниз, подъемник или тупой крючок, введенный в отверстие брюшины, приподнимает край брюшины вверх. Таким образом обнажается блестящий, гладкий край тела матки, который захватывают пулевыми щипцами (рис. 43). С влагалищной части снимают щипцы и отодвигают ее пальцами вглубь влагалища, где она и исчезает (рис. 44). При потягивании за пулевые щипцы, захватывающие край тела матки, в отверстии брюшины появляется вышележащая часть тела матки, которая в свою очередь захватывается пулевыми щипцами. Затем снимают первые пулевые щипцы, захватывают ими вышележащую часть тела матки, появляющуюся в поле зрения при потягивании за вторые пулевые щипцы. Далее, вновь перехватывая тело матки щипцами, постепенно под постоянным контролем глаза выводят его наружу. Тело матки надо извлекать щипцами очень осторожно, чтобы не повредить ткань матки. Если имеются спайки, которые препятствуют извлечению тела матки, их надо разорвать пальцем (рис. 45) или разрезать ножницами, когда они станут видимыми.

При таком способе извлечения матки на ее поверхности остаются знаки от пулевых щипцов; если они кровоточат, их надо обколоть кетгутовой лигатурой. Конечно, при экстирпации матки этот момент отпадает.

Если, кроме матки, извлекаются и придатки, то поступают следующим образом: тело матки захватывают маточными щипцами (безразлично какого типа, лишь бы они не травмировали матку), поворачивают матку на ребро и оттягивают ее вниз и в сторону, противоположную той, где находится подлежащие удалению придатки. Если извлекают левые придатки, то два пальца левой руки вводят вдоль задней поверхности матки влево

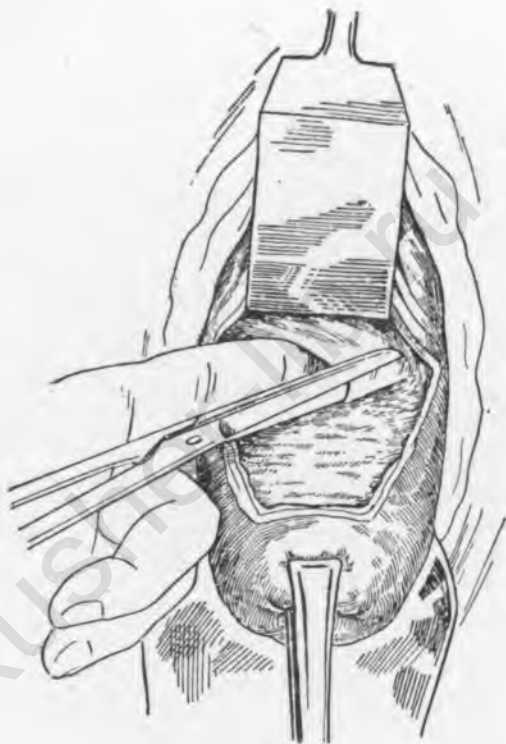


Рис. 42. Передняя кольпотомия. Вскрытие
пузырьдо-маточной складки брюшины.

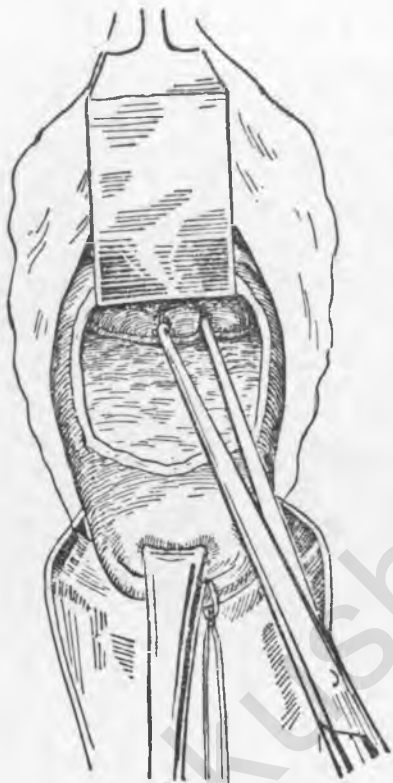


Рис. 43. Передняя кольпотомия. Обнаженный нижний край тела матки захватывают пулевыми щипцами.



Рис. 44. Передняя кольпотомия. Шейку матки пальцами отодвигают назад вглубь влагалища.

и извлекают придатки пальцами, как крючком. Придатки можно извлечь и тупфером.

После того как тело матки и придатки были выведены наружу, можно из глубины влагалища снова извлечь влагалищную часть матки, которая была отодвинута вглубь влагалища при извлечении тела матки. Извлекают влагалищную часть, потягивая за шелковую лигатуру, которая проведена в качестве «держалки» через губу маточного зева и на которой был оставлен зажим.

После того как основная часть операции будет закончена, приступают к послойному зашиванию разрезов в брюшине, пузырно-влагалищной фасции и во влагалищном своде.



Рис. 45. Передняя кольпотомия. Пальцем, введенным в брюшную полость, определяют наличие спаек, разделяют их и помогают извлечь тело матки во влагалище.

Перитонизация при операциях, производимых путем передней кольпотомии. При влагалищных чревосечениях могут быть применены те же методы перитонизации, что и при брюшно-стеночных. Но нередко при влагалищных чревосечениях хирург не может использовать всех способов, которые применяются при лапаротомии. Это наблюдается при закрытии дефектов брюшины в области придатков матки и широких связок; надо сказать, что закрытие дефектов брюшины на матке облегчается использованием брюшины задней стенки мочевого пузыря. При дефектах брюшины на передней стенке матки, а также для покрытия наложенных швов очень удобен метод прикрепления матки к брюшине мочевого пузыря (*vesicifixura*).

Этот метод мы применяли в 20-х годах при операциях по поводу неправильных положений матки; теперь мы его совершенно не применяем, во-первых, потому, что подвижные ретродевиации (см. главу «Ретродевиации матки») в огромном большинстве случаев вовсе не требуют хирургического вмешательства, а фиксированные часто требуют более широкого обследования не только органов малого таза, но и брюшины (аппендикс) и поэтому здесь целесообразнее применить лапаротомию. При выпадениях матки (см. «Опухания и выпадения матки») везикофиксация, как показал нам опыт, недостаточно надежно фиксирует матку в надлежащем положении, поэтому мы совершенно не применяем этот метод при операциях по поводу выпадения. Но этот метод полностью сохраняет свое значение как способ использования брюшины, покрывающей заднюю стенку мочевого пузыря, с которой она лишь рыхло соединена для перитонизации дефектов и швов, имеющихся на передней стенке матки.

При дефектах брюшины или наличии швов, наложенных в области дна матки или ее задней стенки, особенно тогда, когда матка уменьшена в объеме, — после высокой ампутации или дефундации ее влагалищным

цутем (см. «Фибромиома матки») — хорошим способом перитонизации при влагалищном чревосечении является интерспозиция матки (технику операции интерспозиции см. в разделе «Хирургическое лечение выпадения влагалища и матки»). Что касается техники перитонизации дефектов брюшины на передней стенке матки, то она так же не сложна, как и ее прототип — везикофиксация матки.

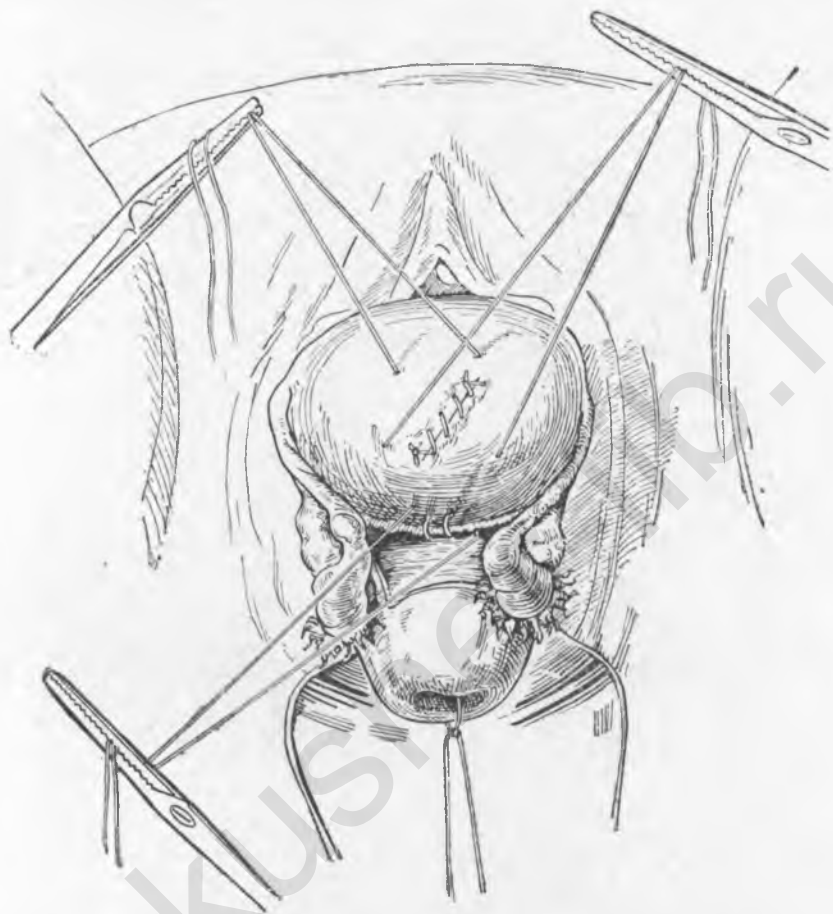


Рис. 46. Везикофиксация матки как метод перитонизации швов, наложенных на передней стенке матки при консервативной операции на матке. Три лигатуры проведены через переднюю стенку матки. Конец первой лигатуры захвачен концом зажима, конец второй — серединой зажима, конец третьей — зажимом у самого замка.

Техника везикофиксации. Сначала проводят через толщу передней стенки матки три кетгутовые лигатуры (они не должны проникать в полость матки). Первую лигатуру проводят немного выше маточного шва, третью — у края пузырно-маточной складки (vesico-uterina), вскрытой при чревосечении, а вторую лигатуру — посередине между первой и третьей. Для того чтобы не перепутать лигатуры, когда матка будет вправлена обратно в брюшную полость, мы отмечаем их следующим образом: конец первой захватываем концом зажима Кохера, конец второй — серединой зажима, а третью лигатуру захватываем зажимом у самого замка (рис. 46). Затем вправляем матку обратно в брюшную полость и извлекаем

наружу край брюшины мочевого пузыря (см. технику передней кольпотомии).

Захватив двумя зажимами край извлеченной брюшины, вытягивают ее вперед (по направлению к лону) и тогда открывается в виде передника брюшина, покрывающая заднюю стенку мочевого пузыря. Через эту брюшину нужно провести все три лигатуры, которыми была прошита

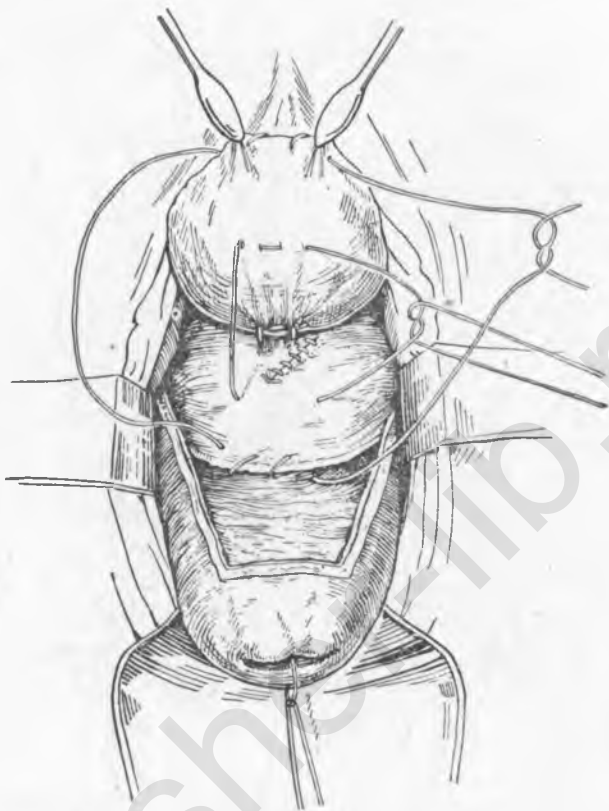


Рис. 47. Везикофиксация матки. Тело матки снова помещено в брюшную полость. Извлечен край брюшины мочевого пузыря. Два зажима подтягивают этот край к лону. Три лигатуры, которыми была прошита передняя стенка матки, проводят через брюшину мочевого пузыря на соответствующей высоте. Первая лигатура завязана, вторая и третья лигатуры еще не завязаны.

передняя стенка матки. Первую лигатуру (она захвачена концом зажима) проводят через складку брюшины у основания «передника», вторую — по середине «передника» (рис. 47). По очереди завязывают лигатуры, сначала первую, а затем вторую. Завязывая лигатуры, в то же время надо подтягивать матку к мочевому пузырю, иначе передняя поверхность матки не будет соприкасаться с брюшиной пузыря, не срастется с нею, и таким образом, перитонизация не будет осуществлена. После того, как обе лигатуры будут завязаны и концы их коротко отрезаны, в иглу вдевают третью лигатуру (она захвачена у самого замка зажима) и обшивают ею свободный край «передника» в том месте, где он захвачен зажимами. Эту послед-

ную лигатуру также завязывают и концы ее коротко отрезают. Таким образом, отверстие в брюшине будет закрыто и остается лишь зашить разрез во влагалищном своде.

Задняя кольпотомия

Задняя кольпотомия редко производится с одной лишь диагностической целью. Иногда задней кольпотомией пользуются при зашивании свежих повреждений матки, для удаления небольших опухолей, расположенных в прямокишечно-маточном углублении или исходящих из задней стенки матки.

Чаще всего заднюю кольпотомию применяют для опорожнения осумкованных гнойников, образовавшихся в прямокишечно-маточном углубле-

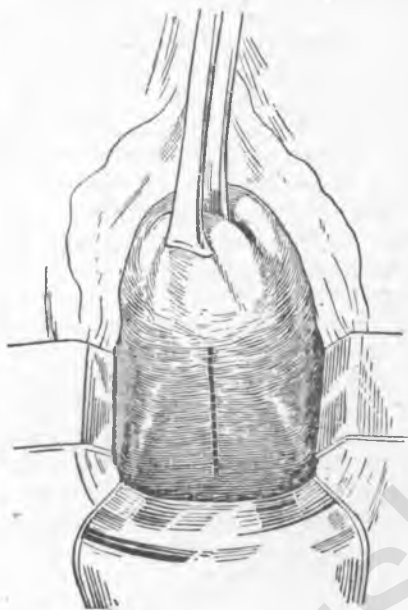


Рис. 48. Задняя кольпотомия. Шейка матки подтянута к лону. Обнажен задний влагалищный свод. Пунктиром обозначена линия разреза.

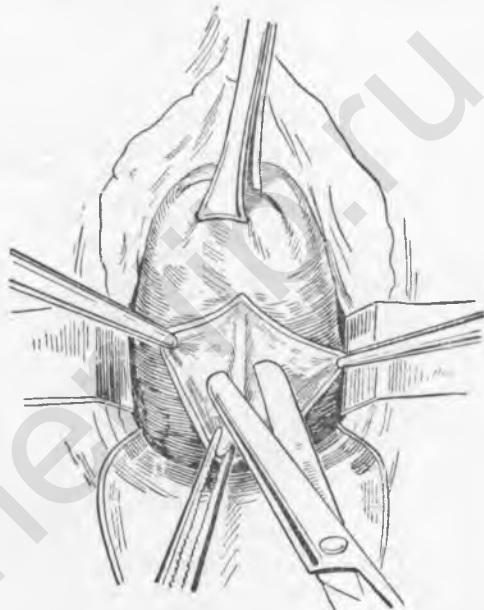


Рис. 49. Задняя кольпотомия. Сделан разрез через стенку влагалища и края разреза разведены пинцетами. Пинцетом оттягивается складка брюшины маточно-прямокишечного углубления и ножницами вскрывается брюшина.

нии при послеродовом или послеабортном перитоните, или при воспалительном выпоте, сопровождающемся высокой температурой, перитонеальными явлениями, хотя и не столь бурными, как при общем перитоните, и общим тяжелым состоянием. В тех случаях общего перитонита, когда исходным пунктом является скопление гноя в тазу, помимо брюшностеночного чревосечения, применяют также и заднюю кольпотомию. При воспалении гонорройной этиологии, когда гнойный тазовый экссудат включает опухоль придатков, мы не производим заднюю кольпотомию, так как при опорожении гнойника может вскрыться пиосальпинкс, расположенный в прямокишечно-маточном кармане. В результате остается незаживающий гнойный трупно-влагалищный свищ.

Техника задней кольпотомии как операции, открывающей доступ к внутренним женским половым органам, существенно отличается от техники

операции задней кольпотомии, применяемой при вскрытии гнойника, расположенного в прямокишечно-маточном кармане.

Техника задней кольпотомии, предпринимаемой с целью открыть доступ к внутренним женским половым органам. Операцию можно произвести под любым наркозом. Подготовка к операции такая же, как и при передней кольпотомии. Для лучшего доступа к заднему влагалищному своду необходимо увеличить наклон таза, для этого надо максимально привести к животу ноги больной, согнутые в коленных и тазобедренных суставах. При задней кольпотомии оперирующий усаживается на габурете немного ниже, чем при передней кольпотомии.

Пулевыми или двузубчатыми щипцами захватывают заднюю губу маточного зева и энергично оттягивают влагалищную часть матки кпереди (к лону).

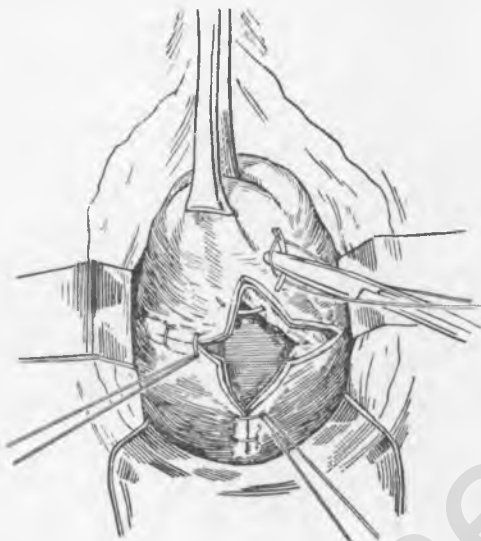


Рис. 50. Задняя кольпотомия. Закрытие отверстия в заднем влагалищном своде рядом узловых кетгутовых швов, захватывающих края разрезов во влагалище и в брюшине.

Если дренаж после операции не применяют, то отверстие в заднем влагалищном своде зашивают рядом отдельных кетгутовых швов, захватывающих края разрезов во влагалище и в брюшине (рис. 50).

Техника задней кольпотомии для опорожнения гнойника, расположенного в прямокишечно-маточном кармане, несколько иная. В этих случаях мы избегаем применять местную инфильтрационную анестезию и после двукратной с промежутками в 20 минут инъекции 1% пантопона по 1 см³ или морфина применяем общий эфирный или хлорэтиловый наркоз. Глубокий наркоз не нужен, можно ограничиться оглушением.

В технике опорожнения тазового гнойника путем задней кольпотомии мы считаем существенным отказ от захватывания и особенно от стягивания влагалищной части матки из опасения нарушить рыхлые сращения, ограничивающие гнойное скопление в тазу в свежих случаях. При наличии плотных спаек (хронические случаи) заднюю губу маточного зева можно

Длинное заднее влагалищное зеркало заменяют коротким операционным. Два «боквика» широко обнажают операционное поле (задний влагалищный свод). По средней линии в продольном направлении проводят разрез влагалищной стенки в области заднего влагалищного свода (рис. 48). После этого брюшину маточно-прямокишечного кармана захватывают пинцетом и вскрывают ножницами (рис. 49). Если для целевой операции нужен большой разрез, то к продольному разрезу (его нельзя увеличить далеко кзади, так как при этом можно поранить прямую кишку) добавляют поперечный. Поперечный разрез доводят лишь до маточно-крестцовых связок, которые не рассекают. Если же надо еще больше увеличить отверстие, то можно пересечь и маточно-крестцовые связки, обеспечив гемостаз и соединение перерезанных

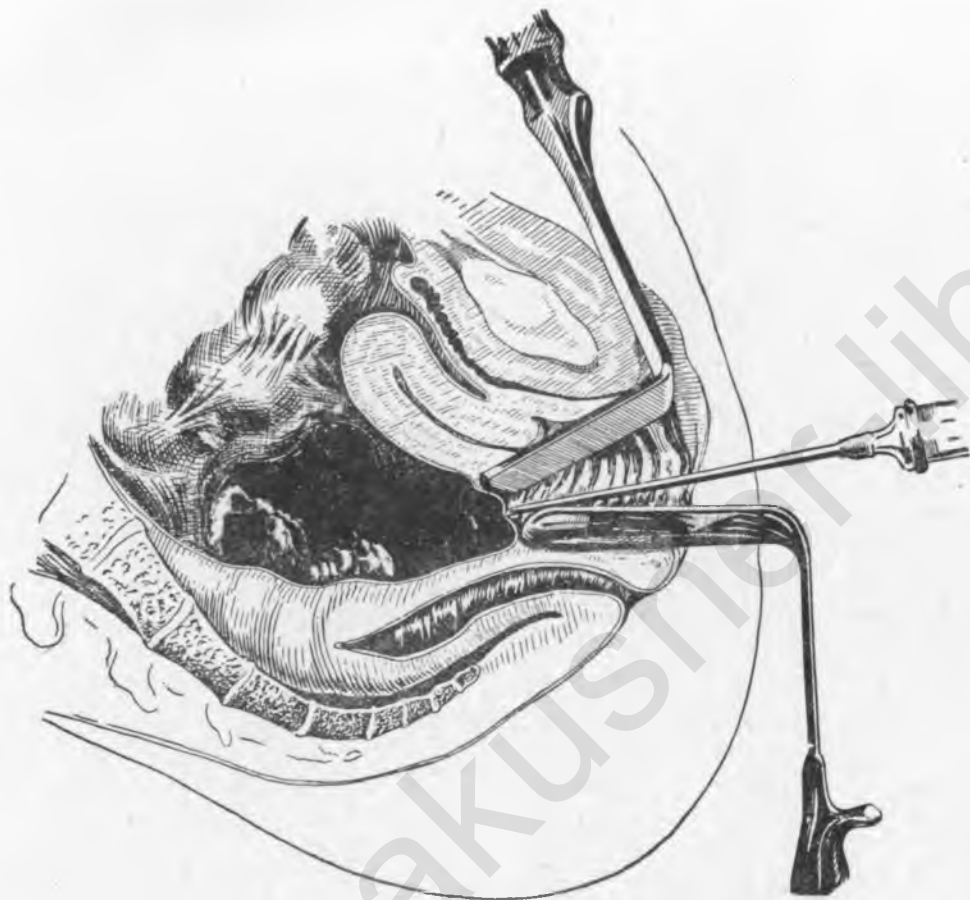


Рис. 51. Пункция тазового гнойника через задний влагалищный свод. Шейка матки не щажена. Задний влагалищный свод облачают зеркалами, причем переднее зеркало (подъемник) заводят под влагалищную часть матки.

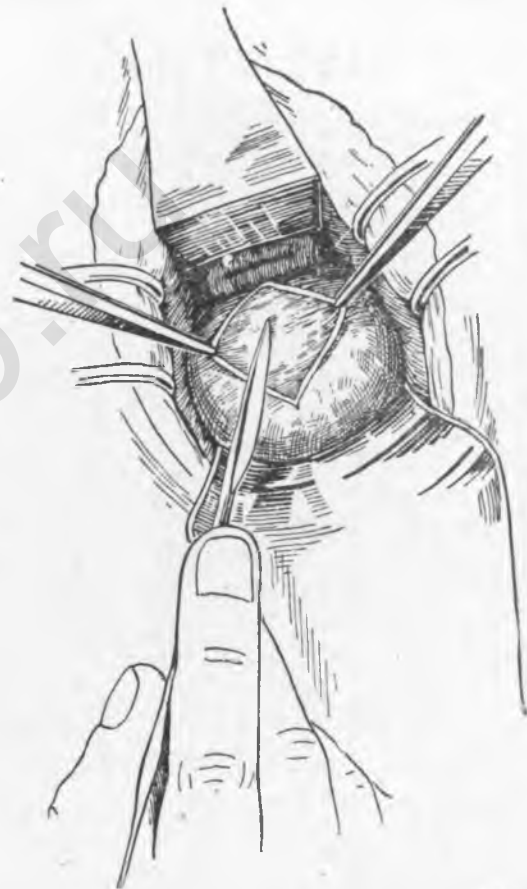


Рис. 52. Вскрытие тазового гнойника через разрез в выпячивающемся заднем влагалищном своде. Край разреза влагалищной стенки разведён пинцетом в противоположные стороны. Выпячивающуюся брюшину прямокишечно-маточного пространства вскрывают скальпелем.

захватить щипцами, но значительно смещать ими матку мы все же не рекомендуем. В свежих случаях скопления гноя в тазу мы, как уже говорили, не захватываем шейку матки щипцами, а для того чтобы обнажить задний влагалищный свод, пользуемся зеркалами: заднее ложкообразное зеркало заменяем коротким операционным, а переднее зеркало или подъемник заводим под влагалищную часть матки и слегка оттесняем ее к лону. Перед вскрытием гнойника мы всегда делаем пункцию через задний влагалищный свод (рис. 51). После того, как будет обнаружен гной, шприц снимают, а иглу оставляют. По верхнему краю иглы скальпелем делают поперечный или продольный разрез влагалищной стенки длиной в 3—4 см. Ножницами, скальпелем или концом корнцанга вскрывают брюшину заднего прямокишечно-маточного углубления (рис. 52). Раневое отверстие расширяют тупым путем (корнцангом), корнцанг выводят из раны с широко раскрытыми браншами. Если края раны кровоточат, их обшивают узловатым кетгутovým швом.

Для того чтобы создать более широкий доступ к гнойнику, можно применить крестообразный разрез заднего влагалищного свода. После опорожнения гнойника его полость осторожно обследуют одним или двумя пальцами, после чего в нее вводят корнцангом одну или две резиновые дренажные трубки. Влагалище очищают от гноя и крови тупферами и рыхло выстилают мягкой марлей вокруг дренажных трубок. Туго тампонировать его не следует, так как при этом нарушается мочеиспускание и появляются боли. На следующий день после операции удаляют марлю, а дренажные трубки оставляют.

ЛИТЕРАТУРА

- Г р у з д е в В. С., К вопросу о границах применения лапаротомии с продольным разрезом, лапаротомии с разрезом по Пфанненштилю и кольпотомии в гинекологической практике, Журнал акушерства и женских болезней, 1909.
- Г у б а р е в А. П., Об экстирпации матки через влагалище без предварительного наложения лигатур, Журнал акушерства и женских болезней, 1906.
- К и п а р с к и й Р. В., Влагалищный путь при лечении опухолей матки. Отчет, Журнал акушерства и женских болезней, 1910.
- М а р к о в с к и й А. В., К вопросу о лечении заболеваний придатков кольпотомией. Отчет, Журнал акушерства и женских болезней, 1910.
- О т т Д. О., Влагалищный метод в гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1911.
- Ч е р н е х о в с к и й Д. Л., В вопросу о передней кольпотомии, Диссертация, М., 1899.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Гинекология в значительной своей части является хирургической дисциплиной, поэтому основные показания к переливанию крови в хирургии применимы и в гинекологии. Кроме того, трансфузия крови есть хирургическое мероприятие, которое должно занять место на страницах руководства по оперативной гинекологии.

Показания. Первым и основным показанием к переливанию крови вообще является острая кровопотеря и экстренная необходимость восполнить эту потерю крови равноценным материалом, т. е. кровью же. Понятно, что в гинекологии наиболее частым источником острого, массивного и смертельного опасного кровотечения является разрыв беременной трубы, при котором переливание крови показано абсолютно и незамедлительно. Наряду с показанием, встает вопрос и о количестве переливаемой крови.

При нарушенной внематочной беременности и огромной в таких случаях кровопотере переливание должно носить заместительный характер; нельзя ограничиваться переливанием 1—2 ампул, а надо вводить не менее 600—800 см³, а если понадобится, и больше. Как известно, эффект таких переливаний сказывается немедленно: обескровленная и находящаяся в состоянии шока больная оживает на столе. Однако бывают исключения и не следует забывать огромного значения повторных переливаний, усиливающих и закрепляющих полученный эффект. О значении повторных переливаний см. ниже.

В настоящее время смерть от кровотечения и шока при нарушенной внематочной беременности представляет чрезвычайную редкость. Это является не только результатом систематически применяемого переливания крови, но и рациональной организацией своевременной транспортировки и оперативного пособия этим больным.

Возможны возражения, что и прежде, при быстром хирургическом вмешательстве, в огромном большинстве случаев больные выживали и без переливания крови. Выживали, но ценою тяжелейшей анемии, от которой им месяцами приходилось оправляться. Переливание крови магически снимает постгеморрагическую анемию, и больные по истечении послеоперационного периода выписываются на 9—10-й день в хорошем состоянии.

Ясен вывод, что и при внематочной беременности показанием к трансфузии является не только заместительная функция, но и стимуляция ретикуло-эндотелиальной системы, кроветворной системы и эритропоэза. Поэтому следующим важным показанием к переливанию крови является подготовка ослабленных или обескровленных больных к операции, а также

поднятия резистентности и регенеративной способности организма после операции (И. Л. Брауде, Б. Я. Динец, Д. А. Гудим-Левкович), что чрезвычайно важно для борьбы с возможной инфекцией. Нередко слабым и обескровленным больным показано переливание крови во время самой операции. Переливание крови улучшает результаты операции при далеко зашедших формах рака или у истощенных длительными кровопотерями больных с фибромиомами матки. Наша клиника с указанной выше целью начала переливание крови перед гинекологической операцией уже в 1928 г. Переливание крови перед операцией применяли с успехом М. С. Малиновский, М. Г. Сердюков, Д. А. Гудим-Левкович и др.

Больные с фибромиомой при подготовительных переливаниях быстро выходят из анемичного состояния и способны перенести операцию; у раковых же больных, кроме того, переливание крови производит колоидоклазические изменения в опухоли, имеющее положительное значение при последующей рентгенотерапии (А. А. Богомолец, Д. А. Гудим-Левкович). По мнению Я. М. Брускина, переливание крови способствует борьбе с интоксикацией, возникающей у раковых больных после лечения лучами Рентгена и радия.

Любая операция, тем более радикальная операция матки по поводу рака ее шейки, дает нередко осложнение в виде послеоперационного шока. В настоящее время переливание крови является основным противошоковым мероприятием. Оно не только успешно ликвидирует состояние наступающего шока, но, и примененное профилактически до операции, резко снижает частоту его появления. Это подчеркивает значение трансфузий, применяемых систематически перед оперативными вмешательствами.

Показания определяют количество переливаемой крови: при острых больших кровопотерях следует переливать массивные дозы — от 500 до 1 000 см³ и свыше (И. В. Иост, А. В. Каплан и Л. А. Ханин, С. И. Банайтис, Н. Н. Еланский). До и после операции рекомендуются дозы 250—400 см³ повторно. Трансфузии с гемостатической целью производятся малыми дозами — от 50 до 100 см³. При лечении воспалительных заболеваний также следует придерживаться невысоких цифр, что уже принято всеми при лечении трансфузией крови септических заболеваний.

Прямое переливание. Переливание крови может производиться в вену реципиента непосредственно из вены донора, специальными приспособлениями, состоящими обычно из резиновых трубочек и шприца, причем в каком-нибудь отделе системы устроено приспособление, меняющее направление канала, благодаря которому шприц представляет собой то насазывающий, то нагнетающий насос (таковы аппараты Брайцева, Анорова — ЦИПК). Такое переливание называется прямым и не требует добавления средств, препятствующих свертыванию крови. Любая аппаратура для прямого переливания сложна, метод опасен вследствие возможности воздушной эмболии, введения хотя бы и мельчайших сгустков, быстрого введения крови и невозможности производства биологической пробы, так как во избежание выпадения фибрина кровь должна нагнетаться непрерывным потоком и никакие паузы в трансфузии невозможны. Усложняет метод и необходимость иметь всегда под рукой донора нужной группы.

Переливание цитратной крови. Ввиду указанных недостатков в Советском Союзе прямой метод переливания почти не производится. Широко распространено применение непрямого, или цитратного, метода, при котором кровь собирают от доноров в сосуды с прибавленным препаратом, препятствующего свертыванию крови и называемого стабилизатором. Наиболее часто в качестве стабилизатора пользуются лимоннокислым натрием (Natr. citricum 4%) из расчета 10,0 на 100 см³ крови. К этому же методу

относится переливание консервированной крови, т. е. хранившейся в течение некоторого времени. Таким образом, возможно переливание свежеситратной и консервированной крови. Для консервации кровь смешивается с определенными жидкостями, называемыми консервирующими средствами. Наилучшим среди них является 6% раствор лимоннокислого натрия в разведении 1 : 10 и жидкость ИПК (Институт переливания крови) 1 : 1.

Переливание цитратной крови можно производить из любого сосуда, снабженного резиновой трубкой, сообщающейся при помощи насадки с иглой. Наиболее распространенной была стандартная банка ИПК, являющаяся одновременно простым аппаратом для переливания крови; после войны эти аппараты были вытеснены ампулами, переливание из которых гораздо проще. Переливание крови является хирургической операцией, требующей самого педантичного соблюдения правил асептики. Переливанию предшествует определение группы реципиента и производство проб на совместимость: биологической, которая заключается в трехминутных остановах после введения 25, 50, 75 см³ крови, при этом наблюдают, нет ли явлений несовместимости и прямых проб, из которых наиболее распространена следующая: к капле 4% раствора цитрата прибавляют большую каплю крови больной, перемешивают, затем добавляют несколько капель хлороформа для гемолизирования крови, прибавляют одну каплю переливаемой крови и наблюдают, произойдет ли агглютинация.

Операция переливания крови весьма проста, но подготовка систем игл, посуды должна производиться в высшей степени тщательно. Для ознакомления с ее техникой следует обратиться к руководствам по переливанию крови (В. Н. Шапов, В. А. Баташов, А. А. Багдасаров и П. Л. Сельцовский и др.).

Капельный способ переливания крови. В тех случаях, когда переливание большой дозы крови может вызвать перегрузку и застойные явления в правом сердце, когда быстрое повышение кровяного давления нежелательно, как, например, при еще не ликвидированном источнике кровотечения, или когда состояние больной не позволяет ожидать его остановки, прекрасным способом является капельный метод переливания крови, позволяющий вводить большие массы крови резко анемизированным больным без опасения перегрузки сердечно-сосудистой системы.

В случаях необходимости при нарастающих явлениях геморрагического шока можно быстро поднять кровяное давление введением средней дозы крови (250 см³) обычным методом, а затем перейти на капельное переливание, при помощи которого медленные, длительные и большие трансфузии (1 000, 1 500 см³) дают заместительный эффект, а также усиленно активируют гемопоэз (Ф. Р. Виноград-Финкель, М. С. Дульцин). Кровопотеря и травма сопровождаются падением кровяного давления и развитием шока, являющегося следствием перераздражения симпатической нервной системы. Повышение кровяного давления есть основное условие борьбы с шоком. При резком падении кровяного давления для его подъема требуются переливания массивных доз крови (750—1 000 см³ и выше), которые, повторяем, наиболее бережно производятся капельным методом. Скорость тока капель можно регулировать по желанию. За 10 часов можно перелить около 2 л. Опасны случаи переливания до 7 л за 80 часов. Процент гемоглобина повышается вдвое (Ф. Р. Виноград-Финкель, М. С. Дульцин). У этого метода большое будущее: в частности, при расширении показаний переливания крови больным с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов наиболее бережным является капельный

метод, не дающий бурных реакций и не создающий быстрой и тяжелой нагрузки на больной организм.

В процессе развития этого метода возникали опасения охлаждения крови и осаднения эритроцитов, которые якобы не смогут проникать через капельник или суженный просвет трубки. Предлагалось много весьма сложных аппаратов с обогревательной системой и взбалтывающим эритроциты приспособлением. Однако многочисленными наблюдениями было установлено, что кровь обычной комнатной температуры не требует подогревания. Огромный опыт Центрального института гематологии и переливания крови, в котором ежедневно и в большом количестве производятся

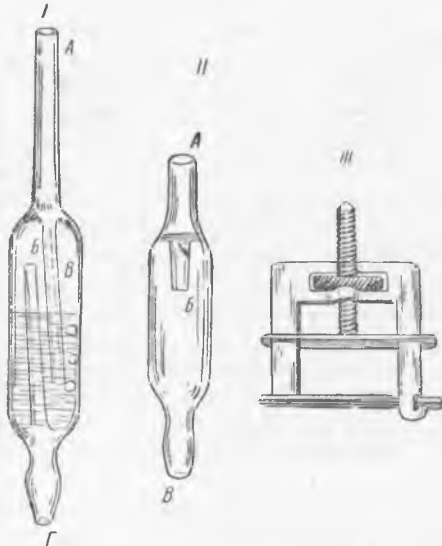


Рис. 53. Капельное переливание крови.

I — вид счетчика, надеваемый на открытый конец ампулы и отмечающий поступление крови в вену пузырьками воздуха, проходящего через налитую в счетчик воду; *II* — счетчик капель, помещаемый в систему между ампулой и иглой; *III* — винтовой зажим для урегулирования скорости прохождения капель, наладывающийся на резиновую трубку, идущую от ампулы к игле.

Этот зажим можно заменить обычным зажимом Пеана. Для определения, поступает ли кровь в систему, существует два вида стеклянных счетчиков. Первый из них (рис. 53, *I*) требует подробного объяснения: стеклянная колбочка имеет в своей расширенной части две трубочки, открытые на концах и сообщающиеся с приводящим концом *A* и отводящим — *Г*. Через конец *A* наливают воду до указанного уровня, на конец *Г* надевают короткий отрезок дренажной резиновой трубки, при помощи которого счетчик насаживается на ампулу с кровью, как это изображено на рис. 54, *A*. Как только кровь из ампулы начинает поступать в вену больной, разрежается пространство, находящееся над уровнем жидкости, так как давление делается меньше атмосферного; тотчас через трубочку *B* поступает воздух, гонимый атмосферным давлением из открытого конца *A*, через слой жидкости в разреженное пространство счетчика над уровнем жидкости. Этот атмосферный воздух будет поступать из трубочки *B* отдельными пузырьками, проходящими через воду. Пузырьки, поступающие непрерывно, указывают, что капельное поступление крови в вену боль-

капельные переливания не только цельной крови, но и эритроцитарной массы без всякого взбалтывания, показал, что никакой задержки эритроцитов в суженном канале системы не происходит. В настоящее время никакой специальной аппаратуры для капельного переливания не требуется; его можно сделать из любого сосуда, надо лишь наладить желаемую скорость поступления капли в единицу времени и обеспечить наблюдение за поступлением крови.

Ввиду того что повседневная практика показала незнакомство широких кругов акушеров и гинекологов с организацией капельного переливания крови, мы считаем небесполезным описать простейшие приспособления для этого метода, которые любой врач или операционная сестра может наладить в течение 15 минут.

На рис. 53, *III* изображен винтовой зажим, который надевается на резиновую трубку, идущую от ампулы к игле. Закручиванием винта трубка сжимается до тех пор, пока кровь не будет поступать с нужной скоростью.

ной происходит нормально. Счетчик (рис. 53, II) представляет собой капельницу, помещаемую между двумя отрезками резиновой трубки, ниже наложенного винтового зажима. При переливании все время видна поступающая по каплям кровь (рис. 54, B). Можно обойтись без всяких стеклянных счетчиков. Для этого берут две банки ИПК с хорошо притертыми резиновыми пробками, введенным в имеющийся в них канал, зажимом захватывают отрезок дренажной трубки и вводят до дна банки. Такую же трубку проводят в другое отверстие пробки тоже до дна банки (рис. 55). Можно, конечно, вставить и стеклянные трубки от системы, но резина удобнее стекла, так как она не бьется. Трубка 1 остается открытой для сообщения с атмосферным воздухом, трубка 2 соединяется, как указано на рисунке, с трубкой 3 банки B, трубка 4 соединяется с иглой. Банки наполняются кровью

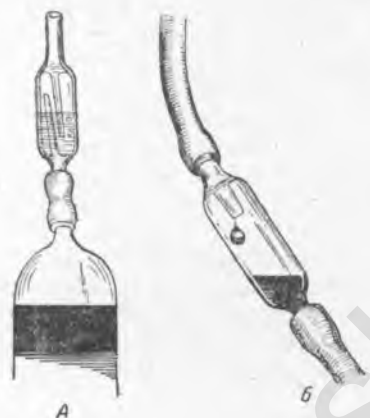


Рис. 54. Капельное переливание крови. Счетчики капель, изображенные на рис. 53, в действии.

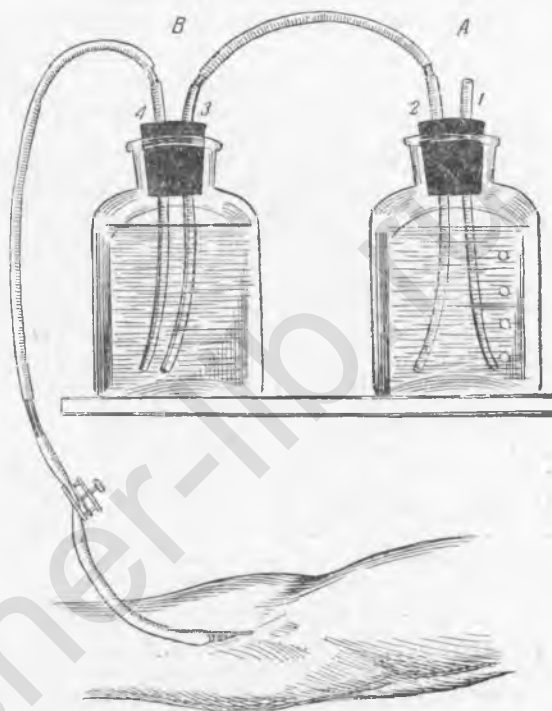


Рис. 55. Капельное переливание крови без счетчиков при помощи двух соединенных банок ИПК, действующих по принципу сифона.

до указанного на рисунке уровня. На открытый конец трубки 1 надевают отрезок стеклянной трубочки, в просвет которой помещен кусочек стерильной ваты, соединяют трубочку с баллоном и заполняют кровью всю систему путем нагнетания воздуха и повышения давления в банке A выше уровня крови, превращая всю систему в действующий сифон. Если кровь поступает из иглы струей, винтовой зажим закручивают до тех пор, пока кровь не начнет поступать по каплям. После того как система готова к действию, игла вводится в вену, баллон убирается. Теперь, как и в выше разобранным случае, по мере поступления крови в вену давление над уровнем крови в банке A будет снижаться, атмосферный воздух будет поступать (в силу разницы давления) через открытый конец трубки 1 и проходить пузырьками через кровь, заполняющую банку. По этим пузырькам можно судить, что переливание происходит правильно. По принципу сифона кровь из банки A переходит по трубке 2 в банку B, а из нее в вену больной. Если нужно перелить 2 л крови,

можно описанным способом смонтировать 4 банки и переливание будет происходить непрерывно много часов. Если надо перелить 400 см³, оставляют только одну банку А, соединяя трубку 2 непосредственно с веной. Пузырьки воздуха, поступающие в кровь, и в этом случае свидетельствуют о продолжающемся поступлении крови. Банки ставят на прикроватный столик так, чтобы они находились немного выше руки больной. Эта система, предложенная во время Великой Отечественной войны на западном фронте Беркутовой и Титовой, прекрасно себя оправдала на нескольких десятках тысяч переливаний.

Обратное переливание (реинфузия) крови. В гинекологии нередко встречается грозное заболевание — разрыв беременной трубы, сопровождающееся огромным кровоизлиянием в брюшную полость и требующее, по современным воззрениям, обязательного, замещающего переливания крови.

Однако потерянная больной кровь, излившаяся в брюшную полость, остается стерильной, в течение некоторого времени не дефибринируется целиком и может быть использована для обратного ее переливания больной, или, как это называют, для реинфузии.

Подобные реинфузии можно, конечно, производить при разрывах селезенки и иных травмах, связанных с кровоизлиянием в брюшную полость. Виноградова, основываясь на сводной статистике, сообщает, что процент смертности от внематочной беременности снизился при производстве реинфузий с 6—10 до 2,6. Заметим, однако, что приведенные статистические данные, вероятно, относятся к довольно отдаленному прошлому, так как такие проценты смертности при внематочной беременности в настоящее время и при современной организации помощи этим больным представляются небывало высокими. Сторонниками реинфузии являются В. Е. Лебедев, А. Я. Шубов, Соколов, Филатов и др. Техника обратного переливания очень проста: кровь вычерпывают ложкой или стеклянным стаканчиком, собирают в сосуд, содержащий 4% раствор лимоннокислого натрия из расчета 10% к предполагаемому количеству вычерпываемой крови. Горлышко сосуда покрывают сложенной в 6—8 слоев смоченной цитратом марлей, через которую кровь фильтруют. Затем к банке присоединяют систему и производят реинфузию.

Мы считаем, что реинфузию можно производить, если с момента инсульта прошло не более 12 часов и кровь не изменила своего внешнего вида. Реинфузия, конечно, противопоказана при одновременном повреждении других полых органов, а также при имеющихся воспалительных заболеваниях половых органов и лопнувшей трубы.

При современном, блестяще организованном снабжении кровью лечебных учреждений крупных городов представляется более рациональным предпочесть донорскую кровь; в случае отсутствия донорской крови, метод реинфузии сохраняет всю свою ценность.

Переливание утильной крови. Близким к обратному переливанию является метод переливания так называемой «утильной» крови, т. е. теряющейся в случае неиспользования ее, как, например, трупная кровь. Возможность переливания утильной крови была впервые доказана и применена в СССР. Кровь получали при кровоизлияниях у страдающих гипертонией, уремии, эклампсией, а также использовали пуповинно-плацентарную и ретроплацентарную кровь. Использовать утильную, или слушайную, кровь впервые предложил С. И. Спасокукоцкий.

Плацентарная кровь содержит в 1 мм³ свыше 5 000 000 эритроцитов и до 100—110% гемоглобина, гормональный состав ее также высок, поэтому она является чрезвычайно ценной для переливания. Техника взятия

и заготовки плацентарной крови описана в многочисленных работах (М. С. Малиновский, Баренбойм и А. В. Каплан).

Переливание плазмы, сыворотки и эритроцитов. Плазма, получающаяся путем отсасывания жидкой части цитрированной крови, имеет широкое применение в клиниках внутренних заболеваний и общей хирургии (кровотечения из язвы желудка, легочные кровотечения и т. п.) вследствие своих высоких гемостатических свойств, а также богатого состава белков, липоидов, гормонов и ферментов; в гинекологической же практике она не имеет столь частого применения. При широком использовании плазмы крови вообще после ее отсасывания остающаяся эритроцитарная масса не сразу стала утилизироваться для переливания, и первой мыслью о ее применении явилось использование остатка кровяной субстанции.

Гематологи-интернисты указывают, что при ряде заболеваний (лейкозы, болезнь Брайта, сепсис) лучше переливать эритроцитарную массу, при которой, как правило, не бывает реакции, обусловленной белковой фракцией плазмы, а также при заболеваниях, при которых нежелательно повышение кровяного давления. Таким образом, в гинекологической практике переливание эритроцитарной массы может заслужить предпочтение у тяжелых раковых больных, у больных с воспалительными и септическими процессами, когда желательно избежать бурной посттрансфузионной реакции. Понятно, что в то же время при острых кровотечениях, связанных с явлениями дегидратации, надлежит переливать цельную кровь со всеми ценными факторами, содержащимися в плазме, которая сама по себе уничтожает явления обезвоживания. Вопрос о том, что лучше переливать — только эритроциты или цельную кровь, еще не решен.

Переливание крови в костный мозг. В тяжелых случаях резкой кровопотери и шока, когда вследствие предельной гипотонии невозможно произвести переливание крови из-за наступившего коллапса периферических вен, надо помнить о возможности переливания значительных количеств крови в костный мозг или, точнее, в губчатое вещество кости. Метод пункции грудины для получения костного мозга, введенный М. И. Аринкиным, послужил путем для внутригрудинного введения крови. Можно, а пожалуй, и безопаснее, вливать кровь в бугристость большеберцовой кости, лодыжку малоберцовой кости, гребень подвздошной кости, словом, в любую кость, содержащую красный мозг.

Техника такова: в полость красного костного мозга вводят толстую иглу с мандреном. Когда игла проникает через костную пластинку в губчатую ткань, мандрен удаляют, присоединяют к игле шприц и вливают 0,5 см³ физиологического раствора; после этого аспирируют 0,1 костного мозга и вводят еще 2 см³ физиологического раствора. Аспирацией и введением физиологического раствора достигается вымывание крови из костного мозга. Затем устанавливается вливание крови самотеком, без повышения давления, так как последнее вызывает сильную болезненность, расширяющуюся далеко от места пункции.

Игла держится в кости очень прочно и вливание можно производить в течение многих часов; для ускорения вливания его можно производить через две иглы. Описано оставление игл до 11 суток (Ф. Л. Леонтьев). Скорость кровотока зависит от структуры и васкуляризации кости, в среднем до 2 см³ в минуту. Беляков, произведший 102 переливания в костный мозг, сообщает, что в 13 случаях ему удавалось влить до 400 см³ крови, другие сообщают о значительно больших количествах — до литра и больше. Надлежащее положение иглы определяется по отсасыванию костного мозга и по поступлению крови. Если не удастся аспирировать мозг, то нельзя и переливать кровь, а надо попробовать ввести иглу в другое место.

С. Б. Фрайман произвел 250 переливаний, Н. И. Блинов, сделавший 180 переливаний, отмечает, что введение крови всегда болезненно даже и без повышения давления. Метод не может заменить внутривенный путь, однако знать его необходимо. Беляков замечает, что переливание в костный мозг не является невинным мероприятием и требует величайшей тщательности в соблюдении хирургической асептики — случаются осложнения и некрозы кости спустя много месяцев после переливания. Необходимо также помнить об опасности проколов грудины насквозь. Способ не заменяет внутривенного, он является вспомогательным в тех случаях, когда попасть в вену абсолютно невозможно. Необходимо отметить, что в костный мозг можно вливать не только кровь, но и лекарственные вещества: пенициллин, гексенал и пр. Кроме того, после введения в кровь некоторого количества крови происходит спадение периферических сосудов и удается продолжать переливание в вену.

Противопоказания к переливанию крови. Противопоказания к переливанию крови, общие для клиник любой специальности, сохраняют свое значение и в гинекологической клинике. К ним относятся болезни, связанные с застоем в малом кругу кровообращения, — воспаление легких, инфаркт. Экссудативная форма легочного туберкулеза, декомпенсированные пороки сердца, анурия, острый нефрит и прочие тяжелые формы системных заболеваний, подробный перечень которых можно найти в специальных руководствах, являются противопоказаниями к переливанию крови так же, как гнойные процессы (тромбофлебит), поражение сосудистой системы, тяжелые формы гипертонии.

Раковым больным, готовящимся к операции, как было указано выше, мы рекомендуем переливание крови, однако при резко выраженной кахексии у больной со злокачественным новообразованием переливать кровь не следует во избежание ускорения процесса.

За последние годы в литературе широко освещается опасность при переливании крови, возникшая от несоответствия резус-фактора в крови мужа, жены и плода, а также при повторных переливаниях резусположительной крови резусотрицательным реципиентам. В первом случае при наличии у родильницы резусотрицательной крови, а у ее плода резусположительной возможно попадание резус-антигена плода в кровь матери, возникновение сенсибилизации ее и выработка в ее крови антирезус-агглютининов. Если этой женщине перелить резусположительную кровь, то произойдет агглютинация и гемолиз. Во втором случае при повторных переливаниях резусположительной крови резусотрицательному реципиенту он постепенно сенсибилизируется, в его крови также появляются антитела и при одном из последующих переливаний наступает агглютинация и гемолитический шок. Однако изучение этой проблемы в СССР (Н. И. Блинов, М. А. Умнова, Ф. Р. Виноград-Финкель, В. И. Сапожников, Г. А. Бакшт) дало несколько иные результаты. Сенсибилизация беременных женщин их плодами наблюдалась лишь в 0,04%, т. е. в 10 раз реже, чем отмечается у американских авторов. Пока в нашей литературе описан единственный случай смерти от переливания резусположительной крови, сенсибилизированной резусотрицательной роженице. Но реальность опасность столь исключительно редка, что нет необходимости ревизовать установки широкого применения переливания крови беременным и роженицам. Необходимо лишь особая осторожность в случаях заведомой сенсибилизации, что узнается из анамнеза, отмечающего бывшие у этой женщины роды ребенком, больным эритробластозом.

Что касается возможности сенсибилизации резусотрицательного реципиента независимо от пола и беременности повторными переливаниями, то

эта возможность практически еще менее вероятна. Имеются наблюдения (Ф. Р. Виноград-Финкель, И. Скопина) над резусотрицательными реципиентами, получившими резусположительную кровь до 19 раз и не давшими образования антирезус-тел в сыворотке их крови.

ЛИТЕРАТУРА

- Багдасаров А. А. и Сельцовский П. Л., Переливание крови, Медгиз, 1939.
- Баташов В. А., Переливание крови, Смоленск, 1935.
- Бакшт Г. А., Переливание крови в акушерстве, Советская медицина, 1949, № 7.
- Банайтис С. И., Вопросы переливания крови, Военно-санитарное дело, 1943.
- Блинов Н. И. и Дробышева Н. С., Фактор Rh эритроцитов человека и его значение при посттрансфузионных осложнениях, Вестник хирургии, 1946, т. 66, № 4.
- Блинов Н. И. и Дембо Н. А., Оценка метода вливания крови в губчатое вещество крови, Вестник хирургии, 1948, т. 68.
- Брауде И. Л. и Шварцман Е. М., О переливании крови перед гинекологическими операциями, Клиническая медицина, 1928, № 16.
- Виноград-Финкель Ф. Р., Длительное капельное переливание крови, Советская хирургия, 1936, № 7.
- Владос Х. Х. и Дульцин М. С., Лечение анемий, 1943.
- Вольперт И. Я., 200 переливаний крови в акушерстве и гинекологии, Акушерство и гинекология, 1939, № 11.
- Депп М. Е. и Соловьева Т. Г., Переливание больших доз крови от универсального донора, Труды Ленинградского института переливания крови, 1943, т. V.
- Динец Б. Я., Переливание крови при острых кровопотерях в акушерстве, Акушерство и гинекология, 1941, № 7—8.
- Долго-Сабурова Е. Д., Переливание крови в акушерстве и гинекологии, 1939, № 11.
- Дульцин М. С., К вопросу о переливании больших доз крови нулевой группы, Советская медицина, 1940, № 20.
- Гудим-Левкович Д. А., Переливание крови в гинекологии, Труды IX съезда акушеров и гинекологов, 1937.
- Гудим-Левкович Д. А., Переливание крови в гинекологии, Советская хирургия, 1934, в. 2—3.
- Иост И. В., Переливание крови после больших кровопотерь, Современные проблемы гематологии и переливания крови, 1935.
- Каплан А. В. и Ханин Л. А., Массовые переливания крови при острых кровопотерях, Клиническая медицина, 1942, № 1—2.
- Лебедев В. Е., Переливание крови в акушерстве и гинекологии, Труды IX съезда акушеров и гинекологов, 1937.
- Леонтьев Ф. Л., Переливание крови в костный мозг, Хирургия, 1947, № 8.
- Леонтьев Ф. Л., Внутривенный метод переливания крови. Диссертация, 1948.
- Сапожников В. И. и Умнова М. А., К вопросу о значении фактора в акушерской практике, Акушерство и гинекология, 1948, № 3.
- Сердюков М. Г., Переливание крови в гинекологии, Труды IX съезда акушеров и гинекологов, 1937.
- Фрайман С. Б., Введение крови в костный мозг, Врачебное дело, 1949, № 7.
- Хейфец А. Б., Анчелевич В. Д., Ивахненко Г. С., Переливание крови, Ростиздат, 1939.
- Шамов В. Н., Руководство по переливанию крови, 1940.
- Шубов А. Я., Переливание крови при гинекологических операциях. Сборник работ Астраханского филиала института переливания крови, 1937

РАЗДЕЛ I

**ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ
ТРЕБУЕТ ПРОСТЫЕ В ТЕХНИЧЕСКОМ
ОТНОШЕНИИ ОПЕРАЦИИ,
ДОСТУПНЫЕ НАЧИНАЮЩЕМУ
ГИНЕКОЛОГУ**

ЗАБОЛЕВАНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Доброкачественные новообразования наружных половых органов, как миомы, фибромы и фибромиомы, встречаются довольно редко. В литературе

описаны единичные случаи, когда опухоль достигала большой величины и висела чуть ли не до колен. Кроме некоторых неудобств, доброкачественные опухоли обычно болезненных явлений не вызывают. Лечение только хирургическое. Если опухоль на ножке, то операция ее удаления очень проста: производят операцию под местной анестезией, ножку опухоли отсекают на уровне покрова вульвы и после гемостаза соединяют края кожной раны шелковыми лигатурами. Если опухоль, исходящая из большой срамной губы не имеет ножки, то ее можно вылущить, разрезав над ней кожу. В случае если опухоль большая, то при ее удалении приходится удалять и часть вульвы. Эта операция значительно сложнее и должна быть произведена только квалифицированным специалистом хирургом-гинекологом.

Рис. 56. Папиллома левой срамной губы (собственное наблюдение).

опухоль левой срамной губы у больной В., 24 лет, беременной на VII месяце. Операция была сделана 6 сентября 1949 г. под местной анестезией; за-

ключалась она в отсечении широкой ножки опухоли, гемостазе и соединении краев кожной раны шелковыми лигатурами.

Гистологическое исследование показало папиллома с резким отеком и инфильтратом стромы.

ОСТРЫЕ КОНДИЛОМЫ (CONDYLOMATA ACCUMINATA)

Острые кондиломы вульвы возникают в результате хронического вульвита. Диагностика их проста: это папиллярные кожные выросты, сидящие на тонких ножках; своим видом эти выросты напоминают петушинные гребешки. Широкие кондиломы, наблюдающиеся при сифилисе, сидят на широком основании, имеют более плоскостное расположение и мокнут, причем во взятых мазках часто удается определить бледную спирохету.

Хотя острые кондиломы не всегда являются результатом гонорреи, а могут быть и при неспецифическом хроническом вульвите, тем не менее при наличии кондилом необходимо особенно настойчиво искать в выделениях гонококки.

Определение специфического характера кондилом имеет огромное значение для лечения: при гонорройной инфекции, кроме местного лечения кондилом, необходимо планомерно лечить гоноррею всех тех каналов и органов, которые обычно поражаются гонорройной инфекцией. При сифилитических кондиломах прежде всего необходимо приступить к общему противосифилитическому лечению.

Медикаментозное местное лечение острых кондилом требует большого терпения и не всегда сопровождается успехом. Все же небольшие, отдельно расположенные бородавчатые образования можно попытаться удалить повторными прижиганиями дымящейся азотной кислотой или концентрированной молочной кислотой.

При лечении острых кондилом особенно важно обеспечить сухость покровов вульвы; поэтому после обмывания вульвы ее необходимо тщательно обсушить и принудить высушивающими порошками, например, тальком или пудрой следующего состава: $\mathcal{R}p.$ Camphorae tritae 0,5, Zinci oxydati 2,5, Talcii veneti ad 50,0. Картофельная мука, рисовая пудра здесь менее пригодны, так как образуют комки. Из паст применяют 30% резорциновую пасту. Ее накладывают утром и вечером.

Хорошие результаты при неспецифическом лечении острых кондилом дает рентгенотерапия. Применяются лучи средней жесткости в дозе $\frac{1}{3}, \frac{1}{2}, \frac{3}{4}$ НЕД. Сеансы повторяются с перерывом в 2—4 недели до полного исчезновения всей массы кондилом (2—4 сеанса). Особенно показана рентгенотерапия при сильно разросшихся кондиломах.

Хирургический метод лечения. Более быстрым и испытанным методом лечения острых кондилом вульвы является хирургический метод.

Перед операцией удаления острых кондилом необходима тщательная подготовка наружных половых органов. В течение нескольких дней перед операцией больная получает утром и вечером тепловатую сидячую ванну со слабым раствором марганцовокислого калия (10—15 минут). Если сидячей ванны нет, можно воспользоваться глубоким биде или эмалированным тазом. После ванны наружные половые органы тщательно обсушивают, не вытирая, а прикладывая к ним мягкое полотенце, марлевые салфетки или гигроскопическую вату. Затем наружные половые органы припудривают тальком или пудрой указанного состава.

Непосредственно перед операцией сбывают волосы на наружных половых органах и последние обильно смазывают 5% йодной настойкой. Обна-

жив зеркалами влагалище, смазывают подной настойкой его стенки и шейку матки и после этого вводят во влагалище 4—5 г белого стрептоцида.

Техника удаления острых кондилом. Каждую бородавку или маленькую группу бородавок приподнимают пинцетом и срезают ножницами у самого основания (рис. 57). На коже остается маленькая поверхностная ранка; если она кровоточит, ее смачивают

неразбавленным жидким полторахлористым железом (Liq. Ferri sesquichlorati) или прижигают термокаутером.

Небольшие кондиломы можно удалить под местным обезболиванием (замораживание) хлорэтилом, большие кондиломы удаляют под общим наркозом. При удалении острых кондилом, которые иногда представляют сплошную опухоль, напоминающую цветную капусту, следует помнить, что такая опухоль состоит из множества отдельных сосочков (напилл), из которых каждая имеет свою ножку. Применение местной инфильтрационной анестезии в этих случаях противопоказано ввиду обычно имеющейся инфекции кожных покровов в области кондилом. В случае надобности лучше прибегнуть к пудендальной анестезии.

Операцию удаления острых кондилом можно производить диатермо-хирургическим способом.

При очень обширных разрастаниях с образованием больших опухолевидных масс на наружных половых органах можно оперировать и в два приема. После удаления с наружных половых органов главной массы кондилом и остановки кровотечения путем прижигания все операционное поле смазывают стерилизованным вазелиновым маслом и накладывают давящую повязку.

Кондиломы, имеющиеся во влагалище или на влагалищной части в небольшом количестве, исчезают сами собой, чему способствуют спринцевания влагалища теплым раствором дезинфицирующих и вяжущих средств. При больших разрастаниях кондилом во влагалище их удаляют ножницами или острой кюреткой.

Отказываться от операции удаления острых кондилом во время беременности из опасения вызвать прекращение беременности мы не считаем



Рис. 57. Острые кондиломы вульвы. Каждую бородавку или маленькую группу бородавок приподнимают пинцетом и срезают у основания.

правильным, так как, удаляя их в первой половине беременности, мы никогда не наблюдали наступления выкидыша. Мы оперируем и во второй половине беременности, считая, что инфекция, исходящая из мокнущей, кишащей патогенными микробами поверхности кондилом, может быть источником инфекции в родах. При удалении кондилом во время беременности нужна хорошая анестезия.

Некоторые авторы для удаления кондилом во время беременности предпочитают применять радий.

НЕПРОХОДИМОСТЬ (АТРЕЗИЯ) ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Непроходимость девственной плевы может быть врожденной. Она является результатом порока развития или следствием воспалительного процесса, перенесенного во время внутриутробной жизни.

По И. В. Судакову, учение о внутриутробном воспалительном процессе как причине заращения влагалища и девственной плевы чрезвычайно проблематично. Но возможность стойкого заращения при различных инфекционных заболеваниях преимущественно детского возраста (корь, скарлатина, дифтерия и др.) вполне реальна.

Образовавшаяся атрезия обнаруживается совершенно неожиданно, чаще всего при наступлении полового созревания или при выходе замуж.

Симптоматология и диагностика. В детском возрасте непроходимость девственной плевы (или нижнего отрезка влагалища) редко вызывает какие-нибудь симптомы. Были описаны лишь отдельные случаи, когда до наступления половой зрелости скопившаяся во влагалище слизь давлением на соседние органы вызвала клинические симптомы, например, со стороны мочевого пузыря. После наступления полового созревания обычным симптомом атрезии являются периодически наступающие и совпадающие с менструальными сроками боли внизу живота и пояснице. С течением времени боли становятся сильнее и принимают схваткообразный характер, когда к кровяной опухоли влагалища (Haematokolpos) присоединяется скопление крови в матке (Haematometra).

Распознавание гематокольпоса в большинстве случаев не представляет затруднений: характерный анамнез, заметное выпячивание заращенной девственной плевы в виде темносинего цвета опухоли, раздвинувшей половые губы, а также тугоэластическая консистенция опухоли, прощупываемой через прямую кишку (в затяжных случаях и через брюшную стенку), редко оставляют сомнение в диагнозе.

Лечение может быть только хирургическое. Очень важным моментом для выбора метода хирургического лечения является состояние маточных труб. Обычно при атрезии девственной плевы или нижнего отрезка влагалища маточные трубы свободны от крови. В других случаях (главным образом при атрезиях в области шейки матки) одна или обе маточные трубы могут быть превращены в гематосальпинксы, нередко фиксированные сращениями. В подобном случае при быстром опорожнении гематокольпоса может произойти разрыв и содержимое его изливается в брюшную полость. В результате может возникнуть внутреннее кровотечение со всеми вытекающими отсюда последствиями. Поэтому при наличии гематосальпинкса операцию начинают с брюшностеночного чревосечения и после удаления гематосальпинкса приступают к опорожнению гематокольпоса влагалищным путем. Однако не следует забывать, что при заращении девственной плевы и выпячивании ее между растянутыми половыми губами в виде опухоли с просвечивающим кровяным содержимым гематокольпос

обычно не сопровождается образованием гематосальпинксов. Поэтому хирургическое лечение такого гематокольпоса состоит в рассечении заращенной девственной плевы (гименотомия).

Техника гименотомии при гематокольпосе. После обычной подготовки больной и дезинфекции операционного поля производят небольшой продольный разрез через выпячивающуюся девственную плеву. Через сделанный разрез медленно выделяется жидкая кровь и кровяные сгустки. Далее разрез удлиняют вверх и вниз до основания девственной плевы, а затем посередине продольного разреза проводят еще влево и вправо разрез в поперечном направлении. Через полу-

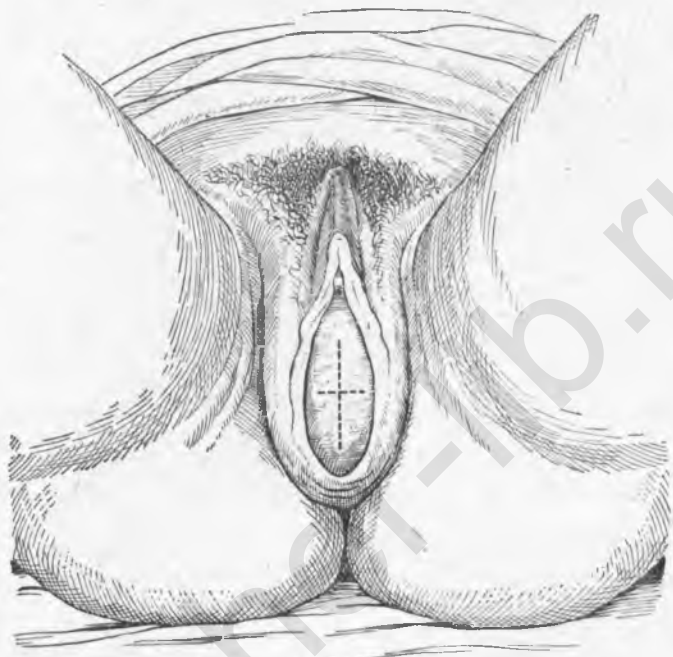


Рис. 58. Опорожнение гематокольпоса крестообразным разрезом при заращении девственной плевы.

чившийся крестообразный разрез (рис. 58) влагалищный мешок полностью освобождается от наполняющей его кровяной массы. Если края разрезов кровоточат, на них накладывают отдельные кетгутовые лигатуры.

Промывание или спринцевание влагалища после удаления из него крови недопустимо. Точно так же не следует с целью гемостаза тампонировать влагалище. Подобные манипуляции опасны, так как могут повести к восходящей инфекции.

Неподатливость или ригидность девственной плевы. Неподатливость девственной плевы может стать препятствием к половому акту.

Методы лечения. При ригидности девственной плевы, препятствующей половому акту, многие гинекологи применяют хирургическое лечение, заключающееся в циркулярном иссечении девственной плевы с обшиванием краев раны непрерывным или узловатым кетгутовым швом. Мы не являемся сторонниками такого метода лечения, так как после иссечения плевы образуется циркулярный рубец, иногда служащий таким же препятствием к половой жизни, как и ригидность плевы, которая нередко



Рис. 59. Рассечение девственной плевы в носом или поперечном направлении. Если влагалище и промежность также ригидны, то разрез удлиняют и углубляют.

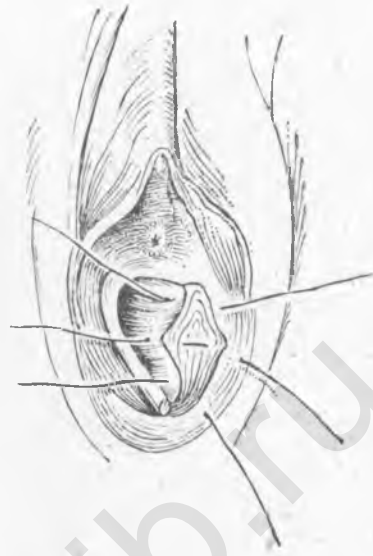


Рис. 60. Рассечение девственной плевы. Края поперечного разреза девственной плевы растягивают в продольном направлении и в этом же направлении их соединяют несколькими отдельными лигатурами.



Рис. 61. Иссечение девственной плевы.

1 — проведен крестообразный разрез. Пунктиром намечена линия иссечения; 2 — обшивание краев иссеченной плевы отдельными кетгутowymi лигатурами.

сочетается с вагинизмом. Мы в подобных случаях применяем не иссечение девственной плевы, а растяжение ее отверстия пальцами под наркозом.

Техника его следующая. Сначала через отверстие девственной плевы вводят во влагалище указательный палец правой руки и оттесняют им кзади край отверстия гимена. Это позволяет рядом с указательным ввести и средний палец. Вращая оба пальца и все больше при этом их раздвигая, расширяют отверстие настолько, что удастся ввести еще указательный палец левой руки, а затем постепенно также средний палец левой руки. Таким образом, гименальное отверстие и вход во влагалище растягиваются под наркозом четырьмя пальцами. Само собой разумеется, что такое расширение следует производить медленно и постепенно, чтобы, кроме физиологических разрывов девственной плевы, не вызвать других повреждений.

Ригидность девственной плевы нередко сочетается с вагинизмом, который следует рассматривать как заблуждение психогенного характера. Изменения же слизистой оболочки преддверия влагалища, которые при этом встречаются, являются результатом многочисленных бесплодных попыток к половому акту. Соответственно такому взгляду на патогенез вагинизма в методику лечения при сочетании его с ригидностью девственной плевы должна быть положена также и психотерапия. При некоторых редких видах ригидности девственной плевы (решетчатая, двухкончатая и др.) ее приходится рассекать (рис. 59 и 60) или иссекать (рис. 61).

АБСЦЕССЫ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наиболее часто встречающаяся локализация гнояников в области наружных половых органов — это абсцесс бартолиновой железы. Воспаление бартолиновой железы, ведущее к абсцессу, чаще всего является следствием гонорройной инфекции. Гонорройное воспаление поражает почти исключительно выводной проток железы; сама железа остается непораженной. Воспаленный выводной проток наполняется гноем, отверстие его набухает и склеивается, вследствие чего гной не может излиться наружу. Скопившийся гной растягивает выводной проток железы и превращает его в ложный абсцесс. В окружающей соединительной ткани нагноения обычно не происходит. Если к гонококкам присоединяются гноеродные микроорганизмы, то может нагноиться и сама железа, и тогда образуется истинный абсцесс бартолиновой железы.

Признаки. Ложный абсцесс бартолиновой железы характеризуется появлением в нижней трети вульвы на соответствующей стороне очень болезненной опухоли, которая выпячивает наружную или, чаще, внутреннюю поверхность большой срамной губы, распространяется на малую губу и закрывает вход во влагалище. Кожа над опухолью краснеет, становится отечной, но остается подвижной. При нагноении железы и окружающей клетчатки отек и инфильтрация усиливаются и распространяются на соответствующую половину вульвы, поэтому больная вынуждена лежать. Боли не прекращаются ни днем, ни ночью; они усиливаются при движении.

Распознавание типичного ложного абсцесса не представляет затруднений. От кисты бартолиновой железы абсцесс отличается болями и болезненностью при ощупывании, покраснением в области отверстия выводного протока железы (*macula gonorrhoeica*). Это покраснение нередко сопровождается отеком кожного покрова. Фурункулы, иногда локализующиеся в этой области, редко достигают такой величины, как абсцесс бартолиновой железы; кроме того, фурункулы лежат

более поверхностно. С гематомой, имеющей характерную окраску и являющейся результатом травмы, о чем говорят анамнестические данные, смешать абсцесс, конечно, трудно. Точно так же трудно принять за абсцесс бартолиновой железы грыжу срамной губы.

Лечение абсцесса бартолиновой железы — хирургическое.

Техника вскрытия абсцесса. Подготовка операционного поля обычная. Волосы на наружных половых органах сбривают, влагалище промывают каким-либо дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия и т. п.) и во избежание загрязнения гноем тампонируют полосой стерилизованной марли. Для обезболевания мы пользуемся обычно эфирным или хлорэтиловым оглушением.

Область разреза смазывают подной настойкой. Разрез следует делать большой и доводить его до нижнего полюса абсцесса, иначе останутся карманы, в которых будет скопляться гной, в результате чего останется гнойный, долго не заживающий свищ (рис. 62). Разрез делают в месте наиболее ясной флюктуации, где ткань, покрывающая абсцесс, наиболее истончена. После того как гной вытечет, полость абсцесса присыпают белым стрептоцидом или вытирают маленьким тупфером, смоченным подной настойкой; затем в полость вводят полоску марли или тонкую резиновую трубку, чтобы отверстие не закрылось преждевременно. По окончании операции извлекают конец марлевой полоски, а через сутки ее совсем удаляют.



Рис. 62. Вскрытие абсцесса бартолиновой железы.

Впереди вульвы кладут закладку из марли и ваты для впитывания вытекающего из раны гноя. Накладывать повязку излишне. Дренажную трубку заменяют через 2 дня свежей марлевой полосой или дренажной трубкой меньшего диаметра. Нужно следить за тем, чтобы отверстие не склеивалось раньше, чем грануляции заполнят полость абсцесса. Удовлетворительные результаты дает мазь Вишневского. Марлевая турунда, пропитанная мазью Вишневского, может быть применена и тотчас после разреза абсцесса бартолиновой железы.

Если воспаление рецидивирует или остается долго не заживающий гнойный свищевой ход, то необходима радикальная операция, т. е. удаление железы вместе с ее выводным протоком.

Техника экстирпации бартолиновой железы. Подготовка операционного поля та же, что и перед вскрытием абсцесса. Обезболивание производится либо при помощи ингаляционного наркоза, либо путем местной инфльтрационной анестезии. Для местной анестезии употребляют 0,5% новокаиновый раствор с добавлением ра-



Рис. 63. Экстирпация бартолиновой железы вместе с выводным протоком. Овальный разрез кожи.

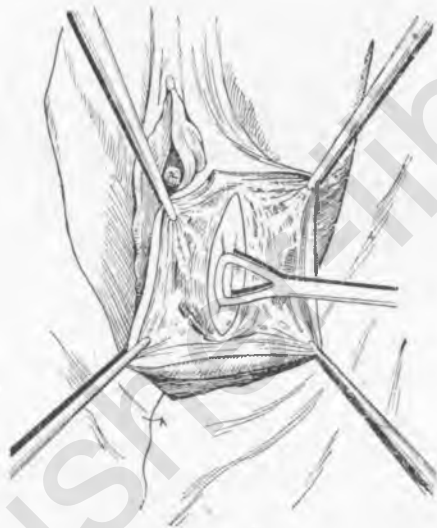


Рис. 64. Экстирпация бартолиновой железы. Овальный лоскут кожи или слизистой оболочки, остающийся связанным с опухолью, легко захватить гладкими щипцами (например, овариальными), которые позволяют подтягивать кистозную опухоль при вылучении, не поранив ее стенки.



Рис. 64а. Экстирпация бартолиновой железы вместе с выводным протоком.

створа адреналина (1 : 1000). Адреналин уменьшает кровотечение, которое нередко бывает довольно обильным. Инфильтрационная анестезия производится из 4—6 точек, расположенных вокруг железы. Сначала в каждой точке делают кожный волдырь путем внутривенного впрыскивания анестезирующего раствора. Затем раствор новокаина впрыскивают через образовавшиеся кожные волдыри подкожно в направлении к соседним точкам, а затем веерообразно под железой. Вокруг железы образуется сплошной инфильтрат из анестезирующего раствора, который прерывает нервные пути к железе.

Для того чтобы экстирпировать железу вместе с протоком, разрезают кожу или слизистую оболочку над воспаленной железой, а затем вылущают опухоль, имеющую обычно жидкое содержимое. При этом стенку ее захватывают каким-либо инструментом. Обычные зажимы не годятся, так как ими легко повредить стенку опухоли; захватить же стенку опухоли гладкими щипцами, например, овариальными, трудно. Поэтому мы поступаем следующим образом: разрез кожи проводим не продольный, как обычно, а овальный (рис. 63). Узкий лоскут кожи, остающийся при этом на опухоли, легко захватить любыми щипцами, которые не ранят стенку кисты (рис. 64), в результате чего удаление опухоли целиком (вместе с выводным протоком железы) значительно облегчается (рис. 64а).

Вылущение опухоли бартолиновой железы тупым путем невозможно ввиду плотных сращений с окружающими тканями. Поэтому оно производится скальпелем или изогнутыми ножницами. Отсепарование должно быть тщательным. Необходимо точно держаться границ опухоли, чтобы по возможности не поранить сосуды, проходящие вблизи железы. Помимо венозного кровотечения, при этой операции обычно приходится останавливать и артериальное кровотечение из небольшого сосуда, который следует отыскать в глубине раны и перевязать или обколоть тонкой кетгутовой лигатурой. Рану мы не зашиваем наглухо, а лишь уменьшаем ее несколькими лигатурами, захватывающими и глубокие слои. В оставшееся отверстие вводим полоску марли или резиновую трубочку. Дренаж через 2 дня меняем, а к 5-му или 6-му дню удаляем.

ГНОЙНЫЙ БАРТОЛИНИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

У небеременных женщин показанием к операции гнойного воспаления бартолиновой железы служат главным образом боли и лихорадка. У беременных к этим показаниям присоединяется еще и угроза возникновения пуэрперальной инфекции из гнойника, расположенного в области полового канала. Операцию при наличии беременности не следует откладывать, так как опасность прерывания беременности при этом ничтожна. В тех случаях, когда во время беременности, особенно в конце ее, уже образовался свищ, необходимо в целях профилактики послеродовой инфекции удалить железу вместе с протоком.

Если операция производится у беременной, то, чтобы уменьшить опасность прерывания беременности, следует пользоваться новокаиновым раствором без добавления адреналина. Но так как экстирпация бартолиновой железы нередко сопровождается обильным кровотечением, особенно при беременности, то мы предпочитаем пользоваться общим наркозом.

Если абсцесс обнаружен уже во время родов, то вскрыть его следует по окончании родов. А для того, чтобы во время прорезывания головки гной не прорвался, некоторые советуют сделать эпизиотомию на противоположной от абсцесса стороне и тем освободить стенку абсцесса от сдавления.

Само собой разумеется, что если ко времени родов абсцесс уже прорвался, то влагалищное исследование противопоказано и нужно пользоваться ректальным исследованием. Акушерские операции в этих случаях не следует производить через влагалище. Так, например, вместо выходных щипцов накладывают бинт Вербова или применяют препараты задней доли гипофиза (питуикрин). Ряд авторов при наличии гнойника бартолиновой железы производил кесарево сечение. Мы полагаем, что одно лишь наличие гнойника бартолиновой железы, вскрывшегося во время родов, не является показанием к кесареву сечению. Если роды идут совершенно нормально и нет данных, указывающих на то, что может понадобиться акушерская операция, то нужно лишь принять профилактические меры к тому, чтобы гной с наружных половых органов не был занесен во влагалище. На протяжении всего родового акта следует часто обмывать наружные половые органы каким-либо дезинфицирующим раствором, поливая их из эсмарховской кружки или кувшина, а выделяющийся из абсцесса гной удалять марлевым или ватным туффером. Если же какая-либо серьезная акушерская патология дает основания предвидеть необходимость оперативного вмешательства во время родов, то приходится прибегнуть к брюшно-ночному кесареву сечению с введением пенициллина в брюшную полость во время операции и применением общей пенициллинотерапии.

АБСЦЕСС ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Этот абсцесс возникает обычно на почве гонорройного воспаления желез, слепых ходов, крипт и лакун, расположенных в задних и боковых стенках мочеиспускательного канала. Так же как и при воспалении бартолиновой железы, здесь образуется либо ложный абсцесс вследствие закупорки парауретрального хода, либо истинный абсцесс, когда гнойное воспаление распространяется на окружающую парауретральный ход клетчатку. Абсцесс локализуется в уретро-влагалищной перегородке, вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала. Обнаруживающееся в этом месте выпячивание закрывает уретральное отверстие. Выпячивание, покрытое воспаленной слизистой, имеет нерезко очерченные контуры, плотноватую или неясно флюктуирующую консистенцию и очень болезненно при пальпации. Так как при гонорройном воспалении парауретральных желез нередко обнаруживаются и другие локализации гонорройного процесса (уретрит, эндоцервицит, бартолинит), то установить этиологический характер заболевания обычно нетрудно. Наличие маленьких ложных абсцессов установить не всегда легко. При надавливании из отверстия мочеиспускательного канала легко появляется немного гноя.

Абсцесс парауретральных желез следует вскрыть как можно раньше, чтобы гной не прорвался в уретру. Продольный разрез проводят по средней линии выпячивающегося гнойника.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ВЛАГАЛИЩА, ТРЕБУЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ПЕРЕГОРОДКИ ВО ВЛАГАЛИЩЕ

Продольные перегородки обычно встречаются при раздвоении влагалища и часто сопровождаются раздвоением матки (порок развития мюллеровых нитей). Продольная перегородка может тянуться вдоль всего влагалища, вплоть до сводов, или занимать лишь часть влагалища, обычно в нижнем отделе. В большинстве случаев эта перегородка не нарушает функции влагалища и, не препятствуя ни половой жизни, ни беременности, ни родам, не требует лечения. Лишь в редких случаях, главным образом при неполном раздвоении влагалища (*vagina septa*) и расположении перегородки в нижнем отделе влагалища, продвижение предлежащей части ребенка в родах может быть задержано. Если подобную перегородку обнаруживают во время беременности, то иногда целесообразно удалить ее еще до родов. Показанием может служить толщина перегородки (мясистость), ригидность тканей (старая первородящая) и пр.

Продольная перегородка влагалища, как уже отмечалось весьма, редко является препятствием для полового акта и только в виде исключения налицо ее служит показанием к оперативному лечению.

Хирургическое лечение Если продольная перегородка влагалища становится препятствием в родах, то ее следует расечь по средней линии. Если края разреза кровоточат, то после рождения ребенка их надо тщательно обшить непрерывным или лучше обвивным кетгутовым швом. Если же кровотечения нет, то наложение швов следует отложить до окончания послеродового периода.

Перед выпиской из родильного отделения родильницу надо обследовать зеркалами, так как иногда, особенно в тех случаях, когда разрез перегородки не был достаточно тщательно обшит, может произойти частичное склеивание переднего края разреза с задним. Возникшие спайки пока еще легко разъединить.

Если операция предпринимается не в качестве экстренной меры во время родового акта, а в плановом порядке, то она производится следующим образом: после обычной дезинфекции наружных половых органов и влагалища в него вводят два боковых зеркала, которыми помощник растягивает влагалище так, чтобы перегородка была видна на всем протяжении и была бы натянута.

Можно обнаружить перегородку и без боковых зеркал, растянув влагалище указательным и средним пальцем (А. П. Губарев).

Прямыми ножницами под контролем глаза р а с с е к а ю т перегородку на всем ее протяжении. Края раны обшивают кетгутовым швом, как было указано выше.

Если после рассечения толстой перегородки оба края ее выдаются в просвет влагалища в виде гребней, то этот избыток ткани и с с е к а ю т. При иссечении перегородки надо учитывать, что ткани мясистой перегородки сильно сокращаются, поэтому не надо сразу удалять слишком большой отрезок перегородки, тем более, что всегда можно иссечь оставшиеся излишние ткани до наложения швов (Д. О. Отт). Для того чтобы передняя и задняя стенки не склеились по линии обшитых краев раны, во влагалище после операции вводят на несколько часов марлевый тампон, пропитанный стерильным вазелиновым маслом.

Рассечение влагалищной перегородки, как экстренная операция в родах, производится без всякой анестезии; в других случаях достаточно применить местную анестезию на область преддверия влагалища.

П о п е р е ч н ы е перегородки ведут к непроходимости или к сужению просвета влагалища. В детском возрасте этот дефект, как правило, не вызывает каких-либо симптомов. После наступления половой зрелости при полной непроходимости влагалища появляются те же симптомы, что и при заращении девственной плевы. Разница состоит только в том, что при наличии перегородки гематометра и гематосальпинкса образуются раньше.

При сильном растяжении стенки трубы скопившейся в ней кровью или при оперативном пособии со стороны влагалища может произойти нарушение целостности гематосальпинкса, что ведет к тем же последствиям, что и внематочная беременность, или же к наступлению перитонита, если кровь не была стерильна. Чем выше во влагалище расположена перегородка, тем сильнее опасность возникновения подобного осложнения при операции со стороны влагалища.

Диагноз гематометры и гематосальпинкса часто нетруден. Характерны жалобы и анамнез: отсутствие менструации, периодические, совпадающие с менструальными сроками схваткообразные боли внизу живота, боли в пояснице и т. д. Объективное исследование обнаруживает заращение влагалища в верхнем отделе, опухоль, прощупываемую через брюшную стенку и прямую кишку. Если гематометры нет, то на верхнем полюсе эластичной опухоли, которая представляет собой гематокольпос, прощупывается более плотное образование, напоминающее по форме матку; при наличии же крови в растянутой матке отграничить ее от растянутого кровью влагалища трудно. Диагноз гематосальпинкса также не представляет затруднений, если с одной или с обеих сторон большой опухоли определяются добавочные опухоли. И все же при недостаточно полном обследовании наблюдаются ошибки в диагнозе и имеются описания подобных случаев. Так, например, описаны случаи, когда гематометру принимали за беременную матку или дистопическую почку — за гематометру и т. п. (И. В. Судаков). Если при тщательном обследовании большой диагноз гематосальпинкса при заращении влагалища и наличии гематокольпоса поставлен, то операцию следует начинать с брюшностеночного чревосечения и удаления гематосальпинксов, а затем уже переходить к устранению влагалищной перегородки. На такую операцию может решиться только врач, владеющий брюшной хирургией и методами влагалищных операций.

Рубцы и стенозы влагалища. Они могут явиться следствием тяжелых воспалительных процессов различной этиологии, сопровождающихся омертвением стенок влагалища. Стенозы влагалища могут возникнуть и на почве изъязвления от механических причин (давление пессариев, проле-

жавших долго во влагалище), а также на почве рубцевания после бывших разрывов и пр. Стенозы и рубцы редко нарушают нормальную функцию влагалища в более или менее значительной степени. Если они и вызывают клинические симптомы, то эти симптомы обычно можно устранить или ослабить консервативными методами: растягивание места сужения различными расширителями, кольцеинтером, массажем в сочетании с физиотерапией или тканевой терапией и т. п.

Сужения (стенозы) влагалища требуют оперативного вмешательства в тех случаях, если они резко выражены и препятствуют оттоку менструальной крови или рождению плода. Если место сужения расположено высоко, вблизи сводов, то операция может осложниться повреждением мочевого пузыря или прямой кишки, поэтому операция в подобных случаях может оказаться невыполнимой для начинающего оператора.

Большие и плотные рубцы, не поддающиеся консервативному лечению, приходится рассекать или иссекать; края раны соединяют швами, наложенными в противоположном к линии разреза направлении. При иссечении обширного рубца, идущего далеко в глубину, требуется сугубая осторожность во избежание повреждения соседних органов; остающийся дефект может вызвать необходимость пластической операции, как, например, пересадку стебельчатого лоскута из соседних тканей или свободную пластику. В этих случаях нельзя оперировать по схеме, здесь необходима строгая индивидуализация. Подобные случаи надлежит оперировать только опытному хирургу.

ОПУЩЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

В огромном большинстве случаев опущение и выпадение влагалища сопровождаются опущением и выпадением матки. Но наблюдаются и случаи опущения одного лишь влагалища, в то время как матка остается почти в нормальном положении. Обычно в этих случаях опущение влагалища является стадией, предшествующей опущению матки. В других случаях опущение влагалища имеет чисто местные причины, как, например, нарушение целостности и недостаточность соединительнотканной перегородки между передней влагалищной стенкой и мочевым пузырем (пузырно-влагалищная перегородка), вследствие чего начинают выпячиваться стенки мочевого пузыря, и образуется цистоцеле. Если повреждена и становится недостаточной соединительнотканная перегородка между задней влагалищной стенкой и передней стенкой прямой кишки (прямокишечно-влагалищная перегородка), то образуется ректоцеле. Опущение влагалища в течение долгого времени нередко, а иногда и вовсе не вызывает каких-либо серьезных жалоб.

Не подлежит сомнению, что с явлениями опущения можно бороться консервативными мероприятиями: ограничение физической нагрузки, связанной с напряжением брюшного пресса (подъем тяжести), борьба с запорами, врачебная гимнастика, успех которой, впрочем, в значительной мере зависит от настойчивости и терпения, с которыми она проводится.

Что касается показаний к хирургическому лечению, то в этом вопросе имеются различные точки зрения. Если рассматривать опущение влагалища как начальную стадию выпадения, которое в дальнейшем распространится не только на влагалище, но и на матку, то операция опущения влагалища будет показана как профилактика выпадения. Но так как операции, применяемые при опущении (кольпоррафии), не устраняют всех дефектов, ведущих к выпадению органов, то в лучшем случае они лишь отдаляют время наступления выпадения. Следовательно, подлинно профилактиче

ского значения такая операция во многих случаях не будет иметь. Подвергать же женщину большой операции, как это мы делаем при выпадении влагалища и матки, только при одном опущении влагалища мы не считаем правильным. Прежде всего мы не знаем, наступит ли в данном случае в будущем выпадение, а затем мы не уверены и в том, что нашей операцией мы безусловно предупредим наступление выпадения. Поэтому мы лично оперируем по поводу опущения влагалища лишь тогда, когда женщина предъявляет определенные жалобы, как, например, чувство давления внизу живота, дизурические явления, и особенно же когда она жалуется на невозможность удержать мочу при физическом напряжении, быстрой ходьбе, чихании, кашле и пр. Только при подобных жалобах, если они могут быть объяснены имеющимся опущением, мы считаем операцию показанной. Исключение делают лишь для тех случаев, когда опущение влагалища связано с разрывом промежности; в этих случаях оперируют профилактически даже при отсутствии жалоб, так как эти разрывы не только способствуют опущению влагалища, но и ведут к уничтожению механического барьера, препятствующего проникновению в половой канал патогенной флоры извне. Кроме того, зияние входа во влагалище вызывает изменения со стороны эпителиального покрова слизистой оболочки влагалища, уменьшая содержание в нем гликогена и сахара, что, в свою очередь, ведет к нарушению биологического барьера и вытеснению нормальной влагалищной флоры патологической.

Методика и техника операции при опущении стенок влагалища. Опущенное влагалище всегда расширено. Имеющиеся при этом излишки влагалищных стенок должны быть при операции иссечены, а получившиеся после иссечения дефекты — зашиты. Кроме того, должны быть укреплены соединительнотканые перегородки между стенками влагалища и стенками соседних тазовых органов: мочевого пузыря или прямой кишки. Обычно опускаются обе стенки влагалища. Степень опущения каждой стенки может быть неодинаковой, но большей частью операцию приходится производить и на передней, и на задней стенке влагалища.

Пластическая операция на передней стенке влагалища носит название передней кольпоррафии (colporrhaphia anterior).

Передняя кольпоррафия

Подготовка к операции обычная для влагалищных операций: вечером накануне операции — очистительная клизма и спринцевание влагалища каким-нибудь дезинфицирующим раствором; рано утром в день операции — снова очистительная клизма. Непосредственно перед операцией волосы на наружных половых органах сбривают; влагалище, влагалищную часть матки и наружные половые органы обрабатывают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Для обезболивания обычно применяют местную инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина.

Техника операции передней кольпоррафии. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу влагалищной части матки и оттягивают так, чтобы влагалищная часть матки выступала из влагалищного входа. Таким образом будет обнажена вся передняя стенка влагалища. На ней скальпелем намечают границы овального лоскута между наружным отверстием мочеиспускательного канала (отступя кзади от него на 1—2 см) и переносим влагалищным сводом. Ширина лоскута должна соответствовать излишку растянутой влагалищной стенки и определяется на глаз (рис. 65). Начинающему оператору можно посоветовать не намечать сразу ножом ши-



Рис. 65. Передняя кольпоррафия. Из передней влагалищной стенки удален овальный лоскут.



Рис. 66. Передняя кольпоррафия. Отсепаровка боковых краев влагалищной раны.

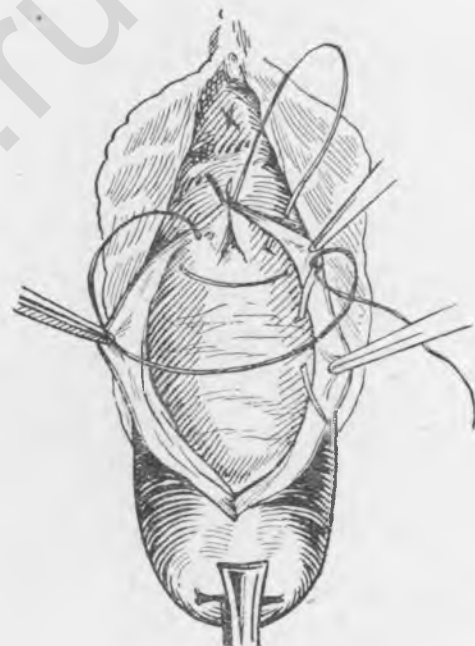


Рис. 67. Передняя кольпоррафия. Начало ушивания фасции (пузырно-влагалищной перегородки).

рокого лоскута, так как если окажется, что он недостаточно широк, то ошибку легко исправить, отсепаровав дополнительно края влагалищной раны по сторонам (рис. 66) и срезав по узкой полоске влагалищной стенки с каждой стороны. Полученный овальной формы лоскут влагалищной стенки отделяется скальпелем сверху вниз (или слева направо). Мы не снимаем, как это делают многие хирурги, лоскут тупым путем, так как при этом легко повредить подлежащую истонченную фасцию, которую мы, наоборот, стараемся сохранить в целости и укрепить путем ушивания (см. ниже).

После того как лоскут снят, для более широкого и лучшего сближения краев влагалищной раны при ее зашивании отделяют эти края на 1—2 см с каждой стороны от подлежащей фасции (рис. 66) и только тогда приступают к наложению швов. Даже при отсутствии значительного выпячивания стенки мочевого пузыря (цистоцеле) мы всегда зашиваем рану в два этажа. Первым погружным непрерывным кетгутовым швом ушиваем влагалищную фасцию над мочевым пузырем. Шов этот начинается в верхнем углу раны. Иглою захватывают по обеим сторонам как можно дальше от средней линии освеженную поверхность овала, т. е. растянутую и истонченную фасцию, но, конечно, так, чтобы не проколоть стенки мочевого пузыря (рис. 67). Чем дальше от средней линии, тем лучше выражена фасция и тем крепче станет при ушивании создаваемая перегородка между влагалищем и мочевым пузырем (рис. 68). Ушив фасцию узловыми кетгутовыми швами (или одним непрерывным) соединяем края овальной влагалищной раны. В результате такой методики не только сужается влагалище вследствие удаления излишка его растянутой передней стенки, но и создается фасциальный барьер, препятствующий образованию цистоцеле.

Небольшое отступление от описанной методики мы делаем в тех случаях, когда при опущении влагалища уже имеется наклонность к опущению матки, на что может указывать, например, наличие ретроверсии матки, исправление которой не входило в план предпринятой в настоящее время операции. Здесь, приступая к операции кольпоррафии, мы не оттягиваем шейку матки, как это описывалось выше, чтобы не усугублять ее «наклонность» к опущению. Поэтому в подобных случаях влагалищная часть матки вовсе не захватывается пулевыми щипцами, а захватывается и низводится стенка переднего влагалищного свода (рис. 69). Операционное поле, т. е. вся передняя стенка влагалища, обнажается: одним зажимом мы захватываем переднюю стенку влагалища по средней линии, отступя 1,5—2 см кзади от наружного уретрального отверстия; второй зажим накладываем также на переднюю стенку влагалищного свода по средней линии; еще двумя зажимами захватываем переднюю влагалищную стенку по обеим сторонам от средней линии, приблизительно по середине между верхним и нижним зажимом (рис. 70), а дальше операцию производим обычным способом: скальпелем удаляется овальный лоскут и рана зашивается двухэтажным кетгутовым швом (рис. 71).

Только в очень редких случаях; оперируя при опущении влагалища, можно ограничиться одной лишь передней кольпоррафией. Как правило, необходимо также производить и заднюю кольпоррафию, обычно в виде кольпоперинеопластики.

Задняя кольпоррафия (кольпоперинеоррафия, кольпоперинеопластика)

Опущение задней стенки влагалища часто сочетается со старым, возникшим во время родов разрывом промежности и влагалища, а нередко и с нарушением целости тазового дна. Чрезмерное, вследствие этого, зияние половой щели и выпячивание стенки влагалища (рис. 72 и 73) может вести

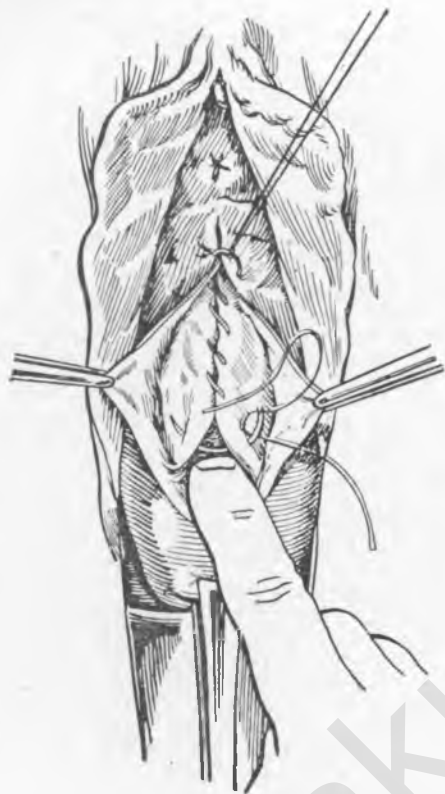


Рис. 68. Передняя кольпоррафия. Конец ушивания фасции (пузырно-влагалищной перегородки).

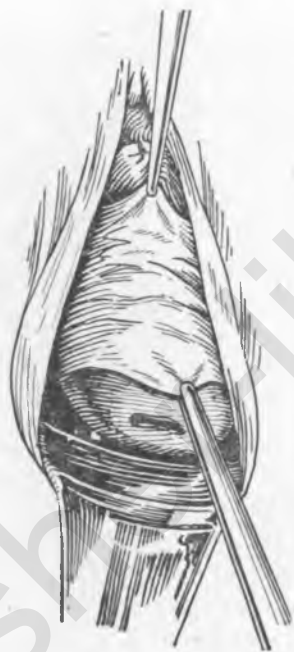


Рис. 69. Передняя кольпоррафия. При выраженной наклонности матки к опущению, если операция ограничивается кольпоррафией, целесообразно не низводить шейку матки (как на рис. 65), а захватить и низвести нижний край переднего влагалищного свода.

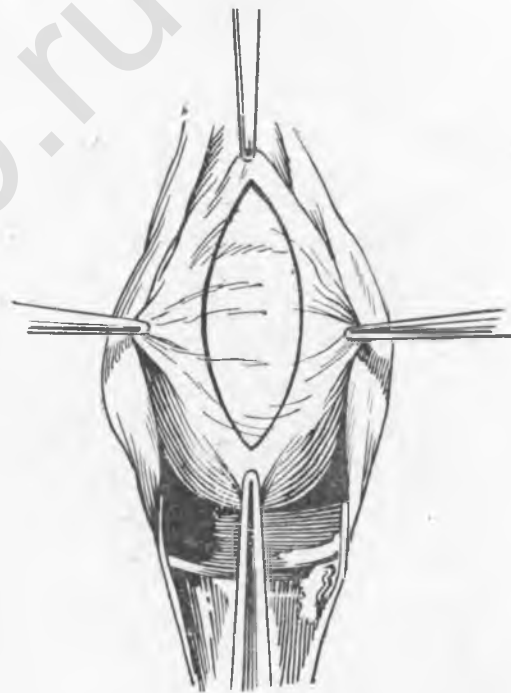


Рис. 70. Передняя кольпоррафия. Операционное поле растянuto 4 зажимами, наложенными на стенку влагалища.



Рис. 71. Передняя кольпоррафия. Наложение швов на влагалищную рану.



Рис. 72. Опущение задней влагалищной стенки.



Рис. 73. Ректоцеле. Для доказательства наличия ректоцеле можно ввести палец в прямую кишку.

к появлению белей. Больные испытывают чувство неловкости, давления на низ живота, при поднятии даже небольшой тяжести, при длительной ходьбе и других физических напряжениях.

При комбинации опущения задней стенки влагалища с разрывом промежности консервативные мероприятия, как врачебная гимнастика, влагалищные пессарии и т. п., не приносят существенной пользы. Эффективным методом лечения в этих случаях является операция.

Ввиду указанных этиологических и патогенетических факторов методом операции при опущениях задней стенки влагалища чаще всего является не одна лишь задняя кольпорафия, а кольпоперинеоррафия или кольпоперинеопластика.

Стенки влагалища при опущениях, а тем более при выпадениях растягиваются, и влагалище принимает вид широкого мешка. С каждым напряжением брюшного пресса, особенно при подъеме тяжести, от натуживания при запорах и т. п. опущение увеличивается, стенки влагалища все больше растягиваются и увлекают за собой соседние органы — мочевой пузырь и прямую кишку. Вследствие этого образуются цистоцеле или ректоцеле, а иногда то и другое одновременно. Как образованию цистоцеле способствует истончение соединительнотканной пузырно-влагалищной перегородки, так повреждения промежности и истончение ректо-вагинальной перегородки способствуют образованию ректоцеле.

Методика операции. При восстановительных операциях — задней кольпоперинеоррафии (кольпоперинеопластики) излишек задней влагалищной стенки должен быть удален. Вместе с этим будут обнажены (освежены) поверхности поврежденных при возникновении разрыва мышечно-фасциальных тканей промежности и тазового дна.

Подготовка к операции кольпоперинеопластики обычная для влагалищных операций. Особенно тщательно следует очистить перед операцией кишечник.

Техника операции. Операция кольпоперинеоррафии (кольпоперинеопластики) начинается с выкраивания лоскута ткани из задней влагалищной стенки, граничащей с промежностью. Лоскут этот имеет форму приблизительно равнобедренного треугольника или почти таковую. Основание треугольника идет параллельно границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности, а вершина его находится на задней стенке влагалища по средней линии. Мы говорим о форме лоскута, близкой к треугольной, потому, что боковые стороны треугольника должны быть несколько вогнуты к средней линии. В результате лоскут несколько напоминает форму якоря (рис. 74). Если же придерживаться первоначально предложенной Гегаром треугольной формы лоскута, то при зашивании раны и соединении боковых сторон треугольника между собой в нижней части влагалища может произойти чрезмерное напряжение тканей и вследствие этого расхождение раны в этом месте.

Размеры удаляемого лоскута зависят от степени опущения и величины излишка задней влагалищной стенки. В каждом отдельном случае можно изменять как высоту, так и ширину лоскута. Ширину лоскута у его основания мы определяем следующим образом: двумя зажимами или пулевыми щипцами захватываем большие губы с обеих сторон на такой высоте (рис. 75), чтобы при сближении инструментов определить высоту восстанавливаемой промежности (рис. 76). Восстановленная промежность не должна закрывать наружного отверстия мочеиспускательного канала, иначе при мочеиспускании моча будет затекать во влагалище. Вновь образованная задняя стенка должна поэтому лежать по крайней мере на один

поперечный палец кзади от уретрального отверстия: вход во влагалище у женщин, живущих половой жизнью, должен быть проходим для двух пальцев, у неживущих — минимум для одного пальца. Нужно помнить, что высота промежности и узость влагалища не гарантируют успеха операции и не обеспечивают от рецидива. Восстановление мышечно-фасциальной структуры промежности и тазового дна — вот что играет наибольшую роль при пластических влагалищных операциях.

Что касается верхнего угла треугольного, или, вернее, якоревидного лоскута, то чем больше выражено опущение, чем больше оно приближается к стадии выпадения, тем выше, т. е. тем глубже во влагалище должна ле-



Рис. 74. Кольпоперинеопластика. Якоревидная форма лоскута, иссекаемого из задней влагалищной стенки.



Рис. 75. Кольпоперинеопластика. Пулевыми щипцами отмечают основание иссекаемого якоревидного лоскута.

жать верхушка иссекаемого лоскута. Если ограничиться менее длинным лоскутом, чем это соответствует степени опущения, то может случиться, что после сделанной кольпоперинеопластики в глубине влагалища останется излишек задней стенки, и стенка снова начнет выпячиваться поверх восстановленной промежности. Вот это и заставляет нас при операции кольпоперинеопластики треугольный, или якоревидный, лоскут снимать не сверху вниз, т. е. от верхушки лоскута к его основанию, а снизу вверх, т. е. от основания к верхушке. Предпочтение, которое мы оказываем этому применяемому нами методу удаления заднего влагалищного лоскута, заключается в том, что верхняя точка разреза не намечается сразу. Это очень важно, так как если она будет взята слишком низко, то получится недостаточно большой лоскут, а если она будет взята слишком высоко во влагалище, то иссечение намеченного лоскута будет затруднено: влагалищная стенка плохо натягивается, на ней образуются складки, по которым трудно будет провести линии боковых разрезов. По-

этому, повторяем, гораздо проще не фиксировать верхушку лоскута с самого начала операции, а наметить лишь его основание. Для этого пулевыми щипцами захватывают большие губы с обеих сторон на высоте, соответствующей высоте восстанавливаемой промежности. Намеченную высоту проверяют следующим приемом. Пулевые щипцы, которыми с обеих сторон захвачены большие губы, сближают и оттягивают вверх по направлению к уретре (рис. 76), тогда обозначится высота будущей промежности и задней спайки. Напоминаем снова, что уровень промежности должен лежать взади от наружного отверстия мочеиспускательного канала, а вход во влагалище — пропускать один-два пальца. Мы начинаем отделение лоскута с его основания на границе промежности и задней



Рис. 76. Кольпоперинеопластика. Сблизив наложенные пулевые щипцы (рис. 75), определяют высоту восстанавливаемой промежности.



Рис. 77. Кольпоперинеопластика. Разрез проводится вдоль задней спайки на границе между слизистой задней влагалищной стенкой и кожей промежности.

влагалищной стенки, т. е. вдоль задней спайки. Для этого пулевые щипцы, которыми захвачены большие губы, передаем обоим ассистентам. Они оттягивают в стороны заднюю спайку, служащую основанием намеченного лоскута. Вдоль спайки, т. е. на границе между кожей промежности и слизистой влагалища, проводим скальпелем разрез (рис. 77). Для того чтобы разрез был ровный, с резко очерченными краями, лезвие скальпеля следует держать перпендикулярно к разрезаемой поверхности. Края разреза при этом отходят друг от друга. Затем влагалищный край раны захватываем двумя зажимами по середине, левой рукой оттягиваем этот край раны кверху, а правой — скальпелем или кончиками ножниц начинаем отсепаровывать заднюю стенку влагалища.

Продолжая отсепаровку задней влагалищной стенки снизу вверх, мы передаем зажимы ассистенту, а сами пальцами левой руки выпячиваем отделяемую влагалищную стенку навстречу ножницам, которые хирург держит в правой руке, и продолжаем частью острым, частью тупым путем

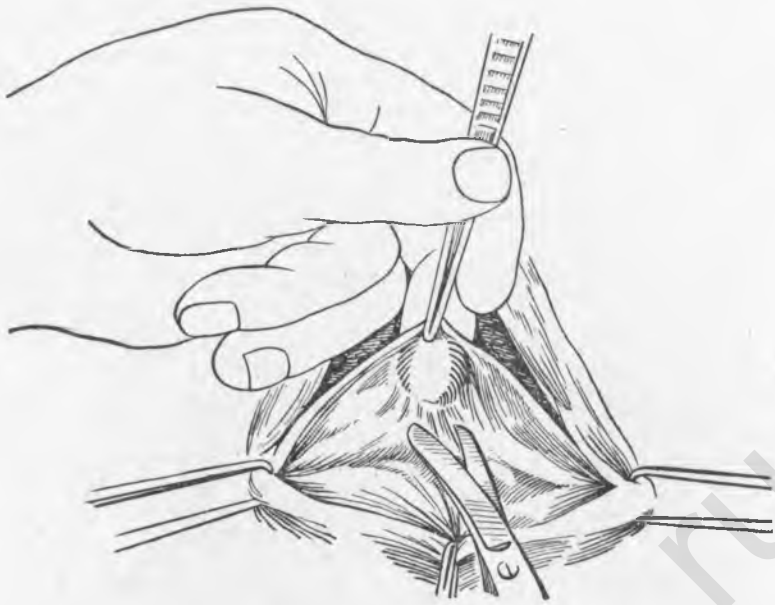


Рис. 78. Кольпоперинеопластика. Отсепаровка задней влагалищной стенки.

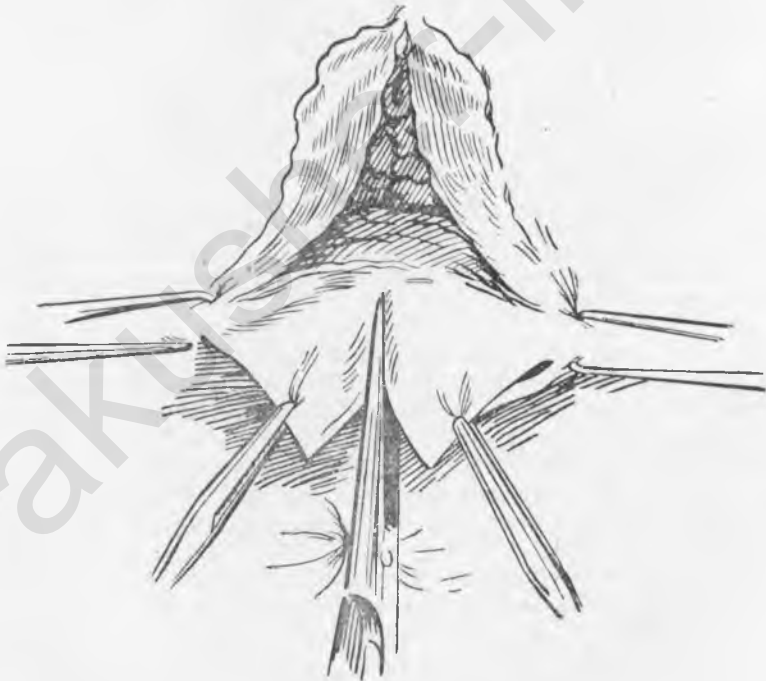


Рис. 79. Кольпоперинеопластика. Отсепарованный участок задней влагалищной стенки рассекают по средней линии.

(рис. 78) отсепаровывать влагалищную стенку. Отсепаровав заднюю влагалищную стенку на некотором расстоянии, рассекаем ее по средней линии между двумя зажимами (рис. 79) и продолжаем отсепаровывать до тех пор, пока не достигнем намеченной высоты лоскута. Теперь зажимом отмечаем вершину лоскута и вырезаем якоренподобный лоскут (рис. 80).

Такой способ позволяет отсепаровать заднюю влагалищную стенку на любом протяжении. Выпячивая в рану (рис. 78) хорошо доступную осмотру «подкладку» задней влагалищной стенки, мы имеем возможность ориентироваться в тканях, лежащих между влагалищем и прямой кишкой,

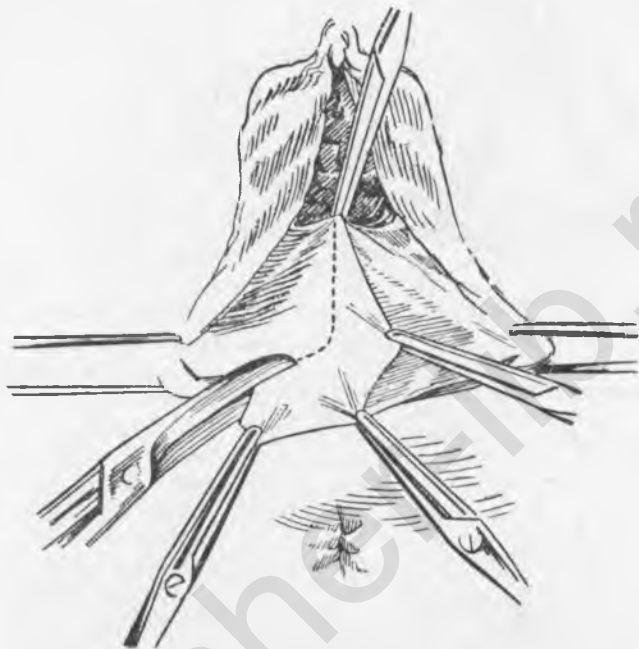


Рис. 80. Кольпоперинеопластика. Из каждой половины отсепарованного влагалищного лоскута иссекают излишек по линии, обозначенной пунктиром.

что наилучшим образом предохраняет последнюю от ранения и открывает более широкий доступ к мышцам и фасциям тазового дна и промежности.

Указанный способ иссечения лоскута применяется нами при операции кольпоперинеоррафии, даже при небольшом опущении задней влагалищной стенки. При значительном опущении, особенно при полном выпадении влагалища, излишек стенок влагалища доходит до сводов. Поэтому при полном выпадении влагалища, что обычно наблюдается при полном выпадении матки, из стенки влагалища необходимо иссечь лоскут, вершина которого достигает заднего влагалищного свода.

Отсепаровав на некотором протяжении частью острым, частью тупым путем участок влагалищной стенки, мы захватываем нижний край влагалища двумя малыми зажимами и прямыми ножницами разрезаем заднюю стенку влагалища на всем протяжении, на котором произведена отсепаровка (рис. 79). Угол разреза захватывается еще одним большим зажимом и тем же путем влагалищная стенка отсепаровывается по направлению к своду. Вновь отсепарованный участок влагалищной стенки опять раз-

промежности и тазового дна (рис. 81), мы приступаем к наложению швов.

Для погружных швов мы применяем исключительно кетгут; зашиваем влагалище также кетгутом и только на кожу промежности накладываем отдельные шелковые швы или металлические скобки. Швы накладываются послойно.

Рану, получившуюся после иссечения влагалищного лоскута, начинаем зашивать с верхнего угла; применяем и отдельные кетгутовые лигатуры и непрерывный кетгутовый шов. Вкол и выкол швов на влагалище предпочитаем делать, отступив от края раны примерно на 1—1,5 см. Тогда сшитые края влагалищной раны будут соприкасаться более широкими поверхностями. Когда приблизительно половина раны зашита, мы приступаем к наложению погружных кетгутовых швов (рис. 82). Если опущение задней влагалищной стенки не очень резко выражено, а главное, если нет большого дефекта в тазовом дне и почти нет ректоцеле, мы ограничиваемся наложением погружного шва в один этаж. Погружными швами захватывают клетчатку и поверхностные мышцы тазового дна и промежности. Леваторы в легких случаях опущения отдельно не зашиваем.

Таким образом, после наложения швов на стенку влагалища и кожу промежности рана окажется зашитой в два этажа. Кетгут для погружных швов можно взять более тонкий, чем для поверхностного шва, но в то же время он должен быть достаточно крепким.

Все швы проводят слева направо (в поперечном направлении). Наложив погружные швы, мы снова приступаем к зашиванию влагалищной раны. Край кожной раны (кожу восстанавливаемой промежности) еще раз смазываются подной настойкой и зашиваются отдельными шелковыми лигатурами (рис. 83).

Для того чтобы вокруг раны кожа, повторно смазанная иодом, не мацерировалась выделениями (это может вызвать у больной в послеоперационном периоде ощущение жжения и на этой почве задержку мочеиспускания), по окончании операции область вульвы смазывается стерилизованным вазелиновым маслом.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (ОПУХОЛИ) ВЛАГАЛИЩА

Доброкачественные новообразования влагалища встречаются довольно редко.

Кисты влагалища

Кисты влагалища наблюдаются чаще других доброкачественных опухолей влагалища. Они редко бывают больше куриного яйца или мандарина. Кисты влагалища чаще происходят из эмбриональных хостатков, носящих название гартнеровских ходов, которые обычно заканчиваются на уровне влагалищных сводов, но могут спуститься и ниже вдоль стенок влагалища, вплоть до девственной плевы. Иногда ходы этих



Рис. 83. Кольнопери-
неопластика. Заши-
вание кожи промеж-
ности.

каналов прерываются. Кисты, возникшие из гартнеровских ходов, обычно располагаются вдоль боковых стенок влагалища, чаще немного кпереди.

Реже во влагалище встречаются так называемые и м п л а н т а ц и о н н ы е кисты, происходящие из эпителиальных элементов, проникших в глубину тканей при родовой травме влагалища, при зашивании свежих разрывов или при операции старых разрывов и т. п. Имплантационные кисты локализуются во влагалище ниже, чем кисты, происходящие из гартнеровских ходов, и чаще последних встречаются на задней влагалищной стенке; они также не бывают большими.

Небольшие кисты влагалища обычно не вызывают каких-либо симптомов. Большие кисты иногда служат препятствием для полового акта, или своим давлением на дно мочевого пузыря вызывают учащенное мочеиспускание; препятствием для рождения ребенка они едва ли могут служить, но под влиянием родовой травмы стенка опухоли иногда подвергается некрозу. Недавно в нашей клинике имел место случай начавшегося некроза стенки влагалищной кисты уже на VII—VIII месяце беременности.

Распознавание кист влагалища. Диагностика больших кист или кист, расположенных во входе во влагалище, не представляет трудности. Маленькие негугие кисты иногда можно просмотреть, если не исследовать в зеркалах.

В дифференциально-диагностическом отношении важно отличить влагалищную кисту от выпячивания во влагалище стенки мочевого пузыря (цистоцеле) или стенки мочеиспускательного канала (уретроцеле). Для этого надо ввести в мочевой пузырь металлический катетер, так как при наличии цистоцеле палец ясно ощущает на месте выпячивания передней влагалищной стенки конец катетера; этого не будет при влагалищной кисте.

Лечение. Маленькие кисты влагалища обычно не требуют никакого лечения; большие — удаляют хирургическим путем.

Методика операции. Кисту, развившуюся из гартнеровского хода и содержащую серозную жидкость, можно просто разрезать, и края раны, если они кровоточат, обшить скорняжным швом (А. П. Губарев). Можно просто проколоть кисту и выпустить жидкое содержимое. Однако прокол кисты оказывается недостаточным, и киста снова быстро наполняется содержимым. Такой метод целесообразно применить лишь во время родов. Простой разрез кисты также не гарантирует от рецидива. Поэтому при наличии показаний к операции рациональным методом лечения кисты влагалища является ее вылушение из подлежащей ткани, так как в большинстве случаев влагалищные кисты происходят из гартнеровских ходов и своим верхним полюсом заходят глубоко в паравагинальную, паравезикальную и в параметральную клетчатку (рис. 84). Такая операция может оказаться слишком трудной для начинающего оператора-гинеколога, или хирурга, не имеющего достаточного опыта во влагалищных операциях: при вылушении кисты иногда возникают кровотечения и повреждение мочевых органов, с которыми неопытный хирург, может быть, и не сумеет справиться. Если киста влагалища заходит далеко и верхний полюс ее оказывается в тесном соседстве с мочевым пузырем, то и опытный в подобных операциях хирург оставляет кусочек стенки кисты на этом участке во избежание повреждений мочевого пузыря. При стойких показаниях к операции большой кисты влагалища в родах малоопытный хирург должен ограничиться проколом, или, самое большее, разрезом кисты, а во время беременности вылушение всей опухоли производить лишь в том случае, когда киста занимает только нижнюю часть влагалища (рис. 85).

Операция вылуцения кисты гартнеровского хода, расположенной в верхне-боковом или в верхне-переднем отделе влагалища, является далеко не легкой и совсем не безопасной. Поэтому как ни заманчива может показаться начинающему или малоопытному во влагалищных операциях хирургу такая, казалось бы, легкая операция, как вылуцение небольшой влагалищной кисты, он должен помнить о трудностях и опасностях, которые могут возникнуть вследствие указанных топографических особенностей расположения этих кист. Только при кистах, лежащих у самого

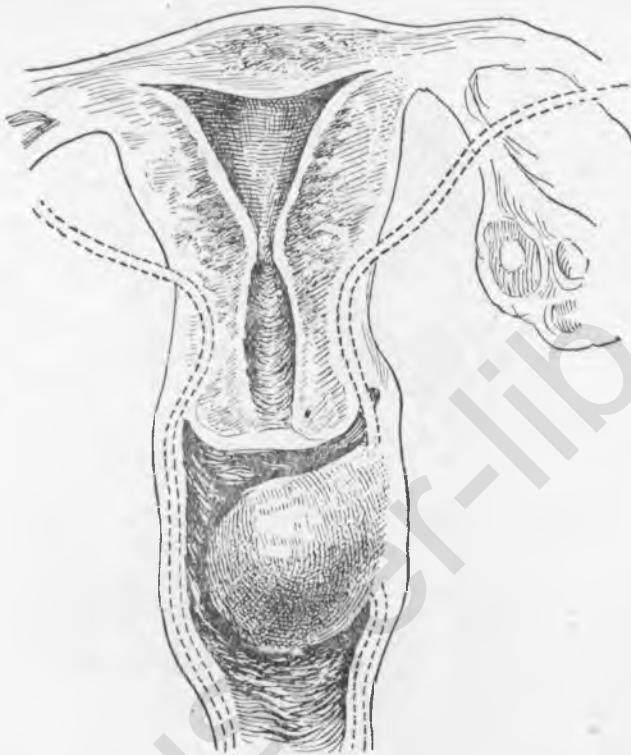


Рис. 84. Киста влагалища, развившаяся из гартнерова хода (обозначен пунктиром), своим основанием заходит в околовлагалищную клетчатку.

входа во влагалище, особенно на задней его стенке, что может говорить за имплантационную кисту (см. выше), подобная операция доступна и для начинающего хирурга.

Техника операции влагалищной кисты, расположенной в преддверии влагалища. Подготовка к операции должна производиться так же, как и при всякой влагалищной операции. Разрез стенки влагалища производят до оболочки кисты, но не вскрывают ее. Край влагалищного разреза захватывают с обеих сторон зажимами и частью острым, частью тупым путем небольшими закрытыми изогнутыми ножницами выделяют кисту из окружающей ее ткани. Если появляется кровотечение, то кровоточащий сосуд перевязывают или обкалывают; влагалищную рану закрывают несколькими кетгутowymi швами. Оперировать можно под местной инфильтрационной анестезией. В послеоперационном периоде особых мероприятий не требуется. Если операцию производят при беременности, то больная остается в постели 6—8 дней.



Рис. 85. Киста влагалища, расположенная в преддверии влагалища.



Рис. 86. Фиброма влагалища, расположенная в нижнем отрезке задней влагалищной стенки. Распознавание ее путем пальпации (указательный палец введен в прямую кишку, большой палец той же руки — во влагалище).

Фибромы и фибромиомы влагалища

Эти опухоли встречаются очень редко. Величина их варьирует от самых маленьких по размеру до детской головки. Они отличаются плотной консистенцией, что и способствует их распознаванию (рис. 86). При малой величине опухоли клинические симптомы отсутствуют; большая опухоль может вызывать ощущения тяжести, давление, мешать половой жизни или родам. Лечение может быть только хирургическим и заключается в разрезе влагалищной стенки и капсулы опухоли с вылучением ее.

ЛИТЕРАТУРА

- Губарев А. П., Гинекология, Москва, 1922.
Клейн С. М., О кистах малых половых губ, Акушерство и гинекология, 1931, № 6.
Ломинаго А. Ф., К методике оперативного пособия при кистах наружных половых органов у женщины, Акушерство и гинекология, 1938, № 4.
Скробанский К. К., Учебник гинекологии, Ленинград, 1938.
Туберовский Д. Д., К вопросу о доброкачественных мышечных и соединительнотканых опухолях влагалища, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 4.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ПРИ КОТОРЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Узкий шейный канал часто сочетается с конической формой влагалищной части, маленьким по сравнению с шейкой телом матки, образующим с шейкой острый угол (гиперантефлексия), и, таким образом, носит характерные черты инфантильной матки. В некоторых случаях инфантильная матка сочетается с недоразвитым влагалищем и промежностью, но гораздо чаще при инфантильной матке имеется нормальное строение остальных половых органов. Точно так же при инфантильной матке можно иногда наблюдать и признаки общего инфантилизма, но инфантильная матка может наблюдаться и у женщин нормального телосложения.

При половом инфантилизме женщины часто жалуются на гипоменоррею, или дисменоррею (альгоменоррею). Иногда инфантильную матку можно обнаружить у первично бесплодной женщины.

Само собой разумеется, что при инфантилизме лечение должно быть направлено на общее развитие организма, а также на доразвитие половых органов.

В отдельных случаях, когда узкий шейный канал (коническая шейка) является единственным или преобладающим признаком инфантильной матки и сопровождается первичным бесплодием, происхождение которого при детальном исследовании нельзя объяснить иными, более достоверными причинами (см. ниже), может встать вопрос о расширении шейного канала с лечебной целью.

Причины женского бесплодия. Женщина, обращаясь к врачу за помощью по поводу бесплодия, почти всегда считает себя «виновницей». В действительности «виновником» бесплодного брака нередко является муж. Женское бесплодие не представляет собой определенную нозологическую единицу, а является симптомом или следствием разнообразных заболеваний или аномальных состояний органов женской половой сферы, других систем или всего организма.

Совершенно очевидно, что в тех случаях, когда женское бесплодие возникает на почве общих хронических заболеваний (туберкулез, сифилис, остеомиелизит и пр.), лечение должно быть направлено на устранение основного страдания. То же самое относится и к болезням обмена веществ, среди которых наибольшую роль играют тиреогенные и гипофизарные формы ожирения, требующие соответствующего гормонального лечения. Нельзя упускать из вида и ожирение на почве неправильного и чрезмерного питания, что требует изменения пищевого режима. Бесплодие, возникающее

на почве гиповитаминоза, особенно при недостатке витамина Е, едва ли практически значимо.

Несомненно, что самое большое значение в этиологии женского бесплодия имеют воспалительные процессы женской половой сферы. Хотя воспалительные заболевания нижнего отдела полового аппарата, сопровождающиеся патологическими выделениями, неблагоприятно влияющими на жизнедеятельность семенных нитей, могут явиться препятствием для зачатия, однако самой частой причиной женского бесплодия, как показали исследования многочисленных авторов (М. Н. Побединский, А. Э. Мандельштам и др.), являются заболевания труб. Отсюда ясно, что для профилактики женского бесплодия огромное значение имеет борьба с гонорройной инфекцией, осуществляемая венерологическими организациями, и борьба с абортom, проводимая учреждениями охраны материнства и младенчества.

Относительно частой причиной женского бесплодия является недоразвитие женских половых органов. Чем значительнее степень недоразвития, тем скорее оно может стать причиной бесплодия.

Среди пороков развития половых органов причиной бесплодия чаще, чем гипоплазия матки, является генитальный инфантилизм. Старые врачи придавали большое значение в этиологии бесплодия наличию конической шейки с узким шеечным каналом и точечным наружным маточным зевом. В связи с этим лечение заключалось в расширении и рассечении шеечного канала. В свете современных взглядов бесплодие, наблюдающееся при инфантилизме, вызывается не механическим препятствием к проникновению сперматозоидов, а гипоплазией тканей (неполноценность децидуальной реакции, препятствующая прививке оплодотворенного яйца). Функциональное состояние матки и труб, их тонус и реакция на физиологические импульсы также могут играть роль в возникновении бесплодия. Поэтому неудивительно, что зондирование, расширение и рассечение маточного зева и шеечного канала далеко не часто обеспечивали успех. Однако полностью отрицать значение этого метода лечения первичного бесплодия при инфантильной матке все же нельзя. В отдельных случаях мы могли констатировать это на опыте. Но прежде чем прибегнуть к зондированию инфантильной матки или к рассечению шеечного канала, необходимо убедиться в отсутствии и других многочисленных причин бесплодия (особенно трубного). И если будет достигнут успех, его надо закрепить, приняв необходимые меры, чтобы не произошел выкидыш.

Методы исследования причин женского бесплодия. Причину женского бесплодия во многих случаях трудно установить, так как оно может быть обусловлено совокупностью многих перемежающихся между собой причин. Поэтому необходимо уделить самое большое внимание исследованию всего организма женщины и, конечно, половой сферы. Могут понадобиться микроскопическое исследование выделений, определение кислотности влагалищного содержимого и другие клиничко-лабораторные исследования. Зондирование и выскабливание полости матки, которые в прежнее время широко применялись в качестве лечебного метода при бесплодии, сейчас не потеряли своего значения и для диагностических целей, например, при определении гипофункции яичников, ановуляторных менструаций и т. п. Если при тщательном гинекологическом исследовании изменения, объясняющие причины бесплодия, не обнаружены, то, учитывая частоту нарушения функционального состояния маточных труб, в результате главным образом воспалительных процессов, необходимо произвести соответствующее исследование.

Продувание труб. Наиболее распространенным методом функционального исследования маточных труб является их продувание. В тех-

ническом отношении продувание маточных труб — несложный метод и нетрудно приобрести в нем необходимые навыки. Вместе с тем этот метод и не безопасен.

Противопоказаниями к продуванию труб служат острые и подострые воспалительные процессы тазовых органов, маточные кровотечения, подозрение на маточную или внематочную беременность, предменструальный, менструальный и постменструальный периоды, гнойные выделения из половых органов, наличие ускоренной реакции оседания эритроцитов, повышенный лейкоцитоз, положительная реакция Борде-Жангу, а также явное утолщение маточных труб. Поэтому перед продуванием труб необходимо, кроме гинекологического исследования, произвести тщательное исследование выделений из влагалища и цервикального канала (иногда и уретры), а также определить реакцию оседания эритроцитов. При ускоре-

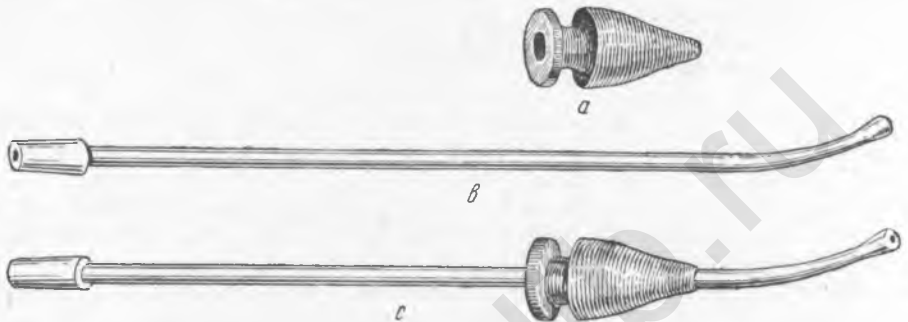


Рис. 87. Продувание труб. Маточный наконечник для продувания труб.
а — резиновая насадка; б — металлический наконечник; с — готовый к введению в матку наконечник.

нии реакции оседания эритроцитов (выше 12—15 мм по Панченкову), при наличии в мазках гнойных клеток или влагалищной флоры, соответствующей III или IV степени чистоты, продувания производить не следует. Очень важным противопоказанием к продуванию труб является бывшая недавно вспышка или обострение воспалительного процесса внутренних женских половых органов. Поэтому большое значение при решении вопроса о применении продувания мы придаем анамнезу и наблюдению за больной; если обострение процесса имело всего лишь несколько недель или даже 3—4 месяца назад, то и при нормальной реакции оседания эритроцитов и наличии в мазках картины, соответствующей I или II степени чистоты, мы считаем продувание небезопасным. Противопоказанием к продуванию является пuerперальный период, пороки сердца, *st. thymico-lymphaticus*.

Для продувания труб мы пользуемся довольно простым прибором, который состоит из следующих отдельных частей: 1) из маточного наконечника от шприца Брауна, причем на наконечник насажен резиновый конус от спринцовки Тарновского (рис. 87), 2) из ртутного манометра для измерения давления в системе (аппарат Рива-Роччи), 3) из обыкновенного двойного резинового баллона. Ртутный манометр может быть заменен и другим манометром, например, пружинным, а вместо двойного резинового баллона может быть взят большой шприц емкостью в 150—200 см³.

Перед продуванием женщина должна помочиться, кишечник должен быть очищен клизмой. Перед каждым исследованием маточный наконечник и резиновая трубка вместе с инструментами (зеркала, пулевые щипцы, пинцет и пр.) стерилизуются. Исследование производится на гинекологическом кресле.

Маточный наконечник при помощи резиновой трубки через манометр соединяют с резиновым баллоном и вся система проверяется. После соответствующей подготовки наружных половых органов в зеркалах обнажается влагалищная часть шейки матки и тщательно дезинфицируется спиртом. Затем под контролем глаза тангенциально (не прокалывая ее насквозь) захватывают переднюю губу шейки матки пулевыми щипцами несколько выше наружного зева (рис. 88). После этого пулевые щипцы берут в левую руку, а правой осторожно, учитывая положение матки, вводят маточный наконечник так, чтобы его резиновый конус закрывал по возможности герметически наружное отверстие шейечного канала. Наконечник вводят в матку без предварительного расширения шейки во избежание ранения слизистой оболочки, в результате чего воздух мог бы проникнуть в кровеносные сосуды и повести к воздушной эмболии.

Если имеются значительные разрывы шейки, полезно захватить другими пулевыми щипцами также и заднюю губу маточного зева (рис. 89); после введения в матку наконечника пулевые щипцы перекрещиваются для того, чтобы надежнее замкнуть отверстие шейечного канала вокруг наконечника и препятствовать тем самым обратному выхождению воздуха мимо наконечника (рис. 90). Затем в систему медленно нагнетают воздух и наблюдают за постепенным, ступенеобразным подъемом ртутного столба: 50, 75, 100, 150 мм (рис. 91)¹.

Заключение о проходимости или непроходимости маточных труб мы делаем на основании суммы субъективных и объективных данных: аускультации, падения давления в манометре, френикус-симптома, боли. Если нет ассистента, можно выслушивать и самому хирургу фонендоскопом, который больная поддерживает рукой* внизу живота.

Если трубы проходимы, то при выслушивании через брюшную стенку слышно «бульканье» или тихий звук, напоминающий свист. Ртуть в манометре с той высоты давления, с которой воздух нагнетался в матку (т. е. примерно 150 мм), падает до 60 мм. Воздух, проникший через трубы в брюшную полость при переходе большой из горизонтального положения в вертикальное, поднимается к грудобрюшной преграде, раздражает нервные волокна (п. phrenici); это может вызвать ощущение боли в плече и под лопаткой, особенно правой (френикус-симптом). Эта боль обычно быстро проходит. Иногда френикус-симптом появляется лишь через несколько часов или даже на следующий день после продувания. Об этом следует предупредить больную.

Если просвет трубы в каком-либо месте (чаще это бывает в интерстициальной части) плохо проходим, то прослушиваемый через брюшную стенку звук будет более высокого тона, а столбик ртути в манометре будет падать медленнее и ниже, чем при полной проходимости. При полной непроходимости никакого звука прохождения не прослушивается, ртутный столбик, достигнув известного уровня в манометре, остается на этом уровне и не падает (конечно, при условии, что насадка на канюле хорошо прижата к матке и нет утечки воздуха обратно через шейечный канал во влагалище).

Следует заметить, что при неполном замыкании наружного маточного зева воздух из матки может проходить во влагалище мимо резинового конуса канюли, симулируя характерный звук. Иногда это является источником ошибок для мало опытного врача. Поэтому надо помнить, что обратное выхождение воздуха обычно сопровождается легким шипением и появлением вокруг шейки и наконечника заметных на глаз мелких пенящихся

¹ Автором способа продувания труб комнатным воздухом является А. Э. Мандельштам, впервые предложивший его в 1922 г.



Рис. 88. Продувание труб. Передняя губа маточного зева захватывается пулевыми щипцами тангенциально.



Рис. 89. Продувание труб. При наличии разрыва шейки тангенциально захватываются пулевыми щипцами как передняя, так и задняя губа маточного зева.



Рис. 90. Продувание труб. После введения наконечника пулевые щипцы перекрещиваются для того, чтобы надежно замкнуть шейечный канал и препятствовать обратному выхождению воздуха мимо наконечника.

пузырьков. При введении воздуха в матку и трубы необходимо соблюдать безукоризненную асептику, как и при всякой внутриматочной манипуляции.

Из технических погрешностей, которые могут вызвать осложнение, укажем на чрезмерно высокое давление и форсированное толчкообразное нагнетение воздуха. Давление свыше 150—180 мм опасно: форсированное введение воздуха при высоком давлении может повлечь за собой не только

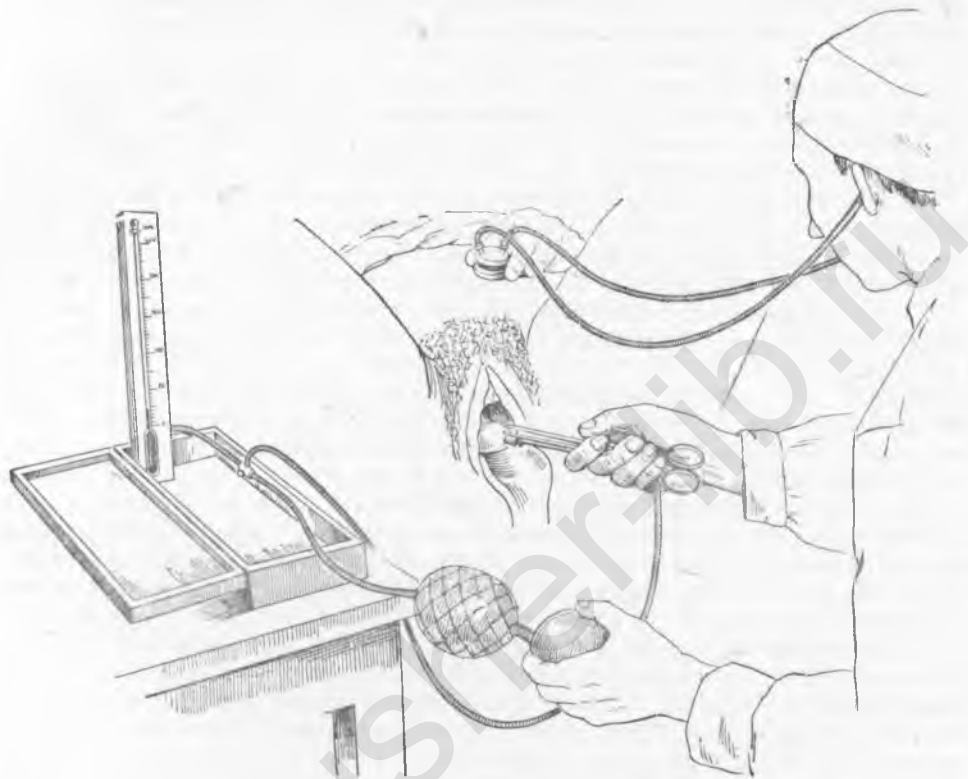


Рис. 91. Продувание труб по М. Н. Побединскому без помощи ассистента. Пулевые щипцы, фиксирующие шейку матки, и введенный в матку наконечник исследующий держит в одной руке, а в другой руке держит резиновый баллон; фонендоскоп удерживает на животе сама больная.

спазм труб и вследствие этого ошибку в диагностике, но и тяжелые осложнения, как, например, разрыв сактосальпинкса. Это не раз описывалось в литературе.

При отрицательном результате продувания следует, не извлекая канюли, через 2—3 минуты повторить продувание. Иногда, вследствие раздражения матки быстро входящим в ее полость воздухом, происходит спазм маточного отверстия труб, который через несколько минут проходит.

Непроходимость труб может быть ошибочно диагностирована, если пертубацию производят незадолго до менструации. Наилучшим моментом для продувания является период с 10-го по 16-й день, считая от первого дня менструации. Точно так же, вследствие набухания слизистой в интрамуральной части, труба может оказаться непроходимой для воздуха при ретрофлексии матки. Диагностические ошибки могут встретиться при получении положительных симптомов проходимости труб. Так, акустический

феномен — шум прохождения струи воздуха или своего рода бульканье — может получиться тогда, когда воздух через узкую интрамуральную часть трубы проникает в растянутую и запаянную у ее фимбриального конца часть и превращает ее в пневмосальпинкс.

Отсутствие акустического феномена при пертубации также не служит абсолютным доказательством непроходимости. Этого феномена может не быть при извитой интрамуральной части трубы, пропускающей небольшое количество воздуха под небольшим давлением; если давление увеличивается, то в этой извитой части трубы образуется перегиб, который не пропускает воздуха. Создается впечатление, что труба непроходима, тогда как в действительности она проходима. Если на следующий день появляется френикус-симптом, то это подтверждает наличие проходимой трубы. Два случая, наблюдаемые Мандельштамом, когда впоследствии наступила беременность, убеждают в этом.

Падение первоначально повышенного давления в манометре при пертубации также не служит абсолютным доказательством проходимости труб. Во-первых, при неправильной технике воздух может просочиться мимо маточного катетера обратно во влагалище; во-вторых, воздух может проникнуть в закрытую у фимбриального конца маточную трубу и вызвать образование пневмосальпинкса, что также ведет к падению давления в манометре.

Надежным симптомом проходимости труб считался френикус-симптом. В настоящее время установлено, что при растяжении заращенных труб воздухом или иодолиполом нередко наблюдается резко выраженный френикус-симптом.

Френикус-симптом может не появиться, несмотря на проходимость, если женщина остается в постели после пертубации в течение нескольких часов, или одного-двух дней (А. Э. Мандельштам). Френикус-симптом может быть положительным при нарушенной внематочной беременности, при заболеваниях печени.

Таким образом, с уверенностью диагностировать проходимость можно лишь тогда, когда при пертубации возникает несколько положительных симптомов: 1) падение давления в манометре после первоначального подъема, который не должен превышать 150—180 мм; 2) появление характерного шума или бульканья, производимого струей воздуха, проникшего в брюшную полость; 3) появление френикус-симптома.

Метросальпингография (гистеросальпингография). Способ продувания маточных труб вполне достаточен, если трубы оказываются проходимыми. Но при отрицательном результате, если требуется точно установить локализацию непроходимости (или стеноза) трубы, следует прибегнуть к другому методу — метросальпингографии. Этот метод заключается в том, что в маточные трубы вводят через матку контрастное вещество, дающее тень на рентгеновском снимке. В гинекологической практике таким веществом чаще всего служит иодолипол, изготовляемый московским фармацевтическим заводом им. Семашко. Иодолипол отпускается в ампулах по 10 см³ и содержит 30% химически связанного иода. Иодолипол не раздражает слизистых оболочек и брюшины, дает четкие контрастные изображения и хорошо всасывается, не вызывая явления иодизма (М. Н. Побединский).

Противопоказания к метросальпингографии те же, что и к продуванию маточных труб: наличие острых, подострых (или обострившихся) воспалительных процессов где-либо в области половой сферы, эрозии шейки матки, патологические выделения или патологическая влагалищная флора, ускоренная реакция оседания эритроцитов (выше 12 мм по Панченкову), подозрение на беременность (безразлично, маточную или

внематочную), менструация и маточные кровотечения и т. п. Наилучшим временем для производства метросальпингографии считается середина интервала между двумя менструациями (через 8—12 дней после окончания последней менструации).

Применение метросальпингографии требует известной подготовки: желательно, чтобы накануне женщина приняла слабительное и чтобы за 1—2 часа до исследования была сделана очистительная клизма. Рекомендуется за полчаса до исследования ввести в прямую кишку свечу с белладонной. Перед самой манипуляцией производят обычный туалет наружных половых органов.

Техника метросальпингографии. Описываем ее так, как ее производит у нас в клинике доц. А. Л. Каплан.

Больная лежит на краю стола в положении для гинекологического исследования. Если ногдержателей нет, то она опирается ступнями на высокие табуретки, поставленные впереди и по бокам стола. Во влагалище вводят зеркала и тупфером, смоченным спиртом, дезинфицируют влагалище и влагалищную часть матки. Затем центрируют рентгеновскую трубку на нижнюю половину живота таким образом, чтобы вся область малого таза проицировалась на пленке. Заряженную кассету размером 18 × 24 или 24 × 30 см подкладывают под больную соответственно центральному пучку. Предварительно в горячей воде подогретый иодолипол набирают в шприц (количество вводимого иодолипола колеблется от 2—3 см³ при инфантильной матке, до 5—6 см³ при большой матке), который соединяют с наконечником. Проверив систему, шприц, наполненный иодолиполом, кладут на столик, покрытый стерильным полотенцем. Снова обнажают зеркала влагалищную часть матки, протирают наружный зев спиртом и каждую губу маточного зева захватывают пулевыми щипцами. Зная путем предварительного исследования (непосредственно перед манипуляцией) положение и величину матки и ориентируясь таким образом в направлении маточного канала, вводят в шеечный канал за внутренний зев наконечник, надетый на шприц. Слегка надавливая на поршень шприца, вводят в полость матки иодолипол. После введения 2—3 см³ у больной иногда появляются болевые ощущения, которые очень скоро проходят. Тогда медленно, не повышая давления, вводят в матку еще 1—2 см³ и одновременно производят снимок. Больная остается в прежнем положении и через 5 минут, не извлекая наконечника, производят второй снимок и затем снимают пулевые щипцы. В этот момент обычно часть иодолипола изливается из матки. М. Н. Побединский делает второй снимок через 1—2 минуты, а через 5—10 минут — третий снимок. По Мандельштамму желательно делать не менее 3—4 снимков для того, чтобы иметь представление о динамике передвижения контрастной массы из матки в трубы и в брюшную полость; промежутки между снимками следует вариировать от 1 до 5 минут и более в зависимости от тонуса и реактивности матки. После этого больную укладывают в постель не меньше чем на сутки.

На следующий день вновь производят рентгенографию, но уже без введения контрастного вещества.

Оценка рентгенографических данных, полученных при метросальпингографии. Изображение труб на рентгеновском снимке получается тогда, когда в них проникло контрастное вещество. При проходимости трубы контрастное вещество обнаруживается не только в матке и трубе, но и в виде отдельных пятен вне трубы в области малого таза (рис. 92); если же иодолипол в брюшную полость не проник, но заполняет обе трубы, то это говорит об их заращении в абдоминальном конце (рис. 93). При сактосальпинксе обычно имеется расширение всей

трубы или главным образом ее абдоминального конца (рис. 94 и 95). В тех случаях, когда не только на первом, но и на контрольных снимках имеется лишь изображение полости матки, можно сделать заключение,



Рис. 92. Метросальпингографии. Контрастное вещество легко прошло через обе трубы и немедленно распространилось в области тазовой брюшины. Полная двусторонняя проходимость установлена при первом исследовании.

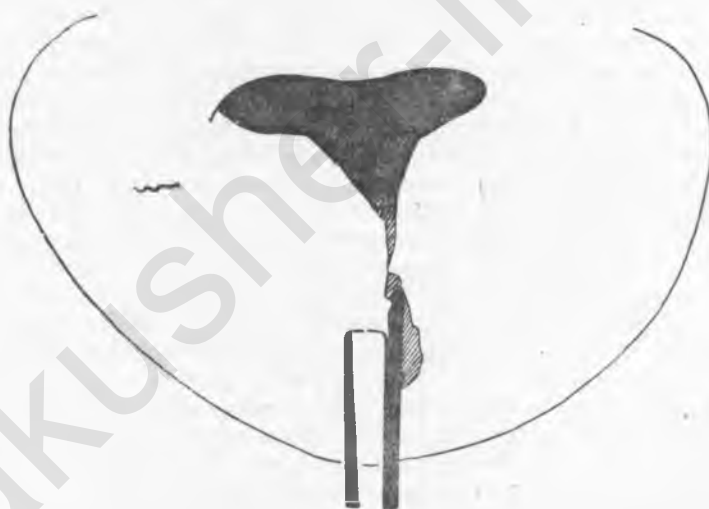


Рис. 93. Метросальпингографии. Полость матки нормальная. Левая труба непроходима на всем протяжении. Справа тонкая струйка контрастного вещества проникла до абдоминального конца трубы; воронка трубы запаяна, просвет трубы резко сужен.

что трубы либо облитерированы на всем своем протяжении, либо по меньшей мере в своей интерстициальной части.

Метросальпингография может обнаружить двустороннюю или одностороннюю непроходимость, притом в различных отделах труб и в разных вариантах. Таким образом, метросальпингографией можно определить

место непроходимости трубы, судить о состоянии канала трубы и решать вопрос о возможности, целесообразности и методе хирургического вмешательства. Прибегать к операции рекомендуется после одной, а иногда двух повторных метросальпингографий, с промежутком не менее 2 месяцев.



Рис. 94. Метросальпингография. Контрастное вещество быстро прошло в обе трубы и проникло в область брюшины малого таза, особенно слева. Проподимость левой трубы не вызывает сомнения. Справа наличие большого правильной формы пятна заставляет предполагать гидросальпинкс. Необходимо контрольное исследование через 24 часа.



Рис. 95. Метросальпингография. Контрольный снимок у той же больной (через 24 часа) показывает двустороннюю проходимость труб: пятно, вызвавшее подозрение на гидросальпинкс (см. рис. 94), исчезло.

Такая осторожность вызывается тем, что иногда непроходимость, обнаруженная при первом исследовании, исчезает и восстанавливается проходимость. Это послужило основанием для некоторых авторов признать за метросальпингографией значение лечебного фактора.

Продувание маточных труб и сальпингография дают в основном представление об анатомическом состоянии труб. О функциональной

деятельности маточных труб можно судить более или менее удовлетворительно на основании рентгенокимографии матки и труб.

Известно, что мускулатура маточных труб обладает способностью перистальтически сокращаться. В норме сокращения происходят в направлении от ампулы трубы к матке. С. А. Рейнберг, М. Н. Побединский, Я. И. Русин и др. обнаружили после введения контрастных веществ также и антиперистальтические движения. Осякина доказала влияние половых гормонов на интенсивность и ритм сокращений маточных труб. Русин установил наличие дополнительных движений труб. Установлению связи между проходимость маточных труб и их сократительной способностью у женщин, страдающих бесплодием, посвящена работа С. Я. Шахтмейстер, обследовавшей с помощью рентгенокимографии матку и трубы у 50 бесплодных женщин.

Метод рентгенокимографии для определения сократительной деятельности маточных труб дает интересные данные, но ввиду довольно сложной методики еще не получил широкого распространения в гинекологической практике.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Воспалительные процессы половой сферы занимают, как указано выше, первое место среди причин женского бесплодия. Всякий опытный гинеколог, несомненно, имел возможность при этом убедиться в ряде случаев в эффективности консервативного лечения. Мы не разделяем пессимистического взгляда некоторых зарубежных авторов, сомневающих в восстановлении проходимости заращенных маточных труб под влиянием рассасывающего лечения. Поэтому при наиболее частом виде женского бесплодия — трубном бесплодии — методом выбора являются разнообразные консервативные способы лечения.

Применяя комплексный метод лечения воспалительных процессов внутренних женских половых органов, которому мы в свое время дали название «интенсивной терапии», мы нередко наблюдали излечение от бесплодия женщины, страдающей двусторонними воспалительными опухолями придатков матки. Так, в 1938 г. М. И. Малева установила, что из 41 женщины, страдавшей бесплодием не менее 3 лет, лечившихся стационарно в нашей клинике, у 13 наступила беременность.

При лечении бесплодия издавна пользуются грязелечением на курорте. Не подлежит сомнению, что грязелечение и вне курорта является действительным методом воздействия на воспалительные процессы. Однако грязелечение на курорте дает возможность использовать и другие целебные факторы (морские ванны, климатотерапия, аэротерапия, отдых и пр.).

Если причиной женского бесплодия является гипоплазия матки, выражающаяся в малой ее величине и вследствие слабой менструальной функции (маленькая менструирующая поверхность слабо развитого эндометрия, недостаточно реагирующего на яичниковые гормоны), лечение должно быть направлено к тому, чтобы физиотерапевтическими мероприятиями и гормональными препаратами вызвать увеличение матки. Для этого назначают эндокринные препараты (фолликулярные гормоны). Дозировка их зависит от степени гипоплазии и поэтому колеблется в значительных пределах. В такой же зависимости находится и продолжительность лечения. Мы не являемся сторонниками массивных доз и предпочитаем при умеренной гипоплазии от 5 000 до 10 000 м. е. на инъекцию ежедневно или через день в течение периода, соответствующего фазе пролиферации эндометрия, т. е. до середины интервала между двумя менструациями. В течение второй по-

ловины интервала инъекции не производят, чтобы в случае наступления зачатия не вызвать выкидыша. Лечение продолжаем до тех пор, пока не отмечается ясное увеличение матки, а при скудной менструации — пока не наступит ее нормализация. Такой метод гормонотерапии рассчитан на несколько месяцев. Общую дозу гормонов доводят в подобных случаях до 100 000—200 000 м. е. Ввиду отсутствия точно установленных дозировок, а также ввиду возможности получения различного эффекта, в зависимости от индивидуальных особенностей организма, следует при гормонотерапии проверять зондом через определенные промежутки длину полости матки. При этом получают более точные данные, чем при двуручном гинекологическом исследовании. Если зондирование не покажет увеличения полости матки, то следует увеличить дозу вводимого препарата или продолжить лечение.

Что касается лечения бесплодия при наличии доброкачественных опухолей женской половой сферы, то новообразования яичников сами по себе требуют хирургического вмешательства. Операция у женщины, страдающей бесплодием, должна быть по возможности щадящей: удаляя новообразование, надо всячески стараться оставить хотя бы часть здоровой ткани яичника.

Наличие фибромиомы само по себе не является показанием к операции, так как наступившая беременность может закончиться своевременными благополучными родами. В редких случаях фибромиома является препятствием к наступлению беременности или может нарушить ее течение. Однако если у молодой женщины, бесплодной в течение 3—4 лет нормальной половой жизни (обычно мы считаем женщину бесплодной после 2—3 лет), не обнаруживают других причин, кроме наличия фибромиомы, для объяснения бесплодия и если имеется небольшое количество узлов при благоприятном их расположении (внутристеночное или подсерозное), то нужно считать показанной консервативную операцию — миомэктомию.

При фиксированной ретродевиации матки можно испробовать гинекологический массаж. Его эффективность, несомненно, увеличится, если перед сеансом будет проведена тепловая процедура — грязи, парафин, озокерит, диатермия и пр. Если эти мероприятия не дадут эффекта, то приходится прибегнуть к чревосечению.

Заканчивая общий обзор методов лечения женского бесплодия, нужно еще указать, что диагностические и лечебные мероприятия должны проводиться по заранее разработанному плану. Конечно, по мере надобности в план можно внести коррективы. Лечение женского бесплодия иногда надолго затягивается. Страстное желание женщины иметь ребенка делает ее подчас нетерпеливой: она переходит от одного врача к другому, получает различные назначения, ни одно не доводит до конца и в конечном счете лечение остается безрезультатным. Чтобы этого не произошло, врач с самого начала должен посвятить женщину в план лечения, разъяснив ей, что только выдержка и точное выполнение врачебных предписаний сделают возможным осуществление ее заветной мечты — стать матерью. (О хирургических методах лечения при трубном бесплодии см. ч. II.)

ЛИТЕРАТУРА

- Агарнов А. М. и Фанараджев В. А., Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии с помощью контрастных веществ, Труды I Закавказского съезда акушеров-гинекологов, Тифлис, 1931.
Брауде И. Л., Консервативное лечение женских болезней, Медгиз, 1939.
Брауде И. Л., О причинах женского бесплодия, Советская медицина, 1940, № 23.
Брауде И. Л., Лечение женского бесплодия, Советская медицина, 1950, № 8.
Бутомо В. Г., Женское бесплодие, Диссертация, Л., 1937.

- Дубинчик Я. С., Биологические особенности шеечно-влагалищного секрета и неполноценность спермы как этиологические факторы бесплодия, Акушерство и гинекология, 1940, № 1.
- Малева М. И., Интенсивная терапия воспалительных процессов женской половой сферы как метод борьбы с бесплодием, Акушерство и гинекология, 1938, № 6.
- Мандельштам А. Э., Новый простой метод определения проходимости фаллопиевых труб, Врачебная газета, 1923, № 19.
- Мандельштам А. Э., Гинекологическая диагностика, ЦНИАГ, Л., 1940.
- Мандельштам А. Э., Функциональная диагностика причин женского бесплодия, Акушерство и гинекология, 1946, № 2.
- Малиновская В. К. и Савельева З. Д., Клиническая и диагностическая ценность метросальпингографии, Гинекология и акушерство, 1933, № 3.
- Писемский Г. Ф., Бесплодие брака, БМЭ.
- Николаев А. П., Руководство к технике исследования, диагностики и лечения в гинекологии, Сталино, 1937.
- Побединский М. Н., Диагностика трубного бесплодия, Труды Медицинского института, 1936.
- Побединский М. Н., Некоторые актуальные вопросы профилактики, диагностики и терапии бесплодия, Акушерство и гинекология, 1946, № 2.
- Побединский М. Н., Бесплодие женщины, Медгиз, 1949.
- Полонский Я. Н. и Речевский С. С., К вопросу о бесплодии при конической шейке, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 3.
- Черток Р. А., К этиологии бесплодных браков. VII съезд Всесоюзного общества акушеров-гинекологов, 1926.
- Шахтмейстер С. Я., Рентгенокимография матки и труб при бесплодии, Акушерство и гинекология, 1950, № 3.
- Шмундак Д. Я. и Осетинский Т. Г., К вопросу о диагностическом и прогностическом значении сальпингографии при лечении трубного бесплодия, Гинекология и акушерство, 1926, № 5—6.
- Ягунов С. А., Новое в клинике продувания фаллопиевых труб, Сборник трудов ЦНИАГИ, 1939.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ И РАСКРЫТИЯ КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ

Зондирование матки производится маточным зондом. Зонд имеет длину 25—30 см, плоскую рукоятку и небольшое закругленное утолщение на конце — пуговку. Так как зонд применяется главным образом для измерения длины полости матки, то обычно на зонде имеется шкала в сантиметрах. Кроме того, на маточном зонде расположено продолговатое утолщение в том месте, которое соответствует нормальной длине полости матки (7 см). Маточный зонд слегка изогнут, что соответствует кривизне матки. Делают зонд из мягкого металла: красной меди, латуни, в результате чего зонду можно придать большую или меньшую изогнутость.

Зондирование матки — операция, требующая соблюдения тех же правил, которыми руководствуются при производстве других операций.

Показания к зондированию матки. Зондирование матки применяется главным образом с диагностической целью и значительно реже — в качестве лечебного метода. Зондированием можно определить место сужения в шеечном канале, а также установить длину маточной полости, ее форму и положение в тазу. Зондирование матки, примененное в качестве диагностического метода, может явиться составной частью оперативного вмешательства, чаще всего выскабливания полости матки.

Приступая к выскабливанию, прежде всего определяют зондом длину и направление маточного канала (положение матки должно быть предварительно определено двуручным исследованием). Зондирование также применяют при расширении или при ампутации шейки матки.

В целях распознавания иногда необходимо иметь данные не только о длине маточного канала, но и о форме полости матки и об особенностях

ее внутренней поверхности. Так, например, при подозрении на наличие подслизистой фибромиомы можно попытаться зондом нащупать опухоль или фиброзный полип и, таким образом, поставить более или менее точную диагностику (см. ниже). При дифференциальной диагностике между фибромиомой матки и опухолью (кистой) яичника измерение полости матки зондом может служить вспомогательным методом для подкрепления того или иного диагноза. Так, нормальная длина маточного канала (7 см) будет скорее говорить за то, что опухоль принадлежит не матке (см. главу об опухолях яичника), а яичнику; значительно увеличенная полость матки может указывать на наличие фибромиомы.

Определяя зондированием форму маточной полости, можно распознать некоторые виды пороков развития матки, например, наличие перегородки в полости матки, двурогую матку и т. п.

В неясных случаях, особенно когда двуручное исследование затруднено вследствие ожирения брюшной стенки, зондированием можно определить положение матки.

Зондирование матки как лечебный метод. Как лечебный метод зондирование может быть применено для устранения стриктур и стенозов в области наружного или внутреннего маточного зева, или на каком-либо другом участке шейного канала.

Зондирование матки, как уже указывалось, может быть применено и для лечения первичного женского бесплодия в тех случаях инфантильного строения матки (длинная коническая шейка, маленькое тело матки, острый угол антефлексии), когда при самом тщательном исследовании других причин для возникновения бесплодия не обнаруживается.

Противопоказания к зондированию. Абсолютным противопоказанием к зондированию служит ненарушенная беременность, или хотя бы только подозрение на наличие таковой. Зондирование противопоказано при острых и подострых воспалениях половых органов. Особенно следует воздержаться от зондирования матки при наличии гнойных выделений из шейного канала и при наличии ракового распада при раке шейки матки.

При старческой пиометре или при пиометре на почве рака полости матки зондирование может оказаться необходимым для опорожнения гнойного скопления, несмотря на наличие гнойного кольпита.

Техника зондирования. Влагалище промывают каким-либо дезинфицирующим раствором и протирают стерильной марлей (вместо промывания можно протереть влагалище — тупфером со спиртом), зеркалами обнажают влагалищную часть матки и протирают ее спиртом и смазывают йодной настойкой. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу маточного зева. Затем удаляют переднюю ложку зеркала (подъемник), а заднюю передают ассистенту. Пулевые щипцы оператор берет в левую руку и низводит ими шейку матки, а в правую руку берет зонд так, чтобы рукоятка лежала свободно между большим и указательным пальцами (рис. 96). Если помощника нет, то оперирующий вводит во влагалище два пальца левой руки и под их руководством захватывает пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева; затем вводит во влагалище заднюю ложку зеркала; пулевые щипцы, которыми была захвачена задняя губа, оперирующий берет в левую руку и, оттягивая их вниз по направлению к заднему проходу, прижимает ими ложку зеркала к задней стенке влагалища (рис. 97). Таким образом зеркало удерживается во влагалище. Зонд свободно держат за рукоятку между большим и указательным пальцами правой руки так, чтобы при появлении препятствия, рукоятка зонда скользя между пальцами, легко ушла бы обратно.



Рис. 96. Зондирование матки. Рукоятка зонда лежит свободно между большим и указательным пальцами хирурга. Заднее зеркало держит помощник.

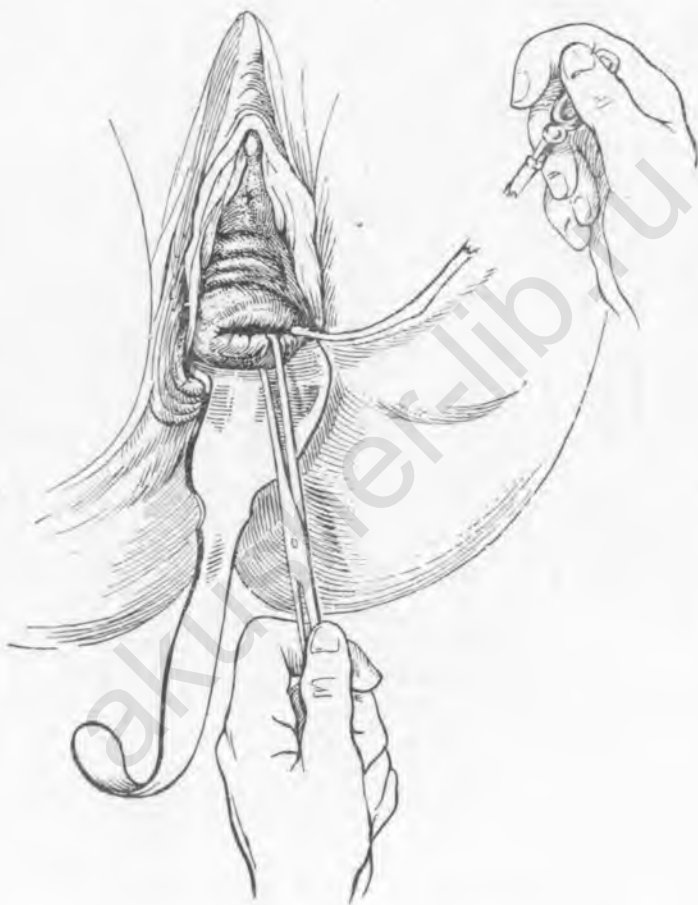


Рис. 97. Зондирование матки. При отсутствии помощника хирург захватывает заднюю губу маточного зева пулевыми щипцами, берет их в левую руку и прижимает ими зеркало к промежности. Зонд же вводит правой рукой.

Препятствием к введению зонда в полость матки, особенно у небеременной женщины, может служить наличие острого угла между телом и шейкой матки (гиперантефлексия), что уже до зондирования обнаруживается при двуручном исследовании. В этом случае необходимо сильнее вытянуть шейку матки пулевыми щипцами и таким образом несколько распрямить угол антефлексии, зонду же надо придать большую изогнутость и после этого легко, не форсируя, продвинуть его в полость матки.

Зондирование при стенозах в области наружного или внутреннего маточного зева или на каком-либо другом участке шейечного канала требует особой осторожности и деликатности при преодолении встретившегося препятствия. Надо помнить, что насилие при введении зонда может повести



Рис. 98. Зондирование матки. Зондированием можно распознать подслизистую фибромиому.

к образованию ложного хода и даже сквозного прободения маточной стенки. Зонд может проникнуть в сторону параметрия, в соседние органы или в брюшную полость.

Если обычный маточный зонд не проходит, то пробуют провести пуговчатый зонд чуть меньшего размера, а в случае надобности берут еще более тонкий зонд. Сразу брать очень тонкий зонд не следует, так как чем тоньше зонд, тем легче сделать ложный ход. После того как один из зондов прошел через стриктуру, берут следующий, несколько более толстый и т. д., пока в полость матки свободно не пройдет обычный маточный зонд. Если даже тонкий зонд не удастся провести через шейечный канал, то дальнейшие попытки должны быть прекращены. Возобновить их можно через некоторое время, достаточное для того, чтобы ложный ход, если он был сделан, зажил.

Несмотря на всю ценность зондирования матки, все же следует предостеречь от широкого применения зондирования в амбулаторной обстановке, применяемого, как на это указывает А. Э. Мандельштамм, некоторыми врачами без достаточных к тому показаний. Мы считаем, что при наличии серьезных показаний, при строгом соблюдении правил асептики, при условии правильной подготовки и выполнения этого вмешательства, зондирование в ряде случаев допустимо и в амбулаторной обстановке для уточнения положения матки, распознавания подслизистой фибромиомы или фиброзного полипа и т. п. (рис. 98).

Расширение шейечного канала может быть применено как в целях распознавания, так и в лечебных. Чаще всего расширение шейечного канала производится для того, чтобы можно было ввести в полость матки кюрет-

ку для выскабливания — диагностического или терапевтического — или другой инструмент для опорожнения полости матки, например, аборт-панг.

Расширение шеечного канала тупым путем. Расширение шеечного канала можно сделать тупым или острым путем. Наиболее распространенным способом является расширение шеечного канала металлическими бужами, имеющими несколько изогнутую форму и на одном из концов плоскую рукоятку, на которой помечен номер бужа. Каждый следующий номер толще предыдущего на 0,5—1 мм. Расширение производится обычно одномоментным способом. Эта маленькая операция болезненна, поэтому при необходимости значительного расширения следует применять наркоз. Само собой разумеется, что при этой операции, искусственно открывающей доступ в полость матки, должны быть соблюдены все правила асептики. Это совершенно необходимо, так как и при тупом расширении шеечного канала в его слизистой оболочке могут образоваться трещинки, сопровождающиеся кровотечением. Перед расширением путем двуручного исследования определяют положение матки, а перед введением бужа еще раз проверяют положение матки маточным зондом. Таким образом, расширению всегда предшествует зондирование полости матки.

Техника расширения металлическими бужами. После подготовки операционного поля (см. операцию выскабливания) ложкообразными зеркалами обнажают влагалищную часть матки. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу маточного зева. Так как при расширении шеечного канала приходится прилагать некоторую силу, то одна пара пулевых щипцов может оказаться недостаточной (Отт предпочитал захватывать и переднюю и заднюю губу, считая, что такая фиксация шейки предохраняет от травматизации крестово-маточные связки). Щипцы оперирующий держит в левой руке, а правой вводит в шеечный канал буж, который держит за рукоятку большим и указательным пальцами (рис. 99) так, чтобы его изгиб совпадал с изгибом матки. Вводят буж только за внутренний зев.

У небеременной расширение шеечного канала начинают с первого номера бужа, а при проходимом канале (начавшийся неполный выкидыш, фиброзный полип и т. п.) — с того номера, толщина которого соответствует просвету шеечного канала. Хирург вводит буж № 1 и оставляет его на несколько секунд, затем извлекает его и вводит следующий номер бужа и так далее, пока шеечный канал не будет открыт настолько, насколько этого требует выполнение поставленной цели. Если какой-нибудь буж проходит с трудом, то его оставляют в шеечном канале немного дольше ($1/2$ —1 минуту), затем извлекают и вновь вводят, и лишь после этого вводят следующий по размеру буж. Если при введении следующего номера бужа появится более значительное кровотечение, то это может означать, что в стенке шеечного канала образовалась трещина. Подозрение усиливается, если следующий номер бужа проходит легче предыдущего.

При правильной технике расширения возникают лишь поверхностные трещины слизистой оболочки шеечного канала. Они не вызывают ни особых кровотечений, ни каких-либо осложнений; глубокие трещины надо рассматривать как результат чрезмерного насилия при введении бужа. Чем медленнее и осторожнее производят расширение, тем меньше опасность возникновения повреждения. Если все же произошло повреждение стенки, то надо немедленно прекратить расширение.

Одномоментное расширение шеечного канала тупым путем имеет свои пределы, так, например, в первые месяцы беременности расширение

можно довести до прохождения одного пальца, а у небеременной женщины и того меньше. Между тем в гинекологической практике может встретиться необходимость обследовать полость матки пальцем (например, при подозрении на фиброзный полип). При беременности более 3—3½ месяцев для опорожнения матки может понадобиться введение в ее полость даже двух пальцев. Добиться в подобных случаях необходимого расширения одномоментным способом невозможно, поэтому приходится прибегнуть либо к двухмоментному тупому методу, либо к расширению шеечного канала острым (кровоавым) путем.

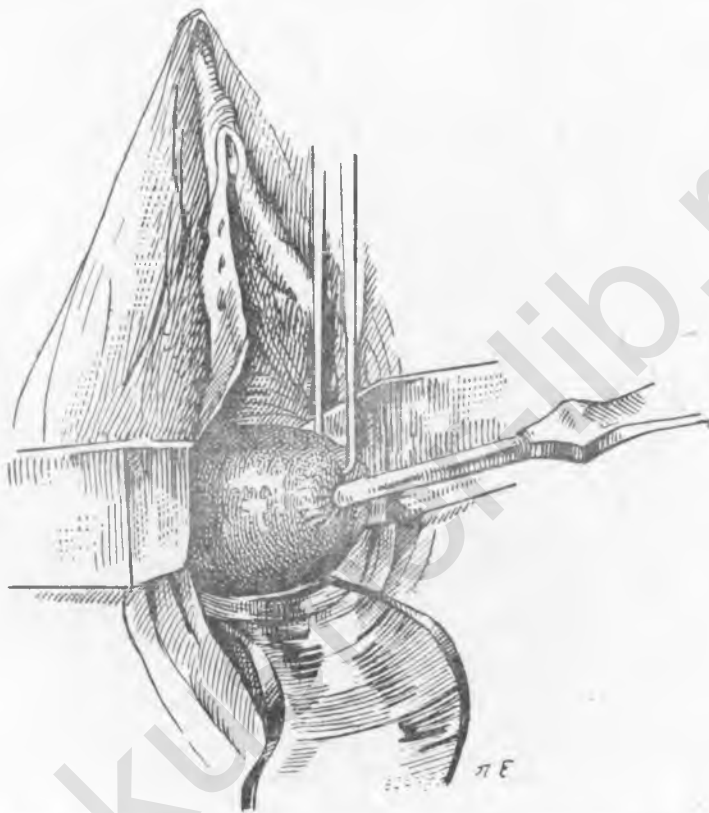


Рис. 99. Расширение шейки матки металлическими бужами.

Расширение шеечного канала острым путем (рассечения шейки матки) носит название дисцизии (*discisio colli uteri*).

Дисцизия. Прибегая к этой операции при первичном бесплодии, мы, как и многие другие хирурги, учитываем, что у этих больных часто наблюдаются аномалии менструального процесса, поэтому присоединяем к дисцизии и легкое выскабливание полости матки, которое либо должно устранить имеющуюся гиперплазию эндометрия, либо в случаях сопутствующей гипофункции яичников будет (как раздражитель) стимулировать их функцию через матку. Необходимо признать, что выскабливание, как и дисцизия в этих случаях носят чисто эмпирический характер, поэтому применение дисцизии при бесплодии может быть оправдано только в редких, тщательно отобранных случаях.

Техника дисцизии. Подготовка к дисцизии обычная для влагалищных операций. Наружные половые органы, влагалище и влагалищную часть матки дезинфицируют спиртом и иодной настойкой. Зеркалами обнажают шейку матки и двумя пулевыми щипцами захватывают отдельно переднюю и заднюю губы маточного зева. Затем зондируют и расширяют шеечный канал до металлического расширителя № 8. Если, кроме дисцизии, решено произвести и выскабливание полости матки, то сначала делают выскабливание, а потом дисцизию.

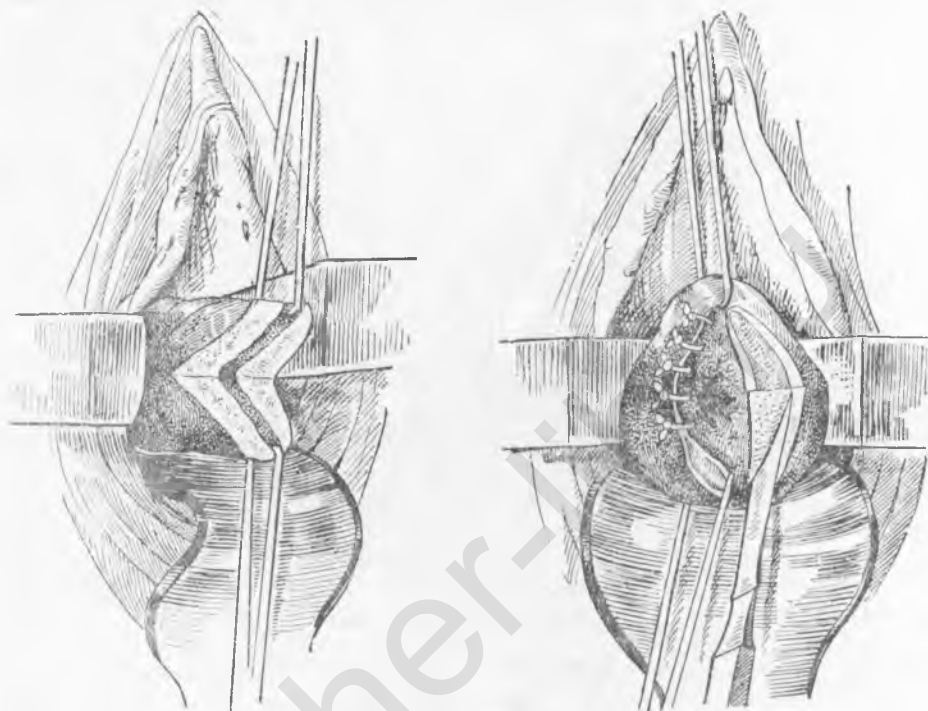


Рис. 100. Дисцизия шейки матки.

Симметричное рассечение наружного маточного зева с обеих сторон (левый рисунок). Иссечение клиновидных кусочков ткани на каждой из рассеченных поверхностей (правый рисунок). На правом рисунке наложены швы, соединяющие слизистую шеечного канала со слизистой, покрывающей снаружи влагалищную часть матки.

Применяются два метода дисцизии: а) боковое рассечение по обеим сторонам наружного маточного зева, б) рассечение одной задней стенки шейки, начиная от задней губы маточного зева.

Боковое рассечение. Пулевыми щипцами переднюю губу маточного зева оттягивают кпереди и вверх, а заднюю — кзади и вниз. С обеих сторон симметрично прямыми ножницами рассекают наружный маточный зев (рис. 100) и затем боковые стенки влагалищной части матки. Рассечение не должно производиться слишком высоко и ни в коем случае не должно простираться до внутреннего маточного зева и влагалищных сводов. После рассечения на влагалищной части матки получаются четыре раневые поверхности шейки. Из каждой иссекается плоский клин мышечной ткани в продольном направлении (рис. 100). Это дает возможность края слизистой оболочки шеечного канала соединить швами со слизистой оболочкой, покрывающей снаружи влагалищную часть матки (рис. 100).

Рассечение задней стенки шейки. Двумя пулевыми щипцами захватывают заднюю губу маточного зева и рассекают ее между щипцами по средней линии. Рассечение также не должно доходить до заднего свода (рис. 101).

При этом способе на влагалищной части матки образуются лишь две раневые поверхности; из каждой иссекается во всю длину по неглубокому клину мышечной ткани. Затем соединяют швами края слизистой

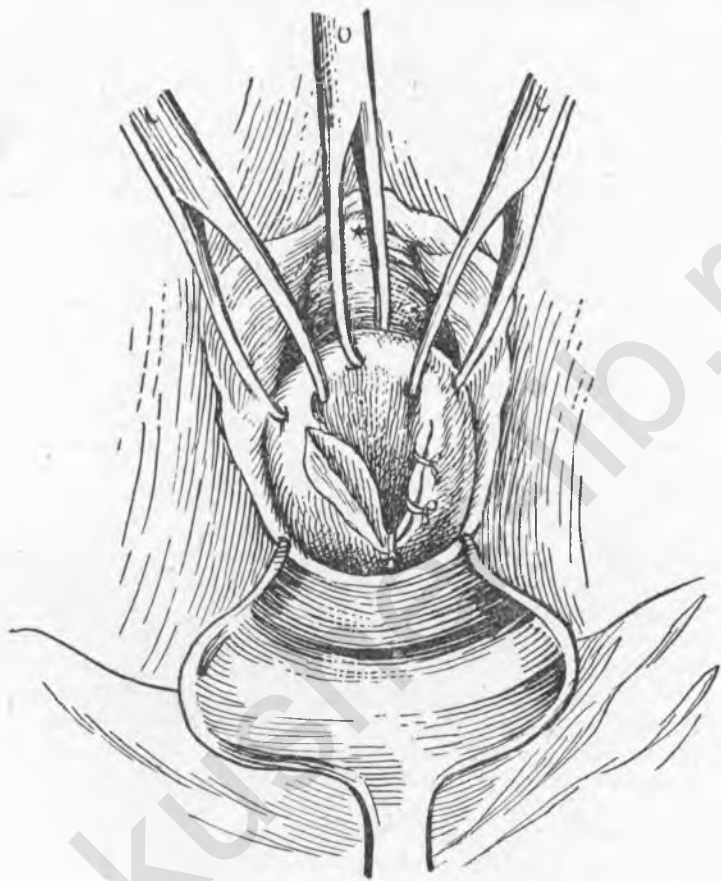


Рис. 101. Дисцизия задней губы маточного зева:

оболочки шеечного канала со слизистой оболочкой, покрывающей снаружи влагалищную часть матки. Для швов мы всегда применяем кетгут. Послеоперационный период особых мероприятий не требует. При гладком течении больная встает с постели на 3—5-й день и выписывается на 8—9-й. Половая жизнь должна быть запрещена по крайней мере на 3—4 недели.

Передняя кольпогистеротомия (рассечение шейки матки за внутренним зевом). Рассечение шейки матки за внутренний зев может стать необходимым при искусственном прерывании беременности, после четырех месяцев, когда поздний аборт производится по медицинским показаниям одномоментным способом, а также при удалении из полости матки опухоли или инородного тела.

Методика и техника операции передней кольпогистеротомии. Подготовка больной к операции — обычная для влагалищных операций. Переднюю губу маточного зева захватывают с обеих сторон пулевыми щипцами. Медленно, но энергично потягивая за щипцы, влагалищную часть низводят в преддверие влагалища до полного выворота передней влагалищной стенки. Шеечный канал после зондирования матки расширяют металлическими бужами (при наличии беременности — до № 12—14, у небеременных — до № 8—10). Через стенку влагалищного свода на месте прикрепления его к шейке матки (это место соответствует последней поперечной складке слизистой влагалища) скальпелем проводят поперечный разрез. На обоих концах поперечного разреза перпендикулярно к нему делают еще по короткому разрезу. В результате получается лоскутный разрез стенки переднего влагалищного свода (рис. 102). Лоскут вместе с лежащим под ним мочевым пузырем отделяют от шейки матки тупым путем — пальцем или марлевым тупфером, что легко удается при беременности. У небеременных, а часто и у беременных, особенно у первобеременных, отделение мочевого пузыря (вместе с влагалищным лоскутом) мы производим преимущественно острым путем. Делаем это следующим образом. Хирургическим пинцетом приподнимаем край лоскута. При этом ясно вырисовываются соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к передней стенке шейки матки. Изогнутыми ножницами надсекаем эти волокна у самой шейки (рис. 102). При этом обнажается задняя стенка мочевого пузыря; если приподнять ее анатомическим пинцетом, то вырисовывается следующий ряд соединительнотканых волокон, составляющих пузырно-шеечную перегородку. Таким образом, участок за участком под контролем глаза мочевого пузырь отделяется от шейки матки. Это наиболее бережный способ, особенно при ригидных тканях. Затем мочевой пузырь отодвигают чуть выше внутреннего маточного зева. При этом обнажается переходная пузырно-маточная складка брюшины. Ее немного отодвигают вверх и вскрывают. Теперь, защитив мочевой пузырь ложкообразным зеркалом или подъемником, рассекают переднюю стенку маточной шейки от наружного маточного зева вверх по средней линии (рис. 103). Края шеечного разреза перехватывают с обеих сторон пулевыми щипцами и последовательно стягивают ими переднюю стенку маточной шейки вниз по направлению ко входу во влагалище, продолжая разрез немного за внутренний зев. Таким образом, доступ в полость матки открыт для введения одного или двух пальцев. Вся операция проводится внебрюшинно.

После этого приступают к выполнению той задачи, ради которой была предпринята кольпогистеротомия. При производстве искусственного аборта по медицинским показаниям при большом сроке беременности (3 $\frac{1}{2}$ —4 месяца), при пузырном заносе, когда дно матки стоит высоко, опорожнение матки производят двумя пальцами, введенными в полость матки, под контролем и при участии второй руки, действующей со стороны брюшной стенки. Если из полости матки надо удалить фиброзный полип, то его обнажают подъемником, введенным в полость матки, после чего полип захватывают щипцами и откручивают, если у него тонкая ножка, или вылущают, если ножка широкая или сидит на широком основании (см. операцию при фиброном полипе).

Обезболивание при операции кольпогистеротомии. Чаще всего, если нет противопоказаний, мы применяем либо местную (пудендальную) анестезию, либо общий эфирный наркоз или спинномозговую анестезию, особенно в тех случаях, когда приходится опорожнять матку при большом сроке беременности.



Рис. 102. Передняя кольпогистеротомия. Начало отделения мочевого пузыря от шейки матки.

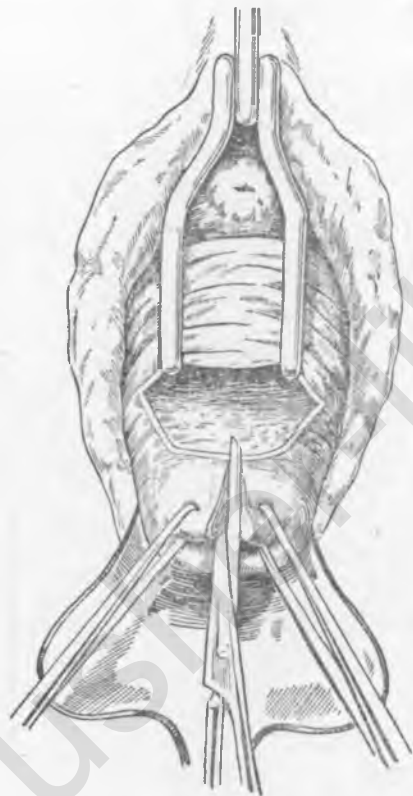


Рис. 103. Передняя кольпогистеротомия. Мочевой пузырь отделен от шейки матки и отодвинут подъемником вверх. Переднюю стенку шейки матки рассекают по средней линии.

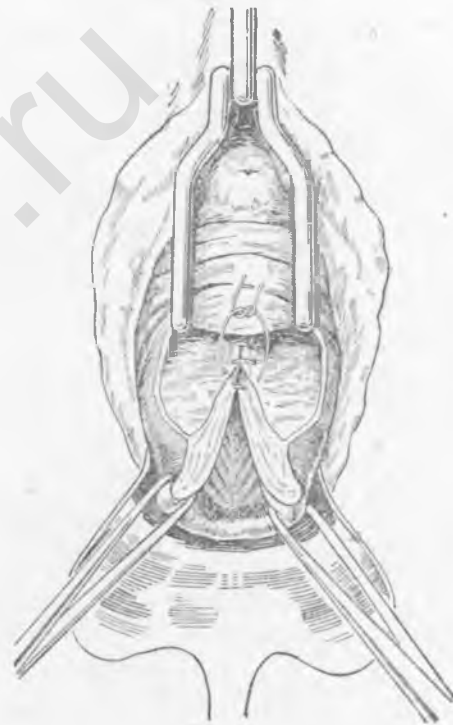


Рис. 104. Передняя кольпогистеротомия. Зашивание разреза шейки матки.

Важным моментом заключительного этапа операции (зашивания разреза шейки) является положение первого шва в верхней точке шеечного разреза. Эта точка должна быть ясно видна. Если конец разреза теряется в глубине и его сразу обнаружить не удастся, то можно провести первый шов на доступной для глаза глубине. Стягивая этим швом шейку вниз, нужно постепенно дойти до верхнего конца разреза и здесь наложить первый шов. Можно, как советует Гендон, провести этот шов тотчас, как только будет закончен разрез шейки, т. е. до опорожнения полости матки; шов не завязывают, а оставляют в качестве «держалки» для того, чтобы при зашивании шейки можно было бы, потянув за эту лигатуру, сразу

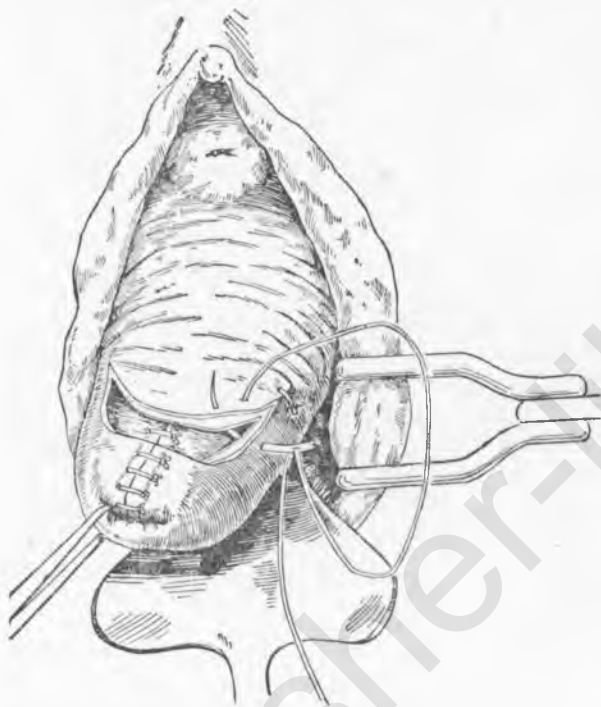


Рис. 105. Передняя кольпогистеротомия. Зашивание разреза влагалища.

обнаружить начало разреза. От этой точки и начинают зашивать разрез кетгутовыми лигатурами (рис. 104). Мы применяем всегда узловое швы. Но применяют и непрерывный шов. Некоторые хирурги, зашивая, не захватывают слизистой оболочки шеечного канала. Когда шейка зашита, удаляют подъемник, который отводил и защищал мочевой пузырь, и пришивают влагалищный лоскут на его место (рис. 105).

Для того чтобы обеспечить отток небольшого количества крови, которая может скопиться между мочевым пузырем и передней стенкой маточной шейки, можно ввести в нижний край зашитой влагалищной раны полоску марли.

Кольпогистеротомия по Лейбчику.

Появление этого метода было вызвано тем, что при старом способе кольпогистеротомии нередко наблюдается недостаточное срастание разреза в области наружного маточного зева. Посредине переднего края маточного зева часто остается дефект, распространяющийся на ту или иную глубину в канал шейки. Шеечный канал недостаточно заполняется слизью, наружный маточный зев широко зияет. Чтобы избежать этих последствий при операции по Лейбчику, разрез через переднюю стенку маточной шейки не доводят до наружного маточного зева, а заканчивают примерно на 1,5 см выше.

По Лейбчику операция начинается точно так же, как и кольпогистеротомия. После того как шеечный канал будет расширен до № 8 расширителя, а мочевой пузырь отделен от маточной шейки и отодвинут вверх, в шеечный канал вновь вводят буж № 8 и оставляют его до того момента, пока не будет произведен разрез через переднюю стенку маточной шейки (рис. 106). Разрез ведут, как обычно, вверх, за внутренний зев; вниз раз-

рез не доводят на 1,5 — 2 см до наружного маточного зева. Таким образом, наружный маточный зев остается целым. Длинная щель, получившаяся в передней стенке маточной шейки (рис. 107), ведет в полость матки и дает

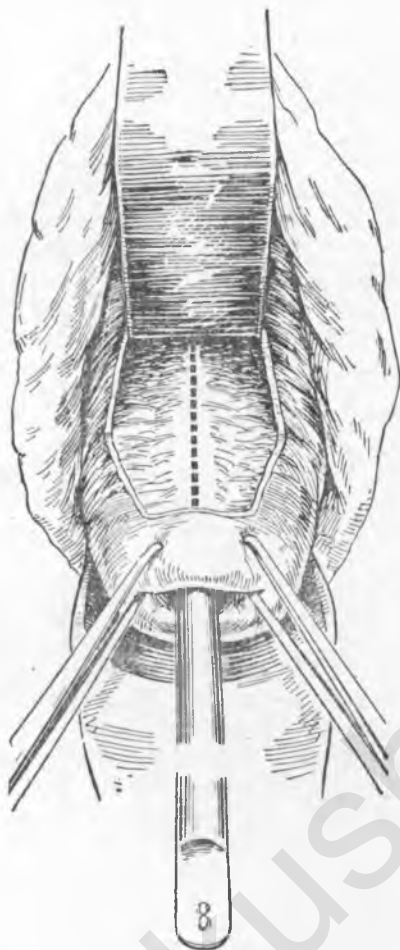


Рис. 106. Кольпогистеротомия по Лейбчику. В шеечный канал введен металлический буж (расширитель) № 8. Пунктиром обозначена линия разреза шейки матки.



Рис. 107. Кольпогистеротомия по Лейбчику. Передняя стенка шейки матки рассечена над металлическим бужом. Наружный маточный зев остается нетронутым.

возможность ввести в нее два пальца. После пальцевого обследования или опорожнения полости матки разрез в шейке и во влагалище зашивают, как было описано выше.

ЛИТЕРАТУРА

- Гептер Г. Г., Методы исследования в гинекологии, глава из книги Кривского, «Руководство по женским болезням», Л., 1927.
 Крассовский А. Я., Об исследовании матки при помощи зонда, Военно-медицинский журнал, 1859.
 Махшеев П. П., Длина полости матки как дифференциальный признак при фибромиомах матки и новообразованиях яичников. Диссертация, СПб, 1894.

- О р л о в Н. В., К вопросу о прободении стенки матки при зондировании и выскабливании ее полости, Русский врач, 1904.
- К а к у ш к и н Н. М., Влагалищное кесарское сечение в истинном смысле слова, Врачебная газета, 1924, № 2.
- Л е й б и ч Ю. А., К технике hysterotomia vaginalis anterior при позднем аборте, Журнал акушерства и женских болезней, 1924, № 4.

СТАРЫЕ РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрывы шейки матки возникают главным образом в родах, поэтому вопрос о свежих разрывах шейки относится к области акушерства.

Здесь мы будем говорить лишь о старых разрывах. Разрывы шейки матки никогда не заживают первичным натяжением; если разрыв не был зашит своевременно, то рана заполняется грануляциями, подвергается рубцеванию и оставляет после себя зияющую щель. Разрывы чаще бывают боковые, одно- или двусторонние. При двустороннем разрыве наружный зев превращается в широкую щель, а передняя и задняя губы представляются в виде отдельных полулунных лоскутов. Чем глубже разрыв, тем больше зияет маточный зев и тем больше выпячивается наружу слизистая оболочка шеечного канала (эктропион).

Лечение старых разрывов шейки может быть только хирургическим.

Противопоказанием к операции служат: 1) подозрение на беременность; 2) подозрение на злокачественное перерождение вывороченной слизистой шейки матки или на специфические сифилитические и туберкулезные язвы (при малейшем подозрении на таковые должна быть предварительно сделана биопсия); 3) наличие острого или подострого воспаления половых органов, а также хронического воспаления придатков матки, тазовой брюшины, тазовой клетчатки; 4) интеркуррентные заболевания с повышением температуры.

Методика хирургического лечения зависит от величины и формы разрыва.

При одно- или двусторонних боковых разрывах влагалищной части матки, не переходящих на влагалищный свод, если при этом шейка не чрезмерно гипертрофирована и не сильно деформирована, применяют пластическую операцию, восстанавливающую прежнюю форму наружного маточного зева (*trachelorrhaphia*). Как всегда перед влагалищной операцией, влагалищные выделения должны быть доведены до I или II степени чистоты, т. е. в мазках, взятых из влагалища, должны преобладать молочнокислые палочки (при II степени чистоты, наряду с влагалищными палочками, могут встретиться колибациллы, грамположительные диплококки и небольшое количество стафилококков; помимо указанной бактериальной флоры, в мазках, наряду с клетками влагалищного плоского эпителия, могут встретиться и лейкоциты в небольшом количестве). При наличии гнойных выделений и загрязненной влагалищной флоры операцию следует отложить и провести сначала энергичное консервативное лечение патологических выделений.

Обезболить в а н и е при пластических операциях на шейке, несмотря на то, что ткань маточной шейки мало чувствительна, все же обязательно, так как сильное низведение шейки, необходимое при этой операции по техническим условиям, очень болезненно. Эта операция непродолжительная, и если нет противопоказаний к короткому общему эфирному наркозу, мы охотно к нему прибегаем.

Среди пластических методов операции старого разрыва шейки широкое распространение получила пластика методом освежения краев разрыва.

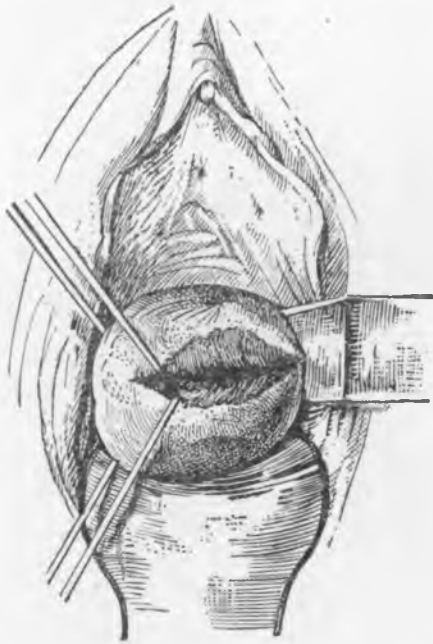


Рис. 108. Старый разрыв шейки матки. Обпажение одностороннего бокового разрыва.

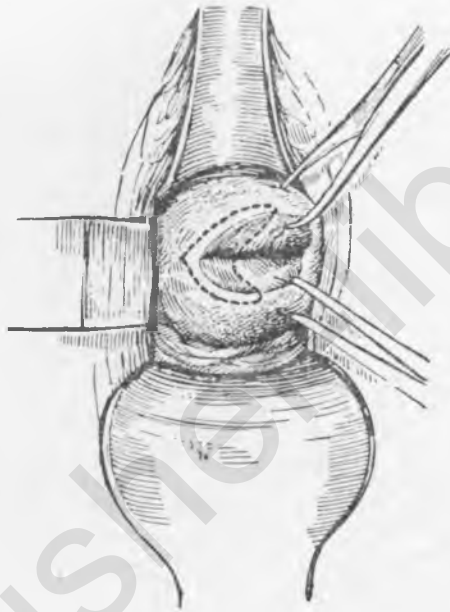


Рис. 109. Старый разрыв шейки матки. Пунктиром намечены границы «оснежения» краев разрыва.

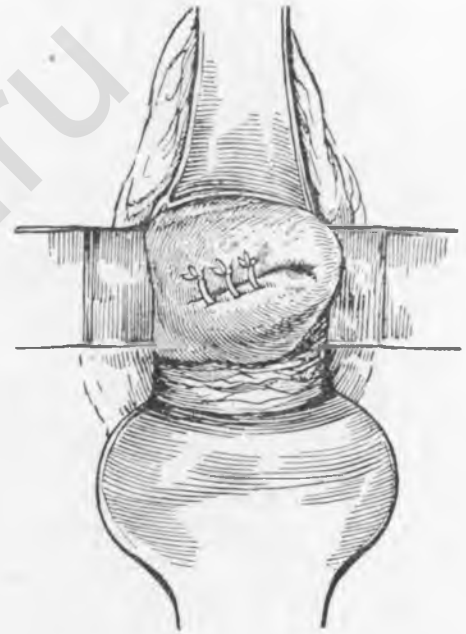


Рис. 110. Старый разрыв шейки матки. Освеженные края разрыва соединены узловыми швами.

Техника операции по методу освежения. Подготовка к операции, обычная для влагалищных операций. Наружные половые органы, после того как волосы на них сбриты, дезинфицируют спиртом и iodной настойкой; влагалище, влагалищную часть матки и шейный канал кротрируют в зеркалах спиртом и смазывают iodной настойкой. Операционное поле обкладывают стерильным бельем; влагалищные зеркала заменяют свежими и ими вновь обнажают шейку матки; пулевыми щипцами захватывают переднюю и отдельно заднюю губы маточного зева; переднюю ложку влагалищного зеркала (подъемник) удаляют, а заднюю заменяют коротким операционным зеркалом, позволяющим низвести шейку матки ко входу во влагалище. После этого пулевыми щипцами отводят кпереди переднюю губу маточного зева (по направлению к лону), а заднюю — кзади (по направлению к заднему проходу); таким образом, обнажают угол разрыва (при одностороннем боковом разрыве) или попеременно оба угла (при двустороннем разрыве) (рис. 108).

Для того чтобы вновь соединить края старого разрыва, их необходимо освежить. При эмметовской операции освежения вырезают рубец. Сначала острым скальпелем намечают границы освежения (рис. 109). С внутренней стороны граница освежения должна проходить у самого края слизистой оболочки шейного канала таким образом, чтобы слизистая осталась нетронутой. Срезая острым ножом лоскут рубца, нужно следить, чтобы вся поверхность была освежена, если же останется неосвеженный участок, то в этом месте не произойдет срастание с противоположной стороной. Для хорошего срастания срезаемый лоскут не должен быть слишком тонким. Такой же толщины лоскут срезают и на противоположной поверхности разрыва.

После того как лоскуты будут иссечены на нижней и верхней поверхности разрыва, приступают к наложению швов (рис. 110). Во избежание кровотечений в послеоперационном периоде некоторые операторы при пластических операциях применяют шелковые лигатуры. Мы же и при этих операциях неизменно применяем кетгут (№ 3), причем всегда шьем узловыми швами, а не непрерывным швом. Некоторые гинекологи не проводят швы через слизистую шейного канала, а вкол и выкол делают немного отступая от края слизистой шейного канала.

Если имеется двусторонний разрыв шейки, то целесообразно произвести освежение с обеих сторон, и только после этого наложить швы сначала на одной, а затем на другой стороне разрыва.

Описанная операция сопряжена с потерей ткани. Снимаемые лоскуты, как мы уже указывали, не должны быть очень тонкими, так как иначе не будет хорошего срастания освеженных поверхностей. Если разрыв произошел у женщины с узкой инфантильной шейкой, то потеря ткани при эмметовской операции может иногда привести к еще большему сужению шейки после удавшейся операции разрыва. Поэтому лично мы предпочитаем производить пластику шейки по «лоскутному методу».

Техника лоскутного метода операции старого разрыва шейки. Принцип этого метода заключается не в иссечении рубца, который образовался на месте разрыва в слизистой оболочке шейного канала, мышечной стенке и слизистой оболочке, покрывающей влагалищную часть матки, а в его р а с щ е п л е н и и. Расцепляя этот рубец, мы отделяем край слизистой шейного канала и подлежащую рубцовую ткань от рубцовой ткани, прилегающей к покрову влагалищной части матки. Следовательно, воспроизводим то же, что происходит при рубцевании разрыва, но в обратном порядке. Когда на месте разрыва образовывался рубец, то наружный край разрыва, покрытый слизистой обо-

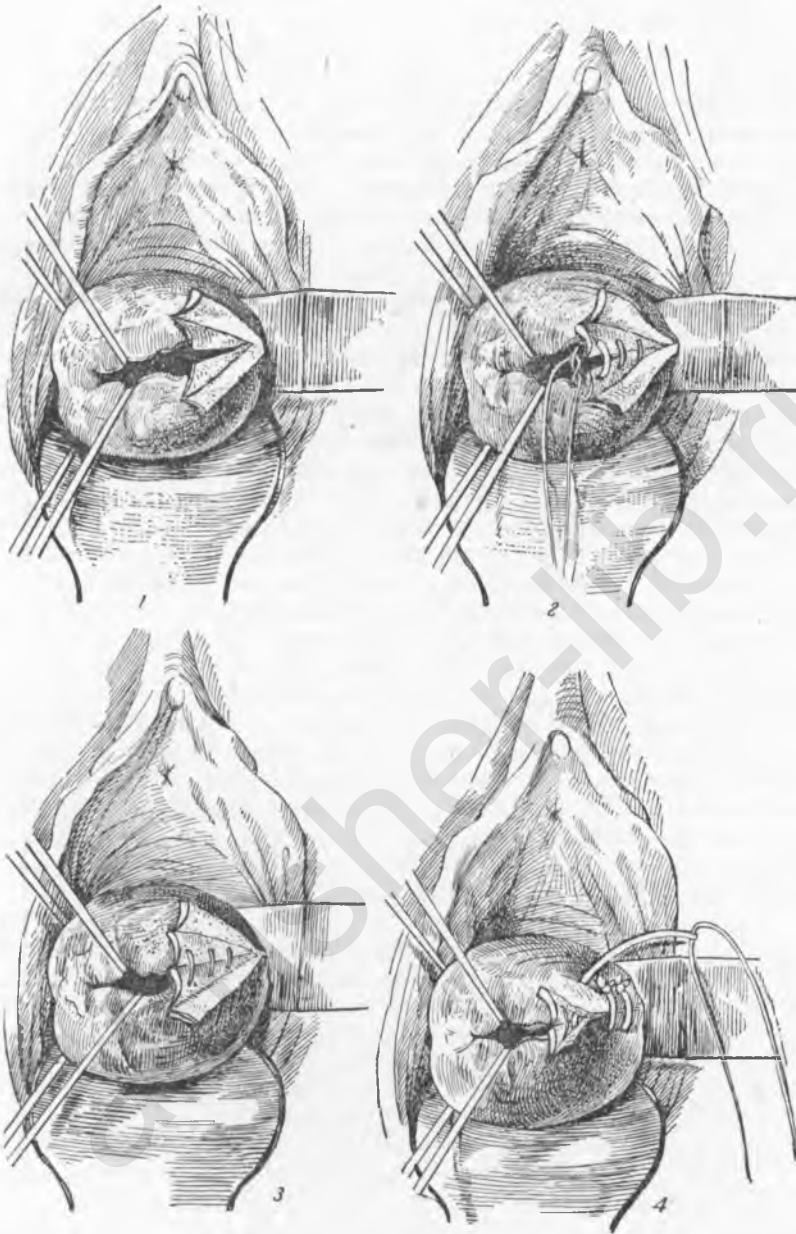


Рис. 111. Старый разрыв шейки матки. Лоскутный метод операции старого разрыва шейки матки.

1 — вдоль рубца на месте старого разрыва проведен разрез параллельно слизистой шейечного канала; получились четыре освещенные поверхности; 2 и 3 — наложение швов на освещенные края слизистой шейечного канала так, чтобы узлы лежали внутри шейечного канала; 4 — наложение швов на края мышечной стенки шейки так, чтобы узлы лежали на наружной поверхности влагалищной части матки.

лочкой влагалищной части, постепенно сливался в оплотневающим рубце с краем слизистой шеечного канала, мы же при пластике их снова объединяем, и в рубце образуются расщепленные «освеженные» поверхности, которые срастаются после соединения их между собой.

Показания, условия, подготовка к операции и обезболивание при лоскутном способе операции те же, что и при операции по методу освежения.

Х о д о п е р а ц и и: пулевыми щипцами оттягивают переднюю губу маточного зева от задней. Вдоль рубца, на месте бывшего разрыва, проводят разрез. Рубец расщепляют острым ножом, который ведут параллельно слизистой шеечного канала. Когда расщепление рубца вдоль верхнего и нижнего края разрыва закончено, получают четыре освеженные поверхности: две вверху и две внизу (рис. 111). После этого приступают к наложению швов. Сначала отдельными кетгутowymi лигатурами сшивают освеженные края слизистой оболочки шеечного канала так, чтобы узлы завязанных лигатур лежали внутри шеечного канала. Затем отдельными лигатурами (кетгут № 3 или тонкий шелк) сшивают освеженные поверхности толщи шеечной стенки; узлы этих швов лежат на наружной поверхности влагалищной части матки. Если больная, как это часто наблюдается при старых разрывах шейки матки, страдает меноррагиями, то перед тем, как приступают к пластической операции (после зондирования полости матки и небольшого расширения шеечного канала), узкой кюреткой выскабливают полость матки. В послеоперационном периоде не требуется проведения каких-либо специальных мероприятий. Но нужно помнить, что заживление тем или иным способом освеженных рубцовых тканей происходит вяло, и всякое чрезмерное физическое напряжение может нарушить заживление и повести к послеоперационному кровотечению. Вот почему мы, несмотря на незначительность операционной травмы, сопровождающей пластическую операцию на шейке матки, все же выдерживаем больную в постели в течение 7—8 дней и выписываем из клиники не раньше 10-го дня. Половая жизнь разрешается через 3 недели после выписки из клиники и не раньше окончания первой после выписки менструации.

ВЫВОРОТ СЛИЗИСТОЙ ШЕЕЧНОГО КАНАЛА (ЭКСТРОПИОН)

На влагалищной части матки можно наблюдать так называемый эктропион, возникающий после разрывов шейки матки при родах. К эктропиону ведут главным образом боковые разрывы шейки. Если эти разрывы глубокие, то они ведут к повреждению круговых мышечных волокон, замыкающих наружный маточный зев. Передняя и задняя губы маточного зева расходятся под влиянием сокращения продольной мускулатуры шейки. Нежная слизистая оболочка шеечного канала обнажается и подвергается длительному раздражению со стороны влагалища; в открытый шеечный канал легко проникает инфекция из влагалища. Постоянные раздражения могут повести к медленно развивающемуся воспалению с разрастанием соединительной ткани; шейка утолщается, выворот слизистой увеличивается, и шейка еще более подвергается раздражениям. В результате на вывороченной слизистой оболочке может образоваться истинная эрозия, сопровождающаяся обильной секрецией и нередко кровоточащая при дотрагивании. Кровоточащую эрозию иногда можно принять за рак. Макроскопически различить эти процессы очень трудно, а иногда и невозможно. Поэтому при наличии эрозии биопсия должна быть произведена в обязательном порядке, и диагноз должен быть поставлен на основании гистологического исследования.

Нередко при хроническом воспалении шейки матки тело матки также реагирует на раздражение и на воспаление: к белям присоединяются боли, менструации становятся обильнее и болезненнее, тело матки утолщается и становится плотным.

Методы лечения. Механизм возникновения эктропиона (см. выше) объясняет, почему консервативные методы лечения обычно оказываются безуспешными при этой патологии. При большом эктропионе диатермокоагуляция также не дает вполне хороших результатов. Если, кроме эктропиона, как это нередко бывает, имеется еще и фолликулярная гипертрофия шейки или хронический метрит шейки, то методом выбора является ампутация шейки.

ГИПЕРТРОФИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Гипертрофия и удлинение шейки матки развиваются часто в процессе постепенно происходящего опущения и выпадения матки. При этом гипертрофия и удлинение шейки матки достигают иногда значительных размеров. Само собой разумеется, что гипертрофия шейки, наблюдающаяся при опущении и выпадении половых органов, усугубляя жалобы больных, все же не имеет самостоятельного значения. Однако изредка наблюдались случаи, когда женщины жаловались на выпадение, а при осмотре находили дно матки почти не опустившимся, в то время как гипертрофированная и удлиненная влагалищная часть матки выступала из половой щели (рис. 112). При небольшой гипертрофии иногда удлиняется только передняя губа влагалищной части матки, которая выдается над задней и прикрывает ее в виде широкого хобота.

Значительная гипертрофия влагалищной части матки, вызывающая у больной ощущение опущения и выпадения, в то время как дно матки почти не опущено, может явиться показанием к ампутации гипертрофированной и удлиненной шейки матки. В огромном же большинстве случаев гипертрофия и удлинение шейки, вызывающие ощущение опущения, наблюдаются не как изолированное явление, а сопровождаются опущением и выпадением всей матки и требуют поэтому для излечения более сложной операции (см. главу о выпадении матки).

Гипертрофия (утолщение) шейки матки может явиться результатом хронического воспаления одной лишь шейки (*metritis colli uteri*). Часто шейка матки поражается воспалительным процессом одновременно с телом матки (*metro-endometritis*, *metritis*). Значительное утолщение шейки матки, вызванное воспалительным процессом, часто наблюдается в виде фолликулярной гипертрофии шейки. Железистые ходы в области воспаленной слизистой шеечного канала, врастающие в подлежащую ткань, часто закупориваются и превращаются в ретенционные пузырьки, содержащие слизь; воспаленная и разрастающаяся строма вызывает отшнурование железистых фолликулов, которые вырастают в маленькие кисты величиной с просыаное зерно, иногда с горошину и больше — наботы яички (*ovula Nabothi*).

Особенно глубоко наботы яички внедряются в ткань шейки на месте эрозии и нередко приводят к утолщению и значительному увеличению всей шейки.

Показанием к оперативному лечению гипертрофии шейки; возникающей на почве хронического воспаления, служит главным образом фолликулярная форма гипертрофии, когда она сопровождается гипер- и полименорреей, крестцовыми болями, белями и пр. В некоторых случаях простая скарификация шейки матки дает

удовлетворительные результаты. Противопоказанием к скарификации служат острые и подострые воспалительные процессы в тазу и хронические воспаления придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Техника скарификации состоит в следующем: влагалище и влагалищную часть матки дезинфицируют спиртом и подной настойкой в зеркалах. Влагалищную часть матки можно захватить пулевыми щипцами и таким образом фиксировать ее. Не рекомендуется сильно низводить влагалищную часть, так как это вызывает боль. Можно и вовсе не захватывать шейку пулевыми щипцами, а лишь хорошо обнажить ее зеркалами.

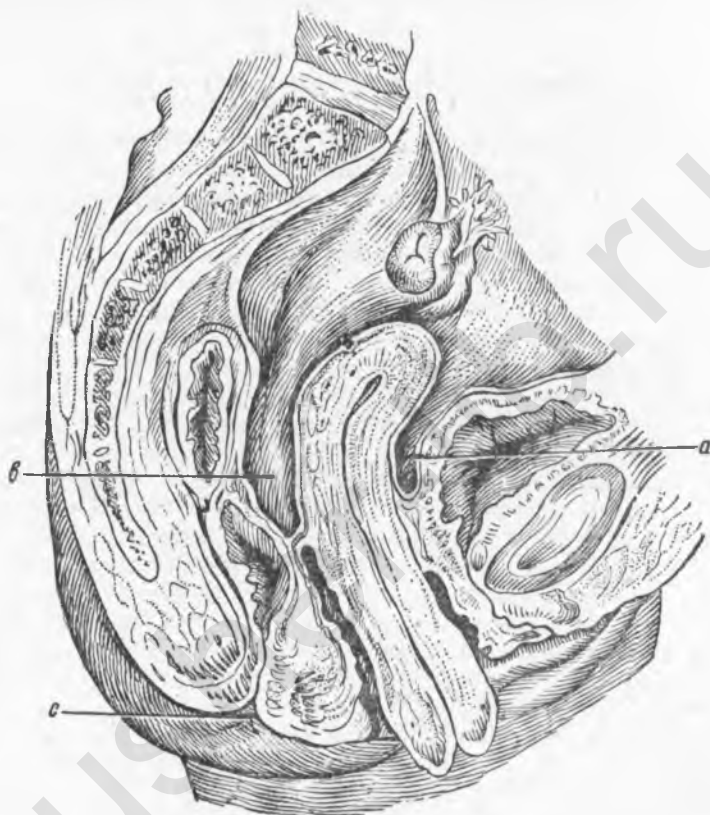


Рис. 112. Гипертрофия шейки при опущении матки.

a — пузырно-маточное углубление брюшины; *b* — прямокишечно-маточное углубление брюшины; *c* — заднепроходное отверстие брюшины.

После того как влагалищная часть матки будет снова смазана подной настойкой, длинным остроконечным скальпелем прокалывают видимые nabotovy yachki и делают небольшие разрезы длиной в 1 см вокруг маточного зева, и радиально к нему разрезы проникают в толщу шейки матки на глубину в 0,5—1 см. Таким путем достигается опорожнение nabotovykh yachek и местное кровопускание из обычно застойной шейки матки. После скарификации не следует добиваться немедленной остановки кровотечения, если оно не слишком сильное. Небольшое кровотечение обычно останавливается само собой. Если же кровотечение не останавливается, то тамponируют влагалище полосой стерилизованной марли, присыпанной порошком белого стрептоцида. Такой тампон оставляют во влагалище на 12—24 часа и дольше. Больная соблюдает постельный режим в течение

1—2 дней. Так как в основе заболевания лежит воспаление шейки матки, то через 1—2 недели после скарификации мы начинаем лечение iod-глицериновыми тампонами (см. выше).

Более эффективным методом лечения фолликулярной гипертрофии является диатермокоагуляция. Преимуществом его является то, что этот метод не кровавый. Кроме того, что еще важнее, благодаря коагуляции (свертыванию) ткани получается как бы дополнительный фактор лечения хронического воспаления, своего рода аутопротеинотерапия (Т. А. Кандинова).

Методы ампутации шейки матки

Существуют различные методы операции ампутации шейки матки; выбор метода зависит от характера и распространения патологического процесса в шейке матки, вызывающих необходимость оперативного вмешательства. Так, например, при фолликулярной гипертрофии можно ограничиться ампутацией влагалищной части матки путем клиновидных иссечений (эксцизий) из обеих губ маточного зева. При хроническом эндоцервиците, сопровождающемся образованием рецидивирующих шеечных полипов, целесообразно произвести конусовидную ампутацию шейки матки.

При значительной гипертрофии и удлинении шейки матки, выступающей из половой щели и вызывающей ощущение выпадения матки, может понадобиться так называемая высокая ампутация шейки матки. При высоко идущем старом разрыве шейки матки, сопровождающемся эктропионом и вызывающем тягостные ощущения (см. выше), также может быть применена высокая ампутация шейки матки, особенно если больная вышла из детородного возраста.

Высокая ампутация шейки матки может быть показана и при значительной фолликулярной гипертрофии шейки матки, когда не только влагалищная, но и надвлагалищная ее часть пронизана множеством ретенционных кист, придающих шейке аденоматозный характер.

Клиновидная ампутация, относительно простая в техническом отношении операция, может быть применена врачом, не являющимся еще законченным специалистом. Что же касается двух других методов операции, особенно конусовидной ампутации, то эти операции не только технически сложнее, но при производстве их и в послеоперационном периоде часто наблюдаются кровотечения. Поэтому они не под силу начинающему хирургу. Эти операции начинающие хирурги могут делать только в порядке учебы, при непременно м руководстве опытного хирурга.

Подготовка к операции ампутации шейки матки, обычная для влагалищных операций. Если операция предпринимается при хроническом эндоцервиците, то наличие острого и подострого процесса является противопоказанием к операции (см. выше); если имеется повышенная или гнойная секреция из шеечного канала, то подготовку к операции надо начать за несколько дней, в течение которых проводят консервативное лечение имеющегося хронического эндоцервицита — влагалищные спринцевания с лекарственными растворами, лекарственные влагалищные ванночки, тампоны и пр.

Непосредственно перед операцией, кроме обычной для влагалищных операций подготовки, необходимо также удалить слизь из шеечного канала зондом, обернутым тонким слоем стерильной ваты или марли, смоченными

10% раствором соды. После удаления слизи шеечный канал смазывают иодной настойкой.

Техника клиновидной ампутации влагалищной части шейки матки. Подготовка к операции, обычная для влагалищных операций. После дезинфекции наружных половых органов, влагалища и шейки матки влагалищную часть матки обнажают зеркалами и губы маточного зева каждую отдельно захватывают крепкими пулевыми щипцами или четырехзубчатыми щипцами. Для того чтобы хорошо извести шейку матки ко входу во влагалище, заднее зеркало заменяют коротким операционным зеркалом. После низведения шейки матку зондируют, шеечный канал расширяют первыми номерами металлических расширителей. Пулевые щипцы, которыми захвачена задняя губа маточного зева, хирург берет левой рукой, а щипцы, которыми захвачена передняя губа, держит помощник. Свободной правой рукой оперирующий берет прямые ножницы, одну браншу которых вводит в шеечный канал и последовательно, сначала на одной, затем на другой стороне рассекает симметрично с боков влагалищную часть матки, не доходя до влагалищных сводов. Глубина разреза должна соответствовать величине подлежащей удалению влагалищной части. После того как гипертрофированная влагалищная часть будет рассечена в горизонтальном направлении на две равные половины, отсекают (ампутируют) обычно сначала переднюю половину шейки в вертикальном направлении, но не по прямой плоскости, а в виде клина (рис. 113). Тотчас после клиновидного иссечения передней половины шейки накладывают швы, которыми одновременно достигается гемостаз и формируется передняя губа маточного зева (рис. 113). Для этого мы пользуемся крепкими кетгутовыми лигатурами и соответственно большими и крепкими иглами (шейка матки в этих случаях отличается толщиной и значительной плотностью). Большой частью бывает достаточно трех швов. Швы следует проводить так, чтобы схватить все раневое ложе. Когда все швы проведены и хирург приступает к завязыванию каждого из них, начиная со среднего, то помощник двумя хирургическими пинцетами старается хорошо приладить друг к другу края слизистой, покрывающей влагалищную часть к слизистой шеечного канала. Наложённые лигатуры не отрезают; они служат «держалкой», пока не будет закончена ампутация задней половины влагалищной части матки. Ее производят по такому же способу, как и переднюю (рис. 113)¹. После того как будут образованы обе губы нового маточного зева (рис. 113), накладывают по два шва на боковые стороны разреза (рис. 113). Когда все это будет закончено, необходимо проверить прежде всего гемостаз. Для этого прекращают натяжение шейки лигатурой, которая служила «держалкой», и смотрят, не просачивается ли где-нибудь между лигатурами кровь. В случае необходимости накладывают добавочные лигатуры. Если гемостаз полный, то отрезают лигатуры, но не слишком коротко, чтобы иметь возможность, в случае надобности, если через несколько часов все-таки обнаружится кровотечение, подтянуть за них шейку и наложить шов на кровоточащий участок. Во влагалище вводят марлевый тампон, присыпанный белым стрептоцидом, и оставляют его до следующего дня.

При значительной гипертрофии шейки матки и чрезмерном ее удлинении клиновидная ампутация шейки, как уже указывалось, недостаточна для устранения вызываемых гипертрофией симптомов; в таких случаях приходится прибегать к высокой ампутации.

¹ Отт и его ученики считают более выгодным при этой операции ампутировать сначала заднюю губу, а затем переднюю.

Техника высокой ампутации шейки матки. Подготовку к операции, низведение влагалищной части матки производят так же, как и при клиновидной ампутации. Из слизистой оболочки влагалищных сводов выкраивают доскут или манжетку, как это делают хирурги из кожи конечности при ее ампутации с тем, чтобы затем прикрыть

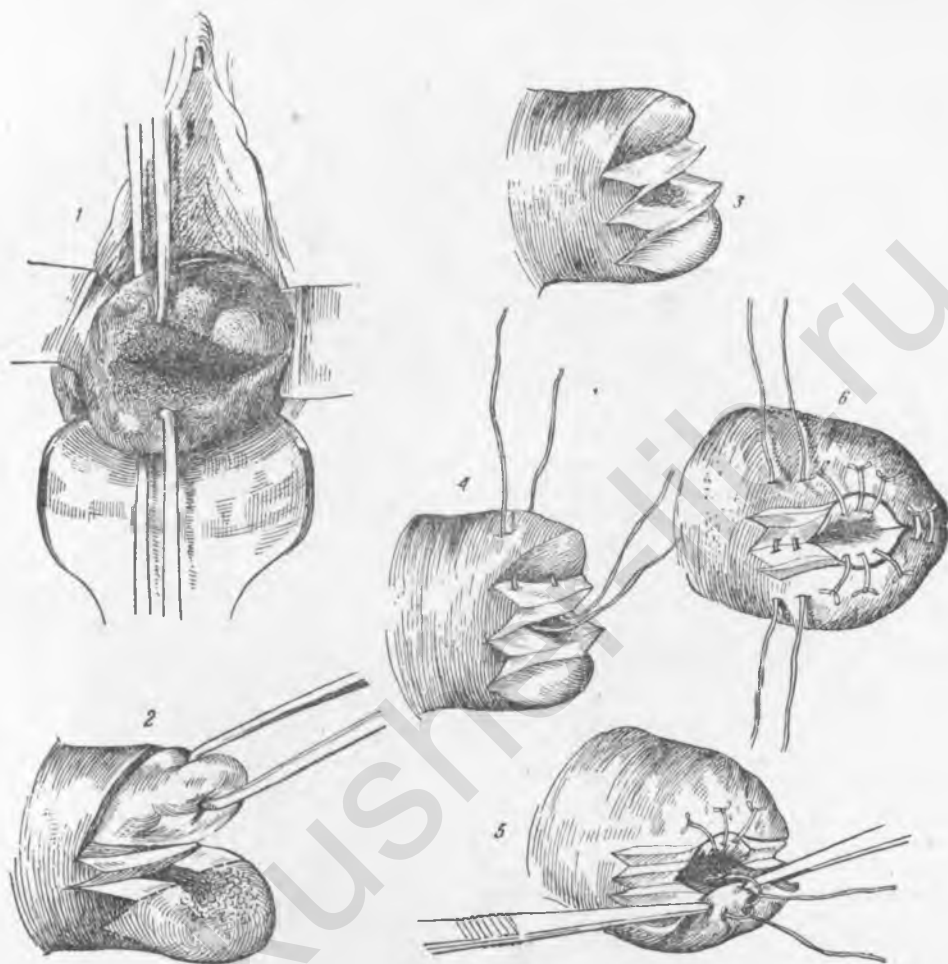


Рис. 113. Гипертрофия влагалищной части матки на почве хронического воспалительного процесса, возникшего в связи со старым разрывом шейки матки в родах.

1 — пулевыми щипцами захвачены передняя и задняя губы маточного зева; 2 — после того как гипертрофированная влагалищная часть матки рассечена в горизонтальном направлении на две части, иссекают клиновидный кусок из передней губы; пунктиром намечены границы клина, подлежащего иссечению из задней губы рассеченного маточного зева; 3 — вид шейки матки после иссечения двух клиновидных кусков из передней и задней половин влагалищной части матки (лигатуры не наложены); 4 — наложены два шва для образования передней губы маточного зева; 5 — тремя лигатурами вновь образована передняя губа маточного зева. Для образования задней губы проведена одна лигатура, соединяющая слизистую оболочку влагалищной части со слизистой оболочкой шеечного канала; 6 — наложение лигатур на боковые стороны разрезов.

раневую поверхность ампутационной культи. Для этого на уровне перехода влагалищных сводов на шейку матки скальпелем проводят круговой разрез через толщу влагалищной стенки (рис. 114). Мочевой пузырь отслаивают от шейки матки немного выше того уровня, на котором предполагается ампутировать шейку (технику отслойки пузыря см.

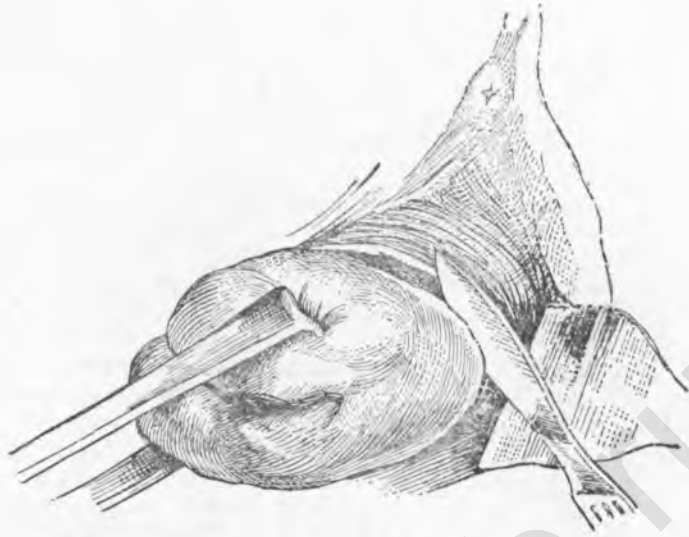


Рис. 114. Высокая ампутация шейки матки. На уровне перехода влагалищных сводов на шейку матки проводят круговой разрез через толщу влагалищной стенки.



Рис. 115. Высокая ампутация шейки матки. Мочевой пузырь отодвинут кверху. Сбоку обнажена выходящая ветка маточной артерии, которую вместе с венозным сосудом захватывают зажимом.

в описании техники передней кольпотомии). Для того чтобы дойти до мышечной стенки маточной шейки сбоку, необходимо перерезать клетчатку, лежащую в основании широкой связки; в этой клетчатке проходит нисходящая веточка маточной артерии, которую надо предварительно перевязать. Для этого, после того как боковой влагалищный свод будет перерезан, обкалывают кетгутовой лигатурой слой клетчатки, лежащий непосредственно под влагалищной стенкой, находят

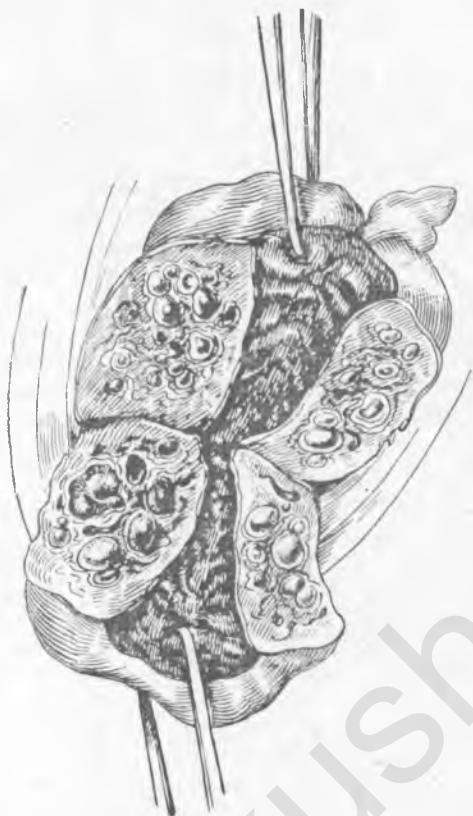


Рис. 116. Высокая ампутация шейки матки. Гипертрофированная шейка (глубоко идущая фолликулярная гипертрофия) рассечена пополам в горизонтальном направлении.

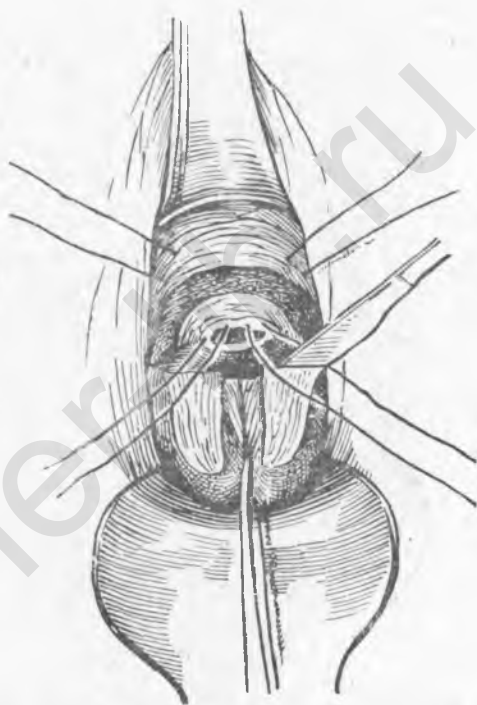


Рис. 117. Высокая ампутация шейки матки. После отсечения передней половины шейки крепкими лигатурами соединяют передний край влагалищной раны с передним краем слизистой шеечного канала.

нисходящую веточку маточной артерии, перевязывают ее отдельной кетгутовой лигатурой и перерезают (рис. 115). Затем отодвигают влагалищный свод от боковой стенки шейки. Задний влагалищный свод также отделяется от шейки матки, которая постепенно полностью отделяется от влагалищных сводов. Когда вся шейка матки будет полностью выделена до необходимого уровня и кровотечение из клетчатки остановлено, приступают к отсечению самой шейки. Для этого отсекаемую часть шейки сначала рассекают пополам в горизонтальном направлении боковыми разрезами, начиная от наружного маточного зева до намеченного уровня ампутации (рис. 116), а затем отсекают переднюю половину шейки. Когда она будет отсечена, тремя крепкими кетгутовыми лигатурами на больших и крепких иглах соединяют передний край влагалища с краем слизи-

стой оболочки шеечного канала (рис. 117). Лигатуры нужно проводить под все раневое ложе и завязывать их одну за другой, начиная со средней. При этом надо следить, чтобы лигатура не прошла через слизистую задней стенки шеечного канала, так как это может повлечь к закрытию шеечного канала. Получается новообразованная передняя губа маточного зева. Затем приступают к образованию задней губы зева: отсекают заднюю половину шейки и на культю накладывают швы так же, как и после отсечения передней половины, после чего накладывают боковые швы. Гемостаз должен быть полным. В случае необходимости накладывают дополнительные швы (рис. 118).

Техника конусовидной ампутации шейки матки. Этот метод, применяемый для лечения застарелого, хронического, неподдающегося консервативному лечению воспаления слизистой оболочки

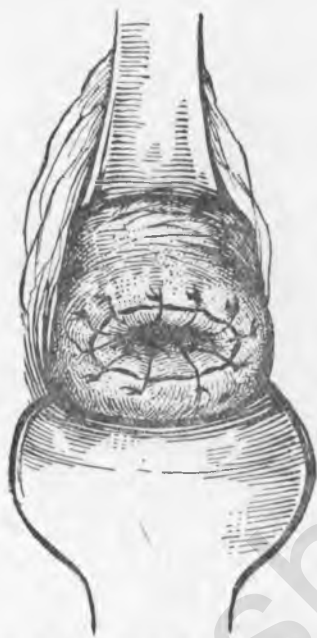


Рис. 118. Высокая ампутация шейки матки. Наложены все швы.

шеечного канала, является более сложным в техническом отношении и более опасным в смысле возможных осложнений, чем простая ампутация шейки. Поэтому такую операцию мы считаем доступной только опытному специалисту. Операция заключается в иссечении вместе с конусом из мышечной стенки значительной части слизистой оболочки шеечного канала, не доходя все же до внутреннего маточного зева. Оригинальную и важную часть операции составляет способ наложения швов.

После подготовки к операции и извлечения щипцами шейки в преддверие влагалища или даже наружу производят круговой разрез на влагалищной части матки, на месте прикрепления к ней влагалищных сводов (рис. 119, 1). Из этого разреза стенку влагалища отсекают на 1,5—2 см от шейки матки. Это будет основанием конуса, который постепенно углубляется в толщу мышечной стенки шейки матки. Иссекаемый конус захватывает также значительную часть патологически измененной слизистой оболочки шеечного канала. Чтобы удержать на месте шейку до полного удаления конуса, надо захватить щипцами спереди и сзади края влагалищной раны (рис. 119, 2). После удаления конуса (рис. 119, 3) приступают к остановке кровотечения (очень важный момент, так как при этом методе швы не проводят под все раневое ложе). На рис. 119, 4 изображено наложение кровоостанавливающих зажимов; как только будет остановлено кровотечение, зажимы заменяют лигатурами. Затем переходят к наложению швов. Многие применяют шелковые лигатуры, мы предпочитаем крепкий кетгут. Первый шов проводят через передний край влагалищной стенки, отступя от него на 1 см (рис. 119, 5); оба конца лигатуры выкалывают из шеечного канала через толщу образовавшейся в шейке воронки наружу через стенку влагалища, отступив на 2—2,5 см от края разреза. При этом надо следить, чтобы не проколоть стенку мочевого пузыря, так как это может повести к образованию мочевого свища. Опасность появления свища возрастает, когда из шейки матки иссекают конус значительной величины. В случае такой необходимости мы советуем прежде чем провести шов отде-

лить от передней стенки шейки матки мочевой пузырь на небольшом протяжении, и только после этого, отодвинув мочевой пузырь кверху, провести через толщу шейки и переднюю стенку влагалища этот шов. При завязывании шва край отделенной стенки влагалища сам собой втянется

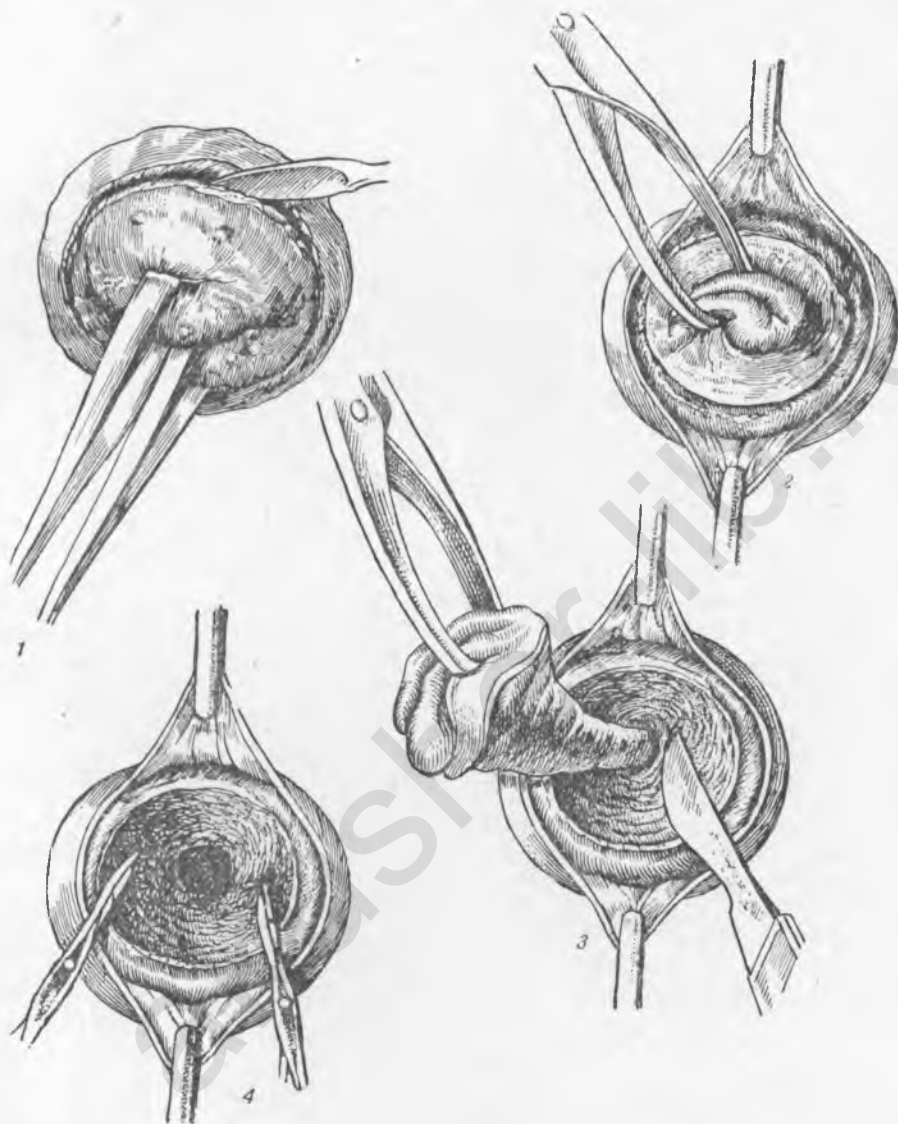


Рис. 119. Конусовидная ампутация шейки матки.

1 — круговой разрез на месте прикрепления влагалищных сводов и шейки матки; 2 — края влагалищной раны спереди и сзади захвачены зажимми; 3 — иссечение конуса из мышечной стенки шейки матки; 4 — наложение кровоостанавливающих зажимов на кровоточащие сосуды.

в воронку и покрывает полностью раневую поверхность культи спереди (рис. 119,б). Это облегчается, если помощник двумя хирургическими пинцетами вворачивает край влагалищной стенки в воронку в то время, когда хирург завязывает узел. Такой же шов проводят и сзади. После того как спереди и сзади будут завязаны два основных шва, приступают к нало-

жению боковых швов, так же как при клиновидной ампутации шейки, но обязательно проводят эти швы через всю толщю культи, под все раневое ложе (рис. 119,7). В результате наложения швов ввернутая в воронку слизистая влагалища выстилает новый шейечный канал.

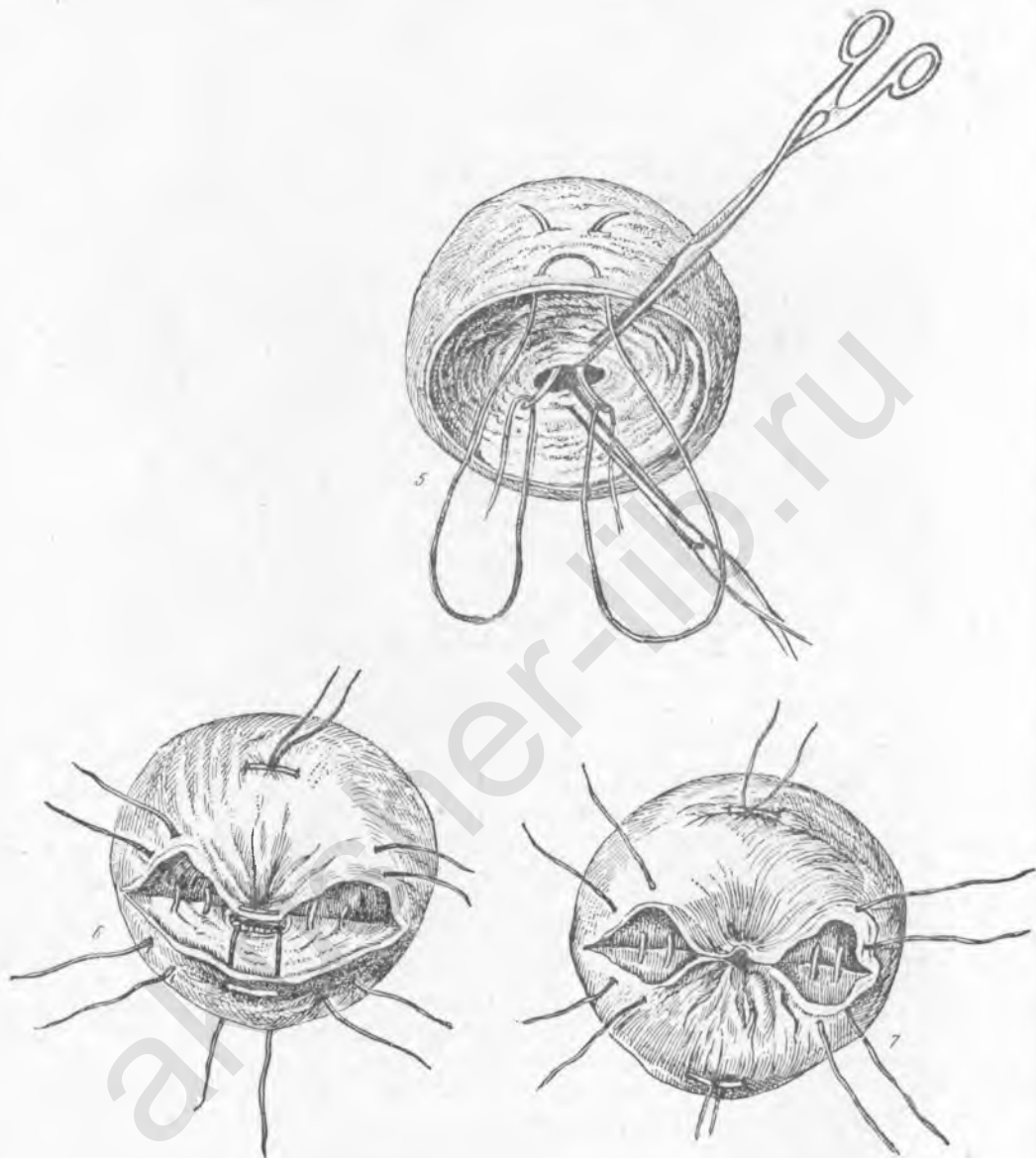


Рис. 119. Конусовидная ампутация шейки матки (продолжение).

5 — проведение первого шва через передний край влагалищной раны, отступя от него на 1 см; оба конца лигатуры выкалываются (из шейечного канала) наружу через толщю образовавшейся в шейке воронки и стенку влагалища, отступя на 2—2,5 см от края разреза; 6 — при завязывании этой лигатуры край влагалищной раны втягивается в воронку и полностью закрывает переднюю раневую поверхность культи; 7 — наложены боковые швы.

При точном соблюдении показаний к операции и хорошей технике конусовидная ампутация шейки матки дает хорошие результаты и избавляет больную от тягостных симптомов, которыми сопровождается заста-

рель, не поддающийся консервативным методам лечения эндоцервицит и цервицит. При некотором навыке в производстве этой операции ее выполнение несложно для квалифицированного хирурга. Вместе с тем необходимо указать на те осложнения, которыми эта операция иногда сопровождается. Прежде всего — это послеоперационные кровотечения, имевшие в отдельных случаях угрожающий характер. Вот почему здесь еще раз необходимо подчеркнуть важность тщательного гемостаза. Причиной неудачного исхода операции может явиться возникновение стриктур в шейном канале, которые образуются при слишком глубоком иссечении конуса шейки матки, достигающем внутреннего маточного зева, а также при недостаточной величине лоскута отсепарованной влагалищной слизистой, которого может не хватить для замены иссекаемой слизистой шейного канала.

Развитие и внедрение в гинекологическую практику более безопасного метода — диатермокоагуляции (см. выше) еще больше ограничивает применение этого метода операции.

Ведение послеоперационного периода при всех методах ампутации шейки матки несложно: никаких местных процедур, кроме обычного туалета наружных половых органов. Вставать с постели и ходить мы разрешаем больной не ранее 7—8-го дня во избежание кровотечения, которое может наступить при быстром рассасывании кетгутовой лигатуры. Выписываем больную из клиники не раньше 10-го дня после операции. Если нет особых показаний, мы ни при выписке, ни в послеоперационном периоде не осматриваем больную через влагалище. После выписки, если у больной имеются выделения, можно применять осторожные (под низким давлением) спринцевания тепловатым раствором (37—38°) марганцовокислого калия. Половая жизнь после операции ампутации шейки матки разрешается не ранее, чем через полтора месяца и после того, как пройдет менструация. После менструации больную можно осмотреть через влагалище.

Обезболивание при ампутации шейки матки необходимо потому, что при этой операции требуется полное низведение влагалищной части матки в преддверие влагалища, что, за исключением случаев выпадения матки, всегда сопровождается болью.

При операции могут быть применены различные методы обезболивания: общий наркоз, спинномозговая анестезия и местное обезболивание. Так как операция небольшая и непродолжительная, то мы применяем либо ингаляционный эфирный наркоз, либо местную инфльтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина. При последнем способе для достижения хорошего действия необходимо обильно пропитать новокаиновым раствором область параметральной клетчатки, заключенной между листками брюшины.

ЛИТЕРАТУРА

Гиммельфарб Г. И., Патологическое значение и оперативное лечение разрывов маточной шейки. Диссертация, Одесса, 1887.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

На влагалищной части матки в области наружного маточного зева на почве воспалительных процессов в слизистой оболочке шейки могут возникать так называемые эрозии.

Эрозия шейки матки — спутник эндоцервицита и цервицита — довольно частое и упорное заболевание, поддерживающее тягостный для больных симптом — бели. До тех пор, пока не наступит полного изле-

чения эндоцервиксита, эрозии легко рецидивируют. На почве воспалительных эрозий нередко возникает рак шейки матки. Особенное значение эрозии шейки имеют потому, что в самой начальной стадии развития рака шейки матки раковую эрозию трудно отличить от простой воспалительной эрозии шейки матки. Ввиду огромной важности распознавания различных форм язв шейки необходимо несколько подробнее остановиться на клинической и патологоанатомической картине язвенных процессов, наблюдаемых на шейке матки.

При катаррах шейки матки более или менее длительные истечения гнойного отделяемого приводят к мацерации эпителия, покрывающего влагалищную часть. Образуется дефект эпителия — «истинная эрозия». Макроскопически поверхность эрозии яркочерного цвета с синеватым оттенком, бархатиста на вид, слегка кровоточит при дотрагивании. Микроскопически эрозированный участок представляет обычную картину воспалительной язвы: поверхность лишена эпителия, дно язвы инфильтрировано лейкоцитами, в строме — отек, в сосудах — застой, местами — кровоизлияния (рис. 119 а). Иногда эрозированный участок равномерно возвышается над слизистой и постепенно переходит в здоровую ткань. Эрозия часто сопровождается и другими катарральными явлениями: имеются nabothovy яички, отечность ткани, обильное слизисто-гнойное отделяемое из шеечного канала. Большей частью при микроскопическом исследовании таких участков оказывается, что язвы в собственном смысле, т. е. полного отсутствия эпителия здесь нет, но плоский многослойный эпителий заменен цилиндрическим, одинаковым по строению с эпителием шеечного канала. Это так называемая «ложная» эрозия (рис. 119 б). Воспалительные явления в строме при ложной эрозии выражены всегда более или менее ярко. Различают следующие виды ложной эрозии:

П р о с т а я э р о з и я — гладкая на вид; цилиндрический эпителий на поверхности и немногочисленные маленькие железы.

Ж е л е з и с т а я (г л а н д у л я р н а я) э р о з и я — сильное развитие эрозийных желез.

Ж е л е з и с т о - к и с т о з н а я э р о з и я — многочисленные железы, растянутые скопившейся слизью, образуют кисты.

С о с о ч к о в а я (п а п и л л я р н а я) э р о з и я — строма между железами образует сосочковые выросты, покрытые цилиндрическим эпителием. Такая эрозия имеет бархатистый вид.

В чистом виде отдельные формы эрозии встречаются редко. Обычно они комбинируются между собой.

По мере излечения катарра шейки начинается эпителизация эрозии. Из сохранившихся участков многослойный плоский эпителий нарастает на эрозированную поверхность, подходит под цилиндрический эпителий и вызывает его отторжение. Отношение нарастающего плоского эпителия к эрозийным железам может быть различным. Нарастая по поверхности, эпителий иногда не проникает в железы, выводные протоки которых оказываются закупоренными, и тогда железы постепенно растягиваются накопившимся секретом и превращаются в кисты. Обычно эти кисты небольшие, так как эпителий в них от давления атрофируется и секреция прекращается. В других случаях плоский эпителий спускается в железы, отслаивая цилиндрический эпителий, и сдвигает его к просвету железы. В этом случае железа представляется выполненной разросшимся эпителием, который никогда не прорастает капсулы.

При микроскопическом исследовании препаратов часто возникает предположение, не является ли это злокачественным ростом эпителия, т. е. прорастанием его в строму. Конечно, поставить диагноз на осно-



Рис. 119 *a*. Истинная эрозия (полусхематически). Дефект эпителия на слизистой влагалищной части матки. Воспалительная инфильтрация стромы.



Рис. 119 б. Ложная эрозия (полусхематически). Замена многослойного плоского эпителия на слизистой влагалищной части матки цилиндрическим. Образование эрозийных желез. Воспалительная инфильтрация стромы.

вании одного-двух срезов нельзя. При подобной микроскопической картине необходимо просмотреть целую серию срезов из данного участка.

Из других процессов, вызывающих образование язв на влагалищной части, назовем сифилис и туберкулез.

Туберкулезные язвы шейки матки представляют большую редкость. Они образуются при попадании туберкулезных бацилл в матку гематогенным путем из уже имеющегося в организме очага. При общей диссеминации чаще встречаются милиарные бугорки, реже опухоли (фунгоидные формы) или изъязвленные туберкулезные узелки. Такие туберкулезные язвы по внешнему виду можно принять за раковые. Макроскопически туберкулезная язва покрыта серыми налетами, имеет неровное дно и подрытые края. По краям язвы в ткани можно найти просовидные бугорки; под микроскопом обнаруживается обычная картина строения туберкулезного бугорка. Туберкулезные палочки обнаруживаются только при специальной окраске. В бугорке отсутствуют сосуды.

В редких случаях можно наблюдать сифилитическое поражение влагалищной части матки, которое может встретиться в любой стадии этого заболевания и иногда симулирует злокачественный процесс.

Макроскопически первичный склероз представляет язву, иногда покрытую как бы дифтеритическим налетом, иногда имеющую гангренозный характер. Имеются указания на внешнее сходство сифилитической язвы с изъязвившейся саркомой. Под микроскопом находят инфильтрацию лимфатическими и плазматическими клетками, которые часто скопляются вокруг сосудов в виде мантии; эпителиоидных клеток обычно немного; гигантские — почти всегда отсутствуют.

Вторичный сифилис встречается на влагалищной части в форме макулопапулезной сыпи. Микроскопически: покровный эпителий утолщен, разрыхлен, пронизан лимфоцитами и плазматическими клетками. В сосудах — эндартериит, часто доводящий до полной облитерации просвета. Гигантские клетки единичны. При первичном и вторичном сифилитическом поражении влагалищной части можно с диагностической целью исследовать тканевую сок пораженных участков и пунктат паховых желез на бледную спирохету. В третичном периоде на влагалищной части матки могут быть найдены гуммозные узлы или гуммозные язвы с острыми краями, как бы подрезанными острой ложечкой. Дно такой язвы покрыто салыным налетом, вокруг нее заметной реакции нет. Под микроскопом находят грануляционную ткань, богатую плазматическими клетками, отмечают наклонность к творожистому перерождению и облитерацию сосудов.

Консервативные методы лечения воспалительной эрозии. Воспалительные эрозии шейки, так же как и породившие и поддерживающие их эндоцервициты, подлежат консервативным методам лечения. Весьма распространено лечение эрозий «ванночками» с неочищенным древесным уксусом, с 2—3% раствором азотнокислого серебра, с 5—10% раствором протаргола и т. п. Применение таких ванночек целесообразно еще и потому, что при наличии эндоцервицита в острой и подострой стадии они являются и методом его лечения.

При упорных или рецидивирующих эрозиях, поддерживаемых хроническим эндоцервицитом, применение ванночек не достигает цели. В этих случаях целесообразнее лечение тампонами, пропитанными лекарственными веществами, к которым обязательно добавлен глицерин, обладающий свойством извлекать из воспаленных тканей жидкость, что способствует рассасыванию продуктов воспаления.

В настоящее время в результате развития и распространения физических методов лечения метод лечения тампонами начинает отходить на

задний план. Однако несомненно, что в случаях, когда физиотерапия по каким-либо причинам не может быть применена или когда воспалительный инфильтрат близко подходит к влагалищному своду, лечение тампонами является ценным методом консервативной терапии.

При лечении хронических воспалительных эрозий шейки матки мы отвергаем применение таких прижигающих средств, как ляпис или кристаллики марганцовокислого калия, так как они не устраняют патогенетических факторов возникновения эрозий, а наоборот; во время прижигания являются добавочным раздражением, который, возможно, будет стимулировать злокачественное перерождение. Вазелиновое масло, рыбий жир, защищая эрозированную ткань от раздражения выделениями, будут способствовать заживлению эрозий.

Совершенно правильно указывают Окинцц, Серебров и др., что нельзя месяцами и чуть ли не годами лечить эрозию консервативными методами. Если систематически примененный метод лечения не дает в течение нескольких недель эффекта, необходимо заменить этот метод другим, более радикальным. Если нет противопоказаний, диатермокоагуляция или ампутация шейки матки могут оказаться целесообразными.

Нерационально применять местное лечение эрозий в тех случаях, когда эрозия поддерживается застойными явлениям в тазу или эндокринными расстройствами.

При glandулярно-кистозных и папиллярных эрозиях быстрый эффект дает диатермокоагуляция, которую мы применяем только после того, как предварительно произведенная биопсия подтвердила отсутствие злокачественного новообразования.

Диатермокоагуляция (электрокоагуляция) эрозий шейки матки. Диатермокоагуляция, не являясь кровавым методом, все же должна быть отнесена к оперативным методам лечения.

Показанием к диатермокоагуляции эрозий служит преимущественно наличие glandулярно-кистозных и папиллярных эрозий; но и простые воспалительные эрозий, и псевдоэрозий, когда они сопровождаются хронические эндоцервициты и цервициты, а также вывороты (эктропион) цервикальной слизистой при отсутствии глубоких разрывов шейки могут быть с успехом подвергнуты электрокоагуляции (с обязательной предварительной биопсией).

Противопоказанием к электрокоагуляции служат подозрения на злокачественное перерождение или на специфическую этиологию язвы (сифилис), наличие декубитальных язв при выпадении матки, выворот цервикальной слизистой (эктропион) при значительных разрывах шейки матки, подозрение на беременность, общие заболевания, особенно сопровождающиеся лихорадкой, и прежде всего, конечно, острое или подострое воспаление половых органов и хронических воспалительных опухолей придатков матки.

Для диатермокоагуляции пользуются обычными аппаратами, применяемыми для диатермии силой тока до 3 А. Диатермокоагуляция производится двумя электродами: одна большой индифферентный (тонкая свинцовая пластинка или кусок фольги размером в 600—800 см²) и второй очень маленький, в виде иглы, зонда, шарика, оливы, узкой лопаточки или диска. Активный электрод привинчивают к изолированной ручке, которая соединяется проводом с одной из клемм аппарата.

Для коагуляции обычно применяют ток в 0,3—1 А. Чем больше площадь активного электрода, тем больше должна быть применяемая сила тока и тем глубже будет коагуляция тканей.

В момент замыкания тока на месте приложения активного электрода в ткани образуется беловатый струп.

Перед применением активный электрод кипятят или протирают спиртом. Влагалище и влагалищную часть матки очищают от выделений тунферами, смоченными содовым раствором, а затем тунферами, смоченными спиртом.

Операцию производят в обычном положении больной на гинекологическом кресле. Индифферентный электрод кладут под пояснично-крестцовую область, к которой электрод должен плотно прилегать. Операция не требует обезболивания. Влагалищную часть матки обнажают зеркалами. Хирург прикладывает активный электрод к пораженному участку, после чего включается ток. На месте приложения активного электрода соответствующий участок ткани быстро становится белым, что указывает на происшедшую коагуляцию. Тотчас выключают ток, так как обугливания (электрокаустика) не должно быть. Весь процесс коагуляции на участке соприкосновения активного электрода с тканью продолжается всего лишь несколько секунд. Затем оператор снова прикладывает активный электрод к другому участку пораженной ткани, помощник снова включает ток и коагуляция происходит на втором участке.

Выбор активного электрода зависит от цели операции: для диатермокоагуляции поверхности шейки применяют шариковидные или пуговчатые электроды диаметром в 4—5 мм. ими пользуются главным образом

для лечения папиллярных эрозий. При наличии наботковых яичек, вызывающих гипертрофию маточной шейки при фолликулярных эрозиях, мы пользуемся исключительно игольчатым электродом (рис. 120). Он служит нам почти универсальным электродом, так как им можно пользоваться и при других показаниях для электрокоагуляции шейки матки: так, например, при поверхностных эрозиях электродом-иглой можно производить коагуляцию поверхности язвы, вычерчивая на ней густую сетку, при лечении эктропиона (рис. 121), при небольших или умеренных разрывах шейки матки мы делаем электрокоагуляцию в виде борозд, идущих в радиальном направлении (рис. 121а, 122).

В клинике II ММИ (зав. И. И. Фейгель) при лечении хронических эндоцервицитов и эрозий диатермокоагуляцией применяется метод, ставящий перед собой задачу разрушить глубоко лежащие инфицированные железы шейки, так как они являются источником, поддерживающим шейку в состоянии хронического воспаления. Достигается это также применением игольчатого электрода, которым прокалывают шейку на глубину в 1—2 см. Слизистую шеечного канала при этом не затрагивают (А. Ф. Григорьева).

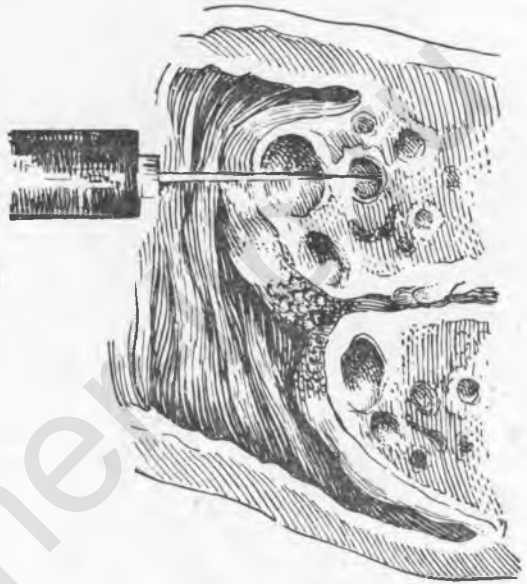


Рис. 120. Диатермокоагуляция при фолликулярной гипертрофии шейки матки.

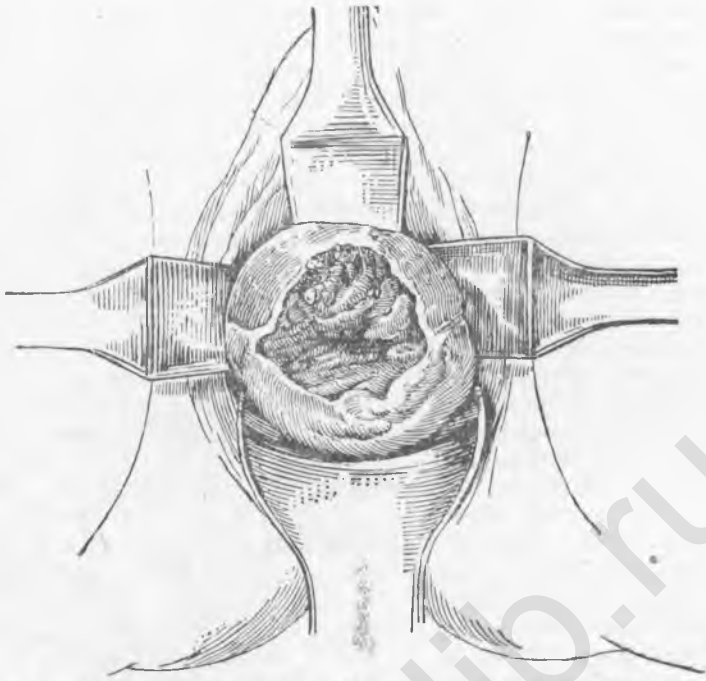


Рис. 121. Выворот слизистой шеечного канала (эктрохион).

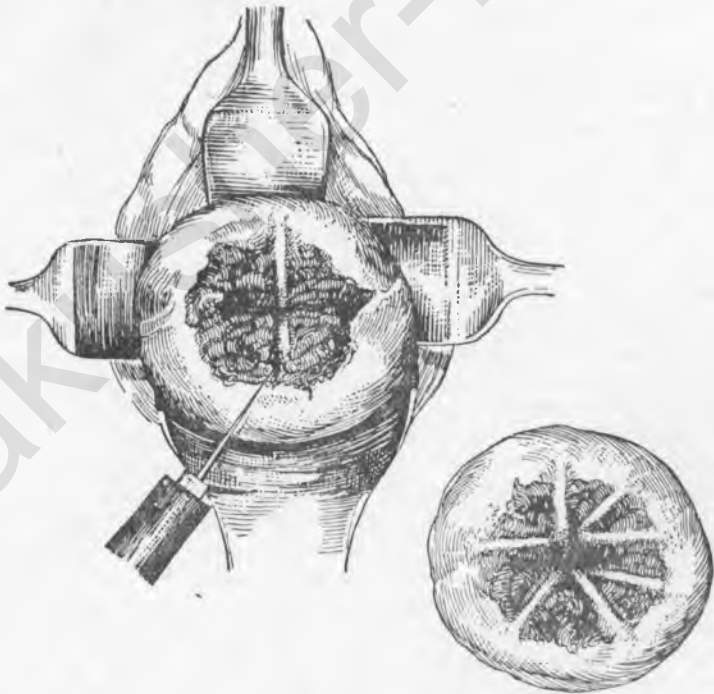


Рис. 121а. Диатермокоагуляция небольшого эктрохиона шейки электродом-иглой.

Относительно глубины, на которую вкалывают иглу, Л. Н. Старцева, опубликовавшая значительный материал из Ленинградского института акушерства и гинекологии (данные за 1945—1948 гг., относящиеся к 543 больным), указывает следующее. Диатермопунктуры, идущие по длине шейки, должны пронизывать всю ее гипертрофированную часть, не доходя примерно на 0,5 см до уровня внутреннего маточного зева, чтобы не вызывать в его области процессов рубцевания. Продолжительность диатермопунктуры равняется всего 0,3 секунды, т. е. времени, которое необходимо для введения иглы на должную глубину. Иглу извлекают при выключенном токе. При равномерной гипертрофии шейки без видимых nabothian follicles диатермопунктуры наносят циркулярно вокруг наружного маточного зева в один или несколько рядов, в последнем случае в шахматном порядке числом—6—16, в зависимости от степени гипертрофии шейки.

При сочетании эрозии с хроническим эндоцервицитом можно подвергнуть электрокоагуляции и патологические изменения слизистой шеечного канала. В подобных случаях операцию начинают с электрокоагуляции слизистой шеечного канала.

Технику этой операции С. А. Ягунов описывает следующим образом. После соответствующей дезинфекции влагалища и наружного маточного зева шейку захватывают пулевыми щипцами, наложенными атипически. Пулевыми щипцами захватывают касательно участок шейки матки, несколько отступая от наружного зева (примерно посередине между наружным зевом и пузырно-маточной складкой брюшины). При таком способе исключается возможность соприкосновения электрода

с пулевыми щипцами. Затем производят анестезию новокаином. В некоторых случаях для обезболивания достаточно обезболивающей свечи с пантононом и белладонной. Свечу вводят за 15 минут до диатермокоагуляции. Канал шейки тщательно протирают зондом, конец которого обмотан тонким слоем ваты и смочен 2% раствором соды, и затем обрабатывают спиртом. Последнюю манипуляцию следует делать чрезвычайно осторожно, чтобы не вызвать кровоотделения. Если слизистая оболочка шеечного канала легко ранима, то следует ограничиться однократным протиранием.

Затем в шеечный канал вводят пуговчатый электрод при выключенном токе. Электрод доводят до внутреннего зева. Электрод подбирают с таким расчетом, чтобы размер его возможно больше соответствовал диаметру шеечного канала. Перед включением тока шарик электрода, находящийся



Рис. 122. Диатермокоагуляция при хронической эрозии и сочетании ее с фолликулярной гипертрофией шейки матки. Поверхность эрозии исчерчивается электродом-иглой в радиальных направлениях, а nabothian follicles прокалываются.

в тесном контакте с областью внутреннего зева, слегка отводят назад. После этого включают ток и медленно выводят электрод. Если шарик электрода меньше диаметра шейечного канала, то приходится повторять процедуру несколько раз; для этого электрод двигают взад и вперед с таким расчетом, чтобы в порядке постепенного контакта с электродом была коагулирована вся слизистая шейечного канала. Перед удалением электрода из шейечного канала ток следует выключить.

Из опасения получить стриктуру в шейечном канале мы к диатермокоагуляции слизистой шейечного канала прибегаем очень редко. Пользуемся мы диатермокоагуляцией преимущественно при glandулярно-кистозных и папиллярных эрозиях, при небольших эктропионах и при фолликулярных гипертрофиях влагалищной части матки. В этих случаях диатермокоагуляция является некровавым хирургическим методом, с большим успехом заменяющим кровавые методы операции.

По окончании диатермокоагуляции шейки матки мы вводим во влагалище на 12—24 часа стерильный марлевый тампон, посыпанный 3—4 г белого стрептоцида. Струп обычно отпадает на 10—12-й день, что иногда сопровождается небольшими кровянистыми выделениями.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров М. В., Электрокоагуляция как один из активных методов лечения эндоцервицитов и эрозий шейки матки, Труды Института акушерства и гинекологии, М., 1928.
- Григорьева А. Ф., Лечение хронических цервицитов и эрозий диатермокоагуляцией, Акушерство и гинекология, 1940, № 12.
- Дашковская Е. Н., Лечение заболеваний шейки матки электрокоагуляцией, Акушерство и гинекология, 1946, № 6.
- Кандинова Т. А., Физические методы лечения эрозий шейки матки и эндоцервицита, Акушерство и гинекология, 1940, № 12.
- Нудольская О. Е., Предбраковое состояние тела и шейки матки, Акушерство и гинекология, 1945, № 3.
- Старцева Л. Н., Диатермохирургия при некоторых патологических состояниях шейки матки, Акушерство и гинекология, 1949, № 4.
- Ягунов С. А., Глава в учебнике гинекология Скробанского, изд. 1-е, Медгиз, 1938.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ (РАК ШЕЙКИ МАТКИ)

Злокачественная эрозия является одним из видов ранней стадии рака шейки матки.

Несмотря на современные успехи, достигнутые в лечении рака матки, благодаря развитию методики и техники оперативного пособия, несмотря на распространение и усовершенствование методов лучевой терапии при раке матки, диагноз болезни и участь больной прежде всего зависят от того, как рано был поставлен диагноз. Можно утверждать, что почти каждый случай рака матки излечим, если он будет подвергнут радикальному лечению в начале заболевания. И если все же большой процент больных раком матки погибает и в настоящее время во всех странах мира, то это происходит от того, что к специалистам больные часто обращаются уже в запущенной стадии болезни.

Раннее распознавание рака матки затруднено прежде всего тем, что в самой начальной стадии заболевания точная диагностика при помощи обычных методов гинекологического исследования — осмотра и пальпации — не может быть поставлена. Но при наличии симптомов, о которых будет сказано ниже, врач должен думать о возможности рака у данной больной.

Каковы же симптомы, вызываемые раком матки и прежде всего раком шейки матки?

Признаки и распознавание. Симптомами начинающегося рака являются кровотечения и бели. Боли при раке шейки матки появляются лишь в поздней стадии заболевания, когда излечение уже едва ли возможно.

В начальной же стадии раковое поражение шейки матки не вызывает болей, поэтому наличие болей в сомнительном случае может говорить скорее против рака, чем за таковой.

Кровоотделения при раке шейки матки могут иметь характер усиленных или удлиненных менструаций, а также кровянистых выделений, появляющихся в межменструальном периоде или независимо от менструаций, особенно в климактерическом периоде. Количество выделяемой крови бывает различное. Обильные кровотечения обычно наблюдаются в поздних стадиях заболевания, в начале же кровотечения бывают умеренными или незначительными, но характеризуются своей непрерывностью и частой повторяемостью. Особенно большое диагностическое значение приобретает появление кровотечения или кровянистых выделений после незначительной травмы: половое сношение, гинекологическое исследование,

влагалищное спринцевание, прохождение твердых каловых масс через рядом лежащую прямую кишку и т. п. («контактные» кровотечения). Такого рода кровотечения должны вызвать подозрение на рак, особенно тогда, когда женщина находится в климактерическом возрасте.

В начале заболевания бели не имеют того зловонного характера, который они приобретают в поздних стадиях рака матки. В ранней стадии болезни бели бывают часто без запаха, необильные, серозные или серозно-кровянистые. Этим они отличаются от выделений, возникающих на почве воспалительных заболеваний и имеющих слизистогнойный характер при эндоцервиците и мутноватый серозно-гнойный при кольпите. Не являясь достоверным симптомом начинающегося рака, бели, появившиеся внезапно в пожилом возрасте без видимой причины, должны обратить на себя особое внимание. Изредка наблюдаются случаи рака, при которых в ранней стадии заболевания не наблюдается ни кровотечений, ни белей.

Ввиду того что рак встречается чаще в климактерическом и предклимактерическом периоде, некоторые авторы требуют, чтобы женские консультации в целях планомерной борьбы с раком матки привлекали бы всех женщин своего участка, находящихся в указанном возрасте, к периодическому гинекологическому осмотру. В последнее время это требование встречает всестороннюю поддержку. Включаются в число обследуемых и другие возрастные группы женщин (см. главу «Организация борьбы против рака матки»). Необходимо, чтобы врачи женских консультаций, гинекологических поликлиник, врачебных участков на селе в борьбе за раннее выявление начальных форм рака матки с величайшим вниманием относились к тем симптомам, которые могут вызвать малейшее подозрение на рак. Второе безоговорочное требование заключается в том, чтобы в каждом случае врач, производя тщательное гинекологическое исследование, в обязательном порядке осматривал шейку матки в зеркалах. Правда, такое исследование дает возможность с уверенностью поставить диагноз рака шейки матки только в далеко зашедших случаях. В начальной же стадии процесса осмотр позволяет врачу поставить лишь предположительный диагноз или вызывает у него подозрение на рак. Поэтому в подобных случаях, кроме гинекологического осмотра, следует прибегнуть к дополнительным методам исследования, о которых см. ниже. Назначение какого-либо лечебного мероприятия против кровотечения или белей без тщательного гинекологического исследования является со стороны врача грубейшим упущением, могущим подвергнуть обратившуюся к нему за советом женщину смертельной опасности.

Каковы же те объективные изменения, обнаруживаемые на шейке матки при гинекологических исследованиях, которые могут вызвать подозрение на начинающийся рак?

В начальной стадии развития рака шейки матки, возникшего внутри шеечного канала, гинекологическое исследование может вовсе не дать каких-либо объективных признаков; в иных случаях подозрение на рак может вызвать наличие некоторого утолщения и затвердения шейки, особенно если исследование сопровождается появлением крови из шеечного канала.

В редких случаях рака, возникшего не из слизистой шеечного канала, а в толще шейки, в начальной стадии заболевания (до прорыва новообразования в шеечный канал или на поверхность влагалищной части матки) будет отсутствовать симптом кровотечения, поэтому в таких случаях он и распознается обычно очень поздно.

Рак влагалищной части матки может быть обнаружен при гинекологическом исследовании значительно раньше, чем рак, возникающий в шейном канале, так как место его локализации доступно осмотру в зеркалах. В этих случаях рак может быть обнаружен в виде небольшого, располо-

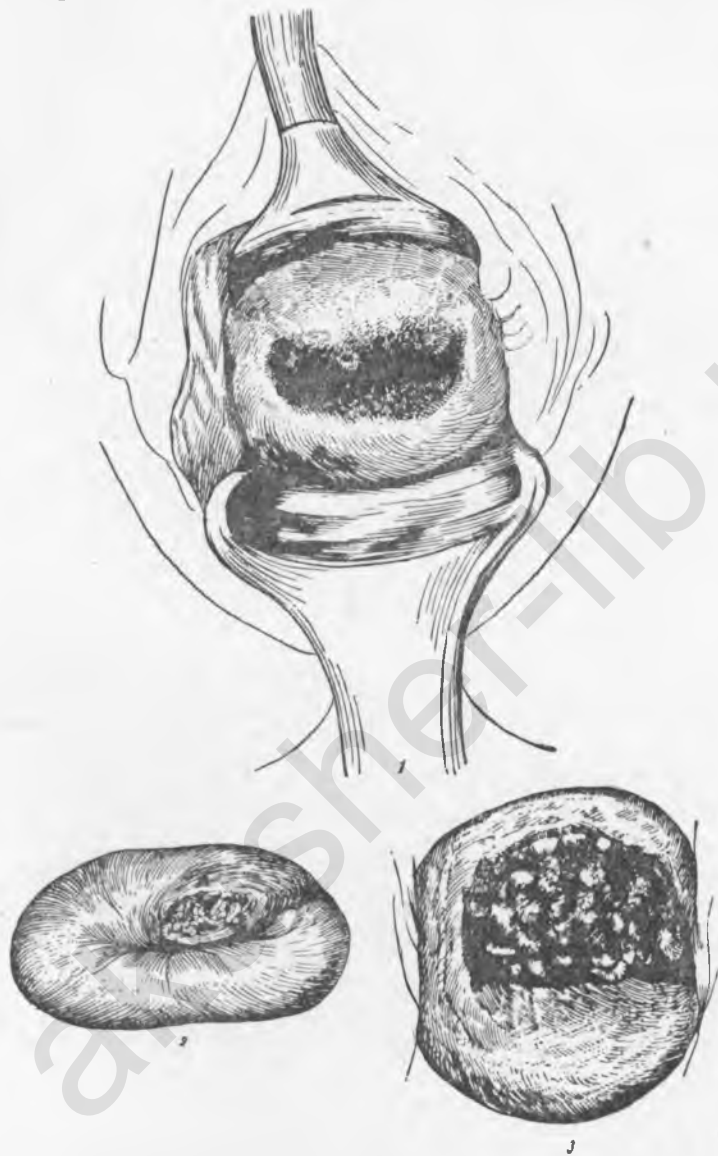


Рис. 123. Макроскопический вид язвы (эрозии) воспалительной (1) и раковой (2 и 3).

женного на передней или задней губе зева, папиллярного разрастания или затвердения, которое слегка возвышается над соседним участком и кровоточит при дотрагивании, но чаще имеется язва, вначале своим видом несколько напоминающая воспалительную эрозию. Воспалительная эрозия имеет яркочерный с синеватым оттенком цвет, бархатиста на вид, слегка кровоточит при дотрагивании. Эрозированный участок равномерно

возвышается над слизистой и постепенно переходит в здоровую ткань. Воспалительная эрозия часто сопровождается наличием nabothian follicles, отеком тканей, обильным слизисто-гнойным отделяемым из шейки матки.

Раковая язва имеет несколько иной вид: поверхность ее неровная бугристая; цвет язвы темнее цвета окружающей ее здоровой ткани. Кое-где наблюдаются геморрагические и некротические участки. При ощупывании ткань язвы более плотная, чем окружающая ее ткань, и чрезвычайно хрупка; при малейшем механическом повреждении начинается обильное кровотечение; при исследовании зонд легко проникает в ткань.

Раковая язва не представляется равномерно возвышенной, как доброкачественная эрозия, и на границе со здоровой тканью иногда бывает отделеца от нее как бы бороздкой (рис. 123). Катарральные явления, которыми обычно сопровождается доброкачественная эрозия шейки матки, в начальной стадии рака могут отсутствовать. Этим раковая язва и отличается главным образом от доброкачественной эрозии. Эти отличительные признаки ясно выражены не в начальной стадии ракового заболевания, а лишь тогда, когда процесс зашел уже довольно далеко.

В самом же начале заболевания по своей клинической картине рак шейки матки мало чем отличается от доброкачественной язвы.

Дифференциальная диагностика между раком и первичной сифилитической или туберкулезной язвой шейки матки также может представить большие затруднения. Таким образом, данные пальпации и осмотра в зеркалах во многих случаях могут вызвать лишь подозрение на рак, но полную ясность в диагностику они не всегда могут внести. А между тем ответ на вопрос, имеется ли в данном случае рак или его нет, должен быть дан незамедлительно, так как от этого может в значительной мере зависеть спасение жизни больной.

Поэтому для того, чтобы точно поставить диагноз в случае, подозрительном на рак шейки матки, необходимо прибегнуть к биопсии.

Биопсия при подозрении на рак шейки матки. Микроскопическая картина гистологического среза при правильно примененной технике биопсии может обнаружить раковое перерождение в самой начальной стадии его развития. А если учесть, что именно начальные случаи рака матки дают, повторяем, наибольшие возможности благоприятного результата лечения, то ясно, что метод микроскопической диагностики в борьбе с раком матки приобретает особенно важное значение.

К сожалению, и микроскопическое исследование биопсированного участка не всегда позволяет прийти к точному и окончательному решению. Если гистологическое исследование не обнаруживает рака, в то время как клиническая картина все же вызывает сильное подозрение, необходимо произвести повторное исследование, так как биопсированный кусочек мог быть вырезан неправильно (например, взят не из ракового очага, а из соседнего с ним участка, где имеется только воспаление). Затруднения и ошибки могут возникнуть и при трактовке микроскопической картины. Все это указывает на то, что к данным гистологического исследования, когда они находятся в противоречии с клинической картиной, следует относиться с известной осторожностью. В подобных случаях женщина должна быть взята на особый учет и систематически подвергаться повторному тщательному гинекологическому и гистологическому исследованию.

II Украинский съезд акушеров-гинекологов (1938) в резолюции по программному вопросу о раке матки отметил: «Съезд считает, что микроскопическое исследование, отрицающее раковое поражение при наличии подозрительной картины, не должно служить основанием считать больную

вне подозрения на рак и поводом выпустить такую больную из поля зрения врача».

Нередко возникает вопрос, следует ли производить биопсию в участковой больнице или в таком учреждении, условия работы которого не позволяют в случае получения от гистолога ответа, подтверждающего наличие рака, провести необходимое лечение. Может быть, правильнее поступит участковый врач, если отошлет больную сразу в лечебное учреждение, где будет произведена и биопсия, а в случае надобности, и немедленная операция?

Конечно, такая линия поведения имеет определенные преимущества уже потому, что биопсия, произведенная задолго до операции, может повести к заносу инфекции или новообразования из ракового очага в ближайшие или отдаленные области.

Во избежание этой опасности мы в нашей клинике в тех случаях, когда вид язвы (распад) вызывал сильное подозрение на злокачественное новообразование, применяли следующий метод: биопсия производилась за полчаса-час до предполагаемой операции. Этого времени достаточно, чтобы на замораживающем микротоме исследовать биопсированный кусочек ткани. Если гистологическое исследование обнаруживало рак, то радикальная операция производилась тотчас, и тогда отпадала угроза заноса и распространения по лимфатическим путям инфекции и раковых клеток из раковой язвы. А если рака не оказывалось, то радикальная операция отменялась.

Но если биопсию вовсе не производить на месте, то некоторые женщины, не придавая особого значения, по их мнению, ничтожным жалобам, не всегда отправятся по назначению, и тогда случаи начального рака могут превратиться в запущенные и неоперабельные. Поэтому требование производить биопсию лишь в том учреждении, где больная сможет получить и соответствующее лечение, не должно быть, по нашему мнению, категорическим.

Самой собой разумеется, что производство биопсии на местах с посылкой вырезанного кусочка ткани для микроскопического исследования в патологоанатомический кабинет, находящийся в ближайшем центре, требует хорошей организационной увязки в работе участковых врачей, а равно и всей общей лечебно-профилактической сети с учреждениями онкологической службы, в которой организационным центром был и остается онкологический диспансер.

Если же гинекологическое исследование вызывает у врача сильное подозрение на рак, то лучше не производить биопсию на участке, а направить сразу больную в одно из лечебных учреждений района или области, где можно будет произвести биопсию и, если понадобится, операцию. Но участковый врач в подобном случае не должен ограничиться лишь назначением, а обязан проверить, выполнила ли его больная назначение, и в случае необходимости принять все меры к тому, чтобы больная его выполнила, не теряя времени.

Техника биопсии. Биопсия, или пробная эксцизия, т. е. вырезка клиновидного кусочка ткани из подозрительного на рак участка на шейке матки для гистологического исследования, является одной из мелких гинекологических операций. С технической стороны она может быть доступна каждому оперирующему врачу. Но несмотря на ее простоту, операция иногда может быть выполнена недостаточно тщательно, а иногда и неправильно, в результате чего происходит диагностическая ошибка. Так, например, может случиться, что обширная кровотокающая папиллярная эрозия на шейке матки в одном месте начинает переходить в раковую. Малоопытному врачу иногда трудно правильно выбрать именно тот участок на эрозированной шейке, где скорее всего может быть

обнаружен рак. В результате пробный кусочек может быть вырезан из такого участка на шейке, где рака еще нет, хотя на другом участке эрозии он уже имеется.

Для того чтобы правильно выбрать место для биопсии, можно произвести пробу, которая в свое время была предложена для распознавания начальной стадии рака влагалищной части матки, как самостоятельный диагностический метод. Проба эта заключается в том, что обнаженную зеркалами влагалищную часть матки смазывают люголевским раствором (вместо смазывания можно сделать ванночку из люголевского раствора). Плоский эпителий, покрывающий здоровую поверхность влагалищной части матки, содержащий в своей протоплазме гликоген, под влиянием люголевского раствора окрашивается в темнокоричневый цвет, тогда как раковые клетки слабо или совсем не окрашиваются. Вследствие этого участок влагалищной части матки, пораженный раковым новообразованием, после действия на него люголевского раствора выделяется среди здоровой ткани как более светлое пятно. Этот способ все же полностью не оправдал возложенных на него надежд. Оказалось, что проба специфична только для окраски в коричневый цвет нормального поверхностного эпителия и что участки, не принявшие краски, не обязательно поражены раком. Так, например, слабо окрашивается поверхность, на которой имеется гиперкератоз или доброкачественная (воспалительная) эрозия с отторгнувшимся поверхностным слоем эпителия. Однако полностью отрицать за этим методом диагностического значения все же нельзя и нам представляется, что малоопытному в этих вопросах врачу эта проба может оказать помощь при выборе участка на влагалищной части матки для производства биопсии.

В тех случаях, когда подозрительная эрозия широко захватила губы маточного зева, пробные кусочки необходимо вырезать как из передней, так и из задней губы.

Биопсия может быть произведена неправильно еще и с чисто технической стороны. Наиболее частая ошибка состоит в том, что вырезают слишком маленький кусочек, поэтому участок, на котором имеется начинающийся рак, может не попасть в исследуемый препарат. В другом случае можно заподозрить рак, когда исследуемый кусочек содержит тяжи и гнезда плоского эпителия, а так как вырезанный кусочек слишком мал и тонок, то невозможно установить, происходит ли врастание плоского эпителия в глубину и в соседнюю ткань, что столь характерно для рака. Конечно, микроскопическое исследование выявляет, кроме этой, еще и другие более или менее характерные черты, но все же общая картина большого среза, позволяющая проследить на достаточном протяжении взаимное расположение эпителия и стромы, обычно имеет решающее значение. Кроме того, слишком маленький кусочек, срезанный с поверхности в виде пластинки, представляет большие затруднения для правильного расположения его при наклеивании на блок; в снятой пластинке невозможно на глаз решить, где находится подлежащая ткань и где покровный эпителий; если препарат на блоке расположен неправильно, то при первых же срезах можно снять покровный эпителий и в следующих срезах иметь только строму. Дать определенный ответ в таких случаях, конечно, невозможно.

Кусочек, взятый с поверхности опухоли или язвы, еще менее пригоден для исследования, так как этот поверхностный слой может при имеющемся раке дать картину одного лишь некроза. Клиновидный кусочек, вырезанный для микроскопического исследования из шейки матки, должен обязательно содержать не только подозрительную, но также и соседнюю с ней

и подлежащую ткань. Поэтому вырезаемый кусочек должен заходить на 1 см за границу язвы на здоровую (на глаз) поверхность слизистой (рис. 124). Точно так же вырезанный кусочек должен идти и в глубину настолько, чтобы его ребро содержало в себе пласт ткани, лежащей под подозрительным участком слизистой.

Обычно при пробной вырезке не применяют обезболивания. Если биопсию производят в амбулаторной обстановке, то В. С. Груздев рекомендует применять инструмент, изображенный на рис. 125. Он представляет собой окончатые щипцы с треугольными отверстиями, имеющими острые края; этими щипцами как бы выкусывается кусочек из передней или из задней губы влагалищной части матки. А. П. Губарев дает положительную оценку щипцам, изображенным на рис. 126; на концах щипцов имеются острые чашечки, которые и выкусывают необходимый кусочек.

Личного опыта в применении подобных инструментов мы не имеем, однако полагаем, что едва ли биопсия, произведенная этими инструментами, будет часто отвечать всем тем методическим требованиям, которые были изложены выше.

Особенно глубоко следует вырезать кусочек в тех случаях, когда у большой подозревается одна из редких и самых коварных форм рака — центральный, внутривенечный рак шейки матки. В подобном случае, пока раковая опухоль не достигнет поверхности слизистой шейки, она не видна, и только вздутие шейки и ее плотная консистенция могут вызвать подозрение и потребовать пробную вырезку. Таким образом, биопсия обнаружит рак только в том случае, когда вырезанный клин будет проникать достаточно глубоко в толщу мышцы.

Глубокий дефект в шейке матки, образовавшийся при пробной вырезке, во избежание кровотечения приходится закрывать одной-двумя лигатурами. При менее глубокой вырезке и там, где кровотечения нет, можно ограничиться тампонацией влагалища.

Само собой разумеется, что как операция, так и подготовка к ней должны быть проведены по всем правилам, применяемым при любой влагалищной операции.

Если врач не может точно определить, какой именно участок эрозии наиболее подозрителен на раковое перерождение, то иссекаемый кусочек должен иметь большую поверхность. Рис. 127 и 128 указывают размеры биопсии в подобных случаях. На рис. 129 показано, какое важное значение имеет биопсия не только при макроскопически подозрительной эрозии, но и в тех случаях, когда слизистая, покрывающая влагалищную часть, не изъязвлена, но пальпация обнаруживает на ней затвердение, и симптом «контактного» кровотечения заставляя заподозрить наличие ракового новообразования, исходящего из слизистой шеечного канала.

Если раковое новообразование возникло в верхнем отделе шеечного канала, то микроскопическая диагностика может быть поставлена лишь путем исследования соскоба (см. ниже).

По окончании операции биопсии вырезанный кусочек ткани отмывают от крови, затем кладут в баночку с 5—10% раствором формалина или с 96% спиртом. Во избежание возможных ошибок баночка с препаратом должна быть снабжена этикеткой, на которой обозначены фамилия, имя и возраст больной, дата произведенной биопсии, а также место, из которого был вырезан кусочек.

Распознавание рака шейки матки, исходящего из слизистой шеечного канала. Рак шейки матки может развиваться как из многослойного плоского эпителия, покрывающего

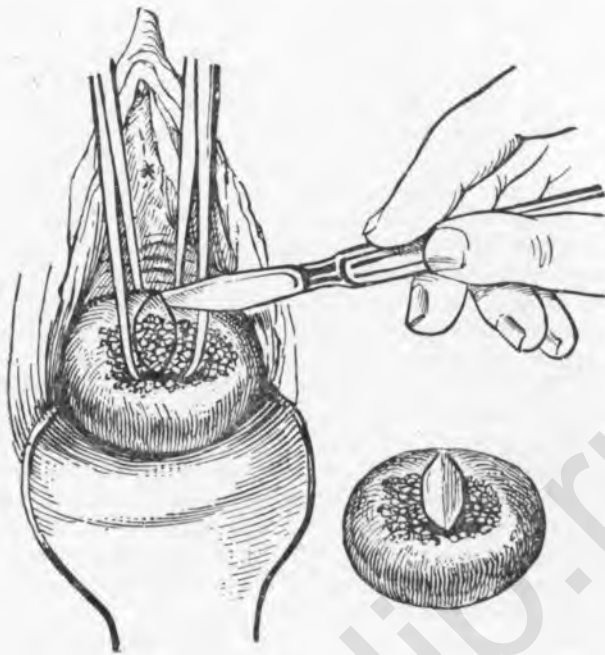


Рис. 124. Биопсия. Из эрозированной передней губы маточного зева вырезают клиновидный кусочек ткани, который должен содержать не только подозрительную, но и соседнюю и подлежащую ткани.



Рис. 125. Биопсия. «Кусачки» Шуберта, рекомендованные Груздевым для производства биопсии из шейки матки.

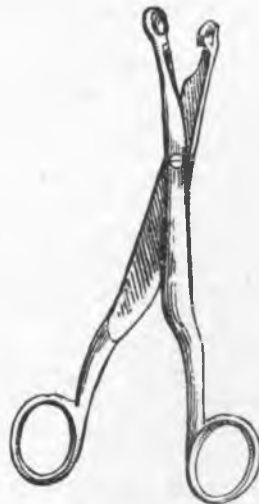


Рис. 126. Биопсия. «Кусачки» Лермуайе, рекомендованные Губаревым для производства биопсии из шейки матки.

слизистую оболочку влагалищной части матки, так и из цилиндрического эпителия слизистой оболочки шеечного канала.

Отсюда, конечно, не следует, что рак влагалищной части матки будет всегда плоскоклеточным, а рак шеечного канала — всегда цилиндрикоклеточным. Независимо от морфологической формы рака, рак влагалищной части матки в начальной стадии своего развития может быть обнаружен раньше, чем начинающийся рак слизистой оболочки шеечного канала. Это вполне

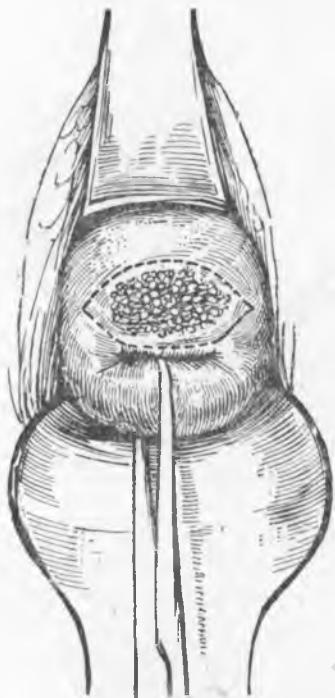


Рис. 127. Биопсия. Если врач не может установить, какой именно участок эрозии наиболее подозрителен на раковое перерождение, то иссечь следует всю эрозию с пограничным здоровым (на глаз) краем. Пунктиром обозначена линия разреза.

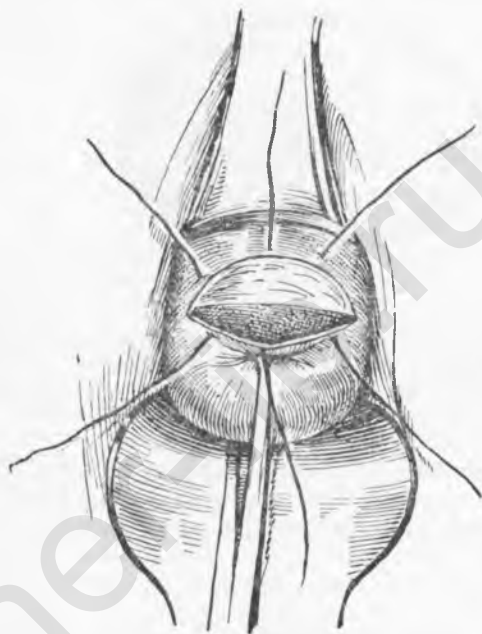


Рис. 128. Биопсия. На дефект, оставшийся после иссечения большого участка ткани, необходимо положить лигатуры.

понятно, так как влагалищную часть можно подвергнуть не только пальпации, но и непосредственному осмотру, а слизистая шеечного канала остается недоступной для глаза. Поэтому, когда пальпация и осмотр зеркалами обнаруживают на влагалищной части участок, подозрительный на рак, то для установления диагноза производят пробную вырезку (биопсию).

Но как поступить в том случае, когда анамнез и клинические явления (кровотечения и кровянистые выделения в климактерическом периоде или в старческом возрасте, контактные кровотечения и пр.) вызывают подозрения на рак, а осмотр в зеркалах не обнаруживает ничего подозрительного на слизистой оболочке влагалищной части матки? Большой ошибкой будет выжидать дальнейшего развития событий. Подозрение должно быть, как об этом неустанно следует повторять, в кратчайший срок либо подтверждено, либо отвергнуто.

Если подозрение основывается, кроме указанных симптомов, на наличии небольшого ограниченного затвердения на передней или на задней

губе маточного зева (рис. 129), то глубокая вырезка еще может обнаружить начинающийся рак шеечного канала, который близко подходит к влагалищной части, но еще не пророс на ее поверхность (рис. 129). Если же рак шеечного канала в ранней стадии своего развития расположен выше по направлению к внутреннему зеву (рис. 130), то при наличии

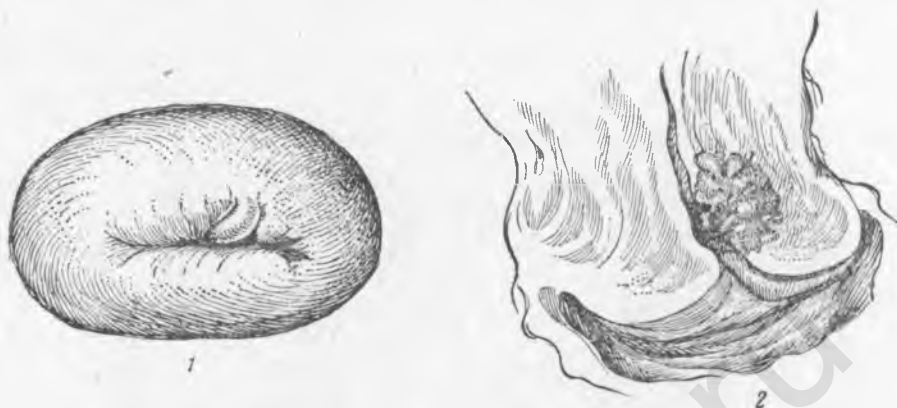


Рис. 129. Биопсия. Если небольшое ограниченное затверждение на передней губе маточного зева (1) вызывает подозрение на рак, то глубоко идущая вырезка может обнаружить начинающийся рак шеечного канала (2), который близко подходит к маточной губе, но еще не пророс на поверхность (по Дэвису).

клинически подозрительных симптомов исследование влагалищной части матки может ничего не обнаружить, и диагноз может быть поставлен только путем микроскопического исследования с о с к о б а, взятого из шеечного канала.



Рис. 130. Биопсия. Если начинающийся рак расположен высоко в шеечном канале, то биопсия из влагалищной части матки не обнаружит рака (1); но при наличии подозрительных симптомов диагноз может быть поставлен путем микроскопического исследования соскоба, взятого из шеечного канала (2).

Микроскопическая диагностика рака шейки матки может быть простой и легкой для каждого патологоанатома (рис. 131).

В начальных стадиях заболевания дифференциальная диагностика между раковым (и предраковым) новообразованием и разнообразными формами воспалительных процессов шейки матки может представить

большие трудности даже и при микроскопическом исследовании вырезанного кусочка ткани. В подобном случае может оказаться необходимой консультация с более опытным специалистом. Трудный в диагностическом отношении случай изображен на рис. 131а (из монографии И. Л. Брауде и Е. Ф. Беляева «Раннее распознавание рака матки»).

Микроскопическая диагностика рака шейки матки методом исследования нативных, неокрашенных препаратов — мазков, взятых из пораженного участка шейки матки. Ввиду того что для производства биопсии могут встретиться противопоказания (острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов, наличие пиометры и пр.), стремления клиницистов и патологов были направлены на изыскание новых методов исследования, которые могли бы заменить биопсию.

Подобный метод мог бы представлять большой интерес и при динамическом наблюдении больных раком шейки матки при радиорентгенотерапии (Е. Я. Ставская).

В этом направлении за последние годы достигнуты благоприятные результаты. Как показывает ряд сообщений советских авторов (Кривицкий из клиники Д. Г. Шмундака и др.), метод А. Я. Альт-

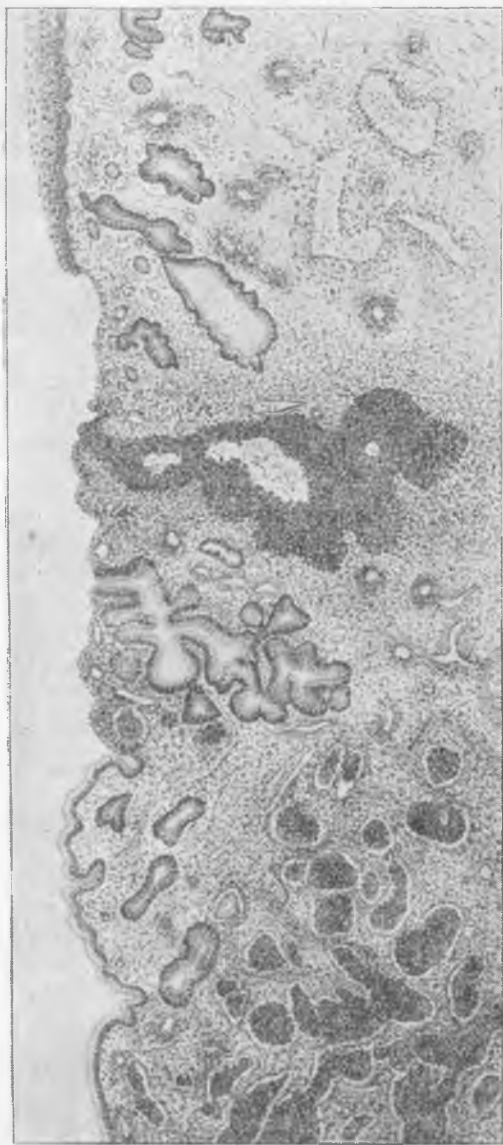


Рис. 131. Биопсия. Плоскоклеточный рак шейки матки, развившийся при наличии эрозии. Поверхность шейки частью лишена покровного эпителия, частью покрыта цилиндрическим эпителием. Наверху справа сохранился нормальный многослойный эпителий. В строме имеются эрозивные железы и глубоко проросшие тяжи плоского эпителия, атипичического по строению. Одна из эрозивных желез обросла раковыми клетками.



Рис. 131а. Биопсия. Вторая стадия заживления эрозии. Под цилиндрический эпителий эрозивной железы подрастает плоский эпителий (справа — многослойный, слева — состоящий только из базального слоя). Бухты железы выстланы многослойным эпителием, что производит впечатление сплошных эпителиальных тяжей в строме.

гаузена, Г. Л. Дермана, О. М. Носилевича (1937), по которому исследуется отделяемое, взятое из пораженного участка шейки матки в нативном, неокрашенном препарате, дает наибольший процент (96) совпадений с данными гистологического исследования, в то время как исследование окрашенных вагинальных мазков по методу Папаниколау не только не имеет преимуществ по сравнению с методом исследования нативных препаратов, но и значительно уступает ему, будучи сложнее и менее надежным (Кривицкий).

Лечение больных раком шейки матки в случаях, когда радикальные методы не могут быть применены

К данному разделу относится лечение больных, которые уже подверглись радикальному лечению (хирургическому или лучевому) и которые, следовательно, подлежат долечиванию, или же больные, у которых, ввиду запущенности болезни, радикальное лечение уже не может быть применено.

Если больная подверглась радикальной операции, то обычно ее выписывают из лечебного учреждения тогда, когда процесс заживления закончился и все осложнения, так часто сопровождающие эти операции, ликвидированы. Тем не менее последствия этих осложнений или даже возникновение новых могут наблюдаться и через длительный промежуток времени после того, как больная выписалась из хирургического отделения. В этом отношении особенного внимания требует состояние и функция мочевых органов. Радикальная операция рака шейки матки, при которой вместе с половыми органами удаляется и значительная часть тазовой клетчатки, прилегающей к мочевому пузырю и мочеточникам, не только лишает эти органы опоры, но ведет к нарушению их кровоснабжения и иннервации. Вот почему больные после радикальной операции очень часто не могут самопроизвольно мочиться, и в течение нескольких дней приходится спускать мочу катетером. Понятно, что при этом легко возникают циститы. Даже в тех случаях, когда больная уже начинает самостоятельно мочиться, мочевой пузырь вначале опорожняется не полностью, остаточная моча в нем застаивается, что способствует возникновению или продолжению воспалительного процесса. Остатки воспалительного процесса могут наблюдаться и в других областях тазовой полости, особенно в том месте, где была удалена клетчатка. Все это требует внимания и соответствующего лечения. Особенно большое значение для оперированных имеет забота об улучшении их общего состояния, которое значительно страдает при такой большой хирургической травме, как радикальная операция рака шейки матки.

В этом отношении для больной важно установить правильный распорядок дня, при котором пребыванию на свежем воздухе отводится должное место. Разумный пищевой режим как в смысле питательности и усвояемости пищевых продуктов, так и в отношении богатства витаминами и действия пищи на функцию кишечника также играет большую роль. При отсутствии аппетита следует назначать возбуждающие средства и др. Алкогольные напитки (вина и пиво) рекомендовать не следует ввиду того, что у оперированных еще долго после операции наблюдаются нарушения со стороны мочевых органов. В качестве укрепляющих средств можно применять препараты мышьяка и железа и др. Молодые женщины после операции, при которой удаляют оба яичника, нередко тяжело страдают от так называемых явлений выпадения. Наряду с общим режимом, полезно применять эндокринные препараты — фолликулин и т. д. У опери-

рованных могут наблюдаться затруднения и боли при половом акте вследствие атрофических процессов во влагалище. Во избежание болей при половом акте необходимо соблюдать максимальную осторожность и применять вазелин или иной жир.

Если больная после операции подверглась рентгенотерапии, то при лечении остатков воспалительного процесса в тазу не следует применять процедуры, которые могут способствовать возникновению изъязвлений на коже живота, подвергшейся действию рентгеновых лучей. Особенно следует избегать применения согревающих компрессов на живот, что легко приводит к мацерации кожного покрова. Кожа, подвергшаяся действию больших (терапевтических) доз рентгеновых лучей, чувствительна ко всякого рода механической травме, как, например, чрезмерному давлению плохо сидящего бандажа и т. п. Поэтому врач, наблюдающий больную после рентгенотерапии, обязан заботиться о правильном уходе за кожей живота. Кроме предохранения ее от указанных травмирующих влияний, необходимо в первые недели после рентгенотерапии избегать энергичных обмываний, особенно растирания мочалкой. В качестве профилактического мероприятия рекомендуется смазывать кожу каким-либо жиром.

У некоторых больных, перенесших совсем недавно благополучно радикальную операцию, иногда появляются кровянистые выделения, что, естественно, вызывает подозрение на рецидив рака. Если при радикальной операции по поводу рака шейки матки удаляют, как мы это всегда делаем, значительный отрезок влагалишной трубки, то такой ранний рецидив рака в культе влагалища наблюдается очень редко. При исследовании же во влагалищном своде иногда обнаруживается оставшаяся после удаления матки грануляционная пробка, кровоточащая при дотрагивании. Иногда грануляции имеют вид полипозного образования. От ракового новообразования грануляции отличаются яркочерным цветом и мягкой консистенцией. Правда, при первом исследовании дифференциальный диагноз между рецидивом рака и доброкачественной грануляционной тканью может быть труден, особенно если вокруг последней имеются плотные инфильтраты, возникшие на почве воспалительного процесса после операции. Если грануляции прижечь палочкой ляписа или 10% раствором азотнокислого серебра, то уже через несколько дней от них ничего не остается и кровянистые выделения прекращаются. Иногда приходится повторить прижигание.

При сомнении в диагностике следует сделать биопсию, исследовать вырезанный кусочек, под микроскопом, и таким образом быстро (особенно если пользоваться замораживающим микротомом) внести в вопрос ясность. В случае, остающемся сомнительным, или когда биопсия обнаруживает рецидив рака, больная должна быть немедленно передана в руки специалиста.

Если же вскоре после операции будет обнаружен рак во влагалищном своде, то это говорит за то, что по существу это не рецидив, а продолжающийся рост новообразования, не распознанного и не удаленного при операции вследствие его подслизистого или подэпителиального расположения. В этих случаях прижигание, конечно, никакого эффекта не даст.

Рецидивы ракового образования после операции по поводу рака шейки матки обычно возникают в тазу в области паравезикальной, парапроктальной и параметральной клетчатки, в железах, расположенных у стенки таза и на больших сосудах. Характерным при гинекологическом исследовании является плотная, иногда хрящеватая консистенция ракового

инфильтрата, его неподвижность и относительно малая болезненность, особенно по сравнению с резкой болезненностью, присущей воспалительному инфильтрату. Для того чтобы дифференцировать раковый инфильтрат от воспалительного, необходимо, конечно, учесть анамнез и общее состояние больной (температура, пульс, картина крови). Анамнестические данные, указывающие на острое начало заболевания, сопровождающееся высокой температурой, будут скорее говорить за воспалительный процесс, а медленно нарастающие симптомы — за рецидив рака. Особенно важно систематическое наблюдение за весом больных, имевших в прошлом рак матки. Сохранение прежнего веса, особенно нарастание его, в значительной мере говорит против рецидива, в то время как потеря веса, не объяснимая другими причинами (недавно перенесенная болезнь, душевные переживания, ухудшение питания и пр.), говорит за рецидив рака.

Из сказанного ясно вытекает, что состояние больных, подвергшихся радикальной операции по поводу рака шейки матки, в течение долгого времени требует ухода, врачебного наблюдения, иногда и лечения. Этим должен заниматься не только хирург, произведший операцию, но каждый гинеколог, будь то законченный специалист, начинающий оператор или участковый врач. Особенно важно установить наблюдение за больной на срок, в течение которого наблюдаются рецидивы, чтобы своевременно их диагностировать или, по крайней мере, заподозрить и сигнализировать тому учреждению, в котором больная проводила лечение.

Тщательно наблюдая за женщиной, врач должен, как уже указывалось выше, в каждом сколько-нибудь сомнительном случае немедленно направить больную в специальное учреждение. Кроме того, необходимо, чтобы учреждение, в котором больная подверглась операции или лечению лучистой энергией, не теряло бы с ней связи и периодически, особенно в первые 2—3 года, когда рецидивы наблюдаются чаще, контролировало состояние ее здоровья. Там, где такой контроль можно провести, участковый или районный врач должен следить, чтобы больная своевременно являлась в то учреждение, где она подверглась лечению.

Так как о длительном излечении от рака можно говорить лишь через 5 лет после законченного лечения, то отсюда ясно вытекает, что больная, имевшая рак матки, должна находиться под наблюдением врача не менее 5 лет. Правда, с каждым годом возможность длительного излечения возрастает, но все же и на пятом году рецидивы встречаются в 3—4%. Соответственно этому должны назначаться и сроки врачебного контроля. И если в первые годы необходим контроль (при отсутствии жалоб со стороны больной) не реже чем 4 раза в год, то на пятом году больная может показываться 2 раза в год.

Самостоятельная оперативная деятельность врача участковой больницы при лечении рака шейки матки. В запущенных случаях рака шейки матки, когда больная признана специалистами неоперабельной, а лечение лучистой энергией (радий, рентгеновы лучи) не дало эффекта, больная все же должна получить облегчение своих страданий.

В клинической картине запущенного рака шейки матки доминирующими являются три основных симптома: кровотечение, злобные выделения и боли. Устранение этих симптомов, приносящих тяжелейшие страдания больным и делающих их жизнь невыносимой, является благодарнейшей задачей врача.

Целесообразным методом паллиативного лечения рака шейки матки, устраняющим хотя бы на время кровотечение и зловонные выделения из ракового очага, является старый метод удаления канкрозных масс ложкой с последующей коагулизацией каленым железом, аппаратом Пакелена, гальванокоагутером (экскохлеация, коагуляция). Этот метод наиболее эффективен при раковых опухолях влагалищной части матки, имеющих вид цветной капусты, и обширном раковом кратере, в который превратилась шейка матки. Впрочем, этот метод может быть применен только в том случае, когда новообразование не подошло близко к слизистой мочевого пузыря и прямой кишки, в чем легко убедиться при помощи цистоскопии или ректоскопии, а также путем пальпации как со стороны влагалища, так и прямой кишки. Этот метод не подходит для случаев раковой опухоли с эндофитным ростом, при которых преобладает не распад, а инфильтрация, а также для случаев, в которых при наличии распада на поверхности имеется также и глубокая раковая инфильтрация, достигающая стенок таза.

Техника экскохлеации и коагуляции при запущенном раке шейки матки. Операцию приходится производить под общим глубоким наркозом. Перед операцией вульву и влагалище дезинфицируют. В зеркалах обнажают раковую опухоль, хрупкие части которой удаляют ложкой или большой кюреткой. Выскабливать необходимо до тех пор, пока ложка не достигнет плотной мышечной ткани. Нередко при выскабливании бывает профузное кровотечение, которого не следует бояться, так как последующая коагуляция его остановит. Как мы уже упоминали, раньше для коагуляции применяли каленое железо, которое, по мнению многих авторов, оказывает более глубокое действие, чем применяемые в настоящее время аппараты Пакелена или электрические термокоагутеры. Каленое железо можно сменить быстрее, чем вновь накалить аппарат Пакелена, прижигающая поверхность которого меньше, чем поверхность каленого железа.

Коагуляцию следует делать до тех пор, пока не появится плотный черный струп, через который или мимо которого не должна просачиваться ни одна капля крови. Если отдельные места еще кровоточат, то к ним вновь прикладывают раскаленный термокоагутер. Наиболее сильное кровотечение бывает на границе между струпом и здоровым участком слизистой влагалища.

Для того чтобы влагалищные зеркала не накалялись при коагуляции и не обжигали бы влагалища и вульвы, пользуются деревянными зеркалами или деревянными зеркалами, покрытыми металлом, или металлическими зеркалами с асбестовыми прокладками. До появления актинолечения (лечение лучистой энергией) мы всегда пользовались простыми деревянными цилиндрическими или ложкообразными зеркалами, которые для дезинфекции за 2—3 часа до операции клали в раствор сулемы. Но так как и деревянные зеркала при коагуляции нагреваются, то во время процедуры их необходимо от времени до времени вынимать и охлаждать в холодном дезинфицирующем растворе. Такая смена зеркал во время процедуры имеет некоторые неудобства, но все же лучше пользоваться этим методом, чем, как это делают другие, направляя струю холодной воды во влагалище, так как вода размягчает струп. Ожоги вульвы, возникающие при неосторожной коагуляции, очень болезненны. Тем не менее коагуляцию хорошо переносят даже ослабленные больные.

Последующее лечение следует вести сухим методом: в образовавшийся кратер вводят марлевые мешочки с порошкообразными веществами —

борная кислота, таннин, ксероформ, иодоформ, древесный уголь и пр. или смеси из них (например, бор-таннин).

При непрекращающемся кровотечении в кратер вводят тампоны, пропитанные полуторахлористым железом. Тампон предварительно выжи-мают досуха, так как избыток прижигающего вещества, вытекающая во влага-лище, может явиться причиной ожогов слизистой. Чтобы удержать тампон в кратере, влагалище тампонируют марлей. Тампон удаляют через 2—3 дня. При кровотечении применяют также желатину, которую вводят с пищей, в клизмах или подкожно; внутрь дают 6—8 капель адреналина 1 : 1 000 и пр. Для ускорения рубцевания кратера некоторые гинекологи вводят в кратер иодную настойку. Неплохим кровоостанавливающим средством, применяемым после экскохлеации вместо каутеризации тер-мокаутером или в тех случаях, когда каутеризация не остановила крово-течения, является прижигание хлористым цинком. Плотный скатанный не-большой тампон смачивают 50% раствором хлористого цинка и, хорошо отжав его между ватными шариками, вводят в язвенную полость. Влага-лище, и особенно его задний свод, во избежание ожогов слизистой, пред-варительно обкладывают ватными тампонами, пропитанными содовым раствором, который нейтрализует избыток хлористого цинка. Хлористый цинк можно применять в виде палочек. Прижигающее действие хлори-стого цинка распространяется не только на раковую, но и на здоровые ткани, причем довольно глубоко. Иногда секвестрируется внутренняя поверхность почти всей матки, представляя собой почти полный слепок ее. При выделении секвестра больные нередко жалуются на сильные боли. При прижигании хлористым цинком язвенная полость начинает умень-шаться в объеме; образуются плотные рубцы, отчасти препятствующие дальнейшему прорастанию рака. При применении хлористого цинка наблю-дались осложнения в виде гематометры, каловых и мочевых свищей, а в не-которых случаях — перитонит, даже со смертельным исходом. Тем не менее при невозможности применить лучевую терапию в неоперабельных слу-чаях можно испробовать лечение хлористым цинком, соблюдая указанные меры предосторожности против возникновения ожогов влагалища и вульвы.

В тех случаях, когда кровотечения нет, а имеются лишь зловонные выделения, можно прижечь раковую язву дымящейся азотной кислотой; ее наносят на поверхность язвы палочками, обернутыми ватой, до тех пор, пока язва не покроется серо-желтоватым струпом. Предварительно здо-ровую слизистую влагалища и вульвы смазывают вазелином. Струп отход-ит через 2—3 недели; остающаяся поверхность постепенно уменьшается в объеме. Некоторые авторы предлагают вливать в кратер ацетон. Многие методы, предложенные для прижигания распадающейся раковой опухоли, не оправдали себя на практике и потому мы их не приводим. Но даже и наиболее эффективный метод паллиативного лечения неоперабельного рака шейки матки — экскохлеация с каутеризацией — не надолго удлиняют жизнь больной. И все же этот метод имеет огромное значение, так как хотя бы временно избавляет больных от кровотечений и зловонных выделений, от которых так страдают и больные, и их окружающие. Через некоторое время серозные выделения снова сменяются кровотечением, тогда, если это еще возможно, надо повторить каутеризацию.

Если же каутеризация или прижигание (хлористым цинком или дру-гими прижигающими средствами) становятся невозможными или остаются безрезультатными, то приходится ограничиться прохладными спринцева-ниями растворами марганцовокислого калия, буровской жидкости, пере-киси водорода (3%), тимола (3%) и другими неядовитыми дезинфицирую-щими и вяжущими веществами.

Борьба с болями. Огромное значение имеет борьба с постепенно усугубляющимися болями, которые уже до смерти не оставляют больную, страдающую запущенным раком шейки матки. Так как больная может прожить еще несколько месяцев, то применение болеутоляющих средств требует известной последовательности. Мы начинаем с назначения лекарств внутрь и per rectum. Вначале даем такие болеутоляющие, как антипирин, пиромидон, аспирин, фенацетин, постепенно увеличивая дозу до 1,0 на прием. Эти средства дают per se, иногда вместе с белладонной, дозы которой постепенно увеличивают до 0,02 и даже до 0,03, затем переходим к опиоиду и морфину. Последние препараты назначают внутрь или в ректальных свечах, сначала по 0,01 и доходят до 0,02 и затем в таких же возрастающих количествах в форме подкожных впрыскиваний 1 и 2% растворе.

Соблюдая последовательность, не следует, однако, применять болеутоляющие средства так, чтобы больные не получали облегчения. Если мучительные боли не дают больной покоя ни днем, ни ночью, то совершенно бессмысленно опасение сделать морфинисткой больную, обреченную на скорую гибель. Поэтому для таких больных необходимо прибегать к морфину 2—3 раза в день, доводя дневную дозу до 0,05, или, кроме морфина, применяют еще дионин — 2—3% раствор или скополамин — 0,03% раствор. Если больная не переносит морфина, то его можно заменить двойной против дозы морфина дозой кодеина или добавить к морфину 0,001 атропина.

Техника впрыскивания абсолютного спирта в спинномозговой канал. Для устранения болей рекомендуют впрыскивать 0,5 см³ чистого спирта в спинномозговой канал. Эффект впрыскивания основан на действии спирта на задние корешки спинномозговых нервов.

Согласно экспериментальным данным Назарова (из клиники Разумовского), в нерве после инъекции спирта развиваются дегенеративные изменения в осевых цилиндрах и миелиновых оболочках. Таким образом, это вмешательство, сохраняя нерв в полной целостности, вызывает такой же эффект перерыва его проводимости (на срок около полугода), как и невротомия. Однако инъекцию спирта нельзя считать безвредным вмешательством, так как в окружности нерва, в его оболочках и между пучками развивается, особенно при повторных инъекциях, рубцовая ткань, что иногда ведет к усилению болей и возникновению других расстройств.

Благоприятные, но непостоянные результаты наблюдались в клиниках Н. Н. Петрова и А. Л. Поленова в Ленинграде при раке тазовых органов, желудка и в ряде других случаев.

В описании техники точно следуем изложению ее А. Ю. Созон-Ярошевичем.

«Одним из наиболее важных условий, обеспечивающих удачный исход инъекции, является придание больному правильного положения: его укладывают на здоровом боку, со спущенной вниз головой и выгнутым и приподнятым позвоночником, благодаря чему корешки пораженной области занимают самое возвышенное положение в субарахноидальном пространстве (А. С. Чечулин). Предварительное укладывание больного производится до прокола (с изменением наклона кровати, подкладыванием подушки и т. д.). Тонкой платиновой иглой с тупо срезанным концом (но не иглой Бира!) производят спинномозговую пункцию 0,5% раствором новокаина на уровне соответствующих сегментов, лучше после анестезии кожи и глубже лежащих тканей. Инъекция может быть произведена на уровне VI и VII, даже III и IV грудных позвонков (при болях в области грудной железы). После того как из иглы начнет быстро выделяться цереброспинальная жидкость без крови, надевают на иглу однограммовый шприц,

наполненный абсолютным алкоголем (после стерилизации и наполнения его спиртом шприц необходимо тщательно просушить). Спирт вводят вращательными движениями поршня очень медленно, на протяжении не менее 6 минут. Обычно после инъекции 0,5 см³ алкоголя больной ощущает чувство жара в области соответствующих сегментов, вслед за чем боли проходят. По окончании инъекции алкоголя рекомендуется ввести через иглу 0,5 см³ физиологического раствора для того, чтобы промыть иглу и избежать попадания спирта в эпидуральное пространство и мозговую оболочку при извлечении иглы, что может вызвать боли в области прокола. Впрыскивается от 0,2 до 1,0 алкоголя. По истечении 1½—2 часов больного из положения на боку поворачивают на спину, но избегают подкладывать подушки под голову в течение суток. Чрезвычайно важно, чтобы в течение двух часов голова больного находилась ниже уровня инъекции.

После вмешательства иногда наступают стойкие расстройства чувствительности (болевой и температурной) на территории алкоголизированных корешков, могущие держаться долгое время (годами). При двусторонних болях инъекцию производят повторно, спустя несколько дней при новом положении тела».

По данным Ленинградского онкологического института (А. С. Чечулин), возможны осложнения в виде головных болей, рвоты, повышения температуры, ригидности мышц затылка (менингизм); иногда бывает задержка мочи, наблюдались парезы сфинктера и запоры; парезы конечностей в 11 случаях из 82. В ¾ всех случаев после инъекции наступает значительное уменьшение или исчезновение болей, но бывают случаи, когда инъекция никаких результатов не дает.

Мы не имеем личного опыта в применении этой операции. Но полагаем, что в борьбе с болями при тазовых метастазах рака женских половых органов впрыскивание абсолютного спирта в субарахноидальное пространство не должно быть единственным и последним средством в случае безуспешного применения обычно применяемых средств.

В свете павловского учения можно воздействовать на болевой синдром методами, регулирующими процессы в коре головного мозга. Поэтому мы полагаем, что и при болях на почве разбираемого здесь страдания уместно испытать действие «охранительного торможения», т. е. применить сонную терапию по И. П. Павлову.

Накопленный опыт покажет, насколько будет эффективен этот метод в борьбе с болями при тазовых метастазах рака женских половых органов.

ЛИТЕРАТУРА

- Гращенко Н. И. и Злотник Е. И., Учение И. П. Павлова и его значение в хирургии, Хирургия, № 10, 1950.
Ковтунович Г. И., Субарахноидальная инъекция абсолютного алкоголя при болях различного происхождения, Врачебное дело, № 8, стр. 621—624, 1937.
Созон-Ярошевич А. Ю., Хирургия болей, глава 3, в кн.: «Основы практической нейрохирургии», НКЗ СССР, 1943.
Чечулин А. С., Инъекция алкоголя в субарахноидальное пространство как метод борьбы с болями, Сборник, посвященный 40-летию деятельности Петрова Н. Н., 1937.

Организация борьбы против рака матки

Статистика большинства стран показывает увеличение числа диагностируемых и регистрируемых случаев рака.

У женщин заболеваемость раком встречается чаще (по некоторым статистическим данным почти вдвое чаще), чем у мужчин, и наибольший процент падает на поражение раком органов половой сферы. Так, по секцион-

ным материалам пяти московских больниц, в свое время собранным ассистентом нашей клиники М. И. Малевой, рак как причина смерти встретился в 7,3%, причем рак половых органов встретился у женщин в 42,4%, а у мужчин в 1,6%.

По данным А. И. Сереброва (Онкологический институт АМН СССР), среди злокачественных опухолей женских половых органов рак шейки матки встретился в 84,8%. Аналогичные цифры дают и сводки других советских и иностранных авторов. Если все это учесть, то становится совершенно очевидной та роль, которую в раковой проблеме играет борьба против рака шейки матки.

Краткие данные к истории развития противораковой борьбы. В России первым организационным мероприятием в деле борьбы против раковых заболеваний, в том числе и рака матки, является открытие в 1903 г. в Москве института для лечения опухолей, директором которого был Зыков. В 1906 г. Петербургское акушерско-гинекологическое общество выделило специальную комиссию, которой было поручено разработать необходимые меры борьбы против рака матки. В результате по поручению указанного общества его отдельными членами были составлены листовки, воззвания, был прочитан ряд общедоступных лекций, проведены беседы. Примеру Петербургского акушерско-гинекологического общества последовали и другие общества. Но это был порыв, который вскоре заглох, так как не было постоянной организации, которая бы вела это дело в достаточно широком масштабе и обладала бы необходимыми для этого материальными средствами. Возникшее в 1907 г. Всероссийское общество борьбы с раком обладало слишком незначительными средствами, чтобы поставить дело достаточно широко. В 1914 г. в Петербурге состоялся первый Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями, но с началом первой мировой войны деятельность общества совершенно прекратилась.

В 1918 г., несмотря на тяжелые годы гражданской войны, разрухи, эпидемий в стране, советским правительством были созданы рентгено-радиологические институты в Ленинграде и Харькове. В 1926 г. по инициативе Н. Н. Петрова создается Ленинградский онкологический институт, а вслед за этим — Московский рентгенологический институт. В июне 1925 г. Наркомздрав РСФСР созывает конференцию по борьбе с раком, на которой обсуждались вопросы организации стройной системы борьбы с раком, внедрение методов массовых обследований, санитарного просвещения среди населения, подготовка кадров, а также вопросы онкологической настороженности врачей и т. п.

В годы первой и второй сталинских пятилеток создаются новые онкологические учреждения, рентгено-радиологические институты во многих городах Советского Союза (Воронеж, Киев, Ростов-на-Дону, Одесса, Свердловск, Баку и др.). В 1931 г. при Наркомздраве СССР была создана Центральная комиссия по борьбе против рака.

Огромное значение для дальнейшего улучшения онкологической помощи в стране имело решение правительства об организации в СССР онкологической службы.

«Более пяти лет прошло со дня решения правительства об организации в СССР онкологической службы, равной которой не знает ни одна страна мира. На органы здравоохранения была возложена большая и весьма ответственная задача — в короткий срок создать широкую сеть специализированных учреждений, призванных активно и как можно раньше выявлять больных злокачественными новообразованиями, оказывать им своевременную и эффективную помощь» (С. Анфилов).

Для осуществления этих задач Министерством здравоохранения СССР был издан ряд соответствующих приказов, как, например, об изучении причин позднего выявления рака, способствующий дальнейшему улучшению онкологической помощи в стране, расширению сети учреждений, вплоть до организации районных и межрайонных онкологических диспансеров, приказ о проведении профилактических онкологических осмотров населения, о введении в практику онкологических и лечебно-профилактических учреждений единой клинической классификации рака по стадиям заболевания и внедрения методики комбинированного (хирургического и лучевого) лечения рака и др.

Поздняя обращаемость больных раком матки и методы борьбы с ней. Причины поздней обращаемости больных раком матки давно известны. Они заключаются в отсутствии ярких симптомов в начальной стадии заболевания, недостаточной осведомленности женщин о ранних симптомах заболевания и в недостаточной онкологической настороженности врачей, к которым впервые обращается больная.

Причиной запущенности рака шейки матки могут быть и врачебные ошибки, происходящие оттого, что врачами, к которым обратилась больная при появлении подозрительных симптомов, не были полностью использованы обычные и простые методы гинекологического исследования. Так, например, на материале Института онкологии Академии медицинских наук Серебров показал, что в 3,1% случаев лечение назначалось врачами без гинекологического исследования, лишь на основании симптомов, в 14,8% случаев перед назначением лечения больные осматривались только двуручным способом без применения зеркал, в 15,7% случаев диагноз не был поставлен, хотя больные были исследованы двуручным способом и были осмотрены зеркалами.

Неоднократно проводившиеся кампании, имевшие целью повышение уровня знаний общих врачей и среднего медицинского персонала, особенно акушерок, к которым женщины часто обращаются за советом по поводу своего заболевания, повышение онкологической настороженности акушеров-гинекологов и санитарно-просветительная работа среди женского населения по вопросам борьбы против рака матки — это, несомненно, полезные мероприятия, но они все же недостаточны для того, чтобы радикальным образом изменить процентное соотношение между обнаруживаемыми начальными и запущенными случаями рака шейки матки. В настоящее время, благодаря широко разветвленной организации онкологической помощи, работающей не в порядке той или иной кампании, а планомерно и систематически, имеются все предпосылки для улучшения распознавания и ускорения оказания лечебной помощи женщине, у которой обнаружен рак матки. Опыт нашей клиники показал (Е. Ф. Беляева, М. И. Малева), что благодаря широкому применению биопсии при эрозиях шейки, на первый взгляд не вызывавших подозрения, в некоторых случаях при гистологическом исследовании биопсированного кусочка все же обнаруживается рак.

Идея профилактических осмотров женщин в целях выявления рака впервые высказана корифеем отечественной гинекологии В. Ф. Снегиревым около 50 лет назад.

В послевоенные годы среди акушеров-гинекологов велась широкая дискуссия по вопросу об организационных формах массовых профилактических осмотров женского населения и о методике этих осмотров. В частности, подвергался обсуждению вопрос о том, должны ли массовые осмотры производиться только врачами. Одни (Ф. А. Сыроватко, П. Я. Лельчук, А. Ю. Лурье и др.) считали, что выявление эрозии на шейке матки

может быть поручено и специально проинструктированным фельдшерке и акушерке, которые отбирают выявленные случаи эрозии и направляют их врачу для постановки диагноза. Другие (И. Ф. Жордания) предлагали создать при каждом областном здравотделе постоянно действующую группу медицинского усиления, имеющую в своем составе не только врач-гинекологов, но и лаборанта и лабораторного техника.

Опыт в проведении этих мероприятий еще должен накапливаться, но уже сейчас ясно, что систематические массовые профилактические осмотры женщин, особенно в возрасте старше 35 лет, позволяют выявить ранние стадии рака шейки матки в значительно большем проценте, чем это было до сих пор и как это продолжает оставаться и поныне за рубежом.

В мае 1948 г. был издан приказ Министерства здравоохранения Союза ССР о проведении профилактических онкологических осмотров населения. К нему дана инструкция по проведению профилактических осмотров организованных групп населения в целях выявления ранних форм раковых заболеваний и профилактики рака. Инструкция включает: 1. Общие положения. 2. Организацию осмотров. 3. Учет результатов профилактических осмотров, а также методические указания по проведению профилактических онкологических осмотров.

Благоприятные результаты массовых онкологических осмотров женского населения стали скоро обнаруживаться. Так, по сводной статистике Киевской онкологической клиники (Евдокимов) процент ошибок при распознавании рака по отношению ко всем женщинам, поступившим в стационар в 1945—1947 гг., был равен 12, а в 1948 г. — 3.

В ряде городов и областей отмечено снижение сроков от появления первых симптомов заболевания до обращения к врачу. Особенно важно, что благодаря организации объединений снизилось число дней, прошедших от обращения больной к врачу до поступления в стационар, а также число дней, прошедших от обращения к врачу до установления диагноза.

О благоприятных результатах массовых (всего женского населения, а не только организованного) осмотров женщин с целью выявления ранних стадий рака сообщает Ф. А. Сыроватко и А. С. Баюрова из Сталинградской области, И. И. Яковлев из Свердловской области, П. Я. Лельчук из Ростовской области и др. Само собой разумеется, что эти осмотры должны проводиться периодически (не реже 1—2 раз в год).

Указанные мероприятия относятся по существу к мерам профилактики запущенности рака шейки матки. Что касается предупреждения самого заболевания, то, поскольку еще не решен вопрос его этиологии, невозможна и действенная профилактика. Тем не менее общепризнано, что такие патологические изменения на шейке матки, как выворот слизистой оболочки шеечного канала (эктропион), хронические эрозии шейки матки, шеечные полипы, а также лейкоплакии, возникающие главным образом на почве травмы и инфекции, предрасполагают к развитию рака шейки матки. Естественно поэтому требование многих авторов (А. И. Серебров, И. Ф. Жордания, Н. А. Мельников и др.), к которым присоединяемся и мы, широко применять зашивание разрывов шейки матки в родах, даже тогда, когда эти разрывы и не сопровождаются обильным кровотечением. С этой точки зрения достойно внимания и предложение поголовного осмотра шейки матки зеркалами по окончании родового акта (Е. Е. Щербина, И. Ф. Жордания и др.).

Ряд авторов с этих же позиций обращает внимание на роль лечения хронических, особенно папиллярных, эрозий и эндоцервицитов, а также лейкоплакий электрокоагуляцией (С. А. Ягунов, А. И. Серебров и др.).

При значительной гипертрофии шейки матки на почве фолликулярной эрозии, а также при больших разрывах шейки матки со значительным выворотом слизистой шеечного канала мы считаем показанным хирургический метод лечения: ампутацию шейки матки или ее пластику (зашивание старого разрыва шейки).

Лейкоплакия (leucoplakia) влагалищной части матки

Под этим названием описаны изменения на поверхности влагалищной части матки, характерной особенностью которых в анатомо-патологическом отношении является склонность плоских эпителиальных клеток к ороговению. Участки, подвергшиеся этим изменениям, представляют собой как бы белый налет неправильной формы, видимый и невооружен-

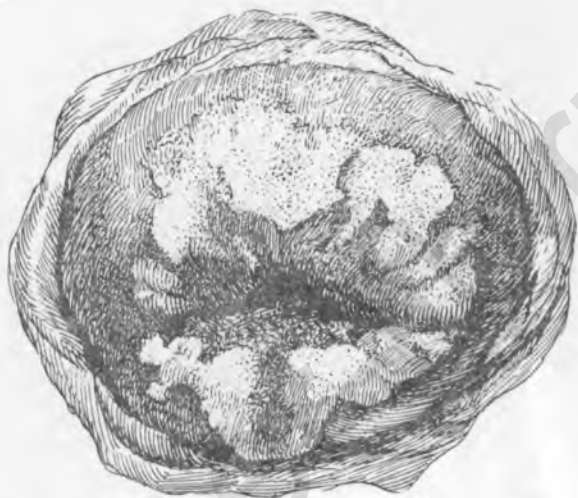


Рис. 132. Лейкоплакия влагалищной части (по Линде).

ным глазом на влагалищной части матки (рис. 132). Налет этот не отпадает и не снимается. Особенно хорошо обнаруживается лейкоплакия кольпоскопом, представляющим собой бинокулярную лупу, установленную на специальном штативе. Подобный прибор у нас был сконструирован по инициативе Л. Л. Окинчица заводом оптических инструментов. Он представляет собой монокулярный прибор, дающий не худшие результаты, чем заграничные приборы (К. К. Скробанский). В настоящее время имеются прекрасные отечественные бинокулярные кольпоскопы системы Гинзбург (Ленинград).

В последние годы вопрос о значении лейкоплакии как предракового процесса служил предметом острой дискуссии. Гинзельман утверждает, что лейкоплакия — стадия, предшествующая раку, причем переход лейкоплакии в рак может произойти в разные сроки: и через несколько месяцев, и через несколько лет. К. К. Скробанский наблюдал больную с лейкоплакией в течение 3 лет и не мог отметить никаких изменений ни в распространении лейкоплакии, ни в ее форме.

В практическом отношении важно, что, хотя при гистологическом исследовании участков, пораженных лейкоплакией, часто обнаруживают лишь небольшие изменения в виде кератоза, все же в исследуемой ткани изредка

обнаруживается картина начальной стадии ракового образования. Поэтому мы считаем обязательным каждую лейкоплакию подвергать биопсии так же, как мы в обязательном порядке делаем исследование удаленного шеечного полипа.

ЛИТЕРАТУРА

- А л ь т г а у з е н А. Я. и Д е р м а н Г. Л., Н о с а л е в и ч О. М., Диагностика рака при микроскопическом исследовании отделяемого из пораженной шейки матки, *Акушерство и гинекология*, 1947, № 6.
- А н ф и л о г о в С., Образцово организовать онкологическую помощь, *Медицинский работник*, 1950, № 50.
- Б р а у д е И. Л. и Б е л я е в а Е. Ф., Раннее распознавание рака матки, М., Госиздат, 1928.
- Д а н и а х и й М. А., Современные установки при хирургическом лечении рака шейки матки, *Советская медицина*, 1949, № 6.
- Ж о р д а н и я И. Ф., Методика массовых профилактических осмотров женщины в целях выявления гинекологических больных (в частности — больных раком матки), *Акушерство и гинекология*, 1949, № 4.
- К о л е г а е в Г. А., К вопросу о лейкоплакии слизистой шейки матки, Доклад на II Украинском съезде акушеров-гинекологов, Киев, 1938.
- К у р б а т о в Ю. А., Проба Шиллера как метод ранней диагностики плоскоклеточного рака шейки матки, За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1934.
- Л у р ь е А. Ю., Первые итоги борьбы против рака органов женской половой сферы на Украине за 1948 г., *Акушерство и гинекология*, 1949, № 4.
- Н у д о л ь с к а я О. Е., Предраковое состояние тела и шейки матки, *Акушерство и гинекология*, 1945, № 3.
- О р л о в а Р. С., Значение цитологического исследования мазков из выделений влагалища и шейки матки для ранней диагностики рака женской половой сферы, *Акушерство и гинекология*, 1950, № 2.
- С ы р о в а т к о Ф. А. и Б а ю р о в а А. С., Раннее выявление рака шейки матки методом массовых профилактических осмотров женщин, *Акушерство и гинекология*, 1949, № 4.
- С т а в с к а я Е. Я. и Л е в и н а Д. В., Комбинированный метод цитологической диагностики рака женских половых органов, *Акушерство и гинекология*, 1948, № 4.
- Я к о в л е в И. И. и Т ю т р и н а Е. П., Результаты профилактического осмотра женщин в г. Свердловске, Доклад на совещании директоров институтов и кафедр акушерства и гинекологии в Москве 16—18 марта 1949 г.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди основных симптомов женских болезней первое место занимают маточные кровотечения. Недаром корифей отечественной гинекологии В. Ф. Снегирев свой капитальный труд, широко охватывающий вопросы физиологии и патологии половой сферы и всего организма женщины, озаглавил «Маточные кровотечения». Справедливость требует отметить, что, несмотря на прогресс, который проделала гинекология как клиническая дисциплина со времени первого издания этой книги в 1885 г., последняя далеко не утратила своей ценности и по настоящее время. Посвящение труда корифея русской гинекологии «Русскому земскому врачу, поставленному часто одному, вдаль от опытного совета и помощи» еще раз подчеркивает то значение, которое В. Ф. Снегирев придавал борьбе с таким опасным врагом, как маточное кровотечение.

Под термином «маточное кровотечение» прежде всего мы будем понимать кровотечения, которые возникают вне беременности и либо появляются в периоды, когда физиологических кровотечений не должно быть, либо, когда имеются чрезмерно обильные или слишком частые менструальные кровотечения, но все же циклические, либо кровотечения, хотя и имеющие связь с менструацией (овуляцией), но наступающие беспорядочно, т. е. не имеющие определенной цикличности.

Слишком обильные менструации принято, как известно, называть гипermenорреей; слишком частые менструации называются полименорреей. Ациклические кровотечения называются метrorрагией в отличие от патологических, но все же циклических кровотечений, которые по старой терминологии назывались в общем меноррагией. Ациклические кровотечения, стоящие в связи с патологической функцией яичников, следовало бы называть, как это предложил Е. М. Шварцман, менометrorрагией, показывая этим, что хотя кровотечения и наступают ациклически, но все же стоят в связи с функцией яичников, хотя и патологической.

По М. С. Малиновскому меноррагии продолжительностью свыше 12 дней следует относить к метrorрагиям, в крайнем случае к менометrorрагиям, так как в данном случае кровотечение обуславливается не столько раневой поверхностью базального слоя слизистой с ее разорванными сосудами, сколько каким-то дополнительным фактором, не связанным с менструальным циклом.

Этиология маточных кровотечений весьма разнообразна. Они могут возникать не только вследствие местных повреждений или заболеваний матки и эндометрия, при воспалительных процессах и опухолях, но и на почве общих заболеваний организма, особенно заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Особую группу маточных кровотечений представляют так называемые овариальные кровотечения. Сюда относятся кровотечения с нарушенным ритмом или вовсе ациклические, возникающие на почве первичных расстройств функции яичников или расстройств функции яичников вследствие дисфункции других эндокринных желез, или расстройств функций яичников на почве воспалительных раздражений и опухолей.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ МЕТРОПАТИИ

Основную группу ациклических кровотечений на почве дисфункции яичников составляет заболевание, известное под названием геморрагической метропатии. Д. Л. Чернеховский предлагает называть это заболевание не геморрагической метропатией по Шредеру, а *ovario-metrorathia haemorrhagica hormonalis*, стремясь в самом названии отразить представление о сущности заболевания.

В основе геморрагических мероприятий лежит патологический процесс развития фолликулов, ведущий к их персистенции. При нормальном овариально-менструальном цикле созревающий фолликул, достигнув определенной стадии зрелости, разрывается (лопается), а из клеток *membrana granulosa* развивается желтое тело. С гибелью яйцеклетки наступает обратное развитие желтого тела и созревание фолликула следующего цикла и т. д. Соответственно фазам овариального цикла в эндометрии также происходят известные изменения: стадии созревания фолликула соответствует стадия пролиферации в слизистой оболочке матки. При геморрагической метропатии фолликулы не достигают естественной стадии своего развития, заканчивающейся лопанием фолликула и образованием желтого тела. Гистологическое исследование яичников показало, что яичники оказываются увеличенными вследствие наличия в них одной или нескольких небольших кист, которые являются фолликулами с хорошо сохранившимся слоем клеток *membranae granulosaе* и *thecae interna*; свежих желтых тел в яичнике нет. Слизистая оболочка матки, полученная при выскабливании полости матки, представляет характерную картину: соскоб обилен, выскобленные массы пропитаны кровью и внешне сходны с децидуальной оболочкой. Подчас может даже возникнуть подозрение на рак тела матки. Микроскопически соскоб представляет картину беспорядочной гиперплазии желез, имеющих самую разнообразную форму, со склонностью к кистовидной дегенерации; признаки секреции отсутствуют. Слизистая оболочка (функциональный слой) местами некротизирована, сосуды затромбированы. Кровотечения в случаях геморрагической метропатии зависят главным образом не от менструальной фазы, а от отторжения некротизированных участков эндометрия. Обычно матка увеличена и сочна (впрочем, иногда матка не увеличена). Обращает на себя внимание легкая проходимость шеечного канала даже у нерожавших. Кровотечения при геморрагической метропатии могут достигать угрожающих размеров, вызывая тяжелые анемии. В некоторых случаях кровотечения не интенсивны, но в виде незначительных кровянистых выделений продолжают чрезвычайно долго. Геморрагическая метропатия чаще наблюдается в преклимактерическом возрасте и в период полового созревания. По данным Е. И. Гуревич (клиника Р. В. Кипарского, Ленинград), это заболевание встретилось в 0,5—1,2% всех амбулаторных больных.

Кровотечение при геморрагической метропатии обычно наступает после более или менее длительной задержки менструации, что и понятно: под влиянием персистенции фолликула истинная менструация выпадает, а кровотечение появляется в результате омертвения чрезмерно гипер-

плазированной слизистой оболочки матки. Возможно, что при наличии персистирующего фолликула преждевременно погибает яйцеклетка.

Геморрагическую метропатию П. Г. Шушания рассматривает как однофазный патологически удлиненный менструальный цикл, так как при этом заболевании не существует второй фазы ни в яичнике, ни в матке, а имеется только первая фаза и то патологически измененная. И. И. Фейгель и В. А. Покровский считают, что термин «персистирующий фолликул» не вполне правильно отражает анатомический субстрат, так как при этом заболевании часто находят фолликулы в стадии кистозной атрофии.

Наряду со случаями метропатии, сопровождающимися гиперплазией эндометрия и кистозными изменениями яичников, бывают случаи с таким же клиническим течением, но с иным анатомическим субстратом — в яичниках желтые тела (А. Э. Мандельштам).

Несмотря на значительное расширение учения о причинах маточного кровотечения, обусловленного теми или иными нарушениями функции яичников, вопрос о так называемых функциональных маточных кровотечениях все еще нельзя считать полностью разработанным. Ряд наблюдений показал, что функциональные маточные кровотечения могут наблюдаться при умеренном и слабом развитии эндометрия и даже при его атрофии. Объяснить причину возникновения кровотечений в подобных случаях довольно трудно вследствие ряда неясностей, касающихся механизма регул. Новейшие исследования показали, что менструации в основном — нервно-сосудистый феномен, в котором эндокринные железы играют важную, но не единственную роль, так как весь этот процесс находится под влиянием центральной нервной системы, регулирующей функции половой сферы.

Твердо установлено, что менструации предшествует овуляция и что без овуляции нет менструации. Однако работами Гартмана установлено, что у человекоподобных обезьян регулярные кровотечения бывают и тогда, когда в яичниках нет желтых тел (ановуляторные кровотечения). У обезьяны оплодотворение наступает только во время зимних циклов. Ановуляторные циклы, не сопровождающиеся оплодотворением; встречаются у обезьян и не в летние месяцы и чаще в пубертатном возрасте. Ряд наблюдений показал, что ановуляторные кровотечения встречаются также и у женщин и главным образом в пубертатном или в климактерическом возрасте.

При функциональных кровотечениях в эндометрии иногда определялась секреторная фаза (большей частью недостаточно выраженная), что говорит о кровотечении овуляторного характера.

Особого внимания по А. Э. Мандельштаму заслуживают сосуды, состояние которых во многих случаях находится в соответствии с беспорядочной пролиферацией железистого эпителия. Изменения в сосудах в последние годы были тщательно изучены Е. И. Гуревич и А. А. Куликовской. Эти авторы подчеркивают «беспокойство» сосудов (спастическое сокращение их, перемежающееся с паралитическим расширением просвета, выраженное фибринозно-гиалиновое перерождение стенок) как характерную особенность гистологической картины эндометрия в ряде случаев беспорядочных кровотечений, клинически напоминающих геморрагическую метропатию на почве персистенции фолликула; чаще же эти кровотечения начинаются без предшествовавшей задержки регул и длятся много дней в течение ряда месяцев (а иногда и лет) с небольшими промежутками, не проявляя какой-либо периодичности. При подобного рода «функциональных» маточных кровотечениях у девушек и молодых женщин нередко удается отметить большее или меньшее недоразвитие половой

сферы. У женщин детородного возраста, страдающих беспорядочными кровотечениями, иногда встречается недоразвитие наружных половых органов (Е. И. Гуревич). Матка во время кровотечений нередко размягчена, особенно влагалищная часть шейки, причем шейный канал бывает приоткрыт и пропускает без расширения небольшую кюретку.

Пеструю картину эндометрия (наличие смешанных фаз) со своеобразными неодинаковыми изменениями сосудов в разных участках нельзя, как заключает А. Э. Мандельштам, объяснить только гормональным действием инкретов яичника. Подобные изменения с большим основанием можно отнести за счет неоднородного состояния сосудов в различных участках эндометрия в зависимости от «игры вазомоторов» (дистония окончаний вегетативных нервов в матке), а также изменений в самих сосудах в различных отделах эндометрия.

Всеми авторами отмечается, что в огромном большинстве случаев геморрагическая метропатия наблюдается у женщин в предклимактерическом возрасте, реже — в период полового созревания девочки (пубертатный возраст) и значительно реже — в чадородном возрасте, т. е. это заболевание наблюдается главным образом в те периоды жизни женщины, когда функция яичников еще твердо не установилась или уже начинает угасать. Однако не следует упускать из вида и того обстоятельства, что в предклимактерическом возрасте, когда чаще возникают геморрагические метропатии, дисфункция яичников может стоять в связи с рядом заболеваний, как, например, перенесенные воспалительные заболевания, аномалии положения внутренних половых органов, склероз сосудов, расстройства обмена веществ или вегетативной нервной системы и т. п. Иногда фолликулы не могут лопнуть вследствие чрезмерно плотной tunicae albugineaе яичника или ввиду спаек, окутывающих их. В основе дисфункции яичников, вызывающих геморрагическую метропатию, особенно в периоде полового созревания, может лежать расстройство корреляции между яичниками и другими эндокринными железами (например, гипофизом).

Само собой понятно, что и эффективность, и выбор терапии при геморрагической метропатии будут различны в зависимости от истинной причины этого заболевания в каждом отдельном случае.

Р а с п о з н а в а н и е геморрагической метропатии основывается главным образом на данных гистологического исследования соскоба, полученного при выскабливании матки. Некоторое значение могут иметь и данные анамнеза, особенно бывшая до того задержка менструации. Но, если учесть, что причиной кровотечения может быть и наличие остатков плодного яйца или отпадающей оболочки (плацентарный, децидуальный полип) и, что особенно важно, рак тела матки, то становится совершенно очевидным огромное диагностическое значение пробного выскабливания.

В ряде случаев маточных кровотечений выскабливание, произведенное с диагностической целью, может оказаться и лечебным мероприятием; это особенно рельефно сказывается при плацентарных, децидуальных и слизистых полипах. Диагностическое выскабливание может оказаться лечебным при маточном кровотечении на почве хронического эндометрита. Но, заподозрив таковой, необходимо, прежде чем прибегнуть к выскабливанию, самым тщательным образом удостовериться в отсутствии противопоказаний к этой операции, каковыми являются воспалительные очаги в матке или за ее пределами в тазу. Только при отсутствии болезненности при пальпации, нормальной температуре тела и нормальной реакции оседания эритроцитов можно, заподозрив причину маточного кровотечения

в хроническом эндометрите, произвести пробное выскабливание, которое и в этом случае может остановить кровотечение.

Лечение маточных кровотечений оваригенного происхождения, в частности, геморрагической метропатии. Лечение этих кровотечений многообразно, так как причины их разнообразны. В основном следует лечить не столько кровотечение, которое является лишь симптомом заболевания, а само заболевание, распознать которое не всегда легко. Только в редких случаях маточное кровотечение оваригенного происхождения бывает так обильно, что требует применения экстренных мер. При анемии больную укладывают в постель, головной конец которой должен быть опущен, а таз больной несколько приподнят. Влагалище следует затампонировать стерильным бинтом. В противоположность акушерским кровотечениям при гинекологических кровотечениях тампонацию матки производить не следует, но влагалище, особенно его своды, должны быть туго затампонированы. Оставляя тампон на сутки и больше, целесообразно вместе с тампоном ввести во влагалище 5—10 г белого стрептоцида.

Кроме применения кровоостанавливающих средств (витамин К, инъекции эрготина, питуикрина и пр.), нередко в этих случаях приходится прибегать к подкожному введению физиологического раствора поваренной соли, внутривенному введению глюкозы, переливанию донорской крови. Маточные кровотечения типа мено- или метроррагии (геморрагическая метропатия) если и доводят женщину до значительной анемии, то лишь в результате хронических кровопотерь. К основному лечению этих кровопотерь следует приступить, как только будет установлена этиология маточного кровотечения и поставлен точный диагноз. Как мы уже указывали, диагноз геморрагической метропатии точно может быть поставлен только при пробном выскабливании. Кроме своего огромного диагностического значения, выскабливание матки при оваригенных кровотечениях, в частности, геморрагической метропатии, является терапевтическим мероприятием, оказывающим непосредственный кровоостанавливающий эффект. При геморрагической метропатии кровоостанавливающее действие выскабливания зависит от того, что удаляется кровоточащая, некротизированная и гиперплазированная слизистая матки. Конечно, имеет значение и энергичное сокращение матки, вызываемое выскабливанием ее полости. Однако трудно представить себе, каким образом широко применяемое выскабливание полости матки может дать при оваригенных маточных кровотечениях длительный эффект. Но в некоторых случаях такой эффект наблюдался. Об этом говорит наш личный опыт и литературные данные (Е. М. Шварцман, Г. К. Живатов).

Совершенно бессмысленно прибегать к повторному выскабливанию, если результат недавно произведенного оказался неудовлетворительным. Если же кровотечение, прекратившееся после выскабливания, по истечении нескольких месяцев или лет повторяется, то следует вновь прибегнуть к выскабливанию полости матки, особенно в предклимактерическом возрасте больной, так как причина кровотечения может быть теперь уже иной (save! рак полости матки). Во всяком случае выскабливание следует произвести до применения радикальных методов лечения (удаление матки, резекция яичников, рентгено-радиотерапия), но, конечно, при отсутствии противопоказаний.

Выскабливание с терапевтической целью должно быть энергичным, но при подозрении на рак тела матки его надо делать очень тщательно, но и очень осторожно (см. ниже). Точно так же опасно энергичное выскаблива-

ние, когда во время выскабливания неожиданно обнаруживается подслизистый узел фибромиомы (см. ниже).

Лечение ювенильных кровотечений. Маточные кровотечения у молодых девушек, как и у женщин в предклимактерическом и климактерическом возрасте, могут зависеть от причин, вызывающих кровотечение в любом возрасте. Следовательно, и лечение может быть так же разнообразно, как и причины, вызывающие кровотечение. Однако ювенильные кровотечения чаще относятся к оваригенным кровотечениям, к типу кровотечений при геморрагических метропатиях.

При лечении кровотечений у молодых девушек надо иметь в виду трудности применения внутреннего исследования. Если исследование через прямую кишку не дает достаточных опорных пунктов для правильного диагноза, то иногда приходится прибегнуть к исследованию через влагалище и даже к исследованию в зеркалах, хотя бы ценой нарушения целостности девственной плевы. Мы производим внутреннее исследование только с согласия родителей или родственников, которым разъясняем мотивы и необходимость исследования. Кроме того, рекомендуется внутреннее исследование у девушек производить в присутствии третьего лица, что может предохранить врача от возможных нареканий или ложных обвинений со стороны больной или ее родственников (Е. М. Шварцман). Только при помощи внутреннего исследования, а иногда и выскабливания, удается в некоторых случаях установить истинную причину кровотечения у девиц (полип матки, опухоль матки и яичников и т. п.). Наличие ненарушенной девственной плевы и возраст не должны служить основанием для безусловного исключения кровотечения на почве беременности (выкидыш). Хотя эти причины у молодых девушек редки, но все же думать о них следует. В тех случаях, когда причиной кровотечения являются общие заболевания организма (пороки сердца, заболевания почек, печени и крови и т. п.), лечение должно быть направлено прежде всего (как и в любом возрасте) против основного заболевания.

Если причина кровотечений у молодых девушек не всегда ясна, то это тем более обязывает врача внимательно изучать каждый случай, тщательно взвешивая и данные анамнеза. Изредка причиной кровотечения может быть наследственный сифилис. Но ввиду того что ювенильные кровотечения чаще возникают на почве метропатии, следует испробовать гормональную терапию (прожестерон, инсулин, тиреоидин и пр.). А. Э. Мандельштам указывает, что у подростков и у молодых девушек кровотечения могут зависеть от тромбопении. По наблюдениям Г. А. Бакшта, тромбопения как причина необъяснимых «функциональных» кровотечений может встретиться и у взрослых женщин при отсутствии у них каких-либо местных изменений в половом аппарате.

Г. А. Бакшт рекомендует в подобных случаях применение массивных доз витамина С (500—600 мг аскорбиновой кислоты внутривенно или 2 000 мг при внутреннем употреблении). Большинство авторов объясняет действие витамина С при тромбопении его свойствами уплотнять эндотелий и повышать свертываемость крови. При умеренных степенях тромбопении длительное введение витамина С способствует увеличению количества тромбоцитов, но при резко выраженных формах оно не дает эффекта (Г. А. Бакшт).

Поскольку каждое более или менее сильное маточное кровотечение сопровождается дефицитом витамина С в крови, А. Э. Мандельштам считает полезным применение этого витамина при любом затяжном или обильном маточном кровотечении, конечно, кроме кровотечений при раковой язве, рождающейся миоме, полипе и т. д.

Необходимо помнить, что неправильные менструации в начале полового созревания в ряде случаев постепенно выравниваются и без лечения. Поэтому при общем удовлетворительном состоянии задача врача заключается в выжидании и оказании помощи больной лишь при кровотечении. Большое значение имеет соблюдение гигиенического режима в промежутках между менструациями. Если все доступные методы консервативного лечения не дают результата, то в редких случаях ювенильных кровотечений приходится все же прибегнуть к выскабливанию полости матки с диагностической целью. В исключительно редких случаях приходится делать чревосечение или применить рентген-радиотерапию. Применять повторное выскабливание повторяем нецелесообразно.

Р а с п о з н а в а н и е кровотечений у женщин, живущих половой жизнью, значительно легче, чем у девушек. Кровотечения у них очень часто связаны с беременностью (угрожающий выкидыш, неполный выкидыш, плацентарный или децидуальный полип, внематочная беременность). Воспалительные процессы и их последствия особенно часто являются причиной кровотечения. Фибромиомы, полипы, опухоли яичников в этом возрасте также встречаются довольно часто. Не следует забывать, что и рак матки не так уж редко встречается в этом возрасте, что должно быть учтено при анализе причин кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Гуревич Е. И., Терапия маточных кровотечений, Акушерство и гинекология, 1936, № 1.
- Краевская И. С., Роль витамина С в этиологии и патогенезе маточных кровотечений, Акушерство и гинекология, 1936, № 10.
- Лельчук П. Я., Инсулинотерапия гинекологических кровотечений, Акушерство и гинекология, 1940, № 1.
- Малиновский М. С., К вопросам о расстройствах менструального цикла, Сборник работ по акушерству и гинекологии, Медгиз, 1944.
- Мандельштам А. Э., Гинекологическая диагностика, Л., 1941.
- Он же, Патогенез и терапия маточных кровотечений, Акушерство и гинекология, 1929, № 3.
- Могилев М. В., К вопросу об обмене витамина С при маточных кровотечениях, Акушерство и гинекология, 1937, № 11.
- Покровский В. А., Диагностика маточных кровотечений на основании гистологического соскоба, Акушерство и гинекология, 1936, № 1.
- Снегирев В. Ф., Маточные кровотечения, 4-е изд., 1907.
- Фейгель И. И. и Покровский В. А., К гистопатологии маточных кровотечений, Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- Шварцман Е. М., глава в руководстве Брауде «Консервативное лечение женских болезней», Медгиз, 1939.
- Шушания П. Г., Классификация расстройств менструального цикла и механизм кровотечений на основе гормональных и гистологических данных, Доклад на совещании директоров институтов и кафедр акушерства и гинекологии в Москве 16—20 марта 1949.

ВЫКИДЫШ

Одной из самых частых причин маточных кровотечений, заставляющих не только специалиста акушера-гинеколога, но и врача общей медицинской практики прибегнуть к операции выскабливания полости матки, является **выкидыш**. Вот почему мы считаем целесообразным остановиться здесь на этом вопросе, хотя по существу он относится к вопросам акушерским.

Не только прогноз, но и вся тактика врача при лечении выкидыша в значительной степени зависят от того, является ли выкидыш в конкретном случае самопроизвольным или искусственным — подпольным. На

практике выяснение этого вопроса встречает значительные трудности. Подпольный аборт часто протекает как лихорадочный аборт и будет рассмотрен отдельно.

Течение самопроизвольного выкидыша в значительной мере зависит от срока беременности: ранний выкидыш начинается и протекает под знаком кровотечения, родовые боли обычно незначительны или совсем отсутствуют; при позднем выкидыше на первом месте болевой симптом — родовые схватки. Поздний выкидыш протекает по типу родов: начинаются схватки, отходят воды, рождается плод, начинается последовый период, который обычно затягивается и очень часто сопровождается кровотечением. При низком прикреплении и предлежании плаценты и при преждевременной отслойке ее на почве токсикоза поздний выкидыш сопровождается обильными, иногда угрожающими кровотечениями. Выкидыш чаще наступает в первые месяцы беременности, и, как мы уже только что сказали, врачу приходится иметь дело с кровотечением. Однако бывают случаи, когда симптомы начинающегося выкидыша (небольшое кровотечение, незначительные боли) постепенно затихают; исследование обнаруживает, что шейка не укорочена, зев не раскрывается — это угрожающий выкидыш. В этих случаях, т. е. до тех пор, пока имеется малейшая надежда на сохранение беременности, выскабливание противопоказано. Если, несмотря на принятые меры, кровотечение и боли усиливаются, шейка укорачивается, канал ее раскрывается, матка под рукой сокращается, то это значит, что мы имеем дело с начинающимся выкидышем.

Наиболее часто встречается неполный выкидыш, т. е. рождается не все плодное яйцо с отпадающей оболочкой, а лишь плодик с частью оболочек, плацента же или ее часть, или часть оболочек остаются в матке; кровотечение продолжается, канал шейки более или менее открыт, матка значительно уменьшилась в объеме. В некоторых случаях яйцо, уже полностью отделившееся от матки и продвинувшееся почти через весь шеечный канал, встречает сопротивление со стороны мало податливого у нерожавшей женщины наружного зева (особенно у старой первобеременной) — это так называемый шеечный выкидыш.

При неполном выкидыше части плаценты особенно часто задерживаются в трубных углах матки. На их шероховатой поверхности оседает кровь, она образует наслаивающиеся сгустки, которые организуются и вместе с плацентарной тканью образуют плацентарный полип. Плацентарный полип поддерживает кровотечение, которое вначале может быть даже незначительным, а затем внезапно стать обильным. Непрекращающиеся кровотечения на почве плацентарного полипа могут довести больную до значительного малокровия. Нередко к малокровию присоединяется лихорадочное состояние вследствие развившейся инфекции. Следует отметить, что кровотечение при образовании плацентарного полипа начинается иногда не в первые дни после аборта, а спустя 5—6 дней и даже позже. Позднее наступление кровотечения говорит именно за образование плацентарного полипа. Внутреннее исследование, обнаруживающее, что шеечный канал пропускает палец или что он укорочен, подкрепляет диагноз. Лечение заключается в удалении плацентарного полипа кюреткой. При наличии лихорадки (а также при субфебрильной температуре) целесообразно, кроме выскабливания, применить пенициллинотерапию. Иногда течение выкидыша, если оно предоставлено самому себе, принимает затяжной характер; яйцо, оставшееся в петле, пропитывается кровью и после рассасывания зародыша (в некоторых случаях плод или какая-нибудь часть его, особенно пуповина, сохраняется) превращается в кро-

вяной занос, а затем после выщелачивания гемоглобина — в мясной занос. В редких случаях в таком заносе откладываются известковые соли и занос становится каменистым.

К особым формам выкидыша относится несостоявшийся выкидыш. Причина его — пониженная раздражимость матки; чаще он встречается у многорожавших. Этиология его не вполне выяснена. Выкидыш может задержаться на многие месяцы. Изгнание его иногда совпадает с менструальными днями. Родившееся или извлеченное яйцо имеет характер заноса.

Начавшийся выкидыш всегда проходит стадию угрожающего выкидыша, развитие которого может остановиться. Поэтому при появлении первых симптомов выкидыша следует прежде всего выяснить, нет ли надежды сохранить беременность, и принять все необходимые для этого меры. Влагалищное исследование должно быть произведено очень бережно. Пока беременная находится в хорошем состоянии, кровотечения небольшое, шейка матки не укорочена, зев закрыт, необходим физический и душевный покой, постельный режим, лучше всего в условиях стационара. Строго воспрещается прием слабительного, применение тепла или холода (на живот или в виде спринцевания). В случае необходимости назначают клизму. Из лекарственных средств дают пантопон (опий с осторожностью, чтобы не вызвать запоров). Не следует применять обычных кровоостанавливающих средств, так как они вызывают маточные сокращения. Полезно назначать прожестерон (лютеогормон), витамин Е. Покой должен быть длительным, больная остается в постели до тех пор, пока кровотечение не прекратится полностью и после этого еще 1—2 недели. Беременная должна оставаться на особом учете и под наблюдением женской консультации и после выписки из стационара. Если выкидыш остановить нельзя, так как он уже «в ходу», то во избежание кровопотери и инфицирования яйца необходимо опорожнить и матку.

При неполном выкидыше показано немедленное опорожнение матки (даже при одном подозрении на задержку частей плодного яйца). При выкидыше до 3 месяцев полость матки опорожняется кюреткой. Абортангом можно удалить лишь части плодного яйца, видимые в зеве. Вводить же абортанг в полость матки и там им работать наощупь без контроля глазом опасно, так как инструмент может захватить стенку матки и повредить ее. При неполном выкидыше больше трех месяцев безопаснее опорожнять полость матки пальцем (одним или двумя) и лишь после того, как матка сократится, проверить и очистить ее от остатков плодных оболочек при помощи большой тупой кюретки.

Общие технические указания при производстве выскабливания беременной матки. Приступая к выскабливанию, необходимо сначала определить зондом длину и направление маточного канала (см. главу о зондировании). Если канал шейки достаточно раскрыт предшествовавшими схватками, то после зондирования приступают к выскабливанию. Для выскабливания берут самую широкую кюретку, которая может пройти через шейный канал в данном случае; чем кюретка уже, тем она опаснее. Поэтому, если канал шейки матки недостаточно раскрыт, его следует расширить металлическими расширителями.

Для выскабливания можно применять ложки и кюретки. Кюретки имеют то преимущество, что обрывки тканей задерживаются в петле инструмента и легче извлекаются из матки (А. П. Губарев). Для опорожнения беременной матки применяют тупые или полуострые кюретки, при пробном выскабливании — полуострые или острые. Кюретку, как и

всякий инструмент, следует вводить в матку «мягкой рукой»: почувствовав сопротивление, не следует форсировать продвижение кюретки, а необходимо сначала ориентироваться, чем это сопротивление может быть вызвано. Определение момента, когда кюретка достигает дна матки, служит важнейшим условием для предотвращения прободения матки при выскабливании. Верхняя часть рис. 133 показывает, как надо держать кюретку в руке при введении ее в полость матки. Выскабливание слизистой оболочки матки или частей плодного яйца производится при выведении кюретки из полости матки. При выведении кюретку прижимают к соответствующей стенке матки. Нижняя часть рисунка показывает, как выводится кюретка из полости матки; возможность прободения матки при этом мало вероятна.

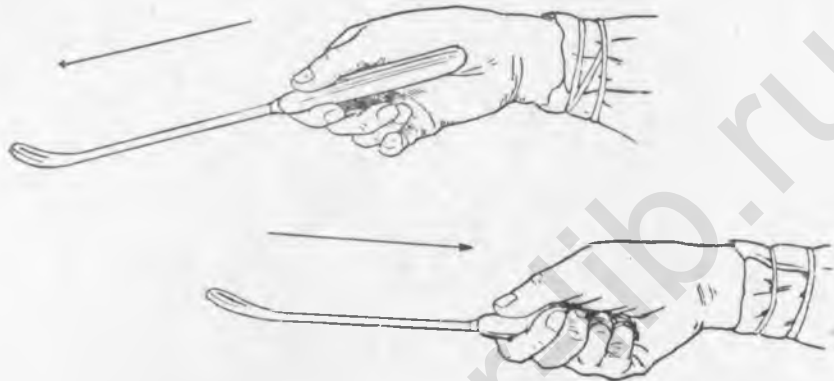


Рис. 133. Выскабливание матки. Положение кюретки в руке при выскабливании. Вверху — введение кюретки в полость матки, внизу — выведение кюретки из матки.

При выскабливании матки следует придерживаться известной системы. Так, например, сначала выскабливают переднюю стенку матки, затем заднюю и, наконец, углы, дно, боковые стенки. Повторно обходят полость матки кюреткой меньшего размера. Когда содержимое полости матки полностью удалено, то движение кюретки по мышечному слою матки сопровождается характерным хрустом, что и служит доказательством того, что в данном участке слизистая соскоблена. При полном опорожнении матки, сокращаясь, как бы охватывает инструмент. Промывание матки после выскабливания теперь почти не применяют. Вместо этого некоторые врачи смазывают полость матки иодной настойкой; если выкидыш асептический и при операции были точно соблюдены правила асептики, то это смазывание является, с нашей точки зрения, излишним. Некоторое значение может иметь дезинфекция полости матки после выскабливания при операции лихорадочного выкидыша.

По окончании выскабливания необходимо придать матке наклон кпереди. Для этого двумя пальцами, введенными во влагалище, отодвигают влагалищную часть кзади, а наружной рукой наклоняют тело матки кпереди (рис. 134).

Если выскабливание по поводу аборта было сделано правильно, то при несложном течении послеоперационного периода маточных кровотечений не бывает; кровянистые выделения постепенно уменьшаются и через несколько дней совершенно прекращаются.

Кровотечение, появившееся после выскабливания, говорит за задержку в матке неотделившихся частей плодного яйца — ворсинистой оболочки или

плацентарной ткани. Такое кровотечение требует применения повторного выскабливания (reabrasio).

Иногда у нерожавших в ранние сроки беременности при выкидыше плодное яйцо целиком рождается в растянутый шейный канал в то время, как наружный маточный зев еще не раскрыт (шейный выкидыш, рис. 135). В этих случаях достаточно расширить наружный зев и извлечь щипцами плодное яйцо. Матка обычно уже хорошо сокращена и выскабливание является излишним.

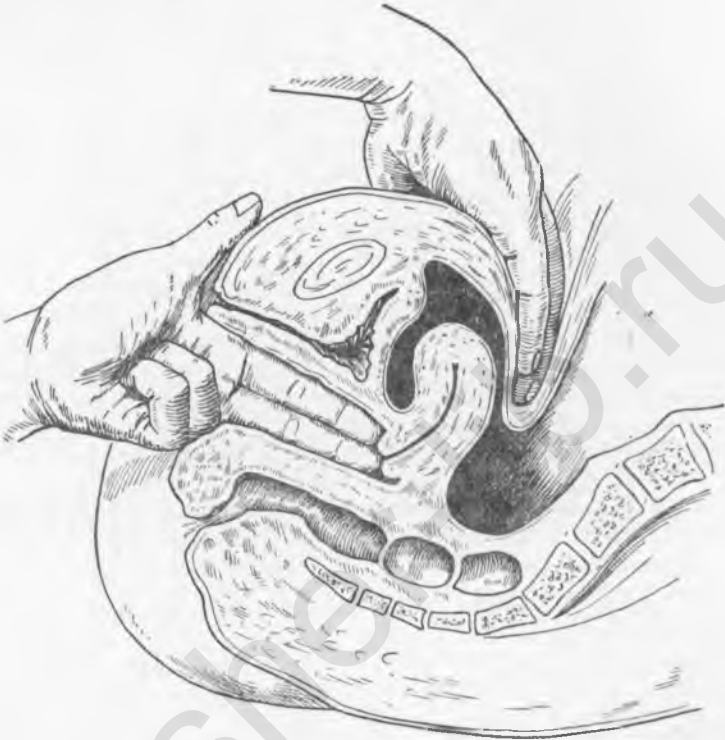


Рис. 134. Приведение матки в положение антеверзии по окончании выскабливания.

Одним из способов опорожнения полости матки является применение абортцанга. Однако самые грозные по своим размерам и характеру повреждения матки и брюшных органов происходят именно при опорожнении матки щипцеобразными инструментами — абортцангом или корнцангом. Перфорационное отверстие, сделанное ими, обычно большое; иногда врач, не заметив прободения, раскрывает абортцанг, чтобы им захватить плодное яйцо и еще больше разрывает стенку матки. В раскрытый инструмент может попасть кишечная петля, которую захватывают щипцами, отрывают от брыжейки, подвергают размозжению, а иногда и разрыву; содержимое кишки попадает в брюшную полость. Повреждение кишки чаще наблюдается при применении корнцанга. Абортцанг, благодаря своим закругленным браншам, менее опасен, если его вводят закрытым в полость матки через достаточно раскрытый шейный канал. Когда абортцанг будет доведен до дна матки, его надо оттянуть слегка обратно и только после этого раскрыть. Затем абортцанг слегка поворачивают в стороны и тогда отслоения части плодного яйца попадают

между браншами, после чего абортцанг закрывают и извлекают (рис. 136). Ни при каких условиях при опорожнении полости матки не следует применять корнцанг: им лишь можно удалить находящиеся в зеве матки части плодного яйца.

Послеоперационный уход сводится к уходу за наружными половыми органами и заботе о правильной функции



Рис. 135. Выкидыш. Плодное яйцо родилось в растянутый шейный канал. Наружный зев маточный зев закрыт.

мочевого пузыря и кишечника. При плохой обратной инволюции матки применяют препараты спорыньи (эрготин), питуитрин и др.

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

Для постановки диагноза, для правильной оценки состояния больной и угрожающей ей опасности и для выбора правильного метода лечения необходимо учитывать, помимо температуры, еще и характер пульса, выделений и состояние тазовых органов, определяемое при гинекологическом исследовании: подъем температуры выше 38° , а в некоторых случаях



Рис. 136. Выкидыш. Применение абортцанга. Его вводят в матку закрытым. Достигнув дна матки, абортцанг немного отводят обратно и только после этого его раскрывают в полости. Затем раскрытый абортцанг слегка поворачивают в стороны, при этом отделившиеся части плодного яйца попадают между браншами, после чего абортцанг закрывают и извлекают.

лишь до 37,2—37,5°, но сопровождающийся частым пульсом, гнилостными или гнойными выделениями, болезненностью матки, придатков и окружающей клетчатки, большинство авторов считает признаками инфицированного выкидыша.

Когда имеются признаки общего заражения (септицемия, септикопиемия, перитонит) или местного воспалительного процесса (воспаление матки, ее придатков, тазовой клетчатки и тазовой брюшины), всякое активное вмешательство — выскабливание или опорожнение полости матки пальцем — безусловно противопоказано. Налеты, обнаруживаемые при лихорадочном выкидыше на слизистой влагалища или шейки матки, также являются противопоказанием к активному вмешательству (Л. И. Бубличенко).

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

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

Но при лихорадочном выкидыше опорожнение матки обязательно сопровождается мероприятиями, направленными на борьбу с инфекцией путем: 1) усиления реактивных сил макроорганизма [аутогемотерапия, переливание небольших количеств (100—120 см³) донорской крови]; 2) подавления жизнедеятельности микроба (фаготерапия, сульфамидотерапия, пенициллинотерапия).

Прободение матки при выскабливании по поводу выкидыша. К самым тяжелым осложнениям инструментального опорожнения матки относится ее прободение (перфорация). Прогноз зависит в значительной мере от того, будет ли прободение немедленно распознано или останется незамеченным. Подозрение возникает тогда, когда инструмент внезапно погружается в полость матки значительно глубже, чем это можно было предположить на основании данных двуручного исследования перед операцией и зондирования. При прободении инструмент как бы проваливается в бездну. О происшедшем прободении можно судить по внезапно наступившему шоку, хотя иногда, даже при тяжелом повреждении, его может не быть. Контрольное зондирование не всегда приносит

пользу, так как зонд может и не попасть в перфорационное отверстие или, наоборот, может создать новое. В инфицированных случаях зондирование противопоказано. Осложненное (внутреннее кровотечение, выпадение сальника и т. п.) прободение иногда легче диагностируется, чем неосложненное. Несомненным доказательством перфорации является выпадение или извлечение кишечной петли или сальника.

При подозрении на прободение выскабливание должно быть немедленно прекращено. Больная должна быть немедленно передана хирургу или гинекологу, владеющему методом абдоминальных операций. Консервативное лечение прободения матки допустимо при безлихорадочном течении выкидыша и лишь в тех случаях, когда прободение было произведено зондом или первыми номерами металлического расширителя. Положив лед на живот, внимательно и неотступно наблюдают за больной, чтобы при первых признаках раздражения брюшины предпринять операцию.

Консервативный метод лечения в случаях, когда прободение было произведено кюреткой, представляет уже больший риск как для непосредственного, так и для отдаленного исхода. Толстый расширитель, большая кюретка, абортанг всегда производят большие повреждения, которые часто сопровождаются обильным кровотечением, а в будущем могут стать причиной повторного прободения или самопроизвольного разрыва матки при срочных или преждевременных родах. Особенно опасно прободение в инфицированных случаях. Поэтому при малейшем подозрении на инфекцию или в случаях прободения инструментом, оставляющим большое отверстие, следует применить только хирургический метод лечения. Лапаротомия всегда необходима, если при прободении был извлечен орган брюшной полости. При наличии инфекции экстирпация матки дает лучший прогноз, чем зашивание прободного отверстия (см. главу «Травматические повреждения»).

Отсюда ясно вытекает, что врач общей практики или гинеколог, не имеющий достаточного опыта или работающий в условиях, не позволяющих произвести большую брюшную операцию, должен в случаях прободения матки при выскабливании немедленно перевезти больную в соответствующее лечебное учреждение. Для скорейшей перевозки больной, у которой произошло прободение матки, врач в современных условиях может воспользоваться транспортно-санитарной авиацией.

ЛИТЕРАТУРА

- Б у б л и ч е н к о Л. И., Лечение неполных выкидышей, Труды Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов, 1927.
- Б у р л а к о в И. Г., О лечении аборт, осложненных лихорадкой, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 3.
- Г а р ф у н к е л ь П. Я., О терапии лихорадящего выкидыша, Журнал акушерства и женских болезней, 1934, № 2.
- Д а в и л о в И. В., К вопросу об этиологии самопроизвольного прерывания беременности, Акушерство и гинекология, 1945, № 2.
- К а з а н с к и й П. П., 4 450 случаев неполных аборт, Гинекология и акушерство, 1927, № 6.
- Н и к о л а е в А. П., К этиологии и профилактике недонашивания, Акушерство и гинекология, 1946, № 2.
- Р е н и г е р - А р е ш е в а М. Л., Витамин С в плаценте и в органах плодов при малярии, Акушерство и гинекология, 1945, № 2.
- С а з о н о в С. В., Лечение начавшихся выкидышей, Гинекология и акушерство, 1923, № 2—3.
- Сборник положений и инструкций по работе учреждений родовспоможения, под ред. Гинодман Д. М., М., 1939.

Сердюков М. Г., Искусственный аборт, как биологическая травма и ее последствия. Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, 1928.
Тиканадзе И. Е., Выкидыш с государственной точки зрения, там же.
Цомакион Г. Ф., О влиянии искусственного медицинского выкидыша на женский организм, там же.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

Эти кровотечения могут быть очень тяжелыми и даже стать опасными для жизни больной. В некоторых, правда, редких случаях ворсинки хориона, внедряясь в подлежащую ткань, прорастают толщу децидуальной оболочки, разрушают мышечную оболочку стенки матки и доходят до ее брюшного покрова. Это может произойти тогда, когда перерожденное плодное яйцо еще целиком находится в полости матки или при наличии в полости остатков пузырного заноса. В таком случае имеется уже злокачественный процесс — деструктивный (разрушающий пузырный занос). Подобный занос встречается исключительно редко; при нем имеется угроза прободения маточной стенки с кровоизлиянием в брюшную полость. М. Б. Борщевская описала такой случай в 1929 г. и нашла в иностранной литературе еще 5 случаев. И. И. Чарквиани сообщил один случай в 1937 г., Пономарев — один случай в 1948 г.

Но в громадном большинстве случаев пузырного заноса ворсинки проникают только в децидуальную оболочку и при наступившем выкидыше дегенерировавшее плодное яйцо часто целиком вместе с плодными оболочками изгоняется маточными сокращениями.

Распознавание пузырного заноса ставится на основании клинических симптомов, выражающихся в появлении кровотечения, иногда сразу обильного, иногда же кровотечение начинается исподволь, принимает затяжной характер, моментами даже прекращается. Характерно несоответствие между величиной матки и сроком беременности, часто наблюдаются явления токсикоза беременности (альбуминурия, отеки, чрезмерная рвота). Точный диагноз ставится обычно лишь тогда, когда вместе с кровью отходят характерные пузырьки или их обнаруживают при осмотре во влагалище или в маточном зеве, а иногда лишь при опорожнении матки.

Лечение пузырного заноса. Если кровотечение умеренное и общее состояние больной хорошее, можно ограничиться мероприятиями, способствующими скорейшему и возможно полному удалению содержимого из полости матки. Для этой цели применяют препараты, усиливающие сократительную деятельность матки (питуитрин, симпатомиметип и пр.). Если кровотечения усиливаются, влагалище надо плотно затампонировать, обращая особое внимание на тампонаду влагалищных сводов. В. С. Груздев рекомендует применять так называемый тампон платочком. Для этого, раскрыв влагалище зеркалами, в него вводят кусок стерильной марли, величиной с носовой платок и туго набивают его шариками из стерильной ваты. Тампон, возбуждая сократительную работу матки, способствует изгнанию пузырного заноса и в то же время предотвращает большие кровопотери. Вместо тампона можно применить кольпепринтер.

Такой выжидательно-консервативный способ лечения мы считаем целесообразным лишь в тех случаях, когда шейный канал недостаточно открыт. Если же шейка матки пропускает один-два пальца (открытие на один палец при большой матке, содержащей пузырный занос, иногда недостаточно), то при угрожающем кровотечении или наступившей анемии следует перейти к активному методу лечения.

Наиболее бережным способом опорожнения матки при пузырном заносе является пальцевой способ (рис. 137). Ни в коем случае недопустимо применение корнцанга. Опытный гинеколог в некоторых случаях может применить абортцанг. Однако при этом необходимо, как мы уже указывали, соблюдать следующее условие: абортцанг вводить в полость матки только немного за внутренний зев и работать им под непрерывным контролем наружной руки (рис. 138).

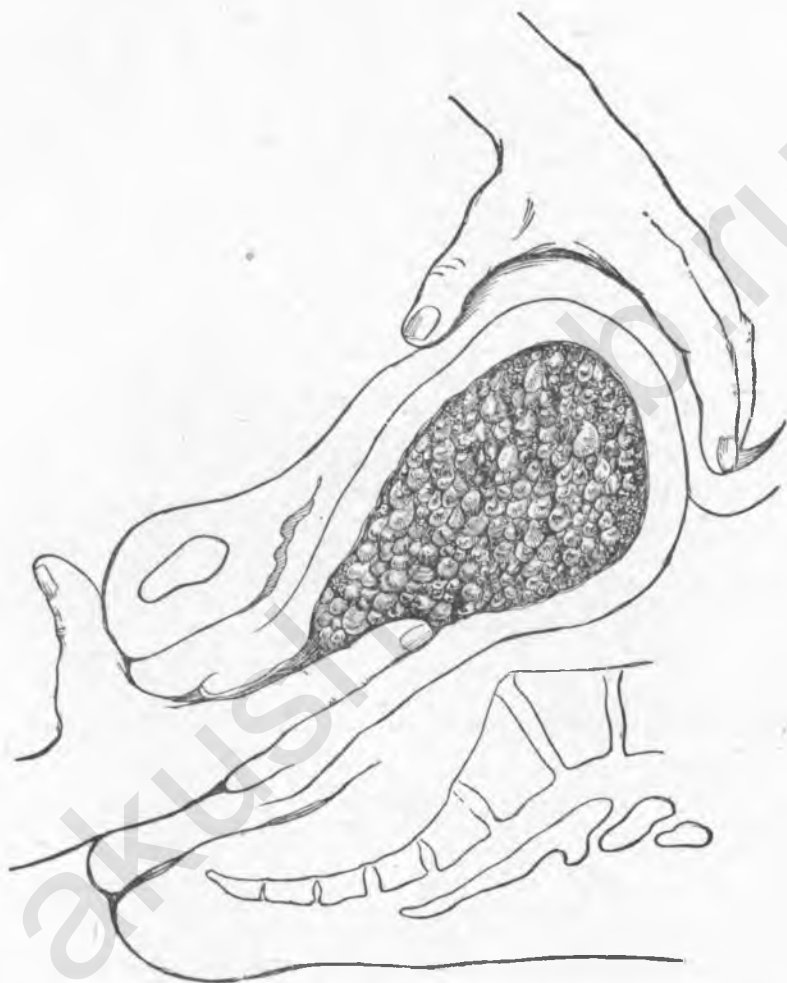


Рис. 137. Пузырный занос. Опорожнение матки пальцем.

Если после удаления пузырного заноса тем или иным способом кровотечение все же продолжается, то перед хирургом может встать вопрос, не является ли причиной кровотечения неполное опорожнение полости матки. Если матка все же уменьшилась в объеме, можно решиться на дополнительное выскабливание ее полости. Некоторые старые авторы, как Соколов, Вольштейн, для удаления пузырного заноса применяли только кюретку, а Пясецкий в одном случае удалил пузырный занос деревянной столовой ложкой (В. С. Груздев).

Применение кюретки для выскабливания полости матки при пузырном заносе находит сторонников и среди современных авторов. Так, Е. Г. Каржавина в 1949 г. сообщила о 49 случаях пузырного заноса, в которых больные подверглись выскабливанию тупой кюреткой после расширения шейечного канала металлическими бужами до № 12—15. Нужно отметить, что на 49 больных с пузырным заносом, направленных в учреждение, где работал автор, лишь у 2 были указания на возможность наличия пузыр-

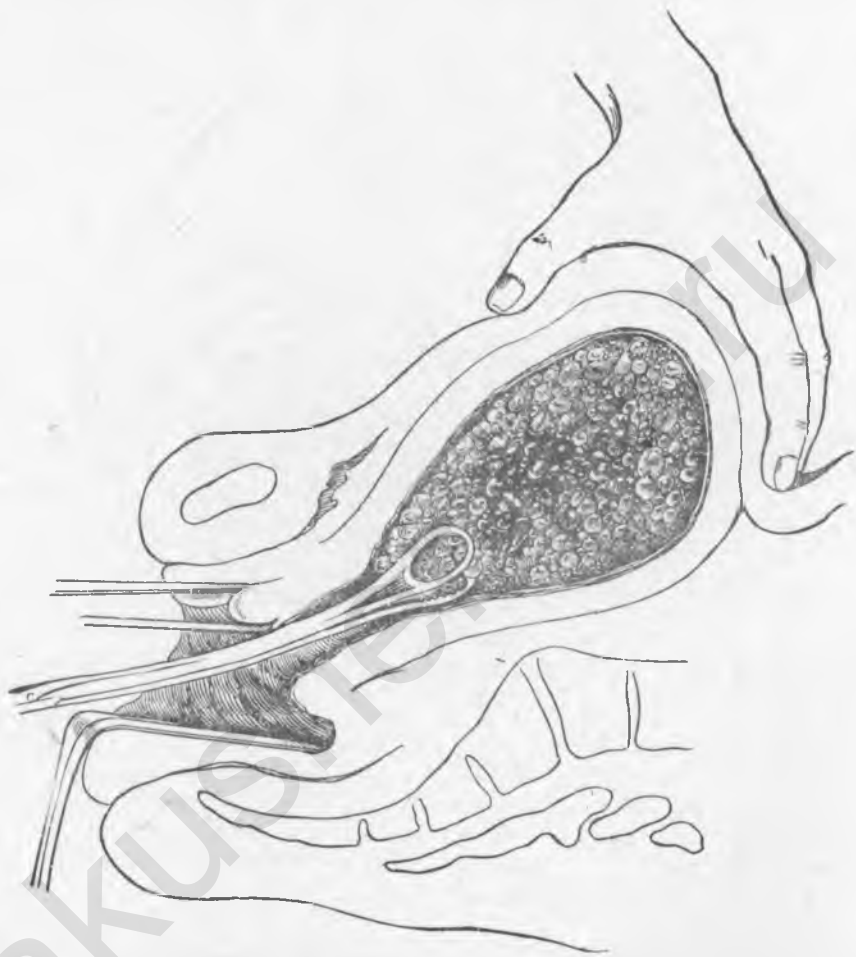


Рис 138. Пузырный занос. Опорожнение матки абортцангом под контролем наружной руки.

ного заноса, остальные 47 больных поступили с диагнозом угрожающего выкидыша. У 10 больных матка была увеличена только соответственно сроку беременности. Такие условия, понятно, могут побудить прибегнуть к выскабливанию полости матки. Но при огромной величине матки и несоответственно малом сроке беременности, столь характерном признаке пузырного заноса опорожнение матки исключительно кюреткой все же следует считать рискованным методом.

Известны случаи, когда при пузырном заносе врачи прибегали к кесареву сечению. Это можно допустить в тех случаях, когда хирург, обладающий опытом в подобных операциях и не владеющий влагалитскими меро-

дами опорожнения беременной матки, встречается с угрожающим кровотечением при малом открытии шейки и очень большой величине матки (при сроке в 2—3 месяца беременности матка при пузырном заносе может достигнуть уровня пупка). Точно так же в исключительном случае опытный хирург-гинеколог при аналогичных условиях для того, чтобы добиться свободного доступа в полость матки, может произвести переднюю кольпогистеротомию (влагалищное кесарево сечение). Более широкое применение влагалищного кесарева сечения при лечении пузырного заноса является, с нашей точки зрения, необоснованным, особенно у молодых, уже рожавших женщин. Скорее можно допустить применение брюшно-стеночного кесарева сечения при пузырном заносе у старой первобеременной или у нерожавшей.

Лютеиновые кисты, нередко встречающиеся при пузырном заносе, не требуют какого-либо лечения, тем более хирургического: они подвергаются инволюции вскоре после удаления пузырного заноса; поэтому даже в тех исключительно редких случаях, когда по поводу пузырного заноса приходится производить чревосечение, лютеиновые кисты незачем удалять. Однако из литературы известны случаи, когда наблюдался рост этих кист и после удаления пузырного заноса. При нарастающей кахексии и росте опухоли необходимо их удалять вместе с маткой во избежание развития хорионэпителиомы (И. И. Яковлев). Ввиду того что диагноз разрушающего (деструктирующего) пузырного заноса (случай из Казанской клиники проф. П. В. Маненкова, описанный Т. М. Пономаревой) ставится лишь после удаления матки, к подобной операции может вынудить угрожающее жизни кровотечение. Если кровотечение ничем не удается остановить, то может возникнуть подозрение на деструктирующий пузырный занос или на хорионэпителиому. Если же маточное кровотечение, появившееся вне нормального менструального периода, не имеет угрожающего характера, то должно быть сделано тщательное выскабливание полости матки и гистологическое исследование соскоба. Особенно подозрительными на появление хорионэпителиомы являются маточные кровотечения, возникающие в первый год или в течение 2—3 лет после бывшего пузырного заноса, а также грязные выделения, сопровождающиеся повышением температуры.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ХОРИОНЭПИТЕЛИОМЕ МАТКИ

Хорионэпителиома — редкое заболевание и по своей значимости как причина смертности женщины не может сравниться с таким заболеванием, как рак шейки матки, и все же эти заболевания имеют много общего между собой: прежде всего — это зависимость успеха борьбы против хорионэпителиомы от участия в ней массы практических врачей и гинекологов и от того, насколько эти врачи хорошо знакомы с этиологией, клиническим течением, диагностикой и лечением хорионэпителиомы — от их грамотности в этих вопросах. Хорионэпителиома матки это не только редкое заболевание, оно вообще стало известно патологоанатомам и акушерам-гинекологам лишь недавно и притом под различными названиями, что зависело от различия взглядов авторов на происхождение опухоли. Так, К. П. Улезко-Строганова описала эту опухоль, назвав ее *deciduoma malignum*, и первая высказалась за ее эпителиальное происхождение. Маршан, изучив гистогенез опухоли и ее генетическую связь с пузырным заносом, дал ей название *chorionepithelioma malignum*. Ввиду того что точно дифференцировать чрезвычайно злокачественные и менее злокачественные формы, т. е. не дающие после удаления опухоли ни рецидивов, ни метастазов и в редких случаях даже самоизлечивающиеся, невозможно,

большинство врачей называет их просто хорионэпителиомой. Если по своему клиническому течению опухоль вызывает подозрение на хорионэпителиому и оказывается таковой при гистологическом исследовании, то ее надо рассматривать как сугубо злокачественную, требующую хирургического лечения. Отсюда вытекает, что широкие круги гинекологов должны знать симптоматиологию хорионэпителиомы так же хорошо, как и рака матки.

Признаки и распознавание хорионэпителиомы. В начальной стадии, при отсутствии метастазов симптомы не так характерны, чтобы на их основании можно было поставить диагноз. Наиболее подозрительным симптомом является затяжное и обильное маточное кровотечение у женщины, в прошлом имевшей пузырный занос. Быстро нарастающее малокровие, лихорадка, альбуминурия при несколько увеличенной и разрыхленной матке усиливают подозрение. Появление симптомов со стороны легких (кашель, кровохаркание, боли в груди) указывает на метастазы новообразования в легких; появление синеваато-багрового величинной от вишни до куриного яйца узелка во влагалище (вследствие кровоизлияния и кровенаполнения) указывает на метастаз новообразования в стенку влагалища. Однако все это уже симптомы далеко зашедшей стадии болезни. Впрочем, наличие метастаза во влагалище, а равно анемии и лихорадки не говорит еще о неизлечимости или неоперабельности случая.

Начальную стадию заболевания, т. е. период, когда метастазов еще нет, а при исследовании определяется увеличенная и разрыхленная матка, можно принять за выкидыш или за плацентарный полип; при наличии лихорадки можно подумать об инфицированном выкидыше, а при наличии опухолей придатков (лютеиновые кисты) — о воспалении придатков после аборта.

Поэтому продолжительное непрерывное кровотечение или внезапные повторяющиеся обильные кровотечения у женщины, имевшей пузырный занос, требуют срочного выскабливания. Во избежание прободения пораженной новообразованием стенки матки выскабливание надо производить очень осторожно.

При расположении узла в матке внутривенно или подбрюшинно выскабливание может и не обнаружить истинного характера опухоли и, таким образом, не поможет установлению диагноза. Весьма ценным для диагностики методом в подобных случаях, а также в случаях, когда выскабливание противопоказано (лихорадочное состояние при наличии опухолей придатков и т. п.), является гормональная диагностика. Эта диагностика основана на том, что при хорионэпителиоме титр гонадотропных веществ, содержащихся в моче больной, очень высок: даже при разбавлении мочи в 100—200 раз биологическая реакция на беременность остается положительной, чего не бывает при наличии нормальной беременности.

Для своевременного распознавания появления хорионэпителиомы у женщины, перенесшей пузырный занос, целесообразно периодически исследовать мочу по Ашгейм-Цондеку; если при отсутствии беременности реакция окажется положительной, особенно при повторном исследовании, то следует произвести пробное выскабливание, даже при отсутствии маточного кровотечения.

Как только диагноз поставлен, необходимо полностью удалить матку с придатками и доступными метастатическими узлами (например, во влагалище) брюшностеночным путем. Техника операции аналогична применяемой при раке матки (см. ч. II). Метастазы в легких лечат рентгеновыми лучами.

ЛИТЕРАТУРА

- Борщевская М. Б., Пузырный занос и его лечение, Журнал акушерства и женских болезней, № 5, 1929.
- Каржавина Е. Г., Клинические наблюдения над течением пузырного заноса, Советская медицина, № 4, 1949.
- Мандельштам А. Э., Хориоэпителиома матки, Л., 1938.
- Фраткин Б. А., Казуистике разрушающего пузырного заноса, Врач, № 2, 1897.
- Чарквани И. И., Разрушающий пузырный занос, Журнал акушерства и женских болезней, № 7, 1931.

ЗОНДИРОВАНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ ПРИ ФИБРОМИОМЕ

Как известно, многие женщины, страдающие фибромиомой, могут в течение долгого времени не испытывать никаких ощущений и поэтому не нуждаются в каком-либо лечении. Самым частым симптомом, который заставляет женщину, страдающую фибромиомой, обратиться к врачу, являются маточные кровотечения. Эти кровотечения чаще всего носят характер меноррагий (гиперменоррея, полименоррея, гиперполименоррея), реже менометроррагий и лишь в отдельных случаях, главным образом при некрозе подслизистого узла или фиброзного полипа, — метроррагии.

Обильные кровопотери при менструации постепенно приводят больных к хроническому малокровию. Иногда наблюдаются случаи внезапного тяжелого кровотечения, которое вызывает у больной острое малокровие, требующее немедленного вмешательства. Какой же методикой лечения следует пользоваться в этих случаях неотложной помощи?

Радикальный метод лечения — удаление миоматозной матки — у обескровленной больной часто слишком рискован. Поскольку в этих случаях маточное кровотечение напоминает таковое при выкидыше, то при тяжелых кровотечениях на почве фибромиомы, по аналогии с абортom, прибегают к выскабливанию матки. В некоторых случаях оно может дать положительный эффект: сильное раздражение маточной мышцы, вызываемое выскабливанием, удаление кровоточащего гиперплазированного эндометрия и все кровоостанавливающие мероприятия, которыми обычно пользуются при лечении аборта, могут остановить кровотечение и при фибромиоме. Но это будет только счастливая случайность! Если кровотечение вызвано наличием подслизистого узла или фиброзного полипа, если полость матки деформирована множественными узлами, то при выскабливании не только не удастся удалить кровоточащую слизистую оболочку матки, но можно повредить капсулу узла, лежащего непосредственно под эндометрием и вызвать опасность распространения инфекции. Поэтому выскабливание полости матки нельзя признать целесообразным методом борьбы при угрожающем маточном кровотечении, возникающем на почве фибромиомы. Выскабливание в данном случае не только не является методом выбора, но часто даже противопоказано. В качестве временного мероприятия можно с успехом применить плотную тампонаду влагалищных сводов и всего влагалища.

Остановимся на выборе метода лечения в тех случаях фибромиомы, когда постепенно нарастающее малокровие заставляет перейти от консервативных методов лечения к радикальным.

Если больная еще молода, то единственным методом радикального лечения является хирургический. В возрасте, близком к климактерическому, в одних случаях показана операция, в других — рентгенотерапия. Для того чтобы правильно выбрать метод лечения, необходимо прежде всего установить расположение узлов опухоли; если среди них имеется

подслизистый узел, то необходима операция. Если же матка не содержит подслизистого узла и больная находится в предклимактерическом возрасте, можно применить рентгенотерапию. В подобных случаях рентгенотерапия особенно рекомендуется, если к операции имеются хотя бы относительные противопоказания, как, например, ожирение брюшной стенки или даже небольшая степень заболевания сердечно-сосудистой системы, или нарушение обмена веществ и т. п. Однако рентгенотерапия также может иметь противопоказания. Среди них следует указать на сочетание фибриомы с раком полости матки или со склерозом эндометрия, которые являются противопоказанием к рентгенотерапии вообще и особенно к той методике, которая применяется при лечении фибриомом.

Простейшим способом определения подслизистого узла является зондирование полости матки. Зондирование при фибриоме производят в тех случаях, когда анамнез (схваткообразные боли во время менструации, носящей характер меноррагии) и объективное исследование (шарообразная форма большой матки, укорочение шейки, расширение наружного маточного зева более обычного во время менструации) вызывает подозрение на подслизистое расположение опухоли или на наличие фиброзного полипа. Разумеется, что при фибриоме зондирование матки можно производить лишь тогда, когда нет никакого подозрения на беременность, а также, если нет никаких признаков острого или подострого воспаления половых органов.

В редких случаях к зондированию прибегают и для дифференциальной диагностики фибриомы и опухоли яичника: если полость матки, измеренная зондом, большая, то это свидетельствует о наличии в ней фибриомы. Хотя зондирование матки применяется главным образом в интересах диагностики, однако в некоторых случаях оно может быть использовано и с лечебной целью. К таким случаям относится, например, дисменоррея, бесплодие, когда всестороннее исследование не обнаруживает у больной никаких иных изменений, которые могли бы явиться причиной страдания, а налицо имеется узкий канал конической шейки при чрезмерной антефлексии матки (инфантильная матка). Но при фибриоме зондирование с лечебной целью никогда не применяется.

Что касается данных, полученных при зондировании полости матки при фибриоме, то при наличии маленького подслизистого узла, выдающегося в канал матки, исследующий ощущает, что маточный зонд как бы перескакивает через препятствие. При большом подслизистом узле, нерезко выпячивающемся в полость матки, пуговка зонда плавно поднимается и опускается вдоль поверхности выпячивающегося узла. Если подслизистый узел расположен у внутреннего маточного зева, то зонд при введении его за внутренний маточный зев сразу же наталкивается на препятствие. Пытаться преодолеть это препятствие, продвигая зонд вперед, и особенно применять при этом насилие отнюдь не следует. В подобном случае надо держать зонд свободно между пальцами и осторожными маневрирующими движениями пытаться обойти встретившееся препятствие. Если введению в полость матки мешал подслизистый узел или фиброзный полип (а не ложный ход, проделанный в стенке шейки матки зондом при попытке грубо преодолеть препятствие), то осторожное маневрирование всегда приводит к цели, т. е. зонд удается ввести в полость матки, обходя или «перескакивая» через опухоль. Для того чтобы убедиться, действительно ли мешал узел, зондирование следует тут же повторить.

Зондирование полости матки — далеко не точный метод исследования для выявления подслизистого узла, так как получаемые данные зависят от субъективных ощущений, особенно когда исследование производит

недостаточно опытный врач. Поэтому там, где это возможно, и прежде всего в учреждениях клинического типа необходимо производить зондирование в присутствии опытного врача, который тут же проверяет полученные данные.

Более объективный и, следовательно, более достоверный ответ в этих случаях дает рентгенологический метод исследования (метрография), но он не всегда применим в широкой гинекологической практике. Распознать же наличие фиброзного узла или подслизистого узла всегда очень важно, так как единственным методом лечения в подобных случаях является хирургический.

Выскабливание полости матки при фибромиоме применяют лишь с диагностической целью и только в очень редких случаях — с лечебной. Следует помнить, что эта операция сопряжена с риском. Опасность заключается в возможности ранения кюреткой капсулы подслизистого узла, что может повести к последующему некрозу и гангрене. Гистологическое исследование соскоба могло бы дать ценные указания при выборе метода лечения. При фибромиоме матки в большинстве случаев имеется гиперплазия эндометрия. А. Л. Каплан наблюдал гиперплазию эндометрия в 76% случаев, сочетание участков гиперплазии с участками атрофии эндометрия — в 2,5%, атрофию эндометрия — в 8,6%, нормальный эндометрий — только в 10% случаев. Гиперплазия эндометрия при фибромиоме в значительной степени связана с наличием морфологических и функциональных изменений в яичниках, а также до известной степени с локализацией опухоли в матке. Наличие же участков гиперплазии, наряду с участками атрофии, чаще всего наблюдается при локализации опухоли под слизистой оболочкой матки (истончение эндометрия над опухолью, его утолщение в боковых нишах). Эта гиперплазия эндометрия и является одной из причин маточных кровотечений (меноррагии) у больных фибромиомой матки. Поэтому если в соскобе, наряду с участками гиперплазированной слизистой оболочки, находят участки атрофированной ткани, то это свидетельствует о наличии подслизистой опухоли. Если при диагностическом выскабливании полости матки получается маленький соскоб и гистологическое исследование обнаруживает в слизистой оболочке лишь склеротические изменения, т. е. основания считать, что эти кровотечения зависят не от имеющейся у нее фибромиомы, а от склероза сосудов слизистой оболочки. Это, конечно, будет иметь решающее значение при выборе метода лечения данной больной. В подобном случае, например, рентгенотерапия будет не только бесполезна, но даже противопоказана. К этому выводу приходит и А. Л. Каплан на основании большого материала нашей клиники.

При различных кровотечениях после безуспешно проведенной рентгенотерапии фибромиомы, диагностическое выскабливание полости матки имеет огромное значение, ибо причиной рецидивирующих кровотечений может быть рак полости матки, склеротические изменения в сосудах стенки матки и, наконец, не распознанная до рентгенотерапии подслизисто расположенная опухоль или полип тела матки.

Как показывает клинический опыт, именно недостаточно полное обследование больных, особенно отсутствие данных о состоянии слизистой оболочки матки, перед тем как применить при фибромиоме рентгенотерапию и служит причиной неудач этого лечения.

Для обследования полости матки зондом (или для метрографии) обычно не бывает противопоказаний, если только не возникает подозрения на наличие ненарушенной беременности. Поэтому зондирование матки следует применять во всех случаях при решении

вопроса о выборе метода лечения фибромиомы, сопровождающейся кровотечением.

Не следует производить выскабливание прежде, чем полость матки не будет обследована зондом. Если зондирование обнаружит в полости матки подслизистый узел, то выскабливание совершенно излишне, так как в таких случаях необходима операция. Если же зондирование или метрография не обнаружат узла, то диагностическое выскабливание не представляет уже той опасности, которая угрожает при наличии узла.

В противоположность значению выскабливания как диагностического метода ценность выскабливания (там, где оно не противопоказано, т. е. при отсутствии подслизистого узла) как метода лечения ничтожна. В лучшем случае удаление гиперплазированной слизистой оболочки дает временный успех. Через несколько месяцев, а иногда и раньше на почве имеющейся дисфункции яичников слизистая оболочка матки вновь гиперплазируется и меноррагии возобновляются.

ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ТЕЛА МАТКИ (ПРОБНОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ)

Рак тела матки встречается во много раз реже рака шейки матки. Цифровые данные различных авторов о частоте рака тела матки расходятся: более старые статистики говорят о меньшем проценте, более новые — о большем. В казанской клинике и по данным В. В. Дьяконова и А. И. Тимофеева рак тела матки встретился в 5,5% случаев. На материале акушерско-гинекологической клиники I Московского медицинского института рак тела матки составил 12% всех случаев рака матки (Т. А. Комиссарова).

Рак тела матки поражает главным образом женщин в пожилом возрасте. Обычно он наблюдается в возрасте 50—60 лет. Рак тела матки в возрасте до 40 лет встретился на материале Л. Л. Окунчица в 9%, у А. И. Арнштама и Е. Р. Новотельной — в 15%, у Т. А. Комиссаровой — в 10%. В противоположность раку шейки матки, который чаще встречается у рожавших женщин, рак тела матки встречается у нерожавших, не бременевших и даже у женщин, не живших половой жизнью.

Признаки рака тела матки. Наиболее частым и ранним признаком является **к р о в о т е ч е н и е**. По крайней мере этот признак чаще всего обращает на себя внимание больных и заставляет их обратиться за советом к врачу. К признакам рака тела матки можно отнести также **б е л и**. Однако сомнительно, чтобы бели (некровянистые) являлись ранним признаком рака полости матки. Третьим ранним признаком рака тела матки, по мнению В. Ф. Снегирева, являются **б о л и**. Коликообразный характер этих болей, появление их и повторение в определенные часы находят себе объяснение в напряжении и сокращениях старческой матки, растянутой задержавшимися в ней выделениями. В. А. Мишин наблюдал подобные боли при наличии полипозной формы рака тела матки. На основании своего опыта мы не можем признать боли столь же ранним и столь же часто встречающимся признаком рака тела матки, как кровотечение или кровянистые выделения.

Тип и характер кровотечений при раке тела матки зависят в значительной мере от возраста и периода жизни больной. Если больная находится в периоде менопаузы или климактерии, то при раке тела матки у нее в начале обычно появляются кровянистые выделения, почти непрерывные или часто повторяющиеся, нередко усиливающиеся под влиянием физических напряжений. Постепенно кровянистые выделения усиливаются, становятся почти непрерывными, переходят в кровотечения, нередко

обильные, иногда внезапные, особенно при какой-нибудь травме. В промежутках между кровотечениями кровянистые выделения обычно не прекращаются. Иногда кровотечение или кровянистые выделения полностью приостанавливаются, вследствие того, что при некрозе раковой ткани отделившиеся части закупоривают внутренний зев или шейный канал матки, особенно старческой. В таких случаях вскоре появляются признаки гемато- или пиометры (боли, увеличение матки, лихорадка). Если же симптомов закупорки нет, то прекращение кровянистых или сукровичных выделений при раке тела матки на длительное время, как правило, не наблюдается. В тех более редких случаях, когда у больной еще не наступила менопауза, менструация продолжается, кровотечения, вызванные наличием рака тела матки, обычно проявляются в усилении менструаций, которые превращаются в меноррагии. Кроме того, в промежутках между менструациями кровянистые выделения полностью не прекращаются и иногда переходят в настоящее кровотечение. Таким образом, кровотечения у таких больных принимают характер мено-метроррагий.

Распознавание рака тела матки. Диагностика рака тела матки клиническими методами исследования представляет еще большие трудности, чем диагностика рака шейки матки. В то время как осмотром и пальпацией нередко можно распознать рак шейки матки, особенно в далеко зашедших случаях, рак тела матки никогда не может быть с точностью установлен этими методами. Данные пальпации при раке тела матки не обнаруживают чего-либо характерного: тело матки может быть увеличено, но это увеличение может быть следствием и других причин, а кроме того, в начальных стадиях болезни матка может сохранять даже нормальный размер. Консистенция матки может быть обычной, а более мягкая консистенция, нередко наблюдающаяся при раке тела матки, отнюдь не может считаться характерным признаком заболевания. Форма матки в течение долгого времени может оставаться нормальной. Таким образом, форма, объем, консистенция матки при поражении тела матки раком долго остаются неизменными. Поэтому очень часто в начале заболевания врач находит при исследовании обычную картину старческой атрофии всей матки. И только позже вместе с ростом ракового новообразования наблюдается концентрическая гипертрофия мышцы матки, что ведет к увеличению всего органа. Прорастание рака через толщу мышечной стенки и образование под серозным покровом матки раковых узлов дает при двуручном гинекологическом исследовании впечатление бугристости, как это иногда наблюдается при миоматозной матке. Пальпация тела матки может вызывать болезненные ощущения. В тех случаях, когда рак полости матки сочетается с фибромиомой матки, обычные методы гинекологического исследования имеют еще меньшее значение для его диагностики. Тем не менее диагноз рака тела матки не представляет трудностей при двух условиях: первое условие — это знание симптоматики рака тела матки и добросовестное собирание анамнеза, в котором особое внимание должно быть уделено вопросу о маточных кровотечениях; вторым условием является применение пробного выскабливания и гистологическое исследование соскоба при возникновении хотя бы малейшего подозрения на рак тела матки. А такое подозрение должно возникнуть прежде всего тогда, когда у женщины после наступившей менопаузы появляется кровотечение или кровянистые выделения, которые либо вовсе не прекращаются, либо прерываются, но на очень короткий срок и вновь появляются без всяких внешних воздействий или после какого-нибудь физического напряжения, легкой травмы, как, например, гинекологическое исследование, половой акт и т. п. У женщин,

еще менструирующих, такое подозрение должно возникнуть, если менструация приняла характер меноррагии, а в межменструальном периоде появляются сукровичные или кровянистые выделения, которые сменяются метроррагиями. Мимо таких симптомов нельзя пройти равнодушно и беспечно, полагаясь на то, что и другие процессы, как, например, доброкачественные слизистые или фиброзные полипы и т. п., могут сопровождаться такими же симптомами. А раз возникло подозрение на рак матки и тщательное гинекологическое исследование (с обязательным осмотром шейки матки зеркалами) не вызывает подозрения на рак шейки матки, то остается подозрение на рак тела (полости) матки. У женщин, находящихся в периоде менопаузы, подозрение на рак тела матки, возникшее после произведенного гинекологического исследования, при котором не был обнаружен рак, в большинстве случаев действительно подтверждается. Поэтому подозрение должно оставаться в силе до тех пор, пока гистологическое исследование соскоба, полученного при пробном выскабливании полости матки, не докажет отсутствия в теле матки ракового новообразования. Если осмотр зеркалами обнаружит, что источником кровотечения является атрофический старческий кольпит, то пробное выскабливание можно отложить на некоторое время, так как лечение кольпита очень скоро приводит к прекращению кровянистых выделений. Если же после предпринятого лечения кровянистые выделения не исчезнут, то наличие атрофического кольпита — возможного источника кровянистых выделений — не должно успокоить врача, ибо не исключается возможность сочетания старческого кольпита и рака тела матки.

Противопоказаниям к пробному выскабливанию могут послужить явления острого и подострого воспалительного процесса в области внутренних половых органов. Воспалительный процесс сам по себе может вызвать маточное кровотечение или длительные кровянистые выделения, но эти кровотечения очень хорошо поддаются лечению, особенно переливанием собственной крови большой (аутогемотерапия), лаковой крови и пр. Диагностика острых и подострых воспалительных процессов не представляет трудностей и едва ли возможно смешать их с раком матки. Кроме того, воспалением чаще болеют молодые женщины, а раком тела матки — главным образом пожилые или старые женщины.

Таким образом, мы видим, что единственным доступным для практического гинеколога методом диагностики рака тела матки является пробное выскабливание. Иногда некоторое представление о характере соскоба можно составить уже во время выскабливания: если кюретка соскабливает целые полосы слизистой, имеющую более или менее ровную поверхность, если соскоб, как бы обилен он ни был, не крошится, то это говорит о его доброкачественном характере. Если кюретка без всякого усилия со стороны хирурга извлекает большие массы крошащегося, бесформенного соскоба, то это весьма подозрительно на рак. Малый соскоб отнюдь не исключает ракового перерождения.

Некротизирующаяся подслизистая фибромиома может дать такую же картину, но эту опухоль можно нащупать зондом. Впрочем, и в этих случаях не следует забывать о возможности сочетания доброкачественного новообразования со злокачественным. Точная диагностика рака тела матки может быть поставлена только путем микроскопического исследования соскоба.

В последнее время начинает получать признание метод исследования мазков из выделений, аспирированных из полости матки.

А. М. Агаронов считает, что в свете современных достижений рентгенодиагностики вопрос о методах диагностики рака тела матки должен быть пересмотрен и гистологическое исследование соскоба может быть заменено рентгенологическим методом исследования полости матки — гистерографией.

Методика и техника пробного (диагностического) выскабливания матки при подозрении на рак тела (полости) матки. Пробное выскабливание, будучи простой и технически несложной операцией, требует внимательного и весьма осторожного к себе отношения и тщательного выполнения.

Особенная осторожность диктуется тем, что изъеденное раком тело матки можно легко перфорировать при выскабливании. Перфорация произойдет тем легче, чем глубже раковая инфильтрация проникла в толщу маточной стенки. Это в свою очередь зависит от давности процесса. Поэтому если пробное выскабливание производят у пожилой женщины, у которой уже давно начались маточные кровотечения, то следует быть сугубо осторожным. Осторожность при пробном выскабливании должна, как и всегда при операции выскабливания, заключаться в том, что инструмент вводят в полость матки «мягкой» рукой. При выскабливании не следует долго скоблить по одному и тому же месту, если даже инструмент и доставляет все новые массы соскоба, иначе может произойти проникающее повреждение стенки матки. При пробном выскабливании целью операции является не полное опорожнение матки, как при выкидыше, а только получение достаточного материала для микроскопического исследования. Поэтому, повторяем, надо особенно осторожно выскабливать полость матки у пожилых женщин, у которых после длительной менопаузы, появилось кровотечение.

Однако боязнь перфорации не должна вести к другой крайности: нельзя, проведя кюреткой или острой ложечкой по поверхности слизистой оболочки матки и получив соскоб с небольшого участка, этим ограничиться. Начинающийся рак может случайно не попасть в соскоб, и результат предпринятого выскабливания будет ошибочным.

Расширение шеечного канала матки — предварительный этап всякого выскабливания — также следует производить с большой осторожностью. В большинстве случаев, как мы видели, эту операцию приходится делать у пожилых женщин, у которых шейка матки уже подверглась атрофическим изменениям и потеряла свою эластичность. Поэтому, чтобы не повредить шейку матки, расширение не следует форсировать, а доводить лишь до возможности провести через шеечный канал самую узенькую кюретку, т. е. до № 7—8 металлического расширителя.

В случае прорастания стенки шейки раком прободение ее может произойти уже при расширении шеечного канала металлическими расширителями. Поэтому при пробном выскабливании не следует доводить расширение шейки до максимума, как это делают при опорожнении полости матки при аборте.

Если врач, производящий пробное выскабливание, сам не занимается микроскопическими исследованиями, а направляет соскоб специалисту-гистологу, то он обязан каждый раз осведомлять последнего о возрасте больной: если в препарате окажется значительное разрастание и увеличение желез, напоминающее состояние слизистой оболочки матки в предменструальном периоде, а соскоб принадлежит пожилой женщине, у которой слизистая с ее железистым аппаратом должна уже быть атрофированной.

то разрастание железистых элементов оценивается совершенно иначе, чем в тех случаях, когда соскоб принадлежит женщине, еще менструирующей. Бурное разрастание желез в старческой матке следует рассматривать как угрожающий симптом, и при наличии упорных кровотечений, не остановившихся после тщательно произведенного выскабливания (конечно, при этом должно быть исключено наличие доброкачественного полипа или склероза эндометрия), надо произвести удаление матки.

Нужно также иметь в виду, что маточные кровотечения в постклимактерическом периоде могут быть следствием не только поражения матки, но и опухоли (главным образом злокачественной) яичников (А. Э. Мандельштам).

Пробное выскабливание следует производить в стационаре. Получив соскоб, его завязывают рыхло в марлю, чтобы не растерять мелких частей и передают в гистологическую лабораторию. Диагноз ставит гистолог. В тех случаях, когда гистологическое исследование не обнаруживает рака, а клинические симптомы все же заставляют подозревать наличие ракового заболевания, необходимо взять больную под постоянное наблюдение и через некоторое время сделать повторное выскабливание. Известны случаи, когда повторное выскабливание все же обнаруживало рак. Мы знаем и такие случаи, когда при выскабливании был обнаружен рак, а в удаленной на операции матке рак не был найден; это не значит, что произошла диагностическая ошибка: могло случиться, что небольшой раковый полип был полностью удален при выскабливании.

Нет сомнения в том, что опыт гистолога играет при распознавании рака большую роль. В сомнительных случаях производящий гистологическое исследование поступит осторожнее, если окончательную оценку гистологической картины он сделает не единолично, а *ex consilio*. В сомнительных случаях иногда может понадобиться кропотливое и тщательное исследование целой серии гистологических срезов. Но если и после этого гистолог не может дать определенного ответа, то вопрос решают путем оценки клинических данных.

МАТОЧНЫЕ ПОЛИПЫ

Под полипами понимают образования самого разнообразного характера.

Слизистые полипы

Типичными для маточных полипов являются слизистые полипы, возникающие под влиянием хронического воспаления слизистой оболочки шеечного канала, — шеечные полипы. Такой полип своим строением напоминает строение слизистой шеечного канала с той разницей, что часто в нем наблюдается значительное развитие сосудов, большее их кровенаполнение и кровоизлияния в ткань. При повреждении шеечного полипа во влагалище нередко покровный цилиндрический эпителий на нем замещается плоским. В тех полипах, в которых преобладает развитие желез, нередко наблюдается расширение железистых полостей, наполненных слизистым секретом. Рождаясь через наружный маточный зев, полипы, вытягиваясь в длину, приобретают как бы ножку; часто полипы имеют булавовидный конец, иногда — форму язычка.

Гораздо реже полипы образуются на влагалищной части матки. Отдельные кистозно расширенные железы слизистой шейки, возникающие на влагалищной части и ведущие к фолликулярной гипертрофии шейки, могут при значительном развитии наружу принимать полипозную форму.

В редких случаях полипы представляют настоящие новообразования слизистой оболочки — полипозную аденому.

Полипозные образования возникают не только в шейке, но и в теле матки. Слизистая оболочка тела матки, физиологически подвергающаяся циклическим изменениям, под влиянием воспалительных процессов, функциональных расстройств, гиперплазируется. Гиперплазия эндометрия может иметь неравномерный характер: отдельные его участки утолщаются и начинают полипозно выдаваться над остальной поверхностью. Под влиянием различных местных причин — значительного кровенаполнения гипертрофированных участков и под влиянием маточных сокращений полипозные утолщения постепенно вытягиваются в длину и также приобретают ножку, которая легко сдавливается при рождении полипа через маточный зев. Отток крови через сосуды в ножке становится затрудненным или вовсе прекращается. В результате в полипе появляется отек, кровоизлияния в ткань, кровотечения наружу. Перекручивание ножки может повести к некрозу полипа. Изредка маточные полипы подвергаются раковому перерождению. Слизистые полипы возникают и в пожилом возрасте; в этих случаях они отличаются большей плотностью и эластичностью, вследствие чего могут и не попасть в соскоб. При микроскопическом исследовании этих полипов необходима большая осторожность,

чтобы не принять за доброкачественный аденоматозный полип карциному, которая иногда может иметь форму полипозного образования.

В противоположность старым взглядам следует подчеркнуть, что, наряду с доброкачественными полипами, может развиваться и рак шейки матки.

Как видно из изложенного, в шеечных слизистых полипах очень часто наблюдаются воспалительные явления, расстройства кровообращения, ведущие к отеку, кровоизлияниям, изъязвлениям, некрозу в редких случаях — к перерождению слизистого полипа в рак. В ряде случаев шеечные слизистые полипы не вызывают в течение некоторого времени никаких клинических симптомов. Чаще всего наблюдаются кровотечения типа мено-метроррагии, а нередко и контактных кровотечений.

Учитывая данные патологической анатомии и клинику слизистых маточных полипов, легкость их удаления, необходимо прийти к выводу о том, что эти полипы всегда следует удалять; к а ж д ы й у д а л е н н ы й п о л и п д о л ж е н б ы т ь и с с л е д о в а н г и с т о л о г и ч е с к и.

Техника удаления полипа. Самый простой способ удаления слизистого полипа — это его откручивание. После дезинфекции влагалища обнажают в зеркалах влагалищную часть матки, которую вместе с полипом протирают спиртом и смазывают йодной настойкой. Корнцангом захватывают ножку полипа и вращают вокруг его продольной оси в одну и ту же сторону до тех пор, пока не открутят полип. Это абсолютно безболезненно. Место отхождения полипа вновь смазывают йодной настойкой. Так как иногда после удаления полипа наблюдается, хотя и небольшое, кровотечение, то лучше откручивать полип в стационаре. При откручивании полипа в амбулаторной обстановке следует из предосторожности (возможность кровотечения) затампонировать влагалище полоской стерильной марли и оставить тампон на 12—15 часов.

После того как полип будет удален, необходимо провести дальнейшее лечение эндцервицита, эрозии, фолликулярной гипертрофии шейки, которые не только могут повести к возникновению полипов, но и сами по себе вызывают патологические симптомы.

Слизистые полипы полости матки могут быть множественными или сопровождаться диффузной гиперплазией всего эндометрия. Поэтому после откручивания маточного полипа следовало бы сделать и выскабливание полости матки. Но при наличии воспалительного процесса выскабливание надо отложить или при продолжающемся кровотечении заменить внутриматочными впрыскиваниями иода по Грамматикати или другими консервативными методами лечения.

Фиброзные полипы

Кроме слизистых полипов, полипозный вид могут принимать и опухоли матки — подслизистые фибромиомы (фиброзные полипы). Фибромиомы чаще всего локализуются в теле матки, особенно в задней стенке и на дне матки, значительно реже — в шейке и опять-таки в ее задней стенке. Очень редко встречаются фибромиомы влагалищной части матки; они чаще локализуются на передней губе маточного зева. Опухоли, свисающие во влагалище или обнаруженные в маточном зеве, обычно исходят не из влагалищной части матки, а из вышележащих отделов ее — из шейки или из тела матки. Появление опухоли в маточном зеве объясняется тем, что, возникнув под слизистой оболочкой верхнего отдела матки и имея сначала широкое основание, такая опухоль под влиянием маточных сокращений выпячивается в полость матки и затем постепенно изгоняется в раскрывающийся канал шейки, приобретая вид

фиброзного полипа на ножке. Рождающиеся опухоли, вследствие ухудшения питания через вытянутую ножку, редко достигают больших размеров и часто подвергаются некрозу. Некроз начинается обычно в нижнем полюсе полипа, наиболее отдаленном от его ножки. В процессе рождения опухоли может произойти и перекручивание ножки, что еще более способствует появлению дегенеративных явлений в опухоли. Немалую роль при этом играет давление на ножку со стороны стенок шейчного канала. Синюшная окраска нижнего полюса рождающегося полипа говорит о начинающемся дегенеративном процессе.

Меноррагии, которыми обычно страдают больные при подслизистом расположении фибромиомы, бывают тем сильнее, чем больше опухоль выпячивается в полость матки. Процесс рождения фиброзного полипа сопровождается большей частью схваткообразными болями, особенно во время менструации (дисменоррея). После того как в родившемся полипе начинается распад, кровотечения принимают характер менометроррагий. Кровопотери могут стать настолько сильными, что ведут к резкому малокровию. К этому могут присоединиться симптомы, вызываемые всасыванием продуктов распада опухоли, а также распространяющейся отсюда инфекции. Таким образом, фибромиома матки, которая как с патолого-анатомической, так и с клинической стороны представляет собой вполне доброкачественную опухоль, при подслизистом ее расположении и превращении в фиброзный полип может стать угрозой для здоровья и жизни больной. Фиброзный полип, родившийся во влагалище, необходимо удалить.

Родившийся фиброзный полип всегда инфицирован. Поэтому его надо удалять наиболее простым способом, который сопровождается наименьшей травмой. Это особенно важно в тех случаях, в которых уже начался процесс распада. Если фиброзный полип является единственным узлом фибромиомы матки, то удаление его ведет обычно к прекращению всех наблюдающихся симптомов. Откладывать эту простую операцию не следует.

В техническом отношении такая операция доступна не только специалисту-гинекологу, но и каждому практическому врачу, занимающемуся малой хирургией.

Само собой разумеется, что основной предпосылкой для успеха является правильная диагностика как в отношении характера полипа — отграничение его от злокачественного новообразования или от выворота матки, так и в отношении установления места его отхождения. На рис. 139 изображен полип, место отхождения которого не может быть установлено ни при пальпации, ни при осмотре в зеркалах: он может исходить из влагалищной части матки (рис. 140), из шейчного канала (рис. 141), из полости матки (рис. 142).

Что касается дифференциального диагноза между фиброзным полипом и злокачественным новообразованием, то следует иметь в виду, что в шейке матки в редких случаях встречаются саркомы, представляющие собой полипозные образования гроздевидной или узловатой формы. Иногда такой полип состоит из нескольких лопастей, иногда являет собой как бы ворсинчатое образование, имеющее гладкую поверхность. Саркома шейки может исходить из слизистой оболочки или прорасти через нее, исходя из стенки шейки. Отличительной чертой саркомы шейки в дифференциально-диагностическом отношении является ее мягкая консистенция, чем она значительно отличается от фиброзного полипа, имеющего более плотную консистенцию. На разрезе саркома шейки матки имеет мозговидный характер; поверхность разреза влажна, имеет беловатую или

желтоватую окраску, иногда наблюдаются кровоизлияния в ткань; фиброзный же полип имеет на разрезе характерный слоистый вид и менее влажную поверхность. Быстро рецидивирующие полипы весьма подозрительны на

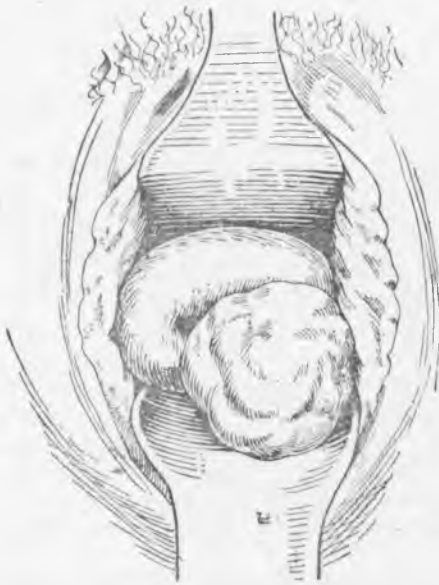


Рис. 139. Фиброзный полип, закрывающий маточный зев.

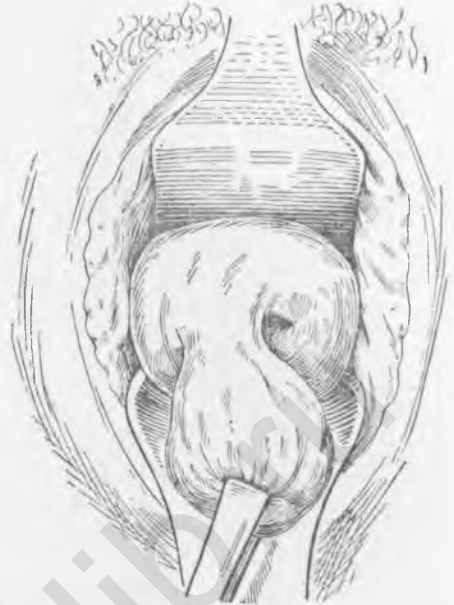


Рис. 140. Фиброзный полип, исходящий из передней губы маточного зева.



Рис. 141. Фиброзный полип на тонкой кишке, исходящий из шеечного канала.

злокачественные новообразования: полипозную саркому или полипозную форму рака. Каждый удаленный полип должен быть исследован гистологически.

После того как обнаружено наличие фиброзного полипа, следует установить еще, исходит ли опухоль из матки или из ее шейки. С практической стороны этот вопрос менее существен, чем вопрос о том, сидит ли опухоль на широком основании (рис. 143) или имеет тонкую ножку.

Если полип соединен со стенкой матки тонкой ножкой, которая хорошо видна, то для методики оперативного пособия почти безразлично, откуда исходит ножка; для удаления такого полипа достаточно просто отсечь тонкую ножку у самой опухоли. Так как больные с такими полипами уже весьма обескровлены, то желательно предупредить хотя бы и незначительную кровопотерю при операции. Для этого, перед тем как отсечь ножку, ее перевязывают лигатурой либо накладывают на нее зажим, который оставляют на 24 часа. Если ножка полипа не очень тонка, то отсекают полип указанным способом не следует: при рождении опухоли, соединенной со стенкой матки более широким основанием или толстой ножкой, может произойти частичный или полный выворот стенки матки, вследствие чего при отсечении ножки может быть насквозь повреждена сама стенка матки. Сквозное повреждение стенки матки, особенно если оно не будет тотчас распознано, может по-



Рис. 142. Фиброзный полип полости матки.

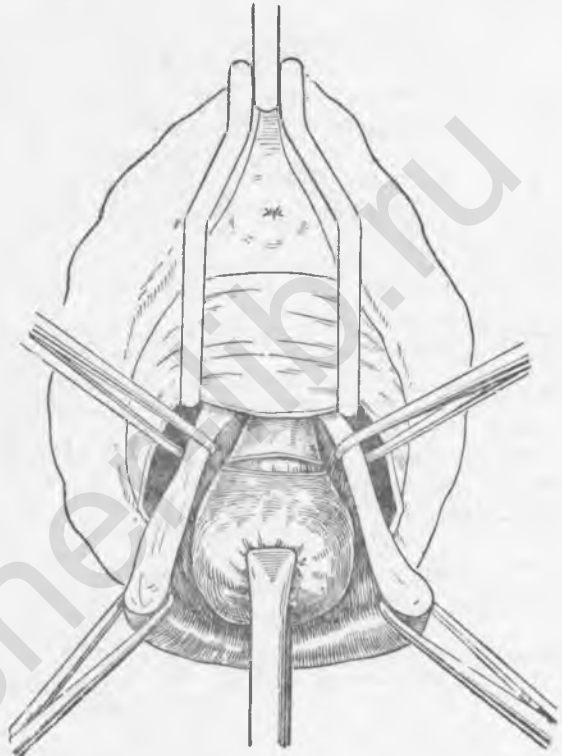


Рис. 143. Фиброзный полип на толстой ножке. Проведен круговой разрез через капсулу полипа.

вести к тяжелейшим последствиям. Выворот стенки матки может произойти не только при самопроизвольном рождении полипа, но и тогда, когда за него сильно тянут при удалении (рис. 144). Поэтому никогда не следует с большой силой вытягивать полип из матки. Если полип сидит в маточном зеве и ножка его не видна, то следует потянуть слегка за полип, захватив его какими-либо щипцами. Если ножка при этом не обнажится, то надо открыть более широкий доступ в канал шейки острым путем. Для этого можно разрезать наружный маточный зев. Если же полип исходит из тела матки и имеет короткую ножку, то надо рассечь всю переднюю стенку шейки матки после того, как от нее будет отсепарован мочевой пузырь, т. е. следует произвести кольпогистеротомию.

Полипы, исходящие из тела матки и имеющие короткую ножку, могут раскрывать шейку и появляться лишь временами, главным образом во время менструации, обычно профузной, что и заставляет больную

обратиться за помощью к гинекологу. Если больная будет исследована во время менструации, полип можно будет обнаружить; вне менструации он может уйти в полость и не будет виден при гинекологическом исследовании. Вследствие этого могут возникнуть разногласия у врачей, в разное время исследовавших больную.

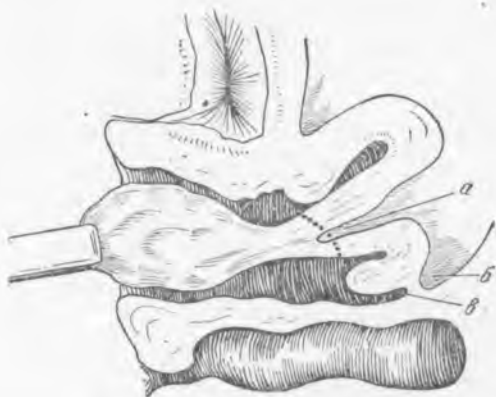


Рис. 144. Насильственное извлечение фиброзного полипа может вызвать выворот стенки матки.

a — выворот задней стенки матки; *b* — прямокишечно-маточный карман; *в* — задний влагалищный свод. Пунктиром обозначено место возможного повреждения стенки матки при отсечении ножки полипа.

и его ножка покрыты слоем ткани, составляющим капсулу фибромиомы. Таким образом, для удаления полипа необходимо рассечь капсулу (рис. 143 и 145).

Если для удаления полипа надо произвести кольпогистеротомию, то операцию должен произвести специалист, вполне владеющий методами влагалищных операций.

Удаление фиброзного полипа, имеющего короткую, толстую ножку, следует производить не при помощи отсечения ножки, а путем вылушения полипа. Для того чтобы это сделать правильно, нужно помнить, что фиброзный полип происходит либо из подслизистой, либо из внутривенечной фибромиомы. Как в том, так и в другом случае фиброзный полип и его ножка покрыты слизистой оболочкой матки. Под слизистой оболочкой полип



Рис. 145. Фиброзный полип вылуцен после того, как его капсула циркулярно рассечена.

Техника удаления фиброзного полипа. Подготовка операционного поля производится обычным способом, но предварительно спринцевать влагалище каким-либо дезинфицирующим раствором не следует. Вся дезинфекция состоит из протирания влагалища и полипа спиртом и иодной настойкой. При этом мы стараемся продезинфицировать и ножку полипа, вводя узкую марлевую полоску, смоченную иодной настойкой, в открытый шеечный канал. Удаление полипа производится следующим образом. После того как влагалищная часть матки будет обнажена в зеркалах, полип захватывают крепкими щипцами, лучше всего четырехзубчатыми и, слегка потягивая за них, обнажают ножку опухоли (о том, что не следует сильно вытягивать полип во избежание выворота стенки матки, уже было сказано выше). Затем концами длинных, несколько изогнутых ножниц или скальпелем надсекают капсулу опухоли по ее периферии, ближе к переходу опухоли в ножку (рис. 143). Разрез должен окружить основание опухоли и пройти насквозь через ее обычно тонкую капсулу. Ни в коем случае нельзя при этом полностью отрезать опухоль. После того как капсула по периферии опухоли перерезана, начинают вращать щипцы в одном направлении и продолжают быстро вращать их до тех пор, пока опухоль не будет откручена, что наступает очень быстро (рис. 145). Откручивание предохраняет от кровотечения из сосудов капсулы, питающих опухоль, так как сосуды также при этом перекручиваются и закручиваются. При таком методе вылушения опухоли кровопотери, как правило, незначительны, что для обескровленной больной имеет большое значение. Небольшое ложе, оставшееся после вылушения опухоли, смазывают иодной настойкой. Влагалище тампонируют стерилизованной марлей, которую удаляют через 8—12 часов. Оставшаяся ножка тотчас же втягивается вверх, быстро укорачивается и атрофируется.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л., Маточные кровотечения и полипы матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 7.
- Розенгардт М. Я., К этиологии полипов матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1890.
- Улевко-Строганова К. П., К вопросу о доброкачественных разрастаниях эпителия в женском половом аппарате, Журнал акушерства и женских болезней, 1909.

ОСТРЫЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ

Из всех видов воспалительного процесса молочной железы наиболее часто встречаются острые послеродовые, особенно лактационные маститы. С ними в первую очередь и должен вести борьбу акушер-гинеколог.

Мастит — заболевание, которое редко угрожает жизни женщины, но имеет серьезные последствия как для матери, так и для ребенка. Для матери мастит является тяжелым осложнением послеродового периода, длящимся в течение многих недель, а иногда и месяцев. Абсцедирующий мастит, сопровождающийся обширными разрушениями железистой ткани молочной железы и развитием рубцовой ткани на месте абсцесса, может повести к потере лактационной способности женщины и в будущем. Мастит матери резко ухудшает питание ребенка и является угрозой для его развития и здоровья.

Опыт показывает, что в борьбе с послеродовым гнойным маститом профилактические мероприятия играют, несомненно, большую роль, нежели лечебные. Однако в пределах данного руководства мы не касаемся вопросов профилактики мастита. При уже начавшемся мастите лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию воспалительного процесса с тем, чтобы предотвратить возникновение в молочной железе гнойного очага. Если своевременно начать консервативное лечение, т. е. в первые 24 часа с момента появления признаков воспаления, то в большинстве случаев удается ликвидировать процесс в течение нескольких дней, а иногда даже за 1—2 суток. Для успешного лечения мастита большое значение имеет не только умелое применение консервативных методов лечения, но и своевременное установление момента, когда от консервативного метода необходимо перейти к хирургическому. К хирургическому лечению не следует прибегать и слишком рано, т. е. до появления в воспалительном инфильтрате очага гнойного расплавления. Ввиду этого мы считаем необходимым остановиться здесь на клинике мастита.

Клиническая картина мастита отчасти зависит от его формы.

Симптомы паренхиматозного или застойного мастита выражаются в повышении температуры до 38—39°, набухании молочной железы и появлении в ней чувства тяжести. При исследовании, помимо набухания всей железы, обнаруживается неясно контурированное затвердение в одном или в двух квадрантах (чаще в наружном и нижнем) молочной железы; кожа над затверждением слегка напряжена, иногда на небольшом участке имеется покраснение; пальпация, а иногда одно лишь прикосновение к этому месту вызывает резкую боль.

Часто встречается интестинальная или инфилтратрующая форма мастита. При этой форме гнойеродные возбудители проникают через инфицированные трещины сосков в лимфатические

сосуды и вызывают гиперемию, отек, инфильтрацию лейкоцитами и постепенное развитие картины лимфангоита, ведущего в некоторых случаях к увеличению и болезненности желез соответствующей стороны (лимфангоит).

Клиническая картина интерстициального мастита несколько отличается от клинического течения паренхиматозного мастита: заболевание иногда сопровождается более высокой температурой (39—40°), часто ознобами, общим плохим самочувствием, резкими болями в молочной железе и крайней болезненностью в области затвердения. В стадии воспалительного отека и инфильтрации процесс при целесообразно проводимом лечении может приостановиться и закончиться выздоровлением. При неправильном лечении или если вообще его не предпринимают, процесс может перейти в флегмонозную форму, распространяющуюся в глубину и разрушающую железистую ткань на большом протяжении. При этом в молочной железе возникают многочисленные мелкие абсцессы, которые иногда сливаются друг с другом и превращаются в большие абсцессы, располагающиеся часто в наружных квадрантах молочной железы. Нередко абсцессы молочной железы лежат очень глубоко и поэтому поздно распознаются. Ввиду анатомической близости инфицированных лимфатических путей к железистым ходам, воспаление может непосредственно перейти на них и вызвать вторичное воспаление паренхимы железы. При гнойном расплавлении ткани гной также может прорваться в молочные ходы; в подобных случаях имеется комбинация паренхиматозного и интерстициального мастита. В отдельных случаях абсцесс, увеличиваясь по направлению к поверхности железы, может дойти до кожного покрова и прорваться наружу. Но рассчитывать на такой благоприятный исход не приходится, ибо подобные случаи редки.

Если лечение ведется неправильно или если микроорганизмы особенно вирулентны, а сопротивляемость организма понижена, воспаление переходит в гангренизирующий мастит или общий сепсис.

Одной из редких по своей локализации форм является ретромаммарный абсцесс, при котором гной скопляется между молочной железой и большой грудной мышцей.

Чрезвычайно важно диагностировать начинающийся мастит как можно раньше, чтобы немедленно принять все меры к задержке развития процесса. Диагностика нелегка, так как повышение температуры в первые дни после родов, особенно при небольших отклонениях в области половой сферы у роженицы, может заставить акушера-гинеколога заподозрить послеродовое заболевание, и только тщательное исследование всего организма и внимательный осмотр молочных желез помогут врачу установить истинную причину заболевания. Для дифференциальной диагностики между начинающимся маститом и послеродовым заболеванием некоторое значение имеет характер температурной кривой: при послеродовых заболеваниях высокому повышению температуры нередко предшествуют небольшие повышения температуры, при мастите же часто наблюдается внезапное появление высокой температуры, иногда сопровождающееся ознобами. Это, правда, можно наблюдать и при пиелите, но его легко распознать при исследовании мочи.

Характерными симптомами начинающегося мастита являются: покраснение, припухлость и болезненность в области молочной железы, но эти симптомы не всегда появляются сразу и одновременно. В самом начале заболевания имеется лишь болезненность в определенном участке молочной железы, тогда как покраснения и припухания может не быть. Иногда одновременно с появлением болезненности наблюдается уже и затвердение

молочной железы на определенном участке. Надо помнить, что при послеродовой септицемии мастит может явиться метастазом.

Наличие ретромаммарного абсцесса также нелегко установить вначале. Следует обратить внимание на болезненность при попытке сместить молочную железу у ее основания, которым является большая грудная мышца. Более уверенно можно поставить диагноз при появлении отека и зыбления у основания молочной железы; железа увеличивается и принимает полушаровидную форму и как бы приподнимается. Припухлость и зыбление могут появиться и над верхним краем молочной железы; это наблюдается тогда, когда под тяжестью увеличенной железы гной оттесняется вверх.

В начальной стадии мастита мероприятия, которые могут купировать процесс, сводятся в основном к предоставлению полного покоя пораженной молочной железе. Прежде всего надо прекратить кормление ребенка больной грудью (здоровой грудью женщина, конечно, продолжает кормить), иммобилизовать грудь и высоко ее приподнять 2—3 широкими бинтами, поверх повязки кладут пузырь со льдом. Одновременно приступают к сульфаниламидной терапии, назначая по 0,5 белого стрептоцида 4—6 раз в день. При большом приливе молока ограничивают питье и назначают слабительные соли (английскую соль), в этот день сульфаниламидные препараты не дают.

В последние годы при начинающемся мастите мы вместо сульфаниламидов широко применяем общую пенициллинотерапию (внутримышечные впрыскивания по 400 000 единиц в сутки). Пенициллинотерапия особенно показана в тех редких случаях, когда мастит является метастазом при септикопиемии, или в тех случаях, когда мастит сопровождается каким-либо послеродовым заболеванием. Н. А. Мельников и А. Н. Мордвинкин считают, что послеродовой метроэндометрит является важным этиологическим моментом в развитии мастита. По данным А. В. Бартельса и С. Г. Юрьевского, заболевание маститом у 67,8% больных (80 случаев) сопровождалось воспалительными процессами в половой сфере, а именно у 52 больных был эндометрит, у 20 больных наблюдались явления метрофлебита и у 8 — тромбофлебит тазовых вен.

К консервативным методам лечения мастита в стадии инфильтрации (до образования гнойника) относится также местная пенициллинотерапия в виде ежедневных или по 2—3 раза в день впрыскиваний в инфильтрат по 50 000 единиц пенициллина. Ряд авторов (К. М. Афанасьевский, Л. П. Бакулева, П. А. Гузиков и др.) рекомендует для усиления эффекта консервативного лечения, а также в послеоперационном периоде применять аутогемотерапию или переливание крови небольшими дозами от 2 до 3 раз. Н. А. Мельников и А. Н. Мордвинкин рекомендуют одновременно с пенициллинотерапией облучение субэритемными дозами кварца. Эти мероприятия, направленные на улучшение общего состояния организма, вполне целесообразны.

Лечение острых гнойных маститов. Общая пенициллинотерапия при гнойном мастите, как, впрочем, и при пиосальпинксе и гнойном параметрите, недостаточно эффективна. При лечении гнойных маститов широкое распространение в настоящее время получило введение пенициллина в полость гнойника после отсасывания из него содержимого.

Эта терапия при гнойном мастите в техническом отношении не представляет трудностей. Для успеха лечения необходим правильный отбор больных: наилучшие результаты получаются при наличии изолированного гнойника, лежащего в толще молочной железы. По наблюдениям хирургической клиники Н. Н. Еланского (Т. М. Лурье), гнойник с истонченной некротизирующейся кожей над очагом флюктуации служит противопо-

казанием к пенициллинотерапии. При пастозности кожи над инфильтратом местная пенициллинотерапия также не давала эффекта. Эта терапия также противопоказана при флегмонозной и гангренопсирующей форме мастита, при наличии больших инфильтратов с многочисленными нессливающимися очагами гнойного расплавления ткани.

Техника местной пенициллинотерапии. После местной анестезии кожи 0,25% раствором новокаина производится прокол абсцесса толстой иглой, насаженной на шприц, и отсасывание гноя. По данным Т. М. Лурье, прокол следует производить на границе здоровой кожи и инфильтрата во избежание самопроизвольного вскрытия абсцесса в месте прокола и образования свища. После отсасывания гноя в полость гнойника вводят 50 000—100 000 единиц пенициллина, разведенного в 5—10 мл физиологического раствора или в 0,25% новокаине (для устранения боли). Пункции делают через день, но лучше ежедневно. В благоприятных случаях заметное улучшение наступает через 2—3 дня: уменьшаются боли, снижается температура, количество отсасываемого гноя также уменьшается, гной становится более жидким. Пункции производят до того момента, когда получится прозрачная серозно-кровянистая жидкость. Для более быстрого рассасывания инфильтрата можно применять аутогемотерапию или переливание небольших количеств крови. Местная пенициллинотерапия путем отсасывания гноя и введения в полость гнойника пенициллина при своевременном и правильном применении дает хорошие результаты. Преимуществом метода перед операцией является меньшая травма, лучшие шансы на сохранение лактационной способности и отсутствие косметических дефектов.

Если местная пенициллинотерапия противопоказана или не обещает успеха (см. выше), а также если через 2—3 дня после начала ее применения нет улучшения (температура не снижается, боли не уменьшаются), приходится прибегнуть к операции.

Операция гнойного мастита должна быть произведена под обезболиванием. При подкожном расположении гнойника, при так называемом парамастите, достаточно замораживание хлорэтилом. В других случаях требуется общий кратковременный наркоз — эфирное оглушение или внутривенное введение гексенала.

Разрез должен быть достаточно большой, чтобы обеспечить свободный отток гноя и ослабить напряжение в инфильтрированных тканях. При недостаточно большом разрезе опорожнение абсцесса не будет полным и мелкие гнойнички, иногда пронизывающие стенки абсцесса и окружающий его инфильтрат, могут остаться невскрытыми. В результате в гнойный процесс будут вовлекаться все новые участки молочной железы и разрушение железистой ткани примет еще большие размеры.

Маленький разрез или прокол скальпелем можно применять лишь при очень небольшом, ограниченном и поверхностно лежащем абсцессе и полной уверенности, что по соседству нет больше гнойных очагов. В подобных случаях можно, сделав маленький (2—3 см) разрез, наложить на железу специальную банку, в которой шприцем разрежают воздух. Присасывание банки длится 3—5 минут с паузами в 5 минут; его повторяют несколько раз подряд. В общем сеанс продолжается около получаса. Подобные сеансы проводят ежедневно до тех пор, пока не прекратится выделение гноя. Если отверстие закроется слишком рано, вследствие чего прекратится выделение, повысится температура и появятся боли, то закрывшееся отверстие надо вскрыть зондом, что удастся легко, и вставить полосу марли в полость для дренирования.

Все разрезы при мастите должны иметь радиальное направление к соску. Не следует проводить разрез слишком близко к соску, так как

можно перерезать молочные протоки (рис. 146). По этой же причине не следует делать поперечные разрезы.

Если абсцесс лежит поверхностно, то никаких манипуляций, кроме разреза, производить не надо. Если же гнойник лежит глубоко, то, сделав радиальный разрез, надо обследовать полость абсцесса пальцем (рис. 147), ощупывая одновременно другой рукой молочную железу снаружи. Благодаря этому можно установить, имеются ли еще гнойники, хотя бы и небольшие. Если таковые имеются, их можно опорожнить в полость основного, уже вскрытого абсцесса корнцангом или пальцем. Надо подчеркнуть, что



Рис. 146. Операция гнойного мастита. Радиальное направление разреза к соску.



Рис. 147. Операция гнойного мастита. Обследование полости гнойника пальцем.

обследование полости абсцесса и вскрытие из нее соседних гнойников следует производить крайне осторожно, не сдавливая стенки абсцесса и избегая грубой травматизации тканей.

В. Ф. Войно-Ясенецкий советует, кроме обследования полости абсцесса пальцем, растянуть рану крючком, тщательно удалить тупферами гной из полости гнойника, а также с поверхности разреза, и внимательно понаблюдать, не появится ли при давлении на железу где-либо на внутренней стенке гнойника или на поверхности разреза гной. В подобных случаях следует ввести закрытый корнцанг в том направлении, откуда вытекает гной, раскрыть его в глубине гнойника и извлечь раскрытым.

Ценность этого метода для распознавания и опорожнения имеющихся в ближайшем соседстве с гнойником мелких гнойничков снижается отчасти потому, что для выполнения его требуется хотя бы легкое сдавление тканей, что может повести к их травматизации, чего, как уже указывалось выше, следует избегать.

Если полость гнойника, вскрытого в верхнем или в верхне-боковом квадранте молочной железы, очень глубока, то, для того чтобы обеспечить лучший отток гноя, целесообразно наложить контрапертуру в нижнем квадранте железы. Для этого в полость абсцесса вводят корнцанг, проталкивают его через ткани молочной железы книзу и, выпятив им соответствующий участок кожи в нижнем квадранте, проводят разрез на этом

участке также в радиальном к соску направлении (рис. 148). Если разрез, которым вскрыт абсцесс, находится в одном из нижних квадрантов и, таким образом, гной свободно вытекает, то наложение контрапертуры, конечно, излишне.

Для того чтобы ограничиться лишь одним разрезом, независимо от расположения гнойника, некоторые авторы (С. Б. Рафалькес, Л. П. Бакулева и др.) лечат методом А. В. Вишневого: после вскрытия абсцесса и удаления гноя вводят в полость широкую полосу марли, обильно пропитанную мазью Вишневого, и туго тампонируют полость абсцесса.

Так как по А. В. Вишневскому применение этого метода обрывает деструктивную фазу воспалительного процесса, которая сменяется регенеративной фазой, то, чтобы не нарушать течения этой фазы, первую перевязку делают через 6—7 дней после операции, следующие перевязки также делают через такой же срок, а иногда и позже. Лишь в редких случаях при наличии высокой температуры или болей приходится делать перевязку ранее указанного срока (Л. П. Бакулева). Мы пользуемся вышеописанным способом главным образом тогда, когда после широкого вскрытия абсцесса находим в его полости обрывки некротических тканей, удаляем эти обрывки пинцетом и ножницами, а затем вводим в полость гнойника тампон, пропитанный мазью Вишневого.

При ретромаммарном расположении абсцесса вместо радиальных разрезов можно применить разрез по нижнему краю молочной железы, который лучше обеспечивает отток гноя и шире обнажает гнойный очаг.

Техника этого разреза состоит в следующем: по нижнему краю молочной железы проводят полукруглый разрез до фасции (рис. 149). Молочную железу отслаивают от подлежащей фасции большой грудной мышцы и откидывают вверх (рис. 150). Это дает возможность вскрыть гнойник в ткани самой железы у его основания. Рубец, получающийся по заживлении разреза, скрывается в нижней складке молочной железы и, таким образом, совершенно не обезображивает грудь (рис. 151).

Этот разрез можно применить и при наличии множественных мелких гнойничков, пронизывающих всю железу. В косметическом отношении он имеет несомненные преимущества перед радиальными, обычно множественными разрезами. В. Ф. Войно-Ясенецкий, А. Шаак и др. считают его и



Рис. 148. Операция гнойного мастита. Для обеспечения оттока гноя из вскрытого в верхне-боковом квадранте молочной железы гнойника производится противоотверстие в нижнем квадранте железы. Для этого в полость вскрытого гнойника вводят корнцанг, проталкивают его через ткань железы и, выпятив им соответствующий участок кожи в нижнем квадранте, проводят разрез в радиальном к соску направлении.

весьма шадящим в функциональном отношении, так как вскрытием гнояников с задней поверхности молочной железы почти исключается ранение молочных протоков, а это не всегда удается при вскрытии со стороны передней поверхности молочной железы.



Рис. 149. Вскрытие ретромаммарного абсцесса. Черная линия под правой молочной железой указывает место разреза.



Рис. 150. Вскрытие и дренирование ретромаммарного абсцесса с внутренней стороны откинутой вверх железы.



Рис. 151. Вскрытия ретромаммарного абсцесса. На кожу наложены швы. В отверстие, оставшееся посередине, выведен дренаж.

Каким бы способом ни был вскрыт абсцесс молочной железы, операция должна сопровождаться дренированием полости марлевыми полосками, салфетками, или резиновыми трубками. Некоторые авторы предпочитают

марлевый дренаж, так как резиновые трубки своим давлением на воспаленные ткани поддерживают длительную секрецию и чаще, чем марлевые полосы, ведут к образованию карманов и задержке в них выделений. Во всяком случае надолго оставлять дренажные трубки не следует, так как это затягивает заживление.

Вопрос о кормлении ребенка матерью, страдающей маститом, разрешается различно: одни разрешают кормление пораженной молочной железой при всех видах мастита, независимо от того, содержится ли в молоке гной. Другие считают кормление пораженной железой противопоказанным и приводят в качестве мотива соображение, что при наличии абсцесса молочной железы гной может попасть не только в желудок, но инфицировать кожу ребенка и повести к образованию фурункулеза, заболевания глаз, пупочного сепсиса.

С нашей точки зрения, вопрос о кормлении при наличии мастита должен решаться следующим образом: при начинающемся мастите необходимо, как уже указывалось выше, отнять ребенка от больной груди на 1—2 суток. Если воспаление в течение этого времени будет купировано, следует возобновить кормление этой грудью. Если же воспалительный процесс, несмотря на все принятые меры (прекращение кормления больной грудью, тугое бинтование и высокое подвязывание груди, пузырь со льдом поверх повязки, пенициллинотерапия и пр.), продолжает развиваться, то при наличии лишь инфильтрата без образования гнойников и хорошем состоянии матери кормление больной грудью не противопоказано. Если образовавшийся абсcess вскрыт и гной получил выход наружу, то вопрос о кормлении должен решаться в зависимости от общего состояния матери, а также от размеров и местоположения абсцесса. При истощении матери на почве длительной лихорадки, бессонных ночей, жестоких болей при прикладывании ребенка к груди, особенно при наличии трещин сосков, при большом абсцессе, разрушившем большую часть железистой ткани, преимущественно, которые дают кормление ребенка грудью, становятся иллюзорными. Поэтому продолжать кормление ребенка грудью нерационально как в интересах матери, так и ребенка. Если же, повторяем, состояние матери удовлетворительное, поражение груди небольшое, разрез не лежит вблизи соска, молоко не смешано с гноем, то следует продолжать кормление грудью; необходимо лишь при этом следить, чтобы гной не попал в глаза ребенка и не инфицировал бы его кожу.

ЛИТЕРАТУРА

- Афанасьевский К. М., Лечение маститов аутогемотерапией, Гинекология и акушерство, 1933, № 3.
- Бакулева Л. П., Лечение острых гнойных и серозных маститов, Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
- Бартельс А. В., Юрьевский С. Т., К клинике послеродовых маститов, Акушерство и гинекология, 1950, № 1.
- Брауде И. Л., Хирургическое лечение пуэрперального гнойного мастита, Акушерство и гинекология, 1941, № 5.
- Войно-Ясенецкий В. Ф., Очерки гнойной хирургии, М., 1946.
- Гузиков П. А., Аутогемотерапия при мастите, Казанский медицинский журнал, 1928, № 10.
- Лурье Т. М., Лечение острых гнойных маститов пенициллином. Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
- Мельников Н. А., Мордвикин А. Н., Сравнительная оценка методов лечения послеродовых маститов, Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
- Рафалькес С. Б., Материалы к проблеме лактационных маститов, Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
- Фрайман Г., О лечении послеродового мастита, Вестник хирургии, т. VII, 1926.
- Шах В. А., Мастит, БМЭ, т. 34.

РАЗДЕЛ II

ПАТОЛОГИЯ, ТРЕБУЮЩАЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ДОСТУПНЫХ КВАЛИФИЦИРОВАННОМУ ГИНЕКОЛОГУ-ХИРУРГУ

ФИБРОМИОМА МАТКИ

Фибромиома матки встречается в период половой зрелости женщины довольно часто. По литературным данным, фибромиома матки у женщин в возрасте старше 35 лет наблюдается приблизительно в 20%. Фибромиома матки обнаруживается иногда случайно, например, при вскрытии трупа женщины, не страдавшей женскими болезнями, либо при чревосечении, предпринятом по каким-либо иным показаниям, а также при диспансеризации, перед направлением на курорт и т. п. (бессимптомные фибромиомы). При такой случайной находке опухоли прежде всего перед гинекологом встает вопрос, требуется ли в данном случае специальное лечение и особенно необходимо ли хирургическое вмешательство.

Для того чтобы принять правильное решение, следует помнить, что фибромиома — опухоль доброкачественная и что в течение многих лет она может не нарушать нормальных функций половых органов и не вызывать болезненных симптомов. Отсюда ясно, что в громадном большинстве случаев так называемая бессимптомная фибромиома не требует лечения. В подобных случаях можно лишь говорить о лечении или, вернее, о режиме, который задерживал бы превращение бессимптомной фибромиомы в симптомную.

Что касается саркоматозного перерождения фибромиомы, то оно встречается, по данным Г. Г. Гамбарова, в 1—2%. Если сравнить этот процент с процентом смертности при радикальной операции, который колеблется в тех же пределах, а по некоторым статистикам даже выше, то едва ли можно оправдать операцию бессимптомной фибромиомы как профилактическое мероприятие против злокачественного перерождения.

Но бессимптомной фибромиома остается лишь до поры до времени, а затем она может вызвать те или другие симптомы, уже требующие лечения. Поэтому женщина, имеющая фибромиому, должна находиться под наблюдением гинеколога. До того момента, пока фибромиома остается бессимптомной, достаточно производить гинекологический осмотр женщины 3—4 раза в год, чтобы не вызвать излишней мнительности.

Исключением являются для нас бессимптомные фибромиомы у молодых женщин. Если опухоль достигает такой величины или так расположена, что может явиться причиной бесплодия, то встает вопрос о применении консервативной операции фибромиомы (миомэктомии). Точно так же может встать вопрос о консервативной операции у молодой женщины, не страдающей бесплодием, если опухоль очень большая (например, размером в 4—5 месяцев беременности), так как до наступления климактерического периода, после которого рост опухоли обычно прекращается, остается еще много лет.

Признаки и клиническое течение. Наиболее частым симптомом, сопровождающим фибромиому матки, является кровотечение. В большинстве случаев кровотечения носят характер меноррагий (гиперменоррея, полименоррея, гиперполименоррея). Основная причина наблюдающихся при фибромиоме кровотечений связана, по общепринятому мнению, с морфологическими и функциональными изменениями яичников. Однако имеются и другие причины, способствующие появлению маточных кровотечений, как-то: плохая сокращаемость мышечной стенки миоматозной матки, большая менструирующая поверхность эндометрия увеличенной матки, воспалительные процессы, нередко сопровождающие фибромиому. Прямого параллелизма между величиной опухоли и интенсивностью кровотечения нет: при больших, особенно подбрюшинных, фибромиомах менструации могут протекать вполне нормально, тогда как даже маленькие подслизистые опухоли вызывают обильные меноррагии, а иногда и менометроррагии. Но и меноррагии, сопровождающие фибромиому, бывают умеренными и не вызывают общего тяжелого состояния у женщины. При гипертонии же, которая нередко наблюдается при фибромиоме матки, полное прекращение менструации даже нежелательно.

С чрезмерной потерей крови при менструации можно бороться консервативными методами лечения. К ним мы относим общий режим, диету, регулирование функций кишечника, применение кровоостанавливающих средств, гормонотерапию, мамминотерапию, аутомамминизацию. Нередко, особенно в предклимактерическом возрасте больной, удается довести ее до физиологической менопаузы, когда прекращаются менструации и начинается обратное развитие опухоли. Такой тактики мы придерживаемся до тех пор, пока консервативные методы лечения имеют некоторый успех и наблюдающиеся симптомы не прогрессируют. Но если, несмотря на лечение, состояние больной ухудшается, необходимо перейти к радикальным методам лечения, к которым относится рентгенотерапия и операция. Стебельчатые подслизистые фибромиомы (фиброзный полип). Эти опухоли всегда требуют хирургического лечения. Все остальные методы лечения в этих случаях неэффективны. Кроме того, при рождении подслизистой фибромиомы, превращающейся, таким образом, в фиброзный полип, в опухоли часто наступает некроз, способствующий внедрению инфекции, а затем инфекция через открытый шеечный канал проникает в полость матки и за ее пределы. Поэтому мы и считаем, что всякая подслизистая опухоль, вызывающая кровотечение, требует своевременного хирургического лечения.

Не только малокровие, развивающееся на почве хронических кровопотерь, служит показанием к радикальным методам лечения фибромиом. Могут быть и другие причины, как-то: тот или иной вид дегенерации опухоли, сдавление или значительное смещение опухолью соседних органов (мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки), «острый живот» вследствие перекручивания ножки подбрюшинного узла; острое малокровие на почве неудержимого кровотечения, задержка мочеиспускания

вследствие ущемления в тазу большого позадиматочного, или шейечного узла и, наконец, быстрый рост опухоли.

При решении вопроса о быстром росте опухоли необходимо помнить, что быстрое увеличение опухоли может быть вызвано наступившей беременностью. О быстром росте опухоли лучше всего может судить тот врач, под наблюдением которого больная находилась в течение более или менее длительного времени. Кроме того, при исследовании надо учитывать и сроки менструального цикла больной: так, перед и во время менструации миоматозная матка набухает и становится больше, а в послемenstrуальном периоде она снова уменьшается. Но если все эти данные будут учтены и все же будет установлен быстрый рост опухоли, то это должно вызвать подозрение на перерождение опухоли; особенно важно не проглядеть появление саркомы. Правда, определить это в начальной стадии довольно трудно. Наиболее характерным симптомом является общее плохое самочувствие, сопровождающееся быстрым ростом опухоли и некоторым ее размягчением (эти же симптомы, равно как и появление болей в животе, болезненность опухоли при ощупывании, могут наблюдаться и при ее некрозе). О саркоме можно думать в том случае, когда подробное и тщательное исследование всего организма не выявит причины общего плохого самочувствия. Ясно, что эти случаи не относятся к бессимптомным фибромиомам и требуют радикального лечения и, как увидим ниже, именно хирургического.

РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

К радикальным методам лечения относят: 1) лечение лучистой энергией, главным образом рентгенотерапию, и 2) хирургические методы лечения (надвлагалищная ампутация и полная экстирпация матки).

Если исходить из того, что после рентгенотерапии прекращаются маточные кровотечения, а опухоль все же не исчезает, то по существу и рентгенотерапию можно назвать симптоматическим методом лечения фибромиомы матки. Но, так как при правильном отборе случаев и правильной методике облучения в большинстве случаев успех лечения бывает стойким, мы вправе, как это и общепризнанно, причислить рентгенотерапию к радикальным методам лечения в тех, разумеется, случаях, когда фибромиома сопровождается метроррагиями.

Исходя из того, что морфологические и функциональные изменения в яичниках являются этиологическими факторами возникновения фибромиомы матки, а лучевая терапия действует угнетающим образом прежде всего на яичники, Г. Г. Гамбаров даже считает, что рентгенотерапия является именно каузальной терапией.

При выборе между рентгенотерапией и операцией необходимо прежде всего учитывать, что рентгенотерапия не дает смертности, чего нельзя сказать об операции. Все же надо иметь в виду, что если рентгенотерапия не сопровождается успехом (это наблюдается главным образом при неправильном отборе больных для этого вида лечения), и продолжающиеся кровотечения заставляют прибегнуть к операции, то техника ее будет значительно труднее. Причина технических трудностей заключается в склерозе облученных тканей, вследствие чего гемостаз будет затруднен. Много лет назад мне пришлось быть свидетелем смерти больной фибромиомой на операционном столе от того, что оператор — блестящий специалист — при экстирпации миоматозной матки не справился с кровотечением из мелких склерозированных сосудов клетчатки. Мы лично таких случаев не имели, однако гемостаз при операции фибромиомы у жен-

щин, подвергшихся рентгенотерапии, всегда труднее, чем обычно при операции фибромиомы.

Когда возникает необходимость применить радикальный метод лечения фибромиомы, неизбежно встает вопрос о выборе между рентгенотерапией и операцией. Поэтому необходимо установить показания и противопоказания к каждому из этих методов. В этом отношении мы, как и большинство современных клиницистов, стоим на следующих позициях.

Показания и противопоказания к рентгенотерапии. Рентгенотерапия показана лишь в тех случаях фибромиомы матки, когда больная страдает кровотечениями типа меноррагий. Другие симптомы, сопровождающие фибромиому матки, не служат показанием к рентгенотерапии. Успех рентгенотерапии наступает тем скорее и тем вернее, чем ближе возраст больной к климактерическому периоду. Следует здесь же отметить, что климактерический период при фибромиомах наступает несколько позднее.

Рентгенотерапия фибромиомы матки противопоказана: 1) при подозрении на беременность (маточную или внематочную); 2) при неуверенности в диагнозе; 3) в молодом возрасте больной (до 40-летнего возраста мы допускаем рентгенотерапию лишь в виде редкого исключения и только в тех случаях, когда операция представляет слишком большой риск из-за тяжелого заболевания сердца, легких и т. п.); 4) при некрозе, нагноении, гнилостном распаде опухоли; 5) при сочетании фибромиомы с опухолью яичника или с другими заболеваниями, требующими чревосечения; 6) при стебельчатых, подслизистых и подбрюшинных фибромиомах (особенно, если они имеют длинную ножку); 7) при подозрении на злокачественное перерождение опухоли, а также при сочетании фибромиомы с раком матки; 8) при наличии гнойного воспаления в тазу (гнойное воспаление придатков матки, тазовой клетчатки). Нередко при фибромиоме матки наблюдается гипертония. Хотя еще не доказано, что после применения рентгенотерапии кровяное давление у таких больных повышается сильнее, чем после радикальной операции, я лично все же избегаю применять рентгенотерапию у женщин с выраженной гипертонической болезнью и предпочитаю в этих случаях операцию.

Мы считаем рентгенотерапию фибромиомы матки не показанной при значительном склерозе маточной ткани и ее сосудов, обнаруженном во время микроскопического исследования соскоба эндометрия. Доцент нашей клиники А. Л. Каплан на основании своих исследований приходит к заключению, что обнаруженная при гистологическом исследовании атрофия эндометрия также служит противопоказанием к рентгенотерапии фибромиомы.

Что касается подслизистых фибромиом, сидящих на широком основании, то мнения расходятся. Г. Г. Гамбаров считает, что и в этих случаях нет достаточных оснований для отказа от рентгенотерапии.

Спорным также является вопрос о величине опухоли, которая допускает применение рентгенотерапии. Мы считаем границей для применения рентгенотерапии величину опухоли, достигающей уровня пупка. Но и при меньшей величине опухоли предпочитаем операцию, если опухоль оказывает давление, смещает и нарушает функцию соседних органов, особенно мочевых. Резкое малокровие теперь, когда переливание крови применяется так широко и в таких больших количествах, уже не может служить противопоказанием ни к рентгенотерапии, ни к операции.

При правильном отборе больных для рентгенотерапии и правильном ее применении успех лечения, выражающийся в прекращении менструаль-

ных кровотечений и наступлении стойкой аменорреи, можно считать обеспеченным. Если и наблюдаются неудачи, то чаще всего это является следствием применения рентгенотерапии при нераспознанном подслизистом расположении опухоли или при комбинации фибромиомы с нераспознанным раком тела матки и т. п. Поэтому необходимо поставить себе за правило не назначать рентгенотерапию прежде, чем возможность этих осложнений не будет исключена. Некоторые указания могут дать и анамнестические данные. Так, например, совершенное отсутствие кровянистых выделений вне менструального периода будет говорить против рака тела матки; при наличии длительных кровянистых выделений точный диагноз может быть поставлен лишь после микроскопического исследования соскоба из полости матки. Что касается подслизистого расположения опухоли, то анамнез может и не дать характерных симптомов. Так, например, затяжные менструальные кровотечения, сменяющиеся мазней, могут быть как при подслизистой опухоли, так и при слизистом полипе. Схваткообразные боли, которыми сопровождается менструация, могут явиться следствием воспалительного процесса и наличия подслизистой опухоли. Поэтому, кроме учета анамнестических данных и данных двуручного исследования (укорочение шейки, раскрытие зева при рождающейся опухоли), для решения этих вопросов обязательно зондирование полости матки или пробное выскабливание ее полости. В некоторых случаях может оказаться весьма полезной рентгенограмма, сделанная после наполнения полости матки контрастным веществом (метросальпингография). Во многих случаях при фибромиомах перед назначением рентгенотерапии необходимо диагностическое выскабливание. Это осложняет ее применение и иногда при выборе метода лечения может повлиять на решение вопроса в пользу оперативного метода.

Применение рентгенотерапии без предварительного обследования полости матки может дать и хорошие результаты, если лечение проводится только в тех случаях, когда менструации становятся обильными и длительными, но правильный цикл их сохраняется. Применять рентгенотерапию без предварительного обследования полости матки недопустимо в тех случаях фибромиом, когда кровянистые выделения наблюдаются и вне менструального периода.

К диагностическому выскабливанию и зондированию необходимо также прибегнуть и в тех случаях, когда примененная рентгенотерапия была безуспешной и кровотечения у больной продолжались или вновь появлялись. Причиной этого могла быть недостаточная доза лучей, получаемая в глубине (обычно при успешной рентгенотерапии менструация может появиться еще 1—2 раза, редко больше). Часто безуспешность рентгенотерапии является результатом ее применения в тех случаях, когда она противопоказана. В некоторых случаях кровотечение вновь появляется после более или менее длительной паузы. Это может быть потому, что отдельные фолликулы яичника, не разрушенные рентгеновыми лучами, вновь созревают и вызывают менструальные кровотечения; причиной может быть также и склероз сосудов, эндометрит, слизистые полипы; не менее вероятно, что причиной кровотечения могут быть и злокачественные новообразования в матке и в яичниках. Подозрение на саркоматозное перерождение усиливается, если опухоль после наступления климактерического периода начинает увеличиваться и при отсутствии других причин вызывает общее плохое самочувствие больной. И в этих случаях подробное клиническое исследование, сопровождаемое в случае необходимости пробным выскабливанием, поможет поставить диагноз. Если для такого исследования почему-либо имеются препятствия, то, принимая во внимание сравнительную частоту

сочетания злокачественных новообразований с фибромиомой, следует и в этих случаях тотчас приступить к удалению матки.

Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Что касается показаний и противопоказаний к хирургическому лечению фибромиомы матки, то мы их формулируем следующим образом.

Показанием к хирургическому методу лечения фибромиомы матки могут быть: 1) прогрессирующее развитие болезненных симптомов, вызываемых фибромиомой, у женщин в возрасте до 40—45 лет, при безуспешности консервативной и паллиативной терапии; 2) поделизистые фибромиомы, особенно имеющие ножку (стебельчатые фибромиомы); 3) некроз и инфекция опухоли, перекручивание ножки подбрюшинной фибромиомы; 4) злокачественное перерождение опухоли или сочетание фибромиомы с раковым новообразованием; 5) очень большие опухоли, превышающие величину беременной матки в 6 месяцев; 6) сочетание фибромиомы с беременностью, если имеются показания к вмешательству; 7) фибромиома у молодых женщин, если опухоль является причиной женского бесплодия; 8) во всех случаях неясного происхождения опухоли, вызывающей жалобы, а также в тех случаях, когда дифференциальный диагноз между фибромиомой матки и новообразованием яичника не может быть точно установлен.

Для женщин, страдающих тяжелыми формами заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, дыхательных путей, брайтовой болезнью, острыми и подострыми инфекциями брюшины и тазовых органов, болезнями обмена веществ и т. п., операция абсолютно или относительно противопоказана.

При общей острой инфекции, как, например, гриппозной, операция должна быть отложена до полного исчезновения признаков инфекции.

Несомненно, что оценка показаний и противопоказаний к тому или иному виду радикального лечения фибромиомы носит отпечаток индивидуальных наклонностей специалиста, той обстановки, в которой он работает, теми возможностями и оснащением, которыми он обладает, и, конечно, в немалой мере диктуется теми взглядами, которые в данный период времени являются господствующими.

Таким образом, граница, служащая разделом между двумя радикальными методами лечения фибромиомы, не может считаться твердо и незыблемо установленной. Все же нельзя не признать, что оба метода удовлетворяют различным показаниям и являются, таким образом, в большинстве случаев не конкурирующими, а дополняющими в известных границах друг друга в том арсенале лечебных средств и методов, которые применяются для лечения фибромиомы матки.

Большое значение для успеха лечения имеет применение рациональной для данной больной детализированной методики. Это относится к случаям, когда выбор падает на рентгенотерапию, и к тем, когда прибегают к хирургическому методу лечения.

Особенно большое значение для успеха лечения может иметь методика и техника хирургического лечения фибромиомы матки. В этом отношении следует отметить наблюдающееся стремление ряда клиницистов разработать методику операции в том направлении, чтобы, удаляя опухоль и устраняя связанные с нею болезненные симптомы, все же по возможности сохранить если не все физиологические функции половой сферы, то хотя бы менструальную.

Методы хирургического лечения фибромиомы матки. Хирургические методы лечения фибромиомы матки можно разделить на радикальные, консервативные, полуконсервативные и полурадикальные. Все эти методы

делятся еще на методы, производимые брюшностеночным и влагалищным путем.

К радикальным методам операции, производимым брюшностеночным путем, принадлежат: 1) полное удаление матки, 2) надвлагалищная ампу- тация матки.

К радикальным операциям, производимым влагалищным путем, при- надлежат: 1) полное удаление матки с сохранением придатков или с их удалением, 2) надвлагалищная ампу- тация матки (нами лично не при- меняется).

При радикальных методах операции по поводу фибромиомы женщина лишается менструальной и детородной функции.

К консервативным методам операции мы причисляем те, при которых сохраняются обе функции, т. е. менструальная и детородная.

К консервативным операциям, производимым брюшностеночным путем, относятся: 1) удаление подбрюшинных стебельчатых (на ножке) опу- холей, 2) вылушение (энуклеация) из стенки матки отдельных узлов опухоли.

К консервативным операциям, производимым влагалищным путем, относятся: 1) удаление подслизистых стебельчатых (на ножке) узлов, 2) вылушение (энуклеация) отдельных подслизистых узлов.

К полурадикальным (полуконсервативным) операциям мы относим частичную резекцию матки (дефундация, высокая ампу- тация матки), которые большей частью лишают женщину детородной функции, но позво- ляют сохранить ее менструальную функцию.

Радикальные методы хирургического лечения фи- бромиомы брюшностеночным путем. Радикальные операции по поводу фибромиомы матки имеют большую давность. В 1846 г. В. А. Караваев в Киеве удалил вместе с фибромиомой всю матку. Этот первый случай полного удаления миоматозной матки брюшностеночным путем нигде не цитируется как таковой. Поэтому первенство в этом вопросе отдавалось Kimbale и Burnham, произведшим эту радикальную операцию в 1853 г., т. е. на 7 лет позже Караваева (Н. М. Какущкин).

Толчком к развитию операции надвлагалищной ампу- тации матки послужило развитие операции овариотомии, для разработки которой так много сделал А. Я. Крассовский. По аналогии с овариотомией, в основе которой лежало иссечение ножки опухоли, стали иссекать и при фибромиоме ножку опухоли. Подобной ножкой при фибромиомах являлась шейка матки. Так возникла операция надвлагалищной ампу- тации матки. По данным В. С. Груздева, впервые у нас эта операция была сделана в 1866 г. Грубе в Харькове, во второй раз — Скифосовским в Одессе в 1867 г.

Путь, по которому стало развиваться оперативное лечение фибромиом матки, оказался значительно труднее пути развития овариотомии. Много труда и времени было потрачено на снижение большой смертности при этой операции, причина которой лежала в трудностях, возникавших при остановке кровотечения из культи шейки матки (жгуты и пр.), а также в осложнениях, лежавших в несовершенстве ухода за культей во время операции (вне- и внутрибрюшинное помещение культи шейки). Все это повело к тому, что по сравнению с овариотомией успешное развитие операции по поводу фибромиом матки брюшностеночным путем запаздало на несколько десятилетий. В течение еще ряда лет результаты операции надвлагалищной ампу- тации матки омрачались тяжелыми послеоперационными осложнениями, причиной которых были воспалительные экссу- даты и инфильтраты, возникавшие в оставленной культе маточной шейки и вокруг нее. Поэтому не удивительно, что с развитием оперативной техники хирурги стали чаще про- изводить операцию полного удаления матки вместе с шейкой. По мере развития мето- дики и техники операции полного удаления миоматозной матки уменьшилась и частота послеоперационных осложнений. Тем временем развивалась и совершенствовалась тех- ника надвлагалищной ампу- тации матки. Благодаря более тщательному гемостазу, и особенно благодаря лучшей удалению матки вместе с шейкой. По мере развития мето- дики и техники операции полного удаления миоматозной матки уменьшилась и частота послеоперационных осложнений. Тем временем развивалась и совершенствовалась тех- ника надвлагалищной ампу- тации матки. Благодаря более тщательному гемостазу, и особенно благодаря лучшей удалению матки вместе с шейкой. По мере развития мето- дики и техники операции полного удаления миоматозной матки уменьшилась и частота послеоперационных осложнений.

В дальнейшем, по мере накопления опыта, оказалось, что полная экстирпация миоматозной матки продолжает оставаться для массы оперирующих гинекологов более

трудной, чем надвлагалищная ампутиация. Кроме того, экстирпация сопряжена с большими техническими трудностями, в силу чего при этой операции чаще происходят разрывы соседних органов, особенно мочевого пузыря и мочеточников. Наконец, экстирпация оставляет после себя нарушения в архитектонике влагалища, что может способствовать последующему опущению влагалищных сводов. Сторонники надвлагалищной ампутиации приводят и ряд других аргументов против экстирпации: более быстрое наступление явлений выпадения на почве угасания функций яичников, ослабление полового чувства, уменьшение влажности влагалища вследствие отсутствия слизистого отделяемого из шейки и т. п.

Конечно, нет никакого сомнения, что полная экстирпация в техническом отношении труднее для рядового хирурга, чем надвлагалищная ампутиация; операция экстирпации длится дольше, требует более продолжительного наркоза и более травматична.

Сохранение шейки с прилежащим участком тела матки имеет большое значение для сохранения менструальной функции, хотя бы и ослабленной. Кроме того, существует мнение, что отсутствие шейки способствует более скорому угасанию функции яичников. Но при патологическом состоянии шейки (рецидивирующие воспалительные процессы, эрозии, наличие в шейке миоматозного узла, больших старых разрывов или значительной гипертрофии и пр.) может явиться необходимость произвести полную экстирпацию матки даже у молодой женщины. Самым сильным аргументом против надвлагалищной ампутиации матки является возможность развития рака в оставленной культуре маточной шейки. Расценивается она различно: одни авторы считают, что эта возможность настолько ничтожна (0,3—0,8%), что ею можно пренебречь, другие расценивают ее значительно выше. Так, например, по Отту, который являлся у нас наиболее последовательным сторонником полного удаления миоматозной матки, этот процент равен 3; называют и еще более высокие цифры.

Как же оценить действительную опасность и реальный риск возникновения рака в культуре шейки после надвлагалищной ампутиации матки? На этот вопрос можно было бы ответить лишь в том случае, если бы была прослежена судьба большого числа женщин, подвергшихся операции надвлагалищной ампутиации матки, до самой их смерти. Но таких статистик, насколько нам известно, нет. В литературе имеются главным образом сообщения об отдельных случаях или о небольших сериях случаев, по которым нельзя судить о частоте этого явления. Так, например, Успенский в 1922 г. сообщает о двух случаях, А. К. Шарнин в 1931 г. — об одном случае рака в культуре маточной шейки. Пинес в 1936 г. сообщает о 10 случаях, наблюдавшихся в онкологическом отделении (зав. Д. А. Гудим-Левкович) больницы имени Боткина в Москве (эти больные были оперированы по поводу фибромиомы в других лечебных учреждениях, поэтому установить их процентное отношение к общему количеству больных, оперированных по поводу фибромиомы, автору было невозможно).

Если судить на основании нашего опыта, то надо заметить, что среди больных, у которых производилась надвлагалищная ампутиация матки, мы ни разу не наблюдали рака в оставленной культуре шейки матки. Трудно предположить, чтобы на протяжении 40 лет ни одна больная, у которой появился рак в оставленной культуре, не обратилась бы в нашу клинику. К нам часто обращаются оперированные нами женщины по всяким вопросам и за всякими советами и тем не менее мы не видели ни одного случая появления рака в культуре шейки после ампутиации матки. Это обстоятельство в сопоставлении с литературными данными позволяет предполагать, что реальная опасность возникновения рака в оставленной культуре шейки ничтожна.

Наряду с этим, возникает вопрос и о возможности сочетания фибромиомы с раком тела матки. В. В. Дьяконов на материале Казанской клиники нашел сочетание рака с миомами матки в 10% всех его случаев рака шейки матки и в 14,3% рака тела матки. Это обстоятельство заставляет Л. А. Кривского, выступавшего на VIII Всесоюзном съезде акушеро-гинекологов с программным докладом о лечении миом матки, требовать осмотра препарата матки, содержащей фибромиому, непосредственно после ее удаления, т. е. до окончания операции, чтобы не просмотреть имеющегося рака полости матки, и в последнем случае производить не только полную экстирпацию матки, но и удаление придатков матки, во избежание возможных рецидивов рака.

При обсуждении вопроса о сравнительных преимуществах и недостатках каждого из двух абдоминальных методов операции по поводу фибромиомы — надвлагалищной ампутации и полной экстирпации миоматозной матки — большое значение имеет вопрос о летальности после каждой из них. Большинство статистик говорит о меньшей летальности после надвлагалищной ампутации. Так, на основании результатов, полученных в клинике Л. А. Кривского за 17 лет, можно установить, что при одинаковом числе случаев надвлагалищной ампутации и брюшностеночной экстирпации (160 первых и 175 вторых) первая операция дала 1,87%, а вторая 4% смертности, а также более короткое пребывание после операции, меньшее количество культевых инфильтратов, меньшее количество лихорадящих. Можно привести еще ряд статистик, которые показывают больший процент смертности при экстирпации, чем при надвлагалищной ампутации. В нашей клинике за время с 1922 по 1933 г. на 498 абдоминальных операций (274 полных экстирпаций и 199 надвлагалищных ампутаций) смертность была почти одинаковой в обеих группах и равнялась всего 0,7%. Имеются статистики, указывающие, наоборот, на меньшую смертность при экстирпации, чем при надвлагалищной ампутации. В противоречивости статистических данных при решении вопроса о том, какая из операций — надвлагалищная ампутация или полная экстирпация — является менее опасной, мы видим лишнее доказательство ошибочности выводов, когда для суждения о преимуществах того или иного вывода не принимаются во внимание равные условия, что необходимо при всяких сравнениях.

Для того чтобы правильно разграничить сферы применения того или иного метода, надо помнить, что целесообразнее произвести экстирпацию в тех случаях, когда опухоль расположена в шейке матки или когда шейка матки патологически изменена (старые глубокие разрывы, воспалительные процессы, эрозии, вывороты шеечной слизистой). Полная экстирпация дает возможность дренирования через влагалище. Поэтому при гнойных процессах в придатках необходимо делать полную экстирпацию. При выделении из тазовой клетчатки больших межсвязочных фибромиом иной раз также может оказаться целесообразным сделать полную экстирпацию, которая позволит обеспечить отток наружу кровянистых выделений из подбрюшинных пространств, если при операции не удалось добиться абсолютной сухости в ложе опухоли. Наконец, удаление шейки становится необходимым при гангренезном распаде опухоли, сопровождающемся тяжелыми общими явлениями (лихорадка, ознобы) или местными (зловонными выделениями). В подобных случаях там, где это технически выполнимо, огромное преимущество имеет влагалищный путь операции полного удаления миоматозной матки, на чем мы остановимся ниже. В тех же случаях, когда приведенных показаний к полному удалению матки нет, нет и необходимости прибегать к экстирпации матки, и можно ограничиться надвлагалищной ампутацией матки, которая, как уже упоминалось, пред-

ставляет меньшую травму для больной и является операцией, более доступной для большего числа оперирующих врачей.

Таким образом, надвлагалищная ампутация и полная экстирпация миоматозной матки являются методами, не конкурирующими между собой, а дополняющими друг друга. Каждый из них имеет свои показания и противопоказания, вследствие чего сферы их применения могут быть четко разграничены.

Надвлагалищная ампутация миоматозной матки через разрез брюшной стенки (без придатков). При этой операции тело матки отсекается на уровне внутреннего маточного зева. Если придатки здоровы, то их не удаляют. При решении вопроса, сохранить ли придатки или удалить, надо учитывать, что при фибромиоме матки очень часто яичники значительно увеличены и мелкокистозно перерождены (Д. Д. Попов, Н. М. Какушкин, Б. К. Гогоберидзе и др.), что не является показанием к их удалению. При фибромиоме нередко имеются и воспалительные процессы в придатках; если при этом образовались воспалительные опухоли, то их удаляют вместе с маткой. Если в воспалительные опухоли превращены только трубы (сактосальпинксы), и если женщина относительно молода, то удаляют трубы, а яичники оставляют.

Техника операции. Брюшная полость вскрывается продольным или поперечным разрезом брюшной стенки. Учитывая некоторые преимущества поперечного разреза, его следует применять лишь при небольших фибромиомах; при больших опухолях поперечный разрез можно было бы применять лишь при удалении матки и опухолей не целиком, а по частям — при помощи кускования (М. С. Александров производит винтообразное вырезывание кусков опухоли). Такое кускование опухоли, когда она еще не извлечена из брюшной полости, с нашей точки зрения, нецелесообразно по ряду причин: во-первых, кровь во время кускования затекает в брюшную полость, несмотря на отгораживание ее салфетками; во-вторых, при кусковании операция затягивается; в-третьих, при кусковании большой опухоли через небольшое отверстие, которое получается при поперечном разрезе в брюшной стенке, легче возникают побочные повреждения. Удаляемая опухоль может, хотя и очень редко, иметь саркоматозно-перерожденные участки.

Операция по поводу фибромиомы матки, как и любая операция на тазовых органах, значительно облегчается при положении больной с приподнятым тазом. Это положение должно быть придано больной с самого начала операции, так как при этом уменьшается опасность повреждения кишечника при вскрытии брюшной полости. Но, так как больные, имеющие фибромиому, часто страдают гипертонией, то держать их долго в положении с поднятым тазом мы считаем нежелательным. Разрез брюшной стенки производится при горизонтальном положении больной, а в тренделенбургское положение ее переводят тотчас после вскрытия брюшной полости.

Фибромиома или один из ее узлов целиком или частично может лежать подбрюшинно или между листками широкой связки. При этом мочевой пузырь может оказаться смещенным вверх. Поэтому во избежание повреждения мочевого пузыря при вскрытии брюшной полости мы разрез паристальной брюшины ведем сначала не слишком далеко вниз.

Вскрыв брюшную полость, необходимо, прежде чем приступить к удалению матки, ориентироваться в расположении опухоли и в ее взаимосвязях с окружающими органами, т. е. уточнить все те очень важные детали, которые далеко не всегда можно выяснить до операции. Только

после этого матку вместе с опухолями (если они подвижны) выводят из брюшной полости в брюшную рану. Для этого матку или какой-либо из ближайших к ране узлов захватывают крепкими щипцами (если опухоль большая и плотная, можно применять крепкий штопор, который ввинчивают в верхний полюс опухоли). Вывода опухоль из раны, мы не только потягиваем ее, но одновременно раскачиваем ее из стороны в сторону. Если разрез брюшной стенки недостаточно велик, то хирург и ассистент нажимают с обеих сторон на края брюшной раны и таким путем выдавливают опухоль из брюшной полости. Если выведение опухоли встречает значительные затруднения, то ни в коем случае не следует с чрезмерной силой тянуть за инструменты, так как они при этом будут срываться, что вызовет кровотечение. Необходимо поэтому сначала выяснить причину возникшего затруднения в выведении опухоли. Если окажется, что слишком мал разрез брюшной стенки, то его следует увеличить (при огромных опухолях разрез может быть увеличен даже до мечевидного отростка); если препятствуют сращения, то под контролем глаза их надо разъединить тупым или острым путем; если выведению препятствует подбрюшинное расположение узла — надо рассечь над ним брюшину и, вылузив узел, вывести его из раны. После того как опухоль выведена из брюшной полости, надо снова ориентироваться в топографических соотношениях ее с соседними органами, проверить и уточнить расположение узлов в матке. После этого подтягивают весь конгломерат, т. е. матку с опухолями, по направлению к лону; позади матки закладывают большие салфетки или полотенце и таким образом отгораживают опухоль от брюшных органов. Если придатки оказываются в сращениях, то спайки сначала разъединяют тупым или острым путем. Если маточные трубы запаяны или превращены в опухоли, их следует удалить. Если яичники только увеличены (мелкокистозное перерождение), их сохраняют.

Вслед за этим приступают к операции надвлагалищной ампутации матки в собственном смысле слова. При ограниченной подвижности матки начинают с перевязки и перерезки круглых связок, при полной подвижности — с отделения придатков и круглых связок от матки.

Если придатки оставляют, то сначала на одной стороне накладывают зажимы на собственную связку яичника и на маточную трубу вблизи ее отхождения от матки. Во избежание кровотечения из матки, после того как захваченные зажимом ткани будут перерезаны, мы накладываем на угол матки второй зажим, параллельно первому (контрклема). Между зажимами ножницами перерезается собственная связка яичника и маточная труба, отступая на 1 см от основного зажима для того, чтобы лигатура, которой будет заменен зажим, не соскочила с культи. Тотчас же крепкой кетгутовой лигатурой перевязывается культя непосредственно позади основного зажима и затем зажим снимается (рис. 152). Точно так же перевязывают и перерезают круглую связку этой же стороны. Контрклемы пока не снимают. То же самое проделывают и на другой стороне. При большой опухоли, лежащей в верхнем отделе матки, маточная труба и собственная связка яичника находятся на большом расстоянии друг от друга; в этом случае захватывают их не одним зажимом, а двумя и перевязывают двумя отдельными лигатурами. Начинающему хирургу мы советуем лигатуры, которыми перевязывают культю придатков и круглых связок, оставлять длинными и отмечать их зажимами, коротко же срезать их следует, лишь начиная перитонизацию культи шейки матки (см. ниже). Затем следует отделение мочевого пузыря от шейки матки. Когда придатки и круглые связки будут отделены от матки, оба листка широкой связки в верхнем ее отделе уже будут надрезаны. После этого их надрезают дальше,

вплоть до ребра матки на уровне отхождения маточных сосудов. Для этого, культы придатков и круглой связки подтянув в одну сторону за оставленные несрезанными лигатуры, а матку в другую сторону, подрезают сначала задний, а затем передний листок широкой связки до самого ребра матки, где и обнаруживается восходящая ветвь маточной артерии и сопровождающие ее вены. То же самое продельвают и на другой стороне. Теперь приступают к отделению мочевого пузыря от шейки матки. Для этого мочевой пузырь отсепаровывают от шейки матки частью тупым, частью острым путем. Делают это следующим образом: вскрывают

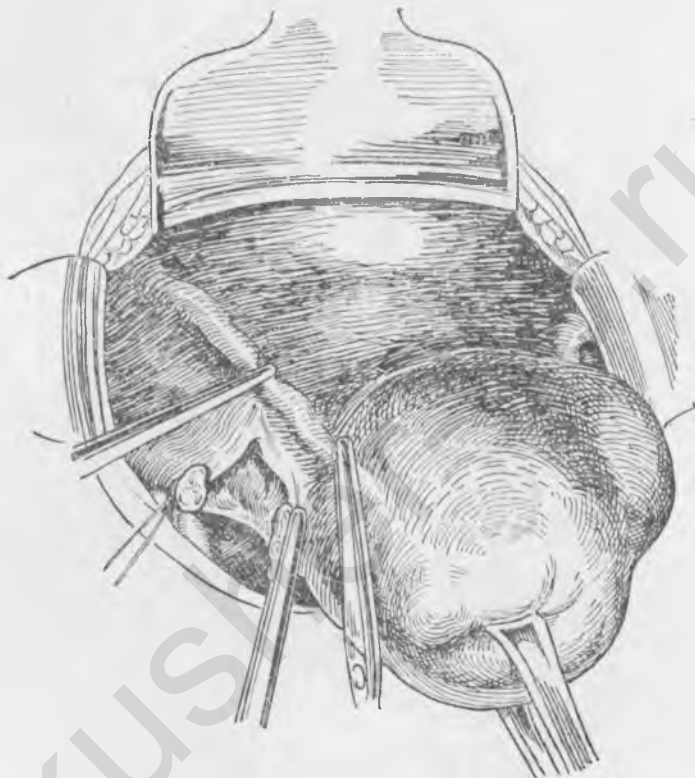


Рис. 152. Надвлагалищная ампутация матки. Отсечение тела матки от придатков; рассечение круглой связки.

пузырно-маточную складку брюшины (рис. 153) и пинцетом приподнимают пузырный край перерезанной пузырно-маточной складки брюшины; при этом начинает обозначаться в виде волокон рыхлая соединительная ткань, прикрепляющая стенку мочевого пузыря к передней стенке шейки матки; эти волокна перерезают кончиками изогнутых ножниц у самой шейки и затем плотным марлевым тунфером отодвигают мочевой пузырь книзу. Когда мочевой пузырь достаточно отодвинут, приступают к перевязке маточных сосудов. Делают это следующим образом: если перевязку сосудов начинают на левой стороне, то помощник энергично оттягивает матку вправо, а боковым зеркалом или подъемником оттягивает брюшную стенку влево. Таким образом, левое ребро матки оказывается в середине операционного поля. Через тонкий слой клетчатки обозначается пучок маточных сосудов. На этот сосудистый пучок вместе с окружающим его тонким

слоем рыхлой клетчатки, не захватывая близлежащих краев брюшинных листков широкой связки, перпендикулярно ребру матки накладывают зажим так, чтобы кончик зажима доходил до самой матки. На 1,5—2 см выше таким же образом накладывают второй зажим (контрклема) (рис. 154) и перерезают сосудистый пучок на расстоянии 0,75—1 см от основного зажима (сосудистый пучок перерезают ножницами, доведя конец их до самого ребра матки). Основной зажим заменяют крешкой кетгу-

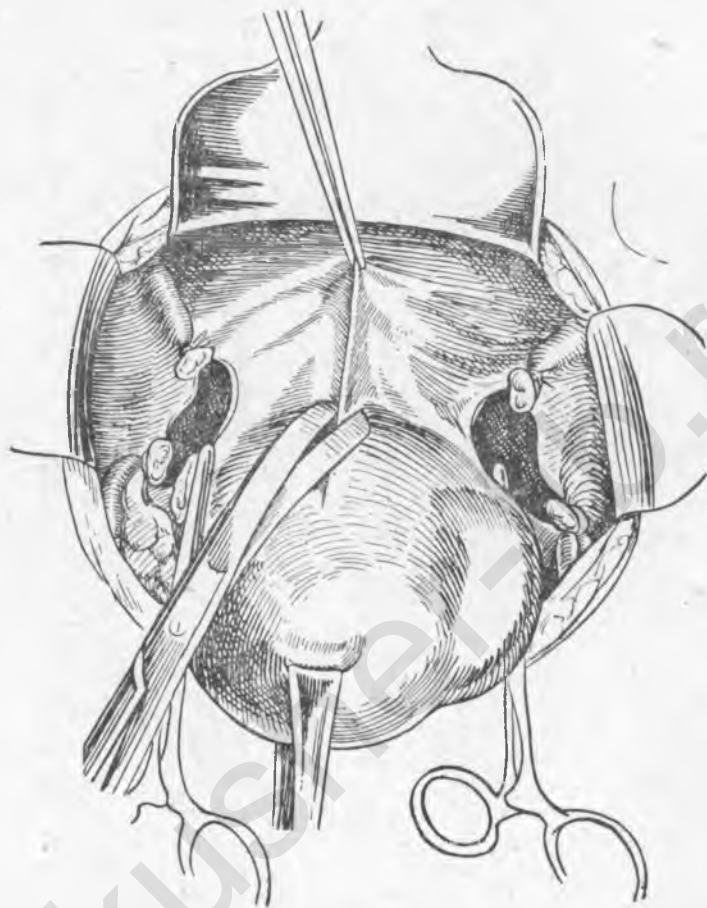


Рис. 153. Надвлагалищная ампутация матки. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины.

товой лигатурой. Лигатуру проводят иглой через культю сосудистого пучка непосредственно под зажимом, которым зажата культя, и завязывают ее впереди зажима, а затем, обведя лигатуру вокруг культи под зажимом, завязывают хирургическим узлом, в это время помощник медленно снимает зажим с сосудистого пучка.

Из приведенного описания видно, что при надвлагалищной ампутации мы не считаем нужным перевязывать самый ствол маточной артерии. Наоборот, мы сознательно не отыскиваем и не обнажаем его потому, что, накладывая лигатуру на восходящую ветвь маточной артерии, мы этим самым полностью сохраняем кровоснабжение шейки матки и в то же время предотвращаем всякую возможность поранить или проколоть мочеточник,

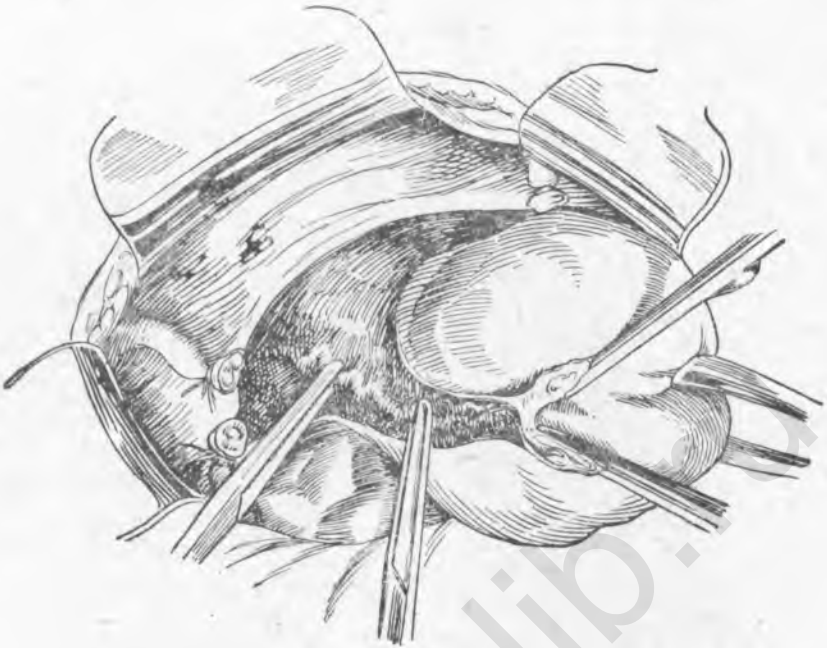


Рис. 154. Надвлагалищная ампутация матки. На восходящую ветвь маточной артерии перпендикулярно к ней положен первый зажим и на 1—2 см выше — второй зажим (контрремма).

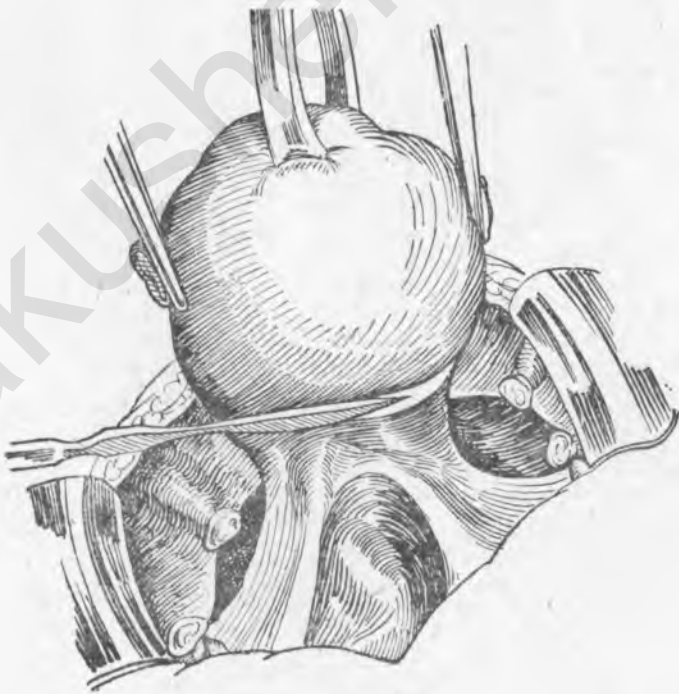


Рис. 155. Надвлагалищная ампутация матки. Отсечение тела матки от шейки.

перекрепляющийся вблизи шейки матки с маточной артерией. Лигатуру, которой перевязан сосудистый пучок, коротко отрезают для того, чтобы предотвратить соскальзывание ее с культи, если бы случайно потянули за эту лигатуру, а для ориентации лигатура ни в каком отношении не нужна. Затем приступают к отсечению тела матки от шейки. Когда маточные сосуды по обеим сторонам шейки перевязаны, для надвлагалищной ампутации остается лишь отсечь тело матки от шейки

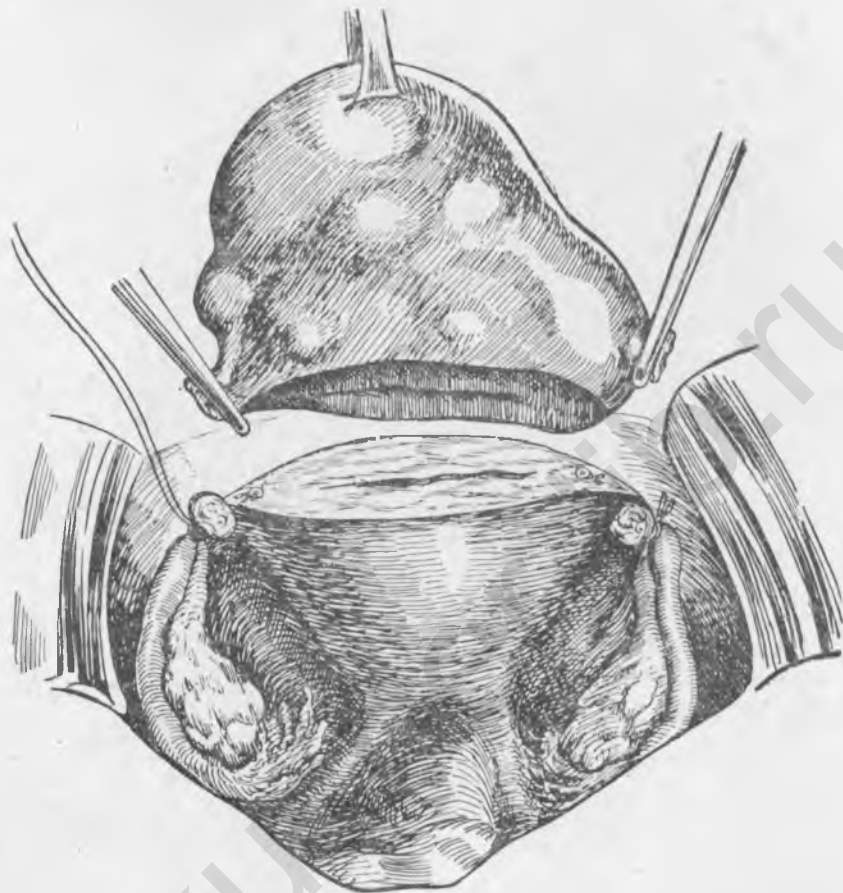


Рис. 156. Надвлагалищная ампутация матки. Тело матки высоко отсечено — высокая надвлагалищная ампутация (почти дефундация матки).

несколько (на 1 см) выше культи перевязанных маточных сосудов. Если отсечь тело матки ниже перевязанных сосудов, то возникнет кровотечение и придется вновь перевязывать сосуды ниже, а если отсечь матку значительно выше, то может нарушиться кровоснабжение оставленной шейки.

Отсечение тела матки от шейки производят следующим образом: матка оттягивается к лону, тогда появляется ее задняя поверхность. Видно место отхождения маточно-крестцовых связок от матки (рис. 155). При надвлагалищной ампутации отсекают матку немного выше места отхождения этих связок. У молодых женщин мы стараемся отсечь еще выше, чтобы оставить немного эндометрия, что позволит сохранить женщине подобие слабой менструации (высокая ампутация).

Проводя разрез через заднюю стенку матки, мы держим нож под небольшим наклоном книзу; разрез доводим до перешеечно-шеечного канала матки и оттягиваем матку немного вверх и кзади. Теперь перед нами лежит передняя поверхность матки. И здесь, несколько выше культи сосудистых пучков, мы проводим разрез через переднюю стенку матки на такой же высоте и с таким же наклоном лезвия ножа книзу, как и при разрезе на задней стенке. Таким образом, из оставаемой шейки (при высокой ампутации — из нижнего сегмента тела матки) иссекается неглубокий клин (рис. 156).

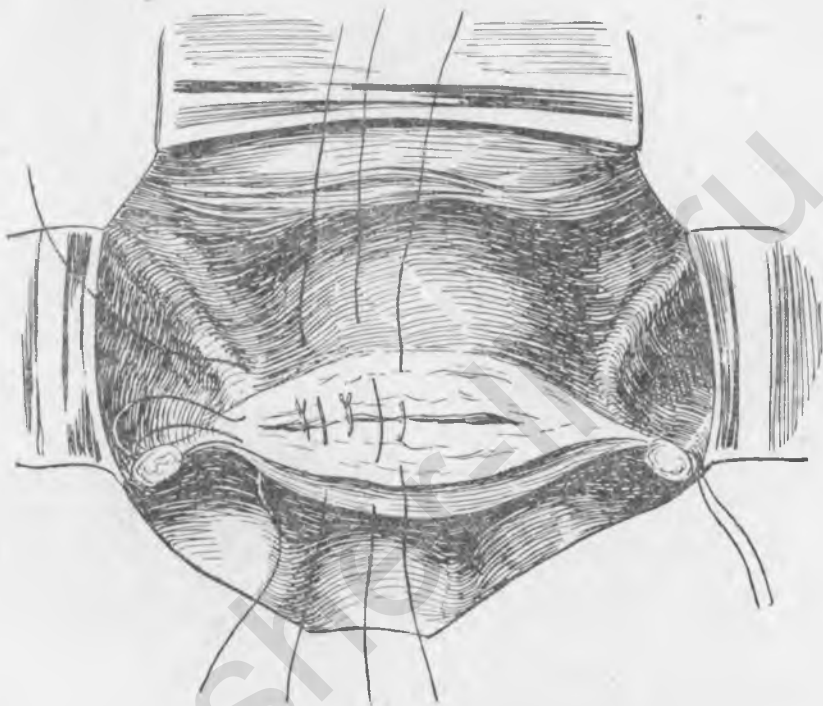


Рис. 157. Надвлагалищная ампутация матки. Наложение швов на культю шейки. Двухъярусный шов.

Посредине культи спереди и сзади края ее захватывают пулевыми щипцами; вскрытый шеечный канал смазывают йодной настойкой; края культи соединяют тремя-четырьмя крепкими кетгутовыми лигатурами на большой, крепкой и круто изогнутой игле.

Можно отсечь тело матки и горизонтально, т. е. без иссечения шейки, но тогда, чтобы лучше приладить друг к другу края культи, каждый шов проводят сначала через всю толщину культи, а затем проводят еще по одному шву, но уже через наружный слой культи (второй ярус) (рис. 157). Завязанные лигатуры оставляют длинными, захватывают их зажимами и переходят к перитонизации культи. После того как культя шейки зашита и, таким образом, отверстие шеечного канала закрыто, приступают к перитонизации этой культи при помощи брюшины пузырно-маточной складки, а культи придатков и круглых связок — путем погружения их в параметральную клетчатку под брюшину широких связок.

Перитонизацию можно выполнить разными способами. Можно начать с погружения культи придатков и круглых связок под брюшину

широких связок. Для этого длинная лигатура (одна ее нитка), оставшаяся с каждой стороны на культе придатков, продевается в иглу и проводится через брюшину круглой связки позади ее культи, вторая нитка этой же лигатуры проводится через край брюшины заднего листка широкой связки изнутри наружу (рис. 157, левая сторона). Завязав лигатуры, погружают культи под брюшину. Двумя-тремя лигатурами или непрерывным швом край пузырной брюшины пришивают к брюшине задней поверхности оставленной шейки. Культю шейки покрывают брюшиной. Чаще проводится перитонизация одним тонким непрерывным кетгутовым швом. Делают это следующим образом: двумя-тремя стежками пришивают край пузырной брюшины к задней поверх-

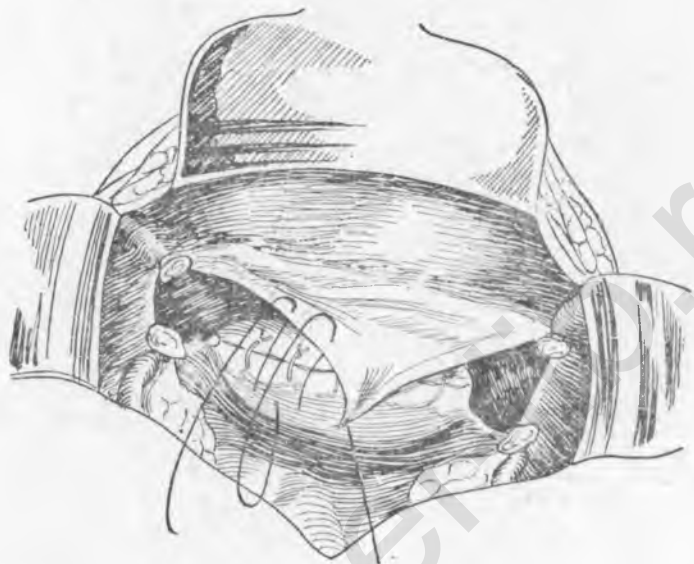


Рис. 158. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация культей.

ности оставленной шейки и покрывают, таким образом, культю шейки как бы чепцом (рис. 158). Во время перитонизации коротко отрезают одну за другой лигатуры, которыми была зашита культя шейки матки. Этой же лигатурой последовательно проводят кisetный шов через край заднего листка широкой связки (один-два стежка), через брюшину маточной трубы (если культя придатков перевязана одной лигатурой), далее через брюшину круглой связки и, наконец, через край пузырной брюшины. При затягивании кisetного шва культи погружаются под брюшину. Таким же кisetным швом перитонизируют культи и на другой стороне.

Если, как это наблюдается при интралигаментарном расположении фибромиомы, собственная связка яичника и маточная труба далеко отстоят друг от друга и перевязываются отдельными лигатурами, то перитонизирующий кisetный шов проводится отдельно через культю собственной связки яичника (или через самый яичник, если культя связки короткая) и отдельно через брюшину маточной трубы.

При высокой надвлагалищной ампутации или при дефундации перитонизация может быть произведена при помощи круглых связок (рис. 159).

По окончании перитонизации, вновь контролируя гемостаз и результат перитонизации, переводят больную в горизонтальное положение, извлекают из брюшной полости салфетки и зеркала и, вновь продезинфицировав руки в перчатках или надев свежие перчатки, приступают к послойному зашиванию брюшной стенки.

Полная экстирпация миоматозной матки (без придатков). Если план операции предусматривает полную экстирпацию матки через брюшностеночный разрез, чревосечению должна предше-

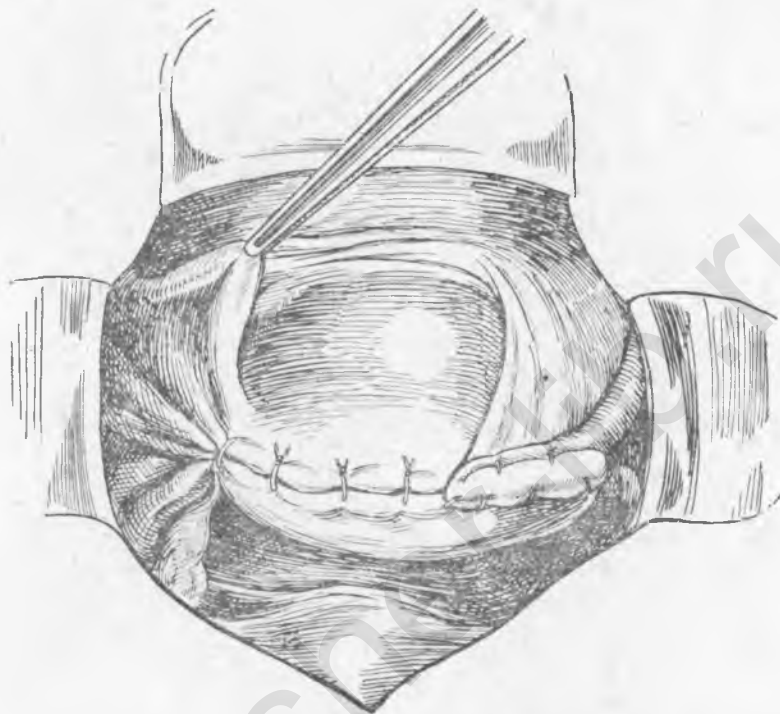


Рис. 159. Надвлагалищная ампутация матки. При высокой ампутации и особенно при дефундации матки перитонизация может быть усилена при помощи петель из круглых связок (укорочение круглых связок), которые укрепят оставшуюся часть матки в положении антеверзии. Слева на рисунке: петля левой круглой связки захвачена пинцетом; справа — петля круглой связки пришита к матке поверх лигатур, которыми зашита матка.

ствовать дезинфекция влагалищной части матки. Это делается непосредственно перед операцией до начала наркоза. Больную укладывают на гинекологическое кресло или на операционный стол в положении для влагалищной операции. Волосы на лобке и на наружных половых органах сбривают, дезинфицируют лобок и наружные половые органы, во влагалище вводят желобоватые зеркала, которыми обнажают шейку матки и влагалищные своды. Стерильными марлевыми тупферами вытирают насухо влагалищную часть матки, своды и все влагалище, затем свежими тупферами их снова тщательно обрабатывают сначала спиртом, а затем подной настойкой. Если из матки во влагалище поступает кровь или выделения, то, закончив дезинфекцию, вводят во влагалище стерильный марлевый тампон. При лапаротомии, перед тем как вскрывают влагалище, этот тампон удаляют. Мочевой пузырь перед операцией должен

быть опорожнен. При наличии шеечной или интралигаментарной опухоли, а также во всех случаях, когда можно предположить, что больная недостаточно полно опорожняет мочевой пузырь, следует спустить мочу катетером.

Так как при любом виде обезболивания мы всегда (кроме операции кесарева сечения) предварительно в два приема (за 30 и за 15 минут до начала операции) вводим больной под кожу 0,02 морфина или пантопона, то дезинфекция наружных половых органов, влагалища и шейки матки происходит уже под некоторым обезболивающим действием введенных наркотиков¹.

Перед операцией экстирпации миоматозной матки у девственниц мы не дезинфицируем шейку матки и влагалище. Если больная страдает белями, особенно гнойными, а операция неспешная, то ее откладывают до того момента, пока выделения под влиянием лечения не исчезнут или по крайней мере не уменьшатся.

Техника операции. Операция начинается так же, как и надвлагалищная ампутиация миоматозной матки (без удаления придатков). Производят такой же разрез брюшной стенки, тем же способом выводят в брюшную рану матку с опухолью и отгораживают их от брюшной полости салфетками. Так же, как и при надвлагалищной ампутиации, перевязывают и отделяют от матки придатки и круглые связки. Затем надсекают оба листка широкой связки вплоть до ребра матки, дугообразно разрезают брюшину пузырно-маточной складки от одной культи круглой связки до другой, мочевой пузырь полностью отсепааровывают от шейки матки и отодвигают вниз до влагалищного свода. Трудности при отделении мочевого пузыря возникают только тогда, когда оперирующий не сразу попадает в надлежащий слой рыхлой клетчатки, а также и тогда, когда соединительнотканная перегородка между мочевым пузырем и шейкой матки инфильтрирована, уплотнена, склерозирована, что чаще всего бывает в результате воспалительных процессов. Во избежание этих трудностей и для того, чтобы сразу попасть в надлежащий слой клетчатки между мочевым пузырем и шейкой, мы всегда придерживаемся следующего приема: после того, как пузырно-маточная складка брюшины вскрыта поперечным разрезом, приподнимают пинцетом пузырный край брюшины сначала посредине. Вместе с брюшиной приподнимается и стенка мочевого пузыря, прикрепленная к шейке матки, и тогда начинают вырисовываться соединительнотканные волокна, которые и составляют рыхлую прослойку между этими двумя органами. Кончиками ножниц надсекают эти волокна у самой шейки матки (рис. 160). Пинцетом приподнимают следующий участок брюшины и в этом месте снова ножницами надсекают вырисовывающиеся здесь соединительнотканные волокна и т. д. Когда мочевой пузырь вдоль верхней границы отделен от шейки матки, анатомическим (без зубцов) пинцетом приподнимают уже самую стенку мочевого пузыря, при этом вырисовываются натянувшиеся волокна, которые опять-таки надсекают кончиками ножниц у самой шейки матки. Исключительно острым путем отделяют мочевой пузырь только при инфильтрации или уплотнении перегородки между пузырем и шейкой матки. Обычно же начинают отделение острым путем и, попав сразу в рыхлый слой клетчатки, продолжают отделять пузырь тупым путем при помощи марлевого тупфера. Для отодвигания мочевого пузыря охотно берут тупфер, в котором кусочек марли скатан в виде плотной горошины. Чтобы наименее травмировать ткани при уплотненной клетчатке, можно

¹ Некоторые авторы перед началом наркоза вводят морфин или пантопон вместе с серноокислой магнезией и атропином.

эту горошину смазать стерильным вазелиновым или растительным маслом. Вообще же отодвигать пузырь тушфером следует очень осторожно и бережно.

После того как мочевой пузырь отделен и отодвинут от матки вниз за влагалищный свод, а разрез листков широкой связки доведен до ребра матки на уровне внутреннего зева, приступают к перевязке маточных сосудов. Для этого помощник энергично оттягивает матку в сторону, противоположную той, на которой хотят сначала перевязать

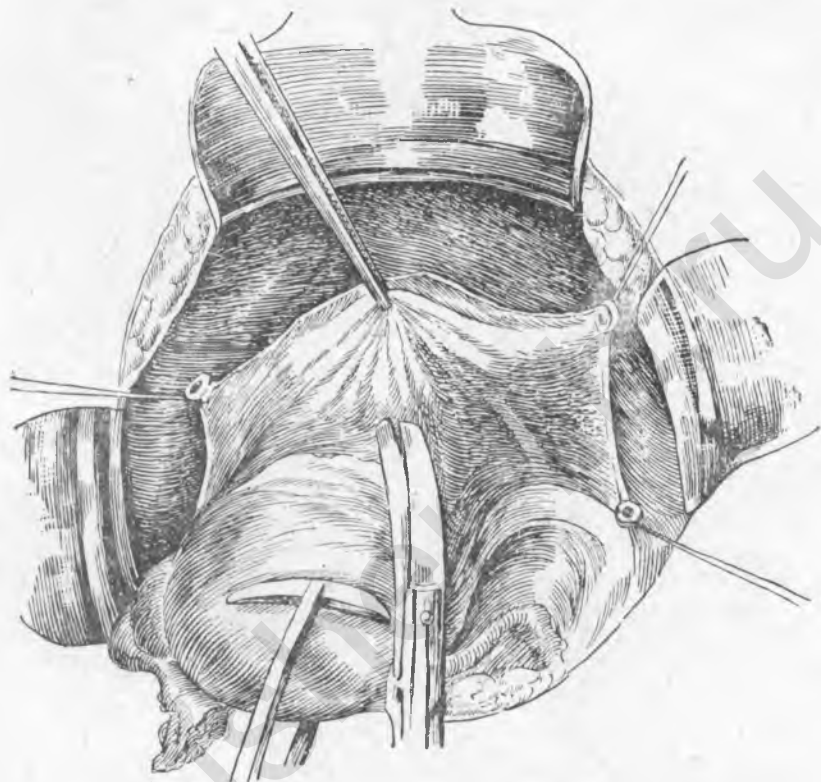


Рис. 160. Полное удаление многотозной матки (брюшностепочным путем). Для того чтобы полностью отсепаровать мочевой пузырь от шейки матки, листком приподнимают край вскрытой пузырно-маточной складки брюшины; тогда начинают вырисовываться соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к шейке матки. Эти волокна надсекают у самой шейки матки.

сосудистый пучок. При полной экстирпации необходимо перевязать ствол маточной артерии. Для того чтобы не поранить мочеточник, перекрещивающийся со стволом маточной артерии в основании широкой связки, ствол надо выделить. Для большей безопасности мы предпочитаем захватывать маточную артерию ближе к ребру шейки там, где она делится на восходящую и нисходящую ветви (рис. 161); этим же зажимом захватываем и сопутствующие артериальному сосуду вены. Второй зажим (контржелезка) накладываем на сосудистый пучок значительно выше основного, вплотную к шейке матки и почти параллельно ей, так, что основной зажим и контржелезка лежат под некоторым углом друг к другу. Как только сосудистый пучок перерезан, тотчас же основной зажим за-

меняют крепкой кетгутовой лигатурой и переходят к перевязке сосудистого пучка на другой стороне.

Если основание широкой связки склерозировано или инфильтрировано, мы советуем, особенно малоопытным хирургам, и при полной экстирпации матки перевязывать не ствол маточной артерии, а отдельно ее восходящую и нисходящую ветви (рис. 162). Это предохранит от случайного повреждения мочеочника или захвата его лигатурой.

Перевязав сосудистые пучки с обеих сторон, приступают к отделению маточно-крестцовых связок от матки. Для этого оттягивают матку к лону,

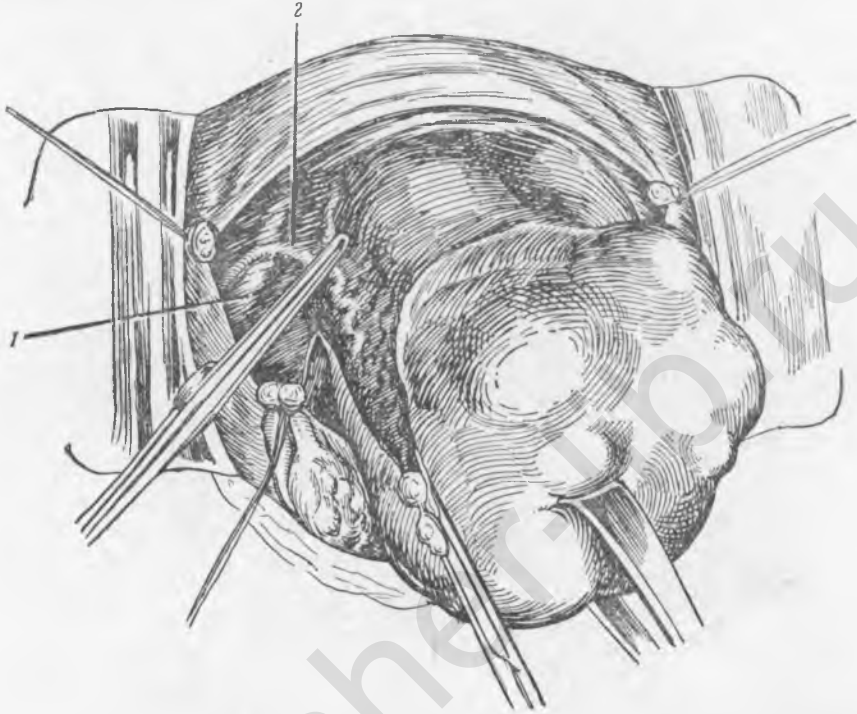


Рис. 161. Полное удаление миоматозной матки. Жажимом захвачен ствол маточной артерии у места ее деления на восходящую и нисходящую ветви.

1 — проходящий поблизости мочеочник; 2 — ствол маточной артерии.

накладывают на маточно-крестцовые связки там, где они отходят от матки и перпендикулярно к ним, по одному зажиму (контрклемм мы здесь не накладываем, так как больших кровотечений при этом не бывает), перерезают эти связки и заменяют зажимы кетгутовыми лигатурами.

После этого приступают к выделению шейки матки из прилегающей к ней клетчатки, которая составляет с боков основание параметрия (кардинальные связки). Выделяют шейку из клетчатки ножницами, у самого ребра шейки матки, как бы вылушая ее из капсулы. При таком методе легче всего избежать повреждения мочеочника, особенно в тех случаях, когда, вследствие бывшего воспалительного процесса, параметрий укорочен. Иногда при выделении шейки матки из параметрия появляется кровотечение — кровоточит одна из вагинальных веточек маточного сосуда. Это бывает чаще в тех случаях, когда основной зажим, наложенный на сосуды, захватил не самый ствол маточной артерии, а попал на место его деления на восходящую и нисходящую ветви. При появлении кровоте-

чения дополнительно накладывается еще один зажим на парацервикальную клетчатку, из которой продолжается кровотечение, и тотчас же заменяется зажим лигатурой. Теперь матка связана лишь с влагалищными сводами.

Начинающему хирургу иногда трудно по внешнему виду выделенной шейки точно определить, выделена ли она полностью, т. е. до самых влагалищных сводов. Это можно проверить ощупыванием. Для этого выделенную шейку матки спереди и сзади захватывают большим и указательным пальцами, при этом ясно ощущается плотная шейка. Если шейка

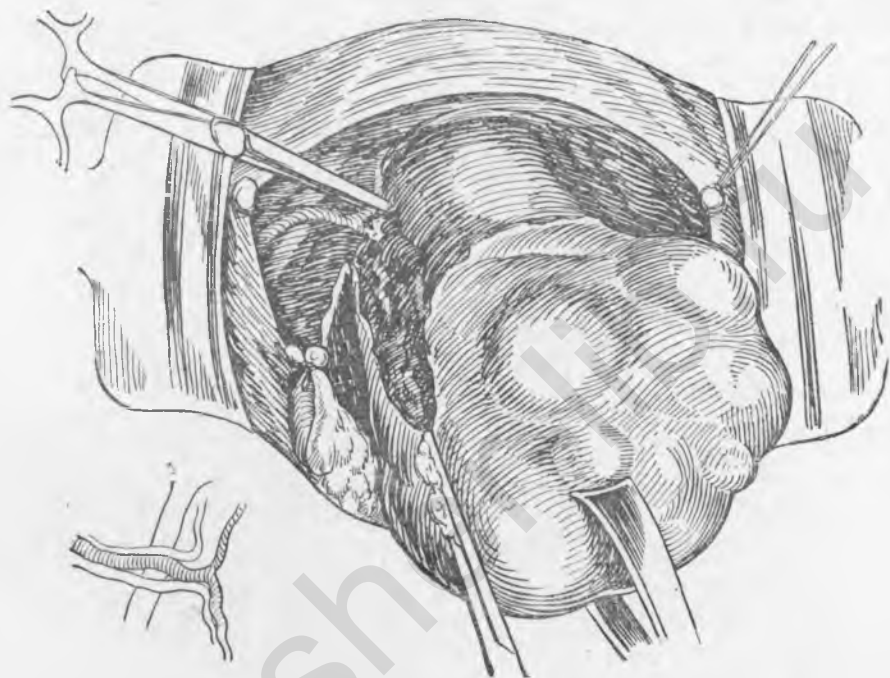


Рис. 162. Полное удаление миоматозной матки. Изолированная перевязка восходящей и нисходящей ветвей маточной артерии. Слева внизу — деталь, показывающая анатомические соотношения между мочеточником и перекрещивающим его сосудистым пучком (артерия и две сопровождающие вены).

полностью выделена из окружающей клетчатки, то, медленно спускаясь по шейке к влагалищу, пальцы резко почувствуют порог (рис. 163) — переход плотной шейки к мягким сводам влагалища. Если экстирпацию производят во время беременности или в родах, когда шейка уже полностью раскрыта, то осязанием определить переход шейки к влагалищу очень трудно. Даже при осмотре препарата не всегда можно макроскопически установить, вся ли шейка удалена или часть ее осталась. Но если матка удаляется при нераскрытой шейке, то даже малоопытный хирург по ширине вскрытого канала легко определит, что вскрыто влагалище, а не шеечный канал. Убедившись, что выделение шейки из околошеечной клетчатки закончено, мы приступаем к в с к р ы т и ю в л а г а л и щ н ы х с в о д о в. Можно вскрыть сначала передний свод. Для этого помощник оттягивает матку вверх, а отсепарованный пузырь отодвигает книзу. Таким образом хорошо обнажается передний влагалищный свод.

Для защиты брюшной полости от влагалищного содержимого необходимо под не вскрытую еще влагалищную трубку подложить большую свежую марлевую салфетку. После этого захватывают пулевыми щипцами передний влагалищный свод и круто поставленными ножницами вскрывают его. Через полученное отверстие вновь смазывают иодной настойкой влагалищную часть матки и окружающие ее влагалищные своды. Если во влагалище имеются выделения, то в него (со стороны брюшной раны) вводят полоску марли на тонком корнцанге или на длинном анатомическом пинцете и продвигают ее вниз. Если перед операцией во влагалище был введен тампон, то один из помощников, не участвующий в чревосечении, удаляет тампон перед тем, как хирург вскрывает влагалищный свод.



Рис. 163. Полное удаление миоматозной матки. Определение пальцами места перехода плотной шейки к влагалищной трубке (ощущение «порога»).

Этими мероприятиями предохраняют брюшную полость от попадания в нее влагалищного содержимого. Отверстие в переднем влагалищном своде увеличивают ножницами и через это отверстие захватывают пулевыми щипцами влагалищную часть матки. Энергично оттягивая левой рукой пулевые щипцы, оперирующий постепенно отсекает ножницами влагалищные своды от шейки; помощник в это время захватывает длинными зажимами или пулевыми щипцами края влагалищной раны.

Мы не считаем обязательным вскрывать в первую очередь именно передний влагалищный свод. Нередко при повторной проверке гемостаза перед вскрытием влагалища обнаруживается необходимость наложить еще одну лигатуру на какой-нибудь мелкий сосуд в парацервикальной клетчатке. Часто это кровотечение бывает сбоку от ребра шейки матки. В подобном случае тут же, не меняя положения матки, оттянутой в противоположную сторону, вскрывают сначала именно этот боковой свод, и это отнюдь не менее удобно, чем вскрывать сначала передний свод. Через это же отверстие в боковом своде производят и дезинфекцию влагалищной части и отсечение от сводов.

Следующим этапом является зашивание влагалища. Передний и задний края влагалищной раны соединяют кетгутовыми лигатурами. Все инструменты, употребившиеся при вскрытии и зашивании влага-

лиша, убирают, выбрасывают и салфетку, которую подкладывали под влагалищную трубку перед ее вскрытием. Все участвовавшие в операции моют и дезинфицируют руки или надевают свежие перчатки. С этого момента подается и свежий материал, и свежие инструменты; брюшную рану обкладывают новыми салфетками.

После того как влагалище зашито, приступают к перитонизации и культей, оставшихся после удаления матки. Перитонизируют одним непрерывным тонким кетгутовым швом. В некоторых случаях, особенно при дефектах брюшины у краев раны, накладывают двухэтажный шов. Начинают перитонизацию с соединения переднего и заднего листков брюшины над зашитым влагалищем, т. е. сначала сшивают между собой края пузырьной и ректальной брюшины, подхватывая несколькими стежками и сближая с брюшиной культю зашитого влагалища (см. «Радикальная операция по поводу рака шейки матки»). Дойдя до культи круглой связки, этой же непрерывной лигатурой накладывают кисетный шов так, как он описан при операции надвлагалищной ампутации. Точно таким же образом перитонизируют и другую половину раны в тазу. В тех случаях, когда целесообразно перитонизировать в два яруса, поверх первого непрерывного шва накладывают второй такой же тонкий непрерывный шов, соединяющий складки брюшины наподобие серо-серозного шва на кишечнике. По окончании перитонизации больную переводят в горизонтальное положение, извлекают из брюшной полости салфетки и приступают к послойному зашиванию разреза брюшной стенки.

При полном удалении матки приходится работать в глубине таза, поэтому необходимо хорошее освещение и полный наркоз. Иногда общий наркоз является дополнительным к другому виду обезболивания, например, к спинномозговой или к местной инфильтрационной анестезии по Вишневскому.

Удаление миоматозной матки вместе с придатками. Показанием для удаления придатков при радикальной операции по поводу фибромиомы матки служат тяжелые патологические изменения их, чаще всего воспалительного происхождения.

Для того чтобы у молодой или относительно молодой женщины удалить оба яичника или хотя бы один, должны иметься очень серьезные показания, например: доброкачественные новообразования яичника (злокачественные требуют радикального удаления матки вместе с придатками), тяжелые воспалительные изменения необратимого характера и т. п. Чем возраст больной ближе к климактерическому, тем легче решиться на удаление яичников. Но для действительно обоснованного решения этого вопроса необходимо тщательно осмотреть придатки обеих сторон. Поэтому, если придатки в сращениях, их прежде всего нужно освободить из спаек.

Решив удалить придатки, на воронко-тазовую связку накладывают два зажима, между которыми связку рассекают, и основной зажим потом заменяют крепкой кетгутовой лигатурой; контрклипма остается.

Накладывать зажимы на воронко-тазовую связку и перерезать ее следует очень осторожно, чтобы не поранить мочеточник, который немного ниже этого места вступает в малый таз, спускаясь вдоль заднего листка, широкой связки. Опасность увеличивается в тех случаях, когда в результате воспаления или предшествовавшей рентгенотерапии связка подверглась рубцовому сморщиванию.

После того как воронко-тазовая связка перевязана и перерезана, продолжают разрез обоих листков широкой связки, параллельно ходу собственной связки яичника, по направлению к углу матки, не уклоняясь

вниз, во избежание ранения мочеточника в основании широкой связки. После этого операция продолжается точно так же, как при обычной операции надвлагалищной ампутации или полного удаления миоматозной матки.

Если вместе с маткой удаляют лишь маточную трубу (а яичник оставляют), то сначала перевязывают и перерезают собственную связку яичника, затем, приподняв трубу, накладывают на ее брыжейку зажим и ножницами отделяют трубу от брыжейки (см. «Внематочная беременность»). Далее операцию делают так же, как удаление матки без придатков.

В зависимости от обстоятельств, может оказаться необходимым в одном случае удалить придатки с обеих сторон, в другом — лишь с одной стороны. Иной раз может оказаться необходимым удалить маточную трубу на одной стороне, а яичник — на другой. Если у молодой женщины мы не можем сохранить весь яичник, то производят частичную резекцию его. При решении вопроса о том, как поступить с придатками, если они в какой-то степени поражены, надо принимать во внимание не только изменения самых придатков, но и всего организма, в особенности эндокринно-вегетативной системы больной.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ (МИОМЭКТОМИЯ)

По Д. А. Абуладзе, первая консервативная миомэктомия брюшностеночным путем была произведена в России в апреле 1886 г. проф. А. И. Лебедевым в Петербурге, вторая — в Петербурге же проф. К. Ф. Славянским в октябре 1886 г.; в Киеве проф. Г. Е. Рейн в ноябре 1887 г. применил консервативную миомэктомию, удалив по типу кесарева сечения подслизистую миому. В Казани проф. Н. Н. Феноменов в октябре 1886 г. произвел операцию по типу вылушения; но эта операция является не вполне консервативной, так как попутно были удалены и придатки матки. Таким образом, в России пионерами этой операции являются Лебедев, Славянский, Рейн.

Наиболее полноценной консервативной операцией по поводу фибромиомы матки нужно считать такую, которая позволяет полностью сохранить нормальные функции матки, т. е. менструальную и детородную. Но это не всегда возможно. Иногда удается сохранить лишь менструальную функцию. Подобные операции мы все же относим к числу сохраняющих — консервативных.

Наиболее старой консервативной операцией по поводу фибромиомы матки является миомэктомия — вылушение опухоли из матки.

Миомэктомия путем чревосечения достигла широкого распространения лишь с начала настоящего века. Из матки стали удалять не только единичные, но и множественные, не только подбрюшинные, но и межбрюшные и даже подслизистые узлы. Так, проф. В. Н. Орловым на 350 чревосечений по поводу фибромиомы, произведенных им с 1906 по 1923 г. в акушерско-гинекологической клинике в Одессе, было 53 случая миомэктомии: в 37 случаях удалены подбрюшинные фибромиомы, в 16 — вылушены межбрюшные и межсвязочные узлы.

В нашей клинике с 1922 по 1933 г. на 498 абдоминальных операций по поводу фибромиомы, давших 0,7% смертности, было 25 миомэктомий — все с благополучным исходом. Старые статистики приводят высокий процент смертности после миомэктомии. Так, например, А. Абуладзе в 1902 г. имел после миомэктомии 10% смертности. Но с развитием методики и техники миомэктомии смертность от этой операции значительно снизилась и теперь почти не превышает смертности от радикальных операций по поводу фибромиомы. Все же миомэктомия, целью которой является сохранение или восстановление основных функций нормальной матки — менструальной и детородной, имеет ряд существенных недостатков, которые во многих случаях снижают эффективность операции.

Главный недостаток миомэктомии — возможность возврата болезни. Причина рецидива чаще всего та, что во время операции остаются невылущенными незамеченные узелки, которые продолжают развиваться после миомэктомии. Даже самая тщательная пальпация не всегда дает возможность при чревосечении обнаружить все узелки, имеющиеся в матке. Твердую уверенность в том, что все узелки опухоли из матки удалены, можно было бы иметь лишь тогда, когда при миомэктомии, вскрыв полость матки, можно было бы прощупать ее стенку между указательным пальцем, введенным в полость матки, и большим пальцем, ощупывающим стенку матки с ее наружной стороны. Зачатки же опухоли вообще выявить нельзя.

Противопоказанием к миомэктомии часто служит возраст больной. Если больная находится в том периоде жизни, когда детородная функция уже значительно понижена (а фибромиома часто наблюдается именно в этом возрасте), то нет смысла делать операцию, которая может дать и большую послеоперационную заболеваемость и не устранит ни кровотечения, ни болей, ни быстрого роста опухоли, т. е. тех симптомов, из-за которых приходится прибегать к операции.

Что касается кровотечений при фибромиоме матки, то они отнюдь не обуславливаются только самой опухолью. Причины меноррагии при фибромиоме могут лежать и в обширной менструирующей поверхности слизистой оболочки увеличенной матки, и в патологическом состоянии эндометрия (гиперплазия, склероз, атрофия), и в венозном стазе на почве общих и местных причин, и в воспалительных процессах, нередко сопровождающих фибромиому, и, что играет особенную роль, в патологической функции яичников, в которых так часто при фибромиоме матки встречается так называемое мелкокистозное перерождение и пр. Всех этих патогенетических факторов маточных кровотечений миомэктомия не устранит и больную от кровопотерь не избавит.

Поэтому только при наличии одного или немногих ясно очерченных узлов у женщин молодого возраста, страдающих на почве фибромиомы меноррагиями или жестокой дисменорреей (альгоменорреей) или бесплодием, можно ставить показание к вылущению узлов.

Показанием к миомэктомии иногда служит наличие опухоли, оказывающей давление на соседние органы, особенно на мочевой пузырь. Опухоль может сместить мочевой пузырь (в сторону и вверх) и вызвать дизурические явления, а также своим давлением на прямую кишку вызвать нарушение ее функции. Довольно редким показанием к миомэктомии служат боли, вызванные ущемлением опухоли в тазу.

Таким образом, мы считаем, что показанием к миомэктомии является первичное или вторичное бесплодие, и то лишь при известных условиях, к которым относят молодой возраст больной, отсутствие признаков воспаления, отсутствие сопутствующих фибромиоме кровотечений и, главное, уверенность и наличие доказательств в том, что именно фибромиома является единственной или хотя бы главной причиной бесплодия у данной женщины. Таких случаев в гинекологической практике, конечно, немного. Вот почему ни мы лично, ни ведущие отечественные гинекологи не пошли по пути того колоссального расширения показаний к миомэктомии, которое мы встречаем у некоторых зарубежных авторов. В то же время надо признать, что консервативная миомэктомия в руках отдельных гинекологов стала операцией столь же мало опасной для жизни оперируемой, как и радикальная операция по поводу фибромиомы. В этом отношении заслуживает внимания статистика, опубликованная М. С. Александровым в 1948 г. На 149 больных, у которых была произ-

ведена консервативная операция, не было ни одного смертельного исхода.

Достигнутые результаты свидетельствуют о том, что миомэктомия путем чревосечения технически выполнима не только при наличии в матке единичных или небольшого числа узлов, но и при очень большом их количестве. Операция выполнима не только в тех случаях, когда узлы расположены под серозным покровом или в толще мышечной стенки матки, но даже и при расположении их под слизистой оболочкой (подслизистые узлы); процент смертности при миомэктомии может быть снижен до цифр, которые дают радикальные методы операции по поводу фибромиомы. Но эти результаты все же не могут опровергнуть того факта, что миомэктомия не гарантирует от возврата опухоли и всех тех болезненных явлений, которые ее сопровождают. Как мы уже упоминали, особенно малы шансы на успех, когда больная страдает кровотечениями. А ведь именно кровотечения и являются самым частым симптомом, требующим хирургического вмешательства! Не может быть опровергнут и тот факт, что при фибромиоме симптомы, заставляющие братья за нож, чаще появляются в возрасте, когда отпадает необходимость сохранить больной ее менструальную и детородную функцию; поэтому нет необходимости применить в этих случаях миомэктомию.

Таким образом, круг применения миомэктомии, несмотря на технические успехи, достигнутые при этой операции, определяется прежде всего возрастом больной (молодые женщины) и специальными показаниями (профилактика и лечение бесплодия). Следовательно, чем моложе больная, чем сильнее у нее желание иметь ребенка, тем больше показаний к миомэктомии. Планируя операцию миомэктомии или приступая к ее выполнению, никогда нельзя быть абсолютно уверенным в том, что матку можно будет сохранить.

Уже по вскрытии брюшной полости, а иногда только после вылушения одного или нескольких узлов, может оказаться, что по техническим условиям сохранить матку невозможно или нецелесообразно. Какой же трагедией это явится для больной, решившейся на подобную операцию, будучи уверенной, что матка ее будет сохранена! Какие тяжкие обвинения обрушатся на хирурга, пообещавшего больной сделать консервативную операцию, в чем, еще раз повторяем, врач никогда не может быть уверен. Поэтому надо взять за правило, прежде чем приступить к миомэктомии, обязательно заручиться согласием больной и на радикальную операцию, если она окажется необходимой.

Техника миомэктомии. При операции миомэктомии особенно необходимо самое строгое, самое скрупулезное соблюдение правил асептики и самый педантичный гемостаз. Несоблюдение этих требований скажется на непосредственном исходе операции, на течении послеоперационного периода и на общих результатах бывшей операции. Надо самым тщательным образом изолировать операционное поле, матку и раневое ложе в ней стерильными салфетками, часто их менять. Надо как можно меньше касаться раневого ложа, а если в поисках новых узелков приходится прощупывать пальцами стенку матки со стороны раневого ложа, то каждый раз либо надо менять стерильные перчатки, либо обмывать их стерильным раствором и спиртом.

Чтобы добиться надежного гемостаза, нужно захватить зажимом каждый, даже самый маленький кровоточащий сосуд, обнаруженный в ложе узла, и обколоть тонкой кетгутовой лигатурой каждый диффузно кровоточащий участок ложа, как бы мал он ни был. Чтобы убедиться в сухости раневого ложа, не следует полагаться на первое впечатление,

а надо повторить осмотр и, только твердо убедившись в полной сухости, приступить к зашиванию маточной раны.

По вскрытии брюшной полости матку с опухолями извлекают и обкладывают стерильными салфетками. Тщательной пальпацией определяют имеющиеся в стенке матки узлы. Если субсерозный узел имеет ножку, то, захватив узел пулевыми щипцами и подтянув его кверху, брюшину и капсулу опухоли циркулярным разрезом рассекают у ее нижнего полюса; после этого опухоль легко открутить. При откручивании узла перекручиваются идущие к нему из капсулы мелкие кровеносные сосуды,

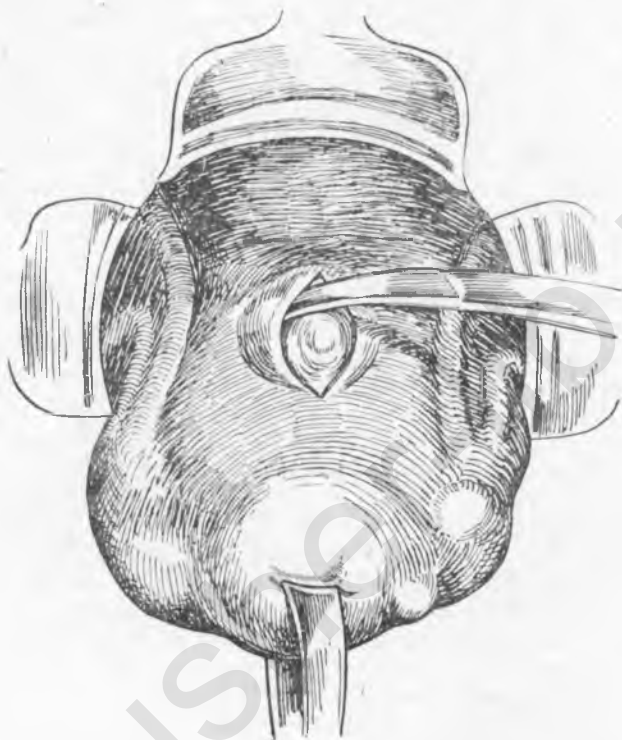


Рис. 164. Миомэктомия. Вылущение подбрюшинного узла фибромиомы матки.

благодаря чему обычно не наблюдается кровотечения. При толстой короткой ножке можно для облегчения энуклеации применять марлевый тупфер или закрытые изогнутые ножницы. Циркулярный разрез брюшины, покрывающей опухоль, не следует проводить на самой границе опухоли с поверхностью матки во избежание увеличения ложа опухоли. После проверки гемостаза раневую поверхность зашивают несколькими отдельными кетгутовыми лигатурами, сблизив тщательно края брюшины. Если вылуцаемый узел расположен в толще стенки матки (межуточная фибромиома), то над опухолью делают разрез через брюшинный покров и через мышечную ткань матки и капсулу опухоли (рис. 164).

Как при всех сохраняющих (консервативных) операциях в области тела матки (например, при классическом кесаревом сечении), так и при разрезе для вылуцаения из стенки матки большой междуточной фибромиомы наиболее целесообразен продольный срединный разрез, дающий наименьшее кровотечение (кровеносные сосуды, вступающие в матку

с обеих сторон у ребра и идущие отсюда к средней линии, но мере приближения к ней уменьшаются в своем калибре).

Второе значительное преимущество срединного разреза заключается в возможности хорошей перитонизации зашитого раневого ложа брюшины, покрывающей заднюю стенку мочевого пузыря. При расположении узла в нижнем отделе передней стенки матки зашитое ложе опухоли можно будет прикрыть краем перерезанной пузырно-маточной складки брюшины. В тех случаях, когда узел расположен с одной или с обеих сторон матки или в дне, может оказаться выгоднее вести разрез не в продольном, а в поперечном направлении; тогда перитонизацию зашитого ложа удобно будет сделать петлей круглой связки. Хорошая же перитонизация обеспечивает гладкое течение в послеоперационном периоде и предотвращает образование послеоперационных сращений. Если вылушению подлежит не один, а несколько межучастковых узлов, расположенных близко один от другого, то целесообразнее сделать один разрез вдоль лежащего в глубине узла и после вылушения этого узла вести из его же ложа второй разрез через мышечную ткань к более поверхностно лежащему узлу. Если узлы лежат на большом друг от друга расстоянии, то следует сделать два разреза.

После того как капсула опухоли разрезана, четырехзубчатыми или пулевыми щипцами захватывают узел. Энергично потягивая и вращая его в разные стороны, узел постепенно вылущают отчасти тупым путем при помощи тупфера, отчасти при помощи изогнутых ножниц, концами которых надсекают соединительнотканые тяжи, идущие к узлу от капсулы. Затем следует тщательный гемостаз, который, как указывалось выше, проверяют самым педантичным образом. После этого приступают к зашиванию раневого ложа. Только при вылушении маленького узла можно ограничиться наложением одного ряда узловых кетгутовых швов, захватывающих рану на всю глубину. При большом узле необходимо зашить в два яруса: сначала надо наложить в глубине раны ряд тонких, но крепких узловых кетгутовых швов, а затем поверх них еще один ряд узловых кетгутовых серозно-мышечных швов. Швы должны быть так наложены, чтобы между глубокими и поверхностными ярусами не оставалось мертвого пространства, в котором мог бы скопиться раневой секрет. Края брюшинного покрова должны быть хорошо прилажены. Там, где это возможно, зашитое ложе покрывают еще краем или складкой брюшины, взятой от мочевого пузыря, или петлей круглых связок, как мы указывали выше.

Если узел лежит в передней стенке нижнего отдела матки, то сначала в поперечном направлении надсекают пузырно-маточную складку брюшины и отодвигают мочевой пузырь вниз; затем вылушают узел, производят гемостаз и зашивают раневое ложе в один или два яруса; для перитонизации нижний край разрезанной пузырно-маточной складки брюшины подтягивают к брюшинному покрову матки над линией швов, закрывающих раневое ложе таким образом, чтобы эти швы были полностью прикрыты брюшиной.

Если при вылушении вскрывается полость матки, чего мы стараемся избежать, то после удаления опухоли прежде всего закрывают узловыми тонкими кетгутовыми швами полость матки. Эти швы не следует проводить через края слизистой оболочки, а, минуя ее, надо захватить только края мышечной раны и брюшинного покрова.

Узлы, лежащие в задней стенке матки, должны быть вылушены через соответствующий разрез в этой стенке. Отрицательная сторона таких разрезов заключается в том, что для перитонизации зашитой раны здесь

нет такого пластического материала, как брюшина мочевого пузыря, которой пользуются при переднем разрезе на матке. Использовать для перитонизации круглые связки можно только в том случае, если узел лежит у дна матки. При большом узле, вылуцаемом из разреза на задней стенке матки, приходится довольствоваться либо только зашиванием раны, либо воспользоваться для перитонизации сигмовидной кишкой.

Вылуцение опухоли, сидящей в задней стенке матки, может быть сделано, как рекомендуют некоторые приверженцы самого широкого применения миомэктомии, через разрез передней маточной стенки следующим образом: после того как разрезом передней стенки полость матки вскрыта (при отсутствии эндометрита это не опасно), проводят над узлом разрез через заднюю маточную стенку со стороны полости матки и отсюда узел вылуцают. Рану зашивают в обратном направлении: сначала зашивают раневое ложе со стороны полости матки, затем зашивают разрез передней маточной стенки, после чего следует перитонизация швов на передней стенке матки одним из указанных выше способов. Мы никогда такой метод не применяли.

Резекция матки

К консервативным методам операции по поводу фибромиомы матки, позволяющим сохранить менструальную функцию, мы также относим и резекцию — частичное иссечение матки в области ее тела и дна. Менструация сохраняет иногда свой прежний тип, иногда принимает характер олигоменорреи. Размер диссекаемого участка матки зависит от величины и места расположения опухоли в матке. Вылуцить миоматозный узел можно при любом его расположении в теле матки, резекцию же матки применяют главным образом при опухоли, лежащей в верхнем отделе матки или в ее дне.

Резекцию матки производят в горизонтальном направлении в форме иссечения ее дна — дефундация матки или в форме высокой ампутации матки. Но можно сделать резекцию из дна или тела матки также и в вертикальном направлении. К этому методу прибегают редко, особенно редко, если опухоль лежит в теле матки, так как при вертикальной резекции сохраняются главным образом боковые отделы (ребра) матки с небольшим количеством эндометрия, вследствие чего менструация становится значительно слабее или вовсе прекращается. При горизонтальной резекции менструация становится тем слабее, чем ниже делают резекцию: после дефундации менструация становится немного слабее, чем до операции, а после высокой ампутации матки менструация значительно уменьшается.

Методика дефундации и высокой ампутации мало чем отличается от методики обычной надвлагалищной ампутации матки. Также перевязывают и отсекают от матки собственные связки яичников и маточные трубы. Если опухоль расположена высоко в дне матки, то круглые связки можно не отсекают от матки; в других случаях их перевязывают и перерезают. Немного ниже того горизонтального уровня, на котором необходимо отсечь матку, перевязывают идущие вдоль ее боковых ребер восходящие ветви маточных сосудов, после чего матку отсекают по точно такому же способу, как и при надвлагалищной ампутации. Особая тщательность требуется при зашивании стенок резецированной матки: переднюю и заднюю стенки ее мы сшиваем рядом узловых кетгутовых швов в два яруса так же, как и при зашивании разреза матки при кесаревом сечении. Перитонизируем эти швы брюшиной пузырно-маточной складкой, которую либо в начале операции, либо позже рассекают в поперечном

направлении и нижний край ее вместе с мочевым пузырем отодвигаем книзу. Чем больше оставляемая культя матки, тем больше надо брюшины для ее покрытия. Поэтому при дефундации и высокой ампутации матки мочевой пузырь необходимо отодвинуть вниз больше, чем при надвлагалищной ампутации матки. Для перитонизации в этих случаях можно также использовать и петли круглых связок, как это мы делаем и при энуклеации узлов из передней стенки или из дна матки. В некоторых случаях узлы лежат в передней и задней стенках матки, но не на одном и том же уровне. Резецируют тогда матку на том уровне, который соответствует более низкому расположению узлов, причем из противоположной стенки матки поневоле будет иссечена и некоторая часть здоровой стенки с ее эндометрием. При дефундации это может не иметь большого значения, так как остается еще достаточное количество эндометрия для сохранения менструации, а при высокой ампутации матки для этой цели может оказаться недостаточно эндометрия. В таких случаях у нас уже давно стал возникать вопрос о возможности резецировать переднюю и заднюю стенки матки не на одном и том же уровне.

Особенную остроту принимал этот вопрос в тех, правда, редких случаях, когда операция производилась у молодых беременных, а энуклеация опухолей оказывалась невозможной или нецелесообразной.

На протяжении последних полутора десятков лет в подобных случаях мы с успехом производили а с и м м е т р и ч е с к у ю операцию дефундации или высокой ампутации матки. При асимметрической дефундации или высокой ампутации матки стенка матки, сохранившая большую длину, когда ее сшивают с более короткой, противоположной стенкой резецированной матки, неизбежно перегибается в более короткую сторону. Место перегиба явится дном будущей матки. Перегиб произойдет без большого насилия лишь тогда, когда маточная стенка будет сочная, рыхлая и податлива, что характерно для беременной матки. При перегибе более плотной небеременной матки наложенные швы подвергаются несколько большему натяжению. Это может менее благоприятно отразиться на заживлении маточной раны. При асимметрической дефундации может неблагоприятно сказаться и слишком большая разница в величине иссеченных отрезков из передней и задней стенки матки: чем эта разница больше, тем труднее будет точнее сшить края стенок. На беременной матке это опять-таки сказывается в меньшей степени, чем на небеременной (см. «Хирургическое лечение фибромиомы матки при беременности и в родах»).

Что касается применения асимметрической резекции при фибромиомах небеременной матки, то наш опыт еще недостаточен, чтобы вынести окончательное решение.

Для сохранения участка эндометрия при надвлагалищной ампутации миоматозной матки С. Б. Голубчин предложил лоскутный метод. Операцию он начинает как и обычную надвлагалищную ампутацию; так же отсекает от матки придатки и круглые связки, поперечным разрезом рассекает пузырно-маточную складку брюшины и производит отслойку мочевого пузыря от шейки матки. После перевязки восходящих ветвей маточных сосудов он приступает непосредственно к ампутации матки. Сначала на передней, а затем на задней стенках матки выкраивает серозно-мышечный лоскут из серозного покрова и прилегающего к нему мышечного слоя матки. Затем выкраивает эндометриально-мышечный лоскут, начинающийся внизу вблизи внутреннего зева и идущий конусообразно кверху. Серозно-мышечный лоскут должен быть такой длины, чтобы без избытка и в то же время без особого натяжения он мог бы прикрыть конус, обращенный не книзу, как обычно, а кверху. Края переднего и заднего серозно-мышечных лоскутов он соединяет несколькими кетгутowymi лигатурами над мышечно-эндометриальным конусом. Таким образом, раневые мышечные поверхности тесно прилегают друг к другу. Все кровоточащие сосуды следует обколоть. Верхнее отверстие мышечно-эндометриального конуса остается открытым для стока крови, если бы

гемостаз оказался неполным. Перитонизацию он производит путем погружения культи матки под брюшину мочевого пузыря.

Пересадка эндометрия в культю шейки при надвлагалищной ампутации миоматозной матки. Вопрос о значении матки, в частности, ее слизистой оболочки, как органа, участвующего в вегетативных процессах женского организма, еще нельзя в настоящее время считать окончательно разрешенным. Если одни рассматривают матку как одно из звеньев эндокринной цепи, считая, что матка влияет на функцию яичников, то другие такое влияние отрицают. Но, независимо от существующих взглядов на значение эндометрия, очень часто сами больные, особенно молодые, считают менструацию чрезвычайно важной для сохранения молодости, здоровья и нормальной половой жизни. В их глазах сохранение менструации после операции по поводу фибромиомы имеет огромное значение. Хотя бы из-за этого одного сохранение части эндометрия признается многими современными гинекологами весьма важным, особенно в тех случаях, когда шейка матки при операции сохраняется.

Исходя из вышеуказанных соображений, мы лично являемся сторонниками сохранения там, где это возможно, хотя бы небольшой части стенки матки, содержащей некоторое количество эндометрия (см. выше о резекции матки). Другие (А. Э. Мандельштам, Э. М. Каплун, Н. П. Верхацкий) после ампутации тела матки в целях сохранения менструации пользуются методом пересадки эндометрия в шейку матки. Э. М. Каплун оперирует по видоизмененному способу Франкля и Крауля путем пересадки лоскута эндометрия на ножке. Трансплантат эндометрия он берет не из задней, а из передней стенки — длиной в 4 см и шириной в 1,5—2 см. Полукруглым разрезом он вскрывает шейку сзади на высоте внутреннего зева; для большего доступа производит линейный срединный разрез по всей длине задней стенки матки и два боковых в сторону трубных углов. Пулевыми щипцами захватывает края раны и из передней стенки матки выкраивает прямоугольный лоскут эндометрия вместе с тонкой пластинкой мышечного слоя. Как только выделен трансплантат, тело матки ампутируют на высоте внутреннего зева.

Вторым этапом операции является подготовка ложа в задней стенке шейки матки для пересадки трансплантата. Шеечный канал растягивают раздвинутыми браншами зажима и производят боковые надрезы шейки изнутри снаружки, чем достигается вполне достаточный доступ к шеечному каналу. Из задней стенки шейки Каплун иссекает участок эндометрия с мышечным слоем в виде прямоугольника величиной несколько меньше трансплантата. На верхний конец трансплантата накладывается кетгутовый шов, который завязывается узлом, и концы нитей иглой проводятся через нижний край свежего участка шейки из канала снаружки. При завязывании концов этих ниток на наружной поверхности задней стенки шейки трансплантат втягивается внутрь и хорошо прилагивается к освещенной поверхности. Кроме того, одним-двумя дополнительными швами подхватывается другой конец трансплантата и пришивается к шейке. Культю шейки зашивают, как обычно, кетгутовыми швами и перитонизируют.

Противопоказанием к операции служат у Каплуну: 1) подострые воспалительные или гнойные заболевания в придатках и матке; 2) полипозные разращения эндометрия; 3) атрофия слизистой эндометрия; 4) катарральный эндоцервицит; 5) эрозии шейки; 6) далеко зашедшие формы наружного аденомиоза.

А. Э. Мандельштам для увеличения менструирующей поверхности слизистой предложил выкраивать не один, а два лоскута эндометрия — из передней и из задней стенок матки. Лоскуты остаются на ножке и погружаются в шеечный канал так, чтобы освещенные поверхности лоскутов соприкасались и срослись друг с другом.

Ф. М. Чудновский — принципиальный сторонник полной экстирпации матки при операции по поводу фибромиомы — производит пересадку эндометрия в стенку влагалища.

Несмотря на то, что опубликован ряд случаев с благоприятным результатом ауто-трансплантации эндометрия, мы лично, опасаясь возникновения искусственного эндометриоза, не пользовались этим методом, а применяли, повторяем, там, где это требовалось, высокую ампутацию или дефундацию, т. е. сохраняли *in situ* вместе с куском эндометрия и соответствующий участок нижнего отдела тела матки. Полученные результаты не дают нам пока оснований отказываться от, на наш взгляд, более естественных методов операции, каковыми являются дефундация, высокая ампутация и резекция миоматозной матки.

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АТИПИЧЕСКИХ ФИБРОМИОМ МАТКИ

При всем многообразии форм матки, которое придает ей фибромиома, все же можно различить отдельные типы. Обычно фибромиома, или как это бывает чаще, множественные узлы фибромиомы, расположенные в теле матки, превращают тело матки в конгломератную опухоль, сидящую на шейке матки, как бы на ножке. Если нет обширных и плотных сроще-

ний, такая матка обладает большой подвижностью, позволяющей легко извлечь ее при чревосечении из брюшной полости и произвести большую часть операции вне брюшной полости. В большинстве случаев операция является типичной, и ее удается провести по заранее намеченному плану. Но в отдельных случаях операция не может быть выполнена полностью по определенному типовому плану. Совершенно атипичными являются операции по поводу фибромиомы при ее межсвязочном или подбрюшинном расположении, особенно в тех случаях, когда опухоль исходит из шейки матки (шеечная фибромиома) или из нижнего отдела бокового ребра матки (межсвязочная фибромиома).

Атипичной также будет операция в тех редких случаях, когда опухоль исходит из круглой маточной связки, собственной связки яичника или мышечных пучков широкой связки.

Следует отметить, что при множественной фибромиоме часто лишь отдельные узлы лежат подбрюшинно или межсвязочно, а остальные развиваются в сторону свободной брюшной полости. Частичное межсвязочное (интралигаментарное) развитие наблюдается в тех случаях, когда опухоль, расположенная в теле матки, равномерно его увеличивает. При своем росте такая опухоль раздвигает листки широкой связки и как бы врастает в них. В этих случаях операция отнюдь не становится атипичной, так как матка сохраняет свою подвижность, и соседние с ней органы — мочевого пузыря, мочеточники и прямая кишка — незначительно смещаются.

Наибольшие трудности возникают при операции шеечно- и интралигаментарно расположенных фибромиомах.

Г. Ф. Цомакион дает следующую классификацию атипичных фибромиом:

Fibromyoma retroservicale — опухоль, исходя из задней поверхности шейки матки или ее тела, располагается в позадишеечной клетчатке.

Fibromyoma retroperitoneale — опухоль, исходя из шейки или тела матки, располагается в позадишеечной или в позадибрюшинной клетчатке, отслаивая брюшину от позвоночника.

Fibromyoma antecervicale — опухоль, исходя из передней стенки шейки матки или ее тела, располагается в позадипузырной клетчатке (*Fibromyoma paravesicale sive retrovesicale*).

Fibromyoma subperitoneale — опухоль, исходя из тела или шейки матки, отслаивает брюшину передней стенки живота.

Fibromyoma paraservicale — опухоль, исходя из бокового отдела шейки матки, располагается в парацервикальной клетчатке.

Fibromyoma interligamentosum — опухоль, исходя из шейки или тела матки, расслаивает листки широкой связки, поднимаясь верхним своим полюсом в брюшную полость (рис. 165, 166 и 167).

Признаки атипических фибромиом. Наиболее характерным признаком атипических фибромиом является неподвижность опухоли. Развиваясь подбрюшинно, опухоль вколачивается в таз, выпячивает влагалищные своды, смещает матку, а с ней и соседние органы: мочевого пузыря, мочеточники, прямую кишку.

Смещение мочевого пузыря, поднятие дна его, а также уменьшение его емкости вследствие сдавления, деформации его шейки или мочеиспускательного канала вызывают дизурические явления. Смещения, сдавления, перегиб мочеточников также ведут к нарушению их функции. Таким образом, создаются условия для возникновения цистита, уретрита, гидро- или пиелонефроза и пиелонефрита. При сдавлении прямой кишки затрудняется дефекация.

Меноррагии — столь характерный и частый для фибромиомы симптом — может совершенно отсутствовать при шеечном расположении опухоли, в то время как тупые постоянные боли внизу живота и в пояснице наблюдаются часто.

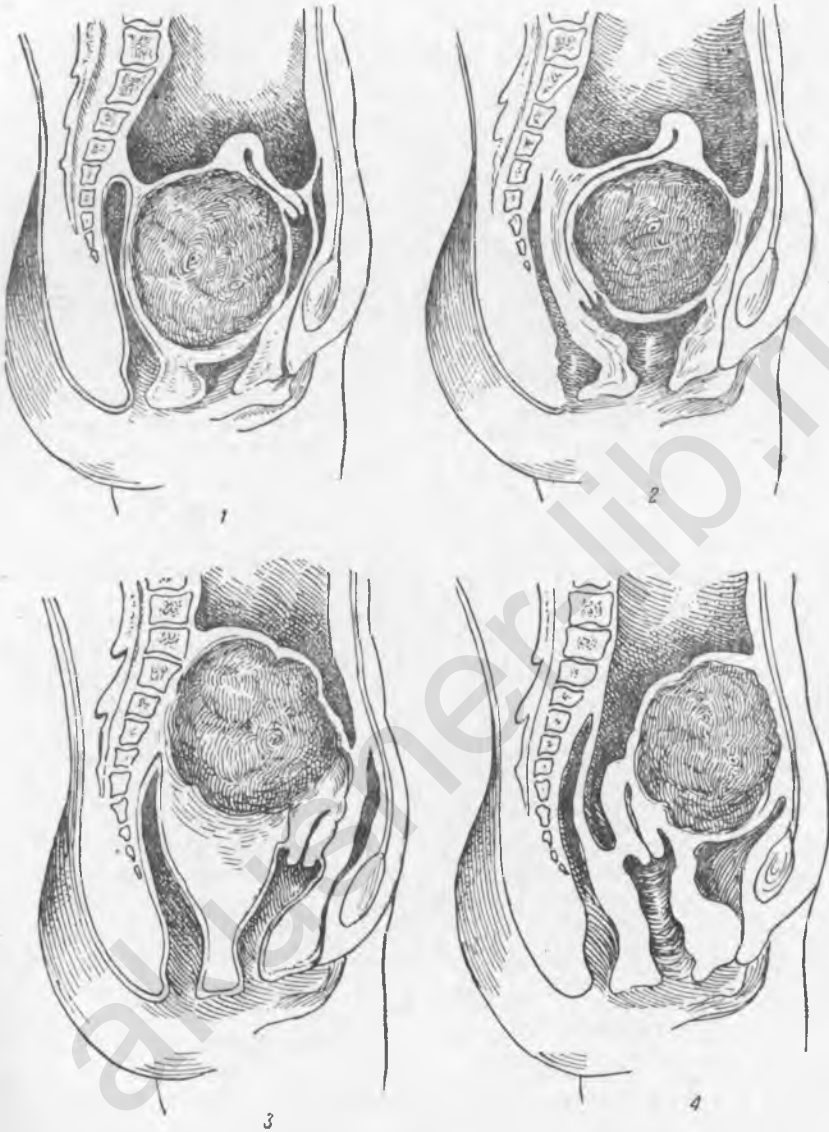


Рис. 165. Атипичное расположение фибромиом.

1 — fibromyoma retrocervicale; 2 — fibromyoma antecervicale; 3 — fibromyoma retroperitoneale; 4 — fibromyoma subperitoneale anterior (по Цомакиону).

При наружном исследовании атипичное расположение фибромиомы не может быть установлено. Лишь внутреннее и комбинированное гинекологическое исследование позволяет установить точный диагноз. Наряду с неподвижной опухолью, вколоченной в таз, характерным признаком является выпячивание влагалищных сводов опухолью. При позадишеечной (ретроцервикальной) фибромиоме опухоль выполняет прямокишечно-

маточное углубление, выпячивает задний влагалищный свод, высоко поднимает всю матку таким образом, что влагалище оказывается суженным и удлиненным, а влагалищная часть вместе с наружным маточным зевом, будучи подняты и прижаты к симфизу, с трудом достигаются исследующим пальцем.

Подобные данные могут быть обнаружены при гинекологическом исследовании и тогда, когда находящаяся позади матки фибромиома



Рис. 166. Атипичное расположение фибромиом (по Цомакиону).

1 — fibromyoma paracervicale; 2 — fibromyoma interligamentosum.

исходит не из шейки, а из задней поверхности тела матки. Такие опухоли Г. Ф. Цомакион предлагает называть в отличие от истинной позадишеечной ложной позадишеечной фибромиомой.

Если фибромиома, исходя из задней поверхности нижнего сегмента матки, растет вверх и отслаивает брюшину от позвоночника (ретроперитонеально), то, достигнув прямой и сигмовидной кишок, она расслаивает листки их брыжейки. Кишка непосредственно соприкасается и как бы распластывается на опухоли.

При межсвязочной опухоли (интралигаментарная фибромиома) нарушается нормальная топография мочеточника, который может непосредственно прилегать к опухоли на нижней, задней или латеральной ее поверхности.

Атипичное расположение фибромиомы не только обуславливает появление новых и нередко весьма тягостных симптомов, но и нарушает нормальную функцию полового аппарата. Вследствие значительных изменений топографии тазовых органов, создаются не только технические трудности при операции, но и опасность повреждения соседних органов, трудно останавливаемые кровотечения в глубине таза и другие осложнения, возникающие как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Предвидеть осложнения при атипичном расположении опухоли можно и должно. Для этого перед операцией надо не только установить наличие фибромиомы, но и точно определить расположение узлов, и прежде всего исключить или установить наличие межсвязочной или шейечной опухоли. Наиболее характерным признаком атипичного расположения опухоли является, повторяем, неподвижность глубоко в тазу вколоченной опухоли, выпячивание сию влагалищных сводов, смещение влагалищной части с на-

ружным маточным зевом обычно вверх или в сторону или вверх и в сторону.

Если опухоль исходит из задней стенки шейки или из нижнего сегмента матки, то маточный зев смещается вверх кпереди и с трудом достигается исследующим пальцем позади или над симфизом (рис. 165). Опухоль, исходящая из передней стенки шейки, смещает зев вверх и кзади (рис. 166). Односторонняя межсвязочная опухоль смещает влагалищную часть и маточный зев в противоположную сторону или также вверх (рис. 167). Варианты здесь могут быть самые разнообразные. Важно поэтому прежде всего установить наличие опухоли, вколоченной в таз, ее неподвижность, смещение ею маточного зева и, конечно, как всегда при диагностике фибромиомы, непосредственную связь опухоли с маткой. Консистенция опухоли играет здесь еще меньшую роль, чем при диагностике фибромиомы вообще, так как узлы, вколоченные в таз, вследствие застойных явлений, имеют не обычную плотную, а часто мягкую консистенцию.

Хирургические методы лечения. Операция по поводу атипичной фибромиомы может представить трудности даже и для опытного оператора.

Приступая к такой операции, необходимо мысленно представить себе наиболее правдоподобный и максимально точный вариант топографических соотношений между опухолью и соседними органами. Прежде всего надо учесть, что опухоли, исходящие из шейки или из нижнего сегмента матки, смещают мочевой пузырь вверх; таким образом, верхушка его может лежать высоко над лоном и даже достигать пупка, поэтому при разрезе брюшной стенки между лобком и пупком можно нечаянно вскрыть мочевой пузырь. Поэтому при распознанном или хотя бы заподозренном смещении мочевого пузыря вверх не следует доводить разрез до симфиза. После того как послойный разрез будет доведен до брюшины, последнюю следует

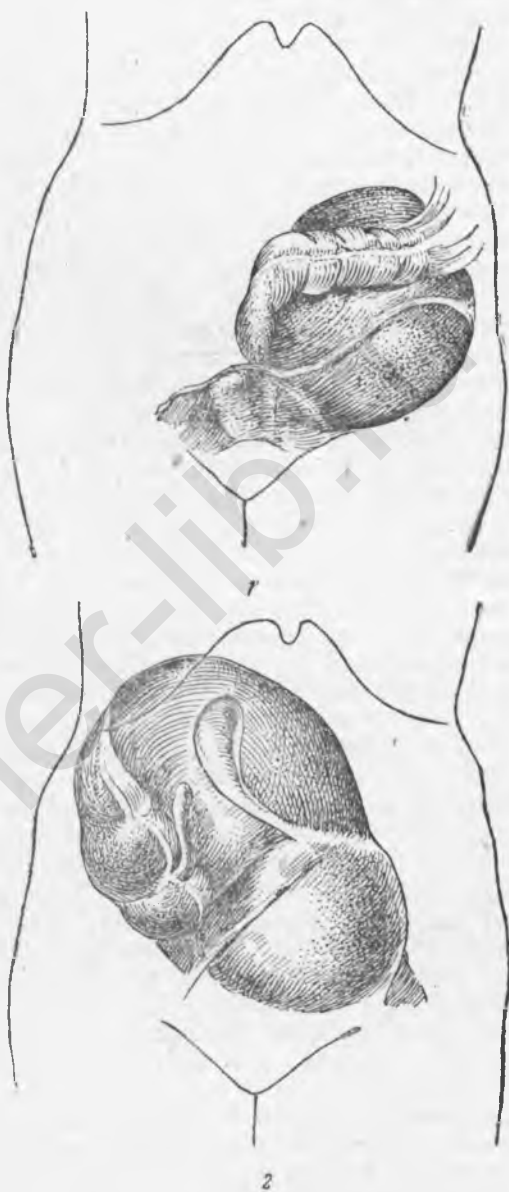


Рис. 167. Атипичное расположение фибромиом (по Цомакиону).

1 — fibromyoma intraperitoneale subligoideum;
2 — fibromyoma retroperitoneale subcoecale.

вскрыть в верхнем углу раны, вблизи пупка, и уже отсюда, контролируя брюшину изнутри, постепенно увеличивать в ней разрез книзу настолько, насколько это возможно без риска повредить мочевой пузырь. Если величина разреза окажется недостаточной, то следует продлить разрез вверх, обходя пупок с левой стороны. Второе общее указание, которое необходимо соблюдать на следующем этапе операции, заключается в том, что не надо даже пытаться извлечь из брюшной полости матку вместе с опухолями, как это делают при типичной операции по поводу фибромиомы, так как при попытке насильно вывести опухоль щипцами инструменты будут срываться и возникнет кровотечение в брюшную полость. Поэтому при атипичных операциях по поводу фибромиомы приходится начинать операцию не с извлечения матки, а с определения топографических соотношений между опухолью и соседними органами — мочевым пузырем и прямой кишкой, и только после тщательной ориентировки можно начать высвобождение опухоли из-под брюшинного покрова. К этим указаниям можно добавить еще следующее. Вскрыв брюшную полость, необходимо раскрыть как можно шире брюшную рану брюшинными зеркалами или широкими подъемниками и определить положение дна матки. Ориентиром для этого служат круглые связки и придатки. При шеечной фибромиоме, особенно исходящей из задней стенки шейки, дно матки оказывается высоко приподнятым и в то же время расположенным более или менее центрально в брюшной ране. Обе круглые связки равномерно натянуты. При большой опухоли, особенно распространившейся и на тело матки, круглые связки как бы сплющены и распластаны на опухоли; яичники и трубы отходят нормально от дна матки. Если фибромиома исходит из боковой стенки, то дно матки оказывается смещенным не только вверх, но и в сторону. При большой опухоли круглая связка окажется сплюсненной и распластанной на опухоли, круглая же связка другой стороны будет отходить от матки нормально. Установив местоположение дна матки, крепкими щипцами захватывают дно матки и, не применяя чрезмерного насилия для того, чтобы щипцы не срывались, отводят тело матки в сторону. В брюшной ране центрируется, таким образом, противоположный угол матки, где место отхождения круглой связки, маточной трубы и собственной связки яичника осталось без изменений.

Круглую связку и отдельно собственную связку яичника и трубу, захваченные между двумя зажимами, перевязывают отдельными лигатурами и перерезают. После этого отводят матку в другую сторону и таким же образом отделяют от нее круглую связку и придатки противоположной стороны. Но и после этого шеечная фибромиома становится лишь немного подвижнее. Затем сначала на одной, а потом на другой стороне захватывают зажимами и перевязывают восходящие ветви маточных сосудов, идущие вдоль ребра тела матки, и перерезают. И только после этого приступают к вылущению опухоли, расположенной при шеечной фибромиоме под мочевым пузырем. Для этого проводят разрез через брюшину по передней стенке матки там, где она становится подвижнее, и переходят на опухоль. Разрез идет дугообразно от одной культи круглой связки к другой. Отсюда и начинается отделение тупым и острым путем мочевого пузыря от опухоли. Сначала отодвигают пузырь тупфером, но как только встречают малейшее затруднение — прибегают к помощи ножниц. Отделившуюся стенку мочевого пузыря приподнимают анатомическим пинцетом и, когда начинают вырисовываться волокна, соединяющие мочевой пузырь с опухолью, осторожно надсекают их кончиками ножниц у самой опухоли. Только после этого можно осторожно попробовать отодвинуть пузырь тупым путем. Особенную осторожность надо соблюдать при

отделении мочевого пузыря по бокам опухоли, где могут быть расположены смещенные мочеточники. Непрерывное и напряженное внимание к каждому тяжу, подозрительному на мочеточник, неотступная мысль о возможности его ранения лучше всего предотвратят это тяжелое осложнение. Осложнением может явиться и ранение кровеносного сосуда в глубине клетчатки; тем более необходимо педантично рассматривать каждый тяж, соединенный с опухолью, подозрительной на сосуд; распознанный как таковой, он должен быть перевязан. Конечно, повреждение кровеносного сосуда по последствиям нельзя сравнивать с ранением мочеточника. Внезапное кровотечение, появившееся вследствие ранения сосуда, не так уж трудно остановить, а будучи остановленным, особых последствий оно не повлечет, в то время как повреждение мочеточника может остаться незамеченным во время операции. Если же даже повреждение и будет своевременно замечено и будут тотчас же предприняты меры для восстановления его целости или будет произведена имплантация мочеточника в мочевой пузырь, то сказать, что эта дополнительная операция окончится благополучно, отнюдь нельзя. Функция мочеточника может тяжело пострадать не только при остром ранении, но и при остановке кровотечения в глубине, если мочеточник попадет в шов при обкалывании диффузно кровоточащего участка клетчатки. Поэтому нужно взять за правило для остановки кровотечения в глубине таза не прибегать к обкалыванию лигатурой кровоточащего сосуда, а обязательно наложить на него сначала кровоостанавливающий зажим, который затем следует заменить лигатурой. Лучше всего для этого пользоваться зажимом без зубцов на конце, в который, если его накладывать тангенциально к ходу мочеточника, толстостенный мочеточник не попадает.

Для того чтобы избежать побочных повреждений, важно как можно ближе подвести освобождаемую поверхность опухоли к брюшной ране. Этого мы достигаем следующим образом: после того как мочевой пузырь уже немного отодвинут от опухоли, крепкими щипцами захватывают освобожденный участок опухоли или ввинчивают в нее штопор. Потягивая и одновременно вращая опухоль из стороны в сторону, постепенно обнажают все новые участки опухоли (рис. 168). Инструменты, захватывающие опухоль, мы держим при этом левой рукой, правой же работаем, как это было указано выше, тупфером или кончиками ножниц. Особенная бдительность требуется при перевязке маточных сосудов, ибо здесь чаще всего можно столкнуться с атипичным расположением мочеточников. Поэтому, где только можно, надо профилактически обнажить мочеточник на вышележащем участке и проследить ход мочеточника до его впадения в мочевой пузырь. После перевязки маточных сосудов по обеим сторонам шейка становится подвижной и матку удаляют уже обычным способом.

Если фибромиома исходит из ребра матки, то она располагается межсвязочно (интралигаментарно). Чем ниже лежит опухоль, тем большему смещению при прочих равных условиях подвергаются мочевой пузырь и мочеточник этой стороны. Поэтому при операции по поводу межсвязочной фибромиомы необходимо соблюдать те же предосторожности, каковые соблюдаются при операции по поводу шейчной фибромиомы.

Если межсвязочная фибромиома развивается преимущественно вверх и принимает большие размеры, то дно матки оказывается сильно смещенным в противоположную сторону и вверх. После того, как брюшная полость будет вскрыта (с указанными выше предосторожностями), а края раны раздвинуты, прежде всего в ней обнаружится опухоль, на которой при внимательном осмотре можно различить сплюсненную и распластанную

круглую связку. На опухоли могут оказаться и распластанные придатки этой же стороны. Операцию, как и при шеечной фибромиоме, начинают с перевязки и рассечения *in situ* распластанной круглой связки. Если яичник этой стороны может быть сохранен, то перевязывают и перерезают собственную связку яичника; маточная труба, в зависимости от условий, может быть сохранена или удалена. Если яичник значительно изменен и его необходимо удалить вместе с маткой, то удаляется и труба. При этом необходимо перевязать и перерезать воронко-тазовую связку. При наличии межсвязочной опухоли этот момент операции требует осо-



Рис. 168. Операция удаления матки при межсвязочной фибромиоме. После того как мочевой пузырь немного отодвинут от опухоли и брюшина над опухолью рассечена, ввинчивают в опухоль штопор и, потягивая и вращая им из стороны в сторону, постепенно вылуцвают опухоль из широкой связки.

бого внимания, так как большая опухоль может отодвинуть мочеточник к стенке таза и приблизить его к этой связке. Поэтому, прежде чем наложить на связку зажим, мы приподнимаем ее пинцетом за брюшинный покров и внимательно осматриваем, если возможно, на свет.

Чтобы избежать повреждения мочеточников, некоторые хирурги предпочитают перевязывать воронко-тазовую связку лишь после того, как вся опухоль будет целиком вылуцвана из широкой связки. В редких случаях нам приходилось поступать подобным образом, но у нас создалось впечатление, что при этом кровотечение бывает значительно сильнее, чем после предварительной перевязки яичниковых сосудов.

Если придатки можно сохранить, то сначала на стороне межсвязочной фибромиомы мы перевязываем и перерезаем захваченные в клеммы круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника. Между кульями перерезанных связок рассекаем брюшину и, если опухоль небольшая, тут же начинаем выделять ее из разреза брюшины. При большой опухоли разрез брюшины над нею должен быть продолжен параллельно круглой связке. Выделение межсвязочного узла производят преиму-

пественно тупфером, рукояткой скальпеля или сложенными ножницами, а в случае необходимости и острым путем, надсекая имеющиеся в пара-

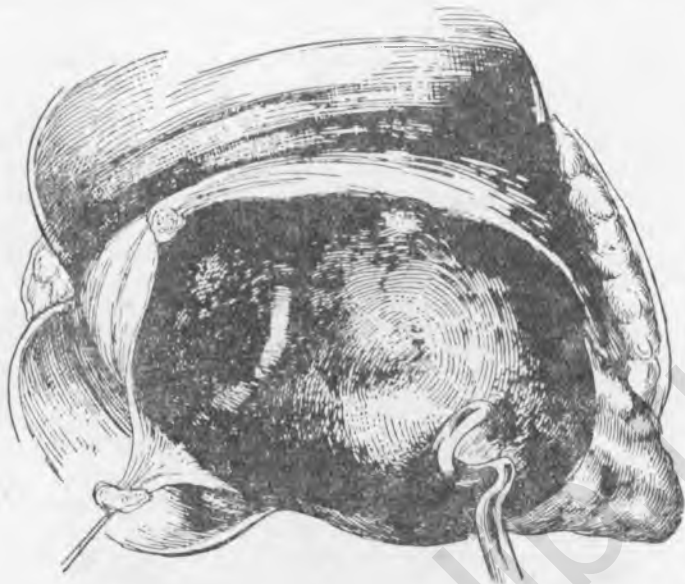


Рис. 169. Операция удаления матки при межсвязочной фибромиоме. Вращая и наклоняя (при помощи штопера) опухоль в медиальную сторону и постепенно вылуцая ее, вскоре удастся обнаружить на ее боковой поверхности связанный с нею мочеточник.

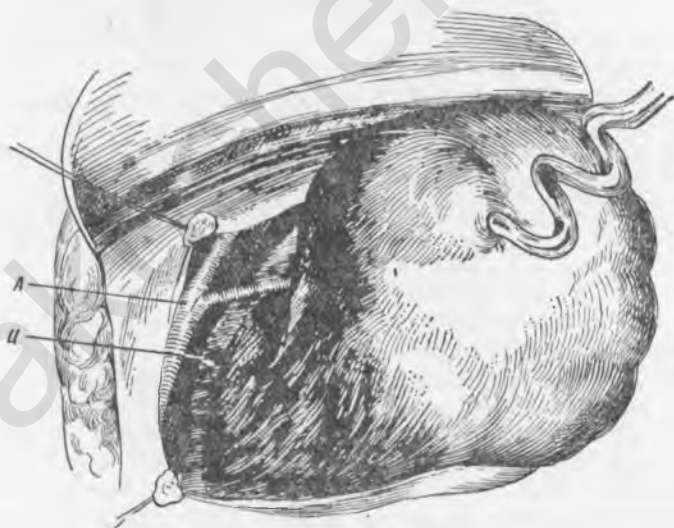


Рис. 170. Операция удаления матки при межсвязочной фибромиоме. Теми же приемами можно обнаружить мочеточник, лежащий позади межсвязочного узла, и отделить его от опухоли.

A — маточная артерия; U — мочеточник.

метрии плотные соединительнотканые тяжи. При выделении межсвязочной опухоли ее нужно подтягивать вверх или одновременно вращать в стороны крепким инструментом (щипцы или штотор).

При выделении межсвязочного узла так же, как и при выделении большой межсвязочной фибромы, надо строго держаться поверхности опухоли и ни на минуту не забывать о близости мочеточника (рис. 169, 170 и 171).

После того как узел из широкой связки выделен (от лигатуры его обычно не отделяют) и есть уверенность, что в клетчатке узлов больше нет, то, убедившись в целостности мочевого пузыря и мочеточника, приступают к типичной экстирпации матки или к надвлагалищной ее ампутации.

Опухоль, исходящая из задней стенки шейки матки или из нижнего сегмента и развивающаяся подбрюшинно вверх, может раздвинуть брю-

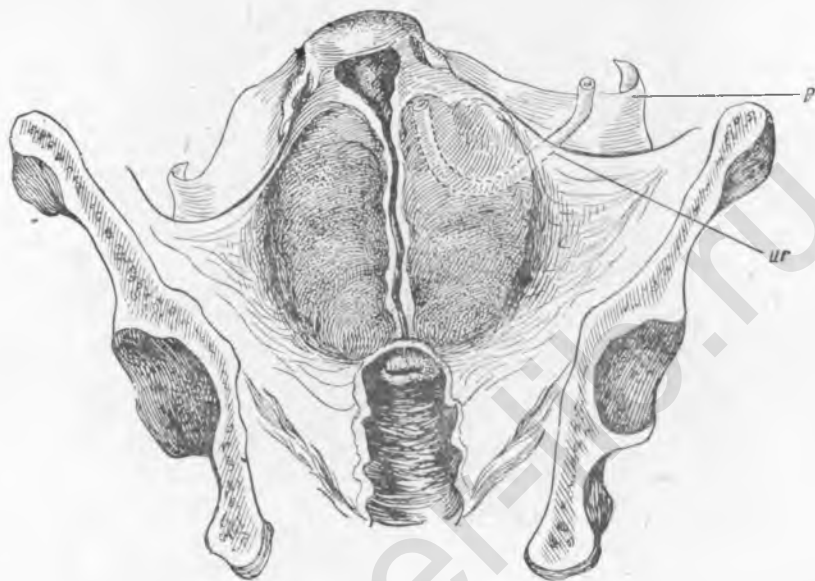


Рис. 171. Шеечная фибромиома. Опухоль с обеих сторон вклинивается между брюшинными листками широких связок и лежит, таким образом, тоже межсвязочно. Мочеточник (*ur*), опускаясь в таз, прилегает к заднему брюшинному листку широкой связки (*P*). Приближаясь к мочевому пузырю, мочеточник отклоняется кпереди и дугообразно облегает верхний полюс опухоли. При операции это надо учитывать и с напряженным вниманием следить за каждым связанным с опухолью тяжом, который может оказаться мочеточником.

шинные листки брыжейки толстой кишки, стенка которой окажется непосредственно прилегающей к поверхности опухоли. Понятно, что здесь необходимо самое напряженное внимание, чтобы не поранить стенку кишечника, ибо опасность повреждения мышечного слоя кишки и даже сквозного ее повреждения здесь особенно велика. Поэтому отделение кишки от опухоли следует производить исключительно под контролем глаза. Так же, как и при отделении от опухоли мочевого пузыря, мы, оттягивая анатомическим пинцетом распластанную на опухоли стенку кишки, выявляем, таким образом, волокна соединительнотканной прослойки, которые и надсекаем кончиками ножниц у самой опухоли. При малейшем сомнении лучше оставить на кишке немного ткани от стенки этой доброкачественной опухоли, чем рисковать повреждением кишечника.

При всех подобных операциях большое значение имеет состояние тазовой клетчатки. Если она достаточно рыхла, то выделение опухоли, отсепаровка мочевого пузыря, мочеточников и кишечника происходит

легко. При недостаточной рыхлости клетчатки, особенно если она уплотнена вследствие бывшего воспалительного процесса, могут встретиться большие затруднения. Опасность повреждения соседних органов — прямой кишки и мочеточников, иногда вросших в капсулу, — здесь очень велика. Чтобы не повредить эти органы, можно удалять фибромиому не вместе с капсулой, а вылузив ее из последней. Оставляя термин «энуклеация» для вылушения миоматозных узлов из стенки матки, целесообразно вылушение фибромиомы из ее капсулы обозначать термином «декортикация» (Г. Ф. Цомакион).

Такой метод имеет несомненные достоинства: отслаивая капсулу фибромиомы от самой опухоли, мы никогда не приходим в соприкосновение ни с мочевым пузырем, ни с мочеточниками, ни с прямой кишкой. Таким образом, повреждение этих органов полностью исключается. Усиленного внимания требует лишь остановка кровотечения из небольших сосудов, идущих из капсулы в опухоль и снабжающих ее кровью. Минусом метода является то, что остается капсула. Но при условии тщательного гемостаза это не вызывает каких-либо осложнений в послеоперационном периоде, особенно если оставляют не всю капсулу, а лишь ту часть, которую трудно отделить от соседних органов.

Приступая к вылушению опухоли из капсулы, делают на опухоли полуциркулярный или циркулярный разрез через ее капсулу. Ткань опухоли при этом начинает вырисовываться резче из разреза. Лучше производить постепенное вылушение опухоли пальцем, введенным в разрез капсулы. При этом для обеспечения асептики следует либо надеть на руку свежую перчатку, либо продезинфицировать прежнюю. Затем приступают к тщательному гемостазу: на кровоточащие сосуды капсулы накладывают клеммы, которые затем заменяют кетгутовыми лигатурами. Ту часть капсулы, в отношении которой нет никакого подозрения на связь с мочеточником или прямой кишкой, резецируют, а в оставляемой части капсулы снова проверяют тщательность гемостаза. В дальнейшем операция идет по обычному типу операции по поводу фибромиомы матки: при шеечной фибромиоме мы всегда производим полную экстирпацию матки; при межсвязочной или ретроперитонеальной фибромиоме мы также часто предпочитаем полную экстирпацию матки надвлагалищной ее ампутации. Дело в том, что при операции подобных атипичных опухолей в подбрюшинных пространствах возникают полости, в которых может скопляться раневой секрет; отток секрета через влагалище лучше всего обеспечивается при полной экстирпации матки. В более редких случаях, когда имеется настоятельная необходимость сохранить хотя бы часть матки (молодой возраст больной), производится надвлагалищная ампутация матки или так называемая высокая ее ампутация, или дефундация; при особо благоприятных условиях может быть произведена даже консервативная миомэктомия.

В остальных случаях при больших атипичных фибромиомах мы, как правило, производим полную экстирпацию миоматозной матки.

Большое значение для исхода операции и особенно для течения послеоперационного периода имеет вопрос о том, как поступить с карманами, остающимися в клетчатке и подбрюшинном пространстве после вылушения опухолей.

Вопрос может быть разрешен различными способами. Если опухоль вылучена из клетчатки полностью вместе с капсулой, если удалось провести гемостаз совершенно безукоризненно и клетчатка, из которой вылучена опухоль, достаточно рыхла, то, перитонизируя непрерывным кетгутовым швом рану в тазу, можно одновременно захватывать иглой

клетчатку со дна раны. При этом необходимо проявлять крайнюю осторожность, чтобы не захватить в шов соседний орган, например, мочеточник.

Если абсолютно надежного гемостаза не удалось добиться, а это наблюдается не так уж редко, особенно при вылущении опухоли из капсулы и оставлении более или менее значительной части капсулы, то тогда целесообразно дренировать подбрюшинные пространства. Это можно сделать через влагалище или через брюшную рану, или обоими путями одновременно. В этих случаях для дренажа обычно применяют марлевый тампон, концы которого выводят во влагалище или в брюшную рану. В последнем случае рекомендуется листки широкой связки подшивать к краям брюшной раны для того, чтобы тампон лежал только внебрюшинно и чтобы при извлечении он бы не соприкасался с органами брюшной полости.

Этот метод имеет ряд отрицательных сторон. Он сопряжен с повторными перевязками, рана заживает вторичным натяжением, применение тампона таит в себе опасность восходящей инфекции, так как марля быстро пропитывается раневым секретом и перестает выполнять функции дренажа. Применение дренажных трубок нежелательно: своим давлением плотная трубка может вызвать некроз соседних полых органов, особенно мочеточника. Вот почему при операции по поводу атипичной фибромиомы мы часто прибегаем к методу, которым на протяжении десятков лет пользовались при операции рака шейки матки. Этот метод мы назвали бестампонным дренированием; его можно было бы также назвать дренированием без дренажа (методику и технику см. в главе «Рак шейки матки»).

Подбрюшинное пространство, в котором располагалась атипичная фибромиома, остается в непосредственной связи с открытым влагалищем, что является не только естественным дренажем при скоплении раневого секрета, но в то же время позволяет также обнаружить малейшее кровотечение, возникающее в послеоперационном периоде или продолжающееся вследствие недостаточного гемостаза из раневого ложа клетчатки. Ранний сигнал кровотечения позволяет принять необходимые меры в самом начале кровотечения, а не тогда, когда уже появились грозные симптомы острого малокровия или большая гематома.

Удаление миоматозной матки через влагалище. Подготовка операционного поля. Если эту операцию производят при рождающейся подслизистой фибромиоме (фиброзном полипе), то особо важное значение имеет дезинфекция операционного поля. Наружные половые органы дезинфицируют, как обычно; мочу спускают катетером. Дезинфекция же влагалища и рождающейся или уже родившейся фибромиомы требует особенной тщательности и отнимает довольно много времени. Применять для дезинфекции влагалища спринцевание в этих случаях нельзя. Можно, пожалуй, допустить промывание влагалища через маточный наконечник с двойным током, но и это не совсем безопасно, так как промывная жидкость может все же проникнуть в матку и даже задержаться между подслизистыми узлами. Поэтому мы предпочитаем всю очистку и дезинфекцию влагалища и опухоли производить в зеркалах только при помощи тупферов (3—4 тупфера, смоченные в спирту, и столько же тупферов, смоченных иодной настойкой). Тупферами стараемся обойти опухоль со всех сторон. Кроме того, узкую полоску марли, также обильно смоченную иодной настойкой, вводим на зонде через маточный канал до основания опухоли или ее ножки. Эту манипуляцию повторяем тоже несколько раз. Во время подготовки сменяем зеркала по мере их загрязнения.

Если опухоль уже родилась во влагалище и закрыла собой маточный зев, то после обработки влагалища и опухоли мы откручиваем опухоль, захватив ее одной или двумя парами крепких щипцов. Омертвевшая опухоль иногда рвется и ее приходится удалять по частям. После удаления опухоли можно, захватив шейку матки щипцами, протереть несколько раз щечный канал полоской марли, смоченной иодной настойкой и введенной в канал на зонде. Только после подобной подготовки приступаем к операции.

Ложкообразные зеркала, употреблявшиеся при подготовке к операции, заменяют операционными. Заднюю ложку заменяют широким и корот-

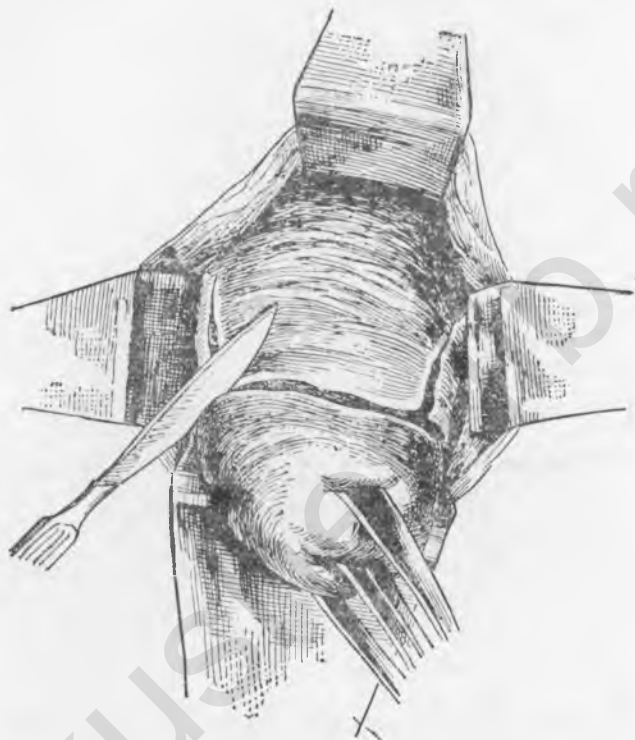


Рис. 172. Удаление миоматозной матки через влагалище. Циркулярно-лоскутный разрез влагалища вокруг шейки матки.

ким операционным зеркалом; этим зеркалом оттягивают кзади влагалищную стенку и промежность. Для раздвигания боковых стенок влагалища берут узкие зеркала «боковики». Подъемником обнажают передний влагалищный свод.

Техника влагалищной экстирпации матки. Сначала проводят скальпелем циркулярный разрез вокруг шейки на уровне прикрепления влагалищных сводов. Разрез проходит через всю толщину влагалищной стенки.

К поперечному разрезу на передней стенке матки добавляют еще два боковых разреза, перпендикулярных первому (рис. 172). Таким образом, спереди получается лоскут, благодаря чему разрез влагалища увеличивается и извлечение даже значительно увеличенной матки облегчается. Затем отсекают мочевой пузырь от передней стенки шейки матки.

Отсепаровка начинается острым путем и продолжается тупым; в дальнейшем поступаем, смотря по обстоятельствам. Если матка стягивается вниз легко, то, отодвинув подъемником вверх отсепарованный мочевой пузырь, обнажаем пузырно-маточную складку брюшины, вскрываем ее и, таким образом, заканчиваем переднюю кольпотомию. Если почему-либо сразу не удастся найти пузырно-маточную складку, то задерживаться на этом моменте не следует, так как при последующем рассечении передней стенки шейки складка брюшины вскроется сама собой.



Рис. 173. Удаление миоматозной матки через влагалище. Наложение зажима на основание параметрия.

Вскрытие брюшины прямокишно-маточного углубления через задний влагалищный свод в тех случаях, когда полость матки, вероятно, инфицирована (некроз подслизистого узла), мы предпочитаем производить в последнюю очередь, и поэтому сначала отсекаем матку от параметриев. Для этого ассистент сильно оттягивает шейку матки в сторону и вниз; другой ассистент «боковином» отодвигает боковую стенку влагалища в противоположную сторону. Рассеченную стенку бокового влагалищного свода пальцем или тупфером отодвигаем вверх, благодаря чему обнажится основание параметрия, которое мы сначала захватываем зажимом и перевязываем (рис. 173), а затем перерезаем. В момент рассечения основания параметрия, т. е. кардинальной связки, можно ясно ощутить, что на этой стороне матка стала лучше поддаваться стягиванию вниз. После же рассечения кардинальной связки и другой стороны низведение шейки еще более облегчается, во влагалищном разрезе появляется вышележащий отрезок маточного ребра и на нем можно ясно раз-

личить нисходящие ветви маточных сосудов. Сосуды захватывают двумя зажимами, между которыми их перерезают, после чего верхний зажим заменяют лигатурой, а нижний (контрклеμμα) оставляют на матке для того, чтобы предотвратить обратное кровотоечение из матки (рис. 174). Можно перевязать сосуды и не накладывая на них основной зажим. Но контрклемму мы обязательно накладываем либо до того, как лигатура завязана, либо после того, как сосуды перерезаны. То же самое проделываем и на другой стороне. Таким образом, шейка матки постепенно отсекается от основания широких связок, что значительно облегчает после-

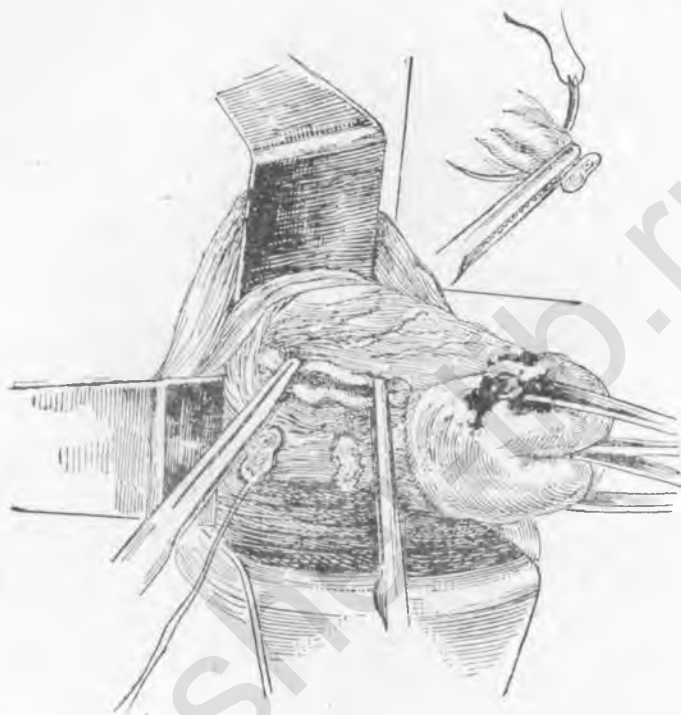


Рис. 174. Удаление миоматозной матки через влагалище. Наложение зажимов на нисходящую ветвь маточной артерии (вместе с веной).

дующее извлечение тела матки через передний влагалищный свод. Если пузырно-маточная складка брюшины до сих пор еще не была вскрыта, то ее вскрываем теперь.

Если матка лишь незначительно увеличена, то ее извлекают целиком через передний влагалищный свод. Для этого ассистент оттягивает матку вниз до тех пор, пока оперирующий не захватит тело матки, вставившееся нижним сегментом в разрез (подъемник предварительно вставляется в брюшную полость через разрез в переднем своде). Затем снимают с шейки щипцы, которыми она низводилась (предварительно через губу маточного зева проводят лигатуру, оставляя длинные концы для того, чтобы в нужный момент можно было снова извлечь шейку наружу). Шейку матки отодвигают вглубь влагалища (см. рис. 44) и, потягивая за пулевые щипцы, извлекают вышележащий участок тела матки. Следующий участок матки захватывают другими пулевыми щипцами и так продолжают до тех пор, пока не извлекут всю матку. При извлечении матки палец,

введенный вдоль тела матки в брюшную полость (рис. 45), все время контролирует, нет ли сращений между маткой и соседними органами. Если имеются рыхлые спайки, то их разделяют пальцем, плотные же — разрезают ножницами у самой поверхности матки непременно под контролем глаза.

Если матка значительно увеличена, нет никакого смысла прилагать большие усилия для того, чтобы извлечь ее из брюшной полости целиком: это может оказаться невозможным и будут понапрасну потеряны силы и время, а во-вторых, при насильственных попытках извлечь матку через

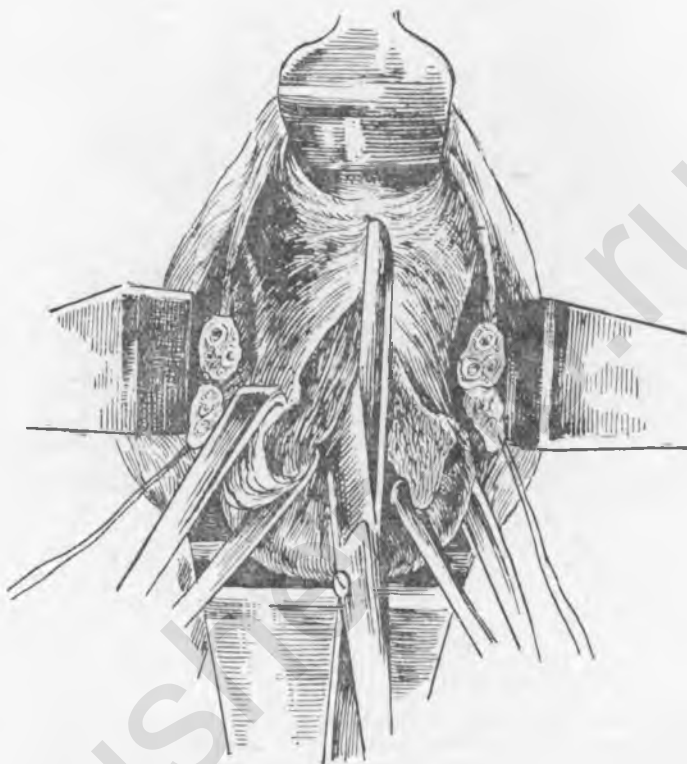


Рис. 175. Удаление миоматозной матки через влагалище. Рассечение передней стенки матки начинают от наружного маточного зева вверх. При этом вскрывается пузырно-маточная складка брюшины.

недостаточное для ее объема отверстие во влагалищном своде можно нанести травму, которая еще больше осложнит ход операции. Увеличенная матка несравненно легче проходит через разрез во влагалищном своде, если ее извлекать не целиком, а после рассечения ее передней стенки по средней линии.

Делают это следующим образом: после того как мочевого пузырь отсепарован от шейки матки, отодвигают его вверх, где и удерживают подъемником. Маточный зев, захваченный двумя пулевыми щипцами, рассекают прямыми ножницами спереди по средней линии. Разрез продолжают вести по средней линии передней стенки шейки матки (рис. 175), пока не вскрыется (если она не была предварительно вскрыта) пузырно-маточная складка брюшины. В отверстие вскрытой брюшины вставляют подъемник и разрез

продолжают по передней стенке тела матки, захватывая следующей парой щипцов вышележащие отрезки маточной стенки. После этого снимают первую пару щипцов, а шейку, прошитую лигатурой («держалка»), отодвигают кзади, вглубь влагалища, и затем продолжают извлекать рассеченную до самого дна матку (рис. 176).

Если в матке имеется большой миоматозный узел или несколько узлов, то одного рассечения передней стенки матки может оказаться недостаточно для того, чтобы извлечь через влагалищный разрез матку

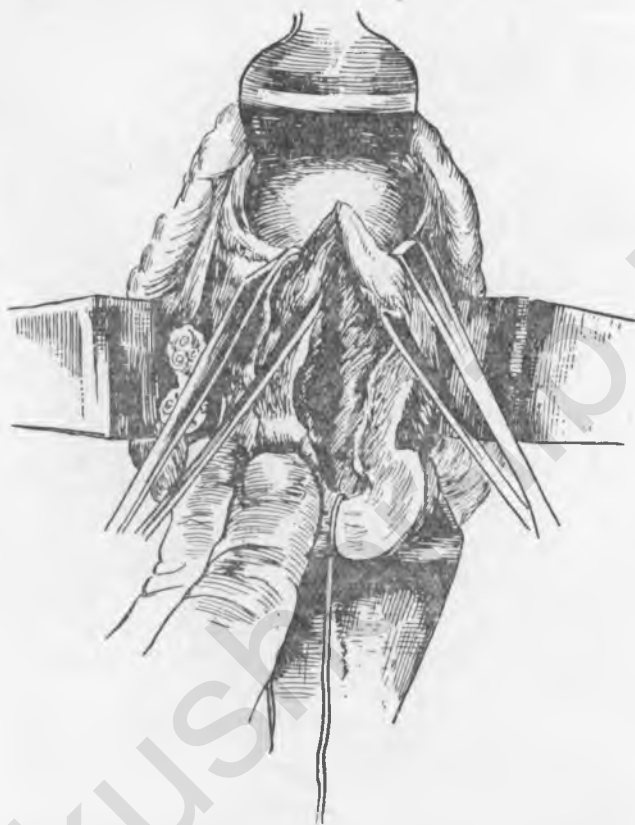


Рис. 176. Удаление миоматозной матки через влагалище. Постепенно рассекают всю переднюю стенку матки.

вместе с опухолью. В таких случаях, рассекая маточную стенку, необходимо попутно удалять и узлы опухоли (рис. 177 и 178). А если обнаруженный узел так велик, что целиком его извлечь невозможно, то следует прибегнуть к кускованию опухоли (рис. 179).

После того как миоматозная матка тем или иным способом полностью извлечена из брюшной полости во влагалище, приступают к отсечению ее от широких связок. Отсечение начинают сверху; один зажим накладывают на круглую связку, другой — на собственную связку яичника вместе с маточной трубой; медиально от них накладывают вторую пару зажимов в качестве контрклипм у самого ребра матки. Между зажимами связки рассекают ножницами. Основные зажимы заменяют лигатурами, оставляя длинные концы. Контрклипмы остаются на препарате. На одной стороне,

например, на левой, лигатуры захватывают длинными зажимами, а на правой — короткими. Благодаря такому способу, можно после удаления матки безошибочно определить, какой стороне принадлежала лигатура. Матку постепенно отсекают с обеих сторон от широких связок, причем отдельными лигатурами перевязывают восходящие ветви маточных сосудов. Маточно-крестцовые связки и брюшину заднего прямокишечно-маточного углубления перерезают в последнюю очередь (рис. 180). Препарат удаляют и приступают к перитонизации культи и закрытию брюшной полости. Сначала извлекают край пузырно-маточной складки брюшины, для чего

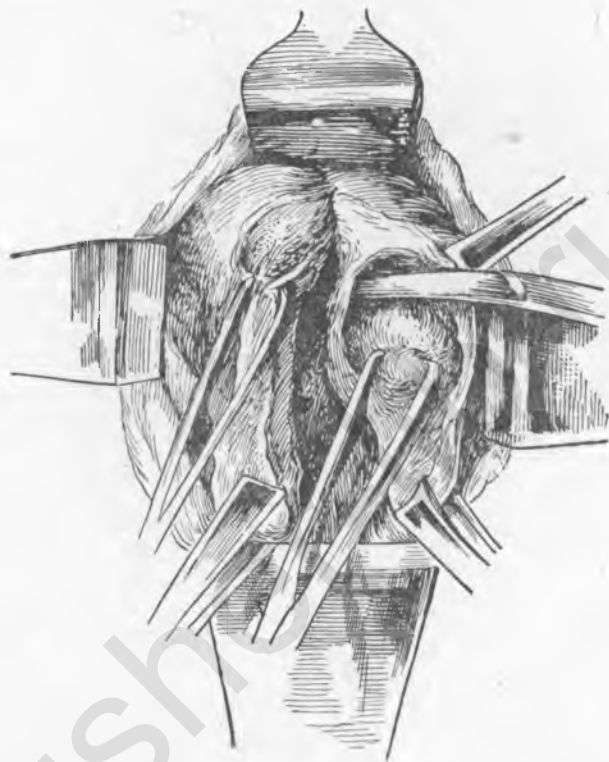


Рис. 177. Удаление миоматозной матки через влагалище. Если матка велика, то сопутнo с рассечением стенки из матки удаляют имеющиеся в ней узлы.

в брюшную рану вводят указательный палец, обращенный ладонной поверхностью к симфизу. Согнув палец крючком, выводят наружу заднюю стенку мочевого пузыря, покрытую брюшиной, пальцем другой руки отодвигают передний лоскут влагалища вместе с прикрепленной к нему передней стенкой мочевого пузыря; в результате на конце согнутого пальца остается край брюшины, который захватывают зажимами. Извлечь брюшину можно анатомическими пинцетами: ими приподнимают край влагалищного лоскута, затем извлекают лежащую под ним стенку мочевого пузыря и, наконец, лежащий под ним край брюшины. Задний край брюшины, прилегающий непосредственно к заднему краю влагалищного разреза, еще легче захватить зажимами.

Затем приступают к перитонизации оставшихся культи и одновременно с этим к зашиванию отверстия в брюшине. Это делают следующую

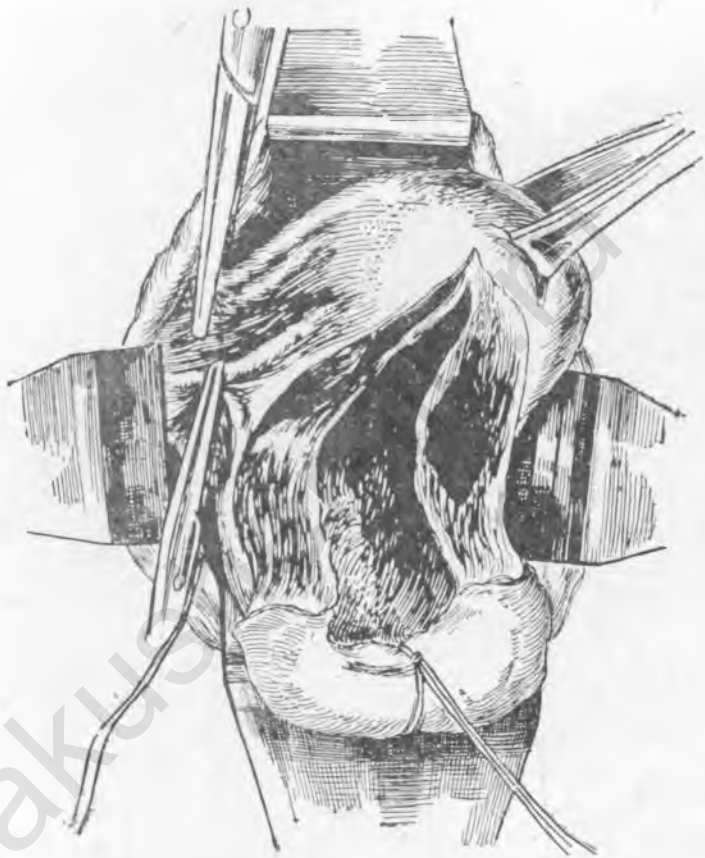


Рис. 178. Удаление миоматозной матки через влагалище. После рассечения стенки матки и вылушения из нее узлов матку извлекают из брюшной полости.

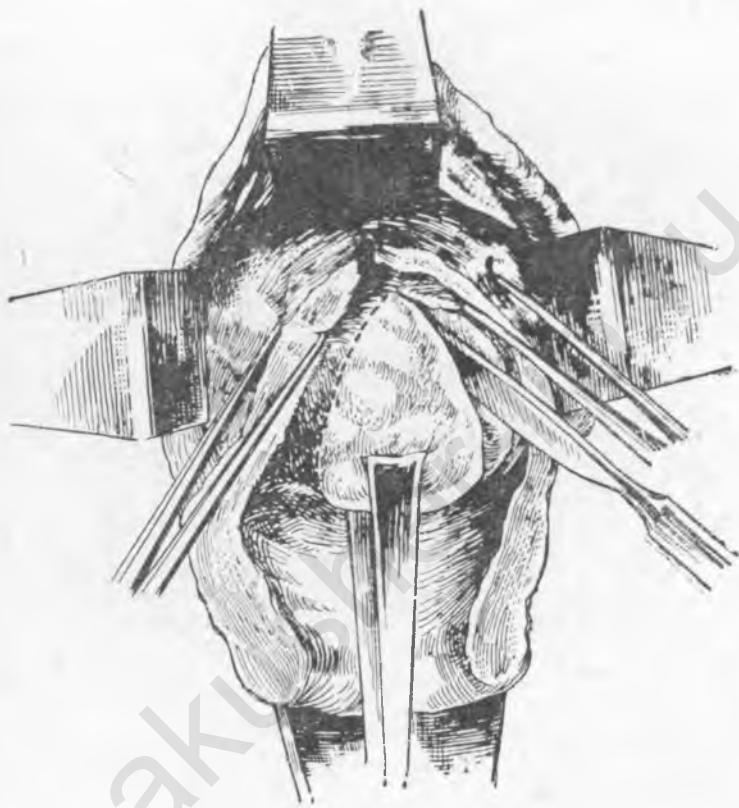


Рис. 179. Удаление миоматозной матки через влагалище. Кусковая-
ние большого межлужочного узла. Справа проведен скальпелем
разрез для иссечения клина. Слева пунктиром обозначен другой
край разреза.

щим образом. Первую лигатуру проводят сбоку через передний край брюшины вблизи верхней культи, принадлежащей придаткам, и дальше через задний край брюшины вблизи нижней культи, принадлежащей основанию широкой связки (рис. 181). Перед тем как хирург завяжет лигатуру, ассистент слегка вытягивает культи за длинные концы лигатур,

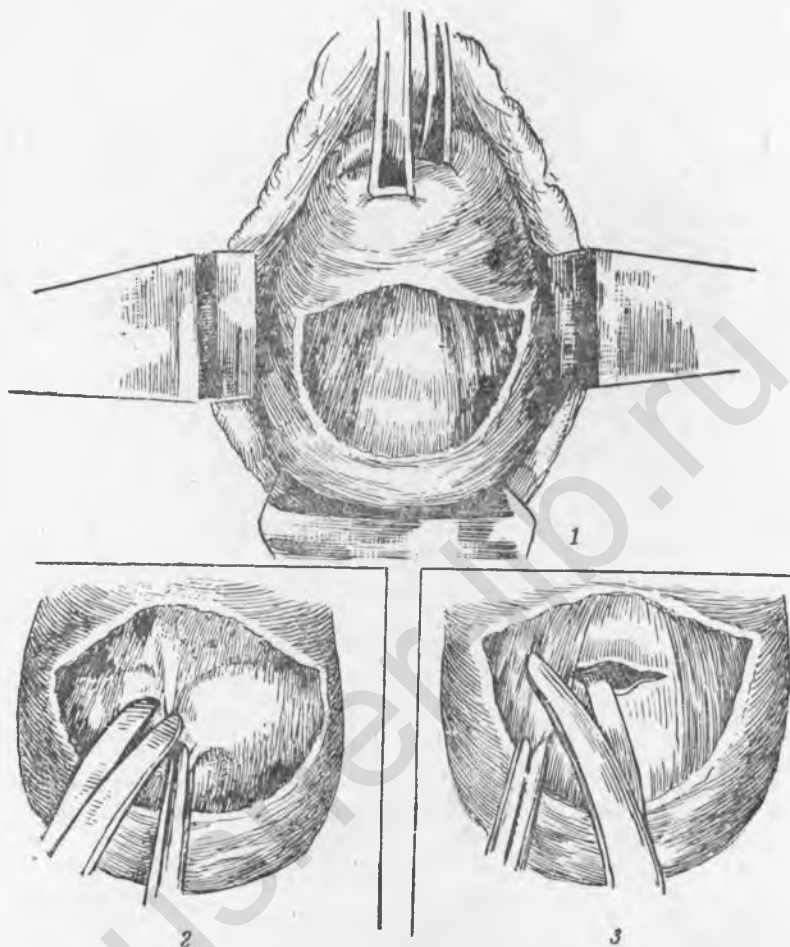


Рис. 180. Удаление миоматозной матки через влагалище. Вскрытие брюшины прямокишечно-маточного кармана и рассечение маточно-крестцовых связок.

1 — шейка матки откинута к лону; вырисовываются маточно-крестцовые связки и между ними брюшина прямокишечно-маточного кармана; 2 — ножницами вскрыта брюшина, складку которой оттягивают пинцетом; 3 — рассечение маточно-крестцовой связки.

соединяющих края брюшины так, чтобы эти культи находились немного впереди соединяемых краев брюшины. После того как лигатура будет завязана медиально от культей, ее обводят еще раз вокруг культей и вторично завязывают по ту сторону культей (рис. 182). Таким образом, эти культи фиксируются в углу раны, причем теперь они лежат внебрюшинно. Культи противоположной стороны также фиксируют внебрюшинно. Отверстие в брюшине, оставшееся еще не зашитым, закрывают двумя-тремя лигатурами (рис. 183). Затем сшивают края влагалищной раны.

Так как после удаления матки из клетчатки может просачиваться незначительное количество крови, то во избежание образования хотя бы и небольшой гематомы мы вставляем между сшитыми краями влагалищной раны узенькую полоску марли — фитиль, а влагалище тампонируем марлевой салфеткой. Через 8—10 часов удаляются тампон и фитиль.

При наличии явной инфекции рану не зашивают наглухо, а оставляют небольшое отверстие в брюшине и во влагалищном своде, через которое неглубоко вводят в брюшную полость полоску марли, присы-

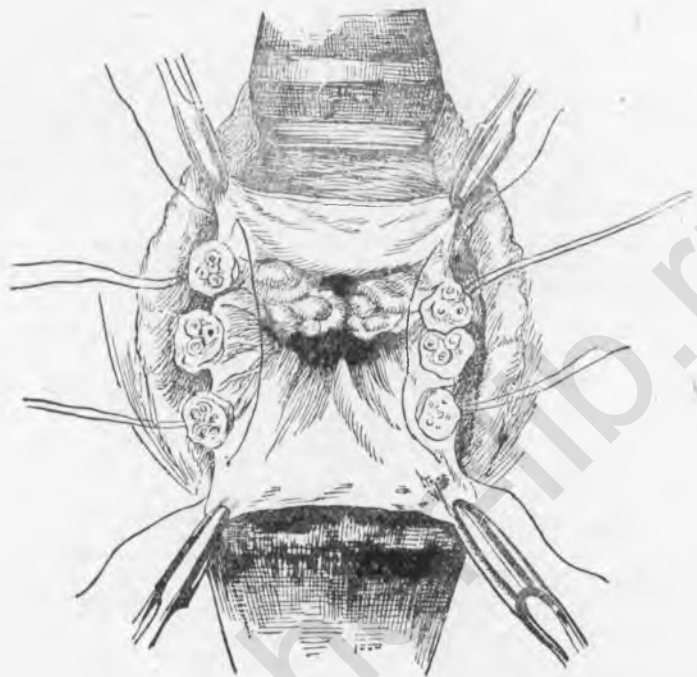


Рис. 181. Удаление миоматозной матки через влагалище. Перитонизация культи и разреза брюшины. Для этого извлечены передний и задний края разреза брюшины; их фиксируют 4 зажимами. Затем в углах извлеченных краев брюшины сначала на одной стороне, например, справа, проводят лигатуру через край брюшины рядом с верхней культи (принадлежащей придаткам) и дальше через задний край брюшины возле культи, принадлежащей основанию широкой связки. То же делают и на противоположной стороне.

панную порошком белого стрептоцида, и оставляют ее на 2—3 дня. В настоящее время в подобных случаях, кроме того, применяется пенициллинотерапия.

Иногда бывает полезно описанный ход операции несколько видоизменить. Это касается тех случаев, когда укороченные или уплотненные маточно-крестцовые или кардинальные связки не позволяют достаточно низвести шейку матки в преддверие влагалища. В этих случаях мы сначала пытаемся растянуть (укороченные или потерявшие свою эластичность) связки описанным выше приемом: захватив переднюю и заднюю губы маточного зева крепкими щипцами, качательными движениями из стороны в сторону осторожно, но с нарастающей энергией оттягиваем шейку вниз и кзади и нередко добиваемся успеха.

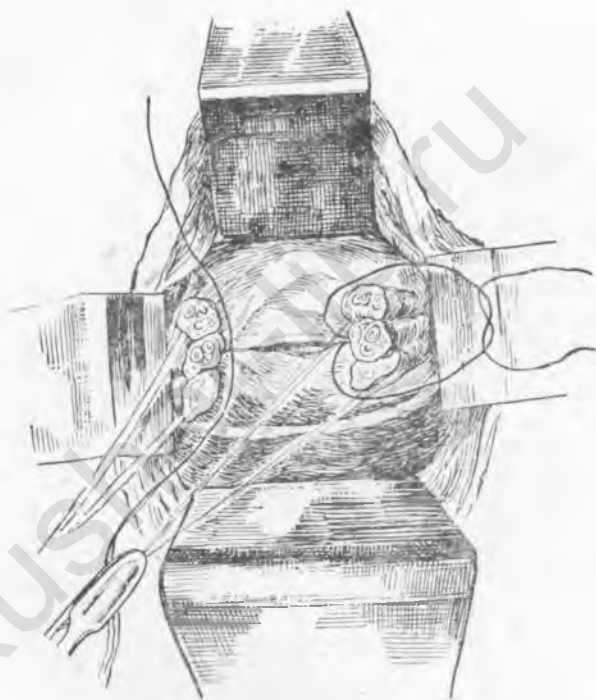


Рис. 182. Удаление миоматозной матки через влагалище. Перитонизация культи и закрытие разреза брюшины. Справа на рисунке завязывается лигатура, изображенная на рис. 181. После затягивания уалы культи левой широкой связки окажутся фиксированными внебрюшинно.

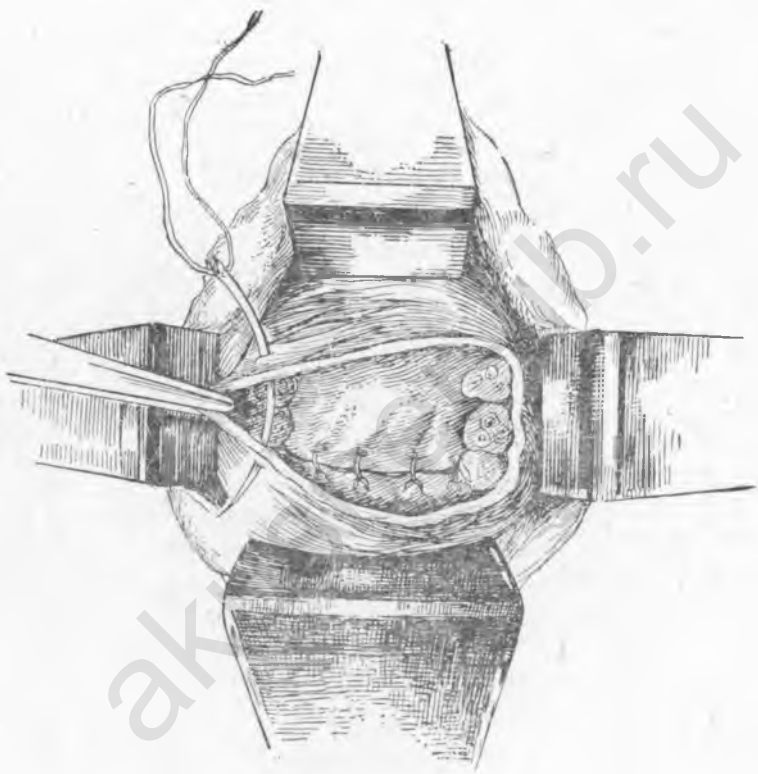


Рис. 183. Удаление миоматозной матки через влагалище. Влагалищную рану начинают закрывать отдельными лигатурами. В глубине видны культы, оставшиеся зафиксированными внебрюшинно, и швы, которыми закрыто отверстие в брюшине.

Но если цель не достигнута и влагалищную часть матки полностью извлечь в преддверие влагалища не удалось, приходится тактику менять: если связки невозможно растянуть, их надо рассечь. Поэтому после того, как круговым (с дополнительным на передней стенке лоскута) разрезом влагалищные своды будут отделены от шейки матки, влагалищную часть матки приподнимают сверху и спереди, а брюшину заднего прямокишечно-маточного углубления оттягивают пинцетом и вскрывают (рис. 180). Захватив в зажим с каждой стороны маточно-крестцовую связку, ее перерезают и зажим заменяют швом. Дальше операция идет, как описано выше: перевязывают и перерезают кардинальные связки, отсепааровывают мочевой пузырь и т. д.

В тех случаях, когда при рождающейся фибромиоме показана экстирпация матки, а сделать операцию влагалищным путем технически невозможно, поневоле приходится делать брюшностеночное чревосечение. Ввиду опасности, угрожающей брюшине при извлечении инфицированной опухоли через разрез в брюшной стенке, необходимо перед операцией тщательно продезинфицировать влагалище, шейку матки, а также опухоль так, как это было описано выше при подготовке к влагалищной экстирпации. Если рождающаяся опухоль имеет ножку, то сначала можно удалить опухоль, затем самым тщательным образом обработать спиртом и иодной настойкой основание опухоли, шейку и влагалище и только после этого приступить к чревосечению. Можно также при чревосечении до того, как отсечь шейку матки от влагалищных сводов, наложить на влагалище жом, как это делают при радикальной операции рака шейки матки. Чтобы защитить брюшные органы от соприкосновения с удаляемой маткой, необходимо во время операции особенно тщательно обложить ее салфетками или полотенцем. Закончив экстирпацию, можно дренировать брюшную полость по Микуличу.

Все же для борьбы с инфекцией мы одними этими мерами не ограничиваемся. Накануне операции (если она производится в плановом порядке) начинают вводить пенициллин внутримышечно каждые 3 часа и доводят суточную дозу до 800 000—1 000 000 единиц. Во время операции, после того как туалет брюшной полости будет закончен, опрыскивают из шприца брюшную и особенно тазовую полость пенициллином (500 000—1 000 000 единиц); помимо этого, следует продолжать внутримышечные впрыскивания пенициллина и в день операции, и в последующие дни в тех же дозах и до тех пор, пока не снизится температура и не исчезнут явления воспаления, если таковые имеются. После исчезновения острых явлений инфекции мы не прекращаем пенициллинотерапию, а снижаем дозировку. Пенициллинотерапия прекращается после того, как температура у больной будет совершенно нормальной в течение 5—6 дней.

Удаление фиброзного полипа, находящегося в полости матки. Влагалищным путем чаще удаляют подслизистые фибромиомы, принявшие вид фиброзного полипа. Фиброзные полипы, родившиеся во влагалище, нужно всегда считать инфицированными. Их следует поэтому удалять наиболее простым и наименее травмирующим способом — таковым является откручивание фиброзного полипа, если он имеет тонкую ножку, или вылушивание полипа из капсулы, если он связан со стенкой матки толстой ножкой (технику удаления фиброзного полипа см. в первой части руководства). Фиброзные полипы вызывают симптомы, нередко требующие вмешательства еще до их рождения во влагалище; так, меноррагии, сопровождающиеся схваткообразными болями, дают основание заподозрить в данном случае наличие фиброзного полипа. Чтобы установить точный диагноз, надо исследовать больную во время менструа-

нии, так как в этот период фиброзный полип часто опускается в шейечный канал и его не только ощущают при исследовании, но его можно и увидеть в маточном зеве. Если это не удастся, надо исследовать полость матки зондом или сделать рентгеновский снимок после введения в матку контрастного вещества (рис. 184). Если эти исследования подтвердят диагноз, то опухоль следует удалить. Выжидать в подобных случаях нецелесообразно, так как продолжающиеся кровотечения будут истощать больную, самопроизвольное рождение полипа может затянуться, угроза инфекции возрастет. Чтобы удалить находящийся в полости матки фиброзный полип, необходимо сначала открыть широкий доступ в полость матки. Такую возможность дает рассечение передней стенки шейки матки после того, как от нее будет отделен мочевого пузыря — кольпогистерото-

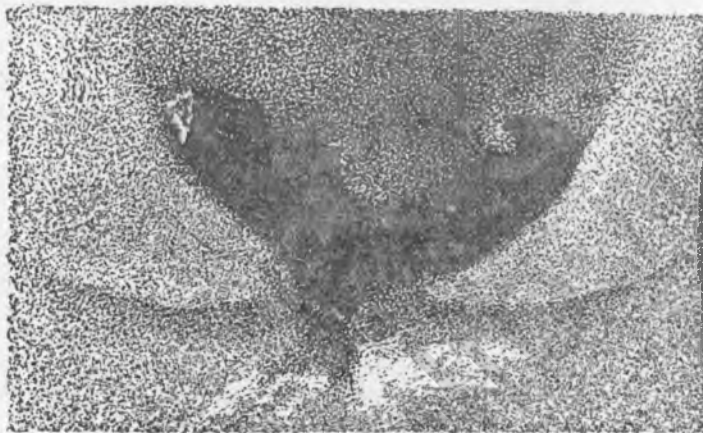


Рис. 184. Метрографией обнаружен подслизистый узел фибромиомы.

мия (технику кольпогистеротомии см. в первой части руководства). Широкий доступ в полость матки дает возможность достигнуть верхнего полюса полипа и тогда легко будет отделить полип от его ножки. Если фиброзный полип исходит из нижнего отдела шейечного канала и ножка его находится вблизи наружного маточного зева, то для его удаления достаточно будет сделать глубокие насечки еще недостаточно открытого маточного зева.

Удаление через влагалище подслизистой фибромиомы, сидящей на широком основании. Доступ в полость матки открывают при помощи кольпогистеротомии. Показанием к такой операции могло бы служить наличие подслизистой фибромиомы у молодой женщины, страдающей вследствие этого бесплодием, конечно, при условии отсутствия в матке других узлов. Такая операция может представить лишь казуистический интерес.

Влагалищная экстирпация миоматозной матки при наличии в ней фиброзного полипа. В большинстве случаев операция по поводу фиброзного полипа заключается, повторяем, в его удалении; матка же сохраняется. В более редких случаях целесообразно удалить также и матку, так, например, при наличии других подслизистых узлов, либо при гангрене фиброзного полипа, когда процесс распространился на стенку матки или когда некрозу подверглись другие содержащиеся в матке узлы. В подобных случаях только удаление всей миоматозной матки может повести к полному выздоровлению.

Прежде, когда влагалищное чревосечение давало лучшие результаты, нежели брюшностеночное, гинекологи предпочитали оперировать фибромиомы по возможности через влагалище. В настоящее время прибегать к сложному методу влагалищной экстирпации матки при наличии в ней больших опухолей в большинстве случаев нецелесообразно. Но при наличии рождающейся, распадающейся и инфицированной фибромиомы матки, которую невозможно надежно продезинфицировать, экстирпация матки через влагалища имеет огромное преимущество. В тех случаях, когда величина матки вместе с опухолью не превышает размера матки при беременности в $2\frac{1}{2}$ —3 месяца или, если величина матки даже и больше, но опухоль состоит из отдельных узлов, из которых каждый может быть извлечен через разрез во влагалищном своде, мы, учитывая опасность инфекции брюшины из распадающегося узла, оперируем влагалищным путем. Для успеха операции большое значение имеет отсутствие препятствий при низведении опухоли в преддверие влагалища. Чтобы в этом убедиться, следует сделать пробную тракцию, разумеется, после того как больной дан наркоз: захватив шейку щипцами, мы с постепенно нарастающей силой стягиваем шейку вниз, раскачивая ее из стороны в сторону. Если шейка низводится в преддверье или наружу, то шансы на благоприятный исход операции увеличиваются. Меньшее значение имеет ширина влагалища, ибо узкое влагалище можно расширить разрезом, проведенным на одной или на обеих сторонах.

Техника операции при больших рождающихся фибромиомах матки. Наружные половые органы дезинфицируем обычным способом; мочу спускаем катетером. Следует вновь подчеркнуть, что дезинфекция влагалища и рождающейся фибромиомы требует особой тщательности и отнимает довольно много времени. Спринцевать влагалище в этих случаях нельзя. Промывание влагалища через маточный наконечник с двойным током (маточный катетер с двойным током) также не вполне безопасно, так как промывная жидкость все же может затечь в матку. Мы производим дезинфекцию влагалища и родившейся в него опухоли в зеркалах тупферами, обильно смоченными спиртом, а затем иодной настойкой. Для этого берем минимум 3—4 тупфера, смоченных спиртом, и столько же тупферов, смоченных иодом. Стараемся обойти опухоль со всех сторон. Кроме того, узкую полоску марли, обильно смоченную иодной настойкой, вводим на зонде через маточный канал до основания опухоли или до ее ножки. Эту манипуляцию повторяем несколько раз. После обработки опухоли и влагалища описанным способом откручиваем опухоль, захватив ее одними или двумя крепкими щипцами; омертвевшая опухоль в большинстве случаев рвется и ее приходится удалять по частям. Захватив шейку матки, протираем шеечный канал полоской марли, смоченной иодной настойкой, вводимой на зонде. И только после такой тщательной подготовки приступаем к операции удаления матки влагалищным путем.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ МИОМАТОЗНОЙ МАТКИ, СОДЕРЖАЩЕЙ БОЛЬШОЙ ГАНГРЕНЕСЦИРУЮЩИЙ МИОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ

В тех случаях, когда при наличии гангренесцирующего подслизистого узла показана экстирпация матки, а произвести всю операцию влагалищным путем невозможно, поневоле приходится прибегнуть к брюшностеночному чревосечению.

В подобных случаях сначала через влагалище вылущается опухоль из стенки матки; если вылущить ее полностью не удастся, можно ограничиться удалением части опухоли. Затем снова обрабатывается полость матки и влагалища спиртом и подной настойкой, тампонируется полость матки полоской марли со стрептоцидом и маточный зев зашивается несколькими крепкими шелковыми лигатурами. Меняют халаты, надевают свежие перчатки. Больную переводят в положение для брюшностеночного чревосечения и этим путем удаляют матку.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Фибромиома и беременность

Беременность при сочетании ее с фибромиомой, как известно, может протекать вполне нормально и достигнуть нормального срока родов. Поэтому наличие фибромиомы при беременности отнюдь не является показанием ни к прерыванию беременности, ни к операции по поводу фибромиомы. Но, ввиду возможности нарушений и осложнений нормального течения беременности, такие беременные должны находиться под тщательным наблюдением женских консультаций. В тех случаях, когда фибромиома создает угрозу для продолжения беременности или когда возникает угроза омертвления опухоли, первые признаки которого уже появились, необходимо немедленно принять все меры, чтобы приостановить и ликвидировать процесс. Первое условие — полный покой и постельный режим, а затем и другие соответствующие мероприятия, принятые в практике консервативного акушерства. Для правильного проведения всех этих мер, а также для того, чтобы в случае необходимости своевременно применить хирургическое вмешательство, лучше всего поместить беременную в отделение патологии беременности родильного дома или акушерско-гинекологического стационара. По выписке из учреждения такие беременные, повторяем, должны оставаться под постоянным наблюдением женской консультации, так как они часто недооценивают, и роды у них с самого начала могут протекать патологически. Поэтому каждую беременную с фибромиомой следует направлять на роды в родильный дом не тогда, когда у нее начались схватки, а заблаговременно, т. е. до наступления родовой деятельности.

Показания к операции. Показание к хирургическому вмешательству может возникнуть тогда, когда у женщины до настоящей беременности происходили самопроизвольные выкидыши, причиной которых была именно фибромиома. Большая опухоль также является показанием к операции, так как трудно рассчитывать в подобных случаях, что в брюшной полости останется достаточно места для растущего плода. Здесь следует подчеркнуть, что только огромные фибромиомы препятствуют развитию беременности до нормального срока или хотя бы до срока, когда жизнеспособность плода не вызывает сомнения. Мы не раз наблюдали доношенную беременность, хотя при сроке ее в 8—12 недель дно матки находилось на уровне пупка.

Наличие фибромиомы при беременности может заставить врача взяться за нож и в том случае, когда наступает некроз опухоли. Асептический некроз опухоли встречается у беременных чаще, чем у небеременных. Наиболее частым, а иногда и единственным симптомом некроза опухоли являются боли. Вначале боли умеренные, но с развитием процесса они становятся все интенсивнее и могут принять характер острого приступа,

сопровождающегося реактивными явлениями со стороны брюшины — рвотой, вздутием живота, задержкой стула и газов. Опухоль быстро увеличивается, становится мягкой, иногда даже флюктуирующей, а главное, болезненной при ощупывании. Температура может оставаться нормальной, но общее состояние больной ухудшается. Под влиянием болеутоляющих средств и покоя боли могут пройти, но иногда опять возобновляются, и последующий припадок даже может быть еще более сильным.

Аналогичные явления могут наступить в связи с кровоизлиянием в капсулу опухоли, в самую опухоль или даже в брюшную полость. К счастью, подобные осложнения во время беременности наблюдаются



Рис. 185. Препарат фибромиомы матки с разрывом капсулы опухоли, вызвавшим внутрибрюшное кровоизлияние.

редко; несколько чаще отмечается некроз и инфекция в послеродовом периоде. Если припадок болей и явления раздражения брюшины под влиянием принятых мер не утихают, то приходится прибегнуть к хирургическому вмешательству. Перекручивание ножки подбрюшинной фибромиомы или всей миоматозной матки может во время беременности также повести к некрозу опухоли или к кровоизлияниям в нее и вызвать клинические симптомы, характерные для острого живота.

Неблагоприятное в топографическом отношении расположение фибромиомы в матке, например, большой узел в шейке матки, может явиться препятствием к родоразрешению через естественные родовые пути и потребовать хирургического вмешательства в конце беременности или в начале родов. До этого момента такое расположение опухоли показанием к операции не служит.

К числу весьма редких показаний к чревосечению при сочетании фибромиомы с беременностью может послужить внутрибрюшное кровоизлияние вследствие разрыва капсулы опухоли (рис. 185).

Таким образом, мы видим, что при нередко встречающемся сочетании беременности с фибромиомой показания к хирургическому вмешательству возникают весьма редко, можно сказать, в исключительных случаях. В большинстве же случаев беременность при наличии фибромиомы может продолжаться.

При операции мы, как и большинство отечественных авторов, придерживаемся консервативного метода и принимаем все меры к тому, чтобы довести беременность до нормального срока родов. Опыт показал, что операции на беременной матке могут не нарушать течения беременности, если матка не подвергается значительной травме и если в техническом отношении операция проводится бережно и тщательно. Конечно, и при этом условии не исключена возможность нарушения беременности после вылушения опухоли из матки.

Методика хирургических вмешательств во время беременности при сочетании ее с фибромиомой. Методы операции по поводу фибромиомы при сочетании ее с беременностью могут быть, как и в случаях, не осложненных беременностью, консервативными (вылушение опухоли — миомэктомия), радикальными (надвлагалищная ампутация, полная экстирпация матки) и полурадикальными (дефундация, высокая ампутация матки).

Из консервативных методов операции чаще всего применяется вылушение (энуклеация) опухоли. Прогноз этой операции тем лучше, чем ближе к поверхности матки лежит опухоль и чем меньше количество вылушаемых из матки узлов. Шансы на успех уменьшает не столько сама травма операции, которую беременная матка сравнительно хорошо переносит, сколько кровотечения, которые наблюдаются из ложа каждого узла. При операции гемостазу должно быть уделено самое большое внимание. Чем больше вылушается узлов, тем больше травмируется матка и вследствие этого чаще наступают обильные кровотечения, чаще возникает угроза послеоперационных осложнений и чаще происходит выкидыш. К вылушению фибромиомы во время беременности мы прибегаем, повторяем, лишь тогда, когда опухоль настолько велика, что для роста беременной матки не остается свободного места. Но правильно судить об этом можно лишь тогда, когда уже в начале беременности опухоль достигает величины, соответствующей примерно 6 месяцам беременности. Риск операции более оправдан, если мы имеем дело с пожилой первобеременной или с беременной, страдающей привычными выкидышами. В других случаях мы придерживаемся выжидательной тактики и оперируем лишь при наступлении каких-либо осложнений. Если во время выжидания все же произойдет выкидыш, то для предупреждения последующего выкидыша производят операцию миомэктомии лишь по окончании периода послеабортной инволюции матки. Конечно, нет никакой гарантии в том, что наступившая после миомэктомии беременность непременно будет доношена, но благоприятные результаты в подобных случаях все же наблюдались неоднократно, и из литературы такие случаи достаточно известны. Если же операция по поводу фибромиомы во время беременности предпринимается не в качестве профилактической меры, а по другим показаниям, как, например, при наступившем некрозе опухоли, особенно если к некрозу присоединяется инфекция, то приходится применить не миомэктомию, а радикальную операцию.

Может случиться, что во время лапаротомии, предпринятой с целью консервативной миомэктомии, окажется, что подлежащих вылушению узлов гораздо больше, чем предполагалось, и поэтому матка будет сильно повреждена; в подобном случае может также явиться необходимость

вместо миомэктомии произвести радикальную или полурадикальную операцию.

Вылущение миоматозных узлов во время беременности по другим показаниям мы производим очень редко потому, что миомэктомия во время беременности все же иногда ведет к прерыванию беременности, а во-вторых, потому, что вылущение узлов часто сопровождается обильным кровотечением, которое порой трудно полностью остановить. В результате же в послеоперационном периоде наступают осложнения, которые в свою очередь могут осложнить течение родов и послеродового периода.

Поэтому мы считаем, что если во время беременности, осложненной фибромиомой, появилась настоятельная необходимость в операции (особенно, если в матке много узлов или если наступил некроз опухоли), то чаще следует прибегнуть не к миомэктомии, а к более радикальной операции, как надвлагалищная ампутация матки, а при расположении фибромиомы в верхнем отделе матки — к дефундации или к высокой ампутации матки (см. ниже).

Если к некрозу присоединится тяжелая инфекция, то более безопасным методом явится полная экстирпация матки.

Вместо сохранения беременности и физиологически функционирующей матки оперированная женщина, еще молодая, лишится даже менструации, что явится для нее тяжелейшим ударом, в котором она, и не без основания, будет обвинять хирурга. Поэтому, повторяем, к вопросу о показаниях к миомэктомии во время беременности нужно подходить крайне осторожно и только при наличии настоятельных показаний к вылущению опухолей решаться на такую операцию.

Необходимо также подчеркнуть, что, приступая к консервативной операции по поводу фибромиомы при беременности, никогда нельзя быть абсолютно уверенным в том, что во время операции намеченный план удастся выполнить в полной мере и удастся сохранить беременность и матку. Во всяком случае обещать этого больной не следует.

Методика хирургического вмешательства при наличии фибромиомы во время беременности может быть консервативная (вылущение опухоли — миомэктомия), радикальная (надвлагалищная ампутация, полная экстирпация) и полурадикальная (дефундация или резекция). Поскольку вылущение узлов опухоли сопровождается некоторой травмой беременной матки, то понятно, что в результате миомэктомии беременность может прерваться. Опасность возникновения послеоперационных осложнений и выкидыша тем меньшая и прогноз операции тем лучше, чем меньше вылущивается узлов и чем ближе они расположены к поверхности матки. Поэтому при миомэктомии во время беременности мы не считаем обязательным удалять все узлы, а ограничиваемся вылущением лишь тех единичных узлов, которые по своей величине или расположению служат препятствием к продолжению беременности.

Миомэктомия во время беременности не всегда возможна и целесообразна. В беременной матке иногда имеется значительное количество больших узлов; некоторые из них могут быть расположены под слизистой оболочкой или близко к полости беременной матки, которая при операции неминуемо будет вскрыта. При этом не только будет нарушена беременность, но может случиться, что после вылущения многочисленных, особенно больших, узлов от матки останутся одни лоскуты, и хирург вместо предполагаемой миомэктомии будет вынужден закончить операцию надвлагалищной ампутацией или полной экстирпацией матки. Поэтому, повторяем, к вопросу о применении миомэктомии во время беременности

нужно подходить крайне осторожно и решаться на такую операцию только при наличии настоятельных показаний к вылущению опухолей.

В тех случаях, когда оперировать во время беременности необходимо, а миомэктомия с сохранением матки технически не выполнима, мы прибегаем к высокой горизонтальной резекции матки (обычно дефундации или высокой ампутации), чтобы избежать надвлагалищной ампутации матки, после которой совершенно прекращаются менструации. Резекция из дна или тела матки в вертикальном направлении, с нашей точки зрения, мало пригодна, так как при ней сохраняются главным образом боковые отделы (ребра) матки с небольшим количеством эндометрия, вследствие чего менструация становится значительно слабее или вовсе прекращается.

Методика дефундации и высокой ампутации мало отличается от методики обычной надвлагалищной ампутации матки. Перевязываются и отсекаются от матки собственные связки яичника и маточные трубы (если опухоль расположена высоко в дне матки, то круглые связки можно не отсекать от нее). Немного ниже того горизонтального уровня, на котором необходимо отсечь матку, перевязывают идущие вдоль боковых ребер матки восходящие ветви сосудов, после чего матку отсекают так же, как и при надвлагалищной ампутации. Особая тщательность требуется при зашивании стенок резецированной матки: переднюю и заднюю стенки сшивают рядом узловых кетгутовых швов в два или даже три этажа так же, как и при зашивании разреза матки во время кесарева сечения. Перитонизацию этих швов производят при помощи пузырьно-маточной складки брюшины, которую рассекаем в поперечном направлении либо в начале операции, либо теперь; нижний край ее вместе с мочевым пузырем отодвигают книзу. Чем больше оставляемая культя матки, тем больше требуется брюшины для ее покрытия, поэтому при дефундации и высокой ампутации матки мочевой пузырь необходимо отодвинуть вниз дальше, чем при надвлагалищной ампутации. В этих случаях для перитонизации можно использовать и петли круглых связок, как это делается после энуклеации узлов из передней стенки или из дна матки.

В некоторых случаях узлы расположены и на передней, и на задней стенке матки, но не на одном уровне.

Как уже указывалось, мы в подобных случаях с успехом производили операцию асимметрической дефундации, или высокой ампутации матки.

Техника резекции матки при беременности. После вскрытия брюшной полости из нее извлекается беременная матка вместе с опухолями и отгораживается стерильными салфетками. Осмотром и пальпацией определяются нижние границы расположения узлов на передней и задней стенке матки. Если оказывается, что узлы расположены настолько высоко, что при резекции матки даже на уровне наиболее низко расположенного узла останется достаточно эндометрия для сохранения менструальной функции, то на этом уровне и производится обычная симметрическая резекция матки. Но если возникает опасение, что при таком способе останется слишком мало эндометрия, то резекция производится на разных уровнях передней и задней стенки матки, соответственно нижним границам расположенных на них узлов опухоли.

После того как стенки матки резецированы и плодное яйцо удалено, еще раз обследуют стенки оставшейся части матки, чтобы проверить, не остался ли где-нибудь незамеченный узелок; если таковой обнаружится, его вылушивают и зашивают ложе. Получается сочетание резекции с энуклеацией, к чему, впрочем, в отдельных случаях прибегают и при консервативной операции на небеременной миоматозной матке. В осталь-

ном ход асимметрической резекции матки ничем не отличается от обычной ее дефундации и надвлагалищной ампутации.

Если из задней стенки матки удаляется меньшая, а из передней — большая часть (рис. 186), то при сшивании краев раны задняя стенка перегибается впереди и швы будут лежать на передней стенке уменьшенной матки. Для перитонизации этих швов легко использовать пузырьно-

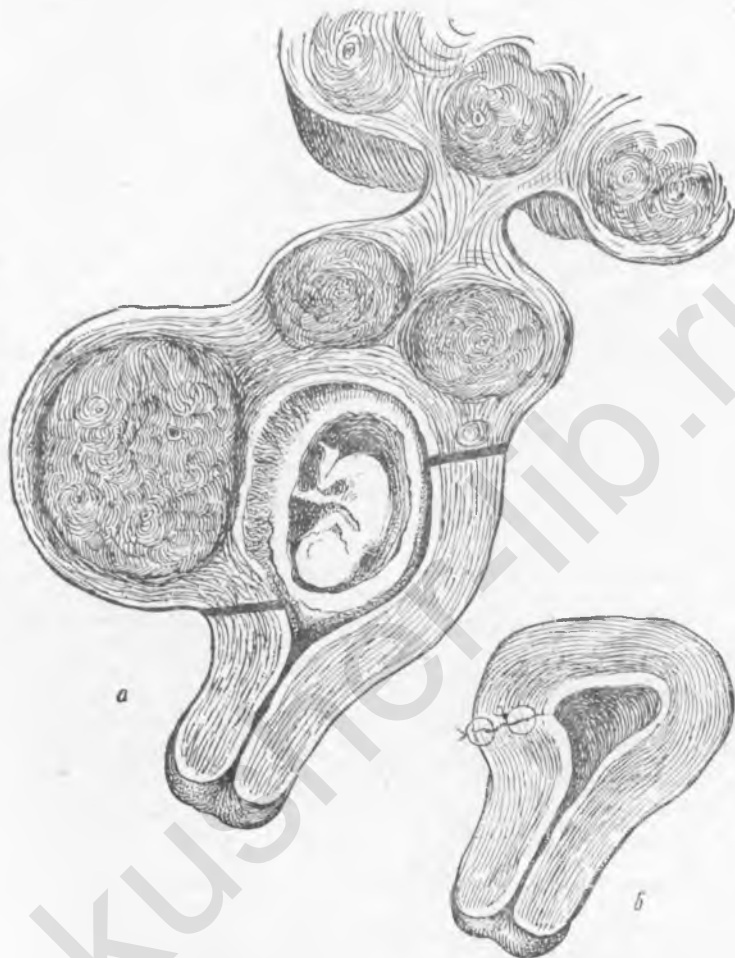


Рис. 186. Асимметрическая резекция беременной матки.

А — жирные черные линии обозначают места иссечения на передней и задней стенке беременной матки содержащихся в них узлов опухоли; Б — после асимметрической резекции задняя стенка матки, оставшаяся более длинной, перегибается впереди и пришивается (в два яруса) к более короткой передней стенке матки.

маточную складку брюшины или круглые связки. Если же после резекции оставшаяся задняя стенка будет короче передней, то швы будут лежать на задней стенке, и перитонизация их может оказаться более затрудненной.

Что касается последнего этапа операции асимметрической резекции матки — перитонизации швов, соединяющих переднюю и заднюю стенку резецированной матки, то надо заметить следующее: если эти швы лежат на передней стенке, то, как уже указывалось, перитонизация производится при помощи пузырьно-маточной складки брюшины и круглых связок. Если же эти швы лежат на задней стенке, то, учитывая характер-

ную особенность маточной стенки при беременности, мы поступаем так же, как при классическом кесаревом сечении: зашиваем стенки в два или три этажа, причем шов верхнего этажа, обычно непрерывный, производится наподобие серозно-мышечного шва.

Если строго придерживаться приведенных показаний к операции фибромиомы матки при беременности, то, как мы видим, такие показания возникают вообще редко. При радикальной операции у молодых женщин следует всемерно стремиться к сохранению хотя бы менструальной функции, чему, мы считаем, в значительной мере может способствовать асимметрическая резекция матки. Излишне подчеркивать, что этот метод не может считаться типичным при операции по поводу фибромиомы матки. Его скорее следует рассматривать как выход из положения, пригодный, кстати сказать, не только при наличии фибромиомы во время беременности, но, как показал наш опыт, иногда и при операции на небеременной матке.

Методика хирургического лечения фибромиомы в родах. Если большая фибромиома, расположенная в нижнем сегменте или в шейке матки, делает роды через естественные родовые пути невозможными, то необходимо произвести кесарево сечение. Выбор времени для кесарева сечения в значительной мере зависит от срока поступления больной в родильный дом. Как всегда кесарево сечение следует производить по возможности до отхождения околоплодных вод или вскоре после их отхождения. Если больная поступила до начала родовой деятельности с целыми водами и беременность уже доношена, то мы предпочитаем оперировать не в срочном порядке, как это приходится делать после отхождения вод, а, так сказать, в плановом порядке.

Ведение родов, осложненных фибромиомой матки, должно быть наиболее консервативным. Если же в конце беременности или в начале родового акта с несомненностью обнаружится опасность или значительное препятствие к родоразрешению через естественные родовые пути, то следует как можно раньше прибегнуть к брюшностеночному кесареву сечению.

При фибромиоме могут встретиться относительные показания к кесареву сечению, как, например, слабая родовая деятельность, особенно первичная ее слабость, сочетание фибромиомы с тазовым предлежанием у старой первородящей и т. п.

Если в родах имеются или появились показания к операции, то возникает вопрос, какой из методов следует применить? Делать ли только кесарево сечение, не трогая фибромиомы, вылущить дополнительно ли узлы опухоли или же поступить еще более радикально и после извлечения плода сделать надвлагалищную ампутацию или резекцию матки, или полностью удалить матку?

При решении этого вопроса многое зависит еще от ряда обстоятельств, среди которых немаловажную роль играет обстановка, в которой производится операция, и подготовленность хирурга. Здесь же следует сказать, что лучшие непосредственные результаты получаются даже у крупного специалиста, когда он ставит перед собой ограниченную задачу — сохранить жизнь матери и ребенка, не задаваясь целью разрешать одновременно вопросы, касающиеся отдаленного будущего. Поэтому в тех редких случаях, когда при наличии фибромиомы приходится в родах прибегнуть к чревосечению, методом выбора является кесарево сечение. Лишь в тех случаях, когда в матке имеются стебельчатые (на ножке) фибромиомы, следует их удалять, так как это является несложной дополнительной к кесареву сечению операцией. И только в виде редкого исключения, когда у молодой женщины имеется в матке большая междуточная

опухоль, можно после окончания кесарева сечения произвести и энуклеацию опухоли. Точно так же может оказаться целесообразным после извлечения плода сделать надвлагалищную ампутацию, если эта опухоль, особенно у немолодой женщины, вызывала до наступления беременности болезненные симптомы. Там, где это технически возможно, лучше всего сделать высокую ампутацию матки или ее дефундацию, что позволит сохранить полностью или частично менструальную функцию.

Методика кесарева сечения в подобных случаях должна быть наиболее простой. Следует признать, что таковой для широкой массы оперирующих врачей является классическое кесарево сечение.

При кесаревом сечении не следует производить разрез там, где расположен узел. Так, если опухоль расположена в задней стенке матки или в ее дне, то разрез проводят по средней линии передней стенки матки. Если опухоль расположена в передней стенке, то поперечный или продольный разрез проводят по дну матки.

Операция в родах, осложненных шейчной фибромиомой. Что касается тех редких случаев, когда при кесаревом сечении обнаруживается опухоль, сидящая в нижнем сегменте или в шейке матки, то консервативная операция вряд ли выполнима. Во всяком случае такая операция требует и большого мастерства и связана со значительным риском. Поэтому наиболее простым методом операции в родах, осложненных фибромиомой, является опять-таки кесарево сечение без дополнительных операций. Мы имеем в виду большую шейчную фибромиому, являющуюся таким же показанием к операции, как и суженный таз.

Выбор времени для операции зависит, как уже упоминалось, от времени поступления больной в лечебное учреждение. Если больная поступает заблаговременно с доношенной беременностью при наличии строго установленных показаний, то кесарево сечение следует производить до начала родовой деятельности. Если воды еще не отошли, а родовая деятельность уже началась, то следует оперировать до отхождения вод. Если же воды уже прошли, то опять-таки нужна срочная операция, методика и прогноз которой зависят от того, сколько времени прошло с момента отхождения вод. Если воды давно прошли, особенно если температура повышена, наиболее безопасным методом и здесь является кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки, а при шейчной фибромиоме — кесарево сечение с последующей экстирпацией матки.

Фибромиома, осложняющая послеродовой и послеродовый периоды

В послеродовом периоде при наличии в матке фибромиомы нередко наблюдаются кровотечения вследствие неправильного механизма отделения плаценты. Поэтому бережное ведение послеродового периода в этих случаях особенно важно. Если после рождения плаценты кровотечение не останавливается, несмотря на то, что плацента полностью выделена и применяемые обычно в акушерской практике средства для сокращения матки уже были использованы, то следует либо сделать надвлагалищную ампутацию матки, либо полную ее экстирпацию. Точно так же показана лапаротомия в тех случаях, когда неотделившаяся плацента сидит над выпячивающимся в полость матки миоматозным узлом.

В позднем послеродовом периоде показанием к операции удаления матки могут служить тяжелые осложнения, возникшие на почве некроза и инфекции опухоли. При гангренозном распаде подслизистой опухоли одним из характерных симптомов являются кровотечения и обильные влопхные выделения с примесью тканевого распада и крови. При некрозе и перекруте подсерозного узла появляются перитонеальные симптомы.

Беременность и роды, осложненные фибромиомой влагалищной части матки

Фибромиома влагалищной части матки в сочетании с беременностью и родами встречается крайне редко. Если фибромиома влагалищной части шейки матки обнаруживается во время беременности, то ее следует удалить путем вылушения. В поздние сроки беременности операцию не следует откладывать, так как надо, чтобы рана зажила до наступления родов. Если опухоль обнаружена в начале беременности, то операцию можно отложить до IV месяца беременности, при этом сроке самопроизвольное прерывание беременности встречается реже.

ЛИТЕРАТУРА

- Абуладзе А., К вопросу о сохраняющем способе операции удаления межучточных и подслизистых фибромиом матки посредством чревосечения, Журнал акушерства и женских болезней, 1901, т. XV, № 7 и 8.
- Александров М. С., Консервативные и пластические операции на матке при фибромиомах, Акушерство и гинекология, 1948, № 4.
- Архангельский Б. А., К терапии фибромиом матки, Акушерство и гинекология, 1948, № 4.
- Афанасьев М. К., Никоненко И. П., Рак шейки матки после суправагинальной ампутации матки, Акушерство и гинекология, 1940, № 6.
- Бакшт Г. А., О генезе кровотечения при фибромиомах матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 7.
- Брауде И. Л., О хирургическом лечении фибромиом матки во время беременности, Акушерство и гинекология, 1948, № 4.
- Верхацик Н. П., Ауто трансплантация эндометрия как метод сохранения овариально-менструальной функции после удаления матки, Акушерство и гинекология, 1937, № 12.
- Верхацик Н. П., Влияние ауто трансплантации эндометрия на функцию яичников после экстирпации матки, Акушерство и гинекология, 1938, № 1.
- Гамбаров Г. Г., Фибромиомы матки и их лечение, Тифлис, 1926.
- Гаммельфарб Г. И., К патологии миом, Гинекология и акушерство, 1926, № 6.
- Голубчин С. В., Лоскутный метод надвлагалищной ампутации матки, Акушерство и гинекология, 1948, № 2.
- Исаева Е. К., Внутриверхнее кровотечение в конце беременности вследствие разрыва капсулы фибромиомы, Гинекология и акушерство, 1934, № 3.
- Какушкин Н. М., О хирургических способах лечения фибромиом матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1901, т. XV.
- Каплун Э. М., Нужно ли делать аутопересадку эндометрия при удалении тела матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 7.
- Кривский Л. А., Лечение миом матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 4.
- Отт Д. О., Показания к применению отдельных приемов при наличии фибромиом матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 2.
- Сидоров П. П., Клиника некротических и септических размягченных фибромиом матки, Акушерство и гинекология, 1947, № 3.
- Цомакион Г. Ф., К вопросу об атипических фибромиомах и их оперативном лечении, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, Киев, 1930.
- Чудновский Ф. М., О сохранении полового цикла при радикальных операциях миом матки, Акушерство и гинекология, 1938, № 9.
- Шуб Р. Л., Хирургическое лечение фибромиом и трудоспособность, Акушерство и гинекология, 1938, № 9.
- Якуб Н. И., К вопросу о фибромиомах матки, осложняющих течение беременности и родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 6.

АДЕНОМИОМА (АДЕНОМИОЗ) И ЭНДОМЕТРИОЗЫ

Среди доброкачественных опухолей матки нередко встречаются особые формы, которые по своему строению заметно отличаются от обычных фибром матки: в увеличенной матке миоматозная ткань не имеет собственной капсулы и без особых границ переходит в ткань маточной стенки. На разрезе опухоли уже макроскопически можно заметить мелкие и мельчайшие полости, иногда заполненные прозрачным секретом. Микроскопически опухоль представляет собой новообразование, состоящее из мышечной и соединительной ткани, включающей железистые образования, выстланные цилиндрическим эпителием, тождественным железистому эпителию эндометрия.

Подобные опухоли называются аденомиомами.

От аденомиом, являющихся истинным новообразованием, необходимо отличать аденомиозы, которые по существу не являются новообразованием. Они появляются гетеропластически в мышечной или соединительной ткани в виде железистых разрастаний, аналогичных железам матки, и представляют собой эндометриоидные гетеротопии — аденомиозы; если они сопровождаются гиперплазией мышечной ткани, и аденозы, если их сопровождает лишь цитогенная ткань без мышечной гиперплазии (К. П. Улезко-Строганова). Клиницистам эндометриоидные гетеротопии, не принадлежащие к истинным опухолям (аденомиомам), более известны под названием эндометриозов.

Эндометриозы встречаются не только в матке, но и в различных частях организма, например, в брюшной стенке, особенно у пупка, в послеоперационных рубцах брюшной стенки, в маточных трубах в позадишеечной и в околовлагалищной клетчатке, в различных органах брюшной полости и особенно часто в яичниках. В случаях, наблюдавшихся А. А. Куликовской, эндометриозы яичников почти всегда сопровождались кистовидным перерождением яичников. Эндометриозы, возникающие в матке (или в трубе), принято называть внутренними эндометриозами, те же, которые образуются вне этих органов, называют наружными эндометриозами. Отличительной чертой эндометриозов является их способность отвечать на гормональные влияния подобно слизистой оболочке матки, т. е. вместе с маткой протекать менструальный цикл, а при наличии беременности — децидуальную реакцию. В яичниках при их эндометриозе образуются так называемые «шоколадные» кисты — результат повторных менструальных кровотечений в просвет желез и кистозных образований, а отложения в строме кровяного пигмента — как след бывших кровоизлияний.

Нередко эндометриозы обнаруживают свойство инфильтрации и прорастания в соседние органы и ткани.

Частота эндометриоидных образований в различные периоды жизни женщины чрезвычайно напоминает распределение по возрастным группам больших фибромиомы матки. По прекращении функции яичников, т. е. в постклимактерическом возрасте, эндометриоидные гетеротопии встречаются редко. Если же они и встречаются, то в них можно видеть картину обратного развития (что сходно с фибромиомами). У девочек, еще не менструировавших, эндометриозы до настоящего времени не наблюдались.

Клинические признаки

Если принять во внимание, что не во всех случаях эндометриозов мы имеем инфильтрирующий рост и не всегда ясно выражена реакция на овариально-менструальный процесс, то станет понятным, что и клиническая картина эндометриозов может быть довольно разнообразной. Большое значение в клиническом и диагностическом отношении имеет локализация процесса (тело матки, шейка, углы маточных труб, связки, яичники, тазовая брюшина, мочевого пузыря, прямая кишка, пупок, послеоперационный рубец и т. д.). Хотя эндометриоидные образования могут находиться изолированно во всех вышеперечисленных органах и там оставаться, не давая типичных симптомов, все же можно отметить три главные группы эндометриозов, которые дают характерные симптомы и требуют определенного лечения: 1) эндометриозы, развивающиеся гетеротопически в теле матки; 2) эндометриозы, локализующиеся позади шейки; 3) эндометриозы, развивающиеся вне матки (эндометриоз яичников с образованием так называемых «шоколадных» кист, маточных труб, тазовой брюшины с образованием конгломератных опухолей).

Некоторые симптомы так характерны, что заставляют сразу подумать об эндометриозе (например, периодические кровотечения из пупка, из брюшной послеоперационной фистулы, из мочевого пузыря, из прямой кишки, совпадающие с менструацией).

Внутренние эндометриозы. Являются ли эндометриоидные включения в теле матки (рис. 187) непосредственной причиной тех или иных симптомов или, влияя на нормальную функцию слизистой оболочки матки, они вызывают те или иные симптомы? Большинство исследователей указывает, что железы эндометриоидных образований в случаях внутреннего эндометриоза далеко не часто претерпевают типичные циклические изменения, другие вовсе отрицают эти изменения, иные наблюдали предменструальные изменения в гетеротопических железах. Повидимому, симптомы при внутреннем эндометриозе следует объяснять самой гетеротопией, т. е. локализацией этих образований в стенке матки.

Основным симптомом при внутреннем эндометриозе являются усиленные и удлиненные менструации.

Межменструальные промежутки часто при внутреннем эндометриозе укорачиваются. Меноррагия зависит главным образом от гетеротопии, а не от сопутствующих заболеваний, так как процент последних при эндометриозах значительно меньше, чем частота кровотечений. Причину меноррагии при внутреннем эндометриозе некоторые авторы видят в механических моментах, а именно в сдавлении сосудов железистыми включениями и в уменьшении сократительной способности маточной мышцы. Другие авторы полагают, что кровотечения иногда не зависят от гормональных влияний, так как кровотечения возникают и в постклимактерическом периоде.

Следующим симптомом является дисменоррея. Этот симптом не постоянен, но когда он имеется, то выражен резко и чрезвычайно характерен.

Дисменоррея, особенно сильная, наблюдается в случаях эндометриoidных гетеротопий в трубных углах. Боли появляются за несколько дней до менструации, но они могут быть и в первые дни менструации. Из анамнеза зачастую удастся выяснить, что женщина не всегда страдала дисменорреей, а боли появились лишь в последние месяцы или годы. При внутреннем эндометриозе матка, как правило, увеличена, удлинена, имеет плотную консистенцию. В отличие от матки при фибромиоме матка равномерно увеличена, выпячиваний (узлов) обычно нет.

Точный диагноз внутреннего эндометриоза труден. Весьма важным симптомом является резкое увеличение матки при внутреннем эндомет-

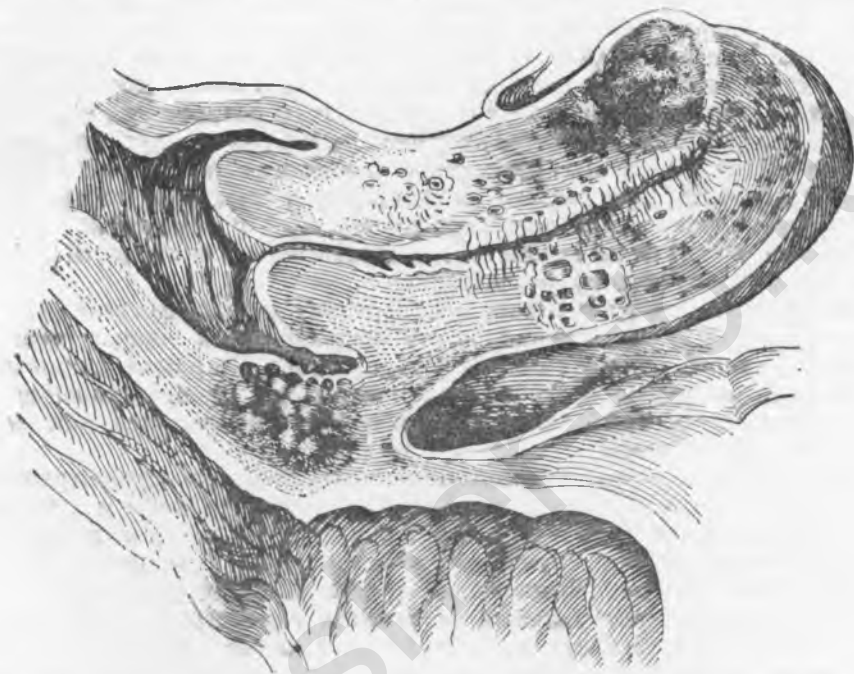


Рис. 187. Внутренний эндометриоз (эндометриоз матки) в сочетании с эндометриозом прямокишечно-влагалищной перегородки.

риозе перед менструацией и ее значительное уменьшение после менструации. Равномерное увеличение матки (до гусиного яйца или кулака), плотность ее, полименоррея и характерная дисменоррея делают весьма вероятной диагностику внутреннего эндометриоза.

В то время как диагноз полипа или субмукозной фибромиомы можно исключить при помощи выскабливания или зондирования, диагноз эндометриоза не может быть поставлен на основании исследования соскоба, так как соскобленная слизистая может гистологически ничем не отличаться от эндометрия при геморрагической метропатии. В подозрительных случаях рекомендуется исследовать женщину до и после менструации. Значительные циклические колебания размера матки говорят (при наличии других симптомов) за внутренний эндометриоз. Выскабливание при этом заболевании может дать лишь скоропреходящий эффект. По мнению ряда авторов, в большинстве случаев и рентгеновская кастрация остается безрезультатной (в отличие от эффективного действия рентгеновых лучей при геморрагических метропатиях). Другие авторы отмечают

благоприятное действие лучистой энергии. Разумеется, нет оснований возражать против рентгенотерапии в предклимактерическом возрасте. Если рентгенотерапия не помогает, следует прибегнуть к операции удаления матки обычно влагалищным путем. При наличии обширных спаек надо отдать предпочтение абдоминальному пути.

Позадидшеечный эндометриоз. При влагалищно-прямокишечном исследовании обычно определяется неясно контурированная, неправильной формы опухоль или ограниченный инфильтрат, расположенный позади шейки. Перед менструацией опухоль увеличивается и становится болезненной. Кзади эндометриоидные разрастания могут перейти на прямую кишку и даже проникнуть в ее просвет. Гораздо чаще эндометриоидные разрастания переходят на крестцово-маточные связки, утолщая и укорачивая их. Просвет прямой кишки в подобных случаях может сузиться и даже стать совершенно непроходимым. Вместе с тем не подлежит сомнению, что в некоторых случаях эндометриоидные разрастания могут находиться позади шейки, не распространяясь на окружающие органы и ткани, и претерпевать обратное развитие в постклимактерическом возрасте. Следует отметить, что рыхлая позадидшеечная клетчатка весьма благоприятствует распространению эндометриоидных разрастаний.

Опасность этих форм эндометриоза заключается в склонности к обширному инфильтрирующему разрастанию.

Следует принять во внимание, что первично доброкачественные клетки эндометриоидных разрастаний могут подвергнуться злокачественному перерождению. А с другой стороны, первичный рак прямой кишки может найти в эндометриозе благоприятную почву для распространения. Все это заставляет рассматривать позадидшеечный эндометриоз как весьма серьезное заболевание.

Небольшие, хорошо отграниченные позадидшеечные эндометриоидные разрастания лучше всего удалять оперативным путем через задний влагалищный свод. Рентгенотерапия в недалеком зашедших случаях показана лишь в возрасте, близком к климактерическому. Выключение функции яичников снимает боли, связанные с предменструальным набуханием эндометриоидных разрастаний, сами же разрастания не всегда претерпевают обратное развитие. При значительном развитии эндометриоидных разрастаний с инфильтрацией окружающих тканей и органов (например, прямой кишки) следует прибегнуть к радикальной операции удаления матки с оставлением у молодых женщин хотя бы одного яичника. Необходимо отметить, что во время операции могут встретиться значительные технические трудности. Изредка приходится резецировать прямую кишку, так как эндометриоидные образования могут прорасти через ее стенку. В соответствии с этим сравнительно велик процент послеоперационных осложнений и смертности. Ясно, что чем раньше оперируют, тем лучше результат операции. Бережное отношение к стенке кишки во время операции имеет значение для благоприятного исхода операции. Окончательные выводы относительно опасности позадидшеечных эндометриозов и дальнейшей судьбы больных можно будет сделать лишь после наблюдения большого числа планомерно проведенных случаев.

Внутрибрюшинный эндометриоз. Внутрибрюшинные эндометриозы как клиническая форма чаще всего встречаются в виде эндометриоза яичников (рис. 188). Эта форма эндометриоза встречается в виде конгломератных опухолей, в которые входят придатки и матка с инфильтрацией прямокишечно-маточного углубления, нередко и крестцово-маточные связки, яичники, а иногда и трубы, представляющие кистозные полости, вы-

полненные содержимым шоколадного цвета. Сращения сплошь и рядом настолько плотны и обширны, что получить во время операции цельный препарат обычно не удастся — он состоит из разорванных мембран, тяжей и т. п.

Внутрибрюшинные эндометриоидные разрастания постоянно и интенсивно реагируют на овариально-менструальные циклические процессы. В железах и строме картины циклических изменений встречаются чаще, чем при внутреннем эндометриозе. Может быть, это зависит от чисто механических моментов — железистые включения при внебрюшинном эндометриозе имеют больше свободного пространства для набухания, чем эндо-

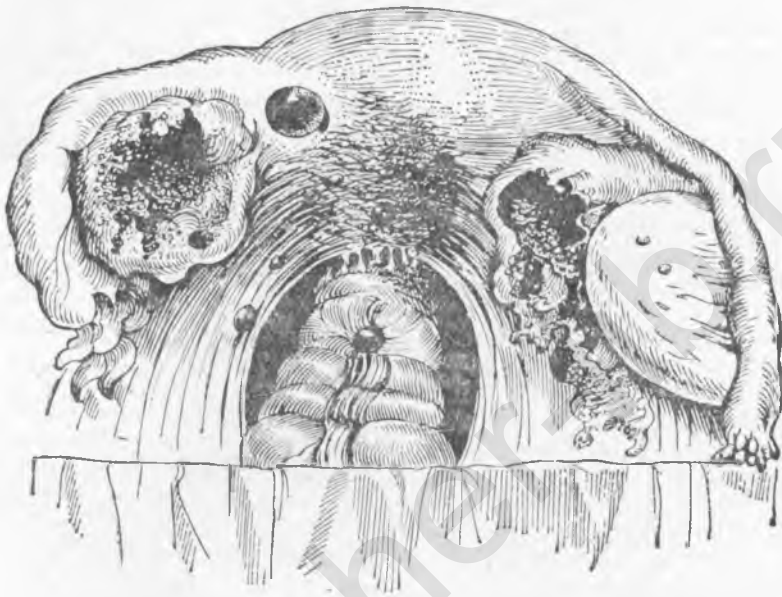


Рис. 188. Внутрибрюшинный эндометриоз. Поражение яичников, брюшины широких связок, периметрия, серозной оболочки прямой кишки.

метриоидные включения в толще мышечной стенки матки. Как бы то ни было, но внутрибрюшинные эндометриоидные гетеротопии интенсивнее реагируют на циклические гормональные раздражения, в них сильнее выражены кровоизлияния, которые служат материалом для содержимого кист яичника и придают ему характерный цвет шоколада. Кровоизлияния в брюшную полость с отрывом железистых элементов являются причиной дальнейшего распространения эндометриоидных гетеротопий.

Резкие дисменорройные явления, наступающие за несколько дней до менструации и во время менструации, чрезвычайно характерны для внутрибрюшинных эндометриозов. Тянущие боли внизу живота, чувство давления и различные расстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и других органов (в зависимости от степени распространения и локализации эндометриоза) могут продолжаться еще в течение нескольких дней после менструации. Сила и продолжительность болей и прочих расстройств, связанных с менструацией, при внутрибрюшинном эндометриозе увеличивается с каждым месяцем. Усиленные и длительные менструации не характерны для этого вида эндометриозов. Следует отметить, что при внутри-

брюшинном эндометриозе могут появляться незначительные кровотечения в промежутке между двумя менструациями, особенно после физического напряжения или полового сношения. Как уже упоминалось, внутрибрюшинные эндометриозы сплошь и рядом принимаются за хронические или подострые воспаления придатков, или хронические пельвеоперитониты, и нередко в течение многих лет подвергаются различным видам рассасывающего лечения, не дающего в этих случаях результата. Если в анамнезе нет указаний на гоноррею, послеродовое или послеабортное заболевание и в то же время имеются определенные жалобы (резкие дисменорройные явления, нарастающие с каждым месяцем), а также если, несмотря на лечение, болезнь не идет на убыль, следует предположить эндометриоз придатков. Нужно также иметь в виду вполне возможную комбинацию воспаления придатков или хронического аппендицита с эндометриозом.

Из объективных данных за эндометриоз говорит наличие мелкобугристой инфильтрации в области одной или обеих маточно-крестцовых связок, на брюшине прямокишечно-маточного углубления, в позадишеечной клетчатке, на задней поверхности матки, фиксированной в ретроверзии. Иногда приходится дифференцировать с туберкулезом женской половой сферы, за или против которого может говорить анамнез и объективные данные, полученные при исследовании всего организма. В отличие от туберкулезных бугорков инфильтрат при эндометриозе отличается большей плотностью; он даже плотнее ракового инфильтрата. Кроме того, при раке яичника часто развивается асцит, боли имеют более постоянный характер и не зависят от менструально-овариального цикла. Общее состояние больной и ее самочувствие страдают при эндометриозе значительно меньше, нежели при раке яичников.

Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. При развитии эндометриозидных гетеротопий в прямокишечно-влагалищной перегородке (рис. 187) результаты влагалищного или прямокишечного исследования могут вызвать подозрение на рак, исходящий из прямой кишки. Но и в этих случаях значительная плотность мелкобугристого инфильтрата говорит больше за эндометриоз, нежели за рак. При эндометриозидной гетеротопии вблизи задней влагалищной стенки можно при осмотре зеркалами обнаружить отдельные пузырьки величиной с булавочную головку или несколько больше с совершенно гладкой поверхностью, через которую просвечивает синеватое содержимое. Наличие этих пузырьков неоднократно помогало нам установить диагноз внешнего эндометриоза, как бы запутаны и разноречивы ни были данные анамнеза и объективного исследования больной. Если же таких пузырьков мы не находим, то для дифференциального диагноза между эндометриозом прямокишечно-влагалищной перегородки и раковым новообразованием, исходящим из прямой кишки, необходимо произвести ректоскопию или биопсию.

Лечение

При локализации эндометриозидных гетеротопий в яичниках с образованием «шоколадных» кист операция дает, согласно нашему опыту, наилучшие результаты. Особенно памяты нам два очень сходных между собой случая. Две женщины в течение многих лет страдали бесплодием на почве якобы воспалительных опухолей придатков матки. Несмотря на настойчивое и систематическое лечение в различных учреждениях, боли прогрессировали, конгломератные опухоли придатков и сращения их с окружающими органами увеличивались, беременность не наступала.

Анамнестические данные и клинические наблюдения позволили поставить диагноз эндометриозной гетеротопии и «шоколадных» кист яичников. В одном из этих случаев установлен диагноз помогло наличие характерного эндометриоза в прямокишечно-влагалищной перегородке. В этом случае было сделано чревосечение, удалена «шоколадная» киста одного яичника и резецирована частично пораженный эндометриозом второй яичник. Затем со стороны влагалища был иссечен инфильтрат в прямокишечно-влагалищной перегородке. Спустя несколько месяцев наступила беременность, закончившаяся срочными родами живым ребенком у нас же в клинике. Мы имели возможность наблюдать эту женщину в течение ряда лет; она чувствовала себя хорошо. В брюшной полости и в матке эндометриозов больше не наблюдалось, но в прямокишечно-влагалищной перегородке через некоторое время вновь появился инфильтрат, очень медленно развивавшийся и не причинявший особых страданий. У второй больной также наступила беременность, но дальнейшая судьба ее нам не известна.

Методика операции в значительной мере зависит от тех показаний, по которым предпринимается операция, от локализации и распространности процесса, от сопутствующих патологических процессов и, разумеется, от возраста. В общем надо сказать, что радикальная операция, состоящая в полном удалении пораженных яичников, дает наилучшие результаты, так как после хирургической кастрации прекращается дальнейшее развитие эндометриозных гетеротопий. Поэтому, если, помимо локализации в яичниках, позадикишечные или прямокишечно-влагалищные эндометриозы не приняли таких размеров, чтобы вызвать нарушение функций соседних органов, можно ограничиться удалением пораженных яичников. Если же имеются нарушения функции, то приходится прибегнуть к удалению и этих эндометриозных гетеротопий; при этом возникает опасность ранения органа, в который проник эндометриоз. Во избежание этого следует соблюдать крайнюю осторожность и иногда лучше ограничиться неполным иссечением подобных опухолей или инфильтратов.

В тех случаях, когда оперируемая женщина молода или если у нее яичники не поражены и поэтому сохранены целиком или частично, неполное удаление эндометриозных гетеротопий иной локализации не дает хороших результатов или они бывают непродолжительны. Такие частичные операции целесообразны при наличии, например, женского бесплодия и, следовательно, лишь у молодых больных. У немолодых женщин или у женщин, возраст которых приближается к климактерическому периоду, следует, как и при лечении фибромиомы матки, предпочесть бескровную кастрацию при помощи рентгенотерапии. Больные, перенесшие нерадикальную операцию, нуждаются в систематическом контроле. При рецидиве страдания едва ли целесообразно подвергать больную повторной частичной или радикальной операции, обычно еще более сложной, чем первая. В подобных случаях целесообразнее рентгенотерапия, так как преследуемая цель — прекращение функции яичников — будет достигнута без риска для жизни больной. Точно так же мы не считаем целесообразным производить частичную резекцию мочевого пузыря или прямой кишки, если эндометриоз проник в их полость. В результате операции могут возникнуть мочевые или каловые свищи, и сама операция опасна для жизни больной.

Только при внутреннем эндометриозе и только при поражении одной лишь матки без вовлечения в процесс соседних органов или брюшины и при отсутствии спаек в тазу можно удалить матку через влагалище.

В остальных случаях следует предпочесть брюшностеночный путь чревосечения.

Иссечение эндометриозных гетеротопий, расположенных позади шейки, также лучше производить со стороны брюшной полости. Что касается

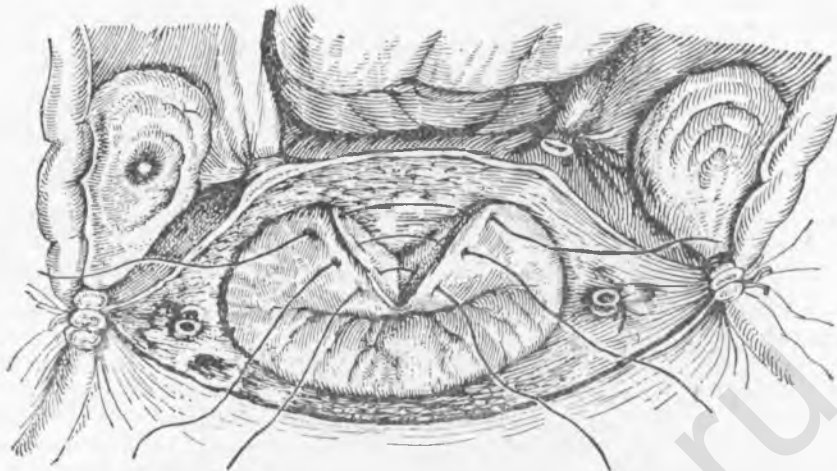


Рис. 189. Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. После удаления (путем брюшностеночного чревосечения) пораженной эндометриозом матки из задней стенки влагалищной трубки дополнительно иссечен клин, содержащий эндометриозные гетеротопии, расположенные в области прямокишечно-влагалищной перегородки.

эндометриозов, расположенных в прямокишечно-влагалищной перегородке, то их можно иссекать либо со стороны брюшной раны (рис. 188, 189 и 189а), либо после ее закрытия — со стороны влагалища, что менее опасно, если при этом будет повреждена прямая кишка (опасность перитонита).



Рис. 189а. Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. Клин, удаленный вместе с маткой из задней влагалищной стенки и прямокишечно-влагалищной перегородки, содержащий эндометриозные гетеротопии (по Лявде).

Техника операции удаления «шоколадных» кист та же, что и при удалении воспалительных опухолей придатков матки. Сращения при эндометриозе нередко плотнее капсулы «шоколадных» кист потому, что при освобождении кист стенка разрывается и содержимое кисты изливается в брюшную полость. Это нужно предвидеть, и хотя содержимое «шоколадных» кист, как правило, стерильное, все же и здесь необходимо с самого начала операции тщательно отгородить свободную брюшную полость от операционного поля. Иначе это стерильное содержимое, попадая в брюшную полость, может повести к таким же последствиям, к каковым приводит стерильное содержимое псевдомucoзных кист, попавшее в

брюшную полость. И в том, и в другом случае мы не применяем дренирования брюшной полости и зашиваем брюшную рану наглухо. В отличие от

техники операции при воспалительных опухолях придатков матки при операции «шоколадных» кист мы, во-первых, никогда не прибегаем к дренированию брюшной полости, во-вторых, не считаем обязательным при удалении обоих яичников удалить все прочие эндометриозидные гетеротопии, имеющиеся в брюшной полости, так как произведенная кастрация остановит дальнейшее развитие патологического процесса.

Если операция производится по поводу внутреннего эндометриоза и состоит в удалении матки, то техника операции не отличается от техники удаления матки по поводу фибромиомы. Если эндометриоз матки сочетается со значительным инфильтратом в прямокишечно-влагалищной перегородке, а молодой возраст оперируемой заставляет сохранить яичники, то вслед за удалением матки необходимо иссечь и инфильтрат, как это изображено на рис. 189а.

При локализации эндометриозов в области пупка или в послеоперационном рубце («менструирующий свищ») операция заключается в иссечении инфильтрата, состоящего из эндометриозидной гетеротопии, на всем его протяжении. При частичном иссечении эндометриозидной гетеротопии вызванные ею симптомы возобновляются.

ЛИТЕРАТУРА

- Виноградов В. П., К вопросу об эндометриозидных гетеротопиях в рубцах брюшной стенки после кесарева сечения, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 5.
- Горбаткин Е. Ф., К этиологии эндометриозидных образований, Гинекология и акушерство, 1931, № 2.
- Горизонтов Н. И., Об эндометриозе женских половых органов, в частности, шейки матки, Казанский медицинский журнал, 1934.
- Израэльсон Р. М., К генезу и клинике эндометриозов, Акушерство и гинекология, 1947, № 1.
- Куликовская А. А., К вопросу об эндометриозах и кистах яичника, Акушерство и гинекология, 1941, № 3.
- Кушталов Н. И., Подходы к выяснению этиологических моментов так называемых эндометриозидных гетеротопий, Гинекология и акушерство, 1931, № 3.
- Левинский О. Б., Экспериментальный аденомиоз, Акушерство и гинекология, 1940, № 11.
- Никольцев А. С., К вопросу о частоте эндометриозидных гетеротопий в теле матки (мышечная стенка), Журнал акушерства и женских болезней, 1930.
- Столпын Ф. Г., К клинике, диагностике и этиологии эндометриозидных гетеротопий, Казанский медицинский журнал, 1938, № 8—9.
- Талалаев В. Г., Об эндометриозидных разрастаниях у женщин, Московский медицинский журнал, 1927, № 7.
- Тимофеев А. И., К вопросу об эндометриозидных расстройствах, Казанский медицинский журнал, 1926, № 5—6.
- Улезко-Строганова К. П., Биологическое значение эндометриозов и отношение их к проблеме тканевого роста, Акушерство и гинекология, 1941, № 3.
- Улезко-Строганова К. П., Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов, М., 1939.
- Шварцман Е. М., «Эндометриоз» в руководстве И. Л. Брауде, Консервативное лечение женских болезней, М., 1939.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

При наличии опухоли яичника врачу очень важно установить, является ли опухоль истинной (пролиферирующей), т. е. бластомой, или она принадлежит к небластоматозным опухолям, развитие которых останавливается по мере того, как утихает или заканчивается процесс, вызвавший появление опухоли, способной к обратному развитию.

Поэтому небластоматозные опухоли обычно бывают небольших размеров, тогда как истинные, или бластоматозные опухоли, иногда достигают огромных размеров. Небластоматозные опухоли могут не только уменьшиться, но даже исчезнуть, тогда как бластоматозные опухоли не уменьшаются и не исчезают.

Бластоматозная опухоль, развиваясь и неизбежно увеличиваясь в своем объеме (теоретически рост опухоли может продолжаться беспрерывно), угрожает здоровью женщины, а в конечном итоге и жизни.

Небластоматозная опухоль, не обладающая свойством неограниченного роста, сама по себе не угрожает жизни женщины.

Это основное различие и должно заставить врача прежде всего установить, какова природа обнаруженной опухоли. Наличие истинной опухоли яичника диктует необходимость хирургического вмешательства.

Для того чтобы понять, почему большинство гинекологов придерживается подобной точки зрения, надо учесть следующее. Все бластоматозные опухоли яичников обладают безостановочным ростом. В этом отношении доброкачественные опухоли яичника (кистомы) отличаются от доброкачественных опухолей матки (фибромиомы) тем, что развитие и рост фибромиом прекращаются с наступлением климакса, чего не бывает при кистах яичника. Отсутствие симптомов не должно успокоить врача, так как с течением времени симптомы обычно появляются. К наиболее тяжелым симптомам относится перекручивание ножки опухоли (по данным ряда авторов, это осложнение наблюдается относительно часто), ущемление опухоли в тазу, которое может вызвать некроз и гангрену опухоли. При интралигаментарном росте опухоли, помимо болей, нередко появляются симптомы со стороны смещенных опухолью соседних мочевых органов; при разрыве кистомы может возникнуть pseudo-мухома peritonei и т. д.; надо помнить, что $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ всех яичниковых опухолей являются злокачественными (К. К. Скробанский) и что определение злокачественности опухоли яичника, особенно в ранние сроки, затруднительно.

Все это заставляет с большой остороженностью относиться к истинной опухоли яичника. Если даже отбросить в сторону возможность появления осложнений, то уже безостановочный рост опухоли делает бесперспективным сохранение опухоли у больной. Увеличиваясь, яичниковая опухоль

начинает оттеснять кишечник и сальник, давит на желудок, приподнимает диафрагму и мешает достаточным экскурсам грудной клетки, давлением на большие венозные стволы и полую вену вызывает застойные явления в нижней половине туловища, нижних конечностях и др. Кроме того, что очень важно, на рост опухоли уходит из организма большой много питательных веществ, особенно белков, что постепенно приводит к истощению больной и даже к кахексии. Благодаря широчайшему развитию в Советском Союзе организации охраны материнства и детства, а также внебольничной и больничной помощи, таких тяжелых случаев овариальной кахексии, какие изображены на снимках и рисунках в старых учебниках по женским болезням и руководствах по оперативной гинекологии, мы теперь не встречаем. Но что такая кахексия при отказе от своевременной операции наступит, можно не сомневаться. Таким образом, надо прийти к выводу, что каждая и с т и н а б я о п у х о л ь я и ч н и к а, как только будет распознана, д о л ж н а б ы т ь у д а л е н а. Может стоять лишь вопрос о выборе времени операций. Он должен решаться в зависимости от клинических симптомов, причем следует принимать во внимание как тяжесть симптомов, вызываемых опухолью, так, разумеется, и общее состояние больной. В одних случаях при наличии тяжелых симптомов и особенно при подозрении на злокачественную опухоль с операцией следует поспешить; в других случаях при наличии серьезных противопоказаний к операции со стороны общего состояния больной или при заболеваниях отдельных систем и органов и при отсутствии витальных показаний операции следует отложить или принять особые меры предосторожности против возможных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Развитие методов местного обезболивания и применение пенициллинотерапии может при наличии относительных противопоказаний, но при имеющихся настойчивых показаниях к срочной операции, позволить преобладать несколько большей опасностью операции и не откладывать ее до тех пор, пока эти противопоказания не исчезнут полностью. Конечно, только объективное взвешивание всех данных за и против операции, а не надежда на случайность могут позволить так поступить.

Если нет осложнений; при которых необходима операция, прежде всего следует выяснить вопрос, является ли опухоль истинной, бластоматозной или небластоматозной.

Дифференциальная диагностика легче при наличии больших опухолей яичника. При небольших опухолях яичника дифференциальный диагноз между бластоматозной и небластоматозной опухолью труден, а иногда и невозможен.

Среди небластоматозных опухолей яичника встречаются главным образом так называемые фолликулярные кисты, по своим размерам не превышающие величину куриного яйца. Фолликулярные кисты обычно свободны от сращений, а потому подвижны. В их стенках часто имеются участки совершенно нормальной яичниковой ткани, в которой обнаруживаются фолликулы и даже желтые тела. К небластоматозным кистам яичника принадлежат также кисты желтого тела, обычно небольшой величины.

Фолликулярные кисты и кисты желтого тела часто исчезают сами по себе. Если эти опухоли не сопровождаются осложнениями, требующими оперативного вмешательства (например, перекручивания их ножки), то они не подлежат операции. Поэтому при маленькой яичниковой опухоли, если не установлено твердо, что она бластоматозная, с операцией спешить не следует — нужно выжидать и наблюдать. Если при дальнейшем

наблюдении отмечается постепенный рост опухоли и ее размеры превосходят обычную величину фолликулярной кисты, то сомнения в наличии бластоматозной опухоли отпадают и встает вопрос об операции. Само собой разумеется, что выжидательной тактики мы придерживаемся лишь тогда, когда уверены в доброкачественной природе опухоли. Но если возникает подозрение на злокачественный характер опухоли, то операцию не следует откладывать.

При наличии симптомов со стороны опухоли и невозможности немедленно решить вопрос о природе опухоли вопрос о методе лечения и, в частности, о хирургическом вмешательстве, должен решаться на основании оценки тяжести симптомов, которые большей частью зависят от характера возникшего осложнения (как, например, перекручивание ножки опухоли, кровоизлияние — апоплексия яичника или при эндометриозе «шоколадная» киста, инфекция, нагноение и т. п.). В одних случаях при возникших осложнениях хирургическое вмешательство может явиться необходимым, так, например, при явлениях острого живота на почве перекручивания ножки опухоли. В других случаях при явлениях развивающейся инфекции потребуются на время сугубо консервативные методы лечения, если вокруг кисты определяется экссудат.

Бластоматозные опухоли яичников представляют большую группу новообразований, которые по своему строению очень разнообразны. Классификация их неоднократно подвергалась изменениям, но все же до сих пор наиболее распространено подразделение всех яичниковых опухолей на три группы: 1) эпителиальные опухоли, среди которых различают доброкачественные аденомы (аденокистомы, или кистаденомы) и злокачественные — рак; 2) соединительнотканнные опухоли: доброкачественные — фибромы и фибромиомы — и злокачественные — саркома; 3) опухоли, содержащие продукты ряда зародышевых листков, — оогенные. Они в свою очередь разделяются на доброкачественные — дермоиды — и злокачественные — тератомы.

Ложнослизистые (псевдомуцинозные) кистомы (кистаденомы)

Среди доброкачественных бластом чаще всего встречаются псевдомуцинозные кистаденомы, отличающиеся не только слизеобразным содержимым, но и характером эпителиального покрова внутренней поверхности кистомы (*blastoma epitheliale pseudomucinosum* или по старой терминологии *cystoma proliferum glandulare pseudomucinosum*).

Р а с п о з н а в а н и е. Иногда простой осмотр живота может навести на правильную мысль (рис. 190, 191, 192 и 193). Небольшие опухоли яичника, еще помещающиеся в полости малого таза, обычно лежат позади матки в крестцовой впадине. Большие опухоли, вышедшие из полости малого таза в общую брюшную полость, чаще лежат впереди матки, и иногда при исследовании их трудно отграничить от тела матки, с которым они как бы сливаются. Межсвязочные опухоли, а также опухоли, расположенные позади широкой связки и с ней нередко спаянные (псевдоинтралигаментарные), обычно смещают матку в противоположную сторону и вверх. Опухоли имеют эластическую или туго-эластическую консистенцию (что в значительной мере зависит от количества и величины содержащихся в ней камер) и гладкую поверхность. В большинстве случаев удается определить и ножку опухоли (межсвязочные и ложно-межсвязочные опухоли ножки не имеют). В тех случаях, когда опухоль имеет короткую ножку и двуручным исследованием не удастся ее определить, прибегают к исследованию через прямую кишку и, одно-

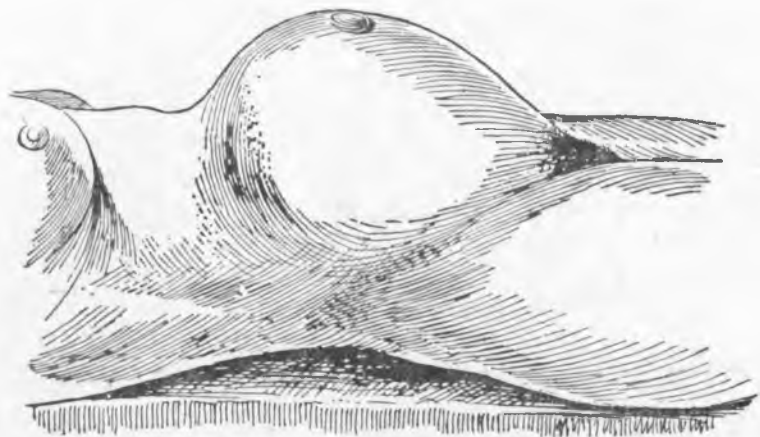


Рис. 190. Вид живота при большой кисте яичника (в горизонтальном положении женщины).

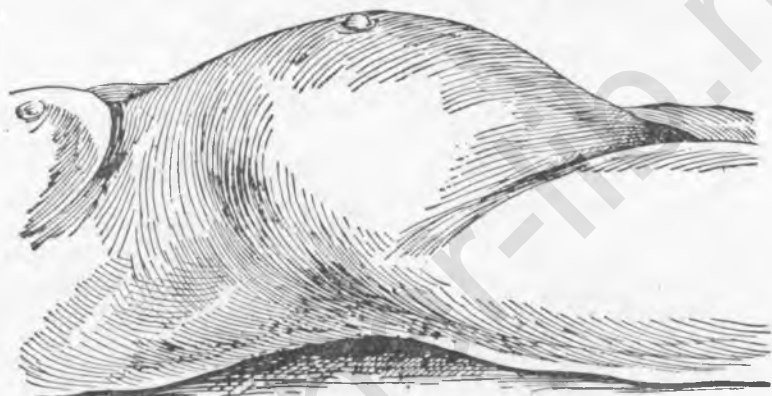


Рис. 191. Вид живота при большом сроке беременности у первобеременной (в горизонтальном положении женщины).

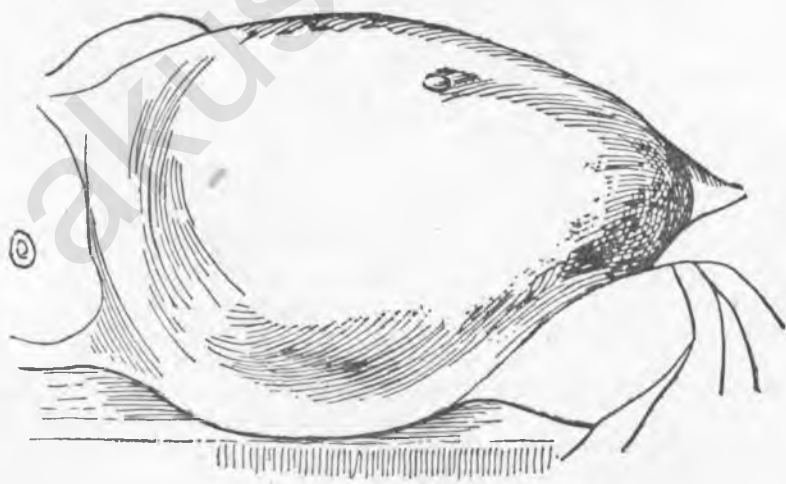


Рис. 192. Вид живота при асците (в горизонтальном положении женщины).

временно захватив влагалищную часть матки пулевыми щипцами, низводят матку (рис. 194).

Можно исследовать еще и следующим образом: помощник отодвигает опухоль вверх, а исследующий двуручным способом (через влагалище или через прямую кишку) пытается определить взаимоотношения между опухолью и маткой; при этом иногда удается прощупать и ножку опухоли (рис. 195).

Дифференциальная диагностика. В большинстве случаев диагностика кистом яичника нетрудна. Все же бывают случаи, когда кисту яичника приходится отличить от маточной или внематочной беременности. Если даже киста и будет принята за внематочную беременность, большой ошибки не будет, так как и в том, и в другом случае нужна операция. В других случаях ошибка может быть чревата последствиями, особенно если за кисту яичника будет принята маточная беременность. Иногда уже осмотр живота может навести на правильную мысль: большая киста яичника равномерно растягивает брюшную стенку, главным образом в центральной части, и более круто заканчивается сверху (рис. 190). Беременная матка, особенно у первобеременной, также равномерно растягивает брюшную стенку, но выпячивание заканчивается кверху более отлого (рис. 191). При асците живот раздается в бока (рис. 192). При ожирении брюшной стенки живот свисает вниз, что особенно заметно в стоячем положении (рис. 193).



Рис. 193. Вид живота при значительном ожирении брюшной стенки (в вертикальном положении женщины).

Для дифференциальной диагностики большое значение имеет тщательно собранный анамнез — при беременности будут указания на отсутствие менструации. Правда, в некоторых случаях анамнез может быть не ясен; менструация может не наступить и по другим причинам, и даже объективное исследование — пальпация — может не внести полной ясности в диагностику. При большом животе дифференциальный диагноз между кистой яичника и беременностью поздних сроков решается пальпацией частей плода и выслушиванием его сердцебиения. Прежде в таких неясных случаях приходилось откладывать вопрос о вмешательстве, пока при развивающейся беременности не появлялись новые признаки. В настоящее время можно воспользоваться данными биологической реакции на беременность. В сомнительных случаях ясность может внести рентгеновский снимок, на котором можно увидеть части скелета внутриутробного плода.

При сильно увеличенном животе и асците можно думать о наличии большой кисты. Дифференциальная диагностика опирается глав-

ным образом на данные выстукивания живота в горизонтальном положении больной. При асците барабанный звук будет слышен посередине живота тупой — с боков, а при большой кисте, наоборот, по средней линии,



Рис. 194. Прием для определения «ножки» кисты яичника.



Рис. 195. Прием, которым мы пользуемся для определения «ножки» кисты яичника.

где расположена киста, будет тупой звук, а с боков, где находятся кишечные петли, отодвинутые опухолью, будет слышен барабанный звук. Если больная поворачивается со спины на бок, то при наличии асцита зоны тупого и барабанного звука перемещаются: там, где был слышен бара-

банный звук, появится тупой и наоборот. При наличии большой кисты такого перемещения перкуторного звука не будет. Если брюшная стенка не толстая, то осмотр живота и его ощупывание могут помочь при выявлении контуров опухоли, если таковая имеется, что особенно важно в тех случаях, когда опухоль сочетается с асцитом.

Фибромиома матки, сидящая на ножке, может быть принята за кисту яичника. При дифференциальной диагностике следует учитывать, что фибромиомы очень часто бывают множественными и поэтому в матке обычно обнаруживаются и другие узлы. При благоприятных условиях двуручным исследованием удается иногда прощупать оба яичника. Меноррагии говорят за фибромиому матки, наличие асцита — за опухоль яичника. Зондирование матки иногда может облегчить диагностику: при кисте яичника полость матки не изменена, при фибромиоме матки полость матки обычно увеличена и иногда в ней можно обнаружить зондом подслизистый узел. Аналогичные, но более полные и точные данные может дать рентгенологическое исследование (метросальпингография): при наличии кисты яичника обнаруживается и значительное удлинение маточной трубы на стороне опухоли, конечно, в тех случаях, когда труба проходима. Дифференциальная диагностика между кистой яичника и осумкованным перитонитом, особенно туберкулезным, может быть трудна. Подобные случаи наблюдаются крайне редко. По К. К. Сербанскому инкапсулированный перитонит легко симулирует кисту в сращениях; его форма, консистенция и отношение к матке нередко сходны с кистой (даже после вскрытия брюшной полости иногда только с трудом ставят диагноз).

Значительное ожирение живота может вызвать подозрение на наличие большой кисты яичника или другой брюшной опухоли. Тщательное наружное и комбинированное двуручное исследование в сочетании с тщательно собранным анамнезом в большинстве случаев позволяют поставить правильный диагноз. Но в некоторых случаях приходится для исследования применить наркоз, который не должен быть длительным, но обязательно глубоким. Исследование под наркозом нельзя производить грубо, это может повести к кровотечениям в брюшную полость или к разрыву кисты, а при наличии злокачественной опухоли — и к обсеменению соседних органов и тканей.

Установив наличие кистой опухоли в брюшной полости или в тазу, необходимо также убедиться, что это именно киста яичника, а не значительно реже встречающаяся опухоль кишечника, почки, селезенки, поджелудочной железы и пр. Здесь может потребоваться весь диагностический опыт клинициста и общего врача, а подчас и совет хирурга для того, чтобы исключить страдание, не относящееся к области гинекологии.

Распознавание кисты яичника облегчается, когда удается определить ножку опухоли при следующих приемах:

1. Помощник обеими руками отодвигает опухоль вверх, двуручным исследованием (через прямую кишку) определяет ножку опухоли. Мы пользуемся почти исключительно этим методом (рис. 194).

2. Если опухоль невелика и ее невозможно отодвинуть вверх наружными приемами, то мы пользуемся приемом, изображенным на рис. 195.

При дифференцировании опухоли следует помнить, что опущенную и подвижную или увеличенную почку (опухоль почки, гидронефроз) можно сместить вверх и вниз, но не в противоположную сторону. Опухоли кишечника и вообще все опухоли брюшной полости смещаются главным образом в противоположную сторону от места рас-

положения органа, в котором опухоль развилась. Так, опухоли, развивающиеся в матке, смещаются главным образом вверх; опухоль, исходящую из печени или из желчного пузыря, можно сместить книзу. Выпуклая сторона полушаровидной опухоли обращена обычно в сторону, противоположную месту расположения органа, из которого она исходит. Так, выпуклая сторона кисты яичника направлена вверх, а выпуклая сторона опухоли желчного пузыря — вниз. Эти признаки до известной степени позволяют определить тот орган, из которого исходит опухоль. Отсутствие каких-либо болезненных симптомов говорит скорее за доброкачественную кисту яичника, нежели за опухоль, развившуюся в других органах брюшной полости, да эти последние и встречаются значительно реже, чем кисты яичника. Кисты яичника так же, как и фибромиомы матки, принадлежат к числу наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей женских половых органов.

Можно принять за кисту яичника, опухоль, расположенную забрюшинно, как, например, быстро растущие забрюшинные фибромы и особенно саркомы. Но эти опухоли, так же как и кисты яичника, требуют оперативного вмешательства.

Большое клиническое значение имеет распознавание папиллярной кисты.

Серозные (сосочковые) папиллярные кисты яичников

Серозные кисты [*cystoma proliferum papillare serosum*; по новой терминологии — *blastoma cilio-epitheliale* (К. К. Скробанский, К. П. Улезко-Строганова)] встречаются значительно реже ложнослизистых кист яичника. В общем они составляют около 15% всех новообразований яичника. Если взять одни лишь доброкачественные опухоли яичника, то частота папиллярных (серозных) кист выражается цифрой 8,5%. Клинически серозные кисты в 50% могут трактоваться как злокачественные новообразования, так как они обычно переходят в аденокарциному (М. С. Малиновский). Все же полностью относить их к злокачественным опухолям, как это делает онкологическая клиника в Свердловске, нельзя хотя бы уже потому, что только половина из них становится раковыми новообразованиями. После своевременного удаления этих опухолей рецидивы их в виде ракового новообразования встречаются все же реже, чем после удаления опухолей, которые при гистологическом исследовании оказались раковыми. А. Н. Лебедева (онкологическая клиника Свердловского института физических методов лечения), опубликовавшая в 1948 г. результаты изучения 459 случаев злокачественных опухолей яичников, считает, что переход папиллярных кист из доброкачественной фазы в злокачественную является обычным и даже неизбежным. Все же и она отмечает, что если у больной симптомы болезни имелись в течение ряда, например, 10 лет и больше, то обнаруженная впоследствии раковая опухоль яичника была, конечно, сначала доброкачественной.

Очень часто папиллярные кисты, оставаясь морфологически и клинически доброкачественными, сопровождаются асцитом, имеющим серозный, а не геморрагический характер, как при раке. Межсвязочное расположение кист наблюдается, по Малиновскому, в 50% и двустороннее развитие — в 60—80% случаев. С патологоанатомической стороны характерной особенностью кист является образование сосочковых разрастаний на внутренней поверхности кистозных полостей. При своем дальнейшем развитии разрастающиеся сосочки проникают через стенку опухоли на ее наружную поверхность и даже на соседние ткани (тазовую и прите-

ночную брюшину) и органы (кишечник, сальник). Такое обсеменение не служит еще доказательством злокачественного характера опухоли, и мы не раз могли наблюдать исчезновение подобных метастатических узелков после удаления папиллярных опухолей яичников. Наличие же геморрагической жидкости в брюшной полости говорит за переход доброкачественной папиллярной кисты в злокачественную. Это явление мы подчеркиваем, так как оно может повлиять на выбор метода операции, на размеры хирургического вмешательства.

Сосочковые кисты редко достигают очень больших размеров. Они содержат водянистую прозрачную жидкость, иногда несколько тягучую, с небольшим содержанием белка, что и дает основание называть их серозными кистами. Внутренняя поверхность кистозных долей покрыта кубическим или большей частью низким цилиндрическим мерцательным эпителием, в котором процесс пролиферации преобладает над процессом секреции. Эпителий, покрывающий сосочки, не всегда бывает однослойным: часто он располагается в два-три и более рядов. Неудивительно, что такие кисты обнаруживают склонность к злокачественному перерождению (Улезко-Строганова). Морфологическая характеристика мерцательного эпителия, покрывающего сосочки, и послужила основанием для того, чтобы по новой терминологии назвать эти кисты цилиоэпителиальными (сосочковыми).

Распознавание сосочковой кисты. Так как сосочковые кисты неподвижны, очень часто бывают двусторонними и располагаются межсвязочно, то они смещают матку и мочевой пузырь и вызывают застойные явления в тазу, поэтому субъективные жалобы у больных появляются чаще и раньше, чем при ложно слизистых кистах, даже в тех случаях, когда ложнослизистые кисты достигли значительных размеров. Больные жалуются на расстройство менструации (аменоррея, меноррагии), расстройства мочеиспускания (учащение позывов, затрудненное мочеиспускание), ощущение тяжести и давления внизу живота и пр. Субъективные жалобы и при сосочковых опухолях могут быть невелики, но они все же, повторяем, наблюдаются чаще и возникают значительно раньше, чем при других доброкачественных опухолях яичников.

Уже при наружном исследовании живота часто обнаруживается асцит. Если опухоль выпла из малого таза, ее можно прощупать через брюшную стенку. Она мало подвижна, поверхность ее негладкая, контуры неясно очерчены, иногда можно различить отдельные самостоятельные опухоли или отдельные части опухоли. Эти данные будут отчетливы в тех случаях, когда разрастающиеся сосочки прорастут сквозь стенку кисты, распространятся по ее поверхности и перейдут на окружающие органы и ткани. При двуручном гинекологическом исследовании поражение обоих яичников, межсвязочное расположение опухоли, появление сосочковых выростов на брюшине дрямокишечно-маточного углубления, широких связок и на соседних с яичниками тазовых органах обнаруживается явнее, чем при одном лишь наружном исследовании.

Показания к операции сосочковых кист. Мы видели, что наличие ложнослизистой кисты из-за ее способности к неограниченному росту, из-за возможности возникновения при ее наличии целого ряда осложнений (перекручивание ножки, разрыв опухоли, ее инфекция, нагноение, некроз и нередко злокачественное перерождение) уже само по себе является показанием к операции. Тем более дает показания к операции сосочковая киста, которая в половине всех слу-

чаев переходит в рак. Операцию при сосочковой кистоме следует произвести по возможности скорее, так же как при заведомом раке. Успех операции здесь в первую очередь зависит от своевременной диагностики.

Эмбрионы или тератомы

По номенклатуре М. С. Малиновского смешанные тератоидные опухоли разделяются на кистозные (кистозные тератомы или дермоидные кисты) и солидные (плотные) тератобластомы. Тератомы относятся к довольно часто встречающимся опухолям яичников. По К. П. Улезко-Строгановой, они наблюдаются в 20% всех blastom яичника.

Кистозные тератомы или дермоидные кисты. Они имеют шаровидную или яйцевидную, иногда почкообразную форму; бывают разной величины и нередко достигают очень больших размеров. В комбинации с ложнослизистой кистой, что не является редким сочетанием, дермоидные кисты могут принять огромные размеры. Эти опухоли часто имеют крупнобугристую поверхность, но при этом гладкую капсулу. Консистенция опухоли плотная, особенно на тех участках, где имеются дермоидные отростки, включающие костные пластинки, зубы и пр. Наблюдения показывают, что в дермоидных кистах некоторые ткани, в частности, костная, могут особенно сильно развиваться. Так, в одном случае каменной опухоли яичника К. П. Улезко-Строганова подвергла препарат действию 3% раствора азотной кислоты, растворяющей известь, и обнаружила гистологическим путем строение кости.

Рост дермоидных кист, когда они не сочетаются с другими кистами, чрезвычайно медленный. Дермоидные кисты обычно имеют длинную ножку и не развиваются межсвязочно. Благодаря этому они чаще, нежели другие яичниковые опухоли, подвергаются перекручиванию ножки. В стенках дермоидных кист можно встретить некроз, а также явления перерождения не только гиалинового, жирового, но и злокачественного — ракового, реже саркоматозного. Таким образом, с клинической стороны дермоидные кисты мало чем отличаются от других доброкачественных опухолей яичников и точно так же, как и те, требуют операции.

Распознавание. Распознать дермоидную кисту большей частью не трудно. О наличии дермоидной кисты можно думать тогда, когда имеется односторонняя, плотноватая, небольшая или средней величины яичниковая опухоль, нередко лежащая впереди матки в пузырно-маточном пространстве, очень подвижная на длинной ножке, благодаря чему она легко уходит вглубь брюшной полости. Описаны случаи, когда удавалось ставить диагноз дермоидной кисты на рентгеновском снимке, в чем, впрочем, большой нужды нет, если диагноз blastom яичника не вызывает сомнения. В чисто дермоидных кистах рак встречается редко, но до операции мы никогда не можем с уверенностью сказать, есть ли дермоидная киста в чистом виде или она сочетается с blastomой другого вида (ложнослизистой).

Поэтому возможность как значительного роста, так и ракового перерождения не исключена. Кроме того, опасность дермоида заключается в возможности его нагноения, некроза, разрыва его стенки с выходением содержимого кисты в брюшную полость и особенно перекручивания его ножки, к чему дермоиды, благодаря длинной ножке, предрасположены. Дермоиды также могут подвергнуться раковому перерождению и оказаться тератобластомой в истинном смысле, таящей в себе признаки саркоматозного и карциноматозного роста. Поэтому дермоидная киста, как бы она ни была мала, должна быть удалена.

Они представляют лишь небольшую группу всех blastom яичника. Чаще всего они встречаются в виде фибром яичника. Они долго сохраняют форму яичника, обыкновенно развиваются односторонне, благодаря длинной ножке, обладают большой подвижностью. Нередко они сопровождаются асцитом. Фиброму яичника часто принимают за кистому яичника или за подсерозную фибромиому матки на ножке. Наличие асцита говорит за яичниковую опухоль, а большая плотность опухоли, ее форма, напоминающая нормальный яичник, и длинная ножка дают основание диагностировать фиброму яичника. Возможен переход фибромы яичника в саркому. Ввиду этого, а также ввиду возможности осложнений (перекручивание ножки), а нередко и ввиду неясности в диагностике, показана операция.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Хирургическое лечение яичниковой опухоли чаще всего заключается в полном удалении яичника, превратившегося в опухоль, и носит название *о в а р и о т о м и и*. Как справедливо замечает Губарев, правильнее было бы в этих случаях говорить об *о в а р и э к т о м и и*, так как в дословном переводе овариотомия означает разрез яичника. Но термин этот так прочно укоренился, что из страха внести путаницу его сохранили в номенклатуре и до настоящего времени, причем под этим термином подразумевают именно удаление яичника.

В историческом аспекте овариотомия примечательна не только тем, что она достигла совершенства раньше других гинекологических операций, производимых путем чревосечения, но еще больше в том отношении, что она открыла путь к брюшной хирургии, и первые успехи овариотомии открыли эру блестящего развития этой отрасли медицинской науки и практики.

Развитию этой операции и введению ее в практику хирургов и гинекологов способствовал в России А. Я. Крассовский.

До последнего времени считали, что впервые овариотомия была произведена в России в 1827 г. Гелентовским в Вильно, затем в Харькове в 1847 г. Ванцетти и в 1849 г. Гартманом в Гельсингфорсе. Однако эти первые операции не увенчались успехом. Первую успешную операцию овариотомии произвел А. Я. Крассовский в 1862 г. в Петербурге и этим положил начало успешному развитию методики операции и быстрому внедрению ее в практику отечественной хирургии и оперативной гинекологии.

Новейшие источники вносят в этот вопрос корректив: М. Ф. Леви пишет¹ о том, что ревельский врач Г. Фрезе, с 1776 г. преподававший в Московском генеральном госпитале физиологию, патологию, терапию и *materia medica*, произвел в 1782 г. «... с успешным исходом овариотомию на 26 лет раньше, чем американец Мак Доуэль, которому история медицины неправильно приписывает приоритет в этом отношении, бесспорно принадлежащий русскому врачу».

Само собой разумеется, что до введения в хирургическую практику анти- и асептики смертность после овариотомии была еще очень высокой. Так, к 1876 г. — году окончания работы А. Я. Крассовского в Петербургской медико-хирургической академии, на 76 случаев овариотомий

¹ М. Ф. Л е в и, История родовспоможения в СССР, М., 1950

Крассовский имел 35 смертельных исходов. Эти результаты кажутся плохими при сравнении их с современными блестящими результатами оварио-томии, когда смертность после доброкачественных опухолей яичника в среднем составляет меньше 1%, но если учесть, что операцию Крассовский произволил в доантисептическую эру, то результаты его операций свидетельствуют о большом хирургическом мастерстве основоположника отечественной оперативной гинекологии и о его заслугах перед наукой.

Методы хирургического лечения доброкачественных бластом яичников. Тезис о том, что каждая распознанная бластома яичника должна быть удалена, не вызывает в настоящее время никаких разногласий. Что касается методов операции, то современные гинекологи применяют как радикальную операцию, т. е. полное удаление яичника, превращенного в опухоль (овариотомия или, по А. П. Губареву, оваризактомия), так и консервативные операции с удалением опухоли и сохранением здоровой ткани яичника (вылущение опухоли из яичника или резекция яичника). Само собой разумеется, что консервативные методы операции применяются только у молодых женщин, но и у этих больных пораженный яичник удаляется полностью, если в нем имеется сосочковая киста. При наличии односторонней сосочковой кисты у молодой женщины мы этим и ограничиваемся, а у пожилых больных мы, как и большинство авторов, удаляем также и второй яичник.

Некоторые хирурги-онкологи (клиника Л. М. Ратнера в Свердловске) при сосочковой кисте яичника поступают еще радикальнее — всегда полностью удаляют матку с придатками. Такого крайне радикального направления мы при операции удаления сосочковой опухоли, если она до и во время операции не вызывала подозрения на рак, не придерживаемся, особенно у молодых женщин. Нами удаляется только пораженный яичник и, как только что упоминали, лишь у немолодых женщин, профилактически и второй яичник. Но при сосочковой кисте мы никогда, еще раз подчеркиваем, не делаем консервативной операции, т. е. обязательно удаляем целиком весь яичник. Точно так же удаляем целиком яичник при фиброме, так как при диффузной форме фибромы яичника консервативный метод операции невозможен, а при наличии фибромы в виде ограниченных узлов это можно распознать лишь на препарате, если его разрежут в нескольких местах. Таким образом, консервативный метод операции неприменим при фиброме яичника уже по техническим условиям.

Консервативную операцию удаления кисты и сохранения части яичника, следовательно, можно применить при небластоматозных опухолях яичника (фолликулярная киста и киста желтого тела), при часто встречающихся доброкачественных бластомах, ложнослизистой кисте и при дермоиде. Конечно, это имеет смысл лишь в том случае, если оперируют молодую женщину. Само собой разумеется, что, планируя консервативный метод операции, никогда нельзя быть уверенным в том, удастся ли его выполнить, будет ясно лишь во время самой операции, а иногда и еще позже — после того как будет проведен соответствующий разрез через яичник либо на видимой границе между опухолью и здоровой частью яичника, либо через всю толщу яичника там, где эта граница не обозначается ясно.

Наличие небольшого кусочка здоровой ткани яичника может встретиться и при очень больших кистах яичника. Поэтому даже при больших двусторонних кистах менструальный цикл может протекать

вполне нормально. И действительно, при исследовании препарата полностью удаленной кистомы яичника иногда можно было обнаружить макроскопически участок неизменной ткани яичника. Иногда имелись остатки свежего или подвергшегося обратному развитию желтого тела. В некоторых случаях наличие нормальной яичниковой ткани отмечалось лишь при гистологическом исследовании какого-либо участка капсулы опухоли. Но все же при очень больших кистамах яичника участок здоровой яичниковой ткани, поддерживающий нормальный менструально-овариальный цикл, так мал, что может остаться незамеченным невооруженным глазом. Да и вряд ли можно рассчитывать на сохранение функции этим маленьким истонченным участком яичниковой ткани, если его иссечь из капсулы и, следовательно, лишить естественной связи с органом. Кроме того, никогда нет уверенности, что в оставленной ткани яичника не имеется незаметного для глаза зародыша опухоли.

Поэтому вопрос о консервативной операции возникает перед нами главным образом тогда, когда у молодой или средних лет женщины имеется двусторонняя опухоль яичника; при односторонней же кистоме яичника, если второй яичник макроскопически не изменен или в нем имеется небольшая опухоль, которую легко удалить и оставить еще значительную часть здоровой яичниковой ткани, мы производим консервативную операцию на втором яичнике, а кистому, из-за которой была предпринята операция, удаляем полностью.

Консервативные операции на яичниках

Общезвестно, какое огромное значение имеет яичник в общих процессах женского организма. Не подлежит сомнению, что полное выключение яичниковой функции хирургическим путем особенно тяжело отражается на самочувствии и общем состоянии еще молодой женщины. Поэтому вполне понятно стремление современных гинекологов сохранить при операции доброкачественных опухолей хотя бы часть яичниковой ткани, не пораженной патологическим процессом. Особенное значение имеет сохранение хотя бы части яичника при наличии у молодой женщины двусторонних опухолей яичника. Но, чтобы оставить часть яичника, необходимо быть уверенным прежде всего в том, что опухоль не злокачественная. Хотя тщательное клиническое исследование и позволяет во многих случаях определить характер опухоли до операции, все же это далеко не всегда возможно, и нередко злокачественный характер опухоли распознается или заподозривается лишь во время операции. Это заставляет окончательное решение о размерах хирургического вмешательства принимать лишь по вскрытии брюшной полости, когда оператор получает возможность путем непосредственного осмотра опухоли лучше ориентироваться относительно ее характера. Следовательно, окончательное решение о консервативном методе операции может быть принято лишь после вскрытия брюшной полости и непосредственного осмотра опухоли. Таким образом, принять решение до операции о консервативном методе операции на яичнике нельзя и тем более нельзя обещать это больной. Лишь в редких случаях нам удавалось удалить у девочки или у молодой женщины очень большие кистомы, сохранив немного здоровой яичниковой ткани, чаще же при больших опухолях приходится удалять опухоль вместе с имеющейся кое-где непораженной яичниковой тканью.

Методика консервативной операции на яичниках. Консервативная операция состоит либо в вылущении опухоли с ее капсулой (энуклеация), либо в иссечении (резекция) пораженной части

яичника. Вылущение лучше всего удается при небольших опухолях, имеющих хорошо выраженную капсулу.

Техника энуклеации проста: после вскрытия брюшной полости (при небольших опухолях мы пользуемся поперечным разрезом брюшной стенки) извлекаем опухоль и отгораживаем ее от брюшной полости большими марлевыми салфетками. На границе между опухолью и здоровой частью яичника проводим разрез; если опухоль представляет собой кисту, то разрез не должен нарушать целостность капсулы, иначе вылущение будет затруднено. Этот разрез должен быть поверхностным, и мы предпочитаем производить его кончиками изогнутых ножниц, надсекая ими ткань яичника на указанной границе. Если разрез сделан точно по границе, то опухоль вместе с капсулой легко выделяется тупым

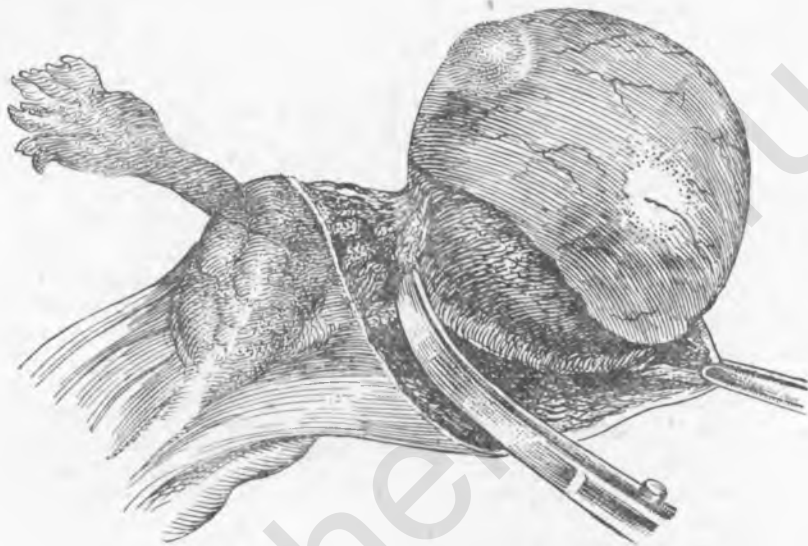


Рис. 196. Консервативная операция вылущения кисты яичника.

способом — закрытыми ножницами или плоской рукояткой скальпеля (рис. 196). Оставшуюся после вылущения небольшую полость осматриваем, и если где-либо кровоточит, то это место обкалываем тонкой кетгутовой лигатурой, края раны сшиваем несколькими узловыми швами из тонкого, но крепкого кетгута. Иглы для этих швов мы берем тонкие и круглые, как для кишечных швов.

Резекцию яичника мы производим в тех случаях, когда опухоль плохо вылущается или совсем не поддается вылущению. Так бывает, когда в яичнике, помимо одной большой ретенционной кисты, имеется еще несколько небольших (мелкокистозное перерождение яичника), или когда новообразование в яичнике не имеет хорошо выраженной капсулы. Нам приходилось производить резекцию при небольших дермоидных кистах, при гематоме яичника и т. п.

С. К. Лесной впервые стал с успехом применять частичную клиповидную (продольную) резекцию яичников у больных с аменореей при значительно увеличенных и уплотненных яичниках вследствие избыточного развития и склероза интерстициальной части и частичного мелкокистозного перерождения созревающих фолликулов.

Техника резекции яичника еще более проста, чем вылущение опухоли из яичника. При резекции два продольных разреза охваты-

вают опухоль с обеих сторон и, сходясь в глубине под основанием опухоли, дают в результате клиновидную вырезку из яичника. Рану осматриваем на предмет гемостаза в глубине ее, после чего края продольной раны сшиваем отдельными кетгутовыми лигатурами, захватывающими всю толщу разрезав (рис. 197).

Если резекцию яичников производят при хроническом оофорите, то не надо намечать точные границы подлежащего иссечению участка, а сначала рассечь пополам продольным разрезом яичник и из каждой половины вырезать тот участок, который наиболее поражен. Таким путем удаляют отдельные кистозные образования и участки воспалительной инфиль-



Рис. 197. Консервативная операция по поводу кисты яичника (резекция яичника). После того как часть яичника, содержащая кистозную опухоль, клиновидно иссечена, края раны сшивают несколькими отдельными тонкими кетгутовыми швами.

трации. Для того чтобы при осмотре не было кровотечения, что помешает выявлению наиболее пораженных мест, можно зажать между двумя пальцами брыжейку яичника, через которую он снабжается кровью, и таким образом во время осмотра обескровить рассеченные поверхности яичника. При резекции не следует доводить разрез до ворот яичника, чтобы не нарушить кровообращения в оставшейся части яичника.

Методы удаления опухолей яичника (овариотомия)

Опухоли яичника почти всегда удаляют через разрез брюшной стенки. В редких случаях кисту яичника можно удалить влагалищным путем, но для этого, как указывали многие авторы, должны иметься надлежащие условия: полная подвижность и небольшая величина опухоли. При межсвязочном или позадибрюшинном расположении опухоли, при наличии сращений влагалищный путь операции неприменим; им также не следует пользоваться при неясном диагнозе, при сосочковых кистах, а также при бугристых опухолях, которые могут оказаться мелко- и многокамерными кистами или плотными опухолями, которые нельзя опорожнить во время операции проколом, а также, конечно, при подозрении на перерождение.

В техническом отношении влагалищное чревосечение может представить большие трудности, чем брюшностеночное. Брюшностеночный способ операции дает возможность лучше ориентироваться, позволяет

удалять опухоль любой величины, любого расположения и любого вида и т. д. Поэтому при яичниковых опухолях методом выбора является брюшно-стеночный способ, влагалищное же чревосечение применяется лишь в редких случаях, когда имеются указанные условия, а к брюшно-стеночному методу имеются противопоказания, каковыми являются хронические заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся кашлем, сердечные болезни и т. д.

Брюшно-стеночный метод операции. Удаление яичниковой опухоли может быть произведено через поперечный и через продольный разрез брюшной стенки. Некоторые гинекологи, например, М. С. Александров, принципиально пользуются поперечным разрезом, позволяющим удалить кистому любой величины, опорожнив ее содержимое путем прокола. Но ведь не всякую кистому целесообразно пунктировать: содержимое опухоли может быть инфицированным, если же опухоль расположена межсвязочно, то ее опорожнение затруднит выделение опухоли из клетчатки и увеличит риск повреждения мочеочника. Большую кистому, включающую множество мелких и мельчайших полостей, нельзя уменьшить настолько, чтобы ее можно было свободно извлечь через поперечный разрез. Кроме того, яичниковые опухоли часто сопровождаются большими сращениями, сосочковые кистомы нередко дают прививки на соседних органах, в некоторых случаях может быть подозрение на злокачественное перерождение кистомы. Все это требует широкого осмотра операционного поля, и поэтому не следует гнаться за преимуществами, которые в некотором отношении (профилактика послеоперационной грыжи), несомненно, имеет поперечный разрез брюшной стенки, и пользоваться исключительно им. Поэтому мы лично пользуемся и продольным, и поперечным разрезом, но в силу указанных причин значительно чаще именно продольным разрезом по средней линии, который можно увеличить до необходимого размера.

Техника овариотомии. Почти всегда мы сначала делаем разрез между лобком и пупком. Вскрыв брюшную полость, проверяем расположение опухоли, ее величину, характер. Если опухоль можно вывести через сделанный разрез в неуменьшенном виде, если она имеет ножку и свободна от сращений, то ее извлекают, после чего больную переводят в положение с приподнятым тазом. Если опухоль небольшая и лежит в полости таза, то мы начинаем чревосечение в положении больной с приподнятым тазом: это способствует выхождению опухоли из тазовой в брюшную полость, откуда ее легче извлечь наружу. Точно так же мы поступаем в тех случаях, когда опухоль окружена сращениями, так как, прежде чем извлечь опухоль, необходимо разъединить окутывающие ее спайки и сращения. Это следует делать по возможности под контролем глаза; при положении больной с приподнятым тазом подвижные кишечные петли уходят в глубину под диафрагму, а возле опухоли остаются лишь брюшные органы, связанные с ней сращениями. Эти сращения надо разъединить острым и тупым путем.

Разъединение спаек острым путем надо делать только под контролем глаза кончиками изогнутых ножниц, держась непосредственно поверхности опухоли и как можно дальше от стенки кишки. Свежие, рыхлые спайки отодвигают маленьким марлевым тупфером (некоторые хирурги предварительно смачивают его стерильным вазелиновым маслом). Работая тупфером, надо также вплотную держаться поверхности и отодвигать тупфером кишку от опухоли, а не опухоль от кишки. Только после того, как опухоль станет совершенно подвижной, ее извлекают из брюшной полости.

Извлечение опухоли может быть произведено разными способами: опухоль можно просто извлечь рукой, но это возможно лишь тогда, когда разрез брюшной стенки будет значительно длиннее, чем этого требует величина опухоли. Но без особой необходимости делать слишком большой разрез нежелательно. Поэтому для выделения опухоли из брюшной раны мы обычно поступаем следующим образом: берем два тупфера на длинных корнцангах, один из них вводим в нижний угол брюшной раны и подводим за опухоль снизу, а другой — за опухоль сверху и подтягиваем ими опухоль к брюшной ране, в которую она вставляется сначала меньшим сегментом, затем большим и, наконец, полностью вывихивается из раны (рис. 198). Если опухоль с трудом проходит через разрез стенки, то ее прорезывание можно облегчить: с одной стороны продольного разреза оператор, а с другой — ассистент концами пальцев надавливают на края брюшной раны, как это делают в акушерской практике при защите промежности во время прорезывания головки (рис. 199). Если опухоль вставилась в разрез брюшной стенки так, что поверх нее видна растянутая маточная труба, то извлечение опухоли облегчается, если трубу захватить каким-либо зажимом (лучше всего овариальными щипцами) и этим инструментом подтянуть опухоль наружу (рис. 200). Раздвигать брюшную рану брюшными зеркалами не следует, так как зеркала занимают место и, таким образом, уменьшают разрез. Поэтому мы вводим зеркала в брюшную полость лишь тогда, когда опухоль полностью извлечена из брюшной полости и в ране находится лишь ножка опухоли.

После того как вся опухоль будет выведена из брюшной полости и будет извлечена матка, следует отсечь ножку опухоли. Чтобы предотвратить кровотечение, мы предварительно зажимаем ножку опухоли клеммами. Мы никогда не зажимаем всю ножку одной клеммой, так как при этом способе получается одна толстая культя, с которой лигатура может соскользнуть. Поэтому лучше сделать 2—3 культя и каждую перевязать отдельной лигатурой. Кроме того, толстая культя легче подвергается некрозу. Резкое снижение, можно сказать, почти исчезновение тромбозов после гинекологических операций мы относим за счет того, что не оставляем культей и заменяем массовые лигатуры отдельными швами, наложенными на изолированные сосуды или тонкие пучки тканей.

Чаще всего зажимают ножку кистомы двумя клеммами: один зажим накладывают на воронко-тазовую связку, другой — на собственную связку яичника вместе с маточной трубой, которая обычно так растянута и удлинена, что оставить ее при удалении большой опухоли яичника может иметь смысл лишь в отдельных случаях при особых обстоятельствах (рис. 201).

Стремясь, как при всякой производимой операции, к максимальному уменьшению кровопотери, во время овариотомии, перед тем как перерезать ножку, накладывают на нее у самой опухоли контрклемму, которую после того, как ножка будет перерезана, оставляют на препарате и удаляют вместе с ним. На оставшейся части ножки, таким образом, лежат два зажима, обращенные друг к другу своими концами (рис. 202). Если между ними после перерезки ножки остался кровоточащий участок, то его захватывают третьим зажимом. Каждый зажим заменяют отдельным швом (мы пользуемся всегда кетгутом № 3) (рис. 203). Шов проводят непосредственно под зажимом в средней его части или ближе к его концу и захватывают, как показано на рис. 203.

После этого приступают к перитонизации перерезанной культя. Момент чрезвычайно важный, но в техническом отношении, благодаря близле-

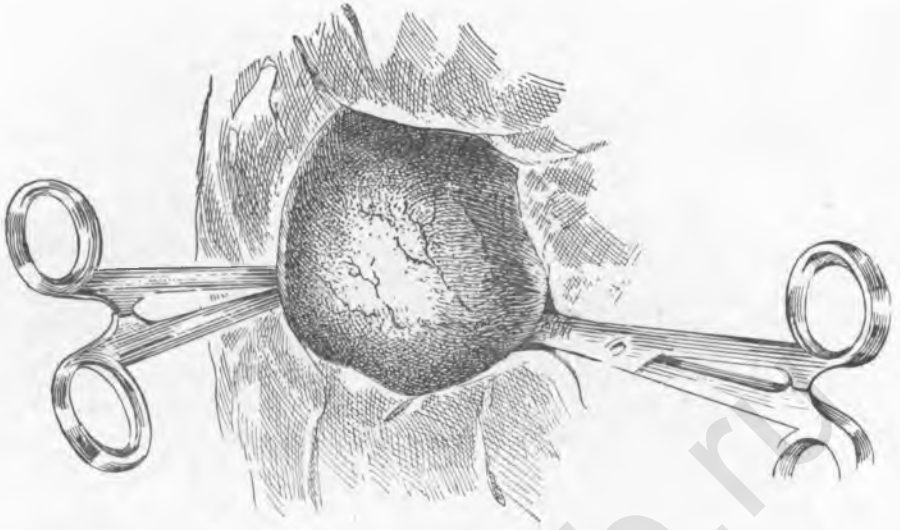


Рис. 198. Овариотомия. Приемы для извлечения опухоли из разреза брюшной стенки.



Рис. 199. Овариотомия. Извлечение яичниковой опухоли из брюшной раны.

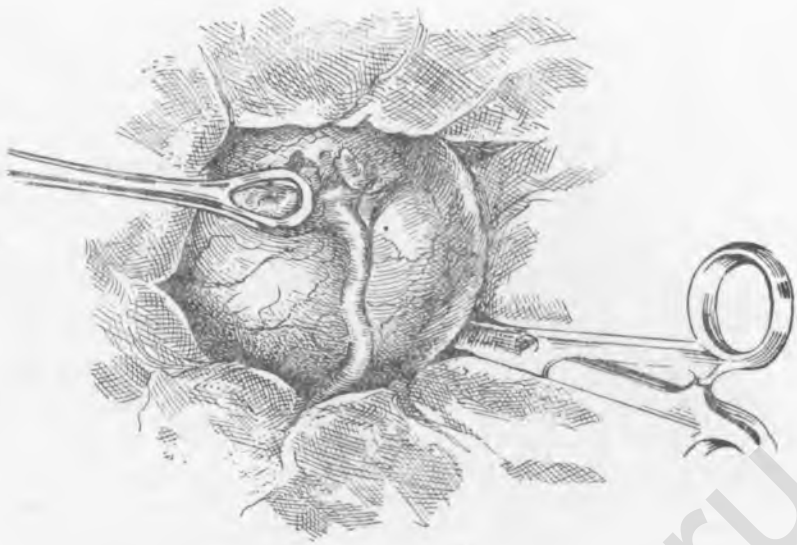


Рис. 200. Овариотомия. Извлечение яичниковой опухоли из брюшной раны при помощи тупфера с одновременным потягиванием за маточную трубу, захваченную овариальными щипцами.

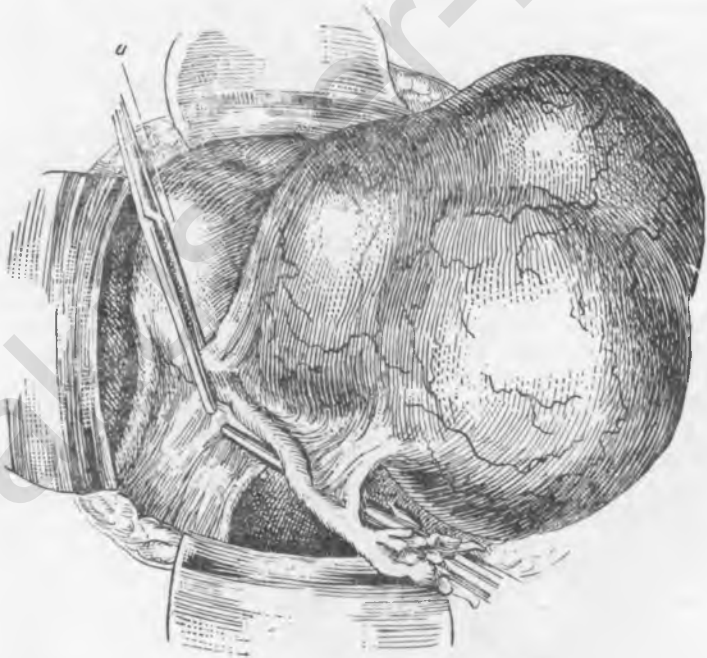


Рис. 201. Овариотомия. Один зажим наложен на воронко-тазовую связку, другой — на собственную связку яичника вместе с маточной трубой.

жащей подвижной брюшине (листки широкой связки, пузырно-маточной складки брюшины, круглая связка матки), несложный.

Перитонизировать культю ножки удаленной кисты яичника можно кисетным швом, проведенным через круглую связку, угол матки и задний листок брюшины широкой связки (рис. 204). Мы предпочитаем перитонизацию преимущественно одной круглой связкой, петлю которой пришиваем к маточному углу и прикрываем ею культю (рис. 205 и 206).

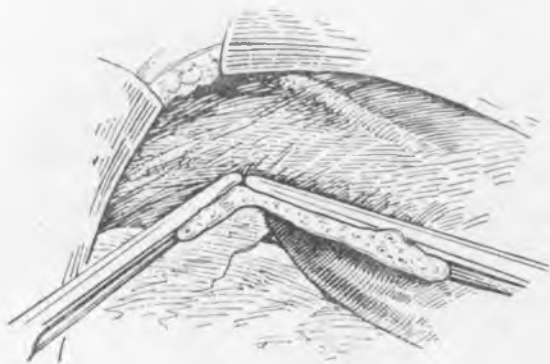


Рис. 202. Овариотомия. После отсечения ножки на ее основании остались два зажима, обращенные концами друг к другу.



Рис. 203. Овариотомия. Оба зажима заменены двумя лигатурами. U — дно матки.

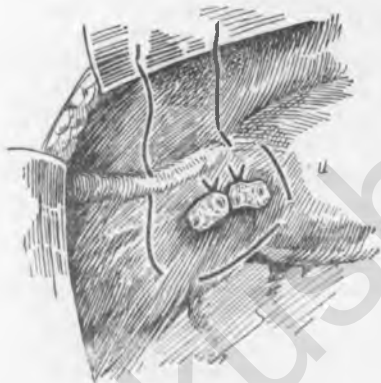


Рис. 204. Овариотомия. Перитонизация культей ножки при помощи кисетного шва, проведенного через круглую связку, угол матки и задний листок брюшины широкой связки. U — дно матки.

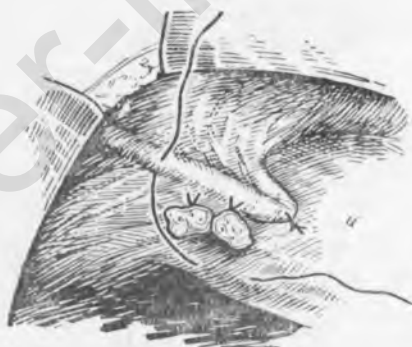


Рис. 205. Овариотомия. Перитонизация культей ножки петлей из круглой связки. Для образования этой петли одна лигатура проведена через круглую связку вблизи ее маточного конца и через угол матки; эта лигатура завязана. Вторая лигатура проведена через круглую связку на расстоянии 3—4 см от первой лигатуры и через маточный угол кзади от нее. Вторая лигатура еще не завязана. U — дно матки.

Если перед операцией или во время операции возникает хотя бы малейшее сомнение в доброкачественном характере опухоли, мы, как только опухоль отделена от ножки, поручаем кому-либо из присутствующих в операционной (сами в это время занимаемся перевязкой культей) вскрыть опухоль и показать нам ее на разрезе. Если вид опухоли подтверждает ее злокачественный характер или усиливает возникшее подозрение, тут

же удаляем придатки другой стороны вместе с телом матки (см. ниже об операции злокачественных опухолей яичника).

Если опухоль такая большая, что через разрез, сделанный между пупком и лобком, ее нельзя извлечь, то возникает вопрос об опорожнении ее содержимого проколом капсулы троакаром. Если опухоль по внешнему виду или при пальпации вызывает подозрение на злокачественное перерождение или хотя бы на сосочковую кистому, то прокол противопоказан. Точно так же к проколу не следует прибегать при значительном количестве асцитической жидкости, что вызывает подозрение на сосочковый или злокачественный характер кистомы (в последнем случае брюшная жидкость имеет геморрагический вид). Не следует пунктировать кистомы, окутанные обширными сращениями, так как разъединить эти сращения труднее после опорожнения опухоли потому, что капсула спадается; по этой же причине межсвязочные кистомы не прокалывают;

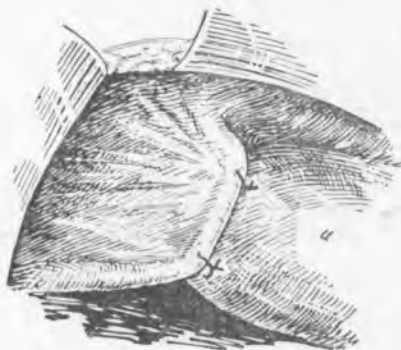


Рис. 206. Овариотомия. Перитонп-
вация культи ножки петель из круг-
лой связки. Вторая лигатура завя-
зана. Петля полностью прикрывает
культю. U — дно матки.

большие дермоидные кисты не прокалывают потому, что содержимое их очень густое для пункции и если оно попадает на брюшину, то вызывает значительные реактивные изменения.

Таким образом, пунктируют кистозные опухоли лишь тогда, когда опухоль очень большая, что обуславливается главным образом величиной одной из полостей (камеры), если нет асцита и нет подозрения на злокачественный или сосочковый характер кистомы и, наконец, если она не сращена с соседними органами или с пристеночной брюшиной.

Во всех случаях наличия большой кистомы, к проколу которой имеются приведенные выше противопоказания, порой не абсолютные, а иногда лишь относительные, мы отказываемся от ее опорожнения. Исключение делается для тех редких случаев, когда удалению подлежит большая кистоста у старух, так как эти больные плохо переносят большие разрезы при чревосечении.

Пункция кистомы яичника при овариотомии. Если противопоказаний к пункции нет, то мы производим ее главным образом в тех случаях, когда величина опухоли не позволяет вывести ее целиком через разрез, проведенный между лобком и пупком, т. е. при опухолях, превышающих размером величину матки при беременности в 4—5 месяцев.

Если пунктируется большая камера псевдомуцинозной кистомы, содержимое которой довольно жидкое, то лишь в исключительно редких случаях его попадание в брюшную полость в небольшом количестве может повести к прививке опухолевых клеток на брюшине и рецидиву опухоли в брюшной полости. При больших количествах излившегося содержимого псевдомуцинозной кистомы и при более густом сиропообразном содержимом опухоли могут образоваться обширные сращения или даже возникнуть псевдомяксомы брюшины.

Для того чтобы содержимое опухоли при пункции не попало в брюшную полость, опухоль тщательно обкладывают большими салфетками; помощник прижимает снаружи руками брюшную стенку вплотную к опухоли; большую переводят в горизонтальное положение, и если операционный стол

имеет соответствующее приспособление, то его наклоняют слегка в ту сторону, в которую должна стекать жидкость. Когда вся несложная подготовка будет закончена, в опухоль вкалывают троакар (рис. 207) (удобнее пользоваться дугообразным троакаром или, еще лучше, троакаром, снабженным длинной резиновой трубкой, конец которой опускают в ведро или в таз, куда будет стекать жидкость). Как только киста немного опорожнится, капсула начинает спадаться, поэтому ее можно захватить овариальными щипцами в складку и подтянуть к брюшной ране. По мере опорожнения кисты ее капсулу захватывают по другую сторону сбоку от троакара еще одной парой овариальных щипцов и постепенно извлекают опухоль через брюшной разрез. Когда опухоль значительно уменьшилась, троакар удаляют, место прокола захватывают зажимами и опухоль полностью из-



Рис. 207. Овариотомия. Пункция кисты.

влекают из брюшной полости (рис. 208). Так как при всех этих манипуляциях, несмотря на принятые меры, некоторое количество жидкости все же попадает на простыни и салфетки, которыми обложено операционное поле, белье после опорожнения кисты следует переменить или покрыть сверху свежим сухим бельем и дальше продолжать операцию по методу, описанному выше.

Если по тем или иным причинам мы не опорожняем опухоль, то первоначально сделанный небольшой разрез приходится продолжить вверх за пупок настолько, чтобы можно было бы без насилия извлечь опухоль. Мы не считаем целесообразным из-за небольшой экономии в величине разреза удлинять время операции и излишне травмировать опухоль и окружающую ее брюшину, так как это может неблагоприятно повлиять на течение послеоперационного периода и повести к образованию внутрибрюшных спаек. После извлечения опухоли тем или иным способом переводят больную в положение с приподнятым тазом. Мягким полотенцем или несколькими марлевыми салфетками органы брюшной полости отгораживают от опухоли, которая теперь лежит на животе больной сбоку или выше разреза. Если опухоль не была опорожнена в положении больной с поднятым тазом, то, вследствие тяжести опухоли, ножка оттягивается кверху и в глубине раны можно разглядеть угол матки, от которого отходит ножка кистомы. Дно матки (при отсутствии беременности!) захватывают

пулевыми щипцами, извлекают из брюшной полости и оттягивают в противоположную сторону; таким образом, вся ножка опухоли лежит перед нами (вместо пулевых щипцов можно наложить на дно матки кетгутовую лигатуру, которая будет служить «держалкой»).

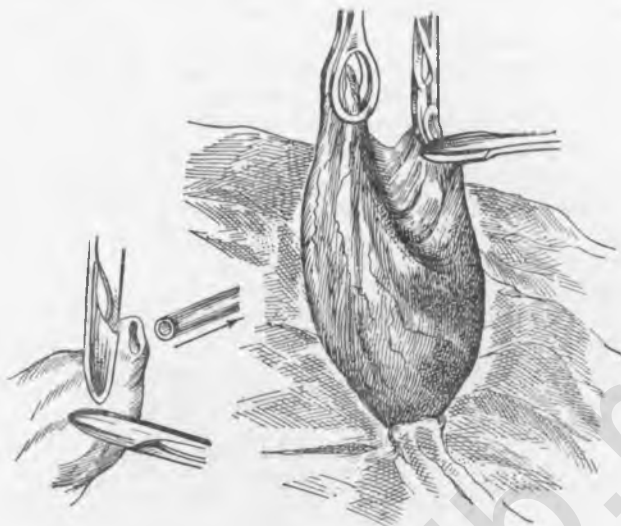


Рис. 208. Овариотомия. По мере опорожнения кисты капсулу ее захватывают овариальными щипцами и подтягивают к брюшной ране; после того как киста опорожнится в достаточной мере, извлекают троакар, место прокола закрывают двумя зажимами (деталь слева). Затем извлекают опухоль.

При наличии беременности мы матку не извлекаем наружу, а только центрируем ее угол в разрезе брюшной стенки, подтягиванием опухоли за ножку.

Удаление опухолей яичника, расположенных межсвязочно

Если удаление опухолей яичника, имеющих ножку и свободных от сращений, является простой операцией, то удаление яичниковых опухолей, лежащих межсвязочно, значительно сложнее. Главная опасность таится в возможности повредить мочеточники, так как при межсвязочном расположении опухолей мочеточник подвергается значительным смещениям; его направление может так измениться, что он оказывается в самом неожиданном месте; при этом он интимно прилегает к опухоли, лежит на ней и даже может быть сращен с ней.

Как и при всякой межсвязочно расположенной опухоли, например, при фибромиоме матки, межсвязочно расположенная киста яичника при своем развитии и росте может отодвинуть мочеточник в любую сторону и дать ему любое направление, легко меняющееся.

Однако некоторые, правда, довольно относительные закономерности между изменениями хода мочеточников, наблюдающимися при межсвязочных или шеечных фибромиомах матки и при межсвязочных кистах яичника, все же можно подметить. Так, при межсвязочно расположенной фибромиоме опухоль, развиваясь от ребра матки к боковой стенке таза,

отодвигает мочеточник в большинстве случаев к боковой стенке таза (рис. 209); при шеечной фибромиоме, поднимающей тело матки вверх, мочеточник может, например, лежать над опухолью, тогда как при межсвязочно расположенной кистоме яичника, раздвигающей брюшинные листки широкой связки вниз, мочеточник может быть отодвинут в этом же направлении и лежать вдоль нижнего полюса опухоли или даже оставаться на ее медиальной стороне (рис. 210). Хотя это только предположительный ход изменений в расположении мочеточников при межсвязочных кистомах яичника или при фибромиомах матки, но все же прежде всего надо искать изменившийся ход мочеточника в этих направлениях.



Рис. 209. Овариотомия при опухоли, расположенной межсвязочно.
ur — мочеточник (возможное расположение).

Само собой разумеется, что растущая опухоль, объем которой увеличивается в различных направлениях, может изменять по мере своего развития и ход мочеточника на различном протяжении в различных направлениях.

Поэтому, хотя и очень важны сведения о возможных топографических изменениях хода мочеточников при межсвязочных опухолях яичника или матки, этого совершенно недостаточно, чтобы избежать повреждения мочеточников при операции. Здесь надо быть готовым ко всякого рода неожиданностям. Поэтому при удалении межсвязочной кистомы яичника, которую приходится вылущать из листков широкой связки, необходима крайняя осторожность и бдительность; ни один тяж, связанный с опухолью, не должен быть перерезан или хотя бы перевязан, прежде чем оператор не убедится, что это не мочеточник. Если же подозрительный тяж при внимательном осмотре окажется мочеточником (среди опознавательных признаков важное значение имеют сопровождающие мочеточники тонкие кровеносные сосуды), то его следует отделить от опухоли на всем протяжении, на котором он с ней связан.

Техника операции. При межсвязочном расположении кистомы, если оно распознано до операции по ряду признаков (неподвижность опухоли, смещение опухолью матки вверх и в сторону, выпячивание влагалищного свода и т. п.), мы всегда применяем продольный разрез брюшной



Рис. 210. Овариотомия при опухолях, расположенных межсвязочно. *ur* — мочеточник (возможное расположение мочеточников при опухоли развившейся между листками широкой связки по направлению сверху вниз).

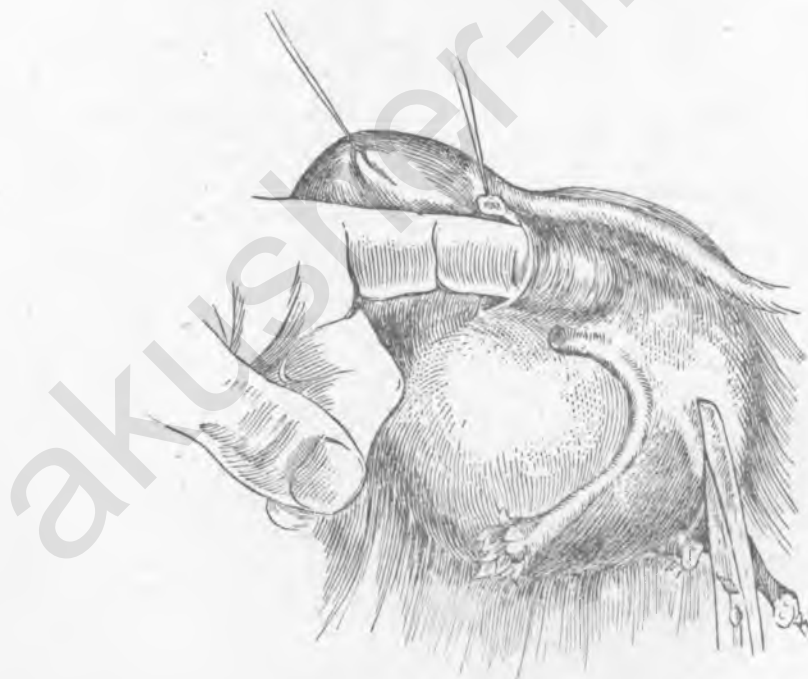


Рис. 211. Овариотомия при опухоли, расположенной межсвязочно. Разрез листка брюшины широкой связки между маточной трубой и круглой маточной связкой.

стенки. При проведении этого разреза надо учитывать, как и при межсвязочной фибромиоме матки, возможное смещение мочевого пузыря не только в противоположную сторону, но и вверх за лоно (см. операцию фибромиомы). По вскрытии брюшной полости в положении больной с приподнятым тазом мы раскрываем зеркалами брюшную рану, отодвигаем мягким полотенцем или большими марлевыми салфетками сальник и кишки к диафрагме и прежде всего осматриваем опухоль. Межсвязочное расположение опухоли узнаем по характерным тонким сосудам, проходящим по поверхности опухоли, которая покрыта подвижной пленкой — листком брюшины.

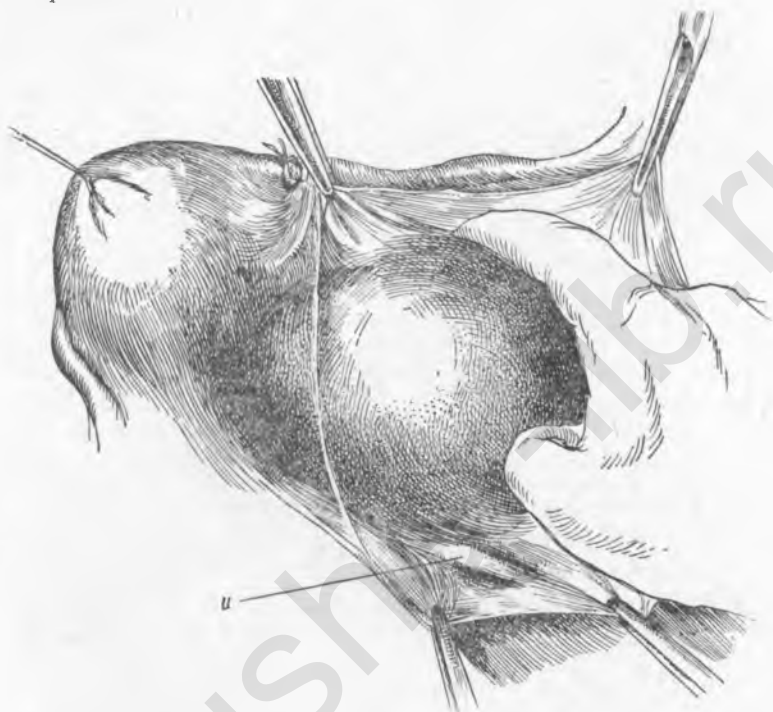


Рис. 212. Овариотомия при опухоли, расположенной межсвязочно. Выделение опухоли через разрез брюшины широкой связки тупым путем. *U* — мочеточник.

Как только межсвязочное расположение опухоли будет установлено, извлечение ее из брюшной полости, как это делают при наличии кистомы на ножке, совершенно бесцельно. Опухоль надо вылущить из окружающей ее клетчатки, проведя разрез через покрывающий ее брюшинный листок. Разрез брюшины, как наиболее безопасный в смысле повреждения мочеточника, лучше всего провести между маточной трубой и круглой маточной связкой (рис. 211). Обычно над верхним сегментом опухоли лежат растянутые круглая связка и маточная труба. Для вылущивания большой кистомы без применения пункции, которая в этих случаях, как мы указывали, противопоказана, может оказаться полезным рассечь круглую связку у места ее отхождения от угла матки.

Разрез брюшины ведет в подбрюшинную клетчатку, которая со всех сторон окружает межсвязочную кистому. Края брюшины с обеих сторон разреза захватывают зажимами и тупым путем (пальцами или закрытыми ножницами) постепенно выделяют из разреза всю опухоль (рис. 212).

Так как меньше всего шансов встретить мочеточник на передней поверхности опухоли, мы начинаем вылушение именно отсюда. При выделении опухоли тупым путем тщательно следят, не покажется ли где-нибудь на поверхности опухоли какой-либо тяж (о чем мы уже говорили), который может оказаться мочеточником. Выделять надо крайне бережно, чтобы не разорвать капсулу тонкостенной кистомы, каковыми нередко оказываются межсвязочные опухоли яичников. Особенно легко порвать оболочку межсвязочной кисты при отделении ее нижнего сег-



Рис 213. Овариотомия при опухоли, расположенной межсвязочно. При выделении нижнего медиального сегмента опухоли нередко приходится прибегать к ножницам, действуя ими крайне осторожно под контролем глаза. *U* — мочеточник.

мента; поэтому выделять большую опухоль приходится двумя, а то и тремя пальцами. Этот этап операции в большинстве случаев является последним, и после выделения передней поверхности опухоли выделяют заднюю и медиальную поверхность, где чаще всего обнаруживается растянутый мочеточник.

Вылушение нижнего и медиального сегмента опухоли, как наиболее трудное, делают под конец, ибо если при этом появится кровотечение из поврежденного крупного кровеносного сосуда, то наложение зажима на поврежденный сосуд без риска захватить мочеточник значительно облегчается (рис. 213).

При удалении межсвязочной опухоли яичника, так же как и при удалении опухоли на ножке, необходимо предварительно перевязать и перерезать воронко-тазовую и собственную связки яичника вместе с маточной

трубой, которую обычно удаляют одновременно с яичниковой опухолью. Но при межсвязочной кистоме мочеточник, приподнятый опухолью, может оказаться у латерального полюса в непосредственной близости к яичниковым сосудам, поэтому безопаснее перевязать и перерезать эти связки после того, как опухоль будет полностью выделена и будет держаться лишь на этих двух связках (воронко-тазовой и собственной связке яичника). Когда межсвязочная опухоль полностью удалена, надо крайне внимательно осмотреть образовавшуюся в тазовой клетчатке полость и произвести тщательнейший гемостаз. Ни один самый мелкий кровотокающий сосуд не должен быть оставлен без внимания — его надо захватить зажимом и перевязать. Малейшее упущение в этом отношении поведет к образованию гематомы в клетчатке со всеми вытекающими отсюда последствиями — инфицирование, нагноение и пр. Только после того, как будет достигнут полный гемостаз, оба края брюшины сшивают непрерывным швом. Предпринимать что-либо для уменьшения оставшейся полости на месте бывшей кистомы излишне, ибо после того, как брюшина будет зашита, а больная переведена в горизонтальное положение, брюшные органы опустятся и займут нормальное положение в брюшной полости, внутрибрюшное давление приведет к сближению растянутые листки широкой связки и полость между ними в тазовой клетчатке исчезнет.

Придерживаясь указанной техники, мы до сих пор не получали при операции межсвязочных кистом такие осложнения, как повреждение мочеточников или тяжелые кровотечения во время или после операции. Затруднения при вытяжении межсвязочной кистомы наблюдаются лишь тогда, когда тонкостенная оболочка опухоли разрывается, после чего исчезают ее ясные контуры. В таких случаях приходится, захватив зажимами края оболочки и потягивая за них, постепенно и обязательно под контролем глаза извлекать опухоль крайне осторожно. С величайшим вниманием рассматривают наружную сторону спавшейся оболочки кисты и отделяют ее от окружающей клетчатки тупым и острым путем — пальцами, тупфером, концами изогнутых ножниц. Чтобы не повредить мочеточник или большой кровеносный сосуд, сращенный с опухолью, все же не следует оставлять в клетчатке обрывки опухолевой оболочки; под строжайшим контролем глаза очень тщательно эти остатки надо удалить пинцетом и ножницами. При подозрении на инфекцию в клетчатку вводят марлевый тампон, конец которого выводят в брюшную рану. Если двусторонние межсвязочные кистомы окажутся сосочковыми, которые имеют склонность к злокачественному перерождению, то в случае необходимости из-за инфекции дренировать межсвязочные или подбрюшинные пространства мы удаляем матку. Тогда можно будет дренировать эти пространства без тампонов или дренажных трубок («бестампонное» дренирование). Где нет инфекции и, следовательно, нет необходимости дренирования, мы при двусторонних опухолях яичника, удалив их, производим надвлагалищную ампутацию матки; брюшную рану зашиваем наглухо.

Удаление опухолей яичника, осложненных сращениями

Если большая опухоль яичников сращена с передней брюшной стенкой, то трудности могут встретиться в самом начале операции, так как проникнуть в брюшную полость не удастся из-за сращения опухоли с брюшиной передней брюшной стенки. В этих случаях надо продлить разрез брюшной стенки за пупок и вскрыть брюшину там, где она не приращена к опухоли и отсюда, продвигаясь вниз, постепенно острым, а там, где спайки рыхлые, тупым путем отделить опухоль от брюшной стенки на всем ее протяжении.

Затем надо разъединить сращения опухоли с сальником, кишечными петлями и другими соседними органами. Если сращения образовались давно, они становятся плотными, в них развиваются сосуды, которые врастают в опухоль. Это наблюдается главным образом при сращении опухоли с сальником. В подобных случаях целесообразно резецировать крепко приросший к опухоли сальник и часть его оставить на опухоли. Разумеется, резецированный сальник должен быть тщательно перевязан. Разъединение спаек начинают там, где они наиболее тонки и наиболее близко лежат к опухоли. Особенно осторожно надо разъединять спайки опухоли с сальником; лучше всего при этом пользоваться кончиками изогнутых ножниц. Каким бы путем — тупым или острым — ни разъединяли спайки, всегда надо отделять и отодвигать к и ш к у о т о п у х о л и, а не опухоль от кишки. В крайнем случае при очень плотных сращениях, крепко соединяющих на небольшом участке стенку кишки с капсулой опухоли, лучше оставить на кишке часть опухоли, нежели повредить стенку кишки. В очень редких случаях при неразделимых сращениях с кишкой приходится прибегнуть к резекции кишки.

Отделенную от опухоли кишку осматривают и, если обнаруживают какой-либо дефект, немедленно его закрывают. Чаще всего встречаются дефекты серозного покрова кишки. Участок кишки, лишенный серозной оболочки, должен быть немедленно заперитонизирован. При сквозном ранении стенки кишки должна быть зашита и этот участок заперитонизирован. При тяжелом повреждении кишки на значительном протяжении приходится прибегнуть к ее резекции.

Удаление опухоли, осложненной сращениями, нередко сопровождается разрывом оболочки кистомы и излитием содержимого в брюшную полость. При таком осложнении надо немедленно перевести больного в горизонтальное положение и одновременно быстро ввести в брюшную полость большие марлевые салфетки; пропитавшиеся жидкостью салфетки удаляют, и, если необходимо, их заменяют свежими; затем удаляют и эти салфетки, брюшную полость очищают от содержимого кистомы марлевыми тупферами, больного опять переводят в положение с приподнятым тазом и продолжают операцию. Чем больше осталось неразделенных спаек и обширных сращений, тем труднее становится операция после спадения оболочки. Край разорванной оболочки опухоли захватывают зажимами и подтягивают к разрезу брюшной стенки. Под неослабным контролем глаза шаг за шагом, главным образом кончиками изогнутых ножниц и небольшим плотно скатанным марлевым шариком («горошины»), отделяют сращения от оболочки опухоли. Освобожденные участки оболочки снова захватывают зажимами и ими подтягивают оставшуюся часть оболочки к брюшной ране и т. д. до тех пор, пока вся оболочка не будет извлечена.

Дальнейший ход операции такой же, как и после извлечения неопорожденной опухоли. Если оболочка опухоли была извлечена полностью и содержимое ее не было инфицировано, брюшную полость зашивают наглухо. Если же в брюшную полость попало инфицированное содержимое кистомы, то мы применяем тампонаду по Микучичу. Вместе с марлевыми салфетками вводим в брюшную полость порошок белого стрептоцида в количестве около 10,0. Если количество излившейся в брюшную полость жидкости невелико, можно ограничиться введением пенициллина, не прибегая к тампонаде. Но достаточного личного опыта в этом вопросе у нас еще нет. Нам представляется разумнее не отказываться полностью от тампонады в подобных случаях, оставляя тампон на 2—3 дня вместо 5—6 дней.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ (TORSIO PEDUNCULI) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Это осложнение принадлежит к числу наиболее частых и опасных из всех встречающихся при доброкачественных опухолях яичника. Перекручиванию опухоли способствует подвижность опухоли и длина ножки. Опухоли с длинной и тонкой ножкой подвергаются перекручиванию чаще, чем опухоли, сидящие на короткой и широкой ножке. Очень большие кистомы, занимающие большую часть брюшной полости, перекручиваются реже, чем опухоли средних размеров. Патологоанатомические изменения, происходящие в опухоли при перекручивании ее ножки, зависят от степени перекручивания, которое может быть неполным, полным или многократным, и отчасти от строты, с которой происходит перекручивание ножки. В зависимости от этих условий, протекает и клиническая картина возникшего осложнения. При быстро наступившем и особенно многократном перекручивании прежде всего возникает внезапный венозный застой в опухоли, она быстро увеличивается, при этом часто происходят кровоизлияния в паренхиму опухоли; если капсула кистомы разрывается и кровь проникает в брюшную полость, возникают бурные явления «острого живота»: внезапный припадок болей, сопровождающийся явлениями раздражения брюшины (вздутие, тошнота, рвота, задержка стула и газов, частый пульс). Полное перекручивание может повести к закрытию просвета в артерии; опухоль лишается питания и в ней может начаться омертвление. За некрозом может последовать инфицирование омертвевшей ткани, распад и гангрена с перитонитом. Клиническая картина острого перекручивания ножки опухоли, особенно сопровождающегося кровоизлиянием в брюшную полость, напоминает картину прервавшейся внематочной беременности, а также острый аппендицит, ущемление грыжи, печеночную или почечную колику и т. п. При медленном и постепенном перекручивании ножки опухоли бурных явлений может не быть; появляются небольшие или умеренные боли в животе, локализующиеся в области расположения опухоли. Нередко наблюдается учащенный пульс. Если перекручивание не было полным, то кровообращение в опухоли может восстановиться, явления постепенно стихают, а в результате временного нарушения питания и связанного с ним кое-где поверхностного эпителия опухоли возникают сращения, которые могут стать причиной болей, оставшихся после бывшего осложнения.

Д и а г н о с т и к а значительно облегчается в тех случаях, когда известно, что у больной имеется опухоль яичника. Внезапное появление болей, сопровождающееся увеличением опухоли и признаками раздражения брюшины, с несомненностью говорит за перекручивание опухоли. Если при явлениях «острого живота» гинекологическое исследование обнаруживает наличие опухоли, которая до этого не вызывала никаких симптомов, диагноз перекручивания ножки опухоли едва ли вызывает сомнение. Диагностика может быть затруднена при напряженной или жирной брюшной стенке, не позволяющей ясно прощупать опухоль. В отличие от печеночной или почечной колики, приступ которой начинается с острой и резкой боли, сравнительно быстро проходящей, боли при перекручивании ножки непрерывно нарастают, также нарастают в ближайшие дни явления раздражения брюшины. При дифференциальной диагностике между перекручиванием ножки опухоли и разрывом беременной трубы следует иметь в виду появление острого малокровия и данные анамнеза (задержка менструации) при внематочной беременности (см. главу «Внематочная беременность»). От прободного

перитонита перекручивание яичниковой ножки опухоли отличается не столь бурным развитием перитонеальных симптомов и менее тяжелой клинической картиной.

Л е ч е н и е. Перекручивание ножки опухоли является показанием к немедленному чревосечению и удалению опухоли. При бурных явлениях операция должна носить характер неотложной, если же бурных явлений нет, ее можно отложить до следующего дня.

Такой тактики придерживается большинство хирургов. Некоторые же считают, что при остром перекруте ножки целесообразно выждать не-

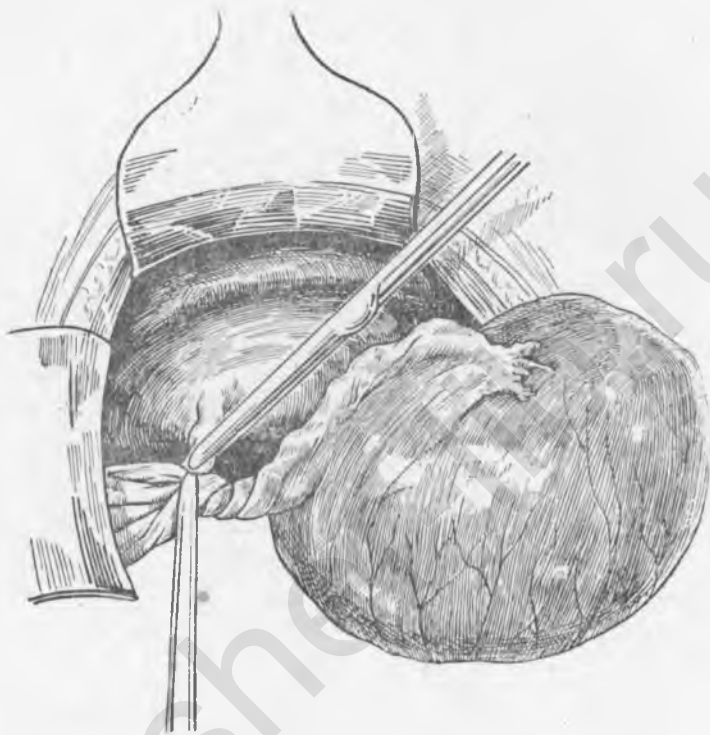


Рис. 214. Овариотомия при перекручивании ножки опухоли. Наложение зажимов на перекрученную ножку.

сколько дней (3—5), применяя холод, наркотические средства для того, чтобы прошли явления шока и стихли острые явления раздражения брюшины. Это вполне допустимо: выжидание в течение короткого срока не осложнит сколько-нибудь значительно технического выполнения операции, так как рыхлые спайки легко разделить, а общее состояние больной может улучшиться, и она легче перенесет операцию. При длительном же выжидании рыхлые спайки станут плотными и разделить их будет труднее. Кроме того, при сращении опухоли с кишечником в опухоль может проникнуть кишечная флора.

Подготовка больной к операции, обычная для неотложных случаев. Наркоз мы предпочитаем ингаляционный и эфирный. Спинномозговую анестезию применяем в тех случаях, когда эфирный наркоз противопоказан. Возможны, конечно, и другие виды обезболивания.

Как и всегда при неотложной гинекологической операции, предпочитают продольный разрез брюшной стенки. Длина разреза зависит от

величины опухоли. Делать маленький разрез с тем, чтобы пунктировать кисту, мы не считаем целесообразным, так как содержимое ее может оказаться инфицированным. По вскрытии брюшной полости брюшную рану обкладывают большими марлевыми салфетками и опухоль извлекают, как было описано выше. Рыхлые спайки легко отделяются марлевыми тупферами, более плотные — острым путем. Некоторые хирурги после выведения опухоли из брюшной раны раскручивают перекрученную ножку опухоли. Такой способ нельзя считать безопасным: в сосудах перекрученной ножки иногда имеются тромбы и во время раскручивания тромб или частицы его могут оторваться, попасть в круг кровообращения и вызвать эмболию. Ввиду этого мы не раскручиваем ножку, а сначала перевязываем ее (или предварительно накладываем на нее зажим) латерально от места перекрута и только после этого раскручиваем и отсекаем ножку (рис. 214). В остальном операция производится обычным путем.

РАЗРЫВ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Это осложнение не менее опасное, чем перекрут ножки, встречается приблизительно в 2—3% всех случаев опухолей яичника. Можно думать, что это осложнение встречается чаще, чем его диагностируют (М. С. Малиновский). Чаще разрываются злокачественные опухоли яичников. Опасность заключается во внутреннем кровотечении, если разрывается большой сосуд, и в перитоните, который может возникнуть от того, что содержимое опухоли в большом количестве попадает в брюшную полость. Разрыв не только злокачественной, но и доброкачественной кистомы (ложнослизистая или сосочковая) может вызвать обсеменение брюшины опухолевыми элементами и, всегда оставляет обширные сращения. Разрыв яичниковой опухоли далеко не всегда сопровождается бурными симптомами. Нередко больные отмечают ощущение наполнения живота, причем болей нет или они незначительные. После разрыва большой кисты может наблюдаться обильное выделение мочи.

Несмотря на то, что разрыв яичниковой опухоли может пройти, казалось бы, вполне благополучно, это осложнение большей частью имеет весьма серьезные последствия. Поэтому разрыв яичниковой кистомы требует неотложной операции. Точно так же требует неотложной операции кровоизлияние в паренхиму опухоли, причиной кровоизлияния служит обычно травма. Клиническая картина имеет много сходного с перекручиванием ножки яичниковой опухоли и с разрывом опухоли. В результате кровоизлияния может также произойти разрыв опухоли.

Влагалищная овариотомия

Влагалищная овариотомия была у нас разработана и предложена Д. О. Оттом и его школой. В последнее десятилетие в связи со значительным улучшением результатов брюшностеночного метода влагалищная овариотомия применяется редко. Влагалищный метод операции можно считать целесообразным тогда, когда брюшностеночный метод, являющийся методом выбора при операции опухолей яичника, становится рискованным, как, например, при тяжелых поражениях сердца и легких, чрезмерном ожирении брюшной стенки и т. д.

Для влагалищной овариотомии должны иметься и определенные условия: оператор должен быть уверен в доброкачественном характере опухоли, опухоль должна быть свободной от сращений и обладать большой подвижностью.

Большая опухоль не является абсолютным противопоказанием к влагалищной овариотомии, так как кистозную опухоль можно уменьшить пункцией; влагалищный метод операции может быть применен в тех случаях, когда опухоль состоит из одной большой полости, наполненной жидким содержимым. Дермоидные кисты опорожняют

во время операции нежелательно, хотя в клинике Отта на 85 дермоидных кист, оперированных влагалищным путем, особых осложнений не наблюдалось. Непременным условием для операции кистомы яичника через влагалище является вставление ее нижнего полюса в разрез влагалищного свода. Если опухоль велика и лежит над безымянной линией так, что обнажить ее нижний сегмент не удастся, то, не имея специального оттовского инструментария (зеркала с осветительным прибором и пр.), оперировать влагалищным путем невозможно.



Рис. 215. Овариотомия влагалищным путем. Рука ассистента фиксирует опухоль со стороны брюшной стенки. Пункция кисты через кольпотомное отверстие.

Влагалищная овариотомия может быть произведена через разрез в переднем влагалищном своде (передняя кольпотомия), а также через разрез в заднем влагалищном своде (задняя кольпотомия).

Небольшие опухоли яичников обычно лежат в прямокишечно-маточном углублении, поэтому их легче удалить через задний влагалищный свод. Но если они подвижны, их можно перевести и впереди в пузырно-маточный карман и оперировать через разрез в переднем влагалищном своде. Вообще задняя кольпотомия в техническом отношении проще передней, при которой приходится отделять мочевой пузырь от маточной шейки, но при передней кольпотомии легче произвести перитонизацию культи при помощи круглой связки. Такая перитонизация сопровождается укорочением круглой связки, что противодействует образованию ретроверзии матки, если после удаления опухоли образуются спайки в прямокишечно-маточном углублении. Поэтому мы предпочитаем производить влагалищную овариотомию при помощи передней кольпотомии.

Техника овариотомии при помощи передней кольпотомии. В переднем влагалищном своде мы делаем лоскутный разрез (см. Общую часть). По вскрытии брюшной полости выводим матку, захватывая пулевыми щипцами под контролем глаза ее переднюю стенку все выше и выше, и подтягиваем постепенно матку к разрезу (см. рис. 43, 44 и 45). После того как матка будет выведена, большую переводят в наклонное положение для того, чтобы кишечные петли отошли кверху. Только очень маленькую опухоль можно извлечь целиком через разрез во влагалище. Обычно овариальную опухоль приходится пунктировать. Для того чтобы пунктировать опухоль, ассистент фиксирует ее через брюшные покровы так, чтобы ее полюс вставился в разрез переднего влагалищного свода. После этого опухоль пунктируют (рис. 215) и в то время, когда ее опорожняют, капсулу захватывают щипцами и постепенно выводят наружу (рис. 216). На ножку опухоли накладывают крепкий зажим, второй зажим накладывают в качестве контрреммы и отсекают опухоль. Основной

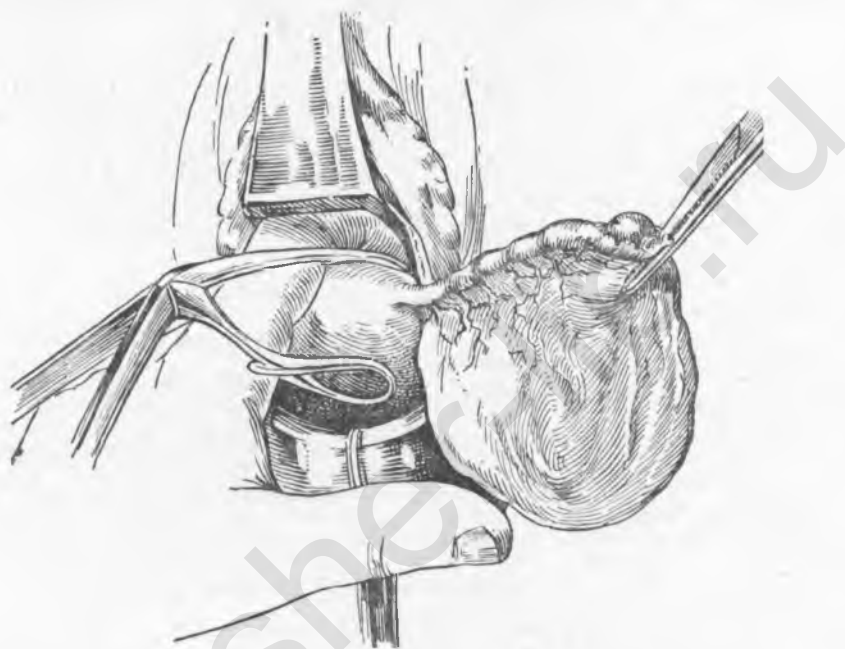


Рис. 216. Овариотомия через влагалище. После извлечения капсулы кисты извлекают наружу матку.

зажим заменяют крепкой кетгутовой лигатурой, которой прошивают культю. Если ножка широкая, то на нее накладывают два основных зажима: один — на воронко-тазовую связку, другой — на собственную связку яичника; на маточную трубу в качестве контрреммы мы накладываем третий зажим, который после отсечения опухоли остается на препарате. Перитонизацию производим круглой связкой, которая либо покрывает культю в виде петли, либо обвинным швом соединяется с задним листком широкой связки. После этого матку вправляем в брюшную полость, отверстие в брюшине зашиваем, а затем зашиваем влагалищную рану (см. Общую часть).

Техника овариотомии посредством задней кольпотомии. Задняя кольпотомия производится обычным путем (см. Общую часть). Для увеличения доступа к внутренним половым органам мы после вскрытия брюшины прямокишечно-маточного углубления к поперечному разрезу в заднем влагалищном своде добавляем продольный разрез, который проводим по его середине, и, таким образом, получаем крестообразный разрез, увеличивающий кольпотомное отверстие. Производится пункция, и по мере опорожнения опухоли ее выводят щипцами наружу. Для того чтобы при опорожнении опухоли жидкость не затекала в брюшную полость, большую переводят в горизонтальное положение. Если опухоль небольшая, то оперирующий вводит два пальца в брюшную полость, ориентируется двуручным исследованием в положении опухоли и, помогая себе, главным образом наружной рукой приближает опухоль к заднему своду, захватив ее под контролем глаза пулевыми щипцами (жидкое содержимое опухоли вытекает через уколы, произведенные щипцами), и извлекает

наружу. Перевязку и отсечение ножки кисты делают так же, как и при передней кольпотомии.

Перитонизация культи труднее при операции через задний свод, поэтому мы предпочитаем производить влагалищную овариотомию через передний свод (передняя кольпотомия или, вернее, кольпоцелиотомия). Но если в силу каких-либо причин имеется настоятельная необходимость оперировать через влагалище и опухоль фиксирована сращениями в прямокишечно-маточном углублении, применяют заднюю кольпотомию, разъединя сращения, и шаг за шагом под контролем глаза добираются до свободной брюшной полости и производят овариотомию. В этих случаях не закрывают наглузу влагалищный свод, а приторачивают несколькими швами края брюшины к краям влагалищной раны, уменьшают отверстие во влагалищном своде и вводят в него полоску марли в тех случаях, когда через дренажное отверстие просачивается кровянистое отделяемое, и удаляют ее на следующий день или через 2—3 дня.

ЛИТЕРАТУРА

- Благоволин С. И., ВМЭ, т. 22, стр. 68.
- Кватер Е. И., К 75-летию первой овариотомии со счастливым исходом в Москве, Акушерство и гинекология, 1947, № 1.
- Козинский Б. А., К вопросу о pseudomuxoma peritonei, Юбилейный сборник, посвященный Л. Л. Окончицу, 1928, стр. 398.
- Красовский А. Я., Об овариотомии, СПб, 1868.
- Леви М. Ф., История родовспоможения в СССР, М., 1950.
- Левит И. Б., К вопросу о доброкачественных дермоидных опухолях яичника, Гинекология и акушерство, 1930, № 2.
- Лесной С. К., Частичная резекция яичников при олигоменоррее и аменоррее, Гинекология и акушерство, 1928, № 2.
- Лисовский В., К вопросу о пролиферирующих опухолях яичника, Труды I Всесоюзного съезда онкологов, Киев, 1936.
- Лисовский В., О дисгерминамах яичника, Акушерство и гинекология, 1936, № 7.
- Луппов А. Н., К вопросу о консервативной хирургии яичников, Журнал акушерства и женских болезней, 1926.
- Малинин А. И., Рак желудка и метастатические опухоли яичника, Гинекология и акушерство, 1924, № 4.
- Малинин А. И., Осложнение родов нагноившейся дермоидной кистой, Журнал акушерства и женских болезней, 1926, № 3.
- Малиновский М. С., Заболевания яичников (глава в руководстве Кривского), Л., 1927.
- Мансветова В. С., Овариотомия при беременности. Автореферат диссертации, М., 1949.
- Матвеев Ф. П., Материалы об овариотомии в России, Дисс., СПб, 1886.
- Пойзнер Б. С., К казуистике осложнений беременности дермоидами яичников, Журнал акушерства и женских болезней, 1926, № 3.
- Рейнеке В. В., К вопросу о pseudomuxoma peritonei, Гинекология и акушерство, 1929, № 3.
- Соколов Н. Н., Опухоли яичников по данным секционного материала Обуховской больницы имени Нечаева за 1890—1926 гг., Журнал акушерства и женских болезней, 1928.
- Улезко-Строганова К. П., О раковом перерождении яичниковых кистом, Журнал акушерства и женских болезней, 1913.
- Улезко-Строганова К. П., Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов, М., 1939.
- Шуб Р. Л., Оперативное лечение кист яичника при беременности и отдаленные результаты, Юбилейный сборник, посвященный проф. М. В. Елкну, Л., 1939.
- Щеткин Д., Об условиях, благоприятствующих развитию тромбоза вен при овариотомии, Дисс., СПб, 1889.
- Ярцев А. И., К патологии и лечению кист яичника, осложненных беременностью, Дисс., СПб, 1905.

ПАРОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА

Паровариальная киста относится к опухолям широкой связки. Эти кисты большей частью бывают однокамерными, а многокамерными — только тогда, когда новообразование состоит из отдельных самостоятельных кист, сращенных между собой (В. И. Илькевич). Паровариальные

кисты лежат между листками широкой связки (точнее, брыжейки маточной трубы), рядом с маткой. Часто рядом с кистой можно прощупать неизмененный яичник (рис. 217). Нередко паровариальные кисты обнаружи-



Рис. 217. Паровариальная киста.

ваются во время операции, предпринятой по поводу кисты яичника. Операция заключается в вылущении опухоли из продольного разреза в переднем или заднем листке брыжейки маточной трубы.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность может локализоваться в маточной трубе, яичнике, в брюшной полости; в большинстве же случаев наблюдается трубная беременность.

ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Трубная беременность только в исключительно редких случаях достигает больших сроков или даже донашивается. Обычно она прерывается в первые месяцы беременности либо в виде разрыва трубы (наружный разрыв плодоемности), либо трубного выкидыша (внутренний разрыв плодоемности).

Признаки, методика исследования и распознавание разрыва беременной трубы. Распознать происшедший разрыв беременной трубы легко в тех случаях, когда характерные для внематочной беременности анамнестические данные совпадают с объективными признаками внутреннего кровотечения и перитонеального шока. В этих случаях уже из анамнеза можно установить, что больная считала себя беременной на основании субъективных признаков (задержка менструации, тошнота и извращения вкуса, набухание молочных желез и пр.) или на основании диагноза врача. Далее выясняется, что заболевание возникло без предвестников, внезапно, среди полного здоровья, а иногда после нескольких припадков болей внизу живота с преимущественной локализацией слева или справа; иногда больная не может указать, в каком именно месте возникла боль, особенно если она сразу потеряла сознание.

При осмотре прежде всего бросаются в глаза явления малокровия и слабости: резкая бледность кожи и слизистых оболочек, холодный пот, бледные или чуть синеватые губы, частое, поверхностное дыхание. Больная жалуется на шум в ушах, мелькание в глазах, иногда на боли, отдающие в плечо или лопатку, чаще в правую, иногда в межлопаточную область (так называемый френрикус-симптом — феномен, являющийся результатом раздражения грудобрюшного нерва кровью, излившейся в брюшную полость при лежачем положении женщины и достигшей грудобрюшной преграды). Сознание больной большей частью ясное. Наблюдаются повторные обмороки, головокружение, жажда, анурия или олигурия. Температура обычно нормальная или даже субнормальная, иногда незначительно повышенная. В тех случаях, когда после излития крови в брюшную полость прошло уже некоторое время, температура тела может быть повышенной, что еще не говорит о наличии инфекции или воспаления; повышенная температура может объясняться всасыванием брюши-

ной белков излившейся крови. Характерным является частый (120—160 ударов в минуту), легко сжимаемый, нитевидный пульс.

Если разрыв произошел спонтанно и до этого не было никакой травмы (грубое гинекологическое исследование, значительное физическое напряжение, падение, ушиб и пр.), он может быть небольшим. В подобном случае внутреннее кровотечение необильно, брюшная полость не сразу переполняется кровью; сначала вокруг беременной трубы образуется гематома (haematocele peritubaria) или замочная кровяная опухоль (haematocele retrouterina). Пульс в этих случаях становится мягким, плохого наполнения и учащенным, но все же осязаемым. В некоторых случаях даже при сильном внутреннем кровотечении и переполнении брюшной полости кровью пульс не учащен, а замедлен, что может быть объяснено раздражением разветвлений блуждающего нерва.

При значительном разрыве плодоемностища наблюдается картина острого, иногда тяжелейшего малокровия при полном отсутствии кровотечения наружу или при наличии небольших кровянистых выделений из влагалища. Одновременно появляется картина раздражения брюшины: живот вздут, болезнен, несколько напряжен, но прямые мышцы живота никогда не сокращены так сильно, как при перитоните. При пальпации и даже при легкой перкуссии обнаруживается резкая болезненность живота. Ясно выражен симптом Щеткина-Блюмберга — появление резкой боли при быстром отнятии руки, медленно надавливавшей на брюшную стенку.

Нам не приходилось наблюдать симптома Кушталова (шафранное окрашивание кожи ладоней рук и подошвенной поверхности стоп), как и симптома, описанного Кюллиеном и Геллендалем, которые в области пупка в свежих случаях обильного кровоизлияния в брюшную полость наблюдали синеватое окрашивание кожи, переходящее в желтовато-зеленоватое и оранжевое.

Если после разрыва плодоемностища прошло уже несколько дней, то в результате всасывания крови из брюшной полости наблюдается слегка желтушное окрашивание склер.

Большое диагностическое значение имеет перкуссия живота, которая обнаруживает при больших (1—2 л) кровоизлияниях в брюшную полость приглушение перкуторного тона в боковых отделах живота и подвздошных впадинах, а также над лоном (конечно, при опорожненном мочевом пузыре) и тимпанит в области пупка.

Можно было бы ожидать, что кровь в подобных случаях скопится главным образом в прямокишечно-маточном углублении ввиду того, что это самый глубокий карман в брюшной полости женщины. Однако при влагалищном исследовании, при наличии свежего внутрибрюшного кровоизлияния задний влагалищный свод может совершенно не выпячиваться. Это объясняется тем, что прямокишечно-маточное углубление является наиболее глубоким карманом брюшной полости лишь при вертикальном положении женщины, в горизонтальном же — жидкая кровь, излившаяся в брюшную полость, отчасти благодаря перистальтике кишок, распределяется по всей брюшной полости, скопляясь в лежачем положении больной в отлогих боковых частях живота.

Для того чтобы обнаружить наличие свободной жидкости в брюшной полости, производят перкуссию живота сначала при положении больной на спине, а затем при перемене положения со спины на бок. В то время как при положении больной на спине тимпанит обнаруживается вокруг пупка, а в отлогих боковых частях живота отмечается притупление перкуторного звука, при повороте больной тимпанит появляется на противоположной стороне. Впрочем, изменение перкуторного звука при перемене

положения больной ясно наблюдается лишь в свежих случаях разрыва трубы, т. е. когда в брюшной полости имеется большое количество жидкой крови и лишь немного кровяных сгустков. Чем больше будет сгустков крови, тем слабее будет выражен этот феномен. Поэтому в не совсем свежих случаях перкуссия живота обнаруживает лишь приглушение перкуторного звука в отлогих частях живота, мало изменяющееся при перемене положения больной. Притупление может быть выражено неравномерно на обеих сторонах. При исследовании надо помнить о возможности наличия наполненного мочевого пузыря.

В общем при внематочной беременности наружное исследование, подкрепленное анамнестическими данными, позволяет почти наверняка поставить диагноз внутреннего кровотечения на почве разрыва плодместилища. Несмотря на это, совершенно игнорировать результаты влагалищного исследования отнюдь не следует: они могут дать дополнительные сведения, подтверждающие предполагаемый диагноз.

При влагалищном исследовании иногда можно обнаружить несколько синюшную окраску слизистой оболочки входа во влагалище, сочность его и размягчение шейки, характерные для маточной беременности. Метеоризм и болезненность живота обычно не позволяют точно определить состояние внутренних половых органов. Применение насилия в этих случаях не дает лучшего результата исследования, так как вызывает рефлекторное напряжение брюшной стенки, которое еще больше затруднит гинекологическое исследование, а кроме того, оно может принести и немалый вред, усилив внутреннее кровотечение. Поэтому ни в коем случае не следует стремиться при указанных симптомах обязательно прощупать матку и ее придатки. Наоборот, гинекологическое исследование необходимо производить совсем легко, еле нажимая наружной рукой на брюшную стенку. При внутреннем исследовании иногда неясно ощущается тестоватая резистентность со стороны бокового свода вследствие скопления сгустков крови вокруг маточной трубы или в прямокишечно-маточном углублении. Но ощущение тестоватой резистентности могут дать и каловые массы, скопившиеся в прямой или сигмовидной кишке. Только в редких случаях удается ясно определить увеличенную матку, которая при внематочной беременности имеет не шаровидную форму, как при нормальной беременности, а продолжает сохранять присущую ей в небеременном состоянии грушевидную форму. Иногда рядом с маткой определяется беременная труба мягковатой консистенции. Но большей частью влагалищное исследование, которое предпринимают с целью определить состояние матки и ее придатков, не приводит к ясным результатам. В очень многих случаях разрыва плодместилища при внематочной беременности обращает на себя внимание при исследовании резкая болезненность заднего влагалищного свода; попытка приподнять шейку матки тоже вызывает сильную боль. Некоторые авторы, особенно французские, придают этому феномену, описанному под названием «крик Дугласа», чрезвычайно важное значение в диагностике внематочной беременности. По нашим наблюдениям, равно как и по наблюдениям других авторов, этот симптом далеко не постоянен, а кроме того, он не совсем характерен для внематочной беременности, так как боль при исследовании наблюдается и при воспалительных заболеваниях матки, придатков, окружающей брюшины и клетчатки (а иногда и при аппендиците). Хотя этот феномен и нельзя использовать для уточнения характера процесса (воспаление или внутреннее кровотечение), он все же имеет несомненную ценность как показатель локализации процесса в области внутренних половых органов, т. е. главным

образом для того, чтобы отличить гинекологическое страдание от хирургического (перфорация язвы желудка или кишок и пр.). При аппендиците болезненность обнаруживается главным образом в прямокишечно-маточном углублении, при поднятии же шейки матки болезненность слабо выражена или совсем отсутствует. При воспалении придатков матки, окружающей ее брюшины и клетчатки малого таза особенно болезненно именно смещение шейки по направлению к симфизу; прямокишечно-маточное углубление может быть менее болезненно.

Приводя эти диагностические приемы, мы считаем нужным отметить, что они могут иметь известную ценность для дифференциальной диагностики главным образом при затяжном течении процесса. В случае же разрыва маточной трубы диагностика базируется главным образом на симптомах коллапса и перитонеального шока. Если же среди анамнестических данных совершенно отсутствует указание на более или менее резкую боль в животе, которая бы предшествовала обморочному состоянию или припадку слабости и головокружению, то это говорит против разрыва беременной трубы. Как мы уже упоминали выше, разрыв плодместилища при внематочной беременности всегда сопровождается резкой болью в животе: «как будто что-то разорвалось», говорят часто больные, а затем уже, вследствие кровотечения в брюшную полость, наступает общая слабость, головокружение или обморок. В редких случаях боль может быть нерезкой, однако случаев, при которых бы совершенно отсутствовали боли при разрыве беременной трубы, нам не приходилось встречать. Боль, сопровождающая разрыв беременной трубы, является, как уже указывалось, результатом внезапного разрыва маточной трубы и раздражения брюшины излившейся в нее кровью.

Иногда сильному припадку режущей боли в момент разрыва трубы предшествуют менее интенсивные схваткообразные боли (трубная колика). Эти боли являются следствием того, что нередко перед разрывом трубы происходит кровоизлияние в плодное яйцо. Плодное яйцо увеличивается в объеме, что вызывает перистальтику трубы, ощущаемую больной как колика. Таким образом, здесь наблюдается та же картина, что и при подготавливаемомся трубном выкидыше. Вот почему в некоторых случаях разрыва беременной трубы, тщательно собирая анамнез, можно отметить повторные, более или менее интенсивные приступы схваткообразных болей, которые больная ощущала перед тем, как у нее наступил приступ режущей боли, вызвавший потерю сознания. Следует также отметить, что потеря сознания отнюдь не является постоянным признаком разрыва беременной трубы. Нередко эта потеря сознания лишь мимолетная, и больные, несмотря на тяжелое состояние коллапса, сохраняют совершенно ясное сознание.

Потеря сознания, обморочное состояние, общая слабость являются следствием не только внутреннего кровотечения, но и перитонеального шока, сопровождающегося болевым симптомом.

Отсутствие в анамнезе данных, присущих беременности, не говорит еще против наличия внематочной беременности. Так, например, нарушение внематочной беременности (разрыв трубы или трубный выкидыш) может произойти в очень ранней стадии развития плодного яйца, еще до того как должна была наступить ожидаемая менструация. Таким образом, в данном случае задержки менструации не будет. Катастрофа может наступить за несколько дней, за день или в день ожидаемой менструации, и больная, заметив выделения крови, являющиеся результатом начинающегося выделения из матки децидуальной оболочки, примет это за менструацию, которая, по ее мнению, пришла в срок или даже немного раньше. В подобных

случаях на вопрос о том, была ли задержка менструации, больная, конечно, ответит отрицательно. Между тем при внимательном и детальном опросе можно установить, что кровоотделение имело необычный характер: «менструация», хотя и появилась в срок или даже до него, была слабее, чем всегда, иногда лишь «мазалась», но длилась дольше, чем обычно, и продолжалась вплоть до наступления катастрофы. Реже менструации обильнее, чем всегда, иногда даже напоминают кровотечение при маточном выкидыше. Кровь, выделяющаяся из матки при нарушенной внематочной беременности, отличается более темным цветом. Особенно характерен для внематочной беременности затяжной характер кровянистых выделений. Что касается их цвета, то хотя, как уже указывалось, часто наблюдаются темные коричневатые выделения, но решающего значения этому признаку отнюдь не следует придавать. Точно так же, повторим, не следует забывать, что при нарушенной внематочной беременности выделения могут быть и более интенсивными и переходить даже в кровотечение. В некоторых случаях появившееся кровоотделение прекращается и больше не повторяется, в других — оно вновь появляется перед самым инсультом или вскоре после него. Это может наблюдаться в тех случаях, когда начавшееся было прерывание внематочной беременности остановилось, и беременность продолжала прогрессировать вплоть до того момента, когда произошел новый инсульт. Небольшие инсульты могут повторяться го несколько раз, пока не произойдет разрыв беременной трубы, вызвавший катастрофу; каждый же небольшой инсульт сопровождается более или менее интенсивной болью и появлением более или менее длительных кровянистых выделений.

Для постановки диагноза в неясном случае может иметь значение клинический анализ крови. Резкое падение процента гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов при отсутствии значительного наружного кровотечения говорят о внутреннем кровотечении, т. е. в данном случае о наличии внематочной беременности. Лейкоцитоз иногда наблюдается в первые часы после кровотечения в брюшную полость; часто лейкоцитоз не наблюдается; в затянувшихся случаях, когда происходит всасывание крови из брюшной полости, количество лейкоцитов также может быть повышено.

Реакция оседания эритроцитов при разрыве беременной трубы такая же, как и при нормальной маточной беременности, или несколько более ускоренная. Ускорение реакции оседания эритроцитов наблюдается вскоре после того, как произошел разрыв плодместилища (постепенно реакция начинает замедляться); в затянувшихся случаях трубного выкидыша. Л. Л. Окинчиц отмечает понижение вязкости крови.

Биологическая реакция на беременность Ашгейм-Цондека для экстренной постановки диагноза неприменима, так как дает ответ через несколько дней. Предложенные модификации этой реакции позволяют ускорить ответ; но даже те из новейших, которые требуют лишь нескольких часов, не всегда применимы при неотложных операциях.

Из других лабораторных методов исследования, не требующих большой затраты времени, укажем на так называемую пирамидоновую пробу Антопиной-Егорова (определение гематина в сыворотке крови).

Из вспомогательных диагностических методов применяется п р о б н ы й п р о к о л через задний влагалищный свод. Ввиду того что к заднему влагалищному своду непосредственно прилегает прямокишечно-маточное углубление, пробный прокол представляет собой весьма несложное с технической стороны вмешательство. Вследствие того, что излившаяся в брюшную полость кровь стекает в прямокишечно-маточное углубление обнаружение

ее путем прокола и отсасывания шприцем является доказательством наличия внутрибрюшного кровотечения. Некоторые авторы применяют пробный прокол чуть ли не в каждом случае, подозрительном на внутрибрюшное кровотечение, другие — только при наличии выпячивания и зыбления в заднем своде, когда приходится дифференцировать между заматочной кровяной опухолью и тазовым экссудатом. Не отрицая диагностического значения пробного прокола, мы лично не пользуемся им в случаях внезапного коллапса и шока, подозрительных на разрыв плодовместилища при внематочной беременности. Как уже выше указывалось, при горизонтальном положении женщины жидкая кровь распределяется по всей брюшной полости, а в прямокишечно-маточном углублении ее может даже и не быть. Кроме того, для пробного прокола больную нужно положить на операционный стол, придать ей положение для влагалищных операций и тщательно продезинфицировать наружные половые органы и влагалище, что является известной травмой. Все это может неблагоприятно отразиться на общем состоянии обескровленной больной (технику пробного прокола см. ниже). Но, конечно, в тех случаях «острого живота», когда данные анамнеза не характерны для прервавшейся внематочной беременности, а данные объективного исследования, указывая на наличие жидкости в брюшной полости, не обнаруживают ясной картины заболевания и оставляют сомнения в том, имеется ли в брюшной полости кровь или воспалительный экссудат, пробный прокол вполне показан. Особенную ценность он приобретает в случаях выпячивания заднего влагалищного свода, когда при хроническом течении процесса приходится ставить дифференциальный диагноз между заматочной кровяной опухолью и воспалительным выпотом.

При наличии свободной жидкости в брюшной полости пробный прокол можно произвести и через переднюю брюшную стенку. Для этого следует положить больную на бок и, определив границы притупления перкуторного звука, произвести пробный прокол тонкой иглой, насаженной на шприц.

Дифференциальная диагностика. Как видно из вышеизложенного, клиническая картина разрыва трубы складывается из ряда симптомов, из которых одни присущи беременности вообще, другие характерны для внезапно возникающего внутреннего кровотечения, а третьи относятся к симптомам «острого живота» и характерны в то же время и для перитонита. При преобладании ярко выраженных симптомов внутреннего кровотечения и беременности диагноз разрыва плодовместилища (беременной трубы) довольно ясен.

Большие затруднения при постановке диагноза возникают, когда в клинической картине отсутствуют или неясно выражены признаки беременности, а преобладают перитонеальные явления. В этих случаях необходимо дифференцировать между внематочной беременностью и другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, ведущими к явлениям «острого живота», чаще всего — между разрывом беременной трубы и прободным перитонитом.

Различия в клинической картине видны из нижеследующей таблицы. (см. таблицу на стр. 354).

Иногда приходится дифференцировать между разрывом беременной трубы и заворотом кишок при беременности. Признаки, общие для того и другого заболевания: субъективные и объективные симптомы беременности, болезненность, вздутие и резистентность живота, рвота, задержка газов. Признаки, отличающие одно заболевание от другого; при завороте кишок отсутствует резкая анемия, сильнее выражены метеоризм, рвота и запор, постепенно нарастающие, перкуссия дает повсюду тимпанит,

В анамнезе отмечаются нарушения менструации

Внезапному коллапсу предшествует вполне удовлетворительное общее состояние

Нередко вскоре после возникновения разрыва или спустя несколько часов появляется френкикус-симптом

Резко выражены явления остро малого кровия: падение кровяного давления, резкое падение числа эритроцитов и процента гемоглобина, отсутствие лейкоцитоза и умеренное ускорение реакции оседания эритроцитов

Пульс частый, плохого наполнения (нитевидный), но ритмичный

Боли в животе после того, как острый приступ миновал, умеренные или слабо выраженные. Рвота резко выражена

Язык влажный, не обложенный (особенно в свежих случаях) или незначительно обложенный

Температура часто нормальная или субнормальная при измерении как в подмышечной впадине, так и в прямой кишке

Брюшная стенка умеренно или лишь незначительно напряжена

В анамнезе нарушений менструаций нет

Коллапсу нередко предшествует заболевание брюшных органов (желудка, кишок, червеобразного отростка, придатков матки — пиосальпинкс)

Френкикус-симптом часто отсутствует

Падение кровяного давления при отсутствии резкого падения числа эритроцитов, значительный лейкоцитоз и резкое ускорение реакции оседания эритроцитов

Пульс частый, плохого наполнения, нерегулярный (аритмичный)

Неослабевающие резкие боли в животе и мучительная рвота

Язык сухой и обложенный

Температура высокая. Температура может быть нормальной или субнормальной в подмышечной впадине и высокой в прямой кишке (переполнение и стаз венозной крови в мезентериальных сосудах)

Брюшная стенка сильно напряжена и тверда, как доска

при разрыве беременной трубы иногда наблюдаются раздражение и позывы к мочеиспусканию и дефекации.

Впрочем, оба эти заболевания требуют экстренного хирургического вмешательства путем лапаротомии, а уже во время лапаротомии будет уточнен диагноз, и в соответствии с ним будет произведена необходимая операция.

Диагностику разрыва беременной трубы легче поставить в тех случаях, когда разрыв сопровождается внезапным сильным внутренним кровотечением, появляющимся при какой-нибудь травме (неосторожное гинекологическое исследование). Чем грубее травма, чем больше срок беременности, тем обширнее разрыв и тем обильнее и опаснее внутреннее кровотечение.

Как только поставлен диагноз внематочной беременности, тотчас же возникает вопрос об операции. В настоящее время необходимость хирургического вмешательства при внематочной беременности, окончившейся разрывом плодместилища и кровоизлиянием в брюшную полость, общепризнана. Необходимо лишь решить вопрос, следует ли оперировать тотчас же, несмотря на то, что больная находится в очень тяжелом состоянии, или целесообразнее отложить лапаротомию, а пока принять меры к улучшению общего состояния больной.

Для того чтобы стать на правильный путь, надо учесть следующие обстоятельства, о которых мы уже упоминали: тяжелое состояние больной является результатом двух компонентов, во-первых, острой анемии, возникшей на почве кровоизлияния в брюшную полость, и, во-вторых,

перитонеального шока вследствие разрыва органа брюшной полости, внезапного излития большого количества крови, являющейся для брюшины инородным телом.

Ввиду того что тяжелое состояние больной и падение сердечной деятельности при разрыве беременной трубы большей частью зависят от внутреннего кровотечения, мы считаем нецелесообразным откладывать операцию. Кроме того, при выжидании может вновь наступить внутреннее кровотечение. Что касается явлений перитонеального шока, то лучшим средством борьбы с ним является немедленное удаление разорвавшегося плодместилища (трубы) и остатков плодного яйца, а также по возможности и крови из брюшной полости. Нередко к концу операции пульс улучшается, хотя малокровие остается таким же и ничего еще не предпринималось для улучшения сердечной деятельности и повышения кровяного давления. Это доказывает, что туалет брюшной полости сам по себе способствует ослаблению или снятию шока и что операция как таковая является методом борьбы с ним. При операции можно применить меры, повышающие кровяное давление, которые до операции были противопоказаны.

Таким образом, тяжелое состояние больной вследствие разрыва плодместилища, падение сердечной деятельности и кровяного давления не должны служить противопоказанием к немедленной операции. Необходимо лишь позаботиться, чтобы во время приготовления к операции больная не теряла больше крови, для чего в первую очередь ей необходим полный покой. Особенно важно создать условия полного покоя при перевозке больной. При дальних расстояниях самый быстрый способ транспортировки — санитарные самолеты, участие которых в подаче неотложной оперативной помощи получило в Советском Союзе весьма большое распространение. При перевозке больной полезно применять болеутоляющие средства.

Что касается вопроса о борьбе с падением сердечной деятельности, то повторяем, что до помещения больной в лечебное учреждение для операции повышать кровяное давление ни в коем случае не следует; поэтому введение сердечных средств или вливание физиологического или иного раствора, а также переливание крови до перевозки больной противопоказаны, но применение этих средств (особенно переливания крови) непосредственно перед началом операции, когда к операции все уже готово и надо лишь ослабить явления шока, вполне допустимо.

Оперативное лечение. Операция при свежем разрыве беременной трубы обычно не представляет технических трудностей. Ввиду того что операция в большинстве случаев производится в порядке экстренной помощи, обычную для лапаротомии предоперационную подготовку больной производить не следует во избежание нарушения столь необходимого больной покоя. При больших кровопотерях бывает мало мочи, поэтому опорожнять пузырь катетером (перед операцией) излишне. Достаточно, если больная самостоятельно помочилась. В дезинфекции влагалища также нет надобности, тем более что при этом может усилиться внутреннее кровотечение.

Подготовка брюшной стенки — обычная для чревосечения. Выбор метода разреза определяется состоянием больной: если оно тяжелое, то разрез должен быть самый простой, т. е. продольный по белой линии между лонем и пупком. Поперечный разрез как более сложный можно применить лишь в случае удовлетворительного состояния больной. При выборе наркоза следует предпочесть метод, не понижающий кровяного

давления. Из методов общего наркоза мы предпочитаем эфирный. Для местного обезболивания можно применить инфильтрационную анестезию новокаином по Вишневскому.

Техника операции. В момент вскрытия брюшной полости из нее струей льется жидкая кровь. Для начинающего хирурга это всегда волнующий момент. Однако на данном этапе операции не следует задерживаться. Надо быстро вскрыть брюшину во всю длину разреза и тотчас же приступить к удалению лопнувшей трубы, чтобы возможно скорее прекратить кровотечение в брюшную полость. Вскрыв брюшную полость, оперирующий быстро вводит руку в полость таза, нащупывает матку и продвигая руку вдоль задней ее стенки в прямокишечно-маточное углубление, отыскивает опухоль, которую представляет собой беременная труба вместе с яичником. Опухоль осторожно извлекают наружу. Если случайно извлечена труба, в которой не оказывается беременности, тотчас же вновь вводят руку в малый таз и извлекают придатки другой стороны. При выведении придатков в брюшной ране появляется угол матки, а затем и ее дно.

В свежих случаях разрыва плодместилища обычно удаляют только трубу. Если же при операции оказывается, что и яичник поражен каким-нибудь патологическим процессом, требующим его удаления (значительное перерождение, новообразование и пр.), то удаляют придатки целиком.

Чтобы удалить разорванную трубу, накладывают два кровоостанавливающих зажима: один — на маточный конец трубы (у угла матки) вместе с небольшим прилегающим отрезком ее брыжейки, другой — на воронко-яичниковую связку вдоль мезосальпинкса (рис. 218). Таким образом, прекращается приток крови к разорванной трубе, и кровотечение останавливается. После этого трубу отсекают ножницами. Если зажимы наложены так, что концы их сходятся, то их сразу заменяют двумя кетгутовыми узловыми лигатурами. Если зажимы не захватили брыжейку трубы на всем ее протяжении (рис. 219), то на оставшуюся незажатой среднюю часть брыжейки накладывают третий зажим, который затем также заменяют кетгутовой лигатурой (рис. 220). Теперь остается только перитонизировать оставшуюся культю брыжейки трубы и маточный ее конец.

Для перитонизации мы всегда широко пользуемся круглыми связками. Делается это следующим образом: на культю маточного конца трубы нашивают небольшую петлю круглой связки (рис. 221). Для того чтобы погрузить небольшие культы, оставшиеся после перевязки брыжейки удаленной трубы непрерывным швом, наподобие серо-серозного шва на кишечнике, две складки брюшины по обеим сторонам брыжейки сближают на всем протяжении трубы. Такая перитонизация возможна лишь в том случае, если после отсечения трубы осталась достаточно широкая полоса брыжейки, но это бывает редко. Большей частью после отсечения беременной трубы брыжейки остается так мало, что для выполнения этого шва нехватает брюшины. Поэтому мы обычно поступаем следующим образом: пришив, как описано выше, короткую петлю из круглой связки к углу матки поверх культи маточного конца трубы, продолжаем перитонизацию при помощи той же круглой связки, которую соединяем непрерывным швом из тонкого кетгута с задним листком небольшого остатка брыжейки трубы (рис. 222) или с самим яичником (рис. 223). Этот короткий (в 3—4 стежка) шов заканчиваем так, что получается полукисетный шов.

В тех случаях, когда надо удалить трубу вместе с яичником, поступают следующим образом: один зажим накладывают на собственную связку яичника у угла матки, одновременно захватывая им и маточный конец трубы; другой зажим, наложенный на воронко-тазовую связку, захваты-

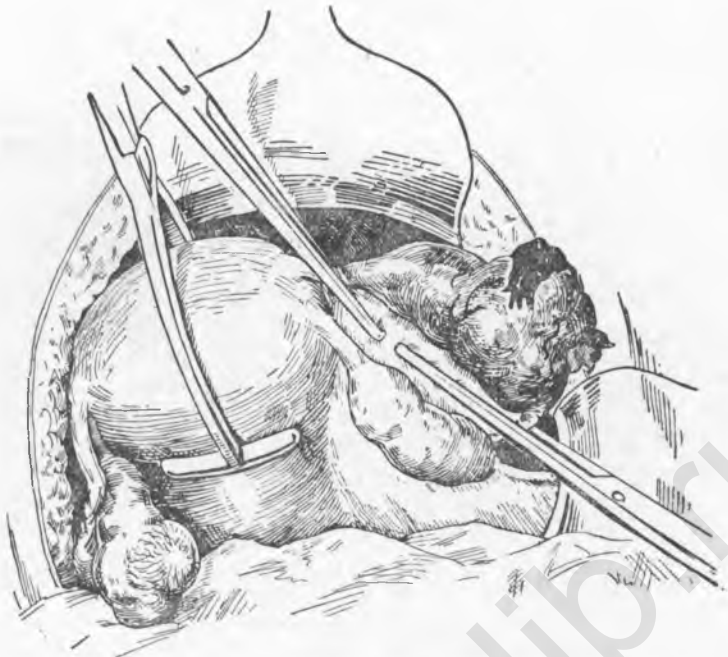


Рис. 218. Операция трубной беременности. На маточный конец трубы и ее брыжейку наложены два зажима.

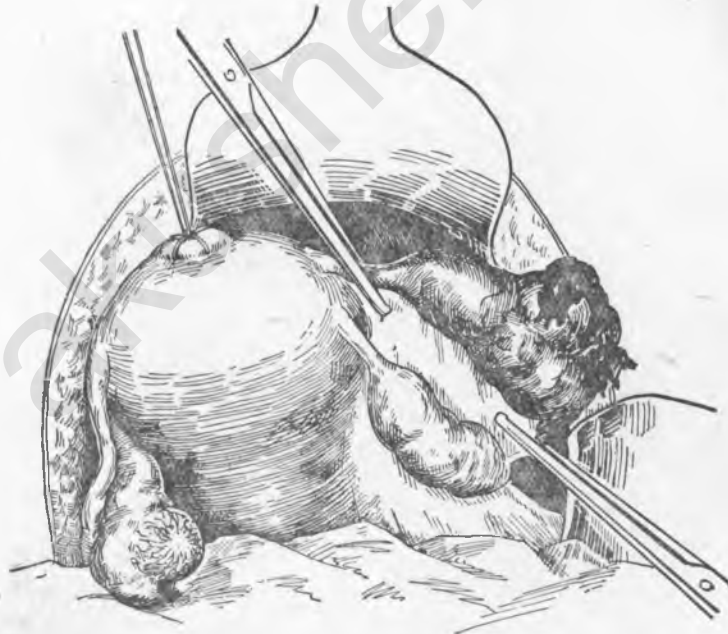


Рис. 219. Операция трубной беременности. Наложенные зажимы не захватили среднюю часть брыжейки трубы, которая будет захвачена еще одним зажимом.

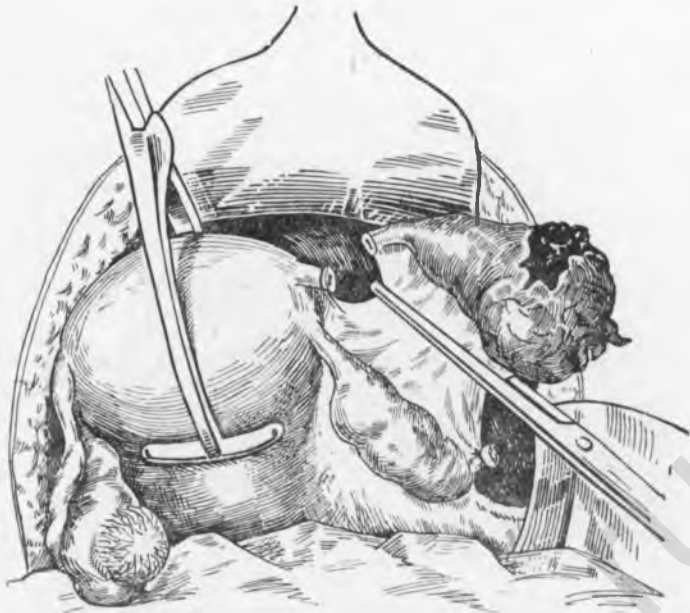


Рис. 220. Операция трубной беременности. На среднюю часть брыжейки трубы наложен еще один зажим.

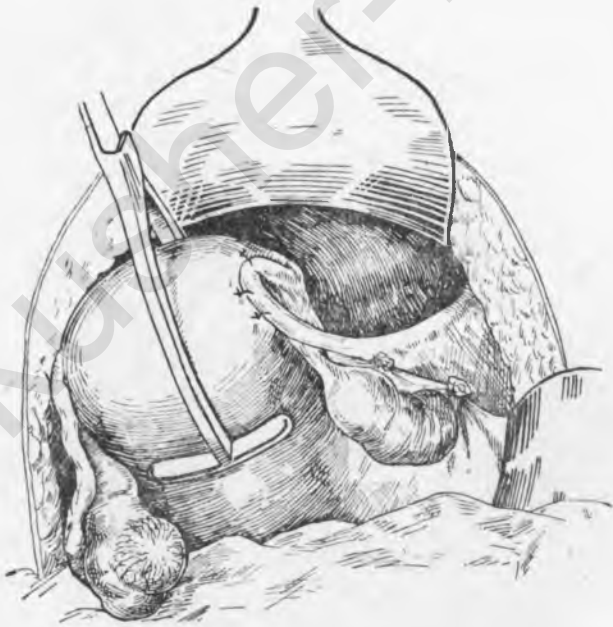


Рис. 221. Операция трубной беременности. Петля круглой связки пришита тремя кетгутовыми лигатурами к углу матки и покрывает культю резецированной трубы. Правее видны перевязанные культы брыжейки удаленной трубы.

вает верхнюю часть широкой связки и лежит параллельно яичнику (рис. 224). После этого придатки отсекают, а зажимы заменяют узловыми кетгутовыми лигатурами (рис. 225). Для перитонизации используют круглую связку, которую, начиная от маточного угла, сшивают непрерывным тонким кетгутовым швом с брюшиной заднего листка широкой связки, заходя полукисетным швом за культю воронко-тазовой связки (рис. 226).

Если состояние больной настолько тяжелое, что необходимо экономить каждую минуту и не задерживаться на тщательной перитонизации описанным выше способом, то применяют упрощенный способ: после отсечения трубы на оставшуюся брыжейку накладывают непрерывный обвивной шов из тонкого кетгута (рис. 227).



Рис. 222. Операция трубной беременности. Непрерывным тонким кетгутовым швом пришивают круглую связку к остатку брыжейки трубы и заканчивают шов полукисетом.



Рис. 223. Операция трубной беременности. Если брыжейки трубы осталось так мало, что пришить к ней круглую связку затруднительно, то связку пришивают к яичнику и заканчивают непрерывный шов полукисетом.

Некоторые авторы (Р. В. Кипарский, И. И. Фейгель, К. Д. Вачнадзе и др.) считают необходимым во избежание возникновения повторной вне-

маточной беременности производить всегда глубокую клиновидную резекцию интерстициальной части трубы из угла матки. Случаи развития беременности в оставшейся интерстициальной части трубы (или первичной брюшной беременности) после удаления маточной трубы вышеописанным

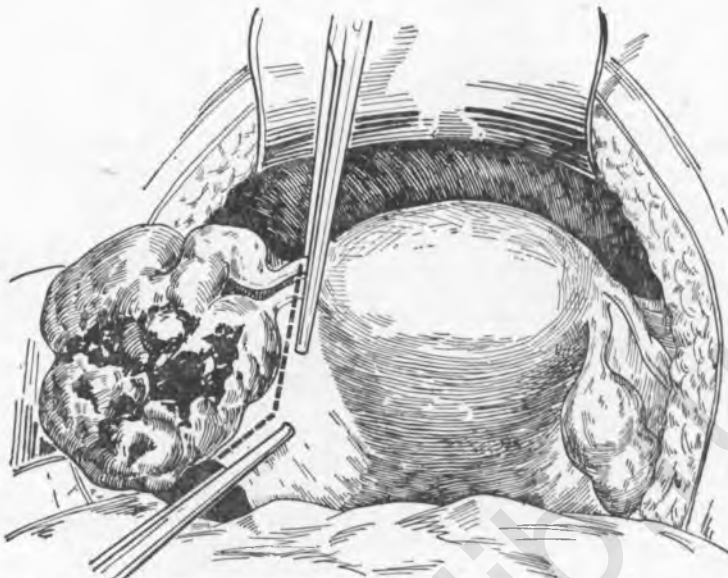


Рис. 224. Операция трубной беременности. Удаление беременной трубы вместе с патологически измененным яичником.

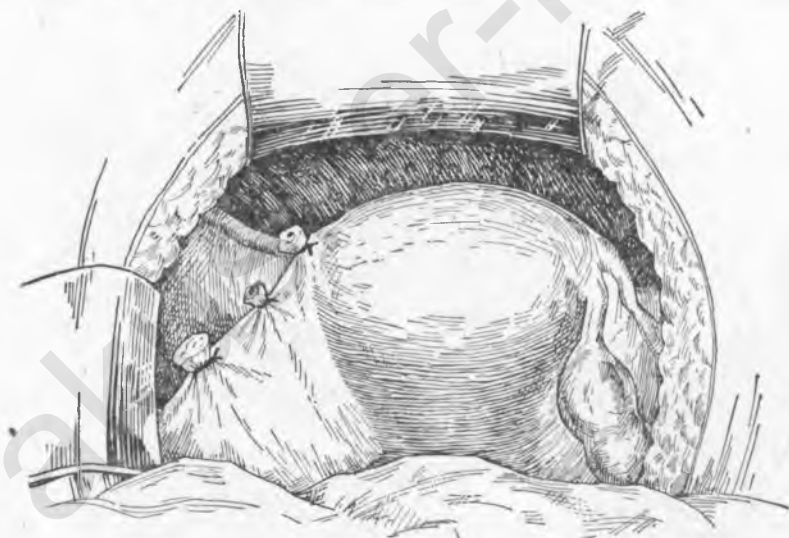


Рис. 225. Операция трубной беременности. Перевязанные культи широкой связки после удаления трубы вместе с яичником.

способом встречаются чрезвычайно редко. Но все же совершенно отрицать такую возможность нельзя. Время от времени сообщения подобного рода появлялись в печати (К. Д. Вачнадзе).

Эти редкие случаи едва ли могут служить достаточным основанием для того, чтобы при операции трубной беременности всегда вырезать из

угла матки интерстициальную часть маточной трубы. Надежной профилактикой повторной внематочной беременности служит тщательная перитонизация оставшейся в углу матки культы трубы, как это изображено на рис. 221. Применение же клиновидного иссечения интерстициальной части трубы во всех случаях трубной беременности может повести к серьезным осложнениям при последующей маточной беременности.

Мы считаем, что клиновидное иссечение интерстициальной части трубы следует производить лишь при интерстициальной беременности, а также в тех случаях истмической беременности, когда плодное яйцо расположено у самого угла матки и иссечение интерстициальной части приходится делать по техническим условиям. В прочих же случаях трубной беременности необходимости в этом нет.

Техника удаления маточной трубы с клиновидной резекцией ее интерстициальной части. Брюшной конец трубы захватывают какими-нибудь гладкими щипцами, например, овариальными, и немного его приподнимают. На латеральную часть брыжейки трубы накладывают зажим и брюшной конец трубы отсекают. Второй зажим накладывают на оставшуюся часть брыжейки трубы, которую снова отсекают непосредственно у самой трубы (рис. 228), пока не доходят до угла матки. Затем из угла матки отсекают глубокий клин, содержащий интерстициальную часть трубы (рис. 229). На веточку маточной артерии накладывают кровоостанавливающий зажим. Зажимы заменяют кетгутowymi лигатурами. Рану в маточном углу закрывают двумя узловыми лигатурами (рис. 230). Перитонизация культей производится, как описано выше.



Рис. 226. Операция трубной беременности. Перитонизация культей, оставшихся после удаления трубы и яичника при помощи круглой маточной связки.

При операциях по поводу трубной беременности может встать вопрос о том, как поступить со второй трубой. Единого мнения по этому вопросу нет. Одни авторы считают, что вторую трубу, даже патологически измененную, необходимо по возможности сохранить и после операции подвергнуть больной консервативному лечению. Другие, опасаясь повторной внематочной беременности, всегда удаляют вторую трубу. Существует и средняя линия поведения: вторую трубу удаляют только тогда, когда она настолько изменена, что возможность нормальной функции ее исключается (заращение фимбриального конца, наличие гематосальпинкса, сактосальпинкса). Мы лично являемся сторонниками именно этой средней линии. Однако, независимо от взглядов на данный вопрос, надо учесть, что экстренная операция, производимая в тяжелом состоянии шока и коллапса, требует в отношении методики максимальной простоты. В этих случаях надо лишь сделать то, что необходимо для спасения жизни больной, не поддаваясь искушению, попутно с основной операцией устранить также все находимые во время чревосечения дефекты в области половой сферы или соседних с нею органов.

Если операцию производят при образовавшейся кровяной заматочной опухоли и если вокруг кровяной опухоли уже имеется фибринозная или

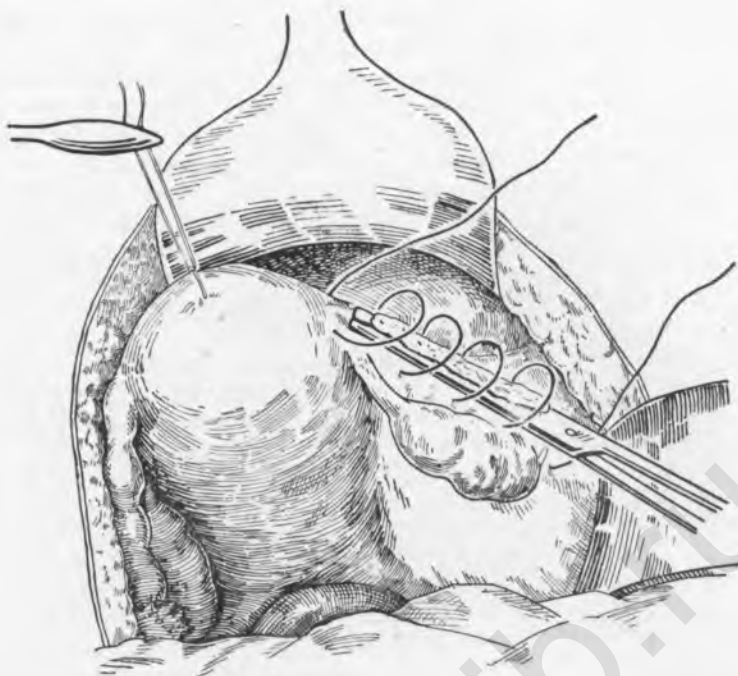


Рис. 227. Операция трубной беременности. Наложение обвивного шва на брыжейку трубы, захваченной во всю длину зажимом.



Рис. 228. Операция трубной беременности. Если плодное яйцо расположено в трубе у самого угла матки, то резекцию трубы начинают с ее ампулярного конца.

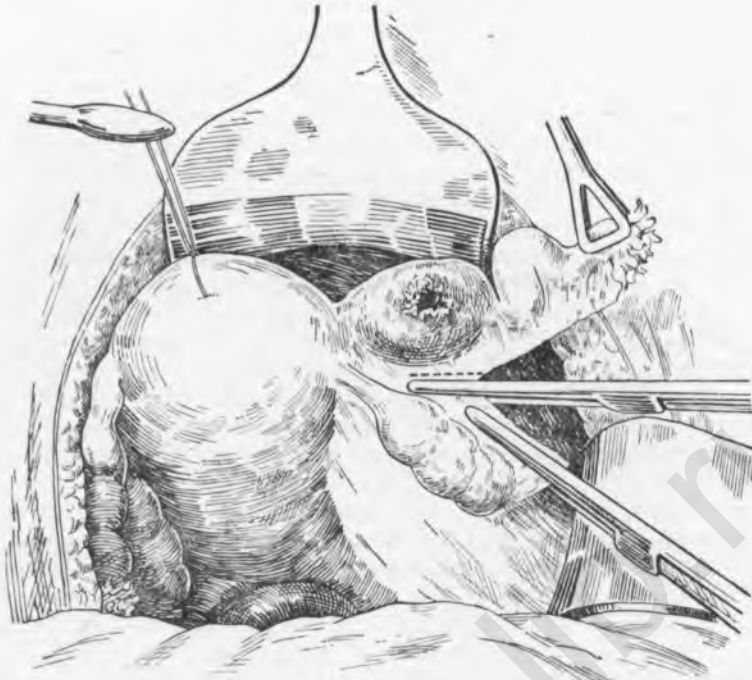


Рис. 229. Операция трубной беременности. Последовательное рас-
сечение брыжейки трубы по направлению к матке.



Рис. 230. Операция трубной беременности. Перевязаны культи
брыжейки трубы; проведены две лигатуры для закрытия раны,
оставшейся в углу матки.

даже соединительнотканная капсула, отделяющая опухоль от свободной брюшной полости, то операция, естественно, становится сложнее. Заматочную опухоль приходится отделять от спаявшейся с нею брюшины прямокишечно-маточного углубления и нередко — от кишок и сальника. Эти сращения в свежих случаях бывают рыхлыми, и тогда их разъединение не представляет трудностей. При выделении опухоли из прямокишечно-маточного углубления рыхлая капсула разрывается, и в ране появляются сгустки крови вместе с остатками плодного яйца, которые удаляют рукой и марлевыми тупферами. Затем рукой же выделяют из рыхлой фибриновой капсулы трубу или придатки целиком. После этого осматривают опухоль и решают вопрос о том, можно ли сохранить яичник или необходимо удалить придатки целиком. Разумеется, что прежде чем решиться на удаление яичника (вместе с беременной трубой), необходимо выяснить состояние яичника другой стороны. Если возникают затруднения в вылущении капсулы заматочной кровяной опухоли, что наблюдается в застарелых случаях, то иногда приходится отказаться от полного удаления, так как при этом можно повредить кишечник (см. ниже «Заматочная кровяная опухоль»).

Вопрос о том, как поступить с жидкой кровью, излившейся в брюшную полость в случае разрыва беременной трубы, является до настоящего времени спорным. Одни оставляют жидкую кровь в брюшной полости для того, чтобы брюшина всосала ее через лимфатическую систему; другие используют эту кровь для обратного вливания в вену больной (реинфузия или аутоинфузия крови) и, наконец, третьи удаляют ее полностью, считая, что оставленная кровь может способствовать развитию инфекции и возникновению обширных брюшинных сращений, а обратное переливание крови в вену, по их мнению, безопасно.

Мы лично при операции внематочной беременности кровь из брюшной полости удаляем и переливаем больной свежую донорскую кровь, которая всегда имеется в клинике как дежурная. Там, где этой возможности нет, целесообразно, по нашему мнению, применить аутоинфузию жидкой крови, имеющейся в брюшной полости.

Клиника трубной беременности ненарушенной и в стадии выкидыша (внутренний разрыв плодовместилища)

Как уже указывалось, угрожающему жизни кровотечению нередко предшествует один или несколько приступов боли. Непосредственными причинами этих припадков являются умеренные кровотечения из фимбриального конца трубы с образованием гематоцеле, а также растяжение маточной трубы скопившейся в ее канале кровью, которая может пропитать и погибшее плодное яйцо. Боли, вызванные растяжением трубы и ее усиленной перистальтикой, локализуются преимущественно на пораженной стороне.

Хотя приступы болей и указывают на происшедший или происходящий трубный выкидыш, тем не менее опасность разрыва трубы и угроза внутреннего кровотечения продолжают существовать, так как, несмотря на гибель яйца, сохранившийся в стенке трубы трофобласт может продолжать свое цитолитическое действие и в дальнейшем повести к наружному разрыву плодовместилища. Правда, внутреннее кровотечение после гибели яйца и прекращения трубно-плацентарного кровообращения часто бывает менее профузным, чем при наличии живого плода, тем не менее и в хронически протекающих случаях прерванной трубной беременности не исключена опасность наступления внезапной катастрофы. Поэтому каждый слу-

чай внематочной беременности, как прогрессирующей, так и нарушенной, надо рассматривать как угрожающий по разрыву, и больную следует оперировать или поместить в такое лечебное учреждение, где всегда может быть произведена экстренная операция.

Прогрессирующая трубная беременность. Ненарушенная (прогрессирующая) трубная беременность ранних сроков не вызывает никаких симптомов и анамнестические данные не отличаются от таковых при нормальной (маточной) беременности. Нередко в анамнезе имеются указания на более или менее длительное первичное или вторичное бесплодие, часто наблюдается большой промежуток между настоящей внематочной и предыдущей маточной беременностью. Очень часто из анамнеза выясняется, что настоящей беременности предшествовал воспалительный процесс, от которого больная лечилась в течение более или менее продолжительного времени. Задержка менструации и субъективные признаки беременности (извращение вкуса, тошнота, склонность к рвоте и пр.) могут наблюдаться, как и при нормальной беременности, однако чаще они отсутствуют или выражены слабее, так как нарушение трубной беременности в большинстве случаев наступает в очень ранние сроки.

При внематочной беременности раннего срока осмотр живота не дает никаких указаний на угрожающую опасность. При влагалищном исследовании слизистая входа во влагалище может напоминать слизистую при маточной беременности. Шейка матки размягчена, но меньше, чем при маточной беременности. Признак этот имеет лишь весьма относительное значение, так как зависит не только от субъективного впечатления исследующего, но и от консистенции шейки, имевшейся до наступления беременности (более плотная консистенция, вследствие предшествовавшего воспалительного процесса). Тело матки несколько увеличено, но меньше, чем при маточной беременности такого же срока. Признак размягчения перешейки отсутствует или выражен слабее, чем при маточной беременности. У больных с податливой нежирной брюшной стенкой можно при двуручном исследовании обнаружить рядом с маткой опухоль колбасовидной формы, мягкой консистенции, более или менее подвижную, иногда с ясной пульсацией сосудов в основании параметриев. Иногда опухоль тесно прилегает к матке, иногда же ясно контурируется отдельно. Это зависит от места имплантации плодного яйца в трубе (ампулярная, истмическая интерстициальная трубная беременность). Величина опухоли зависит от срока беременности.

Исследование крови, химические и биологические реакции при прогрессирующей трубной беременности дают те же показатели, что и при маточной беременности. Таким образом, субъективные и объективные признаки часто бывают мало характерны и на их основании нельзя поставить правильный диагноз. Единственный объективный признак, который дает повод заподозрить внематочную беременность, — это наличие мягкой опухоли, находящейся обычно сбоку и несколько взади от матки. Но при ожирелой брюшной стенке маленькая мягкая опухоль часто не прощупывается, тем более что при подозрении на беременность исследование следует производить весьма осторожно, чтобы не нарушить ее: при маточной беременности может наступить выкидыш, а при внематочной — разрыв плодместилища.

Кроме того, если даже при однократном исследовании и будет обнаружена рядом с маткой небольшая опухоль, это еще не говорит о наличии внематочной беременности: опухоль может быть воспалительного характера (оофорит) или это может быть ретенционная киста, маленькая кистома

яичника при наличии начальной маточной беременности, или даже желтое тело беременности.

Ввиду того что точная диагностика прогрессирующей внематочной беременности невозможна, особенно в ранние ее сроки, больная некоторое время должна находиться под наблюдением, для чего ее следует немедленно госпитализировать. Тогда можно будет установить, увеличивается ли матка и изменяется ли величина опухоли. Если матка не растет, а опухоль увеличивается, то подозрение на внематочную беременность усиливается. Когда ненарушенная внематочная беременность достигает 2—3-месячного срока, тогда уже ясно определяется сбоку от слегка увеличенной матки мягкая, нередко продолговатая опухоль и часто ощущается пульсация со стороны бокового влагалищного свода.

Внутренний разрыв плодовместилища при трубной беременности (трубный выкидыш). Прежде всего остановимся на дифференциальной диагностике между маточным выкидышем и трубным в тех случаях, в которых при двуручном исследовании не удается ясно обнаружить опухоль трубы. Как при трубном, так и при маточном выкидыше может наблюдаться задержка менструации, продолжительные кровянистые выделения и отхождение кусочков тканей. В обоих случаях матка увеличена в объеме. Различия клинической картины представлены в следующей таблице.

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
<p>Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение не вполне соответствует сроку задержки менструации</p> <p>Незначительное наружное кровотечение, часто в виде коричневатой «мазни», обычно начинается после приступа болей</p> <p>Степень малокровия не соответствует количеству теряемой наружу крови</p> <p>Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем и схваткообразный характер</p> <p>Нередко наблюдается отхождение децидуальной оболочки целиком или в виде мелких обрывков. Если выделившуюся ткань рассмотреть в стакане воды на свет, то характерных тонких, колеблющихся в воде ворсинок не видно</p> <p>Нарушение трубной беременности начинается большей частью (между 4-й и 6-й неделей)</p> <p>Наружный зев закрыт</p> <p>При введении больших доз препаратов спорынья кровотечение не прекращается</p>	<p>Матка, увеличенная соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму; при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки сидит на ней в виде небольшого колпачка</p> <p>Довольно обильное наружное кровотечение, нередко яркочерного цвета, часто со сгустками, возникает до появления болей</p> <p>Степень малокровия соответствует количеству теряемой наружу крови</p> <p>Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, посредине и в крестце</p> <p>Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стакане с водой</p> <p>Спонтанное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделей)</p> <p>Наружный зев приоткрыт</p> <p>Кровотечение временно прекращается или уменьшается.</p>

При исследовании больной иногда рядом с маткой прощупывается опухоль. Если это трубный выкидыш, то рядом с маткой имеется пульсирующая опухоль с неясными контурами, мягкой консистенции, большей

частью колбасовидной формы. Иногда рядом с опухолью можно определить яичник. Если опухоль воспалительного происхождения, то она имеет плотную консистенцию. Прощупать яичник отдельно от трубы не удастся. Если опухоль принадлежит яичнику (киста), то она имеет шаровидную форму, тугоэластическую консистенцию и хорошо контурируется. Односторонний гидросальпинкс может иметь такую же консистенцию, как и киста яичника, но отличается продолговатой формой. При наличии гидросальпинкса иногда можно прощупать яичник; гидросальпинкс лучше контурируется, чем опухоль трубы при внематочной беременности.

Если опухоль расположена в прямокишечно-маточном углублении, то при дифференциальной диагностике между трубным выкидышем с образованием гематоцеле и маточным выкидышем при *retroversio-flexio uteri gravidi* необходимо учитывать следующие моменты:

Внематочная беременность	Маточная беременность
<p>Болезненность в области прямокишечно-маточного углубления в случаях образования заматочной кровяной опухоли при исследовании через задний влагалищный свод весьма значительна</p> <p>При ректальном исследовании место отхождения маточно-крестцовых связок от матки лежит низко. Над лоном наружная рука определяет тело матки</p> <p>Затрудненное мочеиспускание возникает редко и в более поздние сроки внематочной беременности (после V месяца)</p> <p>Интенсивные припадки болей и кровянистые выделения наблюдаются с момента нарушения трубной беременности, т. е. они наступают уже в первые недели беременности</p>	<p>Тело беременной матки, лежащее в прямокишечно-маточном углублении (при неинфицированном выкидыше), безболезненно при исследовании со стороны заднего влагалищного свода</p> <p>При ректальном исследовании место отхождения от матки маточно-крестцовых связок лежит выше. Над шейкой там, где должно быть тело матки, ничего не прощупывается</p> <p>Затрудненное мочеиспускание, например, при ретродевиации появляется на III—IV месяце беременности</p> <p>Кровянистые выделения бывают редко, а если наблюдаются, то гораздо позднее. Боли либо отсутствуют, либо выражены слабо. Из жалоб на первом месте стоят дизурические явления</p>

Хронически протекающие случаи внематочной беременности приходится дифференцировать с хроническим или обострившимся воспалением придатков матки и затянувшимся трубным выкидышем. Как в том, так и в другом случае в анамнезе имеются указания на предшествовавший воспалительный процесс. Кровянистые выделения, появившиеся до срока ожидаемой менструации и имеющие затяжной характер, нередко встречаются в обоих случаях. Одностороннее утолщение придатков матки может наблюдаться не только при внематочной беременности, но и при воспалительных процессах, если ко времени исследования процесс на одной стороне уже почти прошел и небольшие остатки его не обнаруживаются при гинекологическом исследовании. Наличие двусторонних опухолей не говорит против трубной беременности, так как на одной стороне может быть трубная беременность, а на другой — воспалительный процесс придатков или гематосальпинкс. Небольшие (до 38°) повышения температуры также не служат достоверным дифференциально-диагностическим признаком, так как при внематочной беременности повышенная температура наблюдается довольно часто даже при совершенном асептическом течении (всасывание белков крови). Кроме того, одновременно с трубным выкидышем может иметься и воспалительный процесс тазовых органов. Даже высокая температура не говорит про-

тив внематочной беременности, так как температура может быть следствием присоединившейся инфекции, и, наоборот, нормальная температура бывает не только при внематочной беременности, но и при хронических воспалительных процессах. Одинаковый результат могут дать клиническое исследование крови (см. выше) и биологическая реакция на беременность, которая после гибели яйца при трубном выкидыше становится отрицательной. Пульсация сосудов ощущается через влагалищный свод и при внематочной беременности, и при воспалении, в стадии обострения. И все же при всем сходстве клинических симптомов тщательное гинекологическое исследование и сопоставление данных анамнеза и объективного исследования позволяют во многих случаях поставить правильный диагноз. В отношении анамнестических данных большее значение следует придавать, как уже вначале указывалось, отклонениям в характере менструации не столько в смысле ее задержки, сколько затяжного характера и незначительной интенсивности кровянистых выделений. Дифференциально-диагностические признаки, полученные объективным исследованием, можно представить в виде следующей таблицы.

Трубный выкидыш	Хроническое воспаление придатков
<p>Матка немного увеличена и размягчена</p> <p>При трубном выкидыше опухоль часто расположена в ампулярной или истмической части трубы (разрыв беременной трубы происходит чаще при имплантации яйца в истмической, чем в ампулярной части); вследствие этого в месте ее отхождения от матки иногда не обнаруживается утолщение; если же оно имеется, то болезненно при пальпации</p> <p>При трубном выкидыше яичник нередко определяется отдельно от опухоли</p> <p>Подвижность матки обычно сохранена</p>	<p>Матка если и увеличена, то все же имеет плотную консистенцию</p> <p>Воспалительная опухоль придатков широко отходит от угла матки, образуя с нею нередко как бы одно целое. Место отхождения трубы от матки всегда утолщено и болезненно при пальпации</p> <p>При воспалительной опухоли придатков яичник отдельно не определяется</p> <p>Матка в подвижности ограничена или неподвижна вследствие наличия обширных спаек</p>

Дифференциальная диагностика между трубным выкидышем и воспалительным процессом придатков матки нередко настолько трудна, количество диагностических ошибок так велико, что, несмотря на огромную литературу, до настоящего времени не прекращаются попытки обогащения диагностики новыми данными, новыми наблюдениями. К сожалению, очень многие из них имеют весьма ограниченную ценность.

Несомненно, что, несмотря на трудности дифференциальной диагностики между воспалительным процессом придатков матки и трубным выкидышем, очень часто удается все же прийти к правильному заключению в тех случаях, когда имеется возможность наблюдать за больной в течение некоторого времени. Наиболее характерным признаком внематочной беременности является то, что, несмотря на полный покой и постельный режим (больная должна быть помещена в стационар), опухоль продолжает увеличиваться, тогда как воспалительная опухоль в покойном состоянии больной обычно уменьшается. При трубном выкидыше увеличение опухоли сопровождается припадками болей (трубные колики), причем, несмотря на эти припадки и ухудшение общего состояния, температура тела остается

нормальной или незначительно повышается. В связи с повторными инсультами и кровоизлияниями может появиться заматочная кровяная опухоль, желтушное окрашивание склер, увеличение малокровия и пр.

Если же увеличение опухоли идет за счет усиления или распространения воспалительного процесса, то одновременно с повышением температуры имеются и другие признаки воспалительного процесса (соответственные изменения лейкоцитоза, лейкоцитарной формулы, реакции оседания эритроцитов и пр.).

Заматочная кровяная опухоль. Если при трубном выкидыше кровь из ампулярного конца трубы быстро и обильно изливается в брюшную полость, то она скопляется в заднем прямокишечно-маточном углублении и выпячивает его в просвет влагалища. Постепенно, благодаря организации наружных слоев гематомы и образованию сращений между дном матки, сальником и петлями кишок, образуется капсула, ограничивающая заматочную кровяную опухоль от общей брюшной полости.

Р а с п о з н а в а н и е. В анамнезе в большинстве случаев обращает на себя внимание задержка менструации, внезапное появление болей внизу живота, чаще с одной стороны; вскоре после этого из влагалища появляются темноватые кровянистые выделения и обнаруживаются другие симптомы (см. выше), характерные для трубного выкидыша. Далее из анамнеза можно выяснить, что боли постепенно стихли и сменились чувством тяжести внизу живота, давлением на низ; нередко к этому присоединяются затруднения при мочеиспускании и запоры. При объективном исследовании отмечаются явления малокровия, учащенный пульс, субфебрильная температура, субиктеричное окрашивание склер. Наружное исследование обнаруживает внизу живота опухоль, куполообразную сверху, а основанием своим уходящую широко вниз в полость таза. При влагалищном исследовании обнаруживается более или менее значительное смещение матки вверх и кпереди, сглаживание или выпячивание заднего влагалищного свода, через который ощущается своеобразная мягкая, несколько тестоватая или эластическая, мало болезненная резистентность.

Иногда над этой опухолью или несколько сбоку удается прощупать мягкую опухоль, принадлежащую трубе. В подобном случае диагноз поставить легко. Дифференцировать чаще всего приходится между заматочной кровяной опухолью при внематочной беременности и пельвеоперитонитом после маточного выкидыша.

Наиболее характерным признаком пельвеоперитонита является сравнительно медленное развитие его после аборта и отсутствие явлений тяжелой анемии, как это бывает при внематочной беременности.

При нагноении заматочной опухоли, сопровождающемся высокой температурой и частым пульсом, дифференциальная диагностика становится невозможной; прекрасным диагностическим методом в этих случаях является пробный прокол.

Пробный прокол, как и всякое хирургическое вмешательство, требует строжайшего соблюдения всех правил антисептики и асептики.

Подготовка операционного поля, т. е. наружных половых органов, влагалища и влагалищной части матки, обычная для влагалищной операции. Необходимо лишь соблюдать при обработке влагалища большую осторожность, чтобы не нарушить целостности капсулы и сращений, отделяющих очаг от общей брюшной полости. Поэтому дезинфекция влагалища заключается в осторожном протирании в зеркалах влагалищной части матки и стенок влагалища марлевыми или ватными туфферами, смоченными спиртом, и смазывания иодной настойкой. Затем сменяют зеркала и обнажают шейку матки. Во избежание разрыва спаек мы в острых

случаях заболевания предпочитаем производить пункцию со стороны заднего влагалищного свода, не захватывая пулевыми щипцами, как это делают многие, заднюю губу маточного зева.

Наша техника заключается в следующем: задней ложкой зеркала оттягиваем вниз заднюю стенку влагалища, переднюю ложку подводим под влагалищную часть матки. Пункцию делаем длиной (не менее 8—10 см) не слишком тонкой иглой для того, чтобы через нее могла пройти не только жидкая кровь, но и мельчайшие сгустки крови. Иглу насаживаем на 10-граммовый шприц, который после этого еще раз проверяем. Прокол делаем при полностью вдвинутом поршне шприца. Иглу при вколе следует направить несколько впереди, чтобы не проколоть прямой кишки, фиксированной к крестцовой кости. Опасность повреждения подвижных петель кишок, как уже упоминалось неоднократно, ничтожна, так как петли ускользают от иглы. Иглу продвигаем в глубину (обычно на 3—4 см), пока не получится ощущение, что игла попала как бы в пустоту. Затем приступаем к отсасыванию содержимого полости. Поршень шприца оттягиваем правой рукой, в то время как левая крепко придерживает иглу на месте насадки ее на шприц. Если жидкость не насасывается, то иглу очень медленно извлекаем, в то же время продолжая другой рукой вытягивать поршень. Как только в шприце показывается кровь или иная жидкость, извлечение иглы тотчас приостанавливаем. Если пункция не дала результата, то иглу извлекаем и пункцию повторяем либо на большую глубину, либо прокол делаем немного отступя от места первого прокола. Если первый прокол, не давший результата, был сделан тонкой иглой, то при повторном проколе берем более толстую иглу.

В прежнее время многие (в том числе и мы) производили пункцию не в зеркалах, а под контролем пальцев левой руки, введенных во влагалище (правая рука держит шприц с крепко насаженной иглой). При таком методе легко можно нарушить правила асептики, которая здесь имеет такое же значение, как и при всякой брюшной операции. Поэтому предпочтение следует отдать пункции, производимой под контролем глаза в зеркалах.

В тех случаях, когда при двуручном исследовании скопление жидкости (крови) определяется впереди матки (при заращении заднего прямокишечно-маточного углубления, при расположении беременной маточной трубы впереди матки и т. п.), пробный прокол может быть произведен и через переднюю брюшную стенку. Необходимым условием для такого прокола является с нашей точки зрения скопление жидкости непосредственно позади брюшной стенки. При наличии подвижной опухоли, которая может оказаться воспалительной, мы не делаем пробного прокола, как это рекомендуют некоторые авторы. Если применение такой пункции можно допустить в клинической обстановке, то в условиях работы участкового врача этот метод применять отнюдь не следует. Непосредственно перед пункцией моча должна быть спущена катетером. Место для прокола определяется перкуссией (приглушение перкуторного звука над лоном при опорожненном мочевом пузыре) и пальпацией (ощущение флюктуации). В этих случаях больная должна быть предварительно исследована через влагалище. Исследование должно быть очень тщательным, так как наблюдались случаи, когда нормальная беременная матка была принята за кровяную опухоль. Произведенная в таком случае пункция беременной матки может дать осложнения.

Для пробного прокола через переднюю брюшную стенку пользуются шприцем с насаженной на него иглой. При тонкой брюшной стенке употребляют обычную иглу, применяемую для подкожных или внутримышеч-

ных впрыскиваний. При толстой брюшной стенке приходится брать более длинную иглу — в 8—10 см (рис. 231).

Важное значение для постановки диагноза имеет правильная оценка результата пункции. Если кровь, полученная при пункции, имеет кофейный цвет и особенно если в ней имеются темные крупинки, то, значит, это старая кровь, а не попавшая в шприц из сосуда влагалищной стенки, поврежденного при проколе.

В сомнительных случаях можно рекомендовать пробу на воду по Фейгелю. Она заключается в следующем: набрав в шприц хотя бы незначительное количество крови, в него набирают еще 3—4 см³ физиологического раствора и выливают содержимое шприца в стеклянный стаканчик, наполненный физиологическим раствором. Если кровь действительно старая, то на дно стаканчика выпадают мелкие кровяные сгустки (крупинки). Проба эта, по словам автора, ценна, особенно в тех случаях, когда в шприц удалось набрать лишь незначительное количество крови. Если в шприц легко набирается темная густая кровь, то сомнения отпадают и предлагаемая проба является излишней.

Установив в сомнительном случае пробным проколом наличие крови в брюшной полости, что в громадном большинстве случаев говорит о прервавшейся внематочной беременности, следует тотчас же приступить к чревосечению.

Ряд авторов (Д. О. Отт, Л. А. Кривский и др.) указывает на большую диагностическую ценность задней кольпотомии по сравнению с пробной пункцией. Несомненно, что пробная кольпотомия позволяет точнее поставить диагноз, чем пробная пункция. Но несомненно также и то, что пробная кольпотомия является хирургическим вмешательством, требующим известного опыта в технике влагалищных операций. А этой техникой очень многие общие хирурги и некоторые гинекологи не владеют в достаточной мере. Поэтому для постановки дифференциального диагноза в сомнительном случае при наличии жидкости, скопившейся в малом тазу, следует прежде всего сделать пробный прокол, и только в случае его неудачи прибегнуть к пробной кольпотомии или даже к пробной лапаротомии (А. П. Губарев и др.).

Пробное выскабливание матки в диагностике внематочной беременности. При внематочной беременности в соскобе можно обнаружить децидуальную ткань, в то время как хорпальных элементов в нем нет. Поэтому наличие децидуальной оболочки в матке при прочих симптомах, вызвавших подозрение на внематочную беременность, может подтвердить этот диагноз. Отсутствие же децидуальной оболочки будет говорить против внематочной беременности. Надо, однако, учесть, что в случаях тяжелого шока и острого



Рис. 231. Пробная пункция через брюшную стенку. Кишечная петля ускользает от пунктирующей иглы, которая поэтому ее не прокалывает.

малокровия вопрос должен быть решен немедленно, а гистологическое исследование соскоба требует нескольких дней.

При постановке диагноза в хронически протекающих случаях, т. е. главным образом при трубном выкидыше, выскабливание может вызвать новый инсульт, который, конечно, может окончиться и трагически. Помимо этого, метод может оказаться несостоятельным, так как даже при наличии внематочной беременности в матке может не оказаться децидуальной оболочки, уже выделившейся из нее либо целиком в форме слепка маточной полости, либо, что наблюдается чаще, в виде мелких обрывков, смешавшихся с кровянистым отделяемым. Нахождение в соскобе децидуальных элементов может встретиться и при персистирующем желтом теле или лютеиновой кисте. Отсутствие элементов ворсистой оболочки в соскобе еще не говорит с достоверностью и против маточной беременности, закончившейся полным выкидышем, который осложнился воспалительным процессом в придатках. Наличие в матке ворсистой оболочки может наблюдаться, правда, в очень редких случаях и при комбинации маточной и внематочной беременности. Все эти обстоятельства говорят против применения выскабливания в качестве диагностического метода в случае подозрения на внематочную беременность. Иным должно быть наше отношение к методу гистологического исследования тканей, самостоятельно выделяющихся из половых органов больной, при подозрении на внематочную беременность: в отдельных случаях гистологическое исследование может явиться подкреплением для клинического диагноза. Поэтому те ткани, которые самостоятельно выделились из полового канала, следует по возможности подвергнуть гистологическому исследованию.

Лечение трубного выкидыша

Если внематочная беременность прервалась в виде так называемого трубного выкидыша, т. е. при отсутствии угрожающих жизни симптомов, операция тем не менее должна быть произведена возможно скорее. Это необходимо, так как даже после того как трубная беременность прервалась, в стенке трубы может сохраниться активный трофобласт, под цитолитическим влиянием которого могут произойти новые инсульты, новые кровоизлияния.

Техника операции при трубном выкидыше мало отличается от операции при разрыве беременной трубы. Но она протекает в более спокойной обстановке, так как нет того тяжелого состояния больной, которое требует очень быстрых действий; нет и переполнения брюшной полости кровью, заливающей операционное поле, как в случаях разрыва трубы. Операция при трубном выкидыше может представить известные трудности вследствие того, что вокруг трубы уже образовались спайки с окружающими органами — сальником, кишечными петлями, париетальной брюшиной и пр. Сращения могут образовать плотную капсулу вокруг кровяной опухоли, которая окружает трубу (*haematocele peritubaria*) или локализуется позади матки (*haematocele retrouterina*) и в редких случаях — впереди нее (*haematocele anteuterina*).

Подготовка к операции и наркоз — обычные для чревосечения.

Разрез брюшной стенки производят либо по средней линии, либо поперечный. Перед вскрытием брюшины больной придается положение со слегка приподнятым тазом. После вскрытия брюшины сальник и кишечные петли тщательно отгораживают от операционного поля салфетками; сращения между кишечником и опухолью трубы рассекают ножницами.

Если имеется haematocoele peritubaria, образовавшаяся недавно, и между ней и окружающими тканями еще нет плотных сращений, то нередко удается выделить опухоль целиком вместе с фибринозной капсулой, образовавшейся вокруг кровоизлияния. После этого матку, взятую на временную лигатуру, выводят наружу и слегка оттягивают по направлению к здоровой стороне и кпереди. Если из-за плотных сращений опухоль трудно выделить, то эти сращения (особенно с кишечником) надо рассечь. Особенное внимание должно быть уделено тому, чтобы не повредить при этом стенки кишки. Иногда в техническом отношении выгоднее сначала высвободить из сращений матку, а затем уже постепенно всю опухоль. После того как опухоль выведена в операционную рану, необходимо путем тщательного осмотра определить, что в этой опухоли подлежит удалению. Очень часто извлеченная опухоль включает, кроме трубы и окружающих ее кровяных сгустков, еще и яичник, который, вследствие образовавшейся фибринозной капсулы, может казаться слитым с общей массой опухоли. В большинстве случаев все же удается тупым и отчасти острым путем выделить яичник из опухоли и сохранить его полностью или частично. Только в редких случаях яичник оказывается при этом настолько измененным, что сохранить его невозможно. Конечно, на решение вопроса об оставлении или удалении яичника могут оказать влияние не только технические условия, но и возраст больной, особенно же состояние второго яичника. Если оказывается возможным ограничиться удалением одной лишь трубы, то операцию производят точно так же, как в свежих случаях разрыва беременной трубы. Если широкая связка брюшины на пораженной стороне настолько изменена, что перитонизация обычным способом затрудняется, то оставшиеся культы могут быть прикрыты сальником, прямой или сигмовидной кишкой.

Большая кровяная опухоль, образовавшаяся при трубном выкидыше, большей частью расположена позади матки в заднем прямокишечно-маточном углублении. При наличии обширных и плотных сращений с окружающими тканями во многих случаях невозможно выделить опухоль целиком. Тогда поступают следующим образом: одним или двумя пальцами прорывают капсулу кровяной опухоли, проникают внутрь и опорожняют ее от сгустков крови. Затем извлекают придатки и удаляют либо только трубу, либо придатки целиком. По возможности нужно удалить капсулу. Если никакого кровотечения нет и ложе опухоли остается сухим, то после перитонизации культей брюшную рану зашивают наглухо. Если же значительная часть капсулы не может быть удалена и из нее продолжается паренхиматозное кровотечение, то полость малого таза можно дренировать через задний влагалищный свод марлевой полоской. Для этого еще до закрытия брюшной раны ассистент вводит во влагалище изогнутый корнцанг (вогнутостью кпереди) и под контролем пальцев направляет его в задний влагалищный свод и подводит конец под шейку матки. При этом рукоятку корнцанга надо максимально оттянуть кзади, надавливая на промежность. Правильное направление корнцанга со стороны влагалищного свода хирург может легко контролировать со стороны брюшной раны. Когда прямокишечно-маточное углубление будет выпячено корнцангом к брюшной ране, хирург надрезает брюшину и подлежащую ткань, а ассистент проталкивает корнцанг в прямокишечно-маточное углубление. После того как корнцанг пройдет в брюшную полость, ассистент раскрывает его и, таким образом, увеличивает отверстие. Корнцангом захватывают конец тампона и выводят во влагалище. Брюшную полость зашивают наглухо. Если дренировать через влагалище невозможно (отсутствие помощника, облитерация заднего прямокишечно-маточного углу-

бления и пр.), то дренирование может быть произведено через брюшную рану.

Особое место в отношении метода операции занимают случаи инфицированной и нагноившейся заматочной кровяной опухоли. Обычно в этих случаях имеется опухоль, окруженная плотной капсулой, которая надежно ограничивает полость таза от общей брюшной полости. Хотя в застарелых случаях прервавшейся внематочной беременности уже не бывает новых инсультов, но явления, вызываемые инфекцией и интоксикацией, все же требуют опорожнения опухоли. Чревосечение в этих случаях противопоказано ввиду опасности возникновения общего перитонита. Поэтому опорожнение инфицированного содержимого заматочной кровяной опухоли следует производить при помощи задней кольчатомии. Вскрыв кровяную опухоль со стороны заднего влагалитического свода, необходимо очень осторожно, чтобы не повредить капсулу, тщательно удалить тупферами сгустки крови из кровяного мешка, а затем дренировать его при помощи резиновой трубки или марлевых салфеток.

Редкие формы трубной беременности

Интерстициальная беременность. Она является одним из весьма редких видов внематочной беременности.

Клиническая картина разрыва при интерстициальной беременности отличается симптомами острого малокровия и перитонеального шока. Особое внимание обращает на себя в этих случаях величина разрыва. Наблюдающееся при этом кровотечение иногда бывает смертельным. Д. А. Абуладзе объясняет это не только величиной разрыва, но и плохой сокращаемостью маточной стенки вследствие врастания в ее толщу ворсинок хориона. Описаны, впрочем, случаи разрыва интерстициальной беременности, в которых не было ни значительного внутреннего кровотечения, ни большого разрыва.

Метод оперативного вмешательства в опубликованных случаях был различный. Г. Г. Гентер, который наблюдал около 10 подобных случаев, считает, что методика операции в этих случаях должна быть такой же, как и при других видах трубной беременности, и состоять из клиновидного иссечения плодovместилища из угла матки.

При клиновидном иссечении трубы из угла матки может быть вскрыта и полость матки. Раневое ложе должно быть тщательно зашито кетгутowymi лигатурами в два этажа (рис. 232 и 233). Перитонизация производится при помощи круглой связки. Опубликованы были отдельные случаи имплантации оставшегося отрезка трубы в матку после иссечения из нее плодovместилища. Ввиду того что интерстициальная беременность обычно кончается разрывом плодovместилища, требующим быстрого простого и надежного метода операции, имплантация трубы, конечно, неприменима в большинстве случаев. В трудных случаях можно применить, как при межсвязочном развитии плодovместилища, экстирпацию матки.

Межсвязочная беременность. Этот вид внематочной беременности представляет интерес главным образом потому, что при нем беременность достигает поздних сроков и даже донашивается.

Под этой формой внематочной беременности понимают такую, при которой яйцо, привившись к стенке трубы, обращенной к ее брыжейке (мезосальпинкс), развивается в сторону широкой связки, раздвигая ее брюшинные листки. Межсвязочная беременность может быть первичной, когда плодное яйцо остается внутри первичного плодного мешка, или вторичной, когда плодное яйцо развивается между листками широкой связки

после разрыва стенки трубы. По статистике М. С. Малиновского, из 23 случаев внематочной беременности 11 приходятся на межсвязочную ее форму (первичную и вторичную). Благоприятный исход для плода при межсвязочных формах внематочной беременности объясняется, по М. С. Малиновскому, тем, что плодное яйцо, защищенное листками широкой связки, меньше раздражает брюшину и этим создает более благоприятные условия для течения беременности и развития плода, а также тем, что плодное яйцо при этой локализации лучше снабжается питательным материалом ввиду хорошей васкуляризации широких связок.

Несмотря на благоприятные условия развития плодного яйца при межсвязочной форме внематочной беременности, все же во многих случаях беременность нарушается и возникает внутреннее кровотечение в широкую



Рис. 232. Операция интерстициальной беременности. Наложение кетгутовых швов, захватывающих глубокий слой маточной стенки после иссечения интерстициальной части трубы.



Рис. 233. Операция интерстициальной беременности. Наложение непрерывного кетгутового шва, захватывающего наружные слои маточной стенки (второй ярус).

связку. Образовавшаяся гематома может принять значительные размеры и распространиться подбрюшинно за пределы широкой связки. При обычном анамнезе данные объективного исследования будут отличаться главным образом тем, что при расположении гематомы в широкой связке матки окажется смещенной в противоположную сторону.

Данные гинекологического исследования напоминают данные, получающиеся в случаях свежего экссудативного параметрита.

Особенность методики операции при межсвязочной форме внематочной беременности заключается в том, что при вскрытии брюшной полости брюшина широкой связки разрезается над гематомой и из полости, образовавшейся между обоими листками широкой связки, удаляется плодное яйцо, а затем удаляется и маточная труба. Если полость между листками широкой связки не велика и кровотечения из плодовместилища нет, то операция заканчивается сшиванием обоих листков непрерывным тонким кетгутовым швом. Если же полного гемостаза между листками широкой связки добиться не удается, то приходится прибегнуть к тампонированию полости полосой марли, которую выводят наружу через брюшную рану.

Чтобы в подобном случае можно было наглухо зашить брюшную рану, можно вывести дренирующую полосу марли через влагалище. Для этого делают разрез в боковом влагалищном своде. Ассистент должен ввести корнцанг в боковой свод влагалища, выпятить им стенку свода по направлению к параметрию, после чего хирург разрезает влагалищный свод со стороны брюшной раны. Ввиду того что разрез через боковой влагалищный свод представляет известную опасность повреждения мочеточника и крупной ветви маточных сосудов, едва ли стоит прибегать к такому методу выведения тампона.

При наличии полости и продолжающемся кровотечении из глубины широкой связки может потребоваться даже экстирпация матки, которая позволит произвести более тщательный гемостаз внутри широкой связки.

ЯИЧНИКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Исход яичниковой беременности зависит главным образом от места прививки в яичнике оплодотворенного яйца.

При прививке яйца на поверхности яичника плодovместилище, обладая очень тонкой капсулой, легко и рано разрывается. При внутрифолликулярной прививке разрыв плодovместилища происходит тем раньше, чем ближе к поверхности яичника развивается яйцо. Чем глубже в фолликуле привилось яйцо, чем ближе развивается оно к воротам яичника, где условия питания особенно благоприятны ввиду богатой васкуляризации, тем больше шансов, что беременность достигнет большего срока и даже полной зрелости (доношенная яичниковая беременность). Особенно благоприятные условия для развития доношенной яичниковой беременности создаются тогда, когда плодovместилище, развиваясь в сторону хилуса, врастает в широкую связку (аналогия с внутрисвязочной трубной беременностью).

Разрыв плодovместилища при яичниковой беременности сопровождается симптомами внутреннего кровотечения и перитонеального шока, как и при разрыве трубной беременности, и диагностируется обычно как последняя.

Методика операции аналогична той, которая применяется при разрыве беременной трубы, и состоит в экстирпации всей опухоли, заключающей в себе плодovместилище, яичник и трубу. Как и при разрыве яичниковой беременности в ранние сроки, так и при доношенной яичниковой беременности точная топическая диагностика ставится лишь во время чревосечения.

Кардинальными симптомами доношенной яичниковой беременности (на удаленном препарате) является наличие на стороне плодovместилища неизменной фаллопиевой трубы, непосредственный переход яичниковой ткани в стенку плодovместилища и переход собственной связки яичника на опухоль (плодovместилище), что должно быть подтверждено микроскопическим исследованием.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Брюшная беременность уже давно привлекала внимание исследователей главным образом с точки зрения возможности первичной имплантации яйца на брюшине (первичная брюшная беременность). Такую возможность на основании литературных данных последних десятилетий нужно считать доказанной.

С практической точки зрения чрезвычайно большое значение имеет следующий факт: оплодотворенное яйцо прививается первично главным

образом на тех участках брюшины, которые защищены от перистальтики кишок, например, в заднем прямокишечно-маточном углублении; первичная и вторичная прививка яйца может произойти и на других участках брюшины, даже в области печени, селезенки и т. п. Поэтому если при подозрении на внематочную беременность при чревосечении в брюшной полости действительно оказывается кровь, а в области тазовых органов плодovместилище не обнаруживается, то его следует искать где-либо в другом месте брюшной полости, даже в области печени, селезенки и пр.

Не только диагностика, но и техника операции в случаях раннего прерывания брюшной беременности может оказаться значительно труднее, чем при обычной трубной беременности, так как нередко приходится выделять плодovместилище из сращений с кишечными петлями, сальником, париетальной брюшиной и пр.

В отношении диагностики и методики операции поздних сроков брюшной беременности см. главу «Внематочная беременность поздних сроков и доношенная».

СОЧЕТАНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ И МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В большинстве случаев сочетанная маточная и внематочная беременность не распознается. Важным признаком считается отсутствие выделения крови из матки при наличии явных симптомов прервавшейся внематочной беременности.

Если при чревосечении по поводу распознанной внематочной беременности диагностируется имеющаяся одновременно маточная беременность, то последняя может быть сохранена.

В случае А. Акопова из клиники Г. Я. Арешева в Ереване после удаления правой беременной трубы маточная беременность продолжалась, и только на 8 месяце произошли преждевременные роды живым ребенком.

При сочетании маточной и внематочной беременности нередко наблюдается инфекция трубной или заматочной кровяной опухоли, возникшая после трубного выкидыша. Ввиду значительных опасностей, угрожающих женщине при сочетанной маточной и внематочной беременности, операция распознанной внематочной беременности должна быть произведена как можно скорее.

БЕРЕМЕННОСТЬ В ЗАЧАТОЧНОМ РОГЕ МАТКИ

Одной из редко встречающихся разновидностей эктопической беременности является беременность в зачаточном роге матки. Внематочной беременностью в анатомическом значении этого термина такая беременность не является, так как яйцо прикрепляется в полости, принадлежащей матке, но в клиническом отношении она немногим отличается от трубной беременности. Исход ее такой же.

Беременность в зачаточном роге матки возникает тогда, когда слизистая полости, сообщающейся с трубой, недостаточно развита и вследствие этого не менструирует; иначе в зачаточном роге возникла бы гематометра, исключающая возможность прививки яйца. Неполюценности в анатомическом и физиологическом отношении слизистой зачаточного рога соответствует и неполюценность его мышечной стенки. Под влиянием расплавающего действия трофобласта яйца, прорастающего через слизистую оболочку, которая не способна к полноценной децидуальной реакции, а также вследствие растяжения плодovместилища растущим яйцом может

произошло нарушение целостности мышечной стенки и в конечном итоге разрыв зачаточного рога.

В отличие от трубной беременности беременность в зачаточном роге матки часто достигает поздних сроков и нередко донашивается.

Чаще всего место разрыва находится в верхнем отделе медиальной стороны зачаточного рога; эта область во время беременности меньше гипертрофируется. Постановка анатомического диагноза во время операции не трудна. От обычной трубной беременности беременность в зачаточном роге отличается тем, что труба на всем своем протяжении оказывается нормальной. От интерстициальной беременности она отличается тем, что при трубной беременности плодвместилище является непосредственным продолжением матки, составляя с ней одно целое, в то время как при беременности в зачаточном роге плодвместилище является отдельным образованием и связано ясно выраженной ножкой с нормальным рогом

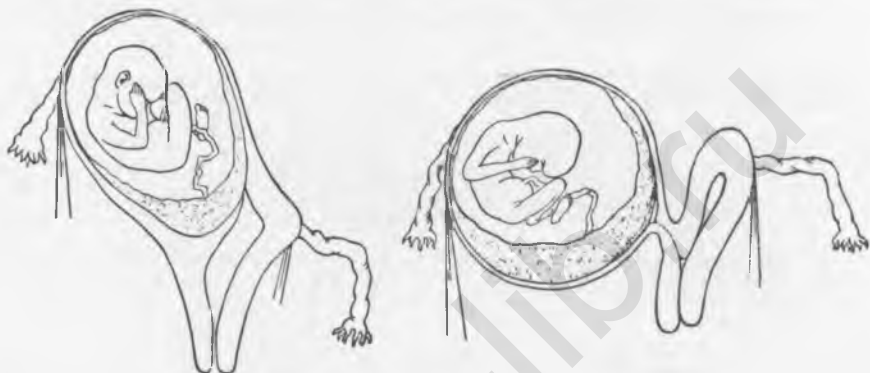


Рис. 234. Топографические соотношения. Слева — при интерстициальной беременности, справа — при беременности в зачаточном роге матки (по Отту).

матки (рис. 234). Кроме того, при интерстициальной беременности место отхождения придатков от матки лежит значительно выше, так как плодвместилище, увеличиваясь, поднимает их кверху и кнаружи; при беременности в зачаточном роге место отхождения придатков и круглой связки лежит у основания плодвместилища, так как растет преимущественно верхняя часть рога.

Клиническая диагностика этой редкой формы эктопической беременности очень трудна. Особенно трудно распознать прогрессирующую беременность. Диагностика базируется на данных анамнеза (отсутствие менструации и наличие обычных для беременности субъективных признаков) и объективного исследования (наличие рядом с беременным рогом матки другого — небеременного, расположенного наискось от первого и отклоняющегося от беременного постепенно в сторону, наличие между обоими рогами матки перемычки, расположенной в области перешейка, отхождение круглой связки от латерального полюса или передней поверхности плодвместилища). Эти данные могут стать опорными пунктами для постановки диагноза беременности в зачаточном роге, если только помнить о возможности такой патологии. Как видно из литературных данных, прогрессирующая беременность в зачаточном роге принималась чаще всего за трубную беременность, преимущественно за интерстициальную, реже — за кистому яичника или за беременность в мюмотозной матке. По А. Абуладзе, при беременности в зачаточном роге плодвместилище подвижно и безболезненно. При трубной беременности плодвме-

стилище по мере роста яйца становится менее подвижным и тесно связано с маткой; кроме того, двуручное исследование при трубной беременности бывает болезненно.

Распознавание разрыва зачаточного беременного рога матки базируется на тех же данных анамнеза и объективного метода исследования, что и диагностика разрыва беременной трубы (см. выше).

Лечение беременности в зачаточном роге матки может быть только хирургическим. Ввиду того что разрыв зачаточного рога может наступить совершенно неожиданно, помимо какого-либо внешнего воздействия или травмы, операция должна быть произведена возможно скорее. Предложение, поддерживаемое А. Абуладзе и др., отложить операцию до того времени, когда плод станет жизнеспособным, имеет много противников. Еще менее допустимо такое выжидание в условиях работы практического врача. Метод операции должен быть наиболее простой и быстрый. Резекции подлежат зачаточный беременный рог; отходящую от него трубу также надо удалить, так как в ней может возникнуть беременность.

При очень тяжелом состоянии больной практическому врачу легче и проще в техническом отношении произвести удаление маточного рога вместе с трубой и яичником. Поэтому во многих случаях так и приходится поступать. Техника подобной операции следующая: после вскрытия брюшной полости извлекают наружу оба рога матки — беременный и небеременный, перевязывают лигатурами и перерезают на стороне беременного рога воронко-газовую связку, прилежащую к беременному рогу, часть широкой связки и ножку, соединяющую зачаточный рог с нормальным. Получившиеся культя перитонизируют при помощи оставшейся круглой связки, брюшины мочевого пузыря и широкой связки. В остальном поступают так же, как при разрыве беременной трубы, т. е. производят туалет брюшной полости и зашивают брюшную стенку. Если состояние больной не настолько тяжелое, чтобы заставить хирурга максимально упростить и ускорить операцию, то целесообразно на стороне разорванного рога сохранить яичник. В этом случае лигатуры накладывают на круглую связку, брыжейку трубы и ножку рога, после чего их перерезают и препарат, состоящий из разорванного рога матки и маточной трубы, удаляют. Затем следует перитонизация и туалет брюшной полости.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОЗДНИХ СРОКОВ И ДОНОШЕННАЯ

Внематочная беременность поздних сроков до известного времени может не вызывать тяжелых симптомов, особенно в тех случаях, когда плодo-вместилищем является труба и плодное яйцо развивается в направлении мезосальпинкса — интралигаментарное развитие.

На том основании, что беременность может прогрессировать до того времени, когда плод станет жизнеспособным, ряд авторов (В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев) считает возможным в тех случаях, когда внематочная беременность достигла 6—7 месяцев, при хорошем самочувствии беременной выждать с операцией, предлагая оперировать лишь к приблизительному сроку доношенности плода. По данным М. С. Малиновского, оперативное вмешательство в поздние месяцы прогрессирующей внематочной беременности технически не труднее, чем в ранние, и результаты операции в самом конце беременности также не менее благоприятны, чем в более ранние сроки второй половины беременности.

Имеются, однако, и сторонники немедленного оперативного вмешательства при прогрессирующей внематочной беременности поздних сроков, считающие, что при всякой диагностированной внематочной беременности следует немедленно оперировать.

Впрочем, разногласия касаются только тех редких случаев, когда прогрессирующая внематочная беременность поздних сроков не вызывает тяжелых явлений у женщины, в противном случае показана немедленная операция.

В большинстве случаев внематочная беременность поздних сроков рано или поздно начинает причинять тяжелые страдания. Главные жалобы — постоянные мучительные боли в животе (хронический перитонит), которые особенно усиливаются при движении плода. Отсутствие аппетита, непрерывная рвота (при нормальной беременности рвота наблюдается лишь вначале), бессонница, постоянные запоры истощают больную. Особенно ухудшается состояние больных, когда плод после разрыва оболочек попадает в брюшную полость и лежит среди спаявшихся вокруг него кишок. Наблюдались, впрочем, отдельные редкие случаи, когда при доношенной внематочной беременности появлялись лишь умеренные боли, из матки выделялась отпадающая оболочка и начинались регрессивные явления: плод плотно осумковывается, мумифицируется, обызвествляется, превращается в литопедион, а женщина начинает постепенно поправляться и вскоре менструальная функция восстанавливается. Известны случаи пребывания литопедиона в животе женщины в течение десятков лет. Но на такой благоприятный исход рассчитывать ни в коем случае нельзя. Даже в тех случаях, когда состояние беременной остается удовлетворительным, внезапно могут появиться тяжелейшие явления разрыва плодовместилища.

Но и помимо разрыва, тяжелое состояние, выражающееся в приступах жестоких непрерывных болей, лишь на короткое время уступающих морфину, метеоризм, анурия, иногда высокая температура заставляют прибегать к неотложной операции.

Распознавание внематочной беременности поздних сроков часто оказывается ошибочным. Ошибки происходят не потому, что беременность не распознается, а потому, что неправильно определяется местонахождение плода, и внематочная брюшная беременность рассматривается как внутриматочная. В некоторых случаях правильным диагноз был поставлен до операции после исследования пальцем или зондом полости матки, произведенным ввиду того, что схватки долгое время не вызывали надлежащего раскрытия зева.

В некоторых случаях удается разграничить матку от плодовместилища, и тогда можно поставить диагноз при наружном исследовании. Граница эта определяется в виде борозды. Ввиду того что в большинстве случаев стенки живота напряжены и болезненны, иногда удавалось поставить диагноз при исследовании под наркозом. Если плацента прикрепляется ко дну матки, то матка и плодовместилище представляют одно целое и борозда между ними не обозначается. В некоторых случаях правильный диагноз был поставлен на том основании, что при наружном исследовании части плода прощупывались непосредственно под брюшными покровами. Этого не бывает, если плацента лежит на передней стенке плодовместилища. Конечно, одно только ясное прощупывание частей плода непосредственно под брюшной стенкой не позволяет еще с уверенностью диагностировать брюшную беременность, так как нередко при истонченных и дряблых брюшных покровах такое ощущение может получиться и при нормальной беременности. Важным признаком внематочной бере-

менности последних месяцев Бекман считает появление сильных болей в брюшной полости. Эти боли объясняются, как уже указывалось, раздражением брюшины движениями ребенка, свободно лежащего в брюшной полости; если же плод лежит в трубе, боли объясняются растяжением стенки трубы. Но этот признак непостоянен и не всегда резко выражен.

Для таких случаев предлагалась проба с препаратом задней доли гипофиза, как при распознавании беременности в зачаточном роге матки. Если в сомнительном случае ввести внутривенно 0,25 или 0,5 см³ питуитрина, то беременная матка тотчас же сокращается. Эти сокращения всей матки сами по себе говорят о внутриматочном расположении плода. Кроме того, при наступившем сокращении ясно определяются круглые связки, идущие по направлению ко дну матки. Если же после введения питуитрина предполагаемое плодоставилось вовсе не сокращается или сокращается слабо, то это является признаком расположения плода в капсуле, лишенной мышечной стенки, т. е. признаком внематочной беременности.

В редких случаях, как, например, при мертвом плоде, при невозможности прощупать части плода вследствие значительного напряжения брюшной стенки, особенно если плацента прикреплена к брюшным органам и лежит впереди плода, может быть не распознана и сама беременность. При сомнении в наличии беременности ясность в диагностику может внести рентгеновский снимок, который обнаруживает наличие не только живого, но и мертвого плода. При кратчайшем времени экспозиции, необходимом для рентгеновского снимка (моментальный снимок), этот метод какого-либо вредного влияния на плод не оказывает.

Для врача, работающего в условиях хорошо организованного родильного дома или больничного учреждения, диагностика внематочной беременности поздних сроков облегчается указанными подсобными методами клинического исследования. Для сельского врача, если он не всегда имеет возможность широко пользоваться рентгенологическим методом исследования, наиболее достоверными признаками этой патологии являются: интенсивные боли, резко усиливающиеся при движениях плода, болезненность живота при ощупывании, нарастающая слабость и истощение больной на почве бессонницы, отсутствие аппетита, нарушения со стороны мочеиспускания и дефекации и, наконец, прощупывание частей плода непосредственно позади брюшной стенки или же прощупывание матки отдельно от плода.

Хирургические методы лечения. Путь, по которому производится оперативное вмешательство в случаях внематочной беременности поздних сроков, преимущественно брюшностеночный. Применяются два метода оперативного пособия: радикальный метод, состоящий в одновременном удалении плода, плодного мешка и последа, и метод удаления только плода с оставлением плаценты и марсунизации плодного мешка. Причина применения того или иного способа заключалась не в расхождении взглядов по этому вопросу и далеко не всегда в разнице оперативного опыта и искусства хирурга. Хотя радикальная операция признается лучшим способом, все же во многих случаях приходилось и приходится оставлять плаценту, так как при наличии обширных и прочных сращений ее с кишечником попытка удалить плаценту может окончиться повреждением кишечника, а кроме того, общее тяжелое состояние больной не позволяло затягивать операцию и увеличивать шок, применяя такие методы, как

резекция поврежденного участка кишечной трубы. Все же радикальная операция (удаление всего плодместилища) является методом выбора.

Техника радикальной операции. Производят разрез брюшной стенки, достаточный для извлечения плода. В некоторых весьма редких случаях доношенной трубной беременности трубу удаляют целиком. Если плод живой, то предварительно стенку плодместилища вскрывают и извлекают плод, а затем уже удаляют весь плодный мешок. В тех случаях, когда плод лежит в брюшной полости свободно или в капсуле, ход операции будет следующий: вскрывают плодный мешок и извлекают плод; если он жив, перерезают пуповину между двумя зажимами и плод пере-

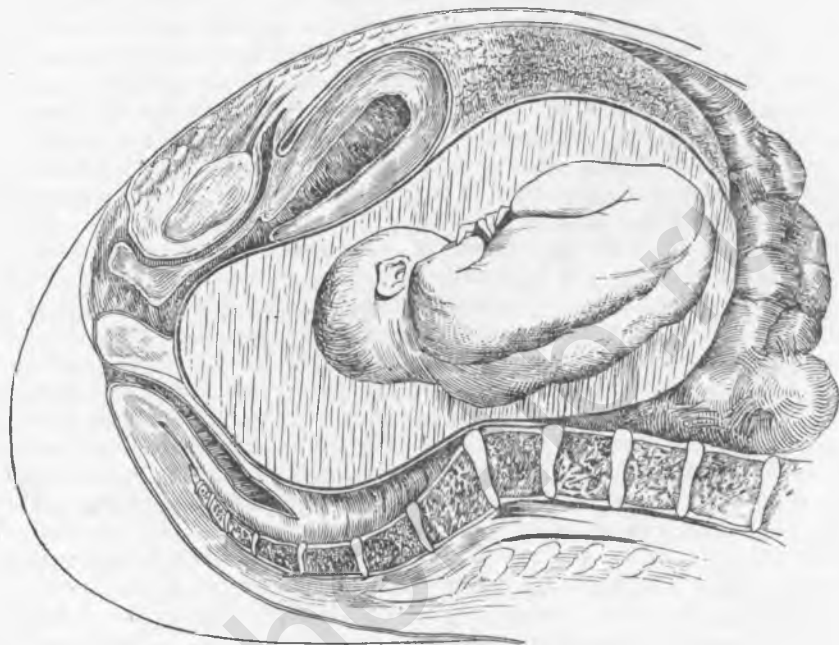


Рис. 235. Брюшная беременность. Плодное яйцо лежит позади матки, выпячивая задний влагалищный свод. Плацента прикреплена ко дну матки к ее задней стенке и к спавшемуся конгломерату кишок.

дают помощнику. При мертвом плоде пуповину только перерезают. После этого необходимо хорошо ориентироваться относительно места прикрепления плаценты. Если плацента, как это часто бывает, прикреплена к матке и широкой связке, то отделение ее происходит легко и более или менее безопасно. После удаления плаценты в случае необходимости можно наложить на кровоточащие сосуды зажимы или обшить кровоточащие места лигатурами. Если кровотечение остановить не удастся, то А. П. Губарев советует перевязывать артериальную дугу широкой связки: ветку маточной артерии — около угла матки и яичниковую артерию — в воронко-тазовой связке. Разумеется, подобная операция доступна лишь квалифицированному хирургу, имеющему большой опыт в полостной хирургии. Если кровотечение все-таки продолжается, надо поручить помощнику прижать рукой брюшную аорту: воспользовавшись прекращением кровотечения, удалить из малого таза кровь и перевязать ствол маточной артерии или подчревную артерию. Так же поступают, если плацента прикреплена не только к матке и широкой связке, но и частично к кишечнику и

сальнику. Чем большая часть плаценты прикреплена к брюшным органам, тем опаснее момент ее отделения.

Несмотря на полный успех, сопровождавший во многих случаях радикальную операцию внематочной беременности поздних сроков, едва ли можно считать, что такой метод всегда применим и что можно оставлять плаценту. Правильнее будет признать, что не только участковый хирург, но и крупный специалист может оказаться вынужденным прибегнуть к старому способу марсупиализации плодного мешка и плаценты. Хирург, приступающий к отделению плаценты от кишок, должен быть подготовлен к операции резекции кишки, так как во время отделения плаценты может произойти повреждение кишки.

Участковому хирургу, которому в порядке неотложной хирургической помощи встретится случай внематочной беременности позднего срока, следует из осторожности отказаться от отделения плаценты, прикрепленной к брюшным органам, и применить способ марсупиализации. При инфицированном плодноместе, конечно, всегда показаны марсупиализация и дренаж вшитого в брюшную стенку плодного мешка.

Подходящими для применения влагалищного метода операции, с нашей точки зрения, представляются те редчайшие случаи внематочной беременности, которые сопровождаются высокой температурой вследствие распада и инфекции содержимого плодноместе, особенно при тяжелом общем состоянии больной и при таком положении плодноместе, которое представляло бы удобный доступ к нему со стороны заднего влагалищного свода (расположение плодноместе позади матки). Благоприятствующим обстоятельством, быть может, является смерть плода и прекращение кровообращения в плаценте как факторы, уменьшающие опасность кровотечения во время отделения последа. На рис. 235 изображен случай брюшной беременности, успешно оперированный нами через влагалище при помощи задней кольпотомии.

Техника марсупиализации. Если после удаления плода хирург приходит к убеждению, что удалить плаценту или весь плодный мешок невозможно или опасно, то удаляют те части плодного мешка, которые отделены от органов брюшной полости и свободно свисают из брюшной раны, и после этого вшивают оставшиеся края плодного мешка в брюшную рану.

Полость мешка выполняют большими марлевыми салфетками наподобие тампона Микулича, которые покрывают оставшуюся в брюшной полости плаценту. Полость плодного мешка постепенно уменьшается, плацента постепенно некротизируется и мало-помалу выделяется. Это длится 1—2 месяца.

ЯИЧНИКОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внутреннее кровотечение может возникнуть из разорвавшегося сосуда яичника, из разрыва яичниковой гематомы или яичниковой кисты. Последний вид яичникового кровотечения встречается весьма редко. В случаях яичникового кровотечения клинический симптомокомплекс чрезвычайно напоминает картину внематочной беременности, разница лишь в отсутствии в анамнезе симптомов, присущих беременности: не было задержки менструации, тошноты, рвоты, нет синюшной окраски слизистых оболочек влагалища и шейки матки, нет соответствующего увеличения и размягчения матки. Однако и в ранней стадии внематочной беременности часто этих симптомов тоже не бывает. Впрочем, на то или иное поведение врача не влияет дифференциальный диагноз между внематочной беременностью и яичниковым кровотечением при явлениях шока и коллапса, так как в обоих случаях необходимо немедленное чревосечение.

При отсутствии бурных явлений дифференциальный диагноз мог бы приобрести известное значение, так как при внематочной беременности даже при хроническом течении (как, например, при трубном выкидыше) методом выбора является все же лапаротомия, в то время как при гематоме в фолликуле или в желтом теле большей частью следует воздержаться от операции и проводить консервативное лечение, предписывая главным образом покой. Ввиду того что показаний к неотложному чревосечению в таких случаях нет, надо оставить больную под наблюдением, непременно в больничной обстановке. В зависимости от полученных за время наблюдения новых данных (биологическая реакция на беременность и пр.) и будет решаться вопрос об операции.

Большое значение имеет постановка дифференциального диагноза между яичниковым кровотечением и припадком аппендицита.

В большинстве опубликованных случаев внутрибрюшных кровотечений из яичника имелись кровотечения из желтого тела (разрыв гематомы желтого тела). Реже внутрибрюшное кровотечение возникает вследствие разрыва гематомы в фолликуле. Небольшое или умеренное кровотечение из фолликула или из желтого тела яичника совсем не требует хирургического вмешательства. Как показывают новейшие литературные данные, дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями приходится ставить чаще потому, что небольшие яичниковые кровотечения дают клинический симптомокомплекс, больше всего напоминающий припадок аппендицита. Ввиду того что аппендицит наблюдается несравненно чаще, чем яичниковые кровотечения, неудивительно, что диагноз этих кровотечений ставится правильно большей частью случайно при операции, предпринятой по поводу предполагаемого аппендицита.

В некоторых случаях больные связывают начало заболевания с какой-нибудь травмой (поднятие тяжести, удар в живот, половой акт и пр.). Поэтому при дифференциальном диагнозе между аппендицитом и яичниковым кровотечением необходимо учитывать и хорошо проанализировать указанные анамнестические данные. При объективном исследовании обращает на себя внимание напряжение брюшной стенки на стороне заболевания; боль резче выражена ниже точки Мак Бурнея. При апоплексии яичника исследование через влагалище (как пальпация, так и смещение внутренних половых органов) вызывает более резкие боли, чем при аппендиците, с которым легче всего смешать апоплексию правого яичника.

Для распознавания яичникового кровотечения от аппендицита М. С. Малиновский рекомендует пользоваться признаком Промтова, который состоит в следующем: при аппендиците исследование большой через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области прямокишечно-маточного углубления, в то время как поднимание матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть, почти безболезненно (исследующий палец должен продвигаться вверх по направлению дна прямокишечно-маточного углубления по средней линии, не отклоняясь от нее в стороны), при остром заболевании придатков отмечается обратное: чувствительность дна прямокишечно-маточного углубления незначительная, тогда как поднимание матки вызывает резкую боль. Появление крови из половых органов говорит об апоплексии яичника. По В. Ф. Снегиреву, при яичниковой апоплексии боли исчезают, как только появляется наружное кровотечение. О наличии апоплексии говорит также внезапное увеличение яичника, особенно заметное в тех случаях, когда врач имел возможность исследовать больную до припадка и обнаружил нормальную величину яичника.

Повышенная температура и лейкоцитоз встречаются при ряде заболеваний и не могут служить опорными точками для дифференциального диагноза. Все же надо отметить, что при аппендиците лейкоцитоз и количество полинуклеаров бывают выше, чем при яичниковом кровотечении. Если, в конце концов, дифференциальный диагноз не может быть поставлен с достоверностью, то многие авторы считают показанной операцию. Операция является методом выбора потому, что риск чревосечения незначителен, в то время как отсрочка операции при аппендиците чревата тяжелыми последствиями. Необходимо к этому добавить, что если при невыясненном диагнозе предпринимается чревосечение, то следует пользоваться не боковым разрезом, как для операции аппендэктомии, а срединным или параректальным, при помощи которого могут быть тщательно осмотрены внутренние половые органы больной.

Лечение

При отсутствии явлений шока и коллапса, что указывает на наличие лишь небольшого яичникового кровотечения, лечение должно быть строго консервативным: постельный режим, холод на живот во время резких болей, запрещение половой жизни. Если от холода боли усиливаются, то пузырь со льдом заменяют согревающим компрессом или горячей грелкой. Из болеутоляющих средств применяют белладонну с антициприном, пирамидоном и пр.

По окончании приступа назначают тепловые процедуры, как, например, теплые спринцевания, постепенно повышая температуру жидкости от 39° до 45° с прибавлением йода, глицерина и пр., осторожное электролечение и др. Разумеется, общий режим как в отношении диеты, так и функции кишечника играет большую роль в этом лечении.

При значительных кровоизлияниях, особенно при кровоизлияниях в брюшную полость, показано чревосечение. Что касается методики операции, то при яичниковых кровотечениях она в принципе не отличается от операции при внематочной беременности в стадии свежего разрыва (см. раздел «Внематочная беременность»). При апоплексии яичника должно быть, конечно, прежде всего остановлено кровотечение из яичника. Если имеется большая гематома яичника, ткань которого в значительной мере разрушена кровоизлиянием, ничего другого не остается, как удалить яичник. В более легких случаях, когда значительная часть яичниковой ткани не разрушена кровоизлиянием и кровь лишь сочится из места разрыва, можно оперировать консервативно и сохранить часть яичника. В этих случаях достаточно удалить из полости яичника сгустки крови, перевязав тонким кетгутом кровоточащий сосуд, если таковой имеется (в доступной литературе нам встретился лишь один случай кровотечения из разорванного сосуда), наложить тонкие кетгутовые швы, проведенные при помощи кишечной иглы через всю глубину дефекта, и соединить таким образом края разрыва яичника. В некоторых случаях может понадобиться предварительно сгладить ножницами или скальпелем неровные края раны.

ЛИТЕРАТУРА

- А л о в с к и й А. Д., Клиника внематочной беременности, Медгиз, 1945.
- А б у л а д з е Д. А., К учению о так называемой межтубочной беременности в чистой форме, Казанский медицинский журнал, 1927.
- А м ф и т а т о в Г. П., К дифференциальному диагнозу разрыва беременной трубы. Клиническая медицина, № 11, 1930.
- Б а к ш т Г. А., Случай литопедииона при одновременном наличии прогрессирующей внутриматочной беременности, Журнал акушерства и женских болезней, № 3, 1925.
- Б е л я е в Е. И., К вопросу об интерстициальной беременности, Казанский медицинский журнал, 1928.
- Б р а и л о в с к а я К. В., Случай внематочной беременности доношенным плодом в брюшной полости, Акушерство и гинекология, № 8, 1939.
- Б л а г о д а р о в А. А., Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекрутившейся ножкой беременной трубы, Казанский медицинский журнал, 1929.
- Б р а у д е И. Л., Успешная операция почти доношенной беременности через влагалище, Реферативный журнал, № 1, 1920.
- В а м б е р с к и й В. Ф., Фибромиома матки и внематочная беременность, Врачебное дело, № 7, 1930.
- В а ч н а д з е К. Д., К распознаванию и лечению внематочной беременности, Аутореферат, Журнал акушерства и женских болезней, № 3—4, 1924.
- В о л ь в о в с к а я П. С., Случай абдоминальной доношенной беременности живым плодом, Гинекология и акушерство, № 1, 1932.
- Г а р ф у н к е л ь П. Я., Случай интерстициальной беременности, Журнал акушерства и женских болезней, № 4, 1925.
- Г р у з д е в В. С., Материалы к вопросу внематочной беременности, Медицинские монографии Казанского медицинского журнала, в. 10, 1932.
- Г о ф м а н А. И., Диагностическое значение пункции при внематочной беременности, Акушерство и гинекология, № 6, 1936.
- Г о ф м а н Г. Е., Дисс. М., 1940.
- Г у д и м - Л е в к о в и ч Д. А., О повторной внематочной беременности, Гинекология и акушерство, № 2—3, 1922.
- Г у з и к о в П. А., К вопросу о редко встречающихся формах внематочной беременности, Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, № 7—8, 1929.
- Д а в ы д о в Н. Н., Случай яичниковой внематочной беременности, Журнал акушерства и женских болезней, № 6, 1925.
- Д а н и а х и й М. А., К вопросу о диагностике доношенной внематочной беременности, Гинекология и акушерство, № 1—2, 1933.
- Д а н и а х и й М. А., Случай доношенной внематочной беременности, Среднеазиатский медицинский журнал, № 9, 1926.
- И в а н о в В. И., Случай яичниковой беременности, Акушерство и гинекология, № 9, 1936.

- К о з л о в И. Ф., О диагностическом значении пробной пункции заднего свода при прервавшейся внематочной беременности, Омский медицинский журнал, № 5—6, 1927.
- К р ы л о в М., К вопросу о повторной внематочной беременности, Гинекология и акушерство, № 1, 1924.
- К у з н е ц е в Ф. Д., К казуистике доношенной внематочной беременности, Журнал акушерства и женских болезней, № 1, 1928.
- К у ш т а л о в Н. И., Два вспомогательных признака внематочной беременности, Врачебная газета, № 11, 1932.
- К р и в с к и й Л. А., По поводу внематочной беременности по данным Обуховской больницы, Журнал акушерства и женских болезней, № 5—6, 1932.
- М а н е н к о в П. В., Двусторонняя двойничная внематочная беременность, Казанский медицинский журнал, 1923.
- М а р ь я п ч и к Н. П., Еще одна внематочная беременность живым плодом, Журнал акушерства и женских болезней, № 2, 1929.
- М а р к о в Н. В., О внематочной беременности больших сроков, Акушерство и гинекология, № 3, 1931.
- Н а р о в ч а т с к и й Я. П., Доношенная трубная беременность жизнеспособным плодом, Акушерство и гинекология, № 7—8, 1940.
- П о б е д и н с к и й М. Н., К вопросу о современных методах диагностики внематочной беременности, Врачебное дело, № 7, 1928.
- П о к р о в с к и й А. Ф., Случай доношенной внематочной беременности, Гинекология и акушерство, № 6, 1930.
- Р е з н и к о в Я. Г., К вопросу о доношенной трубной беременности, Гинекология и акушерство, № 6, 1926.
- С а л г а н и к Г., К вопросу о дифференциальной диагностике между внематочной беременностью и аппендицитом, Журнал акушерства и женских болезней, № 3, 1928.
- С н е г и р е в В. Ф., К вопросу об определении и лечении позадиматочного кровоизлияния, Дисс., М., 1873.
- Т и м о ф е с л А. И., К вопросу о редко встречающихся формах внематочной беременности, Казанский медицинский журнал, 1924.
- Ф и р к е л ь В. Ф., Случай внематочной беременности живым доношенным плодом, Акушерство и гинекология, № 10, 1940.
- Ц е й т л и ц Л. Я., Внематочная беременность, Глава в руководстве по женским болезням Крицкого, Л., 1927.
- Ч е р т о к Р. А., К клинике внематочной беременности, Гинекология и акушерство, № 8, 1930.
- Ш е л к о И. М., Внематочная беременность в культе удаленной трубы, Акушерство и гинекология, № 8, 1939.

РЕТРОДЕВИАЦИИ МАТКИ (ОТКЛОНЕНИЕ И ПЕРЕГИБ МАТКИ КЗАДИ)

История развития учения о ретродевиациях матки может служить ярким примером того, как углубление наших знаний в области физиологии и патологии женского организма коренным образом может изменить взгляды на показания к хирургическому лечению той или иной аномалии в области женской половой сферы.

Когда тело матки отклонено кзади, а влагалищная часть кпереди, причем продольная ось тела и шейки образует почти прямую линию, то говорят о ретроверзии матки. Если тело матки в области внутреннего зева перегнуто кзади, говорят о ретрофлексии матки. Обе эти формы часто сочетаются друг с другом. Это положение носит название ретроверзии — флексии матки. Мы их будем рассматривать совместно, для краткости обозначая одним термином ретродевиация.

Ретродевиация может быть подвижной и фиксированной.

Подвижная ретродевиация

Еще недавно подвижная ретродевиация рассматривалась как самостоятельная нозологическая единица. Все жалобы общего и местного характера, все субъективные ощущения, которые заставляли женщин с подвижной ретрофлексией обращаться к гинекологу, врачи относили за счет ретродевиации. Из местных симптомов особенно выделялись крестцовые боли, дисменоррея, обильные менструации, ощущение тяжести в животе, дизурические явления, хронические запоры и т. п. Из общих симптомов отмечались головные боли, сердечные явления, усталость и бессонница, гастрические явления (ощущение тяжести в области желудка, тошнота, склонность к рвоте и пр.). Но находились авторы, которые тогда уже отмечали, что у очень многих женщин с такой аномалией положения матки описанных симптомов вовсе не было. Возникла мысль о значении психо-нервного компонента в клинической картине тех случаев ретродевиации, в которых на первом плане стояли общие симптомы.

Обращали на себя внимание и другие факты из гинекологической практики, которые ясно указывали, что одно наличие ретродевиации не может объяснить сложного симптомокомплекса, наблюдаемого при ней. Так, мы видели случаи, когда после операции ретродевиации все тягостные для больной симптомы исчезали, а при контроле обнаруживался рецидив ретродевиации. То же можно было наблюдать и при консервативном лечении ретродевиации после приведения матки в нормальное положение и применения пессария, иногда при проверке оказывалось, что болезненные явле-

ния исчезли, а при гинекологическом исследовании обнаруживалась матка, вновь лежащая в ретродевиации.

По мере углубления наших знаний в области функциональных неврозов и их взаимоотношений с половой сферой женщины подвижную ретродевиацию перестали рассматривать как самостоятельное заболевание. Женщины с подвижной ретродевиацией, у которых среди жалоб видную роль играют общие симптомы, часто страдают энтероптозом, отличаются нежным и тонким строением, длинной грудной клеткой. У них нередко находят опущение желудка, иногда опущение почки, а с нервно-психической стороны — возбудимость и раздражительность. Для оценки значения подвижной ретродевиации важен тот факт, что ее находят приблизительно у четверти всех женщин, значительная часть которых ни на что не жалуется. Вместе с тем в отдельных случаях подвижная ретродевиация матки может вызывать болезненные явления, требующие врачебного вмешательства: нарушение менструальной функции, выражающееся в дисменоррее и меноррагиях, удлиненная и обильная менструация, зависящая от застойных явлений в запорокинутой матке. На почве ретрофлексии иногда возникают и обильные выделения. Некоторые авторы относят за счет имеющейся ретродевиации самопроизвольные и привычные выкидыши. В некоторых случаях женщины с ретродевиацией жалуются на боли во время полового акта, что может наблюдаться тогда, когда вместе с маткой глубоко в прямокишечно-маточное углубление опустились и яичники. Давление шейки на мочевой пузырь и давление тела матки на прямую кишку также могут вызывать у чувствительных женщин неприятные ощущения. Таким образом, при ряде местных симптомов ретродевиации может встать вопрос об исправлении этого ненормального положения матки. Что касается общих явлений, то они обычно исчезают или ослабевают под влиянием общеукрепляющего лечения. Но если общеукрепляющее лечение не помогает, то и здесь можно попытаться повлиять на общие симптомы приведением матки в нормальное положение.

Консервативное лечение подвижной ретродевиации матки заключается прежде всего в том, чтобы вывести матку из неправильного положения, а для того чтобы ее удержать в нормальном положении, необходимо ввести во влагалище пессарий. Таким образом, пессарий служит лишь ортопедическим аппаратом, удерживающим матку, но отнюдь не инструментом для выведения матки из ретродевиации.

Исправление подвижной ретродевиации кровавым способом является операцией, дополняющей комплекс операций, производимых при опущении и выпадении матки (см. ниже).

Фиксированная ретродевиация

Фиксированная ретродевиация имеет значительно большее клиническое значение. Но это значение обуславливается не неправильным положением органа, а тем воспалительным процессом, который привел к фиксации органа. Ввиду того что воспалительный процесс может быть острым, подострым или хроническим, то разумеется, что в острой и подострой стадии вмешательства, имеющие целью исправить положение матки, категорически противопоказаны. Если при хроническом воспалении тазовой брюшины, наряду со спайками, фиксирующими матку, имеются еще и другие очаги хронического воспалительного процесса (воспаление маточных труб, яичников и пр.), то одно лишь устранение спаек вокруг матки не принесет больной существенного облегчения. Здесь необходимо обычно лечение консервативное, направленное на устранение продуктов воспаления в об-

ласти всего очага в целом, который нередко охватывает не только половые органы, но и соседние с ними. Если консервативное лечение, проводившееся длительно, планомерно и настойчиво, не будет иметь успеха, то могут появиться показания к хирургическому лечению, обычно путем брюшно-стеночного чревосечения. Чревосечение в этих случаях, наряду с разъединением спаек, приведением матки в антеверсию и фиксацией ее в этом положении, дает, кроме того, возможность обследовать всю брюшную полость и исправить еще и другие недочеты, нуждающиеся в хирургическом лечении.

Нередко исправление неправильного положения матки хирургическим способом производится дополнительно или попутно с основной операцией на внутренних женских половых органах, предпринятой по иным показаниям. Иногда мы операцию фиксации матки производим при чревосечении попутно с основной операцией не только потому, что матка оказывается лежащей неправильно, но и при отсутствии ретродевиации с чисто профилактической целью, когда можно предвидеть, что в результате основной операции возникнут сращения, вследствие которых матка может оказаться в ретродевиации. Чаще всего это приходится делать, когда при операциях на придатках матки или при консервативной операции на самой матке не удастся произвести перитонизацию так тщательно, чтобы предотвратить возникновение спаек и сращений.

ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ МАТКИ ПРИ ЕЕ РЕТРОДЕВИАЦИИ

Предложено множество методов операций для исправления положения матки при ретродевиации; многие из них заключаются в укорочении тем или иным способом круглых связок брюшностеночным путем.

Укорочение круглых связок путем образования из них петель, соединяемых и прикрепляемых к передней стенке или ко дну матки

После вскрытия брюшной полости небольшим продольным или поперечным разрезом в положении больной с приподнятым тазом исследуют состояние матки и придатков; если имеются сращения, то их разделяют, а матку, прошитую лигатурой («держалкой»), извлекают в разрез брюшной стенки. Укорочение круглых связок производят следующим образом: на расстоянии 4—5 см от углов матки круглую связку захватывают с обеих сторон зажимами и вытягивают в виде петли (рис. 236, 1, справа). Оба колена образовавшейся петли сшивают несколькими кетгутовыми лигатурами (рис. 236, 1, слева). Для того чтобы не нарушить кровообращения в круглой связке, ее прошивают лишь на треть толщины. Обе петли круглой связки сшивают лигатурой и прикрепляют 3—4 лигатурами к передней стенке матки, на уровне нормального отхождения от нее круглых связок (рис. 236, 2). В результате круглые связки укорачиваются, а из образовавшихся складок брюшины широких связок получаются как бы карманы, в которых может ущемиться попавшая в них кишечная петля. Чтобы предупредить это осложнение, обе брюшинные складки соединяют несколькими швами, прошивая одновременно ими и брюшину передней стенки матки (рис. 236, 2).

Для тех случаев фиксированной ретродевиации, в которых после освобождения матки из сращений в ее дне или на задней стенке образовались дефекты, Б. А. Козинский предложил следующее видоизменение этой операции (она была принята в клинике Кипарского и описана в руко-

водстве Левита): круглую связку захватывают, как описано выше; вершину образовавшейся петли фиксируют одним узловым швом посредине выпуклой части дна матки (рис. 237, вверху); дистальное колено круглой связки фиксируют 2—3 швами в продольном направлении по задней поверхности матки; проксимальное — фиксируют узловыми швами на передней поверх-

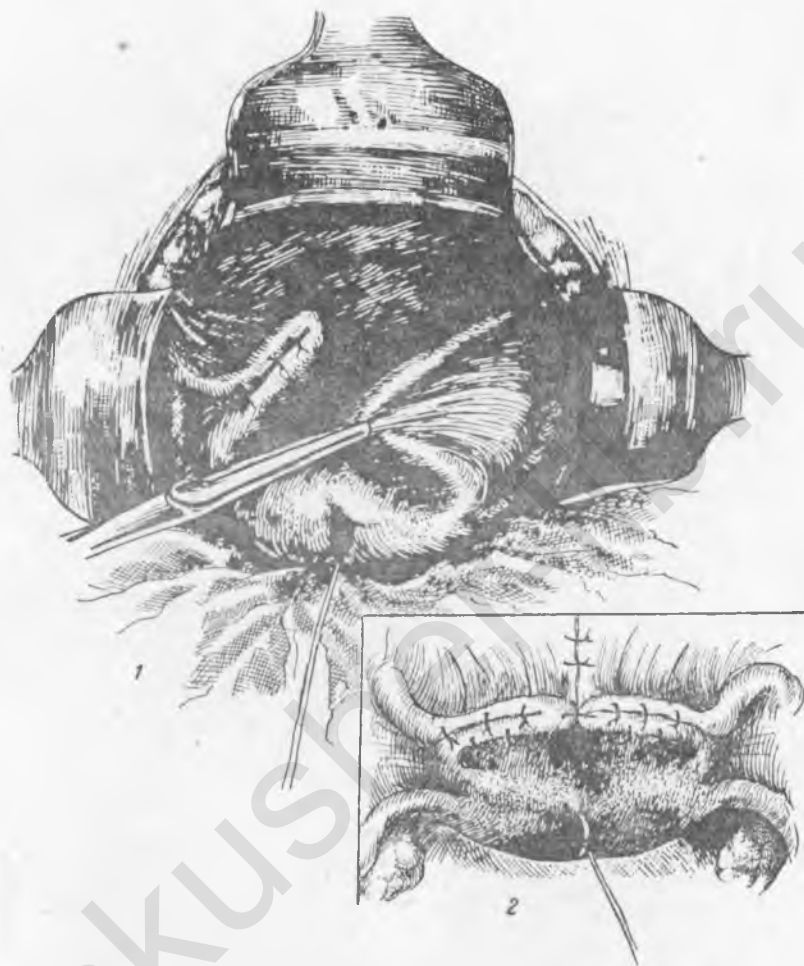


Рис. 236. Укорочение круглых связок путем образования из них двух петель, соединяемых и прикрепляемых к передней стенке матки.

ности матки. Таким образом, дно и углы матки покрывают складкой передних листов широкой связки (брыжейкой круглых связок), как бы чепцом (рис. 237, внизу).

Вот эта возможность использовать петли круглых связок в целях перитонизации дефектов брюшины в области передней стенки, дна и углов матки представляет в сущности главную ценность описанного метода. А так как операцию при ретродевиации матки производят в настоящее время главным образом при наличии брюшинных сращений и других остатков воспалительного процесса в области внутренних половых органов, становится понятным и распространенность этого метода.



Рис. 237. Операция Козинского.

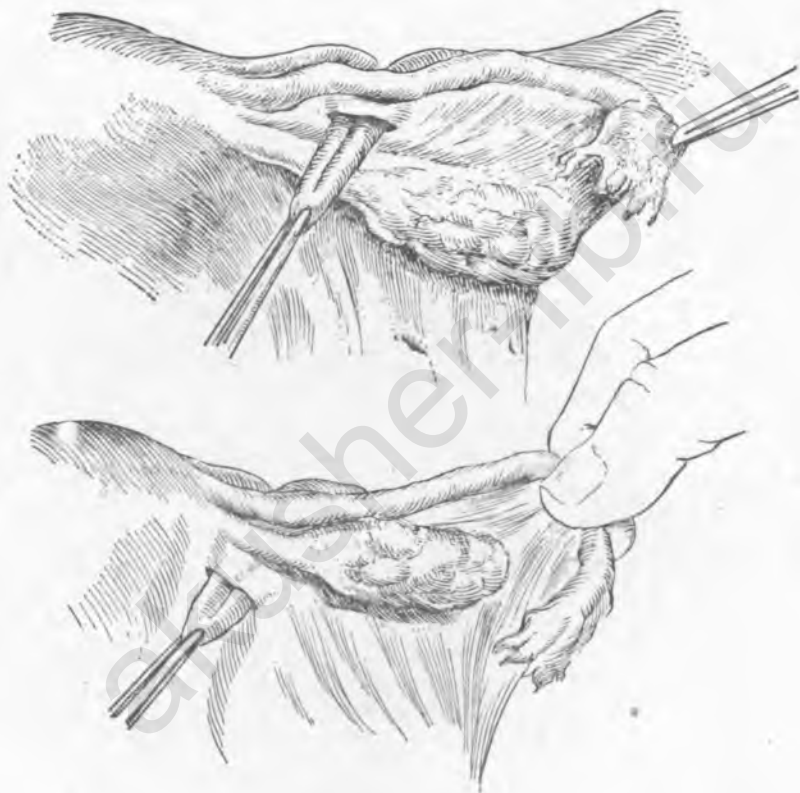


Рис. 238. Операция укорочения круглых связок путем образования из них двух петель, прикрепляемых к задней поверхности матки. Петли из круглых связок проведены через разрез в широкой связке.

Укорочение круглых связок путем образования из них петель, соединяемых и прикрепляемых к задней поверхности матки

Операцию производят следующим образом: небольшим продольным или поперечным разрезом брюшной стенки вскрывают брюшную полость.

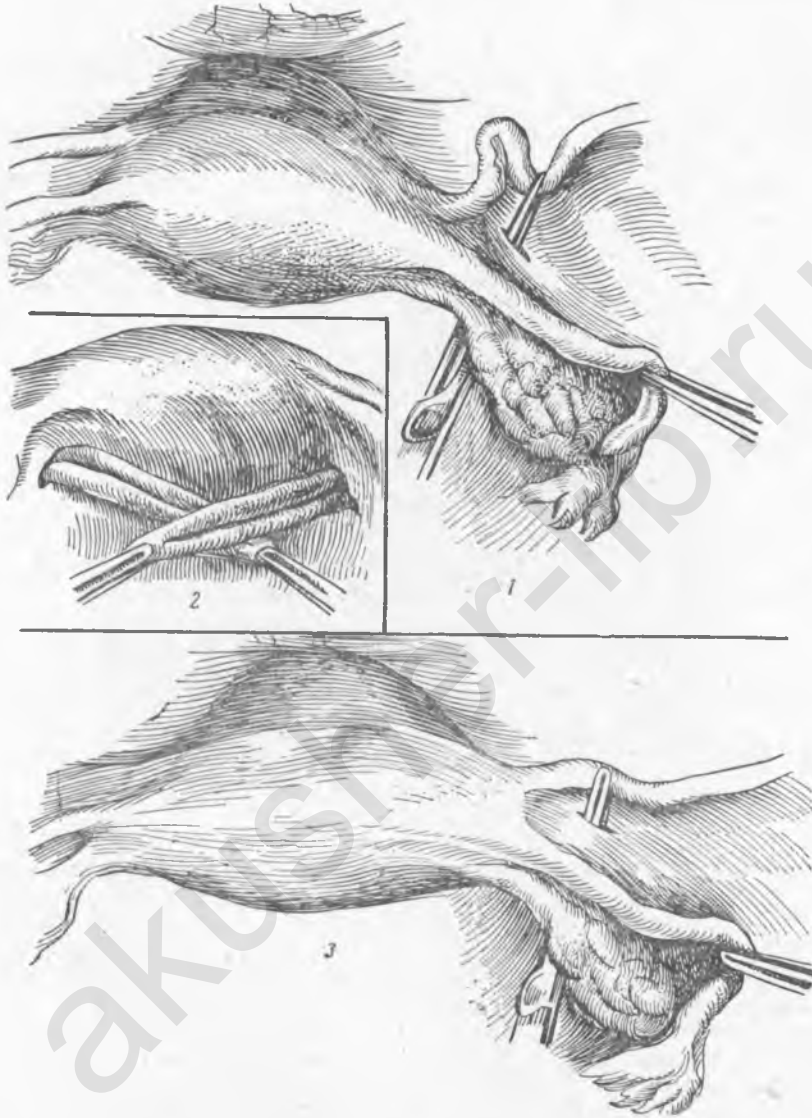


Рис. 239. Операция укорочения круглых связок путем образования из них двух петель, прикрепляемых к задней поверхности матки.

1 — через продланное отверстие в правой широкой связке длинным зажимом выводят петлю круглой маточной связки спереди назад; 2 — с обеих сторон петли круглых маточных связок (достаточной длины) выведены через отверстия в обеих широких связках и свободно могут быть соединены на задней поверхности матки; 3 — круглая связка захвачена слишком близко к матке, петля поэтому слишком короткая и не сможет быть соединена с такой же петлей противоположной стороны.

Круглую связку с одной стороны захватывают зажимом на расстоянии 5—6 см от угла матки (рис. 238). Для того чтобы прикрепить к задней поверхности матки петлю круглой связки, ее необходимо провести через

отверстие, сделанное в широкой связке соответствующей стороны. Это отверстие может быть сделано непосредственно под яичниковой связкой (рис. 238, внизу) или через брыжейку трубы между нею и яичником (рис. 238, вверху).

Мы предпочитаем первый способ, так как он меньше нарушает топографию маточной трубы, что важно для наступления нормальной беременности.

Отверстие в широкой связке делают длинным зажимом сзади наперед, немного ниже собственной связки яичника и отступая от ребра матки, чтобы не поранить восходящую ветку маточной артерии. Через это



Рис. 240. Операция укорочения круглых связок. Соединение петель, образованных из обеих круглых маточных связок лигатурами, прикрепляющими их одновременно к задней поверхности матки.

отверстие выводят петлю круглой связки спереди назад (рис. 239). То же делают и на другой стороне. Обе петли несколькими лигатурами пришивают друг к другу и к задней поверхности матки, немного отступая от ее дна (рис. 240). Для этого пользуются тонким, но крепким кетгутом. Л. Л. Окиничц применяет тонкие шелковые швы. Если эту операцию мы производим при наличии опущения матки у молодой женщины, то чтобы поднять ее выше, пришиваем петли круглых связок к задней поверхности матки так, как показано на рис. 241.

Подвешивание матки за круглые связки к брюшной стенке

Для этого существует несколько способов, например, способ Джилльяма, видоизмененный Р. В. Кипарским. Он заключается в следующем: брюшную стенку вскрывают небольшим продольным разрезом над лоном (поперечный разрез брюшной стенки, особенно апоневроза, для этого способа непригоден). Так же как и при предыдущем способе круглые

связки захватывают на расстоянии 5—6 см от углов матки, затем по обе стороны разреза брюшной стенки скальпелем производят маленький разрез (1 см) через апоневроз сбоку от прямой мышцы живота, а дальше тупым инструментом (например, зажимом Кохера) проделывают отверстие в пристеночной брюшине — это ход, через который будет протянута петля круглой связки, после чего круглая связка будет пришита с каждой стороны к апоневрозу прямой мышцы живота. Этот момент операции делают следующим образом: к зажиму, который пробуравил брюшную стенку, подводят захваченную петлю круглой связки и передают ее в этот зажим (рис. 242,1). Этим же зажимом вытягивают петлю круглой связки через

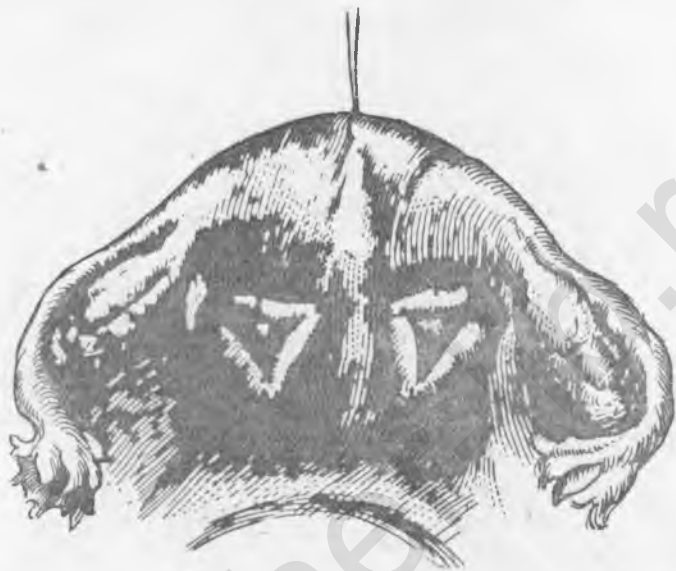


Рис. 241. Операция укорочения круглых связок. Наш способ этого прикрепления при операции по поводу опущения матки у молодой женщины.

новообразованный в брюшной стенке ход на поверхность апоневроза прямой мышцы живота и здесь ее пришивают несколькими кетгутowymi лигатурами. То же проделывают и на другой стороне.

Видоизменение Ф. В. Кипарского заключается в том, что матку подвешивают к брюшной стенке на укороченных не в 2, а в 3 раза круглых связках. Этот момент операции И. Б. Левит описывает следующим образом: «Мысленно делят круглую связку на три части; зажимом Кохера захватывают круглую связку на границе первой и средней ее части; дистальный конец образовавшейся петли пришивают 2—3 шелковыми швами к передней поверхности матки несколько ниже отхождения от нее круглой связки» (рис. 242,2). Наблюдения клиники Кипарского показали, что при прокалывании брюшка прямой мышцы при ее сокращении возникают боли, поэтому Кипарский производит прокол не через брюшко мышцы, а сбоку от края прямой мышцы через апоневроз и брюшину. По Долери петли круглых связок проводят только через мышцу и сшивают друг с другом над мышцей. Мы обычно применяем комбинацию этих двух способов: проводим петли круглых связок через отверстие в брюшине, мышце и апоневрозе и сшиваем петли круглых связок друг с другом над зашитым разрезом апоневроза (рис. 242,3).

Недостатком операции подвешивания матки к брюшной стенке за круглые связки (это относится и к другим методам подвешивания и фиксации матки к брюшной стенке) является возможность ущемления кишечной петли, попавшей в пузырно-маточный карман между круглыми связками.

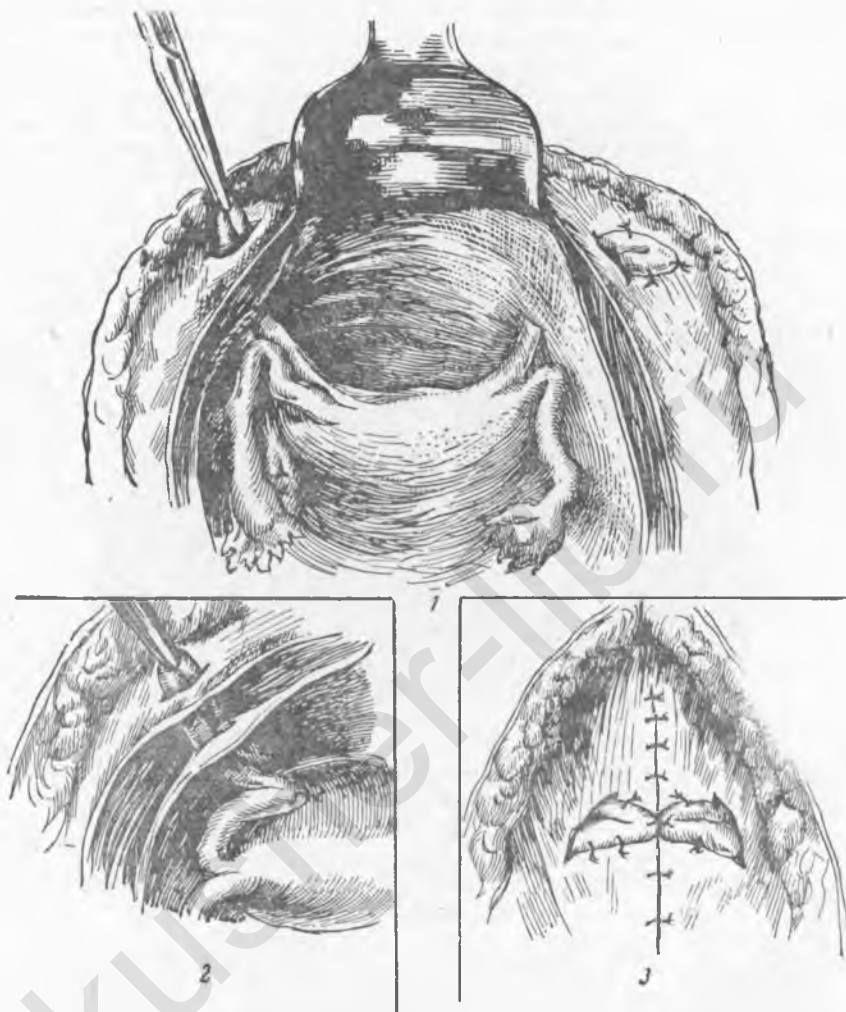


Рис. 242. Подвешивание матки за круглые маточные связки к брюшной стенке.

1 — слева петля круглой маточной связки протолкнута через ход, проделанный в апоневрозе сбоку от прямой мышцы живота и через пристеночную брюшину; справа — петля круглой маточной связки пришита тремя лигатурами к апоневрозу прямой мышцы живота; 2 — деталь левой стороны при видоизменении Кипарского; 3 — соединение обеих петель над зашитым разрезом апоневроза.

Считаясь с этим, Л. Л. Окинчиц, хотя сам подобных осложнений не наблюдал, все же считает целесообразным производить облитерацию пузырно-маточного кармана, сшивая несколькими швами переднюю стенку матки с брюшиной, покрывающей заднюю стенку мочевого пузыря.

Мы не наблюдали ущемления кишок после операции подвешивания матки за ее круглые связки к брюшной стенке. Поэтому не видим основания отказываться от этой весьма распространенной среди гинекологов опера-

нии и лично предпочитаем метод укорочения круглых связок путем образования из них петель, прикрепленных к задней поверхности матки (рис. 238). К операции подвешивания матки к брюшной стенке прибегаем крайне редко, лишь в случае бесплодия при хорошей брюшной стенке.

Фиксация матки к брюшной стенке, или экзогистеропексия

Матку можно не только подвесить к брюшной стенке, но и прикрепить.

Хотя экзогистеропексию можно отнести к операциям, исправляющим нормальное положение матки, мы ею при ретродевиациях матки не пользуемся: для молодых женщин она неприемлема, ибо после этой операции роды через естественные пути невозможны, а у пожилых женщин исправление положения матки производят главным образом по поводу опущения и выпадения матки, а в этих случаях фиксация матки, как это будет видно из следующей главы, является дополнительной операцией, основная же операция заключается в восстановлении целостности тазового дна.

Поэтому мы остановимся на технике этой операции при описании операций, производимых по поводу пролапса.

ЛИТЕРАТУРА

- Волох С. И., К вопросу о показаниях к оперативному исправлению ретродевиаций матки, Труды II Закавказского съезда акушеров-гинекологов, 1936.
- Гаусман А. Э., К вопросу об оперативном лечении ретродевиаций матки, Труды I Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов, 1927.
- Гудим-Левкович Д. А., Клиническое значение подвижных отклонений и загибов матки кзади, Монография, 1927.
- Гудим-Левкович Д. А., Неправильные положения матки, БМЭ, т. XVII, 1936.
- Думбадзе Д. Н., К вопросу об оперативном лечении ретродевиаций матки, Акушерство и гинекология, № 10, 1936.
- Елкин М. В., Усовершенствование методики операции д-ра Елкина при ретрофлексии и ретроверзии матки и ее непосредственные результаты, Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, 1925.
- Елкин М. В., Оперативное лечение ретрофлексии и ретроверзии матки по способу автора, Журнал акушерства и женских болезней, кн. 2, 1924.
- Козинский Б. А., Сфера применения операции Джиллиам-Кипарского, Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, 1925.
- Корчиц Е. В., В защиту операции Долерис-Джиллиам при девиациях матки, Журнал акушерства и женских болезней, кн. 5, 1928.
- Либман Ф. Е., К оценке операции *antefixura uteri supplicata*, Акушерство и гинекология, № 5, 1938.
- Либман Ф. Е., О непосредственных и отдаленных результатах хирургического лечения неправильных положений матки путем операции Балди-Дартиг, Журнал акушерства и женских болезней, № 1, 1927.
- Лялин Н. Д., Сравнительная оценка оперативных методов лечения ретроверзии-флексии, Журнал акушерства и женских болезней, кн. 1, 1931.
- Парастаев А. С., Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения девиации матки, Труды II Закавказского съезда акушеров-гинекологов, 1936.
- Пбдушко В. А., К вопросу оперативного лечения ретродевиации матки, Акушерство и гинекология, № 4, 1937.
- Робачевский Г. Р., К вопросу об отдаленных результатах операций, фиксирующих матку, Журнал акушерства и женских болезней, 1926.
- Рясенцев И., Укорочение круглых маточных связок как метод оперативного лечения некоторых неправильных положений матки, Дисс., СПб, 1887.
- Тиканадзе И. Е., Материалы к вопросу об отдаленных результатах лечения ретрофлексии матки по способу Долерис-Джиллиам, Труды V Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов, Киев, 1948.
- Чернеховский Д. Л., К вопросу о хирургическом лечении неправильных положений матки, Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, 1925.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Выбор метода операции. Можно насчитать сотни различных методов и их модификаций, предложенных для хирургического лечения выпадения влагалища и матки. Как указал Скробанский на I Закавказском съезде акушеров-гинекологов в 1937 г., эта цифра достигает 500. Нетрудно себе представить то смущение, которое овладевает молодым или неискушенным в вопросах оперативной гинекологии врачом, когда он сталкивается с таким количеством разноречивых мнений.

Естественно, что так много методов предложено потому, что ни один из них не отвечает полностью назначению, поэтому хирургам приходится изыскивать новые методы и модифицировать прежние. При оценке результатов операции выпадения надо учитывать то, что неудовлетворительный результат восстановительной операции зависит и от несовершенной техники, а не только от метода. Поэтому один и тот же метод может дать неодинаковые результаты у разных хирургов и даже у одного и того же хирурга в различные периоды его деятельности. Но самое большое значение имеет правильный выбор метода для каждого случая выпадения, в зависимости от его индивидуальных особенностей.

Под методом выбора надо понимать комплекс операций, которые должны устранить как патогенетические факторы выпадения, так и те изменения, которые явились результатом опущения и выпадения органов. От правильного подбора этого комплекса и будет в значительной мере зависеть результат произведенной операции. По статистике, базирующейся на приводимых в литературе цифрах, нельзя решать вопрос о преимуществах того или иного метода операции.

Вот почему не приводя цифрового материала и опираясь только на анатомо-физиологические условия возникновения выпадения и на личный опыт его хирургического лечения, мы считаем возможным выделить из огромного числа предложенных и применяемых методов небольшое число тех методов, которые в свете современных взглядов на патогенез этого страдания являются наиболее целесообразными с нашей точки зрения. При этом надо заметить, что ценность каждого из них значительно повышается, если его применять не по шаблону, а как уже указывалось выше, считаясь с индивидуальными особенностями случая.

Методы хирургического лечения выпадения можно разделить на радикальные и паллиативные. Первые имеют целью не только удалить признаки заболевания, но и все предрасполагающие к нему анатомические условия и, таким образом, предотвратить возможность рецидива после операции. К паллиативным относятся методы, при помощи

которых устраняют не причины, а лишь последствия выпадения органов или создаются препятствия для их выпадения, в то время как причины, вызвавшие это выпадение, остаются без изменения. Таким образом, паллиативные операции не гарантируют стойкого успеха лечения. Однако во многих случаях паллиативные методы операции на протяжении ряда лет могут препятствовать возврату выпадения.

У молодых женщин следует применять только радикальные методы; исключения представляют случаи, когда общее плохое состояние организма или какие-либо серьезные органические заболевания заставляют прибегать к паллиативным методам даже у молодых женщин. Некоторое влияние на выбор метода может оказать и степень выпадения (полное, неполное или частичное).

Из патогенетических факторов выпадения, которые должны быть устранены при радикальном методе операции, главную роль играет нарушение целостности или функциональная несостоятельность так называемого поддерживающего аппарата, т. е. мышц и фасций тазового дна. Через расширившееся вследствие этого ворота тазового дна (*hiatus genitalis*) тазовые органы начинают опускаться и, в конце концов, выпадают. Далее надо указать на значение повреждений и функциональной недостаточности так называемого подвешивающего (связочного) аппарата, особенно оснований широких связок (*ligg. cardinalia*), фиксирующих истмический отдел матки к боковым стенкам таза, а также маточно-крестцовых связок, играющих известную роль в сохранении нормального положения матки. Хотя, согласно современной точке зрения, поддерживающий и подвешивающий аппараты следует рассматривать как единое анатомо-функциональное целое, все же опыт хирургического лечения выпадения с несомненностью говорит о том, что восстановление целостности тазового дна имеет первенствующее значение для достижения стойкого результата операции.

Одним из патогенетических факторов выпадения, хотя бы и второстепенным, является отклонение матки от нормальной антеверзии. Поэтому для получения стойкого результата при хирургическом лечении матки следует придать положение антеверзии. Часто выпадение, обычно развивающееся медленно, сопровождается постепенным удлинением (гипертрофией) шейки матки. Гипертрофия шейки матки может быть настолько значительной, что влагалищная часть уже выпадает, а тело матки еще опускается. Разумеется, что при операции такая шейка должна быть ампутирована. При выпадении вывороченное влагалище значительно расширено и растянуто, имеются большие излишки влагалищной стенки, которые необходимо удалить; следовательно, надо сделать переднюю и заднюю кольпоррафию. При производстве передней кольпоррафии особое внимание надо уделить устранению выпячивания или даже выпадения стенки мочевого пузыря (цистопеле), а при задней кольпоррафии — устранению выпячивания или выпадения стенки прямой кишки (ректопеле). Последнее достигается сшиванием глубоких мышц тазового дна над прямой кишкой и более поверхностно расположенных мышц промежности (леваторопластика, кольпоперинеопластика). Таким образом, восстанавливается тазовое дно и промежность, что является основой всякой радикальной операции выпадения.

Следовательно, чтобы радикально оперировать выпадение, необходимо в большинстве случаев сделать четыре основные операции: 1) переднюю кольпоррафию; 2) операцию, исправляющую неправильное положение матки; 3) ампутацию шейки матки; 4) кольпоперинеопластику (леваторопластику). У женщин, не находящихся в климактерическом периоде, часто приходится еще произвести перевязку труб. Если больная вследствие

застойных явлений и неправильного положения матки страдает обильными менструациями, то следует также сделать выскабливание полости матки.

На первый взгляд такой комплексный метод хирургического лечения выпадения может показаться слишком сложным; и хирург, недостаточно знакомый с патогенезом выпадения, недооценивая значения состояния тазового дна для возникновения этой патологии и считаясь только с тем фактом, что выпадает матка, может притти, как это иногда и наблюдается, к упрощенному решению — удалению выпавшей матки.

Удаление матки через влагалище при ее выпадении в техническом отношении не представляет трудности для хирурга, знакомого с методами влагалищного чревосечения. Но ведь причины выпадения не в матке как таковой, как и не в кишечной петле, выпадающей через паховый канал при паховой грыже. Хирург, оперируя паховую грыжу, не резецирует выпавшую кишечную петлю, а зашивает грыжевые ворота. Так должен поступать и гинеколог. Принципиальной разницы здесь нет, ибо выпадение матки — это та же грыжа, где грыжевыми воротами является расширенный *hiatus genitalis*. Поэтому если при выпадении удаляют матку, не сделав при этом ничего для надежного закрытия грыжевых ворот в тазовом дне (об этих методах будет сказано), то рано или поздно наступает тяжелый рецидив грыжи. В вывороченном мешке влагалища, висящем между бедер, будут находиться: мочевой пузырь, кишечная петля и пр. (*enterocele vaginalis*). Поэтому при операции выпадения нельзя ограничиваться лишь удалением матки, а нужно еще каким-либо способом закрыть оставшиеся грыжевые ворота.

Для закрытия остающихся грыжевых ворот после удаления матки влагалищным путем можно использовать культю обеих широких связок, особенно их основания (*ligg. cardinalia*). Связки сшивают между собой широкими краями (операции типа Елкина или Мейо). Получается пластинка, которая, как целот, закрывает дефект в тазовом дне. Но при таком методе мы не можем рассматривать экстирпацию матки как самоцель. Здесь матка удаляется не потому, что она выпадает, а потому, что она мешает сделать из широких связок целот, а после ее удаления это становится возможным. В этом принципиальная разница между влагалищной экстирпацией матки, производимой обычным способом, и влагалищной экстирпацией матки по типу операции Елкина, Александрова, Мейо (см. ниже).

ВЛАГАЛИЩНЫЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ МАТКИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ

Удаление матки вместе с влагалищем. Для того чтобы предотвратить появление рецидива в виде влагалищной грыжи, некоторые гинекологи экстирпируют вместе с маткой и влагалище. На месте удаленного влагалища образуется обширный рубец — своего рода соединительнотканый вал, закрывающий грыжевые ворота в тазовом дне, там где проходила влагалищная трубка. Эту операцию у нас рекомендовал Л. Л. Окинчиц, Е. М. Шварцман, применял ее М. В. Елкин и др. Разумеется, что у женщин, живущих половой жизнью, она неприменима. У женщин преклонного или пожилого возраста, не живущих половой жизнью, такая операция является во многих случаях чрезмерной травмой и, следовательно, слишком рискованной.

Известного рода компромиссным решением является удаление матки вместе с половиной влагалища по Е. Я. Янкелевичу.

В 1948 г. на заседании Московского акушерско-гинекологического общества С. Г. Липманович из клиники И. И. Фейгеля сделала сообщение об отдаленных результатах лечения опущения и выпадения матки, из ко-

горого видно, что в этой клинике экстирпация матки при выпадении сопровождается удалением, повидимому, лишь небольшой части влагалища. Таким образом, сохраняется возможность половой жизни. При операции, как правило, производится леваторопластика. Такой метод можно считать более приемлемым, нежели рекомендованный у нас Л. Л. Окунчицем и др. Все же и этот метод для пожилых женщин слишком травматичен, а у молодых женщин его применение нежелательно, так как женщина утрачивает менструальную функцию. Если же выпавшая матка содержит миоматозные узлы или иную патологию, то при операции выпадения, безусловно, показана ее экстирпация. Но эту экстирпацию нужно произвести таким методом, чтобы предотвратить в будущем появление enterocele vaginalis, на что уже указывалось выше. Если почему-либо (большая матка, воспалительные сращения и пр.) удаление матки приходится произвести брюшностеночным путем, то зашитую культю влагалища можно фиксировать к брюшной стенке по методу Снегирева; если же была сделана не полная экстирпация матки, а ее надвлагалищная ампутация, то к брюшной стенке фиксируют культю шейки. Конечно, и в этих случаях необходимо дополнить операцию кольпоперинеопластикой и леваторопластикой.

Все же мы считаем, что в большинстве случаев выпадения матку следует сохранить, придав ей положение, приближающее ее к антеверзии, что является одним из условий, препятствующих опущению и выпадению матки. Чтобы удержать матку в антеверзии, ее надо фиксировать по какому-либо методу (см. ниже).

Методика и техника влагалищной экстирпации матки при ее выпадении. Влагалищную экстирпацию матки при лечении выпадения можно, повторяем, рассматривать лишь как способ, устраняющий препятствие, стоящее на пути соединения широких связок. Следовательно, весь смысл операции заключается в широком и надежном соединении культи между собой.

Для осуществления этой задачи М. В. Елкин применил следующую технику операции (доклад М. В. Елкина на VI Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов) под названием «Новая методика экстирпации матки при полном выпадении в старческом возрасте».

Техника операции Елкина. После дезинфекции операционного поля передняя и задняя губа фиксируется двузубцами, которыми матка и влагалище совершенно извлекаются наружу. Делают круговой разрез влагалища на высоте около трех поперечных пальцев от области наружного зева. Разрез проникает через всю толщу влагалища до паравагинальной клетчатки. Отсепаровывается книзу манжета по типу расширенной влагалищной экстирпации по поводу рака шейки матки. По отсепаровке манжеты до влагалищной части кверху и в стороны отсепаровывается мочевого пузырь до обнаружения пузырно-маточной складки. Пузырно-маточную складку брюшины рассекают поперечно, передний ее листок фиксируют к передней стенке влагалища, матку вывихивают пулевыми щипцами кпереди и дно захватывают двузубцами. Через переднее кольпотомическое отверстие вводят компресс на провизорной лигатуре. Последовательно перевязывают круглые связки, собственную связку яичника с трубами и маточную артерию. Если придатки удаляют, то перевязывают и воронко-тазовую связку. Лигатуры на круглые связки накладывают на сколько возможно дальше от матки. Лигатуры придатков и круглых связок по отделении последних от матки захватывают в зажим и отбрасывают на брюшную стенку. Лигатуры на маточной артерии после рассечения сосудов коротко срезают. При полных пролапсах удается перевязать маточную артерию не очень близко от ребра матки, за

местом отхождения вагинальной и шеечной ее ветвей. Затем ножницами срезают широкие связки над ребром матки до клетчатки основания широких связок. Оттягивая тело матки книзу, обнаруживают крестцово-маточные связки, захватывают их зажимами, рассекают у места прикрепления к матке и подсекают под ними кверху брюшину прямокишечно-маточного кармана.

Если теперь оттянуть тело матки и шейку в левую сторону, то вправо от шейки будет натянут широкий и иногда довольно мощный при полном выпадении пучок ткани, представляющий собой не что иное, как кардинальную связку. Отсепаровав несколько оставшееся влагалище от кардинальной связки в сторону, подводят одну браншу прямого зажима под всю толщу кардинальной связки и, взявши ее крепко в зажим, рассекают у наложенного зажима. Зажим должен накладываться с таким расчетом, чтобы периферические, остающиеся в тазу части кардинальной связки могли бы быть сшиты между собой по средней линии. После того как то же самое проделано и с левой стороны, матка удерживается только на задней параметральной клетчатке, от которой ее отделяют, рассекая клетчатку ножницами. По завершении экстирпации переходят к укреплению всего связочного аппарата к культе остающейся также значительно укороченной влагалищной трубки. Культы круглых связок и придатков, а если придатки удалены, то культы инфундибулярных связок подтягивают за лигатуры к передней боковой периферии влагалищного отверстия и фиксируют к влагалищу шелковыми съёмными швами, завязывающимися поверх влагалищной стенки. Крестцово-маточные связки фиксируют к задней периферии влагалищного отверстия, причем часть связки резецируют в целях их укорочения. Затем сшивают между собой укороченные кардинальные связки, что можно сделать двумя способами.

В первом способе, приблизив зажимами связки друг к другу, накладывают несколько лигатур одна выше другой на передние края связок выше верхушек инструментов, затем такие же швы накладывают на нижние края связок и два или три матрацных шва — по ширине связок, также выше зажимов. После этого зажимы снимают. Второй способ состоит в том, что сшивание производится наложением двух параллельных рядов матрацных швов при наложении одного пучка на другой. Швы, скрепляющие между собой пучки кардинальной связки, являются несъёмными и должны быть наложены из шелковых лигатур.

По завершении этой части операции, в результате которой в малом тазу создается поперечно натянутый мост в 2—3 см шириной, влагалищное отверстие зашивают непрерывным кетгуттовым швом в продольном направлении, причем при прохождении этого шва над мостом несколько подхватывают швом и ткань кардинальной связки.

По окончании операции по укреплению влагалищной культы делают переднюю кольпотомию и кольпоперинеорафию.

Операция по способу Мейо. Эта операция производится следующим образом. (Придерживаемся описания, изложенного Фриновским в журнале «Гинекология и акушерство», 1929.)

На передней стенке влагалища иссекают клиновидный лоскут влагалища вместе с подлежащей фасцией. Боковые и заднюю стенки влагалища рассекают циркулярным разрезом; мочевой пузырь отделяют от шейки матки, вскрывают пузырно-маточную складку брюшины спереди и брюшину прямокишечно-маточного углубления сзади. Матку выводят через отверстие в переднем своде. На круглые, широкие и маточно-крестцовые связки накладывают по два-три крепких зажима вдоль всего бокового ребра матки с той и другой стороны; один зажим — на маточно-крестцовую

и нижнюю часть широкой связки, направляя зажим снизу вверх, и еще по одному зажиму с каждой стороны — на круглую и верхнюю часть широкой связки, направляя их сверху вниз до встречи с нижним зажимом. Матку отсекают. Связки, взятые в зажимы, сближают между собой и сшивают матрацным швом (рис. 243). Этот шов, имеющий столь большое значение для того, чтобы хорошо срослись между собой связки обеих сторон, представляет, по нашему мнению, слабое место метода в смысле гемостаза: действительно, при применении данной операции наблюдались послеоперационные кровотечения. Поэтому, кроме прошивания культи связок матрацным швом, мы еще захватываем зажимами видимые в культях сосуды и отдельно перевязываем их.

Важным моментом операции является закрепление только что образованной из верхнего края соединенных связок поддержки для мочевого пузыря. Это можно сделать следующим способом: в верхнем углу влагалищной раны проводят отдельную лигатуру через один край влагалищной стенки, подхватывают ею сначала верхний край уже зажатых связок, затем брюшину мочевого пузыря и далее выводят лигатуру изнутри наружу через другой край влагалищной стенки. Наложённые таким образом один-два шва завязывают, а затем зашивают влагалищную рану, захватив последним швом нижний край (в области маточно-крестцовых связок) сшитых друг с другом культи широких связок.

Операция удаления матки влагалищным путем по методу М. С. Александрова. Данная операция заключается в фиксации мочевого пузыря, выделенного у его фасции, и в удалении матки с восстановлением тазового дна. Первым актом операции является отсепаровка треугольного лоскута слизистой оболочки передней стенки влагалища и вскрытие пузырновлагалищной фасции (рис. 243а). Второй акт — выделение мочевого пузыря из его фасции, рассечение этой фасции и мобилизация пузыря как сверху, так и снизу острым путем (рис. 243б). После этого мочевой пузырь, ставший подвижным и вполне свободным от фасции, ушивают кистным швом; ушитый пузырь исчезает из операционного поля (рис. 243в).

Закончив операцию на пузыре, производят влагалищную экстирпацию матки при помощи задней кольпотомии. Рану зашивают непрерывным кетгутовым швом, начиная с верхнего угла разреза влагалища, сшивая продольно рассеченную прежде фасцию пузыря. Этим же швом сшивают культи придатков, круглых и крестцово-маточных связок. Заключительным актом операции является задняя пластика и восстановление тазового дна.

В тех редких случаях, когда при операции выпадения приходилось прибегать к экстирпации матки через влагалище, мы пользовались методикой, ближе всего стоящей к только что описанной операции, которая представляется нам более простой (нет надобности отсепаровывать книзу манжетку из влагалищной стенки). Необходимым условием для применения этой операции является, с нашей точки зрения, во-первых, наличие полного выпадения матки, во-вторых, пожилой возраст, в-третьих, общее хорошее состояние больной, позволяющее без значительного риска применить операцию, связанную с влагалищным чревосечением, особенно если имеются противопоказания к применению других методов хирургического лечения пролапса (патологическое состояние матки или ее придатков или окружающей ее брюшины). Если при этих же условиях полное выпадение матки и влагалища сопровождается значительным цистоцеле, целесообразно применить операцию М. С. Александрова.

Операцию экстирпации матки указанными способами мы всегда дополняем пластической операцией на промежности — кольпоперинеоррафией.

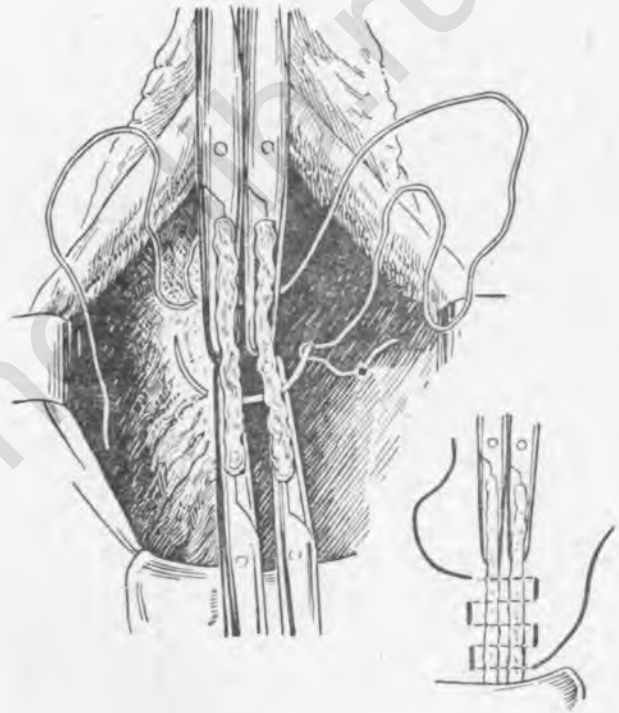


Рис. 243. Экстирпация матки при выпадении. Культы связок (круглых, широких и маточно-крестцовых) на обеих сторонах сшиваются друг с другом матрацным швом (деталь справа внизу).



Рис. 243а. Операция удаления матки по методу М. С. Александрова. Отсепаровка треугольного лоскута слизистой оболочки передней стенки влагалища и вскрытие пузырно - влагалищной (предпузырной) фасции.

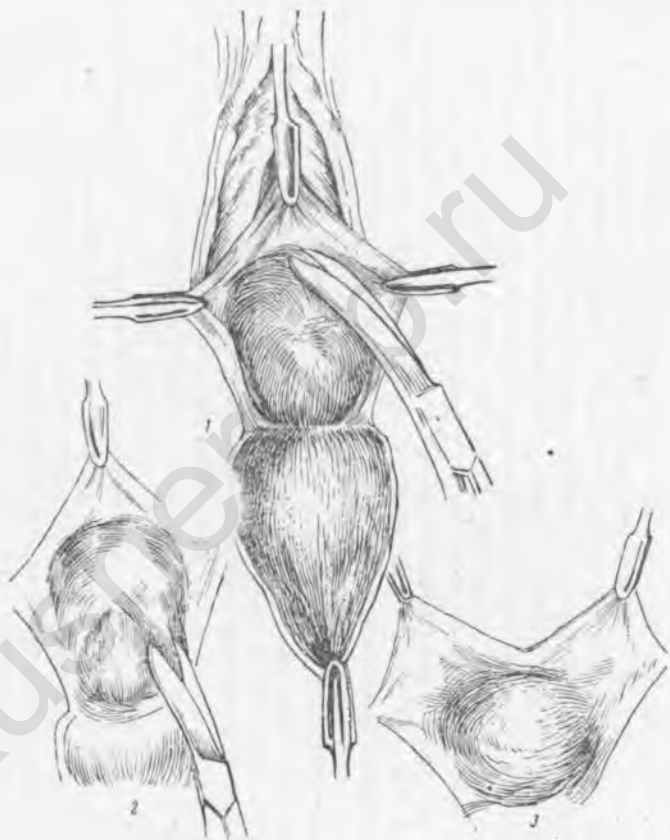


Рис. 243б. Операция удаления матки по методу
М. С. Александрова.

Выделение мочевого пузыря из фасции (1 и 2). Рассечение фасции
и мобилизация мочевого пузыря как сверху, так и снизу (3).



Рис. 243в. Операция удаления матки по методу М. С. Александра. Мочевой пузырь, выделенный полностью из фасции, ушивают кистетным швом. После того как этот шов будет завязан, ушитый мочевой пузырь исчезает из операционного поля в верхнем углу раны, где прочно фиксируется.

МЕТОДИКА ФИКСАЦИИ МАТКИ ВЛАГАЛИЩНЫМ ПУТЕМ ПРИ ЕЕ ВЫПАДЕНИИ

Предложено немало методов фиксации матки. Фиксацию можно производить как влагалищным, так и брюшностеночным путем. Хирурги, не имеющие опыта в производстве влагалищных чревосечений, естественно, предпочтут брюшностеночное чревосечение для фиксации матки. Однако в большинстве случаев влагалищный метод, несомненно, имеет ряд преимуществ: значительно меньшая опасность шока, более легкий наркоз, более легкое течение послеоперационного периода, отсутствие брюшинных сращений выше малого таза, а также отсутствие послеоперационных грыж, которые иногда наблюдаются при брюшностеночном методе операции. Поэтому мы всегда предпочитаем выполнять всю операцию, включая и фиксацию матки, влагалищным путем. Помимо указанных преимуществ, при операции влагалищным путем не надо переводить большую в положение для лапаротомии, так как составной и неперменной частью всякой радикальной операции выпадения является пластическая операция со стороны влагалища (леваторопластика и пр.). Поэтому показания к фиксации матки брюшностеночным чревосечением имеются главным образом тогда, когда оперируемая находится еще в детородном возрасте или в тех случаях рецидива выпадения, когда после первой операции, сделанной через влагалище, остались рубцы между стенкой влагалища и соседними органами (мочевым пузырем и прямой кишкой), которые можно повредить при новой операции через влагалище.

Из методов фиксации матки влагалищным путем мы применяем преимущественно два метода: а) интерпозицию матки (по С. А. Александрову-Шаута-Вертгейму) и б) вагинофиксацию (технику см. ниже). Оба метода делают невозможными роды через естественные пути, поэтому они могут быть применены лишь у женщин в периоде менопаузы или при одновременной стерилизации. Интерпозиция имеет преимущество в случаях со значительно выраженным выпячиванием стенки мочевого пузыря (цистоцеле). В этих случаях матка, помещенная между передней стенкой влагалища и выпячивающейся стенкой мочевого пузыря, служит естественной поддержкой (пелотом) для пузыря. При старческой атрофии матка не может служить хорошим пелотом, и поэтому в пожилом возрасте мы отдаем предпочтение вагинофиксации. Наличие слишком большой матки (метрит) также является противопоказанием к интерпозиции, так как насильственное внедрение большой матки между мочевым пузырем и стенкой влагалища может вызвать нарушение кровообращения, особенно в мочевом пузыре. В подобных случаях мы производили дефундацию и уменьшенную матку без всякого насилия интерпонировали обычным способом; при этом особое внимание уделялось самому тщательному гемостазу при зашивании резецированной матки; кроме того, при зашивании влагалища мы вводили в верхний угол раны (соответственно расположению швов на матке) с целью дренажа марлевую полоску, которую удаляли через 1—2 дня.

Казалось бы, что при интерпозиции, когда мочевой пузырь резко смещается и оказывается не впереди, а позади матки, должно наступить расстройство мочеиспускания. В действительности же при правильно выполненной операции мочеиспускание не только не нарушается, а наоборот, если оно было нарушено вследствие выпадения, восстанавливается.

Техника интерпозиции матки при выпадении. Интерпозиция матки производится следующим образом. Влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами, выводят наружу и сильно оття-

гибают вниз. Из передней влагалищной стенки вырезают овальный лоскут. При интерпозиции лоскут должен быть значительно уже, чем при простой передней кольпоррафии или вагинофиксации; иначе при зашивании влагалища над интерпонирующей маткой может получиться чрезмерное натяжение, что угрожало бы нарушением кровообращения в стенках влагалища и матки. После того как узкий лоскут из передней стенки влагалища удален, необходимо отсепаровать края овальной влагалищной раны от подлежащего мочевого пузыря еще на 2—3 см с каждой стороны, чтобы их можно было бы соединить без натяжения над интерпонирующей маткой. (Если излишек влагалищной стенки невелик, можно, производя интерпозицию, вовсе не вырезать овального лоскута, а сделать по передней стенке влагалища продольный разрез и из него вести отсепаровку краев влагалищной раны в обе стороны.) Далее нужно отделить мочевого пузыря от передней стенки шейки матки, найти пузырно-маточную складку брюшины, вскрыть ее в поперечном направлении, извлечь из вскрытой таким путем брюшной полости матку и поместить ее между влагалищной стенкой и мочевым пузырем.

Некоторые авторы требовали, чтобы при отделении мочевого пузыря от шейки матки не были перерезаны боковые ножки пузырно-влагалищной фасции. Будучи сохранены, они и удержат дно мочевого пузыря от смещения вверх и образования дивертикула над интерпонирующим дном матки, что может явиться началом рецидива цистоцеле. Это требование, пожалуй, справедливо, но полное его осуществление создает, особенно для начинающих, большие трудности, так как матку приходится извлекать через узкий туннель между мочевым пузырем и шейкой матки. Если же, как мы это делаем, не перерезать полностью ножек пузырно-влагалищной фасции, а надсечь лишь их медиальные части, оставив в целости латеральные (рис. 244), то указанные трудности исчезнут, а мочевого пузыря все же не сможет ускользнуть вверх.

Извлечение тела матки во влагалище производится следующим образом. После того как пузырно-маточная складка достаточно широко вскрыта, в брюшную полость вставляют подъемник, оттесняющий мочевой пузырь вверх, благодаря чему нижняя часть тела матки становится видимой. Ее захватывают пулевыми щипцами и, осторожно потягивая вниз, получают возможность видеть и захватить другими пулевыми щипцами вышележащий участок передней стенки тела матки. Постепенно переключая пулевые щипцы все выше по телу матки, ее постепенно извлекают во влагалищную рану (тянуть вниз влагалищную часть матки в это время не следует). Затем матку наклоняют вниз и тонким кетгутом пришивают передний край вскрытой пузырно-маточной складки брюшины к задней поверхности матки приблизительно на уровне внутреннего зева (рис. 245). Таким образом закрывают брюшную полость. Еще раз самым тщательным образом проверяют гемостаз. Ложе, приготовленное во влагалище для интерпозиции матки, не должно нигде кровоточить, иначе между маткой и мочевым пузырем или между маткой и стенкой влагалища возникнет гематома, которая может нагноиться, что угрожает не только развитию рецидива, но и сепсиса.

Если гемостаз оказался полным, приступают к заключительному этапу интерпозиции: матку помещают впереди мочевого пузыря, покрывают ее отсепарованными с боков краями влагалища, а затем приступают к наложению швов на влагалищную рану. Первый шов проводят в верхнем углу раны через край влагалищной раны, затем через переднюю стенку матки у самого ее дна и через противоположный край влагалища. Стенку матки захватывают еще 2—3 узловыми кетгутовыми швами, соединяющими

края влагалищной раны (рис. 246). Остальную часть влагалищной раны закрывают узловым или непрерывным кетгутовым швом. Если нет абсолютной уверенности в надежном гемостазе, то в нижний угол влагалищной раны вставляют одну или две узкие полоски марли со стрептоцидом. Этим заканчивается операция.

При интерпозиции выведенная и подведенная под мочевой пузырь матка, оставаясь подвижной, может вернуться в свое исходное положение. Поэтому для профилактики рецидива некоторые хирурги стали применять

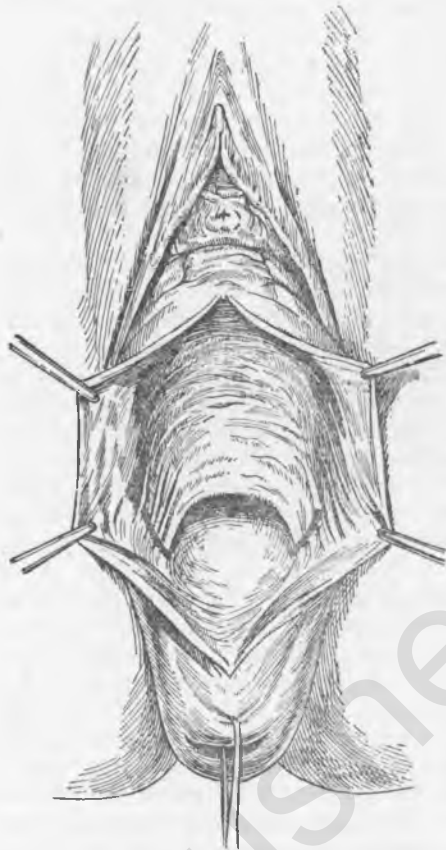


Рис. 244. Операция интерпозиции матки. Боковые «ножки» пузырно-влагалищной фасции рассекают (черные линии) лишь частично в их медиальной части.

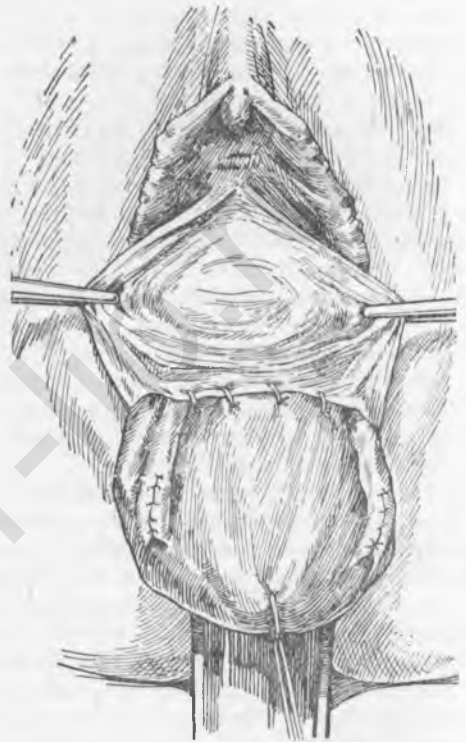


Рис. 245. Операция интерпозиции матки. Передний край вскрытой пузырно-маточной складки брюшины пришивают к задней поверхности матки.

модификацию Попова-Вертгейма, заключающуюся в том, что интерпонирующая матка прикрепляется в четырех точках по бокам у дна к *lig. transversum pelvis* и надвлагалищной части к *fascia trigoni urogenitalis* (И. Н. Александров). Для предупреждения рецидива можно также подшить боковые края интерпонирующей матки к ишиокавернозной мышце.

Много общего с интерпозицией имеет техника вагинофиксации матки. Но имеется и существенная разница: ширина овального лоскута, удаляемого с передней влагалищной стенки, должна, как и при простой передней кольпоррафии, соответствовать имеющемуся излишку. При отделении мочевого пузыря от шейки матки влагалищно-пузырная фасция с ее боковыми ножками должна быть у нижней границы мочевого пузыря рас-

чена в форме полудунного разреза, концы которого продолжаютя вверх (рис. 247). Это даст возможность на значительном протяжении легко отодвинуть мочевой пузырь вместе с покрывающей его фасцией далеко вверх и, ушив его фасцию, укрепить пузырь именно над дном матки, а не позади нее, как при интерпозиции. При небольшом или умеренном цистопеле это дает вполне удовлетворительные результаты, не вызывая в то же время такого резкого смещения пузыря, как при интерпозиции. Благодаря этому, если понадобится когда-нибудь повторная операция на матке, после вагинофиксации ее легче будет осуществить, чем после интерпозиции.



Рис. 246. Операция интерпозиции матки. Матка помещается впереди мочевого пузыря. Проведены три лигатуры через края влагалищного разреза и переднюю стенку матки.



Рис. 247. Вагинофиксация матки. Пузырно-влагалищная фасция с ее боковыми «ножками» рассекается у нижней границы мочевого пузыря полудунным разрезом, концы которого продолжаютя вверх (черная линия).

Техника вагинофиксации матки. После того как через вскрытую пузырно-маточную складку брюшины матка выведена наружу, прошивают ее тело тремя отдельными кетгутовыми лигатурами: первую лигатуру проводят по средней линии почти у дна матки, чуть пониже места отхождения круглых связок, вторую — посредине между первой лигатурой и краем брюшины вскрытой пузырно-маточной складки, третью — у края вскрытой брюшины (рис. 248). Для того чтобы после вправления матки в брюшную полость можно было легко различить порядковый номер лигатур, мы первую лигатуру захватываем кончиком зажима, вторую — серединой другого зажима и третью — третьим зажимом еще дальше, у самого замка. Чтобы вправить матку, мы одним или двумя пальцами левой

руки продвигаем тело матки в брюшную полость через разрез во влагалищном своде и в брюшине, а правой рукой в это время потягиваем на себя влагалищную часть матки и тогда тело матки легко проскальзывает в брюшную полость.

Для фиксации матки к влагалищу остаются лишь лигатуры, которыми прошита матка, провести изнутри наружу через брюшину, влагалищную фасцию и стенку влагалища (рис. 249). Эти лигатуры завязывают только после того, как будет ушит непрерывным кетгутовым швом выпячивающийся мочевого пузыря (цистоцеле) и зашит овальный разрез влагалищной

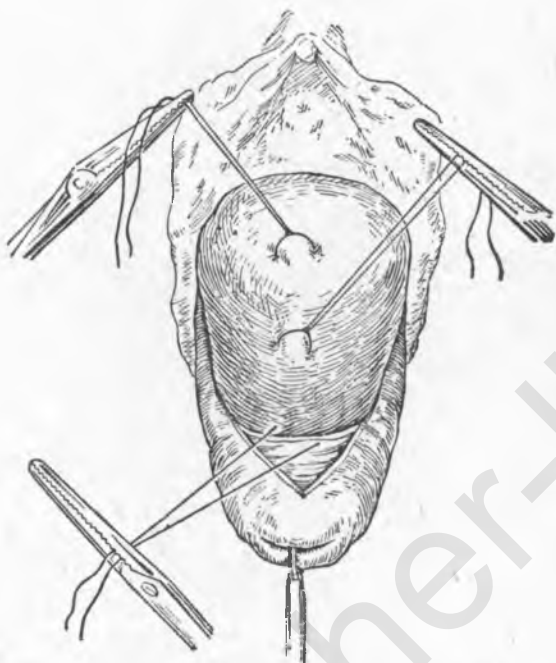


Рис. 248. Вагинофиксация. Через переднюю стенку матки проведены три лигатуры.

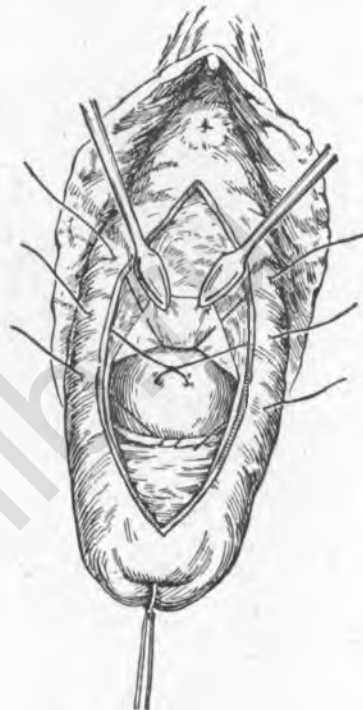


Рис. 249. Вагинофиксация. Три лигатуры, которыми прошита передняя стенка матки, проведены с каждой стороны через край разреза брюшины, влагалищной фасции и влагалищной стенки (изнутри наружу).

лишной стенки (передняя кольпотомия). Завязывая фиксирующие матку три лигатуры, нужно энергично потягивать на себя, чтобы матка плотно прилежала к влагалищной стенке. В результате край брюшины мочевого пузыря окажется прикрепленным к матке выше нормального расположения брюшной складки, вследствие этого пузырчатое углубление станет значительно менее глубоким, что выгодно в смысле профилактики рецидива; тело матки на уровне второй и третьей лигатуры будет непосредственно прикреплено к передней влагалищной стенке, это даст значительный наклон матки вперед.

Методика и техника кольпоперинеопластики при выпадениях. Кольпоперинеопластику очень часто производят по методу Гегара — вырезывание треугольного лоскута из задней влагалищной стенки. При небольшом опущении задней стенки влагалища этот

метод достаточен, но в тех случаях, когда выпадает вся влагалищная стенка и, следовательно, имеется значительный излишек ткани вплоть до заднего свода, удаление так называемого гегаровского треугольного лоскута недостаточно. Излишек влагалищной стенки в своде начинает опускаться через поднятую при кольпоррафии промежность. Для того чтобы этого не случилось, необходимо при задней кольпоррафии вырезать из задней влагалищной стенки большой треугольник, вершина которого должна достигать заднего влагалищного свода.

Для того чтобы вырезать треугольный лоскут из задней влагалищной стенки, намеченный треугольник обычно фиксируют тремя клеммами или пулевыми щипцами, между которыми треугольный лоскут оказывается натянутым. Это значительно облегчает вырезывание лоскута. При вырезывании длинного треугольного лоскута, вершина которого уходит далеко вглубь влагалища, такое натяжение окажется невозможным и выкраивание лоскута будет весьма затруднено. Мы применяем другой метод вырезывания треугольного, вернее, якоробразного лоскута из задней влагалищной стенки (см. главу «Операции по поводу опущения влагалища»).

После того как лоскут задней влагалищной стенки, отпрепарованный по применяемому нами способу, удален, приступают к восстановлению тазового дна — к сшиванию мышц леваторов (леваторопластика).

Значение леваторопластики для восстановления тазового дна можно считать общепризнанным, но производится леваторопластика в широкой практике по-разному и далеко не всегда в виде непосредственного соединения леваторов. Некоторые полагают, что делают леваторопластику, когда после удаления заднего влагалищного лоскута глубокими погружными швами захватывают обнаженные мягкие ткани, лежащие в боковых частях раны (при наличии ректоцеле по бокам от него). Но такие швы захватывают, несомненно, и прежде всего более поверхностно лежащие *m. transversus perinei profundus* и *m. transversus perinei superficialis* и только частично глубже лежащие леваторы, по своему направлению не совсем совпадающие с последними мышцами. Леваторы при этом сближаются, но не соединяются, особенно при больших выпадениях, когда и те, и другие мышцы значительно истончены и растянуты выпячивающейся стенкой, образующей ректоцеле. Несомненно, наиболее надежно предохранит от рецидива ректоцеле непосредственное сшивание леваторов, а сверх них сшивание более поверхностно лежащих мышц и фасций.

Для того чтобы спить леваторы, их надо изолировать, вскрыв над ними влагалищную фасцию, но полностью выделять их из фасциальных их оболочек не следует. Мы считаем, что это может усилить венозное кровотечение и усложнить гемостаз; кроме того, нам кажется, что этим нарушается функциональное единство мышцы и ее фасции.

Операцию леваторопластики мы проводим следующим образом.

Техника леваторопластики. После того как треугольный или якоревидный лоскут задней влагалищной стенки удален, в рану выпячивается стенка прямой кишки, покрытая истонченной соединительнотканной оболочкой (рис. 250). С боков от ректоцеле влагалищная фасция уже плотнее; непосредственно под ней лежит *m. perinei profundus*; примерно вдоль его латерального края мы произведем небольшой разрез влагалищной фасции (рис. 251). Вставив в этот разрез изогнутые ножницы, мы широко раскрываем их и этим увеличиваем разрез. В сделанный разрез вводим оба указательных пальца и, раздвигая их в косом направлении (рис. 252), соответственно направлению леваторов, обнажаем мышцы в глубине. Затем под контролем глаза можно захватить лигатурой леваторы с каждой стороны (рис. 253). В то время, когда иглодер-

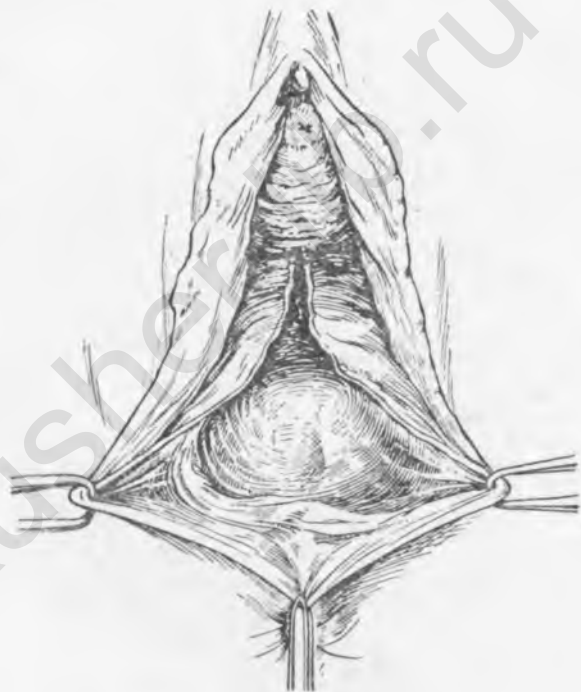


Рис. 250. Леваторопластика. После того как якоревидный лоскут задней влагалищной стенки удален, в рану выпячивается стенка прямой кишки (ректоцеле).

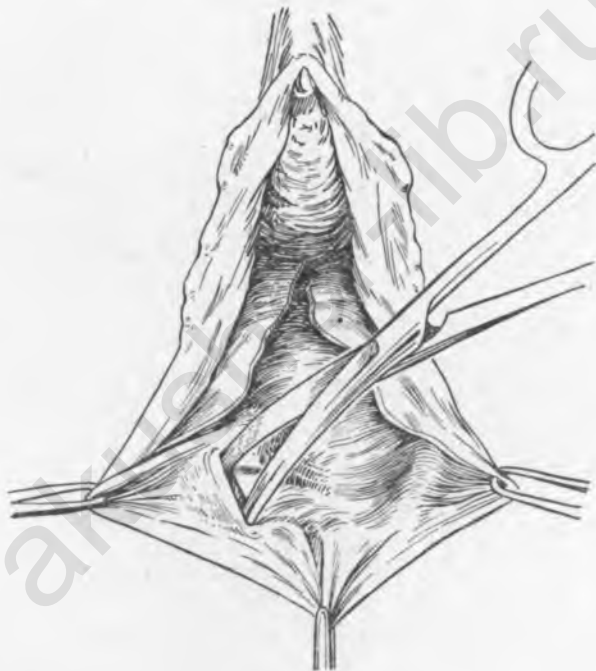


Рис. 251. Леваторопластика. Сбоку от наружного края ректоцеле производится небольшой разрез через влагалищную фасцию.

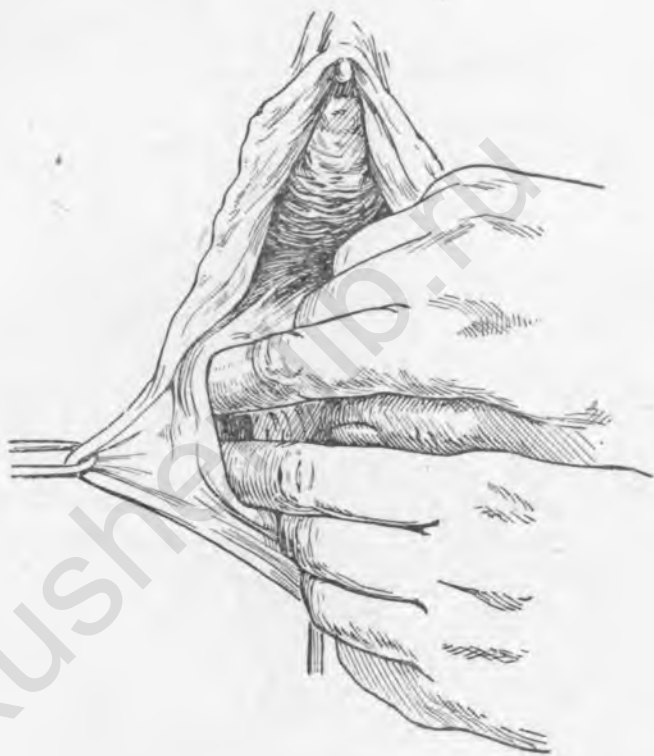


Рис. 252. Леваторопластика. Двумя указательными пальцами раздвигают края разреза влагалищной фасции соответственно направлению леваторов, обнажают их в глубине.

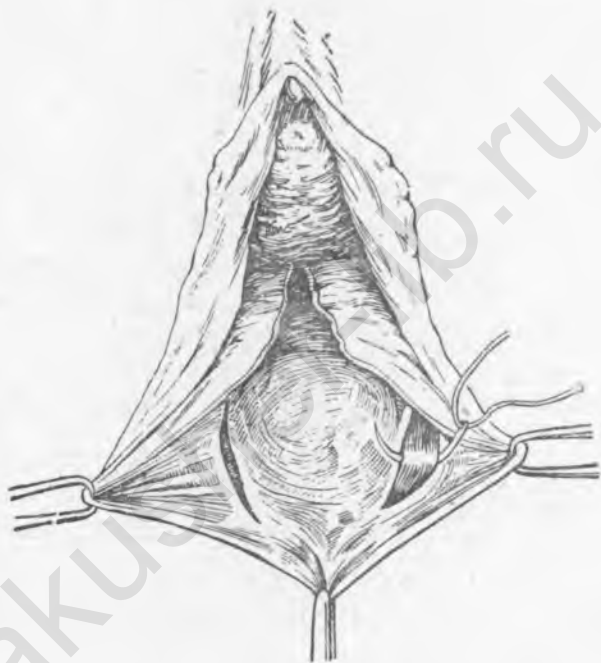


Рис. 253. Леваторопластика. Справа на рисунке: лигатура на игле проведена через левый леватор.



Рис. 254. Леваторопластика. Леваторы обеих сторон сшиваются отдельными лигатурами поперх прямой кишки, которую оперирующий отодвигает левой рукой взад.

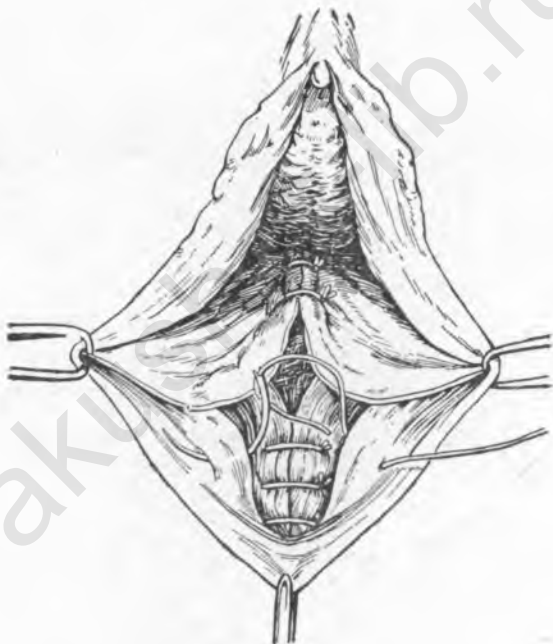


Рис. 255. Леваторопластика. Поверх соединенных леваторов отдельными лигатурами ушивают влагалищную фасцию.

жателем, который мы держим в правой руке, захватываем лигатурой левый леватор, указательный палец левой руки отодвигает кзади прямую кишку (рис. 254) так, чтобы, не захватив ее, можно было бы провести лигатуру через правый леватор. Леваторы стягивают над прямой кишкой 3—4 лигатурами. Это первый (глубокий) ярус швов. Над ним накладывают второй ярус кетгутовых швов, этими швами захватывают с обеих сторон мышцы и фасции, лежащие более поверхностно (рис. 255). Третий ярус кетгутовых швов закрывает влагалищную рану. Непрерывным кетгутовым швом зашивают подкожный слой промежности и несколькими шелковыми лигатурами ее кожу.

Для того чтобы матка не опустилась и не выпала, можно использовать брюшностеночный путь операции и применить один из тех способов, которые описаны в главе о хирургическом лечении ретродевиаций матки. Наименее стойкие результаты при хирургическом лечении выпадения матки дают методы, основанные на укорочении круглых связок путем прикрепления образованных из них петель к передней стенке матки, а также подвешивание матки за круглые связки к брюшной стенке; более стойкие результаты дает, по нашему мнению, операция укорочения круглых связок путем образования из них петель, прикрепляемых к задней поверхности матки (см. рис. 238, 239 и 241). Эти операции не служат препятствием к наступлению беременности и родам.

ВЕНТРОФИКСАЦИЯ МАТКИ — ЭКЗОГИСТЕРОПЕКСИЯ

На VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Москве в 1924 г. Б. М. Тьедер выступил с докладом на тему «Модификация операции Кохера при начальных стадиях пролапса».

«Операция, предлагаемая мной, — говорил докладчик, — представляет собой операцию Кохера, видоизмененную в двух направлениях. Техника ее такова: небольшой поперечным разрезом вскрывается брюшная полость. Матка, захваченная щипцами Мюзо, извлекается наружу, трубы частично иссекаются. Обе круглые связки захватываются провизорно на одну лигатуру, матка обшивается брюшиной, проводятся два шелковых шва, проходящих через апоневроз и матку по ее передней стороне, снаружи от круглых связок, провизорно стянутых друг к другу, остающихся таким образом кнутри от фиксационных швов.

Можно проводить фиксационные швы и таким образом, что вкол делается на передней стороне матки у дна снаружи от оттянутой кнутри круглой связки и выкол внутри от нее, тогда обе круглые связки окажутся не свободно лежащими кнутри от фиксационных швов, а захваченными вместе с частью передней стенки матки. Эта операция обладает следующими преимуществами перед операцией Кохера: 1) фиксация передней стенки матки, а не дна (подчеркнуто мною. — И. Б.), 2) попутное укорочение связочного аппарата и подсобная фиксация за круглые связки, 3) фиксационные швы при разрезе по Пфанненштилю идут параллельно волокнам прямых мышц, почему допускают широкий шов через тело матки без риска атрофии мускулатуры передней брюшной стенки».

Идею, положенную в основу этой модификации — фиксировать к брюшной стенке не дно матки, а ее переднюю стенку, нужно признать весьма рациональной. Когда в брюшную стенку имплантируют не дно, а переднюю стенку матки, то матка, фиксированная на большом протяжении, будет лежать не перпендикулярно к брюшной стенке, а почти параллельно ей. Это уменьшает действие внутрибрюшного давления и тем самым значительно уменьшает возможность рецидива выпадения. Эта идея полностью осуществлена в операции, предложенной С. И. Благоволитным. Операция заключается в непосредственной имплантации передней стенки матки в брюшную стенку (рис. 256 и 257).

Техника операции имплантации передней стенки матки в брюшную стенку. Операцию производят следующим

образом: из брюшной полости извлекают матку и помещают ее у нижнего края брюшной раны, затем зашивают брюшину, начиная от верхнего угла разреза, причем вокруг матки брюшину пришивают к матке (рис. 258); затем матку укладывают на защитную брюшину. Теперь передняя поверхность матки лежит параллельно брюшной стенке. Прямые мышцы живота несколькими тонкими кетгутовыми лигатурами пришивают к передне-боковым поверхностям тела матки (рис. 259). Края апоневроза сшивают между собой 3—4 лигатурами, вместе с апоневрозом

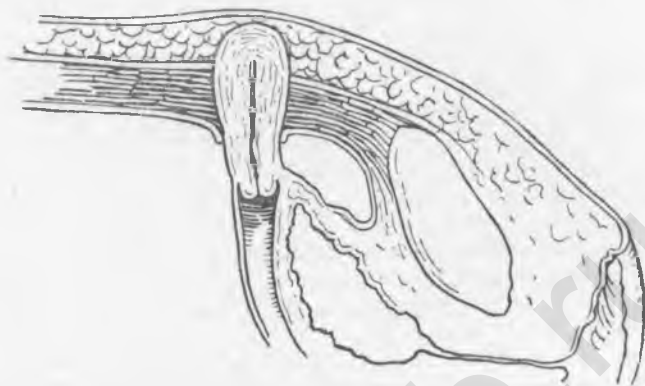


Рис. 256. Экзогистеропексия. В брюшную стенку вшита дно матки и матка лежит перпендикулярно к брюшной стенке.

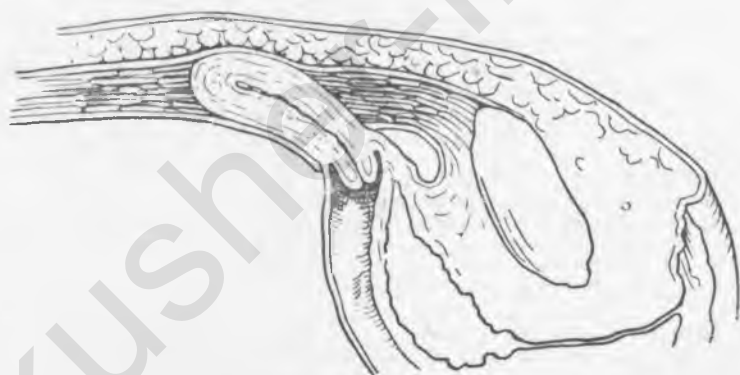


Рис. 257. Экзогистеропексия. В брюшную стенку вшита передняя стенка матки и матка лежит почти параллельно брюшной стенке.

захватывают также переднюю стенку тела матки (рис. 260). В детородном возрасте экзогистеропексия допустима лишь при условии стерилизации.

В общем, исходя из патогенетических факторов выпадения, учитывая целевую направленность приведенных методов, а также оценивая их доступность для практического выполнения и опасности с ними связанные, можно считать, что рекомендуемые нами радикальные методы хирургического лечения выпадения укладываются в следующие примерные варианты.

1. Кольпоррафия и кольпоперинеопластика (леваторопластика) + фиксация матки влагалищным путем и, если нужно, ампутация шейки матки.

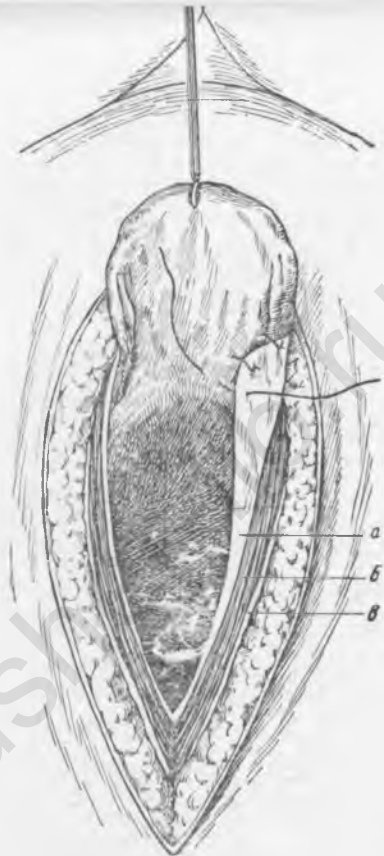


Рис. 258. Операция имплантации передней стенки матки в брюшную стенку. Из брюшной полости извлекают матку и помещают ее в нижнем углу брюшной раны. Затем зашивают брюшинный разрез, причем в переднем углу края брюшины пришивают к матке вокруг ее нижнего отдела.

а — брюшина; б — прямая мышца живота; в — апоневроз.

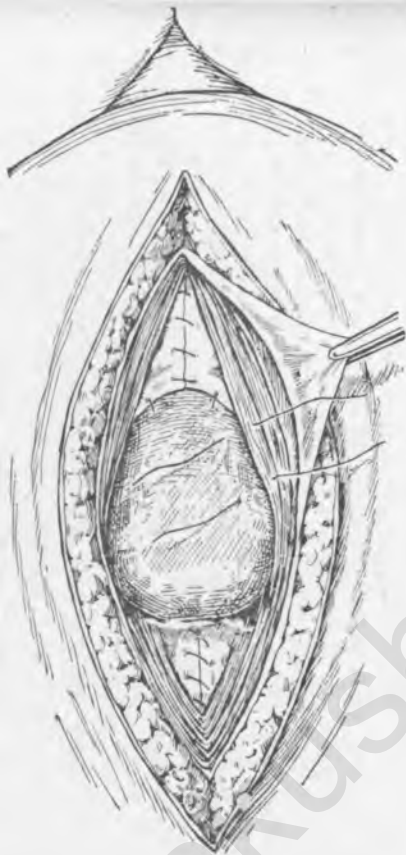


Рис. 259. Операция имплантации передней стенки матки в брюшную стенку. Прямые мышцы живота пришиваются несколькими лигатурами к передне-боковым поверхностям тела матки.

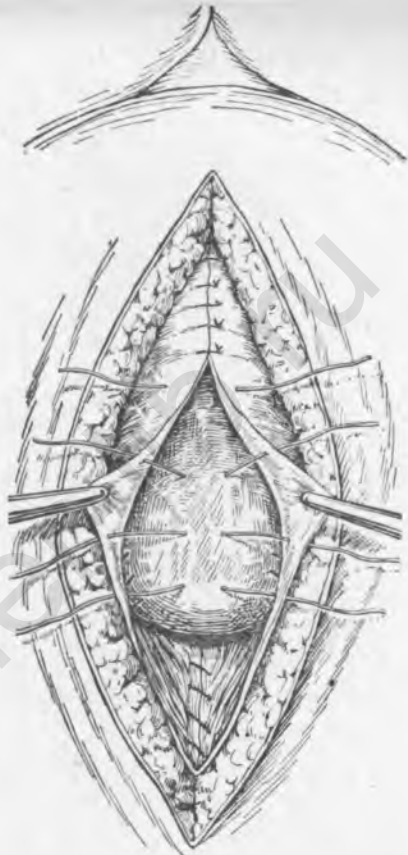


Рис. 260. Операция имплантации передней стенки матки в брюшную стенку. Края разреза апоневроза сшивают друг с другом, причем вместе с апоневрозом несколькими швами захватывают и переднюю стенку матки (из руководства Кроссена).

2. Экстирпация матки влагалищным путем (по типу операций М. В. Елкина, М. С. Александрова, Мейо) + кольпоррафия и кольпоперинеопластика (леваторопластика).

3. Кольпоррафия и кольпоперинеопластика (леваторопластика) + а) вентрофиксация матки у пожилых женщин или б) подвешивание матки на круглых связках и, если нужно, ампутация шейки матки у женщин, у которых должна сохраниться детородная функция.

Как видно из приведенной примерной схемы, во все варианты как неотъемлемая часть входит пластика влагалищной стенки (кольпоррафия) и мышц тазового дна и промежности (кольпоперинеопластика и леваторопластика). Практика показывает, что от успешного выполнения этой части операции, а именно кольпоперинеопластики с леваторопластикой в значительной мере зависит успех всей операции при выпадении.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫПАДЕНИИ

Эти методы должны применяться лишь при наличии противопоказаний к радикальной операции.

Наиболее надежным паллиативным методом операции выпадения у больных в старческом возрасте, не живущих половой жизнью, является так называемая срединная кольпоррафия.

Большим преимуществом этой операции является возможность произвести ее почти или совсем без наркоза. Но значительным недостатком ее является то, что влагалищная часть матки становится недоступной для исследования. Поэтому если при исследовании такой больной когда-нибудь появится подозрение на рак шейки матки, то шейку нельзя будет осмотреть и, конечно, нельзя будет сделать биопсию. Точно так же невозможно будет сделать пробное выскабливание при подозрении на рак тела матки.

Срединная кольпоррафия (*colporrhaphia mediana*)

Суть операции состоит в следующем. При полном выпадении влагалища и матки происходит полный выворот влагалищной трубки, причем выворот происходит тем легче, чем шире рукав, и, наоборот, чем уже рукав, тем труднее он выворачивается; поэтому из одного широкого рукава, каковым является влагалище при полном выпадении, надо сделать два узких и, таким образом, выворот каждого станет невозможным, следовательно, не будет рецидива.

К неоспоримым достоинствам операции относится ее простота и легкость технического выполнения, незначительная по сравнению с другими операциями травма, возможность произвести операцию совершенно безболезненно под местной анестезией или почти без анестезии. Все это вместе взятое обеспечивает возможность применить операцию срединной кольпоррафии даже в старческом возрасте у пожилых женщин, страдающих болезнями сердца, легких, почек и т. д. Поэтому неудивительно, что эту операцию нередко применяют многие специалисты. Однако ей присущи столь серьезные недостатки, что находятся и принципиальные противники этой операции и даже среди приверженцев ее, большинство значительно ограничивает круг применения, допуская ее лишь в особых случаях, например, когда консервативные мероприятия (пессарии) неприменимы (значительное укорочение старческой вагины) или не дают успеха, а применение других хирургических методов противопоказано из-за общего состояния больной.

Главными недостатками операции срединной кольпоррафии является, во-первых, невозможность половой жизни, во-вторых, невозможность обна-

ружить источник кровотечения, если впоследствии таковое возникает у оперированной.

Первый недостаток не играет роли для больной, уже не живущей половой жизнью. Второй недостаток имеет значение при всех условиях: ведь именно в пожилом или в старческом возрасте, в котором чаще всего возникают пролапсы, появившиеся кровянистые выделения или маточные кровотечения вызывают подозрение на рак и прежде всего на рак шейки матки. В подобном случае в первую очередь надо осмотреть матку, а после операции срединной кольпоррафии доступ к влагалищной части матки закрыт, вследствие чего мы лишаемся возможности произвести обычное гинекологическое исследование, не говоря уже о биопсии или о пробном выскабливании. Понятно, что это заставляет еще больше ограничивать круг применения срединной кольпоррафии. К этой операции мы прибегаем прежде всего в тех случаях полного выпадения влагалища, которое возникает в пожилом возрасте после удаления матки по поводу ее выпадения, а также в тех случаях полного выпадения матки и влагалища у старух и у пожилых женщин, когда консервативные методы лечения оказываются неприменимыми или безуспешными, а другие методы операции по состоянию здоровья противопоказаны. Разумеется, что состояние матки и особенно шейки матки не должно вызывать малейшего сомнения. При соблюдении всех перечисленных условий операция срединной кольпоррафии является почти безопасным, надежным и очень простым методом лечения полного выпадения влагалища и матки. Применяя ее с очень большим выбором, мы не имели повода раскаяться в том, что к ней прибегали.

Техника операции срединной кольпоррафии. После низведения шейки матки нулевыми щипцами на передней стенке матки скальпелем намечают продолговатый прямоугольный лоскут, верхняя граница которого проходит на 2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а нижняя — через передний влагалищный свод. В ширину лоскут имеет 2—4 см (это зависит от ширины выпавшего влагалища). Очерченный лоскут слизистой влагалища отделяют острым путем сверху вниз, как при обычной передней кольпоррафии (рис. 261), затем шейку матки поднимают кпереди и на задней поверхности влагалища выкраивают и отсепааровывают такой же лоскут слизистой, как и на передней его стенке (рис. 262). После этого приступают к соединению кетгутовыми швами освеженных поверхностей передней и задней стенки влагалища. Вначале сшивают друг с другом края поперечных разрезов, лежащие спереди и сзади шейки (рис. 263). По мере завязывания этих швов влагалищная часть матки постепенно исчезает из поля зрения. Затем соединяют боковые края освеженных прямоугольников. При этом каждый шов служит не только для соединения боковых краев, но и освеженных поверхностей. Боковые швы накладывают в направлении от влагалищной части матки, скрывшейся в глубине, к отверстию мочеиспускательного канала.

Швы проводят поочередно сначала на одной, затем симметрично на другой стороне раны, завязывают же швы не поодиночке, а попарно, после того как они будут проведены на одном уровне с обеих сторон. Каждый шов проводят следующим образом: иглу с кетгутовой ниткой средней толщины (№ 2) вкалывают со стороны слизистой, например, с правой на передней стенке влагалища, и выкалывают у края раны на освеженной поверхности, затем этой же иглой захватывают ткань освеженной поверхности передней стенки; далее этой же иглой делают вкол в середине освеженной поверхности задней стенки и, наконец, делают выкол через раневую край на слизистую оболочку задней стенки влагалища (рис. 264). Последовательно справа и слева накладывают следующие швы попарно, пока освеженные

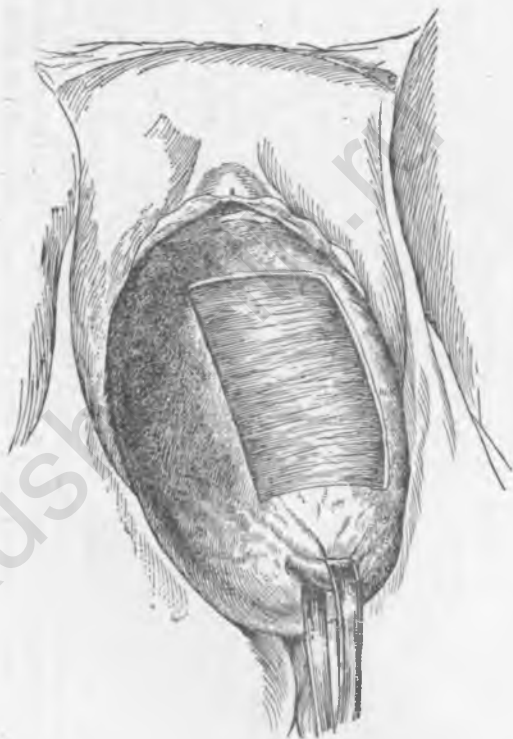


Рис. 261. Срединная кольпорафия. На передней стенке влагалища иссечен прямоугольный лоскут слизистой.

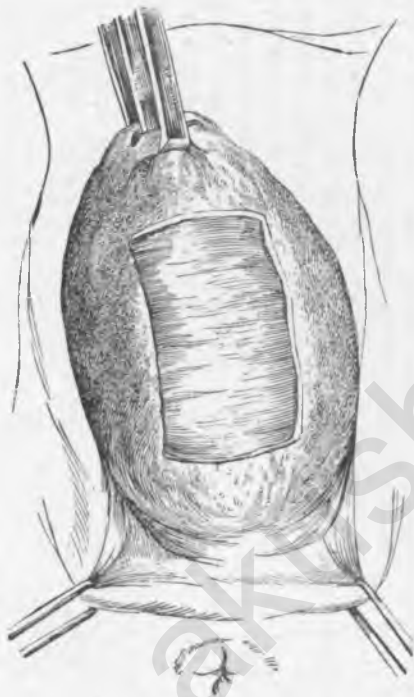


Рис. 262. Срединная кольпоррафия. Такой же лоскут слизистой иссечен из задней стенки влагалища.

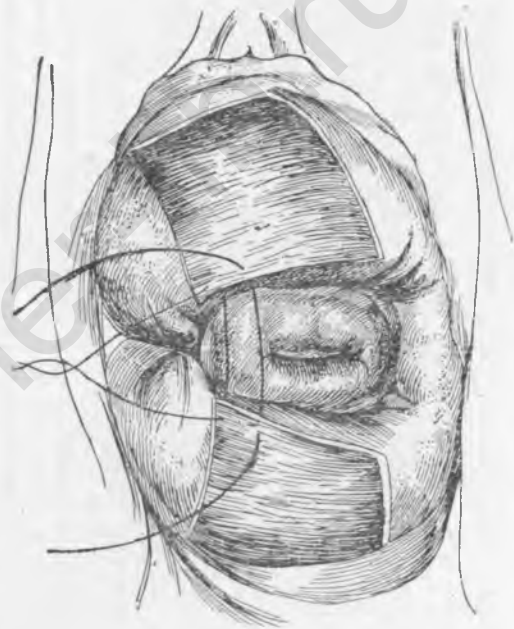


Рис. 263. Срединная кольпоррафия. Сначала сшивают между собой края поперечных разрезов на передней и задней стенках влагалища впереди матки.

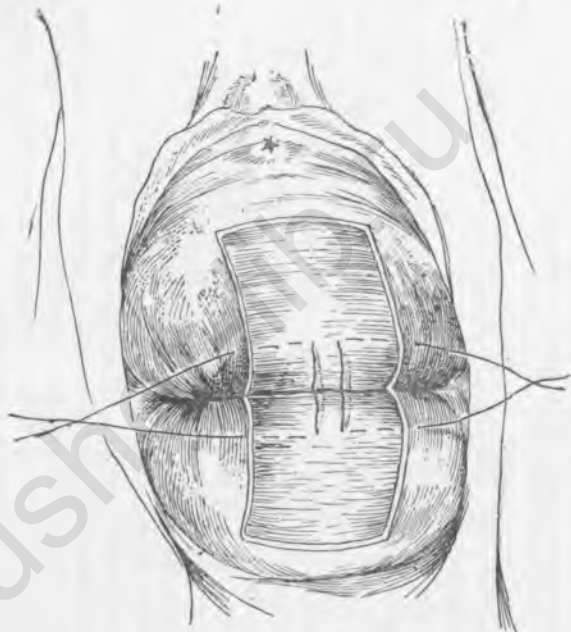


Рис. 264. Срединная кольпоррафия. Сшивание боковых краев прямоугольников на передней и задней стенках влагалища.

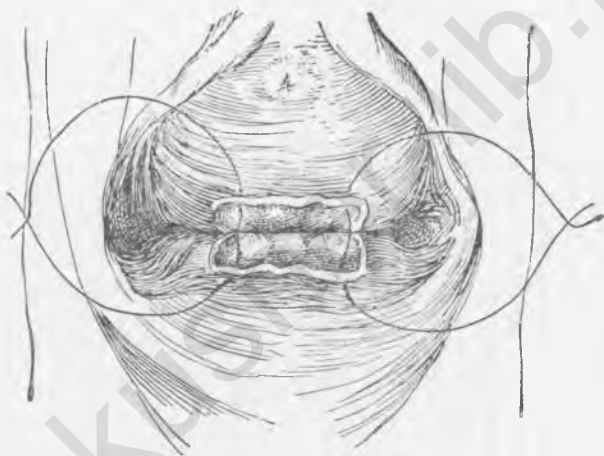


Рис. 265. Срединная кольпоррафия. Последние швы соединяют нижние поперечные края разрезов.

поверхности передней и задней стенок влагалища не будут полностью плотно прилегать друг к другу, образовав крепкий простенок, который будет препятствовать выпадению матки и опущению влагалища. В то же время с обеих сторон образуются два узких рукава, сообщающиеся между собой на уровне влагалищной части матки. Последними 3—4 узловыми кетгутowymi швами (для этих швов можно применить и шелк) соединяют нижние поперечные края разрезов (рис. 265). Для успеха очень важно, чтобы малейшее кровотечение из освеженных поверхностей было бы полностью остановлено. Необходимо также тщательно следить за тем, чтобы не захватить в какой-нибудь шов стенку мочевого пузыря спереди или прямой кишки сзади.

В литературе нередко встречаются весьма положительные отзывы о результатах операции срединной кольпоррафии. Так, например, на II Закавказском съезде акуперов-гинекологов, состоявшемся в 1936 г., А. Т. Бакрадзе из клиники Б. К. Гогоберидзе сообщил о 40 таких операциях, произведенных у женщин в возрасте от 50 до 85 лет; летальность равнялась нулю. Во всех случаях отмечено первичное натяжение. Автор даже полагает, что если операцию производить не строго срединно, а несколько асимметрично, то главный недостаток этой операции — невозможность осмотреть после операции шейку матки и произвести необходимое влагалищное исследование — будет устранен.

По сообщению Э. М. Каплуна, летальность после операции срединной кольпоррафии на сборном материале в 506 случаев равнялась 2%; у ряда отечественных авторов (Ф. В. Абрамович, Л. А. Гусаков, Р. Л. Шуб) эта операция дала блестящие результаты как ближайшие, так и отдаленные; летальность после операции равнялась нулю.

В тех случаях, когда общее состояние больной разрешает, мы, кроме срединной кольпоррафии, производим еще и леваторопластику, что обеспечивает прочность и длительность успеха. Послеоперационный период в этих последних случаях мы проводим точно так же, как и после обычных пластических операций на влагалище и промежности, и разрешаем больным подняться с постели не раньше 10—11-го дня. В тех же случаях, когда мы ограничиваемся одной лишь срединной кольпоррафией, мы разрешаем больным подняться с постели уже на 6—7-й день.

Чтобы избежать недостатков срединной кольпоррафии (невозможность половой жизни, затруднение или невозможность доступа к шейке матки), Э. М. Капун предложил удалять лоскуты не из передней и задней стенок влагалища, а из боковых стенок влагалищной трубки; средние же части передней и задней стенки сохраняются и из них формируется влагалищная трубка с неравномерным диаметром в поперечнике — более широким в нижней и более узким в верхней трети.

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВА ВЫПАДЕНИЯ

Можно сказать без преувеличения, что нет такого метода операции при выпадениях, после которого не наблюдалось бы рецидивов. Все же рецидивы выпадения возникают чаще после недостаточно радикальных операций, например, если при намечающемся уже опущении матки операции подверглось только опущенное или лишь начинающее выпадать влагалище. Если при рецидиве выпадает матка вместе с влагалищными сводами, а цистоцеле или ректоцеле нет, то основной операцией является фиксация матки путем брюшностволочного чревосечения; у женщин в детородном возрасте применяется один из способов подвешивания матки за круглые связки, а у женщин, находящихся в климактерическом периоде, — фиксация матки к брюшной стенке (экзогистеропексия по Кохеру или ее модификация). Если рецидив выпадения полный, т. е. матка полностью выпадает вместе с вывороченным наружу влагалищем, то из методов фиксации матки надо применить наиболее устойчивый и надежный, а именно фиксацию матки к брюшной стенке. У женщин, находящихся в детородном возрасте, приходится прибегнуть еще и к искусственной стерилизации путем перевязки маточных труб. В случае полного рецидива можно предположить, что при произведенной во время предыдущей операции кольпоперинеопластики либо вовсе не были наложены швы на леваторы, либо они разошлись,

и, таким образом, тазовое дно осталось невосстановленным, и широко открытые ворота тазового дна продолжают играть роль грыжевых ворот. В этом можно убедиться, если вправить выпавшие органы и двумя пальцами, обращенными ладонными поверхностями кзади, пальпировать тазовое дно, заставляя в то же время большую зажимать заднепроходное отверстие так, как если бы она задерживала дефекацию; при этом можно хорошо оценить и состояние леваторов. Если при этом будет обнаружено значительное расхождение леваторов, что говорит о недостаточности тазового дна, и если промежность окажется тоже недостаточной, т. е. слишком низкой, или, что еще хуже, тонкой и как бы состоящей из одной кожи, то повторная кольпоперинеопластика с обнажением и сшиванием леваторов будет совершенно необходима для успеха повторной операции выпадения. Конечно, при повторной операции кольпоперинеопластики имеется опасность из-за оставшихся после первой операции рубцов поранить прямую кишку, попавшую в рубец. Поэтому при повторной пластической операции необходима сугубая осторожность и хорошая ориентировка в тканях.

Оперируя рецидивы выпадения, мы сначала делаем чревосечение и фиксацию матки к брюшной стенке и лишь после этого, если есть надобность, производим кольпоперинеопластику. Ощущение возврата выпадения может иной раз появиться у женщины еще и тогда (такие случаи приходилось наблюдать), когда хирург, правильно применив пластическую операцию и фиксацию матки, не ампутировал ее гипертрофированную шейку. В этих случаях так называемого ложного рецидива при повторной операции достаточно ограничиться лишь ампутацией шейки матки.

Устранение рецидива выпадения обычно труднее, чем первая операция, и часто это является неблагоприятной задачей для хирурга. Особенно трудна операция рецидива выпадения, возникшего после удаления матки.

Полное выпадение влагалища, возникшее после удаления матки

Полное выпадение влагалища обычно сочетается с полным выпадением матки.

Полное выпадение одного лишь влагалища может возникнуть главным образом при отсутствии матки, например, после полного удаления ее по поводу фибромиомы или метростазии. Следует отметить, что после радикальных операций по поводу рака шейки матки нам не приходилось наблюдать случаев выпадения влагалища. Надо полагать, что обширные и плотные рубцы, которые образуются после этой операции на месте удаленной клетчатки вокруг влагалища, удерживают его от выпадения. Впрочем, и после удаления матки по поводу доброкачественных процессов, когда тазовая клетчатка не подвергается большой травме, выпадение влагалища возникает далеко не часто. Поэтому мы полагаем, что выпадение влагалища возникает лишь тогда, когда еще до операции удаления матки имелось опущение влагалища в той или иной степени, но на это не было обращено должного внимания.

Между тем если до операции при исследовании больной явно обнаруживается склонность к опущению половых органов или уже имеется начальная стадия опущения, то при производстве экстирпации можно принять меры, которые воспрепятствуют прогрессированию имеющегося опущения. К таким мероприятиям относится прежде всего укрепление верхнего отдела тазового дна при помощи сшивания оснований широких связок — кардинальных и маточно-крестцовых между собой. Кроме того, если в результате некоторого опущения влагалища образовалось его расширение и особенно если стало намечаться образование цисто- или ректо-

цели, то по окончании экстирпации матки следует дополнительно произвести еще и соответствующую пластику влагалища. Если начавшееся опущение не было замечено перед операцией или если ему не было уделено достаточное внимание, то нет ничего удивительного, что после удаления матки влагалище, лишенное опоры, еще сильнее опускается и, наконец, выпадает.

Методы операции. Одним из методов операции полного выпадения влагалища после экстирпации матки является удаление слизистой выпавшего влагалища и образование полного кольпоклея. (Мы лично к этой операции никогда не прибегали, поэтому приводим ее технику в описании других авторов.)

Техника кольпоклея. В области входа во влагалище спереди, отступив на 1—2 см от отверстия мочеиспускательного канала, и далее вниз вдоль границы девственной плевы скальпелем проводят круговой разрез по всей окружности влагалищной трубки. Из этого разреза слизистая оболочка влагалища иссекается до самых сводов: сначала по передней, а затем по задней стенке и т. д., пока не будет удалена вся слизистая оболочка влагалищной трубки. Мелкие кровотокающие сосуды захватывают зажимами и перевязывают или обкалывают тонким кетгутом. Затем приступают к закрытию лишенного слизистой оболочки просвета влагалища. Рядом тонких, но крепких кетгутовых лигатур соединяют переднюю и заднюю раневые поверхности в поперечном направлении, сначала в области свода. Над этим рядом швов накладывают второй ярус таких же швов; при большой глубине раны приходится наложить еще и третий ярус швов. Раневые края слизистой оболочки входа во влагалище зашивают рядом узловых крепких кетгутовых швов в продольном направлении.

Разумеется, что полный кольпоклея может быть применен только у пожилых женщин, не живущих половой жизнью.

У живущих половой жизнью, особенно у молодых или относительно молодых женщин, при полном выпадении влагалища, возникшем после операции удаления матки, приходится прибегнуть к чревосечению и фиксации влагалища к брюшной стенке. Эта операция была разработана корифеем русской гинекологии проф. В. Ф. Снегиревым и названа им **кольпопексией**.

В. Ф. Снегирев предложил применять одностороннюю переднюю и заднюю кольпопексию при лечении выпадения матки: передне-боковой свод с покрывающими его висцеральными листками тазовой фасции фиксировали внебрюшинно к пупартовой связке при передней кольпопексии, задне-боковой свод влагалища фиксировали к *lig. sacro-spinosum*.

Ввиду возможных повреждений соседних органов (мочевой пузырь, мочеточник, прямая кишка) Д. Д. Шишов советовал видоизменить эту операцию, а именно фиксировать путем чревосечения передний свод влагалища к пупартовой связке. А. П. Губарев, применяя для лечения выпадения операцию Снегирева, фиксировал передний или задний свод влагалища к брюшной стенке. Д. А. Гудим-Левкович считал, что операция вентрофиксации культи влагалища после удаления матки является наиболее рациональным оперативным мероприятием для таких случаев.

Техника кольпопексии при отсутствии матки. Разрез брюшной стенки производят по средней линии. Брюшную рану раскрывают зеркалами. Помощник, не участвующий в чревосечении, вводит палец во влагалище, выпячивает им влагалищный свод по направлению к брюшной полости настолько, чтобы хирург мог ясно увидеть выпячивающийся свод из брюшной раны. Введение во влагалище электрической лампочки (например, цистоскопа) может оказать хирургу существенную помощь в правильной ориентации среди тканей. Три шелковые лигатуры проводят через стенку влагалищного свода. Здесь необходимо вспомнить указание, которое в свое время дал А. П. Губарев, описывая снегиревскую кольпопексию, а именно: при наложении швов их не надо проводить насквозь через стенку влагалища, потому что может получиться нагноение, и хотя влагалище прирастет, но это затянёт выздоровление. Культи влагалища

вытягивают лигатурами в брюшную рану, помещают ее между раздвинутыми прямыми мышцами живота и фиксируют этими же тремя лигатурами к апоневрозу.

Как при любом брюшностеночном способе операции, так и при полном выпадении влагалища, возникшем после удаления матки, мы считаем необходимым в дополнение к брюшностеночной кольпопексии произвести также кольпоперинеопластику, лучше всего путем сшивания леваторов (леваторопластика), а при наличии цистоцеле — также пластику передней влагалищной стенки с ушиванием пузырно-влагалищной фасции (передняя кольпоррафия).

Лучшим способом операции полного выпадения влагалища с образованием *entorocele vaginalis*, возникшего после удаления матки по поводу ее выпадения, является метод, который полностью себя оправдал даже у больной, у которой мы производили эту операцию при весьма неблагоприятных условиях: хронический бронхит, эмфизема легких (случай был в свое время описан ординатором клиники Адамской). Метод аналогичен операции срединной кольпоррафии Нейгебауер-Лефора с некоторым видоизменением.

Видоизмененная срединная кольпоррафия при операции по поводу выпадения влагалища (*entorocele vaginalis*), образовавшегося после удаления матки. По середине влагалищного мешка в продольном направлении отсепаровывается сплошной длинный лоскут слизистой влагалища шириной в 4—5 см и длиной около 15—16 см. Верхняя граница лоскута проводится на расстоянии 5—6 см от задней спайки (рис. 266).

Середина лоскута обозначается двумя зажимами Кохера; здесь и начинается сдвигание влагалища (рис. 267). Справа и слева поочередно складывают в виде двустовки верхние и нижние края раны. Швы проводят точно так же, как и при операции срединной кольпоррафии. Разница лишь в том, что при отсутствии шейки матки сразу начинают сшивать боковые края разрезов. В результате раневые поверхности прилегают друг к другу, а с боков образуют два узких канала с отверстиями, выходящими наружу. Задняя стенка влагалища остается нетронутой на протяжении примерно 5—6 см от задней спайки. Затем производится кольпоперинеопластика с наложением отдельных кетгутовых швов на изолированные леваторы; двухэтажным погружным швом соединяют мышцы и фасции промежности. Таким образом, создается двойная преграда против возникновения влагалищной грыжи: вместо широкого влагалищного мешка образуются два узких боковых канала и устраняется дефект в тазовом дне, создающий условия для выпадения тазовых органов (рис. 268).

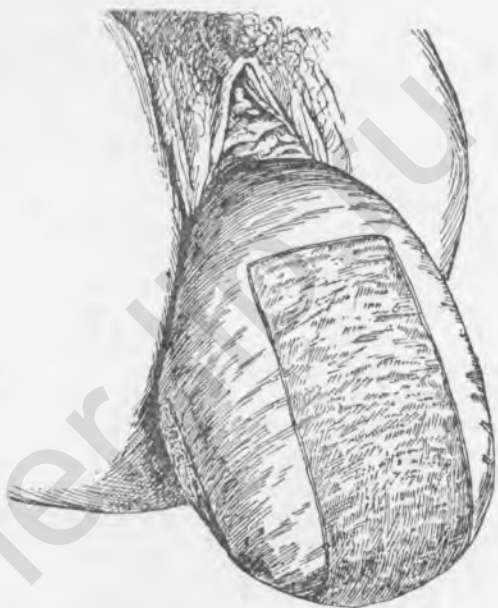


Рис. 266. Видоизмененная срединная кольпоррафия при отсутствии матки. Исечение одного непрерывного лоскута слизистой, начинающегося на передней стенке влагалищного мешка.

Видоизмененная операция срединной кольпоррафии, рекомендуемая нами, отличается от основного метода тем, что вырезают не два отдельных лоскута, а один сплошной, который, не прерываясь, переходит с передней стенки вывороченного влагалища на заднюю. Этот сплошной лоскут выре-

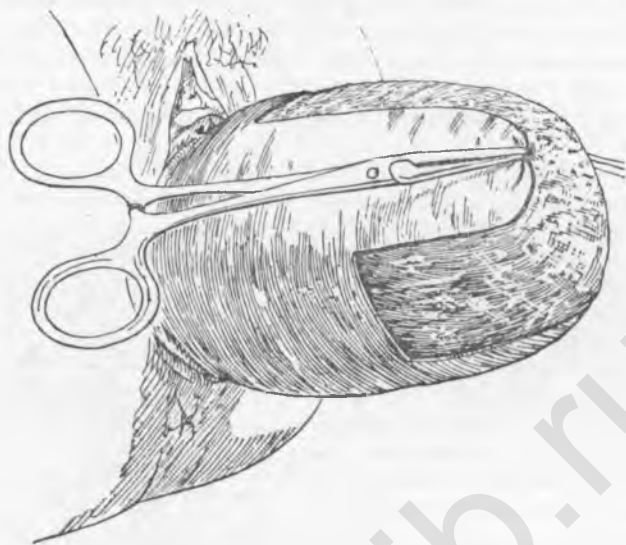


Рис. 267. Видоизмененная срединная кольпоррафия при отсутствии матки. Переход лоскута на заднюю стенку влагалищного мешка.

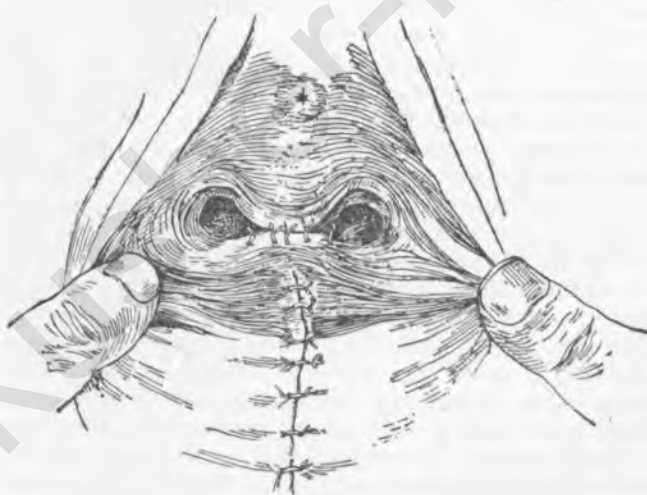


Рис. 268. Видоизмененная срединная кольпоррафия. Результат операции.

зается асимметрично — из задней стенки дальше от входа во влагалище, чем на передней; благодаря этому остается достаточно места для задней кольпоррафии и леваторопластики.

Послеоперационный уход за оперированной по поводу выпадения влагалища и матки в общем такой же, как за больными, перенесшими любую гинекологическую опе-

рацию (см. главу «Послеоперационный уход»). Все же некоторые детали здесь следует особо подчеркнуть. Прежде всего это касается борьбы с послеоперационной ишурией. Из общих причин послеоперационной ишурии здесь чаще всего наблюдается рефлекторная задержка мочеиспускания, вызываемая болезненным ощущением при попадании мочи на зашитую кожную рану промежности. Поэтому мы смазываем область швов и всю вульву стерильным маслом (например, вазелиновым) не только тотчас по окончании операции, но и повторяем эти смазывания каждые 2—3 дня в послеоперационном периоде. Шелковые швы с кожи промежности мы удаляем на 6-й день, а металлические скобки еще раньше — на 5-й, так как позже шелковые швы и скобки начинают врезаться в зашитую рану промежности и удаление их становится труднее. Раннее вставание больных с постели, несомненно, оказывает благотворное влияние на течение послеоперационного периода, особенно в профилактике послеоперационных пневмоний, тромбозов, эмболий. Что касается срока вставания больных после операции пролапса, то в тех случаях, когда производится кольпоперинеопластика (леваторопластика), мы делаем исключение из общего правила и разрешаем оперированной подниматься с постели не раньше 10—11-го дня; ибо при этих операциях мы имеем совершенно иные, чем при лапаротомии, условия для заживления ран: при гинекологической лапаротомии мы почти всегда имеем возможность тщательно покрыть рану брюшиной, которая, как известно, обладает замечательной способностью склеиваться с раневой поверхностью и, таким образом, защищать ее от всяких механических и бактериальных влияний. При операциях восстановления тазового дна, влагалища и промежности образуются широкие раневые поверхности среди мышц, соединительнотканых слоев и фасциальных оболочек; при этом полностью отсутствует какая-либо перитонизация; здесь на большом протяжении нарушается целостность многочисленных мелких кровеносных сосудов, особенно венозных, обычно расширенных или варикозных, а иногда и содержащих мелкие или мельчайшие тромбы. Все это представляет условия, требующие для полного заживления и большие сроки, и большой покой. Вот почему мы после радикальной операции при выпадении, разрешая и даже заставляя оперированную поворачиваться и двигать конечностями (чтобы бедра не раздвигались широко, слегка связываем их полотенцем) уже тотчас после операции, разрешали им вставать с постели и присаживаться значительно позже, чем больным, перенесшим лапаротомию.

Необходимо, хотя бы в нескольких словах, остановиться еще на режиме, который должны соблюдать женщины, оперированные по поводу выпадения, после выписки из лечебного учреждения. Основанием для требования известного режима в отдаленном послеоперационном периоде или даже в течение всей последующей жизни служат некоторые соображения по вопросу этиологии выпадения, а главное, результаты практического опыта.

Механизм возникновения выпадения и его анатомические предпосылки хорошо изучены; иначе обстоит дело с этиологией выпадения. Мы знаем, что резкое ухудшение питания, тяжелая физическая нагрузка могут явиться причиной возникновения выпадения. Но что же лежит в основе выпадения, почему в одних случаях, несмотря на многочисленные роды, не наблюдается опущения и выпадения влагалища и матки, в других же случаях оно все же возникает, даже у нерожавших? Можно высказать предположение, что, по крайней мере в некоторых случаях, играет роль недостаточная эластичность мягких тканей, меняющаяся также в связи с возрастом, о чем говорит прежде всего тот факт, что выпадение матки и влагалища чаще всего встречается в пожилом возрасте. Оперировав по

поводу выпадений, мы всегда имеем дело с тканями, по той или иной причине частично потерявшими свою эластичность. Подобные ткани при неблагоприятных условиях, особенно при значительной механической нагрузке, могут и после правильно сделанной операции вновь растягиваться, что и будет благоприятствовать возникновению рецидива. Поэтому мы считаем необходимым, чтобы после операции по поводу выпадения женщина избегала чрезмерной физической нагрузки, усиливающей внутрибрюшное давление, а также следила за функцией кишечника во избежание сильных запоров. Соответствующие наставления должны быть сделаны оперированным по поводу выпадения при выписке их из стационара.

Подводя итоги хирургическим методам лечения выпадения матки и влагалища, мы приходим к заключению, что нет и не может быть единственно целесообразной и, следовательно, универсальной операции при выпадениях, но что из всего огромного числа предложенных и рекомендуемых методов можно все же выделить небольшое число методов, которые, будучи применены в комбинации друг с другом соответственно приведенным вариантам, позволяют получать весьма хорошие и, главное, стойкие результаты хирургического лечения выпадения.

Хотелось бы еще подчеркнуть, что для длительного успеха операции нужен ряд условий: хирург должен хорошо владеть техникой предпринимаемой операции. Если хорошая техника всегда является важным условием для успеха операции, то в области восстановительной хирургии, к которой относится разбираемый вопрос, высокая техника имеет особо важное значение. Хирург должен быть также хорошим клиницистом и уметь распознать все особенности клинического проявления страдания. Это необходимо для подбора соответствующей методики в каждом отдельном случае. Кроме того, хирург не только должен уметь разбираться в клинических особенностях проявления болезни, но и должен хорошо знать патогенез и механизм возникновения этих проявлений. Не случайно, ведь, при неудаче операции выпадения чаще всего обнаруживаются именно методические ошибки. Классическим примером такой ошибки являются рецидивы, возникающие после операции фиксации матки к брюшной стенке, если при этом не было восстановлено тазовое дно. Особенностью борьбы с выпадением является и то, что здесь больше, чем при другом страдании, излечиваемом путем хирургического вмешательства, играет роль профилактики.

Еще раз мы хотели бы подчеркнуть, что опущение и выпадение влагалища и матки принадлежит к тем хирургическим болезням, с возникновением и развитием которых успешно борется профилактическая медицина. Ярким примером этого служат успехи охраны материнства и детства в нашей стране, благодаря которым среди прочих достижений резко уменьшилось число женщин, страдающих выпадением матки и влагалища, особенно в деревне, где в дореволюционное время эта патология встречалась очень часто.

ЛИТЕРАТУРА

- А б р а м о в и ч Ф. В., Техника *colporrhopia mediana* при полных выпадениях матки и влагалища, I Всеукраинский съезд акушеров-гинекологов, Киев, 1927.
- А л е к с а н д р о в И. Н., К вопросу о современном лечении выпадения матки и рукава путем *interpositio uteri vesico-vaginalis*, Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, М., 1925.
- А л е к с а н д р о в М. С., Влагалищное удаление матки с высокой фиксацией мочевого пузыря и пришиванием везикальной фасции при операции пролапса, Акушерство и гинекология, № 6, 1937.
- А т а б е к о в Д. Н., К вопросу об оперативном лечении полных пролапсов матки, Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, М., 1925.

- Б а к р а д з е А. Т., Оперативное лечение при выпадениях матки и влагалища, Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1936.
- Б л а г о в о л и н С. И., Операция *exohysteropexia*e матки при проляпсах по методу автора, Гинекология и акушерство, № 4, 1929.
- Б р а у д е И. Л., К вопросу об оперативном лечении опущений и выпадений влагалища и матки, Акушерство и гинекология, № 3—4, 1940.
- В а с и л ь е в Б. Н., Модификация операции Кохера при проляпсах матки, Журнал акушерства и женских болезней, № 4, 1927.
- Г р и г о р о в а О. А., Операции по поводу опущения и выпадения матки и рукава за 11 лет, Журнал акушерства и женских болезней, № 4, 1925.
- Г у д и м - Л е в к о в и ч Д. А., Вагинофиксация, БМЭ, т. IV, 1928.
- Г у д и м - Л е в к о в и ч Д. А., Неправильные положения матки, БМЭ, т. XVII, 1936.
- Д з н е л а д з е А. Г., Выпадение матки и влагалища, Грузмедгиз, Тбилиси, 1948.
- Д и к о в а Т. И., Операция Мейо при выпадениях матки, Акушерство и гинекология, № 12, 1936.
- Е л к и н М. В., Новая методика экстирпации матки при операции полного пролапса у старух, Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, М., 1925.
- К р и в с к и й Л. А., К вопросу об оперативном лечении выпадений матки, особенно об операции интерпозиции матки по Вертгейму-Шаута-Александрову, Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, 1925.
- К у ш т а л о в Н. И., Лоскутный способ на ножке для укрепления параметрия при выпадении матки, Гинекология и акушерство, № 2, 1928.
- Л о з и н с к и й В. П., Об операции при *cystocele vaginalis*, Акушерство и гинекология, № 10, 1938.
- С а м о х и н П. Д., Операция Мейо при пролапсе матки, Акушерство и гинекология, № 2, 1936.
- С е р г е е в Н. Н., Удаление матки и влагалища как метод лечения тяжелых форм пролапса у женщин, Акушерство и гинекология, № 3—4, 1940.
- С к р о б а н с к и й К. К., Кольпопексия, БМЭ, т. XIII, 1930.
- С о к о л о в Н. Ф., Средянное сшивание стенок влагалища как способ оперативного лечения полного выпадения матки, Дисс., СПб, 1883.
- Т ь е д е р Б. М., Модификация операции Кохера при начальных стадиях пролапса, Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, М., 1925.
- Ф р и н о в с к и й В. С., Операция Мейо при выпадении матки у старух, Гинекология и акушерство, № 4, 1929.
- Ф р и н о в с к и й В. С., Операция Мейо при выпадении матки у пожилых женщин и отдаленные результаты ее, Акушерство и гинекология, № 5, 1941.
- Ч е р т о к Р. А., Оперативное лечение пролапсов в пожилом возрасте, Акушерство и гинекология, № 12, 1936.
- Ч у к а л о в Н. Н., К вопросу об оперативных методах лечения полных выпадений матки, Акушерство и гинекология, № 6, 1938.
- Ш в а р ц м а н Е. М., Об оперативном лечении тотальных пролапсов у старух, Гинекология и акушерство, № 2—3, 1935.
- Ш и р ш о в Д. И., Об оперативном лечении выпадений матки и влагалища, Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, М., 1925.
- Ш м у н д а к Д. Е., К технике операции Вебстер-Балди-Франк при ретрофлексии матки, Казанский медицинский журнал, № 5—6, 1932.
- Я н к е л е в и ч Е. Я., Отдаленные результаты операции гемикольпоэктомии с пересадкой кардинальных связок при выпадении матки и влагалища, Акушерство и гинекология, № 10, 1938.

СТАРЫЙ ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ

Полным разрывом промежности называется, как известно, такой, когда разрывается не только промежность, но и прямокишечный жом, а вместе с ним и участок прямой кишки. В результате этого возникает недержание кала и кишечных газов.

Как правило, полные разрывы промежности происходят в результате родовой травмы. К счастью, они встречаются редко (по Михайлову — не более чем в 1% общего числа разрывов промежности). Вопросы профилактики и методики хирургического лечения свежих разрывов промежности относятся к области акушерства. Оперативная гинекология занимается вопросами хирургического лечения старых разрывов промежности. Особенностью этих разрывов является то, что по своему виду старый полный разрыв промежности мало похож на свежий разрыв: вместо разрыва тканей — неравномерный рубец, который включает также разошедшиеся в стороны и ушедшие в глубину концы разорванного мышечного жома заднепроходного отверстия. Промежность полностью разрушена. Передняя стенка прямой кишки переходит на месте разрыва в рубец, совершенно не содержащий мышечной ткани, таким образом в этом рубце сливаются края разорванной задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки; иногда немного выпячивается или выпадает слизистая прямой кишки.

Методика операции старого полного разрыва промежности. Задача состоит в том, чтобы путем «освежения» восстановить те анатомические соотношения, которые имелись при свежем разрыве. Для этого мы пользуемся методом *р а с щ е п л е н и я* рубца. Расщепление мы ведем до тех пор, пока не получим совершенное разъединение и полную подвижность попавших в рубец стенок смежных органов и тканей.

Вторая важная задача заключается в том, чтобы найти в глубине рубца разошедшиеся в обе стороны концы жома.

Подготовка к операции. Подготовка к операции заключается в том, чтобы к моменту операции кишечник был полностью освобожден от содержимого. Для этого за 3 дня до операции назначают легкую диету, состоящую преимущественно из протокваши. Ежедневно больная получает слабительное (две столовые ложки касторового масла); в день операции — очистительную клизму. Дезинфекция операционного поля — обычная для влагалищных операций.

Техника операции. Пулевыми щипцами растягиваем в поперечном направлении рубец, соединяющий края слизистых оболочек влагалища и прямой кишки (рис. 269). Острым скальпелем проводим вдоль этого рубца разрез, которым и начинаем расщепление рубца и отделение задней стенки влагалища от передней стенки прямой кишки (рис. 270). При этом необ-



Рис. 269. Операция старого полного разрыва промежности. Пулевые щипцы растягивают в поперечном направлении рубец, соединяющий края слизистых оболочек влагалища и прямой кишки.

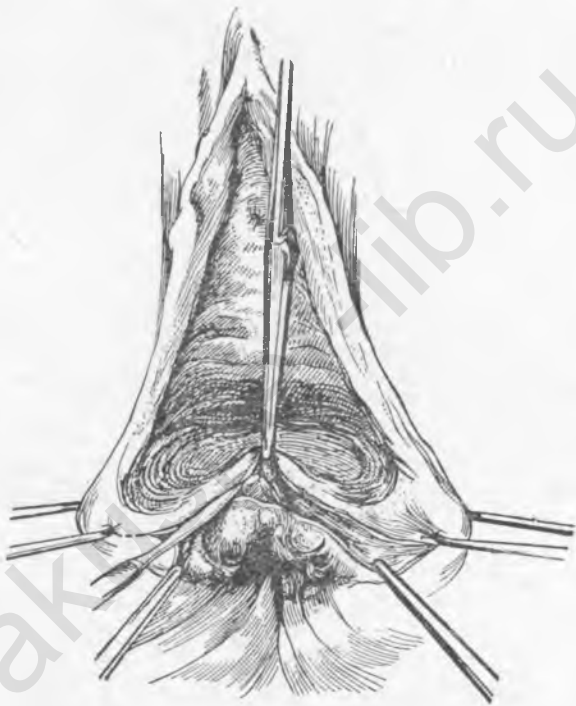


Рис. 270. Операция старого полного разрыва промежности. Скальпелем рассекают рубец в поперечном направлении.

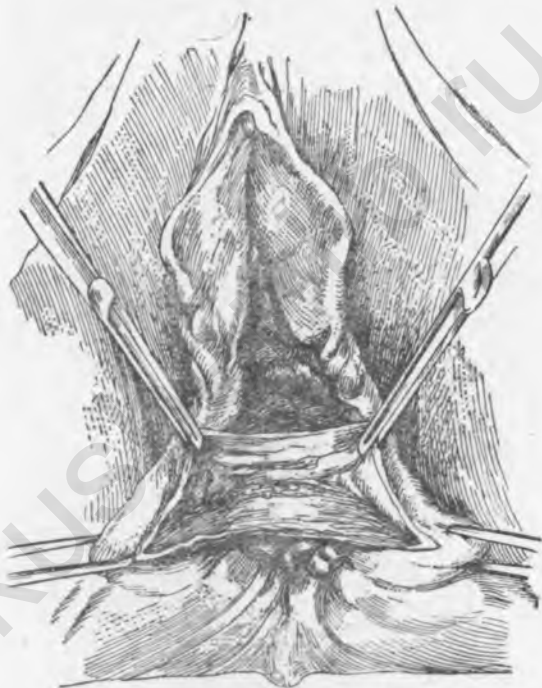


Рис. 271. Операция старого полного разрыва промежности. Расщепление рубца должно идти за его пределы, для того чтобы стенки влагалища и прямой кишки получили полную подвижность.

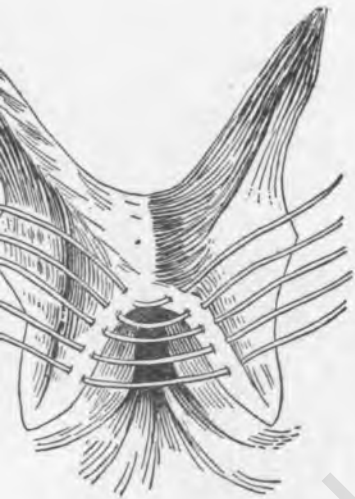


Рис. 272. Операция старого полного разрыва промежности. Наложение швов на разрыв стенки прямой кишки таким образом, чтобы игла не прокалывала слизистую оболочку кишки.

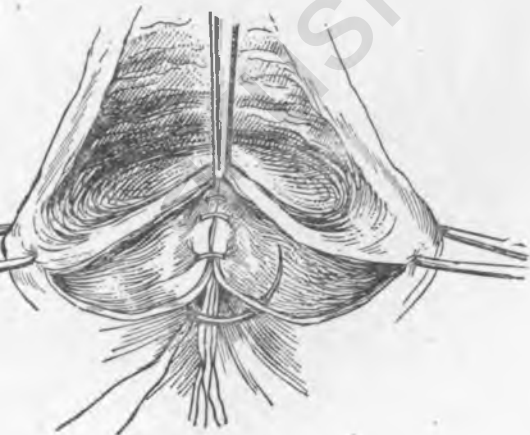


Рис. 273. Операция старого полного разрыва промежности. Тонкими шелковыми швами соединяют края слизистой оболочки кишки так, чтобы узел находился в просвете кишки.

ходима большая осторожность, чтобы не поранить стенку кишки. Во избежание такого осложнения следует при отсепаровке влагалища от прямой кишки лезвие скальпеля направлять параллельно стенке кишки, отнюдь не наклоня острия ножа в ее сторону. Рассечение рубца и отделение друг от друга стенок обоих полых органов мы производим исключительно острым путем (скальпелем или кончиками ножниц) до тех пор, пока полностью не выйдем за пределы рубца. Кроме этого, влагалище и прямая кишка должны быть разъединены и за пределами рубца до тех пор, пока соприкасающиеся их стенки не получают полную подвижность, что даст возможность зашить разрывы обоих органов без всякого натяжения (рис. 271). Этот последний этап операции можно уже произвести комбинированным способом, отделяя влагалище от кишки частью острым путем, частью тупым (пальцем, обернутым кусочком марли). Расщепление в рубце должно идти не только вверх, но и в стороны, особенно в области прилежащей к прямокишечному жому, иначе мы не подойдем к далеко разошедшимся его концам и не сможем сшить их без натяжения.

После того как эта весьма важная часть операции закончена, приступаем к наложению швов на разрыв прямой кишки. Весьма распространенным, почти общепринятым методом является следующий: тонкие лигатуры из шелка или кетгута (чаще применяется последний) проводят через края кишечной раны так, чтобы игла не прокалывала слизистой, а проходила только через подслизистую (рис. 272). В этом случае лигатура после завязывания будет лежать вне просвета кишечной трубки. Для того чтобы края слизистой кишки плотно прилегали друг к другу, необходимо (при проведении лигатур слева направо) делать на левой стороне раны выкол, а на правой — вкол на самой границе слизистой.

Мы применяем другой способ зашивания разрывов прямой кишки. Зашивать начинаем, как и при предыдущем способе, с угла разрыва. Для швов берем тонкий шелк. Лигатуру проводим через слизистую кишки так, чтобы после завязывания узел лежал на слизистой в просвете кишечной трубки. Для этого иглу вкалываем на одной стороне разрыва, например, на правой, со стороны слизистой и выводим наружу под слизистую; на другой же стороне иглу вкалываем со стороны подслизистой, а выводим со стороны слизистой. Длинную лигатуру оставляем в просвете кишки. Следующие лигатуры проводим таким же образом. При этом нужно каждую уже завязанную лигатуру при проведении следующей не подтягивать вверх, как это делают обычно, а наоборот, оставлять ее свисающей (рис. 273).

После того как со стороны слизистой кишка зашита на всем протяжении, накладываем шов на концы жома заднепроходного отверстия. Этот шов захватывает концы кольцевой мышцы, которые после разрыва ретрагировались и скрылись в глубине. Их нужно извлечь небольшой круто изогнутой иглой, которую вкалываем на одной стороне и круто выкалываем у края раны на этой же стороне; на другой стороне проделываем то же самое (рис. 274 и 275). После того как слизистая прямой кишки зашита, мы соединяем наиболее глубокий слой раны рядом погружных тонких кетгутовых швов, которые слегка захватывают мышечный слой кишки вместе с окружающей клетчаткой. Таким образом, разрыв третьей степени превращается в глубокий разрыв второй степени. Шелковые лигатуры, которыми при этом методе была зашита прямая кишка, лежат, следовательно, в просвете кишечной трубки и по окончании операции свисают в виде пучка из заднепроходного отверстия. В послеоперационном периоде они постепенно прорезываются. Вследствие того, что узел лежит в просвете кишки, лигатуры также прорезываются и постепенно выходят наружу. Этим методом мы пользовались на протяжении всей своей хирургической деятельности как

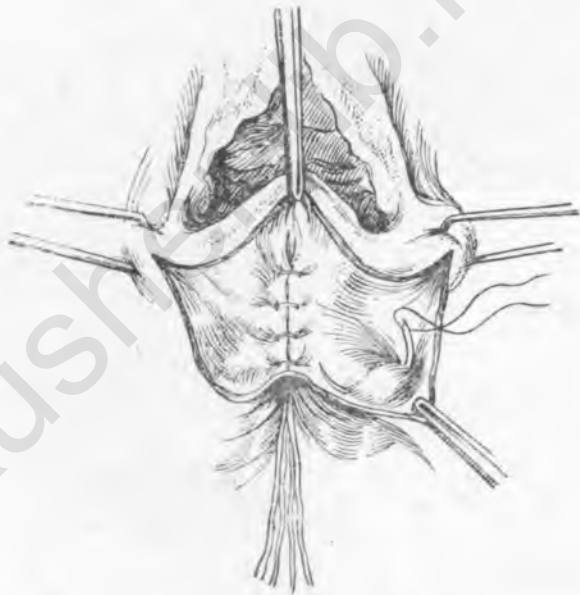


Рис. 274. Операция старого полного разрыва промежности. Небольшой круто изогнутой иглой, снабженной лигатурой, извлекают из глубины ретрагировавшийся конец жома заднепроходного отверстия.

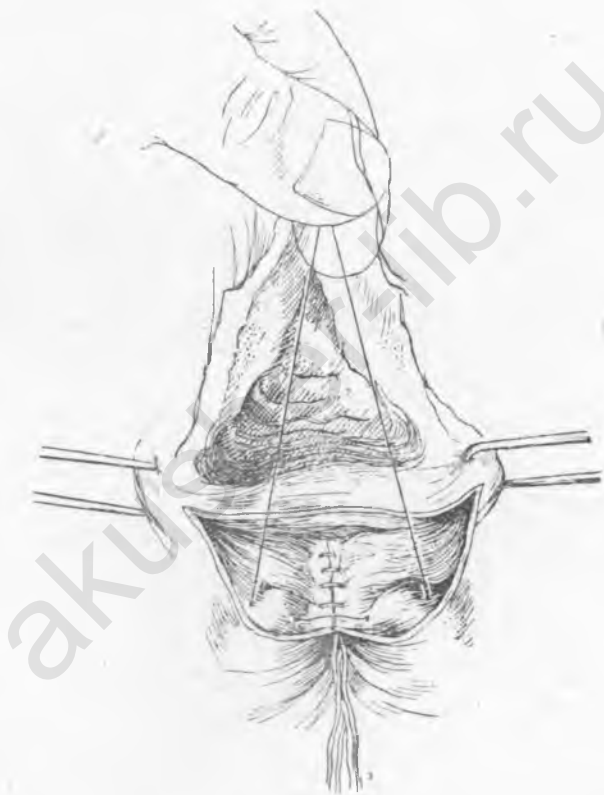


Рис. 275. Операция старого полного разрыва промежности. Оба конца разорванного жома захвачены лигатурой.

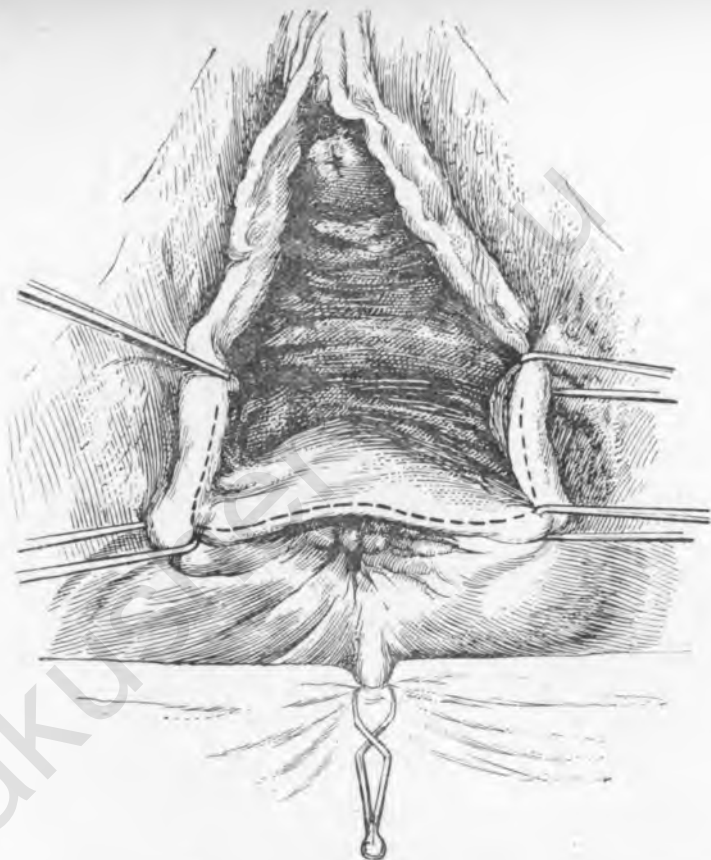


Рис. 276. Операция старого полного разрыва промежности. Пунктиром обозначена линия разреза, применяемого при больших разрывах.

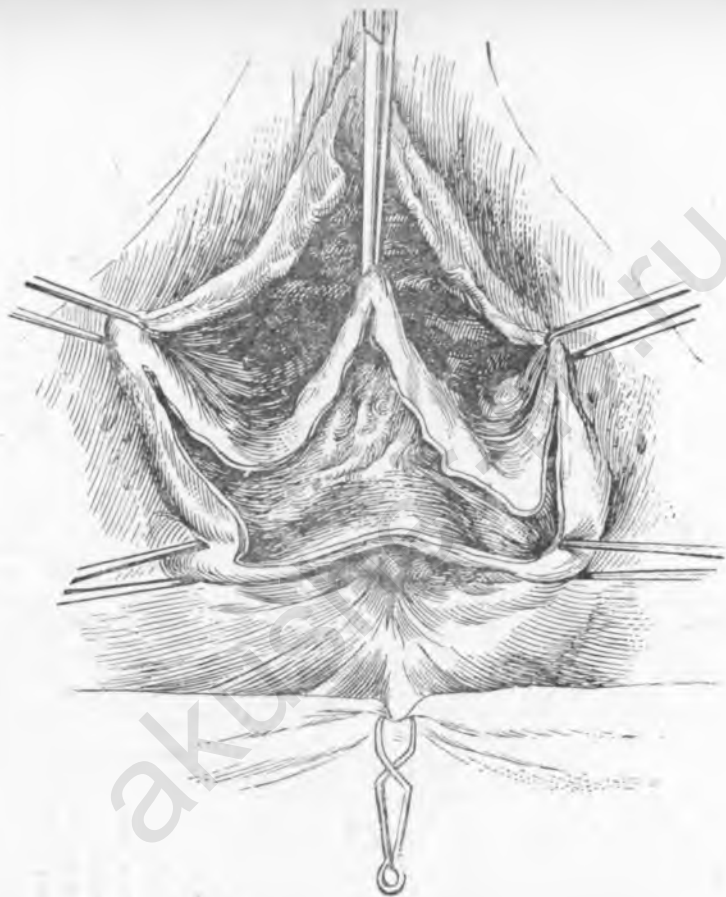


Рис. 277. Операция старого полного разрыва промежности. Расщепление рубцов из разреза, показанного на рис. 276.

в свежих случаях, так и при операциях старого разрыва третьей степени и неизменно получали хорошие результаты.

Преимущества рекомендуемого метода особенно велики при зашивании свежих полных разрывов промежности, когда операция производится не в плановом порядке, а тогда, когда произойдут роды, т. е. тогда, когда отечность тканей, послеродовые кровотечения, а нередко недостаточность ассистенции затрудняют проведение швов на кишке с той точностью, которая необходима при применении первого способа. Второй, рекомендуемый нами способ такой точности не требует и в то же время дает хорошие результаты.

После того как разрыв прямой кишки и жома заднепроходного отверстия зашит, остается зашить освеженные (благодаря расщеплению рубцов) поверхности влагалища и промежности.

Если рубцы, возникшие в результате полного разрыва, захватывают влагалище и промежность на большом протяжении, то разрез, изображенный на рис. 270, является недостаточным. В этих случаях мы удлиняем разрез, продолжив его с обоих концов вверх, как это изображено на рис. 276. Из этого же разреза мы производим и расщепление рубцовой ткани (рис. 277) до полной мобилизации стенок влагалища прямой кишки, концов мышечного кольца заднепроходного жома и кожи промежности. При избытке рубцовой ткани в области влагалища или промежности приходится иногда иссекать излишек. В остальном операция не отличается от вышеописанной.

Ведение послеоперационного периода. Оно в значительной мере отличается от обычного прежде всего тем, что применение газоотводной трубки или клизмы категорически запрещается в течение всего послеоперационного периода. Следует избегать и самостоятельного стула, особенно твердого, ранее 6—7-го дня после операции. Первый стул должен быть мягким или, лучше, полужидким и не слишком обильным. Существующий распространенный обычай давать опий с целью задержки первого стула в корне неправилен, так как это может повести к образованию твердых каловых масс, которые могут повредить заживлению кишки и особенно жома. Такое мероприятие совершенно излишне, так как после гинекологических операций, чтобы добиться стула, обычно приходится прибегать к слабительному или клизме. В этих случаях все внимание мы сосредоточиваем на строжайшей диете, чтобы при первом стуле (на 7-й день после операции) каловых масс было лишь ничтожное количество. Больная первые шесть дней получает у нас сладкую воду или чай, с 4-го дня — бульон без всякой примеси, глюкозу, фруктовые соки, на 6-й день — немного пюре из моркови, яблок. На 7-й день при той же диете больная получает слабительное (вазелиновое масло и, если оно до вечера не подействует, касторовое масло). В последующие дни пищевой рацион постепенно увеличивается. С 10-го дня больная переходит на «слабый» стол, с 12-го дня — на общий. Первые несколько дней больная лежит со сведенными бедрами, свободно поворачиваясь в постели. Уход за промежностью такой же, как при всех пластических операциях на промежности. На 6—7-й день снимаем шелковые швы с кожи промежности. Как уже говорилось, шелковые швы, которыми зашита прямая кишка, мы не удаляем, а они отходят постепенно сами. Больной после операции полного разрыва промежности разрешаем подниматься с постели сравнительно поздно (на 10—12-й день).

СВИЩИ ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ (РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫЕ)

Прямокишечно-влагалищные свищи, как и пузырьно-влагалищные свищи, мы подразделяем на акушерские и гинекологические.

Акушерские прямокишечно-влагалищные свищи чаще образуются после зашивания полного разрыва промежности и большей частью располагаются в нижнем отделе задней влагалищной стенки. Гинекологические прямокишечно-влагалищные свищи локализуются чаще в верхнем отделе влагалища и образуются в результате ранения при гинекологических операциях; реже они возникают при длительном давлении влагалищного pessaria, разрыве влагалища при половом акте, повреждении при попытке произвести криминальный аборт и пр. Туберкулезные повреждения нижнего отдела прямой кишки также могут повести к образованию прямокишечно-влагалищного свища. Особенно тяжелые свищи возникают при запущенном раке шейки матки, влагалища, прямой кишки, а также в результате лечения этих заболеваний лучистой энергией, главным образом радием.

Признаки прямокишечно-влагалищного (калового) свища: больная не удерживает кишечных газов и жидкого стула, а при больших свищах не удерживает и твердый кал. Под влиянием раздражающего действия кишечного содержимого покровы наружных половых органов и слизистая влагалища нередко воспалены, появляется экзема, зуд и пр. Особенно тяжело страдает больная при сочетании калового и мочевого свищей.

Распознавание прямокишечно-влагалищного свища обычно трудно. Патогноматичен уже сам по себе симптом — недержание газов и кала. Исследование производится ложкообразными влагалищными зеркалами, при помощи которых осматривают стенки влагалища, сначала в области сводов, а затем, оставив подъемник в своде, медленно извлекают наружу заднюю ложку и в это же время внимательно и систематически осматривают заднюю стенку влагалища со всеми ее складками. При этом обычно легко обнаруживают отверстие свища. При большом свищевом отверстии, если оно не закрыто каловыми массами, видна кайма слизистой оболочки более темной окраски, нежели окраска слизистой влагалища — это выпячивающаяся слизистая прямой кишки. Ясно, что маленький свищ труднее обнаружить, особенно трудно при наличии маленького отверстия во влагалище определить ход и расположение свища в прямой кишке. В этих случаях приходится прибегнуть к зондированию свищевого хода: в обнаруженное на задней влагалищной стенке свищевое отверстие вводят тонкий из гнувшегося металла пуговчатый зонд и, осторожно маневрируя им в разных направлениях, продвигают его в глубину до тех пор, пока конец зонда не проникнет в прямую кишку, где его ощутит палец,

введенный в прямую кишку. Если свищ находится вблизи заднепроходного отверстия, зонд можно легко вывести наружу. Для диагностики свища можно ввести в прямую кишку окрашенную жидкость и проследить ее появление во влагалище, хотя в этих случаях применение такого метода менее удобно, чем при пузырьно-влагалищных свищах. Ценным диагностическим методом, в особенности для точного определения места расположения свища, является ректоскопия.

Наличие калового свища, возникшего вследствие повреждения кишки при операции, распознают обычно на 3—4-й день после операции, когда больной будет сделана очистительная клизма. Если поврежденная кишка была зашита, то несостоятельность швов обнаруживается лишь к концу первой или на второй неделе после операции.

Хотя и наблюдаются случаи самопроизвольного заживления прямокишечно-влагалищного свища, однако рассчитывать на это едва ли следует. Обычно такие свищи не заживают, а единственным методом их лечения является операция. Но к операции не следует приступать до тех пор, пока не окончатся рубцевание свища и не исчезнут полностью окружающие его грануляции, которые могут быть источником инфекции свежей раны. Подготовка больной к операции калового свища такая же, как и подготовка к операции полного разрыва промежности и прямой кишки (см. выше).

Тицовыми методами операции является метод расщепления и метод иссечения рубца, причем первый имеет в настоящее время наибольшее распространение.

Операции прямокишечно-влагалищных свищей, расположенных в самом нижнем отделе влагалища или в его преддверии. Эти операции являются наиболее благодарными. Методика операции сравнительно проста. Она заключается в рассечении стенки прямой кишки, заднепроходного отверстия и всей промежности от свищевого отверстия, т. е. сводится к созданию полного разрыва промежности третьей степени. Рассечение можно сделать по желобоватому зонду, проведенному через свищевое отверстие во влагалище и выведенному наружу через заднепроходное отверстие (рис. 278). После этого стенку прямой кишки на месте свища со всех сторон отделяют острым путем от стенки влагалища, с которой она связана рубцами. При этом отделении должна быть достигнута полная подвижность стенки кишки так, чтобы края дефекта в кишке могли быть соединены без натяжения. Прямую кишку, заднепроходной жом, влагалище и промежность зашивают так же, как и при свежем полном разрыве влагалища и промежности третьей степени (см. рис. 272 и 273).

При неполной функции жома заднепроходного отверстия необходимо выделить не только стенку фистулезной кишки из рубцов, но и разошедшиеся и втянувшиеся в глубину концы круговой мышцы заднепроходного жома. Кроме укрепления жома, в подобных случаях нередко приходится делать и пластику плохо зажившей промежности.

Методика операции каловых свищей, расположенных в среднем или в верхнем отделе влагалища. Принцип операции состоит в расщеплении краев рубцовой ткани и отделении стенки кишки от стенки влагалища вокруг свищевого отверстия. Это отделение производят на таком протяжении, чтобы стенка кишки стала достаточно подвижной в области свища и чтобы края его могли быть соединены без всякого натяжения. Для того чтобы дойти до рубца и произвести расщепление рубцовой ткани в области свища, необходимо прежде всего разрезать влагалищную стенку. Разрез может быть продольным: начинается он на 1—2 см выше верхнего края свищевого отверстия и идет до

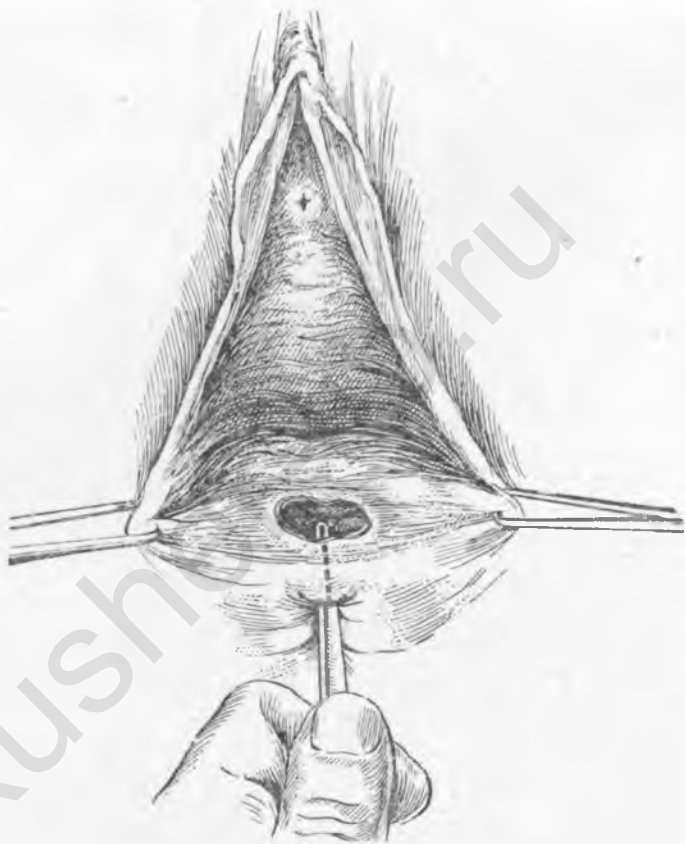


Рис. 278. Операция прямокишечно-влагалищного свища, расположенного в области преддверия влагалища. Рассечение жома заднепроходного отверстия, промежности и прямой кишки вплоть до свищевого отверстия и создание таким образом подобия полного разрыва промежности.

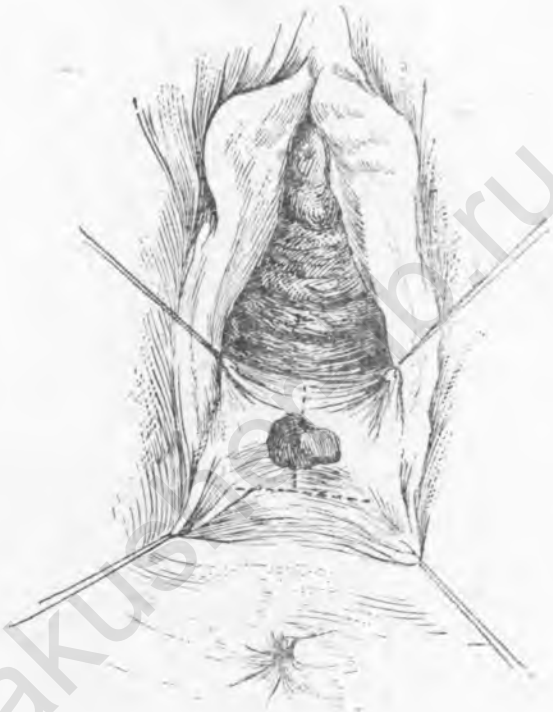
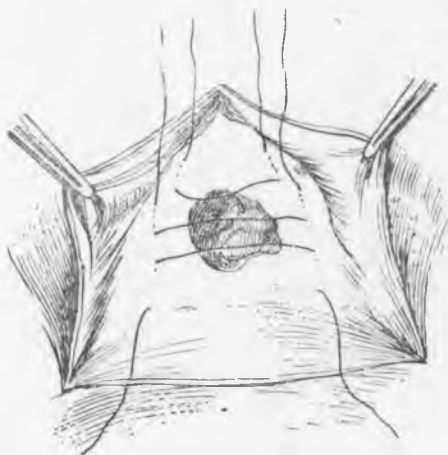


Рис. 279. Операция прямокишечно-вагинального свища, расположенного в среднем или нижнем отделе влагалища. Обнажение свища во влагалище при помощи 4 лигатур. Пунктиром обозначена линия разреза на задней влагалищной стенке.

середины этого края, затем обходит края свища с обеих сторон до середины его нижнего края и отсюда идет вниз, тоже не доходя на 1—2 см до края. Из этого разреза расщепляют в обе стороны рубцовую ткань и отделяют стенки влагалища от стенок прямой кишки. Д. Н. Атабеков предлагает при локализации свищевого отверстия в верхнем отделе влагалища, почти у свода делать Т-образный разрез, дающий более широкий доступ к свищевому отверстию в кишке. При локализации свищевого отверстия в нижнем отделе влагалища Д. Н. Атабеков советует применить тот же Т-образный разрез, но в перевернутом виде (рис. 279).

После того как рубцовая ткань будет расщеплена настолько, что стенка кишки станет достаточно подвижной, приступают к наложению швов (мы,



как и многие другие, применяем для швов тонкий, но достаточно крепкий кетгут, некоторые хирурги применяяют тончайший шелк). Швы проводят не насквозь через всю стенку кишки, а только через мышечный слой, не прокалывая слизистую оболочку (рис. 280). После того как отверстие в кишке будет зашито, зашивают влагалищную рану; края раны в области влагалищного свищевого отверстия можно иссечь отдельно.

После того как рубцовая ткань вокруг свища так тонка, что расщепление ее затруднено, то разрез проводят не у самого края свищевого отверстия, а несколько отступая от него, оставив, таким образом, вокруг свищевого отверстия манжетку из слизистой влагалища. При наложении погружных швов эта манжетка будет вворачиваться в просвет кишки и явится как бы пробкой, закрывающей дополнительно отверстие в кишке изнутри.

Следует подчеркнуть, что выбор метода операции калового свища должен в значительной мере основываться на учете в каждом отдельном случае его особенностей (происхождение свища, место, где он расположен, размеры, характер и распространенность окружающей свищ рубцовой ткани), а равно и на учете других сопутствующих условий, как, например, свободный или, наоборот, затрудненный доступ к свищевому отверстию со стороны влагалища и т. п.

Основным методом операции прямокишно-влагалищных свищей все же является подход к свищевому отверстию со стороны влагалища, расщепление рубцовой ткани между свищевыми отверстиями в прямой кишке и во влагалище, мобилизация стенки кишки на достаточном протяжении вокруг дефекта и изолированное зашивание обоих отверстий — в кишке и во влагалище.

Следует подчеркнуть, что выбор метода операции калового свища дол-

ЛИТЕРАТУРА

М а н д е л ь ш т а м м А. Э., Новый универсальный способ зашивания ректо-вагинальных свищей, Акушерство и гинекология, № 3—4, 1940.

Ш у с с е р А. А., О свищах прямой кишки, Акушерство и гинекология, № 2, 1938.

ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ С ЦЕЛЬЮ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

За 40 лет хирургической деятельности мы ни разу не произвели операцию искусственной стерилизации как самостоятельную операцию, имеющую целью прекращение детородной функции. Да и трудно себе представить, какое заболевание или какая хроническая болезнь могла бы вызвать необходимость чревосечения для того лишь, чтобы искусственно стерилизовать больную. Мы уверены, что в Советском Союзе нет гинеколога или хирурга, у которого была бы на совести подобная операция. Речь может идти только о производстве хирургической стерилизации как операции дополнительной, производимой попутно с основной операцией, имеющей целью устранение болезненного состояния, требующего для своего излечения чревосечения. Только тогда, когда та или иная патология требует хирургического вмешательства путем чревосечения и если одновременно имеются неоспоримые показания к стерилизации больной, на что она безоговорочно согласна, только тогда возникает вопрос о перевязке маточных труб.

В практике акушера-гинеколога такой вопрос может возникнуть, например, при производстве кесарева сечения при узком тазе. Но и при абсолютно узком тазе кесарево сечение не обязательно должно сопровождаться стерилизацией. Ведь если женщина согласна, то кесарево сечение при последующей беременности может быть произведено вновь. Подобные факты хорошо известны и не раз наблюдались в нашей практике. Среди редких случаев, когда при кесаревом сечении стерилизация действительно показана, чаще всего имеются тяжелые болезни сердца, легких, почек и т. п. Впрочем, и в подобных случаях, как, например, при операции, когда больная находится в тяжелом состоянии сердечной декомпенсации, от стерилизации приходится даже отказаться, чтобы ни на минуту не затягивать операцию и как можно скорее снять больную с операционного стола. Роды и родоразрешение через естественные родовые пути после операции по поводу мочеполового или ректо-вагинального свища таят в себе опасность рецидива свища. В подобных случаях показано кесарево сечение; что же касается вопроса о попутной стерилизации, то и здесь мы не считаем обязательной перевязку труб. При желании или согласии женщины детородная функция ее может быть сохранена, и в последующем при доношенной беременности можно будет повторно применить кесарево сечение.

Стерилизация может быть показана при операции полного выпадения матки у женщины, имеющей детей, особенно, если больная находится в возрасте, близком к климактерическому. Показанием к стерилизации нельзя признать внематочную беременность; хорошо известно, что после бывшей внематочной беременности может наступить нормальная маточная беремен-

ность и нормальные роды. Если даже во время операции вторая труба окажется в состоянии воспаления, то это не исключает возможности выздоровления, если же труба настолько изменена, что нормальная функция не может быть восстановлена (сактосальпинкс, гематосальпинкс), то здесь может быть показана не искусственная стерилизация, а экстирпация такой трубы.

Если вопрос о стерилизации возникает в связи с прерыванием беременности поздних сроков по медицинским показаниям, то мы лично считаем, что прибегать к «малому кесаревому» сечению лишь для того, чтобы перевязать трубы в тех случаях, когда матку можно опорожнить при помощи менее серьезной операции, не следует.

В конце концов, ведь можно прибегнуть к применению противозачаточных средств, если состояние здоровья женщины таково, что ей нельзя иметь ребенка. Хотя применение противозачаточных средств, конечно, не вполне гарантирует, но все же при применении правильно подобранных средств способ является довольно эффективным и, что важнее всего, он совершенно безопасен, чего нельзя сказать о хирургическом методе (Е. М. Шварцман).

Ограничиваясь здесь этими краткими указаниями, мы хотели только лишний раз подчеркнуть, что к решению вопроса об искусственной стерилизации женщин следует подходить крайне осторожно; при оценке медицинских показаний, кроме того, надо соблюдать все необходимые формальности.

Что касается юридической стороны вопроса о показаниях к стерилизации женщины хирургическим путем, то на это имеется распоряжение по Народному комиссариату здравоохранения СССР № 303 от 7/VII 1939 г.

«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 тяжелых 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 показаниям, таковая допускается после тщательного обследования данной больной в порядке консилиума из 3 врачей соответствующих специальностей (с непременным участием специалиста акушера-гинеколога), заключение которых должно быть оформлено посредством записи в истории болезни за подписью всех консультантов.

Методика хирургической стерилизации женщины. Хирургические методы, имеющие своей целью «временную» стерилизацию женщины, мы отвергаем полностью, так как там, где эта необходимость диктуется временным болезненным состоянием женщины, можно, повторяем, избежать беременности, применяя противозачаточные средства различными способами. Обычно операция производится на маточных трубах; для этой операции был предложен ряд способов.

Простейшим способом для стерилизации является перевязка труб лигатурой. Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показали ненадежность этого способа, так как проходимость труб может восстановиться. Ненадежным является и простое иссечение части трубы и даже их полное удаление, если оставшиеся культы не будут так перитонизированы, чтобы между ними образовалась непроходимая преграда. Нам-

большее значение при операции на маточных трубах с целью стерилизации имеет не величина иссекаемого отрезка трубы, а способ перитонизации оставшейся трубной культы. Особенно важно надежно закрыть выход из матки через маточные отверстия труб. Лучше всего это достигается клиновидным иссечением из углов матки истмической части труб. Эту операцию мы производим следующим образом.

Техника операции. Матка выводится в брюшную рану, где удерживается либо рукой (после кесарева сечения), либо лигатурой, которой прошивается дно матки. В центре брюшной раны устанавливают угол матки, соответствующий той маточной трубе, с которой начинают операцию. Резекцию производят в истмической части трубы; иссекают отрезок длиной в 2 см. Кровеносные сосуды, снабжающие трубу, проходят в брыжейке непосредственно под трубой и параллельно ей. Для того чтобы при иссечении истмической части трубы кровотечение было минимальным, мы стараемся не перерезать эти сосуды, а поступаем следующим образом: захватив трубу двумя пальцами и натянув ее, анатомическим пинцетом пробуравливаем брыжейку трубы непосредственно под трубой, а именно между ней и трубной артерией. Таким образом, мы отделяем тупым путем трубу от брыжейки, не повреждая при этом параллельно идущего сосуда. Через отверстие в брыжейке трубы пинцетом проводится кетгутовая лигатура, которой перевязывают трубу (рис. 281). Медиально от лигатуры перерезают трубу, неперевязанный ее конец захватывают пинцетом или зажимом. Затем тупым или острым путем (рис. 282) ее отделяют от брыжейки по направлению к матке. Из угла матки вырезают клиновидный кусочек ткани, содержащий истмическую часть трубы. При этом следует производить иссечение так, чтобы не вскрыть полость матки.

Наложив две кетгутовые лигатуры, соединяют края маточной раны (рис. 283). Затем перитонизируют, т. е. погружают под складку брюшины дистальный конец перерезанной трубы, который перевязывают длинной кетгутовой лигатурой (рис. 284). Чтобы культя трубы не выскользнула из-под складки брюшины, мы производим перитонизацию культы той же лигатурой, которой была перевязана культя. Один длинный конец этой лигатуры, вдетый в тонкую иглу, мы проводим через круглую маточную связку, а другой — через складку брюшины брыжейки маточной трубы (рис. 285). Когда лигатура завязывается, культя трубы погружается под складку брюшины.

В тех случаях, когда при затянувшейся основной операции ухудшается общее состояние больной, стерилизацию необходимо закончить в кратчайший срок, можно применить перевязку трубы следующим способом: маточную трубу в средней части захватывают пинцетом и подтягивают кверху так, чтобы она перегнулась под прямым углом и чтобы образовалась петля. На расстоянии примерно в 1,5 см от конца пинцета, которым приподнята середина трубы, образовавшуюся петлю трубы раздавливают подобно червеобразному отростку при аппендэктомии, крепким зажимом или специальным энтеротрибом. Зажим снимают, трубу на разможенном участке перевязывают крепкой лигатурой. Для успеха операции считают необходимым подвергнуть разможению не только стенки трубы, но и небольшой участок ее брыжейки, лежащей в углу петли. Заканчивая этот раздел, надо еще раз подчеркнуть необходимость очень строгого подхода к хирургической стерилизации женщины и без наличия абсолютных показаний не производить эту операцию, памятуя, что все условия, заставляющие женщину в редких случаях просить об этой операции, могут коренным образом измениться и у нее появится желание иметь ребенка.

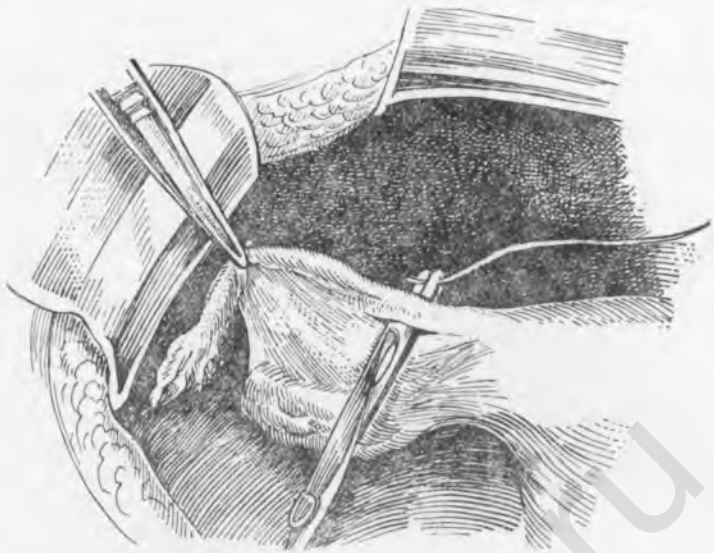


Рис. 281. Стерилизация труб. Иссечение истмической части маточной трубы. Через отверстие в брыжейке трубы проводят лигатуру.

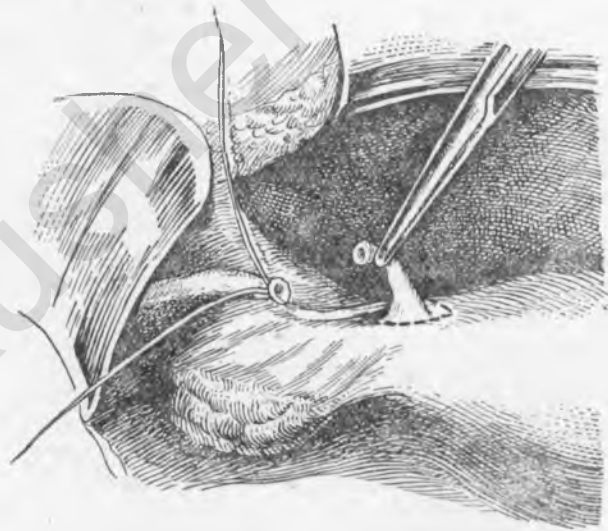


Рис. 282. Стерилизация труб. Иссечение истмической части маточной трубы. Труба перерезана; латеральный конец ее перевязан лигатурой. Лигатура не укорочена и оставлена длинной. Медиальный конец трубы захвачен зажимом и выделен из брыжейки по направлению к углу матки. Пунктиром обозначено место иссечения клиновидного кусочка ткани, содержащего истмическую часть маточной трубы.

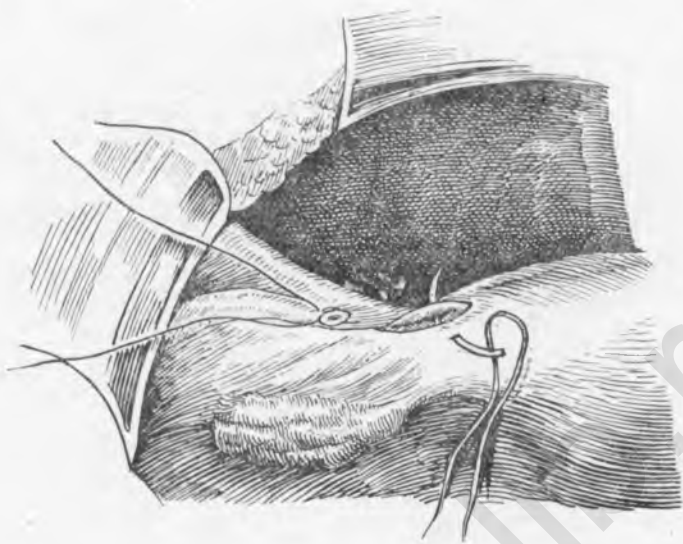


Рис. 283. Стерилизация труб. Иссечение истмической части маточной трубы. Наложение швов на рану в углу матки.

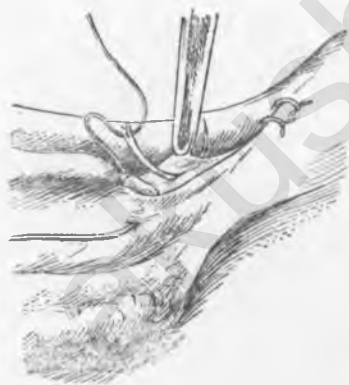


Рис. 284. Стерилизация труб. Иссечение истмической части маточной трубы. Рана в углу матки зашита. Перевязанный той же лигатурой латеральный конец маточной трубы погружается под брюшину мезосальпинкса.

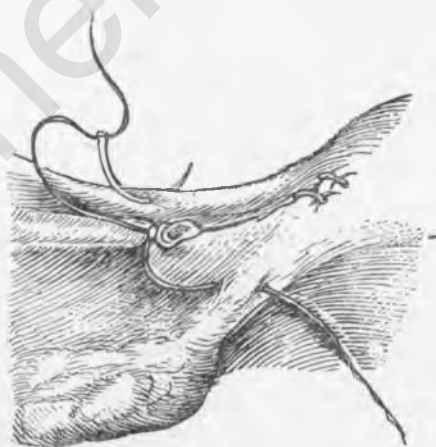


Рис. 285. Стерилизация труб. Иссечение истмической части маточной трубы. Другой способ перитонизации латерального конца маточной трубы: один конец лигатуры (которой перевязана маточная труба), вдетый в иглу, проводится через круглую маточную связку, а другой — через складку листка брюшины брыжейки маточной трубы.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л., Стерилизация женщины хирургическим путем, глава в сборнике «Противозачаточные средства» под ред. Е. И. Кратера, Изд. Охраны материнства и младенчества, 1926.
- Голяницкий И., К вопросу об операции, предупреждающей беременность, Врачебная газета, № 21, 1925.
- Груздев В. С., Хирургическая стерилизация женщины, Журнал акушерства и женских болезней, № 4, 1927.
- Касогледов В., Об операции, предупреждающей беременность по способу проф. И. Голяницкого, Врачебная газета, 1927.
- Козинский Б. А., Сравнительная оценка хирургических методов стерилизации женщин, Труды VIII съезда акушеров-гинекологов, Киев, 1930.
- Селицкий С. А., Хирургическая стерилизация женщины при акушерской патологии, Иваново, 1934.
- Смирнов Г., Показания и условия к производству хирургической стерилизации женщины, Труды I Областного совещания акушеров-гинекологов Ивановской области, Иваново, 1933.
- Смирнов Г., Хирургическая стерилизация женщины по материалам Костромской больницы за 6 лет, Иваново, 1933.
- Фейнберг В., Стерилизация женщины по способу одного шва, Врачебная газета, № 21, 1929.
- Сборник распоряжений, положений и инструкций по работе акушерско-гинекологических учреждений. Издание Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, Л., 1947.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ¹

Если настойчиво и систематически проведенное консервативное лечение не дало желаемого результата и функциональное исследование маточных труб обнаруживает попрежнему их непроходимость, а рентгеновские снимки (метросальпингография) точно указывают место, где расположено препятствие, то возникает вопрос об оперативном лечении бесплодия. Оперативный способ дает возможность при вскрытии брюшной полости установить характер изменений, которые могут быть в данном случае причиной бесплодия, и устранить их путем рассечения спаек и освобождения труб из сращений, приведения матки в надлежащее положение и восстановления утраченного сообщения между полостью матки и яичниками.

Подобно Л. Л. Окинчицу, мы различаем четыре группы операций, которые можно произвести на маточных трубах, в зависимости от локализации патологического процесса, приведшего к их непроходимости. Важно отметить, что при трубном бесплодии поражения труб нередко бывают двусторонними и непроходимость каждой трубы может располагаться на различных уровнях. В результате иногда приходится одновременно делать на обеих трубах разные операции. Для успеха операции важно, чтобы развитие воспалительного процесса, который привел к непроходимости, полностью прекратилось и к моменту операции оставались одни лишь последствия бывшего воспаления.

К первой группе относятся операции, состоящие в освобождении труб от сращений (сальпинголизис). Сращения, спайки могут сделать трубу непроходимой путем перетяжек и перекручивания ее. Освобождение труб от сращений может восстановить нормальную функцию трубы только в том случае, если ее слизистая и мышечная оболочки не были поражены воспалительным процессом. На это можно рассчитывать лишь тогда, когда тазовый перитонит, приведший к образованию сращений вокруг придатков матки, возник на почве аппендицита или воспаления нижних отделов кишечника. При тазовых сращениях, возникших на почве первичного воспаления матки и придатков, операция сальпинголизиса может явиться лишь дополнительной операцией.

Сращения могут образоваться и после какой-нибудь гинекологической операции. Поэтому если у ранее оперированной женщины, не болевшей воспалением придатков, обнаруживается непроходимость труб и консервативное лечение безрезультатно, то можно предположить, что причиной непроходимости труб являются спайки, которые можно удалить оперативным путем.

¹ См. главу о «Бесплодии» в первой части руководства.

Однако мы не являемся сторонниками широкого применения хирургического метода лечения трубного бесплодия и прибегаем к сальпинголизису для восстановления проходимости маточных труб лишь тогда, когда, помимо спаек, вокруг придатков имеются еще и другие недочеты, требующие хирургического вмешательства, например, фиксированная ретрофлексия матки и т. п.

Техника сальпинголизиса. В техническом отношении сальпинголизис не отличается от гинекологических операций, производимых брюшностеночным путем, в тех случаях, когда вокруг матки и придатков имеются сращения. Бережность, с которой всегда следует разъединять спайки и сращения между брюшными органами, здесь должна быть особенно соблюдена, чтобы не травмировать пораженную трубу и яичник. Ввиду того что операцию восстановления проходимости труб производят только при остаточных явлениях хронического воспаления и при наличии плотных сращений, разделять их надо ножницами по возможности под контролем глаза. Если же придатки на значительном протяжении припаяны к пристеночной брюшине прямокишечно-маточного углубления или к заднему листку широкой связки, то разделение начинают тупым путем. Двумя пальцами входят в глубину таза позади приращенных придатков и осторожными пилящими движениями концов пальцев отделяют яичник с распластанной на нем трубой, выводят обычно сращенные между собой придатки и лишь после этого острым путем рассекают спайки вокруг придатков и особенно вокруг трубы. Лучшим способом предупредить возникновение сращений после операции является именно бережное разделение спаек и тщательный гемостаз.

После того как придатки будут высвобождены из сращений, необходимо убедиться в проходимости трубы на всем ее протяжении. Для этого предложено много способов. Так, например, предлагали проверять проходимость труб тонким зондом, введенным в брюшное отверстие трубы. Этот метод небезопасен, так как зондом можно создать ложный ход. Ложный ход возникает тем легче, чем тоньше зонд, а зонд, который может пройти через маточный конец трубы, не толще конского волоса. Поэтому во время чревосечения целесообразнее сделать продувание трубы (рис. 286), однако этот способ также не лишен недостатков. По мнению Окинчица, он слишком громоздок. Более простым способом проверки проходимости трубы, освобожденной от сращений, является вдвухание воздуха через брюшное отверстие трубы, которое производят при помощи 10-граммового шприца. Считая это вмешательство менее опасным, чем зондирование, Л. Л. Окинчиц и в нем все же находит недостаток, который заключается в том, что ввести шприц в отверстие трубы без иглы довольно трудно; кроме того, чтобы фиксировать шприц, не давая воздуху выйти обратно, надо сильно сдавить трубу, что травмирует слизистую оболочку последней. Все же этот метод мы считаем наиболее приемлемым.

Вторая группа операций состоит в образовании искусственного отверстия в закрытом брюшном конце трубы и носит название **сальпингостомии** (сальпинго-стоматомия или сальпинго-стоматопластика). Производить эти операции при гидросальпинксе не целесообразно, так как в подобных случаях стенка трубы настолько изменена, что восстановление проходимости трубы еще недостаточно для наступления беременности. Перед операцией необходимо исключить наличие инфекции в просвете трубы.

Для образования искусственного отверстия в трубе существует несколько методов: наиболее простым методом является операция **сальпингостомии**.

Техника сальпингостомии. После того как брюшной конец трубы будет выделен из сращений, заращенный конец трубы тщательно обкладывают салфетками, чтобы содержащаяся в трубе жидкость не попала в брюшную полость. Трубу вскрывают у ее заращенного конца и соединяют слизистую оболочку трубы несколькими тонкими кетгутowymi швами с брюшиной, покрывающей трубу (рис. 287). Если конец трубы сильно изменен, его резецируют (рис. 288).

Для того чтобы приблизить новообразованное отверстие к яичнику, была предложена так называемая боковая сальпингостомия: вблизи яичника в расширенном отделе трубы ножницами делают небольшое овальное отверстие. Край слизистой оболочки соединяют с брюшиной трубы тонким кетгутowym непрерывным швом. Ввиду того что созданное

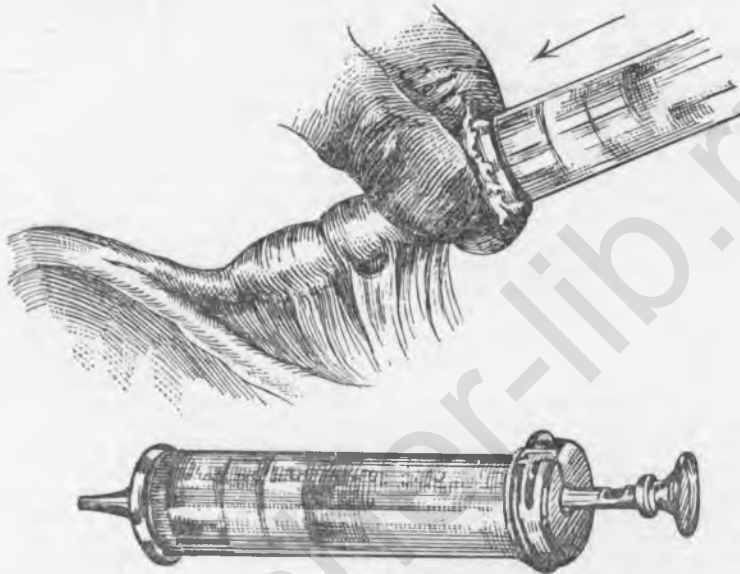


Рис. 286. Операция сальпинголизиса. Проверка проходимости маточной трубы. Вдувание воздуха шприцем через брюшной конец маточной трубы.

отверстие не имеет фимбрий, которые способствовали бы проникновению яйца в трубу, были сделаны попытки производить во вновь образованном отверстии трубы искусственный выворот слизистой оболочки. Чтобы искусственно созданное отверстие в трубе не закрылось, предлагали разные приемы. Так, например, вскрытие запаянной трубы термокаутером, вшивание яичника или его части во вновь созданное отверстие трубы после резекции остальной части яичника и т. д.

Целесообразность этих предложений, впрочем, едва ли доказана. Вообще же операция сальпингостомии, по данным М. С. Сердюкова (1932), дает положительный результат в 21,2% случаев (на 288 операций беременность наступила в 61 случае). По Быкову, процент наступления беременности после сальпингостомии равняется 9, по Ш. Я. Микеладзе — 9—11.

Для успеха операции и предотвращения осложнений необходимо прежде всего тщательный отбор больных для операции со строгим учетом как показаний, так и противопоказаний к хирургическому вмешательству. В противном случае операция может привести к вспышке воспалительного процесса и к его распространению. В результате возможность возникно-

вения беременности уменьшается, и больная может стать на известное время нетрудоспособной.

К третьей группе относятся операции, заключающиеся в пересадке (имплантации) в матку здоровой части трубы после резекции непроходимой части, расположенной в интерстициальной или истмической части трубы. Отсутствие противопоказаний к операции должно быть твердо установлено до операции, показания же к операции точно установить именно в этих случаях нельзя потому, что при облитерации маточного конца трубы метросальпингография не позволяет установить, проходима ли оставшая часть трубы. В этом можно убедиться лишь во время операции, т. е. тогда, когда ампулярная часть трубы находится в руках оперирующего.

Методика операции пересадки в матку здоровой части маточной трубы. Р. В. Кипарский еще с 1922 г. стал применять свой оригинальный способ имплантации трубы.

Операция заключается в том, что на границе между проходимым и непроходимым участком трубы захватывают зажимом и срезают у угла матки; расщеп мезосальпинкса зашивают; в канал проходимой части трубы, подлежащей пересадке, через ее брюшное отверстие вводят закрытый зонд Туманова. Конец зонда выводят из просвета перерезанной части трубы, шапочку зонда снимают и расщепляют конец трубы между раздвинутыми браншами зонда на два лоскута. Специальным инструментом (имплантатором) или узким скальпелем вырезают в углу матки или несколько кзади от него цилиндрический лоскут мышечной стенки матки до проникновения в просвет полости матки; не извлекая канюли имплантатора из сделанного отверстия в матке, проводят через толщу стенки матки иглу, снабженную длинной кетгутовой лигатурой (вкол через заднюю стенку матки, через отверстия в канюле, находящейся в полости матки, и выкол через переднюю стенку матки наружу). Канюлю извлекают и вместе с ней лигатуру, продетую через окошки канюли; петлю извлеченной лигатуры перерезают у канюли и каждый конец перерезанной петли продевают в ушко иглы и пришивают узлом к лоскуту расщепленного края проходимой части трубы; короткие концы лигатур, привязанные к краям лоскутов расщепленной трубы, коротко срезают. Анатомическим пинцетом край трубы с пришитыми к ней двумя лигатурами подводят к отверстию в матке и потягиванием за лигатуры, проведенные через переднюю и заднюю стенки матки, конец трубы втягивают в полость матки; лигатуры связывают на дне матки; несколькими тонкими кетгутовыми нитками пришивают брюшинный покров трубы к брюшному покрову матки и брыжейку пересаженного отрезка трубы — к ребру матки у места имплантации. М. Г. Сердюков, сообщивший в 1932 г. о 10 случаях пересадки трубы в матку, высказывается категорически против метода Кипарского относительно применения им «имплантатора», так как считает, что труба пересаживается в этом случае вслепую. Можно добавить, что зависимость от наличия специального инструментария также снижает ценность метода. Расщепление пересаженной части трубы легко можно сделать ножницами, отверстие в матку — скальпелем, а втягивание трубы в просвет матки — по тому же способу, что при пересадке мочеточника в мочевой пузырь.

Техника операции в наших случаях заключалась в следующем: после вскрытия брюшной полости извлекаем матку и подлежащую пересадке трубу. Трубу высвобождаем из имеющихся вокруг нее сращений. При заращении брюшинного отверстия трубы производим сальпингостомию. В брюшное отверстие трубы вставляем канюлю 10-граммового шприца (без иглы) и впрыскиваем в трубу стерильный физиологический раствор. Чтобы жидкость не выливалась обратно, необходимо пальцами прижать брюшной конец трубы к канюле шприца. Жидкость наполняет проходимую часть трубы и расширяет ее; нерасширенной остается непроходимая часть трубы, граница видна на глаз (рис. 286). Здесь трубу перерезаем, а непроходимый конец трубы иссекаем. При этом на брыжейке трубы перевязываем веточку трубной артерии. Затем в углу матки узким скальпелем вырезаем клиновидный кусочек ткани, достигающий до просвета матки, достаточный для того, чтобы через сделанное отверстие можно было провести проходимый отрезок трубы. При этом для

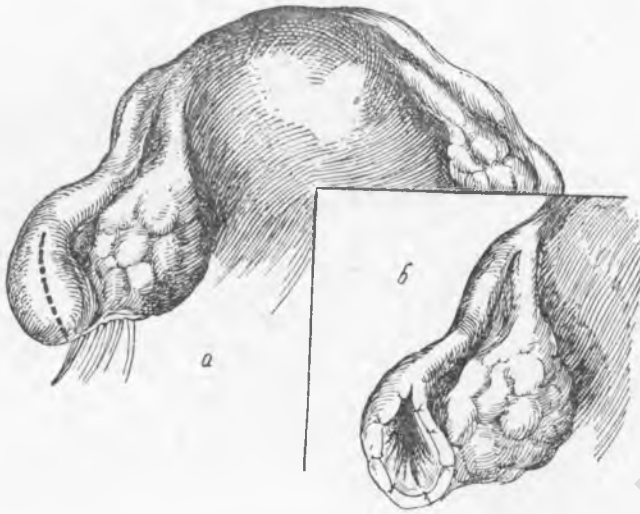


Рис. 287. Операция сальпингостомии.

a — брюшной конец левой маточной трубы зарапнен; пунктиром обозначена линия разреза; *б* — брюшной конец маточной трубы вскрыт; слизистая маточной трубы соединена тонкими кетгутowymi швами с брюшинным покровом маточной трубы.



Рис. 288. Резекция зарапненного брюшного конца маточной трубы.

a — брюшной конец правой маточной трубы зарапнен; пунктиром обозначена линия, по которой производится резекция; *б* — резекция сделана, несколькими тонкими кетгутowymi лигатурами слизистая маточной трубы соединена с брюшинным покровом маточной трубы.

гемостаза приходится перевязывать восходящую веточку маточной артерии.

Маточный конец проходимой части трубы расщепляем на 1 см в длину, благодаря этому получают два маленьких лоскута (рис. 289, *a*). Через каждый лоскут проводим тонкую, но крепкую кетгутовую нитку, оба конца ее вдеты в изогнутые иглы. Сначала эту лигатуру проводим изнутри наружу, через один из лоскутов трубы, затем этой же иглой проводим лигатуру изнутри наружу через стенку матки; другой конец этой лигатуры, снабженный второй иглой, проводим через стенку матки также

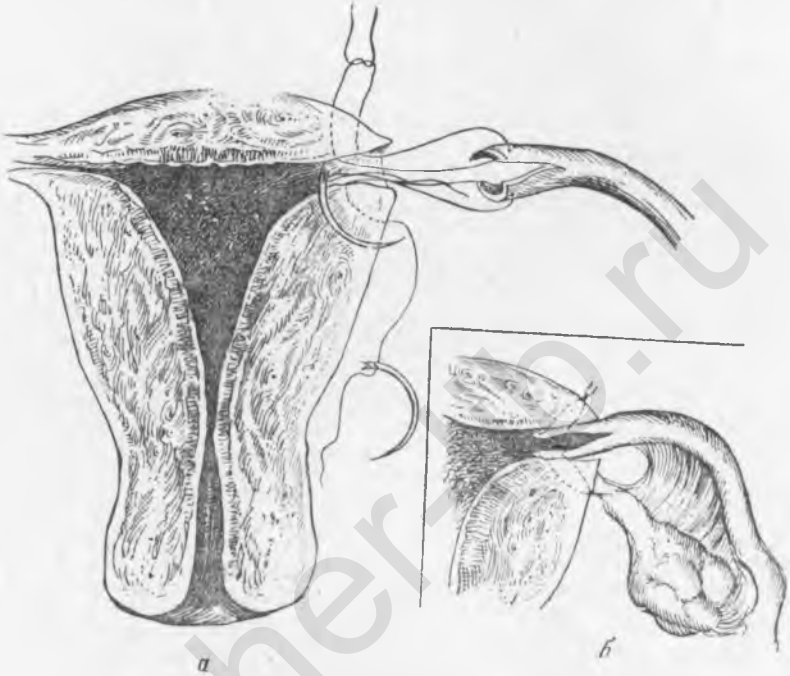


Рис. 289. Имплантация в матку здоровой части маточной трубы после резекции непроходимой ее части.

a — интерстициальная часть маточной трубы иссечена. Маточный конец проходимой части трубы расщеплен в длину, вследствие чего образовались два маленьких лоскута. Через каждый лоскут проведена лигатура, на оба ее конца надето по изогнутой игле. Оба конца лигатуры, проведенной через верхний лоскут, теперь двумя иглами проводят через стенку матки изнутри наружу у верхнего края отверстия в матке и связывают друг с другом. Оба конца второй лигатуры, проведенной через нижний лоскут, таким же образом проводят (изнутри наружу) через стенку матки у нижнего края отверстия в ней; *b* — после того как оба конца второй лигатуры связаны друг с другом, каждый лоскут маточной трубы прилегает к внутренней поверхности матки по обе стороны разреза маточной стенки.

изнутри наружу, вблизи места прокола первой иглы. Таким образом, оба конца лигатуры, проведенные через один лоскут трубы, будут выведены и лягут рядом на наружной поверхности матки. Точно так же поступаем со вторым лоскутом трубы; оба конца проведенной через него лигатуры также будут выведены наружу и окажутся рядом на противоположном краю рассеченной маточной стенки. Оба конца каждой лигатуры завязывают узлом. При затягивании узлов оба лоскута трубы будут втянуты в полость матки. Каждый лоскут будет прилегать по обе стороны расщепа маточной стенки к внутренней поверхности матки (рис. 289, *b*); благодаря этому канал пересаживаемой трубы останется открытым.

При пересадке обеих труб М. Г. Сердюков советует вместо рассечения маточной стенки и прокладывания каналов в обоих углах матки рассекать матку по ее дну от одного до другого угла. Л. Л. Окинчипу такая значительная травматизация матки представляется ненужной и опасной в случае наступления беременности.

О результатах операции судить на основании литературных данных трудно, ввиду сравнительно небольшого числа опубликованных случаев. По Н. В. Маркову (цит. по П. В. Маненкову и С. В. Лейбову), на 58 случаев наступило 10 беременностей, из них одна внематочная, 7 закончились родами и 2 — выкидышами. По Н. Н. Горизонтову, на 53 случая наступило 13 беременностей, из них одна внематочная, 10 закончились срочными родами и 2 — выкидышами. По П. В. Маненкову и С. В. Лейбову, из 9 оперированных у 2 наступила беременность (срок наблюдения от 2 до 7 лет).

К четвертой группе относятся операции пересадки яичника в матку. Показанием к этой операции является отсутствие труб, удаленных при предшествовавших операциях, например, при повторных внематочных беременностях (трубных), или полная облитерация труб на всем протяжении в результате воспалительного процесса.

Мысль о пересадке яичника в матку возникла на основании некоторых клинических наблюдений, которые показали, что в тех случаях, когда при удалении обеих труб интерстициальная часть не удалялась, а труба отсекалась у маточного угла, иногда наступала нормальная маточная беременность. Очевидно, что в этих случаях яйцо случайно попадало непосредственно из лопнувшего фолликула в освободившийся от лигатуры просвет маточного отверстия трубы и отсюда в полость матки. Эти наблюдения натолкнули исследователей на мысль об исключении трубы из акта оплодотворения и приближении яичника непосредственно к полости матки.

Важно отметить, что пересадка яичника в матку целесообразна только в том случае, если сохранена связь яичника с нервами и питающими его сосудами (А. И. Крупский). В противном случае пересаженный яичник рассасывается.

Что касается техники операции, то приходится признать, что, несмотря на немалое количество работ, единства мнений по этому вопросу нет. Вопрос идет о величине пересаживаемой части яичника, с чем связан и вопрос о величине и месте производимого разреза в матке. Далее стоял вопрос, каким слоем помещать пересаживаемый орган по отношению к просвету матки. Первоначальная методика Эстеда заключалась в пересадке части яичника раневой поверхностью в полость матки, а корковым слоем наружу. А. И. Крупский, Л. Е. Гуртовой и др. считали, что попадание яйцевой клетки в полость матки будет затруднено. Поэтому большинство хирургов пересаживали яичник корковым (фолликулярным) слоем в сторону маточного просвета. Окончательно выяснено, что для сохранения функции трансплантата достаточно пересадить часть яичника, а это дает возможность не делать слишком большого отверстия в углу или в дне матки, что могло бы неблагоприятно отразиться на течении беременности и родов, если таковые наступят.

Техника операции пересадки яичника в матку. В нескольких случаях, когда мы много лет назад производили операцию пересадки яичника в матку, мы придерживались техники, которую в свое время рекомендовал М. Г. Сердюков. Особенности ее состоят в следующем: в углу матки (на месте интерстициальной части трубы) вырезают отверстие, которое позволяет внедрить в полость матки около половины яичника (рис. 290, 1). При этом в углу разреза приходится перевязывать восходящую ветку маточной артерии и трубную артерию. Затем острым ножом рассекают яичник в поперечном направлении почти на две равные части; разрез ведут до брыжейки яичника, стараясь не поранить сосуды. Разрезы на обеих половинах яичника зашивают несколькими отдельными тонкими

кетгутowymi нитками (рис. 290, 2). Часть яичника, расположенную ближе к матке, немного отделяют от брыжейки, поворачивают ее наружным концом по направлению к матке и погружают в сделанный в ней разрез. После этого отверстие в матке зашивают, не захватывая в шов погруженную в полость матки часть яичника (рис. 290, 3).

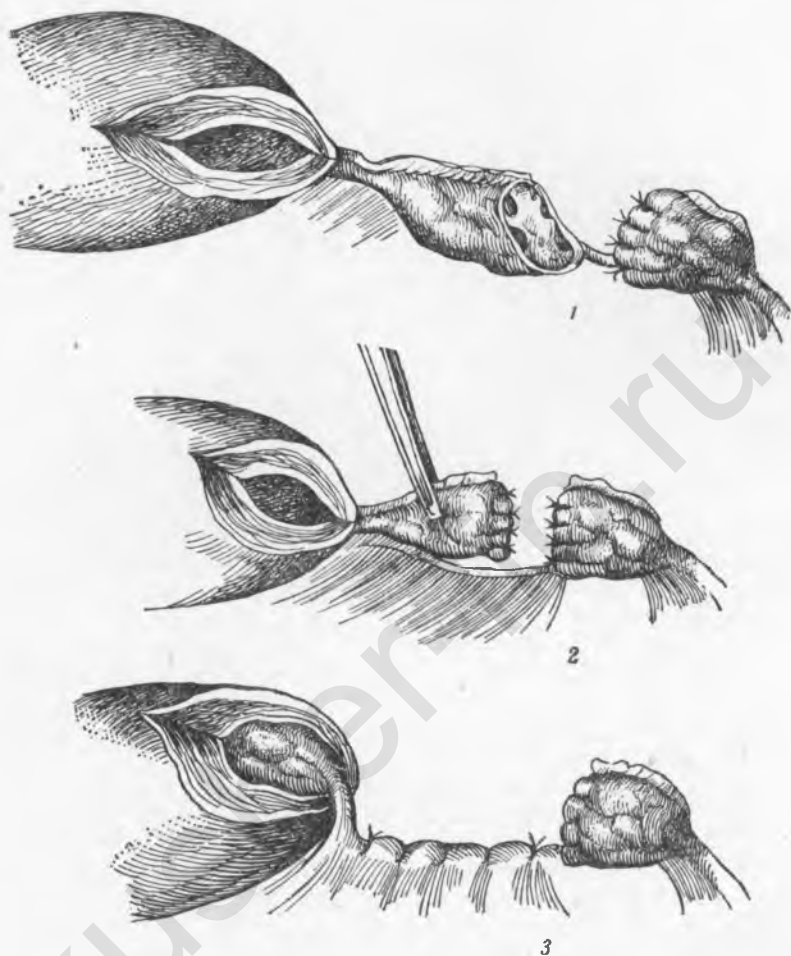


Рис. 290. Операция пересадки яичника в матку.

1 — в углу матки вырезано отверстие, которое позволяет внедрить в полость матки половину яичника, яичник рассечен на две равные части в поперечном направлении; 2 — разрезы на обеих половинах яичника зашиты; 3 — половина яичника, расположенная ближе к матке, немного отделена от брыжейки и погружена в сделанное в матке отверстие.

Тяжелых осложнений после операций в наших случаях мы не видели, но и об отдаленных результатах сведений не имеем.

По данным Г. Ф. Писемского и А. И. Крупского, сообщенным в 1926 г. на VII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов, операция пересадки яичников была произведена ими в 9 случаях. Больных наблюдали от одного месяца до одного года. Беременность ни в одном случае не наступила. Аналогичные данные приводятся О. С. Парсатовым (5 случаев); он наблюдал больных на протяжении 1—2 лет. Эстез проследил отдаленные результаты у 45 из 100 оперированных, причем беременность наступила у 4, что составляет 10%. М. Г. Сердюков также считает, что при этой операции можно

рассчитывать на успех примерно в 10%. Л. Е. Гуртовой из Днепропетровской клиники сообщил о 18 операциях; у 12 больных отдаленные результаты прослежены в течение от 8 месяцев до 1 года 9 месяцев; за этот период ни у одной оперированной беременность не наступила.

Таким образом, результаты операции хотя и варьируют, но в общем они далеко не блестящи. Возможно, здесь играет роль несовершенство техники и методики. Ввиду всего этого мы при установке показаний к этой операции пока еще весьма сдержанны.

Как ни заманчива мысль дать женщине возможность забеременеть путем операции пересадки яичника в матку, все же надо трезво оценить все возможности, которые может дать эта операция. Из вышесказанного видно, что по наиболее оптимистическим данным беременность может наступить в 10%. Не говоря уже о том, что всякая операция чревосечения связана с известным риском, при данной операции могут еще наблюдаться осложнения, связанные с возможным некрозом пересаженного яичника. Поэтому мы отказывались от этой операции в тех случаях, когда у больной после бывших операций, в результате чего она лишилась обеих труб, оставался лишь один яичник. Рисковать сохранившимся яичником или хотя бы частью его при столь ничтожных шансах (10%) на успех, нам казалось недопустимым. В тех случаях, когда от одной трубы оставалась небольшая и даже ничтожная, но проходимая часть, следует, по нашему мнению, предпочесть операцию имплантации остатка трубы в матку с приближением яичника несколькими швами к брюшинному отверстию трубы (естественному или искусственно образованному).

Итак, несмотря на достигнутое во многих случаях устранение причин бесплодия, прогноз хирургического лечения, как мы уже указывали, все же не блестящ и сама операция не лишена опасности. Так, например, при вскрытии запаянной трубы возникает опасность внесения из нее инфекции в брюшную полость; пересадка яичника в матку может закончиться его некрозом или атрофией; в случае успеха не исключена возможность осложнения во время родов (разрыв матки на месте рубца и пр.). Необходимо поэтому хорошо взвесить все данные за и против операции, тщательно исследовать больную, убедиться в отсутствии в организме и половых органах скрытой инфекции и только после этого ставить вопрос о чревосечении. Получить согласие на операцию у больной, жаждущей иметь ребенка, гораздо легче, чем при других показаниях, ибо материнское чувство приобретает подчас такую силу, что женщина готова пойти на любую операцию. Тем осторожнее и тем вдумчивее должен быть врач при решении этого вопроса.

ЛИТЕРАТУРА

- Гуртовой Л. Е., О пересадке яичника в матку, Журнал акушерства и женских болезней, № 5—6, 1932.
- Брауде И. Л., Лечение женского бесплодия, Советская медицина, № 8, 1950.
- Какущкин Н. М., Основные предпосылки к изучению вопроса о женском бесплодии, Труды VII съезда гинекологов и акушеров, стр. 234—237, Л., 1927.
- Кипарский Р. В., Оперативное лечение женского бесплодия, Труды VII съезда гинекологов и акушеров, стр. 837—839, Л., 1927.
- Кипарский Р. В., Оперативное лечение женского бесплодия, Труды VII съезда гинекологов и акушеров, Zbl. f. gyn., № 23, 1926.
- Козинский В. А., Усовершенствование метода операции сальпингостомии и пересадки труб при бесплодии, Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, 1937.
- Крупский А. И., К вопросу о восстановлении способности зачатия путем пересадки яичника в матку, Труды VII съезда гинекологов и акушеров, стр. 251—279, Л., 1927.
- Манинко П. М. и Лейбо С. В., Наш опыт лечения женского бесплодия путем оперативного восстановления проходимости фаллопиевых труб, Акушерство и гинекология, № 1, 1940.

- Медовар Я. Л., О пересадке яичника в матку в связи с лечением бесплодия у женщины, Труды VII съезда гинекологов и акушеров, стр. 279—286, Л., 1927.
- Могилев М. В., Роды после имплантации части фаллопиевой трубы у женщины, подвергшейся оперативной стерилизации, Акушерство и гинекология, № 6, 1941.
- Покровская Н. А., Сальпингостомия и сальпинголизис как метод лечения трубного бесплодия, Гинекология и акушерство, № 1, 1929.
- Сердюков М. Г., Рациональный метод пересадки яичника в матку для восстановления способности к зачатию, Врачебное дело, № 5—6, 1932.
- Сердюков М. Г., Пересадка яичника в матку, Врачебная газета, № 20, 1925.
- Софотеров А. К., К вопросу о пересадке яичника в полость матки, Казанский медицинский журнал, 1926.

akusher-lib.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПЕРАБИЛЬНОСТИ

Приказом министра здравоохранения СССР в целях введения в практику онкологических и лечебно-профилактических учреждений единой клинической классификации рака по стадиям заболевания утверждается клиническая классификация важнейших локализаций рака по стадиям заболевания, разработанная Центральным онкологическим институтом имени П. А. Герцена Министерства здравоохранения РСФСР, Институтом онкологии Академии наук СССР, Центральным институтом рентгенологии и радиологии имени В. М. Молотова Министерства здравоохранения РСФСР и Центральным украинским рентгенорадиологическим институтом Министерства здравоохранения УССР и одобренная противораковым комитетом Министерства здравоохранения СССР.

В отношении рака шейки матки:

Первая стадия. Рак строго ограничен шейкой матки.

Вторая стадия. 1. Рак шейки с инфильтрацией параметрия с одной или с двух сторон, не переходящий, однако, на стенку малого таза (параметральный вариант). 2. Рак шейки с инфильтрацией влагалища в пределах верхних двух третей (влагалищный вариант). 3. Рак шейки с инфильтрацией тела матки (маточный вариант).

Третья стадия. 1. Рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, перешедший на стенку малого таза (параметральный вариант). 2. Рак шейки с распространением на нижнюю часть влагалища (влагалищный вариант). 3. При наличии малой первичной опухоли и изолированных метастазов у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант).

Четвертая стадия. 1. Рак шейки с переходом на мочевой пузырь (пузырный вариант). 2. Рак шейки с переходом на прямую кишку (ректальный вариант). 3. Рак шейки с отдаленными метастазами (метастатический вариант).

В приказе министра здравоохранения СССР содержатся следующие инструктивно-методические указания по лечению рака шейки матки — «Лечение рака шейки матки может быть чисто хирургическим, чисто лучевым и, наконец, комбинированным. Выбор метода при этой локализации рака так же, как и при любой иной, обуславливается стадией заболевания. Только в первой стадии допустимо применение чисто хирургического метода — расширенной экстирпации матки с придатками и клетчаткой малого таза с заключенными в них лимфоузлами и лимфопутями. Однако и в этих случаях применение чисто хирургиче-

ского метода лечения допустимо лишь там, где безусловно отсутствует возможность применения лучевой терапии. При наличии такой возможности обязательно комбинированное лечение — радикальная хирургическая операция с последующей рентгенотерапией, так как она дает наилучшие отдаленные результаты.

В первой стадии рака шейки матки столь же рациональной и эффективной является сочетанная лучевая терапия. В этих условиях выбор метода определяется: возрастом больной, характером роста опухоли и главным образом противопоказаниями к применению того или иного метода.

Комбинированное лечение предпочтительно у больных молодого возраста и оно является показанным:

а) при пороках развития или заболеваниях наружных половых органов, технически препятствующих правильному проведению радиевой терапии (атрезия, стеноз или атрофия влагалища);

б) при осумкованных гнойно-воспалительных процессах в придатках, требующих одновременного оперативного лечения;

в) при существовании опухолей придатков;

г) при наличии фибромной матки, имеющей противопоказания для облучения (подсерозная фиброма на ножке, подслизистая фиброма и др., также показывающие оперативное лечение);

д) при беременности;

е) при малочувствительных к лучевой терапии опухолях (это выявляется в процессе лечения).

Сочетанное лучевое лечение является единственным рациональным методом при тяжелых органических заболеваниях сердца и сосудов, противопоказующих оперативное лечение; при общем ожирении ввиду сопутствующих изменений сердечно-сосудистой системы; при отказе больной от операции.

Во всех остальных стадиях рака шейки матки ведущая роль безоговорочно принадлежит лучевой терапии чаще всего в виде сочетанной рентгенорадиевой терапии, обеспечивающей наилучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты. Лишь в отдельных случаях второй стадии (при маточном варианте) возможно применение комбинированного метода лечения.

Примечание. Противопоказания к лучевой терапии, перечисленные выше для первой стадии рака шейки матки, могут вынудить применение оперативного вмешательства с последующей рентгенотерапией и в случаях второй стадии рака шейки матки.

В случаях четвертой стадии лучевая терапия, применяемая главным образом в виде рентгенотерапии, носит по преимуществу паллиативный характер.

Общими противопоказаниями к лучевой терапии рака шейки матки являются:

1) диссеминация ракового процесса, кахексия;

2) наличие гнойных осумкованных процессов в полости малого таза;

3) наличие острой местной или общей инфекции;

4) наличие генерализованной инфекции;

5) резко выраженные изменения со стороны крови (лейкопения ниже 3 000, лимфопения, эозинофилия, не исчезающие под влиянием лечения — переливания крови, и пр.);

6) заболевания сердца с явлениями декомпенсации, нефрозо-нефриты, тяжелые или острые заболевания печени, тяжелый диабет.

Примечание. При проведении лучевого лечения, а также до него необходимо падить кожу и слизистые; не применять: а) смазывание иодом и другими прижигающими веществами, мазями, содержащими металл, б) грелки, в) облучения кварцем, соллюксом, синим светом и пр.

Для повторной лучевой терапии служат противопоказанием: 1) безуспешность проведенного до того курса лечения, 2) наличие осложнений после проведенной ранее лучевой терапии (повреждения кожи, прямой кишки, мочевого пузыря)».

Цистоскопия как метод исследования перед операцией по поводу рака шейки матки

На основании работ, посвященных детальному изучению вопроса об изменении цистоскопической картины при раке шейки матки, цистоскопическое исследование стало обязательным в большинстве клиник и гинекологических стационаров перед назначением больной на операцию по поводу рака шейки матки. Особенно важное значение имеет это исследование, когда операция предпринимается в далеко зашедшем случае рака шейки матки. Без цистоскопической картины не может быть намечен план операции, так как неизвестно, как далеко распространился раковый процесс на мочевые органы и в какой степени они затронуты. Отсутствие цистоскопического исследования или его недооценка могут повести к неожиданным и тяжелым осложнениям во время операции или явиться причиной недостаточно радикально сделанной операции. В начальных случаях рака шейки матки, когда наличие его установлено лишь при гистологическом исследовании вырезанного кусочка, вряд ли цистоскопическое исследование повлияет на план операции, если она производится по расширенному (радикальному) методу. Если в подобном случае цистоскопию сделать нельзя, то, с нашей точки зрения, это не должно служить препятствием к производству операции, если все остальные условия это вполне допускают. В том же приказе по этому вопросу говорится следующее. «При распространении опухоли на передней губе шейки матки при наличии дизурических явлений необходима цистоскопия».

В приказе дается следующая схема общей подготовки больной к расширенной (радикальной) операции по поводу рака шейки матки: «Предоперационное пребывание в стационаре с постельным режимом 5—6 дней. На протяжении этого периода — сердечные средства — инъекция 1,0 1% раствора стрихнина под кожу (ежедневно) и обильное питье (для дезинтоксикации организма). У ослабленных больных добавляется внутривенное введение 20—40% раствора глюкозы, при анемии — переливание крови, однократное, а иногда повторное.

Накануне операции — ванна, голодание во второй половине дня, вечером — клизма. Повторная клизма — утром, в день операции. Перед операцией опорожнение мочевого пузыря, обработка влагалища спиртом и прижигание шейки иодом или дубящими растворами (крепкий раствор марганцовокислого калия, 10—20% раствор азотнокислого серебра). Во влагалище вводится сухой или спиртовой тампон, который извлекается во время операции перед отсечением матки.

Ослабленным и анемизированным больным проводят до и во время лечения повторные переливания крови, внутривенное введение раствора глюкозы, при наличии показаний применяются сердечные средства. При явлениях ранней рентгеновской реакции производится внутривенное введение гипертонического раствора хлористого натрия (10% раствор — 10—20 см³ ежедневно)».

Методы операции, применявшиеся по поводу рака шейки матки. Оперативные методы лечения рака шейки матки путем полного удаления пораженной матки стали применяться в первой половине прошлого столетия, когда в 1846 г. в Казани ученик знаменитого Пирогова Китер при участии Елачица впервые с успехом произвел операцию полного удаления матки, пораженной раковым новообразованием, через влагалище. И с тех пор эта операция непрерывно совершенствовалась как в отношении ближайших, так и отдаленных результатов. Конец прошлого столетия и начало настоящего явились переломным периодом, когда с переходом на абдоминальные методы операции стали постепенно улучшаться ее результаты, особенно отдаленные. Это было достигнуто трудами целого ряда авторов, разработавших способы преодоления трудностей, встречавшихся на пути развития этой операции. Среди них ведущая роль принадлежит Вертгейму, именем которого эта операция часто и называется. Успешное разрешение этой задачи дало возможность оперировать более радикально и удалять вместе с маткой и околоматочную клетчатку — источник рецидивов, столь часто наступающих после простой экстирпации матки при раке ее шейки. Этот этап операции был так разработан, что для современного хирурга не представляет непреодолимых трудностей еще более возросший радикализм удаления источников рецидивов рака, не только в околоматочной, но и в околовлагалищной клетчатке, а также в расположенных в клетчатке лимфатических узлах. Кроме технических трудностей, связанных с так называемой расширенной (радикальной) операцией рака шейки матки, приходится учитывать жизненную опасность операции. Послеоперационная смертность, еще недавно доходившая до 20% и больше у отдельных авторов, теперь равняется 3—4% и даже меньше. Но послеоперационные осложнения и причины смертности оперированных остаются теми же и поныне, хотя преодолеваются они в настоящее время успешнее. Прежде всего они кроются в инфекции; известную роль играет также большая операционная травма, сопровождающая эту одну из труднейших в техническом отношении операцию. Источником инфекции, от которой погибают после операции больные раком шейки матки (перитонит, сепсис, уросепсис и т. п.), является в большинстве случаев само подвергшееся некрозу и распаду раковое новообразование, а также околоматочная клетчатка с ее лимфатическими путями; околоматочная клетчатка, не будучи еще вскрытой во время операции, уже может, как доказано многочисленными исследованиями, содержать в себе высоковирулентных возбудителей сепсиса, находящихся в раковом очаге и проникающих отсюда в клетчатку таза по лимфатическим путям. Естественно, что ограждение брюшной полости и подбрюшинных пространств, остающихся в тазу после удаления околоматочной клетчатки, от очага инфекции — маточной шейки и соприкасающегося с нею влагалища, составляет одну из важнейших задач, стоящих перед хирургом при расширенной радикальной операции рака шейки матки.

Борьба с угрожающей инфекцией велась и ведется различными путями. Одни авторы предполагают, что нужно обеззаразить самый раковый очаг; другие — оградить этот очаг от соприкосновения со здоровыми тканями, главным образом с брюшиной. Делались также попытки усилить сопротивляемость брюшины по отношению к неизбежной инфекции и т. п. Из сделанных в этом направлении многочисленных предположений коротко остановимся лишь на некоторых.

Обеззараживание ракового очага при помощи дезинфицирующих средств, действующих только на поверхности, естественно, не может иметь большого значения для предохранения здоровых тканей, в частности, брюшины от проникновения инфекции, находящейся не только на поверхности, но и в глубине ракового распада. Более эффективной в этом отношении является экскозлеция острой ложкой и катеризация раковой опухоли или язвы каленым железом, аппаратом Пакелена, гальванокатером. В начале нашей хирургической деятельности мы, как это было в то время принято, производили эту предварительную операцию за несколько дней, но не раньше, чем за неделю — полторы до операции. Этот метод себя не оправдал. Такая подготовка иногда даже давала обратные результаты, так как подчас способствовала вспышке и развитию воспалительного процесса в тазовой клетчатке и брюшине, вследствие чего операбельный случай превращался в неоперабельный. Поэтому мы, как и многие другие, перешли к экскозлеции и катеризации ракового очага непосредственно перед чревосечением. Тогда отпали главные недостатки метода: опасность вспышки в промежутке между подготовительной и основной операцией и необходимость двукратного наркоза (катеризация требует такого же обезболивания, как и основная операция). Но и в такой постановке предварительная катеризация и экскозлеция все же имеют свои отрицательные стороны. Чтобы надежно обеззаразить раковый очаг, катеризация должна быть глубокой; она должна быть доведена до образования на влагалищной части плотного черного струпа, из-под которого уже не просачивается кровь. Это длится довольно долго, время глубокого наркоза удлинняется, что до некоторой степени отражается на ходе основной операции, во время которой нередко дает о себе знать вызванная катеризацией гиперемия в тазу, затруд-

няющая гемостаз, и без того подчас столь трудный при расширенной радикальной операции рака шейки матки. Не исключена возможность заноса при эксхорлеации раковых клеток или микробов из разрушаемой раковой опухоли.

Все же введение этого метода, безусловно, сыграло положительную роль в ограничении числа случаев перитонита и сепсиса в связи с операцией, так как операционное поле становится, несомненно, беднее патогенными микроорганизмами, а раковый очаг сухим и плотным. С развитием радиевой терапии мы, как и многие другие авторы, перестали оперировать запущенные случаи рака шейки, а оперировали лишь больных в первой и второй стадии болезни. После того как нами были введены некоторые видоизменения в методику операции (см. ниже), мы в последние 20 с лишним лет вовсе отказались от предварительной эксхорлеации и каутеризации ракового очага и, добившись значительного снижения послеоперационной смертности (5—6%), уже больше к этому методу не возвращались.

В качестве предоперационной подготовки, имеющей целью снизить вирулентность инфекции, гнездящейся в раковом очаге на шейке матки и в окружающих тканях, и, следовательно, снизить послеоперационную смертность от перитонита и сепсиса, было предложено предварительное лечение рака шейки матки препаратом радия или радия-и-я-мезотория. У нас этот метод рекомендовал Никольский с целью превратить неоперабельный случай рака шейки матки в операбельный. Однако на материале А. И. Сереброва этот метод не оправдался, так как в группе оперированных после применения лучевой терапии непосредственная смертность от сепсиса оказалась даже значительно выше, чем в группе оперированных без предварительного облучения. Возможно, полагает А. И. Серебров, что те случаи, в которых проводилась предварительная лучевая терапия, являлись пограничными в отношении операбельности и что при этом операция была сопряжена с большими затруднениями, обусловленными склеротическими изменениями в тканях в результате лучевых воздействий.

Такое склерозирование тканей нам приходилось всегда наблюдать и при операциях фибромиом матки после проведенной в других учреждениях рентгенотерапии, когда при нераспознанном подслизистом расположении опухоли или при сочетании фибромиомы с раком тела матки, или после наступления некроза опухоли приходилось удалять матку. Такие операции часто были технически трудно выполнимы, рыхлые прослойки между шейкой матки и мочевым пузырем исчезали, изолирование друг от друга органов и тканей встречало затруднения и особенно затруднялся гемостаз.

Серьезным доводом против применения этого метода является опасение, что после исчезновения под влиянием лучевой терапии симптомов болезни боляная, считая себя выздоровевшей, исчезает из-под наблюдения или отказывается от операции.

Со времени внедрения в широкую практику для борьбы с септической инфекцией сульфамидных препаратов и в самое последнее время пенициллина многие, как В. П. Михайлов, И. Ф. Жордания, М. С. Александров, сотрудники клинической базы нашей кафедры и др., стали применять эти препараты как с профилактической целью в качестве подготовки к операции, так и во время операции (препараты вводят к концу операции в подбрюшинные пространства и в брюшную полость); кроме того, в послеоперационном периоде проводится еще пенициллинотерапия. Несмотря на ценность этих мероприятий, отнюдь не теряют своего значения и те способы, которые направлены на ограждение здоровых тканей, главным образом брюшины, от соприкосновения с раковым очагом и инфицированным содержимым влагалища.

Большим шагом вперед в борьбе с инфекцией явилось, по нашему мнению, предложение накладывать влагалищный жом и отсекал влагалище ниже жома. Благодаря изоляции раковой язвы инфицированный распад не попадает в брюшную полость и в тазовую клетчатку. И все же жом не достигает полностью своего назначения вследствие механической травмы, которой подвергается во время операции хрупкое новообразование, от него отрываются мелкие частицы, остающиеся во влагалище, и в тот момент, когда со стороны брюшной раны вскрывается влагалище, инфекционный материал попадает в открытые раневые пространства. От этого не спасает введенный до операции во влагалище марлевый тампон. Таким образом, стенка влагалища, которая была продезинфицирована до операции, вновь инфицируется распадом из раковой опухоли. Поэтому уже более 20 лет мы поступаем следующим образом: после наложения жома кто-либо из помощников, не участвующих в операции, снова дезинфицирует влагалище спиртом и иодной настойкой. Если до операции во влагалище был введен тампон, то перед дезинфекцией его извлекают. Эта мера, несомненно, уменьшает опасность занесения инфекции из ракового очага.

Предупреждение развития перитонита с помощью тампона. Несмотря на все указанные мероприятия, операцию рака ни в коем случае нельзя считать «чистой». При хорошей перитонизации раневых поверхностей опасность перитонита не столь велика, сколь велика опасность развития инфекции в обширных подбрюшинных пространствах и возникновение сепсиса. В тех случаях, когда брюшина

полость загрязняется большим количеством ракового распада или если тщательную перитонизацию технически невозможно провести, или же ее проведению мешает ухудшившееся общее состояние больной, требующее скорейшего окончания операции, эффективным средством против угрожающего перитонита является широкое дренирование брюшной полости тампоном. Некоторые авторы, как Б. А. Архангельский, И. И. Фейгель и др., как правило, применяют этот метод. Б. А. Архангельский, впрочем, в последнее время отказался от него. Клиника О. С. Парсамова также применяет тампон, но дренаж проводят через влагалище, а не через брюшной разрез (Д. А. Аюпян).

Техника дренирования брюшной раны с помощью тампона. Прежде всего должен быть приготовлен марлевый мешок, в который будут погружаться марлевые полосы. Для этого берут кусок марли (полметра), сложенный вдвое; в центре марлю прошивают крепкой шелковой ниткой, оба длинных конца которой выводят наружу, связывают между собой, потягивая за них, извлекают мешок в послеоперационном периоде. В том месте, где мешок прошит шелковой ниткой, его захватывают корнцангом, корнцанг поднимают носиком вверх; таким образом, образуется марлевая воронка, внутри которой лежит корнцанг. Марлевый мешок готов к введению в брюшную рану. Придерживая корнцангом мешок и нитку, закладывают мешок вглубь таза и доводят дно мешка до культи влагалища. В раскрытом зеркалами разрезе брюшной стенки расправляют широкое отверстие мешка, не удаляя корнцанга. Мешок заполняют отдельными полосами марли или салфетками, концы которых не погружают в глубину, а выводят из брюшной раны наружу и отмечают порядковым номером. Первую салфетку или полосу вводят на корнцанге глубоко, до самого дна марлевого мешка. Когда дно мешка рыхло затампонировано первой салфеткой (не забыть вывести конец салфетки в брюшную рану!), корнцанг, удерживавший в глубине дно закладываемого мешка, раскрывают и осторожно, чтобы не потянуть за собой мешок, извлекают. Затем в мешок вводят вторую полосу марли, которая ложится поверх первой, третью полосу накладывают на вторую и т. д., пока не будет заполнен весь мешок марлевыми полосами или салфетками. После этого снова проверяют, на месте ли лежит шелковая нитка и хорошо ли она видна, так как за нее впоследствии будут извлекать марлевый мешок из глубины раны; проверяют также, выведены ли наружу концы всех полос или салфеток, ясно ли различается их порядковый номер. Затем, если все в порядке, удаляют из брюшной раны зеркала и приступают к зашиванию брюшной стенки в верхней части разреза до самого дренажа. Тампон, таким образом, выведен в нижнем углу раны. В этих случаях апоневроз лучше зашивать кетгутowymi швами. Поверх тампона и зашитой брюшной раны накладывают рыхлую повязку из марли и гигроскопической ваты. Эта общепринятая техника тампонирования по Микуличу имеет то большое неудобство, что при перевязках, когда начинают постепенно извлекать тампон (а извлекать отдельные полосы или салфетки надо в порядке, обратном тому, в каком их вводили: сначала более поверхностный, т. е. введенный последним, затем предпоследний и т. д.), нередко происходит путаница, так как в том коме марли, который образовался под повязкой из слипшихся отдельных марлевых салфеток, пропитанных раневым секретом, иногда очень трудно разобраться, какой из тампонов надо извлекать раньше. Тянут то за один конец, то за другой и причиняют боль при каждой перевязке. Для того, чтобы этого не было, гораздо лучше и в техническом отношении гораздо проще тампонировать марлевый мешок, введенный в глубину брюшной раны, не отдельными марлевыми салфетками или полосами, а одним длинным марлевым бинтом. Способ введения будет тот же, а извлечение окажется всегда безошибочным и потому менее болезненным.

Дренаж начинают обыкновенно удалять на 3-й день после операции, тогда же делают и первую перевязку. Сначала удаляют верхнюю часть тампона, затем постепенно остальную его часть. При первой перевязке тампон удаляют примерно наполовину; если извлечение идет легко, то при второй перевязке удаляют большую часть тампона, а иногда и весь тампон. Мешок, который служил оболочкой для тампона, начинают извлекать (потягиванием за шелковую лигатуру, прикрепленную ко дну мешка) на 4—5-й день и заканчивают извлечение, смотря по необходимости, на 7—8-й день после операции. Перед перевязкой, ввиду ее болезненности, целесообразно ввести под кожу пантопон.

Предупреждение развития воспалительных процессов. Перитонит не единственное опасное осложнение операции рака шейки матки. Тяжелым и опасным осложнением, сопровождающим эту операцию, является развитие инфекции в подбрюшинных пространствах в тазу. Предвидя возможность возникновения экссудата в подбрюшинных пространствах, необходимо создать условия для его опорожнения. От введения марлевых полосок или дренажных трубок мы отказались, так как резиновые трубки хорошо дренируют, но своим давлением на оголенные мочеточники могут вызвать некроз стенки и повести к образованию свища, а марле-

вые тампоны быстро пропитываются раневым секретом, перестают дренировать и лишь служат проводником для проникновения инфекции из влагалища. Закрывать подбрюшинные пространства наглухо рискованно, если операция была сделана действительно радикально и клетчатка была удалена в большом количестве.

Бестампонное дренирование. Начиная с 1924 г. мы применяем способ, предложенный Францем, который нами видоизменен. Этот способ обеспечивает отток секрета из подбрюшинных пространств во влагалище и в то же время не имеет отрицательных сторон дренажа. Метод заключается в том, что после отсечения матки и окружающей ее клетчатки от влагалищной трубки последнюю не зашивают и не подтягивают швами к брюшине; таким образом, секрет, образующийся в подбрюшинных пространствах, в силу тяжести стекает в широко открытую влагалищную трубку. Некоторый недостаток этого метода можно усмотреть в том, что мочевого пузыря и прямая кишка остаются не покрытыми брюшиной. Чтобы покрыть пузырь и дать ему некоторую опору, мы в противоположность Францу, проводим по одной-две лигатуры через переднюю стенку влагалища и край брюшины пузыря-маточной складки, а двумя другими лигатурами соединяем заднюю стенку влагалища с брюшиной прямокишечно-маточного углубления. Боковые же стенки влагалища остаются незашитыми и они, свободно свисая, вполне обеспечивают отток раневого секрета во влагалище. Поверх удаленных параметриев, тщательно спиваем брюшину от культи воронко-газовой связки на одной стороне до культи этой связки на другой. Перитонизацию, как всегда при экстирпации матки, делаем в два этажа. Брюшную рану зашиваем наглухо. Этот метод имеет еще одно преимущество: возможность заметить внутреннее кровотечение, которое при этих операциях нередко возникает в клетчатке таза. Обычно такое кровотечение распознается лишь тогда, когда оно уже вызвало значительное малокровие. При нашем способе кровь, попадая из подбрюшинных пространств во влагалище, может быть замечена уже при небольшом кровотечении, т. е. раньше, чем оно окажет влияние на общее состояние больной. Таким образом, бестампонное дренирование, как мы его называем, сигнализирует нам о малейшем кровотечении из подбрюшинных пространств. Поэтому, закончив лапаротомию, переводим больную в положение для влагалищного исследования, извлекаем полоску марли из влагалища, введенную в него при вскрытии влагалища со стороны брюшной раны, и, если полоска обильно пропитана кровью, наблюдаем еще 1—2 минуты, не появится ли кровь из влагалища. Если кровотечение продолжается, что при нашем способе удаления клетчатки бывает очень редко (см. ниже), тампонируем влагалище марлей, посыпанной белым стрептоцидом, и оставляем тампон на сутки. За десятки лет нам при этой операции ни разу не пришлось предпринимать по поводу кровотечения релапаротомию.

Для профилактики распространения инфекции из ракового очага в брюшную полость во время операции А. Ю. Лурье сделал заслуживающее внимания предложение начинать перитонизацию в тазу еще до момента вскрытия влагалища: это сокращает время, в течение которого открытое влагалище находится в соприкосновении с брюшной полостью. С этой целью края брюшины, широкой связки, мочевого пузыря и прямой кишки пришивают узловыми швами к стенкам влагалища и только после этого вскрывают и отсекают влагалищную трубку. Такой порядок перитонизации может иметь значение для профилактики перитонита, однако сепсис, источником которого является инфекция, развившаяся в подбрюшинных пространствах, а также уросепсис, едва ли могут быть предотвращены предлагаемым методом.

Когда мы в начале нашей хирургической практики при расширенной радикальной операции по поводу рака шейки матки обращали главное внимание на максимальное удаление клетчатки, иногда уж очень скоро наблюдались (через 1—2 месяца) рецидивы рака в культе влагалища. Конечно, это не были рецидивы в истинном смысле слова — то было последствие недостаточного удаления верхней трети влагалища, где раковые клетки, занесенные сюда ретроградным путем из шейки матки током лимфы и оставшиеся в стенке влагалища, продолжали развиваться и, наконец, появлялись на его поверхности. Когда мы это поняли и стали удалять вместе с маткой и клетчаткой также верхнюю треть влагалища, больше уже не встречалось этих «ранних рецидивов».

Гемостаз. При удалении матки с придатками необходимо перевязать маточные и яичниковые сосуды. Обычно этой перевязки достаточно для гемостаза при операции по поводу доброкачественных процессов, например, при фибромиоме матки, при заболеваниях придатков, когда их приходится удалять вместе с маткой. При расширенной радикальной операции по поводу рака шейки матки, когда вместе с маткой отсекается и околоматочная клетчатка, техника перевязки маточной артерии изменяется, поскольку в основании околоматочной клетчатки заключен мочеточник, перекрещивающийся здесь с маточными сосудами. При этом маточная артерия с сопровождающей ее веной обычно расположена над мочеточником, а под мочеточником проходит очень часто вторая, сопровождающая маточную артерию вена. Встречаются и варианты, хорошо изученные А. Б. Деражне по заданию К. М. Фигурнова на кафедре

В. Н. Шевкуненко (см. ниже). Во время операции рака шейки матки иногда наблюдались аномалии со стороны мочеточников. Так, мы однажды наблюдали случай удвоения мочеточника на одной стороне, в то время как на другой стороне имелся один мочеточник. Следовательно, для того чтобы иссечь околоматочную клетчатку, необходимо выделить на каждой стороне мочеточник на месте перекрещивания его с маточными сосудами и после этого перевязать и перерезать эти сосуды. Имеющим опыт в этих операциях хорошо известно, что несмотря на правильно произведенную перевязку маточных сосудов, иссечение околоматочной клетчатки сопровождается почти всегда обильными кровотечениями, особенно из глубоких тазовых вен. Это кровотечение с трудом удается остановить, в результате чего операция затягивается, больная анемизируется, операционный шок возрастает, сопротивляемость организма против угрожающей инфекции понижается.

В поисках мер предупреждения профузных кровотечений, наступающих при иссечении околоматочной и околосвагиальной клетчатки при расширенной абдоминальной операции рака шейки матки, многие гинекологи (К. Р. Богуш, М. А. Харитонов, Э. А. Бунимович, О. С. Парсамов и др.) рекомендуют перевязывать подчревные артерии вместо маточных.

Перевязка подчревных артерий. Некоторые авторы даже считают, что такой способ дает не только возможность предупредить большие кровопотери во время операции, но в последующем задерживает развитие рецидива рака. В начале нашей хирургической деятельности мы неоднократно применяли этот способ, однако не наблюдали ни больших успехов, ни неудач. Когда же мы в нижеописанном методе разделения тазовой клетчатки на пласти и перевязке каждого пласта в отдельности нашли решение вопроса о предупреждении подобных кровотечений, то вот уже как лет 25 не прибегаем к перевязке подчревных артерий. Некоторые авторы (И. Ф. Жордания, М. С. Александров) отказались от перевязки подчревных артерий из-за опасности возникновения некроза мочевых органов. Таким образом, есть и сторонники, и противники метода перевязки подчревных артерий, причем каждая сторона опирается на клинический опыт. Диссертационная работа А. Б. Деражне, вышедшая в 1949 г. (кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, возглавляемая В. Н. Шевкуненко, и кафедра акушерства и гинекологии, возглавляемая К. М. Фигурновым), вносит в спорный вопрос достаточную, по нашему мнению, ясность. Она твердо укрепляет позиции тех авторов, которые являются противниками метода перевязки подчревных артерий при операции рака шейки матки, так как они, как и мы, не видят гарантии от кровотечений из глубоких тазовых вен, возникающих при иссечении слоев клетчатки, прилегающих к тазовому дну, к задней и боковым стенкам таза и отходящих, следовательно, на значительном расстоянии от глаза хирурга.

Для выяснения целесообразности перевязки подчревных артерий при радикальной операции рака шейки матки Деражне, учитывая чрезвычайную изменчивость артерий и вен, снабжающих кровью мочеполовые органы, а также необходимость тщательного изучения их с целью выявить крайние формы изменчивости этих сосудов, согласно учению В. Н. Шевкуненко, произвел исследование на 35 женских трупах умерших в возрасте от 14 до 68 лет. Исследованию изменчивости сосудов для выявления крайних форм подверглись сосуды стенок таза и сосуды органов женского таза.

Не имея возможности за недостатком места приводить в достаточной мере данные А. Б. Деражне, касающиеся крайних форм изменчивости подчревной артерии, ее крупных и мелких ветвей и их анастомозов, коротко остановимся лишь на следующих результатах исследования:

А. *uterina* может отходить либо от ствола а. *hypogastrica* до ее деления, либо от передней первичной ветви ее и отходящих от нее сосудов. Наибольшая длина А. *uterina* до пересечения с мочеточником—11,5 см, наименьшая—2,8 см. Чаще всего маточная артерия от начала до пересечения имела длину около 5 см. На этом участке от места начала до пересечения с мочеточником маточная артерия может проходить обособленным сосудом или отдавать ряд ветвей (aa. *vesicales*, aa. *vaginales*, rr. *ureterici*).

Обычно маточная артерия в своей начальной пристеночной части проходит кнаружи от мочеточника, а затем, вступая в основание широкой маточной связки, принимает поперечное направление и пересекает мочеточник несколько косо сзади наперед и проходит над ним. На одном препарате маточная артерия проходила под мочеточником. На одном из 35 препаратов была найдена только одна правая маточная артерия (рис. 291); левая отсутствовала. Правая маточная артерия отходила от передней первичной ветви подчревной, она проходила кнаружи от мочеточника, а затем пересекала его сверху. У правого ребра матки на уровне границы между шейкой и перешейком она делилась на две ветви. Первая, правая, из этих ветвей повторяла обычный ход маточных артерий. Вторая, левая, ветвь правой маточной артерии переходила на противоположную, левую, сторону матки по передней поверхности ее шейки на уровне границы между шейкой и перешейком на расстоянии 2 см от наружного маточного вена и располагалась под переходной пузырно-маточной складкой брюшины. Перейдя

на левую сторону матки, эта ветвь поднималась вдоль ее ребра и давала отдельные ветви к телу матки, переходя у угла ее в яичниковую артерию (рис. 291).

При подобном расположении маточных артерий операция экстирпации матки может быть более продолжительной в связи с розысками отсутствующей маточной артерии. Ветвь ее, проходящая по передней поверхности шейки матки под брюшиной пузырно-маточной складки, может быть повреждена при операциях влагалищного кесарева сечения, перешеечного кесарева сечения и при некоторых других операциях и, не будучи тщательно перевязанной, может служить источником вторичного кровотечения.

Мочевой пузырь снабжается кровью из артерий, отходящих от подчревной артерии или ее ветвей. Довольно часто пузырные артерии отходят от маточных на участке до пересечения маточных артерий с мочеточником. Основным сосудом, снабжающим кровью прямую кишку, является а. haemorrhoidalis superior. В случаях достаточного развития этих артерий они широко анастомозируют с ветвями аа. haemorrhoidales media et inferior.



Рис. 291. Матка снабжается кровью из правой маточной артерии, левая отсутствует.

На исследованном материале выявлены крайние формы изменчивости сосудов органов таза женщины (а): кровоснабжение мочеполовых органов женщины из одного артериального сосуда при общем венозном сплетении — *plexus urogenitalis*. Для этой формы характерно, что все артерии, снабжающие кровью матку, мочевой пузырь и влагалище, отходят от подчревной артерии общим стволом, который представляет собой начальную часть маточной артерии. От этого ствола отходят на различном расстоянии сосуды к указанным органам. При таком кровоснабжении имеется большое количество артериальных анастомозов, а также часто развиты аа. haemorrhoidales mediae, которые дают также ветви к влагалищу. При подобном расположении артерий вены органов таза представляют собой общее, хорошо развитое сплетение, — *plexus urogenitalis*. Имеется большое количество связей между венами отдельных органов и между венозными сплетениями органов таза и стенок таза. Хорошо развиты портокавальные анастомозы — система *vv. haemorrhoidales mediae* (рис. 292).

Вторая крайняя форма изменчивости (б): кровоснабжение мочеполовых органов из нескольких артериальных сосудов при разобщенном ходе венозных стволов. Эта форма характеризуется тем, что каждый из органов таза (матка, влагалище и мочевой пузырь) снабжается из самостоятельно отходящих от подчревной артерии или ее крупных ветвей артериальных сосудов (маточные, влагалищные и пузырные). Между этими артериями имеется мало коллатералей. Аа. haemorrhoidales mediae отсутствуют

и прямая кишка снабжается кровью в основном за счет ветвей *a. haemorrhoidalis superior*. Вены в таких случаях представляют собой отдельные стволы, отводящие кровь от органов; между венами различных органов имеется мало связей. Каждый из органов таза имеет свое венозное сплетение, слабо выраженное, и связи между венами

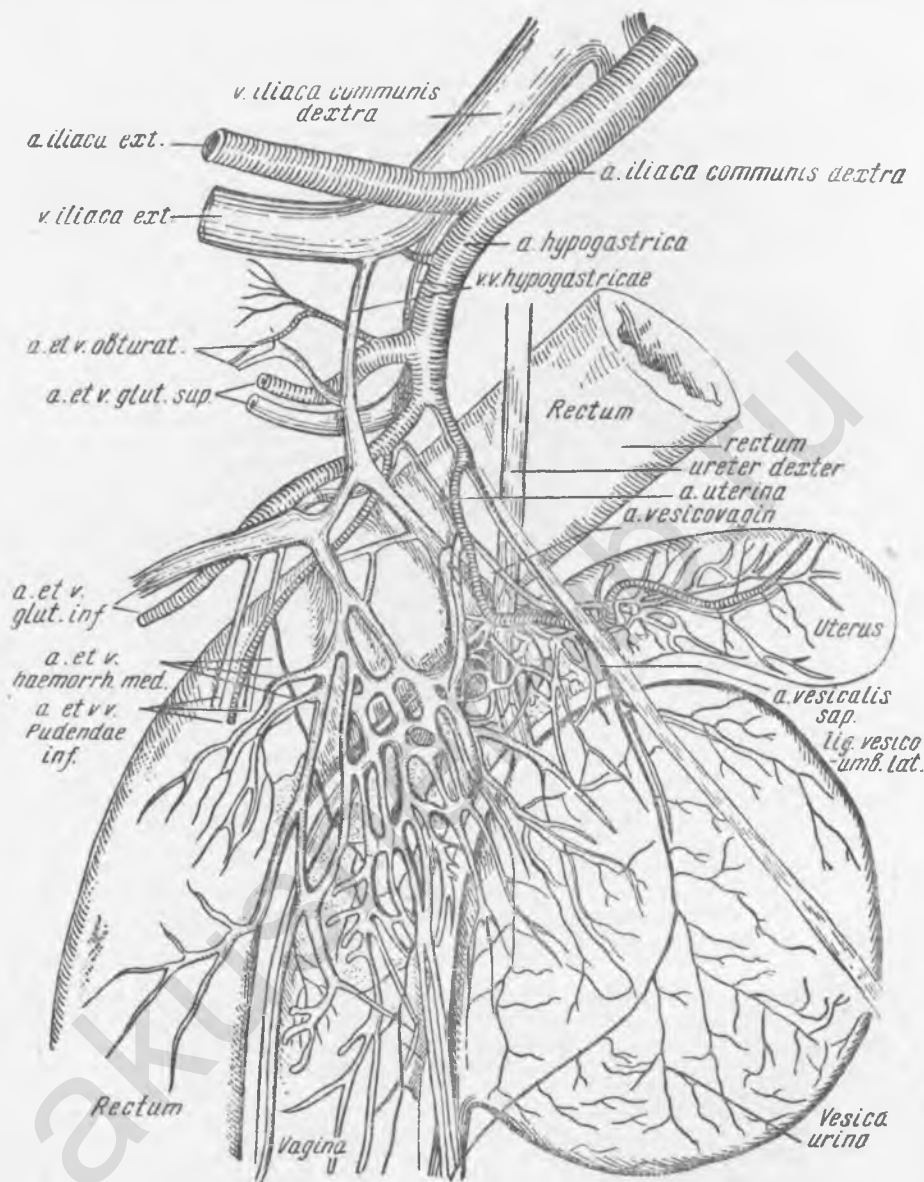


Рис. 292. Снабжение кровью органов таза (матки, влагалища и мочевого пузыря) из одного артериального сосуда при общем венозном сплетении. Аа. vesicalis отходят от маточной артерии до ее пересечения с мочеточником.

органов таза и венами стенок таза мало. Vv. haemorrhoidales mediae совсем нет или они развиты незначительно. Vv. hypogastricae обычно одиночные (рис. 293).

Для выяснения гемостатического эффекта предварительной перевязки подчревных артерий были произведены опыты на трупах.

Опыт на трупах позволяет сделать следующие заключения: 1. Перевязка аа. hypogastricae с обеих сторон не препятствует прохождению инъекционной массы в систему этих сосудов ниже наложения лигатуры.

2. Прохождение инъекционной массы в аа. hypogastricae ниже наложения лигатур происходит по коллатералям.

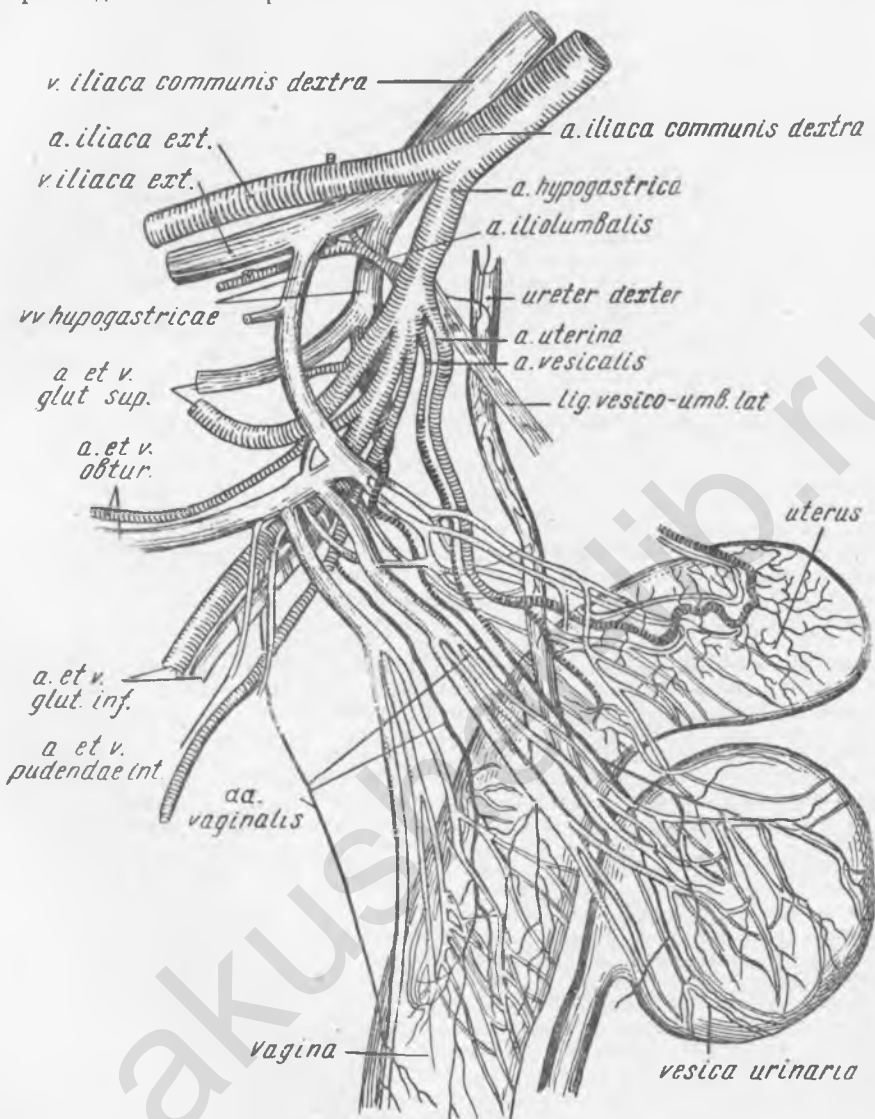


Рис. 293. Кровоснабжение органов таза (матки, влагалища и мочевого пузыря) из нескольких артериальных сосудов (а. uterina, а. vesicalis, аа. vaginales) при равоб- щенном ходе венозных сосудов.

3. Инъекционная масса, вводимая в эксперименте в аорту выше отхождения от нее почечных артерий, появляется в а. hypogastrica ниже места ее перевязки в течение первых 2 минут от начала инъекции.

4. Давление массы после перевязки а. hypogastrica на короткий промежуток времени падает, а затем вскоре поднимается до определенного уровня, на котором и держится в последующем. Это давление лишь на одну треть меньше давления массы выше перевязки.

Автор подчеркивает, что он ни в коей мере не переносит результаты поставленных опытов на трупях в чистом виде на перевязку подчревных артерий у живого человека. Но на основании произведенных автором анатомических исследований и экспериментов на трупях, а также на основании критического разбора литературных данных автор приходит к тому же выводу, к которому пришли и мы на основании нашего клинического опыта, а именно: предварительная перевязка подчревных артерий при расширенной брюшногенной радикальной операции рака шейки матки не обеспечивает полного гемостаза ввиду наличия обширных коллатералей.

Гемостаз в связи с методом иссечения тазовой клетчатки. Придавая в методике расширенной (радикальной) операции рака шейки матки огромное значение борьбе с профузными кровотечениями, которые так часто возникают в глубине таза при иссечении глубоко лежащих слоев клетчатки, особенно паравезикальной и параректальной, мы подошли к решению вопроса о гемостазе другим путем и связали его с вопросом о технике иссечения тазовой клетчатки.

Было известно, что в том сложном по своей анатомической структуре образовании, которое носит название параметриума и параколпума, можно различить три соединительнотканых пласта тазовой клетчатки, включающей лимфатические сосуды и узлы. Эти пласты, лежащие в разных плоскостях, легко отделяются друг от друга благодаря более рыхлым прослойкам клетчатки, имеющимся между ними.

Вследствие того что в этих пластах, расходящихся от шейки матки в виде шестилучевой фигуры (Фреунд), проходят кровеносные сосуды (артериальные и многочисленные венозные), то, отделяя эти пласты друг от друга тупым путем (пальцем или тупфером) и перевязав каждый в отдельности или обколов в них сосуды, мы предпочитаем возможность появления кровотечения из глубины таза. При применении этого метода вся операция протекает у нас при минимальной кровопотере (технику см. выше).

Учитывая эти анатомические данные, для выделения отдельных пластов мы применяем следующий метод: после выделения мочеточника и перевязки маточных сосудов вблизи места отхождения их от подчревных вырисовывается пласт рыхлой клетчатки, идущей от боковой стенки мочевого пузыря поверх мочеточника к нижнему отделу шейки матки. Этот пласт клетчатки, содержащий венозные сосуды, перевязывают лигатурой и перерезают. Если теперь энергично отвести отсепарованный пузырь вниз (в сторону влагалища), а отсепарованный от шейки матки мочеточник — в сторону, то под мочеточником обнажится пласт более плотной соединительной ткани, идущий от нижне-боковой стенки мочевого пузыря к влагалищу — пузырно-маточно-влагалищная связка. Этот пласт, содержащий кровеносные сосуды, после выделения его тупым путем оказывается лежащим под мочеточником. Перевязкой этого пласта выключается один из наиболее серьезных источников кровотечения в глубине тазовой полости. Чтобы выделить третий пласт, матку оттягивают вперед по направлению к лону, брюшину прямокишечно-маточного кармана рассекают ножницами, прямую кишку отодвигают вниз и, таким образом, обнажают лишённые брюшинного покрова пласты клетчатки маточно-крестцовых связок. После перевязки и перерезки маточно-крестцового пласта непосредственно у прямой кишки мы получаем широкий доступ к параметральной и паравагинальной клетчатке, идущей от бокового ребра шейки матки и влагалища под мочеточником к боковой стенке таза.

Отсечение матки от влагалища. При изучении вопроса о распространении ракового процесса с шейки матки книзу — на стенки влагалища (Ф. Н. Тавилдаров, П. П. Дьяконов, А. И. Тимофеев) — выяснилось, что переход рака шейки матки на стенки влагалища встречается часто, примерно в 45%. Особенно важно отметить, что этот переход может происходить не только вдоль слизистой оболочки, но и, так сказать, «подпольно» — под слизистой оболочкой. Наибольшее значение имеет, конечно, второй вид перехода, при котором слизистая оболочка имеет нормальный вид, а стенка оказывается уже пораженной и иногда тяжело (А. И. Тимофеев). Поэтому не приходится удивляться, когда «рецидив» рака в культе влагалища обнаруживается вскоре после операции. Это происходит потому, что во время операции не был удален достаточно большой отрезок влагалищной трубки. В этих случаях мы имеем, конечно, не возврат заболевания, а продолжение ракового процесса, оставшегося в культе влагалища. Отсюда следует, что во избежание такой опасности необходимо вместе с маткой удалять при операции обязательно и верхнюю треть влагалища. Кроме того, надо отсекай влагалище не слишком близко от наложенного влагалищного жома, так как, если жом недостаточно крепко зажат, он может соскользнуть и тогда рухнет весь план предотвращения инфекции со стороны ракового очага.

Операция рака шейки матки у молодых женщин. Необходимы ли в этих случаях отступления в методике операции? Вопрос может ставиться о сохранении в полной мере возможности жить половой жизнью, которая может быть

нарушена, если при операции будет удалена часть влагалищной трубки. Поэтому в тех случаях, когда такой вопрос возникает, и особенно при наличии недоразвитого или укороченного на почве рубцовых изменений влагалища в самых начальных случаях рака шейки матки мы удаляем несколько меньшую, чем обычно, часть влагалища. Что касается вопроса сохранения хотя бы одного яичника, то основанием для этого может служить редкое метастазирование рака шейки матки в придатки. В настоящее время, когда после операции мы, как правило, во избежание рецидива применяем глубокую рентгенотерапию, оставлять яичники не имеет никакого смысла. А. Э. Мандельштам предлагает у молодых женщин пересаживать яичник в молочную железу. О 39 случаях подобной операции он сообщил в 1935 г.; непосредственный результат был хороший. А. И. Серебров считает вопрос о целесообразности такого мероприятия спорным, так как функция пересаженного яичника непродолжительна. Кроме того, невыясненным остается вопрос о роли пересаженного яичника как активатора в смысле появления рецидива. С нашей точки зрения вопрос этот не столь актуален прежде всего потому, что мы, как и А. И. Серебров, далеко не всегда наблюдали у больных, перенесших эту операцию, тяжелые явления выпадения, а удлинять добавочной операцией и без того очень длительную и чрезвычайно трудную операцию, не имея уверенности в успехе, нам тоже представляется едва ли целесообразным. При наличии тяжелых явлений выпадения можно, наконец, применить гормональные препараты (фолликулин, синэстрол и др.).

ОПИСАНИЕ ПРИМЕНЯЕМОГО НАМИ МЕТОДА БРЮШНОСТЕНОЧНОЙ РАСШИРЕННОЙ (РАДИКАЛЬНОЙ) ОПЕРАЦИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Подготовка больной к операции. Подготовку к операции мы начинаем дней за 5—6. Предоперационные дни используем для поднятия общего тонуса больной, воздействия на ее сердечно-сосудистую, нервную и другие системы; при наличии анемии производим переливание крови (по окончании операции мы обязательно делаем переливание крови как противошоковое мероприятие, даже если у больной нет анемии). В течение этих дней мы стараемся как можно тщательнее очистить раковую язву — делаем спринцевания при горизонтальном положении больной на кровати или на гинекологическом кресле. Для спринцеваний применяем раствор марганцовокислого калия или сулемы (это почти единственный случай, когда для спринцеваний мы разрешаем пользоваться сулемой). Можно также вместо спринцеваний присыпать раковую язву в зеркалах белым стрептоцидом (по 3,0—4,0).

В предоперационные дни, если возможно, следует произвести цистоскопию и при ее помощи установить, не имеется ли в области дна мочевого пузыря буллезного отека слизистой, указывающего на приближение ракового инфильтрата к стенке мочевого пузыря или на его переход на стенку пузыря.

Накануне операции с утра, если у больной не было самостоятельного стула, назначают легкое слабительное (например, столовую ложку слабительной соли), а вечером — очистительную клизму. На ночь перед операцией следует давать сплотивное — веронал (0,3), люминал (0,1), барбамил (0,2). В день операции рано утром больной дают стакан сладкого чая. Непосредственно перед операцией шейку матки обрабатывают в зеркалах спиртом и иодной настойкой, после чего раковую язву смазывают ватным шариком, смоченным 10—20% раствором азотнокислого серебра (ляписа); после смазывания на язве появляется беловато-сероватый струп. Во избежание ожогов слизистой влагалища азотнокислым серебром, следует перед прижиганием шейку матки обложить марлевой салфеткой. Затем дезинфицируют, как всегда, наружные половые органы и спускают (обязательно) катетером мочу. Брюшную стенку готовят обычным способом.

Наркоз. Учитывая длительность операции, необходимость спокойно, без помехи работать в глубине таза, мы обычно пользовались общим эфирным наркозом с предварительной двукратной инъекцией морфина или пантопона (0,01) или спинномозговой анестезией новокаином, часто этой анестезии на всю операцию не хватало и тогда приходилось переходить на общий эфирный наркоз. Прекрасным способом обезболивания является внутривенный капельный наркоз гексеналом в большом разведении его в растворе глюкозы. К сожалению, при этом способе наркоза в конце длительной операции, когда еще приходится работать в глубине таза, мешает постепенное наполнение мочевого пузыря мочой, обильно выделяющейся из почек, благодаря внутривенному введению большого количества жидкости.

Нам кажется, что при этой тяжелой операции лучшим методом наркоза будет тот, который предпочитает хирург, к которому он привык и которым лучше всего владеет наркотизатор.

Техника операции. При расширенной (радикальной) операции рака шейки матки мы делаем всегда продольный разрез и, в зависимости главным образом от развития подкожной жировой клетчатки, достаточно длинный. Мы никогда при этих операциях не применяем поперечный разрез, который, несомненно, более сложен, и размеры его должны быть ограничены, иначе он теряет свои преимущества. Недостаточный же разрез не только затрудняет производство операции в целом, но может лишить необходимой четкости проведения отдельных весьма ответственных этапов и моментов операции, как, например, выделение клетчатки и желез, гемостаз и пр. При операции рака шейки матки процент всякого рода осложнений, наступающих во время операции (повреждение соседних органов, особенно мочевых путей), во много раз выше, чем при других операциях. Послеоперационная смертность, даже, если операцию производит очень опытный хирург, также во много раз больше, чем при других гинекологических операциях вследствие развившейся инфекции; при этой операции также чаще и в большей мере, чем при других гинекологических операциях, вопрос идет о жизни и смерти оперируемой. Процент возврата рака даже после самой радикальной операции все еще достаточно велик. Принимая во внимание все эти моменты, мы считаем, что косметические последствия операции и иные малозначащие задачи при операции рака не должны играть какой-либо роли.

После того как брюшная полость будет вскрыта, больную переводят в положение с высоко поднятым тазом. Если обслуживающего операционную персонала недостаточно, то можно придать больной это положение с самого начала операции. Для профилактики инфекции подкожной клетчатки необходимо особенно тщательно соединить зажимами края париетальной брюшины с салфетками, которыми обложены края кожного разреза. В брюшную рану вводят зеркала и ими раздвигают края раны. Верхний отдел брюшной полости, куда отодвигают сальник и кишечные петли, тщательно отгораживают от операционного поля мягким полотняным полотенцем или большими марлевыми салфетками. Для проверки операбельности органы таза детально осматривают и прощупывают область подвздошных и запирательных желез, околоматочной и околосаггитальной клетчатки, маточно-крестцовых связок. Когда операбельность случая твердо установлена, приступают к выполнению основной операции. Матку захватывают маточными щипцами (имеются различные модели этих щипцов). На наших рисунках изображена модель маточных щипцов, употреблявшаяся нами в последние годы. Если специальных щипцов нет и тело матки не поражено раком, можно захватить дно ее крепкими дву-

зубцами. Если же есть подозрение на поражение раком не только шейки, но и тела матки, то для фиксации матки захватывают 2 длинными зажимами, наложенными у ребра матки с обеих сторон на собственную связку яичника, маточную трубу и верхний отдел широкой связки вместе с круглой связкой (рис. 294). Если операцию производят при сочетании рака шейки матки с беременностью поздних сроков, то матку, предварительно опорожненную при помощи кесарева сечения, можно захватить просто рукой (это делает помощник). Тем или иным путем захваченную матку помощник оттягивает в сторону, противоположную той, с которой начинают удаление придатков. Обычно начинают с правых придатков, следовательно, матку помощник оттягивает влево (оперируя брюшностеночным путем, мы всегда становимся с левой стороны больной). Захватив яичниковыми щипцами (а если их нет, то пальцами левой руки) правый яичник вместе с ампулярным концом маточной трубы, оттягивают их также влево; при этом натягивается правая воронко-тазовая связка, на которую перпендикулярно к ней накладывают два зажима (один основной и второй в качестве контрреммы). Между обоими зажимами воронко-тазовая связка, в которой проходят яичниковые сосуды, перерезается. Накладывая зажимы, следует соблюдать осторожность, так как концом инструмента печально можно захватить проходящий здесь под воронко-тазовой связкой и в непосредственной близости к ней мочеточник. Воронко-тазовую связку перерезают между зажимами: основной зажим (латеральный) заменяют длинной лигатурой, на конец которой накладывают короткий зажим. Эта лигатура служит для быстрой ориентировки во время операции и особенно в конце операции во время перитонизации культи. Затем на той же правой стороне двумя зажимами захватывают круглую связку на таком же расстоянии от угла матки, на каком находится культя перерезанной воронко-тазовой связки. Круглую связку перерезают между зажимами и латеральный зажим заменяют длинной лигатурой, конец ее для опознавания захватывают зажимом, а медиальный зажим оставляют на препарате. Передний листок брюшины широкой связки перерезают между культами круглой и воронко-тазовой связок (рис. 295). То же проделывают и на левой стороне. Теперь, когда доступ к параметральной клетчатке открыт с обеих сторон, приступают к расслаиванию переднего и заднего листков широкой связки. Расслаивание можно сделать теперь же, но можно сначала продолжить разрез брюшины вдоль пузырно-маточной складки (рис. 296), а затем уже приступить к расслаиванию. Мочевой пузырь отделяется не только от шейки матки, но и от переднего влагалищного свода, так как при радикальной операции рака шейки матки в отличие от простой экстирпации матки удаляется и верхняя треть влагалищной трубки (см. выше).

Отделение мочевого пузыря. Техника отделения мочевого пузыря от шейки матки при радикальной операции та же, что и при простой экстирпации по поводу доброкачественного процесса. Но при операции по поводу рака, когда пузырно-маточная и пузырно-влагалищная соединительнотканная перегородка могут быть инфильтрированными раковым новообразованием или сопутствующим воспалительным процессом, особенно важно производить отделение почти исключительно острым путем, лишь изредка позволяя себе, и то крайне осторожно, пользоваться пальцем, обернутым поверх резиновой перчатки кусочком марли, или марлевым тупфером, смоченным стерильным вазелиновым маслом. Если отделяют сначала мочевой пузырь, а затем выделяют мочеточник из клетчатки, то пузырь отсепааровывают лишь от шейки матки, а от передней стенки влагалища отделяют пузырь уже на



Рис. 294. Брюшнoстеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Два длинных зажима, наложенные в углах матки на собственную связку яичника, маточную трубу и круглую маточную связку, служат для извлечения и фиксации матки.

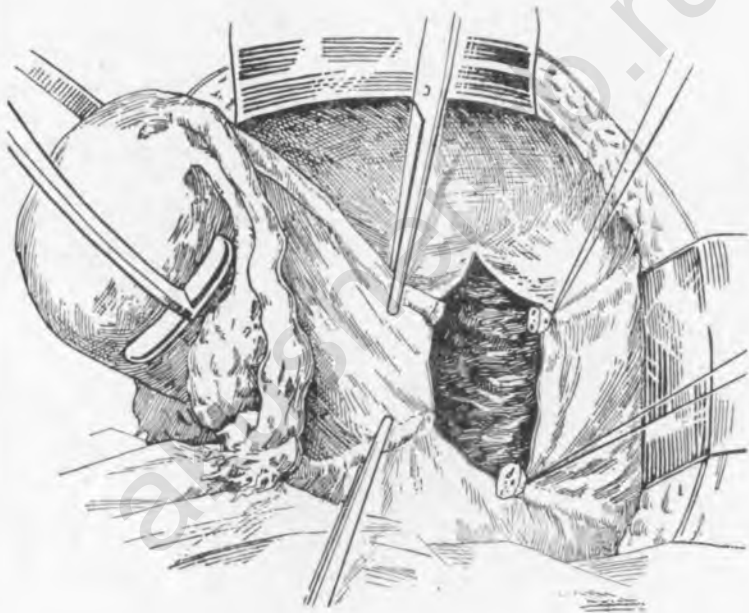


Рис. 295. Брюшнотомическая расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. После того как круглая и воронко-тазовая связки перевязаны и перерезаны, между ними разрезается брюшинный листок широкой связки.

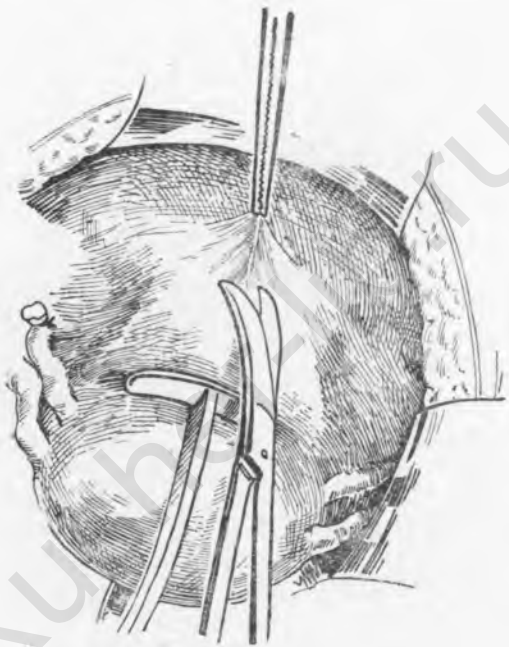


Рис. 296. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Разрез пузырно-маточной складки брюшины.

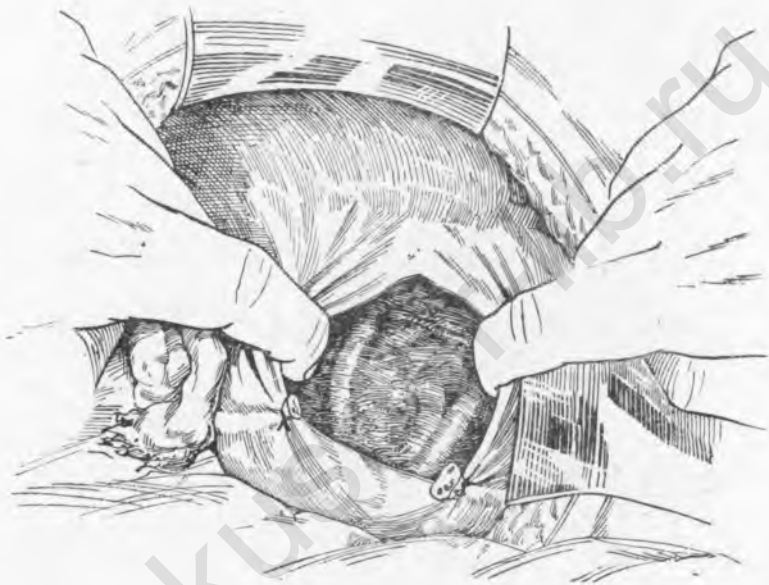


Рис. 297. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Раздвигание листков широкой связки двумя пальцами

следующем этапе операции, после того как мочеточник будет выделен из клетчатки.

Выделение мочеточников из околоматочной клетчатки. Для того чтобы выявить и проследить расположение мочеточника в околоматочной клетчатке, подлежащей иссечению, поступают следующим образом: после того как брюшина между перевязанными культиями круглой и воронко-тазовой связок будет разрезана и отсюда будет открыт доступ к клетчатке малого таза, вводят в разрез оба указательных пальца (рис. 297) и, раздвигая их в изображенном на этом рисунке направлении, легко расслаивают рыхлую клетчатку, находящуюся между передним и задним листками широкой связки. При этом расслоении мочеточник остается в соединении с задним листком брюшины широкой связки. Обнаружив мочеточник на внутренней (обращенной в сторону клетчатки) стороне заднего (медиального) листка широкой связки, весьма осторожно, чтобы не поранить питающие и сопроходящие его стенку сосуды, отделяют мочеточник от брюшинного листка закрытыми ножницами (рис. 298). Для того чтобы проследить ход мочеточника в нижнем отделе широкой связки до вхождения его в мочевой пузырь и перевязать лежащие над ним маточные сосуды, следует сильно оттянуть матку в противоположную сторону и немного кзади. После того как маточные сосуды кнаружи от места перекрещивания их с мочеточником будут перевязаны и перерезаны (рис. 299), мочевой пузырь отсепааровывают и от передней стенки влагалища для того, чтобы можно было удалить не только параметральную, но и паравагинальную клетчатку.

Иссечение клетчатки. Обнажив нижний отрезок мочеточника (у места вхождения его в мочевой пузырь), обнажают пласт рыхлой клетчатки, идущий от боковой стенки мочевого пузыря вверх мочеточника к нижнему отделу шейки матки (рис. 300). Этот рыхлый пласт клетчатки, содержащий венозные сосуды, перевязывают лигатурой и перерезают. Если теперь энергично отвести отсепаарованный мочевой пузырь к симфизу, а отсепаарованный от шейки матки мочеточник в сторону, то под мочеточником обнажается пласт более плотной соединительной ткани, идущий от ниже-боковой стенки мочевого пузыря к влагалищу: пузырно-маточно-влагалищная связка (рис. 301). Этот пласт, содержащий кровеносные сосуды, отделяют тупым путем, перевязывают и перерезают под мочеточником, чем исключается один из наиболее серьезных источников кровотечения в глубине тазовой полости. Затем матку оттягивают кпереди по направлению к лону, брюшину прямокишечно-маточного кармана рассекают ножницами (рис. 302), прямую кишку отодвигают вниз и, таким образом, обнажают лишенные брюшинного покрова пласты клетчатки маточно-крестцовых связок (рис. 303). После перевязки и перерезки маточно-крестцового пласта на границе с прямой кишкой мы получаем широкий доступ к параметральной и паравагинальной клетчатке, идущей от бокового ребра шейки и влагалища под мочеточником к боковой стенке таза. Этот довольно плотный, мощный и содержащий кровеносные сосуды пласт также перевязывается и перерезается (рис. 304), после чего весь препарат легко выводится в брюшную рану. Таким образом, пользуясь тем, что описанные пласты отделены друг от друга рыхлой бессосудистой клетчаткой, можно весь трудный этап выделения параметральной и паравагинальной клетчатки провести более планомерно и, что особенно важно, почти бескровно. После этого весь препарат (матка с придатками и окружающей клетчаткой и отпрепарованными влагалищными сводами) остается соединенным лишь с влагалищной трубкой, которую теперь нужно отсечь. Но прежде чем это сделать, мы для ограждения брюшной полости от про-

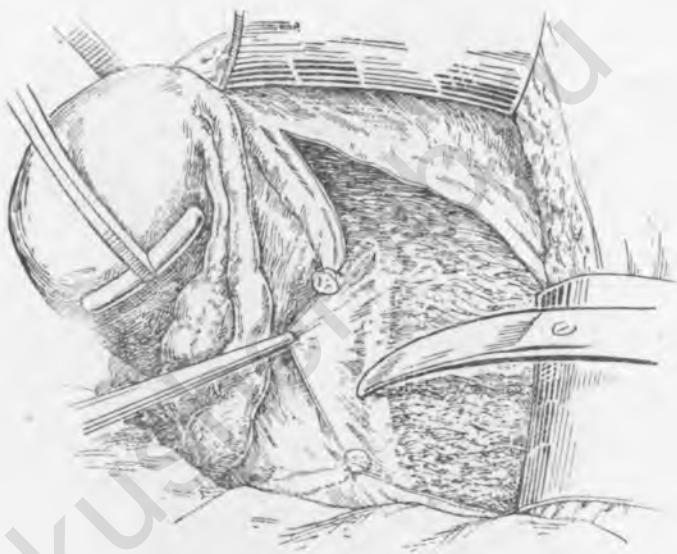


Рис. 298. Брюшнотеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Отделение мочеточника от медиального листка широкой связки.

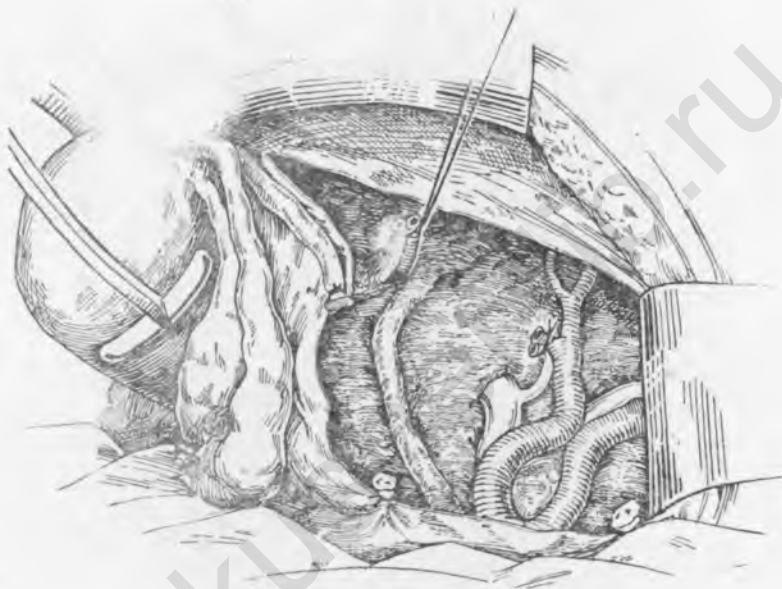


Рис. 299. Брюшностепочная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Маточная артерия вместе с сопровождающей веной перевязывается и перерезается вблизи места отхождения их от подчревных сосудов.

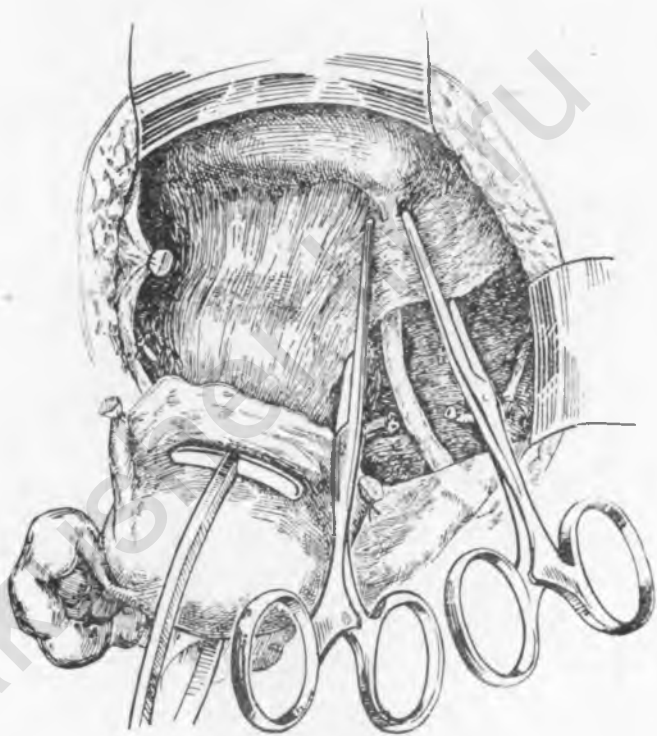


Рис. 300. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Выделен пласт клетчатки, идущий поверх мочеточника от нижнего отдела шейки матки к боковой стенке мочевого пузыря.

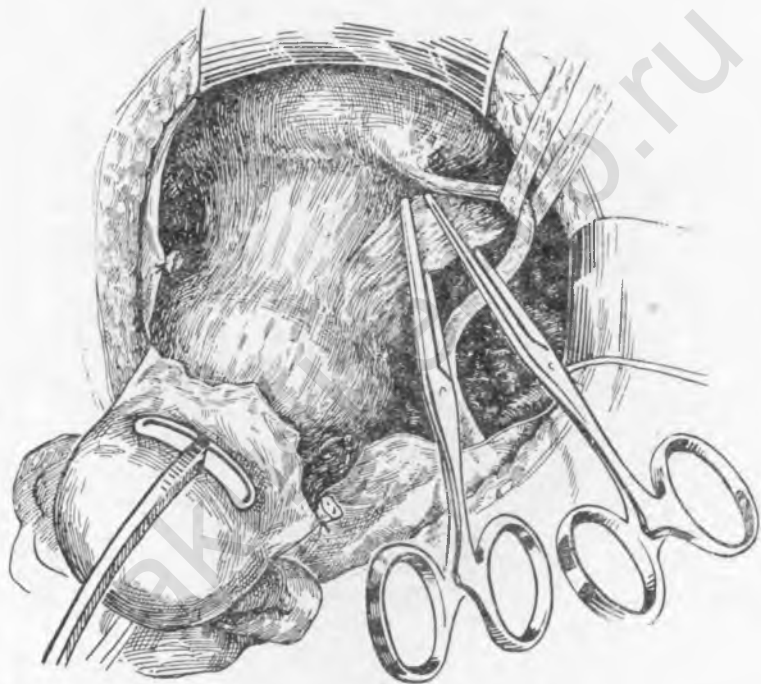


Рис. 301. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Мочеточник отведен в сторону. Под ним виден пласт клетчатки, идущий от влагалища к боковой стенке пузыря.



Рис. 302. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Разрез брюшины прямокишечно-маточного углубления.

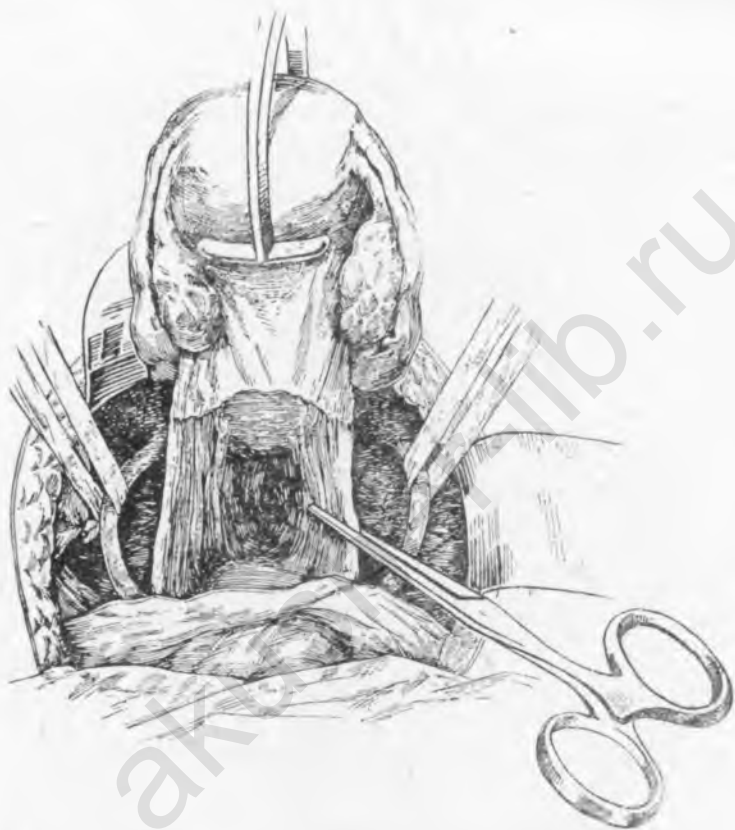


Рис. 303. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Обнажены пласты клетчатки маточно-крестцовых связок. На правый пласт наложен зажим.

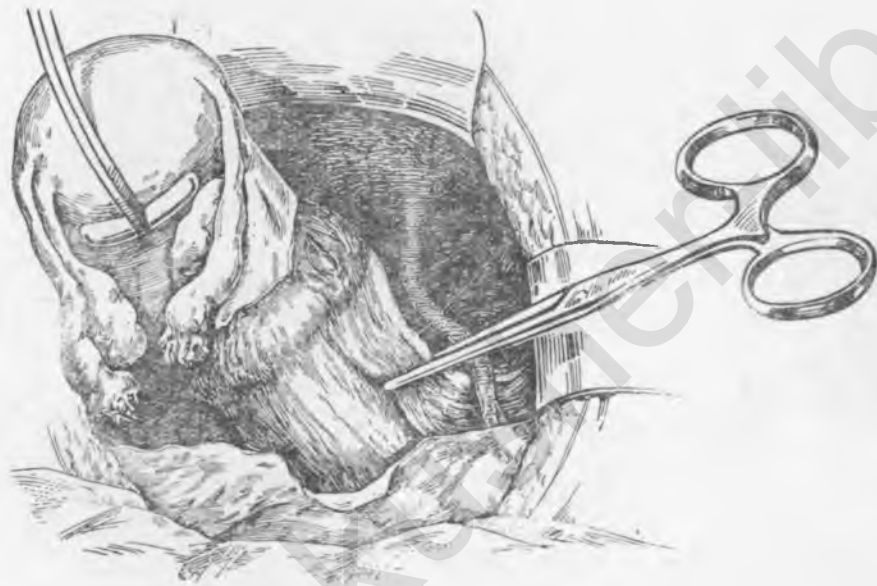


Рис. 304. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Четвертый пласт клетчатки, идущий от бокового ребра шейки и влагалища к боковой стенке таза, захвачен зажимом.

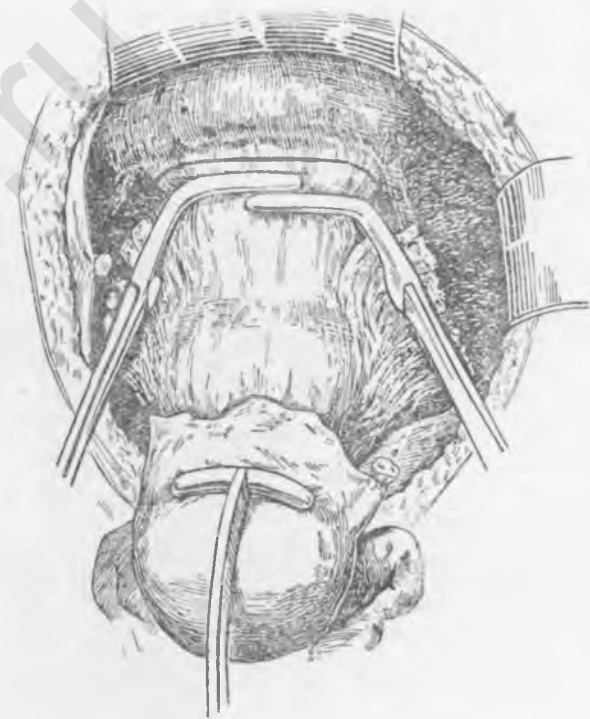


Рис. 305. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. На влагалище наложены два жома. Черная линия обозначает место отсечения влагалища.

никновения в нее инфицированного содержимого из влагалища накладываем со стороны брюшной раны на влагалище специальный жом (рис. 305). Так как ниже жома (об этом мы уже говорили) во влагалище имеются выделения, попавшие из ракового очага уже во время операции, то после наложения жома ассистент, не участвующий в чревосечении, вводит во влагалище марлевый тупфер и осушает им влагалище. Затем он снова вводит во влагалище тупфер, смоченный спиртом, а после него еще один тупфер, смоченный иодной настойкой, и последовательно протирает ими влагалище (рис. 306).

Вскрытие и отсечение влагалища. После наложения влагалищного жома и повторной дезинфекции изолированного от ракового очага влагалища весь препарат (матка с придатками и иссеченной тазовой клетчаткой) отсекают от влагалищной трубки примерно на 2—3 см ниже жома; жом захватывает также около 2 см влагалищных сводов, таким образом, вместе с маткой удаляют приблизительно четверть или треть влагалищной трубки. До вскрытия влагалища, в котором иногда еще содержится небольшое количество инфицированного содержимого, под матку подкладывают еще одну салфетку, чтобы защитить рану от инфекции.

Влагалище можно вскрыть по передней стенке, как это делает большинство хирургов. Мы же, как и многие наши ученики, например, Е. И. Шварцман (см. его «Краткий курс оперативной гинекологии»), вскрываем влагалище ниже жома, сбоку, обычно справа. Это целесообразнее потому, что, оттягивая влагалищным жомом препарат вверх и влево, одновременно можно контролировать ход мочеочника и место его вхождения в мочевой пузырь и таким образом оградить его от случайного повреждения на одном из последних этапов операции. Итак, оттянув влагалищным жомом препарат влево и имея перед глазами правую влагалищную стенку, вскрывают ее энергичным ударом больших ножниц ниже наложенного влагалищного жома. Через сделанное отверстие вводят во влагалище небольшой марлевый тупфер, смоченный иодной настойкой, и снова дезинфицируют слизистую влагалища. Тупфер не следует слишком обильно смачивать иодной настойкой, так как избыточный иод может попасть в полость таза. Затем через сделанное отверстие пинцетом или длинным корнцангом вводят полоску марли и оставляют ее в нижнем отрезке влагалища. По окончании операции эту полоску удаляют. Из этого же отверстия ножницами продолжают круговое рассечение стенок влагалища до полного его отделения (рис. 307). По мере отсечения влагалища края его культи захватывают спереди и сзади длинными зажимами. Теперь остается закрыть рану в глубине таза. Прежде чем приступить к этому, из глубины таза удаляют салфетку, которая перед вскрытием влагалища была подложена под матку для защиты тазовой брюшины от соприкосновения с влагалищным содержимым (см. выше). Все участвующие в операции надевают свежие перчатки или вновь дезинфицируют руки; все инструменты, бывшие в употреблении, так же как и барабаны с мягким материалом, заменяют свежими, брюшную рану обкладывают свежим бельем, словом, все делают так, как поступают после окончания «грязной» операции, если приступают к «чистой».

Перитонизация и «бестампонное дренирование» подбрюшинных пространств. Для борьбы с инфекцией, развивающейся в подбрюшинных пространствах, оставшихся после удаления клетчатки, предупреждение скопления выделений в подбрюшинных пространствах является, как мы видели, очень важным мероприятием и осуществляется при помощи «бестампонного» метода

дренирования (этот метод уже был описан, но мы считаем уместным еще раз здесь на нем остановиться). Для этого после удаления препарата не зашивают влагалищную рану, и раневой секрет из подбрюшинных пространств в силу тяжести стекает и свободно выделяется через широко открытую влагалищную трубку. Но, чтобы оголенные стенки мочевого пузыря и прямой кишки хотя немного прикрыть брюшиной и дать им некоторую опору, мы проводим 1—2 лигатуры через переднюю стенку влагалища и край брюшины пузырьно-маточной складки. Одной-двумя лигатурами соединяем заднюю стенку влагалища с брюшиной прямокишечно-маточного кармана (рис. 308). Боковые стенки влагалища остаются незащитными и, свободно свисая, обеспечивают раневому секрету полную возможность оттока (рис. 309). Затем поверх удаленных параметров брюшина тщательнейшим образом сшивается, начиная от культи воронко-газовой связки на одной стороне до культи этой связки на другой стороне (рис. 310). Как всегда при полной экстирпации матки, так и здесь производится перитонизация в тазу в два этажа (рис. 311). Брюшная рана также зашивается наглухо.

Результаты брюшностеночной расширенной (радикальной) операции по поводу рака шейки матки. Благодаря ряду мероприятий, предпринятых с целью предотвратить послеоперационные септические осложнения, первичная послеоперационная летальность снизилась в СССР за 20 лет в среднем вдвое (М. А. Даниахий), а за последние 10 лет послеоперационная смертность, как это видно из таблицы, снизилась еще более.

Автор	Количество случаев	Годы опубликования	% смертности
Богущ К. Ф.	1 102	1937	11,5
Брауде И. Л.	208	1938	6,5
Мандельштам А. Э.	132	1940	4,5
Жордания И. Ф.	182	1945	10,4
Горизонтов Н. Н.	204	1945	10,7
Михайлов В. П.	800	1947	15,6
Даниахий М. А.	140	1948	3,0

Совершенно очевидно, что послеоперационная смертность так же, как и стойкое излечение (отдаленные результаты — свыше 5 лет), в значительной мере зависит от степени поражения. Чем больше запущенных случаев, тем выше послеоперационная смертность. Это можно иллюстрировать целым рядом статистических данных. Ниже приводятся данные, взятые из работы К. М. Фигурнова, относящейся к 1938 г.

Степень поражения	Число больных	Умерло после операции	Умерло после рецидива	Исчезло из-под наблюдения	Всего в живых	Из них живы 5 лет и больше
I степень рака шейки матки	57	3	5	19	30	22
II степень рака шейки матки	43	5	10	8	20	12
Итого . . .	100	8	15	27	50	34

Из этих данных видно, что наилучшие результаты в отношении стойкого излечения наблюдались при I степени поражения раком шейки матки (22 из 30) и худшие при II степени (12 из 20). Из 34 длительно здоровых женщин у 22 было поражение шейки матки I степени, а у 12 — II степени. На основании этих данных

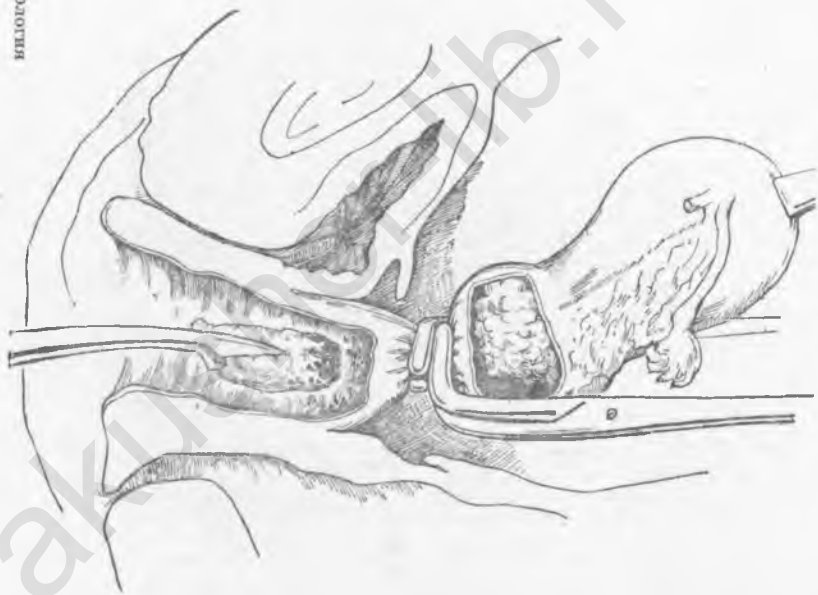


Рис. 306. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. После того как раковый очаг, благодаря наложению влагалищного жома, изолирован от влагалища, вновь производят тупфером дезинфекцию влагалища.



Рис. 307. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки.

а — влагалище вскрыто сбоку; *б* — по мере отсечения влагалища края остающейся части влагалища захватывают длинными щипцами.

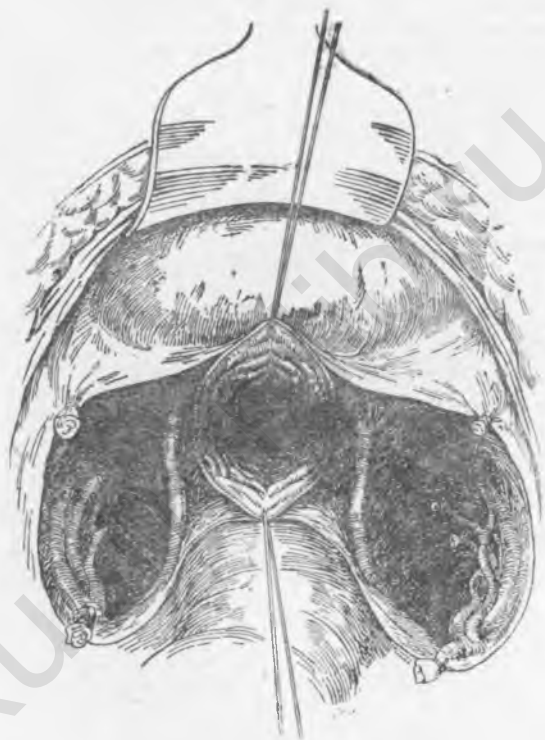


Рис. 308. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Одна лигатура соединяет переднюю стенку влагалища с брюшиной мочевого пузыря, вторая — заднюю стенку влагалища с брюшиной прямой кишки.



Рис. 309. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Бестампонное дренирование подбрюшинных пространств: края влагалищной раны с боков не зашиты и, свободно свисая, обеспечивают полную возможность оттока раневого секрета.

a — пристеночная брюшина; *b* — стенка влагалища; *c* — незашитый угол влагалищной раны.

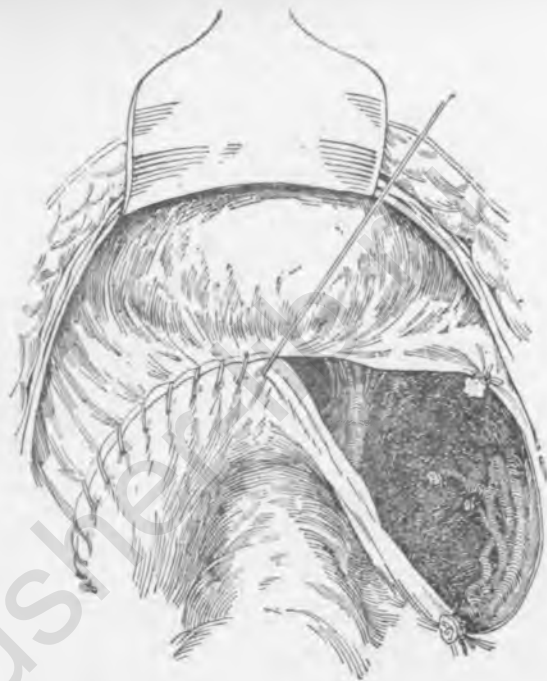


Рис. 310. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Для перитонизации раны, оставшейся в малом тазу после удаления клетчатки, передний и задний листки брюшины соединяются непрерывным кетгутовым швом, заканчивающимся кисетным. Этим же швом перевязанные культи погружаются в подбрюшинные пространства, откуда имеется сток во влагалище.



Рис. 311. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Для более надежного отграничения брюшной полости от подбрюшинных пространств, оставшихся после удаления тазовой клетчатки, производят перитонизацию в два этажа. Для этого поверх непрерывного шва, соединившего края брюшины, проводят еще один непрерывный шов, соединяющий две складки брюшины наподобие серо-серозного шва на кишечнике.

видно, что умерло после операции также больше при II степени рака шейки матки (5 из 8), чем при I; в 2 раза больше больных умерло от рецидива рака при этой степени. Понятно, чем дальше зашел болезненный процесс, тем хуже предсказание в отношении как ближайших, так и отдаленных результатов лечения (К. М. Фигурнов).

Несомненно, что введение в методику операции закладки сульфамидных препаратов (порошок белого стрептоцида) в подбрюшинные пространства, оставшиеся после иссечения тазовой клетчатки, на брюшину тазовой полости, и особенно обработка этих пространств пенициллином во время операции и параллельно с этим профилактическое применение пенициллинотерапии при помощи внутримышечных инъекций в послеоперационном периоде, должно еще больше снизить первичную послеоперационную смертность. Доказательства этому мы находим в новейших работах В. П. Михайлова, не имевшего ни одного случая смерти на 85 оперированных, А. И. Малинина, имевшего подобные же результаты, и др.

Что касается стойкого излечения (свыше 5 лет), то опубликованные статистические данные относятся к довоенным. Новейших данных у нас пока нет. Но и довоенные статистики говорят о достигнутых результатах. Так, например, в цитированной выше работе К. М. Фигурнова сказано: «Наши результаты — 43% стойкого излечения от рака шейки матки — надо признать вполне удовлетворительными, если сравнить их с данными иностранных авторов: Вертгейм — 40%, Франц — 37%, Бонней — 39%. Шоу — 38% и наши русские авторы: Брауде — 60%, Окунчик — 33%, Серебров — 37,6%».

Конечно, приводимые нами цифры дают лишь относительное представление о достигнутых отдаленных результатах расширенной (радикальной) операции рака шейки матки. Для более точного сравнения, безусловно, необходимо учитывать и процент операбильности. Но эти данные не всегда имеются в сообщениях. Все же можно предвидеть, что массовые профилактические осмотры женского населения, развитие борьбы с предраковым состоянием, достигнутые и все улучшающиеся результаты лучевой терапии рака шейки матки будут все больше избавлять от необходимости оперировать запущенные случаи, благодаря чему еще больше снизится послеоперационная смертность. Снижению послеоперационной смертности, несомненно, также будет способствовать широкое внедрение пенициллинотерапии как профилактики септических послеоперационных осложнений.

ВЛАГАЛИЩНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Как мы уже упоминали, еще в 1846 г. А. А. Китер (Казань) со своим товарищем по университету Елачичем с успехом произвели и описали новую для того времени операцию иссечения пораженной раком матки через влагалище (В. С. Груздев, К. М. Фигурнов). Это была редкая казуистика. Систематическое развитие этого способа относится к концу семидесятых годов и к началу восьмидесятых прошлого столетия, т. е. к тому времени, когда в различных странах стали разрабатывать и культивировать этот метод. У нас первые операции были произведены А. И. Байковым, А. Н. Соловьевым, С. С. Заяцким (Д. О. Отт). В Германии этот метод был разработан и пропагандирован Черни. Метод удаления пораженной раком матки через влагалище в то время давал около 30% послеоперационной смертности, тогда как брюшноночный метод этой операции все еще давал около 70%. Вскоре у нас Д. О. Отт описал 30 случаев влагалищной экстирпации матки через влагалище без единого смертельного исхода. Таким образом, влагалищный метод экстирпации явился большим шагом вперед в деле развития этой операции. Но неудовлетворительные отдаленные результаты операции влагалищной экстирпации матки при раке ее шейки заставили вновь обратиться к разработке брюшноночного метода, тем более что с введением антисептики и асептики этот метод операции стал уже менее опасным.

Для огромного большинства хирургов брюшноночная расширенная (радикальная) операция в том виде, в каком она была описана выше, стала методом выбора. Однако и влагалищный метод операции рака шейки матки не был совершенно оставлен. Отдельные клиники и хирурги продолжали разработку этого метода, стремясь придать операции наиболее радикальный характер. Над этими вопросами много работал у нас Д. О. Отт.

Были разработаны методы, позволявшие при влагалищной экстирпации матки удалять тазовую клетчатку в таких же размерах, как и при брюшноночном методе. И все же широкого распространения влагалищный метод операции не получил. Причина этого, как нам кажется, состоит в технических трудностях, возникающих перед хирургом, не имеющим большого опыта в производстве влагалищных операций. Да и обучать этой операции трудно, так как здесь нельзя пользоваться методом показа: не только зрители, но и ассистенты на расширенной (радикальной) операции влагалищ-

ным путем не могут достаточно хорошо видеть ход операции в глубине таза в том положении, которое больная занимает на операционном столе. Таким образом, учиться расширенной (радикальной) операции рака шейки матки влагалищным путем приходится главным образом у самого себя, на личном опыте, а это, несомненно, более трудный и более длинный путь. Наряду с этим, необходимо признать и некоторые преимущества этого метода. Несомненным преимуществом его является то, что эту операцию больные переносят значительно легче, чем производимую брюшностеночным путем; операция не требует ни очень длительного пребывания больной на операционном столе с высоко поднятым тазом, ни непрерывного глубокого наркоза, а следовательно, и наркотического вещества уходит меньше, чем при операции брюшностеночным путем. Операционный шок также значительно слабее, поэтому и послеоперационный период протекает значительно спокойнее, перистальтика восстанавливается быстрее, боли значительно слабее и т. д. Вследствие этого мы и в настоящее время не можем совершенно отказаться от применения в отдельных случаях операции рака шейки матки влагалищным путем, как, например, при значительном ожирении брюшной стенки, у больных пожилого возраста, истощенных и т. п.

Могут иметься и противопоказания к этому методу, такие, как наличие хронического воспалительного процесса в форме обширных плотных сращений в тазу, фиксированных в брюшной полости воспалительных опухолей придатков и т. п.

Методика и техника расширенной (радикальной) операции по поводу рака шейки матки влагалищным путем. Подготовка к операции и обезболивание те же, что и при брюшностеночном методе операции. Положение больной на операционном столе — обычное для влагалищных операций. Для того чтобы расширить и облегчить доступ к матке и, что особенно важно, к тазовой клетчатке и проходящим в ней мочеточникам, операцию начинают с подготовительного левостороннего разреза влагалища и промежности. Некоторые авторы производят двусторонний разрез. Разрез начинают на уровне середины влагалища и ведут вдоль границы между левой и задней стенкой влагалища; доведя разрез до промежности, его направляют влево, а на расстоянии двух поперечных пальцев от заднего прохода его поемногу заворачивают кнутри (см. рис. 26). Так как глубокий промежностный разрез (в разрез должен быть частично вовлечен и *m. levator ani*) сопровождается обильным кровотечением, то некоторые хирурги его проводят под местной новокаиново-адреналиновой анестезией.

В широко открытое, таким образом, влагалище вводят широкое и короткое влагалищное (операционное) зеркало и три подъемника (два боковых и одно переднее зеркало) и широко обнажают раковый очаг и окружающие его влагалищные своды. После этого приступают к основной операции. Отличительной особенностью данной операции является образование влагалищной манжетки, которая в течение всей операции закрывает раковый очаг. Манжетку делают следующим образом: на передней стенке влагалища двумя зажимами захватывают складку слизистой и оттягивают вниз. Точно так же захватывают в складку и заднюю стенку влагалища, намечая этим границы влагалищной манжетки. Разрез через влагалищную стенку проводят в поперечном направлении, спереди выше наложенных зажимов (рис. 312), а на задней стенке — ниже зажимов. К этим разрезам на том же уровне добавляют боковые разрезы. В результате получается циркулярный разрез стенки влагалища вокруг ракового очага на некотором от него расстоянии. Этот разрез должен пройти не только через стенку влагалища, но и через влагалищную фасцию. Если это требование соблюдено, то отделение стенок влагалища книзу для образования манжетки будет легко происходить в надлежащем слое. Самое отделение производят тупым способом — марлевым тупфером.

Передний и задний край разреза захватывают двумя зажимами с каждой стороны (рис. 313), а затем зажимы, которыми были захвачены складки слизистой влагалища и намечавшие границы манжетки, снимают. Перед-

ний и задний края манжетки соединяют между собой несколькими крепкими шелковыми лигатурами, которые в дальнейшем будут служить «держалкой» (рис. 314). После закрытия манжетки перчатки и инструменты обязательно заменяются свежими.

Отсепаровка мочевого пузыря. Следующим этапом операции является отсепаровка мочевого пузыря, причем в отличие от того, как мы поступаем при простой (не расширенной) влагалищной экстирпации матки, мочевой пузырь отделяется не только от передней поверхности шейки, но и с боков для того, чтобы отодвинуть от матки мочеточниковые устья вместе с нижними отрезками мочеточников. Это один из наиболее ответственных этапов операции, от успеха которого зависит также и возможность радикального удаления окружающей параметральной и паравагинальной клетчатки. Здесь следует особенно подчеркнуть важность метода отделения мочевого пузыря от шейки матки не тупым путем — пальцем или тупфером, а ножницами, кончиками которых надсекают волокна соединительнотканной перегородки между мочевым пузырем и шейкой матки. Волокна этой перегородки лучше всего обозначаются и вырисовываются у нижней границы мочевого пузыря, особенно по средней линии, если стенку мочевого пузыря последовательно приподнимать анатомическим пинцетом (см. рис. 38 и 39). Мы уже очень давно пользуемся этим приемом. В нашей монографии «Прободение матки», вышедшей в 1921 г., этот рисунок уже был нами помещен. При отделении мочевого пузыря от шейки матки острым путем малоопытный хирург, боясь поранить мочевой пузырь, может врезаться в поверхностный слой мышечной оболочки шейки матки. Это можно тотчас заметить, так как рассекаемая ткань будет плотной, тогда как волокна соединительнотканной перегородки между пузырем и шейкой матки отличаются своей рыхлостью. Лучшим способом избежать эту ошибку служит уже указанный выше прием приподнимания анатомическим пинцетом стенки мочевого пузыря на том участке, на котором он в данный момент отделяется от шейки матки.

После того как мочевой пузырь будет отделен по средней линии, приступают к отделению более плотных соединительнотканых тяжей, прикрепляющих мочевой пузырь к шейке матки с боков (рис. 315). Эти боковые прикрепления некоторые авторы называют ножками мочевого пузыря.

Выделение мочеточников. Мочеточники лежат позади верхних отделов ножек мочевого пузыря. В нижних отделах ножек мочеточников нет. Поэтому очень короткими и поверхностными ударами изогнутых ножниц эти ножки очень осторожно и постепенно надо рассечь. Но к этому моменту вся средняя часть мочевого пузыря уже должна быть настолько отсепарована от шейки матки, чтобы ясно обозначилась граница пузырно-маточной складки брюшины, дальше которой мочевой пузырь может уже быть отодвинут вверх тупо — пальцем или тупфером. При рассечении ножки мочевого пузыря нередко обнаруживают небольшой сосуд (*a. vesicalis*), который может быть принят неопытным хирургом за мочеточник, особенно если он будет несколько утолщен. Некоторые хирурги находят, что легче всего найти мочеточник в тяжелых случаях болезни тогда, когда он притянут к ребру матки инфильтративным процессом или даже втянут в боковую стенку шейки матки (рис. 316) и здесь прищипан. Поэтому если в подобном случае рассекают ножки крепкими ударами ножниц, то можно очень легко повредить мочеточник. Если же работать ножницами осторожно, мелкими и поверхностными ударами, то уже очень скоро среди соединительнотканых пучков, составляющих

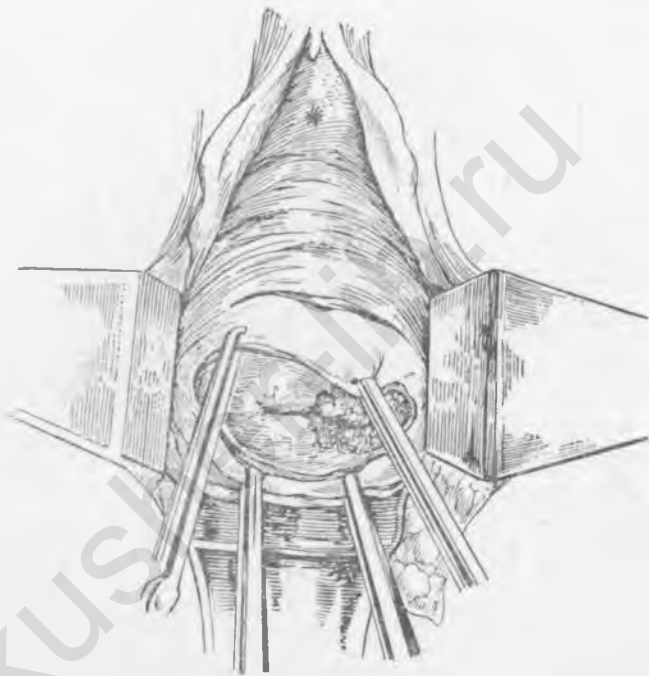


Рис. 312. Расширенная (радикальная) операция влагалищным путем. Образование влагалищной «манжетки»: на передней стенке влагалища двумя зажимами захвачена складка слизистой оболочки, которая оттягивается вниз; таким же образом захвачена и задняя стенка влагалища. Произведен разрез передней влагалищной стенки в поперечном направлении.

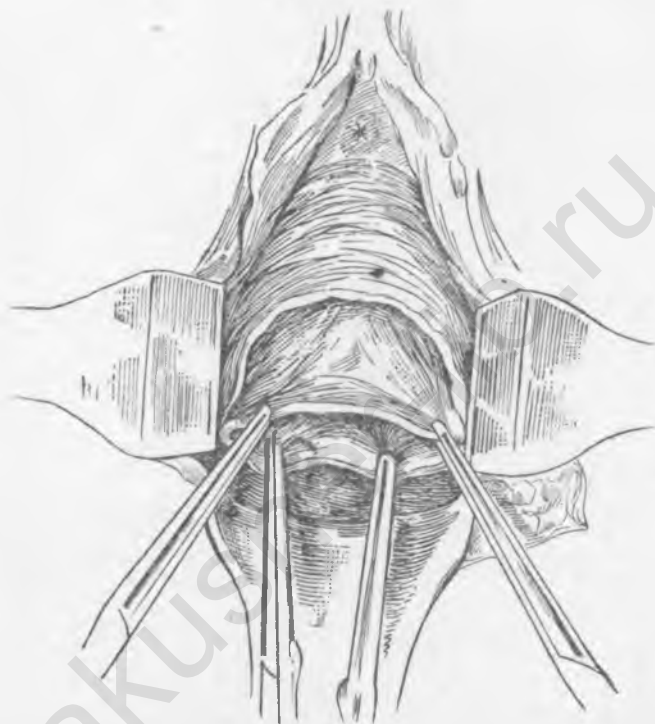


Рис. 313. Расширенная (радикальная) операция влагаллищным путем. Края влагаллищной манжетки захвачены длинными зажимами и стянуты вниз.

ножки, показывается беловатая стенка мочеточника. При энергичном потягивании матки вниз мочеточник перегибается в том месте, где он перекрещивается с маточной артерией (рис. 317). От места этого перегиба до места вхождения мочеточника в мочевой пузырь мочеточник плотно соединен с околошеечной клетчаткой. В этом месте его следует выделять из клетчатки ножницами; выше этого места мочеточник лежит в рыхлой клетчатке, из которой он легко выделяется тупым путем (пальцем, обернутым марлей, или маленьким плотным, смоченным в стерилизованном масле марлевым тупфером).

Таким образом, в тех случаях, когда мочеточник притянут инфильтратом к стенке шейки матки, его выявление значительно облегчается, так как он обнаруживается при препарировке боковых ножек мочевого пузыря. В более легких случаях, когда мочеточник лежит на своем нормальном месте, он не обнаруживается в области ножки, и его следует искать выше. Опознавательной точкой для его выявления может служить маточная артерия при ее вступлении в стенку матки. Как только ножки мочевого пузыря будут отпрепарированы, покажется маточный сосуд; его захватывают зажимом у самого ребра матки и, потянув на себя зажим, низводят мочеточник, еще покрытый тонким слоем парацервикальной клетчатки (рис. 317). Теперь, осторожно препарировав часть острым, частью тупым путем вдоль маточной артерии, руководствуясь ее направлением, постепенно доходят до места пересечения ее с мочеточником. В легких в техническом отношении случаях, когда мочеточники совершенно не фиксированы, может случиться, что зажимом, наложенным на маточный сосуд, не удастся стянуть мочеточник, и мочеточник вместе с рассеченной ножкой отойдет вверх. Это может случиться при слишком энергичном отодвигании мочевого пузыря от брюшины пузырно-маточной складки в то время, как мочевой пузырь отделялся тупым путем от шейки матки. Если бы при простой экстирпации матки или при передней кольпотомии мочеточник и оказался отодвинутым далеко вверх, то это было бы лишь плюсом, но при расширенной операции рака шейки матки мочеточник должен быть обязательно обнаружен и отсепарован, иначе невозможно удалить околоматочную клетчатку. В тех случаях, когда далеко отодвинутый от стенки матки мочеточник отыскать не удастся, можно прибегнуть к следующему приему: двумя анатомическими пинцетами захватывают дно мочевого пузыря и, перебирая его стенку по направлению к отыскиваемому мочеточнику, находят место вхождения мочеточника в мочевой пузырь (рис. 317а) и отсюда уже отыскивают его путь до перекрещивания с маточной артерией.

Перевязка маточных сосудов. После того, как будет обнаружено место перекрещивания мочеточника и маточной артерии, приступают к перевязке сосудов. Сначала надо убедиться, что ни из сопровождающих мочеточник сосудов, ни из окружающей его ткани не кровоточит (в противном случае надо произвести тщательный гемостаз). Затем перевязывают маточные сосуды в том месте, где они перекрещиваются с мочеточником или немного латеральнее от него. Для этого необходимо полностью высвободить из окружающей клетчатки колено мочеточника, которое образуется, как мы уже говорили, при энергичном низведении манжетки. Иначе, накладывая зажим на сосуд, можно защемить инструментом невысвобожденную часть колена мочеточника. После наложения двух зажимов (мы всегда накладываем на сосуд два зажима: основной и дистальный — контржелезку) сосуд между ними перерезается. Основным зажимом заменяют крепкой кетгутовой лигатурой, контржелезка остается на месте. Следующий этап — широкое вскрытие пузырно-маточной складки



Рис. 314. Расширенная (радикальная) операция влагалищным путем. Края манжетки соединены крепкими шелковыми лигатурами, которые служат «держалкой». Справа на рисунке виден промежностно-влагалищный разрез.



Рис. 315. Расширенная (радикальная) операция влагалищным путем. Рассечение «ножек» мочевого пузыря.

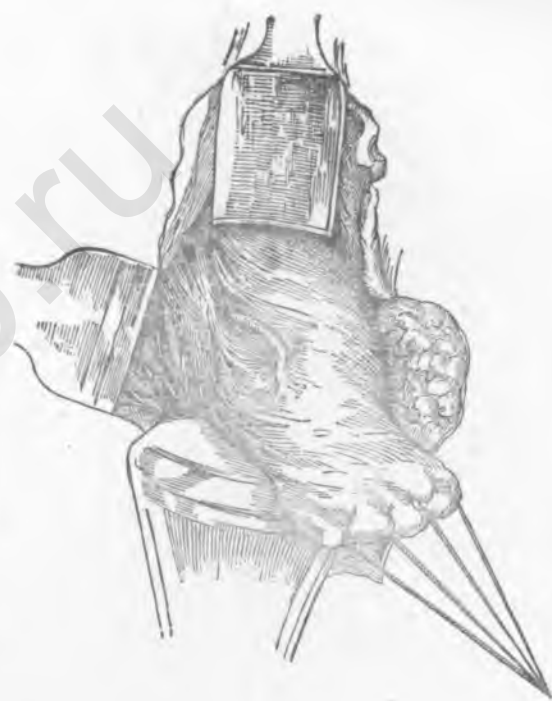


Рис. 316. Расширенная (радикальная) операция влагалищным путем. Для того чтобы обнаружить правый мочеточник, шейку матки оттягивают в противоположную сторону. При осторожном препарировании обнажается нисходящая ветвь маточной артерии. Мочеточник скрывается в верхнебоковом отделе «ножки» мочевого пузыря.

брюшины, как это всегда делают при передней кольпотомии. Затем следует извлечение через кольпотомное отверстие тела матки.

Что касается вопроса об удалении придатков при операции по поводу рака шейки матки влагалищным путем, то принципиально его нужно решить с тех же позиций, что и при операции брюшностеночным путем. Однако некоторые авторы при операции влагалищным путем не удаляют придатки, так как рак шейки матки редко метастазирует в яичники, а извлечение придатков через отверстие во влагалищном своде может представить трудности. Поэтому она и доступна лишь тем хирургам, которые обладают большим опытом в операциях влагалищным путем. Эти трудности чаще всего возникают на том этапе операции, когда выделяются мочеточники и иссекается клетчатка. Но если этот этап пройден, то извлечение придатков при правильной методике операции удается без больших затруднений. Поэтому мы и считаем, что придатки следует удалять вместе с маткой и при влагалищном методе операции по поводу рака шейки матки. Исключение должны составить лишь те случаи, когда придатки на почве хронического воспаления оказываются замурованными в плотных сращениях.

Отсечение матки и придатков от широких связей. Когда тело матки и придатки будут извлечены, приступают к их экстирпации. Тело матки захватывают окончатými маточными щипцами и оттягивают вниз и в сторону. В том же направлении оттягивают и захваченные окончатými щипцами яичники вместе с трубами. Воронко-тазовая связка появляется в отверстии брюшины, и на нее накладывают крепкий зажим (рис. 318); медиально от первого накладывают второй зажим — контрклемму и между обоими зажимами перерезают воронко-тазовую связку. Основной зажим заменяют крепкой кетгутовой лигатурой. То же самое проделывают и на другой стороне. Теперь остается закончить экстирпацию удалением параметральной и паравагинальной клетчатки. Это основная часть операции и все, что было сделано до этого момента — в сущности была подготовительная работа. Для того чтобы получить хороший доступ к околоматочной клетчатке, необходимо тело матки и влагалищную манжетку, закрытую швами, сильно оттянуть в сторону; благодаря этому клетчатка противоположной стороны натягивается и представляется в виде широкой пластинки, хорошо видимой на всем протяжении от параректальной клетчатки до культи воронко-тазовой связки; при этом оперирующий имеет все время перед собой в качестве опознавательных точек культи перевязанных маточных артерий, а также выделенные из клетчатки мочеточники. Если до перерезки клетчатки удастся найти ствол геморроидальной артерии, то целесообразно предварительно перевязать его. Если же этого сделать не удастся, то, перерезав клетчатку, надо захватить кровотокающие сосуды, перевязать их или обколоть и, таким образом, остановить кровотечение.

Отсечение клетчатки мы начинаем, по примеру Штеккеля, снизу в области параректальной клетчатки. Наложив под контролем глаза крепкий зажим на нижнюю часть натянутой пластинки тазовой клетчатки, рассекаем ее по пальцу ножницами медиально от зажима (рис. 319). На оставшуюся часть клетчатки снова накладываем зажим и сильно оттягиваем его, благодаря чему ткани, подлежащие иссечению, напрягаются, и их действительно можно радикально удалить.

После удаления препарата брюшину зашивают наглухо, а перевязанные культи выводят в углы зашитого разреза брюшины за длинные лигатуры, оставленные на культиях. Влагалищную рану зашивают в ее средней части, в углах же оставляют рану открытой с целью бестампонного дре-

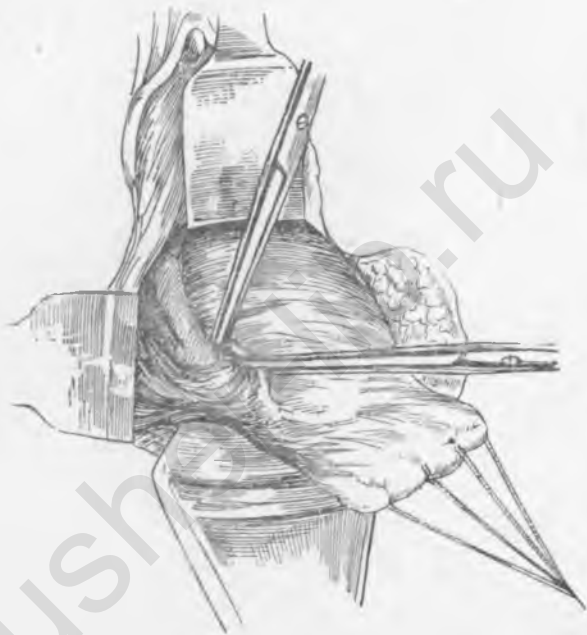


Рис. 317. Распиренная (радикальная) операция влагалыщным путем. На маточную артерию наложены два зажима. Потянув за них, можно обнаружить «колeно» мочеточника, еще покрытое тонким слоем парацервикальной клетчатки.

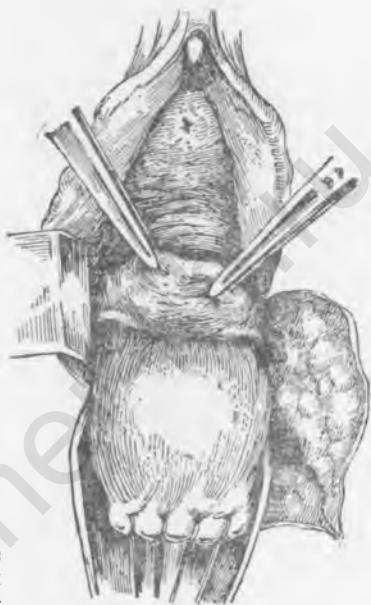


Рис. 317а. Распиренная (радикальная) операция влагалищным путем. Нахождение мочеточников облегчается следующим путем: отделив дно мочевого пузыря от шейки матки, двумя анатомическими пинцетами последовательно вытягивают в рану стенку мочевого пузыря и, внимательно осматривая ее, обнаруживают мочеточник в виде беловатого плоского жгута у места вхождения его в мочевой пузырь.

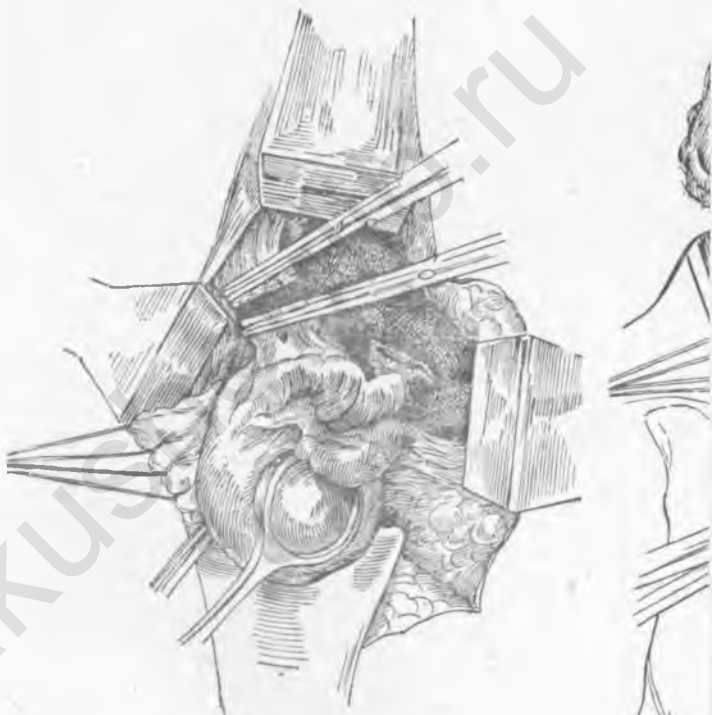


Рис. 318. Расширенная (радикальная) операция влагалищным путем. Матка и правые придатки извлечены в рану и, захваченные щипцами, оттягиваются влево и вниз. В поле зрения появляется воронко-тазовая связка, которая рассекается между двумя крепкими зажимами.



Рис. 319. Расширенная (радикальная) операция влагалитичным путем. Отсечение клетчатки начинают снизу в области параректальной клетчатки. Для этого вся матка оттягивается в противоположную сторону (на рисунке влево), при этом обнажается параректальная и другие отделы тазовой клетчатки (правая сторона рисунка). На нижнюю часть натянутого пласта тазовой клетчатки накладывается крепкий зажим. Прерывистой жирной линией обозначено направление линии рассечения клетчатки; рассечение производят ножницами под контролем глаза.

нирования, как при брюшностеночном методе расширенной операции рака шейки матки. Влагалище рыхло тампонируют стерильной марлей, которую присыпают белым стрептоцидом. Тампон удаляют на следующий день.

КОМБИНИРОВАННЫЙ БРЮШНОСТЕНОЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Нам в течение некоторого времени приходилось оперировать, не имея среди инструментов влагалищного жома. Поэтому мы ограничивались экскохлеацией, каутеризацией с последующей многократной дезинфекцией ракового очага. Кроме того, во избежание распространения инфекции из очага главное внимание сосредоточивалось на том, чтобы при вскрытии влагалища и отделении его от шейки матки быстро извлечь препарат через брюшную рану, не задев им окружающих тканей. Довольно существенную роль при защите брюшины от заражения играла возможность смены после этого этапа всего инструментария, а также участие достаточного количества ассистентов. Оперированные таким образом 15 больных все выжили, но у них имелось нагноение брюшной раны. Что касается состояния брюшины, то хотя распространенного перитонита не было, все же состояние брюшины у этих оперированных в ближайшие после операции дни резко отличалось от такового у больных, перенесших чревосечение по поводу других заболеваний. Но однажды, когда наш термокаутер испортился и от каутеризации пришлось отказаться, мы были вынуждены искать иной путь, чтобы защитить ткани, особенно брюшину, от инфекции, так как без предварительной каутеризации и без наложения жома во время операции риск казался слишком большим. Эта защита прежде всего должна была дать возможность предохранить брюшину от соприкосновения с раковой опухолью. Наиболее целесообразным нам представлялся тогда комбинированный брюшностеночный способ, при котором операцию начинают с брюшностеночного чревосечения и проводят ее, ни в чем не отступая от техники расширенной радикальной операции рака шейки матки. Когда же операция почти закончена и матка остается соединенной лишь с влагалищной трубкой, то последняя не вскрывается, и операция заканчивается влагалищным путем. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный метод удаления матки, пораженной раком, не нов. Идею его мы находим у С. П. Федорова (1899). С. П. Федоров поступал следующим образом: отделив матку с придатками и клетчаткой от соседних органов, он ампутировал матку на границе ее здоровой и больной части и удалял ее через брюшную рану. Затем помощник по пальцу вводил во влагалище длинный троакар, которым насквозь прокалывал остаток маточной ткани так, чтобы конец троакара чуть высывался в брюшную полость. После этого оперирующий надевал на конец троакара особую металлическую шляпку, а помощник, потягивая за рукоятку инструмента, вытягивал шейку матки и верхнюю часть влагалища наружу, в то время как хирург со стороны брюшной раны выделял шейку матки и влагалище из окружающих их тканей. В конце концов оставалось лишь отсечь вывернутое и вытянутое за пределы наружной половой щели влагалище.

В немецкой литературе комбинированный брюшностеночно-влагалищный метод удаления пораженной раком матки был опубликован Вертгеймом. Позже, в 1900 г., он сообщил о двух случаях, когда он должен был удалить вместе с маткой, пораженной раком, и влагалище. Начав операцию брюшностеночным путем и доведя ее до того момента, когда матка, связки, параметрии, влагалищная трубка были совершенно отделены, но влагалище со стороны брюшной полости не было вскрыто, он эти, собственно, уже экстирпированные органы погрузил в глубину таза и, сшив над ними края брюшины, достиг таким образом внебрюшинного положения препарата. Затем, переведя большую в положение для влагалищной операции, он перерезал влагалищную трубку и извлекал препарат через вульву. Признавая, что этим путем достигается полная гарантия от заражения брюшины со стороны рака, автор от широкого применения этого способа, однако, отказался и оставил его только для тех случаев, когда вместе с маткой должно быть удалено влагалище.

Дальнейшую разработку комбинированный метод операции получил в клинике Цвейфеля, где его применяли планомерно с 1909 г. Цвейфель оперировал так же, как было описано выше, но со следующими изменениями: дойдя до того момента, когда матка оставалась соединенной только с еще не вскрытой влагалищной трубкой, он проводил через край брюшины мочевого пузыря три длинные лигатуры; концы лигатур пришивались к телу матки для того, чтобы по извлечении матки через влагалище можно было вывести лигатуры наружу и пришить брюшину мочевого пузыря к передней стенке перерезанного влагалища. Благодаря этому стенка мочевого пузыря не

остаётся оголённой и мочевой пузырь, фиксированный к влагалищу, получает в ней опору, что благоприятно отражается на его функции.

Этот способ предотвращает соприкосновение ракового очага с брюшиной, но клетчатку от соприкосновения этот способ защищает не более, чем другие способы. Влагалищный жом, несомненно, лучше изолирует влагалище от ракового очага. Поэтому, начав применять комбинированный способ, мы вскоре стали стремиться к тому, чтобы изолировать раковый очаг не только от брюшины, но и со стороны влагалища. Поэтому при извлечении матки через влагалище прежде всего мы перестали захваты-

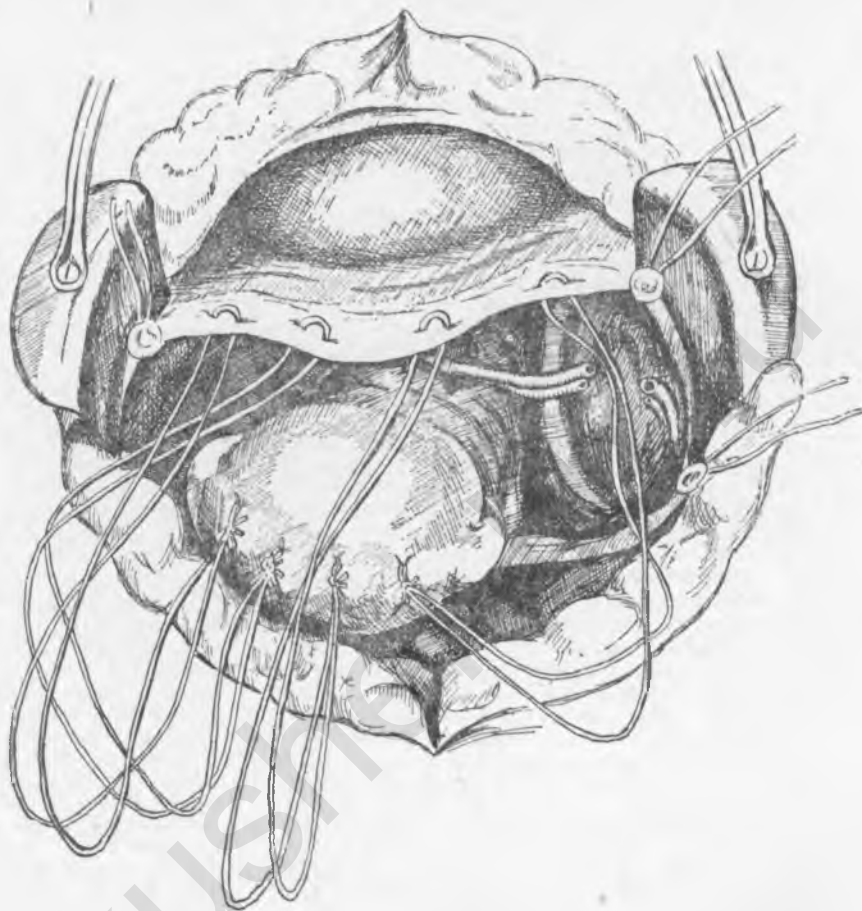


Рис. 320. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки. Матка с придатками и тазовой клетчаткой полностью выделена. Перед отсечением матки от влагалища через передний край брюшины мочевого пузыря проведены 4 лигатуры. Оба конца каждой лигатуры оставляют одинаково длинными и пришивают их ко дну матки.

вать пулевыми щипцами влагалищную часть, как это рекомендовалось раньше. Нам такое захватывание представлялось далеко не безразличным как с точки зрения соблюдения асептики, так и с точки зрения опасности диссеминации и имплантации опухоли в здоровые ткани.

Затем, убедившись, что захватывание щипцами влагалищной стенки несколько не мешает вывернуть и перерезать влагалищную трубку, мы стали делать вокруг шейки манжетку из слизистой влагалища и края этой манжетки соединять поверх шейки таким образом, что раковое новообразование изолировалось и со стороны влагалища.

Техника операции. Тщательная дезинфекция шейки матки и влагалища сулемой, спиртом, 5% раствором ляписа и подной настойкой. Наркоз. Чревосечение. Матка с придатками освобождается от всех соединений и остаётся связанной только

с нескрытой влагалищной трубкой. Через передний край брюшины мочевого пузыря почти на равном расстоянии друг от друга проводят 4 кетгутовые лигатуры. Оба конца каждой лигатуры оставляют одинаковой длины, продевают их через ушко иголки, проводят через соответствующее место на матке и концы лигатур привязывают к матке (рис. 320). Матка вместе с лигатурами погружается в глубину малого таза и края брюшины сшиваются над маткой одним непрерывным швом от культи одной воронко-тазовой связки до другой (рис. 321). Брюшиную стенку зашивают наглухо.

После того как брюшностеночная часть операции выполнена и больная переведена в положение для влагалищной операции, шейка матки и влагалище вновь дезинфицируются; переднюю и заднюю стенку влагалища захватывают несколькими зажимами, отступя примерно на 3 см от раковой опухоли. При потягивании за эти зажимы

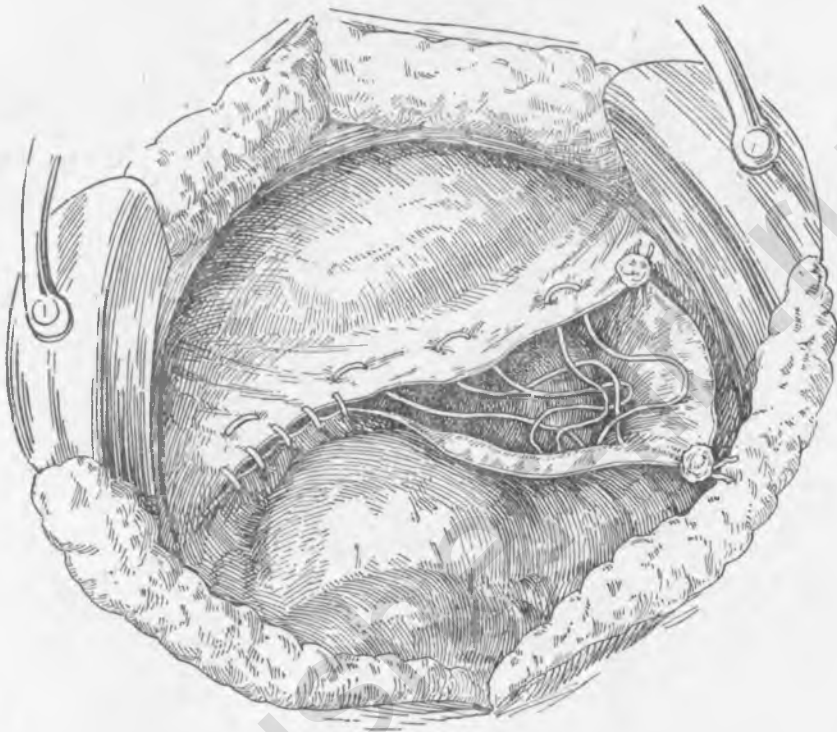


Рис. 321. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки. Матка вместе с лигатурами погружена в глубину таза; края брюшины сшиваются над погруженной маткой.

образуются складки из слизистой влагалища: складка из передней и складка из задней стенки. Эти складки при сближении передних и задних зажимов соединяются, и их захватывают несколькими вновь наложенными зажимами, а зажимы, которые были раньше наложены, постепенно снимают (рис. 322). Таким образом раковая опухоль подвергается изоляции и со стороны влагалища, прежде чем будет произведен вокруг нее разрез. Теперь проводят два разреза через стенку влагалища параллельно ряду зажимов. Влагалищную стенку перерезают, края ее захватывают зажимами и препарат извлекают наружу. Вместе с маткой извлекают привязанные к ней 3—4 лигатуры, идущие от брюшины мочевого пузыря (рис. 323). Для того чтобы не перепутать лигатуры, каждую пару обозначают особым образом: 1-ю (слева направо) захватывают кондом зажима; 2-ю — его серединой; 3-ю — началом. Лигатуры отрезают от матки и в том же порядке (слева направо) проводят через передний и задний край перерезанного влагалища и завязывают (рис. 324).

К применению комбинированного способа операции рака шейки матки приходится иногда прибегнуть не только вследствие отсутствия (среди инструментов) влагалищного жома, но и тогда, когда применение его затруднено, как, например, при значительном ожирении брюшной стенки и коротком влагалище, особенно если при этом имеется и

значительное утолщение пораженной матки. В подобных случаях комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции может оказаться весьма целесообразным. Но иногда комбинированный способ может оказаться невыполнимым, как, например, при суженом, вследствие старческой атрофии, влагалище или при наличии в нем рубцовых изменений после повреждений в родах и т. п.

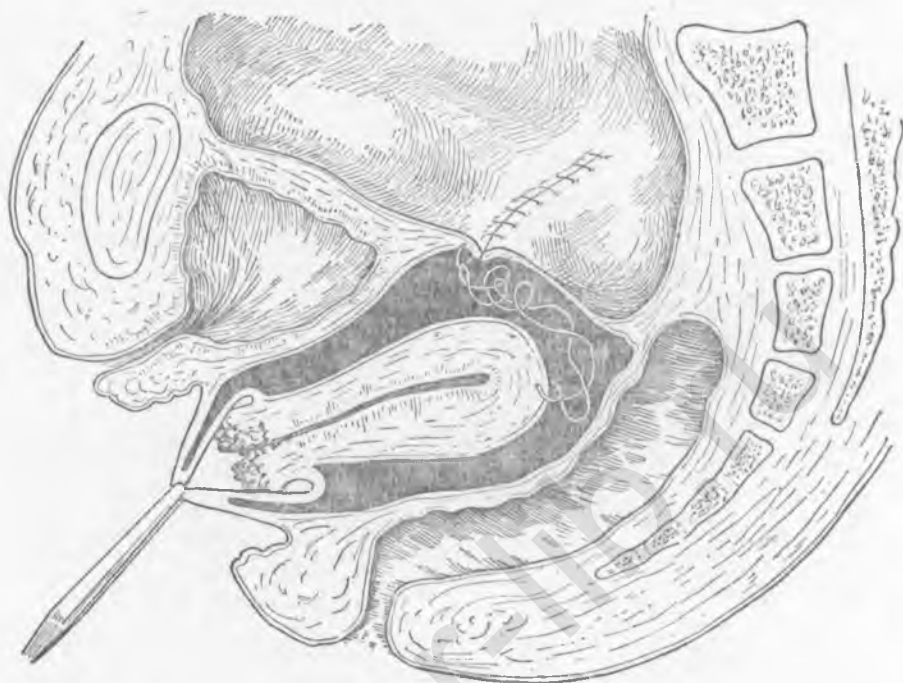


Рис. 322. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки. Большая переведена в положение для влагалищной операции. Образовывают влагалищную мажетку и извлекают матку через влагалище.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров М. С., Оперативное лечение запущенных форм рака шейки матки, *Акушерство и гинекология*, № 6, 1946.
- Архангельский В. А. и Нудольская О. Е., Результаты терапии случаев рака, прошедших за 3½ года, *Акушерство и гинекология*, № 2, 1936.
- Бенедиктов А. П., Лечение рака матки в историческом аспекте, *Вопросы онкологии*, Сборник работ института, № 8, в. III, Свердловск, 1944.
- Богущ К. Ф., Рак матки, *Советская хирургия*, № 5—6, 1930.
- Брауде И. Л., К методике расширенной радикальной операции рака шейки матки, *Гинекология и акушерство*, № 4, 1928.
- Брауде И. Л., Хирургическое лечение рака матки и рака яичников, *Акушерство и гинекология*, № 3, 1945.
- Бунимович Э. А., Перевязка а. hypogastrica при раке матки, *Труды института Свердловского облздравотдела*, 1934.
- Гофман Г. Е., Отдаленные результаты оперативного лечения рака матки, *Акушерство и гинекология*, № 9—10, 1941.
- Деражне А. Б., О перевязке аа. hypogastricae при расширенной (радикальной) операции по поводу рака шейки матки (реферат диссертации), Л., 1949.
- Добротин С. С., 1 102 случая операции Вертгейма в модификации К. Ф. Богуща, *Акушерство и гинекология*, № 7, 1939.
- Добротин С. С., Об отдаленных результатах хирургического лечения и лучистой терапии рака матки по материалам Горьковской клинической областной больницы им. Семашко, № 6, стр. 18, 1940.

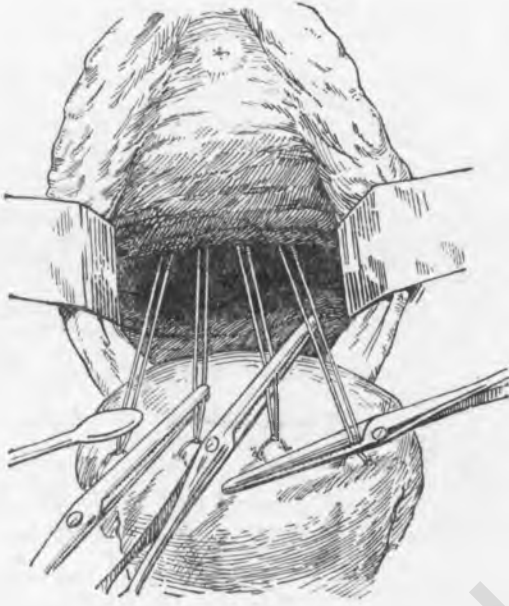


Рис. 323. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки. Вместе с маткой извлечены и лигатуры, которыми была зашита тазовая брюшина.

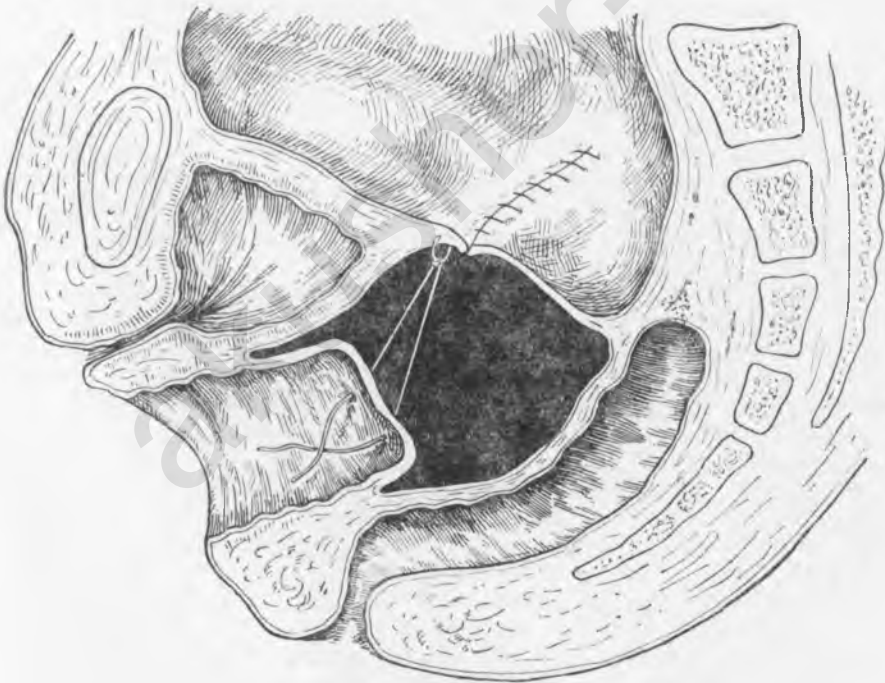


Рис. 324. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки. Каждую лигатуру, которой была зашита тазовая брюшина, проводят через передний и задний край перерезанного влагалища и завязывают.

- Евнин И. А., Первичный рак влагалища, Акушерство и гинекология, № 7, 1939.
- Жордания И. Ф., Оперативное лечение рака шейки матки, Акушерство и гинекология, № 3, 1945.
- Кватер Е. И., Оперативное лечение рака матки, Советская медицина, № 7, 1947.
- Киттер А. А., Учебник гинекологии, СПб, 1858.
- Козинский Б. А., Расширенная влагалищная операция рака матки, Сборник трудов Центрального научно-исследовательского института Наркомздрава, 1935.
- Лурье А. Ю., Профилактика, клиника и терапия рака матки, Госмедиздат, УССР, 1947.
- Малева М. И. и Макаров М. Ф., Отдаленные результаты оперативного лечения рака шейки матки, Гинекология и акушерство, № 5, 1935.
- Малинин А. И., К методике по поводу операции рака шейки матки, Советская медицина, № 11, 1948.
- Михайлов В. П. и Терехова А. А., Новый метод лечения шока и инфекции для снижения первичной смертности при операции Вертгейма, Акушерство и гинекология, № 6, 1947.
- Нудольская О. Е., Об отдаленных результатах хирургического лечения рака матки, Акушерство и гинекология, № 3, 1941.
- Сапожников В. И., К методике расширенной (радикальной) операции рака шейки матки, Гинекология и акушерство, № 3, 1927.
- Серебров А. И., Рак шейки матки, Издание Академии медицинских наук СССР, М., 1948.
- Тимофеев А. И., Деятельность Казанской акушерской и гинекологической клиники по борьбе с раком матки, Сборник работ по акушерству и гинекологии, посвященный проф. В. С. Груздеву, 1917.
- Фигурнов К. М., Отдаленные результаты оперативного лечения рака шейки матки, Труды Военно-медицинской академии им. Кирова, т. 15, 1938.
- Федоров С. П., Хирургия, 1899.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Классификация по стадиям заболевания (согласно приказу министра здравоохранения Союза ССР).

Первая стадия. Рак тела матки ограничен пределами эндометрия.

Вторая стадия: а) рак с инфильтрацией миометрия; б) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах, не перешедший на стенку малого таза; в) рак тела матки с переходом на шейку матки.

Третья стадия: а) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одном или обеих сторонах, перешедший на стенку таза; б) рак тела матки с метастазами в регионарных лимфоузлах, в придатках, во влагалище.

Четвертая стадия: а) рак тела матки с прорастанием брюшины, мочевого пузыря, прямой кишки; б) рак тела матки с отдаленными метастазами.

Хирургическое лечение. Хирургический метод лечения рака тела матки дает лучшие результаты, чем операция рака шейки матки, несмотря на то, что рак тела матки чаще поражает пожилых и старых женщин. При этом хорошие результаты достигаются простым удалением матки вместе с придатками. Причина лучшего прогноза рака тела матки заключается в том, что рак тела матки обладает резко выраженным экзофитным ростом (И. Г. Давыдовский, Никольский и др.). А когда при экзофитном росте раковый процесс распространяется в толщу стенки матки, то это распространение происходит медленно, благодаря особенностям строения маточной стенки, в частности, ее толщине, а также концентрической гипертрофии, являющейся, как полагают некоторые авторы, ответной реакцией на вращение ракового новообразования. Важно также, что, возникая чаще в области трубных углов и задней стенки матки, рак тела матки при своем дальнейшем росте не обнаруживает особой склонности распространяться на шейку матки, откуда рак мог бы быстро метастазировать в клетчатку таза. Таким образом, по своему течению рак тела матки можно считать менее злокачественным, чем рак шейки матки. Но, повторяем, это правильно лишь до известной степени, так как при длительном существовании метастазирование рака по лимфатическим путям все же происходит, и тогда в силу анатомических условий (лимфатические пути из тела матки ведут к лимфатическим узлам, расположенным высоко на аорте) удаление всех пораженных лимфатических узлов становится невозможным.

Рак тела матки в течение длительного периода обычно не распространяется за пределы матки. Это достаточно известно из литературы и в этом мы неоднократно убеждались на собственном опыте. Если это учесть, а также принять во внимание, что рак тела матки встречается главным образом в пожилом и старческом возрасте, когда операции переносятся хуже, то приходится признать, что простая экстирпация матки вместе с придатками является методом выбора, некоторые же, например, А. М. Агаронов, считают, что и при раке тела матки следует производить расширенную радикальную операцию, как и при раке шейки матки. Вопрос лишь, по его мнению, заключается в том, какой путь избрать для операции — брюшностеночный или влагалищный. Брюшностеночный путь имеет свои несомненные преимущества: он дает возможность лучше осмотреть операционное поле и облегчает удаление обоих придатков с маткой, особенно в тех случаях, когда придатки воспалены или находятся в сращениях, делающих их неподвижными. Влагалищный путь мы предпочитаем при операции ослабленных, у страдающих сердечными или легочными болезнями и у ожиревших больных.

Методика удаления матки при раке тела (полости) матки брюшностеночным путем в основном та же, что и при удалении матки при доброкачественных новообразованиях, например, при фибромиомах. Но все же в технике операции имеются и некоторые особенности. Для того чтобы во время операции частицы новообразования, а также содержимое полости матки, нередко инфицированное, не попадали через шеечный канал во влагалище, а отсюда в область раны и в брюшную полость, мы, приступая к операции брюшностеночным способом, укладываем больную в положение для влагалищной операции и после дезинфекции наружных половых органов, влагалища и шейки матки восьмиобразными швами закрываем маточный зев. Если это и не дает абсолютной гарантии, то во всяком случае в значительной мере препятствует попаданию содержимого из полости во влагалище во время операции. Опасность заключается еще и в том, что содержимое матки может попасть в брюшную полость, если целостность маточной стенки будет нарушена во время операции. Чем глубже раковое новообразование проникло в толщу маточной стенки, тем больше эта опасность. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы во время операции стенка матки не травмировалась. Прежде всего это касается способа извлечения матки в брюшной разрез. Не следует захватывать матку щипцами, особенно такими, как пулевые, двузубцы и т. п. Точно так же нельзя прошивать матку лигатурой, которая служила бы «держалкой». Чтобы избежать опасности проникающего повреждения стенки матки, надо захватывать инструментами не матку, а отходящие от нее широкие связки. Делается это так: два крепких зажима накладывают с обеих сторон матки вдоль ее ребер на верхнюю часть широкой связки. Этими зажимами матка фиксируется, извлекается в брюшную рану и переводится в любое положение так, как если бы зажимами была захвачена сама матка (см. рис. 294). Удалению подлежит, повторяем, не только матка, но и придатки, независимо от того, имеются ли в них изменения или нет. За эту необходимость говорит как система распределения лимфатических путей в матке и ее придатках так, и клинический опыт. Отсечение матки от влагалища целесообразно производить ниже, чем при удалении матки по поводу доброкачественных опухолей. Это может дать возможность наложить на влагалище жом впереди шейки и отсечь влагалище ниже наложенного жома, как это делают при операции рака шейки матки. Наложение влагалищного жома может оказаться необходимым в тех случаях, когда перед чревосе-

чением маточный зев не был закрыт швами, или тогда, когда эти швы недостаточно обеспечивают, ввиду того что полость матки тяжело инфицирована (наличие лихорадки). Для предупреждения рецидива мы считаем необходимым так же, как и после операции рака шейки матки, проведение последующей глубокой рентгенотерапии.

Операция по поводу рака тела матки влагалищным путем. В основном эта операция проводится по такому же методу, как и при доброкачественных процессах в матке, однако и здесь необходимо преду-



Рис. 325. Операция влагалищным путем по поводу рака тела матки. После предварительного и последовательного наложения отдельных швов на параметральную клетчатку параллельно ребру матки матка постепенно отсекается от широкой связки.

смотреть некоторые существенные особенности. Как и при операции брюшностеночным путем, задача заключается в том, чтобы предотвратить попадание содержимого полости матки на раневые поверхности и в брюшную полость. Следовательно, и при операции влагалищным путем надо закрыть швами маточный зев и не травмировать маточную стенку инструментами, особенно пулевыми щипцами или двузубцами. Нельзя также при извлечении матки разрезать ее по передней стенке, как это делают при доброкачественных процессах; при раке тела надо извлекать матку целиком. Для этого необходимо иметь широкий к ней доступ. Поэтому в старческом возрасте при узком влагалище приходится делать одно-, а иногда и двусторонний влагалищно-промежностный разрез.

Техника влагалищной экстирпации матки с придатками. После того как будет сделан одно- или двусторонний влагалищно-промежностный разрез и зашит наружный маточный зев, приступают к следующему этапу операции, который проводится так же, как и при влагалищной экстирпации миоматозной матки. Влагалищная часть матки за лигатуры, которыми зашит маточный зев, энергично качательными движениями подводится в преддверие. Подъемниками помощники раздвигают боковые стенки влагалища и оттягивают шейку матки кзади. Через передний влагалищный свод на месте его перехода на влагалищную часть матки проводится поперечный разрез. На обоих концах разреза проводят два боковых разреза. Поперечный разрез проходит с обеих сторон и переходит на задний влагалищный свод, таким образом, поперечный разрез превращают в циркулярный с двумя дополнительными боковыми разрезами; общая длина разреза через влагалище, таким образом, значительно увеличивается. Нередко в этих случаях отмечается укорочение и ригидность маточно-крестцовых и кардинальных связок, что препятствует достаточному низведению шейки матки в преддверие влагалища. Поэтому сначала мы вскрываем брюшину заднего дугласова кармана, перевязываем и надсекаем маточно-крестцовые связки, затем кардинальные связки. Благодаря этому становится возможно полное низведение шейки матки, что значительно облегчает дальнейший ход операции. Перевязав затем маточные сосуды, мы приступаем к отделению мочевого пузыря от шейки матки, что производим, как всегда, частью острым путем, частью тупым — пальцем. Отделив пузырь и приподняв его подъемником, обнажаем пузырно-маточную складку брюшины, которую широко вскрываем. При влагалищной экстирпации матки, когда показанием к операции служит доброкачественная опухоль, мы, вскрыв брюшную полость через влагалищный свод, тотчас приступаем к извлечению тела матки пулевыми щипцами или четырехзубчатыми щипцами. Но при раке тела матки по уже указанным причинам этого делать нельзя и матку приходится извлекать только за шейку, а перевязку и перерезку связок, которую мы уже частично сделали вначале операции, продолжать снизу вверх (рис. 325). Таким образом, при операции по поводу рака тела матки на этом этапе влагалищной экстирпации матки мы применяем в сущности тот же прием, который всегда применял Д. О. Отт, удаляя матку через влагалище и при доброкачественных опухолях, конечно, если величина матки позволяет обойтись без кускования опухоли.

Когда тело матки будет извлечено таким путем, остается еще извлечь и придатки с обеих сторон. Извлечение придатков (сначала с одной стороны, а затем с другой) можно сделать марлевым тупфером или двумя пальцами.

Для того чтобы вместе с маткой удалить и придатки, надо перевязать и перерезать воронко-тазовую связку. Для этого яичник и трубу, извлеченные и захваченные окончатными щипцами (яичниковыми щипцами или абортцангом), оттягивают в сторону; благодаря этому приближается и воронко-тазовая связка. Для того чтобы сделать ее еще более доступной, помощник боковым отодвигает боковую стенку влагалища (рис. 326). На связку накладывают два зажима, между которыми связка с содержащимися в ней яичниковыми сосудами перерезается. Основной зажим, наложенный латерально, заменяется длинной и крепкой лигатурой, медиально лежащий зажим (контрклема) остается на препарате. Затем перевязывается и перерезается круглая связка этой же стороны. Таким образом, на этой стороне матка с придатками полностью отсекается от широкой

связки. То же самое проделывают на другой стороне, и матка с придатками обших сторон удаляется. Проверяют гемостаз и приступают к перитонизации. Перитонизация культи воронко-тазовой связки может быть затруднена, если связка укорочена и сморщена. В подобных случаях мы подтягиваем культю за лигатуру как можно ближе к боковому краю рапы влагалищного разреза, прошиваем ею этот край влагалища и таким образом, приблизив край к культе, соединяем с нею. Перитонизацию мочевого пузыря и прямой кишки производят обычным образом.

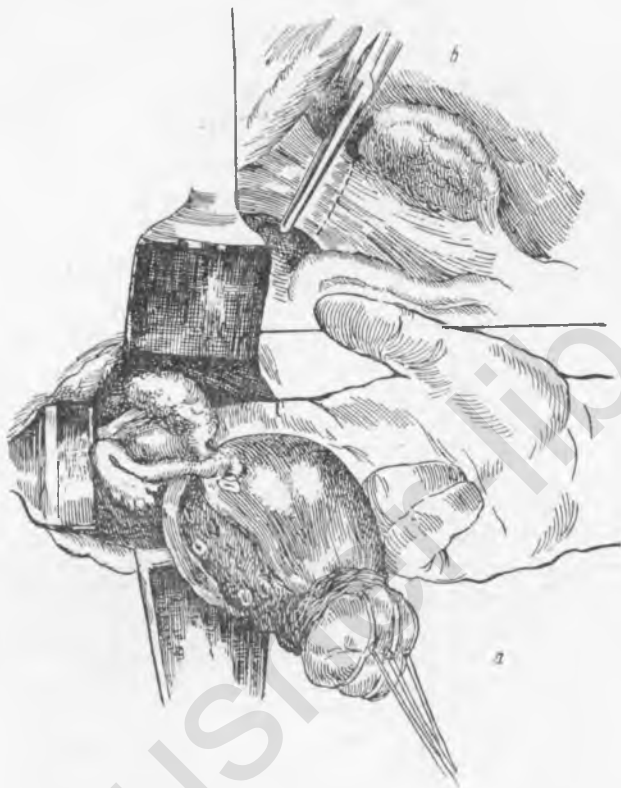


Рис. 326. Операция влагалищным путем по поводу рака тела матки.

a—после извлечения придатков матки двумя пальцами, введенными в брюшную полость, необходимо обнажить и сделать максимально доступной для наложения зажимов воронко-тазовую связку; для этого один помощник энергично отодвигает боковую стенку влагалища, а другой — оттягивает в противоположную сторону матку и придатки; *b* — благодаря этому приему становится доступной воронко-тазовая связка, на которую под контролем глаза накладывают крестиком жом; пунктиром обозначена линия, по которой воронко-тазовая связка должна быть рассечена.

Отверстие в брюшине и во влагалище зашивают наглухо, если нет подозрения на инфекцию, в противном случае зашивают его не полностью и в оставшееся маленькое отверстие вводят для дренирования марлевую полоску. В тех редких случаях, когда не удастся заперитонизировать культи воронко-тазовых связок, вводят в отверстие брюшины большую полоску марли, которая отделяет культи от вышележащих кишок. Через 2—3 дня марлевая полоска извлекается.

Сочетание рака тела матки с фибромиомой матки

Это сочетание встречается довольно часто. А. И. Тимофеев на своем материале (Казанская клиника) имел 20,3% случаев такого сочетания, Т. А. Комиссарова (клиника I Московского медицинского института) — 26,5%. Диагностика его может встретить известные трудности. Нередко сочетание распознавалось случайно после операции, предпринятой по поводу фибромиомы (на материале Т. А. Комиссаровой рак тела матки в комбинации с фибромиомой клинически не был распознан в 9 случаях из 18). Рак тела матки при наличии фибромиомы часто не распознается потому, что его главнейший симптом — мено-метроррагии — наблюдается и при подслизистых фибромиомах. Следует помнить, что при подозрении на подслизистую фибромиому (о симптоматологии и диагностике фибромиом см. главу о фибромиомах) обследование полости матки обычно обнаруживает подслизистое расположение узла и диагностика его вполне возможна; сочетание же с раком тела матки встречается по Дьяконову главным образом при внутривенечных фибромиомах. Если диагноз сочетания рака тела матки и фибромиомы был поставлен до операции, то операция должна заключаться в полном удалении матки с придатками путем чревосечения. Если же рак тела матки будет обнаружен во время операции, предпринятой по поводу фибромиомы, еще до закрытия брюшной полости, то операция должна быть продолжена. Если по поводу фибромиомы было сделано полное удаление матки без придатков, то придатки должны быть дополнительно удалены. Если была сделана только надвлагалищная ампутация матки, то, кроме придатков, теперь надо удалить и шейку матки. При наличии симптомов, вызывающих хотя бы отдаленное подозрение на возможность сочетания фибромиомы и рака тела матки, надо поставить себе за правило оперировать только брюшностеночным путем и, удалив матку (безразлично, сделана ли надвлагалищная ампутация или полная экстирпация матки без придатков), еще до зашивания брюшной стенки обязательно вскрыть удаленный препарат и осмотреть полость матки. Это может сделать кто-либо из помощников, не участвующих в операции.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. и Беляева Е. Ф., Раннее распознавание рака матки, Госиздат, М., 1928.
- Гудим-Левкович Д. А., Оперативное лечение рака тела матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 11.
- Каминский Б. М., Случай излечения выскабливанием начавшейся adenoma malignum тела матки, Гинекология и акушерство, 1928, № 4.
- Комиссарова Т. А., Клиническая симптоматология и диагностика первичного рака тела матки, Акушерство и гинекология, 1945, № 3.
- Курбатова Ю. А., Рак тела матки по материалам онкологической клиники, Бюллетень Узбекского института экспериментальной медицины, 1939.
- Мишин В. А., Рак полости матки и его распознавание, Русский врач, 1912.
- Тимофеев А. И., Обзор случаев рака матки, наблюдавшихся в Казанской клинике, Казанский медицинский журнал, 1923.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Классификация по стадиям заболевания (согласно приказу министра здравоохранения Союза ССР).

Первая стадия. Опухоль в пределах одного яичника и без метастазов.

Вторая стадия. Опухоль вышла за пределы яичника, поражая второй яичник, матку, одну или обе трубы.

Третья стадия. Опухоль распространилась на париетальную тазовую брюшину. Метастазы в регионарные лимфоузлы, в сальник. Асцит.

Четвертая стадия. Опухоль яичников прорастает соседние органы: мочевой пузырь, прямую кишку в петли кишок с диссеминацией по брюшине за пределами малого таза или с метастазами в отдаленные лимфоузлы и внутренние органы. Асцит. Кахексия.

Среди раковых новообразований, встречающихся у женщин, рак яичника занимает седьмое место (3—3,5%). По статистике Ф. А. Соколова, составленной на основании большого секционного материала больницы имени Нечаева в Ленинграде, за 38 лет на все количество опухолей яичника рак встретился в 24% (К. П. Улезко-Строганова). Рак яичника подразделяется на: 1) первичный, встречающийся по М. С. Малиновскому, реже других, 2) вторичный, встречающийся чаще и развивающийся на почве злокачественного перерождения яичниковых кистом, чаще серозных, реже — ложнослизистых и дермоидных, и 3) метастатический (опухоли Крукенберга), который прежде считался большой редкостью, но по новейшим данным встречается не так уж редко. По Т. А. Майкапар-Холдиной, в Институте онкологии Академии медицинских наук в Ленинграде на протяжении 20 лет наблюдалось 60 случаев метастатического рака яичников. Впрочем, следует отметить, что в вопросе о частоте той или другой формы рака статистики значительно расходятся.

Наиболее характерным для клинической картины рака яичников является то, что он часто поражает оба яичника и большей частью сопровождается рано появляющимся асцитом. Нередко, особенно при папиллярных формах, асцитическая жидкость бывает окрашена кровью. Метастазирование раковых элементов из яичника в матку, проходящее по лимфатическим путям, наблюдается редко. Такие метастазы всегда вызывают маточные кровотечения, метастазирование в отдаленные органы, которые происходят гематогенным путем и вызывают в зависимости от локализации самые разнообразные клинические картины. Наиболее частым, но отнюдь не ранним симптомом рака яичника являются боли, не имеющие определенного характера и определенной локализации и нередко трактуемые больными, а иногда и врачами как результат заболевания внутренних органов, пищевой интоксикации и пр.

О преобладании в клинической картине рака яичника болей в животе и в пояснице говорили также Н. Н. Петров, А. Н. Серебров и С. С. Роговенко, А. Н. Лебедева и др. По наблюдениям А. Н. Лебедевой, на первом месте в симптоматологии злокачественных опухолей яичника стоит симптом боли в животе, который наблюдался в 32%, и увеличение живота, наблюдавшееся в 22,6%. К этим выводам авторов надо полностью присоединиться.

Как известно, опухоли яичника как доброкачественные, так и злокачественные встречаются во всех возрастах: от самого юного до старческого. Но чаще всего рак яичника встречается в возрасте от 40 до 50 лет: описаны случаи рака яичника в 20 лет и моложе (К. П. Улезко-Строганова). Поэтому среди симптомов рака яичников можно было бы ожидать и расстройства менструальной функции, главным образом в виде аменорреи. Однако этот симптом не является ни постоянным, ни ранним, хотя и наблюдались случаи, когда менструальная функция расстраивалась даже и при одностороннем поражении яичника. Маточные кровотечения могут появиться в связи с метастазом рака яичника в матку.

Двусторонние поражения яичников встречаются чаще, особенно при метастатическом раке.

Кровотечения, принимающие характер менструации или меноррагии, наблюдаются при своеобразной опухоли яичника — фолликуломе яичника (К. П. Улезко-Строганова), или, как ее теперь называют, гранулезоклеточной опухоли яичника. Клеточным элементам этих опухолей приписывают гормональные влияния (избыточная продукция фолликулярного гормона на организм в форме его гиперфиминизации). Проявлением служат у зрелых женщин меноррагии, а у девочек или у женщин после менопаузы появление кровянистых выделений или кровотечений. В одном случае фолликуломы, описанном В. С. Кандарацким, наблюдались, наоборот, аменоррея и увеличение молочных желез, как при беременности, что автор на основании гистологического исследования слизистой матки объясняет действием выделяемого опухолью гормона лютеиновой природы. Возможно, что в этом случае имелась не только фолликулома, а также и лютеома.

Несмотря на многочисленные исследования как отечественных, так и зарубежных авторов большого числа случаев гранулезоклеточных опухолей — фолликуломы яичника, все же до сих пор еще окончательно не установлена степень ее злокачественности. В то время как одни авторы (К. П. Улезко-Строганова, А. Э. Мандельштамм, М. Г. Кушнир, А. И. Гофман, Р. Ф. Бродский и др.) считают ее злокачественной опухолью, другие (О. Тавилдаров, Б. К. Лисовецкий, В. С. Кандарацкий, Ф. Е. Петербургский и др.) относят ее к доброкачественным опухолям, не дающим после удаления рецидивов. Отсюда и разногласия в выборе метода операции: в то время как одни считают необходимым применять при фолликуломе яичника радикальную операцию, как при раке яичника, другие ограничиваются лишь удалением опухоли.

При решении этого вопроса необходимо руководствоваться данными клинического исследования до операции и осмотра опухоли и соседних с нею брюшных органов по вскрытии брюшной полости, если операция производится у девочки или у молодой женщины. У пожилой больной мы считаем правильнее применять при фолликуломе яичника радикальную операцию.

Весьма своеобразное гормональное влияние в противоположную сторону — в сторону омуужествления (дефиминизация, маскулинизация) — оказывает редко встречающаяся опухоль яичника, наблюдающаяся у моло-

дых женщин, менструирующих и даже рожавших. После появления этой опухоли, развивавшейся из включения остатков мужских зародышевых желез (К. П. Улезко-Строганова), женщины приобретали мужской тип и переставали менструировать.

Что касается метастатического рака яичников, типичным образом которого является так называемая опухоль Крукенберга, то особенно характерным является то, что опухоль растет очень быстро и по своим размерам значительно превосходит первичную раковую опухоль, обычно располагающуюся в желудочно-кишечном тракте. Но не только отставание в росте первичного рака желудка от вторичного рака в яичнике характеризует этот рак; отстают и другие клинические симптомы. Так, например, при метастатическом раке яичника у больной уже имеются боли и асцит, а симптомов заболевания желудка — тошноты и рвоты — еще нет.

При сочетании метастатического рака с беременностью, что является большой редкостью, симптомы со стороны первичного ракового очага в желудочно-кишечном тракте, если они и проявляются в виде потери аппетита, тошноты и рвоты, нередко не привлекают к себе должного внимания, так как трактуются как явления, связанные с беременностью (Т. А. Майкапар-Хоядина).

К уникальным случаям можно отнести наблюдавшийся в нашей клинике в мае 1948 г. случай беременности на VIII месяце при первичном раке желудка в области малой кривизны с множественными метастазами рака в лимфатические железы, по висцеральной и париетальной брюшине, по нижней поверхности диафрагмы и забрюшинных железах, с огромными метастатическими опухолями обоих яичников (вес левого яичника — 1665 г, правого — 900 г) и метастазом рака в шейку матки.

Распознавание рака яичников. При той бедности симптомов, которая наблюдается в начальной стадии развития рака яичника, неудивительно, что диагностика злокачественной опухоли яичника по крайней мере вначале представляет очень большие трудности, а иногда она и невозможна. Нередко наличие рака яичника устанавливается лишь при гистологическом исследовании опухоли, которая была удалена под диагнозом кисты яичника. В более поздней стадии за наличие рака яичника говорят раньше всего боли в животе, появление которых нельзя приписать заболеванию внутренних органов или какому-либо осложнению, происшедшему в самой опухоли, как, например, частичный перекрут или разрыв; далее за рак говорит быстрое нарастание асцита, развитие опухоли во втором яичнике и особенно появление бугристых или сосочковых образований в тазу, чаще всего в прямокишечно-маточном углублении, которые хорошо прощупываются через задний влагалитный свод, и, наконец, общее плохое самочувствие.

Лечение рака яичников. Основным методом лечения рака яичников является хирургический. В операбельных случаях удаляется яичниковая опухоль и в обязательном порядке матка и второй яичник, если даже он на глаз и не изменен. Однако опыт показывает, что чаще всего рак яичника, распознанный клинически, оказывается запущенным и не поддающимся полному излечению.

Вопрос об операбельности рака яичников почти не разрешим до вскрытия брюшной полости. Здесь нельзя полностью руководствоваться ни количеством асцита, ни быстротой его нарастания, ни степенью подвижности опухоли. В этом отношении рак яичника нельзя сравнивать с раком матки, где неподвижность органа, наличие метастазов в тазу говорит за неоперабельность случая; при раке яичника опухоль, казавшаяся до операции мало подвижной, все же может быть иногда полностью уда-

лена, и, наоборот, опухоль, казавшаяся до операции подвижной, может оказаться плотно спаянной с кишечником и неоперабельной. К сожалению, именно последний вариант встречается чаще. Давность заболевания и общее состояние больной имеют большое значение при оценке случая. Особенно важную роль при оценке операбельности случая играет общее состояние больной, в то время как давность заболевания, т. е. отрезок времени, который прошел с момента обнаружения опухоли, еще не говорит абсолютно о запущенности случая. В данном случае рак яичника может быть вторичным на почве злокачественного перерождения первично доброкачественной опухоли яичника. Аналогичную мысль проводит А. Н. Лебедева в своей работе «Прогноз злокачественных опухолей яичников», подтверждая ее детальным изучением большого материала онкологической клиники Свердловского научно-исследовательского института физических методов лечения. Но не только это соображение должно руководить тактикой врача в каждом отдельном случае при решении вопроса об операции рака яичника. Нужно учесть еще и то, что вопрос об операбельности рака яичника в смысле возможности радикального удаления опухоли часто решается только при чревосечении. Поэтому пробное чревосечение должно находить самое широкое применение при диагностике рака яичника. Как показывает клинический опыт, больные с диагнозом рака яичников редко попадают на операционный стол в ранней стадии болезни, т. е. тогда, когда еще нет метастазов. Ранние стадии обнаруживаются главным образом как случайные находки при операции по поводу диагностированной доброкачественной опухоли яичника. Если же диагноз рака яичника ясен, то случай часто оказывается запущенным. Пробное чревосечение обычно подтверждает это, и в подобном случае радикальная операция оказывается невыполнимой. Брюшная полость закрывается. Лучевая терапия при распространенном раке яичников не только не эффективна, но нередко приближает печальный конец этих больных. Ухудшение общего состояния больных с большими раковыми опухолями после применения интенсивной лучевой терапии давно обратило на себя внимание. Нам приходилось наблюдать запущенные случаи рака яичников, в которых была применена интенсивная рентгенотерапия, в результате чего уже через несколько дней появлялось резкое ухудшение общего состояния, отмечалась высокая температура, и при явлениях тяжелой интоксикации наступала смерть. Патологоанатомическое вскрытие обнаруживало полный распад опухоли. Очевидно, всасывание продуктов распада большой опухоли из брюшной полости и вызывало явления тяжелой интоксикации, быстро приводившей к смерти этих неизлечимых больных. Такие наблюдения уже давно толкнули нас на применение иной тактики в тех случаях, когда при пробном чревосечении обнаруживалась невозможность радикального удаления ракового новообразования яичников. Вначале это были отдельные случаи, когда радикальная операция оказывалась невозможной не сразу после вскрытия брюшной полости, а лишь после того как главную опухоль удавалось отделить от соседних органов и тканей и связанными с ними оставались лишь небольшие метастазы. Применяв затем глубокую рентгенотерапию, мы не наблюдали тех тяжелых явлений, которые вызывала эта терапия при наличии больших раковых масс в брюшной полости. Это были, можно сказать, вынужденные случаи применения нерадикальной операции при раке яичников. Сделав эти наблюдения и продолжая строго придерживаться безусловно правильного тезиса о необходимости применения только радикальных методов операции, при неоперабельном раке яичников мы стали применять и нерадикальную операцию, чтобы иметь возможность и при запущенном раке

яичника применять лучевую терапию. При наличии у больных кахексии к этому методу, конечно, не прибегают. Мы не утверждаем, что таким путем можно излечить больных с запущенным раком яичников, но мы неоднократно наблюдали случаи, когда после нерадикальной операции больные поправлялись и жили еще 3—4 года, нередко чувствовали себя удовлетворительно, а иногда даже были трудоспособными. Поэтому мы не можем согласиться с практикой отказа от удаления большей части опухоли в тех случаях, когда радикальная операция оказывается невозможной. В таких случаях мы удаляем максимум того, что возможно удалить из ракового новообразования, т. е. наибольшую массу опухоли, зашиваем брюшную рану либо наглухо, если это возможно, либо вставляем тампон. Глубокую рентгенотерапию в этих случаях следует начинать как можно раньше.

Некоторые хирурги полагают, что такая нерадикальная операция по поводу неоперабельного рака яичников может иногда даже ускорить наступление смертельного исхода у больной. По нашим наблюдениям, это происходит главным образом тогда, когда хирург упорно продолжает операцию, невзирая на обнаруженную им невозможность радикальной операции. В подобных случаях больной наносится чрезмерная травма, с которой она не в состоянии справиться.

Как всякая паллиативная операция, предлагаемое неполное удаление раковой опухоли при запущенном раке яичников не удовлетворяет хирурга. Но если учесть безуспешность иной терапии в подобных случаях, то такая операция, несмотря на известный риск (опасность кровотечения из оставшихся на соседних органах частей опухоли, опасность побочных повреждений), нам представляется не только оправданной, но и настоятельно показанной, так как без операции больная окажется условно обреченной.

В тех случаях, когда раковая опухоль яичника распознана как метастаз из желудка или из другого органа, радикальное удаление первичного рака и его метастазов часто оказывается уже невыполнимым. В этих случаях приходится ограничиваться удалением раковых опухолей яичника, как наиболее быстро развивающегося очага, а что касается первичного очага в желудке, то для предупреждения непроходимости можно прибегнуть еще к гастростомии.

Послеоперационная смертность. В то время как первичная смертность после удаления доброкачественных опухолей яичника не превышает 2%, а по данным К. К. Скробанского, в настоящее время у большинства гинекологов смертность при удалении кист доведена до минимальных цифр (0,25% и меньше), послеоперационная смертность при операции рака яичника еще очень высока: по данным М. В. Елкина, относящимся к 1934 г., было два случая смертности на 24 операции. У К. П. Петрова, А. И. Сереброва и С. С. Роговенко (1938) — 4 случая на 36 операций, у А. Н. Лебедевой (1948) — 30 случаев на 161 операцию.

Что касается отдаленных результатов после операции рака яичников, то на материале А. Н. Лебедевой (161 случай) процент выздоровления оказался равным лишь 24.

Необходимость рентгенотерапии после операции рака яичников признается большинством специалистов.

Таким образом, мы видим, что результаты операции рака яичника в десятки раз хуже результатов операции доброкачественных опухолей яичника.

Причину неудовлетворительных результатов операции рака яичников нужно искать в том огромном проценте запущенности, с которой боль-

ные с раком яичника поступают на операцию, о чем необходимо вновь напомнить. А если учесть, о чем также уже мы говорили, что у значительного количества больных рак развивается в первично доброкачественных опухолях, то становится ясно, что одним из важнейших факторов снижения процента заущенности является неуклонное проведение принципа оперировать всякое новообразование яичника, хотя бы оно и не вызывало никаких клинических симптомов.

При тех условиях профилактической и лечебной работы врачей, которые создает советская система здравоохранения в своем последовательном развитии (последним этапом явилось объединение поликлиник с больницами), проведение указанного принципа становится реальностью, так как уже в настоящее время, как указывает К. К. Скробанский, количество советских врачей, производящих овариотомию, неисчислимо. Она производится с блестящим исходом в самых отдаленных уголках советской страны.

ЛИТЕРАТУРА

- Б р о д с к и й Р. Ф., Folliculoma ovarii carcinomatodes, Журнал акушерства и женских болезней, 1926, т. XXXVII, кн. 2.
- Г о ф м а н А. И., Гранулезоклеточная опухоль яичника, Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- К а н д а р а т с к и й В. С., К вопросу о гистогенезе, морфологии и клинике фолликуломы яичника, Труды Казанского государственного медицинского института, 1948.
- Л е б е д е в а А. Н., Прогноз злокачественных опухолей яичника, «Проблемы онкологии», 4-й сборник трудов онкологической клиники Свердловского научно-исследовательского института физических методов лечения, 1948.
- Л и с о в е ц к и й В. К., К вопросу о так называемых гранулезоклеточковых опухолях яичника, Журнал акушерства и женских болезней, 1933, № 1.
- М а й к а п а р - Х о л д и н а Т. А., Метастатические опухоли яичников и беременность, Акушерство и гинекология, 1949, № 4.
- М а н д е л ь ш т а м м А. Э., К вопросу о фолликуломах яичника, Вопросы онкологии, 1934, т. V.
- Н и к о л ь с к и й, О раковых метастазах в яичниках, Журнал акушерства и женских болезней, 1915, стр. 939.
- П е т е р б у р г с к и й Ф. Е., К вопросу о гранулезоклеточковых опухолях яичника, Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- П е т е р б у р г с к и й Ф. Е., К вопросу об arrhenoblastoma ovarii, Акушерство и гинекология, 1933, № 11.
- П е т р о в а Е. Н. и М о и с е е н к о М. Д., К вопросу о злокачественных псевдомуцинозных и папиллярных кистах яичника, Акушерство и гинекология, 1941, № 5.
- Р о з е н в е й г Г. Л., К вопросу о метастатическом раке яичников, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 2.
- О к и н и ц Л. Л., Диагностика раковых поражений яичника, Врачебное дело, 1922.
- Т а в и л л а р о в Ф. Н., О фолликулоподобных включениях в опухолях яичника, Гинекология и акушерство, 1922, № 1.
- Т а р л о Б. С., К гистогенезу фолликулом яичника, Вопросы онкологии, 1929, № 2.
- У л е в к о - С т р о г а н о в а К. И., Folliculoma ovarii carcinomatodes, Журнал акушерства и женских болезней, 1922.

РАК ЯИЦЕВОДОВ (МАТОЧНЫХ ТРУБ)

Рак яйцеводов — редкое заболевание. Особенно редко встречается первичный рак яйцеводов. По данным Тихомирова, в русской и иностранной литературе к 1925 г. было описано около 200 случаев. По сообщению Н. Charache, к 1935 г. в американской и европейской литературе было описано уже 323 случая (Л. А. Кутова). По данным того же автора, в течение 16-летнего существования онкологической клиники в Свердловске на 8 000 больных раком органов женской половой сферы, прошедших через поликлинику и стационар, выявлен был лишь один случай первичного рака фаллопиевой трубы. Рак чаще развивается в ампулярной части трубы. Гистологически рак яйцеводов описан в трех формах: папиллярной, альвеолярной и папиллярно-альвеолярной. Последняя встречается чаще других. Первая еще не вполне доказана (К. П. Улезко-Строганова). Исходя из слизистой оболочки трубы, рак прорастает ее стенки и образует опухоль, имеющую различную форму: колбасовидную, грушевидную, колбообразную. Опухоль мягкая, легко рвущаяся. Маточный конец трубы часто сохраняется нормальным (Ю. Э. Гительсон). Если маточный конец трубы не поражен раком, то вследствие воспалительной инфильтрации он нередко уплотняется. Как правило, рак трубы распространяется по продолжению на соседние органы, чаще на яичники, а затем и в матку. Рак трубы распространяется и метастатически, поражая прежде всего железы, расположенные на месте деления аорты. Первичный рак яйцеводов в течение длительного периода может не вызывать никаких серьезных клинических симптомов. Были случаи, когда рак обнаруживался совершенно неожиданно во время чревосечения. Иногда у больной, имевшей рак в скрытом состоянии, появлялись признаки острого воспаления. Так было в случае Варнека: у больной внезапно появились резкие боли в животе, поднялась температура, возникли дизурические явления. Хотя ясной клинической картины рак маточной трубы не дает, тем не менее при этом заболевании часто фигурируют три симптома: боли в животе, выделения и кровотечения.

Выделения имеют различный характер, иногда серозный (случай С. Д. Михпова, первый случай О. Б. Левицкого), иногда они желтоватые и сменяются кровянистыми, а иногда сразу имеют кровянистый характер (второй случай О. Б. Левицкого). Количество выделений бывает различным: по временам они усиливаются и принимают характер *hydrog tubae profluens*. Последний не является характерным для рака, но обращает внимание врача на заболевание труб. Кровянистые выделения могут переходить в кровотечения (метроррагии); впрочем, наблюдаются и меноррагии.

Распознавание. Распознавание рака маточных труб очень трудно и обычно до операции не устанавливается. Быстрое увеличение трубы, двусторонний характер опухоли, схваткообразные боли, нормальная температура, появление кровянистых выделений при маленькой или неувеличенной матке, особенно в периоде менопаузы, — все это должно навести врача на мысль о возможности рака трубы (К. К. Скробанский). При первичном раке маточной трубы асцит наблюдается редко. Кахексия наступает иногда лишь незадолго до смерти.

Лечение Лечение первичного рака маточных труб заключается в операции. Так как в каждом отдельном случае большей частью невозможно с точностью установить, как далеко за пределы пораженной трубы распространилось новообразование, то естественно, что ограничиться удалением только этой трубы рискованно. Нельзя, конечно, оставлять на этой стороне и яичник, так тесно соприкасающийся с пораженной трубой. Так как рак часто поражает обе трубы, то должны быть удалены обе трубы, если даже на глаз вторая труба может казаться неизменной.

Переход рака с трубы на матку — явление частое. Поэтому и матка должна быть удалена. Вопрос мог бы идти о сохранении яичника у молодой женщины на непораженной стороне. Но если учесть, как это видно из литературы, что в таком яичнике при гистологическом исследовании находили занос раковых клеток, то станет очевидной рискованность такого предприятия. Итак, из изложенного ясно, что при первичном раке трубы целесообразно произвести радикальную операцию, заключающуюся в полном удалении матки и придатков обеих сторон. Следует ли удалять вместе с маткой и околоматочную клетчатку, как при расширенной радикальной операции рака матки, решить трудно. Так как при операции рака труб часто возникают технические трудности ввиду обширных сращений с окружающими органами и тканями, вследствие чего легко возникают побочные повреждения прямой кишки, мочевого пузыря и т. п., и если при этом опухоль вследствие своей хрупкости рвется, что также увеличивает трудность операции, то мы считаем, что удаление и тазовой клетчатки едва ли целесообразно. Что касается применения рентгенотерапии после операции, то, по современным взглядам о необходимости сочетанного метода лечения при раке матки, его следует применить также и при раке яйцеводов.

ЛИТЕРАТУРА

- Бушмакина М. П., Сборник в честь 35-летия В. С. Груздева, 1923.
Гиттельсон Ю. Э., К гистогенезу первичных раков фаллопиевых труб, Московский медицинский журнал, 1926, № 19.
Красовитов К. П., Случай первичного карциноматозного новообразования фаллопиевых труб, Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 1.
Кутова Л. А., Случай первичного рака фаллопиевой трубы, Проблемы онкологии, Свердловск, 1948.
Силина Н. Д., Двусторонняя первичная карцинома труб с поражением тела матки, Гинекология и акушерство, 1933, № 1—2.

РАК ВЛАГАЛИЩА

Классификация по стадиям заболевания (Согласно приказу министра здравоохранения Союза ССР.).

Первая стадия. Ограниченная опухоль или язва до 2 см диаметром в толще слизистой и подслизистого слоя, без метастазов.

Вторая стадия. Опухоль больших размеров с инфильтрацией паравагинальной клетчатки. В паховых лимфоузлах одиночные подвижные метастазы.

Третья стадия. Опухоль распространилась на значительную часть влагалища с инфильтрацией паравагинальной клетчатки и переходом на стенку малого таза. Множественные регионарные метастазы (паховые, подвздошные).

Четвертая стадия. Опухоль перешла на мочевой пузырь и прямую кишку. Опухоль меньших размеров, но с отдаленными метастазами.

Рак влагалища может быть первичным и вторичным. Чаще наблюдается вторичный рак влагалища, распространяющийся на влагалище из пораженной раком влагалищной части матки или из шеечного канала. Симптоматология, диагностика, прогноз и лечение вторичного рака влагалища, следовательно, те же, что и далеко зашедшего рака шейки матки.

Первичный рак влагалища встречается во много раз реже, чем вторичный. Однако к «редчайшим заболеваниям», как пишет в своем учебнике К. К. Скробанский, его отнести все же нельзя. За 20-летний период деятельности Института онкологии Академии медицинских наук СССР (Ленинград) с 1926 по 1946 г. в онкологической клинике Института находилась 101 больная, страдавшая первичным раком влагалища.

По данным поликлиники Института, за это же время первичный рак влагалища по отношению к злокачественным опухолям остальных органов женской половой сферы встретился в 2,8% случаев (С. С. Роговенко). По данным этого же автора, рак влагалища встречается чаще в возрасте от 40 до 60 лет и большей частью локализуется в верхней трети влагалища, а именно на его задней стенке и в заднем своде. Наблюдается как экзотная, так и эндофитная форма рака влагалища.

В начальной стадии первичного рака влагалища появляются в стенке влагалища узелки и утолщения, которые вскоре начинают распадаться. Образуется язва с утолщенными плотными краями, быстро увеличивающаяся; растет и инфильтрат. По мере развития процесса раковый инфильтрат при эндофитном росте переходит на прямую кишку, что может повести к образованию стенозов, а в далеко зашедших случаях — и к возникновению влагалищно-прямокишечного свища; при экзофитном

росте наблюдаются сужения влагалища, переход ракового инфильтрата на влагалищную часть матки. В этих запущенных случаях очень трудно определить место возникновения первичного ракового новообразования.

Признаки первичного рака влагалища в начальных стадиях его развития могут совершенно отсутствовать или проявиться в увеличении количества б е л е й, не имеющих специфического характера и лишь с наступлением распада раковой ткани принимающих гнойно-кровянистый вид. Б о л и появляются значительно позже, когда раковое новообразование распространяется на окружающую влагалище клетчатку, захватывает и замуровывает проходящие в глубине нервы. В дальнейшем, как и при раке матки, развивается к а х е к с и я.

Распознавание. В ранних стадиях заболевания диагностика одними клиническими методами исследования может быть трудной, особенно при эндофитной форме ракового новообразования. Но при «онкологической настороженности» врача появление в стенке влагалища, особенно в задней, неравномерно уплотненного участка или группы узелков, напминающих иногда эндометриоз, должно заставить его произвести биопсию, которая и позволит поставить правильный диагноз при гистологическом исследовании вырезанного кусочка ткани. При ограниченной экзофитной форме на стенке влагалища обнаруживаются сосочковые новообразования, сливающиеся и принимающие вид цветной капусты.

Лечение. Лечение может быть хирургическим, лучевым, а также комбинированным. Хирургическое лечение рака влагалища должно быть таким же радикальным, как и лечение рака шейки матки. Но при той быстрой распространения рака влагалища на околослагалищную клетчатку и отсюда по лимфатическим путям на ближайшие и отдаленные железы (подвздошные, позадибрюшинные, а при расположении ракового очага в нижних третях влагалищной трубки и паховых) операция дает надежду на успех только в начальных стадиях болезни.

При радикальной операции рака влагалища стремятся удалить все влагалище вместе с маткой и одновременно иссечь участок прямой кишки, если раковая язва расположена на задней стенке влагалища, или резецировать часть мочевого пузыря, если раковый процесс гнездится на передней влагалищной стенке и переходит на него (Л. Л. Окинчиц).

Вопрос о том, каким путем — брюшностеночным или влагалищным оперировать при раке влагалища, еще не решен. Преимущества брюшностеночного метода операции заключаются в том, что этот метод облегчает удаление внутренних половых органов с окружающей клетчаткой и железами. При операции рака влагалища подобный радикализм так же необходим, как и при операции рака шейки матки. При поражении раковым новообразованием нижней трети влагалища метастазы появляются и в паховых железах, которые, следовательно, также должны быть удалены. Для выполнения этой задачи брюшностеночный метод, безусловно, имеет преимущества. Но этот метод имеет и существенный недостаток, заключающийся в трудности удаления всего влагалища через брюшную рану. Во избежание этих затруднений можно применить комбинированный способ: начать операцию брюшностеночным путем, и после того, как самая трудоемкая часть операции — иссечение матки с придатками, клетчаткой и железами — будет закончена и останется лишь удалить влагалищную трубку, этот последний этап можно произвести влагалищным путем, для чего больную переводят в положение для влагалищной операции.

Техника операции. Первая и главная часть операции, производимая через разрез брюшной стенки, и в техническом отношении не

отличается от комбинированного метода операции рака шейки матки (стр. 493). Вторая часть операции — иссечение влагалищной трубки — начинается циркулярным разрезом стенки влагалища на уровне нижней трети влагалища, если опухоль лежит в нижней трети влагалища; если опухоль расположена ниже, то — на уровне преддверия. Разрез ведут через всю толщу влагалищной стенки, затем, захватив края разреза, начинают их отсепаровывать от подлежащих тканей; отсепаровку стенок влагалища продолжают до тех пор, пока не дойдут до того места, где влагалище уже было отсепаровано сверху при абдоминальной части операции. Влагалищная часть операции заканчивается приторачиванием зашитой сверху брюшины к переднему и заднему краям влагалищной раны. С боков оставляют влагалище незашитым (бестампонное дренирование подбрюшинных пространств), если нижний отрезок влагалища не удаляют. Если же удалено все влагалище, то оставшаяся на месте влагалища рана рыхло тампонируется полоской марли, которую удаляют в последующие дни.

Комбинированный способ можно применить при операции рака влагалища и в обратном порядке: начать операцию со стороны влагалища, отсепаровать влагалищную трубку от подлежащих тканей, тщательно закрыть швами края перерезанного влагалища для того, чтобы его содержимое не вытекало при последующем извлечении препарата через брюшную рану, и перейти к брюшностеночному чревосечению, которым и заканчивают операцию.

По широко распространенному мнению, результаты радикальной операции рака влагалища не утешительны. К. К. Скробанский даже предлагает вместо радикальной операции «ограничиваться лишь иссечением раковых масс с последующим лечением лучами радия, мезотория или рентгеновыми лучами».

Достаточен ли такой способ — пока еще решить нельзя. Во всяком случае следует признать, что результаты одного хирургического лечения рака влагалища значительно уступают лечению лучевой энергией и сочетанному методу лечения — хирургическому и лучевому.

Показательны данные С. С. Роговенко по материалам Ленинградской онкологической клиники. При проверке результатов лечения оказалось, что из 81 больной первичным раком влагалища через 5 лет и больше 25 женщин были здоровы. Среди них две подверглись только операции и обе погибли. Из подвергшихся только рентгенотерапии здоровой оказалась одна. Из восьми подвергшихся кюритепии выздоровела одна. Из 57 больных, подвергшихся сочетанной кюри- и рентгенотерапии, выздоровело 18; из 9 больных, подвергшихся сочетанному хирургическому и лучевому лечению, выздоровело 5.

Отдаленные результаты лечения, приведенные С. С. Роговенко (30,8%), превосходят достижения зарубежных авторов. «Мы не имеем, — говорит автор, — достаточных оснований отнести это только за счет способов лечения или условий технической оснащенности. Мы твердо убеждены, что ведущим фактором в получении таких результатов являются два условия. Первое — стадия болезни у наших больных. Больные первой и второй стадии, лечившиеся с 1926 по 1941 г. включительно, составили 71,5% общего числа больных первичным раком, лечившихся за этот период. Для каждого советского врача совершенно ясно, что это можно было бы достигнуть только на основе широко доступной бесплатной помощи, заключающейся как в ее оказании, так и в профилактических и в санитарно-просветительных мероприятиях. Второе условие — само лечение больной не зависело от личных материальных средств.

Каждая больная широко, щедро и полностью обеспечивалась лечением за счет государства: цель — добиться наилучших результатов.

Анализируя эти два условия, мы видим, что их наличие обеспечивается исключительно социальным строем нашего советского общества. Это заставляет нас смело смотреть в будущее и не соглашаться с большинством зарубежных авторов, которые считают, что прогноз при заболевании первичным раком влагалища абсолютно плох».

ЛИТЕРАТУРА

- Б л а г о в о л и н С. И., К вопросу об оперативном удалении первичного рака и саркомы влагалища, Диссертация, М., 1898.
- Г и м м е л ь ф а р б Г. И., К оперативному лечению первичного рака влагалища, Журнал акушерства и женских болезней, 1907.
- Е в н и н И. А., Первичный рак влагалища, Акушерство и гинекология, 1939, № 7.
- Ж и м а р и н с к и й В. А., Результаты оперативного вмешательства при первичном раке влагалища, Акушерство и гинекология, 1938, № 7—8.
- Р о г о в е н к о С. С., Отдаленные результаты лечения первичного рака влагалища, Акушерство и гинекология, 1949, № 4.

РАК ВУЛЬВЫ

Классификация по стадиям заболевания. (Согласно приказу министра здравоохранения Союза ССР.)

Первая стадия. Опухоль или язва до 2 см в диаметре, локализуемая в поверхностных слоях кожи или слизистой, без метастазов.

Вторая стадия. Опухоль с инфильтрацией подлежащих мягких тканей или поверхностные опухоли больших размеров с одиночными подвижными паховыми метастазами.

Третья стадия. Рак глубоко инфильтрирует подлежащие ткани, создавая полную неподвижность пораженной области. В паховых областях односторонние ограниченно подвижные или двусторонние подвижные метастазы.

Четвертая стадия. Рак с распространением на соседние органы (влагалище, уретра, прямая кишка) или с метастазами в отдаленные органы.

Рак вульвы встречается довольно редко. Среди других локализаций рака в области половой сферы рак вульвы занимает третье место и определяется различными авторами от 1,4 до 3,8% (Н. Н. Горизонтов). По другим статистикам третье место занимает рак влагалища, а рак вульвы стоит на четвертом месте (К. П. Улезко-Строганова). Рак поражает чаще всего большие губы, затем клитор, наружное отверстие уретры и реже всего бартолиновы железы.

Рак вульвы наблюдается чаще у пожилых женщин (между 60 и 70 годами), но описаны случаи этого рака и у молодых женщин. Вначале раковый узел представляется в виде маленькой плотной опухоли в кожном покрове наружных половых органов; эта опухоль может не вызывать никаких симптомов, но вскоре, вследствие распада, опухоль изъязвляется. Иногда рак вульвы с самого начала представляет собой раковую язву с инфильтрацией окружающих тканей. В некоторых случаях рак разрастается в виде сосочков и принимает форму цветной капусты.

Рак вульвы развивается по продолжению и вглубь, переходит на соприкасающуюся с ним поверхность противоположной губы. Благодаря обилию лимфатических сосудов в наружных половых органах рак вульвы рано дает переносы сначала в поверхностные, а затем и в глубоко лежащие паховые и даже в наружные подвздошные и подчревные лимфатические железы. Прежде всего раковые переносы возникают в лимфатических железах соответственной стороны, но скоро в процесс вовлекается другая сторона и соответствующие лимфатические железы и с течением времени значительная часть вульвы или вся вульва оказывается пораженной раковым новообразованием.

Признаки. В начале заболевания симптомы могут отсутствовать. Иногда уже в ранней стадии больные жалуются на зуд; это наблюдается главным образом в тех случаях, когда рак возникает на почве лейкоплакии или крауроза. При образовании раковой язвы больные испытывают жжение, особенно при мочеиспускании; с развитием ракового инфильтрата эти симптомы усиливаются, появляются боли, вонючие выделения, кровотечения, обычно небольшие или умеренные, иногда же, особенно в конечной стадии, как мы наблюдали в одном случае, кровотечение может быть профузным.

Распознавание. Распознать рак вульвы обычно не трудно. При исследовании обнаруживают плотный изъязвленный узел либо более или менее диффузную инфильтрацию. Часто при этом имеется язва с неровными плотными толстыми краями, от стенок которой отделяются



Рис. 327. Рак наружных половых органов. Новообразованием поражена левая большая срамная губа.

крошквидные опухолевые массы, сопровождающиеся кровотечением (рис. 327). При дифференциальном диагнозе приходится отличать раковую язву от сифилитической или туберкулезной, от так называемой хронической язвы вульвы или язвенной формы слоповости, от мягкого шанкра. В сомнительных случаях, особенно в начальных стадиях рака вульвы, следует сделать биопсию.

Прогноз рака вульвы довольно неблагоприятный (Н. Н. Горивонтов). Случаи абсолютного излечения до настоящего времени не часты. Даже по истечении 5 лет (срока, достаточного для того, чтобы после радикальной операции рака матки и отсутствии рецидива считать больную длительно излеченной) после произведенной радикальной операции рака наружных половых органов наблюдались случаи рецидива рака.

Лечение. Гистологическое строение рака вульвы, который, за редким исключением, является плоскоклеточным с наклоном к орговению и образованию жемчужин, должно было по аналогии с кожным раком давать лучшие результаты от лечения лучистой энергией —

радием и рентгеновыми лучами. Однако эти ожидания, как можно судить по литературным данным и собственному опыту, полностью не оправдались. Большинство гинекологов в незапущенных и операбельных случаях отдает предпочтение хирургическому лечению. По Н. Н. Горизонтову, в среднем только 5% больных, подвергнутых оперативному лечению, становятся свободными от рецидива по истечении 5 лет, хотя отдельными авторами в последнее время были получены лучшие результаты. Интересно отметить, что Н. А. Богораз среди собранных им в 1907 г.

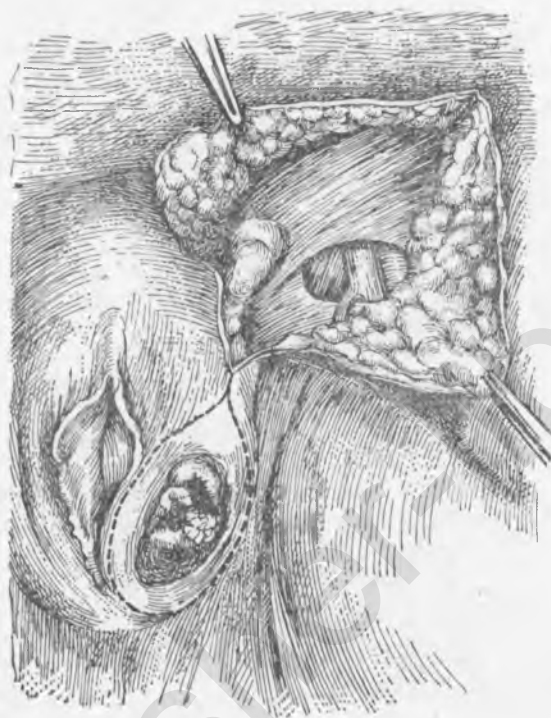


Рис. 328. Рак наружных половых органов. При операции сначала производят удаление паховых желез по Губареву (верхняя часть рисунка).

Разрез кожи и подкожной клетчатки идет вглубь до наружной косой мышцы вдоль пупартовой связки. Рану растягивают и частью тупым, частью острым путем выделяют железы вместе с клетчаткой, сначала на пупартовой связке, а затем ниже связки в овальной ямке. Видны широкая фасция, серповидный отросток, отграничивающий наружное отверстие бедренного канала; в глубине овальной ямки — решетчатая пластинка и входящие через ее отверстие вены. Пунктиром обозначена линия разреза вокруг новообразования.

в русской литературе 10 случаев рака клитора (дающих особенно плохой прогноз), леченных оперативно, нашел только один случай, достоверно излеченный и прослеженный в течение 8 лет, который принадлежит Н. Н. Петрову.

Хирургические методы лечения рака вульвы. При выборе метода хирургического лечения рака вульвы приходится, с одной стороны, считаться с злокачественностью, которой отличается течение этого рака, вследствие богатства области вульвы кровеносной и лимфатической системой, а с другой — с возрастом больной (обычно это

пожилые женщины). Поэтому в начальной стадии болезни при одностороннем раке большой губы можно применить широкое иссечение раковой опухоли, конечно, далеко в пределах здоровой ткани, или иссечение всей большой губы с односторонним или, лучше, двусторонним удалением паховых желез и окружающей их клетчатки. Операция производится по Губареву так, что сначала в целях предупреждения инфекции удаляют

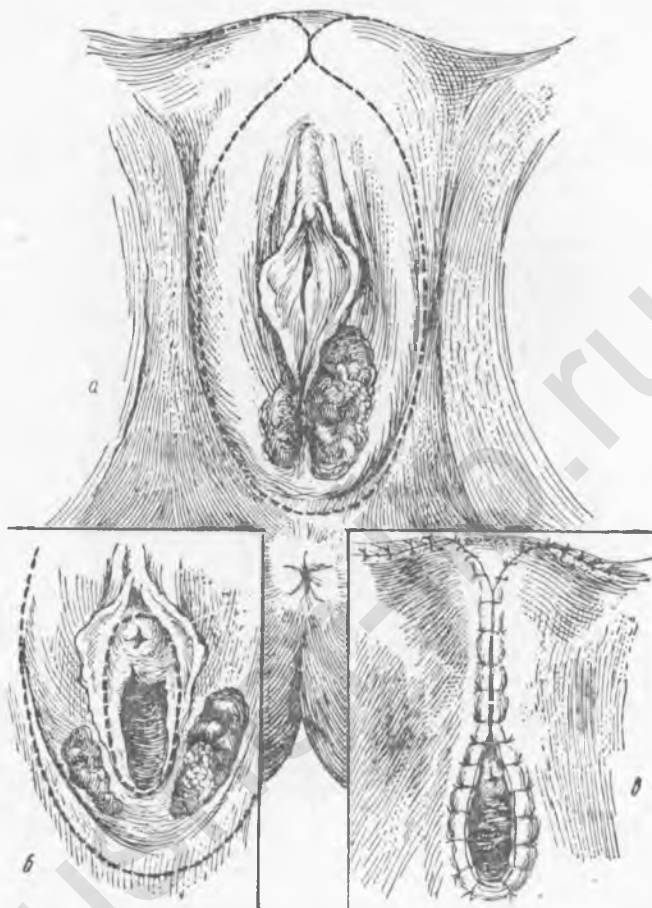


Рис. 329. Рак паружных половых органов. Операция удаления вульвы.

а — наружная линия разреза; кожные разрезы, идущие вдоль пупартовых связок, сходятся над лоном, а затем выше головки клитора расходятся в стороны, широко охватывая клитор и большие губы с обеих сторон; разрезы снова сходятся посредине промежности; **б** — овала внутренней линии разреза; разрез окружает циркулярно или в форме преддверия влагалища, охватывая его по внутреннему краю (медиальному) малых губ так, чтобы включить в него наружное отверстие мочеиспускательного канала; **в** — закрытие раны после иссечения всей вульвы вместе с окружающей и подлежащей клетчаткой, поверхностными и глубокими железами, а иногда и фасции с подлежащим мышечным пластом.

паховые железы и только после этого иссекают самую опухоль. Для этого делают разрез кожи и подкожной клетчатки вдоль пупартовой связки, начиная немного кнаружи от ее середины, и ведут до лобкового бугорка. Разрез идет в глубину до наружной косой мышцы. Перерезанные сосуды захватывают и перевязывают. Рану растягивают крючками и

частью тупым, частью острым путем выделяют железы вместе с клетчаткой сначала на пупартовой связке, а затем ниже ее в овальной ямке (рис. 328). Теперь хорошо видна широкая фасция, серповидный отросток, ограничивающий наружное отверстие бедренного канала; в глубине овальной ямки хорошо видна решетовидная пластинка и входящие через ее отверстие вены. Теперь ножницами пересекают остатки прикрепления пакета желез, захватывают и перевязывают кровоточащие сосуды и переходят к иссечению раковой опухоли; для этого кожный разрез от лобкового бугорка продолжают на большую губу и здесь его раздваивают, чтобы возможно шире охватить опухоль на большой губе с обеих сторон или всю губу целиком (рис. 328, нижняя часть). По останковке кровотечения края кожной раны соединяют шелковыми лигатурами. Нижний угол раны остается незашитым и через него вводят в образовавшуюся после вылущения желез полость дренажную трубку или полоску марли и накладывают давящую повязку.

Операция удаления всей вульвы. Техника ее состоит в том, что сначала на одной, а затем на другой стороне пупартовых связок проводят кожные разрезы, которые сходятся над лоном (рис. 329, а), а затем выше головки клитора вновь расходятся в обе стороны, охватывая широко клитор, затем большую губу с обеих сторон, и снова сходятся посредине промежности (рис. 329, а). Это — наружная линия разреза. Внутренняя линия разреза окружает циркулярно или овально преддверие влагалища, охватывая его по внутреннему (медиальному) краю малых губ так, чтобы включить в него наружное отверстие мочеиспускательного канала, по возможности не затрагивая его (рис. 329). В указанных границах иссекают всю вульву, причем удаляют раковую опухоль вместе с окружающей и подлежащей клетчаткой вплоть до фасции, а иногда захватывают и фасцию с подлежащим мышечным пластом. Кровотечение при операции довольно значительное и требует тщательного гемостаза.

Зашивание раны обычно не представляет затруднений (рис. 329, в), так как кожа на этих участках очень подвижна; в случае затруднения и чрезмерного натяжения краев раны следует выкроить лоскуты из окружающих тканей. Большой лоскут Л. Л. Окинчиц советует выкраивать на той стороне, где не было раковой инфильтрации и, следовательно, пришлось удалить меньше ткани: это делается для того, чтобы уменьшить натяжение на больной стороне; этот лоскут помещают в области лона над уретрой и частично на противоположной стороне. Особенно тщательно и по возможности без натяжения надо соединить лоскуты вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, так как смещение его рубцами может впоследствии сильно затруднить мочеиспускание.

Если натяжение лоскутов получается чрезмерным, то следует сделать несколько надрезов параллельно краям лоскута. Эти надрезы можно оставить гранулировать незашитыми или соединить их концы друг с другом узловым швом.

РАК КЛИТОРА

Рак клитора, как мы уже упоминали, вследствие имеющегося здесь большого количества кровеносных и лимфатических сосудов, дает наиболее



Рис. 330. Рак наружных половых органов.

a — линия разреза (по Губареву) при раке клитора обозначена пунктиром; *б* — фигура, которая получится после того, как будет зашит разрез.

плохой прогноз. Операция включает обязательное удаление всех паховых узлов с обеих сторон, как это было описано выше. Затем иссекается клитор с окружающими тканями. Для этого проводят два полулунных разреза,

как это представлено на рис. 330, а. После того как разрез будет зашит, получается фигура, изображенная на рис. 330, б.

Операция рака клитора сопровождается обильным кровотечением. В этом отношении огромную помощь оказывает, как мы в этом могли убедиться, «электрический нож». При его применении операция протекает поразительно бескровно. Мы имели возможность дважды воспользоваться этим методом, лигатур для гемостаза почти не понадобилось, не понадобились и дренажи.

Ввиду в общем неудовлетворительных результатов, которые пока дает и хирургический, и лучевой метод лечения рака наружных половых органов, необходимо там, где это возможно, применять сочетанный метод: радикальную операцию с последующей лучевой терапией в форме глубокой рентгенотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Арбеков С. И., К вопросу об оперативном лечении первичного рака наружных половых органов, Гинекология и акушерство, 1923, № 2—3.
- Богораз Н. А., О первичном раке клитора, Врачебная газета, 1907.
- Богуславский С., К казуистике рака бартолиновых желез, Журнал акушерства и женских болезней, 1905, № 9—10.
- Бойко П. А., К казуистике первичного рака наружных гениталий, Гинекология и акушерство, 1931, № 5.
- Окинчик Л. Л., К казуистике заболеваний наружных половых органов, Журнал акушерства и женских болезней, 1905.
- Потеенко В. В., Первичный рак клитора, Журнал акушерства и женских болезней, 1906.

САРКОМА МАТКИ

Среди злокачественных опухолей матки саркома занимает последнее место по частоте; она встречается в 40—50 раз реже рака матки. Насколько чаще рак матки поражает шейку, настолько чаще саркома поражает тело матки (Л. А. Кривекий). По К. К. Скробанскому, почти 2% миом заключают в себе саркоматозно измененные участки. За послед-



Рис. 331. Препарат саркомы полости матки.

ние 70 лет (1878—1948) в Тамбовской области больше саркома матки наблюдалась 65 раз; по отношению к раку шейки матки саркома матки встретилась в 3,8%, а в группе соединительнотканых опухолей матки она составила 7,6% (В. Ф. Вамберский).

Саркома (рис. 331) матки может исходить из слизистой оболочки матки и из ее стенки. Саркома слизистой оболочки матки развивается либо диффузно по всей внутренней поверхности матки, либо в виде полипозных гроздевидных образований, которые в некоторых случаях самопроизвольно выделяются частями через шейечный канал паружу. Распространяясь одновременно в глубину, саркома разрушает стенку матки,

достигает брюшины, прорастает ее и переходит на соседние органы и ткани. Метастазирование саркомы в связи с распадом опухоли и нарушением целостности стенок сосудов происходит по лимфатическим и кровеносным путям, вследствие чего метастазы наблюдаются преимущественно на брюшине и в легких.

В редких случаях шейка матки служит местом развития саркомы, которая может исходить из соединительнотканых элементов стромы слизистой оболочки, а также из соединительнотканых клеток мышечной стенки шейки. Саркомы шейки отличаются экзофитным ростом и появляются главным образом в виде ворсистых или гроздевидных опухолей.

Саркомы тела матки развиваются чаще всего в области фибромиом, особенно внутривенных. До сих пор еще окончательно не решен вопрос о том, являются ли эти саркомы результатом перерождения миоматозных клеток в саркоматозные или они развиваются первично из особых клеточных элементов, заложенных внутри миомы.

Признаки и распознавание саркомы матки. Признаки саркомы матки и время их появления прежде всего зависят от стадии болезни, а затем в значительной мере и от места развития новообразования. Так, редко встречающиеся саркомы, исходящие из слизистой шейки или тела матки, уже в ранней стадии вызывают маточные кровотечения, в некоторых случаях очень обильные. При саркомах, исходящих из мышечной стенки матки или возникших в межлужочных миоматозных узлах, кровотечения появляются позднее, но зато рано обнаруживается быстрый рост как всей матки, так и отдельных миоматозных узлов или всей опухоли. О быстроте роста саркомы дает некоторое представление наблюдение В. Ф. Вамберского, которому удалось установить у больной, страдавшей саркомой слизистой оболочки матки, ежедневный прирост опухоли на 2,16 см³.

Увеличение фибромиомы после наступления менопаузы особенно подозрительно на появление саркомы. Но что особенно наводит на мысль о злокачественном перерождении (некоторые авторы считают, что в подобных случаях имеет место не перерождение фибромиомы в саркому, а появление саркомы в миоматозной матке) фибромиомы матки — это ухудшение общего состояния и самочувствия больной, для объяснения которого нет иных причин. Этому симптому мы придаем решающее значение.

Симптомом, вызывающим подозрение на саркому, служит появление асцита. При распаде саркомы в полости матки обрывки ткани могут закупорить шеечный канал и вызвать явления пиометры. Наличие этих симптомов и дает основание для постановки диагноза. Характерных симптомов для определения ранних стадий саркомы нет. Лишь систематическое, в обязательном порядке проводимое в каждом случае гистологическое исследование полипа, удаляемого из шейки или из полости матки, позволяет установить саркому в начальной стадии ее развития. Определить начало перерождения фибромиомы в саркому удается обычно лишь гистологическим путем после удаления опухоли, которая была оперирована как доброкачественная фибромиома. Тот факт, что саркома обнаруживается иногда при исследовании матки, удаленной по поводу фибромиомы, заставляет требовать, чтобы в тех случаях, когда производят надвлагалищную ампутацию матки или миомэктомию, обязательно вскрывали и рассматривали на разрезе опухоль прежде, чем будет закрыта брюшная полость. Если опухоль на разрезе окажется подозрительной на саркому, то немедленно следует удалить и шейку матки.

Лечение. Для лечения саркомы матки применяют, как и для лечения рака матки, хирургический метод, метод лучевой терапии и сочетанный метод операции с последующей рентгенотерапией.

Хирургический метод заключается в полном удалении матки и придатков. Так как чаще всего мы имеем дело с саркомой тела матки, то нет необходимости удалять околоматочную и околовлагалищную клетчатку, что обязательно при операции рака шейки матки. Саркома довольно быстро поддается действию рентгеновых лучей, что, однако, еще не говорит о длительности и радикальности действия лучевой терапии на саркому. Методом выбора при саркоме матки является в настоящее время операция полного удаления матки с придатками через брюшностеночный разрез с последующей рентгенотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

- В ам бер ский В. Ф., К вопросу о саркомах матки, *Акушерство и гинекология*, 1949, № 4.
- В ай н бер г С. А., Гроздевидная саркома шейки матки, *Гинекология и акушерство*, 1926, № 1.
- В о ло ш и н А. Д. и П о т е е н к о В. В., Саркоматозная миома тела матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1928, № 5.
- К р и в ский Л. А., Саркома матки, Глава в руководстве по женским болезням Кривского, Л., 1927.
- М а л и н о в ский М. С., К учению о гроздевидной саркоме матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1912.
- М а н е н к о в П. В., К вопросу о саркомах слизистой оболочки матки, *Гинекология и акушерство*, 1929, № 5—6.
- М а н д е л ь ш т а м м А. Э., К вопросу о саркомах большого сальника, *Гинекология и акушерство*, 1929, № 3.
- С а в е л ь е в а З. Д., К вопросу о миосаркомах матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1924, № 2.
- У л е з к о - С т р о г а н о в а К. П., О злокачественной миоме матки, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1902.
- Х о л д и н С. А., Саркома матки с метастазами в ключицу, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1935.
- Ш о т а д з е Д. П., Четыре случая саркомы матки, *Акушерство и гинекология*, 1941, № 7—8.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИДАТКОВ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Попытка лечить или ликвидировать хирургическим путем острый воспалительный процесс придатков матки совершенно безнадежна, так как этот процесс в той или иной мере поражает не только самые придатки, но и соседние с ним органы и ткани. Воспалительные опухоли придатков в острой или подострой стадии заболевания, даже вызывающие сильные боли и лихорадку, не подлежат удалению, так как хорошо поддаются лечению консервативными методами, среди которых постельный режим, рациональное питание, забота о работе кишечника, болеутоляющие средства, сульфамиды и антибиотики играют выдающуюся роль. Операции в этой стадии заболевания не только излишни, но и опасны ввиду того, что они могут повлечь за собой общий перитонит или сепсис.

Поэтому в острой стадии болезни, при наличии свежих воспалительных опухолей придатков, оперировать вообще не следует. Этому принципу, которого, впрочем, придерживается большинство гинекологов, мы следовали на протяжении всей нашей хирургической деятельности. Только в тех случаях, когда при наличии воспалительной опухоли придатков, лежащей сбоку или впереди матки, в прямокишечно-маточном углублении скопился и осумковывался гнойный экссудат, мы считали полезным опорожнить его через разрез в заднем влагалищном своде; если же имелся не осумкованный экссудат, а гнойная опухоль придатков, то вскрывать ее через разрез в заднем влагалищном своде мы считаем противопоказанным. После подобной операции часто остается трубно-влагалищный свищ, не заживающий до тех пор, пока путем чревосечения не будет целиком иссечена пораженная гнойным процессом маточная труба. Особенно часто образование свища наблюдается при гонорройной инфекции. Поэтому, прежде чем решить вопрос о кольпотомии при выпячивании заднего влагалищного свода, надо прежде всего выяснить, чем это выпячивание вызвано: если оно вызвано осумкованным тазовым перитонитом, то вскрытие и дренирование гнойника через задний влагалищный свод дадут быстрое улучшение. Этим, конечно, процесс не ликвидируется, но все же снижается температура, улучшается общее состояние и самочувствие больной. Если же гнойная опухоль принадлежит придаткам матки, то как ни заманчива возможность опорожнить ее простым разрезом через задний влагалищный свод, мы от этой операции отказываемся. Точно так же мы не применяем разреза в тех случаях, когда большая гнойная опухоль придатков непосредственно прилегает к передней брюшной стенке (рис. 332).

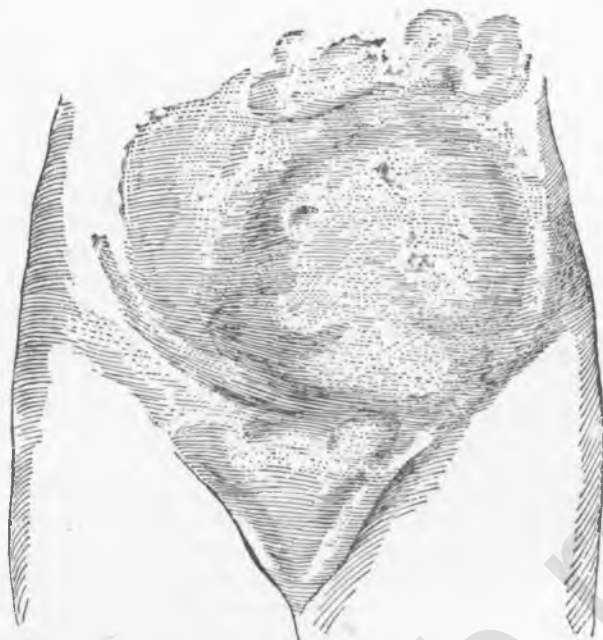


Рис. 332. Большая гнойная опухоль придатков матки непосредственно прилегает к передней брюшной стенке и выпячивает ее.

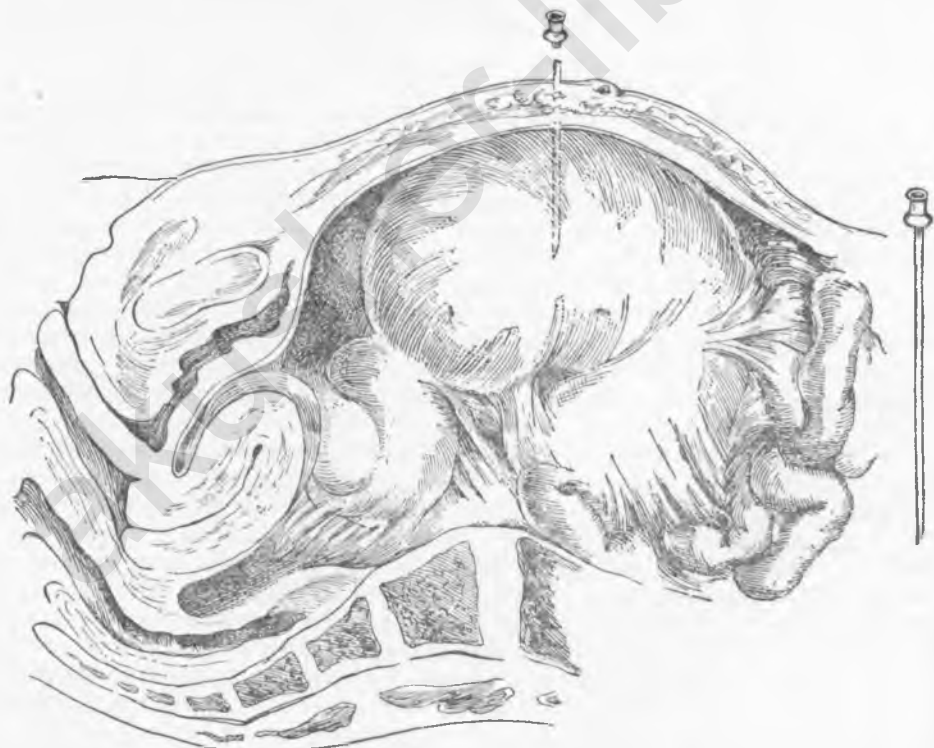


Рис. 333. Пункция большой гнойной опухоли придатков матки через брюшную стенку.

Конечно, течение болезни при быстро увеличивающейся гнойной опухоли придатков может стать тяжелым, опухоль может разорваться, и тогда гной изливается в брюшную полость. При правильном лечении в стационарных условиях такая угроза возникает, конечно, довольно редко. Причиной появления угрожающего разрыва гнойной опухоли придатков является упущение в режиме, или неправильно примененная методика лечения, например, попытка применить коротковолновую или ультракоротковолновую диатермию (УКВ, УВЧ) при пиосальпинксе или пиовариуме. Но все же полностью отрицать возможность разрыва опухоли нельзя. Как же предотвратить катастрофу? Удаление опухоли путем чревосечения — операция технически трудная и весьма рискованная, так как гнойная опухоль, угрожающая разрывом и в покойном состоянии больной, весьма вероятно, разорвется при операции, и гной, несмотря на все принятые меры, все-таки попадет в брюшную полость. Менее опасным является вскрытие гнойной опухоли путем разреза брюшной стенки, если опухоль широко спаяна с брюшной стенкой, в чем удостовериться до операции трудно.

Пункция гнойной опухоли. При нарастающих тяжелых симптомах, особенно при угрозе разрыва большого пиосальпинкса, мы применяем пункцию опухоли со стороны влагалищного свода или со стороны брюшной стенки. Пункцируют длинной иглой, насаженной на большой шприц (рис. 333), и отсасывают насколько возможно гной из опухоли. С появлением антибиотиков после отсасывания гноя вводят в полость опухоли через оставленную в ней иглу 100 000—200 000 единиц пенициллина и получают в некоторых случаях хорошие результаты: снижается температура, улучшается общее состояние. Тогда снова повторяют пункцию с одновременным введением в гнойную полость пенициллина; так повторяют несколько раз на протяжении нескольких недель.

Почти во всех случаях в конечном итоге успех оказывался стойким, и больные выписывались в хорошем состоянии с остатками хронического воспаления придатков, с утолщенными, плотными придатками в обширных плотных сращениях. Пункцию гнойной опухоли мы производили и до введения в гинекологическую практику пенициллинотерапии; после отсасывания гноя вводились в полость мешка антисептические препараты, например, раствор риванола, а с появлением сульфаниламидов — сульфидиновая эмульсия. Хотя опыт введения пенициллина в полость опорожненного гнойника еще не так велик, все же он дает основание безусловно предпочитать для этой цели пенициллин другим препаратам.

В руках неопытного оператора пункция при большом гнойнике может иной раз оказаться неудачной; отсасывание вместо ожидаемого большого количества гноя дает немного серозной жидкости. Это может произойти потому, что вокруг гнойной опухоли, расположенной позади матки, имеется небольшое количество серозного выпота, и если прокол сделан недостаточно глубоко (короткая игла), то игла не попадет в полость гнойника и шприц отсосет лишь окружающую гнойник серозную жидкость. Пункцию надо повторить.

Вообще же опухоли, возникшие на почве хронического воспаления придатков, повторяем, подлежат консервативным методам лечения, и только в очень редких случаях (на материале нашей клиники, по данным А. Б. Гиллерсона, в довоенные годы в 1,7% общего числа больных «консервативного» отделения клиники) приходилось прибегнуть к операции.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИДАТКОВ МАТКИ В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Показания к операции. В оценке показаний к операции по поводу воспалительных опухолей придатков имеются большие разногласия. Мы считаем операцию показанной лишь тогда, когда больная систематически, планомерно и настойчиво в течение ряда лет подвергалась различным видам консервативной терапии (не только амбулаторно, но и в гинекологических стационарах или на грязевых курортах), и, несмотря на это, продолжает страдать и оставаться нетрудоспособной (или ввиду частых возвратов болезни становится нетрудоспособной). Только в этих случаях мы считаем показанной операцию.

Наши столь строгие требования к показаниям при хирургическом лечении воспалительных опухолей придатков матки основаны на следующем. Первым и главным основанием для самого строгого отбора больных, назначаемых на операцию, является тот факт, что консервативные методы лечения воспалительных процессов, когда они применяются планомерно и настойчиво, в огромном большинстве случаев приводят в конечном счете к выздоровлению. Хирургические же методы лечения этого страдания нередко не ведут к полному излечению, особенно когда они недостаточно радикальны ввиду молодого возраста больной. Радикальная операция лишает молодую женщину не только детородной, но и менструальной функции. Эти операции и более опасны для жизни (наличие гноя), и иногда, особенно при нерадикальном способе операции, ведут к распространению воспалительного процесса на соседние органы и ткани.

Приступая к подобной операции, хирург должен быть готов к трудностям и осложнениям, которые могут потребовать от него производства любой абдоминальной операции, в частности, он должен владеть техникой операции на кишечнике. Предвидя такую возможность, оператор должен позаботиться и о специальном инструментарии, и о дренажных трубках, и о медикаментах (пенициллин для введения в брюшную полость и пр.) в достаточном количестве. План операции должен быть тщательно разработан и составлен с учетом различных вариантов, что даст возможность во время операции быстро принять то или иное решение, соответствующее возникшей ситуации.

Методика и техника операции. Так как обычно воспалительные опухоли придатков имеют обширные сращения с окружающими органами: сальником, кишками, брюшной стенкой, то в огромном большинстве случаев необходимо применить брюшностеночное чревосечение. Брюшную стенку мы вскрываем только продольным разрезом. Он дает больше простора, чем поперечный, а это особенно важно при удалении воспалительных опухолей придатков, представляющих часто большие конгломераты, как сказано, плотно спаянные с окружающими органами.

Операция требует хорошего освещения глубоко расположенных в тазу и часто малоподвижных опухолей. Для этого больная должна лежать на операционном столе с высоко поднятым тазом.

По вскрытии брюшной полости взору хирурга представляется сальник, приращенный к тазовым органам и покрывающий их (рис. 334 и 335). Если сальник нельзя легко отделить тупым путем, то надо отрезать его между двумя наложенными на него зажимами под контролем пальцев левой руки. Зажим, которым был захвачен верхний край сальника, тотчас заменяют двумя-тремя кетгутовыми лигатурами.

Сращения воспалительных опухолей придатков с соседними органами бывают различной плотности. Иногда они напоминают рыхлую клетчатку, а иногда бывают очень плотными. Даже вокруг одной и той же опухоли могут быть сращения тонкие, как паутина (более свежие), и наряду с ними могут быть такие плотные спайки, что разрезать их можно только очень острыми ножницами (старые рубцовые сращения). Между спайками нередко встречаются тонкостенные кистозные образования, наполненные

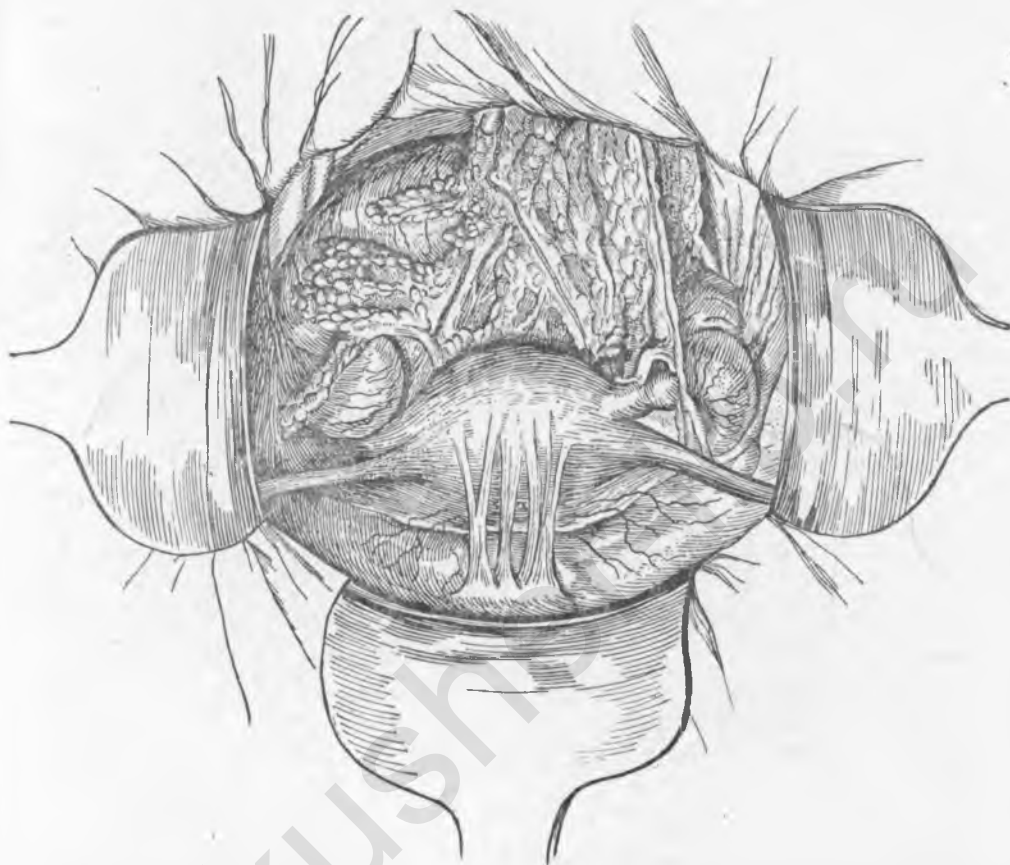


Рис. 334. Обширные спайки между мочевым пузырем, маткой и сальником скрывают расположенную в тазу tuboовариальную опухоль воспалительного происхождения.

серозной жидкостью, — это результат склеивания отдельных участков брюшины, находящихся вблизи воспалительного очага, особенно гнойного. Эти образования напоминают гидатиды, встречающиеся на конце маточных труб.

Особенную осторожность надо соблюдать при отделении приращенных кишечных петель. Рыхлые сращения легко отделяют маленьким плотным тупфером (марлевый шарик на корнцанге), смоченным стерильным вазелиновым маслом; им как бы оттирают припаянную к опухоли кишечную петлю. Но если это не удастся легко, то сращения рассекают у самой опухоли (как можно дальше от кишки) кончиками изогнутых ножниц. Иногда можно комбинировать оба способа: сначала подрезают ножницами более плотную часть сращений, а затем продолжают разде-

ление спаек тупфером. Все это надо делать очень бережно, терпеливо, постепенно и методично.

Гораздо быстрее можно притти к цели, если удастся проникнуть одним или двумя пальцами в глубину таза и пачать отделение сращений из прямокишечно-маточного углубления снизу вверх. Сначала пилообраз-

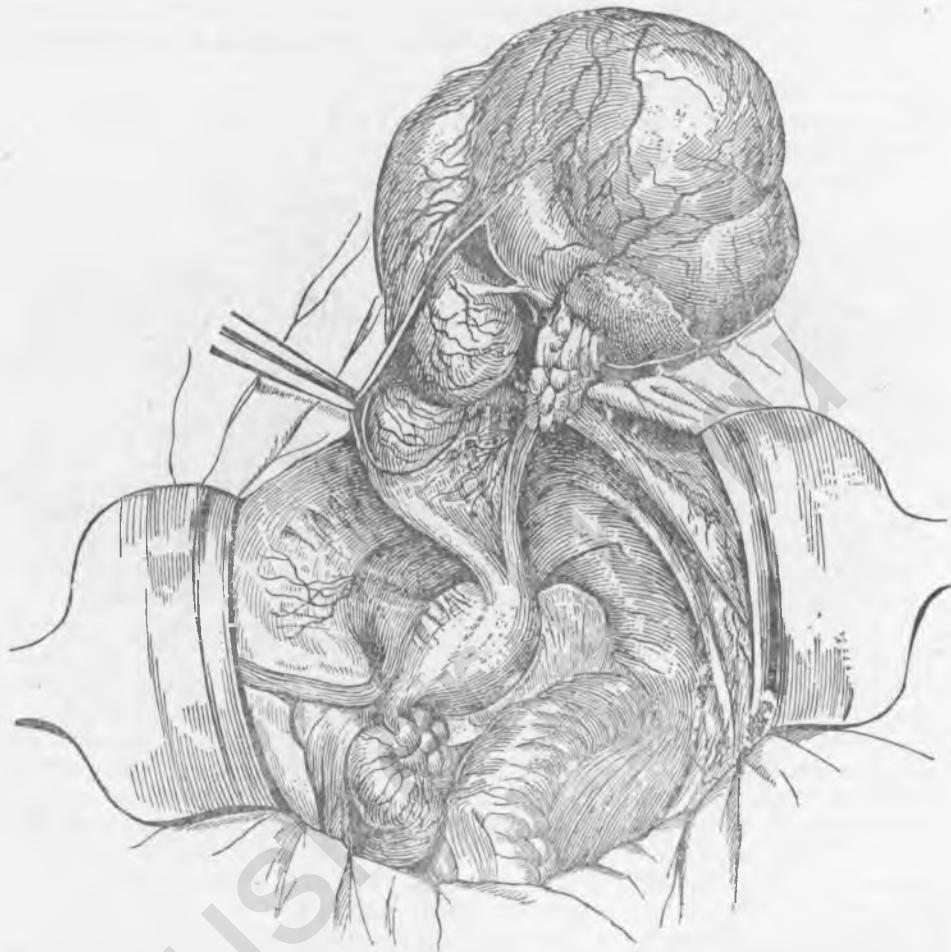


Рис. 335. После рассечения спаек извлечена большая тубоовариальная опухоль (по Пегаму и Амрайху с видоизменениями).

ными движениями пальцев опухоль, если это возможно, отделяют от пристеночной брюшины. Оставшиеся сращения приподнимают согнутым пальцем. Более рыхлые сращения разделяют тупым способом, а более плотные рассекают ножницами под контролем глаза.

Способ отделения сращений по пальцу, продвигаясь с н и з у в в е р х, особенно рекомендовал А. П. Губарев. Этот способ действительно приводит к цели быстрее, но способ разделения сращений с в е р х у в н и з хотя и продолжительнее, но зато бережнее и безопаснее. При этом способе под контролем глаза разделяют не только поверхностные, но и глубоко расположенные сращения. Чтобы яснее вырисовались эти сращения, их надо натянуть, что можно выполнить, слегка отодвинув

воспалительную опухоль спереди за зажим, оставшийся на резецированном куске сальника, прирощем к опухоли, или осторожно отодвинуть тупфером опухоль спереди от кишки или кишку от опухоли. Сращения при этом натягиваются, а спайки контуры опухоли и кишок обозначаются гораздо яснее. Затем анатомическим пинцетом и кончиками ножниц шаг за шагом разделяют эти сращения, строго держась все время границ опухоли. Если при выделении ее из спаек капсула лопнула и гной излился, то при плотном сращении мешка с кишкой можно оставить кусочек капсулы на кишке и дренировать брюшную полость или полость малого таза одним из способов, на котором мы остановимся ниже.

Когда опухоль будет выделена из сращений и будет точно установлена патологоанатомическая картина, рисующая состояние внутренних половых и соседних с ними органов, а также уточнены размеры и характер поражений органов, только тогда можно решить вопрос, какие органы и ткани подлежат удалению, каким способом это следует произвести и каким наиболее надежным для данного случая путем предупредить возможность возникновения осложнений. В первую очередь необходимо установить, нет ли кровотечения, и если оно имеется, то его следует немедленно остановить. Затем осматривают опухоль, определяют, какие органы и ткани в нее включены; если где-либо покажется гной, то следует тщательно и быстро отгородить полотенцами или большими марлевыми салфетками полость таза от всей брюшной полости и тут же немедленно марлевыми тупферами терпеливо вытирать вытекающий гной до того момента, пока это истечение не прекратится. Если имеется соответствующий аппарат, то лучше не вытирать, а отсосать гной.

После того как воспалительная опухоль будет выделена из сращений, ее необходимо очень тщательно осмотреть и решить, вся ли опухоль подлежит удалению или из нее может быть выделен яичник. Придатки другой стороны и матку также осматривают и оценивают с этой же точки зрения. Если оператор правильно установил показания к операции, а также стадию процесса (отсутствие обострения воспалительного процесса в течение длительного промежутка времени, нормальная температура, «спокойная» картина крови, невысокая РОЭ и прочие клинические признаки), то консервативный метод операции будет показан лишь у больной молодого возраста. Если же больная находится в климактерическом или близком к нему возрасте, то при наличии двусторонних опухолей придатков следует оперировать радикально, т. е. удалить опухоли полностью, а если окажется, что и матка захвачена воспалительным процессом, то вместе с опухолями надо удалить и матку либо полностью, либо путем надвлагалищной ампутации. Нужно, однако, иметь в виду, что подобный радикальный метод операции дает больший процент послеоперационной смертности, чем консервативные операции. Процент послеоперационных осложнений при радикальных операциях также значительно больший (М. В. Елкин, Г. Г. Гамбаров, А. И. Габуня и др.). Отдаленные же результаты, как показывает ряд статистик, наоборот, после радикальных операций лучше, чем после консервативных, особенно в смысле восстановления трудоспособности.

Само собой разумеется, что при решении вопроса о размерах хирургического вмешательства должно быть учтено и состояние больной во время самой операции, особенно если операция затянулась. Иногда рациональнее применять полуконсервативный промежуточный метод. Можно составить целую шкалу размеров оперативного вмешательства, начиная с наименьшего, когда сохраняются оба яичника полностью, далее идет операция, при которой можно сохранить один яичник или часть его, и так далее,

вплоть до радикальной операции — удаление придатков с обеих сторон вместе со всей или частью матки.

На рис. 336 представлен ход операции гнойной маточной трубы, полностью выделенной из сращений и подлежащей иссечению. Пунктиром обозначена линия, по которой будет происходить иссечение. В углу матки намечено иссечение клиновидного кусочка ткани, содержащего интерстициальную часть трубы. Техника операции та же, что и при удалении трубы при операции трубной беременности (см. главу «Внематочная беременность»).



Рис. 336. Гнойная опухоль маточной трубы, выделенная из сращений, подлежит утлению. Во избежание разрыва гнойной опухоли при извлечении ее держат за брыжейку. Пунктиром обозначена линия, по которой иссекают опухоль. Опухоль иссекают вместе с интерстициальной частью маточной трубы из угла матки.

В отличие от операций при внематочной беременности, когда в большинстве случаев мы удаляем маточную трубу, не иссекая ее интерстициальную часть, при операции воспалительных опухолей придатков мы всегда иссекаем и интерстициальную часть трубы.

При двусторонних опухолях придатков, если среди жалоб больной фигурируют маточные кровотечения, то вместе с придатками мы удаляем и дно матки (дефундация). Это позволяет сохранить если не детородную, то хотя бы менструальную функцию.

Иногда гнойная опухоль придатков так крепко приращена к задней поверхности широкой связки и к задней поверхности матки, что отделение ее тупфером или рукой невозможно, а сделать это под контролем глаза нельзя потому, что неподвижная опухоль полностью закрывает сращения и делает их невидимыми. В подобном, чрезвычайно трудном случае приходится сразу приступать к экстирпации, начиная от маточного конца трубы.

Если опухоль лежит позади матки, то дно матки и место отхождения от нее трубы обычно еще видны или их можно обнаружить препарировкой. Обнаруженный конец маточной трубы захватывают длинным зажимом и

иссекают его в виде клина из угла матки (клиновидное иссечение интерстициальной части трубы). Рану в углу матки зашивают двумя-тремя кетгутовыми лигатурами. Брызжущую артериальную веточку захватывают зажимом и перевязывают или обкалывают. Маточный конец трубы, захваченный зажимом, оттягивают вверх, перерезают брыжейку трубы. На кровоточащие сосуды накладывают зажимы. Рассекая затем передний листок широкой связки, который яснее виден, перерезают круглую связку и постепенно добираются до основных сосудов, питающих придатки, и перевязывают их. Теперь легче подойти к заднему листку широкой связки и начать отделение от него опухоли острым путем под контролем глаза. Можно также из разреза переднего листка широкой связки ввести 1—2 пальца в клетчатку широкой связки и уже отсюда высвободить опухоль придатков, а затем наложить зажимы на собственную связку яичника и на воронко-тазовую связку (Л. Л. Окинчиц).

При отделении воспалительной опухоли придатков от заднего листка широкой связки может быть поврежден мочеточник, который лежит забрюшинно в непосредственной близости к заднему листку широкой связки. Ранение мочеточника может произойти также при наложении зажима и рассечении воронко-тазовой связки (рис. 337), что необходимо для удаления опухоли. Для того чтобы этого избежать, необходимо рукой приподнять опухоль, а зажим наложить на воронко-тазовую связку, захватив только край связки, где проходят яичниковые сосуды (рис. 338), но не дальше по направлению к матке. Мочеточник останется медиальнее от зажима и не будет поврежден.

Если вместе с опухолью придатков решают удалить и матку, то прежде выделяют из сращения опухоль придатков, затем матку и после этого приступают к удалению матки вместе с придатками по такому же методу, как при удалении матки с придатками по поводу, например, фибромиомы.

Перитонизация культи и брюшинных дефектов, оставшихся после операции по поводу воспалительных опухолей придатков матки. Культи, оставшиеся после удаления воспалительной опухоли придатков, перитонизируют теми же способами, что и при операции удаления опухолей невоспалительного происхождения (см. главы, трактующие об операции кисты яичника, трубной беременности и т. п.). Здесь также используют главным образом круглые связки (рис. 339) и подвижную брюшину пузырно-маточной складки. Но нередко после удаления воспалительных опухолей на серозных покровах тазовых органов остаются иногда большие или меньшие дефекты, которые по общим правилам хирургии должны быть покрыты брюшиной, взятой из соседних участков.

Рис. 340 показывает методику перитонизации небольших дефектов, оставшихся на задней поверхности широких связок после операции полного удаления матки и придатков. Брюшина мочевого пузыря легко оттягивается пинцетом и в виде брюшинной складки может быть использована для перитонизации дефектов брюшины на передней поверхности матки или дефектов дна усеченной (дефундированной) матки. Подвижная часть прямой кишки (*pars pelvina*) и особенно весьма подвижная сигмовидная кишка, благодаря широкой брыжейке, также позволяют прикрыть значительные дефекты серозы, даже на отдаленных участках полости таза. Рис. 341, 342 и 343 иллюстрируют закрытие обширного дефекта на заднем листке брюшины широкой связки, расположенного почти у правой боковой стенки таза, сигмовидной кишкой.

Большие брюшинные дефекты можно прикрыть куском иссеченного сальника.



Рис. 337. Воспалительные опухоли придатков матки широко приращены к задним поверхностям широких связок и матки. Зажим, наложенный на воронко-тазовую связку, захватил не только проходящие здесь сосуды, но и мочеточник, просвечивающий через задний брюшинный лоскут широкой связки (справа на рисунке).



Рис. 338. Для того чтобы избежать осложнения, указанного на предыдущем рисунке, выделенную из сращений опухоль хирург приподнимает и отводит в сторону, удерживая ее пальцами левой руки за брыжейку. При наложении зажима на воронко-тазовую связку мочеточник (*ur*) не попадает в зажим.

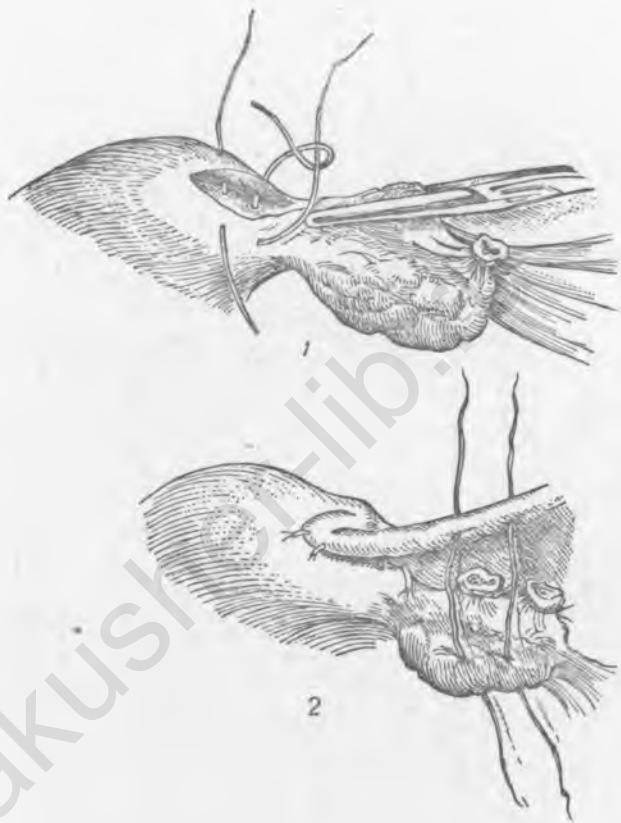


Рис. 339. Перитонизация культей, оставшихся после иссечения гнойной опухоли маточной трубы.

1 — наложение швов в углу матки на месте иссечения интерстициальной части маточной трубы; 2 — для прикрытия культей несколькими швами соединяют круглую маточную связку с яичником.

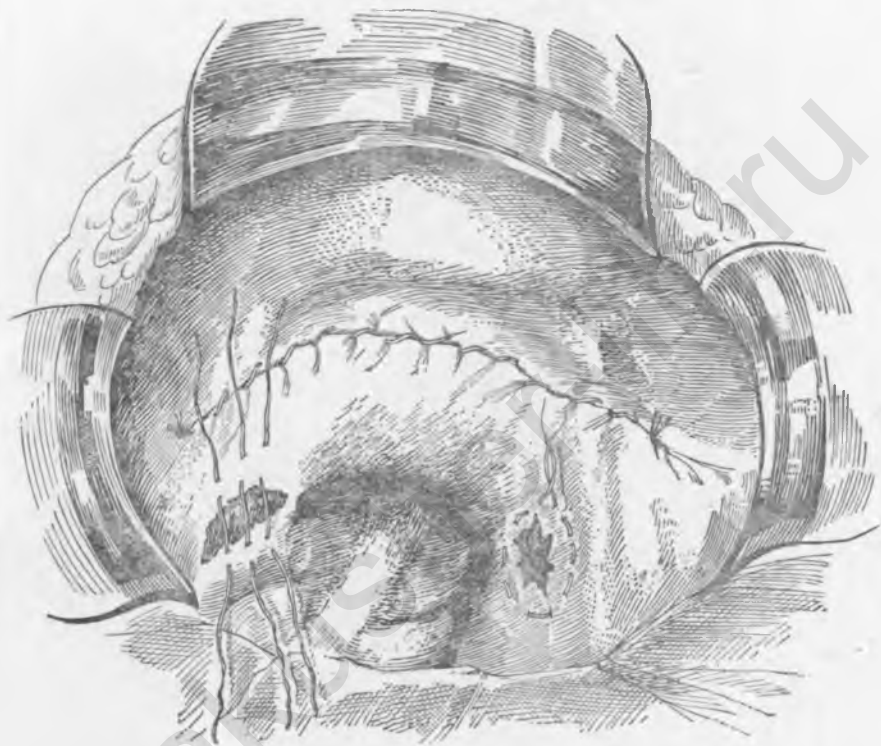


Рис. 340. Перитонизация дефектов, оставшихся на задней поверхности широких связок после удаления матки вместе с придатками, по поводу обширного хронического воспалительного процесса. Слева на рисунке небольшой дефект брюшины закрывается кистным швом, справа — отдельными швами.

Этот метод не получил до настоящего времени широкого распространения среди гинекологов. Между тем ему нельзя отказать в целесообразности, особенно в тех случаях, когда на месте дефекта в брюшинном покрове не достигнут полный гемостаз (см. общую часть).

Применение дренажа. В тех случаях, когда при операции гнойной опухоли придатков из нее изливается гной, возникает вопрос о применении дренажа брюшной или тазовой полости. Внимание гинекологов особенно привлекает доступность дренирования полости таза через влагалище.



Рис. 341. Имеется обширный дефект брюшины, распространяющийся на боковую стенку таза. В глубине виден оголенный на большом протяжении мочеточник. Для прикрытия этого дефекта можно использовать подвижную сигмовидную кишку.

Вопрос о целесообразности дренирования при излитии гноя во время операции находит в литературе различную оценку. Некоторые хирурги, исходя из того, что при давности процесса гной обычно стерил, не применяют дренажа, а тщательно удаляют гнойную жидкость из брюшной или тазовой полости и особенно скрупулезно проводят перитонизацию. Другие хирурги широко и принципиально пользуются дренажем, предпочитая применять его лишний раз, нежели потерять большую от перитонита, развитие которого мог бы предупредить или приостановить дренаж.

Чтобы предотвратить прорыв гнойника, капсулу гнойной опухоли прежде всего не следует захватывать инструментами, даже такими, как овариальные щипцы. Если же необходимо приподнять гнойную опухоль, то лучше это сделать, взяв двумя пальцами ее брыжейку (см. рис. 336 и 338). И все же, несмотря на все приятые предосторожности, излитие

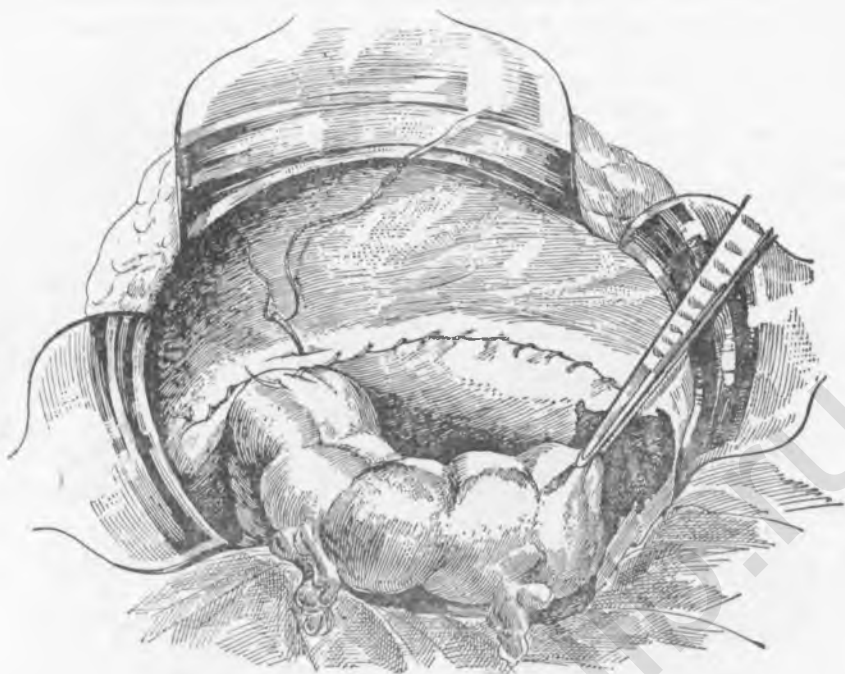


Рис. 342. Закрытие дефекта брюшины, находящегося у правой стенки таза, сигмовидной кишкой. Сигмовидную кишку при помощи пинцета подводят одним концом к дефекту, другой конец пришивают на некотором расстоянии от дефекта лигатурами, проведенными через тению кишки и через брюшину, покрывающую мочевой пузырь влево от средней линии.

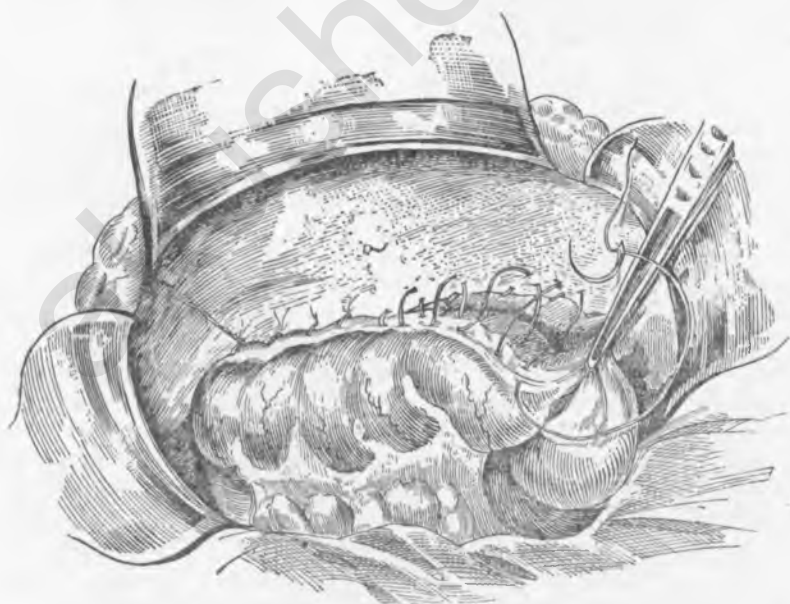


Рис. 343. Закрытие дефекта брюшины, находящегося у правой стенки таза, сигмовидной кишкой. Непрерывным швом кишка пришивается к брюшине мочевого пузыря.

гноя — не такая уж редкость при подобных операциях. Но при тщательном отгораживании брюшной полости гной в нее не попадает, и опасности инфекции подвергается лишь полость таза.

Мощным средством против развития инфекции в результате излития гноя является пенициллин, который вводится в инфицированную полость в количестве 200 000—400 000 единиц и больше во время операции и внутримышечных впрыскиваний (каждые 3 часа по 50 000—100 000 единиц, следовательно, от 400 000 до 800 000 единиц в сутки).



Рис. 344. Дренирование через влагалище при брюшностеночном чревосечении. Воспалительные опухоли удалены, перитонизация закончена. Помощник под контролем двух пальцев вводит в задний влагалищный свод изогнутый корнцанг и выпячивает им брюшину прямокишечно-маточного углубления. Хирург, отодвинув широким брюшным шпательем кишки, позвонками прорезает выпячиваемую корнцангом брюшину и стенку заднего влагалищного свода.

Несмотря на полученные этим методом хорошие результаты, все же еще нельзя полностью отказаться от дренирования брюшной полости тампоном по Микуличу или дренажной трубкой через влагалище.

Дренирование через влагалище при брюшностеночном чревосечении. После того как опухоли будут удалены, перитонизация закончена и остается лишь зашить брюшную рану, помощник вводит в задний влагалищный свод под контролем двух пальцев изогнутый корнцанг и выпячивает инструментом брюшину прямокишечно-маточного углубления (рис. 344). Вогнутая сторона корнцанга должна быть обращена кпереди. Большая лежит с высоко поднятым тазом, благодаря чему кишечные петли остаются сверху, где удерживаются широкой брюшной лопаткой, и таким образом вход в таз остается свободным. Хирург ясно видит перед собой выпячивание, на котором делает разрез концами длинных ножниц, при этом корнцанг проникает в брюшную полость. Помощник раскрывает корнцанг (рис. 345), чем расширяет сделанное отверстие, через которое

тем же корнцангом захватывает подведенную со стороны брюшной раны резиновую дренажную трубку с отверстиями. Удаляя из влагалища корнцанг, помощник тем самым выводит дренажную трубку из полости таза во влагалище (рис. 346).



Рис. 345. Дренаживание через влагалище при брюшностеночном чревосечении. Вид со стороны брюшной раны на конец корнцанга, продвинутого из заднего влагалищного свода в задний дугласов карман.

Хотя эта маленькая, дополнительная операция очень проста, все же при ней наблюдались тяжелые осложнения в результате введения корнцанга не во влагалище, а в уретру. При этом выпячивалась не брюшина прямокишечно-маточного углубления, а стенка мочевого пузыря, которую оператор надрезал, и дренажная трубка попадала в мочевой пузырь. Это могло случиться лишь потому, что помощник вводил корнцанг вслепую, а не под контролем глаза или пальцев, что, повторяем, обязательно. Корнцанг должен быть введен в задний, а не в передний или боковой

влагалищный свод. Для этого помощник обнажает вульву, вводит по влагалище один или два пальца левой руки, нащупывает ими шейку матки и под их контролем придает корицаггу нужное направление в задний влагалищный свод.

Само собой разумеется, что вся эта процедура со стороны влагалища должна быть произведена с соблюдением всех правил асептики и антисептики: влагалище протирают спиртом и смазывают йодной настойкой, помощник надевает на руки стерильные резиновые перчатки.



Рис. 346. Дренирование через влагалище при брюшностеночном чревосечении. Корицаггом захватывают конец дренажной трубки, подводимой со стороны брюшной раны, и выводят конец дренажной трубки через влагалище (по Лилде с видоизменениями).

Влагалищные методы операции удаления воспалительных опухолей придатков матки

Начало нынешнего столетия было расцветом влагалищных методов операции. В клиниках таких мастеров, как Д. О. Отт и др., с успехом производились операции удаления пораженных воспалением придатков через влагалище. Этим методом операции в начале нашей хирургической деятельности и мы относительно широко пользовались в тех случаях, когда операция предпринималась по поводу маточных кровотечений на почве хронического воспаления не только придатков, но и матки у женщин в возрасте, близком к климаксу.

В связи с постепенным сужением круга показаний к операциям по поводу воспалительных процессов матки и ее придатков, по мере накопления опыта, показавшего, как часто при влагалищном методе операции наблюдаются большие трудности из-за обнаруживающихся иногда лишь во время операции обширных сращений воспалительных опухолей с соседними органами и тканями, а также благодаря значительному улучшению результатов операций, производимых брюшностеночным путем, в настоящее время гинекологи в большинстве случаев предпочитают при таких операциях применять брюшностеночный путь.

Для влагалищного метода операции в настоящее время остается лишь узкий круг применения. Показанием может служить наличие небольших

воспалительных опухолей придатков, совсем или относительно подвижных, при сочетании их, например, с рождающимся фиброзным полипом матки или хроническим метритом, сопровождающимся маточными кровотечениями и т. п., т. е. когда показанием к операции служат не столько воспалительные опухоли придатков, сколько новообразование матки, осложненное воспалением придатков.

Само собой разумеется, что в подобных случаях речь может идти только о радикальном методе, т. е. о полном удалении матки вместе с придатками.

Техника полного удаления матки и придатков влагалищным путем при операциях по поводу хронического воспаления внутренних половых органов. Подготовка к операции и начало операции те же, что и при влагалищном методе удаления матки по поводу метропатий и фибромиом.

При влагалищных чревосечениях большую роль играет, как мы уже подчеркивали, возможность низведения шейки матки в преддверие влагалища. При хроническом воспалении матки и придатков иногда, кроме брюшинных спаек, имеются инфильтрация или рубцовые изменения и в связочном аппарате, затрудняющие это низведение. Опухоль может быть небольшой, но фиксированной в прямокишечно-маточном углублении. Это заставляет нас производить операцию следующим образом: сначала проводим разрез в переднем влагалищном своде. Затем после того, как мочевой пузырь будет отделен от шейки матки и отодвинут кверху, приступаем к задней кольпотомии. Для этого шейку матки оттягиваем (к лону) впереди и вверх щипцами, которыми она была захвачена. Для того чтобы увеличить подвижность матки, рассекаем с обеих сторон маточно-крестцовые связки и обкалываем кровотокащие края несколькими кетгутовыми лигатурами. Затем приступаем к вскрытию заднего прямокишечно-маточного углубления. Плотные спайки, затрудняющие доступ к свободной брюшной полости, рассекаем под контролем глаза острым путем — пинцетом и концами изогнутых ножниц, а рыхлые спайки отделяем тупым путем — пальцами или тупфером. Так как при этом можно вскрыть опухоль и ее содержимое может излиться в брюшную полость, то необходимо внимательно наблюдать, не появится ли гной, и если он появится, надо удалить его тупфером и защитить марлевыми салфетками брюшную полость, если она уже вскрыта. Это осложнение не опасное, так как подобные операции, как мы уже упоминали, предпринимаются нами только при застарелых процессах и маленьких опухолях придатков, содержащих, следовательно, небольшое количество обычно стерильного гноя. Выделяя опухоль из сращений, мы иногда вскрываем и прямокишечно-маточное углубление.

Вскрыв брюшную полость, переходим к экстирпации матки, которую обычно производим при помощи передней кольпотомии. После рассечения инфильтрированных или рубцово-укороченных связок и расслоения спаек позади матки операция значительно облегчается. Так как подвижность матки и после рассечения маточно-крестцовых связок может все же оказаться недостаточной, то низвести полностью шейку матки в преддверие невозможно. Поэтому целесообразно пересечь и основания широких связок (*ligg. cardinalia*) и одновременно или предварительно перевязать маточные артерии. Делают это следующим образом: ассистент, стоящий справа, энергично оттягивает шейку матки в правую сторону, а ассистент, стоящий слева, отодвигает подъемником влагалищную стенку влево и таким образом обнажает основание левой широкой связки, которую оператор перевязывает и перерезает. После этого значительно легче



Рис. 347. Извлечение воспалительной опухоли придатков через кольпотомное отверстие в переднем влагалищном своде двумя пальцами.

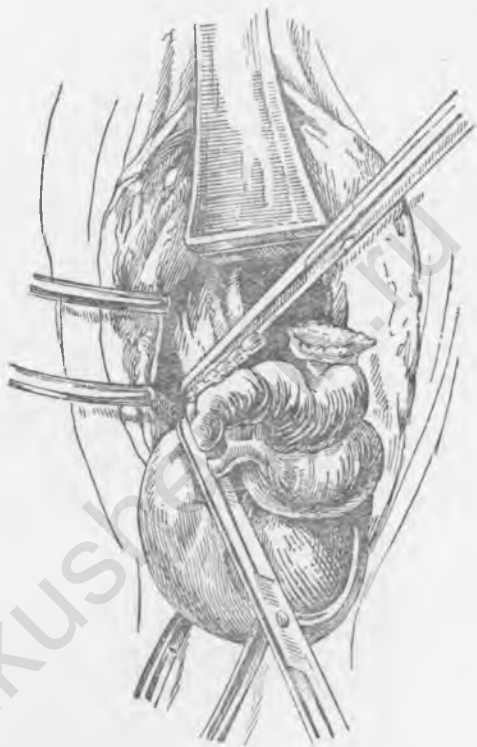


Рис. 348. Удаление воспалительной опухоли придатков через кольпотомное отверстие в переднем влагалищном своде. Один зажим наложен на маточную трубу и собственную связку яичника у места отхождения их от матки. Другой зажим наложен на воронко-тазовую связку. Связка перерезана впереди зажима.

оттянуть книзу шейку матки. Если мочевой пузырь недостаточно отодвигнут кверху, его еще отодвигают и рассекают по средней линии переднюю стенку шейки далеко за внутренний зев и таким образом вскрывают пузырно-маточную складку брюшины. Через сделанное в брюшине отверстие вводят один-два пальца, чтобы проверить, достаточно ли освобождена матка от сращений, чтобы извлечь ее из разреза в переднем влагалищном своде. Приступают к извлечению матки щипцами, как при операции по поводу фибромиомы, причем попутно под контролем глаза разделяют встречающиеся спайки. Если матка большая, ее продолжают постепенно рассекать по передней стенке и по дну, а если понадобится, то и по задней стенке.

После того как матка извлечена, приступают к извлечению придатков сначала одной стороны, а затем и другой. Для этого тело матки оттягивают в сторону и немного вниз (рис. 347), что дает возможность ввести в брюшную полость марлевый тампон или два пальца, которыми вывихивают во влагалище придатки (или придатковую опухоль). Для того чтобы вместе с маткой удалить и придатки, их захватывают каким-либо окончатый инструментом (овариальные щипцы, абортпаян, геморройдальные щипцы) и оттягивают в противоположную сторону так, чтобы в ране появилась воронко-тазовая связка. Для того чтобы сделать эту связку более достижимой, помощник, ассистирующий на этой же стороне, боковым зеркалом (подъемником) отодвигает к себе срамную губу и боковую стенку влагалища (рис. 348). На воронко-тазовую связку накладывают два зажима и перерезают ее между зажимами. Лежащий латерально зажим заменяют крепкой кетгутовой лигатурой, а медиальный (контролемма) — остается на препарате. То же самое проделывают и на другой стороне. При рассечении воронко-тазовой связки, в которой проходит яичниковая артерия, необходимо строго соблюдать следующую техническую предосторожность: для того чтобы культя не выскользнула из зажима, надо, во-первых, пользоваться большим и крепким зажимом и, во-вторых, надо рассекать связку на расстоянии не менее 1 см от зажима.

Зажимы заменяют крепкими кетгутовыми лигатурами. Так же поступают и с круглыми связками; затем продолжают оперировать так же, как это было описано при операции удаления матки без придатков.

ЛИТЕРАТУРА

- Е л к и н М. В., К вопросу об оперативном лечении воспалительных заболеваний придатков матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, кн. 2.
- К а к у ш к и н Н. М., Некоторые данные к вопросу о так называемых воспалительных опухолях и о хирургическом их лечении, Акушерство и гинекология, 1940, № 5.
- К о х а н о в И. Г., Терапия гнойных воспалительных процессов женской половой сферы, Акушерство и гинекология, 1939, № 6.
- К о р н е е в Н. К., О ближайших и отдаленных результатах оперативного лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы, Акушерство и гинекология, 1938, № 4.
- М а л е в а М. И., Патоморфологические изменения в трубах и теле матки при хроническом воспалении, Акушерство и гинекология, 1948, № 2.
- С е м е н о в а М. С., Отдаленные результаты оперативного лечения гнойных воспалений придатков, Акушерство и гинекология, 1940, № 5.
- Т у г е р И. М., Хирургическое лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы, Акушерство и гинекология, 1947, № 3.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Известно, что туберкулез женских половых органов является, как правило, вторичным. Из половых органов женщины туберкулезный процесс поражает чаще всего маточные трубы, реже тело матки, гораздо реже влагалищную часть матки и еще реже влагалище. В значительном проценте случаев туберкулез внутренних женских половых органов комбинируется с туберкулезом брюшины.

Распознавание. Туберкулез придатков трудно диагностировать, между тем он встречается в 10% всех случаев воспалительных заболеваний придатков. Туберкулезную этиологию процесса нужно подозревать тогда, когда противовоспалительное лечение не дает результатов, болезнь прогрессирует, опухоль не уменьшается, силы больной падают, температура остается повышенной или субфебрильной. Туберкулезные опухоли придатков по своей форме, консистенции и расположению ничем не отличаются от воспалительных опухолей при септической или гонорройной инфекции. Некоторая патогномичность придается наличию в прямокишечно-маточном углублении мелких четкообразных (иногда болезненных) узелков, расположенных главным образом вдоль крестцово-маточных связок и хорошо прощупываемых со стороны заднего влагалищного свода или через прямую кишку. Но этот признак далеко не всегда обнаруживается при туберкулезном поражении половых органов, а кроме того, он встречается и при периметрите нетуберкулезного происхождения, при папиллярных кистах яичника, при раковых метастазах и при наружном эндометриозе. Характерным признаком считается наличие особенно плотных и обширных сращений, незначительная болезненность пораженных придатков матки, но и этот симптом непостоянен. Весьма подозрительны на туберкулез те случаи, когда признаки хронического воспаления обнаруживаются у девочек или у девственниц.

Анамнестические данные относительно характера выделений, менструации, болей не имеют ничего характерного для туберкулезного процесса.

Большое значение в диагностике туберкулеза придается длительному наблюдению, позволяющему установить затяжной характер заболевания (см. выше) и особенно наличие туберкулезного очага в организме. Некоторым, правда, довольно слабым подспорьем для диагностики туберкулеза могут служить признаки инфантилизма и астении.

Исследование морфологического состава крови, часто обнаруживающее при туберкулезе повышенный лимфоцитоз, применение специфических биологических реакций большей частью мало способствуют выяснению диагноза, так как положительный результат может говорить

только за наличие туберкулезного процесса где-либо в организме. Очаговая реакция при применении туберкулина, по данным большинства авторов, оказалась совершенно ненадежной.

Наблюдения Р. Л. Лившиной и С. А. Ягунова показали, что отсутствие специфической кожной реакции при вакцинации по Бурлакову четырьмя наиболее употребительными вакцинами позволяет почти с уверенностью исключить другую, наиболее частую (септическую или гонорройную) этиологию воспалительных процессов в придатках матки и дает таким образом возможность заподозрить туберкулезный характер воспаления.

Следует еще упомянуть о бактериологическом исследовании генитального секрета и о микроскопическом исследовании пробного соскоба слизистой оболочки матки, которая в 50% всех случаев туберкулеза придатков бывает поражена этим процессом. Таким образом, последний метод может иметь диагностическое значение не более чем в половине случаев. В то же время пробное выскабливание чревата серьезными последствиями. Опасность заключается в том, что выскабливание может дать толчок к распространению туберкулезного процесса за пределы его первоначальной локализации. Не надо также забывать, что выскабливание может повести к значительным осложнениям в том случае, если опухли придатков, подозрительные на туберкулез, вызваны септической или гонорройной инфекцией.

Правильно и во-время поставить диагноз туберкулеза придатков нередко помогало подмеченное нами умеренное и равномерное мышечное напряжение брюшной стенки («défense»), обнаруживаемое при пальпации живота и при двуручном гинекологическом исследовании. Эта болезненность при пальпации не ограничивается нижним отделом живота, как это наблюдается при пельвеоперитоните гонорройной или септической этиологии, а распространяется диффузно на весь живот.

При туберкулезе придатков защитное мышечное напряжение брюшной стенки слабое. Этот признак, как и состояние половых органов (опухли придатков), может в течение ряда месяцев оставаться без изменений, несмотря на улучшение общего состояния больной и даже исчезновение жалоб. Указанный симптом, описанный нами в 1928 г., остается для нас и теперь одним из важнейших при столь трудной диагностике туберкулезного поражения придатков матки. Объяснить его можно лишь сочетанием туберкулеза придатков с туберкулезом брюшины.

Конечно, наличие одного этого признака не дает права диагностировать туберкулез придатков матки. Но если в неясном случае имеется воспалительная опухоль придатков и одновременно мы находим безболезненную, ровную, диффузную и постоянную напряженность брюшной стенки, то вполне вероятно, что процесс имеет туберкулезный характер. Диагноз становится еще более вероятным, если для другой этиологии нет никаких данных, а у больной в то же время обнаруживаются и другие туберкулезные очаги. Само собой разумеется, что отсутствие мышечного напряжения брюшной стенки не говорит против туберкулезного характера заболевания, так как поражение придатков при этом может и не сопровождаться туберкулезом брюшины.

Лечение. Если диагноз туберкулеза придатков установлен, то методом выбора для лечения является рентгено-светолечение. Хорошие результаты дают небольшие дозы рентгеновых лучей. Опасаться, что рентгенотерапия вызовет аменоррею, не приходится, так как она зачастую наблюдается и до начала лечения. Наступившая же у таких больных аменоррея может иметь и некоторое положительное значение, так как прекращаются

ежемесячные потери крови, истощающие и без того ослабленный организм. Опасность будущего бесплодия в этом случае не страшна, так как туберкулез маточных труб делает этих больных и без того бесплодными.

Если диагноз не установлен и имеется лишь небольшое подозрение на туберкулезный характер воспаления придатков, то лечение можно начать с применения светотерапии (ртутно-кварцевая лампа или искусственное горное солнце, а в летнее время — местные солнечные ванны). Местное светолечение по своим результатам уступает лечению рентгеновыми лучами, но все же, несомненно, оказывает благоприятное влияние на лечение туберкулезного процесса половых органов.

Само собой разумеется, что одновременно с туберкулезом придатков необходимо лечить и другие туберкулезные очаги, имеющиеся в организме, и самое большое внимание следует уделять общеукрепляющему лечению.

Длительное пребывание на климатическом курорте особенно хорошо влияет на туберкулезный процесс женских половых органов. Едва ли здесь сказывается только непосредственное влияние солнечных лучей на туберкулезный очаг в брюшной полости, надо думать, что главную роль здесь играет вся сумма курортных факторов, способствующих укреплению организма.

Как известно, пенициллинотерапия, получившая столь широкое применение при лечении септической и гонорройной инфекции и сифилиса, безрезультатна при лечении туберкулеза. Наблюдения говорят о том, что лучшие результаты можно ожидать от применения стрептомицина. Но этот вопрос, равно как и вопрос об изыскании новых антибиотиков, находится еще в стадии изучения.

Хирургические методы лечения туберкулеза придатков матки

Показания к операции. Взгляды на показания к хирургическому лечению туберкулеза женской половой сферы и методы этого лечения неоднократно менялись. В годы бурного развития оперативной гинекологии в конце прошлого и в начале нынешнего века консервативное направление в лечении туберкулеза внутренних половых органов стало уступать место хирургическому направлению. Но это направление полностью не утвердилось, так как процент смертности при операции туберкулеза половых органов в среднем доходил до 10 (К. К. Скробанский). Кроме того, в результате хирургического лечения стали наблюдаться каловые свищи не только тогда, когда пораженные туберкулезом придатки высвобождались из сращений с кишечником, но и тогда, когда этих сращений не было. Кроме того, в тех случаях, когда операция была нерадикальной, часто появлялись рецидивы.

Поворотным пунктом в лечении туберкулеза половых органов и возврата к консервативным методам явилось применение рентгенотерапии в малых дозах. Особенно хорошие результаты получены при наличии опухолей придатков с обширными и плотными сращениями, при которых риск операции очень велик. Равным образом опасна операция при обострении процесса в первичном очаге и вследствие этого ухудшения общего состояния больной. Ввиду всего сказанного легче установить противопоказания, чем точные показания к оперативному вмешательству при туберкулезе половых органов женщины.

При отсутствии противопоказаний к операции (см. выше) мы считаем операцию показанной прежде всего при асцитической форме туберкулезного перитонита (особенно при нарастающем асците) и при безрезультат-

ном систематическом и планомерно проведенном в течение многих месяцев консервативном лечении.

В этих случаях операция состоит в простом вскрытии брюшной полости путем брюшностеночного чревосечения. Эта операция, противопоказанная при слипчивой форме туберкулезного перитонита, дает, по Р. В. Кипарскому, в $\frac{2}{3}$ случаев клиническое излечение. Следует помнить, что больные, перенесшие чревосечение по поводу туберкулезного асцита, должны в обязательном порядке подвергнуться дополнительному лечению рентгеновыми лучами в слабых дозах, а также и другим видам консервативного лечения, применяемым у туберкулезных больных.

Как указано выше, туберкулезный перитонит нередко сочетается с туберкулезным поражением внутренних женских половых органов и чаще всего маточных труб. В связи с этим не раз возникал вопрос, следует ли при операции туберкулезного перитонита ограничиваться одним вскрытием брюшной полости или целесообразно одновременно удалять и придатки матки. В этом вопросе мы встречаем большие разногласия, зависящие в значительной мере от состояния больных, с которыми имел дело автор. Результаты удаления пораженных придатков не оправдали возлагавшихся на операцию надежд: большой процент послеоперационной смертности (по К. К. Скробанскому 10) почти превосходит средний процент смертности после радикальной операции по поводу рака матки. Но при раке матки операцию делают по витальным показаниям и в очень большом проценте случаев спасают жизнь больных, тогда как операция удаления пораженных туберкулезом придатков производится не по витальным показаниям. Более того, как правило, больные погибают не от туберкулеза придатков, в какой бы тяжелой форме он ни был, а от туберкулеза легких или кишечника, от милиарного туберкулеза и т. п. Это подтверждают и данные анализа причин смертности туберкулезных больных. Так, например, на материале, собранном доцентом нашей клиники М. И. Малевой, среди 100 женщин, больных туберкулезом половых органов и погибших от туберкулеза, ни в одном случае патологоанатомы не могли признать причиной смерти именно поражение половых органов.

Конечно, туберкулез половых органов встречается иногда у женщин, у которых процесс в первичном очаге затих или закончился, в то время как туберкулезное поражение половой сферы вызывает симптомы, требующие хирургического вмешательства в виде чревосечения. В большинстве случаев это не поддающиеся консервативному лечению опухоли придатков, вызывающие сильные боли, повышенную или даже высокую температуру, ухудшение общего состояния и пр. Длительность заболевания, частые рецидивы местного процесса, полная инвалидность таких больных могут, несмотря на риск, потребовать оперативного вмешательства.

Условием для производства операции является отсутствие слипчивой формы туберкулезного перитонита. Сопутствующая слипчивая форма перитонита является противопоказанием к операции удаления придатков.

Методика и техника удаления туберкулезных опухолей придатков. Как правило, в этих случаях применяется брюшностеночное чревосечение. По вскрытии брюшной полости прежде всего убеждаются в отсутствии сращений с кишечником, а затем уже приступают к удалению пораженных органов. У молодых женщин следует по возможности сохранить один или хотя бы часть яичника, если это технически выполнимо. При тяжелых поражениях обоих яичников необходимо поступить более радикально и удалить их даже у молодой женщины, особенно тогда, когда устранение менструальных кровопотерь может оказаться даже полез-

ным для ослабленного организма. У женщин в возрасте, близком к климактерическому, при часто наблюдаемом двустороннем поражении придатков следует предпочесть полную двустороннюю экстирпацию придатков, а при наличии туберкулезного эндометрита, сопровождающегося кровотечениями, — радикальную операцию удаления матки вместе с придатками. Если при операции оказывается, что туберкулезная опухоль придатков на одной стороне интимно спаяна с кишечником, то не следует стремиться во что бы то ни стало отделить опухоль от кишечной петли, так как даже при поверхностном повреждении кишки впоследствии может образоваться каловый свищ. В подобном случае лучше не подвергать больную этой опасности и ограничиться частичным удалением пораженных половых органов, а в последующем применить рентгенотерапию, которая после удаления из брюшной полости асцитической жидкости дает лучшие результаты, чем при наличии аспита.

При чревосечении по поводу туберкулеза половых органов следует избегать дренирования брюшной полости.

Если при туберкулезном поражении полового аппарата на первый план выступают явления поражения матки в виде острого милиарного или хронического разлитого творожистого эндометрита, Л. Л. Окинчиц не советует ограничиваться выскабливанием полости матки, а рекомендует подвергнуть больную операции удаления матки. Операция может быть проведена влагалищным путем только в тех случаях, когда придатки нерезко изменены. Д. О. Отт не высказывается столь категорически против выскабливания полости матки с лечебной целью при кровотечениях на почве туберкулезного эндометрита. Мы лично наблюдали случаи прекращения маточного кровотечения после пробного выскабливания, предпринятого с диагностической целью и обнаружившего туберкулезное поражение эндометрия. Ясно, что в подобном случае лечение не должно ограничиваться одним лишь выскабливанием, а за выскабливанием должно следовать консервативное лечение туберкулеза полового аппарата.

ТУБЕРКУЛЕЗ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ МАТКИ

Поражение туберкулезом влагалищной части матки встречается очень редко. Точный диагноз может быть поставлен путем биопсии и гистологического исследования препарата. Если диагноз туберкулеза шейки матки подтвердится, то следует установить состояние маточных труб. Если явных признаков их поражения нет, то лечение должно быть как местным, так и общим. Для местного лечения применяют препараты радия или мезотория, которые вводят через влагалище и прикладывают вплотную к пораженной влагалищной части матки. Если при исследовании окажется, что туберкулезом поражена не только шейка, но и трубы, то, кроме радиотерапии шейки, необходимо применить также и рентгенотерапию всего полового аппарата или продумать вопрос о радикальной операции.

Каким бы методом мы ни начали лечить туберкулез органов женской половой сферы, общее лечение всего организма должно занимать видное место в комплексе лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

- Б р а н В. Д., Несколько случаев туберкулеза женских половых органов, Журнал акушерства и женских болезней, 1910.
Б р а у д е И. Л., К вопросу о клинической диагностике туберкулеза придатков матки, Гинекология и акушерство, 1928, № 2.

- Горивантов Н. И., Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов, Диссертация, 1909.
- Жмакин К. Н., Материалы о возрастном развитии брюшины и лечении туберкулезного перитонита, Проблемы туберкулеза, 1936, № 11.
- Ермина М. С., Опыт применения стрептомицина при генитальном туберкулезе женщин, Акушерство и гинекология, 1950, № 5.
- Кипарский Р. В., Десять случаев туберкулезных поражений женских половых органов, леченных оперативным путем, Труды II съезда Общества российских акушеров и гинекологов, 1907.
- Кипарский Р. В., Бугорчатка женских половых органов, Глава в руководстве по женским болезням Кривского, Л., 1927.
- Покровский В. А., Генитальный туберкулез, Воронеж, Облиадат, 1949.
- Равикович Л. Б., Случай первичного туберкулеза влагалища, Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8.
- Ягунов С. А., К вопросу о лечении туберкулеза женских половых органов кварцевой лампой, Гинекология и акушерство, 1931, № 1.

akusher-lib.ru

СОЧЕТАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ С АППЕНДИЦИТОМ

Во время производства гинекологических операций брюшностеночным путем могут встретиться неожиданные осложнения, возникающие от изменения топографо-анатомических отношений, чаще всего зависящих от бывших в брюшной полости воспалительных процессов, меняющих ее нормальный вид вследствие образовавшихся тяжей, спаек и сращений органов между собой. Одним из таких довольно часто встречающихся заболеваний является острое или хроническое воспаление червеобразного отростка.

Частота совместных поражений аппендикса и внутренних половых органов женщин. Какова же частота и взаимосвязь этих совместно встречающихся заболеваний, где причина и что является следствием?

При гинекологических чревосечениях, производимых по самым разнообразным причинам, бросающейся в глаза особенностью является сопутствие им воспалительных изменений червеобразного отростка. Так, М. С. Александров на 215 лапаротомий имел в 55,3% измененный отросток, Н. В. Плотников на 243—62,14%, Ф. А. Холодковский на 600—14,5%, Г. Е. Рейн на 310—2,8% (приращение отростка к придаткам), Маннзон—15,5%.

Пути развития совместного заболевания. Взаимосвязь заболевания червеобразного отростка и внутренних половых органов женщины очевидна, однако единого взгляда на причину этой связи, а также на то, что является началом заболевания и что следствием, — еще нет. Также достаточно спорными представляются и пути распространения заболевания, обычно воспалительного, с одного органа на другой. Однако большинство авторов склонно считать, что процесс переходит с заболевших придатков матки преимущественно правой стороны на аппендикс. Этому мнению придерживаются А. П. Гриднев, А. В. Александров, Ф. А. Соколов, И. Е. Тиканадзе, Н. В. Крупенников, причем последний наблюдал распространение воспалительного процесса на отросток не только с правых придатков, но и с левых.

Относительно путей распространения эти авторы, а также Н. В. Плотников, Холодковский и др. отмечают возможность продвижения инфекции непосредственно по брюшине, по кровеносным и лимфатическим путям, ссылаясь на наличие особой связки, соединяющей отросток с правыми придатками и описанной под названием *lig. appendiculo-ovaricum*.

И. П. Жендринский приводит секционный материал 245 трупов, причем в 155 случаях была обнаружена эта связка. Противоположным является утверждение Ф. А. Соколова: «Предполагалось существование

особой связи, описанной Кладо. В действительности же этой связи не оказалось. Анастомозов в кровеносной и лимфатической системе отростка и придатков матки тоже не оказалось». Однако зависимость заболевания одного органа от другого беспорочна. Беследствие частого заболевания придатков матки женщины значительно чаще поражаются аппендицитом, чем мужчины; по данным А. В. Александрова, — в два раза. Эту цифру называет и Н. А. Богораз.

Ошибки в диагностике аппендицита у мужчин составляют, по Ю. Ю. Джамелидзе, 15%, а у женщин — 30%, что объясняется большим количеством воспалений придатков, осложняющих диагностику аппендицита у женщин. По данным С. И. Кузьмина и А. Малинина, у женщин, доставленных в клинику по поводу аппендицита, в 15% оказались гинекологические заболевания.

Этиологическими моментами, ведущими к возникновению аппендицита, в настоящее время считают расстройство кровообращения, аутоинфекции и предрасположение лимфатического аппарата отростка, так называемая теория сенсibilизации лимфоидной ткани (В. Э. Салищев). Гемостатические и гемодинамические условия в женском тазу имеют ряд особенностей, неизбежно оказывающих влияние на состояние расположенных в нем органов, в том числе и червеобразного отростка. Менструации и связанная с ними периодическая гиперемия малого таза, беременность, воспалительные заболевания после родов, аборт, перекруты ножки кистозных опухолей — все это существенно изменяет режим кровообращения и может служить этиологическим моментом в заболевании отростка. Что же касается аутоинфекции в генезе аппендицита, то в этом женщины не особенно отличаются от мужчин и энтерогенное происхождение аппендицита наблюдается у них в $\frac{3}{4}$ случаев (А. П. Гриднев). Независимо от того, существует или нет гипотетическая связка Кладо, все исследователи единодушны в одном: огромную роль в совместном заболевании отростка и гениталий играет его длина и опущение глубоко в малый таз. Большая смещаемость и низкое расположение слепой кишки всем известны. Она может опускаться до безъянвной линии, а отросток располагаться в прямокишечно-маточном углублении и лежать в тесном соприкосновении с придатками матки. Иногда его можно найти даже в мешке паховой грыжи.

При столь низком расположении червеобразного отростка возможен непосредственный переход инфекции с одного органа на другой, причем не только с придатков на аппендикс, как полагает большинство авторов, в том числе и Ю. Ю. Джамелидзе, но и обратно — с аппендикса на придатки (при совместном заболевании), так как воспалительный экссудат от отростка распространяется вниз ко дну малого таза и инфицирует нижележащие придатки, в то время как пилосальпинксы в силу тяжести опускаются в прямокишечно-маточный карман и отделяются от отростка (Ф. А. Соколов).

П р и з н а к и. Острый аппендицит начинается обычно внезапно: предшествующий приступу воспалительный процесс часто не вызывает интенсивной реакции со стороны больной. Воспалительное состояние и набухание слизистой оболочки отростка, закрытие его просвета, задержка и разложение содержимого ведут к развитию местного перитонита, сращений, спаек и к образованию абсцессов как местных, осумкованных, так и разлитых, т. е. к общему воспалению брюшины, являющемуся обычно следствием перфорации стенки отростка или вскрытия гнойника. Заболевание острым аппендицитом протекает при быстро наступающих явлениях раздражения брюшины: диспепсии, тошноты, рвоты, защитного напряжения мышц

живота над очагом поражения, повышенной температуре, лейкоцитозе и болях, обычно локализованных в правой подвздошной области.

Все эти симптомы могут сопутствовать многим заболеваниям половой сферы женщины и проявляться при воспалительных процессах в придатках матки, особенно правых, пара- и периметритах, перекрутах ножки кистозных опухолей, трубной беременности.

Дифференциальная диагностика. Понятна поэтому значительная трудность дифференциального диагноза между заболеваниями этих двух систем или при одновременном их поражении, что бывает, как уже было отмечено, чрезвычайно часто. Эта трудность подчеркивается рядом авторов (Ю. Ю. Джанелидзе, Ф. А. Соколов, Н. А. Богораз, А. П. Гриднев, К. Н. Рабинович, М. С. Селецкий и др.), отмечающих, что нередко диагноз ставится лишь при лапаротомии. Следует указать на некоторые симптомы, помогающие распознаванию: так, при воспалении отростка боль при пальпации локализуется выше, в илеоцекальной области, а при заболевании придатков матки значительно ниже, в малом тазу. При одновременном заболевании аппендицитом и аднекситом между двумя зонами остается свободное от болей пространство. Этот признак был отмечен А. П. Гридневым. Отмечается характерный признак Волковича — атрофия правой прямой мышцы живота, что обнаруживается измерением сантиметровой лентой от пупка до позвоночника с обеих сторон. Эта атрофия говорит за хронический аппендицит и против аднексита.

Клиника аппендицита, как и клиника внематочной беременности, изучена хорошо. Первое заболевание протекает при явлениях воспаления, высокой температуры, интенсивных болей, местного или общего перитонита; второе — характеризуется признаками беременности, явлениями внутреннего кровотечения — и тем не менее при диагнозе этих заболеваний возможны ошибки, особенно если аппендицит возникает в начале беременности, при задержке месячных, а трубная опухоль располагается справа и дает трубные колики, симулирующие аппендикулярные колики.

Лечение. Оперирующего гинеколога естественно интересуют встречающиеся при операции осложнения, вследствие комбинации заболевания отростка и гениталий, целевые установки при лечении подобных сочетаний и исходы этих операций. Необходимо быть готовым к тому, что эти лапаротомии могут быть осложнены тяжелыми сращениями между органами брюшной полости, особенно при наличии аппендицита и аднекситов, когда изолировать отросток иногда не представляется возможным и приходится удалять его вместе с трубной или тубоовариальной опухолью. При комбинации воспаления отростка и прервавшейся трубной беременности оперативное вмешательство в смысле техники протекает сравнительно легко, так как фибриновые сращения, образующиеся после обширного кровотечения, разъединяются обычно свободно, если, конечно, не присоединилась свежая инфекция.

При обнаруженном во время чревосечения комбинированном поражении внутренних половых органов и червеобразного отростка последний должен быть удален во что бы то ни стало во избежание последующих опасных рецидивов его воспаления.

Интересно, что в случаях совместного заболевания отростка с внутренними половыми органами после удаления отростка улучшаются или исчезают симптомы гинекологического заболевания, как, например, дисменоррея. Это объясняется удалением раздражителя обострений гинекологических заболеваний, каким является хронический аппендицит, в свою очередь периодически обостряемый менструальной гиперемией тазовых органов.

Ввиду столь тесной связи заболеваний аппендикса и внутренних половых органов женщины, а также затруднений в диагнозе при решении вопроса об оперативном лечении участие в этом решении гинеколога обязательно. Понятны также многочисленные высказывания о профилактическом удалении червеобразного отростка при производстве гинекологических чревосечений, особенно если учесть ту грозную опасность, которую представляет собой острый аппендицит во время беременности.

Мы считаем, что, если при лапаротомии по поводу какой-либо гинекологической операции обнаруживаются следы перенесенного аппендицита, — показана аппендэктомия. Если при гинекологической лапаротомии аппендикс совершенно не изменен, то, в зависимости от обстоятельств, его можно оставить или удалить в целях профилактики возможного в будущем воспаления червеобразного отростка. Если гинекологической операции подвергается женщина пожилого возраста по поводу новообразования, выпадения и тому подобного заболевания, то при неизменном отростке его безусловно не следует удалять.

АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Это сочетание не является таким редким, как это считали прежде. На 3 500 беременных приходится одна больная аппендицитом. Это не малые цифры, если принять во внимание, что смертность от аппендицита во время беременности значительно выше, чем у небеременных. Более высокая смертность вызывается рядом причин. Сама беременность способствует обострению хронически протекающего аппендицита в результате возникающей гиперемии в малом тазу, полнокровия расположенных там органов, мощного развития сосудистой и лимфатической сети, по которым может распространяться воспалительный процесс, изменения статики слепой кишки и отростка, связанной с ростом беременной матки, смещающей слепую кишку вверх. Вследствие этой элевации кишки воспалительный процесс развивается в верхнем отделе брюшной полости, условия для его отграничения и осумкования ухудшаются, тем более что растущая беременная матка закрывает малый таз и препятствует отграничению воспалительного процесса в этом наиболее безопасном отделе брюшной полости. Чем больше срок беременности, тем затруднительнее диагноз аппендицита.

Слепая кишка с отростком при беременности располагается в атипичном месте и прикрыта телом беременной матки. Острый аппендицит при беременности протекает бурно и возникающие перитонеальные осложнения приобретают диффузный характер ввиду отсутствия условий к отграничению и часто оканчиваются летально. Если же образуется осумкованный абсцесс при опорожнении беременной матки в родах и при ее быстром уменьшении, то осумкование нарушается и развивается разлитой перитонит. Необходимо также заметить, что при заболевании аппендицитом беременность обычно нарушается вследствие вовлечения в воспалительный процесс серозного покрова матки, что ведет к преждевременным родам.

Таким образом, любая форма аппендицита у беременных представляет угрозу жизни и матери, и плоду; поэтому каждая женщина, страдающая хроническим аппендицитом, должна подвергаться аппендэктомии до наступления беременности (Н. А. Виноградов).

Как уже было указано выше, диагноз аппендицита во время беременности тем труднее, чем больше ее срок. Для правильного заключения следует обращать внимание на данные анамнеза (предшествующие приступы), лихорадочное состояние, обложенный язык, повышенный лейкоцитоз,

ускоренную реакцию оседания эритроцитов, частый пульс, интенсивные боли, преимущественно справа, рвоту, защитное напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, а также симптом Фаворского — усиление болей при подъеме правой ноги и Брэндо — боль справа при надавливании на левое ребро матки. Чем больше срок беременности, тем сложнее оперативное вмешательство, которое, однако, необходимо предпринимать как можно скорее (желательно в первые 24 часа заболевания).

Методика операции при различных вариантах расположения воспалительного очага и степени радикальности операции при беременности приводится в изложении Лебедева в соответствующей главе руководства Брауде «Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии».

Методика операции. Более широкий доступ к аппендиксу в первые месяцы беременности дает разрез по наружному краю правой прямой мышцы живота (параректальный разрез). В конце беременности и в родах рациональнее производить срединную лапаротомию.

Если случай аппендицита свежий и нет явлений перитонита, а червеобразный отросток легко доступен, то следует удалить только отросток, беременность же должна быть сохранена. В этих случаях во избежание сокращений матки дренаж не применяют, а зашивают рану наглухо. Возможность нормального течения беременности и естественного, самопроизвольного родоразрешения после оперативного вмешательства признает большинство хирургов.

Другое дело, если окажется, что аппендикс трудно доступен, имеются спайки, перфорация или гангрена отростка с явлениями ограниченного перитонита, если стенка периаппендикулярного абсцесса образована беременной маткой или придатками или если матка сращена с сальником и петлями тонких кишок, образующими стенку абсцесса. Здесь возможность наступления преждевременных родов после операции весьма велика, а выжидание наступления самостоятельных родов опасно, так как в родах вследствие внезапного уменьшения матки может произойти разрушение спаек, что поведет в послеродовом периоде к распространению перитонита. Поэтому в таких случаях одновременно с операцией по поводу аппендицита показано и опорожнение матки.

Методика операции при этом может быть различной.

1. После вскрытия брюшной полости широко вскрывают периаппендикулярный абсцесс и, если аппендикс легко достижим, производят аппендэктомия. Аппендикс оставляют на месте, если выделение его невозможно или если оно связано с опасностью разрушения спаек, ограничивающих местный процесс, а полость абсцесса дренируют через брюшную рану по Микуличу. После этого приступают к опорожнению матки. Если матка участвует в образовании стенки абсцесса или если стенки матки изменены, то делают операцию высокой ампутации матки. Если указанных изменений нет, то матку опорожняют путем влагалищного кесарева сечения. Операция может быть произведена и трехмоментно: а) аппендэктомия и после нее временная тампонада раны, б) влагалищное кесарево сечение и в) осмотр брюшной раны и окончательное дренирование гнойного фокуса.

2. Сначала делают кесарево сечение в области нижнего сегмента матки, а затем производят аппендэктомия. При наличии общего перитонита после кесарева сечения матку удаляют, а брюшную полость дренируют по Микуличу.

В тех случаях, когда при наличии общего гнойного перитонита необходимо после кесарева сечения удалить матку, возникает вопрос, следует

ли удалить ее целиком или достаточно сделать надвлагалищную ампутацию. Считается, что при наличии общего гнойного перитонита полная экстирпация матки является более надежным и, следовательно, более правильным методом. При известных обстоятельствах можно ограничиться даже высокой надвлагалищной ампутацией (почти дефундацией) матки.

ЛИТЕРАТУРА

- А н и к и н И. Д., Острый аппендицит у беременных, глава в руководстве «Диагностика острого живота», Медгиз, Ленинградское отд., 1940.
- А л е к с а н д р о в А. В., К вопросу об аппендиците у женщин, Сборник трудов I Московского коммунистического госпиталя, 1939.
- Б у х а н о в М., Связь внематочной беременности с аппендицитом, Врачебная газета, 1930, № 11.
- В и н о г р а д о в Н. А., Аппендицит и беременность, Монография, Л., 1941.
- Г р и д н е в А. П., Аппендицит у женщин, Врачебное дело, 1928, № 20.
- Г р и д н е в А. П., Аппендицит у женщин, Харьков, Научная мысль, 1928.
- Д ж а н е л и д з е Ю. Ю., К дифференциальной диагностике острого аппендицита, Вестник хирургии, 1935, т. 40, кн. 112—113.
- Ж е н д р и н с к и й И. П., Некоторые особенности взаимоотношений червеобразного отростка, трубы и яичника, Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- К у з ь м и н С. И. и М а л и н и н А., К вопросу о заболевании аппендикса при поражении внутренних половых органов, воспалении и новообразованиях, VI Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов, 1925.
- К р у п е н н и к о в Н. В., Частота аппендицитов и аппендэктомий при гинекологических операциях, Труды Куйбышевского государственного медицинского института, 1936, сб. III.
- Л ю б и м о в Н. И., Взаимоотношения правых придатков матки и червеобразного отростка, Труды Самаркандского государственного медицинского института, т. III, 1937.
- Л е б е д е в А. А., Острый аппендицит при беременности и в родах, глава в руководстве И. Л. Брауде «Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии», Медгиз, 1941 и 1947.
- М а т в е е в а В. Ф., К вопросу о совместных заболеваниях отростка и придатков матки, Киевский медицинский журнал, 1928, № 1.
- П л о т н и к о в а Н. В., Связь заболевания женской половой сферы и червеобразного отростка, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 1.
- Р а б и н о в и ч К. Н., Несколько мыслей по поводу аппендицита у женщин, Вестник хирургии им. Грекова, 1935, кн. 40, 112—113.
- С е л е п к и й М. С., К вопросу о дифференциальной диагностике в случаях одновременного наличия рецидивирующего аппендицита и внематочной беременности, Вестник хирургии им. Грекова, 1934, кн. 36.
- С о к о л о в Ф. А., Совместное заболевание червеобразного отростка и придатков матки, Киевский медицинский журнал, 1925, № 1.
- С а л и щ е в В. Э., Острый аппендицит, Советская медицина, 1949, № 4.
- Ф е й е р т а г Г. М., К вопросу о беременности, осложненной аппендицитом, Журнал акушерства и женских болезней, 1926, т. XXXVII, кн. 1.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА (ILEUS) В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Непроходимость кишечника является по существу клиническим синдромом, в основе которого лежат различные этиологические факторы, относящиеся к области общей хирургии. Однако в ряде случаев эта патология несомненно связана с гинекологией в широком понимании этого термина, т. е. с физиологией и патологией женского организма.

Гинекологические причины кишечной непроходимости. Уже нормальная беременность может стать причиной гинекологической непроходимости.

Причины непроходимости у беременной могут быть те же, что и у небеременной, как, например, тяжи, оставшиеся после воспалительных процессов или после операции, перекручивание органов, ущемление грыжи, кисты яичника, инородные тела. Однако, по данным отечественных авторов в 6,2%, а по данным иностранных авторов в 15%, причиной непроходимости при беременности являлась непосредственно беременная матка (Е. А. Булыгина). В этих случаях при операции не находили никаких механических моментов, которые могли бы вызвать непроходимость, кроме беременной матки, выполнявшей малый таз и плотно сдавливавшей тот или иной участок кишечника. Уменьшение размеров беременной матки при ее опорожнении или выведении из малого таза оказывалось достаточным для устранения непроходимости.

И. В. Судаков полагает, что сдавление кишечника беременной маткой до непроходимости является следствием взаимодействия нескольких причин, например, более резкого поворота беременной матки вправо кзади и ослабления моторной функции кишечника.

Одной из причин, способствующих возникновению непроходимости, являются кистозные опухоли яичника, особенно опухоли на длинной ножке. При смещении опухоли петли кишечника могут оказаться ущемленными ножкой. Не только кисты на ножке, но и другие опухоли тазовых органов, например, фибромиомы, исходящие из шейки матки, и особенно раковые новообразования яичников, могут вызывать давлением на прямую или сигмовидную кишку сужение просвета кишки и давать картину относительной непроходимости. Гинекологическими причинами кишечной непроходимости являются гонорройные и септические воспалительные процессы женской половой сферы. В результате воспалительного процесса брюшинные сращения могут образоваться не только в малом тазу, но и высоко в брюшной полости, как это бывает в тех случаях, когда гонорройное воспаление вызывает общий перитонит или когда септический процесс,

распространившийся на придатки, фиксирует их в первые дни послеродового периода высоко в области большого таза. Туберкулезный сальпингит может явиться причиной туберкулезного перитонита и стать источником образования брюшинных сращений и таким путем привести к кишечной непроходимости. И, наконец, одной из гинекологических причин кишечной непроходимости являются спайки после гинекологических операций. Эти спайки могут вызвать кишечную непроходимость как в раннем послеоперационном периоде, так и значительно позже и даже через много лет после перенесенной операции. В последних случаях больные оперирует общий хирург, в то время как при кишечной непроходимости, возникшей в раннем послеоперационном периоде, больные попадают к гинекологу. Он и должен своевременно распознать нависшую угрозу, своевременно принять все меры, необходимые для лечения этого осложнения, а во многих случаях лично произвести операцию.

Ввиду всех этих обстоятельств каждый акушер-гинеколог и особенно оперирующий гинеколог должен быть хорошо знаком с диагностикой, клиническим течением и методами лечения тяжелого клинического синдрома, который возникает в результате кишечной непроходимости.

К л а с с и ф и к а ц и я. С клинической точки зрения различают динамическую и механическую непроходимость. Динамическую непроходимость разделяют на две группы: спастическую и паралитическую. При спастической непроходимости спазм кишки, чаще тонкой, достигает такой степени, что просвет кишки совершенно исчезает. При паралитической непроходимости кишки теряют способность сокращаться, парализуются (случаи послеоперационной непроходимости); наиболее тяжелая форма — непроходимость при перитоните.

Классификация Опеля, которую мы приводим, более соответствует особенностям патологоанатомической и клинической картины непроходимости.

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая, б) паралитическая.
2. Гемостатическая непроходимость: а) эмболическая, б) тромбозная.
3. Механическая непроходимость с гемостазом (ущемление, торзии).
4. Простая непроходимость: а) закупорка, б) сдавление.

П р и з н а к и. Боли, рвота и местный метеоризм — вот три главных признака кишечной непроходимости. Боли бывают очень резкие, наступают внезапно. Вначале наблюдается одно- или двукратная рвота пищей (рефлекторного характера). Через некоторое время рвота возобновляется, становится частой, но в небольшом количестве, рвотные массы окрашены желчью; наконец, появляется рвота с запахом кала — симптом очень поздний, указывающий на тяжелое состояние. В случаях хронического течения болезни и при непроходимости в нижних отделах кишечника рвоты может и не быть.

Кишечник выше места препятствия обычно сильно растянут, переполнен жидким содержимым, калом и газами. Переполнение кишечного просвета ведет к перерастяжению кишечной стенки иногда до необычайных размеров, в результате чего в ней нарушается кровообращение. Растянутые петли кишок выпячивают брюшную стенку и становятся видимыми. Этот характерный для непроходимости местный метеоризм довольно быстро переходит в общий. При пальпации в области раздутой кишки в начальной фазе болезни можно определить упругое эластическое тело цилиндрической формы. При перкуссии в этом месте отмечается особо высокий тимпанит. При выслушивании обнаруживается довольно резкое урчание. Рано или поздно, в зависимости от места непроходимости, удается определить звук плеска. Далее при перкуссии можно определить несм-

метричное притупление переполненной кишечной петли или двустороннее симметричное притупление на месте экссудата.

В петлях кишок, выпячивающих брюшную стенку, иногда отчетливо видна перистальтика. Это наиболее постоянный симптом кишечной непроходимости. В далеко зашедших случаях видимой перистальтики не наблюдается вследствие наступившего паралича кишечника. Брюшные стенки при пальпации податливы, мышцы умеренно напряжены, но не сокращены, как при перитоните. Симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует. Температура в начале заболевания нормальная или субнормальная, пульс не учащен, хорошего наполнения, дыхания не нарушено. Однако удовлетворительное состояние больной в первой фазе заболевания скоро сменяется резким ухудшением общего состояния. Большинство исследователей считает установленным, что содержимое непроходимой кишечной петли резко токсично вследствие высокого содержания продуктов неполного метаморфоза гистаминов и полипептидов.

Распознавание непроходимости. Распознавание при остро возникающей непроходимости сравнительно легко, но, если непроходимость развивается медленно или если к ней присоединяются явления перитонита, то оно может стать затруднительным.

Указания в анамнезе на перенесенные операции, воспалительные процессы в брюшной полости (холецистит, аппендицит, воспаления половых органов) могут навести врача на мысль о наличии кишечной непроходимости. Распознавание кишечной непроходимости при беременности очень трудно, во-первых, потому, что беременная матка, особенно во второй половине беременности, затрудняет обследование живота, во-вторых, потому, что наиболее ранние симптомы непроходимости наблюдаются и при беременности — рвота и боли, тем более что боли в начале заболевания могут иметь перемежающийся характер. Однако при тщательном наблюдении за состоянием матки удается установить, что во время приступа болей матка не напряжена. Влагалищное исследование может подтвердить, что роды либо не начались, либо состояние родовых путей совершенно не соответствует интенсивности болей. Для распознавания кишечной непроходимости имеет значение исследование больной через прямую кишку. При наличии кишечной непроходимости *ampulla recti* пуста. Расширение ампулы как симптом имеет особое значение при непроходимости толстых кишок (Греков). Наличие слизисто-кровяных выделений при ректальном исследовании указывает на внедрение (*invagination*) толстых кишок.

Для кишечной непроходимости при беременности характерно отеснение матки раздутым кишечником в противоположную от локализации непроходимости сторону живота. Видимая на глаз перистальтика делает диагноз непроходимости очень убедительным. Для своевременного распознавания следует учесть, что главный симптом непроходимости — задержка кала и газов — появляется иногда довольно поздно; у больной даже может быть стул, особенно при непроходимости тонкого кишечника, но стул не приносит облегчения.

Весьма целесообразно применение сифонной клизмы, которая, кроме диагностического значения при динамической непроходимости, имеет и лечебное значение.

Для распознавания непроходимости можно произвести рентгенологическое исследование. Современная диагностика острой кишечной непроходимости основана главным образом на факте образования скопления газов и жидкости в просвете кишечника. Скопление газов в кишечнике обуславливает появление просветлений на пленке и на экране, и на фоне

их отчетливо видна тень горизонтального уровня жидкости (Э. Ф. Ротермель).

Наличие Индикана в моче и прогрессирующее падение хлоридов являются ценными данными для диагностики непроходимости.

Часто картина непроходимости выявляется тогда, когда болезнь зашла уже так далеко, что оперативное вмешательство не может спасти больную. Поэтому каждый врач, имеющий дело с больной с синдромом острого живота, должен использовать все методы и приемы для раннего распознавания непроходимости.

Дифференциальная диагностика. При аппендиците боли, вначале нелокализованные, не достигают такой интенсивности, как при непроходимости. Для аппендицита характерно наличие болезненной точки Мак Бурнея, метеоризм менее выражен, перистальтика никогда не бывает видна на глаз. Защитное сокращение мышц, хотя бы и незначительное, имеется лишь над очагом поражения; высокая температура, учащенный пульс, гиперлейкоцитоз указывают на наличие аппендицита. При непроходимости, не осложненной аппендицитом, эти явления не так резко выражены.

При влагалищном или ректальном исследовании в случае аппендицита можно найти инфильтрат в области отростка, иногда определяемый пальпацией через брюшные покровы.

В ранние месяцы беременности приступ непроходимости кишечника может вызвать подозрение на **вне маточную беременность**. При внематочной беременности боли никогда не достигают такой остроты, как при непроходимости. Рвота бывает не всегда; она никогда не имеет запаха кала. Общий метеоризм при внематочной беременности не достигает такой степени, как при непроходимости; местный метеоризм не отмечается. В большинстве случаев при внематочной беременности можно установить наличие жидкого содержимого в брюшной полости. При разрыве беременной трубы явления анемии быстро нарастают вследствие кровотечения в брюшную полость, что делает распознавание внематочной беременности несомненным (см. главу «Внематочная беременность»).

При дифференциальной диагностике необходимо также исключить **перекручивание ножки кисты яичника или маточной трубы**. При этих заболеваниях вначале имеются признаки шока с явлениями падения сердечной деятельности. Но при исследовании обнаруживается округлая напряженная болезненная опухоль, дающая при перкуссии тупой звук (при непроходимости имеется высокий тимпанит). Перекрученная опухоль быстро увеличивается, иногда пульсирует. Газы обычно отходят. Если у больной раньше диагностировали опухоль, диагноз облегчается. Впрочем, само перекручивание кисты яичника иногда является причиной возникновения механической непроходимости.

Особенно труден дифференциальный диагноз между непроходимостью кишок и перитонитом, особенно в поздних стадиях, так как непроходимость в поздних стадиях часто осложняется перитонитом.

При кишечной непроходимости боли острые, наступают приступами, а при перитоните боли менее интенсивные, но постоянные, рвота менее обильная и менее частая. При кишечной непроходимости наблюдается местный метеоризм, урчание, а при перитоните метеоризма нет — «мертвая тишина» при выслушивании. При кишечной непроходимости брюшная стенка податлива, почти безболезненна, при перитоните отмечается защитное сокращение мышц, болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга. При непроходимости в начале заболевания температура и

пульс нормальные, при перитоните с пульсом начала имеется высокая температура, частый пульс слабого наполнения. При кишечной непроходимости реакция оседания эритроцитов резко ускорена, лейкоцитоз доходит до 25 000. Если больная поступает в состоянии начинающегося перитонита при непроходимости или при перитоните с явлениями паралитической непроходимости, точная диагностика почти невозможна.

Особенно трудна дифференциальная диагностика между непроходимостью в послеродовом периоде и перитонитом, который протекает менее остро, чем прободные формы перитонита.

Лечение непроходимости кишечника исключительно хирургическое. Гинеколог, не владеющий методами абдоминальной хирургии, обязан немедленно вызвать на консультацию хирурга или направить больную в хирургический стационар. Чем раньше поставлен диагноз непроходимости, тем благоприятнее прогноз.

При беременности возникает ряд специфических для этого состояния вопросов, и прежде всего — следует ли прерывать беременность?

Разрешение этого вопроса в значительной степени зависит от срока беременности. При беременности в 4—5 месяцев целесообразно произвести операцию по поводу непроходимости, а беременность сохранить.

В тех редких случаях, когда единственной причиной непроходимости оказывается беременная матка, беременность следует немедленно прервать путем малого кесарева сечения.

Если непроходимость кишечника возникает при таком сроке беременности, когда плод уже жизнеспособен, в интересах матери и плода следует тотчас же приступить к родоразрешению. Надо сказать, что в тех случаях, когда при беременности поздних сроков оперативное вмешательство ограничивалось лишь операцией по поводу непроходимости кишечника, наступали преждевременные роды, причем почти всегда мертвым плодом. Если же одновременно с операцией по поводу непроходимости кишечника производилось и кесарево сечение, то удавалось получить живой плод (Е. А. Булыгина). Мы полагаем, что методом выбора в этих случаях является абдоминальное кесарево сечение; это подтверждают и данные многих авторов.

Прогноз непроходимости при беременности неблагоприятный; смертность матерей и детей велика.

Методы хирургического лечения. Методика оперативного вмешательства зависит от причины, вызвавшей непроходимость, места поражения и от стадии, при которой больная попадает на операционный стол. В легких, неосложненных случаях, когда питание пораженной кишки мало нарушено, можно ограничиться рассечением спаек, расправлением заворота, раскручиванием кишки. Обычно, как только препятствие устранялось, кровообращение восстанавливалось, петли кишок розовели. При наличии гангрены пораженный участок должен быть резецирован по тому или иному методу.

Подготовка больной к операции должна быть очень тщательной. Для борьбы с обезвоживанием перед операцией вводят под кожу физиологический раствор. Более быстрый эффект дает внутривенное введение физиологического раствора поваренной соли (до 2 л). С. С. Гирголав рекомендует вводить большое количество жидкости как внутривенно, так и другими методами (подкожно, капельная клизма и др.). Для уменьшения шока полезно перед операцией ввести морфин. До постановки диагноза лучше отказаться от назначения наркотиков, так как это может затемнить картину заболевания. Перед операцией сле-

дует сделать промывание желудка и двенадцатиперстной кишки, что облегчит состояние больной и предотвратит возможность захлебнуться рвотой при наркозе. При выборе места разреза брюшной стенки в случаях хирургической непроходимости следует исходить из топической диагностики поражения. В случаях непроходимости при беременности целесообразен срединный разрез, так как он пригоден и для кесарева сечения и из него удобно манипулировать как для отыскания очага поражения, так и для операции на очаге.

Очагом поражения является граница между раздутыми и спавшимися кишками. Отыскивать очаг поражения следует крайне бережно, так как перерастянутые петли кишок при неосторожной манипуляции легко могут быть повреждены. Целесообразно отыскивать очаг поражения, начиная с какой-либо спавшейся петли, и, постепенно, перебирая петли в восходящем и нисходящем направлении, дойти до очага поражения. Спавшиеся петли легко погружаются в брюшную полость, а это предохраняет их от высыхания и охлаждения. Иногда раздутые петли кишечника занимают весь просвет раны и даже выпирают из нее; в этих случаях не следует непременно отыскивать спавшуюся петлю; это затягивает операцию. Можно взять любую раздутую петлю, отметив исходный участок наложением временной лигатуры на брыжейку. Осмотр кишечника следует проводить строго последовательно, только таким путем можно быстро и бережно отыскать место поражения.

Для последующего течения благоприятнее, если место поражения отыскивают без эвентрации кишечника. Иногда вздутие бывает так велико, что без эвентрации невозможны никакие манипуляции; в этих случаях эвентрированные петли следует обложить полотенцем, смоченным теплым физиологическим раствором.

Выбор метода оперативного вмешательства на кишечнике зависит как от причины, вызвавшей непроходимость, так и от состояния кишечной стенки. Спайки и тяжи должны быть рассечены: вслед за этим в ряде случаев легко и быстро простым раскручиванием устраняют заворот. Так же следует поступить в неосложненных случаях инвагинации. Когда механическое препятствие устранено, содержимое кишечных петель переходит в пустые отрезки кишок ниже места препятствия, вздутие уменьшается, кровообращение восстанавливается.

В тяжелых случаях, когда имеются явления гангрены кишок, оперативное вмешательство значительно усложняется.

Признаками гангрены кишечника являются фиолетово-черная окраска кишечника, тусклый брюшинный покров, отек кишечной стенки, нарушение циркуляции крови в сосудах — тромбоз вен, отсутствие артериального пульса в брыжейке.

Распутывание петли, узла, расправление заворота становятся в этих случаях рискованным мероприятием.

Более бережным вмешательством будет резекция пораженного участка кишечника или выведение его из полости живота в брюшную рану. При резекции кишечника следует удалить, кроме гангренозных, все отрезки кишки, у которых сосуды брыжейки затромбированы и не пульсируют. Концы кишок соединяют широким анастомозом конец в конец или бок в бок. Необходимость одномоментной резекции тонких кишок признается всеми хирургами. Если кишка не жизнеспособна, ее резецируют (технику операции см. в главе «Повреждения органов брюшной полости»).

Относительно же необходимости резекции толстых кишок, особенно сигмовидной, единого мнения нет. Юкельсон, выступая с программным

докладом на Всеукраинском съезде хирургов в 1936 г., высказывался против одномоментной резекции толстых кишок. В случаях гангрены при завороте автор рекомендует не резекцию, а выведение гангренизированной петли из брюшной полости и полное ее удаление. Здоровые участки кишки с хорошим кровоснабжением соединяют «двустволкой» и выводят до наружного края раны, где и фиксируют. Через 48 часов гангренизированную петлю отрезают от демаркационной линии. Образуется противоестественный задний проход, ликвидация которого — дело дальнейшего (цит. по Булыгиной). В последние годы появляется все больше и больше сторонников одномоментной резекции толстых кишок, причем особое внимание обращают на тщательность шва соустья и его перитонизацию, использование сальника для изоляции области кишечного шва от брюшной полости.

При особенно тяжелом состоянии больной следует ограничиться наложением противоестественного заднего прохода как операцией отчаяния, чтобы дать выход токсическому содержимому кишечника, отложив радикальное вмешательство до улучшения состояния больной.

После устранения непроходимости необходимо позаботиться об освобождении кишечника от переполняющего его токсического содержимого. С. И. Спасокукоцкий предлагает в целях дезинтоксикации удалять кишечное содержимое путем илеотомии и оттока содержимого; иногда таким путем из кишечника удаляли от 1 500 до 3 000 см³ жидкости. А. В. Мельников для опорожнения тонких кишок предлагает накладывать каловый свищ, подшивая кишку к париетальной брюшине и устанавливая постоянный сифон (конец трубки опускается в сосуд, стоящий на полу). Н. Н. Самарин предпочитает дренировать кишечник путем энтеростомии. Юкельсон предлагает не опорожнять тонкий кишечник хирургическими методами, а быстро заканчивать операцию, прибегая к энтеростомии только тогда, когда не удается погрузить раздутые петли кишок в брюшную полость (цит. по Е. А. Булыгиной).

В настоящее время большое количество сторонников приобрела энтеростомия, т. е. наложение кишечного свища, если препятствие неустранимо или общее состояние больной не позволяет произвести радикальную операцию (С. С. Гирголав). В защиту энтеростомии как метода снижения смертности при острой кишечной непроходимости Б. А. Петров (Институт имени Склифосовского) приводит следующие доводы: «Главной причиной смерти при илеусе является проникновение токсического начала из просвета кишечной трубки сквозь ее истонченную и плохо питаемую стенку в общий ток кровообращения». Поэтому при острой кишечной непроходимости следует, как это рекомендует Б. А. Петров, сделать так называемую подвесную энтеростомию. Принципиальное отличие подвесной энтеростомии заключается в том, что резиновую трубку прочно вшивают в стенку кишки, а кишечную петлю не пришивают к брюшной стенке. Кишку лишь подтягивают к париетальной брюшине и здесь укрепляют подшиванием трубки к коже. Таким образом, кишка, приклеившись самостоятельно в какой-то степени к брюшной стенке, сохраняет свою перистальтику, чем и следует, вероятно, объяснить хорошую функцию свища, а главное, его способность самостоятельно закрываться после выдергивания трубки.

Техника подвесной энтеростомии. Поскольку эту операцию производят при непроходимости кишечника, вызванного механическим препятствием или парезом вследствие интоксикации при перитоните, петли кишок всегда резко раздуты, полны газов и жидкости. Поэтому перед началом операции необходимо удалить содержимое из

выбранной для наложения свища петли кишки. Это достигается вытеснением содержимого кишки из ее просвета пальцами в обе стороны, как это представлено на рис. 349, затем пальцы заменяют мягкими кишечными зажимами (рис. 350).

В дальнейшем мы приводим технику операции, которая была выработана в хирургической клинике Института имени Склифосовского. Сначала накладывают шелковый кисетный шов вокруг центра намеченного прокола кишки (рис. 350). Кисет проводят по середине кишечного края, противоположного прикреплению брыжейки. В центре кисета кишечную стенку захватывают двумя тонкими пинцетами и приподнимают ее конусом. Между концами пинцетов делают сквозной надрез острым маленьким скальпелем (рис. 351). Надрез должен быть такой величины, чтобы сквозь него смог пройти конец приготовленной резиновой дренажной трубки. Конец дренажной трубки, кроме косого среза, имеет еще два боковых овальных глазка. Выше, отступя на 4—5 см, край резиновой трубки прошивают насквозь одним узким стежком тонкой кетгутовой нитки, еще выше, отступя на 5—6 см, на дренаж надета узенькая резиновая манжетка, полученная путем отрезывания наружного конца этого же самого дренажа. Наконец, еще выше этой манжетки дренаж сдавлен временно наложенным зажимом. В смонтированном виде этот дренаж представлен на рис. 352, а, где крупным планом показано надевание резиновой манжетки. Но, прежде чем вложить кончик дренажа, необходимо прошить один край сделанного в кишке прореза заготовленной кетгутовой ниткой. На рис. 352, б показано, как после снятия одного из пинцетов фиксированный край разреза изнутри прошивают иглой со вдетой в нее кетгутовой ниткой, идущей от резиновой трубки. После этого, не снимая торсионного пинцета, фиксирующего прошитый край, в разрез кишки вводят срезанный кончик резинового дренажа и продвигают последний внутрь кишки до того уровня, на котором сквозь дренаж прошита тоже кетгутовая нитка. Теперь оба конца нитки завязывают узлом; тем самым дренаж окажется подшитым неподвижно к одному из краев кишечного разреза. Лишние концы кетгутовой нитки коротко отрезают недалеко от узла. Если приподнять концы кисетного шва и в то же время слегка погружать пришитый дренаж, то прошитый кишечный край вместе с облегающей дренаж окружностью кишечного прореза инвагинируется (рис. 353), после чего кисет затягивают и завязывают заранее подготовленный узел. Концы нитей отрезают. Желательно добавить несколько ламбертовских швов. Таким образом, мы имеем резиновую трубку, погруженную в полость кишки; дренаж этот удерживается одним кетгутовым швом внутри и шелковыми швами снаружи. Этого совершенно достаточно, чтобы можно было подтянуть кишку к париетальной брюшине у кисета, где этот дренаж выйдет наружу сквозь прокол через всю толщу брюшной стенки.

В дальнейшем необходимо достаточно прочно удержать дренажную трубку неподвижно в толще брюшной стенки, т. е. не допускать скольжения трубки внутри, чтобы поддерживать прочное соприкосновение натянутой кишки с париетальной брюшиной. Это и есть принцип «подвесной энтеростомии».

Задача эта решается следующим образом: заранее надетью на дренаж манжетку спускают точно настолько, чтобы эта резиновая манжетка стала неподвижной шайбой, препятствующей погружению дренажа вглубь, ибо эта манжетка упрется в кожу и в узкий проход через апоневроз. Детали видны на рисунках.

Место для выведения дренажа выбирают по окружному краю влажной прямой мышцы сквозь апоневротические слои.

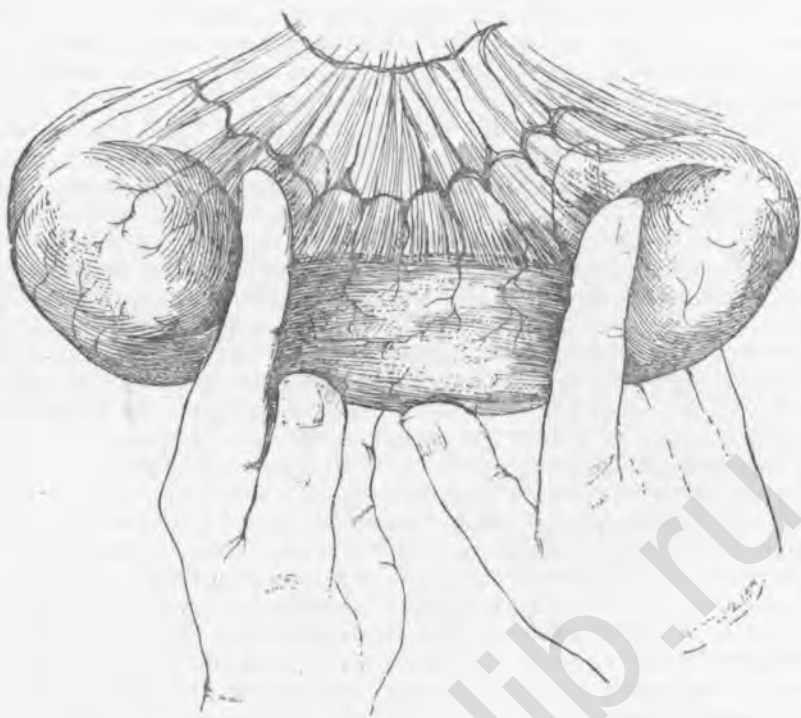


Рис. 349. Подвешная энтеростомия. Содержимое кишки вытесняется из ее просвета пальцами в обе стороны.

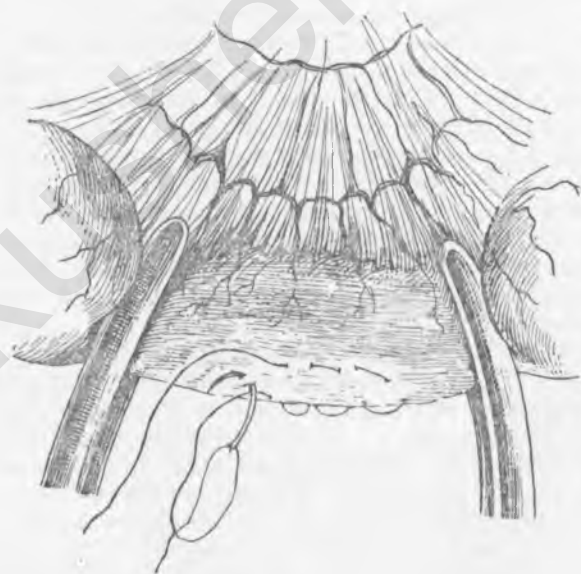


Рис. 350. Подвешная энтеростомия. Пальцы заменяются кишечными зажимами. Вокруг центра намеченного прокола кишки накладывают шелковый кисетный шов.

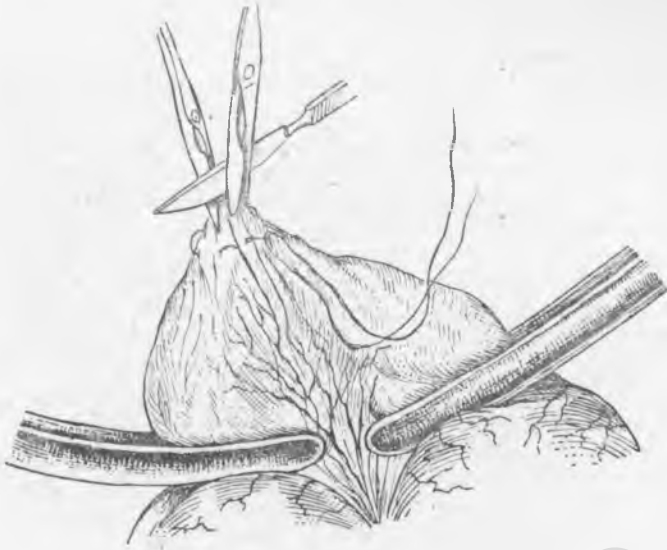


Рис. 351. Подвесная энтеростомия. В центре кисты кишечная стенка захвачена двумя пинцетами и приподнята конусом. Между концами пинцетов делают сквозной надрез.

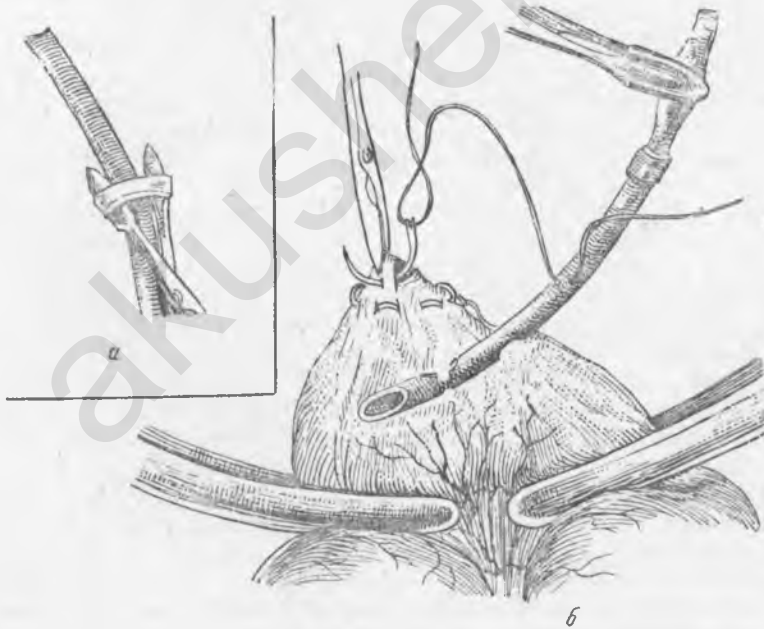


Рис. 352. Подвесная энтеростомия.

a — смонтированный дренаж из резины; *б* — после снятия одного из пинцетов фиксирующийся край надреза прошивают изнутри иглой со вдетой в нее кетгутовой ниткой, идущей от резиновой трубки.

Место прокола выбирают ощупыванием края прямой мышцы со стороны живота, ниже уровня пупка. Приподнимают изнутри брюшную стенку и делают прокол кожи скальпелем. Разрез в коже не должен свободно пропустить катетер. Через этот разрез в кожу вкалывают толстый троакар, стилет которого должен быть не тоньше калибра вшитой дренажной трубки. Вынимают стилет, вместо него вставляют свободный конец дренажа, и если теперь выдернуть троакар обратно, то вместе с ним наружу выйдет и конец дренажа. За неимением подходящего троакара можно сквозь сделанный в коже прорез проткнуть брюшинные слои сомкнутым торсионным пинцетом или узким корнцангом, защищая при этом кишки введенной изнутри рукой. Разомкнув щипцы, захватывают наискось конец дренажа и срезают косой излишний край трубки. Если теперь рывком вытянуть пинцет, то вслед за ним выйдет и дренажная трубка.

Надо заметить, что вытягивание дренажа наружу возможно только до того места, где он был сдавлен зажимом, что обеспечивает стерильность всего периферического отрезка дренажной трубки. Только после того, как дренаж будет выведен наружу, а конец его зажат торсионным пинцетом, можно снять внутренний зажим с трубки и после этого одним коротким рывком продернуть остаток трубки вместе с надетой на нее резиновой манжеткой сквозь брюшную стенку наружу.

Остается последний этап операции: передвинуть эту резиновую манжетку вплотную к ране в апоневрозе при той степени натяжения дренажа, которая обеспечит достаточное прилегание кишки к париетальной брюшине без риска выдернуть трубку из зажимающего ее кيسетного шва. Это важнейший и самый ответственный этап операции. Но решается он очень просто. Подтянув кишку за дренаж до отказа и сделав небольшое натяжение, захватывают дренажную трубку снаружи, на уровне кожи крепким торсионным пинцетом, сжимая здесь трубку «намертво». Еще лучше, если перед сдавливанием трубки раскрытыми браншами торсионного пинцета отодвинуть слегка кожу живота так, чтобы уровень захвата дренажа пришелся чуть-чуть ниже общего уровня кожи, примерно на ширину той резиновой манжетки, которая сейчас снова спустится.

Теперь хирург правой рукой фиксирует торсионный пинцет на поверхности живота, а левой рукой вытягивает свободный конец дренажной трубки с надетой на нее резиновой манжеткой. Дренаж, вытягиваясь, становится тоньше, и резиновая манжетка может легко по нему скользить. Ассистент передвигает эту манжетку книзу, до уровня брюшной стенки и упирает ее в край торсионного пинцета (рис. 354). Вытягивание резинового дренажа прекращают. Приняв свою нормальную толщину, дренаж прочно фиксирует на себе надетую поверх резиновую манжетку. Тотчас же снимают и торсионный пинцет с уровня брюшной стенки. Его место займет резиновая манжетка, края которой упрутся в поверхность апоневроза. Самую манжетку прошивают одним шелковым швом, который пройдет и через край кожи. Таким образом, дренаж окажется пришитым к коже, а нитка останется и впредь чистой, ибо она проходит не сквозь полость дренажа, а через манжетку (рис. 355).

Остается фиксировать резиновый дренаж к передней брюшной стенке еще одной-двумя полосками липкого пластыря или марлей, смоченной мастизолом. Конец дренажа помещают в обычный мочеприемник (рис. 356). Дренажная трубка должна оставаться совершенно открытой день и ночь, пока не минуют явления перитонита и пареза кишки. При хорошем течении

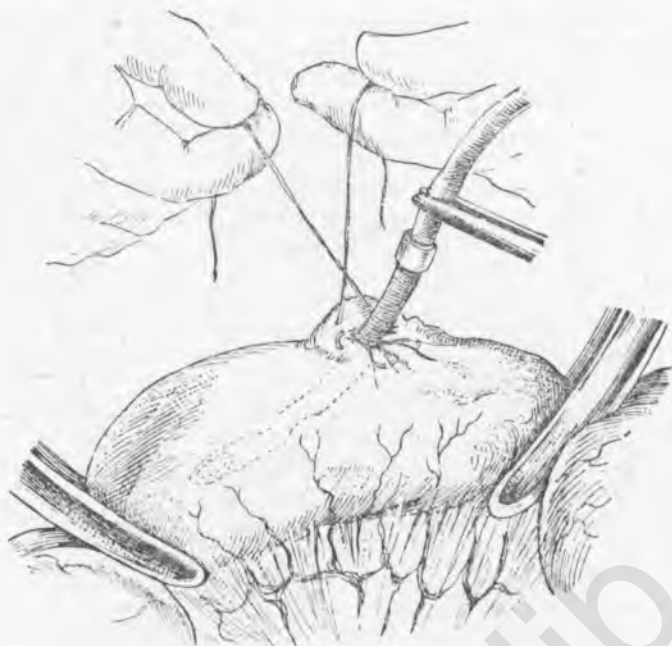


Рис. 353. Подвесная энтеростомия. В разрез кишки введен косо срезанный кончик резинового дренажа, который продвигают до уровня, на котором через дренаж прошита кетгутовая нитка. Оба конца нитки завязаны узлом, концы нитки срезаны недалеко от узла. Если теперь приподнять концы кистного шва и в то же время слегка погрузить пришитый дренаж, то прошитый кишечный край вместе с облегающей дренаж окружностью кишечного прореза инвагинируется.

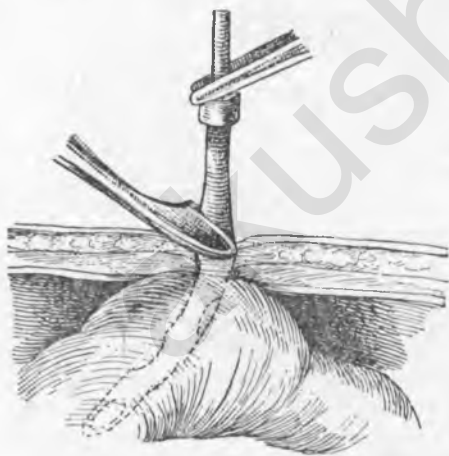


Рис. 354. Подвесная энтеростомия. Кишка поднята за дренаж до отказа. Дренажная труба крепким торсионным пинцетом сжата «намертво» на уровне кожи. Свободный конец дренажной трубки выгибается, благодаря этому трубка становится тоньше и резиновая манжетка может по ней скользить. Ассистент начинает передвигать пинцетом манжетку книзу.

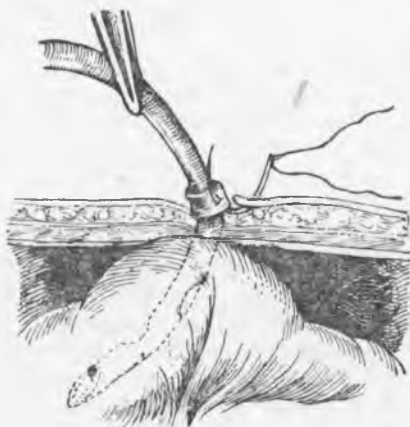


Рис. 355. Подвесная энтеростомия. Манжетка сдвинута до уровня брюшной стенки и пришивается к коже одним шелковым швом.

эти спасительные энтеростомии выполняют свою роль в течение первых 5—6 суток. На 8—10-й день, если отрезать кожный шов, трубки обычно самостоятельно выскальзывают или их извлекают легким потягиванием. Как правило, подтекания кишечного сока почти совсем не бывает. Иногда небольшое промоkanie марлевой наклейки продолжается в течение 2—5 дней.

Замечательно, что такие подвесные энтеростомии не только не оставляют после себя свищей, но и в будущем кишечная проходимость оказывается совершенно не нарушенной ни спайками, ни перегибом.

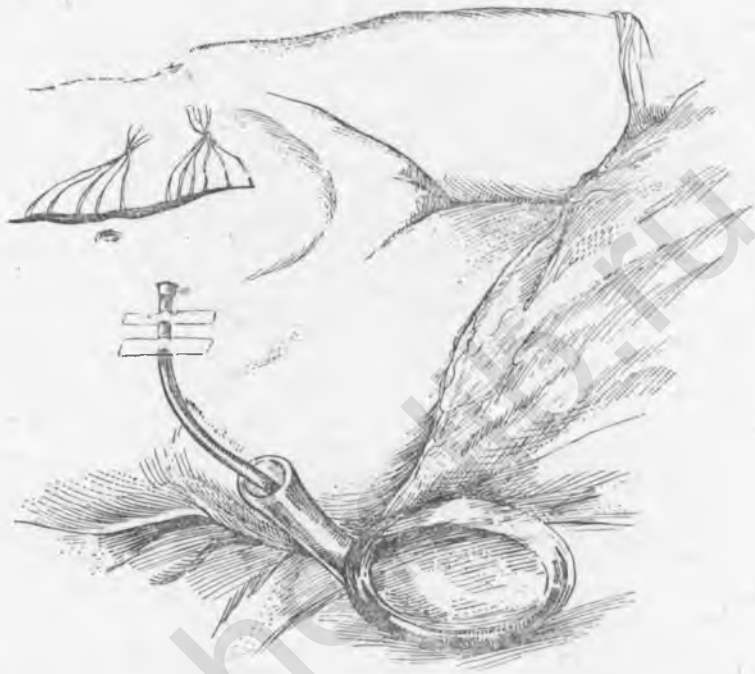


Рис. 356. Подвесная энтеростомия. Дренажная трубка выведена наружу через разрез кожи брюшной стенки ниже пупка сбоку. Дренажная трубка фиксирована к коже живота двумя полосками лишкого пластыря. Конец помещен в обыкновенный мочеприемник.

«Иногда случается, — пишет Б. А. Петров, — что свищ не заживает самостоятельно; выделения продолжают, свищ постепенно становится губовидным и рано или поздно требуется повторная лапаротомия. Виной этого бывает неточность техники (перегиб петли, подшивание противоположной стенки кишки или что-нибудь в этом роде). Разумеется, при ошибках возможно и отхождение петли в первые сутки после операции от передней брюшной стенки с развитием перитонита, но тут методика не при чем. Наверняка можно сказать, что здесь была допущена техническая ошибка. Впрочем, кто не уверен в своей технике, тот может одну из нитей ламбертовских швов вывести через брюшную стенку вместе с трубкой в то же отверстие наружу и здесь туго завязать нитку на марлевом шарике. Этим создается полная гарантия для укрепления кишок.

Энтеростомия — операция, не только доступная каждому гинекологу, владеющему абдоминальными методами гинекологических операций, но часто и спасительная в случаях кишечной непроходимости. Гинеколог, не

имеющий достаточного опыта в резекции кишок, может ограничиться энтеростомией в первый момент даже в тех случаях, когда поврежденная стенка кишки требует производства энтероанастомоза или другой более радикальной операции, которую как второй акт операции сможет позже предпринять специалист-хирург.

Ведение послеоперационного периода. В послеоперационном периоде за больной с кишечной непроходимостью требуется очень тщательный уход. В первую очередь должны проводиться мероприятия, способствующие восстановлению кишечной перистальтики и устранению шока. Динамическая непроходимость кишечника после операции нередко усиливается и на борьбу с ней должны быть мобилизованы все методы медикаментозного воздействия. Из средств, возбуждающих перистальтику, с успехом могут быть применены препараты гипофиза: гипофизин, питуитрин, питуикрин. Очень благоприятный эффект оказывает введение в организм поваренной соли в целях как усиления перистальтики, так и выравнивания всегда нарушенного в организме при непроходимости обмена хлоридов.

В Институте имени Склифосовского в первые сутки после операции вводят внутривенно 3—5 л физиологического раствора.

Есть указания на благоприятное действие люмбальной новокаиновой анестезии в случаях упорной паралитической непроходимости после операции. Анестезия эта вызывает живую перистальтику, парализуя волокна симпатического нерва, тормозящего перистальтику. Состояние сердечно-сосудистой системы и явления шока также требуют серьезного внимания. В целях борьбы с шоком полезно введение 40% раствора 20,0—50,0 глюкозы внутривенно или 5% раствора подкожно.

По признанию почти всех хирургов переливание крови при кишечной непроходимости дает прекрасный эффект. Перелитая кровь способствует выведению больного из состояния шока и связывает циркулирующие в крови токсины.

Все терапевтические мероприятия в послеоперационном периоде следует производить очень тщательно и педантично. При небрежном уходе больная может умереть после успешно проведенной операции.

В послеоперационном периоде огромное значение имеет систематическое опорожнение желудка и верхней половины тонких кишок. Здесь при парезе кишечника скапливается большое количество жидкого содержимого, которое усиливает явления пареза и нарушает кровообращение в стенках желудка и кишок. Только отсосав содержимое, можно добиться восстановления перистальтики. Для этого лучше всего использовать систему отсоса, применяемую в Институте имени Склифосовского.

Тонкий резиновый зонд вводят через ноздрю в желудок или даже глубже, в тонкие кишки. Этот зонд соединяют с системой трех бутылей, где создается вакуум и куда происходит отсос содержимого. Это опорожнение желудка начинается в первые же сутки после операции, продолжается несколько дней и заканчивается лишь тогда, когда желудок окажется пустым.

Из всего изложенного ясно, что прогноз при кишечной непроходимости в ближайшие дни после операции достаточно серьезен; нужно отметить, что и в отдаленном периоде у подобных больных нередко наблюдаются рецидивы. Описаны случаи, когда операция производилась до трех раз. Впрочем, в доступной нам литературе мы не встретили описания случаев рецидива непроходимости у женщин, перенесших ее при беременности.

ЛИТЕРАТУРА

- А р н д т Е. Е., Непроходимость кишок и беременность, *Акушерство и гинекология*, 1936, № 1.
- Б у л ы г и в а Е. А., Непроходимость кишечника при беременности и в послеродовом периоде, в кн.: Брауде «Неотложная хирургия в гинекологии и акушерстве», Медгиз, 1941.
- Д з и л и р о в И. Г., Три случая непроходимости кишечника при беременности, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 5.
- Ж а б о т и н с к и й И. И., Непроходимость кишок и беременность, *Гинекология и акушерство*, 1929, № 2.
- Ж м у р В. А., Непроходимость кишечника при беременности, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 4.
- Л и б е р б е р г Р. М., Непроходимость кишечника при беременности, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1932, № 1.
- И о ф ф е Т., Илеус и беременность, *Гинекология и акушерство*, 1933, № 4.
- Н а й д и ч М. С., К вопросу илеуса при беременности, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1930, № 2.
- П е т р о в Б. А., Энтеростомия как метод снижения смертности при острой кишечной непроходимости, *Советская медицина*, 1948, № 10.
- Р о т е р м е л ь Э. Ф., Рентгенодиагностика, в кн.: *Диагностика острого живота*, Медгиз, 1949.
- С а м а р и н Н. Н., Острая кишечная непроходимость, в кн.: *Диагностика острого живота*, Медгиз, 1949.
- Я с т р е б о в А. К., Случай заворота кишок, симулировавший родовые схватки, *Акушерство и гинекология*, 1941, № 6.

ГНОЙНЫЙ ПАРАМЕТРИТ И ПЕЛЬВЕОЦЕЛЛЮЛИТ (ГНОЙНИК ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ)

Гнойные параметриты и пельвеоцеллюлиты встречаются реже, чем абсцессы прямокишечно-маточного углубления. Они возникают главным образом в связи с послеродовыми или послеабортными заболеваниями — инфекцией гноеродными стрептококками и только в исключительных случаях гонококками. Это обстоятельство следует учитывать, когда возникает вопрос о показаниях к хирургическому опорожнению гнойника. При гонорройной инфекции абсцесс, расположенный позади матки, может включать не только гнойный экссудат, образовавшийся в результате воспаления брюшины, но и гнойную опухоль трубы; гонорройный пиосальпинкс может прилегать непосредственно к заднему влагалищному своду и выпячивать его, что не всегда удается установить при влагалищном исследовании. Поэтому опорожнение гнойника, расположенного в заднем прямокишечно-маточном углублении, может сопровождаться и вскрытием нераспознанного гонорройного пиосальпинкса, полость которого выстлана инфицированной слизистой оболочкой, продолжающей длительное время выделять гной. В результате возникает незаживающий гнойный трубно-влагалищный свищ. При гнойнике в тазовой клетчатке это осложнение не развивается. Что же касается хирургического доступа к гнойнику, то при параметрите оно нередко значительно труднее, чем при пельвеоперитоните.

Распознавание. При дифференциальной диагностике следует руководствоваться следующими данными: параметритический экссудат часто односторонний; широко начинаясь у боковой стенки маточной шейки или ребра матки, он распространяется над боковым сводом влагалища по направлению к стенке таза и широко сливается с последней. Околوماتочная клетчатка расположена между брюшинными листками широкой связки, вследствие чего при остром параметрите могут наблюдаться и явления раздражения брюшины, особенно в случаях, когда в воспалительный процесс вовлекаются и придатки матки. Однако резкие явления раздражения брюшины при параметрите обычно отсутствуют, в то время как при тазовом перитоните они всегда ярко выражены и в картине заболевания стоят на первом плане. При распространении экссудативного процесса вдоль боковой стенки таза вверх экссудат достигает нижне-бокового отдела брюшной стенки и определяется непосредственно или даже высоко над пупартовой связкой.

Для дифференциального диагноза между гнойником тазовой клетчатки и внутривнутрибрюшинным гнойником Гентер придает значение данным перкус-

сии: если эскудат, определяемый над пупартовой связкой, расположено в параметрии, то перкуторный звук будет приглушен или совершенно тупой, в то время как при внутрибрюшинном расположении гнойника звук будет носить тимпанический характер.

Оперативное лечение

Брюшностеночный путь вскрытия гнойника. Когда абсцесс достиг брюшной стенки, в гнойный процесс может быть вовлечен и кожный покров: появляется инфильтрация, отечность кожи и покраснение ее на том участке, где готовится прорыв гноя наружу. На этом месте особенно ясно ощущается зыбление, которое к этому времени может занимать уже обширный участок над пупартовой связкой. Вскрытие гнойника в этой стадии его развития не представляет трудности. Оно может быть произведено под легким эфирным оглушением, местным замораживанием хлорэтилом и т. п.

Техника операции весьма проста: в том месте, в котором над пупартовой связкой ощущается наибольшее зыбление или заметно покраснение кожи, проводят параллельно пупартовой связке разрез через кожу и инфильтрированную клетчатку и сразу или при помощи легкого надавливания пальцем или зондом попадают в полость абсцесса. После того как гнойник опорожнится, полость засыпают белым стрептоцидом или промывают пенициллином и дренируют толстой дренажной трубкой. Важно при этой операции не только вскрыть абсцесс, но и обеспечить широкий отток гноя из его полости, а для этого при обширном гнойнике разрез должен быть достаточно большой. Во избежание осложнений надо хорошо помнить расположение питающих брюшную стенку кровеносных сосудов, особенно в случаях, когда в гнойный процесс сама брюшная стенка еще не втянута и гнойник лежит над ней.

Кожа и подкожная клетчатка передней брюшной стенки ниже пупка снабжаются кровью главным образом из поверхностной надчревной артерии, отходящей от бедренной артерии ниже пупартовой связки. Отсюда поверхностная надчревная артерия направляется вверх, перекрещивает пупартовую связку посередине и проходит снаружи от латерального края прямой мышцы живота. Веточки этой небольшой артерии анастомозируют с веточками других артерий, как, например, наружной срамной, нижней надчревной и наружной семенной. Глубокие слои брюшной стенки — прямая мышца и ее апоневроз — снабжаются кровью из крупного сосуда — нижней надчревной артерии, отходящей от наружной подвздошной артерии позади пупартовой связки и сопровождаемой двумя венами. У медиального края внутреннего пахового кольца артерия проходит между брюшиной и поперечной фасцией к задней поверхности прямой мышцы живота и направляется медиальнее на поперечный палец (но в более глубоком слое брюшной стенки) от поверхностной надчревной артерии вверх к пупку, постепенно приближаясь к средней линии.

Таким образом, поверхностную надчревную артерию, сопровождаемую одной или двумя венами, лежащими между подкожной клетчаткой и апоневрозом, надо искать на линии, идущей от середины пупартовой связки вверх к пупку, а нижнюю надчревную артерию, сопровождаемую обычно двумя венами, нужно искать в глубине брюшной стенки внизу под поперечной фасцией (между ней и брюшиной) на линии, которая проходит на один поперечный палец внутри от линии, идущей вверх от середины пупартовой связки, т. е. от той линии, по которой направляются снизу вверх поверхностные надчревные сосуды.

При высоко и латерально расположенном гнойнике (гнойник подвздошной впадины) разрез проводят параллельно пупартовой связке, начиная от ее середины, и ведут по направлению к передней верхней ости подвздошной кости. На этом участке надчревные сосуды не встречаются. При более низком расположении гнойника, когда разрез приходится вести над медиальной частью пупартовой связки, т. е. от середины ее по направлению

к *tuberculum pubicum*, сосуды уже встречаются (вблизи *tuberculum pubicum* под подкожной клетчаткой лежат наружные срамные сосуды, а латеральнее — надчревные сосуды). При разрезе эти сосуды должны быть профилактически перевязаны, иначе может возникнуть кровотечение, особенно опасное, если будет перерезана нижняя надчревная артерия. Но если вследствие инфильтрации и отечности брюшной стенки невозможно изолированно перевязать эти сосуды, то их следует зажать клеммами вместе с окружающими тканями, а затем обколоть и заменить клеммы лигатурами.

Необходимость срочного вскрытия абсцесса тазовой клетчатки, когда гнойный процесс достиг брюшной стенки или даже захватил ее, не вызывает никакого сомнения. Но следует ли откладывать операцию до наступления этой стадии развития гнойника? Не целесообразнее ли вмешаться до того, как нагноение распространится также и на брюшную стенку, когда появится отек или покраснение кожи и пальпация обнаружит над пупартовой связкой зыбление на обширном участке? Ведь при длительном выжидании в связи с изнуряющей лихорадкой и болями истощаются силы больной и ухудшается ее общее состояние. Кроме того, за время выжидания гной может прорваться в мочевой пузырь или прямую кишку, что является тяжелым осложнением; прорыв гноя в брюшную полость угрожает общим перитонитом. Мы считаем, что опытный хирург или акушер-гинеколог должен ставить показание к вскрытию гнойника уже тогда, когда при характерном ремиттирующем типе лихорадки и соответственных изменениях пульса, при разких болях и нейтрофильном лейкоцитозе появляется инфильтрат над пупартовой связкой, который дает при пальпации ощущение тестообразной опухоли или «плотной подушки». Можно не сомневаться в непосредственной близости гнойника, если на каком-нибудь, хотя бы и небольшом участке над пупартовой связкой появилось ясное зыбление. В сомнительном случае можно прибегнуть к пункции через кожу или после разреза кожи с подкожной клетчаткой — через апоневроз. Прежде некоторые авторы рекомендовали разрезать твердые параметрические инфильтраты при полном отсутствии явного очага смягчения. Однако против такого слишком раннего разреза инфильтрата следует возражать: может возникнуть профузное кровотечение из плотной мозолистой ткани, при наличии венозных тромбов может возникнуть эмболия или, наконец, поражение соседних органов (М. С. Малиновский).

Первым и неизменным условием для того, чтобы при вскрытии параметрального гнойника со стороны брюшной стенки (*laparotomia externa, s. extraperitonealis*) избежать опасного кровотечения в глубине раны и возможных побочных повреждений, является тщательное послойное препарирование.

Разрез проводят параллельно пупартовой связке на один поперечный палец выше ее или на два поперечных пальца выше паховой складки.

Глубокие надчревные сосуды перекрещивают, как указывалось выше, пупартову связку на поперечный палец кнутри от линии, разделяющей связку пополам. Поэтому в тех случаях, когда экссудат распространился в сторону и кзади от ребра матки и верхушка гнойника появилась над пупартовой связкой в ее наружной части, разрез начинают кнаружи от указанной линии и ведут его по направлению к передней верхней ости подвздошной кости (рис. 357). На этом пути сосуды не встречаются. После разреза кожи и подкожной клетчатки края раны раздвигают, причем обнажается апоневроз наружной косой мышцы. Апоневроз рассекают в том же направлении, что и кожу с подкожной клетчаткой. Если волокна внутренней косой мышцы уже подверглись гнойному рас-

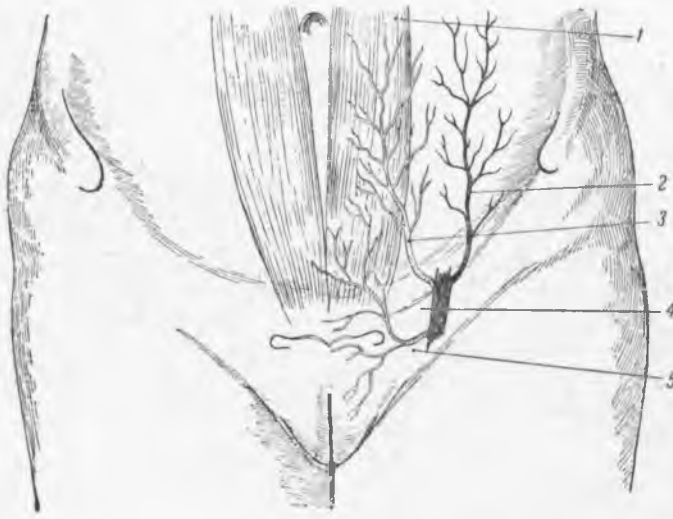


Рис. 357. Артерии, снабжающие кровью нижнюю половину передней брюшной стенки.

- 1 — прямые мышцы живота; 2 — а. epigastrica superficialis; 3 — а. epigastrica inferior; 4 — пупартова связка; 5 — а. pudenda externa.

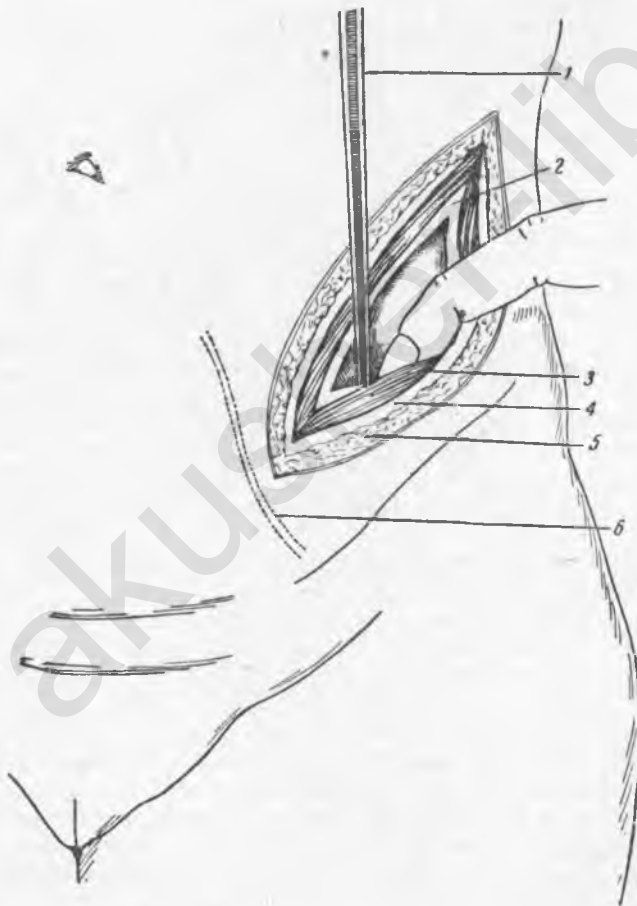


Рис. 358. Laparotomia externa при поддиафрагмальном гнойном скоплении (по Лежару). Палец и желобчатый зонд расслаивают отечную подбрюшинную клетчатку.

- 1 — зонд; 2 — поперечная фасция; 3 — внутренняя косая мышца; 4 — апоневроз внутренней косой мышцы; 5 — подкожная клетчатка; 6 — а. epigastrica inferior.

плавлению, то достаточно произвести небольшое давление пальцем или зондом, чтобы открылся доступ к гнойнику, расположенному под апоневрозом. Если же волокна внутренней косой мышцы еще не подверглись гнойному расплавлению, то их раздвигают тупым способом и продолжают тем же методом поиски доступа к гнойному очагу, лежащему, как прихо-

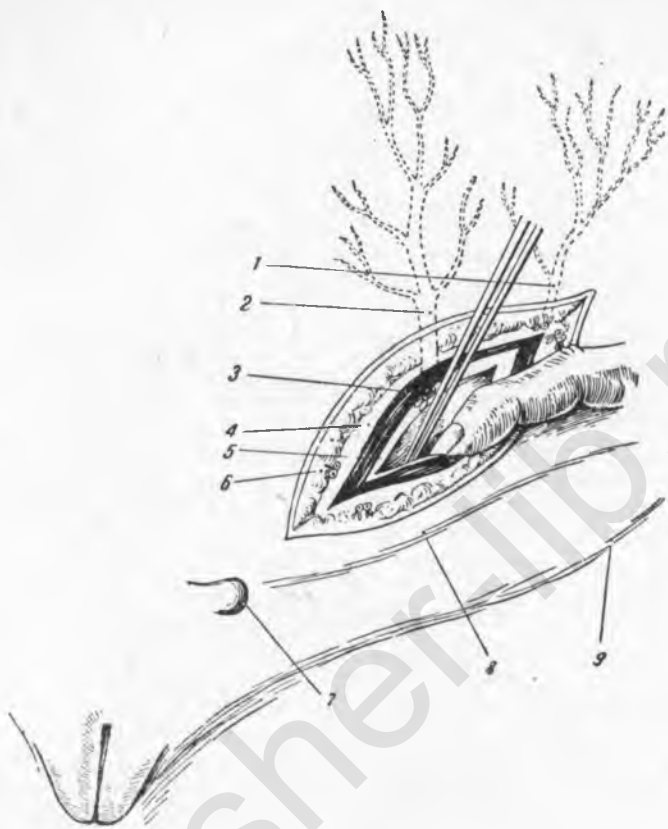


Рис. 359. *Laparotomia externa* при параметральном гнойнике, верхняя граница которого определяется над медиальной половиной пупартовой связки (по Лажару).

Разрез проведен параллельно пупартовой связке (8) на один палец выше связки или на два пальца выше паховой складки (9) через кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы (4), внутреннюю косую мышцу (3) поперечную фасцию (5). Во время послыльного препарирования профилактически перевязывают *vasa epigastrica superficialia* (1), *vasa epigastrica inferiora* (2), *vasa pudenda externa* (6). После того как в глубине брюшной стенки проведен разрез через поперечную фасцию, дальнейший путь к гнойнику прокладывают желобоватым зондом. Зонд должен быть направлен книзу и кзади к заднему краю пупартовой связки и *tuberculum pubis* (7).

дится тогда полагать, под поперечной фасцией. Рекомендуется в подобных случаях применять желобоватый зонд, направив его книзу к заднему краю пупартовой связки и к тазовой полости (рис. 358).

Чтобы отыскать глубоко лежащий гнойник, можно прибегнуть к следующему способу: проникнув на той или иной глубине в область инфильтрата, при помощи пальпирования отыскивают через рану флюктуирующий участок и производят пробную пункцию. Получив гной, иглу оставляют на месте, вдоль нее тупым путем вскрывают гнойник.

Если высоко расположенный параметральный гнойник не достиг уровня подвздошной впадины и верхняя его граница определяется над внутренней (медиальной) половиной пупартовой связки, то здесь и производят разрез. Разрез длиной в 5—6 см ведут через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю косую мышцу и поперечную фасцию. Мышечные волокна раздвигают желобоватым зондом, им же проникают в капсулу гнойника. Во время послойного препарирования профилактически перевязывают сосуды: поверхностные надчревные, нижние надчревные и наружные срамные (рис. 359). Гнойник иногда узнают по своеобразной ригидности окружающей его капсулы, которая может достигнуть значительной толщины. Если дорогу к гнойнику прокладывать осторожно путем послойного препарирования, строго держась пупартовой связки и профилактически перевязывая встречающиеся на пути сосуды, опасность серьезных осложнений не велика. Даже повреждение брюшины при операции не представляет большой опасности, так как если на пути к параметральному гнойнику и будет поранена брюшина, то это произойдет до того момента, когда полость гнойника будет вскрыта, причем отверстие в брюшине можно немедленно зашить. В своей книге «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии» проф. А. П. Губарев писал: «Мне случилось однажды 4 раза поранить брюшину, прежде чем удалось найти гнойное скопление. На течении этого случая это не отразилось ничем». Мы также не видели серьезных последствий от подобного повреждения. Но мы имели смертный случай, правда, единственный на протяжении всей нашей хирургической деятельности, когда при опорожнении гнойника через разрез над пупартовой связкой кровотечение в глубине раны не было полностью остановлено, и больная погибла через несколько часов от острого малокровия. Наружная лапаротомия может считаться операцией легкой лишь в тех случаях, когда над пупартовой связкой обнаруживается значительное выпячивание с совершенно ясным зыблением, отечностью и покраснением кожи, указывающими на готовящийся здесь прорыв гноя.

При глубоком расположении гнойника в тазу операция не безопасна и, несомненно, требует от хирурга известного опыта и искусства.

Когда гнойный процесс, развиваясь в сторону предпузырной клетчатки, достигает *sacum Retzii* и отсюда распространяется вверх вдоль передней брюшной стенки, то непосредственно под брюшной стенкой между пупком и лобком обнаруживается плоский, наподобие щита, инфильтрат — передний параметрит. Передний параметрит встречается сравнительно редко. Для того чтобы вскрыть этот гнойник, необходимо прежде всего при помощи катетера опорожнить мочевой пузырь, который может быть прижат, деформирован и смещен. Затем следует произвести пункцию, чтобы убедиться в наличии гноя. Пункцию производят по средней линии брюшной стенки там, где перкуссия дает совершенно тупой звук.

Выбирая при переднем параметрите место для пункции, следует иметь в виду, что гнойник в этих случаях имеет плоскую форму. Поэтому, пунктируя, не следует глубоко вкалывать иглу, так как она может проникнуть в брюшную полость и проколоть припаянную к брюшной стенке кишечную петлю (рис. 360). При неправильных положениях матки или опухолях, оказывающих давление на шейку мочевого пузыря, мочевой пузырь может быть смещен вверх, а его верхушка окажется на несколько поперечных пальцев выше лона; в этих случаях при слишком глубоком проколе игла может попасть в мочевой пузырь (рис. 361). Впрочем, особой опасности в этом случае пункция обычно не представляет, но вытекающая моча может ввести хирурга в заблуждение, симулируя гной. Получив при

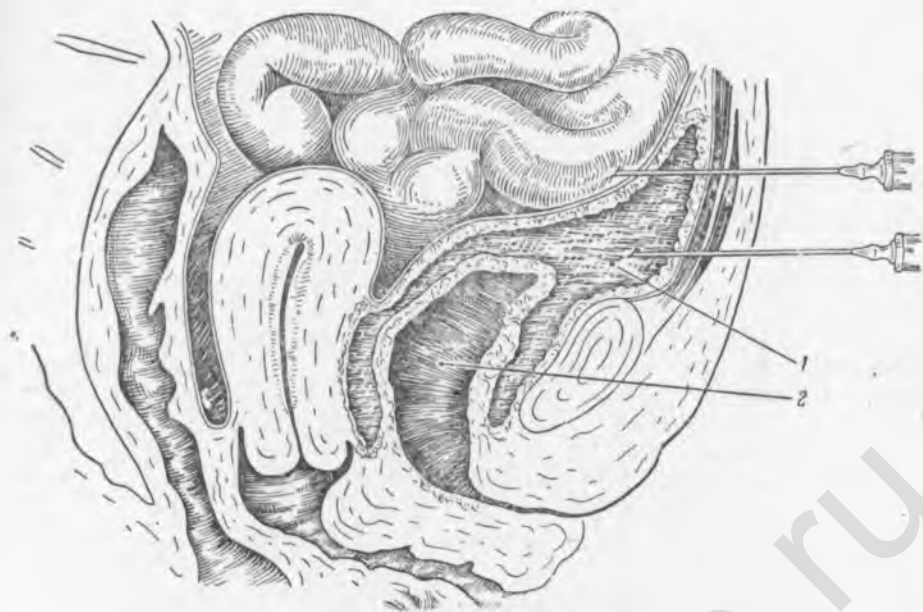


Рис. 360. Пробная пункция гнойника при переднем параметрите. Гнойник (1). Слишком глубокий прокол: игла (верхняя) проникла через брюшную стенку в брюшную полость; прокол мочевого пузыря (2).

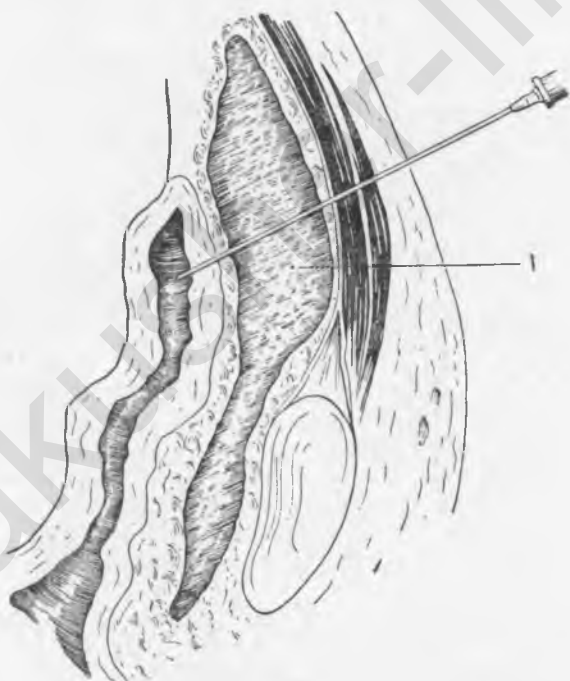


Рис. 361. Пробная пункция гнойника при переднем параметрите. Мочевой пузырь смещен вверх, вследствие чего его верхушка лежит выше лона. При слишком глубоком проколе через брюшную полость игла проникает в мочевой пузырь.

1 — полость гнойника.

пункции гной, иглу не извлекают, а пользуются ею как указателем направления для разреза. Разрез делают продольный, сначала небольшой. В него вводят палец, обследуют полость гнойника и, если необходимо, увеличивают разрез по направлению к лону. Полость гнойника дренируют.

Влагалищный путь вскрытия гнойника. Если гнойное воспаление околоматочной клетчатки развивается преимущественно в сторону влагалищного свода, вскрытие гнойного скопления может быть произведено через влагалищный свод.

Вскрытие гнойника через влагалищный свод может стать весьма простой операцией, когда гнойник оказывается отделенным от влагалищной трубки лишь истончившейся стенкой влагалища. В подобных случаях вскрытие гнойника может быть произведено даже без анестезии. Но долго выжидать появления этой стадии развития гнойной воспаления клетчатки нежелательно по тем же причинам, по которым, как уже указывалось, не следует выжидать самостоятельного прорыва гноя через брюшную стенку. Чем дальше лежит гнойник от стенки таза, тем труднее установить его топографию; даже при большом абсцессе окружающая его капсула настолько плотна, что очень трудно определить наличие зыбления. Еще труднее установить зыбление, когда гнойная полость мала или когда в клетчатке имеется несколько еще не слившихся мелких абсцессов.

Поэтому чем раньше приступают к операции, тем сложнее ход ее, тем больше опасность поранить соседние органы — мочевого пузыря, мочеточник, прямую кишку или проходящие вблизи кровеносные сосуды, особенно маточные. Во избежание этого необходимо прежде всего тщательное гинекологическое исследование не только обычное — двуручное через влагалище, но и ректальное. В этих случаях производят двуручное исследование: вводят указательный и средний палец внутренней руки одновременно в прямую кишку и во влагалище, а наружную руку кладут на низ живота. Необходимо еще раз напомнить, что о наличии гноя судят не только по местным признакам (феномен зыбления), а прежде всего по данным, полученным путем общего исследования (общее состояние больной, длительность и тип лихорадки, клинический анализ крови и т. д.). Но, прежде чем решиться на хирургическое вмешательство в тех случаях, когда диагностированный гнойник не находится в непосредственной близости от влагалищной стенки, врач должен тщательно продумать, есть ли необходимость срочной операции, и учесть сложность подхода к очагу. Наименее сложен этот путь тогда, когда гнойник будет расположен позади шейки матки, наименее опасен, когда прямокишечно-маточное углубление будет открыто и отделено от брюшной полости сращениями или совершенно облитерировано. Сложнее становится операция в тех случаях, когда гнойник расположен сбоку от ребра шейки, где проходят маточные сосуды и перекрещиваются с маточником (боковой параметрит). Неблагоприятны случаи, в которых прямокишечно-маточное углубление открыто и сообщается с брюшной полостью, ибо если во время операции будет поврежден брюшинный листок широкой связки, содержимое гнойника изольется в брюшную полость и вызовет перитонит.

При подготовке больной к операции особое внимание должно быть уделено тщательному опорожнению прямой кишки, что лучше всего достигается обильной клизмой, которую мы назначаем накануне операции и повторно в день операции. Так как при параметрите мочеиспускание иногда затруднено, то перед операцией мочу надо спустить катетером. Слизистую шейки матки и влагалища, как обычно, обрабатывают спиртом и иодной настойкой. После дезинфекции влагалищные зеркала удаляют и заменяют их свежими, шейку захватывают пулевыми щипцами.

Типичным разрезом влагалищной стенки при вскрытии гнойника через влагалище следует признать поперечный разрез в заднем влагалищном своде; отсюда уже прокладывают путь к очагу вдоль задней поверхности шейки или, пройдя через влагалищный свод, отклоняются в сторону и проникают между листками широкой связки в сторону бокового параметрия.

Операция вскрытия гнойника при заднем параметрите. После того как шейка матки захвачена за заднюю губу наружного маточного зева, ее осторожно, чтобы не разорвать возможно имеющиеся вокруг матки спайки, низводят по направлению к преддверию влагалища. Щипцы, которыми захвачена шейка, приподнимают по направлению к лону. При этом обнажается задний влагалищный свод. Отступив немного от задней губы маточного зева, длинными зажимами захватывают заднюю стенку влагалища и между двумя наложенными на шейку и влагалище инструментами проводят поперечный разрез через влагалищную стенку (рис. 362). Разрез должен охватить шейку полуциркулярно, так, чтобы в него можно было свободно ввести 1—2 пальца (после вскрытия гнойника разрез этот можно даже увеличить). Затем извлекают зеркало, вводят во влагалище 2 пальца, из которых один вводят в разрез ладонной поверхностью к шейке. Не отклоняясь от ее обнаженной задней поверхности, под защитой этого пальца закрытыми изогнутыми ножницами расслаивают инфильтрированную клетчатку (рис. 363). В образованном отверстии ножницы раскрывают и в открытом виде выводят обратно, увеличивая таким образом сделанное отверстие. Затем в отверстие снова вводят палец ладонной поверхностью к шейке, ножницами опять раздвигают клетчатку впереди пальца, проделанный ход углубляют и т. д. Так, шаг за шагом продвигаются к очагу, вблизи которого клетчатка становится плотнее и с трудом или вовсе не поддается расслоению; доходят таким образом до омосолой капсулы абсцесса, которая образуется вокруг него, особенно при длительном сроке нагноения. В таких случаях приходится прибегнуть к более тонкому инструменту, например, к желобоватому зонду. До этого рекомендуется произвести пробную пункцию и после получения гноя, не извлекая иглы, а пользуясь ею как указателем, вскрыть абсцесс тем же желобоватым зондом или тонким корнцангом. Основной принцип — не уклоняться от оголяемой задней поверхности шейки. Но не следует также врезаться в самую шейку матки, которую узнают по ее плотной консистенции. Тяжелым осложнением явится ранение прямой кишки, во избежание чего необходимо продвигать инструмент все время параллельно задней поверхности шейки и расслаивать клетчатку концами сложенных изогнутых ножниц, вогнутая сторона которых должна быть направлена в сторону шейки. При сомнении в правильном продвижении инструмента можно для контроля ввести в прямую кишку палец ладонной поверхностью к матке. Это может сделать либо не принимающий участия в операции помощник, либо ассистент, участвующий в операции, который после этого должен обязательно сменить резиновую перчатку.

Дренаживание вскрытого гнойника производят резиновой дренажной трубкой (рис. 364). Дренажную трубку отрезают в нижней трети влагалища. Влагалище засыпают белым стрептоцидом и, если есть кровотечение, тампонируют полоской стерилизованной марли, которую удаляют на второй день.

В послеоперационный период полость гнойника мы не промываем. Дренажную трубку оставляем примерно на неделю, в течение которой полость гнойника уменьшается, а отверстие, оставленное для оттока гноя, если и уменьшится, то лишь незначительно (полоску марли удаляют

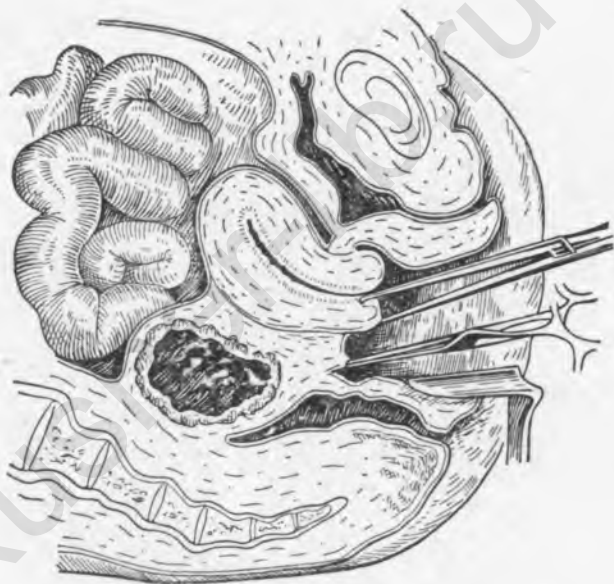


Рис. 362. Вскрытие абсцесса через разрез в заднем влагалищном своде при заднем параметрите (по Кроссену). Шейка матки захвачена пулевыми щипцами за заднюю губу маточного зева и осторожно оттянута вперед. Длинным пинцетом (или зажимом) захвачена стенка заднего влагалищного свода у самой шейки, где и проводится поперечный разрез через стенку влагалища.



Рис. 363. Вскрытие абсцесса при заднем параметрите. Под контролем введенного в рану пальца, обращенного ладонной поверхностью к шейке матки, производится расслоение инфильтрированной клетчатки тупым способом (закрытыми ножницами) по направлению к гнойнику.



Рис. 364. Вскрытие абсцесса при заднем параметрите. Толстая дренажная резиновая трубка введена в полость абсцесса. Нижний конец ее отрезан в нижней трети влагалища. Для остановки кровотечения из раны вводится во влагалище или в расщепленную клетчатку полоска марли.



Рис. 365. Вскрытие абсцесса при боковом параметрите. В заднем влагалищном своде сделан поперечный разрез через стенку влагалища. Далее производится расслоение клетчатки изогнутым корнцангом или зондом под контролем пальца по направлению к гнойнику.

из влагалища на 2—3-й день). Если больная не испытывает болей, если температура не повышается, кишечник и мочевой пузырь функционируют нормально, то дренажную трубку можно оставить и на более длительный срок. Если трубка закупоривается и происходит задержка гнойных выделений со всеми вытекающими отсюда последствиями, то в первые дни послеоперационного периода дренажную трубку заменяют другой такой же калибра или, промыв и простерилизовав старую, снова вставляют ее в раневое отверстие. Если закупорка трубки произойдет на второй неделе, то, удалив ее, вставляют трубку несколько меньшего калибра.



Рис. 366. Корнцанг проник в полость гнойника. Рисунок показывает топографические соотношения между шейкой матки, мочеточником, маточными сосудами и абсцессом, расположенным между листками широкой связки.

1 — мочевой пузырь; 2 — матка; 3 — полость абсцесса; 4 — мочеточник.

Слишком долго оставлять толстую дренажную трубку нежелательно ввиду возможности образования пролежня прямой кишки. Пока полость дренируют, больной следует соблюдать постельный режим.

Операция вскрытия гнойника при боковом параметрите. При гнойном параметрите могут быть различные варианты топографии гнойника. Каждый из них может потребовать индивидуального плана операции.

При глубоком боковом расположении гнойника, лежащем между листками широкой связки в основании параметрия, вскрыть его можно через соответствующий боковой влагалищный свод. После подготовки операционного поля шейку матки захватывают пулевыми щипцами и слегка оттягивают в сторону, противоположную той, где предполагается произвести разрез. Еще раз проверив пальцем место предполагаемого разреза, рассекают на небольшом протяжении слизистую влагалища и из

этого разреза путем тупого препарирования начинают продвигаться по направлению к гнойнику. Большую опасность представляет возможность ранения мочеточника или маточных сосудов. Правда, и мочеточник, и маточные сосуды могут быть оттеснены экссудатом в сторону и не встретиться по пути к гнойнику. Но все же о возможности их повреждение думать надо. Поэтому препарирование надо вести тупым или, вернее, «полутупым» способом, например, желобоватым зондом. Дойдя до плотной капсулы, окружающей гнойное скопление, делают пробную пункцию и, убедившись в наличии гноя, вскрывают абсцесс острым путем или тем же зондом.

Ввиду тех недостатков, которые присущи разрезам боковых сводов влагалища (более обильное кровотечение, большая опасность повреждения маточных сосудов, мочеточников), мы и при боковом расположении гнойника предпочитаем пользоваться поперечным разрезом в заднем влагалищном своде, как он был описан выше. После того как задний влагалищный свод будет вскрыт, путь к гнойнику, расположенному между листками широкой связки сбоку от матки, прокладывают под контролем пальца другой руки тупым или «полутупым» способом, например, при помощи желобоватого зонда или изогнутого корнцанга, закрытых изогнутых ножниц и т. п. (рис. 365). При боковом параметрите, вскрываемом через задний влагалищный свод, так же как и при других локализациях гнойника, приходится часто пользоваться пробной пункцией при помощи длинной иглы, насаженной на шприц.

На рис. 366 видны топографические соотношения, возникающие при вскрытии бокового гнойного параметрита через разрез в заднем влагалищном своде.

Другие более редкие локализации гнойных скоплений в области тазовой клетчатки, например, гнойник, расположенный между задней стенкой мочевого пузыря и стенкой матки, могут потребовать вскрытия переднего влагалищного свода поперечным разрезом, гнойник, расположенный глубоко в *septum recto-vaginale*, — поперечного разреза промежности и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л., Хирургическое лечение гнойного параметрита и пельвеоцеллюлита, Акушерство и гинекология, 1946, № 3.
Бубличенко Л. И., К дифференциальной диагностике послеродовых параметритов, Акушерство и гинекология, 1929, № 4.
Виколов А. В., К вопросу о хирургическом лечении параметритов операций экстраперитонеального разреза, Гинекология и акушерство, 1928, № 4.
Губарев А. П., Клиническая анатомия тазовых органов, М. — Л., 1926.
Малиновский М. С., Параметрит, ВМЭ, т. 23, стр. 685—693.
Малиновский М. С. и Кушнер М. Г., Послеродовые инфекции, Госиздат, 1927.
Тимофеев А. И., Неотложные гинекологические операции. Практическое руководство для врачей под ред. Боголюбова «Неотложная хирургия», Медгиз, 1931.
Хаскин С. Г., Диагностика и терапия послеродовых заболеваний, Ташкент, 1940.

ПЕРИТОНИТ

В условиях работы акушера-гинеколога прободные перитониты на почве заболевания внутренних женских половых органов, а также разлитые гонококковые перитониты встречаются крайне редко. Огромное практическое значение в работе акушера-гинеколога имеет послеродовой перитонит, возникающий в результате распространения вирулентной (септической) инфекции преимущественно по лимфатическим путям после родов или абортотв.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИТОНИТ

Источником послеродового перитонита обычно является инфицированная матка (эндометрит, метроэндометрит, метротромбофлебит). Инфекция распространяется на брюшину либо по лимфатическим сосудам (лимфогенная форма послеродового перитонита), либо из инфицированных тромбов по кровеносным путям (гематогенная форма) или же одновременно по лимфатическим и кровеносным сосудам (лимфо-гематогенная форма). В отдельных случаях инфекция после родов проникает в брюшную полость интраканаликулярным путем из инфицированных маточных труб.

С. В. Сазонов различает: а) настоящие диффузные септические послеродовые перитониты («истинные», по С. Б. Рафалькесу), б) диффузные перитониты, развивающиеся вследствие повреждения (перфорации) матки или отграниченного гнойного скопления в малом тазу и в) диффузные перитониты, возникающие при распространении инфекции интраканаликулярным путем.

В то время как при втором и третьем виде диффузного перитонита при своевременном (раннем) хирургическом лечении нередко наблюдается выздоровление, при истинном диффузном послеродовом перитоните по Владимировичу погибают все больные без исключения.

Следует отметить, что до настоящего времени существует еще смешение понятий «диффузный» и «общий» перитонит. Это ведет к путанице, неточности и даже к полной непригодности некоторых статистических данных и основанных на них выводов (В. Ф. Войно-Ясенецкий).

Под «общим» перитонитом следует понимать только те случаи диффузного воспаления брюшины, в которых «ни один участок ее не остается здоровым»... «Подлинно общий перитонит почти всегда смертелен». Термин «диффузный перитонит» свидетельствует лишь об отсутствии препятствия к распространению гноя, но не о пространственной неограниченности его» (В. Ф. Войно-Ясенецкий).

Нередко при очень ранней операции подлинного диффузного перитонита в случаях, когда гной еще не успел разлиться по всей брюшине,

встречаются ничем не ограниченные разлитые нагноения, но занимающие лишь часть брюшной полости.

Примерно в одной трети всех случаев послеродового диффузного септического перитонита, по данным Е. И. Кватера и С. Б. Рафалькеса, в воспалительном выпоте была обнаружена смешанная инфекция, значительно реже (около 10%) — стафилококки и лишь в отдельных случаях стрептококки и стафилококки, а также возбудитель газовой флегмоны. По В. Я. Илькевичу, послеродовой перитонит более чем в половине всех случаев вызывается стрептококками.

Признаки и клиническое течение. Признаки и течение послеродового перитонита значительно отличаются от таковых при других видах перитонита: прободного, послеоперационного, на почве кишечной непроходимости и т. д.

Так, разлитой послеродовой перитонит как проявление тяжелой общей септической инфекции сопровождается значительным понижением сопротивляемости и реактивности организма, угнетением функций тех его систем, которые играют доминирующую роль в борьбе макроорганизма с инфекцией и интоксикацией, в известной направленности иммунологических его реакций; страдают и барьерные функции пораженного организма. Далее растянутые во время беременности брюшные стенки не успевают принять своего нормального тонуса, что не может не отразиться на реакции их при воспалении брюшины.

Своеобразие клинического течения послеродового диффузного септического перитонита зависит, повидимому, в известной мере также и от тех изменений, которые наблюдаются во время беременности в рецепторных приборах и нервных проводниках брюшных стенок (И. Т. Мильченко).

В то время как при других клинических формах диффузного (разлитого) перитонита заболевание начинается обычно внезапно острыми нарастающими болями в животе, сопровождающимися нередко явлениями болевого шока, послеродовой диффузный перитонит развивается исподволь.

Он начинается на 4—5-е сутки после родов и протекает на фоне вялой послеродовой инфекции как септицемия средней тяжести (С. Б. Рафалькес).

Температура больной повышается до 39—39,5°. Наблюдаются нечастые ознобы. Пульс учащается и доходит временами до 120—140 ударов в минуту. Появляются почти постоянные тошноты. Рвоты часто вовсе не бывает. Язык становится сухим. Напряжение брюшных стенок при послеродовом перитоните может полностью отсутствовать, живот остается мягким. Отмечается вздутие живота и умеренная болезненность при исследовании. Симптом Щеткина-Блюмберга появляется поздно — в конечной стадии болезни. Рано исчезают дыхательные движения брюшной стенки, особенно в нижней половине живота.

Перерастянутые во время беременности брюшные стенки не в состоянии образовать «деревянный живот», обычно наблюдаемый при перитонитах другого происхождения.

Поэтому выжидать, пока у больной появится доскообразное напряжение мышц живота для постановки диагноза послеродового перитонита, — значит допустить роковую ошибку.

Такие симптомы перитонита, как *facies hypocratica*, вздутие живота, эйфория, «давно бы уже пора поставить на последнее место, которое они в действительности занимают по времени их появления: это поздние, предсмертные симптомы» (В. Ф. Войно-Ясенецкий). Особенно это верно в отношении диффузного послеродового септического перитонита — перитонеальной септицемии, перитонеальной септикопиемии. У больных с послеродовым перитонитом не наблюдается задержки стула и отхождения

газов. Наоборот, нередко появляется упорный (частый) зловонный септический понос, истощающий больных.

Сознание у больных в большинстве случаев сохранено, имеет место эйфория — больная становится беспокойной, возбужденной.

В начале болезни в крови отсутствуют возинофилы, наблюдается лимфо-моноцитопения, значительное ускорение РОЭ. В дальнейшем число лейкоцитов нарастает, появляется выраженный нейтрофильный сдвиг до юных и миелоцитов включительно. Процентное содержание гемоглобина и число эритроцитов снижаются. Еще больше ускоряется РОЭ (до 70—75 мм в час). В связи с общей септической инфекцией и вызванной ею интоксикацией в моче появляется белок; отмечается также бактериурия. У некоторых больных в моче содержатся возбудители болезни.

При гинекологическом исследовании больной обнаруживаются явления нерезко выраженного послеродового эндометрита и легкая инфильтрация области широких связок. Быстро падает сопротивляемость и реактивность организма больной. Температура у больной может принять к концу заболевания субфебрильный характер или даже опуститься до нормальных цифр. В особо тяжелых случаях вместо гиперлейкоцитоза наступает лейкопения.

По форме воспаления послеродовые перитониты, так же как и перитониты другого происхождения, бывают различные.

При остром перитонеальном сепсисе (всегда смертельном, по Войно-Ясенецкому) находят помутнение и сильное покраснение брюшины, иногда тонкий фибриновый налет, содержащий возбудителей инфекции; выпот может отсутствовать. По Рафалькесу, патологоанатомическая картина послеродового перитонита не представляет собой чего-либо специфического. Отмечается шероховатость, помутнение и гиперемия брюшины, изредка рыхлые спайки и довольно большое количество гнойно-кровянистой жидкости с плавающими в ней хлопьями. В отдельных случаях воспалительный выпот имеет серозно-гнойный, а иногда гнилостный характер, что, повидимому, может быть поставлено в известную зависимость от вида возбудителя болезни.

Особо следует отметить, что в то время как при гонококковом, пневмококковом и некоторых других видах перитонита воспалительный выпот содержит большое количество пластического материала, ведущего к быстрому отграничению (локализации) гнойной инфекции, при септическом послеродовом перитоните и особенно наиболее тяжелой его форме — перитонеальной септицемии или септикопиемии — воспалительный выпот или вовсе не обладает этими свойствами, или если и обладает, то в несравненно меньшей степени.

При послеродовом диффузном перитоните отграничивающие инфекцию спайки между кишечными петлями и соседними органами встречаются редко.

Указанные свойства воспалительного выпота, с одной стороны, и высокая вирулентность и токсичность послеродовой септической инфекции — с другой, а также условия, в которых последняя развивается, объясняют быстрое, иногда неудержимое распространение инфекции по брюшине с нарастающей интоксикацией организма больной.

При наличии свободного воспалительного выпота в брюшной полости последний может быть обнаружен или путем перкуссии (притупление перкуторного звука в отлогих местах живота и прояснение его при изменении положения туловища больной, изредка флюктуация при сотрясении брюшной стенки), или путем пункции. У женщин пункция производится, как правило, через задний влагалищный свод. При необходимости пункцию

можно произвести и через переднюю брюшную стенку (на месте максимального притупления перкуторного звука) или через прямую кишку (как это делается у мужчин при газовых гнойниках), там, где отмечается наибольшее взбухание передней стенки кишки.

Таким образом, послеродовой диффузный перитонит как проявление общей септической инфекции отличается крайне тяжелым течением и сравнительно быстро ведет к смерти больной.

Некоторое исключение, по Фромме, составляет послеродовой перитонит, возникающий в результате распространения септической инфекции на брюшину из пораженных маточных труб. При этой клинической форме послеродового перитонита болезнь развивается медленнее, интоксикация менее выражена, легче наступает ограничение гнойной инфекции.

Основное при послеродовом перитоните заключается в том, что всякое промедление в постановке правильного диагноза, всякая потеря времени значительно ухудшают и без того плохое предсказание.

В то же время, как мы видели, своеобразные особенности клинического течения общего и диффузного (разлитого) послеродового перитонита, отсутствие симптомов, присущих перитонитам другого происхождения и особенно в начальном периоде болезни, делают распознавание послеродового перитонита весьма затруднительным.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а. Приводим дифференциально-диагностические отличия диффузного послеродового перитонита от других видов диффузного непуэрпериального перитонита.

Перитониты непуэрпериального происхождения	Послеродовые перитониты
<ol style="list-style-type: none">1. Начало внезапное, острое2. Лихорадка отмечается с самого начала болезни3. Частый пульс, несоответствие его температуре. Быстрое снижение кровяного давления4. Тошнота, рвота, икота5. Газы не отходят, запоры6. Постоянные нарастающие боли в животе, усиливающиеся при движении больной7. Вдутье, напряжение и болезненность живота8. Резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга9. Притупление перкуторного звука во влажных местах живота, проявляющееся при перемене положения туловища больной10. Отсутствие кишечной перистальтики («гробовая типина» в животе)11. Плохое общее самочувствие больной: большой упадок сил, беспокойство, страх смерти	<ol style="list-style-type: none">1. Начало на 4—5-й день после родов, развивается исподволь и протекает на фоне общей септической инфекции2. Температура нередко интермиттирующего характера. В особо тяжелых случаях субфебрильная и даже нормальная. Ознобы не всегда3. То же. Более медленное снижение кровяного давления4. Рвота и икота часто отсутствуют5. Зловонные частые поносы6. Болевой синдром менее выражен или даже отсутствует7. Живот мягкий, вздутие не резко выражено. Болезненность живота значительно меньшая8. Симптом Щеткина-Блюмберга в начале заболевания может отсутствовать; появляется поздно9. То же, но менее выражено10. Кишечная перистальтика исчезает значительно позднее11. Нарастающее ухудшение общего состояния больной, эйфория, реже заторможенное сознание

Перитониты непупэрперального происхождения	Послеродовые перитониты
<p>12. Кровь: высокий процент гемоглобина и эритроцитоз (сгущение красной крови за счет быстрого обезвоживания организма); гиперлейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, отсутствие эозинофилов, лимфо-моноцитопения. Значительное ускорение РОЭ</p> <p>13. Падение диуреза; в моче белок</p>	<p>12. Снижение процента содержания гемоглобина и числа эритроцитов. Лейкоцитоз менее выраженный. Анаэзинофилия. Нейтрофилия. Лимфо-моноцитопения. РОЭ до 70—75 мм в час. В особо тяжелых случаях — лейкопения</p> <p>13. Небольшая альбуминурия; бактериурия (возбудитель болезни в моче)</p>

Лечение послеродового перитонита. Несмотря на то, что до сих пор мы не имеем верных средств борьбы с общими (генерализованными) септическими послеродовыми заболеваниями вообще, в том числе и с септическим послеродовым перитонитом, и что особенности клинического течения последнего значительно затрудняют распознавание его в первые дни болезни, а предсказание при нем весьма неблагоприятное, тем не менее следует признать, что единственным средством спасти больную при послеродовом перитоните является своевременная, т. е. возможно ранняя, операция. Все же остальные довольно многочисленные мероприятия, применяемые при этом тяжелейшем заболевании, следует рассматривать как средства, помогающие организму больной оправиться от болезни после произведенной операции.

При неоперативном лечении больные с послеродовым перитонитом обречены на гибель.

Отсюда основное правило для каждого практического акушера-гинеколога: при осложненном течении послеродового периода всегда помнить о возможности перитонита, учитывать присущие ему особенности клинического течения, стремиться к возможно раннему его распознаванию, а распознав, безотлагательно оперировать больную. Необходимо также твердо помнить, что с каждым днем предсказание при хирургическом лечении послеродового перитонита сильно ухудшается, а примерно с четвертого дня болезни операция становится почти бесполезной. Л. И. Бубличенко, В. Я. Илькевич, С. В. Сазонов, М. С. Малиновский, М. Г. Кушнир, С. Б. Рафалькес, В. А. Владимирович и др. настойчиво рекомендуют хирургическое лечение послеродового перитонита. При наличии такого мощного биологического антисептика, каким является пенициллин в отношении септической инфекции, может возникнуть вопрос о консервативном, неоперативном лечении перитонита. Однако в настоящее время в отношении лечения послеродового перитонита не имеется убедительных данных, которые позволили бы уже теперь отказаться от хирургического лечения перитонита.

Хирургическое лечение перитонита. Тактика врача при послеродовом перитоните определяется не столько наличием перитонита, сколько тяжестью общего септического состояния, выражением которого и является перитонит. Операция бесполезна в тех случаях послеродового перитонита, в которых болезнь сопровождается явлениями общей интоксикации, сердечной слабостью (малый частый пульс, выраженный цианоз и похолодание конечностей), т. е. в конечном периоде забле-

вания. В этих случаях операция, являясь дополнительной и ненужной травмой, может лишь ускорить роковой исход болезни.

Какие задачи ставит перед собой врач при хирургическом лечении послеродового перитонита? Необходимо удалить из брюшной полости воспалительный выпот, затем создать надлежащий отток инфицированного содержимого, уменьшить парез кишечника и обезвоживание организма, а также путем последовательного использования антибиотиков и антисептиков, общетонизирующих, обезвреживающих, а также сердечных средств помочь организму больной в ликвидации болезни.

Удаление воспалительного выпота, содержащего огромное количество высоковирулентных бактерий и продуктов их жизнедеятельности — токсинов, — уменьшает интоксикацию организма, содействует улучшению общего состояния больной, уменьшению пареза кишок и улучшению кровообращения в органах брюшной полости, следовательно, и улучшению сердечной деятельности. Одновременно с прекращением или ослаблением рвоты и септических поносов после операции прекращается или уменьшается обезвоживание организма больной.

Методика и техника операции. Характер оперативного вмешательства определяется в первую очередь состоянием больной в момент операции, а затем уже изменениями, обнаруживающимися во время самой операции.

Послойным срединным разрезом ниже пупка вскрывают брюшную полость. Чревосечение производится либо под местной анестезией новокаином (0,25—0,5% раствор), либо под легким эфирным наркозом. Содержимое брюшной полости удаляют мягкими марлевыми салфетками, мягким полотенцем или отсасывают при помощи водоструйного насоса. Брюшную рану широко раскрывают зеркалами и осматривают внутренние половые органы. Если источником перитонита являются придатки матки (трубы) и состояние больной позволяет, то их удаляют. В тяжелых случаях следует ограничиться только вскрытием брюшной полости и дренированием ее. Брюшную полость мы не промываем, а дренируем широкими, мягкими резиновыми трубками или марлевыми тампонами. Дренажные трубки или марлевые салфетки вводят через срединный разрез живота в прямокишечно-маточное углубление, а через боковые разрезы (противоотверстия) — в боковые отделы живота. Для того чтобы сделать противоотверстия, в брюшную рану вводят изогнутый корнцанг, который проходит под брюшной стенкой в сторону и выпячивает ее боковой отдел. Над выпяченным корнцангом послойно разрезают брюшную стенку; конец корнцанга выводят через образовавшееся отверстие наружу и захватывают марлевым или, лучше, резиновый дренаж, который и вводят в брюшную полость. Обычно делают два противоотверстия — справа и слева (рис. 367).

На срединный разрез передней брюшной стенки над и под дренажными трубками (марлевыми тампонами) накладывают послойно несколько узловатых швов (кетгутные швы — на брюшину, мышцы и апоневроз; шелковые швы или скобки — на кожу). Широко используется для дренажа брюшной полости также тампон по Микуличу.

Удалять тампоны после операции по поводу перитонита начинают с 3-го дня после операции. Первым удаляется тот тампон, который был введен последним. Если удается, то к 6-му дню, а там, где возможно, и раньше, удаляют все тампоны. С 8-го дня приступают к отделению самого мешка, потягивая его за шелковую нитку. Торопиться с удалением мешка не следует. При очень быстром и особенно чрезмерно раннем его удалении можно легко вытянуть вместе с марлевым мешком и сальник, а иногда и кишечную петлю. В то же время оставлять тампон надолго в брюшной

полости тоже нежелательно, так как это ведет к образованию обширных брюшинных сращений и может неблагоприятно отразиться на состоянии кишечной стенки, вызвать в дальнейшем жалобы на боли в животе и повлечь за собой нарушение нормальной деятельности кишечника. Для того чтобы уменьшить склеивание стенок мешка с подлежащими органами и тканями, некоторые авторы рекомендуют пропитывать его стерильным жидким вазелином. При удалении марлевых тампонов и самого мешка мы увлажняем их раствором риванола (1 : 1 000) или теплым физиологическим раствором. Это значительно облегчает удаление тампона и делает

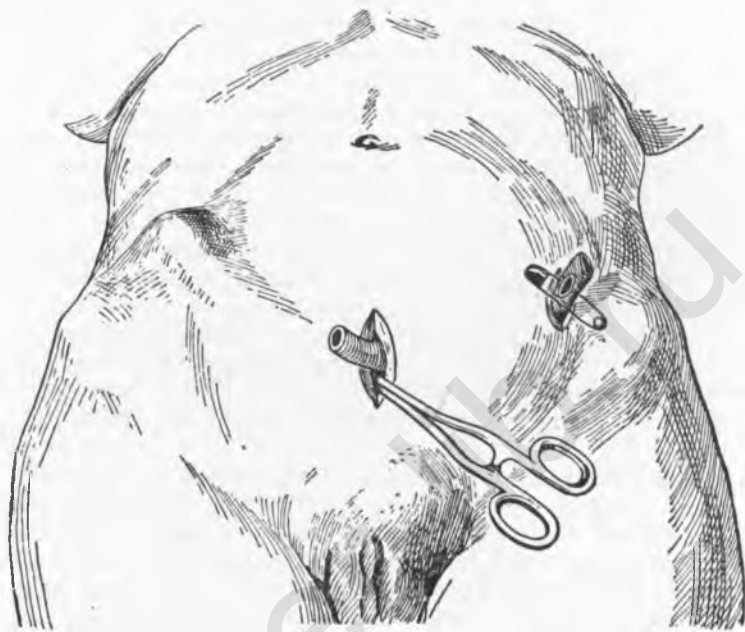


Рис. 367. Дренирование брюшной полости. Через разрез брюшной стенки в брюшную полость введена широкая резиновая трубка, конец которой выведен через противоположное отверстие в левой боковой стенке живота. Корнцанг введен в брюшную рану позади передней брюшной стенки и выпячивает ее на месте будущего противоотверстия (по Бумму).

манипуляцию менее болезненной. Для улучшения оттока воспалительного выпота можно во время чревосечения вскрыть прямокишечно-маточное углубление (задняя кольпотомия) и ввести во влагалище тампон или дренажные трубки (рис. 368). При производстве задней кольпотомии можно не делать боковых контрапертур.

Резиновые дренажи, выведенные из брюшной полости во влагалище, меняют со стороны влагалища через 1—2 дня. В зависимости от количества отделяемого, они могут быть полностью удалены на 5—6-й день после операции. Если вместо дренажных трубок во влагалище выводят марлевые выпускники, то последние начинают подтягивать уже на 2—3-и сутки после операции. К сожалению, дренажные трубки довольно быстро перестают отсасывать инфицированное содержимое брюшной полости вследствие склеивания вокруг них кишечных петель. Во избежание повреждения кишечных петель дренажные трубки не следует оставлять надолго. До того, как ввести в брюшную рану дренажи или марлевые тампоны, можно ввести

в брюшную полость раствор пенициллина (200 000—400 000 единиц), риванола (1 : 1 000), белого стрептоцида или эфир в количестве 50,0. После удаления дренажных трубок из брюшной полости в раневые отверстия можно временно ввести широкие марлевые полоски, хорошо пропитанные мазью Вишневского (Ol. Cadini 3,0, Xeroformii 5,0, Ol. Ricini 100,0).

Опыт гнойной хирургии мирного и военного времени, в том числе гнойной хирургии в гинекологии, заставил нас отказаться от применения тампонов по Микуличу и перейти на тампоны по Вишневскому. Получен-

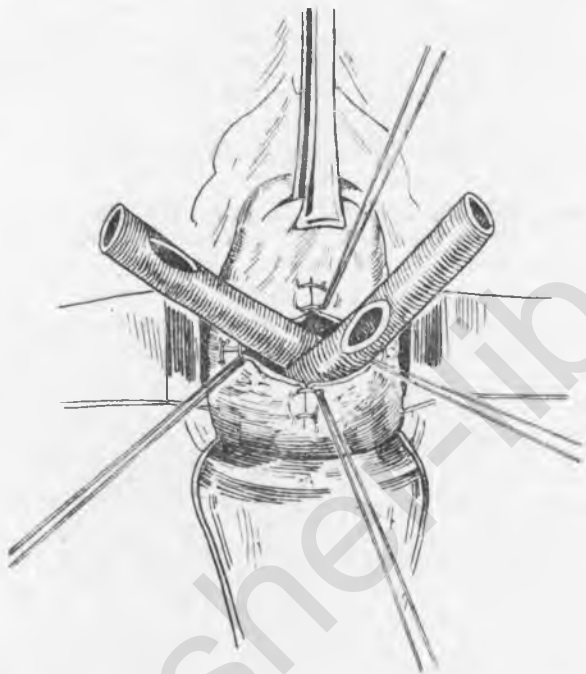


Рис. 368. Задняя кольпотомия. Дренаживание полости тазового гнойника резиновыми трубками.

ные результаты убедили нас в значительных преимуществах тампонов с мазью Вишневского перед тампонами по Микуличу. Мы охотно пользуемся поэтому ими при гинекологических чревосечениях в заведомо инфицированных случаях. Тампоны по Вишневскому, являясь нежным раздражителем для раневой поверхности, имеют ряд преимуществ перед обычными отсасывающими сухими марлевыми тампонами и могут быть оставлены в ране значительно дольше: рана быстро очищается, заживление ускоряется. Эти тампоны обладают также дезодорирующим действием, легко и безболезненно удаляются из глубины раны.

Необходимо также указать, что многие известные хирурги вовсе не дренируют брюшной полости и ограничиваются лишь удалением воспалительного выпота без промывания или с последующим промыванием брюшной полости и зашиванием брюшной стенки наглухо.

При наличии же такого мощного антибиотика, как пенициллин, можно допустить, что вливание раствора пенициллина в брюшную полость непосредственно после удаления экссудата сделает ненужным дренирование

брюшной полости путем введения в нее резиновых, стеклянных дренажей, а также различного рода марлевых тампонов.

Известные предпосылки к этому мы видим в тех клинических наблюдениях, которые были сделаны нами и другими авторами на протяжении последних лет.



Рис. 369. Приподнятое положение верхней половины туловища больной при перитоните.

Таким образом, операция при диффузном послеродовом перитоните технически не трудна и может быть выполнена практическим врачом.

Как до операции, так и после операции внимание врача должно быть сосредоточено на улучшении сердечно-сосудистой деятельности, уменьшении явлений общей интоксикации, т. е. улучшении общего состояния больной. После операции больную следует прежде всего хорошо согреть, для чего ее обкладывают поверх одеяла грелками, которые меняют по мере остывания.

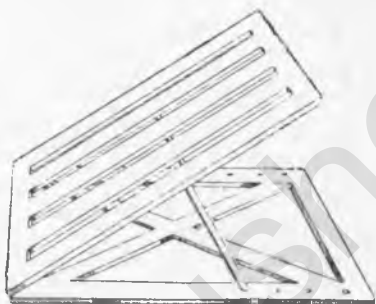


Рис. 370. Складная рама для изменения положения больной в постели.

Больную укладывают в положение с несколько приподнятой верхней частью туловища (рис. 369 и 370). Подкожно и посредством капельной клизмы вводят нагретый до температуры тела физиологический раствор (желательно пополам с 5% раствором глюкозы) в количестве 1—2 л и более. Подкожные вливания и капельные клизмы делают в первые дни после операции два, а иногда и три раза в день. Для замедления всасывания к физиологическому раствору и глюкозе добавляется 8—10 капель адреналина

(1 : 1 000) на 1 л жидкости. Чтобы вывести из организма токсины, некоторые авторы вводят в вену раствор хлористого кальция (100 см³ 1%, 20 см³ 5—10%, 5—10 см³ 30—40% раствора), а также применяют его в виде микроклизм (100 см³ 1—2% раствора) и капельных клизм. Одновременно назначают подкожное, а при необходимости и внутривенное введение сердечных средств (камфора, кофеин, дигален, строфантин). Инъекции сердечных средств производятся в зависимости от состояния больной, иногда через каждые 2—3 часа.

При парезе кишечника (задержка стула, газов, тошнота, рвота, отрыжка, икота) назначают сифонные клизмы большими количествами теплой воды, промывание желудка. В прямую кишку вводят газотводную трубку. Одновременно подкожно вводят раствор стрихнина

(0,1% 0,5—1 см³), питуикрина (1 см³), физостигмина или эзерина по 0,005—0,001 2 раза в день, сернокислого атропина 0,5—1 см³ раствора 1 : 1 000 или внутривенно гипертонический (10%) раствор поваренной соли. Для уменьшения болей назначают наркотические средства (белладонну, пантопон per se или в сочетании с антипирином, пирамидоном в виде свечей или подкожных инъекций).

После прекращения рвоты больной дают большое количество теплого питья. Раз в день больную осторожно обтирают одеколоном или просто влажным полотенцем.

Особое внимание должно быть обращено на питание больных. Больной не следует давать сразу больших количеств пищи; пища должна быть легко перевариваемой и хорошо усвояемой, содержащей большое количество питательных веществ, витаминов.

В послеоперационном периоде рекомендуется трансфузия одногруппной крови или эритроцитной взвеси в количестве 100—200 мл. Учитывая, что послеродовой перитонит развивается и протекает на фоне общего сепсиса, рекомендуется, помимо введения пенициллина в брюшную полость во время операции, внутримышечное введение больших доз пенициллина (до 1 000 000 единиц в сутки) в послеоперационном периоде. Лечение пенициллином продолжается до тех пор, пока болезнь не примет благоприятного течения.

ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Перитонит после септического выкидыша встречается в 2¹/₂ раза чаще, чем после родов, и вызывается преимущественно стрептококковой инфекцией. Симптомы заболевания зависят от формы послеабортного перитонита, состояния реактивности организма и вирулентности инфекции. При высоковирулентной инфекции, особенно анаэробном стрептококке, пневмококковой инфекции, у истощенных и пожилых больных отмечается пониженная реакция брюшины. У таких больных характерное для перитонита напряжение брюшных стенок может отсутствовать даже при большом количестве гноя в животе. В остальном у больных с послеабортным перитонитом имеются симптомы, характерные для перитонита вообще.

Л е ч е н и е. При своевременно распознанном перитоните показана неотложная операция — чревосечение с широким дренажем как со стороны живота, так и через задний влагалищный свод. Последний вскрывается со стороны брюшной полости. Исход операции в значительной степени зависит от времени ее производства: чем раньше предпринята операция, тем лучше результаты (Н. А. Мельников и Е. Каржавина).

За последние годы отдельными авторами (И. И. Сарыгин и др.) для борьбы с интоксикацией и парезом кишечника при послеабортном перитоните с успехом применялась подвесная энтеростомия.

ГОНОКОККОВЫЙ ПЕРИТОНИТ

Разлитой гонококковый перитонит — явление крайне редкое. Наоборот, ограниченный (тазовый) перитонит встречается нередко.

Симптоматология и распознавание гонококкового тазового перитонита описаны подробно в специальных руководствах по гинекологии и монографиях по женской гонорее (Г. А. Бакшт и А. И. Петченко, И. М. Породоминский и А. И. Петченко и др.). Этиология заболевания устанавливается на основании анамнеза, бактериоскопических и бактериологического исследования генитального отделяемого, серологических реакций

Фейтла и Борде-Жангу, особенностей течения болезни и данных гинекологического исследования.

Л е ч е н и е. Лечение гнойного гоноккоккового тазового перитонита преимущественно оперативное — путем опорожнения гнойного скопления через задний влагалищный свод и дренирования полости гнойника при помощи широких мягких резиновых трубок. Техника операции задней кольпотомии описана на стр. 84. Во избежание образования длительно не заживающего гнойного свища следует избегать вскрытия гнойных опухолей придатков матки, расположенных низко в заднем дугласовом пространстве. При невозможности установить до операции точный диагноз и общем тяжелом состоянии больной лучше ограничиться повторными пункциями с отсасыванием гноя и введением в гнойную полость раствора пенициллина, риванола (1 : 1 000), стрептоцида. После удаления дренажа больной назначают тепловое рассасывающее лечение. Независимо от операции назначаются также внутримышечно инъекции пенициллина (25 000—50 000 единиц через 3 часа), сульфонамиды (сульфадиазин, сульфатиазол и др.) и местное лечение очагов поражения.

ПРОБОДНОЙ ПЕРИТОНИТ

Прободной перитонит гинекологического происхождения встречается редко и возникает в результате прорыва в свободную брюшную полость осумкованных инфицированных скоплений в придатках матки, тазовой брышине и клетчатке, новообразований и опухолей яичника.

Прободение наступает либо самопроизвольно, либо вследствие травмы. Ему может предшествовать переперфоративная стадия, характеризующаяся усилением перитонеальных симптомов и ухудшением общего состояния больной.

Прободение органа сопровождается внезапной острой, режущей болью в животе («удар ножа», «кинжальный симптом»), имеющей вначале разлитой характер, быстро развивающимся коллапсом, повторной рвотой, тошнотой, икотой. Появляется вздутие, напряжение и болезненность живота. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный, особенно над местом прободения. Черты лица больной заостряются. Дыхание учащается, поверхностное, грудное. Задержка газов и стула. Быстро ухудшается общее состояние. В крови отмечается гиперлейкоцитоз, анэозинофилия, нейтрофильный сдвиг, лимфопения. РОЭ ускорена. Смещение шейки и тела матки, а также пальпация заднего влагалищного свода и органов малого таза вызывают усиление боли. Вокруг матки определяются значительные воспалительные изменения (опухоль придатков, выпот, инфильтрат). Исследование через прямую кишку позволяет уточнить диагноз.

Прободение воспалительных опухолей наблюдается как в острой, так и в хронической стадии заболевания. Тщательно собранный гинекологический анамнез позволяет отличить прободной перитонит гинекологического происхождения от прободного перитонита на почве аппендицита и заболеваний других отделов желудочно-кишечного тракта.

Дифференциально-диагностические признаки между прободным и послеродовым перитонитом приведены на стр. 589.

Л е ч е н и е. Лечение прободного перитонита исключительно хирургическое. Характер операции определяется состоянием больной. При удовлетворительном состоянии больной следует, вскрыв брюшную полость, отыскать и удалить перфорированный орган и, если необходимо, одновременно удалить матку. После удаления матки влагалище не зашивают, а выводят через него дренаж.

У женщин в молодом возрасте операция носит по возможности консервативный характер. В случаях прорыва в брюшную полость гнойника тазовой брюшины или клетчатки операция сводится к широкому вскрытию брюшной полости, удалению гноя и дренированию при помощи тампона Микулича, широких марлевых полос, мягких резиновых дренажей, наложению контрапертур, дополнительному вскрытию заднего влагалищного свода. Предпочтительна местная анестезия. Перед закрытием брюшной полости в нее наливают раствор пенициллина (400 000 единиц).

Особое внимание должно быть уделено организации послеоперационного ухода за больной (см. послеродовой перитонит).

В послеоперационном периоде больной назначают сердечные средства в виде подкожных инъекций камфоры, кофеина, физиологический раствор поваренной соли подкожно или капельные клизмы, внутримышечно пенициллин (от 500 000 до 1 000 000 единиц в сутки), общетонизирующие средства (глюкоза, кальций, стрихнин, витамины), повторные переливания малых доз крови (плазмы), капельные вливания крови и пр.

ЛИТЕРАТУРА

- Бакшт Г. А. и Петченко А. И., Гоноррея женщины, Воронеж, 1939.
Бубличенко Л. И., Патология послеродового периода, 1939.
Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, т. I, 1946; т. II, 1948.
Владимирович Г. А., Хирургическое лечение пuerперального сепсиса и его осложнений, Медгиз, 1947.
Войно-Ясенецкий В. Ф., Очерки гнойной хирургии, глава XXII, Медгиз, 1946.
Илькевич В. Я. и Бубличенко Л. И., Патология послеродового периода, БМЭ, т. 26, стр. 555—582, 1933.
Илькевич В. Я., Послеродовые заболевания, в кн.: Проблемы теории и практики медицины, 1937, 4, стр. 172—227.
Кватер Е. И. и Рафалькес С. Б., Материалы к вопросу о патологических изменениях при септических заболеваниях после родов и аборта с обращением особого внимания на мочевую систему. Гинекология и акушерство, 1932, № 3.
Кисин С. В., Острый живот, Сталиногорск, 1937.
Малыновский М. С. и Кушнир М. Г., Патологическое обоснование профилактики и терапии послеродового сепсиса, Акушерство и гинекология, 1946, № 3.
Порудоминский И. М. и Петченко А. И., Гоноррея мужчины и женщины, Медгиз, 1947.
Рафалькес С. Б., Послеродовые инфекционные заболевания, Медгиз, 1948.
Сазонов С. В., Опыт динамической систематики заболеваний после родов и выкидышей, Акушерство и гинекология, № 4, 1935.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Травмы половых органов вне родов встречаются в общем редко.

В зависимости от характера травмы, их можно подразделить следующим образом: 1) повреждения при половом акте, 2) повреждения от проникновения в половые органы инородных тел, 3) повреждения, возникающие по типу «падение на кол», 4) повреждения от тупой травмы, 5) колотые, резаные и огнестрельные раны, 6) повреждения, возникающие при врачебных манипуляциях и операциях.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ АКТОМ

Только в очень редких случаях разрыв мясистой девственной плевы сопровождается обильным кровотечением, требующим хирургического вмешательства, которое заключается в наложении одного или нескольких швов на кровоточащие сосуды или в обкалывании.

При недоразвитии наружных половых органов, атрофическом их состоянии у женщин в пожилом возрасте, наличии рубцовых изменений, оставшихся после язвенных процессов и пр., разрыв девственной плевы может распространиться на влагалище, наружные половые органы и промежность. В этих случаях нельзя ограничиться обкалыванием и перевязкой кровоточащих сосудов, а необходимо наложить швы, соединяющие края самого разрыва во влагалище или на промежности.

Помимо повреждений девственной плевы, наблюдаются также повреждения влагалища, возникающие при половом акте даже у женщин, регулярно живущих половой жизнью и рожавших. Причиной этого нередко является грубо, насильно или в ненормальном положении проведенный половой акт.

Предрасполагающими моментами являются недоразвитие или старческая атрофия влагалища, рубцовые изменения его стенки и прочие патологические состояния, лишаящие влагалищную стенку ее эластичности.

Чаще всего разрывы происходят в заднем своде, на задней стенке влагалища и в боковых влагалищных сводах, очень редко на передней влагалищной стенке и в переднем влагалищном своде. Разрывы влагалища могут проникать в окружающую клетчатку, в прямокишечно-маточное углубление и даже сопровождаться выпадением кишечных петель во влагалище. В отдельных случаях одновременно с разрывом влагалища наблюдались повреждения мочевого пузыря, прямой кишки. Наблюдались также и случаи разрыва при половом акте наружных половых органов, уретры и

промежности. Такие повреждения возникали в случаях растления малолетних девочек. Наблюдались случаи, когда разрыв девственной плевы распространялся на уретру или когда мужской половой орган, минуя отверстие девственной плевы, разрывал промежность и проникал в пузырно-влагалищную перегородку или в прямую кишку.

Разрывы влагалища при половом акте не всегда сопровождаются какими-либо угрожающими симптомами и даже могут пройти незамеченными. Нам пришлось наблюдать случай разрыва заднего влагалищного свода у пожилой женщины, у которой длительные кровянистые выделения из гранулирующей поверхности вызвали подозрение на рак влагалища. Обычно разрывы влагалища вызывают боли и кровотечение, которое может повлечь за собой острое малокровие, иногда отмечается повышение температуры. Наблюдались единичные случаи смерти от кровопотери, от перитонита, пиемии и сепсиса.

Диагностика разрывов влагалища ставится на основании данных анамнеза, гинекологического исследования пальцем, а также осмотра в зеркалах. Если из анамнеза известно, что обильное кровотечение возникло у здоровой до того женщины во время полового акта, то и при отсутствии видимых повреждений в области наружных половых органов или девственной плевы можно предположить, что причиной кровотечения является повреждение влагалища. Если даже угрожающего кровотечения в момент исследования нет, если со времени полового акта прошло уже некоторое время, то все же должно быть немедленно произведено обследование больной для установления характера и локализации повреждения, ибо разрыв влагалища может оказаться проникающим в брюшную полость. Поэтому в каждом случае, подозрительном на разрыв влагалища, необходимо произвести тщательное гинекологическое исследование, которое целесообразнее начинать с осмотра зеркалами влагалищных сводов, где обычно локализируются эти разрывы. Сначала под контролем глаза удаляют скопившиеся во влагалище сгустки крови, затем осматривают влагалищные своды и устанавливают локализацию разрыва. Если кровоточащих сосудов не видно и кровотечение остановилось, если не видно и повреждений соседних органов, то производить влагалищное исследование пальцем излишне, а для определения состояния внутренних половых органов целесообразнее произвести исследование через прямую кишку. Распознать разрыв влагалища при осмотре в зеркалах обычно не трудно: имеется свежий целовидный разрыв слизистой, из которого более или менее обильно струится кровь. Изредка могут возникнуть затруднения, если осмотр производится через некоторое время, когда рана уже гранулирует, а кровотечение вновь появилось при повторном половом акте.

В тех случаях, когда имеется подозрение на повреждения соседних органов, не следует, конечно, ограничиваться осмотром влагалища в зеркалах, нужно применить и пальцевое исследование, несмотря на возможность при этом повторного кровотечения.

Исследование через прямую кишку, цистоскопия и ректоскопия могут во многих случаях с успехом способствовать выяснению локализации и размеров повреждения. Подготовка больной к исследованию в этих случаях должна ограничиваться бритьем волос на наружных половых органах и дезинфекцией последних. Влагалище до исследования не обрабатывается.

Прогноз зависит от размеров повреждения, сопутствующего кровотечения и присоединившихся осложнений.

Л е ч е н и е. В свежих (первые 5—6 часов после разрыва) и неинфицированных случаях лучшим методом лечения является зашивание разрыва.

Если обнаруживаются кровоточащие сосуды, то их предварительно захватывают кровоостанавливающими пинцетами и перевязывают или обкалывают кетгутовыми лигатурами. В отдельных случаях, если нет значительного кровотечения, а имеется подозрение на инфекцию, следует ограничиться одной тампонадой влагалища полосой марли. При тампонаде поврежденного влагалища не следует пользоваться маленькими кусками марли или ваты, так как в случае разрыва, проникающего в брюшную полость или в окружающую паравагинальную клетчатку, они могут затеряться в этих полостях. Поэтому для тампонады влагалища необходимо пользоваться большими марлевыми салфетками или, еще лучше, целым марлевым бинтом. Если приходится тампонировать ватой, то следует употреблять ватные тампоны, завязанные длинной тесьмой или крепкой ниткой. Тампон оставляют на 12—24 часа. Чтобы тампон легче было удалить, его можно смочить перекисью водорода. При наличии больших разрывов, особенно если на кровоточащие сосуды были наложены лигатуры, целесообразно зашить влагалищную рану.

При наличии свежих разрывов, проникающих в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку), рану необходимо зашить. Сначала зашивают соответствующим образом поврежденные органы, а затем влагалище. Особой подготовки к операции, помимо той, которой подверглась больная перед исследованием (дезинфекция наружных половых органов), не требуется. Влагалище может быть протерто тупферами, смоченными перекисью водорода, и смазано йодной настойкой.

Техника зашивания разрыва. Разрыв обнажают зеркала на всем протяжении и соединение краев начинают с его верхнего угла. Если это оказывается невозможным, то первый шов проводят на доступной высоте, а затем, потягивая за эту лигатуру, постепенно обнажают весь разрыв и в дальнейшем швы накладывают выше уже наложенного, а затем и на нижележащие части разрыва. Перед наложением швов часто приходится сглаживать ножницами края разрыва. При глубоких разрывах влагалища швы, соединяющие края раны, должны захватить подлежащую ткань, но при этом надо соблюдать осторожность, чтобы не проколоть соседний полый орган.

Если разрыв зашит, а кровотечение продолжается, то необходимо наложить еще дополнительно восьмиобразный шов на кровоточащий участок. Причиной кровотечения может явиться повреждение сосуда в глубине раны. В этом случае кровотечение не остановится, кровь будет просачиваться между лигатурами; накладывать дополнительные швы на края разрыва бесполезно. Необходимо распустить швы, раздвинуть края раны, захватить кровоточащий в глубине сосуд, перевязать или обколоть его и только после того, как кровотечение остановится, вновь соединить швами края разрыва. Если через отверстие в заднем своде выпала неповрежденная кишечная петля или сальник, их вправляют в брюшную полость, а отверстие, если нет подозрения на инфекцию, зашивают наглухо или оставляют небольшое отверстие для дренажа. При повреждении кишечной петли производят лапаростомию.

Зашивать повреждение соседних органов (мочевое пузыря, прямой кишки) следует только в том случае, если рана свежая. Если с момента разрыва прошло некоторое время, то рана обычно уже инфицирована. Поэтому ее надо лишь затампонировать, а операцию отложить до того времени, когда рана зарубцуется. В мочевой пузырь вводят через уретру постоянный катетер, который оставляют на 6—8 дней; наблюдались случаи, когда в течение этого времени небольшое отверстие в пузыре самопроизвольно закрывалось.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ПРОНИКНОВЕНИЯ В ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

Инородное тело, независимо от того, каким путем и с какой целью оно было введено в половой канал, может вызвать серьезные повреждения половых органов. Из полового канала инородные тела могут проникнуть в соседние органы, тазовую клетчатку, брюшную полость. В литературе описано много подобных случаев. Ввиду большого разнообразия инородных тел, которыми вызывались повреждения половых органов, целесообразно разделить их на группы в зависимости от той цели, с которой они были введены в половые органы.

Инородные тела, вводимые в половой канал с лечебной целью

Обычно это влагалищные пессарии, которые не были своевременно удалены. Удаление слишком большого пессария иногда встречает затруднения и его приходится разрезать или распиливать костными ножницами или проволочной пилой, применяемой при пубиотомии. В редких случаях применяется хирургическое вмешательство, которое может понадобиться тогда, когда кольцо пессария, постепенно обрастая грануляциями из возникшего пролежня, через некоторое время оказывается вросшим в стенку влагалища. В подобном случае необходимо разрезать ткани поверх и вдоль ободка пессария, вросшего в стенку влагалища. После извлечения пессария рану смазывают йодной настойкой и тампонируют влагалище. Значительного кровотечения при этом обычно не бывает и накладывать швы не приходится. Особенно важно удалить как можно скорее из полового канала обломки инструментов, введенных с диагностической или лечебной целью, например, зонд, канюли от шприцев и т. п.

Если обломок инструмента остался в матке, то его извлекают, раскрыв предварительно шейчный канал для того, чтобы можно было ввести в матку корнцанг или палец. Расширение шейчного канала металлическими бужами мы считаем нецелесообразным, так как расширитель, вводимый в матку с известным напряжением, может протолкнуть еще глубже оставшийся обломок в толщу стенки или даже перфорировать ее. С нашей точки зрения в тех случаях, в которых обломок инструмента проник в полость матки, следует рассечь переднюю стенку шейки матки, отслоив предварительно мочевого пузырь, как при влагалищном кесаревом сечении.

Инородные тела, вводимые в половой канал с целью вызвать аборт

Чрезвычайно разнообразны те предметы и инструменты, которые вводились в половой канал с целью вызвать выкидыш. Иногда вводимый инструмент выскальзывал из руки и целиком исчезал в матке или обламывался и застревал в глубине органа или в соседней ткани.

Известны случаи, когда инородные тела, введенные с целью изгнания плода при асептических условиях, проникая в брюшную полость, инкапсулировались в ней и в течение долгого времени не вызывали симптомов. Но это — счастливые исключения. В большинстве случаев оставление инородных тел, проникших в полость матки или через ее стенку в брюшную полость, вызывало разлитой перитонит и сепсис. Поэтому, если установлено, что в половом канале оставлено инородное тело, его необходимо удалить, прибегнув в случае необходимости к операции.

Обнаружить инородное тело в матке не всегда легко. Если беременности нет или она прервана (неполный или полный выкидыш), то сначала можно попытаться нащупать инородное тело в полости матки зондом. Но если

зондированием и можно обнаружить инородное тело, то остаются неизвестными его величина, форма, местоположение: находится ли оно только в полости матки или, перфорировав маточную стенку, уже проникло за пределы матки. Металлическое инородное тело можно легко обнаружить рентгеновыми лучами. Для того чтобы точно определить нахождение инородного тела, необходимо произвести несколько снимков в различных плоскостях, а иногда для ориентировки необходимо предварительно ввести в полость матки металлический зонд. Если ни зондирование, ни рентгеновский снимок не обнаружит в матке инородного тела, то при наличии соответствующих анамнестических данных необходимо обследовать полость матки пальцем, для чего приходится прибегнуть к кольпогистеротомии (влагалищное кесарево сечение). Удалить из матки инородное тело можно корнцангом, пинцетом или иными щипцами, наконец, пальцем.

Значительно сложнее обстоит дело в тех случаях, когда инородное тело, перфорировав матку, вышло за ее пределы и проникло в соседние органы и ткани, особенно в брюшную полость.

Металлическое инородное тело, лежащее в брюшной полости, также обнаруживают при помощи рентгеновых лучей. В редких случаях удается прощупать инородное тело через брюшную стенку. Легче поставить диагноз в том случае, когда инородное тело находится в полости таза, особенно если оно лежит в прямокишечно-маточном углублении. Здесь иногда удается его прощупать при двуручном исследовании через влагалище или прямую кишку. Следует, впрочем, иметь в виду, что инородное тело, попадая в брюшную полость, вследствие перистальтики кишок легко переносится в отдаленные от матки отделы брюшной полости.

Что касается метода операции, то в тех случаях, когда инородное тело находится в области таза, его можно извлечь влагалищным путем при помощи передней или задней кольпотомии. В других случаях показана лапаротомия. В инфицированных случаях может понадобиться, помимо удаления инородного тела, еще и удаление перфорированной и инфицированной матки.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПО ТИПУ «ПАДЕНИЕ НА КОЛ»

Эти повреждения имеют характер колотых ран, осложненных разрывом и разможением тканей. Чаще всего они возникали при падении на вилы или на какой-либо острый предмет или при нападении рогатого скота (бык поднял на рога) и т. п. Предмет, нанесший повреждение, может проникнуть в половые органы непосредственно через влагалище, промежность, прямую кишку и даже через брюшную стенку. При этом могут быть повреждены не только половые органы, но и мочевой пузырь, уретра, прямая кишка; «кол» может проникнуть через влагалищный свод в брюшную полость и повредить любой орган брюшной полости.

Соответственно большому разнообразию повреждений, вызванных этим видом травмы, наблюдается и значительное разнообразие клинических симптомов.

По литературным данным, боли, как это ни странно, могут быть совсем незначительными, кровотечение, обильное в одних случаях, может быть незначительным в других, несмотря на повреждение артериальных сосудов, из которых кровь не выделяется, повидимому, вследствие разможения тканей. Повреждения органов брюшной полости нередко сопровождаются явлениями тяжелого шока и даже ведут к смерти; в некоторых случаях, несмотря на тяжелые повреждения, не наступают даже и обморока. Описаны случаи, когда после травмы больные продолжали свой путь пешком.

Распознавание характера ранения базируется на данных анамнеза. Определение размеров травмы и локализации повреждений требует тщательного объективного исследования больной. Прогноз зависит от размера повреждения. Главная опасность заключается в повреждении внутренних половых органов и в загрязнении раны. Так как разбираемая травма половых органов часто сопровождается повреждениями органов и разможением тканей, то немедленное наложение швов не рекомендуется, и рану следует лечить открытым способом, обеспечивающим хороший отток раневого отделяемого.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ТУПОЙ ТРАВМЫ

Повреждения наружных половых органов могут явиться следствием тупой травмы — удара или ушиба; в результате может образоваться открытая рана, что наблюдается в тех случаях, когда при падении или ударе мягкие ткани вульвы бывают прижаты к острому краю лонной кости и таким образом повреждаются изнутри. При этом сбоку от уретры образуется рана, идущая наискось параллельно нисходящей ветви лонной кости. Эти раны обычно небольшие, но глубокие и доходят до кости. Если повреждено кавернозное тело клитора, то кровотечение бывает чрезвычайно сильным. Чтобы остановить его, надо длительно прижимать поврежденные ткани к кости стерильным тампоном или обколоть кровоточащие участки лигатурами. Обкалывание в области кавернозных тел может и не дать эффекта, так как из каждого укола иглой ткань вновь профузно кровоточит. В подобном случае надо зажать кровоточащие сосуды зажимами и оставить их в ране на 24—48 часов. Поверх зажимов кладут стерильный тампон, удерживаемый Т-образной повязкой.

По литературным данным, повреждения наружных половых органов тупой травмой наблюдались чаще у беременных, причем беременность нередко продолжалась еще в течение нескольких недель и даже месяцев.

Под влиянием тупой травмы в области наружных половых органов могут возникнуть подкожные гематомы. Если при тупой травме кровоизлияние произошло из венозных сплетений, заложенных в стенке влагалища, то образуется гематома влагалища (рис. 371). Гематома может образоваться и в fossa ischio-rectalis.

Лечение небольших гематом в принципе должно быть консервативным (покой, пузырь со льдом на область вульвы). При нагноении гематомы необходимо хирургическое вмешательство. Огромные, быстро нарастающие гематомы также приходится вскрывать разрезом и останавливать кровотечение, обкалывая и перевязывая кровоточащие сосуды кетгутowymi лигатурами.

Повреждения наружных половых органов, являющиеся результатом тупой травмы, действующей не непосредственно на эти органы, чаще всего наблюдаются при переломах костей таза. Они представляют обычно тяжелые и сложные повреждения (отрыв или разрыв уретры, отрыв влагалищной трубки от входа во влагалище и пр.) и часто сопровождаются повреждением внутренних органов. Лечение этих повреждений, если они не сопровождаются внутренним кровотечением или ранением брюшного органа, должно быть консервативным и заключаться в очистке и дренировании раны. При повреждении внутренних органов могут потребоваться сложные хирургические операции, в зависимости от особенностей данного случая.

Повреждения внутренних половых органов под влиянием не прямой тупой травмы могут возникнуть при тех же условиях, что и повреждения

наружных. Встречаются они крайне редко, при наличии предрасполагающих условий, например, при беременности, при опухолях и т. п. и сопровождаются внутренним кровотечением, явлениями острого живота. Травмирован может быть любой орган половой сферы.

КОЛОТЫЕ, РЕЗАННЫЕ И ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ранения острыми предметами и инструментами или огнестрельным оружием могут оставить после себя простые, гладкие раны мягких частей наружных половых органов или сложные и даже сложнейшие повреждения не только половых, но и соседних с ними брюшных или внебрюшинно расположенных органов и тканей.

Ранения внутренних половых органов встречаются редко ввиду защищенного положения их в тазу. Лишь при выпадении влагалища и матки и еще чаще при беременности или наличии опухолей внутренние половые органы выходят из своего защищенного положения и могут подвергнуться ранениям.

Во время Великой Отечественной войны главный гинеколог Советской Армии проф. И. Ф. Жордания сообщил о 36 случаях огнестрельного ранения мочеполовых органов женщин при ранениях таза и нижней части живота. И. Ф. Жордания отмечает, что не всегда эти ранения распознаются своевременно. Между тем своевременная диагностика их имеет для исхода травмы большое значение. Так, даже легкое ранение влагалища может повлечь за собой тяжелые последствия (кровотечения, последующие абсцессы окружающей клетчатки, распространяющиеся на всю тазовую клетчатку). В некоторых случаях, когда ранение влагалища вначале не было распознано, впоследствии обнаруживались значительные стриктуры, служившие препятствием к половой жизни. В каждом случае ранения таза и нижней части живота у женщины необходимо тщательное гинекологическое исследование и, если при этом обнаруживается хотя бы небольшое повреждение половых органов, необходимо хирургическое лечение по общим принципам военно-полевой хирургии (введение свороток, первичная обработка раны, при отсутствии признаков инфекции — наложение швов).

В советской литературе опубликованы единичные случаи ранения беременных. Опасность огнестрельных ранений матки при беременности велика, так как обычно ранения сопровождаются значительным кровоизлиянием; кроме того, при беременности повышена и опасность инфекции.

Признаки: кровотечения, боли, инфекция, проникшая в рану с обрывками одежды или вследствие ранения кишечника.

В одном из случаев, приводимых И. Ф. Жордания, имелось пулевое ранение женщины, находившейся в конце беременности: пуля прошла насквозь через переднюю и заднюю стенки матки, ранив при этом плод. Было произведено кесарево сечение и зашивание множественных ран кишечника. Плод извлечен живым, несмотря на сквозное его ранение в области печени и почки. Ребенок не был оперирован, так как казался безнадежным, однако он остался жив и выздоровел. Выздоровела и мать.

Д и а г н о з ставится на основании анамнеза и осмотра раненой.

Л е ч е н и е. Если повреждена матка, то необходимо произвести чревосечение. Вопрос о том, как поступить с беременной маткой, рассматривается в зависимости от характера ее ранения. В одном случае (Долгополов), хотя ранение матки было проникающее, хирург ограничился зашиванием раны; через 2 дня произошли самопроизвольные роды, и большая

выздоровела. Другие авторы (И. Я. Кристалл и др.) считают, что при повреждении матки необходимо при всех обстоятельствах ее опорожнить путем кесарева сечения. Что же касается вопроса о том, как поступить с маткой после ее опорожнения, т. е. зашить ее или удалить, то здесь, повидимому, следует проводить аналогию со случаями разрыва матки при беременности или в родах. В одном случае (И. Я. Кристалл) матка, несмотря на одновременное повреждение кишечника, была зашита, и больная выздоровела. Другие также считают, что удаление матки необходимо лишь в редких случаях, а именно при значительном повреждении, при трудно останавливаемом кровотечении или при инфицированных ранениях.

В более ранние сроки беременности некоторые хирурги считают необходимым, особенно при одновременном ранении кишечника, удалять матку, не опорожняя ее предварительно. Рекомендуют также при ранениях брюшных органов в конце беременности, если даже матка не ранена, все же ее опорожнить путем кесарева сечения, так как в противном случае большая матка будет мешать хирургу ориентироваться в брюшной полости и лишит его возможности обнаружить все имеющиеся повреждения брюшных органов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ВРАЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЯХ И ОПЕРАЦИЯХ

Поверхностные повреждения

Эти повреждения представляют собой обычно поверхностные ранения мягких тканей полового аппарата — слизистой входа во влагалище, влагалищного свода, влагалищной части матки; они возникают при гинекологическом исследовании, особенно зеркалами, при введении или удалении пессариев, соскальзывании или срыве пулевых щипцов с шейки матки и т. п. В некоторых случаях подобные, сами по себе ничтожные, повреждения приводят к серьезным последствиям лишь потому, что остаются нераспознаваемыми.

Лечение этих повреждений крайне просто: смазывание iodной настойкой, стерильная повязка или закладка, при кровотечении — тампонада, в редких случаях — наложение шва.

Повреждения органов брюшной полости

Большое значение имеют повреждения, возникающие при врачебных манипуляциях (гинекологический массаж, выведение запрокинутой кзади матки и пр.) в глубине половой сферы и особенно в брюшной полости. Сюда относятся случаи кровоизлияния из разорванных брюшинных тяжей и спаек, из лопнувшего фолликула или желтого тела яичника и т. п. В большинстве подобных случаев лечение ограничивается консервативными мероприятиями — покой, холод на живот, болеутоляющие. Только в очень редких случаях при значительном внутреннем кровотечении приходится прибегать к чревосечению (см. раздел «Яичниковые кровотечения»).

Особенное значение приобретают случаи проникающего в брюшную полость повреждения заднего влагалищного свода. Такие повреждения могут возникнуть при чрезмерно энергичном выведении ретрофлексированной матки, при удалении острой ложкой распада из глубокого ракового кратера, который образовался на месте влагалищной части матки при далеко зашедшем раке шейки матки, и пр.

Прободение влагалищного свода (чаще заднего) может произойти не только во время выскабливания раковых масс, но и при последующей каутеризации ракового кратера каленым железом, термокаутером или при электрокоагуляции его.

Каким бы образом ни произошло прободение заднего влагалищного свода, прежде всего важно установить, проникает ли рана в брюшную полость и, что особенно важно, не выпал ли через прободное отверстие во влагалище какой-либо брюшной орган. Если выпадения кишечной петли или сальника или ущемления этих органов во влагалищной ране не произошло и в то же время нет значительного кровотечения, то метод лечения будет консервативным: покой, холод на живот, болеутоляющие средства. Если выпавший из брюшной полости орган не поврежден, то его вправляют в брюшную полость и отверстие в своде дренируют. В случае повреждения брюшного органа или значительного внутреннего кровотечения производится чревосечение (см. главу «Прободение матки»).

В результате неосторожного исследования может возникнуть внутреннее кровотечение вследствие разрыва кровеносного сосуда, проходящего по поверхности опухоли или в ее ножке. Распознавание и показания к операции будут в этом случае основываться на симптомах внутреннего кровотечения. Методика операции та же, что и при удалении опухолей по другим показаниям (см. соответствующие разделы).

Немедленного оперативного вмешательства требуют случаи разрыва какой-нибудь опухоли половых органов при врачебной манипуляции, особенно мешчатой опухоли с инфицированным и гнойным содержимым (пиосальпинкс, овариальный абсцесс, нагноившаяся киста яичника и пр.). Распознавание подобного осложнения весьма просто: опухоль, ясно определяемая при пальпации в начале исследования, тут же под пальцами исчезает. К этому нередко присоединяются явления перитонеального шока или внутреннего кровотечения. В этих случаях показано немедленное чревосечение, удаление лопнувшей опухоли, а также по возможности удаление из брюшной полости излившегося в нее содержимого опухоли. Если содержимое опухоли инфицировано, то брюшная полость в конце операции обильно орошается раствором пенициллина и дренируется или в нее вливают пенициллин (400—800 тысяч единиц) и зашивают брюшную стенку.

Консервативный метод лечения при разрыве опухоли, лежащей в брюшной полости, можно проводить лишь в том случае, если значительного внутреннего кровотечения нет, если опухоль невелика, содержимое ее имеет серозный характер и не инфицировано. Так, например, можно поступить при разрыве небольшого гидросальпинкса или ретенционной кисты фолликула в яичнике и т. п. Но и в этих случаях необходимо тщательное наблюдение за больной, чтобы во-время заметить явления нарастающего внутреннего кровотечения или начинающегося перитонита и немедленно произвести чревосечение.

Прободение матки

Р а с п о з н а в а н и е. Точная, в смысле размеров повреждения, диагностика имеет весьма существенное значение: такая диагностика предопределяет дальнейшие мероприятия, так как если при простом и неосложненном прободении матки в отдельных случаях еще возможно применение консервативного лечения, то при повреждении органа брюшной полости категорически показано немедленное оперативное вмешательство. К сожалению, точная диагностика размеров повреждения при прободении матки часто весьма затруднительна. Мы наблюдали случаи, когда врач даже и не



Рис. 371. Гематома вульвы и влагалища.



Рис. 372. Прободение матки. Извлечена кишечная петля корндавгом, которым произведено прободение (по Липману).

подозревал перфорации или когда объективные симптомы не давали никаких указаний на повреждение какого-нибудь органа брюшной полости, и тем не менее такие осложнения обнаруживались при лапаротомии.

Осложненные повреждения диагностируются чаще, чем неосложненные. В осложненных случаях прободное отверстие обычно большое, вследствие чего бывает сильное кровотечение и нередко наблюдается шок. Главным же симптомом осложненного прободения матки является выпадение через перфорационное отверстие кишечной петли, сальника и других органов (рис. 372). Объективное исследование при обильном внутреннем кровотечении может обнаружить наличие свободной крови в брюшной полости или быстро растущую гематому между листками широкой связки.

Следует указать еще на один симптом, на основании которого нам несколько раз удавалось диагностировать прободение матки в тех случаях, когда врач, производивший выскабливание, этого прободения не распознал. Данные, которые на словах сообщались оперировавшими и истолкование которых приводило нас к указанному диагнозу, заключались в следующем: во время выскабливания врач замечает, что кюретка перестает удалять части плодного яйца, а кровотечение продолжается или даже усиливается и, следовательно, нет данных, указывающих на то, что полость матки вполне опорожнена. Если это отмечается в самом начале операции, когда плодное яйцо полностью еще не могло быть удалено, подобное кровотечение весьма подозрительно на перфорацию (рис. 373).

Если же кровотечение происходит в конце операции и кюретка, свободно эскурсируя в полости, новых масс плодного яйца не выводит, а кровотечение продолжается, то либо опорожнение матки не закончено и в ней остался кусочек плодного яйца, либо кюретка находится не в полости матки, а в брюшной полости (рис. 374, 375) или в клетчатке таза. В подобных случаях нередко внезапно возникает острая боль или наступают явления шока, что служит значительным подтверждением диагноза прободения. Разумеется, что приведенный симптом начинающий и неопытный врач может усмотреть там, где перфорации нет, как, например, в начале операции, когда он еще не определил кюреткой места прикрепления плодного яйца и манипулирует в полости матки между ее стенкой и плодным яйцом или даже в канале шейки.

Уверенность в том, что произошло прободение, появляется, повторяем, главным образом тогда, когда из матки выпадает или извлекается какой-либо орган брюшной полости. В других же случаях можно лишь заподозрить перфорацию, так как многие симптомы, появляющиеся при перфорации, встречаются и при других патологических состояниях. Так, например, шок, явления внутреннего кровотечения, внезапные боли могут вызвать подозрение на внематочную беременность, с которой иногда и приходится дифференцировать прободение матки. Впрочем, дифференциальная диагностика между перфорацией матки и внематочной беременностью большого практического значения не имеет, так как и в том, и в другом случае необходимо немедленное оперативное вмешательство.

Одним из методов диагностики прободения матки является контрольное зондирование полости матки. Следует сказать, что даже при многократном введении зонда в полость матки и тщательном ощупывании им стенок матки можно не обнаружить прободного отверстия, если оно мало. При настойчивых же попытках отыскать перфорационное отверстие зонд может прибавить новые перфорационные отверстия или произвести прободение в матке, которая только ошибочно была сочтена за перфорированную. Контрольное зондирование противопоказано в тех случаях, когда полость матки инфицирована или имеется подозрение на



Рис. 373. Прободение передней стенки матки при ее ретрофлексии произошло в начале выскабливания, когда плодное яйцо еще не было удалено.

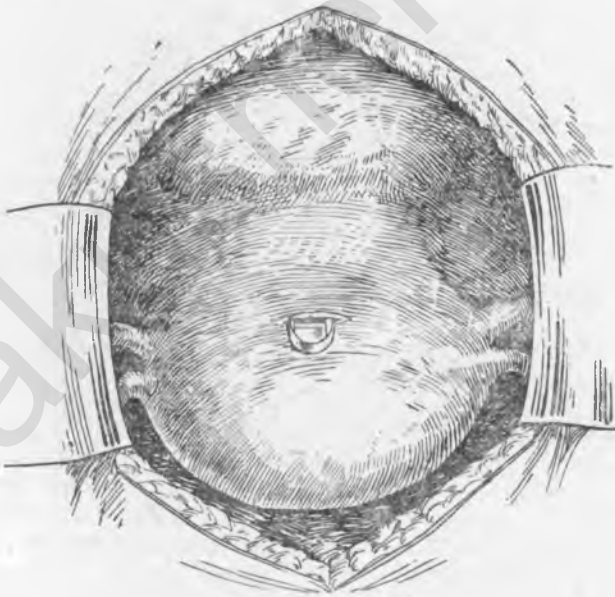


Рис. 374. Прободение матки произведено кюреткой. Манипулируя инструментом в брюшной полости, врач не извлекает наружу частей плодного яйца.

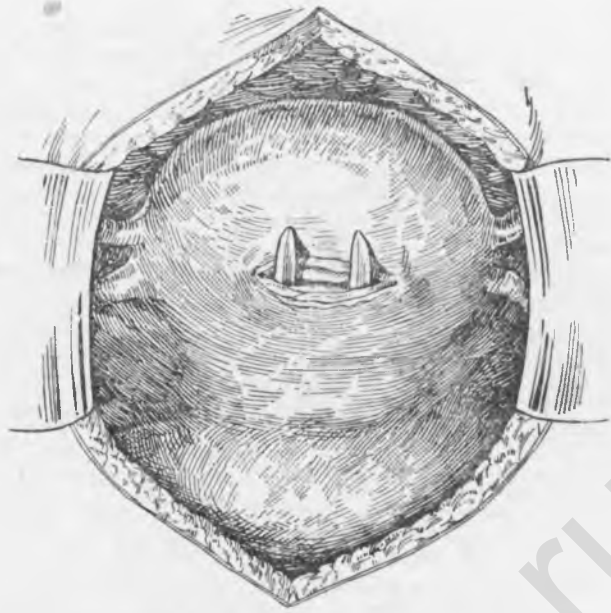


Рис. 375. Прободение матки произведено корнцангом.
Большое отверстие в матке.

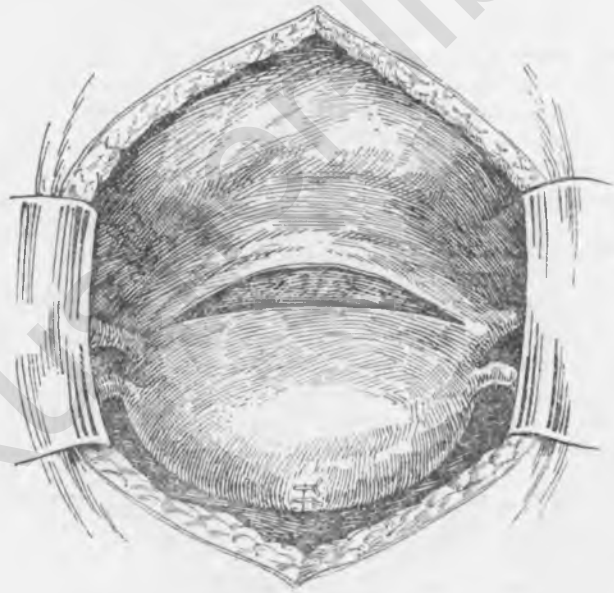


Рис. 376. Прободение матки. Произведено чревосечение. Наложены швы на перфорационное отверстие в дне матки. Для изоляции зашитого перфорационного отверстия от брюшной полости можно использовать листок вскрытой пузырьно-маточной складки брюшины. Пузырно-маточная складка брюшины вскрыта поперечным разрезом от одной круглой маточной связки до другой.

инфекцию, так как при зондировании из полости матки новые массы инфекционного начала могут проникнуть в брюшную полость или тазовую клетчатку. Таким образом, контрольное зондирование допустимо прежде всего только в тех случаях, в которых возможность инфекции совершенно исключена. В тех случаях, когда имеется более или менее реальное подозрение на перфорацию и выжидательно-консервативное лечение представляет опасность, необходимо прибегнуть к другим диагностическим методам. При наличии инфекции можно применить с диагностической целью заднюю кольпотомию. Эта операция проста и менее опасна для инфицированной больной, нежели пробное брюшностеночное чревосечение. В настоящее время, когда мы, применяя местную и общую пенициллинотерапию, успешно боремся с инфекцией брюшной полости и при брюшностеночном чревосечении, задняя кольпотомия в значительной степени потеряла свои преимущества. В настоящее время в тех случаях, когда возникает необходимость уточнить диагноз прободения матки, методом выбора является брюшностеночное чревосечение.

Необходимые сведения для дифференциального диагноза можно иногда найти в анамнестических данных. Так, если достоверно известно, что до выскабливания у больной никакого воспалительного процесса не было и перитонеальные явления начались непосредственно после выскабливания, то подозрение на перфорацию получает некоторое подтверждение, ибо асцендирующий путь инфекции через трубы требует обычно больше времени, чем инфекция брюшины через перфорационное отверстие. Необходимо подчеркнуть, что такой ход развития заболевания наблюдается далеко не всегда. Иногда, впрочем, и после перфорации воспалительный процесс брюшины развивается медленно и не сразу приводит к тяжелому состоянию; с другой стороны, острое воспаление брюшины может начаться бурно непосредственно после аборта, хотя перфорации при этом не произошло. Так, например, может случиться при прорыве в брюшную полость гнойника (пиосальпинкса), не распознанного перед выскабливанием, но такие случаи очень редки. Обычно же бурное начало и быстрое нарастание перитонеальных явлений непосредственно после выскабливания указывают на перфорацию особенно в тех случаях, когда эти явления разгрызаются на глазах врача, производившего выскабливание и хорошо, следовательно, знакомого с ходом операции.

Показания к операции. Не подлежит сомнению, что в ряде случаев прободение матки может окончиться благополучно без всякого оперативного вмешательства. Доказательством являются те случаи, при которых прободение своевременно не было распознано и последствия его в виде рубца на матке были случайно обнаружены при лапаротомии, предпринятой по другому поводу. Еще убедительнее обнаружение при лапаротомии врастания сальника в толщу стенки матки.

Но, для того чтобы применить консервативный метод лечения, необходимо быть совершенно уверенным, что прободное отверстие мало, внутреннего кровотечения нет, больная не инфицирована, в полость матки не выпала кишечная петля или сальник, брюшные органы не повреждены и нет никаких других побочных повреждений. Об этом можно думать лишь тогда, когда прободение произведено зондом, тонким расширителем, но отнюдь не такими инструментами, как кюретка, абортцанг или корнцанг. При перфорации зондом или тонким бужом маленькое отверстие может благодаря сокращению маточной мускулатуры быстро закрыться и не вызвать значительного кровотечения, однако все внутриматочные манипуляции должны быть немедленно прекращены. Влагалище плотно тампонируют, впрыскивают питуикрин Р или эрготин, на живот кладут давящую повязку,

лед. Против развития инфекции проводят общую пенициллинотерапию. При такой консервативно-выжидательной терапии необходимо, однако, внимательно следить за состоянием больной, чтобы не упустить момента, когда кровотечение или начинающийся перитонит потребуют оперативного вмешательства.

Если при операции выскабливания применялись большие кюретки, то и отверстие в матке будет большое. В случаях же большого отверстия в асептических и не осложненных ранениями других органах всегда показано оперативное вмешательство, во-первых, потому, что при больших повреждениях бывает сильное кровотечение, во-вторых, потому, что если такая рана и закроется самостоятельно, то оставшийся после нее широкий рубец представит собой *locus minoris resistentiae*: на месте этого рубца при последующих родах может произойти разрыв матки.

М е т о д и к а о п е р а ц и и. Операции по поводу прободения матки принадлежат к числу неотложных. Подготовка к операции производится поэтому только непосредственно перед операцией и состоит в основном лишь в опорожнении мочевого пузыря и дезинфекции брюшной стенки и наружных половых органов. Что касается дезинфекции влагалища и влагалищной части матки (при операции может возникнуть необходимость удалить матку), то их следует тщательно протереть стерильными марлевыми туфферами, смоченными спиртом, а затем смазать 5% иодной настойкой. Делать влагалищные спринцевания ни в коем случае недопустимо, так как промывная жидкость вместе с содержимым влагалища может попасть в матку и через перфорационное отверстие — в брюшную полость или тазовую клетчатку.

Обезболивание может быть произведено любым способом, применяемым при чревосечениях. Учитывая же нервно-психическое состояние, в котором в большинстве случаев находится больная, столь неожиданно подвергающаяся чревосечению, следует предпочесть общий наркоз, чаще всего ингаляционный эфирный наркоз.

Р а з р е з б р ю ш н о й с т е н к и. Если нет подозрения на наличие побочных повреждений, то можно применить поперечный или продольный разрез брюшной стенки. Если подозревают повреждение органов брюшной полости, следует предпочесть продольный разрез (см. ниже).

Вопрос о том, как поступить с перфорированной маткой, решают главным образом в зависимости от наличия или отсутствия инфекции. При наличии инфекции удаление матки является наиболее надежным методом лечения. В тех случаях, когда инфекция только подозревается, решение зависит от ряда условий, среди которых играет роль возраст больной и наличие у нее детей. Если больная уже не молода и у нее есть дети, то при подозрении на инфекцию следует матку удалить; если больная молодая и детей у нее нет, то лишь при подозрении на инфекцию нужно сохранить матку, зашить перфорационное отверстие (после того, как края его будут сглажены скальпелем или иссечены) отдельными кетгутowymi лигатурами. Кроме этого, надо изолировать зашитое перфорационное отверстие от общей брюшной полости. Изоляцию зашитого перфорационного отверстия в матке можно произвести (рис. 376) брюшиной мочевого пузыря, которая при беременности легко отделяется вместе с мочевым пузырем от шейки матки так, что ею можно покрыть и дно матки (рис. 377, 378 и 379). Если перфорационное отверстие находится в задней стенке матки, то для его прикрытия можно воспользоваться сальником или сигмовидной кишкой.

Перед закрытием брюшной полости в нее вводят пенициллин, а в послеоперационном периоде проводят общую пенициллинотерапию.

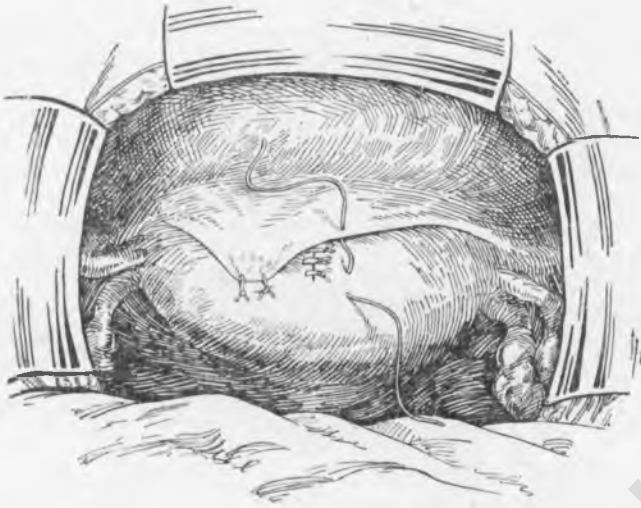


Рис. 377. Прободение матки. Чревосечение. Наложены швы на матку. Вскрыта пузырно-маточная складка брюшины. Край брюшины мочевого пузыря пришивают ко дну матки, прикрывая швы на матке.

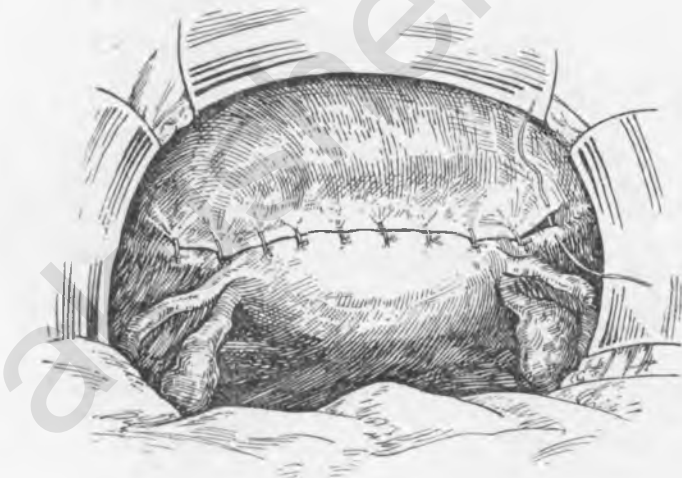


Рис. 378. Прободение матки. Чревосечение. Зашитое перфорационное отверстие прикрывают пузырным краем пузырно-маточной складки брюшины, вскрытой от одной круглой маточной связки до другой. Если последнее условие не будет соблюдено, могут возникнуть тяжелые осложнения (см. рис. 379).

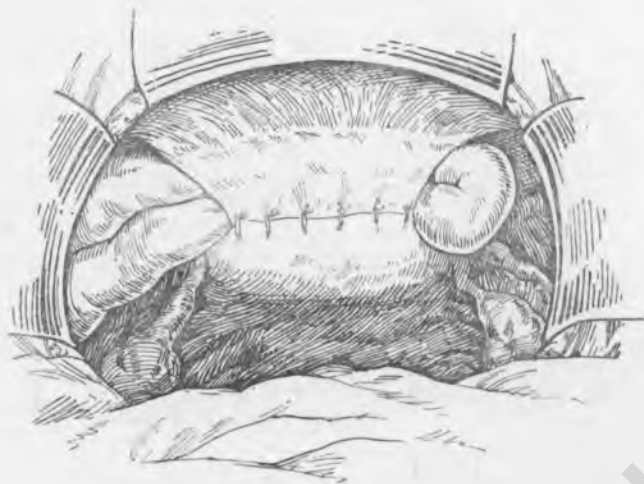


Рис. 379. Прободение матки. Если при чревосечении и перитонизации зашитого перфорационного отверстия при помощи пузыряного листка брюшины край этого листка не будет пришит ко дну матки точно от одной до другой круглой маточной связки, может произойти ущемление кишечной петли, проскользнувшей под брюшинный листок.

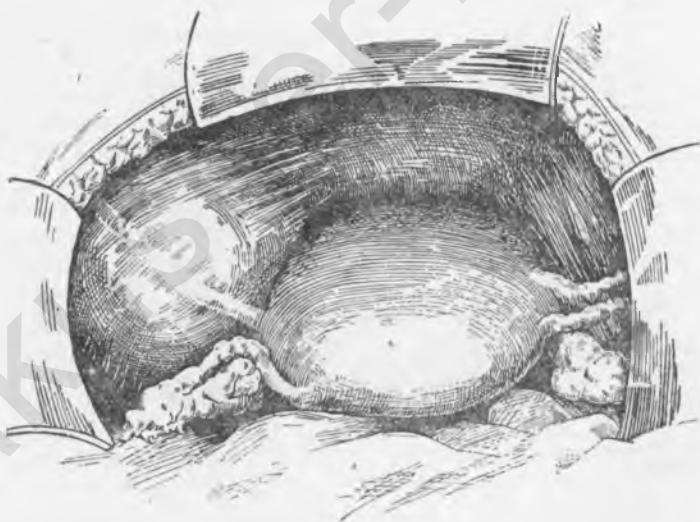


Рис. 380. Прободение матки, не проникающее в брюшную полость. Прободное отверстие ведет в левый параметрий, где образовалась большая гематома. Круглая маточная связка выпячивается гематомой, распространившейся вверх между листками широкой связки.

Что касается метода операции при наличии развившегося перитонита, то при тяжелом состоянии больной иногда приходится ограничиться вскрытием и дренированием брюшной полости. Но если состояние больной позволяет, то, конечно, лучше удалить матку.

Абсолютно показана экстирпация перфорированной матки при злокачественных новообразованиях (рак, деструктирующий пузырный занос, хорioniэпителиома). Иногда экстирпацию матки приходится произвести при значительном повреждении в области шейки матки, которое сопровождается образованием большой гематомы в параметрии (рис. 380 и 381).

При повреждениях, локализующихся в области шейки, в клетчатке таза, между листками широкой связки образуется гематома, принимающая иногда большие размеры. Через перфорационное отверстие в подбрюшинные пространства могут попасть и части плодного яйца. В этих случаях

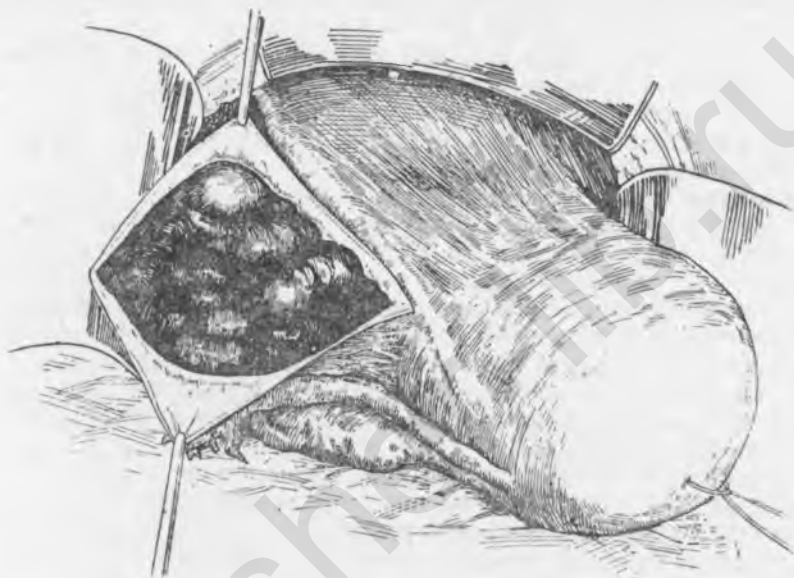


Рис. 381. Прободение матки, не проникающее в брюшную полость. Чревосечение. Матка оттянута вправо. Вдоль левой круглой связки проведен разрез через передний листок широкой связки. В глубине видна большая гематома, после удаления которой может быть сделан надежный гемостаз и зашито перфорационное отверстие.

главной задачей является не только удаление гематомы и частей плодного яйца, а надежный гемостаз, для чего нередко приходится отыскать и перевязать поврежденный сосуд. Что касается выбора метода операции, то многие авторы считают наличие гематомы в широкой связке показанием к удалению матки, другие этого не признают. Мы считаем, что если гематома небольшая и большая не инфицирована, то можно применить консервативный метод операции: вскрыв брюшную полость и обнаружив в подбрюшинном пространстве гематому, разрезаем над ней листок брюшины, покрывающий ее, удаляем сгустки крови, обкалываем кровоточащие сосуды и снова зашиваем брюшину двухъярусным швом.

При наличии инфекции консервативный метод операции нецелесообразен. Так как при остановке кровотечения в поврежденном параметрии легко поранить мочеточник, то прежде чем приступить к перевязке сосудов и обкалыванию кровоточащих мест, следует проследить ход мочеточника. Для этого необходимо рассечь передний листок широкой связки

вплоть до мочевого пузыря, после удаления гематомы проследить ход мочеточника и маточных сосудов и перевязать последние.

Если при прободении матки была извлечена и повреждена кишечная петля, то Д. О. Отт не рекомендует делать попыток к ее вправлению, во-первых, чтобы не загрязнить брюшную полость и, во-вторых, чтобы не искать среди кишечных петель поврежденного участка. Кишечную петлю, подлежащую резекции, не нужно при лапаротомии извлекать из перфорационного отверстия не только до резекции, но и после нее. Резецированная часть кишки остается в матке и извлекается из влагалища.

При повреждении сальника или кишки могут потребоваться самые разнообразные мероприятия, начиная от простого обкалывания кровотока сосуда сальника или наложения ламбертовского шва на поврежденный серозный покров кишки и кончая резекцией того или иного отрезка кишки, наложения противоестественного заднего прохода и пр.

Удаление из перфорированной матки остатков плодного яйца. Если при операции брюшностеночным или влагалищным путем матку экстирпируют, то вопрос об удалении остатков яйца из полости матки отпадает. Если же перфорационное отверстие в матке зашивают, то возникает вопрос, как поступить с оставшимися в полости матки частями плодного яйца.

Мы предпочитаем и считаем единственно правильным производить опорожнение матки через перфорационное отверстие, которое в случае необходимости увеличиваем при помощи разреза. Это легко произвести как при кольпотомии, так и при лапаротомии. При этом мы тщательно обкладываем матку марлевыми салфетками, которые предохраняют брюшную полость от попадания в нее остатков плодного яйца.

Удаление остатков плодного яйца через перфорационное отверстие при лапаротомии имеет то преимущество, что не требуется перемены положения больной.

Желательно также применять при операциях по поводу прободения матки, даже при отсутствии подозрения на инфекцию, общую и местную пенициллинотерапию (введение пенициллина в брюшную полость, подбрюшинные пространства и клетчатку, в полость матки, если она сохраняется).

ЛИТЕРАТУРА

- Бондарев П. Г., К вопросу о повреждениях влагалища, Журнал акушерства и женских болезней, 1912.
- Брауде И. Л., Прободение матки, М., 1921.
- Васильев П. Ф., Случай перфорации матки с повреждением кишечника, Журнал акушерства и женских болезней. 1916, № 5—6, стр. 493—498.
- Гершуи М. М., К казуистике инородных тел в матке, Журнал акушерства и женских болезней, 1912, стр. 211—224.
- Греков И. И., К лечению кишок и брыжейки и пр. при акушерско-гинекологических операциях, Русский врач, 1910.
- Груздев В. С., К вопросу об инородных телах в брюшной полости и об отношении к ним брюшины, Русский врач, 1910.
- Давыдов Н. Ф., Перфорации беременной матки и их лечение, Труды I Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов, 1927.
- Егоров А. С., К казуистике разрывов влагалища, Гинекология и акушерство, 1931, № 5.
- Жордания И. Ф., Огнестрельные ранения мочеполовых органов у женщин, Труды санитарного управления I Прибалтийского фронта, Рига, 1945.
- Кривский Л. А., Случай прободения матки при производстве искусственного выкидыша с выходением бужа в брюшную полость, Журнал акушерства и женских болезней, 1914, № 1.

- К р и с т а л И. Я., Случай огнестрельного ранения живота на IX месяце беременности, Акушерство и гинекология, 1940, № 2.
- М и р о н о в а С. М., Повреждения женских половых органов. Инородные тела, глава XXI в кн. Кривского: «Руководство по женским болезням», Л., 1927.
- О п е л ь В. А., К вопросу о кишечной хирургии в гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1908.
- Ч е р т о к Р. А., К вопросу об инородных телах в матке, Врачебная газета, 1913.
- Ш м у н д а к Д. Е., К вопросу о перфорации матки при искусственном аборте, Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов, 1927.
- Ш т е р н б е р г В. М., Случай множественного ранения живота на X лунном месяце беременности с выпадением сальника, Гинекология и акушерство, 1935, № 5.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВОЗНИКШИХ ПРИ ПРОВОДЕНИИ МАТКИ

Побочные повреждения, сопровождающие прободение матки, таит в себе подчас опасность, резко ухудшающую относительно благоприятное течение основной болезни.

В этих случаях, как при других проникающих ранениях брюшной стенки, мы в целях предупреждения тяжелых осложнений считаем показанным пробное чревосечение для установления места и степени повреждения, а также оказания необходимого пособия.

Хорошее знание основ техники чревосечений так же, как и операций на кишечнике, необходимо поэтому каждому акушеру-гинекологу.

Лучшим доступом, позволяющим хорошо обследовать органы живота и кишечника с его брыжейкой, является срединное чревосечение от лонного сочленения до пупка, которое в случае необходимости может быть продолжено вверх.

Хорошее, предпочтительно общее, обезболивание с полным расслаблением брюшных стенок обеспечит широкую возможность обследования органов брюшной полости.

Тщательная, заботливая защита подкожной и предбрюшинной клетчатки области разреза путем обкладывания марлевыми салфетками, пристегиваемыми к краям брюшины, предупредит возможное загрязнение и нагноение раны и последующее развитие грыжи.

Наличие крови между кишечными петлями может заставить в поисках источника кровотечения произвести ревизию малого таза.

Не найдя его здесь, мы исследуем сальник, кишечник и брыжейку. Зажимом отмечается первая попавшаяся петля тонкой кишки, после чего кишечная трубка пропускается между пальцами в проксимальном и дистальном направлении и осматривается вместе с брыжейкой.

В случае обнаружения повреждения петли кишки на нее накладывается кишечный жом, предохраняющий от дальнейшего вытекания кишечного содержимого. Петля эта обкладывается марлевой салфеткой и остается пока непогруженной. Наоборот, осмотренные неповрежденные петли кишок и брыжейка погружаются в брюшную полость.

Планомерные поиски могут обнаружить:

1) повреждения сосудов; гематому сальника без кровоизлияния в брюшную полость, кровоточащий сальниковый сосуд, гематому брыжейки, кровоточащий сосуд брыжейки, отрыв брыжейки от кишечной трубки, подсерозную гематому кишечника;

2) повреждения кишечной трубки в виде: ушиба кишечника, проникающего ранения кишечника, точечного ранения, зияющего резаного или рваного ранения, занимающего большую или меньшую часть окружности

кишечной трубки, причем края могут носить следы более или менее сильного разможнения;

3) загрязнение соседних участков брюшины и кишечных петель калом;

4) воспаление брюшины большого или меньшего распространения, большей или меньшей давности.

Гематома сальника. Если, осматривая сальник, мы находим на нем гематому и она расположена у края, то край после перевязки его отсекается. Если же гематома расположена в центре сальника, то при умеренном объеме она захватывается щипцами, вытягивается вверх, причем образуется очаг похожий на опухоль, сидящую на ножке, которая и отсекается после перевязки у основания. Значительных же размеров гематомы обкалываются и иссекаются, после чего зашивается образовавшаяся в сальнике щель.

Повреждения брыжейки кишки. Небольшие гематомы брыжейки, не увеличивающиеся на наших глазах и не нарушающие питание кишки, мы не трогаем. Если же они увеличиваются, то в дальнейшем механически нарушают питание прилегающего кишечного участка. Эта опасность увеличивается вследствие воспалительного выпотевания между листками брыжейки в случае присоединившейся инфекции.

Где провести здесь границу, может научить только опыт. Однако, как правило, нарастающие гематомы брыжейки, угрожающие жизни кишки, требуют резекции соответствующего участка кишки.

Если брыжейка оторвана, то с размерами отрыва растет опасность омертвления кишки. Небольшие размеры, не превышающие 1 см при отсутствии травмы кишечной трубки, позволяют нам ограничиться инвагинацией и обшиванием в два этажа оторванного участка кишечной трубки, после чего закрывается щель в брыжейке.

При отрыве брыжейки на протяжении больше 1 см показано иссечение соответствующего участка кишечной трубки (см. ниже).

Повреждения кишечной трубки. Небольшую подсерозную гематому кишечной трубки мы внедряем в кишечную стенку, окружив ее одноэтажным кисетным швом. При больших размерах, так же как и при повреждении на некотором протяжении серозного покрова, мы складываем приводящий и отводящий конец данной кишечной трубки наподобие двустволки, покрывая, таким образом, дефекты за счет соседнего участка. Это никоим образом не должно отразиться на проходимости кишечного просвета.

Можно, конечно, перитонизировать дефект серозной оболочки за счет сальника в виде пластики, предпочтительно свободной.

Точечные ранки кишки без выпадения слизистой оболочки и небольшие ранения с выпадением надежно закрывают одноэтажный кисетный шов. По мере того как ранение приближается к типу резаной раны, приходится зашивать ее двухэтажным швом, причем первый, непрерывный кетгутый шов захватывает все три слоя кишечной стенки, второй же, узловый шелковый, — серозно-мышечный слой.

Во избежание сужения просвета большие раны кишки зашивают в поперечном направлении.

Полная перерезка кишечной трубки при целости брыжейки, даже с некоторым разможением, допускает круговой двухэтажный шов, конечно, после удаления краев раны.

Некоторые хирурги рекомендуют пользоваться для толстых кишок трехэтажным швом.

Резекция кишки. Допустим, что решено сделать резекцию. В таком случае предварительно защищают операционное поле от вытекания кишечного содержимого при помощи зажимов, накладываемых на приво-

дядные и отводящие концы кишечной трубки, или же при помощи временных лигатур, прокалываемых через место прикрепления брыжейки к кишке и сдавливающих кишечный просвет до соприкосновения слизистой оболочки.

Рассматривая на свет брыжейку, видят сосуды, питающие подлежащий иссечению участок кишки. Перевязав сосуды, рассекают брыжейку между лигатурами (рис. 382). Отгородив марлевыми салфетками или полотенцем органы брюшной полости и рану, рассекают между зажимами удаляемый участок кишки в двух местах (рис. 383). Полученные два просвета приводящего и отводящего отрезков кишки приближают друг к другу боковыми поверхностями в виде двустволки (рис. 384).

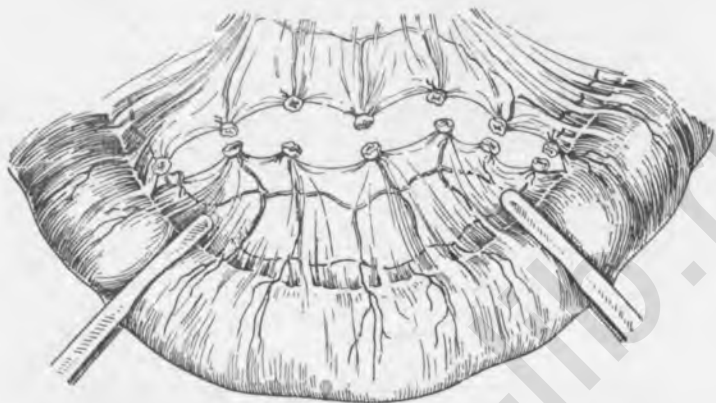


Рис. 382. Резекция кишки. Перевязаны сосуды брыжейки, рассеченной между лигатурами.

Сначала сшиваются прилегающие друг к другу края просветов кишок через все слои непрерывными кетгутowymi швами следующим образом. Длинная кетгутсовая нитка проходит через один листок брыжейки, мышечный слой и другой листок брыжейки одного отрезка кишки и через один листок брыжейки, мышечный слой и другой листок брыжейки другого отрезка кишки (рис. 384, А). После этого нитка завязывается так, что короткий конец ее остается в виде держалки, а длинный используется для продолжения непрерывного шва (рис. 384, Б). Шов этот, проходя через все слои, соединяет прилегающие края просветов кишок и доводится до противоположного прикреплению брыжейки края кишки (рис. 384). Начиная с этого места, шов продолжается для соединения краев передней полуокружности просветов кишок.

Для обеспечения прилегания серозных оболочек иглу при этом шве вкалывают всякий раз со стороны слизистой оболочки (рис. 385). Шов этот заканчивают связыванием конца нитки с начальной держалкой. Таким образом, заканчивается первый этаж кишечного шва.

С кишки снимают жомы. Убирают загрязненные марлевые салфетки и инструменты. Моют руки раствором сулемы или меняют перчатки. Поверх полученного шва кладут по всей окружности узловые шелковые серозно-мышечные швы с интервалом в 1 см друг от друга. Швы эти отстоят от первого этажа на 0,5 см (рис. 386). Остается зашить отверстие в брыжейке, что достигается наложением нескольких тонких узловых шелковых швов. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не ранить при этом сосудов брыжейки (рис. 386).

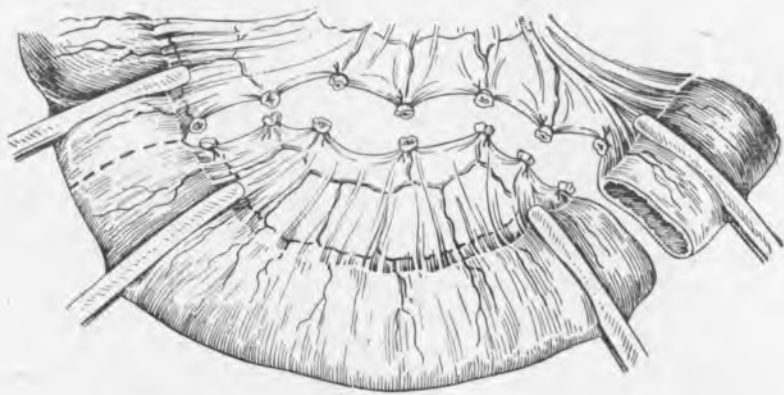


Рис. 383. Резекция кишки. Между кишечными жомами рассечена кишка с одной стороны и пунктиром показано место рассечения с другой стороны.

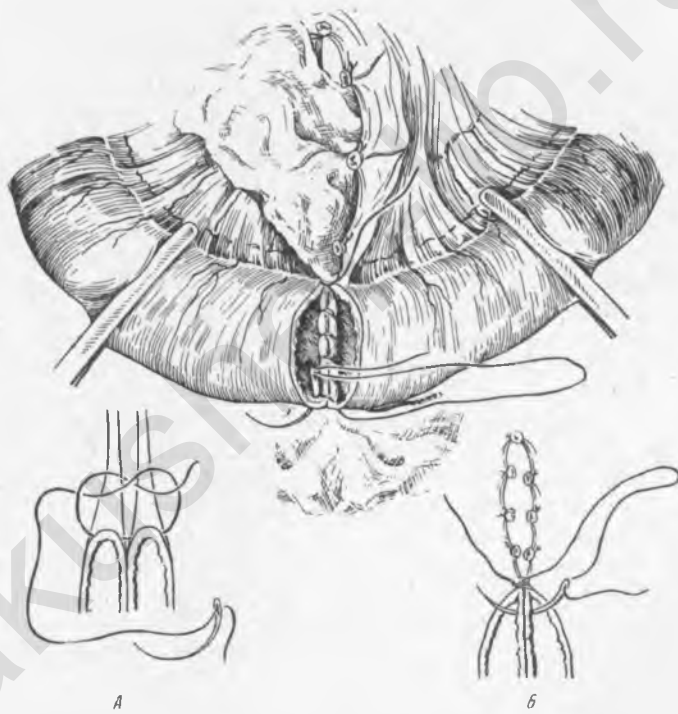


Рис. 384. Резекция кишки. Оба просвета кишки приложены друг к другу. Сшиваются непрерывным кетгутовым швом края задней стенки через все слои кишки.
 А — резекция кишки; нитка проходит через оба листка брыжейки и мышечный слой прилегающих просветов кишок и завязывается.
 Б — длинным концом нитки прошиваются края задней стенки просветов кишки.

Описанный способ резекции, заканчивающийся так называемым концевым соустьем, требует от хирурга известного опыта и навыка в кишечных операциях. Особого внимания требует шов у места прикрепления



Рис. 385. Резекция кишки. При переходе шва на переднюю стенку кишки игла вкалывается со стороны слизистой оболочки. Заканчивается первый этаж кишечного непрерывного шва.

брыжейки к кишке. Неточное соблюдение описанной техники наложения этого шва не даст герметизма и может привести к расхождению его и возникновению перитонита. Неправильное наложение второго этажа швов может привести к сужению просвета кишки.

Технически легче и не даст описанных выше осложнений второй метод резекции кишки, заканчивающийся так называемым боковым соустьем. После перевязки и рассечения брыжейки, как при первом способе (рис. 382), мы по ту и другую сторону поврежденного участка кишки накладываем по две крепких лигатуры. Рассекая между лигатурами кишку, с одной стороны смазываем подной настойкой слизистую культи ее, накладываем кисетный шов и погружаем в него культи кишки (рис. 387). Прodelываем то же и с другой стороны (рис. 387). Таким образом, получаютcя две культи приводящего и отводящего отрезков кишки. Прикладываем эти культи друг к другу боковыми поверхностями на протяжении 6—8 см и сшиваем их между собой узловыми тонкими серозно-мышечными шелковыми швами (рис. 388). Срезаем нитки, оставляя длинными только две крайние. После этого вскрываем, отступя на 0,5 см от наложенного шва, оба отрезка кишок продольными разрезами, не доходящими на 1 см до концов первого шва (рис. 389). Сшиваем



Рис. 386. Резекция кишки. Поверх непрерывного кетгутового шва накладываются узловые шелковые швы по всей окружности кишки. Ушивается отверстие в брыжейке.

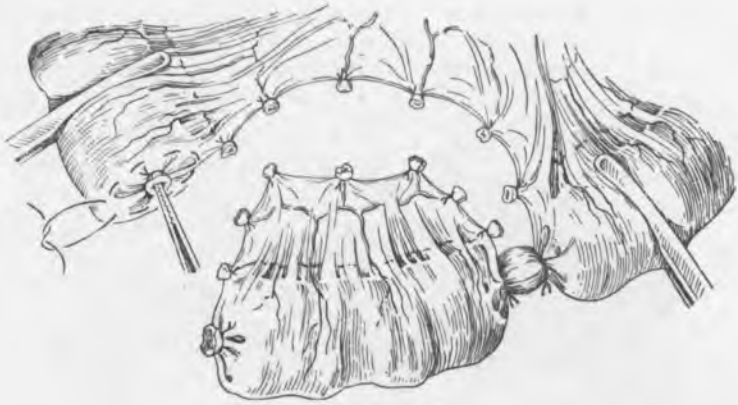


Рис. 387. Резекция кишки. Наложены две крепкие лигатуры на кишку (справа). Кишка между лигатурами перерезана. Культи погружается кисетным швом (слева).



Рис. 388. Резекция кишки. Боковые поверхности приложенных друг к другу культей кишки сшиваются узловыми шелковыми швами.

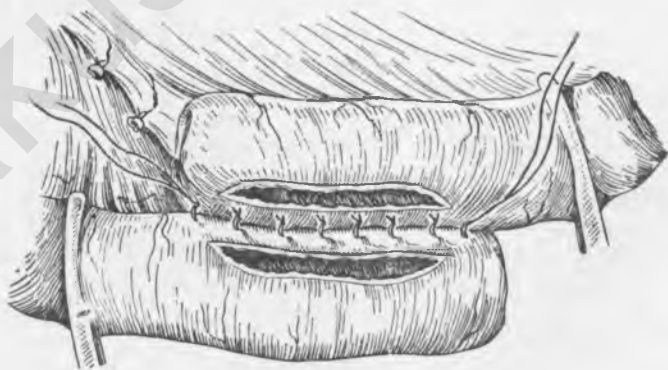


Рис. 389. Резекция кишки. Оба отрезка кишки вскрыты продольными разрезами.

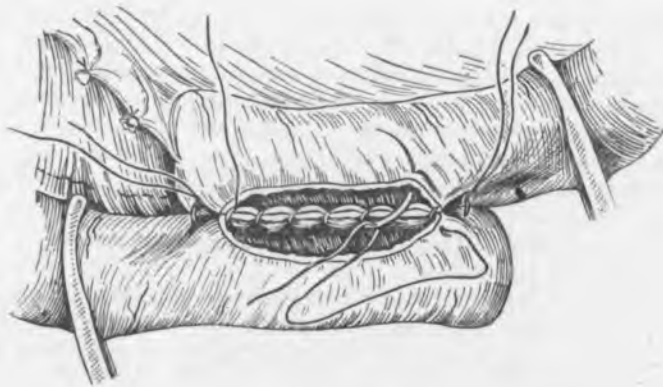


Рис. 390. Резекция кишки. Прилегающие края вскрытых кишок сшиты непрерывным кетгутовым швом.

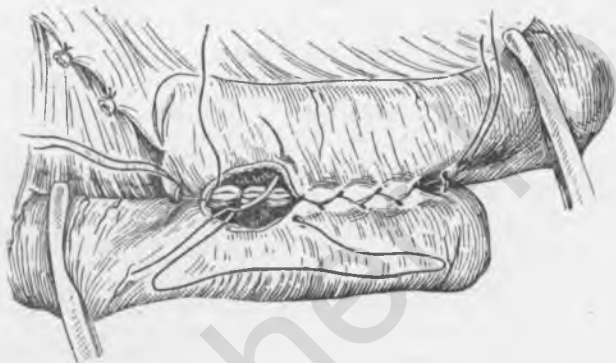


Рис. 391. Резекция кишки. Непрерывный шов продолжается на переднюю стенку путем вкалывания иглы со стороны слизистой оболочки.



Рис. 392. Резекция кишки. Поверх непрерывного кетгутового шва накладываются узловые шелковые швы.

сначала прилегающие края разрезанных кишок между собой непрерывным кетгуттовым швом, проникающим через все слои кишки (рис. 390). Продолжаем этим же швом сшивать противоположные друг другу края разрезов кишок, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки (рис. 391). Закончив круговой шов разрезов кишок, мы конец нитки связываем с началом ее. Теперь мы погружаем этот шов узловыми серозно-мышечными шелковыми швами, отступая на 0,5 см от него. Швы эти мы кладем от одной оставленной нами длинной шелковой нитки до другой с интервалом в 1 см (рис. 392). Далее следует наложение нескольких узловых швов на отверстие в брюшке.

Как и при первом способе резекции кишки, марлевые салфетки убирают, брюшную полость тщательно осушивают марлевыми салфетками. Брюшную стенку зашивают послойно наглухо после введения в брюшную полость 200 000—300 000 единиц пенициллина в сухом виде или растворе. В случаях загрязнения подкожной клетчатки лучше кожу оставлять незашитой. При благоприятном течении можно через несколько дней сблизить края раны вторичным швом.

Среди повреждений во время гинекологических операций встречаются и ранения мочевых путей (см. «Вопросы урогинекологии»).

ОПЕРАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Показания к операции. Вопрос об оперативном создании влагалища при его отсутствии, вследствие аплазии или атрезии, в свое время подвергался дискуссии. В настоящее время он утратил свою первоначальную остроту. Физически и психически страдающая женщина, имеющая столь тяжелый анатомический дефект, как отсутствие влагалища, конечно, требует помощи. Однако необходима сдержанность в оценке показаний к образованию искусственного влагалища, так как все принятые в настоящее время методы сопровождаются еще довольно высокой смертностью, не говоря уже о многочисленных и тяжелых осложнениях, как образование кишечных фистул, недержание кала, газов и пр. Надо весьма тщательно взвесить и продумать показания, прежде чем приступить к операции, т. е. подвергать здоровую женщину, не имеющую витальных показаний к вмешательству, операции, связанной со смертельным риском развития перитонита или сепсиса. Это оперативное пособие вряд ли целесообразно у женщины с половой холодностью, не испытывающей особых лишений от невозможности полового сношения, или же когда рудимент влагалищного мешка, а иногда и просто выпячивание на его месте так или иначе обеспечивают половую жизнь. Только наличие дефекта не должно служить показанием к его устранению; тем более недопустимо уговаривать женщину на производство операции, так как, повторяем, процент смертности, воспалительных осложнений и образования функциональных недостаточностей при всех принятых в настоящее время способах образования искусственного влагалища все еще остается значительным. Освещение вопросов отсутствия влагалища и недоразвития внутренних гениталий, так же как описание истории развития кольпопоза (образования искусственного влагалища) и подробное изложение всех существующих модификаций этой операции, не входят в задачу настоящего руководства и желающие познакомиться с этим вопросом должны обратиться к специальным монографиям (В. Ф. Снегирев, Д. Д. Попов, Н. Р. Барановский, А. Э. Мандельштам, К. Н. Рабинович). Мы рассмотрим только основные из принятых в настоящее время операций. Все многочисленные методы распадаются на два основных: пластические операции трансплантации эпителиальных лоскутов и использование для пересадки кишечных отрезков.

Основой как тех, так и других послужило предложенное в 1817 г. Дюпюитреном (Dupuytren) расслоение клетчатки между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины или шейки матки. Этот способ был предложен для опорожнения гематометры, а также мог обеспечивать невозмож-

ный до операции половой акт. Однако это мероприятие не достигало ни одной из намеченных целей: проход сморщивался, рубцевался и зарастал. Необходимо было создать в просвете образованного канала эпителиальную поверхность.

Пластические операции

Пластические операции заключаются в пересадке покрытых эпителием тканей в образованное дюпюитреновское ложе. В качестве материала предлагали и пересаживали кожу с близлежащих областей бедер, причем использовались лоскуты кожи на питающей ножке и в виде свободной пересадки.

Для трансплантации применяли также слизистую, полученную с малых губ путем их расщепления или с малых губ и с внутренней поверхности больших, применяли также комбинацию пересадки кожи и слизистой. Ксидо и Д. О. Отт пытались использовать в качестве трансплантата брюшину. Бюргер предложил кольцо из оболочек плодного яйца. Такое большое количество предложений пластических материалов уже свидетельствует, что ни один из них не оправдал себя полностью: кожа была суха, порой покрывалась волосами, сморщивалась; брюшинные поверхности склеивались, вновь образованный канал сужался и облитерировался, лишь в единичных случаях удавалось получить функциональный эффект в смысле возможности полового сношения.

Пластический метод был не более, как исторический этап в развитии кольпопоза, и только предложение пересадки во вновь образованный ход полого органа, покрытого слизистой оболочкой, мало отличающейся от слизистой нормального влагалища, позволило операции создания искусственного влагалища получить распространение.

Пересадка отрезков кишечной трубы. Первым предложил использовать кишечную трубку для образования влагалища В. Ф. Снегирев (1894), явившийся основоположником современной методики кольпопоза. Он предложил при помощи удаления копчика, резекции нижней части прямой кишки и перемещения верхнего отрезка в копчиковую рану создавать противоестественный задний проход; нижний же отрезок прямой кишки соединять с входом в отсутствующее влагалище путем рассечения сфинктера и промежности, создавая искусственную половую щель и влагалище из прямой кишки. В операции В. Ф. Снегирева ценна идея использования кишки, которую с успехом применили последующие авторы, сам же метод как уродующий, избилующий многими недостатками не мог претендовать на широкое применение.

Балдвин (1904) предложил использовать для образования влагалища петлю тонкой кишки.

Операция Балдвина. Операция, впервые произведенная Балдвиным, получила широкое признание и применение и в настоящее время производится следующим образом. Больную укладывают в положение для производства влагалищной операции, рассекают заросшую девственную плеву (рис. 393, а), тупым путем образуют ход между пузырем и прямой кишкой (рис. 393, б) до брюшины — это ложе вновь образуемого влагалища (рис. 394); в него вводят корнцанг и производят рыхлую марлевую тампонаду. Больную переводят в горизонтальное положение, производят чревосечение продольным, прямым или поперечным разрезом. Отыскивают слепую кишку; на расстоянии примерно 20 см от нее выбирают подходящую по длине брыжейки петлю тонкой кишки, примеривают, достаточна ли эта длина для последующего низведения кишечной петли до входа в образуемое влага-

лице, и выбирают подходящий, удобный в смысле расположения питающих сосудов, участок брыжейки. Когда петля тонкой кишки намечена, выбранный участок резецируют обычным образом, резецированные концы зашивают наглухо двухэтажным швом. Проподимость тонкой кишки восстанавливают наложением анастомоза «конец в конец» или «бок в бок» (рис. 395). Через брыжейку резецированной петли, посредине, у самого края кишки, проводят лигатуру или марлевую полосу (рис. 395, а). Брюшину прямо-

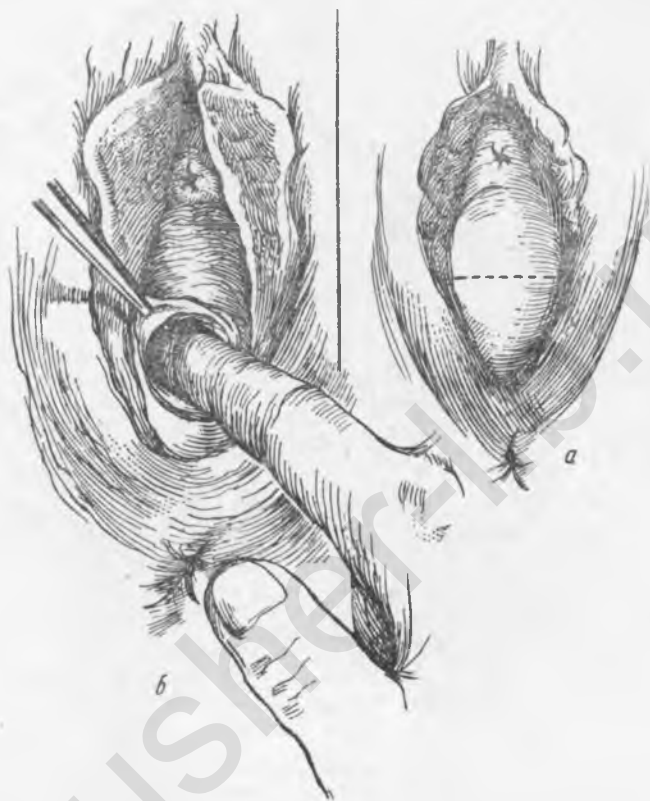


Рис. 393. Образование искусственного влагалища из тонкой кишки.

а — рассечение закрытой девственной плевы; б — образование тупым путем хода между мочевым пузырем и прямой кишкой.

кишечно-маточного углубления рассекают над выпячивающимся из влагалищного хода корнцангом достаточно широко, чтобы не произошло ущемления сосудов брыжейки кишки, протаскиваемой через это отверстие в брюшине. Корнцанг вводит не участвующий в чревосечении помощник, который раскрывает и захватывает марлевую полосу или лигатуру, проведенную через брыжейку, вокруг кишки. Легким потягиванием корнцанга кишку стягивают в образованный канал (рис. 396, а), в котором ее помещают сложенной пополам в виде двустовлки (рис. 396, б). Необходимо избегать натяжения брыжейки, что может повести к расстройству питания кишки и к ее некрозу. Если есть опасность натяжения, петлю кишки низводят не до конца канала, а до его середины; в дальнейшем со стороны входа пинцетом захватывают стенку кишки, противоположную прикреплению

брыжейки, и подтягивают ко входу во влагалище, впячивающиеся внутрь лоскуты рассеченной девственной плевы удлиняют трубку. Это потягивание кишки всегда удается вследствие большой растяжимости ее стенки; таким образом не натягивается брыжейка (К. К. Скробанский). После того как петля кишки протянута до канала между мочевым пузырем и прямой кишкой, разрез брюшины ушивают, насколько нужно, вокруг брыжейки и перитонизируют зашитые культы резецированной кишечной петли. Брюшностеночную рану зашивают, большую вновь переводят в исходное положение, стенку выведенной кишечной петли разрезают и края



Рис. 394. Образование искусственного влагалища из тонкой кишки. Ход между мочевым пузырем и прямой кишкой достигает брюшины, в него введен кориданг.

ее подшивают к краям рассеченной девственной плевы, образуя вход во влагалище. Влагалище получается двойным и имеет на своем протяжении перегородку (рис. 396, б), что не мешает в дальнейшем половому акту и весьма редко приходится рассекать эту перегородку. Если у оперированной женщины имеется матка, один из концов двустволки не зашивают, а подшивают вокруг шейки, которая таким образом входит в просвет влагалища.

Эту операцию в Советском Союзе производили многие гинекологи — Д. Н. Атабеков, М. С. Александров, Б. А. Архангельский, К. Ф. Богуш, Н. В. Марков. Кроме того, предлагали различные ее модификации (Тихонович, Г. В. Эдельберг и др.). Горячим ее сторонником является К. Н. Рабинович, написавший наиболее исчерпывающую монографию по данному вопросу, которой мы и пользовались в настоящей главе.

Эта операция имеет ряд существенных недостатков. Помимо опасности загрязнения брюшной полости, присущей всякой операции на кишечнике, она дает в ряде случаев некроз пересаженной петли, флегмону тазовой клетчатки с исходом в перитонит и сепсис. Кроме того, тяж брыжейки, натянутой через брюшную полость, нередко служит причиной ущемления кишечных петель и образования непроходимости, иногда даже в отдален-

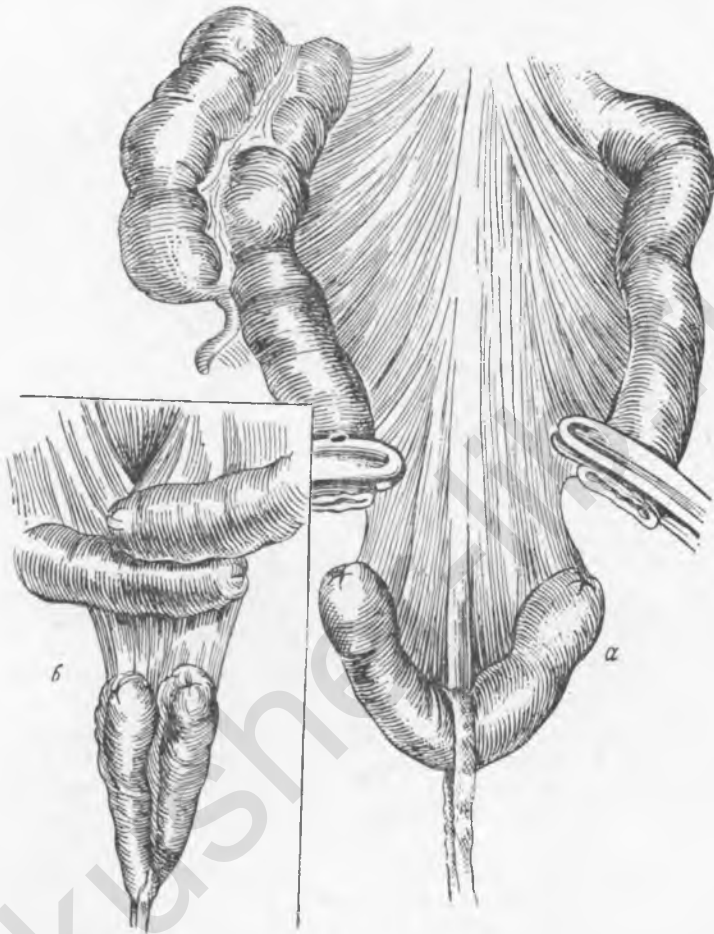


Рис. 395. Образование искусственного влагалища из тонкой кишки.

а — выбранный участок кишки типично резецирован, резецированные концы зашиты двухэтажным швом, через брыжейку резецированной кишечной петли у самого края кишки проведена марлевая полоска; *б* — проходимость тонкой кишки восстанавливают наложением бокового анастомоза.

ные сроки. Рядом недостатков тонкокишечного способа, не сопровождающихся серьезными осложнениями, как гиперсекреция, относительная узость трубки и пр., мы не будем касаться.

Модификацией операции Балдвина является способ Мори, при котором кишка низводится не сложенной вдвое, а одним своим концом, поэтому влагалище не получается двойным.

Образование влагалища из сигмовидной кишки. Помимо описанного метода, Балдвин в 1904 г. предложил использовать для образования

влагалища сигмовидную кишку. Этот метод применялся в нашей стране И. Л. Фаерманом; за последние годы им занимались М. С. Александров, Е. Е. Гиговский и др.

М. С. Александров, располагающий наибольшим количеством произведенных операций образования влагалища из сигмовидной кишки (106 случаев), достиг прекрасных результатов. Приводим краткое описание

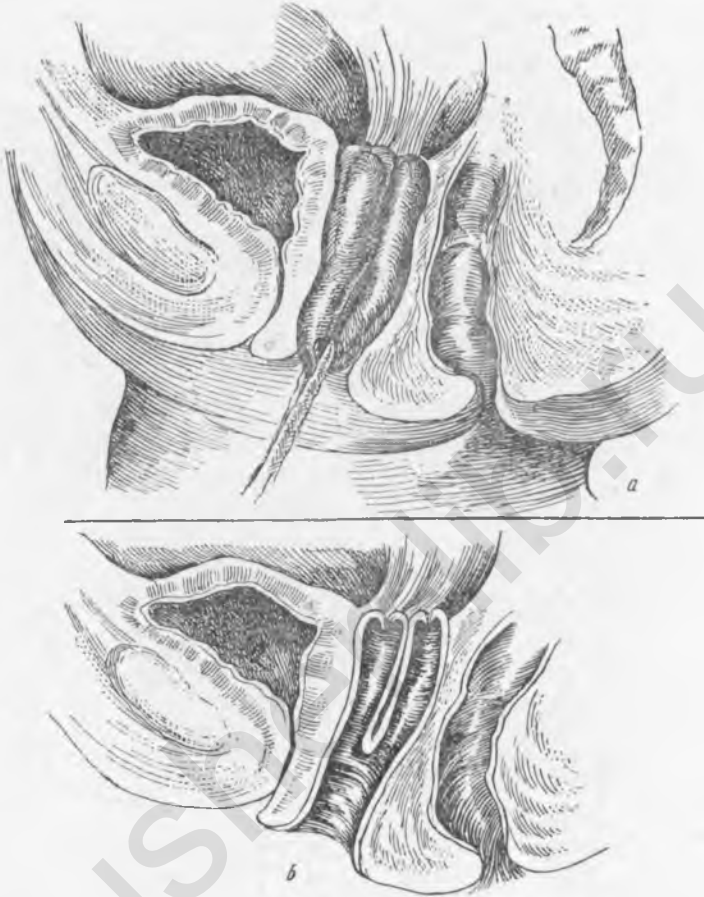


Рис. 396. Образование искусственного влагалища из тонкой кишки. Брюшина прямокишечно-маточного углубления рассечена над выпяченным из влагалищного хода корнцангом. Раскрытым корнцангом захвачена полоска, проведенная через брыжейку резецированной кишечной петли.

а — легким потягиванием корнцанга кишка втнута в образованный канал;
 б — в образованном канале помещается кишка, сложенная пополам в виде «двустволки».

этой операции в изложении автора: «Техника операции, первоначально построенная на основе оригинальной методики Балдвина, заключается в следующем: 1. Образование ложа для искусственного влагалища в пузырьно-прямокишечной клетчатке, причем подготовленный канал широко расслаивают и тампонируют. 2. Чревосечение; выведение из брюшной полости сигмовидной кишки. Резекция подвижного отрезка сигмовидной кишки

и наложение анастомоза конец в конец узловатыми швами. 3. Низведение резецированного отрезка к входу во влагалище с подшиванием слизистой отрезка и слизистой влагалищного входа. Введение во вновь образованное влагалище марлевых тампонов, смоченных вазелиновым маслом.

Основные условия операции: 1) тщательное отгораживание брюшной полости от поля операции во избежание инфицирования; 2) употребление мягких и эластичных зажимов, чтобы предотвратить развитие последующих кишечных фистул; 3) тщательное наложение анастомоза узловатыми швами во избежание последующих стриктур; 4) легкое надсечение брыжейки, но ни в коем случае не рассечение, так как последнее может привести к нарушению питания имплантируемого отрезка кишки; 5) недопущение натяжения и перекручивания брыжейки при низведении резецированной сигмовидной кишки, ибо это также может привести к некрозу клетчатки; 6) разрез в брюшине прямокишечно-маточного углубления при низведении сигмовидной кишки должен быть достаточным во избежание последующего сдавления образованного влагалища.

Во избежание в дальнейшем возможности внесения инфекции из толстых кишок в брюшную полость второй момент операции был модифицирован. Мы рассекали ткани брюшной стенки до брюшины поперечным или прямым разрезом. В брюшине делали минимальный разрез (2—3 см) с тем, чтобы только иметь возможность вывести наружу сигмовидную кишку. Через это отверстие щипцами Люэра захватываем и выводим из брюшной полости петлю сигмовидной кишки, своей брыжейкой тампонирующей вход в брюшную полость. Операционное поле тщательно обкладываем марлевыми салфетками. Резецируемая часть сигмовидной кишки, таким образом, оказывалась расположенной вне брюшной полости. Затем производилась резекция сигмовидной кишки и наложение анастомоза, после чего брюшную полость вскрывали на всем протяжении разреза.

При этом подробном описании мы не приводим графического изображения операции, так как она не отличается существенно от изображенной выше на рисунках тонкокишечной модификации.

Как и любая операция, связанная с резекцией толстой кишки, эта операция представляется нам более опасной, чем операция образования влагалища из тонкой кишки ввиду большей возможности развития перитонита. Однако М. С. Александров на материале в 106 случаев имел 2,8% смертности, что лишний раз подчеркивает значение хорошей разработки метода.

Образованием искусственного влагалища из сигмовидной кишки по однорукавному методу в последнее время занимался Е. Е. Гиговский. Между мочевым пузырем и прямой кишкой он продельвает канал в клетчатке, на месте отсутствующего влагалища, до брюшины. Затем производит чревосечение, выбирает участок сигмы и резецирует его. Оба конца резецированного участка сигмы он зашивает и восстанавливает проходимость кишечника.

Один конец резецированного участка кишки он проводит в образованный канал, после чего послойно закрывает брюшностеночный разрез. Низведенный конец кишки раскрывает, просвет ее стенки подшивает ко входу во влагалище, где он и срастается с пузырно-прямокишечной клетчаткой.

Гиговский сообщает о 70 операциях, произведенных им с хорошим результатом. Большинство оперированных женщин живет половой жизнью. Смертных случаев автор не имел.

Образование влагалища из прямой кишки. Операция Попова. Наряду с операциями образования искусственного влагалища из кишечных петель,

имеющих брыжейку, связанными со вскрытием брюшной полости, производятся операции использования в качестве пластического материала прямой кишки. В 1909 г. Д. Д. Попов использовал идею операции В. Ф. Снегирева, значительно усовершенствовав ее. Отказавшись от образования противоестественного заднего прохода в области резецированного копчика, Д. Д. Попов через разрез вблизи заднепроходного отверстия проникает пальцами в параректальную клетчатку, тупо отсепаровывает кишку на 10—12 см сзади и с боков, щадя место соединения ее с мочевым пузырем. Отсепарованную кишку он выводит в рану, рассекает, нижнюю часть ее пересеживает во вновь образованный канал на место рассеченной девственной плевы глубиной примерно на 3 см, причем верхний конец пересеживаемого участка зашивает наглухо, образуя свод будущего влагалища, верхнюю же часть рассеченной кишки подтягивает в заднепроходное отверстие и циркулярно пришивает к коже.

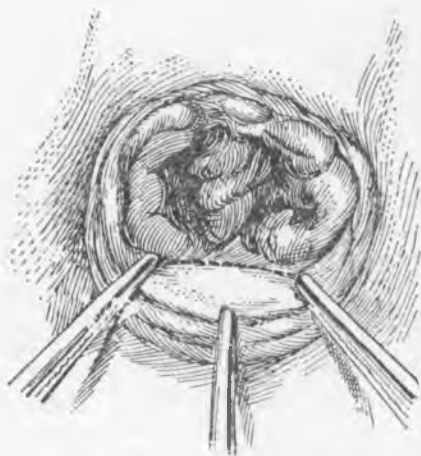


Рис. 397. Образование искусственного влагалища из прямой кишки. Пунктиром обозначен разрез, который проводят не на границе кожи и слизистой, а выше заднего прохода.

Через 2 года Шуберт предложил свою методичку прямокишечного кольпопоза, объединяющую идеи Снегирева и Попова. При ней производится резекция копчика и кишка выделяется через крестцовую рану, а далее производится пластика, как при операции Попова. Многие авторы объединяют обе эти операции под наименованием операции Попова — Шуберта.

В СССР по способу Д. Д. Попова оперировали Ф. Н. Тавилдаров, Н. М. Какушкин, И. И. Фейгель, М. В. Елкин и др. Этим методом много занимался Р. В. Кипарский со своими учениками, а в последние годы

больших успехов достиг в производстве этой операции А. Э. Манделштам, освоивший технику, видоизменивший и усовершенствовавший ее внесением многих ценных дополнений.

Техника операции в последней модификации следующая. Производится спинномозговая анестезия. Девственную плеву рассекают (рис. 393, а), а не иссекают, уретру тупо отсепаровывают на 3 см от кишки, в этот вход вводят марлевый тампон. Приступают к выделению кишки. Вследствие люмбальной анестезии анальное кольцо зияет и не требуется расширения сфинктера. Циркулярный разрез кишки проводят не на границе кожи и слизистой, а выше заднего прохода, примерно на границе с ампулярной частью кишки, для этого тремя зажимами захватывают заднюю стенку прямой кишки на расстоянии до 3 см от границы кожи (рис. 397); несколько ниже накладывают параллельно еще три зажима. Между ними ножницами рассекают всю толщину стенки кишки сзади до ретроректальной клетчатки (рис. 397). Затем тупо отделяют заднюю поверхность кишки от крестцовой кости на расстоянии 12 см, пересекают внутри переднюю полуокружность заднепроходного отдела кишки на том же расстоянии (3 см) от заднего прохода, таким образом сохраняется жом и образуется манжетка слизистой выше заднего прохода. Выделенный нижний конец кишки отсепаровывают вверх на 2,5—3 см и временно зашивают тремя узловыми шелковыми швами. Со стороны образованного прежде

входа во влагалище тупо протыкают параректальную клетчатку по направлению к заднему проходу, отверстие растягивают на ширину двух пальцев, сверху в это отверстие вводят корнцанг, которым захватывают лигатуры, закрывающие отсепарованный заднепроходный конец кишки, и протягивают кишку в преддверие влагалища (рис. 398). Здесь временные швы снимают и края кишки подшивают узловыми шелковыми швами к краям слизистой (рис. 399). Далее, в задний проход вводят зеркало и перерезают прямую кишку поперек на рас-



Рис. 398. Образование искусственного влагалища из прямой кишки. После того как выделенный нижний край кишки отсепарован вверх и временно зашит тремя швами, со стороны прежде образованного входа во влагалище тупым путем протыкают параректальную клетчатку по направлению к заднему проходу; сверху в это отверстие вводят корнцанг, захватывая им лигатуры, которыми временно зашит отсепарованный заднепроходный конец кишки.

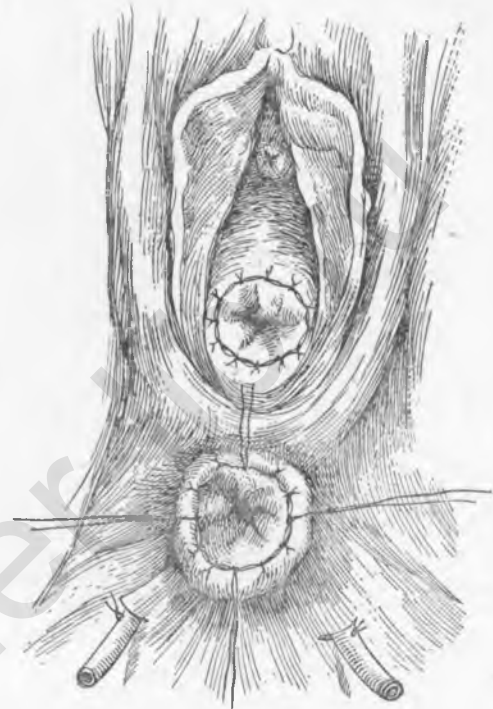


Рис. 399. Образование искусственного влагалища из прямой кишки. Втянув временно зашитый заднепроходный конец кишки во вход во влагалище, снимают временные швы и подшивают края кишки узловыми шелковыми швами к краям входа. С обеих сторон через разрезы в задней промежности выведены дренажные резиновые трубки.

стоянии 8 см от входа во влагалище. Сначала рассекают заднюю стенку, затем, чтобы получился строго циркулярный, находящийся на одном уровне, разрез, переднюю стенку кишки рассекают изнутри. Для этого края разреза, сделанного по задней стенке, захватывают зажимами и по этим отметкам рассекают переднюю и боковые стенки прямой кишки. При отсепаровке верхнего и нижнего конца рассеченной кишки друг от друга надо остерегаться вскрытия брюшины прямокишечно-маточного углубления. Двухэтажным швом зашивают отрезанный участок кишки, подготов-

ляемой для искусственного влагалища (рис. 400). Вышелсжающий отдел прямой кишки подтягивают к заднему проходу и сшивают с краями манжетки. Сначала накладывают 4 шелковых шва на границах четырех квадратов и в промежутках между ними — узловатые, кетгутовые, нетолстые швы (рис. 399). В течение операции после каждого ее этапа хирург меняет перчатки; несмотря на эти предосторожности и многодневную подготовку кишки перед операцией слабительными, клизмами и соответствующей

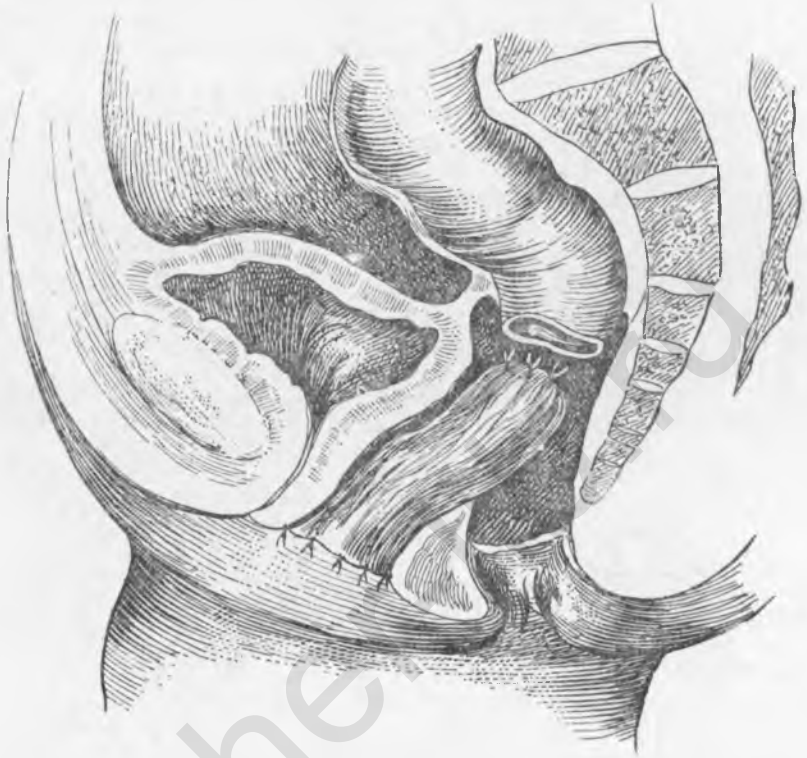


Рис. 400. Образование искусственного влагалища из прямой кишки. Прямая кишка перерезана поперек на расстоянии 8 см от входа во вновь образованное влагалище, к которому пришта узловатыми швами. Виден край перерезанной прямой кишки, который в дальнейшем низведется и будет подшит к манжетке ампулярной части прямой кишки.

диэтой (простокваша), инфекция неизбежна, и образование парапроктитов наблюдается при каждой операции. Поэтому профилактически А. Э. Мандельштам уже до окончательного сшивания прямой кишки с анальной манжеткой острым путем прокладывает справа и слева позади заднего прохода (на расстоянии 2 см от жома) через толщу задней промежности ходы, через которые вводят окончательные резиновые дренажные трубочки длиной около 8—10 см и подшивают их к коже узловым швом. После этого производится окончательное сшивание наглухо задней стенки прямой кишки с задним краем манжетки. Окончательный вид после операции представлен на рис. 399 и 401. Описанное дренирование резко сокращает время течения парапроктита.

Опирируя по этому весьма тщательно продуманному и разработанному методу 25 больных, А. Э. Мандельштам не имел ни одного случая послеоперационной смерти. Наиболее частым и тяжелым осложнением является

образование каловых свищей, которые держатся от 2 недель до 6 месяцев и заживают, по словам автора, в большинстве случаев без оперативного вмешательства. Осложняют операцию парапроктиты и парапроктальные свищи, а также недержание газов и жидкого кала, что, впрочем, с усовершенствованием техники и оставлением в неприкосновенности сфинктера наблюдается все реже. Каловые свищи возникают также и как осложне-



Рис. 401. Образование искусственного влагалища из прямой кишки. Полусхематически изображен сагиттальный разрез после окончания операции. Отрезок кишки, из которого образована влагалищная трубка, низведен; край его нижнего конца пришит циркулярно к слизистой входа во влагалище; верхний его конец остается зашитым наглухо. Конец выслеживающего отрезка прямой кишки низведен и подшит к заднепрямому отверстию (к предварительно образованной манжетке). Из крестцовой впадины выведена дренажная резиновая трубка.

ние кишечно-брыжеечных пластик. Последние опасны главным образом сдавлением, натяжением или перекрутом сосудов брыжейки, ведущим к омертвлению пересаженной кишки со всеми его грозными последствиями.

Мы наблюдали нигде не описанное и весьма тяжелое осложнение этой операции. Больная, недавно вышедшая замуж, была привезена скорой помощью в клинику в состоянии тяжелого анемического шока. Несколько времени назад ей была произведена в одном из лечебных учреждений операция Балдвина и при половом акте был поврежден мезентериальный сосуд, давший массивное кровотечение с образованием огромной гематомы в малом тазу. Была произведена давящая тампонада влагалища, переливание крови. Больная поправилась.

Подготовка к операции. Понятно, что при выборе любой операции кольпопоза, связанной с использованием кишечной трубки и вскрытием ее просвета, возникает вопрос наиболее рациональной подготовки больной к этой операции. Если метод образования влагалища из тонкой и сигмовидной кишки, связанный с лапаротомией и резекцией кишки, производится по общим принципам полостной и кишечной хирургии, имеющей давно выработанную методику подготовки больных путем тщательного очищения кишечника дачей слабительного и назначением клизм, то иначе обстоит дело с прямокишечным способом. В этом случае кишку тупо и частично выделяют из окружающей клетчатки, затем вскрывают ее заднюю стенку, после чего изнутри просвета кишки рассекают переднюю стенку, а затем продолжают дальнейшую отсепаровку кишки. Совершенно очевидно, что при этом неизбежно инфицирование клетчатки и, как мы видели, развитие послеоперационных парапроктитов. Вот почему необходима тщательная подготовка больной перед операцией. Невозможно стерилизовать кишечную флору, но сделать ее менее вирулентной возможно. А. Э. Мандельштам рекомендует следующий метод: «Больные получают за 5 дней до операции слабительное (касторовое масло) и встречную очистительную клизму. С этого момента назначается исключительно простокваша (5 стаканов в день) без сахара; 2 раза в день разрешается чай, без сахара. Ежедневно больные получают очистительную антисептическую клизму из 2% раствора борной кислоты (3 стакана). За два дня до операции назначают вторично слабительное (лакричный порошок, одна десертная ложка). Утром в день операции больной разрешают стакан горячего слабого чаю. Назначение простокваши имеет целью вытеснение, насколько возможно, колибациллярной флоры палочкой молочнокислого брожения».

Ведение послеоперационного периода. Послеоперационный период при операции кольпопоза также проводится неодинаково. Он значительно проще после трансплантации кишечных петель и мало чем отличается от ведения больных после обычного чревосечения. В первые 10 дней М. С. Александров не применяет ни слабительных, ни клизмы. На 5—6-й день из образованного влагалища удаляют тампон. На 7—8-й день разрешают встать и в неосложненных случаях больную выписывают на 12—18-й день.

После операции по Д. Д. Попову или при ее модификациях ведение больных сложнее, требует большего внимания и осторожности. А. Э. Мандельштам проводит следующий метод: в течение 8 дней рекомендуют 2 раза в день опий по 8 капель во избежание действия кишечника; этому же способствует назначение жидкой пищи: чай, кофе без молока, простокваша, кисель и пр. С 6-го дня 3 раза в день по одному сухарю и сливочное масло. Тампоны из влагалища и прямой кишки извлекают на второй день, дренажные трубки, введенные в параректальную клетчатку, подтягивают на 5-й день, а на 7—8-й удаляют. На 9-й день ставят масляную клизму (1 стакан) через газоотводную трубку, осторожно вводимую на глубину 10—15 см. За 2 часа до клизмы дают внутрь слабительную соль (*Natrium sulfuricum* + *Magnesium sulfuricum* $\bar{a}\bar{a}$ 15,0). После действия кишечника больную постепенно переводят на общий стол, в то же время она получает ежедневно *pulvis Rhei* + *Magnesium sulfuricum* по 0,3 3 раза в день. При гладком течении больная может садиться на 15-й день и вставать на 17-й.

Раньше чем через 2 недели не делают пальцевого исследования ни вновь образованного влагалища, ни кишки во избежание нарушения приживления стенок.

Оценка методов. Оценивая существующие методы образования искусственного влагалища, мы должны сказать, что ни один из них еще не может быть признан совершенным. Тонкокишечный метод, дающий наибольший процент смертности (11%, по К. Н. Рабиновичу), несмотря на сравнительную простоту производства, очевидно, будет оставлен. С успехом конкурирующие между собой последние модификации прямокишечного метода и образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки должны считаться равноценными операциями, причем по количеству оперированных случаев, непосредственным и отдаленным результатам, разработанной технике, резко снизившей послеоперационную смертность, использование сигмовидной кишки может стать операцией выбора.

ЛИТЕРАТУРА

- А б а л и х и н а - П о п о в а А. А., Случай образования влагалища из околоплодных оболочек при его атрезии после родов, Акушерство и гинекология, 1941, № 6.
- А л е к с а н д р о в М. С., Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки, Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- Б о г о р о в И. И., К вопросу о пересадке плодных оболочек при образовании искусственного влагалища и других пластических операциях, Акушерство и гинекология, 1941, № 6.
- Г и г о в с к и й Е. Е., Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки, Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- М а н д е л ь ш т а м м А. Э., Образование искусственного влагалища по прямокишечному методу, Л., 1938.
- П о к р о в с к и й А. Ф., Сравнительная оценка оперативных методов искусственного восстановления влагалища, Акушерство и гинекология, 1940, № 1.
- П о п о в Д. Д., Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки. СПб, 1910.
- Р а б и н о в и ч К. Н., Монография, Л., 1939.
- С а з о н т о в В. И., Случай образования искусственного влагалища из оболочек серозной кисты яичника, Акушерство и гинекология, 1940, № 2.
- Щ е р б и н а Е. Г. и Щ е к о т о в а Т. П., Случай образования искусственного влагалища из прямой кишки, СПб, 1910.

РАЗДЕЛ III

ВОПРОСЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ, НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА И ОСЛОЖНЕНИЯ ЕГО

ВОПРОСЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Относительное недержание мочи. Из всех видов расстройства мочеиспускания у женщин чаще всего наблюдается недержание мочи, которое может быть полным, неполным или относительным. Здесь мы рассмотрим лечение частичного, или относительного, недержания мочи, когда моча произвольно вытекает через естественные мочевые пути — мочеиспускательный канал, но подтекание это происходит лишь при особых условиях: больные хорошо удерживают мочу в состоянии полного или относительного покоя, а при малейшем физическом напряжении — поднятии тяжести, быстрой ходьбе — моча начинает подтекать. Относительное недержание легко возникает при сильных кашлевых толчках, громком смехе, чихании, при сильных и внезапных сокращениях брюшного пресса и грудобрюшной преграды.

Причины относительного недержания мочи. Недержание мочи может появиться вследствие наличия паравагинальных или вагинальных рубцов, причем сама мышца может оставаться неповрежденной, ибо достаточно, чтобы рубцы неравномерно растягивали мочеиспускательный канал для того, чтобы правильное и точное замыкание сфинктера пузыря было бы нарушено.

Согласно литературным данным, приводимым К. М. Фигурновым, замыкание мочевого пузыря осуществляется действием тяги двух мышечных петель, расположенных в области внутреннего отверстия мочеиспускательного канала (шейки мочевого пузыря) и составляющих, таким образом, внутренний жом мочевого пузыря. Из этих двух петель одна, более мощная, расположенная глубже, охватывает переднюю стенку шейки мочевого пузыря, а ее ножки, обращенные кзади, вплетаются в мускулатуру задней стенки дна и тела мочевого пузыря. Эта петля оттягивает кзади переднюю стенку шейки пузыря в области внутреннего отверстия мочеиспускательного канала. Другая, более слабая и менее глубоко лежащая петля охватывает шейку мочевого пузыря сзади. Ножки этой петли напра-

вляются кпереди и вплетаются в мышечную оболочку передней стенки мочевого пузыря. Таким образом, при сокращении обеих мышечных петель замыкание мочевого пузыря происходит путем сближения передней и задней стенки шейки мочевого пузыря. Получается, следовательно, действие поперечного зажима, а не кругового жома, как в заднепроходном отверстии. Для механизма запирания пузыря имеет значение и впадение мочеиспускательного канала в пузырь в несколько косом направлении. Естественно, что все факторы, изменяющие это направление или вызывающие смещение задней стенки мочеиспускательного канала, ослабляют функцию сфинктера мочевого пузыря и вызывают недержание мочи. Поэтому повреждения, лежащие в задней полуокружности мочеиспускательного канала и дна пузыря, встречающиеся после гинекологических или акушерских операций, а также в результате травмы при самопроизвольных родах, могут вызвать недержание мочи. Недержание может обнаружиться непосредственно после операции и значительно позже, после того как наступит рубцовое сморщивание тканей. Мы наблюдали случаи, когда после успешной операции мочевого свища больные впоследствии жаловались на вновь появившееся недержание мочи, а при исследовании оказывалось, что причина была именно в рубцовом смещении задней стенки мочеиспускательного канала, вызвавшем недостаточность замыкательной функции сфинктера. Иногда у больных, страдающих ночным недержанием мочи, при рентгенографии обнаруживалась *spina bifida*.

Лечение

Для лечения слабости сфинктера пузыря применяются консервативные и оперативные методы лечения. Из консервативных методов наиболее распространенными являются: электризация, массаж, лекарственные тампоны (квасцы в глицерине), влагалищные пессарии, которые сдавливают мочеиспускательный канал, и особенно лечебная физкультура.

Методы хирургического лечения. В тех случаях, когда причиной недержания являются рубцы, терапия заключается в следующем: влагалищный свод, укороченный рубцами, разрезают в поперечном к рубцу направлении, затем края раны сшивают в продольном направлении. Там, где слабость сфинктера вызвана наличием уретроцеле, то из передней влагалищной стенки под мочеиспускательным каналом вырезают овальный, лоскут и полученный дефект сшивают в поперечном направлении: При цистоцеле делают кольпоррафию с наложением погружных швов на пузырную фасцию (ее ушивание) (технику см. Специальная часть. Раздел I). Особое внимание мы обращаем на состояние мышц тазового дна и добавляем к передней еще и заднюю кольпоррафию со сшиванием ножек мышцы, поднимающих задний проход. Некоторые авторы предпочитают осевое перекручивание мочеиспускательного канала, другие применяют интерпозицию матки по С. А. Александрову или перегиб, или вытягивание мочеиспускательного канала (Д. О. Отт, Н. М. Волкович, А. П. Губарев и др.).

Метод Фигурнова. К. М. Фигурнов, изучив на 147 трупах женщин анатомические соотношения мочевых и половых органов, а также этиологию недержания мочи у женщин при выпадении передней стенки влагалища и смещении дна мочевого пузыря и уретры, пришел к заключению, что огромную роль в механизме замыкания пузыря играет положение дна мочевого пузыря и уретры. Поэтому он предложил при выпадении передней стенки влагалища и мочеиспускательного канала и смещении дна мочевого пузыря способ, который мы приводим в описании автора:

«Операция производится со стороны влагалища следующим образом. Переднюю губу влагалищной части матки захватывают щипцами и низводят в половую щель. На передней стенке влагалища производят продольный разрез слизистой, отступя на 1 см книзу от наружного отверстия мочеиспускательного канала и не доходя на 2 см до передней губы влагалищной части матки. Разрез проникает через всю толщу влагалищной стенки до пузырно-влагалищной перегородки. Через этот разрез производят отсепаровку передней стенки влагалища — от задней и нижней стенки пузыря, шейки, а также и от уретры. Хорошо высепаровывают и

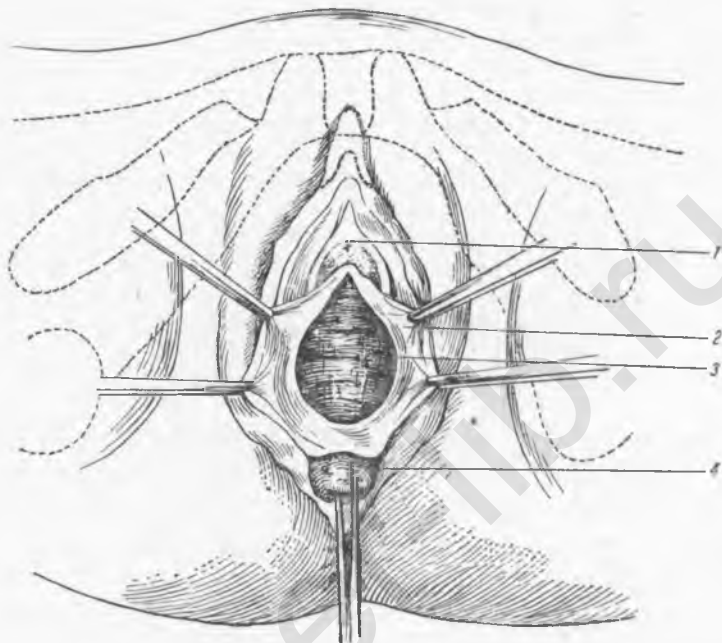


Рис. 402. Укрепление жема мочевого пузыря. Метод Фигурнова. Передняя стенка влагалища отсепарована от мочевого пузыря и его шейки.

1 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 2 — передняя стенка влагалища; 3 — мочевой пузырь; 4 — влагалищная часть матки.

верхнюю треть уретры и шейки пузыря на $\frac{3}{4}$ их окружности (рис. 402). Тупым путем справа и слева от шейки пузыря доходят до задней поверхности симфиза, входя в *sacrum Retzii* и отодвигая жировую ткань. Здесь на задней поверхности лобковой кости, справа и слева от шейки пузыря, пальцем прощупывают идущий в горизонтальном направлении валик — начало *arcus tendineum fasciae pelvis*, который и может служить для фиксации к нему передней стенки влагалища (рис. 403).

Через этот участок передней стенки таза в вертикальном направлении с помощью маленькой круто изогнутой иглы проводится шелковая лигатура (рис. 404), концы ее также в вертикальном направлении проводятся один над другим через переднюю стенку влагалища в области средней трети ее, сбоку латерально (справа) от шейки и дна мочевого пузыря; таким же образом проводится параллельно этой еще одна лигатура с другой стороны (слева) как через начало *arcus tendineum fasciae pelvis*, так и через отсепарованную переднюю стенку влагалища. Эти лигатуры служат для фиксации

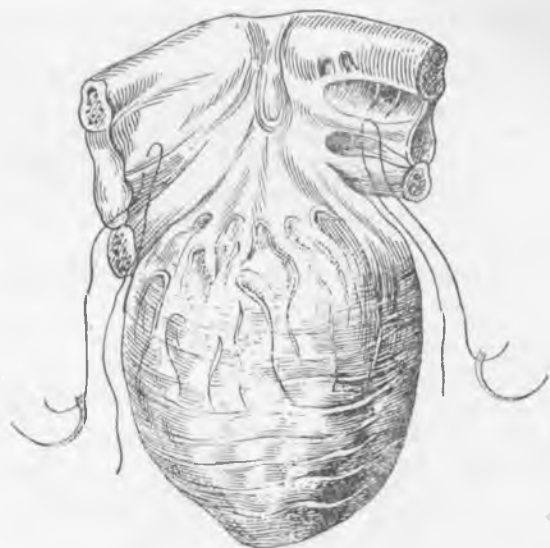


Рис. 403. Метод Фигурнова. Задняя поверхность симфиза. Мочевой пузырь отсепарован и оттянут книзу. Сбоку от него видно начало сухожильных дуг fasciae pelvis с проведенной лигатурой.

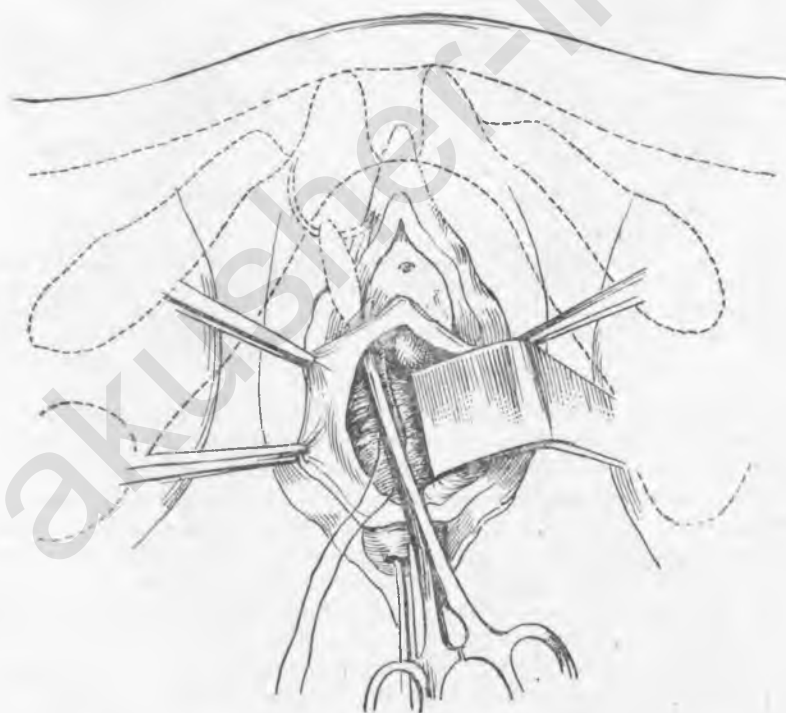


Рис. 404. Метод Фигурнова. Проведение лигатуры на задней поверхности лонной дуги через начало сухожильных дуг fasciae pelvis.

передней стенки влагалища к задней поверхности лобковой кости. На растянутую заднюю стенку мочевого пузыря и на разошедшиеся волокна сфинктера для ушивания накладывают в поперечном направлении тонкие кетгутовые узловые швы. Избыток передней стенки влагалища отрезают, как при передней кольпоррафии, и продольный разрез ее зашивают непрерывным кетгутовым швом. Затем низведенная матка и передняя стенка влагалища приподнимаются вверх и к симфизу; передняя стенка влагалища туго притягивается к задней поверхности лобковой кости при помощи ранее проведенных фиксирующих лигатур, которые теперь завязываются. Таким образом, передняя стенка влагалища, прилегая к зад-

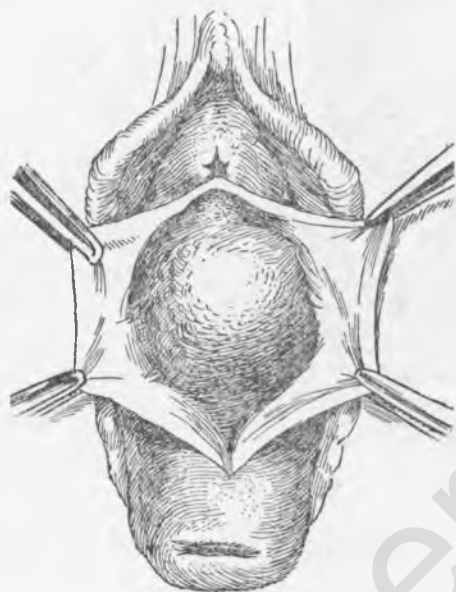


Рис. 405. Метод Атабекова. Сделан продольный разрез по средней линии передней стенки влагалища. Края разреза широко отсепарованы в обе стороны.

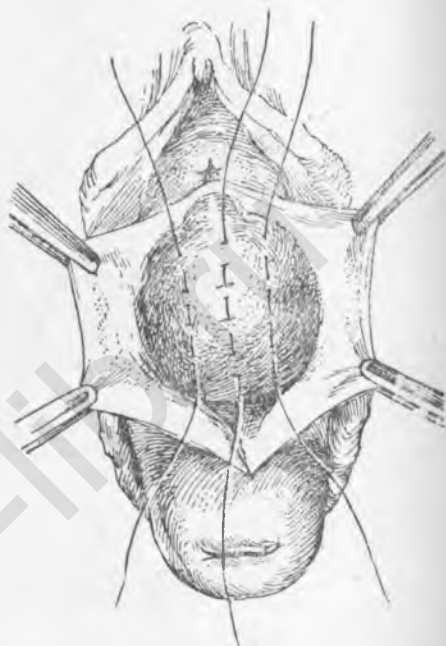


Рис. 406. Метод Атабекова. Мочевой пузырь отделен от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. На обнаженные стенки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала наложены три шва.

ней поверхности лобковой кости, придавливает задний отдел дна мочевого пузыря к переднему, уничтожает цистоцеле и исправляет положение дна мочевого пузыря, фиксируя его в области симфиза. Уретра при этом также выпрямляется и вытягивается, принимая нормальное положение. Фиксация передней стенки влагалища у симфиза облегчает сфинктеру замыкание выхода из мочевого пузыря и удержание мочи в нем».

Метод Атабекова. Перемещение (транспозиция) дна мочевого пузыря. Техника его состоит в следующем: проводят продольный разрез по средней линии передней стенки влагалища, отступя на 0,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала и до места прикрепления влагалищного свода к шейке матки. Края разреза широко отсепаровывают в обе стороны (рис. 405), мочевой пузырь отделяют от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. На обнаженные стенки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала накладывают три шва (рис. 406). После того как швы будут завязаны, дно мочевого пузыря

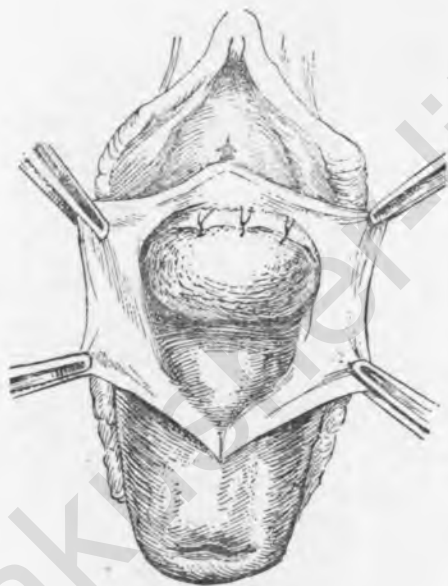


Рис. 407. Метод Атабекова. Завязаны три шва. Дно мочевого пузыря перемещается вперед и ближайшим к уретре участком ложится на область жома.

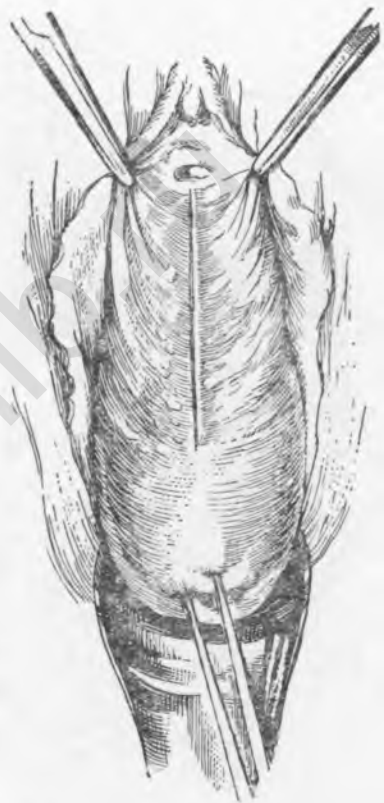


Рис. 408. Метод прямой непосредственной мышечной пластики. На передней стенке влагалища проводит продольный разрез.

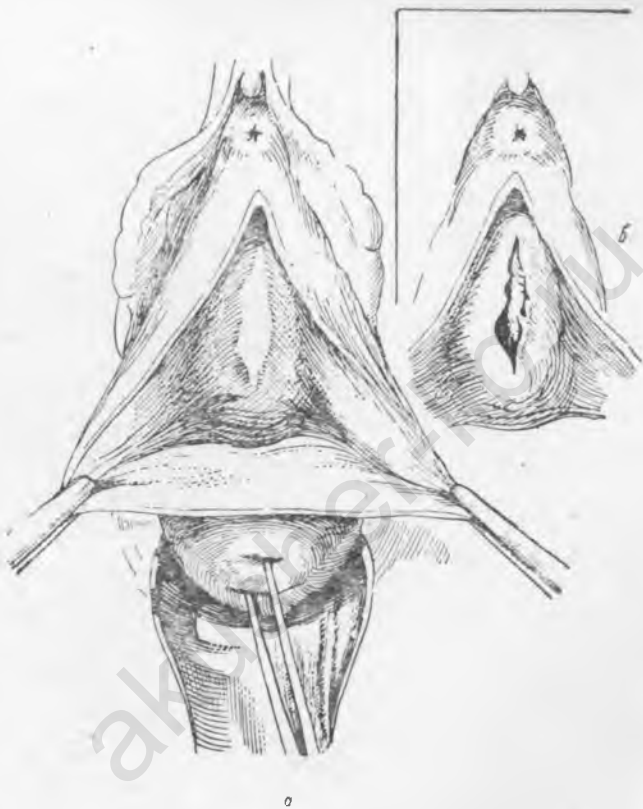


Рис. 409. Метод прямой непосредственной мышечной пластики.

a — из продольного разреза стенки влагалища отсепарованы вправо и влево так, что уретра, шейка и дно мочевого пузыря полностью высвобождены, виден щелевидный дефект в области жома; *b* — рубец на месте дефекта иссечен и края дефекта теперь резко обозначаются.

перемещается кпереди и ближайшим к уретре участком ложится на область жома (рис. 407). Несколькими дополнительными поверхностными швами края ушитой пузырной стенки прикрепляются к уретре.

Прямая непосредственная мышечная пластика заключается в восстановлении мышечной ткани жома мочевого пузыря. Операция заключается в продольном разрезе передней стенки влагалища (рис. 408), отсепаровке уретры, а также шейки и дна пузыря (рис. 409, а),

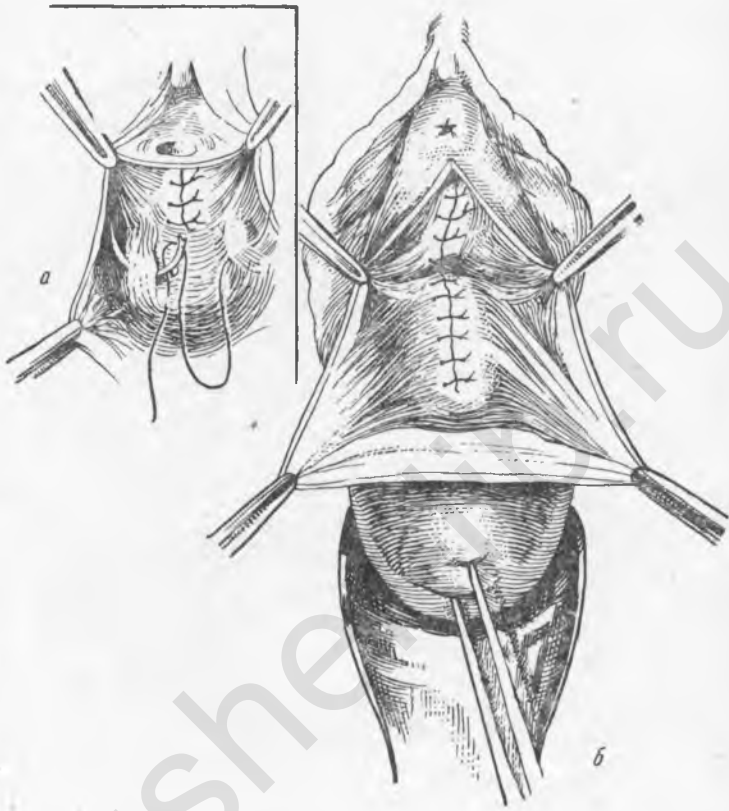


Рис. 410. Метод прямой непосредственной мышечной пластики.

а — на крутой игле проводят 2—3 тонких шелковых шва на область сфинктера; этими швами захватывают и соединяют надорванные и разошедшиеся мышечные волокна; б — на область треугольника наложен ряд шелковых швов.

иссечении рубца в области жома (рис. 409, б) и наложении швов на дефект в его мышце (рис. 410). В клинике Кипарского метод получил широкое применение (А. М. Мажбиц).

Техника применяемой нами операции при относительном недержании мочи. На передней стенке влагалища по средней линии делаем разрез, начиная его на 1 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, и доводим до места прикрепления влагалищного свода к шейке матки (рис. 408). Влагалищную стенку отсепаровываем в обе стороны, таким образом широко обнажается мочеиспускательный канал и шейка мочевого пузыря; 3—4 крепкими кетгутавыми нитями соединяем с боков от шейки мочевого пузыря остатки пузырно-влагалищной фасции и таким образом укрепляем область пузырь-

ного жома (рис. 410). Верхний шов, после того как он будучи завязан (рис. 411), поднимает мочепускающий канал к лону при некотором одновременном перегибе его по отношению ко дну мочевого пузыря. При наличии цистоцелемы, кроме того, удаляем излишек передней влагалищной стенки, ушиваем пузырно-влагалищную фасцию на всем ее протяжении. При недостаточности тазового дна мы присоединяем к этой операции еще и пластику мышц тазового дна и промежности (леваторопластика).

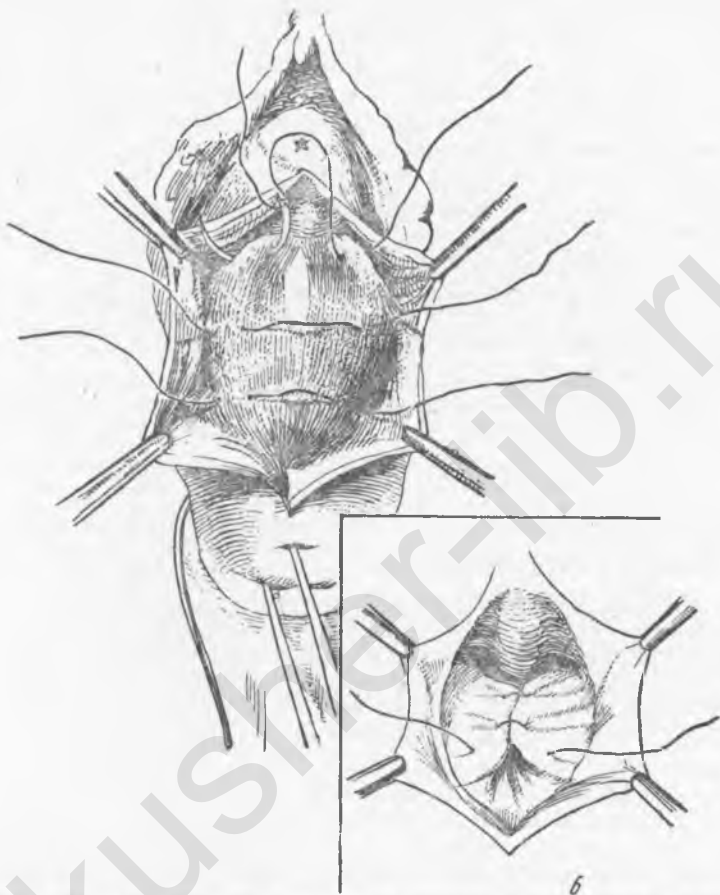


Рис. 411. Применяемый нами метод операции при относительном недержании мочи вследствие ослабления пузырного жома (без иссечения рубца на месте дефекта в жоме).

a — на передней стенке влагалища проводят разрез, начинающийся на 1 см изади от наружного отверстия мочепускающего канала и доходящий до места прикрепления влагалищного свода к шейке матки. Стенка влагалища отсепарована далеко вправо и влево. Широко обнажена область шейки мочевого пузыря и прилегающей части мочепускающего канала. С боков от шейки пузыря через сохранившуюся здесь пузырно-влагалищную фасцию проведены три лигатуры. *б* — после завязывания швов область жома получила фасциально-мышечную опору.

Интерпозиция матки как метод лечения относительного недержания мочи. Относительная недостаточность жома мочевого пузыря особенно часто наблюдается при значительных степенях цистоцеле. В этих случаях необходимо радикально устранить также и цистоцеле. У женщин, еще не вступивших в климактерический период, мы при наличии цистоцеле и относительной недостаточности жома мочевого пузыря одновременно с

удалением овального доскута из передней стенки матки производим и интерпозицию матки (см. главу «Хирургическое лечение выпадения влагалища и матки»). Действие интерпозиции при недержании мочи основано прежде всего на том, что мочеиспускательный канал и дно мочевого пузыря приподнимаются дном перемещенной матки, причем шейка пузыря и мочеиспускательный канал в то же время слегка сдавливаются маткой. Кроме того, Латцко полагает, что некоторую роль играет также то, что интерпонируемая и приведенная в положение антеверзии матка обнаруживает тенденцию вновь отклоняться кзади, вследствие чего мочеиспускательный канал несколько растягивается в длину.

В старческом возрасте значительно атрофированная матка не может служить хорошим пелотом, удерживающим выпадающую стенку мочевого пузыря. В этих случаях интерпозиция матки едва ли целесообразна.

ЛИТЕРАТУРА

- А т а б е к о в Д. Н., Лечение недержания мочи у женщин физическими методами, Акушерство и гинекология, 1939, № 10.
А т а б е к о в Д. Н., Недержание мочи у женщин и его лечение, М., 1927.
М а ж б и ц А. М., К оперативным методам лечения недержания мочи у женщин, возникшего на почве родовой травмы, Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 5.
М а ж б и ц А. М., Акушерско-гинекологическая урология с атласом, Л., 1936.
Ф и г у р о в К. М., Хирургическое лечение недержания мочи у женщин, Акушерство и гинекология, 1948, № 6.

ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В акушерско-гинекологической практике встречаются свежие и старые повреждения мочевых путей.

Свежие повреждения мочеиспускательного канала

Повреждения в виде полного или неполного разрыва стенок мочеиспускательного канала могут явиться результатом тупой травмы, например, падения больной с большой высоты на ягодицы или на острый предмет, который через вульву или влагалище проникает в уретру. Повреждения мочеиспускательного канала наблюдались во время полового акта, при заращении влагалища или при врожденном расширении уретрального отверстия. Но это, конечно, редкая казуистика. Повреждения уретры могут произойти при акушерских и гинекологических операциях, например, при симфизиотомии, при операции удаления кисты передней влагалищной стенки. Повреждения слизистой оболочки мочеиспускательного канала в виде трещин могут возникнуть при извлечении или при самопроизвольном прохождении через уретру мочевых камней, имеющих неровную поверхность и острые края.

Лечение Трещины слизистой оболочки, не сопровождающиеся воспалительной инфильтрацией, обычно не требуют лечения, а при наличии воспалительного процесса применяется консервативное лечение. Свежие повреждения стенок мочеиспускательного канала требуют хирургического лечения.

Техника хирургического лечения. Если разрыв стенки мочеиспускательного канала продольный, то его зашивают несколькими тонкими кетгутowymi швами. Сложнее операция, если мочеиспускательный канал разорван на всем поперечнике, вследствие чего центральный конец его ускользает вглубь раны, где его трудно отыскать. В таких случаях мочевой пузырь вскрывают со стороны влагалища или производят надлобно-

вое сечение и ретроградным путем вводят катетер в уретру из мочевого пузыря. Появившийся в ране катетер указывает место отхождения центрального конца мочеиспускательного канала. После того как поврежденные концы мочеиспускательного канала будут найдены, их сшивают кетгутowymi нитями.

Свежие повреждения мочевого пузыря

Повреждения мочевого пузыря могут произойти одновременно с тяжелым нарушением родовых путей, например, при насильственном извлечении нераспознанного гидроцефала, или при соскальзывании неправильно наложенных щипцов или перфоратора, при симфизеотомии или пубиотомии и при любой грубой травме родовых путей.

Наблюдаются и специфические повреждения мочевого пузыря, например, при разрывах влагалища во время полового акта, а также при попытке ввести в половой канал какой-нибудь инструмент с целью вызвать выкидыш. Кроме того, повреждения мочевого пузыря у женщин могут произойти, как и у мужчин, при непосредственном ранении, например, огнестрельном. Методику лечения этих повреждений см. в главе «Повреждения женских половых органов».

Разрывы мочевого пузыря возникают в тех случаях, когда сильная тупая травма наносится при наполненном мочевом пузыре. Наблюдались случаи самопроизвольного разрыва пузыря вследствие задержки мочи при ретрофлексии беременной матки или на почве патологически измененной стенки пузыря (Н. А. Богораз). Вообще же подобное повреждение встречается чаще у мужчин. Место разрыва может лежать как внебрюшинно, так и внутрибрюшинно. Излившаяся при разрыве пузыря моча может вызвать осумкованный внутрибрюшинный экссудат или общий перитонит, если она инфицирована. При внебрюшинном разрыве околопузырная и тазовая клетчатка инфильтрируется мочой. При этом повреждении наступает внезапный коллапс, появляются сильные боли и позыв на мочеиспускание, причем выделяется лишь немного крови и кровянистой мочи; впоследствии может наступить и перитонит. Прогноз повреждения серьезный. Из 36 больных, о которых сообщал Богораз, умерло 24 (66%).

Лечение заключается в надлобковом сечении и зашивании стенки пузыря со стороны его полости при внебрюшинном расположении разрыва, а при внутрибрюшинном — в чревосечении и зашивании пузыря со стороны брюшной полости. Если немедленно сделать операцию нельзя, то приходится временно ограничиться введением постоянного катетера и назначить больной полусидячее положение.

Повреждения мочевого пузыря при гинекологических операциях. Их возникновению способствуют анатомо-топографические условия, заключающиеся в непосредственной и тесной связи между шейкой матки и дном мочевого пузыря. Условием, способствующим ранению пузыря при операции удаления матки, является значительное развитие патологического процесса и его распространение на перегородку между мочевым пузырем и шейкой матки, например, при операции по поводу рака шейки матки. В большинстве же случаев причиной ранения мочевого пузыря при операции является неудовлетворительная техника хирурга. Реже ранения мочевого пузыря встречаются при операции передней кольпоррафии по поводу опущения или выпадения влагалища и матки. Для того чтобы не поранить стенку мочевого пузыря, ее надо держать в натяжении. Это обеспечивают ассистенты, они неослабно оттягивают шейку матки кзади и вниз; если при этом складки слизистой не сглаживаются (это чаще наблюдается при небольших степенях опущения), то надо одновременно оттягивать

к лону верхний конец передней влагалищной стенки зажимом, наложенным на 1 см ниже уретрального отверстия. Еще лучше натягивать переднюю стенку влагалища четырьмя зажимами, расположенными в виде ромба. Разрез влагалищной стенки в глубину не должен превышать 0,5—0,75 см во избежание ранения пузыря, так как у пожилых женщин стенка влагалища и соединительнотканная перегородка между влагалищем и мочевым пузырем истончены, а при цистоцеле истончение тканей еще сильнее выражено.

В главе об опущениях и выпадениях влагалища и матки приводились различные методы устранения цистоцеле, при которых необходимо отделить мочевой пузырь от шейки матки.

При гинекологических операциях повреждения мочевого пузыря могут быть не проникающими в полость пузыря, т. е. такими, при которых повреждена лишь наружная мышечная стенка пузыря, или проникающими, при которых нарушается целостность слизистой оболочки мочевого пузыря. Очень важно своевременно заметить ранение мышечной оболочки пузыря, чтобы предотвратить проникающее ранение пузыря. От глаз внимательного хирурга не ускользнет вид поврежденной стенки пузыря: мышечные волокна как бы «взрыхлены», имеют более темный цвет; через дефект в мышечном слое просвечивает слизистая оболочка мочевого пузыря. На поврежденную мышцу немедленно надо наложить несколько кетгутовых швов и дальнейшее отделение мочевого пузыря производить только острым путем. Если повреждение мышечной оболочки незначительно, можно не прерывать операции, а после того как мочевой пузырь будет отделен полностью, надо наложить швы на поврежденный участок. Откладывать наложение швов до конца основной операции не следует, так как за это время дефект в стенке мочевого пузыря может увеличиться. Само собой разумеется, что накладывать швы на дефект в мышечной оболочке надо так, чтобы не проколоть слизистую оболочку пузыря, иначе кетгутовая нитка попадет в полость пузыря, на ней будут отлагаться соли, содержащиеся в моче, что впоследствии может явиться причиной образования камня мочевого пузыря.

Проникающее повреждение мочевого пузыря может возникнуть как при тупом методе отделения мочевого пузыря (грубые манипуляции, наличие патологически измененной пузырно-шеечной перегородки), так и при отделении пузыря от шейки матки острым путем. По А. М. Мажбицу, проникающие ранения пузыря обычно происходят в тех случаях, когда вместо того, чтобы вскрыть пузырно-маточную складку брюшины, по ошибке вскрывают мочевой пузырь.

Ранения верхушки мочевого пузыря встречаются при разрезе брюшной стенки. Причина — нераспознанное высокое стояние мочевого пузыря при ретроперитонеальных или межсвязочных опухолях матки или яичника или недостатке внимания при подготовке больной к операции (неопорожненный мочевой пузырь). Поэтому стереотипный вопрос хирурга перед началом операции, опорожнен ли пузырь, никому и никогда не должен казаться излишним.

Если ранение находится на верхушке пузыря, то после наложения швов необходимо прикрыть их брюшиной (перитонизация).

Во время гинекологических операций могут произойти и другие повреждения мочевого пузыря; так, например, при наложении швов на культю шейки матки после ее надвлагалищной ампутации или при перитонизации уже зашитой культи можно насквозь прошить пузырь лигатурой. В результате шов внутри пузыря может инкрустироваться солями и стать причиной образования камня мочевого пузыря, этот шов может так-

же явиться источником нагноения и повести к образованию мочецолового свища. Так как этот свищ при правильном лечении иногда может самопроизвольно закрыться, то с его операцией торопиться не следует.

Техника зашивания проникающих ранений мочевого пузыря. Установив характер, форму, размеры и топографию (особенно в отношении мочеточниковых устьев) ранения пузыря, приступают к зашиванию дефекта. Основным и самым важным при этом является точное прилаживание краев раны. Рану зашивают отдельными тонкими, но крепкими кетгутowymi швами (перед наложением мы каждую лигатуру испытываем на разрыв), наложенными в два этажа, причем швы глубокого этажа не должны проникать через слизистую оболочку пузыря. Для того чтобы рана хорошо зажила, надо накладывать швы не слишком редко (чтобы между ними не оставалось отверстия), но и не слишком часто (чтобы не было погружено слишком много инородного тела — кетгута).

Ведение послеоперационного периода при ранениях мочевого пузыря. Атабеков решительно возражает против применения постоянного катетера, большинство же авторов, повидимому, пользуется им. Мы считаем применение постоянного катетера полезным лишь тогда, когда используют специальный катетер, т. е. такой, который не может выскользнуть из полости мочевого пузыря. При смене катетера мочевой пузырь полезно промывать небольшими порциями 2—4% тепловатого стерильного раствора борной кислоты.

Если отверстие катетера закупорится или сместится, применение постоянного катетера принесет лишь вред: мочевой пузырь будет растягиваться скопляющейся мочой, отчего пострадают швы, а самый катетер станет проводником инфекции. Поэтому при наличии надежного персонала можно иногда обойтись и вовсе без постоянного катетера; следует лишь ограничить прием и введение жидкости, а мочу спускать не реже 4 раз в сутки обыкновенным катетером (металлическим или стеклянным, но не резиновым). Если больная после операции мочится самостоятельно, то все же надо проверять, нет ли в пузыре остаточной мочи после мочеиспускания.

Свежие повреждения мочеточников

Ранения мочеточников при акушерских операциях возникают редко, чаще они являются результатом некроза тканей. Свежие ранения мочеточников, полный отрыв мочеточника, нечаянная его перевязка наблюдаются почти исключительно при больших гинекологических операциях, главным образом при удалении межсвязочных и позадибрюшинных опухолей, и особенно при расширенных радикальных операциях по поводу рака шейки матки и других злокачественных новообразований органов женской половой сферы. Повреждения мочеточников (зажатие инструментом, прокалывание иглой, захват лигатурой и т. п.) наблюдаются и при удалении доброкачественных опухолей матки или придатков даже тогда, когда они расположены внутрибрюшинно и не сращены с окружающими органами и тканями. В подобных случаях повреждения мочеточников обычно являются результатом технического несовершенства и ошибок в методике оперирования. Так, если при простой экстирпации матки влагалитическим или брюшно-стеночным путем, при надвлагалитической ампутации или даже при высокой ампутации шейки матки маточный сосуд захватывается зажимом не изолированно, а вместе с толстым слоем клетчатки, то в зажим может попасть и мочеточник. Точно так же мочеточник можно захватить лигатурой. Очень опасны внезапные кровотечения, возникающие тогда, когда хирург перед рассечением сосудов не перевязывает их: сильное кровотечение заставляет

оперирующего захватить брызжащий фонтаном сосуд, кровь же, заливающая операционное поле, мешает этому; впопыхах и втемную накладывают зажимы — один, два и более, и нет ничего удивительного, что в зажим попадает и мочеточник. То же самое может произойти при обкалывании кровоточащего участка, расположенного вблизи мочеточника — на заднем листке брюшины широкой связки. При удалении придатков или матки с придатками зажим, неправильно наложенный на воронко-тазовую связку, может захватить и мочеточник. Если мочеточник будет затянут лигатурой, то, вследствие нарушения его функции, может образоваться гидронефроз, а впоследствии — атрофия соответствующей поч-



Рис. 412. Сосдинение концов перерезанного мочеточника.
а — верхний конец инвагинируется в нижний; б — боковой анастомоз.

ки. Может случиться, что лигатура прорезется или тонкая кетгутовая нитка быстро рассосется; в этих случаях функция мочеточника может восстановиться. Сдавление мочеточника крепким зажимом может вызвать некроз его стенки и повести к образованию свища. Если травма мочеточника незначительная и некрозу подвергся лишь небольшой участок стенки мочеточника, то свищ может самопроизвольно закрыться. Если повреждение мочеточника произошло при полном удалении матки, то моча, просачивающаяся из мочеточника, вытечет наружу через влагалищную рану, и осложнения в послеоперационном периоде будут менее тяжелыми. Если же вся матка или шейка сохранены и влагалище не вскрыто, то моча затекает в клетчатку, что может вести к значительным осложнениям. Если лигатурами были захвачены оба мочеточника, то наступает уремия, но если хотя бы одна лигатура прорезется, уремия может и не быть. При гинекологических операциях, как мы видели, можно случайно перерезать мочеточник, а в некоторых случаях его приходится совершенно сознательно перерезать или резецировать (прорастание раковым инфильтратом).

Методы хирургического лечения свежих повреждений мочеточников.
Методы сшивания перерезанных концов мочеточников (методы П. Т. Садов-

ского, А. П. Губарева и др.) в общем сводятся к двум основным способам: 1) отрезки мочеточника сшивают конец в конец, причем концы сшивают непосредственно или верхний конец инвагинируют в нижний (рис. 412, а); 2) концы мочеточника сшивают при помощи бокового анастомоза (412, б). Оба метода не получили широкого распространения вследствие технических трудностей и ненадежности результатов. Поэтому, если ранение мочеточников произошло вблизи мочевого пузыря, то большинство авторов предпочитает шить центральную часть мочеточника в мочевой пузырь, а сшивание концов мочеточника оставляют для тех случаев, когда это соединение возможно без всякого натяжения и когда повреждение находится далеко от пузыря.



Рис. 413. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь. Введенный через мочеиспускательный канал катетер (обозначен пунктиром) выпячивает стенку мочевого пузыря по направлению к концу мочеточника.

Метод вшивания мочеточника в пузырь получил более широкое распространение и во многих случаях дает хорошие результаты. Чем ближе к мочевому пузырю был перерезан мочеточник, тем надежнее результаты пересадки. Чем дальше от мочевого пузыря перерезан мочеточник, тем сомнительнее результат. Для успешного исхода пересадки в мочевой пузырь играет роль подвижность и хорошая смещаемость мочеточника вниз и мочевого пузыря вверх. Если нет достаточной подвижности, исход пересадки весьма сомнителен.

Сближение мочеточника с мочевым пузырем достигается не притягиванием центрального конца перерезанного мочеточника к мочевому пузырю, а, наоборот, приближением пузыря к концу мочеточника. Другим важным условием является возможность хорошего закрытия сделанного соустья и обнаженного мочеточника соседней брюшиной. Что касается швов, соединяющих пузырь с мочеточником, то Губарев считает важным условием наложение небольшого количества достаточно тонких швов, не сдавливающих ткани и не затрудняющих их питания.

По Губареву операция производится следующим образом: с помощью введенного через мочеиспускательный канал тонкого и гладкого катетера выпячивают стенку пузыря по направлению к концу мочеточника и к *linea innominata pelvis* (рис. 413). Тонкой иглой и тонким кетгутом при-

крепляют получившийся дивертикул пузыря несколькими швами в fossa iliaca к fascia pelvea, вернее к fascia iliaca кнаружи от arteria iliaca externa.

Стенку пузыря выпячивают корнцангом, над этим выпячиванием делают маленькое отверстие, через которое показывается конец корнцанга. Конец мочеточника захватывают корнцангом и проводят в полость пузыря (рис. 414). Мочеточник укрепляют несколькими тонкими швами: иглу вкалывают в стенку пузыря и, не проникая в его полость, выводят через

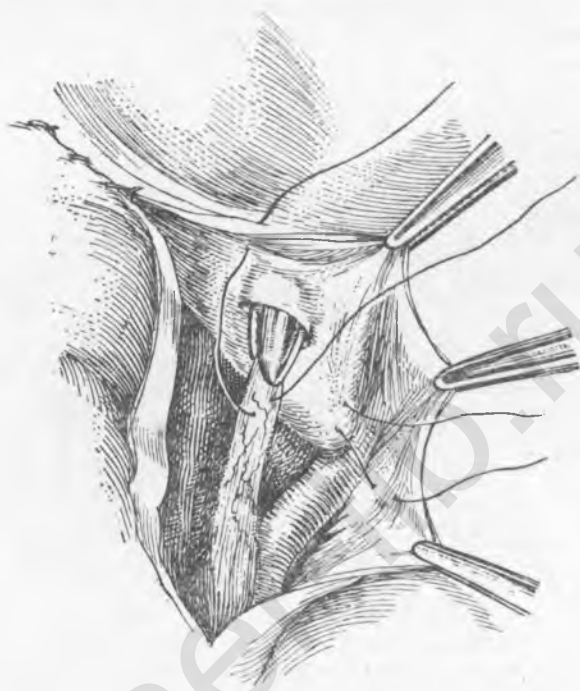


Рис. 414. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь. Образовавшийся дивертикул мочевого пузыря пришивают к тазовой фасции. Стенку пузыря выпячивают корнцангом; над этим выпячиванием делают маленькое отверстие, через которое показывается конец корнцанга. Конец мочеточника захватывают корнцангом и проводят в полость пузыря. Наложена лигатура, которой прикрепляют мочеточник к пузырю.

толщу раны или вблизи нее; затем иглу вкалывают в стенку мочеточника, проводят вдоль него и выводят наружу. Не существенно, если шов этот будет проведен насквозь через стенку мочеточника, необходимо лишь наложить его строго продольно по отношению к мочеточнику. Таких швов накладывается два или три: они соединяют мочеточник с пузырем. При наложении главное внимание обращают на то, чтобы мочеточник не был натянут и просвет его не был сдавлен. Для прикрытия мочеточника пользуются той брюшиной, которая имеется под руками. Брюшину прихватывают в двух местах к стенке мочеточника, как это показано на рис. 415, строго наблюдая, чтобы швы проходили вдоль мочеточника и не прокалывали его насквозь.

Крупнейший авторитет в области урологической хирургии С. П. Федоров, а также Я. О. Алксне на основании своих экспериментальных и

клинических данных опасаются слишком сильного сдавления мочеточника стенками образуемого канала и считают лучшими способы, состоящие в том, что конец пересаживаемого мочеточника расщепляется по длине на 0,5—1 см; при этом получают два лоскута, из которых либо один, либо каждый в отдельности (рис. 416 и 417) пришивают к внутренней поверхности стенки мочевого пузыря.

Можно, не расщепляя конец мочеточника, срезать его косо; через верхушку косо срезанного мочеточника проводят одну лигатуру; каждый конец этой лигатуры снабжен иглой. Обими иглами прокалывают стенку вскрытого мочевого пузыря изнутри наружу. Оба конца лигатуры завязывают между собой. Таким образом, косо срезанный конец мочеточника прилегает к внутренней поверхности мочевого пузыря (рис. 418).

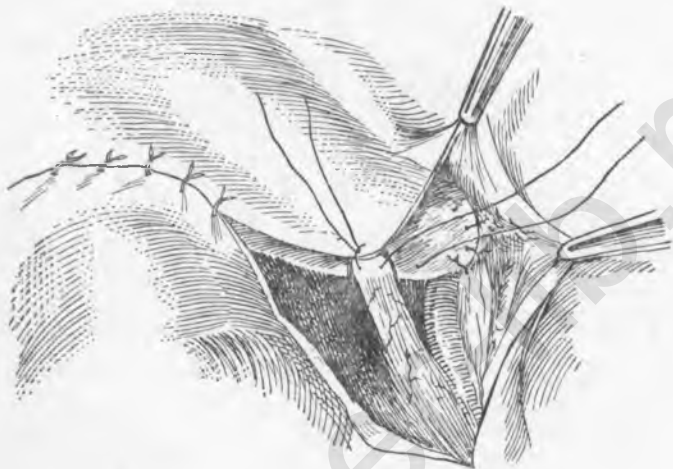


Рис. 415. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь. Несколькоими швами укрепляют мочеточник. Для прикрытия мочеточника пользуются той брюшиной, которая имеется рядом. Брюшина прихватывается в двух местах к мочеточнику.

В тех немногих случаях, когда нам при операции запущенного рака шейки матки приходилось производить иссечение нижнего конца мочеточника, мы применяли аналогичный метод пересадки мочеточника в мочевой пузырь. Пересаживаемый конец мочеточника выделяли на несколько сантиметров по направлению к почке из окружающих тканей маленьким плотным марлевым тупфером, смоченным стерильным вазелиновым маслом. Косо срезанный конец мочеточника рассекали в длину на 1 см так, что получались два лоскута. По середине одного из них на расстоянии 0,5 см от конца проводили длинную кетгутовую нитку, концы которой вдеты в две круглые иголки. Пузырный конец перерезанного мочеточника на всякий случай перевязывали крепкой кетгутовой ниткой.

Помощник, не занятый при чревосечении, вводил в мочевой пузырь через мочеиспускательный канал тонкий корнцанг или металлический мужской катетер, которым выпячивал стенку мочевого пузыря изнутри, как можно ближе к пересаживаемому концу мочеточника. Это место определял оператор, который наблюдал со стороны брюшной раны и руководил продвижением инструмента. На брюшине выпячиваемого участка мочевого пузыря оператор скальпелем делал маленький разрез (в 1 см), через который инструмент проникал в брюшную полость. Край разреза захва-

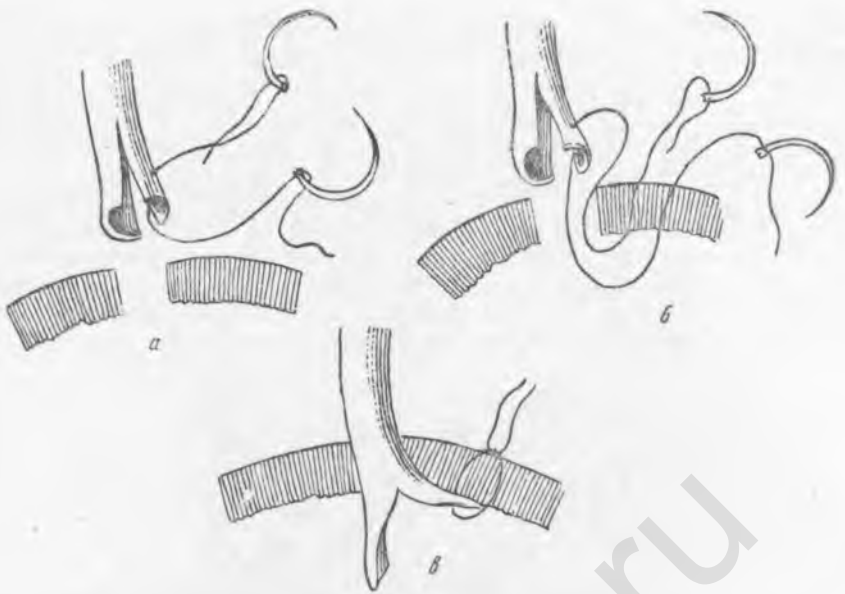


Рис. 416. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь. Конец мочеточника расщеплен на два лоскута.

а — через один лоскут проведена лигатура; *б* — оба конца этой лигатуры проведены через сделанное отверстие в мочевом пузыре изнутри наружу; *в* — после того как лигатура завязана, лоскут вплотную прилегает к внутренней поверхности мочевого пузыря.

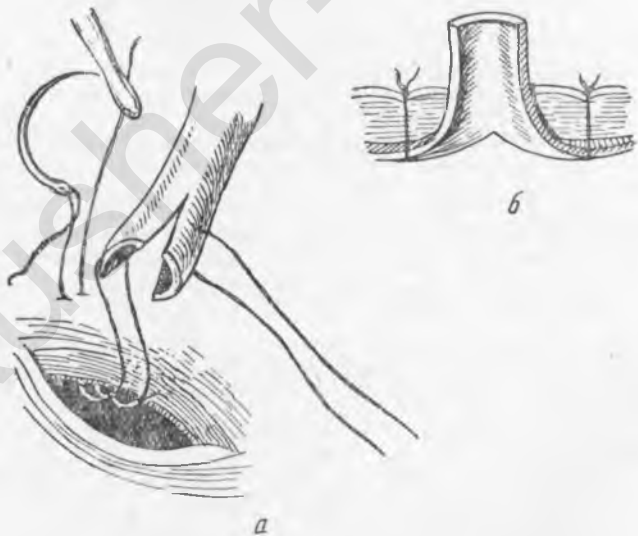


Рис. 417. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь.

а — через каждый лоскут проведена лигатура; оба конца каждой лигатуры проводят через отверстие в мочевом пузыре изнутри наружу; *б* — после связывания концов каждой лигатуры между собой оба лоскута плотно прилегают к внутренней поверхности пузыря.

тывали двумя пинцетами и ими же слегка растягивали разрез. Затем в отверстие в стенке мочевого пузыря вводили иголку, в которую вдет нитка, проведенная через лоскут мочеточника, и прокалывали стенку пузыря изнутри наружу на расстоянии 1—2 см от края разреза. Затем точно таким же образом проводили вторую иголку с другим концом нитки. Обе иглы выкалывали на близком расстоянии друг от друга. После этого обе нитки натягивали с наружной стороны пузыря и таким образом мочеточник втягивался, и один из лоскутов на конце мочеточника плотно прилегал к стенке мочевого пузыря. Каких-либо дополнительных укрепляющих швов на вшитый мочеточник мы не применяли. Иногда приходилось наложить один-два шва для уменьшения отверстия в мочевом пузыре, если

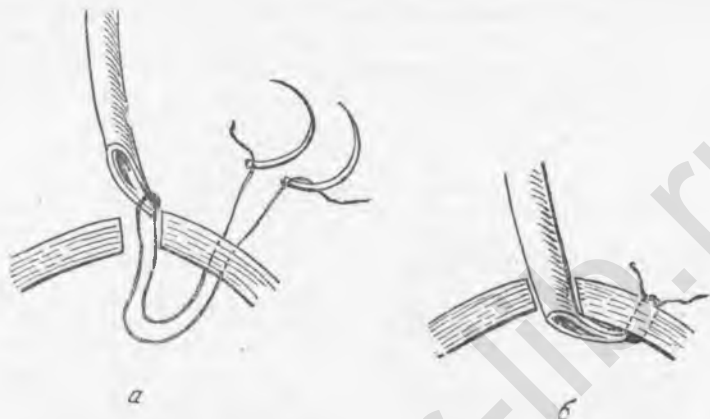


Рис. 418. Операция вшивания мочеточника в мочевой пузырь.

a — конец мочеточника косо срезан; через верхушку косо срезанного мочеточника проведена одна лигатура; каждый конец этой лигатуры снабжен иглой; обе иглы прокалывают стенку вскрытого мочевого пузыря изнутри наружу; *b* — оба конца лигатуры завязаны друг с другом; косо срезанный конец мочеточника прилегает таким образом к внутренней поверхности мочевого пузыря.

оказывалось, что оно больше, чем это соответствует калибру мочеточника. Затем прикрывали место пересадки брюшиной, что легко сделать, пришив край брюшины, покрывающей мочеточник, к париетальной брюшине, выстилающей боковую стенку таза. Этим уменьшается напряжение в шве, которым соединяют мочеточник с мочевым пузырем.

В послеоперационном периоде важно, чтобы мочевой пузырь не переполнялся. По вопросу о том, каким путем следует этого достичь, см. «Ведение послеоперационного периода при ранениях мочевого пузыря» (стр. 647).

Пересадка мочеточника в мочевой пузырь — это наиболее успешный метод хирургического лечения поперечных ранений мочеточника в отношении непосредственных результатов операции, что же касается отдаленных результатов, то иногда они оказывались не так блестящи.

Так, например, в одном наблюдаемом нами случае, когда операция вшивания мочеточника была произведена *lege artis* с первичным прекрасным исходом, результат был проверен цистоскопически. Через полгода было обнаружено увеличение и болезненность почки, мочеточник которой был пересажен, и цистоскопия показала, что вновь образованное устье мочеточника не функционирует. То же самое наблюдалось и в других клиниках. Вейбель сообщил о 1 400 случаях расширенной абдоминальной операции рака матки, в которых иссечение мочеточника было произведено 30 раз, причем 28 раз мочеточник был имплантирован в пузырь: в 26 случаях результат был хороший, в двух — мочеточник не прижился. Но если в 90% этих случаев анатомическая связь мочеточника с пузырем была восстановлена, то функциональный успех оказался далеко не таким удовлетворительным.

Описанный метод пересадки мочеточников в мочевой пузырь применим только тогда, когда место ранения мочеточника находится в малом тазу. Само собой разумеется, что операция допустима только в том случае, если вторая почка здорова. Экстирпация почки является наиболее радикальным, но и весьма опасным методом, так как затягивает продолжительную и сложную операцию. В подобном случае можно перевязать перерезанный мочеточник.

Перевязка поврежденного мочеточника. Более надежным является завязывание мочеточника не лигатурой, а собственным узлом. Такой метод был предложен Кавасойе, который в опытах на животных завязывал мочеточники сложным узлом, наподобие истинного узла пуповины (рис. 419, б). В нашей клинике мы аналогичный, но более простой

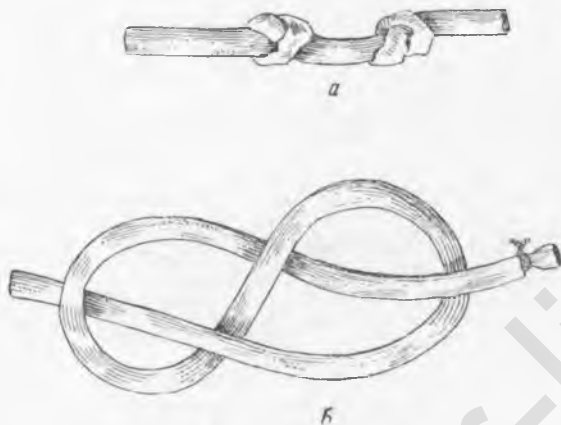


Рис. 419. Перевязка мочеточника.

а — наш способ завязывания мочеточника собственным узлом; б — способ Кавасойе.

способ применили в 4 случаях резекции мочеточника при операции запущенного рака шейки матки. Мы завязывали мочеточник двумя простыми туго затянутыми узлами, лежащими вблизи друг от друга и как можно ближе к почке (рис. 419, а). Во всех 4 случаях результаты были вполне удовлетворительные; функция соответствующей почки выключалась без каких-либо симптомов с ее стороны и без нарушения функции второй почки. Перевязку мочеточника нельзя производить при наличии воспалительного

процесса в почке. В этих случаях показано немедленное удаление почки, если состояние больной разрешает эту операцию и если вторая почка не внушает сомнений. В противном случае операцию удаления почки откладывают, а мочеточник вшивают наружу.

Вопрос о перевязке мочеточника с целью выключения функции соответствующей почки неоднократно подвергался экспериментальному исследованию. Главным образом подвергался изучению вопрос о судьбе почки, мочеточник которой подвергся атрезии (Караффа-Корбут, Лидеман, Канегиссер и др.). Ассистент нашей клиники Е. М. Шварцман в опытах на человеческих трупах и на собаках подверг изучению вопрос о результатах перевязки мочеточника собственным узлом, как это мы делали при иссечении отрезка мочеточника во время операции в запущенных случаях рака шейки матки. Опыты на трупах показали, что два простые узла, сделанные из самого мочеточника и лежащих друг над другом, надежно и полностью закрывают просвет мочеточника. Опыты на собаках полностью подтвердили результаты экспериментов на человеческих трупах: 1) при завязывании мочеточника двумя простыми узлами верхний узел спускался на нижний, на нем задерживался, представляя вместе вполне надежную преграду против вытекания мочи; 2) просвет мочеточника в узле облитерировался; 3) во всех экспериментах на собаках получался гидронефроз различной степени, причем ни разу не удалось получить первичную атрофию почки. В этом отношении клинические наблюдения не совпадают с данными эксперимента, что Е. М. Шварцман, как и Караффа-Корбут и др., склонен объяснить тем, что во всех случаях непроходимости мочеточника получается атрофия почки, наступающая не первично, а через стадию более или менее продолжительного гидронефроза. Следовательно, вопрос заключается лишь в продолжительности стадии гидронефроза, которая в некоторых случаях бывает весьма незначительной. Вопрос, почему в одних случаях атрофия почки наступает быстрее, чем

в других, зависит, вероятно, от различной васкуляризации почки (С. П. Федоров, Е. М. Шварцман).

Разбирая способы лечения повреждений мочеточника, необходимо указать на случаи самопроизвольного заживления. С. П. Федоров сообщил о случае ранения мочеточника при операции по поводу рака прямой кишки. Он затампонировал место, где должен был находиться центральный конец мочеточника. Случай окончился самопроизвольным заживлением. Р. М. Фронштейн сообщил о 2 случаях самопроизвольного заживления поврежденного мочеточника, причем восстановление функции в обоих случаях было проверено цистоскопически. Без такой проверки прекращение непроизвольного истечения мочи не может считаться признаком заживления мочеточника и восстановления его функции, ибо оно может явиться результатом облитерации просвета мочеточника под влиянием сдавления его рубцами, образовавшимися вокруг повреждения (такой случай наблюдался в нашей клинике).

ЛИТЕРАТУРА

- Атабеков Д. Н., Очерки по урогинекологии, М., 1950.
Брауде И. Л., К вопросу о выключении почки посредством завязывания мочеточника узлом, Гинекология и акушерство, 1924, № 3.
Брауде И. Л., Из урологических вопросов в гинекологии, Гинекология и акушерство, 1925, № 1.
Губарев А. П., О ранении мочевых путей при операциях на тазовых органах женщины, Журнал акушерства и женских болезней, 1901.
Голубчик-Иоффе Е., Свищи после операции Вертгейма, Акушерство и гинекология, 1938, № 2.
Садовский П. Т., Методы зашивания мочеточника, Журнал акушерства и женских болезней, 1904.
Федоров С. П., Хирургия почек и мочеточников, в. V, Госиздат, 1925.
Феноменов Н. Н., Что делать в случае поранения мочеточника и невозможности восстановления его целостности, Журнал акушерства и женских болезней, 1900.
Шварцман Е. М., Некоторые экспериментальные данные к вопросу о выключении почки при гинекологических операциях, Гинекология и акушерство, 1925, № 1.

МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ (ФИСТУЛЫ)

Принято различать акушерские и гинекологические (хирургические) свищи. М. С. Малиновский выделяет еще небольшую группу случайных травматических свищей, образовавшихся после травматических повреждений половых органов, например, при падении женщины на какой-нибудь острый предмет и пр.

Причиной возникновения акушерского свища может быть родовой акт сам по себе, вследствие длительного ущемления стенок влагалища и мочевого пузыря между головкой плода и костями таза, или, что бывает значительно реже, в результате острого повреждения при акушерской операции. Акушерские операции или акушерские пособия зачастую являются лишь сопутствующим моментом при образовании свища, а причиной является длительное сдавливание мягких родовых путей подлежащей частью. Ввиду этого И. Ф. Козлов различает среди акушерских свищей: 1) свищи, явившиеся следствием гангрены от давления, или послеродовые свищи; 2) свищи, возникшие после косвенного повреждения стенок родового канала с нарушением целостности мочевых органов при акушерских операциях (ненасильственные); 3) свищи, происшедшие вследствие повреждения стенки пузыря при операции инструментом или рукой оператора (свищи насильственные).

Мочеполовые свищи могут явиться следствием ракового процесса женских половых органов в самых поздних стадиях болезни. В этих случаях

вопрос о лечении свища отпадает. В редких случаях свищ может появиться через большой промежуток времени, т. е. тогда, когда, благодаря примененному лечению (чаще всего лучевому), больная будет избавлена от основного заболевания (рака). Свищ может образоваться в результате радиотерапии ракового заболевания. Такие «радиологические» свищи могут потребовать хирургического лечения после того, как будет установлен длительный успех лучевой терапии. Самыми частыми свищами являются акушерские.

В дореволюционное время число больных с мочеполювыми свищами было значительным, особенно на периферии. Так, например, по данным М. С. Малиновского, больные с фистулами, наблюдавшиеся в Казанской клинике, составляли 7,49% всех стационарных больных. В настоящее время, благодаря расширению и улучшению родильной помощи, во всех уголках нашей страны созданы все условия для того, чтобы количество женщин с мочеполювыми свищами становилось все меньше и меньше (П. М. Буйко). Этот факт подтверждается имеющимися статистическими данными, как, например, статистикой Е. К. Александрова.

Однако, несмотря на весьма значительные успехи, достигнутые в деле родовспоможения в Советском Союзе, акушерская травма все еще является одной из главных причин возникновения мочеполювых свищей. Поэтому дальнейшее повышение квалификации врачей в области акушерства и гинекологии, устранение дефектов организационного порядка в работе женских консультаций и родильных домов должны оставаться в центре внимания органов здравоохранения и специалистов врачей акушер-гинекологов.

Мочевые свищи возникают в любом отделе мочевых путей: от мочеиспускательного канала до мочеточников включительно. Малиновский разделяет все мочеполювые свищи на три группы: к первой группе он относит все свищи нижнего отдела мочевых путей — патологические сообщения между уретрой и влагалищем; к этой группе могут быть отнесены разрывы уретры, а также приращенные неправильности ее на почве эписпадии; во вторую группу он включает свищи среднего отдела мочевых путей — сообщения между мочевым путем и влагалищем с одной стороны, мочевым пузырем и маткой (маточной шейкой) — с другой. К третьей группе мочеполювых свищей М. С. Малиновский относит свищи верхнего отдела мочевого тракта, вследствие которых мочеточники ненормальным образом соединяются с влагалищем и маткой.

В особые группы могут быть выделены комбинированные свищи — уретро-пузырно-влагалищные (сюда войдут также все случаи отрывов уретры и кольцевидного омертвления ее), пузырно-влагалищно-шеечные, мочеточниково-пузырно-влагалищные и пр., а также сочетанные мочеполювые и кишечные свищи.

А. М. Мажбиц предлагает еще более детальную классификацию мочеполювых свищей (14 видов свищей), куда входят и свищи, не вызывающие симптома недержания мочи, как, например, ненормальное сообщение между мочевым пузырем и пиосальпинксом и т. п.

Д. Н. Атабеков предлагает следующую классификацию повреждений тазового отдела мочевых путей: а) повреждения нижних отделов (мочеиспускательный канал, сфинктер мочевого пузыря); б) повреждения средних отделов (дно мочевого пузыря — треугольник); в) повреждения верхних отделов (место впадения мочеточника в пузырь и интрамуральная часть мочеточника).

Преимущество такого деления Атабеков видит в том, что все промежуточные формы травматических повреждений могут быть отнесены к той или иной группе; при этом, как он указывает, «с точки зрения методики операции надо учитывать следующее: если мы имеем дело с такой формой повреждения, где, кроме тела мочевого пузыря, поврежден и его сфинктер, то этот случай следует рассматривать преимущественно как повреждение сфинктера, а не только как повреждение мочевого пузыря. Точно так же надо рассматривать повреждения и в пределах мочеиспускательного канала: если процесс разрушения охватывает весь канал, а сфинктер вовлекается в процесс только отчасти, по соседству, то такой случай надо относить к повреждениям канала, а не сфинктера».

Клиника мочеполювых свищей. Мочеполювой свищ в начале своего возникновения не представляет непосредственной опасности для

жизни больной, но всегда вызывает чрезвычайно тяжелые страдания: от постоянного истечения разлагающейся мочи появляются симптомы раздражения, зуда, а затем и боли в области наружных половых органов и бедер в результате присоединившейся экземы, фурункулов, изъязвлений.

При длительном существовании мочеполювого свища у больных часто развивается малокровие и истощение.

Это страдание тяжело отражается на психике больных. Ввиду того что от них исходит сильный запах мочи, они становятся нелюдимыми. Из-за постоянной влажности белья эти больные предрасположены к простуде, восходящая инфекция приводит к заболеваниям почечных лоханок и почек. Таким образом, мочеполювые свищи, особенно после ряда неудачных операций, что не является редкостью, могут в конечном итоге повести даже к смертельному исходу.

Обширные рубцы во влагалище, сопровождающие мочевые свищи, могут служить механическим препятствием к половой жизни.

Признаки и распознавание. Основным признаком мочеполювого свища является непроизвольное выделение мочи через влагалище. Время появления этого симптома различно, так как зависит от причины, вызвавшей образование свища. В некоторых случаях моча непрерывно и целиком выделяется через влагалище, что наблюдается при большом свище мочевого пузыря или при свищах обоих мочеточников. В других случаях моча непроизвольно вытекает из влагалища, но больная по временам мочится через мочеиспускательный канал. Это говорит за то, что у больной имеется небольшой пузырно-влагалищный свищ с извилистым среди рубцовой ткани ходом либо односторонний мочеточниковый свищ, либо, наконец, недержание мочи обусловлено слабостью жема, а не свищом. Наличие свища, его вид и расположение (отношение его к устьям мочеточников), состояние слизистой оболочки мочевого пузыря и прочие детали, знание которых так важно, определяются цистоскопией. В большинстве случаев наличие мочеполювого свища, а часто и его вид устанавливаются обычными в гинекологической практике методами исследования больных.

Среди анамнестических данных важное значение имеет указание на предшествовавшие тяжелые, самопроизвольные или оперативные роды или гинекологическую операцию; большое значение имеет время появления недержания мочи (непосредственно после родов или операции или спустя некоторое время). Расспрашивая больную, надо выяснить, страдает ли она полным (абсолютным) или относительным недержанием мочи. При относительном недержании важно установить, подтекает ли моча при кашле, чихании и пр. (функциональная слабость жема) или она выделяется непроизвольно, наряду с произвольным мочеиспусканием (односторонний мочеточниковый свищ). А. М. Мажниц обращает внимание на то, что при наличии свища в области дна мочевого пузыря и треугольника большие в лежачем положении остаются сухими, а в стоячем — подмокают; при расположении свища в задней стенке, ближе к верхушке пузыря, наблюдается обратное явление, т. е. стоя больная иногда удерживает мочу, в лежачем положении моча подтекает. При пузырно-маточных свищах моча подтекает непостоянно.

Пузырно-влагалищные и уретро-влагалищные свищи обнаруживаются уже при осмотре влагалищными зеркалами или зондировании; большие дефекты опускают даже пальпацией. Извилистый узкий пузырно-влагалищный свищ можно обнаружить, введя в мочевоу пузырь через уретру окрашенные жидкости (молоко, растворы метиленовой синьки, марганцовокислого калия) и наблюдая за выделением этой жидкости во

влагалище. Если во влагалище больших рубцов нет, то выделение окрашенной жидкости можно увидеть при осмотре зеркалами. Если во влагалище есть обширные рубцы, то осмотр зеркалами невозможен, в этих случаях, раздвинув половую щель, наблюдают, появляется ли окрашенная жидкость именно из влагалища, а не вытекает из уретрального отверстия и, попадая в преддверие, симулирует наличие влагалищного свища. При небольших свищевых ходах пальпация дает лишь дополнительные сведения, указывающие на подвижность краев свищевого отверстия, или, наоборот, на их неподвижность и омолоделость, что важно в прогностическом отношении и может оказать влияние на выбор метода операции.

Простые, не осложненные перемычками прямые или мало извилистые пузырьно-влагалищные, уретро-влагалищные или уретро-пузырно-влагалищные свищи могут быть обнаружены зондированием. Из более сложных методов диагностики мочеполовых свищей наибольшую ценность имеет цистоскопия и хромоцистоскопия. Эти специальные методы урологического исследования позволяют точно определить вид свища, его топографию, состояние слизистой оболочки и прочие дефекты. Уретроскопия является большей частью излишней. Катетеризация мочеоточника с диагностической целью имеет значение при определении места, где находится мочеоточниковый свищ. Применение цистоскопии при мочевых свищах, к сожалению, встречает большие затруднения, так как мочеиспускательный канал или уретральное отверстие при старых свищах бывает сужено или заращено. Для того чтобы ввести катетер или цистоскоп, надо расширить место сужения, если же сделать уретру проходимой невозможно, то инструмент вводят через свищевое отверстие во влагалище. При больших дефектах в стенке пузыря цистоскопия невыполнима, так как и мочевой пузырь не наполняется, и жидкость через свищевое отверстие вытекает наружу через влагалище. В подобных случаях тампонируют канал шейки матки или чаще влагалище. Для тампонады применяют стерильный материал (марлевый бинт, марлевые салфетки или ватные тампоны), пропитанный каким-либо стерильным маслом. С этой же целью можно ввести во влагалище резиновую перчатку, резиновый кондом, кольпейринтер. Если свищ лежит вблизи жома пузыря, можно попытаться сделать цистоскопию в коленно-локтевом положении больной.

Выбор времени для операции мочеполового свища. Большинство авторов считает целесообразным оперировать не раньше 2 месяцев с момента образования свища. Такой срок необходим прежде всего потому, что небольшое количество свищей, главным образом мочеоточниковые, заживают самопроизвольно. М. С. Малиновский на материале Казанской клиники наблюдал это в 12 случаях, Р. М. Фронштейн описал 2 случая самопроизвольного заживления мочеоточниковых свищей, А. М. Мажбиц наблюдал 7 случаев самопроизвольного заживления мочеполовых свищей. На самопроизвольное заживление свища можно рассчитывать в тех редких случаях, когда мочевой свищ ведет не во влагалище, а через брюшную стенку наружу (брюшностеночно-пузырный свищ). В этих случаях для лечения достаточно ввести в мочевой пузырь постоянный катетер. Всякого рода прижигания свищевого хода приносят лишь вред.

Оперировать вскоре после образования свища нецелесообразно еще и потому, что в послеродовом периоде ткани кровоточивы и рыхлы, вследствие чего швы легко прорезаются. При гинекологических (хирургических) свищах также не следует оперировать слишком рано, так как при незаконченном рубцевании и наличии грануляций шансы на заживление понижены.

При наличии акушерского свища в случае рождения живого ребенка

мы считаем целесообразным отложить операцию у кормящей матери на весь период кормления.

Подготовка больной к операции. Подготовка больной к операции должна быть очень тщательной, иначе операция заранее обречена на неудачу. Ткани, окружающие свищевое отверстие, влагалище и наружные половые органы, должны быть излечены от экземы, мацерации и малейших остатков воспалительного процесса. Прекрасное действие оказывают ежедневные теплые сидячие ванны, тепловатые спринцевания раствором борной кислоты или марганцовокислого калия. При обильных и густых выделениях полезно делать двойные спринцевания: сначала раствором соды, а затем раствором кислот (молочной, лимонной, уксусной, сернокислого цинка и др.).

При экземе на наружных половых органах и внутренних поверхностях бедер пораженные места смазывают нейтральным жиром, кремом, цинковой мазью и т. п. Ткани, окружающие свищ, должны быть очищены, а имеющиеся в них рубцы размягчены, что способствует препаровке во время операции. Для этого полезны те же водяные процедуры (ванны, спринцевания); по мере излечения воспалительных процессов ванны и спринцевания следует продолжать, но температуру воды надо постепенно повышать (для спринцевания ее можно довести до 40° и выше). Эти мероприятия применяют систематически до тех пор, пока кожа и слизистые оболочки, находящиеся вблизи свища, не будут полностью приведены в порядок. Это правило надо строго проводить в жизнь прежде всего в тех случаях, а их большинство, когда операцию мочеполювого свища делают через влагалище. При брюшностеночном методе (пересадка мочеточников в кишку) можно оперировать до полного исчезновения всех явлений воспаления во влагалище и на наружных половых органах.

Во времени операции при любом методе очень важно, чтобы мочевые пути были свободны от инфекции. Поэтому перед операцией надо сделать анализ мочи, и если будут обнаружены явления воспаления, то следует повторить курс противовоспалительного лечения и продолжать его, пока все явления воспаления не будут ликвидированы. Это особенно важно при пиелите и пиелонефрите, которые часто сопровождают мочеточниковые свищи. Цистит, являющийся обычным спутником пузырно-влагалищных свищей, надо по возможности полностью ликвидировать. Это обычно удается при соблюдении диеты, применении систематических промываний пузыря дезинфицирующими растворами (4% раствор борной кислоты, раствор ляписа 1 : 5 000 и, постепенно повышая концентрацию до 1 : 1 000) в сочетании с дачей лекарственных препаратов (уротропин, салол). А. П. Губарев придает очень большое значение кислой реакции мочи; он считает, что если реакция мочи будет нейтральной, то успех операции будет сомнительным, если она будет щелочная, то неудача обеспечена.

При пересадке мочеточников в кишку подготовка кишечника к операции и его дезинфекция путем изменения его флоры играют большую роль (об этом подробнее будет сказано ниже).

В остальном подготовка больной к операции мочеточникового свища не отличается от обычной подготовки к гинекологической операции. То же самое и в отношении наркоза. Что касается применяемого инструментария, то некоторые авторы (В. С. Груздев, М. С. Малиновский) пользуются обычными и не видят надобности в специальных инструментах. С этим можно согласиться, но нельзя отрицать, что острые крючки и узкий остроконечный скальпель облегчают тонкую и деликатную работу, необходимую при препарировке дефектов в мочевых путях при влагалищном методе операции. Большое значение имеет качество применяемых инструментов: скальпели,

ножницы, остроконечные и куперовские должны быть острыми. Пулевые щипцы и зажимы не должны сильно травмировать и в то же время должны хорошо «брать» и уже, конечно, не соскакивать и не вырываться; среди игл должны иметься очень маленькие, тонкие и круто изогнутые.

Обезболивание при операции мочеполовых свищей. При маленьких и благоприятно расположенных свищах, доступ к которым не прегражден рубцами внутри влагалищной трубки, можно было бы оперировать без обезболивания. Мы считаем, что этого делать не следует.

Мы, как и многие, оперируем мочевые свищи чаще под общим ингаляционным наркозом. При операции мочеполовых свищей через влагалище не требуется такой глубокий наркоз, как при чревосечениях. Поэтому при предварительном введении морфина или пантопона (0,02) или при применении в качестве базисного наркотика гексенала требуется сравнительно небольшое количество эфира. При кашле, при болезнях дыхательных путей эфир можно заменить хлороформом. Хорошим методом обезболивания при операции свищей служит спинномозговая анестезия. Трудно, конечно, как справедливо замечает Малиновский, в исходе операции учесть влияние примененного наркотика, но при анализе большого материала клиники Груздева он пришел к выводу, что свищи, оперированные под спинномозговой анестезией, лучше заживали, чем при других видах наркотика.

ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ

Методика операции пузырно-влагалищных свищей. Даже в одной этой группе встречается такое разнообразие свищей по величине, форме, топографии, характере и состоянию краев и соседних с ними тканей, что о каком-либо одном определенном методе операции не может быть и речи. Можно лишь говорить об общих принципах такой операции.

Основным способом операции мочевых свищей вообще и пузырно-влагалищных в частности является так называемый способ о с в е ж е н и я рубцовых краев свища. Это освежение на заре развития операции фистулоррафии производилось путем иссечения рубцовой ткани, окаймляющей края свищевого отверстия, но этот метод имеет большие недостатки. Во-первых, легко можно повредить устье мочеточника, если пузырный свищ слишком близко подходит к нему; во-вторых, если операция не даст успеха и надо будет повторно оперировать, то дефект в стенке пузыря окажется еще большим, а так как операцию фистулоррафии в некоторых случаях приходится повторять несколько раз, то в результате закрытие свища станет вовсе невозможным. Насколько можно судить по литературным данным, большинство современных гинекологов применяют другой способ освежения рубцовых краев свища — метод р а с щ е п л е н и я. Мы пользуемся исключительно этим методом. Он заключается в том, что края свищевого отверстия не иссекаются, а расщепляются. Расщеплять рубец надо до тех пор, пока стенка влагалища вокруг свища не будет полностью отделена от стенки мочевого пузыря. Это расщепление должно быть произведено на таком протяжении, чтобы соприкасающиеся стенки обоих органов приобрели полную и независимую друг от друга подвижность. Когда такая подвижность будет достигнута, тогда можно без всякого натяжения наложенных швов соединить отдельно края имеющегося дефекта в мочевом пузыре и отдельно во влагалище.

Расщепление для мобилизации стенки мочевого пузыря следует делать не только при большом, но и при очень маленьком свищевом отверстии во влагалище. Таким образом, не величина свищевого отверстия диктует не-

обходимость применить метод расщепления, а самый факт наличия свища. Еще раз повторяем, что операция показана лишь тогда, когда края свища зарубцевались, если же они еще гранулируют, то, независимо от величины свищевое отверстие, операцию надо отложить, а когда произойдет рубцевание, рубец, независимо от его размеров, следует не иссекать, а расщеплять.

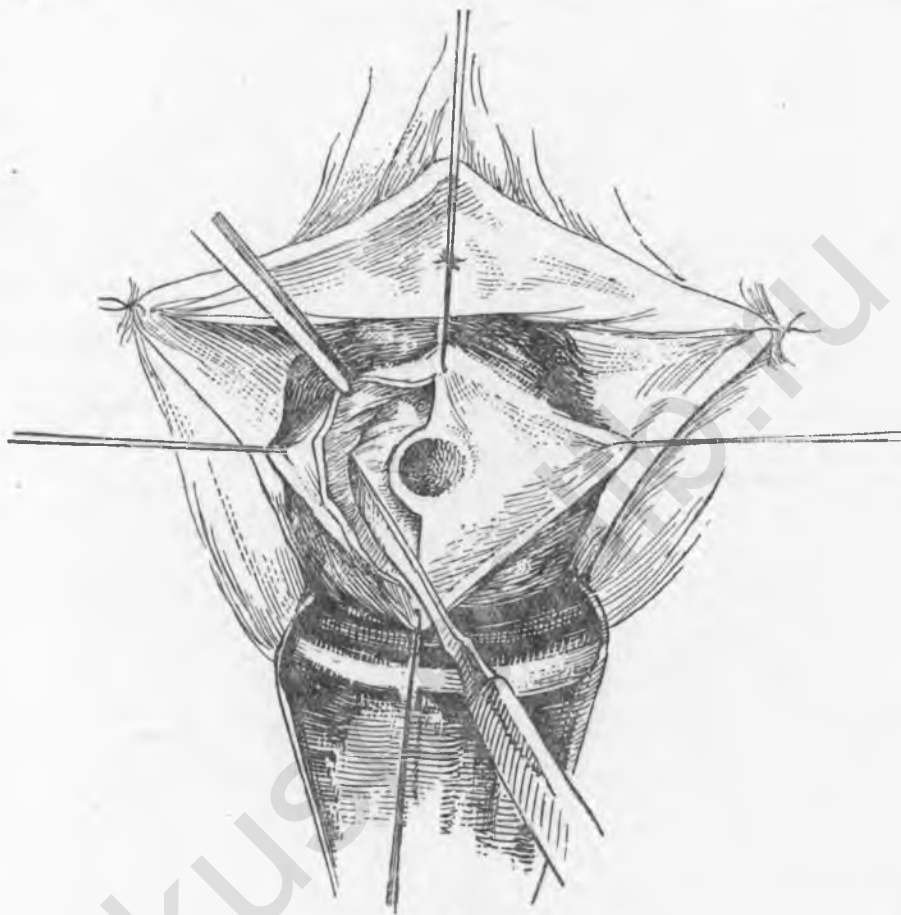


Рис 420. Операция пузырно-вагинального свища. Обе малые губы на время операции пришиты к коже. Передняя стенка влагалища натянута вокруг свища 4 лигатурами — «держалками». Свищевое отверстие хорошо обнажено. Через переднюю стенку влагалища проведен продольный разрез, которым обходят свищевое отверстие (черная линия). Скальпелем расщепляют рубцовую ткань и отсекают стенку влагалища от мочевого пузыря.

Акушерские свищи, возникшие в послеродовом периоде вследствие гангрены, наступившей от сдавления и некроза стенки пузыря, обычно по своим размерам самые большие. Рубцы окаймляют не только края свищевое отверстие, но нередко доходят до стенок таза и здесь фиксируют стенку мочевого пузыря. Совершенно очевидно, что расщепление рубцовой ткани, как мы уже указывали, должно вестись до тех пор, пока стенки влагалища и мочевого пузыря не станут совершенно подвижными по отношению друг к другу.

Для мобилизации мочевого пузыря в тяжелых случаях приходится отделять стенку мочевого пузыря и от стенок таза, к которым мочевой пузырь притянут и прочно фиксирован рубцами. Для выполнения этого важнейшего этапа операции необходимо создать хороший подступ к свищевому отверстию во влагалище. Нередко, особенно при старых свищах, или свищах, уже подвергавшихся безуспешным операциям, влага-

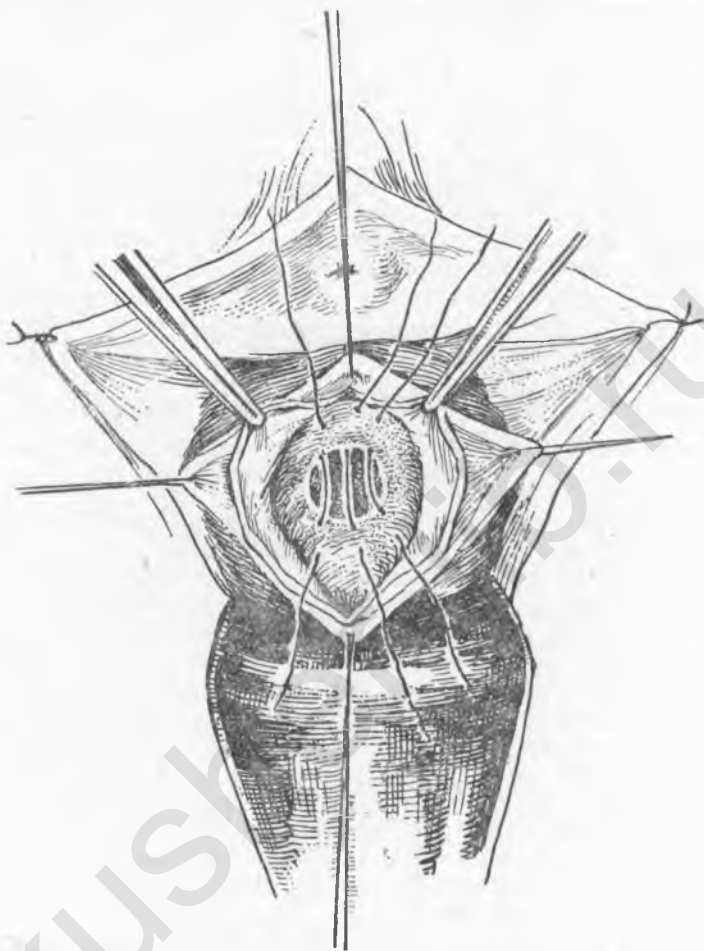


Рис. 421. Операция пузырно-влагалищного свища. Через мышечный слой стенки пузыря проводят 3 шва, не прокалывая слизистой оболочки пузыря.

лище оказывается суженным или деформированным рубцовыми тяжами, которые не удалось устранить консервативным лечением (водные процедуры, массаж и пр.). В этих случаях операцию начинают с рассечения под контролем глаза влагалищных рубцов, обнаженных узкими зеркалами или подъемником. Для увеличения операционного поля и лучшего доступа к свищевому отверстию можно сделать односторонний, а если необходимо, то двусторонний боковой влагалищно-промежностный разрез.

Техника операции. После того как свищевое отверстие во влагалище будет хорошо обнажено коротким операционным зеркалом и двумя подъемниками, проводят продольный разрез по передней стенке влагалища.

Разрез начинают на 1—2 см впереди от свищевое отверстие и доводят до переднего края свища; затем ведут разрез по краю свищевое отверстие, обводят его со всех сторон и проводят еще один небольшой продольный разрез от заднего края свища кзади. Этот разрез является как бы продолжением продольного разреза впереди свища (рис. 420). Разрез идет вокруг свища в толщу стенки влагалища, которая, вследствие рубцовых измене-

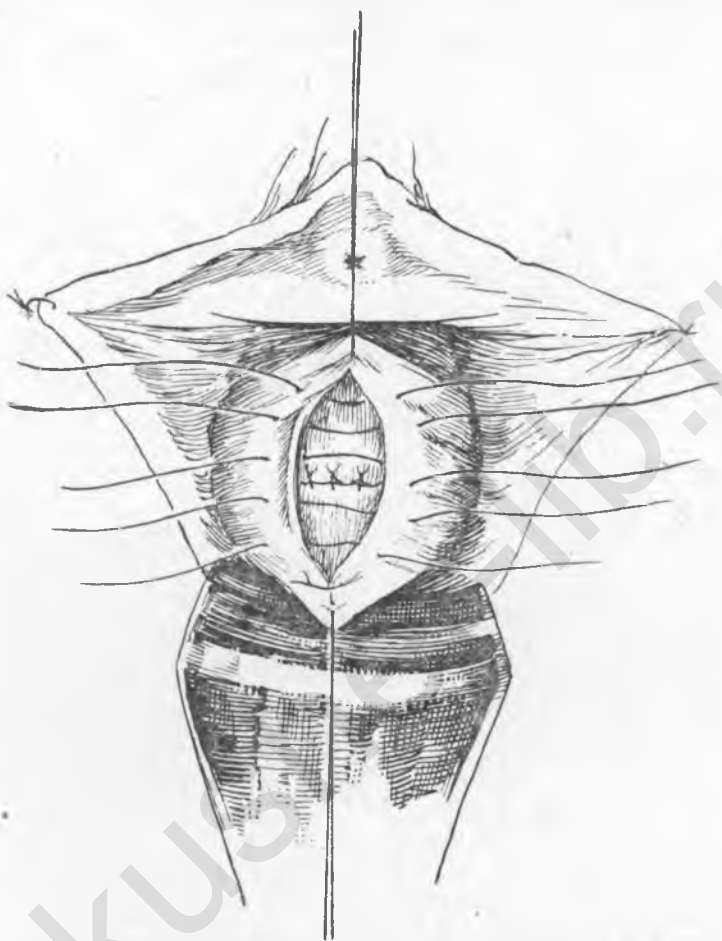


Рис. 422. Операция пузырно-вагинального свища. Отверстие в мочевом пузыре зашито; швы лежат в глубине раны в поперечном направлении. Для закрытия разреза вагинальной стенки проведены лигатуры. После того как лигатуры будут завязаны, разрез влагалища окажется зашитым в продольном направлении.

ний, может быть истончена. Стенка влагалища во всю длину разреза отделяется от мочевого пузыря настолько, чтобы стенка пузыря, на которой лежит свищ, стала бы совершенно подвижной. Когда это будет достигнуто, отверстие в пузыре закрывают несколькими крепкими, но тонкими кетгутowymi швами. После того как швы завязаны, они лежат в поперечном направлении. Эти швы проводят только через мышечный слой стенки пузыря, не прокалывая его слизистой оболочки (рис. 421) (если вследствие особой конфигурации большого пузырного отверстия в поперечном направлении зашить трудно, то можно наложить швы в виде буквы Т).

Таким образом, в полости пузыря нет швов, которые могли бы стать источником образования камней. Некоторые хирурги для закрытия пузырного свища применяют тончайший шелк. Наложённые швы лучше завязывать не сразу, а каждый шов захватывать отдельно зажимом и завязывать их все одновременно после того, как будет наложен последний шов. Далее, прежде чем соединить края влагалищной раны, мы обычно еще раз проверяем, достаточно ли тщательно закрыто пузырное отверстие и не просачивается ли жидкость между швами при наполнении пузыря. Проверяем сле-

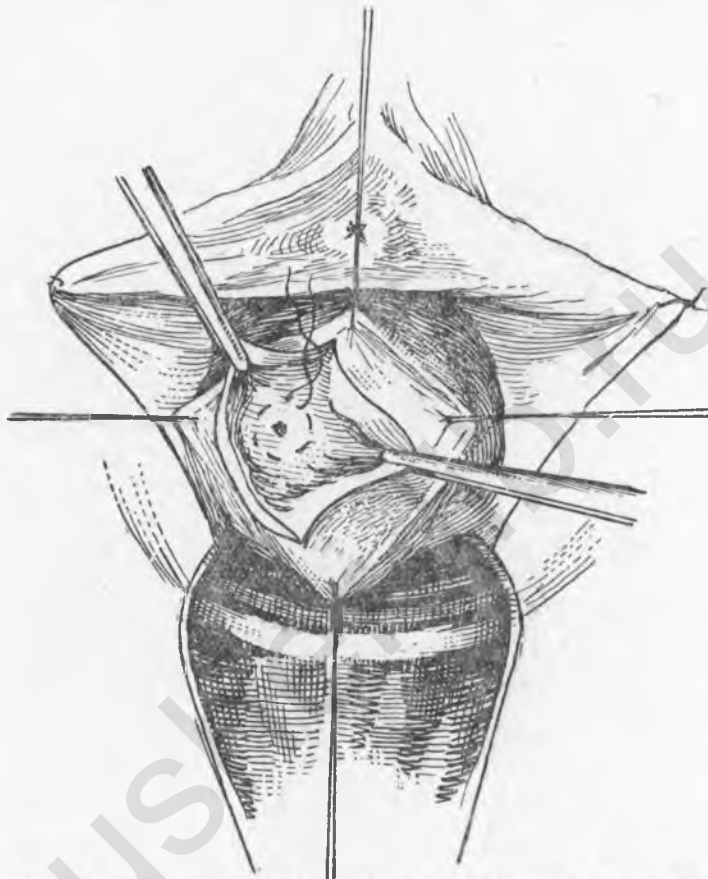


Рис. 423. Операция пузырно-влагалищного свища. Маленькое отверстие в мочевом пузыре можно закрыть кيسетным швом.

дующим образом: зашитый мочевой пузырь наполняют стерильным раствором борной кислоты или слабым раствором марганцовокислого калия. Если где-либо между швами жидкость просачивается, тотчас накладывают дополнительные швы и снова проверяют. На клетчатку, которой имеется очень мало в области свища, мы швов не накладываем.

После того как отверстие в мочевом пузыре будет закрыто, накладывают ряд швов из кетгута средней толщины или из тонкого шелка и ими соединяют края влагалищного разреза. После того как швы завязаны, они будут лежать в продольном направлении (рис. 422). При этом зашивать влагалище так же тщательно, как мочевой пузырь, отнюдь не требуется. Влагалище можно закрыть частично, но можно и совсем не закрывать, а лишь затампонировать.

При маленьких свищах разрез влагалищной стенки можно провести вокруг свищевое отверстие и через этот разрез отделять влагалищную стенку от стенки мочевого пузыря; если отверстие в мочевом пузыре тоже маленькое, то его можно закрыть одним кисетным кетгутовым швом (рис. 423); края влагалищного разреза соединяют несколькими швами в продольном или в поперечном направлении, иногда их повсе не зашивают.

Метод Д. Н. Атабекова. При больших пузырно-влагалищных свищах целесообразно провести на влагалище якорьобразный или крестообразный разрезы по Атабекову. Крестообразный разрез применяют при свище, расположенном в области жома, а якорьобразный — при расположении свища в переднем своде.

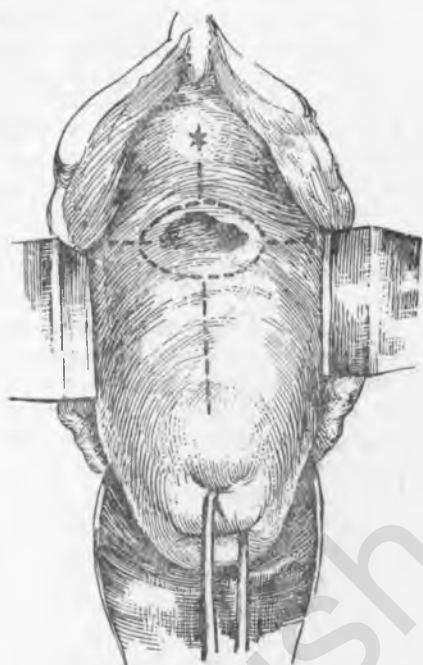


Рис. 424. Операция пузырно-влагалищного свища. Метод Атабекова. Крестообразный разрез по передней стенке влагалища.

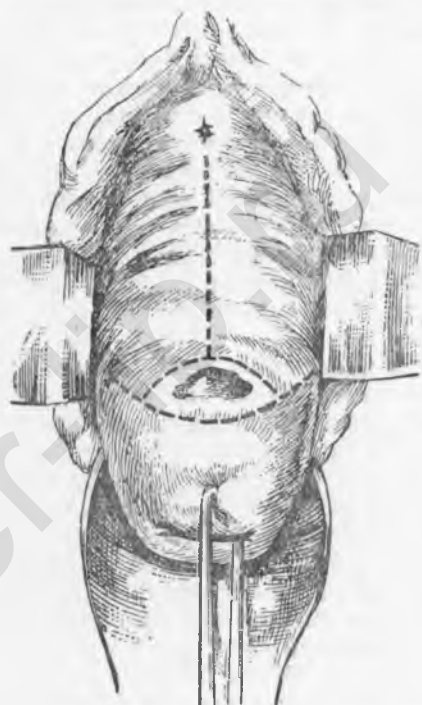


Рис. 425. Операция пузырно-влагалищного свища. Метод Атабекова. Якорьобразный разрез по передней стенке влагалища.

При крестообразном разрезе продольный и поперечный разрезы скрещиваются в центре свищевое отверстие (рис. 424), продольный разрез доводят до валика вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, а кзади — до переднего свода. Якорьобразный разрез (рис. 425) состоит в том, что дугообразный или полуокружный разрез проводят в области нижнего края свищевое отверстие и ведут в обе стороны за свищевое отверстие; затем вокруг остального края свищевое отверстие проводят полуокружный разрез и от его середины ведут кпереди третий прямой разрез. Разрезы вокруг свищевое отверстие идут не по самой его границе, а чуть отступя, т. е. по рубцово измененной слизистой влагалища. Остающуюся узенькую каемку слизистой не трогают, но ее можно и отсепаровать до границы пузыря и иссечь. Это делают на следующем этапе операции после того, как стенка влагалища будет от-

делена от стенки пузыря. При применении такого разреза получается доступ к мочевому пузырю, позволяющий отделить его не только от рубцово измененной стенки влагалища, но и от рубцов, прикрепляющих его к стенкам таза, благодаря чему получается хорошо подвижная стенка мочевого пузыря и отверстие в пузыре можно зашить без всякого натяжения. Именно это и обеспечивает успех операции свища.

Д. Н. Атабеков, имеющий большой опыт в операциях мочевых свищей, подчеркивает, что размер дефекта существенного значения не имеет при зашивании пузырного свища, если только при сближении краев дефекта в стенке пузыря не было натяжения. Он считает, что всякое натяжение устранимо, если мочевой пузырь будет отделен в достаточной мере не только от стенок влагалища, но и от тазовых костей.

Так как успех операции зависит только от заживления пузырной раны, то если тщательное соединение краев влагалищной раны из-за недостатка ткани полностью не удастся, настаивать на этом нет основания: достаточно затампонировать влагалище на 1—2 суток:

Д. Н. Атабеков считает, что в иссечении краев (каймы) свищевого отверстия нет никакой необходимости, так как «при сближении швами освеженная поверхность вворачивается внутрь, а края каемок смещаются в полость пузыря, слипаясь друг с другом. Обычно при отсепаровке влагалищных лоскутов образуется большая поверхность; а каемка вокруг отверстия остается нетронутой. При завязывании швов поверхности хорошо срстаются».

Приведенные влагалищные способы операции являются типовыми методами. И так, первым условием для получения хороших результатов операции является достаточное расщепление рубцовой ткани вокруг свища до получения подвижности стенки мочевого пузыря и возможного соединения краев свищевого отверстия в пузыре без всякого натяжения швов. Вторым условием является тщательное наложение швов на дефект в стенке мочевого пузыря: Эти швы не должны захватывать слизистой мочевого пузыря. Для швов применяют либо тончайший шелк, либо тонкий, но очень крепкий кетгут. Мы предпочитаем кетгут. Не подлежит сомнению, что правильное наложение швов имеет немаловажное значение; но если один тонкий кетгутовый шов и пройдет через слизистую, вряд ли эта погрешность будет причиной неуспеха операции.

Свищевое отверстие в пузыре надо зашивать отдельными узловыми швами. После того как все швы будут завязаны и свищевое отверстие таким образом будет закрыто, необходимо наполнить мочевой пузырь через уретру какой-нибудь жидкостью, например, стерильным 2% раствором борной кислоты, и проверить, не просачивается ли жидкость где-нибудь между швами.

Зашивание влагалищной раны особенной тщательности не требует. Можно накладывать и узловые, и непрерывные швы.

Метод Н. М. Волковича. Если добиться полной подвижности стенки мочевого пузыря вокруг мочевого отверстия невозможно, то следует применить пластический метод закрытия тяжелых пузырно-влагалищных свищей, опубликованный Волковичем в 1901 г. В зарубежной литературе этот метод известен как метод Волковича-Кюстнера. Приоритет этой операции принадлежит именно Волковичу, что было им доказано в статье, помещенной в журнале *Zentralblatt für Gynäcologie* (№ 19, 1911). Как видно из той же статьи, этого не отрицал и Кюстнер. Метод Н. М. Волковича особенно рекомендуется при значительном разрушении задней стенки мочевого пузыря и при сильной фиксации краев свища обширными рубцами.

Благоприятствующим условием для применения метода Волковича является расположение свища вблизи влагалищной части матки.

Техника операции. После низведения влагалищной части матки в преддверие влагалища делают дугообразный разрез на шейке матки у переднего свода. Разрез заходит в боковые своды, как при влагалищной экстирпации матки. Мочевой пузырь отсепааровывают от шейки матки острым путем и тем самым обнажают свищевое отверстие в стенке мочевого пузыря. Если это не удается легко, то поперечный разрез ведут дальше вокруг шейки матки, при недостаточной подвижности которой перевязывают и перерезают нижние части широких связок; при этом всегда удается низвести шейку матки к влагалищному входу и отделить от нее пузырь.

Свищевое отверстие освежается дугообразным разрезом у самого края, причем влагалище отделяют от пузыря на протяжении около 1 см. Части слизистой оболочки влагалища, оставшиеся вокруг края отверстия в стенке пузыря, удаляют ножницами.

Освеженные края свищевое отверстия в стенке мочевого пузыря сближаются сами собой и отверстие, таким образом, уменьшается; благодаря этому, нетрудно наложить швы; лучше сначала наложить все швы, а потом их завязать. Иногда лучше вовсе не накладывать швы на стенку пузыря, так как при больших свищах легко захватить в шов мочеточники.

Брюшностеночный, внебрюшинный и чреспузырный метод операции пузырно-влагалищного свища. Брюшностеночный метод показан в тех случаях, когда влагалище настолько изменено рубцами и представляет настолько узкий канал, окруженный и деформированный обширными рубцами в клетчатке, что влагалищный путь операции становится невозможным. Этот метод не требует той тщательной предоперационной подготовки наружных половых органов, которая так необходима при влагалищном способе операции.

Техника операции. Разрез брюшной стенки делают над лоном в поперечном направлении. Прямые мышцы отделяют от лона, при этом обнажаются предпузырная клетчатка и лежащая под ней передняя стенка мочевого пузыря, которую рассекают в поперечном направлении на протяжении 4—5 см. Так как операцию производят при положении больной с приподнятым тазом, то мочевой пузырь растягивается входящим в него воздухом, что облегчает нахождение свищевое отверстие в пузыре и делает его более доступным (Д. О. Отт, Л. Л. Окинчиц). Края свища освежают и сшивают кетгутowymi или тонкими шелковыми швами со стороны слизистой пузыря. Чтобы избежать отложения солей на узелках швов, а также для последовательного их удаления, швы накладывают со стороны пузыря, не прокалывая слизистой, а концы лигатур выводят во влагалище и здесь завязывают. Это возможно и при сужениях влагалища.

Разрез передней стенки мочевого пузыря зашивают отдельными кетгутowymi лигатурами, не прокалывая слизистой оболочки мочевого пузыря. Над первым ярусом этих швов накладывают еще один непрерывный кетгутовой шов. Можно зашить разрез мочевого пузыря тонким шелком в один ярус, тоже не прокалывая слизистой оболочки. Некоторые авторы оставляют посредине разреза небольшое отверстие, через которое вводят в полость пузыря тонкую дренажную трубку для отведения мочи.

Необходимо указать, что при этой операции могут встретиться значительные трудности. Иногда они возникают уже при отыскании свищевое отверстие, особенно если оно невелико и втянуто рубцами. При наличии больших и плотных рубцов, окружающих со всех сторон свищ, его пузырное отверстие трудно приблизить к брюшной ране, а это необходимо для того, чтобы его можно было бы хорошо освежить и тщательно зашить.

Чтобы облегчить этот этап операции, предложен ряд способов; мы приведем лишь некоторые из них. Можно приблизить дно мочевого пузыря, где расположен свищ, к брюшной ране со стороны влагалища или со стороны прямой кишки (мы полагаем, что приближение со стороны кишки вряд ли может быть выполнено с успехом) тампоном или резиновым баллоном. Так как операция свища через разрез пузыря со стороны брюшной раны, по нашему мнению, показана в тех случаях, когда подступа к свищу со стороны влагалища нет из-за обширных рубцов, то ни большого тампона, ни баллона нельзя ввести во влагалище и, следовательно, нельзя приподнять ими дно мочевого пузыря. Если операционное поле доступно со стороны влагалища, то нет надобности применять брюшностеночный разрез, который имеет большие недостатки: 1) отсечение прямых мышц от лона, 2) большой разрез в передней стенке мочевого пузыря, 3) вышеприведенные трудности в приближении свища к брюшной ране. Затруднения в приближении свища к брюшной ране пытаются устранить манипуляциями со стороны мочевого пузыря, но если просто за-

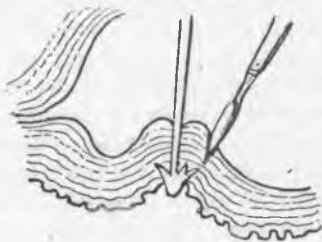


Рис. 426. Брюшностеночный, внебрюшинный, чреспузырный метод операции пузырно-влагалищного свища. Инструмент вводят в свищевое отверстие и обратным движением инструмента подтягивают свищевое отверстие к брюшной ране.

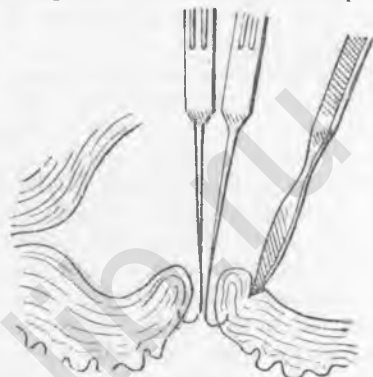


Рис. 427. Брюшностеночный, внебрюшинный, чреспузырный метод операции пузырно-влагалищного свища. Обыкновенные крючки, применяемые при фистулоррафиях, могут заменить специальный инструмент, изображенный на рис. 426.

хватить инструментами неподатливые края свищевое отверстие и с силой оттянуть их к брюшной ране, то это приведет лишь к новым, не учитываемым по своим последствиям травмам края свища. Это, конечно, крайне нежелательно. Поэтому стали изобретать даже особые инструменты, как, например, инструмент Кроссена (рис. 426), который вводят в свищевое отверстие и обратным движением инструмента подтягивают свищевое отверстие к брюшной ране. Едва ли, думается нам, в подобном инструменте можно найти ключ к решению вопроса. Ведь свищевые отверстия имеют разнообразную форму и самую различную величину, поэтому инструмент должен соответствовать хотя бы по калибру свищевому отверстию. Следовательно, один какой-нибудь инструмент не может успешно выполнить свое назначение при любом свище, поэтому необходим целый набор инструментов. В общем оператор становится в полную зависимость от инструментария, чего, конечно, надо всемерно избегать. Мы считаем, что обыкновенные крючки, применяемые при фистулоррафиях, во многих случаях помогают приближать свищевое отверстие с большим успехом (рис. 427).

В тех случаях, когда операция свища через влагалище невозможна, то внебрюшинная чреспузырная операция свища при помощи надлобкового разреза брюшной стенки вполне целесообразна.

СВИЩИ И ДЕФЕКТЫ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Свищи мочеиспускательного канала (уретро-вагинальные) в их чистом виде, т. е. такие, при которых свищевое отверстие находится впереди жема мочевого пузыря, встречаются крайне редко (рис. 428). Если свищевое отверстие во влагалище находится вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала, то такие свищи мало беспокоят женщину. Но если отверстие лежит выше, то небольшая порция мочи будет затекать во влагалище и отсюда вытекать произвольно; следовательно, большая будет мочиться нормально, но так как скопившаяся во влагалище моча будет произвольно подтекать, то женщина по временам все же будет мокрой.

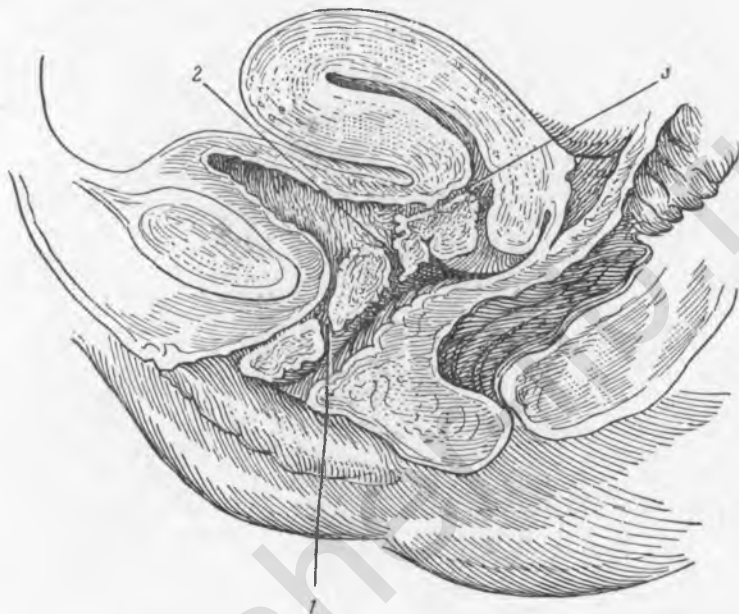


Рис. 428. Схема свищей.

1 — уретро-вагинальный; 2 — пузырно-вагинальный; 3 — пузырно-маточный.

Кроме того, рубцы в области свища могут в результате неравномерного натяжения нарушить нормальную работу жема и вызвать симптом недержания мочи. Такой уретро-вагинальный свищ безусловно требует оперативного вмешательства.

Методика и техника операции уретро-вагинального свища. Перед тем как приступить к операции, необходимо металлическим катетером убедиться, что мочеиспускательный канал свободно проходим. Если катетер не проходит свободно, то надо осторожно расширить мочеиспускательный канал бужами. Методика операции та же, что и при пузырно-вагинальных свищах, т. е. операция производится методом расщепления.

Для того чтобы операционное поле, лежащее вблизи уретрального отверстия, не закрывалось малыми губами, мы их пришиваем к коже.

Обнажив свищевое отверстие, его фиксируют в центре операционного поля тремя швами («держалками»). Затем через стенку влагалища проводят продольный разрез, окружают им свищевое отверстие и ведут его по передней стенке влагалища по направлению к влагалищной части матки. Скальпелем или ножницами отделяют края разреза от стенки мочеиспускатель-

ного канала. Освеженные края свищевое отверстия уретры сшивают несколькими тонкими швами (узловые швы), не прокалывая при этом слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Швы накладывают в поперечном направлении, т. е. так, чтобы передний край уретральной раны соединился с ее задним краем. Затем в продольном направлении сшивают края влагалищного разреза. Для этих швов можно взять тонкий шелк или средней толщины кетгут. Если уретро-вагинальный свищ распространится на область жома мочевого пузыря и далее на стенку мочеиспускательного канала, то получится уретро-везико-вагинальный свищ, который необходимо закрыть, но так, чтобы не только было закрыто свищевое отверстие, но и функция жома тоже была восстановлена. Размеры дефекта в этих

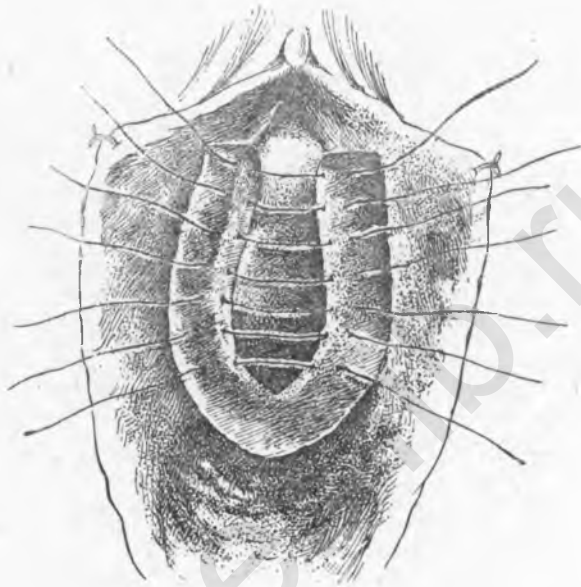


Рис. 429. Уретропластика по Отту. Освежение и наложение первого яруса швов.

случаях обычно довольно значительны. Применяя метод расщепления, необходимо добиться максимальной подвижности стенок мочевых органов, отделенных от влагалищной стенки. Для этого Д. Н. Атабеков рекомендует вместо якоробразного разреза применять крестообразный (рис. 424). При отсепаровке влагалища от мочевых органов после крестообразного разреза получают четыре влагалищных лоскута. Эти лоскуты Д. Н. Атабеков отделяет как можно дальше от свищевое отверстие так, чтобы основания лоскутов достигали боковых стенок влагалища. Отделение лоскутов от стенок мочеиспускательного канала должно производиться с большой осторожностью, чтобы не повредить стенок мочеиспускательного канала.

Значительно сложнее операция при полном разрушении мочеиспускательного канала, особенно если при этом пострадал и пузырный жом. Для этих случаев Д. О. Отт предложил следующий способ уретропластики.

Техника уретропластики по Д. О. Отту. С обеих сторон от уцелевшей передней стенки мочеиспускательного канала (части, прилегающей к симфизу) производится освежение в виде двух параллельных лоскутов — каждый шириной в 0,5, 0,75, 1 см, между

которыми лежит уцелевший отдел мочеиспускательного канала. В наиболее отдаленном от входа отделе оба лоскута дугообразно соединяются и получается форма подковы с длинными ветвями и узким между ними пространством шириной в 1—1,75 см, отвечающим будущему каналу (рис. 429). Освежение начинают немного ниже клитора, дугообразное соединение приходится непосредственно за входом в пузырь так, что при сшивании одной половины освежения с другой образуется трубка — вновь созданный мочеиспускательный канал, внутренняя поверхность которого покрыта



Рис. 430. Операция Волковича при полном разрушении мочеиспускательного канала. Через разрез брюшной стенки над лонем проделан канал, доходящий до передней стенки мочевого пузыря (указывает стрелка вверх слева). Толстым троакаром (слева внизу) прокалывают ткани под лонным сочленением.

многослойным плоским эпителием. Техника зашивания: первый ярус погружной (не проникающий в просвет канала), второй — более поверхностный. Швы завязывают со стороны влагалища.

Метод Н. М. Волковича. Оригинальный метод операции в случае, когда уретра совершенно разрушена, был предложен Н. М. Волковичем. Принцип метода заключается в следующем: свищ во влагалище зашивают наглухо и приступают к образованию новой уретры. Через разрез брюшной стенки по средней линии тотчас над лонем проникают в *sacum Retzii* совершенно так же, как при высоком камнесечении, и доходят до передней стенки пузыря, которую отделяют на некотором расстоянии от ее прикреплений (рис. 430). Толстым троакаром прокалывают ткани тотчас под лобковым соединением, стенку пузыря захватывают каким-либо подходящим инструментом и протягивают через канал, образованный проколом троакара (рис. 431). По А. П. Губареву, еще лучше и проще провести через стенку пузыря прочную лигатуру и продеть ее конец через ушко обыкновенного пуговчатого зонда

и этим швом протянуть стенку пузыря через искусственно сделанный канал. Остается сделать отверстие в вытянутом дивертикуле пузыря, пришить края его слизистой к слизистой преддверия и зашить брюшную рану над лобком (рис. 432).

К многочисленным методам восстановления разрушенного мочеиспускательного канала, опубликованным в старой литературе, непрестанно прибавляются новые методы, новые модификации, новые сочетания различных методик, которым приписывается большая эффективность.

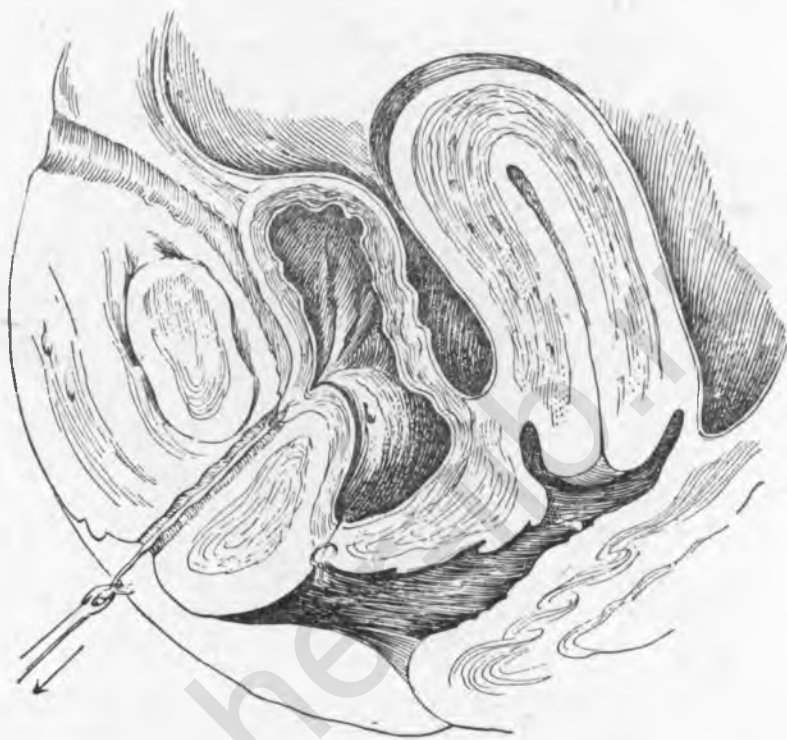


Рис. 431. Операция Волковича при полном разрушении мочеиспускательного канала. Через ход, проделанный троакаром под лобком, захватывают стенку мочевого пузыря и протягивают ее в виде дивертикула наружу.

Из новейших методик можно указать на способы перекрытия дефекта в стенке мочеиспускательного канала лоскутом из слизистой стенки влагалища или ишио-кавернозной мышцей, а также бульбокавернозной или бульбокавернозной вместе с ишио-кавернозной мышцей.

При проверке результатов этих операций некоторые авторы пришли к малоутешительному заключению — неудачных результатов оказалось больше, чем удачных, причем, как выяснилось впоследствии, результаты, считавшиеся положительными, во многих случаях впоследствии оказались отрицательными.

Представляет интерес метод, примененный И. И. Фейгелем у больной с обширным дефектом уретры (полное разрушение) и задней стенки мочевого пузыря. Операция представляла собой видоизмененный лоскутный способ и заключалась в следующем: круговой разрез слизистой влагалища вокруг краев фистулы; этот разрез дополнен линейным сагитальным

разрезом спереди и сзади до передней стенки влагалища; острым путем пузырь широко выпрепарован из фиксировавших его рубцов; узловыми тонкими шелковыми швами края фистулы соединены таким образом, что рубцовые края вдавливались швами в просвет вновь образованных пузыря и уретры. В области переднего края фистулы сформировано наружное отверстие мочеиспускательного канала путем пришивания слизистой пузыря к слизистой влагалища. Следующим этапом операции было воссоздание нового сфинктера. В отличие от авторов, применявших для этого свободный лоскут ишио-кавернозной мышцы и проводивших дополнительный разрез между большой и малой губами, Фейгель использовал с этой целью пучки вышеуказанных мышц обеих сторон.



Рис. 432. Операция Волковича при полном разрушении мочеиспускательного канала. В вытянутом дивертикуле мочевого пузыря сделано отверстие; края слизистой оболочки дивертикула пришиты к слизистой преддверия влагалища. Брюшная рана над лобком зашита.

Отмечая полный успех операции, ее хирургическую четкость, доступность для среднего хирурга, автор подчеркивает, что он тем не менее «далек от мысли, что вопрос о терапии этого сложного страдания уже разрешен». С этим заключением нельзя не согласиться.

Вообще нужно сказать, что операции, имеющие целью восстановление разрушенного мочеиспускательного канала, сложны; они требуют очень тщательного наложения швов и весьма внимательного непрерывного круглосуточного ухода за больной до того момента, пока края раны срастутся. Если получится нагноение, то положение больной станет много хуже, чем оно было до операции, а повторная операция не всегда возможна. Неудивительно, что все эти операции, по какому бы методу они ни производились, имели весьма относительный успех. Даже в тех случаях, когда заживление раны происходит полностью и образование подобия мочеиспускательного канала достигается, все же создать полноценный жом обычно не удается.

Наряду с этим, мы видим, что, благодаря улучшению методики и техники операции пересадки мочеточников в кишку, значительно уменьшились опасности, связанные с этой операцией. Поэтому в тех случаях, когда пластические операции мочеполювого свища становятся совершенно невозможными или бесперспективными, многие современные операторы, не только хирурги и урологи, но и гинекологи, предпочитают операцию пересадки мочеточника в кишку. В ряде случаев, в том числе и при полном разрушении мочеиспускательного канала и жома мочевого пузыря, она является наиболее целесообразной (технику см. ниже).

ПУЗЫРНО-ШЕЕЧНЫЕ СВИЩИ

Непормальное сообщение между мочевым пузырем и каналом шейки матки чаще всего является либо результатом травмы мягких родовых путей при затянувшихся родах, когда головка плода надолго застревает в тазу



Рис. 433. Пузырно-шеечный свищ.

при неуспешной еще сгладиться шейке матки, либо результатом акушерских (влагалищного кесарева сечения) или гинекологических операций (кольпогистеротомии) (рис. 433). Симптоматология и диагностика пузырно-шеечных свищей та же, что и пузырно-влагалищных свищей. Принципы операции по существу такие же, т. е. основываются на методе расщепления и отделения стенки мочевого пузыря от передней стенки шейки матки.

Техника операции. Зеркалами обнажают влагалищную часть матки. Если свищевое отверстие расположено так, что передняя губа маточного зева сохранена, ее захватывают пулевыми щипцами и низводят в преддверие; если передняя губа настолько разрушена, что захватить ее

невозможно, то захватывают щипцами заднюю губу. Для того чтобы получить доступ к свищевому отверстию в мочевом пузыре, в переднем влагалищном своде непосредственно над переходом его на шейку матки делают поперечный разрез, который на концах загибают кверху. Таким образом, получается лоскутный разрез, которым мы пользуемся при многих влагалищных операциях. Острым путем отделяют стенку мочевого пузыря от

передней стенки шейки (рис. 434) и постепенно доходят до свищевого хода. Острым же путем расщепляют рубцы, образовавшиеся вокруг свищевого хода между стенками пузыря и шейки матки. Для того чтобы не поранить при этом стенку мочевого пузыря где-либо вблизи имеющегося дефекта, необходимо держаться как можно ближе к стенке шейки матки. Отслойку пузыря продолжают до

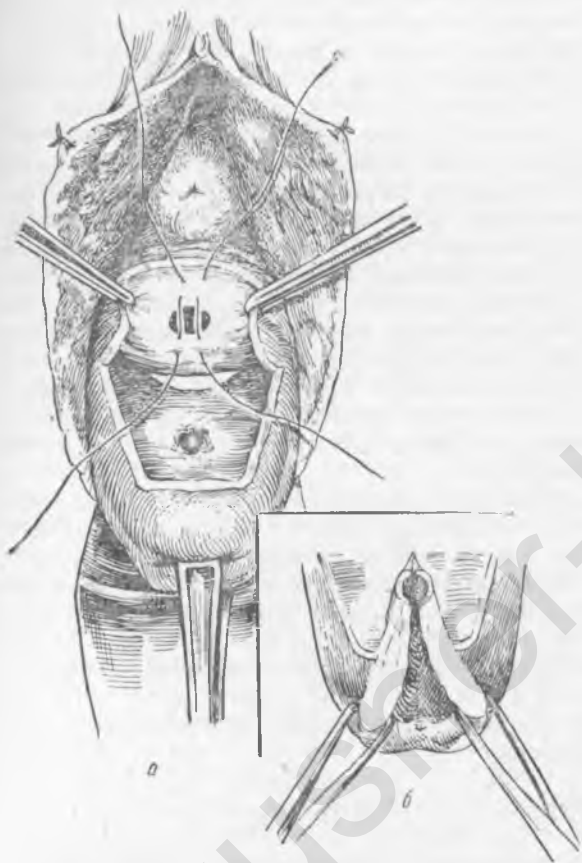


Рис. 434. Операция пузырно-шеечного свища.

а — мочевой пузырь отделен от шейки матки и отодвинут вверх от нее; свищевое отверстие в мочевом пузыре полностью обнажено; для его закрытия проведены лигатуры через мышечный слой пузыря (нельзя прокалывать слизистую пузыря); б — для освещения свищевого хода в шейке матки переднюю стенку матки полностью рассекают в продольном направлении, от свища вниз.



Рис. 435. Операция пузырно-шеечного свища. Свищевое отверстие в мочевом пузыре закрыто (А). На разрез шейки накладывают швы, не прокалывая слизистую оболочку шеечного канала.

тех пор, пока свищевое отверстие в нем не будет полностью обнажено, а края его не станут настолько подвижными, что их можно будет соединить швами без всякого натяжения. Свищевое отверстие в мочевом пузыре зашивают в один или в два яруса, причем игла не должна прокалывать слизистую оболочку пузыря. При зашивании отверстия в пузыре в один ярус большинство авторов применяет узловые швы из тончайшего шелка, а при двухъярусном шве для швов первого яруса берут тончайший шелк, для второго — тонкий кетгут. Когда дефект в мочевом пузыре будет зашит, в пузырь вводят через уретру стерильный 2—4% борный

раствор, чтобы проверить, не просачивается ли где-либо между швами жидкость, и в случае необходимости накладывают дополнительные швы. Свищевой ход, имеющийся в стенке матки, после освежения зашивают кетгутом, не прокалывая слизистой оболочки шейного канала. Некоторые хирурги вовсе не зашивают свищевое отверстие в шейке матки, полагаясь на то, что это отверстие заживет самопроизвольно, как только моча перестанет выделяться из свищевого отверстия в пузыре. И. Б. Левит считает, что иногда целесообразнее для освежения и зашивания свищевого хода в шейке матки предварительно рассечь в продольном направлении всю переднюю стенку шейки матки, начиная от свища вниз (рис. 434, б и 435).

При отсепаровке мочевого пузыря может быть нечаянно вскрыта пузырно-маточная складка брюшины. Если операцию производят при чистой моче и отсутствии инфекции в области операционного поля, это не является серьезным осложнением. После того как свищевое отверстие в пузыре будет зашито в два яруса, верхний край вскрытой брюшины можно пришить к брюшине двумя-тремя тонкими кетгутовыми нитями. Край вскрытой брюшины можно пришить к нижнему краю выше места нормального ее расположения в матке; тогда зашитое отверстие в пузыре будет иметь в качестве своего рода подкладки неповрежденную стенку нижнего сегмента матки; можно и, наоборот, пузырный край вскрытой складки брюшины, если он достаточно мобилизован, стянуть вниз и пришить к мочевому пузырю ниже зашитого в нем дефекта и таким образом перекрыть его брюшиной.

Но если пузырно-маточная складка брюшины не будет вскрыта, целесообразно свищевое отверстие в пузыре, зашитое в два яруса, вновь пришить к шейке матки, но не на том же месте, где оно было до операции, а чуть выше или ниже, так, чтобы зашитое отверстие пузыря не лежало бы на зашитом отверстии в шейке матки и не совпадало бы с ним полностью.

В заключение лоскутный разрез во влагалище зашивают кетгутом средней толщины.

Ведение послеоперационного периода такое же, что и после операции пузырно-влагалищного свища.

МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ СВИЩИ

Мочеточниковые свищи встречаются вообще редко; возникают они главным образом в результате повреждения мочеточников при гинекологических операциях. Свищ может возникнуть не только тогда, когда мочеточник был полностью перерезан, но и тогда, когда его повреждение было поверхностным. Свищ может образоваться в результате длительного сжатия и некроза мочеточника и сопровождаться не только недержанием мочи, но подчас пиелитом и пиелонефритом.

Простым способом дифференциальной диагностики между пузырным и мочеточниковым свищом служит проба с введением окрашенной жидкости, например, метиленовой синьки, в мочевой пузырь через уретру; если во влагалище будет вытекать голубого цвета жидкость, это значит, что имеется пузырный свищ; если из свищевого отверстия выделяется неокрашенная моча, это говорит за то, что имеется мочеточниковый свищ.

Для более точной диагностики следует прибегнуть к хромоцистоскопии, а для определения уровня места повреждения мочеточника в пузырный устье мочеточника вводят мочеточниковый катетер; если катетер продвигают вверх, то он задерживается там, где начинается свищевой ход.

В этом месте свищевой ход настолько сужен, что мочеточниковый катетер дальше не проходит.

Для устранения мочеточниковых свищей предложены разнообразные методы операций, производимые как влагалищным, так и брюшностеночным путем.

Влагалищные методы операции

Влагалищные методы операции сводятся к тому, что в мочевой пузырь пересаживают не самый мочеточник, выделенный из рубцовой ткани, а свищевое отверстие мочеточника вместе с окружающей его каймой из слизистой влагалища.

Техника операции. Вокруг свищевого отверстия во влагалище производят круговой или овальный разрез слизистой влагалища приблизительно на расстоянии 1 см от края свища. Из этого разреза слизистую влагалища отсепааровывают по направлению к центру свищевого отверстия настолько, чтобы образовавшийся лоскут мог, как заплатой, прикрыть отверстие. Затем в переднем своде делают поперечный разрез через стенку влагалища и острым путем отделяют ее вдоль разреза и вокруг лоскута, который заключает в себе свищевое отверстие. Отсепаровка продолжается приблизительно на 2 см. После этого металлическим катетером, введенным в мочевой пузырь у свищевого отверстия, выпячивают стенку мочевого пузыря и разрезают ее ножом. В полученное отверстие внедряют лоскут, окружающий свищевое отверстие. Несколькими погружными швами из тонкого кетгута вшивают лоскут в мочевой пузырь так, чтобы поверхность слизистой влагалища была бы обращена к полости, после чего зашивают разрезы во влагалище.

А. Э. Мандельштам с успехом применил влагалищный путь операции в одном случае при наличии двусторонних мочеточниковых свищей. Операция заключалась в следующем: после тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища и промывания мочевого пузыря он произвел, отступя на 0,5 см от обоих свищей, поперечный разрез и из задней стенки влагалища выкроил полоску слизистой шириной около 0,5 см (рис. 436, 1). Соответственно этой фигуре освежения поперечный разрез был проведен через переднюю стенку влагалища, концы которого соприкасались с концами разреза в задней стенке влагалища. Разрез по передней стенке был проведен через все слои таким образом, что мочевой пузырь был широко вскрыт (рис. 436, 1). При этом получилось крайнее незначительное кровотечение, для остановки которого задний край вскрытого мочевого пузыря был обшит кетгутом (рис. 436, 2). Передний край вскрытого мочевого пузыря был соединен с освеженной задней влагалищной стенкой. Последовательно были наложены два этажа погружных шелковых швов, соединявших мышечный слой пузыря с освеженной паравагинальной тканью задней стенки влагалища. Для лучшего соединения краев ран он накладывал шелковые швы спереди и сзади так, что ткань прохватывалась в поперечном направлении и при завязывании швов получались «восьмерки» (рис. 437, а). Края влагалища (передней и задней стенок) были соединены простыми узловыми шелковыми швами (рис. 437, б). В мочевой пузырь был введен постоянный катетер, шухардовский разрез был зашит послойно. Послеоперационный период протекал с субфебрильной температурой (повышение до 37,6°). На 4-й день катетер был удален, и больная мочилась самостоятельно каждые 2 часа. На 8-й день были удалены швы со слизистой влагалища. Заживление произошло первичным натяжением.

По существу эта операция представляет собой очень высокий кольпо-клеиз, при котором лишь минимальный участок слизистой оболочки вла-галища включен в мочевой пузырь.

Операция подкупает своей технической простотой. Образуется ли мочевой камень в дивертикуле, которым становится включенным в пу-зырь верхний отдел влагалища, — покажет будущее.

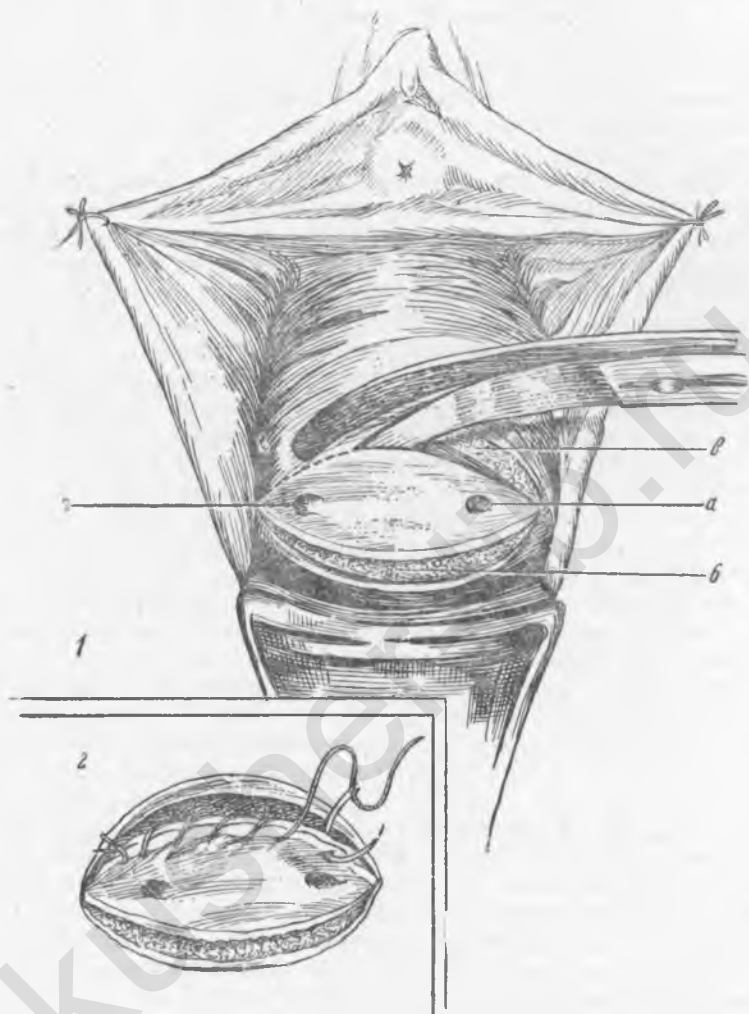


Рис. 436. Операция мочеточниково-влагалищного свища по способу Мандельштама.

1 — отступя на 0,5 см от обеих свищей проведен поперечный разрез и из зад-ней стенки влагалища выкроена полоска слизистой шириной около 0,5 см. Со-ответственно этой фигуре освежения проводят поперечный разрез через перед-нюю стенку влагалища; концы этого разреза соприкасаются с концами раз-реза в задней стенке влагалища. Разрезом на передней стенке влагалища вскрыт мочевой пузырь. *a* — мочеточниковый свищ; *b* — полоска освежения на задней влагалищной стенке; *a* — разрез передней влагалищной стенки; 2 — задний край вскрытого мочевого пузыря обшит ветгнтовой лигатурой.

Кроме того, такой метод применим лишь при отсутствии матки; при наличии матки влагалищный метод должен уступить место брюшносте-ночному методу.

Брюшностеночный метод операции

Операция может быть произведена без вскрытия брюшной полости (внебрюшинный способ) и со вскрытием брюшины. Гинекологи предпочитают внутривнутрибрюшинный способ. После того как брюшная полость вскрыта

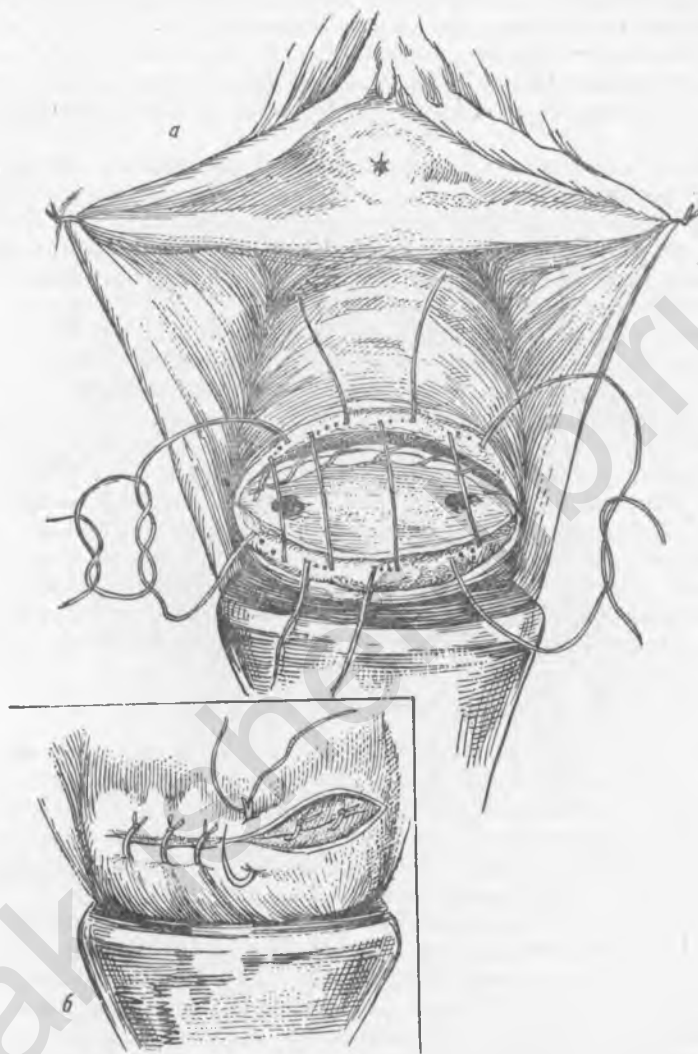


Рис. 437. Операция мочеточниково-вагинального свища по способу Мандельштамма.

a — передний край вскрытого мочевого пузыря соединяют с освеженной задней влагалищной стенкой; *б* — края передней и задней стенок влагалища соединяют узловыми шелковыми швами.

и тазовая полость становится доступной осмотру (операцию производят в положении больной с высоко поднятым тазом), приступают к отыскыванию свища. Само собой разумеется, что еще до операции должно быть установлено, какой из мочеточников поврежден. Так как мочеточниковые свищи чаще возникают после тяжелых гинекологических операций, то обычно они

окружены обширными рубцами; поэтому обнаружить и выделить такой свищ нелегко. Над местом, где предполагают наличие свища, делают продольный разрез покрывающей его брюшины и отсюда начинают поиски свища. В тех случаях, когда свищ расположен низко, его нетрудно обнаружить. Проследив ход мочеточника до рубцовой ткани, в которой он заключен, начинают препаровку пинцетом и ножницами и постепенно высвобождают поврежденный конец мочеточника. Иногда выше того места, где находится свищ, мочеточник бывает расширен, и тогда его легче обнаружить. Важно найти и освободить центральный (почечный) конец поврежденного мочеточника, пузырьный конец его освобождать незначем.

Добившись подвижности мочеточника, надо решить вопрос, в какой орган его пересадить. Если свищ расположен вблизи мочевого пузыря, то наилучшим способом является пересадка мочеточника в пузырь. Техника такая же, как и при пересадке мочеточника в мочевой пузырь при свежем повреждении мочеточника (см. главу «Свежие повреждения мочеиспускательного канала»).

Если пересадка мочеточника в мочевой пузырь невозможна, то приходится выбирать между пересадкой в кишку и удалением соответствующей почки или перевязкой мочеточника собственным узлом с целью вызвать атрофию почки. Если при наличии мочеточникового свища почка оказывается инфицированной, то вопрос о пересадке мочеточника отпадает и остается лишь единственный выход — удалить почку.

При двусторонних мочеточниковых свищах пересадка мочеточников в пузырь большей частью затруднительна: ведь успех операции зависит от того, как близко удастся притянуть мочевой пузырь к поврежденному мочеточнику, а достаточно приблизить мочевой пузырь к обоим мочеточникам едва ли всегда возможно. В этих случаях единственным методом операции явится пересадка мочеточников в кишку.

Пересадка мочеточников в кишку

Эта операция показана в тех редких случаях, когда мочеполювой свищ не может быть закрыт ни одним из пластических методов операции. Кроме неоперабельных мочеполювых свищей, показанием к пересадке мочеточников в кишку служит необходимость удаления мочевого пузыря при раке или необходимость иссечения значительных отрезков мочеточников, пораженных раковым новообразованием.

В разработке операции пересадки мочеточников в кишку отечественные авторы (Н. И. Березнеговский, А. П. Яхонтов, С. Р. Миротворцев, А. Т. Смиттен, А. И. Ильин, П. И. Тихов, И. Н. Грамматикати, А. М. Никольский, Н. В. Марков и мн. др.) играют выдающуюся роль. Особенно много было сделано для популяризации этого метода сотрудниками клиники Томского университета в начале XX века (хирургическая клиника П. И. Тихова, гинекологическая клиника Грамматикати).

Операция Тихова. За 5—6 дней до операции больную переводят на легкую диету. За 3—4 дня до операции больная в течение 2 дней принимает слабительное; в остальные дни ежедневно утром и вечером ей ставят клизму, в эти же дни больная получает 3 раза в день внутрь висмут.

Техника операции. Операцию производят при сильно поднятом тазовом конце операционного стола. По вскрытии брюшной полости по средней линии кишечник сдвигают кверху и удерживают его здесь мягким полотенцем или большими марлевыми салфетками. Приподняв придатки

матки и вытянув воронко-тазовую связку, отыскивают в ее основании мочеточник (рис. 438), который в виде беловатого шнурика, перекрещивающего сосуда, виднеется сквозь задний листок широкой связки и пристеночную брюшину. Брюшину над мочеточником надрезают на протяжении 4 см и выделяют мочеточник из забрюшинной клетчатки настолько, чтобы из него можно было образовать петлю. На нижний конец возможно ниже накладывают крепкую лигатуру, которую затягивают. Выделенную из-под брюшины часть мочеточника подводят за лигатуру к стенке верхней части прямой кишки. Придав мочеточнику косо-поперечное направление по отношению к кишке, накладывают несколько швов, фиксирующих моче-

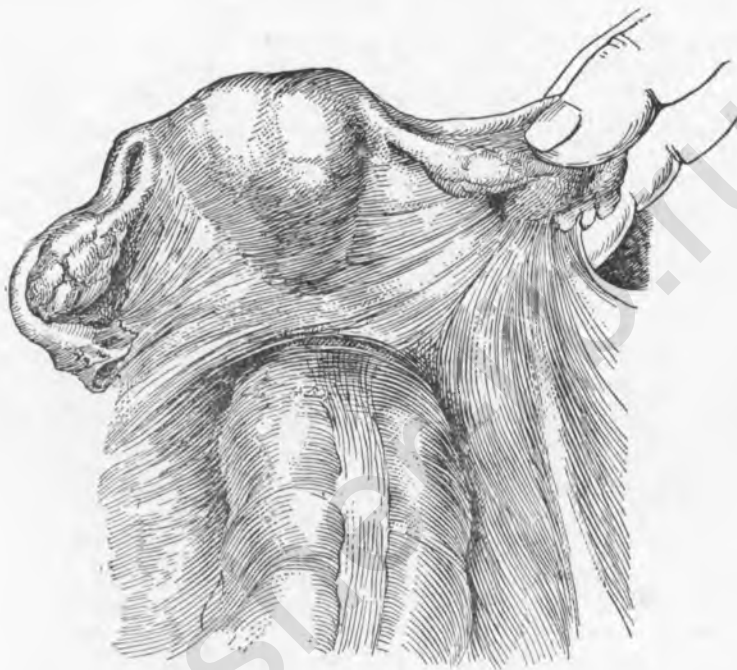


Рис. 438. Пересадка мочеточников в кишку по методу Тихова. Сквозь задний листок правой широкой связки виден мочеточник в виде беловатого шнура.

точник к кишечной стенке таким образом, чтобы швы захватывали лишь ее серозный и мышечный слои, а на мочеточнике — главным образом окружающую его клетчатку и лишь самый поверхностный слой его стенки. После этого мочеточник рассекают над перевязанным участком, причем пузырный конец его опускают обратно в клетчатку, а почечный конец обычно сокращается, скрючивается и часто сам поворачивается кверху. Надо особо подчеркнуть (как это делает В. С. Левит), что перерезать мочеточник следует лишь после того, как он будет подшит к кишке; иначе, как это имело место у Тихова при его первых операциях, перерезанный мочеточник иногда ускользал. Поэтому в следующих случаях П. И. Тихов, по совету Грамматкати, сначала фиксировал мочеточник к кишке, а потом уже перерезал его (пришивать мочеточник к кишке необходимо в косом направлении). Если пришивать перерезанный мочеточник к кишке, поневоле можно изменить его направление (В. С. Левит). После этого вскрывают кишку и в сделанное отверстие погружают мочеточник (рис. 439).

Чтобы моча не попала на брюшину, некоторые хирурги на те несколько минут, в течение которых делают отверстие в кишке, накладывают на открытый конец мочеточника какой-нибудь мягкий зажим. Тихов считает эту предосторожность не только излишней, но и вредной, так как самая легкая травматизация может повести к неприятным осложнениям; излишняя она и потому, что манипулирование и операции на мочеточнике обычно вызывают временную анурию, которая, по некоторым наблюдениям, может длиться несколько часов и больше. В. С. Левит считает вполне достаточным на эти несколько минут обернуть открытый почечный конец мочеточника марлевой салфеткой. Разрез в стенке кишки делают ниже последнего шва, фиксирующего мочеточник к кишке. На протяжении

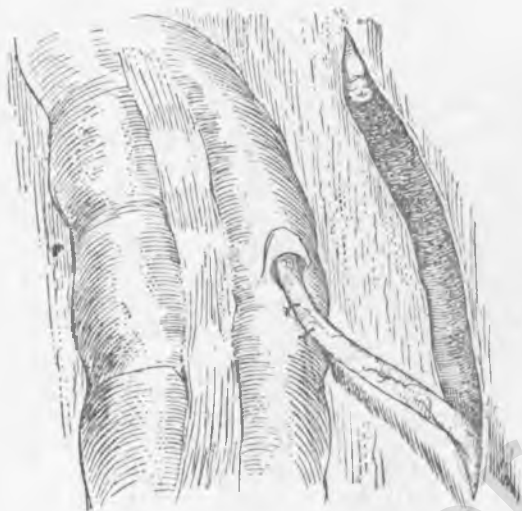


Рис. 439. Пересадка мочеточников в кишку по методу Тихова. Брюшина над мочеточником надрезана и мочеточник выделен из забрюшинной клетчатки. На нижний конец мочеточника наложена лигатура. Два шва фиксируют мочеточник к прямой кишке. Конец мочеточника погружен в сделанное в кишке отверстие.



Рис. 440. Пересадка мочеточников в кишку по методу Тихова. Вскрытие кишки сделано при помощи полуовального отверстия. После погружения мочеточника в кишку отверстие в кишке зашивают.

2 см в продольном направлении разрезают серозный и мышечный слой кишки и в нижнем конце этого разреза делают отверстие в 0,5 см; края слизистой разводят пинцетом и в отверстие погружают почечный конец мочеточника таким образом, что он выступает в просвет кишки на 0,5—0,75 см. Большое значение имеет правильное обшивание мочеточника серозой кишки; образующаяся на серозе муфта не должна быть ни слишком широкой, ни слишком узкой. Последним моментом операции является закрытие разреза тазовой брюшины, из которого был выведен мочеточник. При операции по поводу неоперабельного мочеполювого свища (пузырно-влагалищный или уретро-пузырно-влагалищный свищ) влагалищным путем приходится производить пересадку обоих мочеточников. Тихов рекомендует делать пересадку на разной высоте. В настоящее время большинство операторов делает пересадку в нижний отдел сигмовидной кишки. При операции по методу Тихова со временем вокруг мочеточника образуется, как утверждают Н. И. Березниговский и А. М. Никольский, на месте анастомоза с кишкой как бы муфта из мышц, играющая роль жома.

В более новой модификации разрез делают в кишке не продольно, а пересекают изогнутыми ножницами кишку так, что получается полуовальный разрез, обращенный основанием книзу, а вершиной разрез подходит почти к самому последнему фиксационному шву (рис. 440). Заправив конец мочеточника в кишку, В. С. Левит сшивал верхушку лоскута с передней поверхностью мочеточника, а затем по линии разреза накладывает ряд швов (5—6), захватывающих серозную оболочку кишки. После этого П. И. Тихов, В. С. Левит и др. обычно накладывают еще второй ряд швов, которые захватывают брюшину выше и ниже первого ряда. Таким образом, место пересадки наглухо закрыто, а мочеточник лежит как бы в двойном футляре. Можно вшить мочеточник в кишку так, как его вшивают в мочевой пузырь, а именно: срезанный или расщепленный на 1 см конец мочеточника прошивают тонкой кетгутовой нитью, снабженной на обоих концах иглами; иглы проводят в просвет кишки через сделанное в ней отверстие и на расстоянии в 0,5 см от края кишки выкалывают изнутри наружу. После этого швы завязывают и этим заканчивают фиксацию мочеточника к кишке.

Последним моментом операции является подшивание краев разреза париетальной брюшины к кишечной стенке. Место анастомоза с кишкой окажется после этого лежащим внебрюшинно. Прием этот был предложен П. И. Тиховым; В. С. Левит применял его во всех своих случаях. Таким же образом поступают со вторым мочеточником с той лишь разницей, что его вшивают в кишку на 4—5 см выше первого (рис. 440).

Брюшную стенку обычно зашивают наглухо. В тех случаях, когда операция была проведена не совсем асептично, некоторые хирурги вставляют в брюшную полость тампон. В кишку вводят толстую резиновую трубку, обернутую марлей и смазанную сверху борным вазелином. Конец трубки отводят в мочеприемник. Обычно первые порции мочи появляются лишь через несколько часов после операции и бывают окрашены кровью.

Среди отечественных гинекологов значительный опыт в производстве операции пересадки мочеточников в кишку имел Н. В. Марков. В 1941 г. он сообщил о 39 случаях, из которых в 26 случаях больные были оперированы по способу Коффея-Мейо, видоизмененному Марковым.

Техника пересадки мочеточников в толстую кишку по способу Н. В. Маркова. В положении больной с высоко поднятым тазом продольным срединным разрезом обычным способом вскрывают брюшную полость. Приподнимают придатки матки вместе с воронко-тазовой связкой; благодаря такому приему, через брюшину, покрывающую эту связку, обозначается просвечивающий в виде белесоватого шнура мочеточник. Над или несколько ниже его захватывают в складку брюшину, надрезают ее и затем этот разрез увеличивают ножницами сверху и книзу. Таким образом обнажают мочеточник (рис. 441, правая сторона). Мочеточник с некоторым количеством прилежащей к нему клетчатки высвобождают из ложа тупым путем приблизительно на 7—8 см. Под него подводят шелковую лигатуру, но не завязывают, а спускают книзу, где мочеточник должен быть перерезан. На почечный конец мочеточника тонким шелком и тонкой иглой накладывают 3—4 шва, фиксирующих его к кишке (рис. 441, левая сторона) так, чтобы они никоим образом не проникали в просвет мочеточника. Затем мочеточник возможно ниже перевязывают подведенной под него лигатурой и перерезают, пузырный конец его, перевязанный лигатурой, смазывают иодной настойкой. Перерезанный конец мочеточника пересекают снизу вдоль его на 1,5 см для увеличения отверстия, чтобы таким образом уменьшить последующее рубцовое сужение мочеточника. Для этого в просвет вводят браншу тонких глазных остроконечных ножниц и

рассекают его нижнюю стенку. Затем шелковую тонкую лигатуру с двумя тонкими иглами на концах проводят через переднюю стенку рассеченного мочеточника у его отверстия так, чтобы она не прошла насквозь и не проникла бы в просвет мочеточника (рис. 441, левая сторона). При перерезке

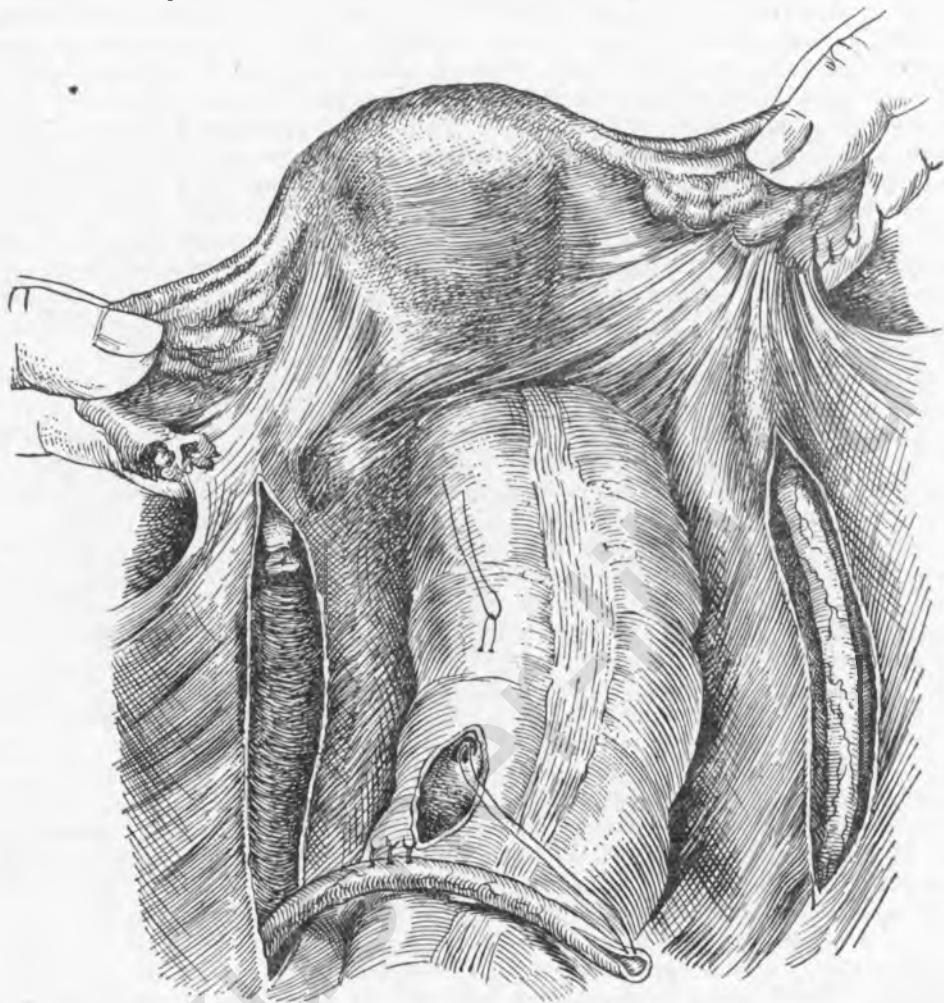


Рис. 441. Пересадка мочеточников в кишку по методу Маркова. Справа обнажен мочеточник. Слева мочеточник высвобожден из ложа, фиксирован к кишке несколькими швами и перерезан у нижнего конца. Перерезанный конец мочеточника рассекают вдоль на 1,5 см. Через переднюю стенку рассеченного мочеточника у его отверстия проводят тонкую шелковую лигатуру так, чтобы она не прошла насквозь и не проникла бы в просвет мочеточника. Левый мочеточник закидывается вверх и у его основания делают небольшой разрез кишки, проникающий только через серозную и мышечную оболочки кишки до слизистой. В нижнем углу разреза делают прокол слизистой оболочки для вскрытия просвета кишки. Оба конца лигатуры, проведенной через конец мочеточника и снабженной иглами, вводят через отверстие в слизистой в полость кишки и выкалывают из полости кишки через слизистую и мышечную оболочки на серозную, где и завязывают.

мочеточник обыкновенно сокращается (укорачивается), это надо иметь в виду и разрез кишки делать после того, как мочеточник перерезан и лигатура с двумя иглами проведена через него, близ его отверстия. Затем

мочеточник закидывают кверху и у его основания, сообразуясь с его длиной, делают небольшой (в 2,5—3 см) разрез кишки, проникающий через серозную и мышечную оболочки до слизистой. В нижнем углу разреза узким скальпелем делают прокол слизистой оболочки для вскрытия полости кишки (рис. 441, левая сторона).

После этого, проверив и убедившись, что отверстие в слизистой кишки ведет в ее полость, вводят мочеточник в полость кишки. Для

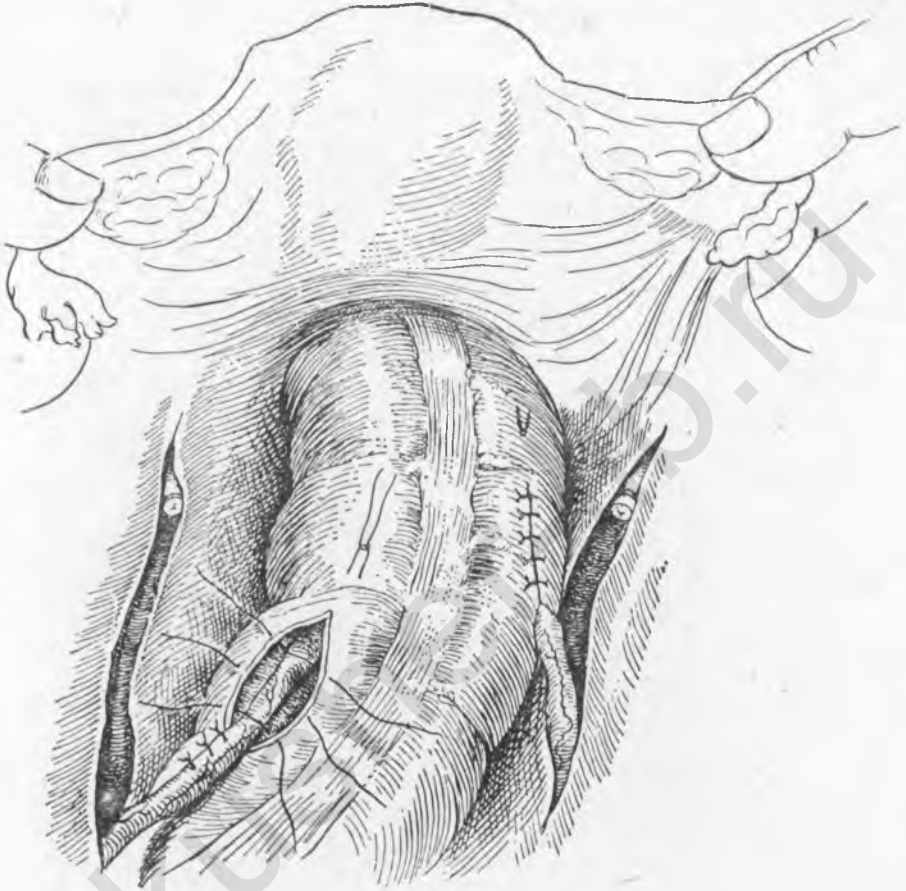


Рис. 442. Пересадка мочеточников в кишку. Мочеточник оказывается втянутым в полость кишки. Ряд швов накладывают на разрез кишки.

этого иголки, снабженные тонкой ниткой и проведенные через мочеточники, вводят через отверстие в слизистой в полость кишки и выкалывают из полости через слизистую и мышечную оболочки на серозную, где и завязывают (рис. 441, левая сторона). Таким образом, мочеточник втягивается лигатурами в полость кишки и конец его фиксируется швом путем завязывания этих нитей на серозной оболочке кишки (рис. 442, правая сторона). После этого отверстие в слизистой оболочке уменьшают, если оно оказалось большим для мочеточника, и накладывают ряд швов на кишку (рис. 442, левая сторона). То же самое делают и с другой стороны (рис. 442, правая сторона). Н. В. Марков начинает оперировать справа; в это время подготавливают для операции левую сторону: обнажают и извлекают мочеточник, накладывают на него 3—4 фиксирующих

к кишке шва, подводят лигатуры для перевязки его конца перед рассечением. Все остальное Марков делает тогда, когда пересадка правого мочеточника уже закончена.

После этого брюшинные листки справа и слева стягивают кетгутowymi швами посредине до соприкосновения их друг с другом над кишкой, над местом пересадки мочеточников. При этом в шов между двумя пересажен-

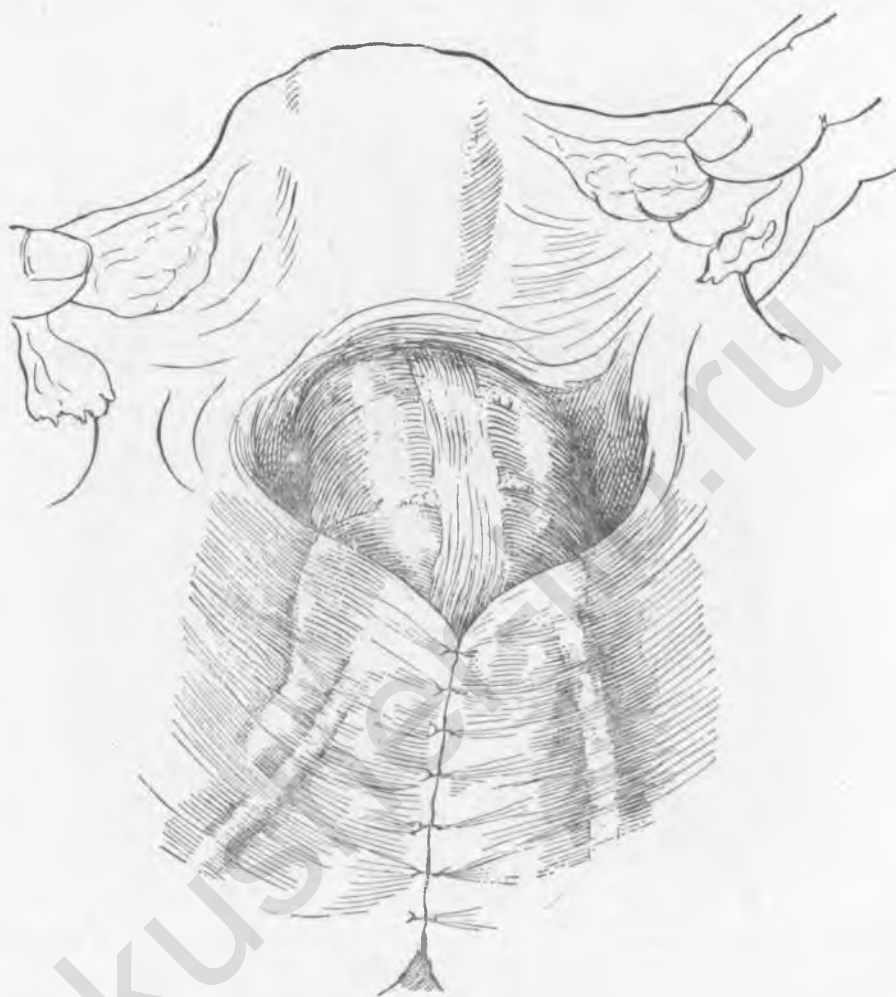


Рис. 443. Пересадка мочеточников в кишку. После пересадки обоих мочеточников в кишку брюшинные листки справа и слева стягиваются посредине кетгутowymi швами до соприкосновения их между собой над кишкой, т. е. над местом пересадки мочеточника.

ными мочеточниками подхватывают и кишку. Таким образом, мочеточники целиком покрываются брюшинным листком и оказываются расположенными внебрюшинно (рис. 443). Такая перитонизация, как шатер, покрывает все место пересадки мочеточников и в то же время препятствует смещениям кишки, что, по мнению Маркова, имеет известное значение для приживания мочеточников, особенно в первое время. После этого брюшная полость закрывается наглухо.

Марков рекомендует делать пересадку в боковую поверхность кишки, возможно ближе к ее задней поверхности. Правда, здесь больше сосудов и чаще бывают кровотечения, но зато возможность перегиба мочеточника меньшая. Перегиб мочеточника при его пересадке в кишку, несомненно, имеет немалое значение для свободного оттока мочи: чем он круче, тем больше затруднен отток мочи.

Ю. А. Лейбчик, проводя разрез стенки кишки для внедрения в него мочеточника в косом направлении, в нижнем конце сигмовидной кишки отсепаровывает брюшинно-мышечный слой от слизистой кишки настолько,

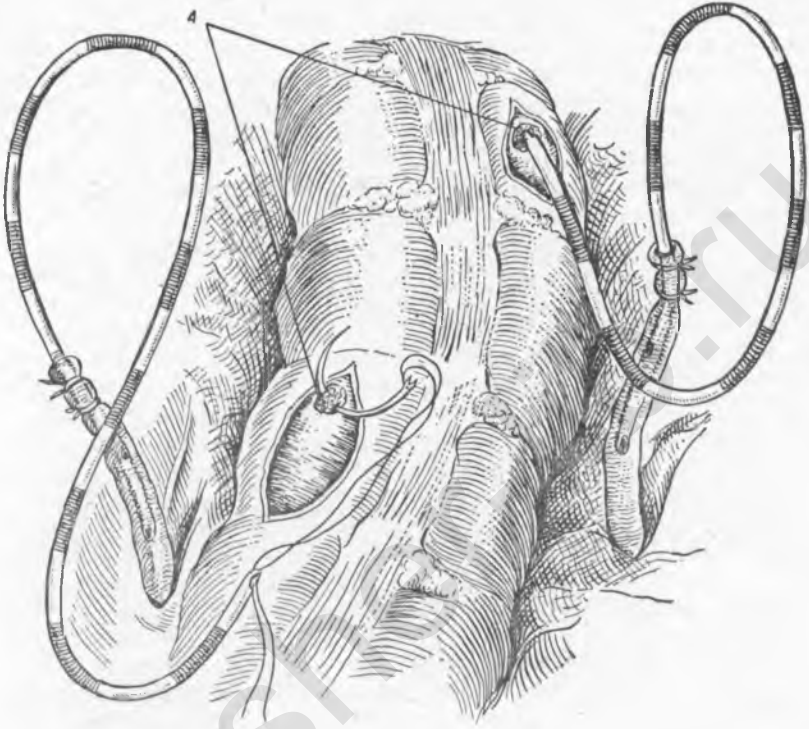


Рис. 444. Модификация операции пересадки мочеточников в кишку с введением катетеров. В мочеточники введены катетеры. Через отверстие в слизистой кишки виден тампон (А), который был введен до операции в прямую кишку через задний проход. К этому тампону лигатурами прикрепляют мочеточниковые катетеры.

чтобы получилось достаточное ложе для мочеточника. Слизистую кишки Лейбчик вскрывает термокаутером или аппаратом Пакелена.

Видоизменение операции пересадки мочеточников в кишку с введением катетеров в мочеточники. Чтобы предотвратить инфекцию мочеточников в первые послеоперационные дни и максимально ограничить число швов, в мочеточники вводят катетеры. Для облегчения выведения катетеров в кишку применяют следующий прием: перед операцией через прямокишечное отверстие по зеркалу вводят высоко вверх марлевый тампон. Во время операции, когда в слизистой кишки будет сделано отверстие, через которое виднеется тампон, свободные концы мочеточниковых катетеров прикрепляют к марлевому тампону (рис. 444, слева). После того как это будет сделано с двумя катетерами, введенными в оба мочеточника, марлевый тампон извлекают из прямокишечного отверстия. При

извлечении тампон втягивает в полость кишки прикрепленные к нему мочеточниковые катетеры, а вместе с ними и крепко привязанные к ним мочеточники. Таким образом, в первые дни после операции моча изливается через катетеры, не поступая в кишку. Через несколько дней концы мочеточников, прикрепленные к мочеточниковым катетерам, омертвевают и отходят вместе с катетерами, которые извлекают из кишки, а пересаженные мочеточники оказываются приживленными к кишке. Дренажирование мочеточников доводят до 10 и даже до 15 дней.

Некоторые хирурги сначала производили эту операцию пересадки мочеточников в толстую кишку двухмоментно (сперва пересаживался правый мочеточник, а через 2 недели левый), мотивируя это надеждой предотвратить нередко наблюдающиеся при пересадке мочеточников почечный шок и рефлкторную анурию. Применение той же операции с введением в мочеточники катетеров позволило этим же хирургам перейти на одномоментный способ операции.

Следует отметить, что ряд отечественных гинекологов, имеющих опыт в подобной операции (Н. В. Марков, Н. И. Горизонтов, Ю. А. Лейбчик и др.), всегда оперировали одномоментным способом, не прибегая к введению катетеров. Результаты, которые они получали, если учитывать всю серьезность прогноза, можно считать удовлетворительными. Так, например, Марков на 26 случаев имел 11,5% летальности. Лейбчик сообщил о 10 больных, оперированных по этому способу; из них у четырех были неоперабельные мочеоловые свищи, у шести операция была произведена в запущенных случаях рака матки: 4 больных с неоперабельными мочеоловыми свищами выжили.

СОЧЕТАНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО И ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО СВИЩЕЙ

Сочетание пузырно-влагалищного и влагалищно-прямокишечного свищей встречается, к счастью, весьма редко и главным образом в результате тяжелой родовой травмы.

Среди других процессов, вызывающих столь обширные разрушения во влагалище, которые достигают и разрушают соседние органы — мочевого пузыря и прямую кишку, можно указать на тяжелые и запущенные случаи ракового новообразования, исходящего из шейки матки или из влагалища (или вследствие рецидива, возникшего после произведенной операции). Такой сочетанный свищ может получиться в результате радиотерапии рака в тех случаях, когда раковое новообразование глубоко проникло в стенки этих органов и в значительной степени их разрушило. Свищи могли возникнуть и вследствие неправильного применения метода радиотерапии и, в частности, при передозировке или при недостаточной изоляции радиевого препарата.

Клинические симптомы: недержание газов и жидкого кала, а при больших свищах и твердого кала, раздражение и воспаление покровов наружных половых органов кишечными выделениями, раздражение прямой кишки, недержание мочи.

Лечение. Сочетание мочевого и калового свищей в запущенных случаях ракового новообразования делает невозможным излечить свищи до излечения основного заболевания. В других случаях, например, при акушерских свищах, возможно хирургическое лечение самого свища, которое следует предпринять только после того, как свищевые ходы подвергнутся рубцеванию.

Методы операции при сочетании пузырно-влагалищного и влагалищно-прямокишечного свищей. Одномоментная операция для одновременного устранения обоих свищей может быть произведена лишь путем герметического закрытия влагалища в области его преддверия, т. е. эпизиоклейза — старейшей операции, о которой мы упоминали в главе о лечении мочевых свищей; большинством современных гинекологов она не применяется.

Для того чтобы избавить больную от страдания, применяют двухмоментную операцию: сначала через влагалище закрывают каловый свищ (технику см. в главе «Операции прямокишечно-влагалищных свищей»), а затем, когда успех этой операции будет достигнут, производят брюшно-стеночным путем вторую операцию, а именно пересадку мочеточников в кишку. Такая операция имеет шансы на успех в тех случаях, когда каловый свищ возник в результате острого повреждения при акушерской операции, при которой не происходит значительной потери ткани. Метод расщепления рубцовой ткани позволяет восстановить целостность кишечной трубки и жома. Труднее закрыть каловый свищ в тех случаях, когда акушерский свищ образовался в результате гангрены от длительного прижатия мягких тканей во время самопроизвольных родов. Об успешном применении подобной операции, произведенной Р. В. Кипарским, сообщил А. М. Мажбиц в своей монографии¹.

Если каловый свищ появился в результате разрушения влагалищно-прямокишечной перегородки и стенок прямой кишки после радиотерапии раковой опухоли, то размер дефекта может оказаться слишком большим. Склероз окружающих тканей может не дать возможности без еще большей потери ткани освежить края свища или применить метод расщепления.

Были описаны случаи «радиевого» свища, появившегося через 12 лет после радикальной операции рака шейки матки. При возможности такой перспективы надо особенно подчеркнуть целесообразность того направления, которого придерживаемся мы и другие отечественные гинекологи — применять после радикальной операции рака шейки матки лучевую терапию, но не радиотерапию через влагалище, а рентгенотерапию через брюшную стенку. Тогда не будет «радиевых» свищей, которые не поддаются пластическим операциям.

АТИПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

При огромном разнообразии величины, формы, расположения мочеполовых свищей, а также сопутствующих им осложнений и патологических изменений как самих мочевых органов, так и соседних с ними органов и тканей, не всегда возможно применить один из типовых методов операции свищей. В отдельных случаях приходится прибегнуть к какому-нибудь атипическому методу, которых также имеется немало.

Заплатный метод. Среди атипических методов операции больших пузырно-влагалищных свищей следует отметить «заплатный метод» операции (рис. 445), примененный А. Э. Мандельштаммом (опубликован в 1938 г.).

Дело касалось больной 36 лет, у которой 13 лет назад после тяжелых оперативных родов на 5-й день послеродового периода появилось полное недержание мочи. При исследовании: влагалищный рубец образует одновременно задний край пузырно-влагалищного свища окружностью в два

¹ А. М. Мажбиц, Акушерско-гинекологическая урология с атласом, Л., 1936.

поперечных пальца. Края свища на всем протяжении, кроме области шейки пузыря, крепко сращены с костями таза. Задняя влагалищная стенка оказалась подвижной и немного опущенной, поэтому было решено использовать ее для пластической операции закрытия свищевого отверстия. Ход операции: после освежения переднего и боковых краев свищевого отверстия на задней стенке влагалища был произведен разрез в виде широкой подковы, который по своей форме и величине соответствовал свищевому отверстию и имел с задним краем свища общую границу. После отсепаровки краев подковообразного разреза во влагалище погружными шелковыми швами были соединены освеженные края мочевого пузыря с околовлагалищной клетчаткой, причем было обращено внимание на то, чтобы швы не проходили через слизистую мочевого пузыря. После того как эти погружные швы были завязаны, часть задней влагалищной стенки легла на место свищевого отверстия, а после наложения второго яруса кетгутовых узловых швов свищ оказался закрытым без натяжения швов. Влагалище укоротилось на 2—3 см и превратилось в слепой мешок длиной около 4 см. Операция была закончена введением постоянного катетера. После сделанного в послеоперационном периоде пизалита и временного, незначительного просачивания мочи успех операции оказался полным.

Подобная операция может быть произведена, конечно, только при условии отсутствия менструации, как это и было в описанном случае, при значительной атрофии матки. Укорочение влагалища после операции могло нарушить нормальную половую жизнь. В этом отношении описанная операция приближается по своим последствиям к операции кольпоклеза (см. ниже). Но операция Мандельштамма имеет значительные преимущества перед операцией кольпоклеза: влагалище не становится резервуаром для вытекающей из пузыря мочи, как при операции кольпоклеза, так как стенка влагалища лишь на небольшом участке замещает недостающий участок стенки мочевого пузыря.

В 1938 г. А. Э. Мандельштамм сообщил еще о 3 операциях пузырно-влагалищных свищей, возникших после радикальной операции рака шейки матки, и еще об одном более сложном случае комбинированного мочеточниково-пузырно-влагалищного свища. Во всех 4 случаях был получен удовлетворительный результат.

Из многочисленных атипических методов операции пузырно-влагалищных свищей можно еще указать на метод «вшивания» (имплантации) матки в дефект мочевого пузыря.

Методика вшивания матки в дефект мочевого пузыря. Операция производится по принципу интерпозиции матки при операции пролапса. Тело матки становится пелотом, закрывающим отверстие в мочевом пузыре и укрепляющим функцию пузырного жома и мочеиспускательного канала (поднятие и приближение уретры к лону). По литературным данным, этот метод часто оказывается безуспешным, так как тело матки не всегда герметически закрывает дефект в пузыре. В результате моча просачивается, а это может повести к мочевой инфильтрации с вытекающей отсюда опасностью гангрены.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров Е. К., Обзор свищей женского полового канала, наблюдавшихся в течение 15 лет (1917—1931 гг.), Сборник, посвященный проф. Горизонтову, стр. 19—35, Новосибирск, 1935.
- Атабеков Д. Н., Мочевые дефекты и свищи у женщин и оперативное их лечение, М., 1925.
- Брауде И. Л., Заболевание мочевых путей у женщины (глава в руководстве по женским болезням Кривского), Л., 1927.



Рис. 445. Заплатный метод операции больших пузырно-вагинальных свищей. После освежения переднего и боковых краев свищевое отверстие на задней стенке влагалища делают широкий разрез в виде подковы. По своей форме и величине разрез соответствует свищевому отверстию и имеет общую границу с задним краем свища.



Рис. 446. Заплатный метод операции больших пузырно-вагинальных свищей. После отсепаровки краев подковообразного разреза освеженные края мочевого пузыря соединяют погружными шелковыми швами с околовлагалищной клетчаткой. Швы не должны проходить через слизистую мочевого пузыря.



Рис. 447. Заплатный метод операции больших пузырно-вагинальных свищей. Свищ закрыт после наложения второго яруса швов.

- Б р а у д е И. Л., К вопросу о выключении почки посредством связывания мочеточника узлом, Гинекология и акушерство, 1923, № 4.
- Б у й к о П. М., Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин, Госмедиздат, УССР, 1948.
- В о л о к о в и ч Н. М., Способ пластического закрытия тяжелых пузырно-влагалищных свищей, Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 7—8.
- Г о л у б ч и к - И о ф ф е Е., Свищи после операции Вертгейма, Акушерство и гинекология, 1938, № 2.
- И г р и ц к а я А. Б., Результаты оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей, Акушерство и гинекология, 1939, № 10.
- К у з н е ц к и й Д. П., О лечении мочевых свищей у женщин, Акушерство и гинекология, 1938, № 9.
- К у з н е ц о в С. И., Влагалищный способ зашивания двусторонних мочеточниковых свищей, Акушерство и гинекология, 1938, № 9.
- Л е в и т В. С., К вопросу о пересадке мочеточников, Сборник трудов, посвященных проф. Груздеву, стр. 689—714, Казань, 1923.
- Л е й б ч и к Ю. А., О пересадке мочеточников в прямую кишку по методу Коффей-Мейо, Казанский медицинский журнал, 1935, № 8—9.
- М а ж б и ц А. М., Акушерско-гинекологическая урология, Л., 1936.
- М а л и н о в с к и й М. С., К этиологии и лечению мочевых свищей у женщин по материалам Казанской гинекологической клиники, Сборник, посвященный проф. В. С. Груздеву, Казань, 1922.
- М а н д е л ь ш т а м м А. Э., О заплатном методе зашивания пузырно-влагалищных свищей после удаления матки, Акушерство и гинекология, 1938, № 5.
- М а р к о в Н. В., Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин, Смоленск, 1941.
- М и х е л ь с о н А. И., К этиологии самопроизвольных пузырно-влагалищных свищей, Акушерство и гинекология, 1939, № 10.
- М и р о т в о р ц е в С. Р., Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник, Дисс., 1909.
- М у х а д а е Г. М., К вопросу о пересадке мочеточников в кишечник, Вестник хирургии, 1937.
- Т и х о н П. И., Частная хирургия, 1916.
- Ф е д о р о в С. П., Хирургия почек и мочеточников, Госиздат, 1923.
- Ф е д о р о в С. П. и Ф р о н ш т е й н Р. М., Оперативная урология, 1934.
- Ч е р т о к Р. А., Об инородных телах в мочеполовых органах, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 1.
- Ш а п и р о Я. С., К вопросу о повреждениях мочеточников во время гинекологических операций, Акушерство и гинекология, 1938, № 5.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

СТРАДАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В связи с развитием нейрохирургии и широким вовлечением гинекологов в военную хирургию во время Великой Отечественной войны, несомненно, повысился их интерес к лечению боли нейрохирургическими методами при гинекологических страданиях. Некоторые хирурги-гинекологи уже работали в этом направлении; нередко к нам обращаются с вопросами на эту тему, поэтому мы считаем целесообразным осветить эти вопросы в настоящем руководстве по оперативной гинекологии.

БОРЬБА С БОЛЬЮ ПРИ НЕОПЕРАВИЛЬНЫХ ТАЗОВЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди страданий, испытываемых больными при далеко зашедших случаях злокачественного новообразования женских половых органов, особенно при тазовых метастазах рака шейки матки, наиболее мучительными являются боли, не прекращающиеся ни днем, ни ночью. Болеутоляющие средства помогают ненадолго.

Одним из нейрохирургических методов лечения боли является так называемая резекция пресакрального нерва.

Резекция пресакрального нерва. Так как пресакральный нерв является сплетением и только частично расположен на передней поверхности крестца, то эту операцию правильно назвать **резекцией верхнего подчревного сплетения**, как это и делают некоторые авторы.

Верхнее подчревное сплетение (*plexus hypogastricus superior*) лежит в пространстве, ограниченном краниально местом деления брюшной аорты на общие подвздошные артерии, каудально — на 0,5—1 см ниже промонториума и билатерально между *vasa iliaca communis*. К верхнему подчревному сплетению подходят стволы от V поясничного и I крестцового узлов пограничного ствола обеих сторон. От верхнего подчревного сплетения отходят стволы к *vasa iliaca communis* и к мочеточникам (В. П. Воробьев).

Какую обширную сеть представляет собой подчревное (верхнее и нижнее) сплетение, показывает препарат, изображенный на рис. 448.

Техника операции [в описании гинекологов (П. А. Бойко, А. Ю. Лурье и др.), применявших эту операцию]. После вскрытия брюшной полости и переведения больной в положение с высоко поднятым тазом салфетками отодвигают кишечник по направлению к диафрагме вверх и в стороны.

Обнажается крестцовая впадина. Выше мыса ясно вырисовываются расходящиеся в стороны общие подвздошные артерии. Виднеется (ее можно и нащупать) нижняя брыжечная артерия, которая проходит

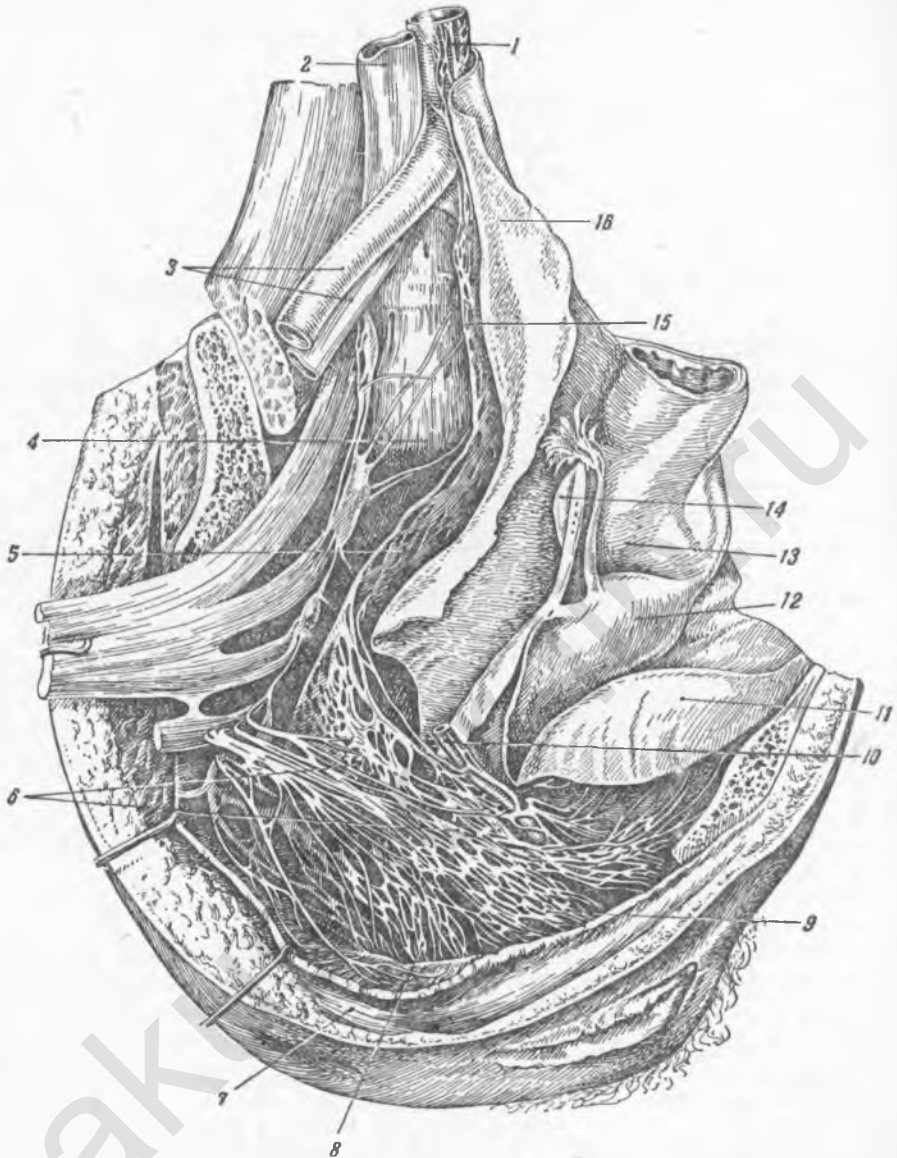


Рис. 448. Резекция нервного подчревного сплетения. Тазовая часть симпатической нервной системы по препарату Сипельникова (из атласа В. П. Воробьева) Большая часть правой половины таза удалена, пристеночный листок брюшины удален.

1 — брюшная аорта; 2 — нижняя полая вена; 3 — подвздошные артерия и вена; 4 — мыш; 5 — правая ветвь подчревного сплетения; 6 — нижнее подчревное сплетение; 7 — жом заднепроходного отверстия; 8 — прямая кишка и лежащие на ней нервы; 9 — влагалище и лежащие на нем нервы; 10 — мочеточник; 11 — мочевой пузырь; 12 — матка; 13 — прямая кишка; 14 — сигма; 15 — верхнее подчревное сплетение; 16 — брюшина (отвернута).

у основания брыжейки сигмовидной кишки несколько влево от средней линии. Сплетение легче всего отыскать на передней поверхности V поясничного позвонка. Нашупав мыш, приподнимают пинцетом задний листок

пристеночной брюшины. Приподнятую складку брюшины расоекают по средней линии в продольном направлении. Разрез ведут вверх до раздвоения аорты на общие подвздошные артерии и немного вниз вдоль крестца. Длина разреза 6—8 см. Оба продольно рассеченных листка брюшины тупым путем (пальцем или тампоном) легко отделяют от подлежащей клетчатки, в которой проходит сплетение. При малом количестве подбрюшинной клетчатки (у худых больных) отчетливо вырисовываются волокна нервного сплетения. Тупой иглой под виднеющимся сплетением проводят две лигатуры таким образом, чтобы игла проходила непосредственно по надкостнице позвонка и захватила бы всю подлежащую ткань. После того как лигатуры будут завязаны, клетчатку вместе с расположенным в ней нервным сплетением иссекают на протяжении 4 см в длину и 2—2,5 см в ширину. При наличии толстого слоя подбрюшинной клетчатки нервное сплетение не вырисовывается ясно, его можно препарировать анатомическим пинцетом.

Если приподнятая тупой иглой над телом V поясничного позвонка плотная ткань, включающая и нервное сплетение, при этом пружинит, это считается доказательством того, что пластинка содержит нервную ткань. После иссечения этой пластинки обнажают тело позвонка вплоть до его периста. Если имеется паренхиматозное кровотечение, его останавливают прижатием кровоточащего участка тампоном. Затем разрез в заднем листке пристеночной брюшины зашивают тонким кетгутом и брюшную полость закрывают обычным способом.

Техника этой операции в том виде, в каком она применялась гинекологами, когда целиком иссекалась пластинка клетчатки, включавшая ветви подчревного сплетения, не может гарантировать успеха операции, так как при чрезвычайно широко развитых анастомозах (рис. 448) новые проводники болевых ощущений прокладывают себе путь к коре головного мозга, и боли возобновляются.

В большой монографии А. Л. Поленова и А. В. Бондарчука «Хирургия вегетативной нервной системы», вышедшей в 1947 г., авторы, описывая технику резекции верхнего подчревного сплетения, дают следующие указания. После рассечения брюшины над телом V поясничного позвонка, немного отступя влево от средней линии, продолжают разрез настолько, чтобы верхний край его заходил на 4—5 см выше деления брюшной аорты, а нижний конец спускался в малый таз на 4—6 см книзу от мыса. Следующий этап заключается в осторожном выделении в забрюшинной клетчатке передней поверхности брюшной аорты, у места деления последней и прилегающего к ней края нижней полой вены. При этом определяются идущие по передней поверхности брюшной аорты и спускающиеся книзу от места бифуркации аорты обычно тонкие ветви так называемого межподвздошного сплетения, или пресакрального нерва. Соответственно телу V поясничного позвонка нервные ветви, образующие сплетения, располагаются под предпозвоночной фасцией, которую необходимо рассечь для выделения всех ветвей сплетения в нижнем отделе. Иногда в этом месте находят плотный характерной звездчатой формы узел. При рассечении предпозвоночной фасции на уровне V поясничного позвонка необходимо остерегаться ранения довольно крупного ствола левой подвздошной вены. Затем приступают к мобилизации всех выделенных ветвей сплетения, приподниманию их «нервным» крючком и пересечению, отступя на 2—3 см кверху от места деления брюшной аорты, а также пересечению боковых ветвей сплетения, соединяющих сплетение с IV и V поясничными узлами. Затем, наложив зажим на пересеченные ветви верхнего подчревного сплетения, производят выделение узла, располагающегося обычно в центре между

подвздошными сосудами или между двух наиболее массивных ветвей сплетения, виллообразно расходящихся на уровне мыса и спускающихся в малый таз. Иногда приходится пересекать один толстый нервный ствол, который образуется из слияния только что упомянутых нервов.

Что касается результатов этой операции, то Л. Л. Окинчип сообщает следующее: «Мы несколько раз производили эту операцию; непосредственно после нее боли прекращались, но проследить хотя бы 3 или 4 месяца мы не имели возможности, так как это были запущенные случаи, и больные погибали в короткое время».

Весьма благоприятные результаты, которые наблюдал Бойко после резекции верхнего подвздошного сплетения, были получены после операций, предпринятых по иным показаниям, и потому не могут учитываться при оценке результатов операции у больных, страдающих раковыми метастазами в тазу.

А. Ю. Лурье пишет: «Мы эту операцию проделывали как в случаях неоперабельных раков при наличии резких болей, так и в качестве сопутствующей при расширенной абдоминальной экстирпации матки. Всего мы произвели 18 таких операций, но не можем отметить, чтобы операция давала всегда положительный эффект. В 2 случаях не отмечено никакого улучшения в смысле устранения болевых ощущений. В 12 случаях неоперабельных раков матки с наличием значительных болей, оставшихся после рентгено-радиотерапии, мы получили ободряющие результаты: боли прошли и больные начали чувствовать себя значительно лучше. Относительно эффективности в остальных 4 случаях, когда операция производилась как сопутствующая классической радикальной операции, мы не можем сказать что-либо, поскольку на протяжении 3 лет мы не наблюдали рецидивов у оперированных, и они не жаловались на боли».

Причина неудач, наблюдавшихся при операции резекции верхнего подчревного сплетения у больных, страдающих болями при тазовых метастазах рака женских половых органов, может заключаться в применении неправильной техники. Причиной возобновления болей может также стать увеличение и распространение раковых метастазов в тазу, которые захватывают все новые участки болепроводящих нервных путей, ведущих из очага поражения к центральной нервной системе. Поэтому более надежным методом борьбы с болью при раковых метастазах в тазу нейрохирургическими методами считают операцию сечения передне-боковых пучков спинного мозга — хордотомию (*chordotomia antero-lateralis*).

Методика и техника хордотомии детально разработана А. П. Поленовым, который первый произвел эту операцию в СССР.

Передне-боковая хордотомия (*chordotomia antero-lateralis*). Сущность хордотомии заключается в перерезке проводников болевой чувствительности, проходящих в спинном мозгу в передне-боковом пучке.

Анатомо-физиологические данные. Волокна этого пучка берут начало в клетках заднего рога, переходят через переднюю комиссуру на противоположную сторону и идут в составе бокового столба, поднимаясь к головному мозгу. Перекрест волокон пучка происходит не на уровне входа в спинной мозг соответствующего заднего корешка, а на один сегмент выше. Волокна, проводящие другие виды чувствительности, располагаются в составе антеро-латерального пучка в определенном порядке: наиболее впереди, вблизи передних столбов, лежат волокна, проводящие чувство давления, тотчас зади от них — волокна, проводящие чувство прикосновения (тактильные), еще более зади — болевые и позади них, примыкая к боковому пирамидному пучку, располагаются волокна температурной чувствительности. Таким образом, сади антеро-латеральный пучок граничит с боковым пирамидным пучком спереди — с передними столбами, изнутри — с серым веществом переднего и бокового рога и снаружи — с покрывающим его мозжечковым пучком.

Операцию хордотомии, которую мы здесь излагаем по А. Ю. Созон-Ярошевичу, производят на противоположной поражению здоровой стороне выше уровня распространения болей.

Передне-боковой пучок спинного мозга надо рассечь вплоть до серого вещества.

Обезболивание. Некоторые хирурги производят эту операцию под местной анестезией, полагая, что ответы больного во время операции

могут быть полезными при оценке объема выключения чувствительности. А. Ю. Созон-Ярошевич считает, что наркоз для такой тонкой и довольно продолжительной операции имеет преимущества перед местной анестезией, тем более, что даже самая дисциплинированная больная может не сохранить спокойствия в момент перерезки нужного участка спинного мозга, а это совершенно недопустимо.

Техника хордотомии. Операция производится в пределах I—IV грудных позвонков, где выполнение ее наиболее удобно. Больную укладывают на операционном столе на бок на больную сторону. Из срединного разреза в пределах остистых отростков I (или II) — IV грудных позвонков обнажают и скусывают 3 или 4 рядом лежащих остистых отростка и 2 или 3 дужки (удаление лишнего остистого отростка облегчает доступ). Детально технику ламинэтомии см. в труде «Основы практической нейрохирургии», в главе III, под редакцией А. Л. Полёнова. Твёрдую мозговую оболочку вскрывают и края ее четырьмя нитями разводят в стороны. Рекомендуются при разрезе твёрдой мозговой оболочки сохранить паутинную оболочку неповрежденной. Тогда цереброспинальная жидкость, играя роль как бы увеличительного стекла, помогает лучше ориентироваться в топографических отношениях (кровотечение должно быть тщательно остановлено). Растягивая края разреза твёрдой мозговой оболочки, главным образом на стороне вмешательства, фиксируют внимание на промежутке между двумя соседними корешками. Разрывают на этом участке паутинную оболочку и выпускают спинномозговую жидкость. После этого становится хорошо видимой зубовидная связка (*ligamentum denticulatum*). Она располагается во фронтальной плоскости (по отношению к спинному мозгу) и прикрепляется к твёрдой мозговой оболочке своими зубцами. Один или два зубца этой связки захватывают у их вершины маленькими торсионными зажимами Гольстета («москитами») и отрезают связку от твёрдой мозговой оболочки. После этого плавно натягивают зажимы и стараются повернуть спинной мозг почти на 90° так, чтобы передне-боковая поверхность его стала хорошо видимой и доступной.

Осуществив поворот, проводят особым серповидным ножом — хордотомом (размеры лезвия которого соответствуют толщине пучка и равны 2,5 × 3 мм) разрез антеро-латерального пучка, погружая кончик хордотомом в белое вещество сразу, одним движением от себя, на длину лезвия, в заранее намеченных точках вкола и выкола. Во избежание шока полезно предварительно смазать спинной мозг в районе будущего разреза 5% раствором новокаина.

Опознавательными точками разреза являются: сзади — место прикрепления зубовидной связки к спинному мозгу или, точнее, середина расстояния между местами выхода передних и входа задних корешков. Задняя опознавательная точка видна хорошо, передняя — хуже. Поэтому нужно особенно внимательно осмотреть передний корешок и место выхода его тонких волокон и, если нужно, даже проследить его в обратном пути, т. е. от места его выхода через отверстие в твёрдой мозговой оболочке до спинного мозга. При производстве разреза надо помнить, что сзади от антеро-латерального пучка лежит боковой пирамидный, ранение которого приводит к параличу на стороне перерезки. Нежелательно также чрезмерно углублять разрез, так как при этом можно поранить серое вещество, что может повлечь за собой возникновение трофических расстройств. Увеличение разреза впереди не представляет собой опасности. Разрез спинного мозга должен быть проведен в описанных выше границах безукоризненно точно. Края разреза расходятся и слегка зияют, и это является

признаком правильно произведенного сечения антеро-латерального пучка.

Спинной мозг укладывают на место, и рану твердой мозговой оболочки зашивают тщательно обвивным швом.

Таким образом, сущность операции заключается в перерезке болевых путей, проходящих в спинном мозгу в передне-боковом пучке на противоположной пораженю здоровой стороне. Поэтому описанный метод операции освобождает от односторонних болей. При двусторонних болях, а также при односторонних, но угрожающих быстрым переходом на здоровую сторону, в зависимости от прогрессирующего роста злокачественной опухоли, является показанной двусторонняя хордотомия, производимая в один или два приема, предпочтительно на различных уровнях (А. Л. Поленов, И. С. Бабчин).

Преимущества и недостатки хордотомии. Главное преимущество хордотомии перед другими операциями и, в частности, перед радикотомией, заключается, во-первых, в возможности обезболить обширные участки тела, почти до половины его, при небольшой травматичности самой операции, состоящей из ламинэктомии двух позвонков и в 3-миллиметровом разрезе спинного мозга; во-вторых, в изолированном выключении всей болевой чувствительности вместе с температурной, но при полной сохранности всех видов глубокой чувствительности, мышечного тонуса и функции, рефлексов и трофики; в третьих, в применении хордотомии также в случаях расположения болезненного очага в самом спинном мозгу.

К недостаткам хордотомии следует отнести, во-первых, возможность повреждения, лежащего по соседству двигательного пирамидного пучка и последующего развития пареза нижней конечности, во-вторых, возможность рецидива болей при недостаточной перерезке болевого пучка, что относится уже к недостаткам техники (А. Л. Поленов, И. С. Бабчин). Из осложненных часто встречаются корешковые боли, охватывающие верхнюю часть туловища, проходящие самостоятельно. Некоторые авторы иногда отмечали пролежни, недержание мочи, парезы конечностей на стороне перерезки, что зависит не только от повреждений пирамидного пучка во время операции, но и от отека мозга, его дегенеративных изменений в связи с повреждением кровеносных сосудов (Созон-Ярошевич).

Отдаленные результаты хордотомии у больных (за исключением больных с опухолями) нужно считать благоприятными.

По данным И. С. Бабчина, на 56 хордотомий у 42 больных в клинике проф. А. Л. Поленова наблюдалось полное исчезновение болей у 22 больных (52%), частичный рецидив — у 15 (36%) и отсутствие успеха — у 5 (12%). Рецидивы и неудачи приходится объяснять недостаточно полной перерезкой антеро-латерального пучка, что может зависеть или от недостаточной глубины разреза, или же от индивидуальных вариаций толщины этого пучка, а также тем, что болевые пути к головному мозгу могут идти гомолатерально на стороне болей, где перерезка антеро-латерального пучка не производится; возможно, что эти пути располагаются и в других отделах спинного мозга. Временное исчезновение болей и последующее постепенное уменьшение района анестезии объясняются временным перерывом проводимости неперерезанных отделов пучка, вследствие возникающего в спинном мозгу после операции отека или вследствие кровоизлияний, которые постепенно рассасываются. При рецидивах операцию повторяют, перерезая пучок Говерса выше уровня первой операции (А. Ю. Созон-Ярошевич).

На основании рассуждений и приведенных здесь данных можно прийти к следующему заключению. Хордотомия при правильном ее техническом выполнении в большом проценте случаев может устранить мучительные боли, которыми страдают неоперабельные и неизлечимые больные злока-

чественными новообразованиями женских половых органов. Можно также полагать, что немалою числу современных отечественных хирургов-гинекологов доступна или может стать доступной эта, по выражению А. Л. Поленова и И. С. Бабчина, «изысканная операция, отличающаяся ювелирной тонкостью и требующая почти математической точности выполнения».

Но надо принять во внимание, что нередко общая слабость и малокровие на почве изнуряющих хронических кровотечений, особенно при раке матки и его рецидивах, или наступившая кахексия могут явиться и противопоказанием к хордотомии. Поэтому мы полагаем, что едва ли гинекологам в их практической работе часто придется прибегать к хордотомии. Наибольший интерес в вопросе о борьбе с болью в настоящее время для советских акушеров-гинекологов представляет изучение его с позиций павловской физиологии.

ЛИТЕРАТУРА

- Б а б ч и н И. С., О ближайших и отдаленных результатах хордотомии, Юбилейный сборник Института усовершенствования врачей, Л., 1935.
- В о р о б ь е в В. П., Атлас анатомии человека, т. V, стр. 304—308, Москва.
- Л у р ь е А. Ю., Профилактика, клиника и терапия рака матки, Госмедиздат УССР, стр. 140—147, 1947.
- Л у р ь е А. Ю., Хордотомия в гинекологии, Акушерство и гинекология, 1938, № 5.
- П о л е н о в А. Л., Атлас операций на головном и спинном мозгу, Медгиз, 1945.
- П о л е н о в А. Л. и Б а б ч и н И. С., О хирургическом лечении болей, Врачебное дело, 1934, № 3.
- П о л е н о в А. Л. и Б о н д а р ч у к А. В., Хирургия вегетативной нервной системы, Медгиз, 1947.
- С о з о н - Я р о ш е в и ч А. Ю., Хирургия болей, глава в кн.: «Основы практической нейрохирургии», Медгиз, 1943.
- Т е о д о р Л. Б., О хирургическом лечении болей (хордотомия), Труды Ростовского медицинского института, Юбилейный сборник, № 7, стр. 265—270, Ростов-на-Дону, 1940.

ЗУД НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (PRURITUS VULVAE)

Зуд нередко является одним из признаков вульвита, особенно хронического. Иногда зуд развивается на чисто «нервной» почве и представляет собой психоневроз, иногда же возникает в связи с изменениями общего и местного обмена веществ, при эндокринных расстройствах, в частности, при нарушении оварияльной функции, например, в климактерическом периоде. Так как нестерпимый зуд сопровождается расчесами вульвы, то нередко возникают воспалительные изменения, которые маскируют «невоспалительное» происхождение зуда. Разумеется, что противовоспалительное лечение «эссенциального» зуда, даже сопровождающегося воспалительными явлениями, не дает удовлетворительных результатов, и зуд бывает так мучителен, что больные подчас уверяют, что «готовы на самоубийство».

Распознавание истинных причин зуда, столь необходимое для правильного лечения, во многих случаях не так просто. Врач, к которому обращается больная по поводу зуда, прежде всего должен произвести анализ мочи, так как часто причиной зуда является гликозурия; далее, необходимо убедиться в отсутствии у больной глистов, особенно оксиур, и паразитов, белей, трихомонадного кольпита или пиурии — причин, вызывающих вульвит. Иногда причиной зуда могут явиться лекарственные средства, как, например, белладонна, мышьяк, оний, бром, аспирин, ртутные препараты, ихтиол, ливол, лизоформ и т. п. Причиной зуда может явиться и неправильный пищевой режим — длительное и чрезмерное употребление раздражающей острой пищи. В этих случаях можно говорить о явлениях аллергии.

Тот факт, что зуд встречается чаще в климактерическом периоде и после кастрации и сопровождается нередко тиреотоксическими явлениями, подает мысль считать причиной зуда выпадение функции яичников, гиперсекрецию щитовидной железы, полигландулярную недостаточность или нарушение межзачаточного обмена. Все же убедительных доказательств существования непосредственной связи между зудом и эндокринными расстройствами до сих пор не имеется. Что же касается практических результатов лечения зуда эндокринными препаратами, то пока они далеко еще не блестящи.

Если ни одной из указанных причин найти не удастся, нужно подумать о функциональных нарушениях психо-сексуального порядка, что может явиться следствием длительного переполнения кровеносных и лимфатических сосудов на почве аномального эротического возбуждения, подготовляющего почву для возникновения зуда.

При таком разнообразии этиологических моментов для возникновения зуда причинное лечение его может проводиться лишь тогда, когда точно

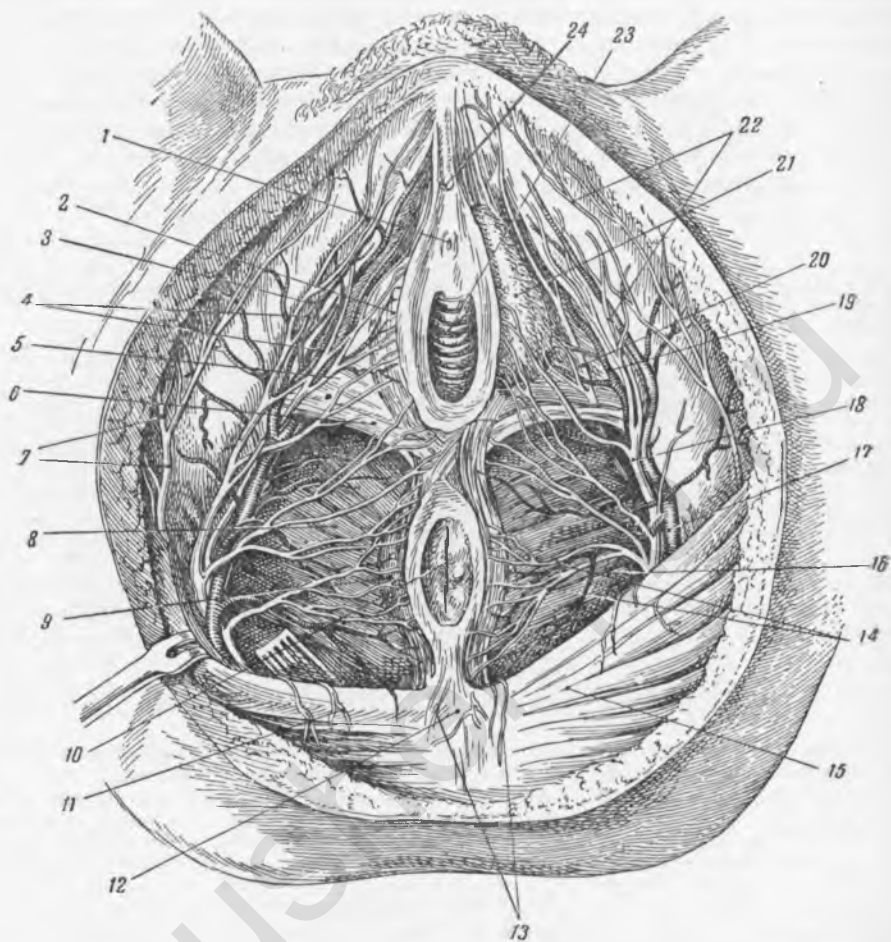


Рис. 449. Резекция срамного нерва. Первы промежности у женщины. Кожа удалена. Правая большая ягодичная мышца оттянута крючком (из атласа В. П. Воробьева).

1 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 2 — m. bulbocavernosus; 3 — m. ischio-cavernosus; 4 — aa. labiales posteriores; 5 — trigonum urogenitale; 6 — m. transversus perinei superficialis; 7 — rr. perineales n. cutanei femoris posterioris; 8 — m. levator ani; 9 — m. sphincter ani externus; 10 — anus; 11 — nn. clunium inferiores; 12 — coccyx; 13 — nn. anococcygei; 14 — nn. haemorrhoidales inferiores; 15 — m. gluteus maximus; 16 — fossa ischio rectalis; 17 — a. pudenda interna; 18 — n. perinei; 19 — a. clitoridis; 20 — n. dorsalis clitoridis; 21 — bulbus vestibuli; 22 — nn. labiales posterior; 23 — orificium vaginae; 24 — glans clitoridis.

установлены источники его возникновения. Так как установить причину часто трудно, то для облегчения нестерпимого зуда приходится прибегать к симптоматическому лечению.

В качестве консервативных методов лечения, кроме диеты и снотворных средств, применяют и местное лечение, чаще всего в виде смазывания зудящих участков кожи прижигающими веществами, или физиотерапевтические способы. Из консервативных методов лечения наилучшие резуль-

таты мы получили при применении непрерывной тугой инфильтрации кожи и подкожной клетчатки вокруг всей вульвы (включая лобок и промежность) 0,25% раствором новокаина с прибавлением 2—3 капель на 100,0 раствора адреналина (А. В. Вишневский). Этот раствор можно вводить, как показала практика местной анестезии, в больших количествах, чем и следует пользоваться для того, чтобы новокаиновая инфильтрация была тугой.

В некоторых случаях для получения стойкого результата новокаиновую блокаду следует повторить.

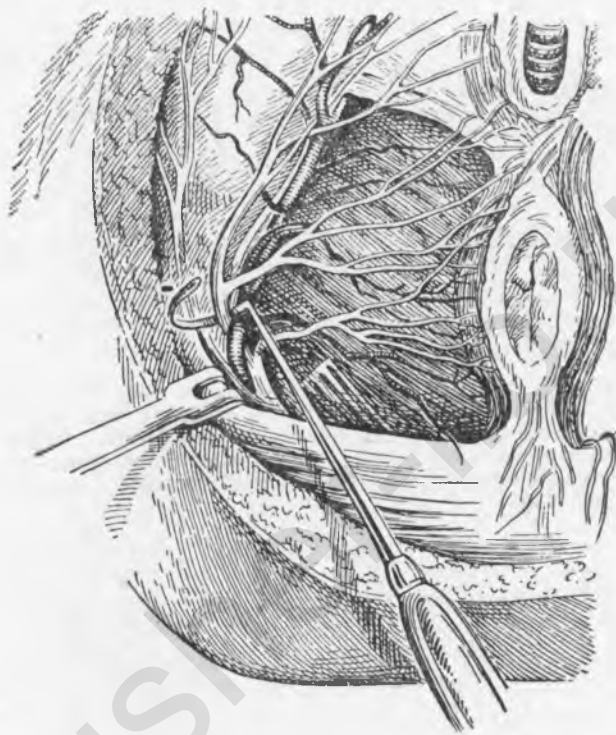


Рис. 450. Резекция срамного нерва. Из сосудисто-нервного пучка на тупой игле выделен нерв.

В связи с развитием нейрохирургии появились и первые попытки лечить зуд наружных половых органов резекцией срамных нервов. В Советском Союзе резекция срамных нервов при зуде вульвы была произведена Н. В. Марковым в 1920 г. В 1931 г. Молотковым описан один случай односторонней резекции срамного нерва; двустороннюю резекцию срамного нерва описала В. И. Кудина из клиники Н. И. Напалкова (Ростов-на-Дону). В 1946 г. Е. Е. Гиговский сообщил о 16 случаях резекции срамного нерва, произведенной им с успехом при зуде наружных половых органов, не поддавшегося лечению консервативными методами.

Анатомо-топографические данные, лежащие в основе хирургических методов лечения зуда наружных половых органов, таковы: срамной нерв — самая толстая ветвь срамного сплетения (В. П. Воробьев). Он составляет с внутренней срамной артерией общий сосудисто-нервный пучок. Подробно ход срамного нерва Е. Е. Гиговский описывает следующим образом: выходя из полости малого таза в ягодичную область через большое седалищное отверстие, он обгибает седалищную ость и через малое седалищное отверстие выходит в седалищно-прямокишечную ямку (рис. 449). Эта ямка вышолнена рыхлой

жировой клетчаткой, заключенной между поверхностной fascia ano-perinealis superficialis, представляющей собой часть общей поверхностной фасции тела. Дно ямки выстлано пластинкой pars analis aroneurosis ano perinealis (В. Н. Шевкуненко), продолжающейся назад в ягодичную фасцию. Фасция эта у седалищного бугра покрывает внутреннюю запирающую мышцу, где, раздвоившись, охватывает срамной сосудисто-нервный пучок в виде так называемого канала Алькука. В жировой клетчатке седалищно-прямокишечной ямки в поперечном направлении к середине проходят сосуды и нервы, снабжающие область заднего прохода, а по наружной стенке ямки на 1,5—2 см выше



Рис. 451. Концентрированная форма срамного нерва (по Шефферу).



Рис. 452. Рассыпная форма срамного нерва (по Шефферу).

края седалищного бугра проходит сосудисто-нервный срамной пучок. Когда последний, выйдя из большого седалищного отверстия, обгибает седалищную ость с тем, чтобы через малое седалищное отверстие проникнуть в толщу фасции, заграждающей мышцы, он становится доступным с ягодичной стороны. Ниже седалищной ости срамной нерв перекрещивает сосуды с медиальной (серединной) стороны и ложится ближе к коже промежности (рис. 449).



Рис. 453. Иннервация наружных половых органов от одного источника. Срамной нерв образован тремя стволами (рассыпной тип). 1 — ветви правого срамного нерва (по Фигурнову).

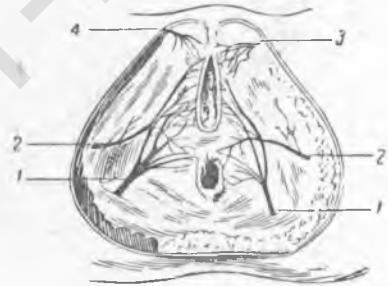


Рис. 454. Иннервация наружных половых органов от четырех источников.

1 — срамной нерв (образован одним стволом — концентрированный тип); 2 — nervus cutaneus femoris posterioris; 3 — nervus spermaticus externus; 4 — nervus ilioinguinalis dexter (по Фигурнову).

Работы Д. Г. Шеффера (по В. Н. Шевкуненко) показали, что ход и строение срамного нерва чрезвычайно изменчивы — концентрированная (рис. 451) и рассыпная (рис. 452) формы.

При концентрированной форме строения срамной нерв выходит из полости малого таза одним мощным стволом и делится ниже lig. sacrotuberos. уже в самой ишиоректальной полости на несколько ветвей. Этих ветвей мало и они не образуют между собой ни петель, ни анастомозов.

При рассыпной форме (рис. 453) строения срамной нерв начинается тремя отдельными стволами, образуя сразу же сложную сеть, в петлях которой проходит сосуди-

стый пучок. Все эти ветви не плотно прилежат друг к другу, а растянуты по поверхности. Концентрированная форма встречается в $\frac{2}{3}$, а рассыпная в $\frac{1}{3}$ случаев (Г. И. Довженко).

По предложению К. М. Фигурнова, Г. И. Довженко изучил на кафедре В. Н. Шевкуненко топографию и строение срамного нерва, *p. cutaneus femoris*, *p. ilio-inguinalis* и *p. spermaticus externus*. Им было установлено, что при концентрированной форме строения срамного нерва в иннервации наружных половых органов участвуют, кроме срамного нерва, еще и *p. spermaticus externus*, *p. ilioinguinalis* и *p. cutaneus femoris posterior* (рис. 454).

Там же, где имелась рассыпная форма строения нерва, иннервация наружных половых органов ограничивалась густой сетью множественных волокон или участием одного какого-либо нерва.

С. Д. Астринский, изучая эмбриогенез нервной системы у женщин на человеческих зародышах, показал, что срамной нерв иннервирует не только наружные, но и внутренние половые органы. Нервные волокна к внутренним половым органам отходят от срамного нерва до проникновения его в седалищную прямокишечную ямку.

Поэтому автор полагает, что блокадой срамного нерва в области большой седалищной вырезки можно анестезировать и внутренние половые органы.

Резекция срамного нерва¹

Больная находится в таком же положении, как при влагалищных операциях; ноги максимально согнуты в тазобедренном и коленном суставах. Область заднего прохода закрывают марлевым шариком и зашивают двумя временными лигатурами. Таз должен свисать немного с края стола. Прощупывают внутренний край нисходящей ветви лобковой кости, нижнюю ветвь седалищной кости и седалищный бугор. Несколько в середине параллельно нижней ветви седалищной кости проводят продольный разрез кожи и клетчатки длиной в 6—7 см. Разрезы делают так, чтобы нижние концы их отстояли дальше друг от друга, нежели верхние. Необходимо по возможности предохранить операционное поле от загрязнения при последующих дефекациях.

После рассечения кожи и жировой клетчатки вскрывают внутреннюю фасциальную часть так называемого алькунова канала; в средней или в средне-передней его части из сосудисто-нервного срамного пучка выделяют поверхностно расположенный нерв, захватывают его на лигатуру, держалку или на тупую иглу (рис. 450), выделяют на протяжении 1—2 см, прослеживают его ход и резецируют бритвой или острым скальпелем на указанном выше протяжении. Для предупреждения развития концевых невром и профилактики рецидивов накладывают на центральный конец нерва крепкую шелковую лигатуру, как это рекомендуют М. А. Егоров и В. В. Троицкий.

В доступной нам литературе мы не нашли материалов, которые на основании достаточно большого числа произведенных операций доказали бы значительную ценность операции резекции срамного нерва при лечении зуда наружных половых органов.

Исследованиями Д. Г. Шеффера, Г. И. Довженко можно объяснить возможность неудачи операции резекции срамного нерва — неудачи, зависящей прежде всего от анатомо-топографических условий в отдельных случаях. Как мы уже указывали, в огромном большинстве случаев успех достигается при применении тугой непрерывной инфильтрации кожи 0,25% раствором новокаина (образование «лимонной корки») и подкожной клетчатки в виде широкого пояса вокруг всей вульвы, включая лобок и промежность, т. е. по методу новокаиновой блокады, введенному в хирургию А. В. Вишневским. Все это внушает нам сомнения в том, следует ли

¹ Техника излагается по Е. Е. Гиговскому.

ных половых органов.

Как уже указывалось выше, зуд наружных половых органов возникает и на психоневротической почве, а также при функциональных нарушениях сексуального порядка. Тогда становится ясной целесообразность воздействия на организм терапией сном по Павлову.

Выяснение этого вопроса и является в настоящее время одной из актуальных задач для акушеров-гинекологов.

ЛИТЕРАТУРА

- Астринский С. Д., Эмбриогенез нервных связей половых органов женщины на ранних стадиях развития. Диссертация, М., 1947.
- Воробьев В. П., Атлас анатомии человека, т. V, стр. 284, Медгиз, 1940.
- Гиговский Е. Е., Резекция срамных нервов как один из методов лечения зуда наружных половых органов. Диссертация, М., 1946.
- Гиговский Е. Е., Резекция срамных нервов как один из методов лечения зуда наружных половых органов, Акушерство и гинекология, 1947, № 3.
- Кудина В. И., Резекция срамных нервов при зуде промежности, Акушерство и гинекология, 1936, № 12.
- Третьяков В. В., Новокаиновый блок нервной системы при лечении зуда наружных половых органов, Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- Фигурнов К. М., Местная и регионарная анестезия в обезболивании родов, Новости медицины, в. 16, 1950.

ДИСМЕНОРРЕЯ И ТАЗОВЫЕ НЕВРАЛГИИ

Дисменорреей называют, как известно, болевой синдром, связанный с менструацией. Понятно, что всякое болезненное ощущение, связанное с менструацией, нельзя считать дисменорреей; такие ощущения наблюдаются у большинства женщин. Под дисменорреей понимают сильные боли, делающие женщину неработоспособной во время менструации и заставляющие ее обращаться за помощью к врачу. Нередко дисменоррея сопровождается рядом расстройств со стороны нервной системы (мигрени, тошнота, рвота, раздражительность и т. д.). В одних случаях боли появляются в начале менструации или достигают в это время наибольшей силы, в других случаях с появлением менструации боли стихают или, наоборот, продолжают даже еще некоторое время по окончании менструации. Причины дисменорреи весьма разнообразны. Дисменоррея бывает резко выражена при внутреннем эндометриозе, при подслизистых фибромиомах. Психоневротическую форму дисменорреи выделяют как особую форму. Некоторые авторы считают, что в возникновении дисменорреи играют роль поражения нервных сплетений или узлов, иннервирующих половой аппарат. В связи с этим для лечения упорной и сильной дисменорреи стали применять операцию, заключающуюся в иссечении (резекции) верхнего подчревного сплетения, или другие операции на симпатической нервной системе. Такое же лечение применяли и при так называемых «тазовых невралгиях», под которыми понимают болевой синдром невралгического или постоянного характера в области полового аппарата или за пределами половой сферы, причем более точная локализация болевого синдрома недоступна (С. М. Маргулис и Е. И. Кватер).

Тазовые невралгии наблюдаются при заболеваниях внутренних половых органов (вторичные симптоматические тазовые невралгии), а также при отсутствии каких-либо изменений со стороны органов таза или когда их невозможно обнаружить (первичные невралгии).

Из хирургических вмешательств при первичных тазовых невралгиях применялось иссечение верхнего подчревного сплетения, а также рассе-

чение на уровне ворот яичника входящих в яичник нервов (денервация яичника) и другие операции, как, например, резекция поясничных симпатических узлов, периартериальная симпатэктомия и пр.

В вопросе о происхождении и механизме возникновения дисменорреи, так же как так называемых тазовых или яичниковых невралгий, несомненно, имеется еще много неясного и неизвестного. Но теперь, после имевшей место в июле 1950 г. объединенной научной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященной проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, несомненно, пойдет по новым путям и научно-исследовательская работа советских акушеров-гинекологов, и тогда среди других назревших вопросов в области акушерства и гинекологии будет внесена ясность и в разбираемый частный вопрос о том, целесообразно ли хирургическое лечение дисменорреи и тазовых невралгий.

ЛИТЕРАТУРА

- Объединенная научная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященная проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, изд. Академии наук СССР, М.—Л., 1950.
- Б о й к о П. А., Об операции удаления plexus hypogastrici superioris (n. praesacralis) в гинекологической практике, Журнал акушерства и женских болезней, 1935, стр. 436—440.
- Г р а щ е н к о в Н. И. и З л о т н и к Е. И., Учение И. П. Павлова и его значение для хирургии, Хирургия, 1950, № 10.
- К у к у ш к и н А. Д., К анатомо-топографической характеристике франкен гейзеровского сплетения, Журнал акушерства и женских болезней, 1935, стр. 15—22.
- М а р г у л и с С. М. и К в а т е р Е. И., Нервная система в биологии и патологии женской половой сферы, Госмедиздат, 1929.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Первые сутки (считая дату операции за первый день послеоперационного периода). После оперативного вмешательства больную помещают в отдельную палату для оперированных. Постель предварительно согревают грелками. После ингаляционного или общего внутривенного наркоза больную укладывают без подушки; поверх одеяла кладут грелки.

После общего наркоза за больной необходимо постоянное наблюдение дежурного персонала. Дежурная сестра не должна будить больную и разговаривать с ней. Питье после общего ингаляционного наркоза может вызвать тошноту и рвоту, поэтому при жажде больной следует смочить губы влажной марлей или полотняной салфеткой.

В послеоперационном периоде большую роль играет самостоятельное мочеиспускание больной. Необходимо добиться самостоятельного мочеиспускания в первые же сутки после операции. Опыт показал, что хорошо обученный персонал, как правило, достигает желаемого результата. Иногда удается заставить больную помочиться, сказав, что моча нужна для анализа или же можно добиться самостоятельного мочеиспускания, согревая область мочевого пузыря или поливая теплой водой наружные половые органы. У некоторых больных появляется позыв к мочеиспусканию при звуке падающих капель воды; этот рефлекс можно использовать, оставив приоткрытым кран в палате, где лежит больная. Из медикаментозных средств применяют внутримышечное впрыскивание питуикрина или стрихнина, подкожное введение 25% раствора сернокислой магнезии в количестве 3—5 мл, внутривенное введение 40% раствора уротропина — 5—10 мл. Но для большинства больных главное — это психическое воздействие. Если же все эти мероприятия не дают эффекта, приходится прибегнуть к катетеризации. Приходилось наблюдать, что больная, увидев, как спускают мочу катетером у другой больной, иногда перестает мочиться самостоятельно; поэтому катетеризацию не следует производить на глазах у больных. Если все же приходится прибегнуть к катетеризации, то надо пользоваться гладким, хорошо никелированным металлическим катетером. Асептика имеет при этом, разумеется, решающее значение. Если после наркоза у больной наступает рвота, то голову больной надо повернуть набок, чтобы рвотные массы не попадали в дыхательные пути. В первые сутки после операции в нашей клинике профилактически во избежание осложнений со стороны дыхательных путей больной внутримышечно вводят 1 мл эфира (*Aether sulfuricum pro narcosi*), а также ставят сухие банки на спину и грудь; вводят сердечные средства. Для утоления боли мы вводим на ночь под кожу 1 мл 2% раствора пантопона. В случае необходимости больной делают внутривенное переливание крови или вливание физиологического раствора 1—2 л подкожно. Раствор вводится в наруж-

ные квадранты бедер. Для укрепления общего состояния больной и улучшения сердечной деятельности мы широко применяем вливание 40% раствора глюкозы внутривенно в количестве 50—100 мл в день. К концу дня операцию больную поворачиваем на бок и разрешаем движения в постели. На ночь назначаем шприц пантопона.

В т о р ы е с у т к и. На 2-й день после чревосечений часто бывает более или менее выраженный метеоризм, тошнота и даже рвота. При метеоризме применяем газоотводную трубку. Так как в этих случаях наблюдается спазм сфинктера, затрудняющий отхождение газов, то трубку вводим на 15—20 см в ампулу прямой кишки. Если живот значительно вздут, то применяем микроклизму из гипертонического раствора поваренной соли или сифонную клизму. Хотя хирургическая сестра обычно хорошо справляется с этой процедурой, но все же присутствие врача при этом необходимо, ибо он должен убедиться, насколько эффективна была сифонная клизма. Так как кишечник часто бывает перерастянут газами, сифонная клизма вначале бывает болезненна. Поэтому не следует вводить больших количеств воды. Больной надо объяснить значение сифонной клизмы и внушить ей, что нельзя тужиться и тем препятствовать поступлению промывной воды. По мере отхождения газов боли ослабевают и тогда можно увеличить порцию вводимой воды. Общее количество воды при этом не должно превышать 10—15 л. Кроме того, за 15—30 минут до сифонной клизмы мы делаем инъекцию 1 мл питуикрина подкожно для тонизирования мускулатуры кишечника. Продолжаем давать сердечные средства, больную поворачиваем с боку на бок и заставляем двигать ногами и глубоко дышать; голову и верхнюю часть туловища высоко поднимаем. Эти мероприятия обеспечивают хорошую вентиляцию легких, что предупреждает возможные осложнения со стороны органов дыхания. Палата должна быть хорошо проветрена. Больная получает сладкий чай, черный кофе, бульон, фруктовые и ягодные соки. Применяем дыхательную гимнастику.

Т р е т ь и с у т к и. После того как газы отошли, больная чувствует себя значительно лучше. Если боли или метеоризм еще беспокоят больную, назначаем белладонну в свечах, в редких случаях — внутрь. В этот день больная получает жидкую питательную пищу, фруктовые соки. Тело обтирают ароматным уксусом, раствором спирта, одеколоном; больная должна активно двигаться в постели.

На четвертый день больная обычно чувствует себя совсем хорошо. В диету вводим каши, супы, вареное мясо, вареные и протертые овощи, продолжаем давать фруктовые и ягодные соки. Если нет самостоятельного стула, работу кишечника регулируем очистительными клизмами или легкими слабительными (иногда со встречной клизмой). Необходимо заботиться о правильной функции кишечника (ежедневно мягкий стул) в течение всего послеоперационного периода. Большое значение имеет рациональный состав пищи — необходимы овощи, компоты из свежих и сухих фруктов, сырые фрукты, простокваша — натощак или перед сном. Из каш следует предпочитать гречневую или пшеничную, шоколад и какао исключаются.

При запорах приходится прибегать к легким слабительным или к очистительным клизмам.

На восьмой день снимаем шелковые швы с кожи и бинтуем живот полотняным бинтом. Если брюшная стенка очень жирная, то швы снимаем не сразу, оставляя основные швы до 9—10 дней. Молодым женщинам с хорошей брюшной стенкой можно разрешить встать на 5-й, 6-й или 7-й день после операции, предварительно забинтовав им живот. Швы у них снимаем на 8-й день, но ходить в этот день не разрешаем. Больная

с нормальным течением послеоперационного периода может быть выписана на 10—12-й день.

После влагалишных пластических операций рекомендуется по мере возможности не применять клизм; на 3—4-й день даем слабительную соль. После пластических операций с зашиванием дефектов прямой кишки (операция влагалишно-прямокишечного свища) или жома прямокишечного отверстия (операция полного разрыва промежности) клизмы запрещены в течение всего времени пребывания больной в стационаре.

После пластических операций необходим тщательный уход за промежностью, областью заднепроходного отверстия, внутренних поверхностей бедер, необходимо обмывать и смазывать швы спиртом. Для того чтобы область швов всегда была сухой, необходимо часто менять стерильные салфетки. Шелковые швы снимаем на 6-й день, так как они имеют тенденцию рано прорезываться. В постели больная остается до 10—12 дней. В течение этого времени ей не разрешаем садиться, а на 10—12-й день сразу поднимаем с постели, и в неосложненных случаях на 13—14-й день выписываем. Перед выпиской осматриваем промежность. Влагалище промываем через мягкий резиновый катетер раствором перекиси водорода. Швы смазываем 5% йодной настойкой и после этого стерильным вазелиновым маслом.

Мы указываем лишь средние сроки вставания больных после гинекологических операций. Однако в отдельных случаях мы допускаем и более раннее вставание и полагаем, что в этом вопросе не может быть шаблона. Но в то же время мы не являемся сторонниками сверхраннего вставания, так как при этом положении большая нагрузка падает на прямые мышцы живота, а это может повести к нарушению правильного заживления брюшной раны, особенно при жирной брюшной стенке.

Мероприятия, проводимые у больных в послеоперационном периоде, мы расположили, так сказать, в хронологическом порядке, начиная с первого послеоперационного дня и кончая днем выписки больной из стационара. Самое большое внимание в течение всего срока пребывания больной в стационаре должно быть уделено ее психонервному состоянию. Какое огромное значение это состояние имеет для исхода операции, уже указывалось в главе о подготовке больной к операции. Не меньшее значение имеет психонервное состояние больной и в послеоперационном периоде. Об этом говорит не только клинический опыт, оно вытекает из учения Павлова о высшей нервной деятельности, являющегося венцом его творчества. Н. И. Гращенков и Е. И. Злотник пишут: «В этой связи для хирургии большое значение приобретает дальнейшее развитие учения Павлова его учеником М. А. Усиевичем, который показал, что перенапряжение нервной системы и срывы ее деятельности сопровождаются более или менее выраженными нарушениями работы внутренних органов и изменением состава крови. Было отмечено резкое и стойкое повышение кровяного давления, изменение диуреза, нарушение желчевыделения и повышение желудочной секреции. Усиевичу удалось установить, что нарушения со стороны внутренних органов приходили к норме в связи с восстановлением высшей нервной деятельности... Следует помнить, что речь, слово является сильнейшим раздражителем, особенно в отношениях больного и врача». С этой точки зрения вторая сигнальная система, тесно связанная с первой, может оказать большое влияние на функцию всего организма.

Из сказанного ясно, что и на протяжении всего послеоперационного периода необходимо самое бережное, внимательное и чуткое отношение к больной со стороны врача и всего больничного персонала. Большое значение имеет борьба с болью и забота о хорошем сне.

Уже имеются первые отклики на предложение применять в послеоперационном периоде терапию сном по Павлову. Благоприятствующим условием для гладкого течения послеоперационного периода является соблюдение тишины в хирургическом отделении.

Хорошо известны слова И. П. Павлова о том, что «надо ждать очень значительного увеличения процента выздоровления, если к физиологическому покою посредством торможения присоединить нарочитый внешний покой».

Внешний покой, тишина являются необходимым условием в наших лечебных мероприятиях ведения послеоперационного периода.

Для того чтобы не подвергать ненужной травме нервную систему и психику оперированной больной, следует все болезненные мероприятия, особенно в первые дни послеоперационного периода, обезболить. Инъекции, произведенные тонкими, острыми иглами в опытных руках чуткой медсестры, безболезненны. Известно, что перевязки и извлечение дренажей из брюшной полости весьма болезненны и могут вызвать болевой шок; чтобы эта процедура была бы как можно менее болезненна, надо смочить повязку стерильным вазелиновым маслом или раствором перекиси, при больших и сложных перевязках можно применить легкий наркоз.

ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Наиболее частым осложнением послеоперационного периода является разлитой бронхит, реже пневмония. Поэтому на предупреждение этих осложнений должно быть обращено особое внимание.

При наличии катарральных явлений полости рта, носоглотки, дыхательных путей, а также после недавно перенесенной инфекции не следует оперировать без жизненных к этому показаний. Оперировать в этих случаях надлежит преимущественно под местной или спинномозговой анестезией. Впрочем, пневмонии после операции возникают не только после эфирного наркоза, но и после спинномозговой и в отдельных случаях после местной анестезии. Послеоперационная пневмония возникает в основном в результате развития инфекции при застое в легких из-за вынужденного продолжительного пребывания больной в лежачем положении. Вот поэтому для предупреждения осложнений со стороны дыхательных путей мы рекомендуем больным движения в постели, начиная с 1—2-го дня после операции, возвышенное положение верхней части туловища.

По А. Д. Сперанскому и А. В. Вишневному, послеоперационная пневмония является результатом дистрофических процессов, возникающих в нервной системе в период основного заболевания и оперативного вмешательства. Преобладание же пневмонии после чревосечения есть результат сегментарного распространения дистрофических процессов нервной системы на периферию, в частности, на легкие. Основываясь на указанных данных, Г. Т. Непочатых получила хорошие результаты при применении с профилактической целью ваго-симпатической блокады 0,5% раствором новокаина.

В развитии инфекции известную роль играет также охлаждение больной.

Лечение послеоперационных осложнений со стороны дыхательных путей по возможности желательно проводить под наблюдением терапевта. Большое значение имеет общий уход за больной, правильное положение туловища больной, вентиляция палаты, рациональный пищевой режим со включением сахара, фруктовых соков, витаминов и пр. Необходимо систематическое введение сердечных средств подкожно: *Ol. Camphorati* по 6 мл 3—4 раза в день, *Sol. Coffeini* 10% 1 мл 2 раза в день, внутри-

мышечно пенициллин по 50 000—100 000 единиц через каждые 3 часа, впрыскивания 25 мл 40% раствора глюкозы в вену, переливание малых доз одноклассовой крови (50—100 мл), банки, горчичники, дыхательная гимнастика (более подробно о медикаментозном и общем лечении бронхита и пневмонии см. в руководствах по внутренним болезням).

З а б о л е в а н и я м о ч е в ы х о р г а н о в также относятся к нередким осложнениям послеоперационного периода. После операции следует уделить большое внимание самостоятельному мочеиспусканию больной, повторная катетеризация нередко влечет появление цистита. В целях профилактики осложнений со стороны мочевых путей полезно приучать больных еще до операции к опорожнению мочевого пузыря в лежачем положении. О поражении мочеиспускательного канала и мочевого пузыря свидетельствуют боли при мочеиспускании, боль в области мочевого пузыря, повышение температуры, наличие в моче лейкоцитов и щелочная реакция мочи. В этих случаях, помимо постельного режима, больной назначают молочно-растительную диету, тепло на область мочевого пузыря, обильное питье. Внутрь дают дезинфицирующие средства — салол с белладонной в обычной прописи раза три в день. Через день вводят в вену 10,0 40% стерильного раствора уротропина. В настоящее время при осложнениях со стороны мочевых путей широко применяется пенициллин по 50 000—100 000 единиц внутримышечно, через 3 часа, до стихания воспалительных явлений, одновременно уделяется большое внимание общему уходу за больной. После того как острые явления стихнут, начинают местное лечение: мочевой пузырь промывают 2—4% стерильным раствором борной кислоты, раствором азотнокислого серебра; сперва применяют растворы азотнокислого серебра 1 : 5 000 и даже 1 : 10 000, затем повышают концентрацию до 1 : 2 000. Промывания делают каждый день или через день. Иногда достаточно сделать одного промывания. (Раствор азотнокислого серебра должен быть приготовлен на дистиллированной воде.)

Для местного лечения цистита применяют также 1% раствор колларгола, его вливают в мочевой пузырь в количестве 10—20 мл и оставляют в нем. Осложнения со стороны почек встречаются сравнительно редко, главным образом после расширенной операции по поводу рака шейки матки, при которой на большом протяжении обнажаются мочевой пузырь и мочеточники.

В послеоперационном периоде возможны также осложнения со стороны п и щ е в а р и т е л ь н о г о т р а к т а. Так, после ингаляционного наркоза больную в течение первых двух суток нередко беспокоят тошнота и рвота. В этих случаях пищу больным следует вводить в виде питательных жидкостей при помощи капельной клизмы. На область желудка кладут грелку. При затяжной рвоте промывают желудок.

После неотложных операций, когда кишечник не был предварительно очищен, в послеоперационном периоде может возникнуть закупорка его просвета твердыми каловыми массами (к и ш е ч н а я о б с т р у к ц и я). Клиническая картина напоминает непроходимость кишечника.

Лечение этого осложнения сводится к энергичному промыванию кишечника при помощи сифонных клизм до отхождения кала и газов, после чего обычно наступает облегчение и восстанавливается нормальная перистальтика кишечника.

К редким, но весьма тяжелым осложнениям относится о с т р о е р а с ш и р е н и е ж е л у д к а. Оно может возникнуть после любой гинекологической операции, сопровождающейся чревосечением, и независимо от вида наркоза. При остром расширении желудка больная жалуется на боли

в подложечной области; при этом также отмечается значительное вздутие и напряжение в этой области, умеренное общее вздутие живота. Состояние больной тяжелое, пульс частый, слабый, дыхание учащенное. С нарастанием явления глаза больной западают, нос заостряется, язык становится сухим. Больной необходимо срочно промыть желудок содовым или физиологическим раствором, так как, несмотря на рвоту, в желудке остается большое количество жидкости и газов. Одновременно показано вливание под кожу и в виде капельных клизм большого количества (1—2 л) 5% раствора глюкозы, назначают сердечные средства — камфору, кофеин, дигален, подкожно вводят 1 мл питуикрина, 0,5—1 мл 0,1% стрихнина. Рекомендуются больной часто поворачивать, укладывать на живот при поднятом ножном конце кровати.

В результате образования послеоперационных спаек может возникнуть кишечная непроходимость (механическая непроходимость). Так как длительное ущемление петли кишок может привести к некрозу, то в этих случаях показана срочная релапаротомия (см. главу «Илеус»). В отличие от механической непроходимости динамическая непроходимость возникает в результате пареза или атонии кишечника. В этих случаях применяется консервативное лечение — сифонные клизмы, легкое согревание живота грелками или электросветовой ванной, инъекции питуикрина 1—2 раза в день по 1,0 и 1,0 раствора 1 : 1 000 стрихнина. Хорошее действие оказывает введение под кожу 0,005—0,01 атропина или 0,001 физостигмина, а также поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому.

К наиболее тяжелым осложнениям послеоперационного периода относятся послеоперационный перитонит, который в начале своего развития сопровождается рвотой, вздутием живота, болью, задержкой газов, сухим языком, частым пульсом. В этом периоде болезни перистальтика кишечника еще может прослушиваться.

Наиболее действенным методом лечения послеоперационного перитонита является чревосечение. Но обычно врач еще не имеет достаточной уверенности в наличии разлитого перитонита в этой стадии заболевания. Поэтому все внимание обращают на снятие тяжелых симптомов и на повышение общей сопротивляемости организма. Если процесс ограничивается тазовым отделом брюшины, исход может быть благополучный. При стрептококковой инфекции процесс обычно распространяется на всю брюшную полость. Вследствие большой всасывающей поверхности брюшины, явления резко нарастают. Наступает полный парез кишечника, исчезает перистальтика. Развивается общая тяжелая интоксикация; предпринятые в этой стадии чревосечение и дренирование брюшной полости не всегда спасают больную (подробнее о лечении перитонита см. главу «Перитонит»).

К тяжелым осложнениям, возникающим как до, так и после снятия швов, относится расхождение брюшной раны (эвентрация). Больная ощущает при этом, что в области шва как будто что-то лопнуло. При значительном выхождении кишечных петель или сальника появляются симптомы раздражения брюшины, а также возникают явления перитонеального шока.

После неполной эвентрации (при целостности кожной раны) может появиться подкожная эмфизема. Чаще всего эвентрация бывает у больных с очень жирной или отечной брюшной стенкой и у истощенных, ослабленных больных и возникает при кашле, резком напряжении.

Серозно-геморрагическое пропитывание повязки даже в первые дни после операции заставляет заподозрить эвентрацию. В этих случаях необходимо, не откладывая, осмотреть состояние раны. В случае эвентрации еще до снятия повязки уже можно иногда обнаружить выходящие

под повязкой петли кишок или сальник. Больному необходимо немедленно перевести в операционную и только на операционном столе под наркозом снять повязку. Вокруг выпавших кишок производят дезинфекцию брюшной стенки, затем петли кишок и сальник вправляют в брюшную полость.

При зашивании могут быть применены следующие способы: 1) брюшную рану зашивают наглухо; 2) зашивают наглухо брюшину и апоневроз, а в подкожную клетчатку вводят дренаж; 3) все слои брюшной стенки зашивают на определенном участке и в брюшную полость вводят дренаж.

Нагноение швов обнаруживается в виде покраснения, припухания, уплотнения и болезненности в области раны. Вначале применяют тепло. При размягчении и флюктуации следует распустить швы и опорожнить гнойник, промыть полость гнойника раствором перекиси и дренировать его. Для ускорения процесса заживления поверх повязки кладут грелку.

Шок может возникнуть после тяжелых операций, особенно если они сопровождаются большой травмой. Школой Павлова установлено ведущее значение корковых механизмов в возникновении травматического шока. Психонервная травма, вызываемая страхом операции, может стать патогенетическим фактором шока. Для его профилактики огромное значение имеет подготовка к операции (см. стр. 24).

При шоке сознание сохраняется, наблюдаются явления полного упадка сил: больная безразлична к окружающему, глаза закрыты, частый пульс, поверхностное дыхание, резкая бледность, расширенные зрачки, падение кровяного давления, понижение сухожильных и чувствительных рефлексов. В результате падения кровяного давления наступает расстройство сердечной деятельности, которое может кончиться параличом сердца.

Основным методом борьбы с послеоперационным шоком является переливание больших доз одногруппной крови (см. главу «Переливание крови»), одновременно больную следует согреть, ввести ей до 100 мл 40% стерильной глюкозы внутривенно и 1 000—2 000 5% глюкозы в капельной клизме.

Если общее тяжелое состояние больной после операции является результатом не операционного шока, а внутреннего кровоизлияния, возникает картина коллапса. В этих случаях необходимо раскрыть рану, отыскать источник кровотечения — обычно неперевязанный сосуд — и перевязать его. Наличие свободной крови в брюшной полости обнаруживается либо перкуссией, либо пункцией через задний влагалищный свод.

После влагалищных операций, при которых применяется дренаж через влагалище, кровотечение обнаруживается раньше. Если кровь скапливается в околоматочной клетчатке, то при бережном исследовании это обнаруживается в виде тестоватой опухоли над пупартовой связкой или над боковым влагалищным сводом. В этом случае можно попытаться остановить кровотечение через влагалище. Если кровоточащий сосуд лежит близко, то его удастся перевязать или обколоть. Если же кровотечение происходит из высоко лежащей культи, нужно немедленно произвести брюшностеночное чревосечение. При небольшом кровотечении из влагалищной стенки или близлежащей клетчатки можно остановить кровотечение путем тугой тампонады.

Нарушение обмена веществ. По мнению ряда авторов (И. Г. Руфанов, Е. Л. Березов, Ф. Д. Анискова, А. В. Александров и др.), послеоперационный период является особым состоянием организма, напоминающим иногда токсикоинфекционное заболевание. Причиной такого состояния является операционная травма, страх перед операцией, боль, охлаждение, потеря крови, наркоз, голодание до и после операции. Все эти факторы до некоторой степени изменяют обмен веществ в сторону лег-

кого ацидоза или алкалоза, нарушают кислотно-щелочное равновесие, влияя на всю нервную систему, в том числе и на высшие ее отделы.

И. Г. Руфанов различает в течении послеоперационного периода две фазы: фазу сенсбилизации и фазу десенсбилизации. Первая протекает при явлениях тканевого ацидоза, вторая — при явлениях алкалоза. По Е. Л. Березову, нарушение обмена после операции наступает в результате понижения усвояемости тканями сахара, находящегося в достаточном количестве в крови, и рекомендует инсулинотерапию. Анискова, изучая обмен, находила нарушение кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза уже непосредственно перед операцией. После операции нарушение этого равновесия как по глубине сдвигов, так и по частоте случаев выражено значительно сильнее. Тяжелые сложные операции дают наиболее выраженные сдвиги. В день операции и на 2-й день после операции эти сдвиги резко выражены, на 4—5-е сутки показатели ацидоза возвращаются к исходным цифрам. Автор рекомендует глюкозо-инсулиновую терапию, которая благоприятно действует на заживление ран, восстанавливает силы, укорачивает время пребывания больной на койке.

Клинические симптомы ацидоза ярко выявляются лишь при далеко зашедшем процессе: появляются слабость и явления истощения, с каждым днем усиливаются тошнота и рвота, учащается дыхание, больная становится беспокойной, в некоторых случаях выдыхаемый больной воздух приобретает запах ацетона.

Для предупреждения ацидоза запрещается голодать до и после операции. Некоторые дают больной за 3—4 часа до операции крепкий сладкий чай. Многие хирурги рекомендуют вводить внутривенно до и после операции 40% глюкозу. При появлении симптомов ацидоза, особенно после неотложных операций, рекомендуют вводить в организм больной большое количество жидкости, так как рвота обезвоживает организм. Жидкость вводят подкожно и в капельных клизмах, переливают кровь и вводят хлористый натрий внутривенно (пропись: *Natrii chlorati 2,0, Sol. Glucosae 30% 20,0, sterilis*). Ацидоз может быть рано обнаружен систематическим исследованием мочи в первые 5 дней после операции. В это время в моче обнаруживается ацетон и ацетоуксусная кислота. Количество хлоридов в моче обычно в норме или несколько выше.

Алкалоз — более редкое состояние и возникает при потере организмом желудочного сока в результате непрекращающейся рвоты. При этом нарушается баланс хлористого натрия в организме. При алкалозе у больных отмечается резкая слабость, редкое и поверхностное дыхание. В остальном клинические симптомы сходны с симптомами при ацидозе. В моче обнаруживается ацетон, но в отличие от ацидоза при алкалозе в моче отсутствуют хлориды. Рекомендованное лечение состоит во введении 5% раствора хлористого кальция внутривенно по 0,25 мл на 1 кг веса больной, *Ac. nigriat. dilut. 10* капель на полстакана воды каждые 4 часа. Больной вводят большие количества жидкости (раствор глюкозы и физиологический раствор) внутривенно, подкожно и капельными клизмами.

Оставление в брюшной полости инородных тел

Оставление в брюшной полости инородных тел — мелких металлических инструментов или марлевых салфеток — приводит к тяжелым последствиям.

Утверждение Бира — «кто уверяет, что не забыл инородного тела, — или не имеет хирургического опыта или не говорит правды» — следует расценивать как вредное, демобилизующее хирурга и способное принести больной ущерб.

Наша клиника за несколько десятков лет работы с участием в операциях молодых врачей не имела ни одного случая оставления инородного тела в брюшной полости.

Это было достигнуто: 1) сработанностью основного врачебного и среднего персонала операционного блока; 2) постоянным напоминанием участникам операции о внимании к этому вопросу; 3) подсчетом инструментов и салфеток до и после операции; 4) применением только больших салфеток и крупных инструментов; 5) инструменты и салфетки подает и принимает только операционная сестра; 6) инструменты и салфетки берет и возвращает только хирург; 7) ассистенты следят за порядком на операционном столе; 8) к моменту вскрытия брюшной полости с брюшной стенки все незакрепленные инструменты убираются; 9) рану отгораживают подотенцами или большими салфетками, отмеченными большими зажимами; 10) ассистенты работают не суетясь; 11) в операционной соблюдается полная тишина; 12) операционная сестра является активным помощником хирурга. Она знает ход операции, наблюдает за течением ее и тщательно следит за возвращением инструментов и материала.

Президиум Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР от 14/ХІ 1938 г. принял следующее постановление по вопросу об оставлении инородных тел в брюшной полости при чревосечении:

1. Отвергнуть точку зрения о неизбежности оставления инородных тел при операции.

2. Считать обязательным расследование каждого случая оставления при операции инородного тела в брюшной полости.

3. Установить обязательную регистрацию каждого случая оставления инородного тела путем составления специально разработанного документа, освещающего не только факт оставления, но самое главное, общую постановку дела в операционной и конкретные обстоятельства данного случая.

Кроме случаев оставления марлевой салфетки или металлического инструмента при чревосечении, может иметь место оставление или несвоевременное удаление тампона или марлевого дренажа при больших и малых влагалищных операциях.

Это упущение также может давать значительные осложнения в послеоперационном периоде: повышение температуры, длительное нагноение раны, боли и т. д.

Этой ошибки в работе хирурга удается избежать вниманием и четкостью в работе.

1. При записи операции надлежит на видном месте отмечать факт оставления дренажа или тампона во влагалище, а также время, когда его следует удалить.

2. Фиксировать, когда и кем тампон или дренаж был удален.

3. Перед выпиской больной из стационара бережно в зеркалах осмотреть влагалище или подвергнуть большую двуручному исследованию.

ЛИТЕРАТУРА

Александров А. В., Симпатическая нервная трофика в физиологии и в клинике, Труды Всесоюзного института экспериментальной медицины им. Горького, т. II, 1942.

Анискова Ф. Д., Профилактика и лечение послеоперационного ацидоза у гинекологических больных, Журнал советской медицины, 1948, № 6.

Анискова Ф. Д., Ацидоз после гинекологических операций. Дисс., 1949 (И Московский медицинский институт).

Березов Е. Л., Послеоперационный ацидоз, его профилактика и лечение, Саратов, 1928.

Вишневский А. В., Нервная трофика в хирургии, Москва, 1936.

Греков И. И., К вопросу о пинцетах, оставленных при операциях в брюшной полости, Вестник хирургии и пограничных областей, 1931, 23, 67.

Григоровский И. М., Послеоперационный шок, Вестник хирургии, 1938, № 2.

Гращенков Н. И. и Злотик Е. И., Учение И. П. Павлова и его значение для хирургии, Хирургия, 1950, № 10.

- Гуревич Н. И., Острые хирургические заболевания брюшной полости, М., 1949.
- Гуртовой Б. Л., О реактивности женского организма в послеоперационном периоде, Врачебное дело, 1948, № 1.
- Донская А., Случай инородного тела в брюшной полости, Вестник хирургии, 55, 1938.
- Дитерихс М. М., Послеоперационный период. Пособие для врачей, 1924.
- Кузьмин С. С., Уход за операционными больными (пособие 1928 и 1937 гг.).
- Кочкарёва К. Т., Опыт предупреждения и лечения пенициллином послеоперационных осложнений, Хирургия, 1949, № 4.
- Непочатых Г. Т., Патогенез и профилактика послеоперационных легочных осложнений, Труды Военно-морской медицинской академии, т. 13, № 2, 1949.
- Нечаев А. А., Послеоперационное воспаление легких, 1941.
- Новиков А. Г., Подготовка тяжелых больных к операции и лечение послеоперационных осложнений, Труды Томского медицинского института, 1936.
- Нисневич Л. М., К вопросу о расхождении послеоперационной раны брюшной стенки, Советская клиника, 1933, № 3—4.
- Опель В. А., Несчастья в хирургии, Новый хирургический архив, т. 1, № 3, 1921.
- Петров Б. А., Этиология послеоперационного некроза тканей, Хирургия, 1937, № 12.
- Петров Н. Н., Вопросы хирургической деонтологии, Ленинградский государственный институт усовершенствования врачей им. Кирова, 1945.
- Руфанов И. Г., Послеоперационное состояние, Клиническая медицина, 1934, № 11—12.
- Салищев В. Э., Вопросы профилактики послеоперационных осложнений, Хирургия, 1946, № 4.
- Сперанский А. Д., Долевые пневмонии, Москва, 1942.
- Туманова Е. С., Профилактика и терапия послеоперационных осложнений, 150 лет Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, т. 2, Л., 1947.
- Фарман И. Л., Об оставлении тампонов в брюшной полости при операциях, Хирургия, 1936, № 8.
- Хромов Б. М., К вопросу о лечении послеоперационной рвоты, Врачебное дело, 1932, № 23—24.
-

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
- ОБЩАЯ ЧАСТЬ	
Показания и противопоказания к операции	7
Значение организации хирургической работы, а также методики и техники гинекологических операций для результатов оперативной деятельности гинеколога	8
Пути изучения оперативной техники	9
Организация работы хирургического отделения акушерско-гинекологического стационара	12
Прием больных в хирургическое отделение	12
Обследование больных в стационаре до операции	12
Помещение для производства операций и его особенности	12
Операционный блок	16
Предоперационная комната	16
Комната для подготовки больной к операции	16
Стерилизационная комната	16
Материальная комната	17
Операционная комната	17
Выбор времени для операции	24
Подготовка больной к операции	24
Подготовка хирурга и его помощников к операции	28
Инструментарий и материалы для производства операций и их подготовка	29
Обезболивание в гинекологии. Проф. Ф. А. Сыроватко	32
Ингаляционный наркоз	35
Эфир	35
Хлороформ	37
Хлорэтиловый наркоз	38
Газовый наркоз	38
Неингаляционный наркоз	39
Гексеналовый внутривенный наркоз	39
Пентоталовый внутривенный наркоз	40
Местная анестезия	41
Спинальная (интродуральная, субарахноидальная) анестезия	41
Перидуральная анестезия	43
Эпидуральная (сакральная) анестезия	44
Местная инфильтрационная и инфильтрационно-проводниковая анестезия	45
Замораживание	47
Комбинированное обезболивание	47
Некоторые частные вопросы оперативной техники при гинекологических операциях	49
Остановка кровотечения	50
Перитонизация	51
Дренирование брюшной полости	52
Свободная пересадка лоскута сальника	53
Методика и техника чревосечения у женщин	55
Методика и техника брюшностеночного чревосечения	55

Разрезы брюшной стенки при чревосечении	57
Продольный разрез брюшной стенки	57
Поперечный разрез брюшной стенки	64
Методика и техника влагалищного чревосечения	65
Передняя кольпотомия	72
Задняя кольпотомия	83
Переливание крови при гинекологических операциях. Кандидат медицин- ских наук <i>В. И. Сапожников</i>	87
Прямое переливание	88
Переливание спитратной крови	88
Капельный способ переливания крови	89
Обратное переливание (реинфузия) крови	92
Переливание утильной крови	92
Переливание плазмы, сыворотки и эритроцитов	93
Переливание крови в костный мозг	93
Противопоказания к переливанию крови	94

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Раздел I. Заболевания, лечение которых требует просты в техническом отношении операции, доступные начинающему гинекологу

Заболевание наружных половых органов	96
Острые кондиломы	97
Непроходимость (атрезия) девственной плевы	99
Неподатливость или ригидность девственной плевы	100
Абсцессы бартолиновой железы	102
Гнойный бартолинит во время беременности и в родах	105
Абсцесс парауретральных желез	106
Патологические состояния влагалища, требующие хирургического лечения	107
Перегородки во влагалище	107
Хирургическое лечение	107
Рубцы и стенозы	108
Опушение влагалища и методы его лечения	109
Передняя кольпоррафия	110
Задняя кольпоррафия (кольпоперинеоррафия, кольпоперинеопластика)	112
Доброкачественные новообразования (опухоли) влагалища	121
Кисты влагалища	121
Фибромы и фибромиомы влагалища	125
Патологические изменения шейки матки, при которых применяется хирургическое лечение	126
Узкий шейный канал	126
Причины женского бесплодия	126
Методы исследования причин женского бесплодия	127
Продувание труб	127
Метросальпингография	132
Основные методы лечения женского бесплодия	136
Оперативные вмешательства, применяемые для расширения и раскры- тия канала шейки матки	138
Зондирование матки	138
Показания к зондированию матки	138
Зондирование матки, как лечебный метод	139
Противопоказания к зондированию	139
Техника зондирования	139
Расширение шейного канала тупым путем	141
Техника расширения металлическими бужами	142
Дисцизия	143
Техника дисцизии	144
Боковое рассечение	144
Передняя кольпогистеротомия (рассечение шейки матки за внутрен- ний зев)	145
Методика и техника операций передней кольпогистеротомии	146
Кольпогистеротомия по Лейбчику	148
Старые разрывы шейки матки	150
Техника операции по методу освежения	151
Техника лоскутного метода операции старого разрыва шейки	151
Выворот слизистой шейного канала (ectropion)	154

Гипертрофия шейки матки	155
Методы ампутации шейки матки	157
Техника клиновидной ампутации влагалищной части шейки матки	158
Техника высокой ампутации шейки матки	159
Техника конусовидной ампутации шейки матки	162
Воспалительные эрозии шейки матки	165
Консервативные методы лечения воспалительной эрозии	167
Диатермокоагуляция (электрокоагуляция) эрозий шейки матки	168
Злокачественные эрозии шейки матки (рак шейки матки)	173
Признаки и распознавание	173
Биопсия при подозрении на рак шейки матки	176
Техника биопсии	177
Распознавание рака шейки матки, исходящего из слизистой шеечного канала	179
Микроскопическая диагностика рака шейки матки методом исследования нативных, неокрашенных препаратов-мазков, взятых из пораженного участка шейки матки	183
Лечение больных раком шейки матки в случаях, когда радикальные методы не могут быть применены	184
Техника экскохлеации и коагутеризации при запущенном раке шейки матки	187
Борьба с болями	189
Техника впрыскивания абсолютного спирта в спинномозговой канал	189
Организация борьбы против рака матки	190
Краткие данные к истории развития противораковой борьбы	191
Поздняя обращаемость больных раком матки и методы борьбы с ней	192
Лейкоплакия влагалищной части шейки матки	194
Маточные кровотечения	196
Геморрагические метропатии	197
Распознавание	199
Лечение маточных кровотечений овариогенного происхождения	200
Лечение ювенильных кровотечений	201
Выкидыш	202
Общие технические указания при производстве выскабливания беременной матки	204
Лечение инфицированного выкидыша	207
Прободение матки при выскабливании по поводу выкидыша	208
Кровотечения при пузырьном заносе	210
Лечение пузырьного заноса	210
Кровотечения при хориоэпителиоме матки	213
Зондирование и выскабливание матки при фибромиоме	215
Выскабливание матки при подозрении на рак тела матки (пробное выскабливание)	218
Признаки рака тела матки	218
Распознавание рака тела матки	219
Методика и техника пробного (диагностического) выскабливания матки при подозрении на рак тела (полости) матки	221
Маточные полипы	223
Слизистые полипы	223
Техника удаления полипа	224
Фиброзные полипы	224
Техника удаления полипа	229
Острый послеродовой гнойный мастит	230
Клиническая картина	230
Лечение острых гнойных маститов	232
Техника местной пенициллинотерапии	233
Операция гнойного мастита	233
 Раздел II. Патология, требующая хирургических методов лечения, доступных квалифицированному гинекологу-хирургу	
Фибромиома матки	238
Признаки и клиническое течение	239
Радикальные методы лечения	240
Показания и противопоказания к рентгенотерапии	241
Показания и противопоказания к хирургическому лечению	243

Методы хирургического лечения фибромиомы матки	243
Радикальные методы хирургического лечения брюшностеночным путем	244
Надвлагалищная ампутиация миоматозной матки через разрез брюшной стенки (без придатков)	247
Техника операции	247
Полная экстирпация миоматозной матки (без придатков)	255
Техника операции	256
Удаление миоматозной матки вместе с придатками	261
Консервативные методы операции по поводу фибромиомы матки (миомэктомия)	262
Техника миомэктомии	264
Резекция матки	267
Пересадка эндометрия в культю шейки при надвлагалищной ампутиации миоматозной матки	267
Операции по поводу атипических фибромиом матки	269
Признаки атипических фибромиом	270
Хирургические методы лечения	273
Удаление миоматозной матки через влагалище	280
Подготовка операционного поля	280
Техника влагалищной экстирпации матки	281
Удаление фиброзного полипа, находящегося в полости матки	291
Удаление через влагалище подслизистой фибромиомы, сидящей на широком основании	292
Влагалищная экстирпация миоматозной матки при наличии в ней фиброзного полипа	292
Техника операции при больших рождающихся фибромиомах матки	293
Комбинированный метод удаления миоматозной матки, содержащей большой гангренизирующий миоматозный узел	293
Хирургические методы лечения фибромиомы матки при беременности и в родах	294
Фибромиома и беременность	294
Показания к операции	294
Методика хирургического вмешательства во время беременности при сочетании ее с фибромиомой	296
Методика хирургического лечения фибромиомы в родах	300
Операция в родах, осложненных шейчной фибромиомой	301
Фибромиома, осложняющая послеродовый и послеродовой периоды	301
Беременность и роды, осложненные фибромиомой влагалищной части матки	302
Аденомиома (адептомиоз) и эндометриозы	303
Клинические признаки	304
Внутренние эндометриозы	304
Позадивезиальный эндометриоз	306
Внутрибрюшинный эндометриоз	306
Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки	308
Лечение	308
Методика операции	309
Доброкачественные опухоли яичников	312
Ложнослизистые (псевдомуцинозные) кистомы (кистаденомы)	314
Распознавание	314
Дифференциальная диагностика	316
Серозные (сосочковые) папиллярные кистомы яичников	319
Распознавание сосочковой кистомы	320
Эмбриомы и тератомы	321
Кистозные тератомы или дермоидные кисты	321
Распознавание	321
Доброкачественные соединительнотканые опухоли яичников	322
Хирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников	322
Методы хирургического лечения доброкачественных blastom яичников	323
Консервативные операции на яичниках	324
Методика консервативной операции на яичниках	324
Методы удаления опухолей яичника (овариотомия)	326
Брюшностеночный метод операции	327
Техника овариотомии	327

Пункция кисты яичника при овариотомии	332
Удаление опухолей яичника, расположенных межсвязочно	334
Техника операции	335
Удаление опухолей яичника, осложненных сращениями	339
Перекручивание ножки (torsio pedunculi) опухоли яичника	341
Диагностика	341
Лечение	342
Разрыв опухоли яичника	343
Влагалищная овариотомия	343
Техника овариотомии при помощи передней кольпотомии	345
Техника овариотомии посредством задней кольпотомии	345
Паровариальная киста	346
Внематочная беременность	348
Трубная беременность	348
Признаки, методика исследования и распознавание разрыва	348
беременной трубы	348
Дифференциальная диагностика	353
Оперативное лечение	355
Техника операции	356
Техника удаления маточной трубы с клиновидной резекцией ее	361
интерстициальной части	361
Клиника трубной беременности, ненарушенной и в стадии выкидыша (внутренний разрыв плодovместителя)	364
Прогрессирующая трубная беременность	365
Внутренний разрыв плодovместителя при трубной беременности (трубный выкидыш)	366
Заматочная кровяная опухоль	369
Распознавание	369
Пробный прокол	369
Пробное выскабливание матки в диагностике внематочной беременности	371
Лечение трубного выкидыша	372
Техника операции	372
Редкие формы трубной беременности	374
Интерстициальная беременность	374
Межсвязочная беременность	374
Яичниковая беременность	376
Брюшная беременность	376
Сочетание маточной и внематочной беременности	377
Беременность в зачаточном роге матки	377
Внематочная беременность поздних сроков и доношенная	379
Хирургические методы лечения	381
Техника радикальной операции	382
Техника марсупиализации	383
Яичниковые кровотечения	384
Лечение	385
Ретродевиации матки	388
Подвижная ретродевиация	388
Фиксированная ретродевиация	389
Операции, исправляющие положение матки при ее ретродевиации	390
Укорочение круглых связок путем образования из них петель, соединяемых и прикрепляемых к передней стенке или ко дну матки	390
Укорочение круглых связок путем образования из них петель, соединяемых и прикрепляемых к задней поверхности матки	393
Подвешивание матки за круглые связки к брюшной стенке	394
Фиксация матки к брюшной стенке, или экзогистеропексия	397
Хирургическое лечение выпадения влагалища и матки	398
Влагалищные методы удаления матки при выпадении	400
Удаление матки вместе с влагалищем	400
Методика и техника влагалищной экстирпации матки при ее выпадении	401
Техника операции Елкина	401
Операция по способу Мейо	402
Операция удаления матки влагалищным путем по методу Александрова	406
Методика фиксации матки влагалищным путем	406
Техника интерпозиции матки при выпадении	403

Техника вагинофиксации матки	409
Методика и техника кольпоперинеопластики при выпадении . .	410
Техника леваторопластики	411
Вентрофиксация матки — экзогистеропексия	415
Техника операции имплантации передней стенки матки в брюшинную стенку	415
Паллиативные методы операции при выпадении	418
Срединная кольпоррафия	418
Техника операции срединной кольпоррафии	419
Операции по поводу рецидива выпадения	422
Полное выпадение влагалища, возникшее после удаления матки	423
Методы операции	424
Техника кольпоклеяза	424
Техника кольпопексии при отсутствии матки	424
Видоизмененная срединная кольпоррафия при операции по поводу выпадения влагалища (enterosee vaginalis), обра- зовавшегося после удаления матки	425
Старый полный разрыв промежности	430
Методика операции старого полного разрыва промежности	430
Подготовка к операции	430
Техника операции	430
Ведение послеоперационного периода	436
Свищи прямокишечно-влагалищные	437
Признаки и распознавание	437
Операция прямокишечно-влагалищных свищей, расположенных в самом нижнем отделе влагалища или в его преддверии	438
Методика операции каловых свищей, расположенных в сред- нем или в верхнем отделе влагалища	438
Операции на маточных трубах с целью стерилизации по медицинским показаниям	441
Методика хирургической стерилизации женщины	442
Техника операции	443
Хирургические методы лечения трубного бесплодия	447
Техника сальпинголизиса	448
Техника сальпингостомии	449
Методика операции пересадки в матку здоровой части маточ- ной трубы	450
Техника операции пересадки яичника в матку	453
Хирургическое лечение рака шейки матки	457
Клиническая классификация рака шейки матки и определение опера- бельности	457
Цистоскопия как метод исследования перед операцией по поводу рака шейки матки	459
Методы операции, применявшиеся по поводу рака шейки матки	460
Предупреждение развития перитонита с помощью тампона	461
Техника дренирования брюшной раны с помощью тампона	462
Предупреждение развития воспалительных процессов	462
Бестампонное дренирование	463
Гемостаз	463
Перевязка подчревных артерий	464
Гемостаз в связи с методом иссечения тазовой клетчатки	468
Отсечение матки от влагалища	468
Операция рака шейки матки у молодых женщин	468
Описание применяемого нами метода брюшностеночной расширенной (ра- дикальной) операции рака шейки матки	469
Подготовка больной к операции	469
Наркоз	470
Техника операции	470
Отделение мочевого пузыря	471
Выделение мочеточников из околوماتочной клетчатки	474
Иссечение клетчатки	474
Вскрытие и отсечение влагалища	478
Перитонизация и бестампонное дренирование подбрюшин- ных пространств	478
Результаты брюшностеночной расширенной (радикальной) опера- ции по поводу рака шейки матки	480
Влагалищный способ операции по поводу рака шейки матки	484

Методика и техника расширенной (радикальной) операции по поводу рака шейки матки влагалищным путем	485
Отсепаровка мочевого пузыря	486
Выделение мочеточников	486
Перевязка маточных сосудов	488
Отсечение матки и придатков от широких связок	490
Комбинированный брюшностеночный способ операции по поводу рака шейки матки	493
Техника операции	494
Рак тела матки	499
Классификация по стадиям заболевания	499
Хирургическое лечение	499
Методика удаления матки при раке тела (полости) матки брюшностеночным путем	500
Операция по поводу рака тела матки влагалищным путем	501
Техника влагалищной экстирпации матки с придатками	501
Сочетание рака тела матки с фибромиомой матки	504
Злокачественные опухоли яичников	505
Классификация по стадиям заболевания	505
Распознавание рака яичников	507
Лечение рака яичников	507
Послеоперационная смертность	509
Рак яйцеводов (маточных труб)	511
Распознавание	512
Лечение	512
Рак влагалища	513
Классификация по стадиям заболевания	513
Первичный рак	513
Признаки	514
Распознавание	514
Лечение	514
Техника операции	515
Рак вульвы	517
Классификация по стадиям заболевания	517
Рак вульвы	517
Признаки	518
Распознавание	518
Лечение	519
Хирургические методы лечения рака вульвы	519
Операция удаления всей вульвы	521
Рак клитора	522
Саркома матки	524
Признаки и распознавание саркомы матки	525
Лечение	526
Воспалительные опухоли придатков матки	527
Воспалительные опухоли придатков в острой стадии заболевания	527
Пункция гнойной опухоли	529
Воспалительные опухоли придатков матки в хронической стадии заболевания	530
Показания к операции	530
Методика и техника операции	530
Перитонизация культи и брюшинных дефектов, оставшихся после операции по поводу воспалительных опухолей придатков матки	535
Применение дренажа	538
Дренирование через влагалище при брюшностеночном чревосечении	540
Влагалищные методы операции удаления воспалительных опухолей придатков матки	542
Техника полного удаления матки и придатков влагалищным путем	543
Туберкулез женских половых органов	546
Распознавание	546
Лечение	547
Хирургические методы лечения туберкулеза придатков матки	548
Показания к операции	548
Методика и техника удаления туберкулезных опухолей придатков	549
Туберкулез влагалищной части матки	550

Сочетание заболеваний половых органов женщины с аппендицитом. Кандидат медицинских наук В. И. Сапожников	552
Частота совместных поражений аппендикса и внутренних половых органов женщины	552
Пути развития совместного заболевания	552
Признаки	553
Дифференциальная диагностика	554
Лечение	554
Аппендицит и беременность	555
Методика операции	556
Непроходимость кишечника (илеус) в практике акушера-гинеколога	558
Гинекологические причины кишечной непроходимости	558
Классификация	559
Признаки	559
Распознавание непроходимости	560
Дифференциальная диагностика	561
Лечение	562
Методы хирургического лечения	562
Техника подвешной энтеростомии	564
Ведение послеоперационного периода	571
Гнойный параметрит и пельвеоцеллюлит (гнойник тазовой клетчатки)	573
Распознавание	573
Оперативное лечение	574
Брюшностеночный путь вскрытия гнойника	574
Влагалищный путь вскрытия гнойника	580
Операция вскрытия гнойника при заднем параметрите	581
Операция вскрытия гнойника при боковом параметрите	584
Перитонит. Проф. А. В. Гиллерсон	586
Послеродовой перитонит	586
Признаки и клиническое течение	587
Дифференциальная диагностика	589
Лечение послеродового перитонита	590
Хирургическое лечение перитонита	590
Методика и техника операции	591
Послеабортный перитонит	595
Лечение	595
Гонококковый перитонит	595
Лечение	596
Прободной перитонит	596
Лечение	596
Повреждения женских половых органов	598
Повреждения женских половых органов, связанные с половым актом	598
Лечение	599
Техника зашивания разрыва	600
Повреждения от проникновения в половые органы инородных тел	601
Инородные тела, вводимые в половой канал с лечебной целью	601
Инородные тела, вводимые в половой канал с целью вызвать аборт	601
Повреждения, возникающие по типу «падение на кол»	602
Повреждения от тупой травмы	603
Колотые, резаные и огнестрельные раны половых органов	604
Повреждения, возникающие при врачебных манипуляциях и операциях	605
Поверхностные повреждения	605
Повреждения органов брюшной полости	605
Прободение матки	606
Распознавание	606
Показания к операции	611
Методика операции	612
Разрез брюшной стенки	612
Удаление из перфорированной матки остатков плодного яйца	616
Оперативное лечение побочных повреждений органов брюшной полости, возникших при прободении матки. Проф. Д. Л. Ваза	617
Гематома сальника	618
Повреждения брыжейки кишки	618
Повреждения кишечной трубки	618
Резекция кишки	619
Операция образования искусственного влагалища. Кандидат медицинских наук В. И. Сапожников	625

Показания к операции	625
Пластические операции	626
Пересадка отрезков кишечной трубки	626
Операция Балдвина	626
Образование влагалища из сигмовидной кишки	629
Образование влагалища из прямой кишки. Операция Попова	631
Техника операции	632
Подготовка к операции	636
Ведение послеоперационного периода	636

Раздел III. Вопросы урогинекологии. Некоторые вопросы нейрохирургии.
Ведение послеоперационного периода и его осложнения

Вопросы урогинекологии	638
Расстройства мочеиспускания	638
Относительное недержание мочи	638
Причины относительного недержания мочи	638
Лечение	639
Методы хирургического лечения	639
Метод Фигурнова	639
Метод Атабекова	642
Прямая непосредственная мышечная пластика	644
Техника применяемой нами операции при относительном недержании мочи	644
Интерпозиция матки как метод лечения относительного недержания мочи	645
Повреждения мочевых путей	646
Свежие повреждения мочеиспускательного канала	646
Лечение	646
Техника хирургического лечения	646
Свежие повреждения мочевого пузыря	647
Повреждения мочевого пузыря при гинекологических операциях	647
Проникающее повреждение мочевого пузыря	648
Ведение послеоперационного периода при ранениях мочевого пузыря	649
Свежие повреждения мочеточников	649
Методы хирургического лечения свежих повреждений мочеточников	650
Перевязка поврежденного мочеточника	656
Мочеполовые свищи (фистулы)	657
Клиника мочеполовых свищей	658
Признаки и распознавание	659
Выбор времени для операции мочеполового свища	660
Подготовка больной к операции	661
Обезболивание при операции мочеполовых свищей	662
Пузырно-влагалищные свищи	662
Методика операции пузырно-влагалищных свищей	662
Техника операции	664
Метод Атабекова	667
Метод Волковича	668
Брюшностеночный, внебрюшинный и чреспузырный метод операции пузырно-влагалищного свища	669
Техника операции	669
Свищи и дефекты мочеиспускательного канала	671
Методика и техника операции уретро-вагинального свища	671
Техника уретропластики по Отту	672
Метод Волковича	673
Пузырно-шеечные свищи	676
Техника операции	676
Мочеточниково-влагалищные свищи	678
Влагалищные методы операции	679
Техника операции	679
Брюшностеночный метод операции	681
Пересадка мочеточников в кишку	682
Операция Тихова	682
Техника операции	682
Техника пересадки мочеточников в толстую кишку по способу Н. В. Маркова	685

Видоизменение операции пересадки мочеточников в кишку с введением катетеров в мочеточники	689
• Сочетание пузырно-влагалищного и влагалищно-прямокишечного свищей	690
Клинические симптомы	690
Лечение	690
Методы операции при сочетании пузырно-влагалищного и влагалищно-прямокишечного свищей	691
Атипичические методы операции пузырно-влагалищных свищей	691
Заплатный метод	691
Методика вшивания матки в дефект мочевого пузыря	692
Некоторые вопросы нейрохирургии	695
Страдания, при которых в гинекологической практике применяются нейрохирургические методы лечения	695
Борьба с болью при неоперабельных тазовых метастазах рака женских половых органов	695
Резекция пресакрального нерва	695
Техника операции	695
Передне-боковая хордотомия (chordotomia anterolateralis)	698
Анатомо-физиологические данные	698
Обезболивание	698
Техника хордотомии	699
Зуд наружных половых органов (pruritus vulvae)	701
Резекция срамного нерва	705
Дисмеворрея и тазовые невралгии	706
Ведение послеоперационного периода. Доцент <i>М. И. Малева</i>	708
Осложнения в послеоперационном периоде	711
Оставление в брюшной полости инородных тел	715

Редактор **М. Н. ПОБЕДИНСКИЙ**
Техн. редактор **Т. И. Левина**
Зав. корректорской **Л. М. Голицына**
Переплет художника **Л. С. Эрмана**

Т07950 Подписано к печати 26/XI 1951 г.
МН-56. Ф. бум. $70 \times 108/16 = 22,75$ бум. л. — 62,34 печ. л.
+ 0,17 п. л. (вкл.). 61,5 уч.-изд. л. 40 000 экз. в 1 п. л.
Тираж 35 000 экз. Цена 30 р. 75 к. Переплет 1 р. 50 к.
По прейскуранту 1952 года. Зак. 1262.

2-я типография «Печатный Двор» имени А. М. Горького
Главполиграфиздата при Совете Министров СССР.
Ленинград, Гатчинская, 26
Отпечатано в типографии имени К. Пожела, Каунас,
Пушкина 11. Зак. № 94.