

Р. Р. Макаров
А. А. Габелов

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

akusher-lib.ru

akusher-lib.ru



АВТОРЫ РУКОВОДСТВА

ПО ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

— ОПЫТНЫЕ КЛИНИЦИСТЫ С БОЛЬШИМ
НАУЧНЫМ И ПЕДАГОГИЧЕСКИМ СТАЖЕМ.

МАКАРОВ РОМАН РОМАНОВИЧ — ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, АВТОР
БОЛЕЕ 120 НАУЧНЫХ РАБОТ, В ТОМ ЧИСЛЕ
РЯДА УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ

И МОНОГРАФИЙ ПО РАЗЛИЧНЫМ ВОПРОСАМ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
АКУШЕРСТВА, А ТАКЖЕ ГИНЕКОЛОГИИ. В ТЕЧЕНИЕ
МНОГИХ ЛЕТ ЗАНИМАЛСЯ ПРЕПОДАВАНИЕМ,
А ЗАТЕМ ВОЗГЛАВЛЯЛ КАФЕДРУ АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. С. М. КИРОВА.

ГАБЕЛОВ АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ — ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, ЗАВЕДУЮЩИЙ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ

ЦЕНТРАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
РЕНТГЕНО-РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР.

АВТОР БОЛЕЕ 150 НАУЧНЫХ РАБОТ,
В ТОМ ЧИСЛЕ НЕСКОЛЬКИХ МОНОГРАФИЙ
ПО АКУШЕРСТВУ, ГИНЕКОЛОГИИ И ОНКОГИНЕКОЛОГИИ,
В КОТОРЫХ ОТРАЖЕН БОЛЬШОЙ ОПЫТ АВТОРА
ПО ВОПРОСАМ НЕОТЛОЖНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ.

Р. Р. МАКАРОВ, А. А. ГАБЕЛОВ

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

akusher-lib.ru

Макаров Р. Р., Габелов А. А. Оперативная гинекология (руководство для врачей), Л., «Медицина», 1977, 296 с.

В руководстве излагаются вопросы хирургических методов лечения различных гинекологических заболеваний, в том числе и злокачественных новообразований. Помимо описания техники операций, рассматриваются вопросы установления показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, обсуждаются клинические условия, необходимые для реализации тех или иных вмешательств, а также возможности и особенности хирургических доступов к патологическим очагам. Кроме того, обсуждаются также некоторые вопросы хирургической анатомии применительно к этим доступам. В руководстве рассматривается техника операций на промежности, влагалище и шейке матки, различные виды кольпорафии, техника ушивания пузырно-влагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей, а также операций на внутренних половых органах (овариэктомия, надвлагалищной ампутации матки, экстирпации матки, а также различных вмешательств на трубах). В специальном разделе объединены вопросы комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований гениталий, в котором, помимо техники хирургических вмешательств, излагаются принципы лечебной тактики. Один из разделов посвящен методам хирургического лечения гнойных заболеваний и травматических повреждений половых органов.

Руководство рассчитано на молодых специалистов гинекологов и онкогинекологов.

Книга содержит 3 таблицы, 117 рисунков.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание «Оперативной гинекологии» рассчитано на студентов и молодых специалистов, посвятивших свою деятельность хирургическому лечению гинекологических заболеваний и нередко, в силу обстоятельств, призванных принимать самостоятельное решение по ряду неотложных диагностических и тактических вопросов. По существу это издание является четвертым, завершающим три предыдущих выпуска «Клинические лекции по акушерству и гинекологии» (1963, 1965, 1969).

Оперативная гинекология, так же как и ряд других хирургических специальностей, благодаря общему развитию медицинских знаний, за последнее время получила свое дальнейшее и плодотворное развитие. Вместе с тем, являясь сравнительно обширной областью практической медицины, относящейся к хирургическому профилю, оперативная гинекология не входит в число разделов, которые специально изучаются студентами старших курсов в порядке выполнения заданий по общей программе обучения на кафедрах оперативной хирургии. Относительно редко студенты имеют возможность познакомиться с некоторыми типичными гинекологическими операциями на кафедрах акушерства и гинекологии. Тем не менее, уже по окончании института молодому специалисту нередко приходится обсуждать многочисленные тактические вопросы и самостоятельно выполнять различные оперативные вмешательства по поводу тех или иных гинекологических заболеваний, в том числе и в неотложных случаях.

В связи с этим в настоящем руководстве авторы сочли полезным познакомить читателя

с необходимым объемом оперативных вмешательств, которые могли бы существенно облегчить самостоятельную хирургическую деятельность молодых специалистов.

Владение оперативной техникой и успешное использование ее в практической деятельности врача предусматривают, кроме всего прочего, четкое знание хирургической анатомии. Как известно, взаимоотношения органов малого таза достаточно сложны, а при патологических нарушениях могут существенно отличаться от нормальных. Нередко во вскрытии брюшной полости врачу приходится видеть совсем не ту картину, которая описывается в руководствах по анатомии. Топографо-анатомические взаимоотношения, обусловленные тем или иным патологическим процессом, могут не только значительно искажать истинное состояние, но и существенно затруднять сам доступ к операционной области. Поэтому при написании настоящего пособия авторы руководствовались стремлением изложить большинство вопросов оперативной гинекологии, используя определенную систему с тем, чтобы читатели могли познакомиться со всеми особенностями хирургической специальности, которая объединяется понятием оперативной гинекологии. Весь материал руководства размещен в пяти частях, каждая из которых освещает разделы, объединенные общностью вопросов.

В первой части рассматриваются общие вопросы, в той или иной мере связанные с оперативной гинекологией, например, такие, как некоторые исторические данные, характеризующие развитие и становление специальности, вопросы организации современной хирургической службы, подготовки больных к операции, ведения послеоперационного периода, обезболивания, оперативных доступов и некоторые другие.

Во второй части излагаются вопросы, связанные с техникой выполнения хирургических вмешательств на половых органах с помощью оперативного доступа со стороны влагалища, без вскрытия брюшной полости.

В третьей части обсуждается техника операций, предпринимаемых на органах малого

таза с использованием брюшностеночного доступа.

В четвертой части объединены все вопросы, связанные с хирургическим, комбинированным и комплексным лечением злокачественных новообразований гениталий. Такое выделение онкологического материала обосновано тем, что лечение злокачественных новообразований предусматривает не только выполнение хирургического этапа. В ряде случаев хирургическое лечение дополняется или ему предшествует лучевая терапия. Современный лечебный комплекс включает также использование химиотерапии, гормонотерапии и других видов терапевтического воздействия.

В пятой части излагаются вопросы хирургического лечения больных, имеющих травматические повреждения половых органов, а также тактики и техники операций, предпринимаемых по поводу гнойных процессов в малом тазу.

Такое распределение материала представляется удобным прежде всего в учебных целях и методически оправданным, так как будет наиболее полно способствовать усовершенствованию молодых специалистов. Следует добавить, что при изложении конкретных вопросов хирургического лечения больных авторы исходили из стремления дать как можно больше практических рекомендаций, хотя отчетливо представляли, что техника выполнения тех или иных операций не может быть шаблонной, так как в большинстве случаев только на операционном столе окончательно решаются детали всей операции в целом. Поэтому в настоящем руководстве излагаются не только технические стороны хирургических операций, но и многие клинические аспекты, которыми могут предопределяться исходы хирургических вмешательств.

Развитие хирургических методов лечения ряда женских заболеваний привело к предложению значительного числа вариантов их технического выполнения, направленных, однако, к достижению одной и той же цели. В большинстве случаев те или иные

варианты технического выполнения операций мало чем отличаются друг от друга, а имеющиеся различия не всегда носят принципиальный характер. Поэтому авторы сочли целесообразным при описании хирургических вмешательств рассмотреть варианты, которые наиболее полно обеспечивают цели операции.

В руководстве использован иллюстративный материал кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и гинекологической клиники Центрального научно-исследовательского рентгено-радиологического института МЗ СССР. Частично иллюстрации заимствованы из отечественных и зарубежных работ. Составители настоящего руководства надеются, что их труд окажется полезным для студентов медицинских институтов и факультетов, а также широкого круга молодых специалистов. Все критические замечания авторы примут с благодарностью.

Проф. Р. Р. Макаров

Проф. А. А. Габелов

г. Ленинград

ЧАСТЬ I

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Глава 1

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ
ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Глава 2

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
И МЕТОДАМ ОБУЧЕНИЯ
ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКЕ

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Развитие медицинских знаний, в том числе в области гинекологии, имеет свою историю, в которой как и в каждой области знаний, были отмечены значительные успехи, составлявшие качественно новый этап развития, а также периоды застоя, надолго отодвигавшие движение науки вперед. Теоретические и практические вопросы медицины развивались, следуя за прогрессом человеческого общества, его успехами в экономике, культуре, технических и естественных науках. Как самостоятельная дисциплина гинекология определилась только в 80-х годах прошлого столетия. Тем не менее, за относительно короткий срок эта область практической медицины, благодаря многочисленным отечественным и зарубежным работам в изучении физиологии и патологии женского организма, а также разработке методов лечения гинекологических больных, получила широкое развитие. Пионерами в становлении гинекологии как самостоятельной дисциплины в нашей стране были В. Ф. Снегирев, А. А. Китер, А. Я. Красовский, К. Ф. Славянский, Д. О. Отт, Р. В. Кипарский, А. И. Лебедев, К. К. Скробанский, Л. Л. Окинчиц и многие другие. Выделению гинекологии в самостоятельную дисциплину способствовало бурное развитие проблем теоретической и практической медицины. Отдельные разделы медицинских знаний настолько расширились и углубились, что произошло закономерное разделение научной компетенции специалистов. Процесс сужения специальностей проиик и в гинекологическую практику. Отдельные направления стали также углубляться, появились новые научные аспекты, потребовавшие специальных знаний и использования новых методических приемов в их реализации. Достаточно напомнить, что в настоящее время из гинекологии выделилась часть онкологических и эндокринных заболеваний, которые получили новое, более глубокое теоретическое обоснование и потребовали создания специальных методов диагностики и лечения.

Если оценивать состояние дела «врачевания», применявшегося в гинекологии во времена Гиппократов (V—IV вв. до н. э.), то уже в тот далекий период врачи были хорошо осведомлены во многих вопросах медицины. Например, было известно о неправильных положениях матки, воспалительных заболеваниях и бесплодии, а также олухолях половых органов женщины. Уже тогда в диагностических целях использовалось влагалищное исследова-

ние и зондирование полости матки после расширения цервикального канала специальными палочками различного диаметра. Однако отсутствие серьезных, основанных на анатомо-физиологических данных, знаний (вскрытия трупов тогда не производилось), обуславливало весьма примитивные методы и средства лечения. Интересно отметить, что с лечебными целями производилось «окуривание» влагалища некоторыми ароматическими веществами (чеснок, укроп, цикламен), а с помощью специально приспособленного аппарата из бычьего пузыря в лечебных целях в полость матки через полый зонд вводилось теплое растительное масло, тюлений жир, костный мозг и др. В этот же период при выпадениях матки выполнялось вправление и укрепление ее во влагалище специальным pessarium; язвенные и кровоточащие процессы лечились прижиганием, а при наличии у больных гнойников применялось их вскрытие во избежание прорыва содержимого в брюшную полость.

С течением времени врачебные познания расширялись и углублялись. Этому в известной мере способствовала практика вскрытия умерших, которое стало производиться врачами Александрии (III в. до н. э. и I в. н. э.). Справедливости ради следует отметить, что изучение органов человека на трупах было начато в Индии значительно раньше, чем в Европе, еще в IX в. до н. э. Однако в связи с тем, что трупы предварительно выдерживались в ваннах с водой, врачи не получали достаточно точных анатомических данных. Между тем в Александрии анатомированию подвергались свежие трупы, а в ряде случаев, в интересах судебного дела, разрешалась висекция преступников, приговоренных к смертной казни. Естественно, что анатомические познания, приобретенные таким способом, оказались достовернее и обширнее.

Из врачей александрийской школы особое место в истории заняли Герофил, Эразистрат, Деметрий и Клеофант, давшие достаточно подробное описание некоторых органов, не потерявшее значение и в наше время. Например, Герофил (III в. до н. э.), будучи хирургом и акушером, впервые описал нервную систему, проследил связи нервов со спинным и головным мозгом, подробно охарактеризовал желудочки головного мозга и мозговые оболочки¹. Ему же принадлежит установление различий между нервами и связками, а также описание ряда внутренних органов, в частности двенадцатиперстной кишки. Кроме того, Герофил установил различие между артериями и венами, положил начало учению о пульсе, обратив внимание на связь его с ритмической деятельностью сердца. Велики заслуги Герофила и в акушерстве. Именно им были описаны изменения, совершающиеся в шейке матки с развитием беременности, а также установлены некоторые

¹ Под термином «акушерство» в данном случае следует понимать не только процессы, связанные с беременностью, но и женские болезни. В те годы не существовало разделения акушерства и гинекологии, как это принято в наше время.

причины, обуславливающие невозможность естественных родов, к числу которых были отнесены трудность раскрытия маточного зева, поперечное положение плода, неуровненности в строении позвоночника и таза роженицы. Деметрий (II в. до н. э.), будучи учеником Герофила, продолжил его учение, впервые описал диабет, дав ему современное название, а также установил некоторые причины маточных кровотечений. В акушерстве он оставил ряд полезных советов по ведению родов. Эразистрат и Клеофант (III—II вв. до н. э.) написали сочинения по акушерству.

В дальнейшем (I—II вв. н. э.), с упадком античной Греции и разрушением римлянами Александрии, центром медицинских знаний становится Рим, столица нового рабовладельческого государства, путем многочисленных войн превратившегося в обширную империю. Наряду с развитием религиозных культов, заимствованных у греков, в Риме продолжают развиваться традиции александрийской медицинской школы. Расширение анатомических знаний позволило врачам того периода заниматься не только «наружной» хирургией (лечение вывихов, переломов, вскрытие гнойников и пр.), но и оперировать на внутренних органах. К этому времени появляются и более совершенные хирургические инструменты.

Особое место в медицине того периода заняли врачи Архиген, Филумен, Соран, Цельс и Аспазия — первая в истории врач-женщина. Архиген впервые применил перевязку сосудов и обкалывание кровоточащих участков тканей для остановки кровотечения. Им также было изобретено и использовано в практике влагалищное зеркало (*диотра*) для обследования слизистых влагалища и шейки матки. Широко пользовался хирургическими приемами и Филумен, который выполнял операции при заращениях влагалища и матки, удалял молочную железу (по-видимому, по поводу рака), производил поворот на ножку при неправильных положениях плода. Аспазия, Соран и Цельс написали пособия по акушерству и дали довольно детальное для того времени анатомическое описание матки. В рекомендованных ими правилах по акушерской помощи, в том числе и оперативному родоразрешению, появляются первые зачатки анестезии и антисептики, не потерявшие принципиального значения и в наше время. С целью снижения болевых ощущений при операциях широко применялось подавление восприятия вином, соком мандрагоры и другими веществами, обладающими парокотическим действием. В тот период производились некоторые относительно сложные гинекологические операции, например, такие, как удаление полипов шейки матки, резекция гипертрофированных малых половых губ и клитора, искусственное прерывание беременности.

В IV—V вв. н. э. установившаяся в Западной Европе религиозная философия, основанная на церковно-христианских догмах, оторванная от жизни и практики, но овеянная невероятным фанатизмом, привела к тому, что любая научная мысль, едва появившись, безжалостно искоренялась всеми средствами и даже

огнем. В условиях религиозного мракобесия все болезни были объявлены карой божьей за грехи. Весьма интересной представляется деталь различного отношения к операции кесарского сечения у язычников древнего Рима и церковников-христиан раннего феодального периода. Если в древнем Риме для врача считалось обязательным быстрое родоразрешение умершей женщины путем кесарского сечения в целях спасения жизни ребенка, то кесарское сечение у христиан запрещалось, так как тогда считали, что появление ребенка на свет подобным неестественным путем не угодно богу. Тем не менее несколько позже церковь разрешила кесарское сечение, но не по гуманным соображениям, как это было принято у язычников. Считалось невозможным и неугодным богу хоронить мать-христианку с пекрещенным младенцем в ее чреве. Вполне понятно, что в этих условиях, когда церковный фанатизм полностью главенствовал в вопросах государственности и гражданственности, скудные знания о болезнях и методах их лечения, приобретенные ранее, были заброшены и забыты.

Если такое отношение к медицинским знаниям, после распада Римской империи, существовало преимущественно в Европе, то на Востоке, в образовавшемся новом государстве Византии, сохранились традиции врачей Александрии и Рима. Из числа врачей периода Византийской империи история сохранила сведения об Орибазии, Павле Егинском, Аппиане Ширакаци (Армения) и др. Эти передовые люди того времени не только сохранили традиции Сораана, Галена, Цельса, но и развили их учение дальше. Например, Орибазий (IV—V вв. н. э.), изучая анатомию, впервые описал связочный аппарат матки и установил, что мужское семя не выбрасывается непосредственно в зияющую матку, как полагали в то время, а проникает в нее уже после эякуляции. Павел Егинский (VII в. н. э.) оставил подробное описание правил, регламентирующих тактику врача при осложненных родах. В сочинениях Аппиана Ширакаци (VI в.) впервые появляются указания о необходимости выслушивания сердцебиения внутриутробного плода.

Сохранению анатомических и медицинских познаний периодов Александрии и Рима, забытых в Европе в связи с укреплением схоластических тенденций, способствовали также и арабы, покорившие в VII—VIII вв. цивилизованные народы, у которых еще сохранялись основы эллинской культуры. Приобщившись к этой культуре, арабы не только не заглушили, но и развили ее дальше. Наука на Востоке периода арабских халифатов господствовала до XVI в. и явилась богатым источником для развития культуры в Европе уже в эпоху Возрождения. Известно, что арабы первыми ввели в медицинскую практику способ фильтрования и дистилляции воды с помощью изобретенного тогда перегонного куба. Они же стали использовать слабительные и анестезирующие средства. Арабы начали организовывать больницы и усовершенствовали хирургический инструментарий.

Из числа врачей того периода следует назвать Ар-Рази (Разес — IX—X вв.), Ибн-Сину (Авиценна — XI в.), Альбуказа (XII в.), создавших эпоху в развитии медицинских знаний. По религиозным соображениям арабы не анатомировали трунов, но их практические наблюдения оказались весьма значительными, и история сохранила до настоящего времени многие из них. Разес, например, впервые применил вату для перевязок и нитки из бараньих кишок для наложения швов (кетгут). Ему принадлежит также мысль о том, что одному врачу работать по всем медицинским специальностям невозможно. Авиценна описал способ удаления маточных полипов и операции на молочной железе. Альбуказ возродил применение влагалищного зеркала Архигена и впервые описал симптоматику внематочной беременности, дав ей современное название. Говорить о возможности внематочной беременности в то время было большой смелостью, для этого необходимо было иметь непререкаемый авторитет хирурга. Дело в том, что в тот период и значительно позже, вплоть до XVII—XVIII вв., возможность внематочной беременности никем не допускалась. Лишь значительно позднее Риолан (Riolani, 1611 г.), а затем Астрик (Astruc, 1684—1756) опубликовали подобные наблюдения. Только в XVIII в. Пленк (Plenk, 1738—1807), детально изучив эту патологию, разделил внематочную беременность на трубную, яичниковую и брюшную.

Вместе с тем, несмотря на беспощадность инквизиции, господствовавшей в странах западной Европы, оказалось невозможным сдержать прогрессивное движение науки вперед. Так, в XI в. в университете Солерно (Италия) стала складываться так называемая солернская медицинская школа. Она отличалась стремлением к обобщению опыта врачей-практиков, тогда как в других университетах и медицинских факультетах Европы по-прежнему господствовала схоластика. Солернскую школу представляли многие выдающиеся врачи того периода, заслуженно занявшие место в истории врачевания. Это прежде всего женщина-врач Тротула, Вильгельмо Сальгето, Лафранки и многие другие. В своей книге (XI в.) «О страданиях женщины перед, во время и после родов» Тротула пишет о необходимости защиты промежности во время родов и зашивания ее в случае возникновения разрыва, а также об операции симфизеотомии при «трудных родах» (узком тазе). Сальгето и Лафранки (XIII—XIV вв.) возродили предложенную Архигеном перевязку сосудов, ввели в хирургическую практику остановку кровотечения посредством перекручивания сосудов, а также предложили способ сшивания нервов. Лафранки впервые применил непрерывный шов, накладываемый на рану брюшной стенки или кишечника, так называемый шов скорняка.

Однако, как это ни парадоксально, метод остановки кровотечения, предложенный Сальгето и Лафранки, как и многие рекомендации Архигена, не сразу получили признание. Остановку кровотечения из ран еще долго продолжали осуществлять при-

жиганием каленым железом. Круг гинекологических операций продолжал оставаться ограниченным, и хирургические вмешательства мало отличались от операций, производившихся раньше. Анатомия человека почти не изучалась, а вскрытие трупов производилось как исключение и только в особых случаях по разрешению короля или церкви.

Формирование новой общественно-экономической формации повлекло за собой интенсивное развитие науки и техники. Нарождающейся буржуазии, борющейся против феодализма и церковного засилья, нужны были новые взгляды, которые соответствовали бы практическим потребностям нового класса и которые противостояли бы религиозному воззрению феодализма. Это новое направление, возникшее в Европе в XV—XVI веках, получило название Ренессанса (Возрождения) и по существу явилось поворотным этапом в развитии наук, в том числе естествознания и медицины. Прогрессивное направление в изучении естественных и медицинских наук было широко представлено в трудах многих ученых того периода, в частности Парацельса (1493—1541), Везалия (1514—1564), Фаллопия (1532—1562), Евстахия (1510—1574), Арациия (1530—1580), Виталло (1530—1600), Гюштера (1489—1574), Гарвея (1578—1657), Граафа (1641—1673) и других, обогативших знания по анатомии и физиологии и положивших начало учению об обменных процессах в организме человека. Изучению анатомо-физиологических вопросов способствовало открытие Левенгука (1632—1723), который с помощью усовершенствованного им микроскопа описал эритроциты, поперечную и гладкую мускулатуру, а в 1667 году со своим учеником Л. Гамом — сперматозоиды. Более совершенные знания по анатомии и физиологии способствовали развитию и обоснованию лечебных принципов, в том числе и совершенствованию хирургии. Последняя из области эмпирического врачевания и своеобразного ремесла, бывшего не только в руках врачей, но и несведущих людей, например цирюльников, начинает превращаться в науку, достигшую в наше время больших успехов.

В XIX—XX вв. трудами многочисленных отечественных и зарубежных ученых-хирургов и акушеров-гинекологов (Пеан, Бильрот, Цвейфель, Керер, Шнигельберг, Гегар, Киттер, Крассовский, Феноменов, Отт, Спегирев, Додерлейн, Вертгейм, Бумм, Шредер, Штеккель и др.) были разработаны методические и технические приемы многих гинекологических операций. Однако практическая хирургия развивалась медленно, следуя постепенно за общим развитием науки и техники. Достаточно напомнить, что первая успешная операция кесарева сечения на живой женщине была произведена в 1610 г. Трoutменом, а в России — Эразмусом в 1756 г. Однако после этого она еще долго расценивалась как самое отважное хирургическое вмешательство.

Исходы хирургических вмешательств долгое время были безуспешными. Например, летальность при операциях кесарева

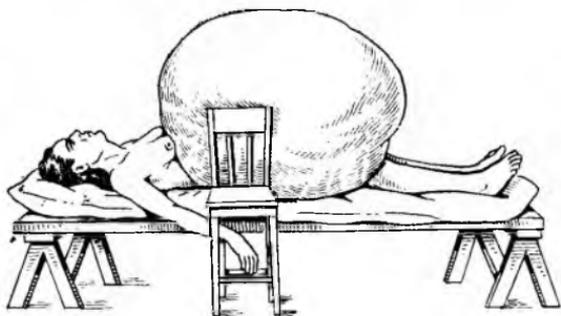


Рис. 1. Больная, имеющая кисту яичника колоссальных размеров.

(М. С. Малиновский). В первой половине XIX в., как об этом пишет Я. С. Кленецкий, хирург, обнаруживший в брюшной полости фиброматозный узел матки вместо предполагавшейся опухоли яичника, обычно заканчивал операцию, не приступая к его удалению, так как техника миомэктомии не была разработана. Впервые фиброматозный узел матки, располагавшийся на ножке, удалил в 1829 г. Гранвиль (Granvillee), однако больная тогда погибла. С таким же неблагоприятным исходом миомэктомии в 1853 году произвел Кимбел (фибромиома матки была диагностирована впервые до операции), а затем Шнигельберг, Бильрот и Пеан. Даже к началу нашего века детальность в результате операций энуклеации миоматозных узлов матки достигала 40%. В России первая операция чревосечения с благоприятным исходом, с целью удаления фиброматозного узла матки (подвижного на ножке), была произведена в 1846 г. в Киеве В. А. Кораваевым. Однако только по прошествии 40 лет, в 1886—1887 годах, эта операция была повторена К. Ф. Славянским, А. П. Лебедевым и Г. Е. Рейном.

Не менее поучительна история развития операций по удалению опухолей яичников. На рис. 1 изображена больная, имевшая громадную опухоль яичника. Легко себе представить, какое тягостное состояние испытывали больные женщины, страдавшие подобным заболеванием, в конце концов погибавшие от истощения. Поэтому уже в древности врачи пытались различными мероприятиями облегчить существование таких больных. С этой целью применялись слабительные и мочегонные средства, назначались ванны, ртутные препараты и пр., однако, естественно, эффекта не получали. Затем стала применяться пункция опухоли через брюшную стенку с введением в полость кисты магнезии, йодной настойки и других препаратов. Хотя пункция временно и облегчала состояние больных, однако вскоре опухоль вновь увеличивалась, приводя к быстрому нарастанию кахексии и смер-

сечения была очень высокой — в Дании и в Норвегии достигала 95%, в Англии — 73%, в России — 81%, в Париже и Вене не было зарегистрировано ни одного случая выздоровления после такой операции. Не лучше были исходы хирургического лечения миом матки даже у таких признанных хирургов того времени, как Шнигельберг, Бильрот, Пеан и др.

ти. Попытки осуществить удаление опухоли были неутешительными — больные погибали от перитонита. Тяжелые исходы операций по удалению кист яичников привели к использованию хирургических паллиативов, например к методу их ограничения или марсупиализации¹. Эта операция состояла в том, что по вскрытии брюшной полости киста яичника подтягивалась к ране, рассекалась, а стенки ее подшивались швами к краям брюшной раны. В полость кисты вводилась марлевая турунда, пропитанная каким-либо лекарственным составом. Рана частично ушивалась и накладывалась повязка.

Такое оперативное вмешательство (рассечение кисты яичника) правильнее было бы назвать «овариотомией». Но по непонятным причинам этим термином стали обозначать операцию по удалению кист яичников, которую следовало бы называть «экстирпацией яичника», или «овариоэктомией». Тем не менее термин «овариотомия» сохранился и употребляется в современных учебных пособиях, несмотря на то, что речь идет не о рассечении кисты, а ее удалении. Поэтому операции по удалению кист яичников в дальнейшем будут именоваться *цистоэктомией* или *овариоэктомией*.

Первая операция удаления кисты яичника в России была произведена в 80-х годах XVIII в. ревельским врачом Г. Фрезе. Однако она не стала известной широкому кругу отечественных и зарубежных врачей, в связи с чем не могла оказать влияния на развитие техники операции. Только спустя 26 лет после Г. Фрезе подобную операцию произвел и ее результаты опубликовал американский врач Мак Довэлл (M. Dovell), сохранив за собой приоритет в истории. Однако все одиночные попытки удаления кист не были признаны и в большинстве случаев осуждались. Так, например, в 1850 году, на заседании Лондонского хирургического общества, Роберт Ли (Lee) назвал приверженцев подобной операции «мясниками-живодерами», а Лавренц (Lavrence) заявил, что «не лучше ли вместо того, чтобы спорить о достоинствах «овариотомии», покинуть ее раз и навсегда, чтобы перестать компрометировать науку постыдными для нас попытками»². Только в 60-х годах прошлого века операция овариоэктомии стала предметом изучения и совершенствования. Успешное внедрение этой операции послужило стимулом к становлению не только оперативной гинекологии, но и началом развития брюшной хирургии вообще. Первая успешная овариоэктомия в России была произведена в 1862 г. А. Я. Крассовским.

Причины неблагоприятных исходов хирургических операций, выполнявшихся на органах брюшной полости, были обусловлены общим невысоким уровнем биологических и медицинских знаний. Кроме того, были недостаточно отработаны технические детали хирургических операций, не изучены вопросы асептики, анестезии, компенсации кровопотери. Не существовало четких принципов

¹ Марсупиализация — от лат. marsupium, сумка.

² Цит. по Ф. Е. Петербургскому.

по подготовке больных к операции и уходу за ними после нее. Основными факторами, определявшими смертельные исходы после хирургических операций на матке (кесарское сечение, миомэктомия и др.), чаще всего были связаны с травматическим шоком или кровопотерей, а также перитонитом. Раны матки не ушивались, а матка после опорожнения при кесарском сечении опускалась в брюшную полость незащитой. Только в 1869 г. Леба (Lebas) впервые предложил после опорожнения матки ушивать рану одноэтажным швом. Однако и это вполне разумное предложение было встречено весьма критически и вызвало массу противоречивых высказываний, многие из которых основывались на том, что такой шов опасен.

В процессе поисков новых технических приемов операции кесарского сечения было предложено много различных вариантов. В 1876 г. за рубежом Порро, а в России Рейн предложили после опорожнения ампутировать матку, при этом культю перетягивать жгутом и выводить в брюшную рану, удерживая ее длинными спицами на поверхности ушитой брюшной стенки. Другие предложения (Штеккель, Шредер, Зельгейм, Додерлейн, Кюстнер, Лацко, Скробанский и др.) сводились к тому, чтобы кесарское сечение производилось *экстраперитонеально, супрацервикально или трансперитонеально*, причем предлагалось выводить экстраперитонеально матку и даже формировать маточно-брюшностеночный свищ. Однако все эти варианты не улучшили результатов и вскоре были оставлены. Относительно удовлетворительные результаты были получены лишь после того, как несколько позже Леба и Керер (Kehrer), а затем Сенгер (Senger) усовершенствовали технику операции и предложили ушивать рану матки в три этажа (узловые мышечно-мышечные, узловые мышечно-серозные и непрерывный серо-серозный швы). Исходы операций кесарского сечения в значительной степени улучшились.

В России первая операция кесарского сечения с ушиванием раны матки была произведена в 1874 г. В. Н. Штольцем. Разрез делали по дну, между трубами (фундальный вариант) или продольный по передней или задней поверхности матки (корпоральный вариант — передний, задний). Тщательное, трехэтажное ушивание раны матки, способствующее гемостазу и препятствующее попаданию лохий в брюшную полость, существенно улучшило исходы операций. Тем не менее при использовании этой техники возникали послеоперационные осложнения в виде рубцового сращения матки с брюшной стенкой или образования маточно-брюшностеночного свища. Только в 20-х годах уже нашего столетия Керером и Дерфлером (Doeflier) был разработан оптимальный вариант абдоминального кесарского сечения, получивший название *ретровезикального*, техника которого используется и в настоящее время.

Неблагоприятные исходы операций были обусловлены не только недостаточной хирургической техникой. Большое число

осложнений в послеоперационном периоде было связано с воспалительными заболеваниями. Несмотря на то, что зачатки антисептики были представлены еще в древности (Сорап, Павел Егинский и др.) и даже у первобытных народов, тем не менее эти важнейшие для всякой операции условия получили научное обоснование только во второй половине XIX в.

Первые попытки к осуществлению антисептики основывались только на наблюдении и складывались эмпирически. Важнейшая заслуга в развитии этого направления принадлежит акушеру Земмельвейсу (Semmelweis).

Земмельвейс, как известно, работал в акушерской клинике Венского университета, в которой было два отделения. В одном из них проходили подготовку студенты университета. Земмельвейс обратил внимание на то, что в первом отделении, в котором работали студенты, послеродовая заболеваемость («родильная горячка») и смертность были значительно более высокими, чем в другом отделении. Осознать причину такого различия Земмельвейсу помогло несчастье, происшедшее с его другом, профессором-анатомом Колецка, умершим после пореза пальца во время вскрытия трупа. Присутствуя на вскрытии умершего профессора, Земмельвейс обнаружил у него те же изменения в органах, которые были характерны для умерших от «родильной горячки». Это навело Земмельвейса на мысль о возможности внесения в рану извне какого-то болезнетворного начала.

Земмельвейс вводит в отделении обязательное для всего персонала мытье рук хлорной водой перед каждым соприкосновением с роженицей. Это мероприятие резко снизило число послеродовых осложнений. Казалось бы эти, опубликованные им наблюдения должны были привлечь внимание широких кругов врачей. Однако это важное открытие встретило резкое возражение ученых-медиков. Только спустя 20 лет, в общехирургической практике, для которой также была характерна высокая послеоперационная смертность, по предложению Листера (Lister, 1827—1912 гг.) вводится антисептическая (карболовая) повязка и ряд общих мероприятий по антисептике. Признанию предложения Листера способствовало появившееся к тому времени учение о микробах. Основателями медицинской бактериологии были Л. Пастер (Pasteur, 1822—1895), Р. Кох (Koch, 1843—1910), Д. К. Заболотный (1866—1929) и др., работы которых легли в основу учения об асептике. Наряду с развитием операционной техники, внедрение асептики позволило не только улучшить исходы операций, но и существенно расширить круг хирургических вмешательств. Этому способствовало также развивающееся учение о крови, внедрение в практику трансфузий донорской крови и использование кровезаменяющих и противошоковых растворов.

Развитию современной оперативной гинекологии в значительной степени способствовало становление анестезиологии и реаниматологии, а также разработка средств активного наблюдения и ведения оперированных больных с использованием новейших лекарственных препаратов, антибиотиков и гормонов.

Приведенный краткий исторический обзор показывает, что современное состояние оперативной гинекологии достигнуто большими усилиями ученых разных поколений в течение длительного времени. Успехи хирургии были обеспечены постепенным становлением медицинской и биологической наук и связаны с развитием человеческого общества в целом.

Вместе с тем, следует отметить, что многие вопросы физиологии и патологии человеческого организма до сих пор остаются еще не решенными и их изучение составляет одну из актуальных задач современной медицины. Несмотря на то, что современный хирург обладает неизмеримо большими возможностями по сравнению с врачами даже недалекого прошлого, необходимо помнить о том, что любое хирургическое вмешательство, помимо технической оснащенности, должно иметь четкие показания и соответствующие условия для его выполнения. Поэтому при установлении показаний и выборе способа операции молодой врач всегда должен руководствоваться обоснованной и разумной оценкой своих действий.

ГЛАВА 2

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МЕТОДАМ ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКЕ

Известно что хирургическая операция относится к такому виду врачебной помощи, успех которой, помимо выполнения необходимых технических приемов, зависит от согласованности ряда вспомогательных мероприятий, достаточно полно разработанных в настоящее время. Необходимо также отметить, что в хирургической работе не существует «мелочей», поскольку такая кажущаяся «мелочь» может нередко повлечь за собой серьезные осложнения. В связи с этим полезно напомнить о некоторых правилах, соблюдение которых всегда способствует успеху хирургического вмешательства. Многолетний опыт позволяет остановиться на некоторых из них, которые по-существу важны для любого оперативного вмешательства.

Первое из них состоит в том, что не следует удлинять без достаточной необходимости время операции, так как чем дольше больная находится под наркозом с открытой брюшной полостью, тем сложнее происходит восстановление нарушенного равновесия после операции. *Второе* правило, одно из наиболее важных, заключается в том, что для каждой операции необходимо сформулировать четкие показания, а ее реализация должна иметь соответ-

ствующие условия. Наконец, *третье* правило относится к качеству и полноте подготовки больной к операции и организации грамотного послеоперационного ухода, от которых зависит успех операции в целом.

Ниже рассмотрены те вопросы, которыми определяется этот успех. Несмотря на то, что изложение материала руководства имеет в виду плановые операции, ряд положений будет приложим и к хирургическим пособиям, выполняющимся в порядке экстренной помощи. Поскольку целью настоящего руководства является рассмотрение практических рекомендаций для учащих и молодых врачей, будет полезным начать изложение с вопросов обучения.

Методика обучения гинекологическим операциям. Как показывает опыт, самое правильное и действенное обучение состоит в активном участии в ассистенции опытному хирургу-педагогу. Естественно, что вначале следует осваивать более простые хирургические вмешательства, а затем, по мере накопления опыта и овладения хирургическими навыками, переходить к более сложным. Чрезвычайно важно, чтобы обучающийся не только развивал навыки хирурга, обеспечивающие техническое выполнение той или иной по объему и сложности операции, но и умел обосновать необходимость ее применения, а также мог оценить условия для ее производства. Одновременно следует накапливать опыт по ведению послеоперационного периода, а также обоснованности и своевременности оказания необходимой помощи, если послеоперационное течение осложнится или потребует предупреждения возможных осложнений.

Вместе с тем, не только молодому хирургу, но и достаточно опытному в ряде случаев полезно отработать отдельные виды операции или ее детали на трупе или животных. Поэтому важным объектом обучения может стать свежий труп человека или в крайнем случае «формалиновый», т. е. тот, который обычно используется на занятиях по анатомии или оперативной хирургии. Этот метод обучения, проводимого под руководством педагога, предусматривает выполнение определенного цикла гинекологических операций после предварительного изучения хода операций и их последовательных этапов по учебнику. Однако проведение занятий на трупах, тем более на свежих, не всегда возможно. Поэтому для целей обучения может быть использован специальный фантом. Занятия на фантоме хотя и не могут полностью заменить работу на трупе, а также ассистенцию опытному хирургу на операции, тем не менее они позволят обучиться технике ряда даже довольно сложных гинекологических операций.

Для изготовления такого фантома из свежего трупа вырезается комплекс тканей, содержащий внутренние и наружные половые органы женщины. Для обучения более сложным гинекологическим операциям в комплексе половых органов могут быть включены почки с мочеточниками,

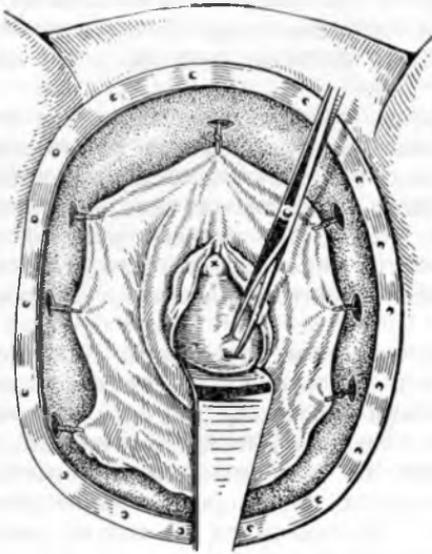


Рис. 2. Общий вид учебного фантома для обучения акушерско-гинекологическим операциям.

мочевым пузырем и окружающей их клетчаткой. Весь комплекс, изъятый из трупа, фиксируется в жидкости Винкеля (Winkel), имеющей следующий состав: hydrarg. bichl. cor. — 1,0; glycerini — 250,0; Aq. dist. — 1000,0. Обработанный в этом составе анатомический препарат, не теряя мягкости и эластичности тканей, сохраняется сравнительно долго, что позволяет использовать его в течение длительного времени.

После приготовления препарата его аккуратно, на растяжках, расправляют на фантоме, на котором он фиксируется к специальным колечкам (рис. 2). Подготовленный для операции фантом может быть использован для большого числа различных гинекологических операций. По окончании занятий, если тканевый комплекс полностью не использован, он снимается с фантома и опускается в раствор до следующего занятия.

Работа на таком фантоме должна быть организована в определенной последовательности. Вначале демонстрируются операции на трубах, затем — яичниках, после этого может быть выполнена энуклеация миоматозных узлов матки и, наконец, надвлагалищная ампутация матки. Для демонстрации операции экстирпации матки необходимо иметь весь комплекс половых органов. На фантоме могут быть также отработаны некоторые операции, требующие влагалищного доступа, например на шейке матки (диатермокоагуляция, электроэксцизия, ушивание разрывов, ампутации влагалищной части шейки матки). Естественно, что на фантоме могут быть выполнены и простая пластика при опущениях стенок влагалища, укрепление мышц тазового дна, и даже ушивание пузырно- или ректо-вагинальных свищей.

Какая бы методика обучения ни была избрана (на трупах или фантоме), рабочая обстановка должна быть максимально приближена к условиям действительной операции, т. е. быть такой же строгой, с четким и тщательным выполнением всех этапов операции. Не следует допускать погрешности в асептике или точности действия хирурга, оправдываясь тем, что операция производится на фантоме. Приобретение правильных навыков на всех этапах хирургических операций возможно только в том случае, если обучающийся с первых своих шагов в качестве хирурга, в каких бы условиях это обучение ни проходило, будет испытывать полную ответственности. Поэтому, чтобы подобное обучение было максимально приближено к действительности, надо одновременно обу-

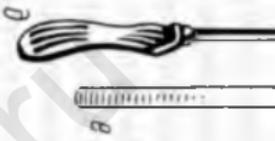
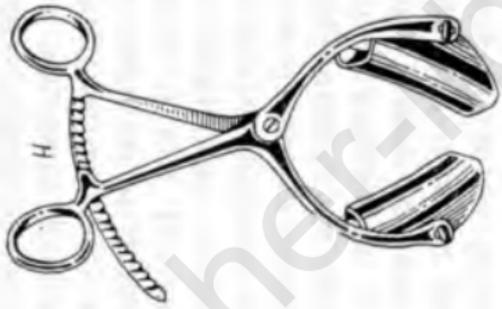
чать технике обработки рук хирурга, одеванию халата, перчаток, специальной обработке операционного поля, а также слаженному действию хирурга, ассистентов и операционной сестры.

Хирургический инструментарий. Для выполнения гинекологических операций используется обычный инструментарий, за исключением некоторых, которые предложены и применяются специально в гинекологической практике. Специальные инструменты отличаются некоторым своеобразием конструкции, обеспечивающей возможность манипуляций в глубине таза. На рис. 3 показаны различные виды гинекологических хирургических инструментов. В хирургической работе обычно используются режущие и круглые иглы, как правило, изогнутые, причем их размеры и кривизна изогнутости выбираются в соответствии с моментом операции и характером оперируемых органов.

Нередко приходится видеть, как начинающий хирург не всегда правильно работает инструментами, излишне утомляясь. Как следует держать хирургические инструменты, показано на рис. 4, 5 и 6.

Здесь же целесообразно упомянуть еще об одной ошибке, которую нередко допускают молодые врачи. Речь идет о технике послойного ушивания ран. В этих случаях нередко в шов захватывается только тот слой ткани, который в данный момент ушивается: мышца, апоневроз, подкожная клетчатка, кожа. В результате такого ушивания между ушитыми слоями остаются свободные пространства, образующие по длиннику раны подобие «каналов». Вместе с тем, даже при незначительности такого пространства в нем всегда будет сохраняться излившаяся из кровеносных и лимфатических сосудов жидкая часть, которая нередко затрудняет заживление раны, а иногда является основной причиной заживления ран вторичным натяжением. Неправильное ушивание раны, по видимому, обусловлено тем, что не всегда помнят о том, что в нормальных условиях щелей между слоями тканей не существует, а стенки сосудов целы. Как бы ни казалось, что рана «сухая» и кровотечения нет, тем не менее через какое-то время она постепенно будет увлажняться тканевой жидкостью, которая выполняет созданный «рацевой канал». Поэтому рану следует шить так, чтобы при ушивании последующего слоя захватывался предыдущий. В этом случае, в известной мере, восстанавливаются нормальные топографические взаимоотношения тканей и между слоями не образуется свободного пространства (рис. 7).

Шовный материал. Для хирургических операций в качестве шовного материала чаще всего применяют шелковые, кетгуттовые и капроновые (или лавсановые) нитки, толщина которых выбирается в зависимости от этапа и момента операции (ушивание мочевого пузыря, брюшины, кишки, апоневроза, кожи или других тканей). В гинекологической практике в основном приходится использовать нитки не толще четвертого номера. Для ушивания кожи могут применяться также и металлические скобки, которые,



3
-A-
L

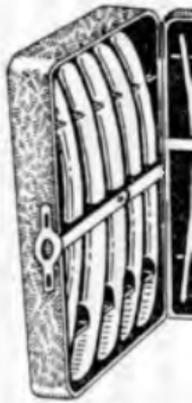




Рис. 4. Правильная и неправильная работа с хирургическими инструментами.

a — правильное держание скальпеля; *b* — неправильное применение скальпеля.

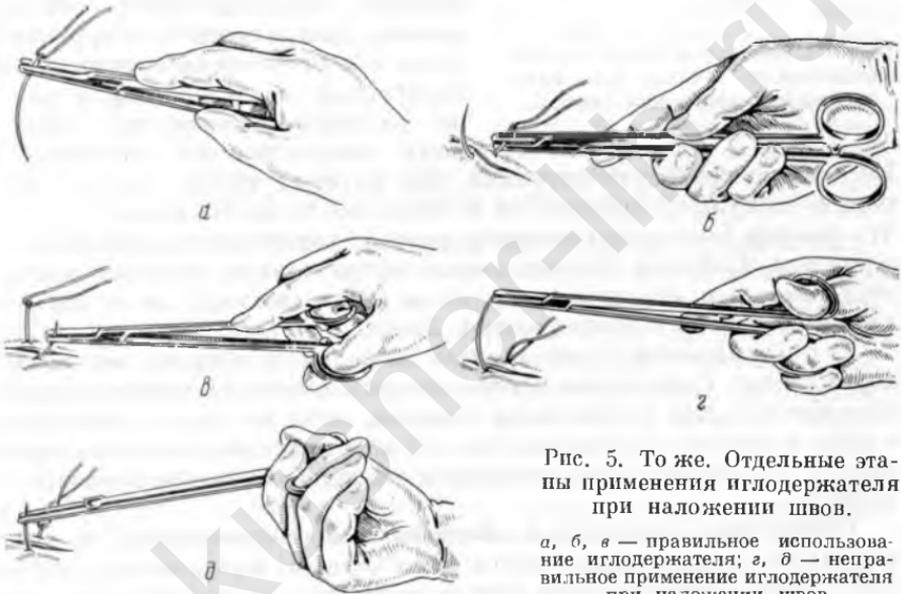


Рис. 5. То же. Отдельные этапы применения иглодержателя при наложении швов.

a, б, в — правильное использование иглодержателя; *г, д* — неправильное применение иглодержателя при наложении швов.

однако, самостоятельно использовать не следует, так как скобки сближают лишь поверхностные края кожной раны. Поэтому чаще их применяют дополнительно к нескольким основным шелковым швам, которыми легче сблизить все слои брюшной стенки, захватывая при этом в определенных точках и поверхность апоневроза.

Рис. 3. Набор некоторых хирургических инструментов.

a — различные влагалищные зеркала и подъемники; *б* — пульсные щипцы; *в* — верхний конец кюретки; *г* — щипцы — двузубцы острые; *д* — маточный зонд; *е* — зонд с насечками (Плейфера); *ж* — штопор; *з* — набор расширителей Гегара; *и* — металлические скобки (серфины Митшеля); *к* — шпатель для брюшных операций (в форме штыка); *л* — трехстворчатое зеркало-расширитель брюшной раны; *м* — брюшные зеркала (расширители раны); *н* — двустворчатое зеркало — расширитель брюшной раны; *о* — щипцы для захватывания тела матки.

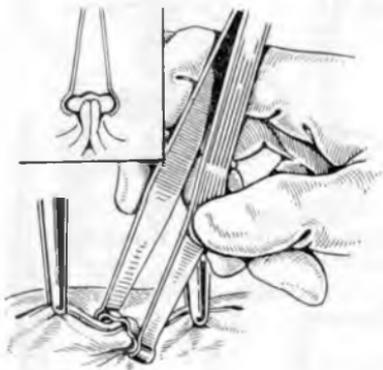


Рис. 6. Правильное использование специального пинцета для наложения металлических скобок.

Скобки не образуют в подкожной клетчатке лигатурных каналов, в которые при определенных условиях может проникнуть инфекция.

Организация и работа в хирургическом блоке. Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. Это в первую очередь относится к операционному блоку, его общему состоянию, надежному обеспечению всеми материалами, медикаментами, специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также хорошо обученному среднему медицинскому персоналу.

Не должно возникать ситуаций, при которых хирург, начав операцию, вынужден прервать ее в ожидании приготовления чего-то, что должно быть предусмотрено заранее характером предстоящей операции. Старшая операционная сестра в этих вопросах является основным действующим лицом, ответственным за организацию всей работы в операционном блоке.

В операционном блоке должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови, лекарственных растворов и приспособлений для реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты на случай, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

Обеспечение стерильной обстановки в операционной. В современных операционных часто используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно

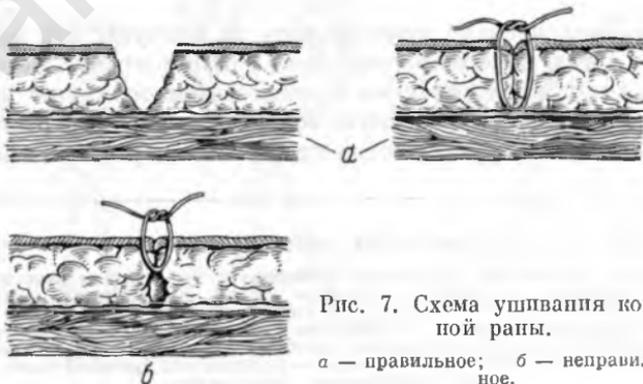


Рис. 7. Схема ушивания кожной раны.

а — правильное; б — неправильное.

хирургами и анестезиологами. Поэтому не следует допускать свободного вхождения в операционную людей, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами. Особенно опасно перемещение персонала из операционной «гнилой» в «чистую». Не должно разрешаться пребывание в операционной персонала или учащихся в масках, которые использовались в других отделениях. Маски должны быть получены здесь же, в предоперационной. Важно также не допускать пребывания в операционной в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же обувь в предоперационной не меняется, то должны быть надеты полотняные чулки (бахилы). Халаты следует использовать только операционного отделения, которые должны быть паглухо застегнутыми.

Желательно, чтобы хирурги не работали в шелковом пательном белье или шерстяной одежде. Лучше перед операцией переодеться в полотняное, полученное в операционном отделении специальное белье.

Эта рекомендация продиктована не только соображениями асептики, но и тем, что во время операции нередко используются кислород и эфир. Шелковая, синтетическая и шерстяная ткани, как известно, накапливают статическое электричество, которое при определенных условиях может давать искровую разрядку. Близость паров эфира при этом весьма опасна.

Несмотря на развитие в медицинской практике приемов обеззараживания, вопрос о подготовке рук хирурга не потерял своей актуальности. Прошли времена, когда широко использовались методы Земмельвейса и Листера. Однако опыт свидетельствует о том, что и в настоящее время полезно обсудить некоторые вопросы асептики, так как подготовка рук хирургов, требующая определенной последовательности, часто необоснованно нарушается. Достаточно привести несколько примеров. Если руки моются последовательно двумя стерильными щетками, то нередко не соблюдается основное правило, согласно которому использование второй щетки должно ограничиваться пределами уже вымытых участков рук первой щеткой. Так, если первой щеткой руки моются до локтя, то второй — только до середины предплечья, иначе теряется смысл использования второй стерильной щетки. Не всегда пунктуально соблюдается правило планомерного мытья всех поверхностей пальцев (околоногтевых участков, тыла и ладоней кисти), в результате чего обработка рук оказывается несовершенной. Неодинаково тщательно моются обе руки, причем левая чаще лучше правой; возможно это зависит от привычки лучше владеть правой рукой, чем левой. Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода вообще; если с поверхности рук удалить микробов сравнительно легко, то значительно труднее они удаляются из глубины пор или складок кожи. Наиболее значительное скопление микробов на руках обычно имеется в трещинах и естественных углублениях, например корнях волос, потовых и сальных железах, причем и у здоровых людей до 10%

составляют патогенные формы, особенно при наличии различных кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой сотрудник операционной при наличии заболеваний кожи обязан отказаться от участия в операции. Известны наблюдения послеоперационных воспалительных осложнений (нагноений, перитонитов, сепсиса), причиной которых было инфицирование хирурга или операционной сестры. В этих случаях участники операции либо скрывали, либо не придавали значения наличию воспалительных заболеваний, даже на отдаленных участках тела, или инфекционного заболевания, в частности начальных стадий, заболеваний носоглотки.

В настоящее время существуют различные способы подготовки рук. Ниже рассмотрены три из них, наиболее часто употребляющиеся в клинической практике и дающие необходимый эффект. Следует начать с общепризнанного метода *Фюрбрингера*, предложенного еще в 1888 г., которым пользуются многие хирурги и в настоящее время.

Метод состоит в том, что мытье рук осуществляется двумя стерильными щетками с мылом в теплой проточной воде по 5 мин каждой. После высушивания рук стерильным полотенцем в течение 3 мин они обрабатываются 70° спиртом, затем 2,5% раствором сулемы (2 мин) и, наконец, ногтевые ложа и складки тыла пальцев смазываются 5% настойкой йода.

Опыт показал, что такая обработка рук, хотя и создает необходимый эффект, тем не менее не лишена некоторых отрицательных сторон. Прежде всего необходимо обратить внимание на продолжительность процедуры обработки. С другой стороны, такая обработка при частом употреблении нередко ведет к образованию дерматитов, которые могут возникать у хирургов, по-видимому, вследствие непереносимости сулемы. Опасность возникновения дерматита существенно снижается, если температура употребляемых воды и раствора сулемы примерно одинакова.

Второй способ подготовки рук персонала, получивший всеобщее признание и широкое распространение среди хирургов, был предложен в 1929 г. *С. И. Спасокукоцким* (совместно с *И. Г. Кочергиным*). Этот способ не менее надежен, чем метод *Фюрбрингера*, он значительно короче по времени, однако так же, как первый, приводит к раздражению кожи рук.

Техника его состоит в следующем. Обычное мытье рук с мылом в проточной воде с последующей обработкой их марлевым тампоном в двух тазах с 0,5% раствором нашатырного спирта, по 2,5 мин в каждом¹.

Третий метод, несмотря на простоту, вполне обеспечивает необходимую асептику. Он состоит в обычном мытье рук в проточ-

¹ Техника приготовления такого раствора следующая: на каждые 100 мл горячей кипяченой воды берут 0,5 мл нашатырного спирта. Приготовленный раствор хранят в бутылках и пользуются им либо с помощью педали (проточный метод), либо в тазах.

ной воде с мылом. По окончании мытья на руках не должно оставаться мыла. Затем руки высушиваются чистым полотенцем (можно не стерильным) и обрабатываются специальным раствором в тазу марлевым тампоном или губкой в течение 2 мин.

Раствор готовится заранее по следующей прописи: 34,5 мл 99,7% муравьиной кислоты смешивают с 82 мл 28% пергидроля. Смесь должна «зреть» в течение 8 ч и может сохраняться в обычных условиях до трех суток. В день операции смесь (общим количеством 116,5 мл) разбавляют дистиллированной водой до общего объема, равного 5 л. Приготовленный раствор может сохранять рабочее состояние до 12 ч. Одним раствором, без смены, могут пользоваться несколько человек. По прошествии 12 ч раствор меняется.

После использования любого из этих методов ногтевые ложа и складки тыла пальцев должны быть обработаны 5% настойкой йода. Если в процессе работы перчатки будут повреждены, даже в результате укола иглой, они должны быть заменены новыми, при этом рука после снятия перчатки должна вновь быть тщательно обработана спиртом и высушена стерильной салфеткой.

В целях сохранения стерильности рук хирург должен вырабатывать в себе четкий рефлекс начинать операцию по возможности на менее инфицированных отделах, если, например, в процессе работы встретится подобная ситуация.

Виды оперативных доступов. Оперативная гинекология включает весьма различные по объему и направленности гинекологические вмешательства, а также использует различные по характеру оперативные доступы. В практике в основном применяются два — *брюшностеночный* и *влагалищный*, однако существуют различные их варианты и сочетания. Выбор оперативного доступа определяется характером заболевания. В одних случаях может потребоваться обязательное использование брюшностеночного доступа (например, операции, предпринимаемые по поводу внематочной беременности или удаления кист яичников), в других — только влагалищного, без вскрытия брюшной полости (при выполнении операций на наружных половых органах, влагалище, шейке или матке). Вместе с тем, существуют гинекологические заболевания, хирургическое лечение которых может потребовать использования обоих оперативных доступов, т. е. брюшностеночного и влагалищного. Может встретиться необходимость использования доступа к патологическому очагу только со стороны брюшной стенки, но без вскрытия брюшной полости, т. е. *экстраперитонеально*.

В гинекологической практике существует еще один вид доступа в брюшную полость, при котором чревосечение производится со стороны влагалища, получивший название *влагалищного чревосечения*. Выбор оперативных доступов, помимо учета характера заболевания, связан также с предполагаемым объемом оперативного вмешательства и условиями, диктующими необходимость хирургического лечения.

Разработке многих технических элементов гинекологических операций, выполняемых путем брюшностеночного или влагалищного чревосечения, а также чисто влагалищных мы обязаны трудам выдающихся отечественных (В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев, Д. О. Отт, М. Е. Елкин, Л. Л. Окунчиц, К. К. Скробанский, А. И. Серебров, К. М. Фигурнов, А. Э. Мандельштам и др.) и зарубежных (Шредер, Бумм, Пфанненштиль, Штеккель и др.) хирургов.

Особого внимания заслуживают работы по детальной разработке технических приемов влагалищного чревосечения, выполненные нашим соотечественником Д. О. Оттом, который не только разработал, но и виртуозно производил различные операции, в том числе и экстирпацию матки с придатками со стороны влагалища. Из этого же доступа Д. О. Отт производил достаточно полную ревизию органов брюшной полости. Опыт свидетельствует о том, что влагалищные операции, в том числе и чревосечение, переносятся больными значительно легче, так как послеоперационный период протекает с меньшими осложнениями, чем после брюшностеночной лапаротомии.

Не умаляя достоинств влагалищного способа хирургических вмешательств, справедливости ради, следует отметить, что в современных условиях опасность осложнений в послеоперационном периоде, которая может иметь место в результате использования брюшностеночного доступа, не столь значительна. Поэтому такие факторы, как лучшая обзорность, техническая доступность подхода к любому органу брюшной полости, ставят брюшностеночное чревосечение в условия предпочтительности. Возможности современной анестезиологии столь широки, что устранение осложняющих послеоперационное течение факторов не составляет существенной задачи.

В настоящем руководстве, предназначенном для студентов и молодых специалистов-гинекологов, нет необходимости останавливаться на технике операции экстирпации матки влагалищным путем, которая, будучи доступной специалистам, имеющим большой хирургический опыт, в принципе нецелесообразна. Поэтому в соответствующих разделах будет рассматриваться техника гинекологических операций на органах брюшной полости, преимущественно со стороны брюшной стенки (брюшностеночное чревосечение) и всех гинекологических операций с доступом со стороны влагалища, выполняющихся на наружных половых органах, влагалище, шейке и матке, без вскрытия брюшной полости. Каждый из этих двух видов оперативных доступов, используемых для гинекологических операций, принципиально различен не только по характеру самих вмешательств, но и по особенностям, которые обусловлены анатомо-тонографическими взаимоотношениями органов. Этим в известной мере объясняется принятое разделение излагаемого материала при рассмотрении клинических вопросов и техники операций, выполняемых со стороны влагалища и оперативных вмешательств, связанных с брюшностеночным оперативным доступом.

Отбор больных для оперативного лечения и выбор хирурга. На эти вопросы следует обращать самое серьезное внимание, так как от их правильного решения так же, как и от метода обезбо-

ливания, качества выполненной операции, правильного ведения послеоперационного периода, зависит исход хирургического вмешательства в целом и последующее состояние здоровья больной. Выше отмечено, что оперативное лечение больной может быть предпринято только в том случае, если к нему имеются обоснованные показания. Более того, опыт учит, что для его успеха должны быть четко определены соответствующие условия, при которых операция реализуется оптимально. При назначении больной на операцию может возникнуть вопрос в отношении выбора наиболее целесообразного времени для выполнения вмешательства. Выбор времени операции зависит от общего состояния здоровья, срока ожидаемых менструаций и других общеклинических факторов.

Чрезвычайно важно уточнить состояние сердечно-сосудистой, мочевыделительной, дыхательной систем, а также исключить наличие сопутствующих заболеваний, которые могут осложнить как проведение самой операции, так и течение послеоперационного периода. Естественно, что время операции (если нет экстренных показаний) должно быть установлено после того, как будут устранены сопутствующие патологические нарушения или должным образом оценены изменения в органах и системах организма. Своевременное выявление и лечение той или иной сопутствующей патологии позволяют соответственно подготовиться к проведению операции.

Опыт показывает, что оперировать в период менструации не следует, так как это неблагоприятно сказывается на самой операции и течении послеоперационного периода. Операции, предпринимаемые на влагалище, особенно шейке матки, *не должны выполняться и накануне ожидаемых менструаций*, так как не исключена возможность прорыва на свежей ране клеток отторгающегося слоя эндометрия, с развитием в последующем в этих местах *очагов эндометриоза*. Следует иметь в виду, что женщины, особенно старшего возраста, нередко страдают заболеваниями печени и желчного пузыря, почек, гипертонической болезнью, сердечно-сосудистой патологией, диабетом, анемией, гиповитаминозом и прочими нарушениями. В послеоперационном периоде у этих больных нередко возникает обострение заболеваний и хорошо выполненная операция будет иметь неполный эффект. Некоторые осложнения могут принимать тяжелую форму и привести к летальному исходу.

При отборе больных для оперативного лечения иногда приходится решать вопросы специального характера. К числу таких вопросов относят выбор тактики лечения злокачественных новообразований гениталий. Лечение подобных заболеваний не всегда целесообразно начинать с хирургического этапа. В ряде случаев хирургическому этапу могут предшествовать либо лучевая терапия, либо химиотерапия, как это часто предпринимается в отношении злокачественных опухолей яичников. Комплексное лечение

таких больных должно иметь четкий план, в который включается и хирургический этап.

Таким образом, только при соблюдении строгих и обоснованных правил по отбору больных для хирургического лечения может быть достигнут наиболее благоприятный эффект как непосредственный, так и в отдаленном периоде жизни женщины. Вместе с тем, следует указать, что с решением чисто медицинских вопросов еще не обеспечиваются условия, при которых хирург имеет моральное право приступить к операции. Возникает необходимость получения *согласия больной* на операцию, поскольку по законам нашей страны любое хирургическое вмешательство, даже и по экстренным показаниям, может быть предпринято только с согласия самой больной или ее родных, если она несовершеннолетняя или находится в бессознательном состоянии. Если по тем или иным причинам больная сама дать согласие на операцию не может, а для переговоров с ее родственниками нет времени из-за необходимости экстренного вмешательства, то в таких экзотических случаях решение о необходимости оперативного лечения принимается *несколькими врачами*. Оно фиксируется в истории болезни и *крепляется подписями* участников консилиума.

Нет необходимости говорить о том, что больная должна быть осведомлена также и об объеме предстоящей операции, так как в этих случаях следует учитывать специфику женского организма. Больные часто задают вопрос о том, что последует за операцией и в какой мере сохранится функция полового аппарата. Нередко узнав, что после операции не сохранятся менструации или женщина останется стерильной, больные отказываются от операции. Это обстоятельство приходится учитывать особенно при определении объема хирургического вмешательства, тем более в тех случаях, в которых можно ограничиться максимально щадящей операцией. Однако отказы от операции встречаются редко, так как в принятии положительного решения больной правильная информация о необходимости хирургического лечения или создание убежденности в отсутствии другого выбора приобретают существенное значение.

Не менее важен и другой вопрос: кто из числа врачей учреждения может наиболее успешно выполнить намеченную операцию. Клинический опыт показывает, что этот вопрос заслуживает не меньшего внимания, чем вопросы установления показаний и отбора больных для оперативного лечения. Этот вопрос возникает в таких лечебных учреждениях, в которых работает не один хирург, а несколько и имеется руководитель учреждения, справедливо оценивающий технические возможности и опыт каждого. В этом нет ничего обидного, так как практика показывает, что даже в больших клиниках, при наличии многих и хорошо оперирующих врачей, кому-то лучше удаются одни операции, кому-то —

другие. Поэтому в интересах здоровья больных принцип назначения хирурга должен строго учитываться.

Подготовка больных к операции. В каждой специальности существуют свои особенности при осуществлении подготовки больных к операции. Понятно, что в клиниках, в которых занимаются торакальной хирургией, подготовка больных строится на принципах, отличающихся, например, от работы окулистов. Гинекология в силу своей специфики также имеет свои особенности при подготовке больных к хирургическому лечению. Правила подготовки больных к операции в общих чертах сводятся к следующему. Перед операцией, за 1—2 дня, производится мытье больной только под душем. Мыть больных накануне операции и в ванне недопустимо. Волосы на лобке должны быть сбриты. Одно из существенных мест в подготовке больных занимают вопросы питания и ухода за кишечником в ближайшие дни перед операцией. Можно рекомендовать следующую схему подготовки, которая хорошо зарекомендовала себя на практике.

Перед днем операции больная не должна обедать и ужинать, а в день операции — завтракать. Накануне операции тщательно очищается кишечник с помощью клизмы. В тех случаях, в которых операция предпринимается по срочным показаниям, если состояние больной позволяет, производится промывание желудка, а кишечник очищается сифонной клизмой. Забота о состоянии кишечника перед операцией и его подготовка имеют существенное значение в благополучном течении послеоперационного периода. Уже на третий день после операции у большинства больных возникает вздутие кишечника за счет газообразования. При плохой перистальтике или парезе кишечника начинают формироваться признаки грозного осложнения, требующего специального ведения и лечения оперированных больных.

Наличие в желудке жидкости или пищевых масс во время операции, а также в ближайшее время по ее окончании таит в себе опасность *регургитации*, особенно тогда, когда больная еще не вполне вышла из состояния наркоза. Содержимое желудка легко может быть *аспирировано в дыхательные пути* и вызвать затем тяжелые осложнения.

Если больной предстоит влагалищная операция, то непосредственно перед ней проводится обработка влагалища (мытьё хлорамином, теплой водой с мылом, обработка спиртом). При чревосечениях, предпринимаемых с целью экстирпации матки, после обработки полезно влагалище смазать йодом и завести тампон. Это делается в целях максимального ограждения брюшной полости от возможного попадания микроорганизмов из влагалища при его вскрытии.

Накануне дня операции больные переводятся из общей палаты в предоперационную, в которой выполняются назначения анестезиолога. Эти назначения в основном сводятся к приему седативных средств, под влиянием которых больные хорошо спят ночью,

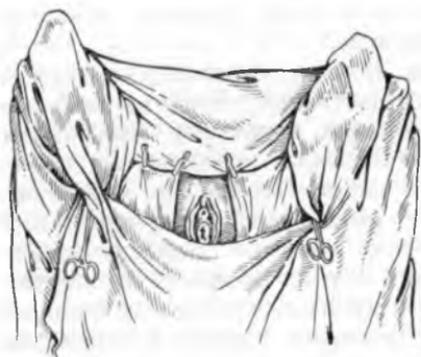


Рис 8. Общий вид больной, подготовленной к влагалищной операции.

На операционном столе хирург сам или один из его ассистентов проводит обработку операционного поля. Если предполагается чревосечение, то кожа обрабатывается следующим образом: моется эфиром, затем высушивается марлевыми тампонами, затем спиртом и, наконец, обрабатывается йодом, при этом тщательно должна быть вымыта область пупка.

Перед влагалищными операциями обработке подвергается промежность и влагалище, которые моются спиртом и смазываются йодом. Этим этапом заканчивается подготовка операционного поля, и больная укрывается стерильным бельем с оставлением незакрытой области, на которой предстоит операция. Общий вид больных перед началом, например, влагалищной операции показан на рис. 8.

Некоторые вопросы обезболивания при гинекологических операциях. Методы и средства обезболивания хирургических операций имеют длинную историю и, прежде чем достичь современного уровня, прошли сложный путь поисков, изучения и клинической разработки. Современное значение анестезиолога равноценно роли хирурга. От знаний и опыта специалиста, обеспечивающего наркоз, успех операции зависит не в меньшей степени, чем от техники ее выполнения.

Учение об анестезиологии и реаниматологии¹ стало столь обширным, что обусловило необходимость учреждения в медицинских вузах специальных курсов или кафедр по подготовке врачей и медицинских сестер этой специальности. Объем настоящего руководства не позволяет осветить этот важный раздел клинической медицины достаточно полно. Систематическое изложение вопросов анестезиологии и реанимации читатель может найти в специальных пособиях, например К. С. Жорова, В. М. Виноградова и П. К. Дьяченко, Л. С. Персианинова и др. Принимаемая во внима-

¹ Реанимация — от лат. *re* — вновь и *animatio* — оживление.

ние, что не во всех лечебных учреждениях работают специалисты-анестезиологи, целесообразно осветить некоторые вопросы обезболивания при выполнении гинекологических операций.

При отборе и назначении больных на операцию прежде всего необходимо в простой и доступной форме объяснить им характер предстоящего вида обезболивания и его безвредность для здоровья. Такой беседой устраняется страх, который неизбежно возникает у каждого человека, у которого предстоит хирургическое вмешательство, особенно если оно будет предпринято под общим наркозом. Эмоциональная реакция больных может быть разной. Известно, что страх перед операцией может привести к неадекватной, а иногда очень тяжелой ответной реакции больной при выполнении даже небольших по объему хирургических вмешательств. Предвидя возможность парадоксальной реакции у больных, не следует забывать, что органы и ткани брюшной полости, в том числе и малого таза (связочный аппарат матки и придатков, брюшина, параметрий), представляют собой богатую *рецепторную зону*. Поэтому даже при глубоком наркозе у этих больных полезно дополнительно блокировать эти отделы операционного поля $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ % раствором новокаина.

Ниже рассмотрены некоторые вопросы обезболивания гинекологических операций у женщин, страдающих рядом сопутствующих соматических заболеваний.

Многостранный хирургический опыт свидетельствует о том, что оперативные вмешательства и наркоз при некоторых общих заболеваниях могут оказывать более серьезное влияние, чем те же вмешательства у здоровых людей. Это объясняется тем, что функции ряда органов и систем организма при этих заболеваниях, например сахарном диабете, гипертонии, бронхиальной астме и др., существенно нарушены и не обеспечивают физиологического гомеостаза, особенно при большой травме, какой является операция. Хирургическое вмешательство и наркоз, а также повышенная эмоциональная нагрузка (волнение и страх перед операцией, болевые раздражения и т. п.) приводят к еще более глубоким сдвигам в этих системах, существенно нарушающим обменные процессы (гипергликемии, глюкозурии, метаболическому ацидозу, нарушению водно-солевого обмена и др.). Поэтому возможные осложнения требуют особенно тщательной подготовки таких больных к предстоящим операциям и наркозу.

Предоперационная подготовка больных, страдающих различными сопутствующими заболеваниями, должна осуществляться с учетом характера и тяжести патологии. Особое внимание следует обращать на больных, имеющих те или иные формы *диабета*, так как риск оперативного вмешательства на фоне сахарного диабета резко возрастает. Поэтому для правильной оценки состояния больных, а также выработки общего плана предоперационной подготовки и последующего ведения больных, наряду с анестезиологами, для решения этих вопросов следует привлекать также

и эндокринологов. Опыт показывает, что в этих случаях, при наличии даже легких или стертых форм диабета, следует, например, исключить *сульфаниламидные препараты*, которые обладают определенным гипогликемическим действием, а также избегать применения *депо-инсулина* в периоды до и во время операции. В этих случаях целесообразнее переводить больных на лечение *обычным инсулином*, примерно за 5 дней до предстоящей операции. Следует отметить также, что поддержание в этом периоде умеренной гипергликемии (порядка 120—140 мг%) легко переносится больными и, вместе с тем, существенно уменьшает опасность возникновения *гипогликемии*. За один час до операции необходимо ввести внутривенно (без завтрака) концентрированный раствор глюкозы из расчета 1,0 г сухого вещества глюкозы на 1 ЕД инсулина (вводимого в этот период в обычной для больного дозировке).

Премедикация накануне операции должна содержать адекватную дозу седативных средств, применением которых обеспечивается надежное подавление негативных эмоциональных реакций больной, обусловленных переживаниями в связи с предстоящей операцией. Это обстоятельство имеет существенное значение, так как применение седативных средств предотвращает повышение уровня катехоламинов в крови и ответное возрастание содержания сахара в плазме. Однако нужно иметь в виду, что седативные средства могут вызывать также и угнетение дыхания. Вместе с тем, в этих случаях рекомендуют исключать применение ганглиоблокирующих препаратов во избежание той же гипогликемии, которая может возникнуть в результате симпатoadrenalовой блокады. В послеоперационном периоде у больных, имеющих сахарный диабет, в связи с понижением сопротивляемости организма, могут развиваться различные виды ангиопатий, а также расстройства электролитного равновесия, которые требуют учета и своевременного устранения.

Не меньшего внимания заслуживают больные, страдающие *гипертонической болезнью*. Эта сложная патология при подготовке больных к операции требует серьезного внимания не только со стороны лечащего врача, но и объективной оценки с привлечением анестезиолога и терапевта. В этой ситуации чрезвычайно важно уточнить характер сопутствующего заболевания, так как гипертонический синдром может быть связан не только с проявлениями *симптоматической гипертонии*, обусловленной первичным заболеванием почек. Нередко повышение артериального давления по механизму возникновения может быть следствием нарушения функции эндокринных желез или органического поражения центральной нервной системы. Особую опасность могут представлять органические заболевания крупных сосудов (аорты, сонных, печеночных и других артерий), на фоне которых у больных развивается гипертония. Нужно иметь в виду, что наличие стенозов, сужающих кровенаполнение магистральных сосудов,

особенно сонных, создает условия, при которых управляемая гипотензия, предпринятая с целью уменьшения кровотечения во время операции, может привести к нарушению питания головного мозга. Эти особенности сосудистой патологии, не выявляемые, как правило, на фоне ганглионарной блокады и вовремя незамеченные, могут привести к тяжелым осложнениям наркоза, вплоть до детального исхода.

Для премедикации можно пользоваться обычными средствами: барбитуратами (люминал, барбамил), антигистаминными препаратами (димедрол, пипольфен, дипразин), транквилизаторами (андаксин, триоксазин).

Особенности наркоза при гипертонической болезни зависят от характера лабильности сердечно-сосудистой системы. Во время операции у таких больных можно встретиться с высокой *гипертензией* или *резкой гипотензией*. Этими же обстоятельствами может быть обусловлено развитие острой *лево-желудочковой недостаточности* или нарушение мозгового кровообращения.

Плановая предоперационная подготовка должна включать использование препаратов (дибазол, резерпин, папаверин, сернокислая магнезия и др.), снижающих артериальное давление. Может оказаться, что, несмотря на проведенную перед операцией подготовку, артериальное давление остается высоким. В этих случаях полезно использовать управляемую гипотензию с помощью гангиолитиков (арфонад, пентамин). Внутривенное их введение должно проводиться под строгим контролем за показателями артериального давления. Следует следить, чтобы уровень давления не снижался ниже исходных цифр более чем на 30%. За исходный принимается уровень давления, бывший за несколько дней до операции. Для вводного наркоза могут быть использованы барбитураты, однако вводить их следует значительно медленнее, чем у больных со здоровой сердечно-сосудистой системой. Поддержание наркоза целесообразно проводить закисью азота с кислородом и добавлением небольших количеств эфира или фторотана.

Особая осторожность должна быть проявлена у гипертоников, предварительно леченных резерпином. В этих случаях у больных во время вводного наркоза (особенно барбитуратами) может наступить резкое падение артериального давления. Полагают, что это явление связано с низким уровнем серотонина. Поэтому, если имеется возможность, то назначение таких больных на операцию следует осуществлять не раньше, чем по прошествии 7—10 дней после прекращения лечения резерпином.

Особенности наркоза у больных, страдающих бронхиальной астмой, состоит в том, что благодаря их легкой возбудимости обезболивание и ожидание предстоящей операции могут спровоцировать приступ астмы. Нередко эти больные обладают идиосинক্রазией к ряду препаратов, применяемых для обезболивания или с лечебной целью (морфин, сульфаниламиды, новокаин, пенициллин и др.). Это обстоятельство должно быть уточнено еще до

операции. Поэтому, готовясь к проведению наркоза и помня о том, что у больных бронхиальной астмой имеется относительное сужение бронхов вследствие постоянного спазма, а также нередкая закупорка их слизью, следует обеспечить проведение наркоза всем необходимым для снятия спазма бронхов и бронхиол, уменьшения вязкости мокроты, удаления ее из трахео-бронхиального дерева и уменьшения отека слизистой. В связи с этим подготовку к наркозу целесообразно проводить по определенной схеме. За несколько дней до операции назначается внутривенно 2,4% раствор диафилина, по 5—10 мл ежедневно, а для уменьшения вязкости мокроты — ингаляция ферментов (трипсина, хемотрипсина, рибонуклеазы). Целесообразно также применять кортикостероиды, в частности преднизолон, и продолжить его использование, если он назначался больной раньше. Преднизолон назначается за 2—3 дня до операции по 15—20 мг в день. В послеоперационном периоде доза его постепенно снижается, и если нет необходимости в длительном применении, то спустя 3—4 дня преднизолон отменяется.

Известно, что повышение содержания гистамина может способствовать возникновению приступов бронхиальной астмы, поэтому с целью их предупреждения накануне операции назначаются пипольфен или димедрол в количестве 24—50 мг внутрь или внутримышечно. В тяжелых случаях у больных, страдающих частыми приступами, подготовку антигистаминными препаратами следует проводить в течение нескольких дней перед операцией и непосредственно перед вводным наркозом. В этих случаях применять препараты морфина не рекомендуется, так как они обладают свойством угнетать дыхательный центр и могут вызывать бронхоспазм. Полезно использовать ваготолитические средства (атропин, скополамин). Атропин при этом обычно вводится внутривенно (0,5—1,0 мг) за 5 мин до вводного наркоза. Одновременно внутривенно вводится и 5—10 мг диафилина с глюкозой. Для вводного наркоза можно использовать 1% раствор гексенала с добавлением в небольшой концентрации закиси азота или фторатана в чистом виде (3—4 об. %).

В качестве основных наркотических веществ (из числа распространенных препаратов) могут использоваться эфир, закись азота или фторатан. Из этих препаратов наиболее удобен фторатан, так как он обладает хорошим бронхолитическим эффектом, не раздражает слизистые дыхательных путей, угнетает функцию бронхиальных желез и, вместе с тем, вызывает достаточно быстрое, без возбуждения, наступление наркоза. Фторатановым наркозом нередко удаётся снять самые тяжелые приступы бронхиальной астмы, которые с трудом купируются с помощью других средств. Экстубацию в этих случаях целесообразно производить при не полностью восстановленном сознании. В послеоперационном периоде необходимо использовать бронхолитические средства и глюкокортикоиды.

В практике нередко возникает необходимость оперировать больных, имеющих коронарную недостаточность или перенесших в прошлом инфаркт миокарда. Эти больные требуют специального внимания. В порядке предоперационной подготовки целесообразно провести курс сосудорасширяющей терапии, а при наличии сердечной недостаточности — терапию гликозидами. Некоторые анестезиологи (А. М. Богуславский) рекомендуют одновременно с этим вводить препараты калия, АТФ, кокарбоксилазу и комплекс витаминов. За три дня до оперативного вмешательства сосудорасширяющие препараты и гликозиды должны быть сняты и больные переводятся на седативную терапию. В период премедикации целесообразно уменьшать дозу атропина. Следует предпочесть осторожную индукцию с помощью слабых растворов барбитуратов (0,5—1%) с учетом исходного уровня артериального давления.

После интубации наркоз целесообразнее продолжать с помощью ингаляции фторатовозакисно-кислородной смеси (0,5 об. % фторатана и кислорода с закисью азота 1:1). Анальгетический эффект может быть усилен введением фентанила (0,04 мг на 50 кг веса). При необходимости введение фентанила можно повторить. Перед экстубацией для устранения возможного повышения бронхиального тонуса и улучшения коронарного кровообращения внутривенно целесообразно ввести 5—10 мл 2,4% эуфиллина. После экстубации для устранения последствий анестезии и оперативного вмешательства, главным образом в целях восполнения потери сердечной мышцей калия и предупреждения расстройств метаболизма, полезно применить внутривенное введение панангина, сердечных гликозидов, кокарбоксилазы и витаминов. В послеоперационном периоде следует тщательно следить за состоянием коронарного кровообращения и при необходимости проводить соответствующую терапию, предупреждающую развитие острых инфарктов миокарда.

Местная анестезия в гинекологической практике в основном используется для обезболивания *влагалищных операций*. Для этих целей используется 0,25—0,5% раствор новокаина (на физиологическом растворе)¹, с добавлением непосредственно перед анестезией адреналина (из расчета 1—2 капли адреналина на 100 мл 0,25% раствора новокаина). Вместе с тем у женщин, страдающих гипертонией, атеросклерозом, сахарным диабетом, тиреотоксикозом, а также во время беременности применение в растворе адреналина следует исключить.

Технически местное обезболивание влагалищных операций осуществляется путем проводниковой или местной инфильтрационной анестезии. На операционном столе, после завершения подготовки больной к операции, с помощью тонкой иглы из шприца

¹ Новокаин может быть заменен рядом новых препаратов, в частности аникаином, ксикакаином, псикакаином, туроккаином и др.

внутрикожно вводится (до образования желвачка или «лимонной корочки») раствор новокаина с обеих сторон промежности в области седалищного бугра (место инъекции уточняется пальпаторно). Короткая игла заменяется длинной и через подготовленные участки кожи веерообразно кнутри от седалищного бугра производится введение раствора новокаина в каждую половину промежности. Раствор новокаина распределяется во всех слоях тканей промежности путем постепенного углубления и изменения направления иглы. На каждую половину промежности расходуется примерно по 100 мл 0,25—0,5% раствора новокаина.

После завершения анестезии промежности приступают к анестезии тканей, окружающих влагалище. Для этого с каждой стороны (левой и правой) делается прокол слизистой влагалища в области вульварного кольца несколько в стороне от средней линии и под давлением вводится раствор новокаина. На этот этап для каждой стороны используется около 20—30 мл 0,25—0,5% раствора. Передняя стенка влагалища не требует специальной анестезии, так как все хирургические манипуляции на ней не сопровождаются болевыми ощущениями. По прошествии 5—10 мин от начала анестезии может быть начата операция. При затяжной операции иногда анестезию приходится дополнять.

Проводниковой анестезией пользуются в тех случаях, когда у больной предполагается выполнить значительный объем хирургического вмешательства (например, передняя и задняя кольпорафия с ампутацией влагалищной части шейки матки одновременно). Для проведения такой анестезии через те же подготовленные участки кожи проходят длинной иглой в *подвздошно-прямокишечное углубление*, в котором создается депо из 0,25—0,5% раствора новокаина в количестве до 100 мл с каждой стороны. При прохождении иглой глубоких слоев тканей промежности целесообразно впереди иглы постоянно создавать новокаиновую инфильтрацию, что существенно снижает болевые ощущения больных. Обычно при хорошо выполненной проводниковой анестезии редко требуется добавление инфльтрационной.

ЧАСТЬ II

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Глава 3

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЫПОЛНЕНИЮ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
СО СТОРОНЫ ВЛАГАЛИЩА

Глава 4

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ
НА НАРУЖНЫХ
ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ

Глава 5

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
ПО ПОВОДУ СТАРЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ,
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА,
ОПУЩЕНИЙ И ВЫПАДЕНИЙ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Глава 6

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ

Глава 7

ОПЕРАЦИИ НА ВЛАГАЛИЩНОЙ
ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЫПОЛНЕНИЮ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
СО СТОРОНЫ ВЛАГАЛИЩА

Непременным условием успешной хирургической работы является четкое знание топографической анатомии оперируемой области. Хотя с анатомией половых органов женщины знакомятся еще в вузе, эти данные, однако, носят весьма общий характер и недостаточны для работы хирурга. Поэтому перед изложением специальных вопросов хирургии целесообразно осветить особенности строения наружных половых частей, влагалища и смежных с ними органов применительно к хирургическим целям.

Хирургическая анатомия наружных половых органов женщины. К наружным половым органам (вульва, vulva, genitalia exter.) относят: лобок, большие и малые срамные губы, преддверие влагалища, большие железы преддверия (бартолиниевы), клитор и луковичца преддверия влагалища. В преддверии влагалища, под клитором, открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала (рис. 9).

Большие срамные или половые губы (labia pudenda majora) представляют собой две продольно расположенные кожные складки, идущие от лобка к промежности и ограничивающие медиально расположенную *срамную щель (rima pudendi)*. Длина каждой из больших губ в среднем составляет около 8 см, ширина — 2—3 см. Спереди, в области лобка, большие губы соединены *передней спайкой (commisura anterior)*, реже — непосредственно переходят в лобок. Задние отделы губ, на границе с промежностью, образуют так называемую *заднюю, более выраженную спайку (commisura posterior)*, расположенную примерно на 2—3 см выше заднепроходного отверстия.

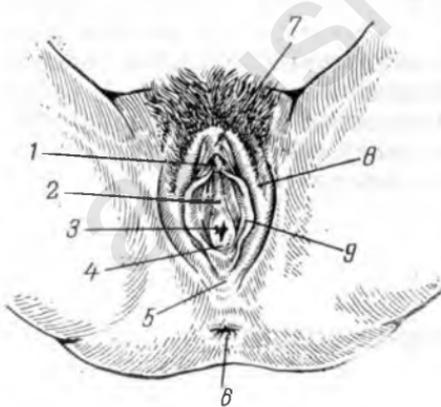


Рис. 9. Наружные половые органы женщины.

1 — клитор; 2 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 3 — отверстие в девственной плеве; 4 — девственная плева; 5 — промежность; 6 — анальное отверстие; 7 — лобок; 8 — большая половая губа; 9 — малая половая губа.

Подкожный слой этих образований обычно богат жировой клетчаткой. В передней части

больших срамных губ веерообразно расходятся окончания круглых маточных связок, выходящих в эту область из наружных отверстий пахового канала. Соединительнотканые образования связок фиксируют большие срамные губы к надкостнице лобковых костей. В толще подкожножирового слоя губ залегают богатые венозные сплетения¹.

Малые срамные губы (*labia pudenda minor*) представляют собой более тонкие складки кожи, по своему виду напоминающие слизистую оболочку. Эти образования расположены в продольном направлении кнутри от больших и отделяются друг от друга межгубной бороздой (*sulcus interlabialis, s. nympholabialia*). Спереди каждая малая губа разделяется на две ножки. Наружные (передние) ножки, соединяясь между собой, образуют *крайнюю плоть* клитора (*praeputium clitoridis*), а внутренние (задние), сходясь под клитором, образуют его *уздечку* (*frenulum clitoridis*).

Кзади малые половые губы в нижней трети постепенно сливаются с большими или соединяются между собой, образуя небольшую поперечную складку (уздечку), располагающуюся по средней линии промежности, которая принимает участие в образовании *задней спайки* (*commisura posterior*).

Кпереди от этой складки, между пенью и девственной плевой или ее остатками, располагается небольшое углубление, получившее название ямки преддверия влагалища, или ладьевидной (*fossa navicularae*).

Преддверием влагалища (*vestibulum vaginae*) обозначают пространство, ограниченное с боков внутренними поверхностями малых половых губ, спереди — клитором и сзади (снизу) — уздечкой малых срамных губ. Границей между преддверием влагалища и самой влагалищной трубкой является *девственная плева* (*hymen*) или ее остатки (*carunculae myrtiformis*).

Под клитором в область преддверия влагалища открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала (*orificium urethrae externum*). По сторонам от него располагаются по одному выводному протоку парауретральных желез или малых желез преддверия. В преддверие влагалища открываются также и выводные протоки бартолиниевых желез.

Большая железа преддверия, или бартолиниева (*gl. Bartholini*), парная, обычно размером не более горошины, имеет округлую форму. Железы располагаются в основании каждой большой срамной губы, примерно на уровне задней спайки или несколько кпереди от нее на глубине 1,0—1,5 см. Эти железы залегают в толще глубокой поперечной мышцы промежности и частично прикрыты волокнами луковично-пещеристой. Одиночный выводной проток каждой железы имеет длину 1,5—2,5 см, направляется кпереди и кнутри и открывается на внутренней поверхности малой срамной губы с каждой стороны (примерно на границе сред-

¹ Через расширенное паховое кольцо в толщу больших половых губ может опуститься грыжевой мешок, иногда содержащий петли кишечника.

ней и задней ее трети), в бороздке между малой губой и девственной плевой (или ее остатками).

Клитор (clitoris) по существу является гомологом мужского полового члена и представляет собой небольшое непарное образование, расположенное под передней спайкой больших половых губ. Это образование состоит из двух *пещеристых тел* (corpora cavernosum clitoridis), ножки которых (crus clitoridis) располагаются в глубине промежности и сращены с нижними ветвями лобковых костей. От нижнего края лонного сращения пещеристые тела соединяются вместе, образуя *тело клитора* (corpus clitoridis), изогнутое книзу, заканчивающееся снаружи круглой *головкой* (glans clitoridis).

Луковица преддверия влагалища (bulbus vestibuli) представляет собой непарное густое венозное сплетение типа кавернозного тела, покрытое белочной оболочкой. Это образование состоит из двух частей (правой и левой), расположенных в основании больших и малых срамных губ в области преддверия и нижнего отдела влагалища, подковообразно охватывающих спереди вход во влагалище. Передние (верхние) суженные части луковицы, соединяясь вместе, охватывают сверху мочеиспускательный канал. Задние (утолщенные) концы боковых частей луковицы преддверия прикрывают и прилежат к бартолиниевым железам. В то же время каждая из боковых частей луковицы снаружи снизу частично прикрыта луковично-пещеристой мышцей. Оперативные вмешательства в этой области, как правило, сопровождаются достаточно обильным кровотечением.

К *промежности* (perineum) в узком смысле слова относят совокупность тканей (мышц и фасциальных образований), расположенных между задней спайкой, образованной слиянием больших половых губ, и анальным отверстием. В более широком понимании к промежности относят все *тазовое дно* (diaphragma pelvis), т. е. всю область тазового выхода, закрытую подвижной мышечно-фасциальной пластинкой, располагающейся между седалищными буграми по фронтальной плоскости и лобковыми костями и верхушкой копчика — в саггитальной плоскости.

В связи с вертикальным положением тела тазовая диафрагма, в отличие от позвоночных животных, приобрела определенное функциональное значение, так как является основной опорой для органов брюшной полости и малого таза.

Нет необходимости останавливаться на детальном описании строения тазового дна (эти сведения достаточно подробно описаны в третьем выпуске)¹.

На рис. 10 показан ход мышечных пластов и их взаимоотношения, имеющие существенное значение при выполнении операций на промежности. Наблюдения показывают, например, что

¹ Макаров Р. Р., Фигурнов К. М. Клинические лекции по избранным главам гинекологии. Л., 1969.

хирургическое восстановление целостности промежности часто не достигает необходимого эффекта лишь только потому, что во время выполнения операции не учитываются анатомические особенности тазового дна (промежности).

Кровоснабжение вульвы осуществляется преимущественно за счет парной внутренней срамной артерии (a. pudenda externa), от которой отходят основные ветви к наружным половым органам: артерия промежности (a. perinealis), распадающаяся на ряд веточек, получивших название задних ветвей срамных губ (vasa pudenda ext. inferior, a. pudenda ext. super.), артерия клитора (a. clitoridis), от которой отходят артерии преддверия влагалища (a. bulbi vestibuli vaginae), и небольшие веточки к мочеиспускательному каналу. От срамной артерии также отходят ветви к прямой кишке или геморроидальные артерии (a. haemorrhoidalis) (рис. 11).

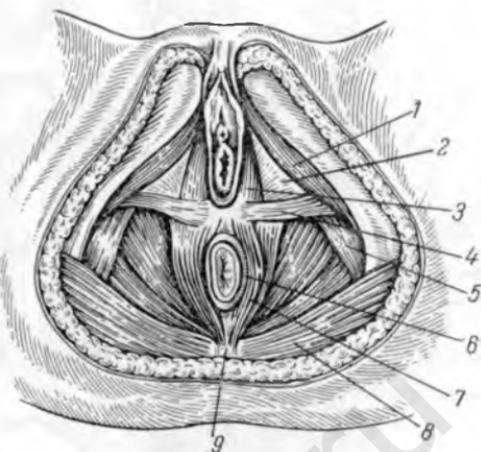


Рис. 10. Мышцы тазового дна.

1 — m. ischiocavernosus; 2 — diaphragma urogenitale; 3 — m. bulbocavernosus; 4 — m. transversus perinei superficialis; 5 — m. obturatorius int.; 6 — m. sphincter ani int.; 7 — m. sphincter ani ext.; 8 — m. cluteus max.; 9 — lig. anococcygeum.

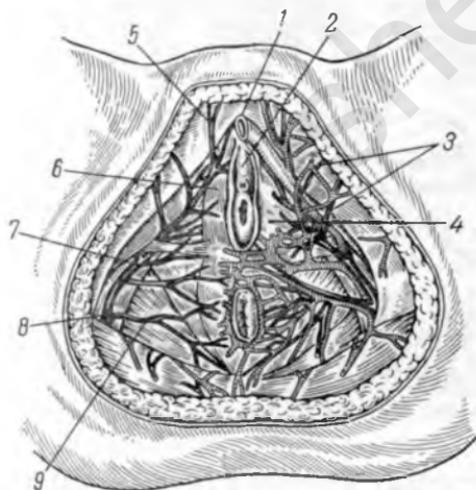


Рис. 11. Кровеносные сосуды промежности.

1 — vasa dorsalis clitoridis; 2 — clitor; 3 — vasa pudenda ext. inf.; 4 — bulbus vestibularis; 5 — a. pudenda ext. super.; 6 — m. ischiocavernosus; 7 — a. perinealis; 8 — a. pudenda ext.; 9 — a. rectalis inf.

Отток крови от наружных половых органов осуществляется главным образом через внутреннюю срамную вену (v. pudendi interna), часто двойную, которая принимает вены, одноименные с ветвями внутренней срамной артерии.

Основными *лимфатическими узлами*, собирающими лимфу из области наружных половых органов, являются паховые, в которых происходит слияние лимфатических путей от промежности и нижних конечностей, а также узлы таза, расположенные

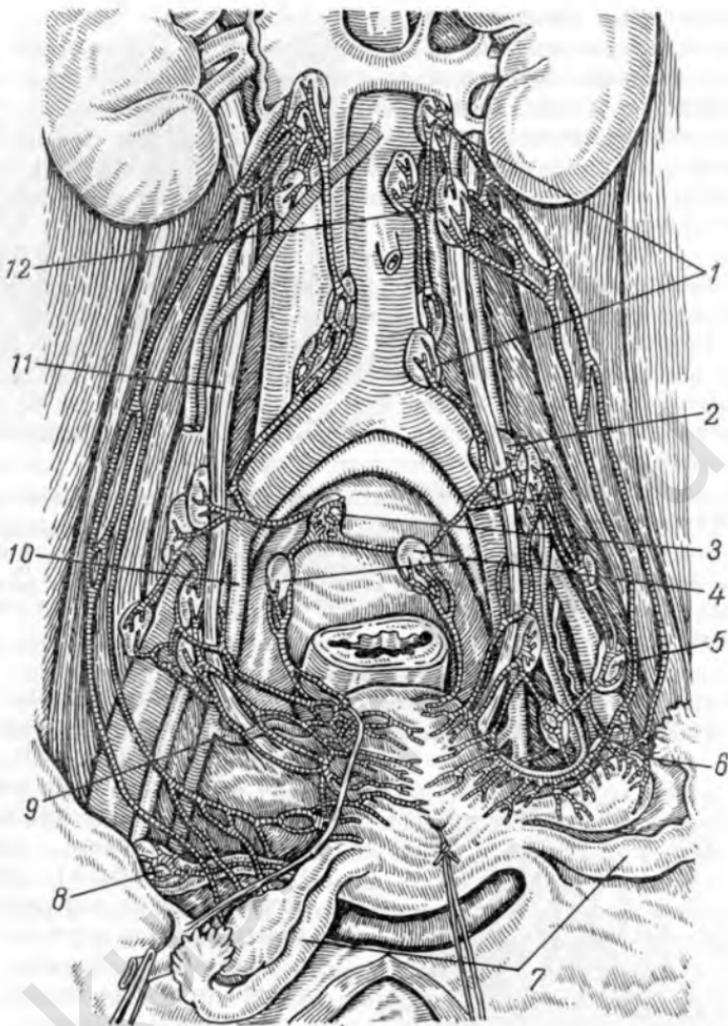


Рис. 12. Лимфатическая система внутренних половых органов женщины.

1 — n. l. lumbalis; 2 — n. l. iliaci communes; 3 — n. l. sacralis; 4 — n. l. rectalis; 5 — n. l. iliaci ext.; 6 — uterus; 7 — tuba uterina; 8 — n. l. iliaci int.; 9 — a. uterina; 10 — a. iliaca int.; 11 — ureter, 12 — n. l. ovarica.

по ходу стволов и ветвей внутренних и наружных подвздошных сосудов (рис. 12).

Иннервируются наружные половые органы преимущественно ветвями срамного нерва (n. pudendi), который получил название срамного сплетения (plexus pudendi). Кроме того, большие и малые половые губы иннервируются тазовыми нервами (n. perinealis, n. dorsalis clitoridis), а лобок и передняя часть больших

срамных губ — ветвями подздошно-подчревного нерва. Таким образом, в наружных генипалиях заложены окончания нервов из различных отделов спинного мозга: от уровня XI грудного позвонка, всего поясничного и крестцового отделов и кончая копчиковым (рис. 13).

Хирургическая анатомия влагалища. Влагалище (*vagina, colpos*) представляет собой трубчатый мышечный орган, покрытый изнутри слизистой оболочкой. Этот орган располагается внебрюшинно и лишь верхняя его часть, точнее задний свод, покрыт брюшиной. Толщина стенки влагалища не превышает 3—4 мм. Стенки его состоят из трех тканевых слоев. Наружный (*adventitia vaginae*) преимущественно состоит из соединительнотканной основы, включающей отдельные мышечные волокна, достаточно плотной, особенно в нижних отделах влагалища. Средний, или мышечная оболочка (*tunica muscularis*), в свою очередь, состоит из трех слоев гладких мышечных волокон: внутреннего и наружного продольных и среднего — кольцевидного (циркулярного). В нижних отделах, в области прохождения через мочеполовый треугольник, к гладким мышечным волокнам присоединяются поперечнополосатые, являющиеся производными различных мышц тазового дна, в первую очередь глубокой поперечной мышцы промежности и мышцы, поднимающей задний проход.

Внутренняя или слизистая оболочка (*tunica mucosae*) влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, не содержащим желез и характеризующимся способностью к процессам ороговения. Встречающиеся в этой слизистой так называемые ложные железы представляют собой как бы бухты, образованные вдавлением плоского эпителия вглубь мышечного слоя. Слизистая оболочка влагалища является дериватом эктодермы, вследствие чего обладает чертами, хотя и своеобразно измененной, кожи. Подслизистый слой влагалища, выражен слабо, вследствие чего слизистую оболочку отделяет от мышечного слоя только собственная мембрана (*membrana propria*). К моменту половой зрелости слизистая вла-

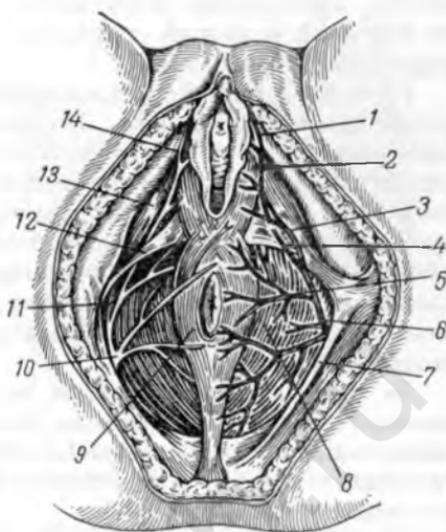


Рис. 13. Общий вид иннервации промежности.

1 — a. labialis post.; 2 — m. bulbocavernosus; 3 — a. clitoridis; 4 — a. perinealis; 5 — a. haemorrhoidalis inf.; 6 — a. pudenda inf.; 7 — lig. sacrotuberosum; 8 — m. levator ani.; 9 — m. sphincter ani., 10 — n. haemorrhoidalis inf.; 11 — n. dorsales clitoridis; 12 — m. transv. perinei superficialis; 13 — m. ischiocavernosus; 14 — n. labialis post.

галища приобретает складчатую структуру, более выраженную на передней и задней стенках и особенно — в нижней трети передней стенки влагалища.

Размеры и емкость влагалища подвержены значительным индивидуальным колебаниям. Положение влагалища в малом тазу фиксировано в основном за счет мочеполовой диафрагмы и соединительнотканых перегородок, имеющих между стенками влагалища и соседними органами. При ослаблении мышц тазового дна в результате родов и особенно при длительном воздействии повышенного внутрибрюшного давления (например, за счет чрезмерной физической нагрузки) развивается опущение стенок влагалища (передней или задней), либо частичное или полное выпадение матки.

За тазовым дном, кнутри, в боковых отделах от влагалища, залегает клетчатка основания широких маточных связок. В клетчатке с каждой стороны расположены узлы и ветви маточно-влагалищного венозного сплетения, маточные артерии, мочеточники и лимфатические сосуды.

На уровне тазового дна, с боков от влагалища, располагаются внутренние края мышцы, поднимающей задний проход, *m. pubococcygeus*, а несколько ниже — *m. bulbocavernosum*. Кнаружи от этих мышц влагалище проходит через мочеполовую диафрагму, с краями которой его стенки сращены.

В верхнюю, более подвижную часть влагалища, вдается влагалищная часть шейки матки (*portio vaginalis colli uteri*). В этом отделе, срастаясь с шейкой матки, влагалище образует кольцевидное пространство, представляющее собой общий влагалищный свод (*fornix vaginalis*), в котором различают четыре отдела (свода): передний, задний и два боковых. Задний свод более глубокий, чем остальные.

Передняя стенка влагалищной трубки примыкает к мочевому пузырю и связана с ним посредством рыхлой соединительной ткани, образуя пузырно-влагалищную перегородку (*septum vesicovaginalis*). С мочеиспускательным каналом передняя стенка влагалища связана более интимно посредством плотной соединительнотканной уретрально-влагалищной перегородки (*septum urethrovaginalis*), за счет которой этот отдел влагалища представляется толще задней стенки.

Задняя стенка влагалища прилежит непосредственно к прямой кишке. В верхнем отделе, соответственно заднему своду, стенка влагалища со стороны брюшной полости покрыта на протяжении 1—2 см брюшиной, образуя прямокишечно-маточное углубление, или дугласов карман (*cavum Douglasi*). В средних отделах задняя стенка влагалища отделена от прямой кишки слабовыраженным брюшинно-промежностным апоневрозом (*septum rectovaginalis*).

В самом нижнем отделе влагалищная трубка отходит от прямой кишки несколько кпереди, а пространство между ними вы-

полнено мышцами промежности; на продольном разрезе этот отдел имеет форму треугольника (рис. 14).

В боковых отделах в стенках влагалища (с обеих сторон) проходят рудиментарные образования, составляющие остатки первичной почки (вольфова тела), получившие название гартнерова хода. В процессе эмбрионального развития у плодов мужского пола эти образования преобразуются в семявыводящие протоки (*vas deferens*), а у плодов женского пола они облитерируются на всем протяжении. Следует иметь в виду, однако, что нередко их полной облитерации не наступает. В этих случаях в необлитерированных участках могут образовываться кисты ретенционного характера или кисты гартнерова хода.

Кровоснабжение влагалища осуществляется за счет ветвей внутренней подвздошной артерии (*a. iliaca interna, s. hypogastrica*) и влагалищной артерии (*ramus cervicovaginalis a. uterinae*), являющейся нисходящей ветвью маточной артерии. Влагалищная артерия отходит от маточной на уровне шейки матки и продолжается по боковым стенкам влагалища, снабжая в основном его верхний отдел. Средний отдел влагалища снабжается нижней пузырной артерией (*a. vesicalis inferior*), средней прямокишечной артерией (*a. haemorrhoidalis media*) и внутренней срамной артерией (*a. pudenda interna*). Последние две обеспечивают питанием нижний отдел влагалища. От внутренней срамной артерии отходят веточки, идущие к входу во влагалище (*a. a. labiales posteriores*, рис. 15).

Многочисленные вены влагалища образуют сплетение *plexus venosus vaginalis*, кровь из которого по венам, сопровождающим артерии, поступает в систему подчревной вены (*v. hypogastricae*)¹.

Лимфоток из области влагалища осуществляется в основном в двух направлениях: от нижней трети его — в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы (*g. l. inguinalis*), а от верхних двух третей — во все три основные группы лимфатических узлов таза — подвздошные, внутренние и крестцовые.

¹ Богато развитые венозные сплетения влагалища могут образовывать обширные гемангиомы.

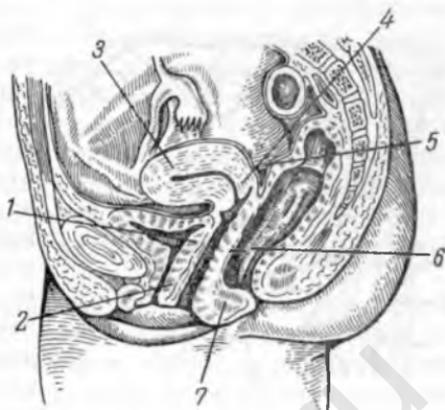


Рис. 14. Схематическое изображение взаимотношений влагалища с органами малого таза.

1 — пузырно-влагалищная перегородка; 2 — уретрально-влагалищная перегородка; 3 — тело матки; 4 — влагалищная часть шейки матки; 5 — маточно-прямокишечное углубление; 6 — влагалищно-прямокишечная перегородка; 7 — мышцы промежности.

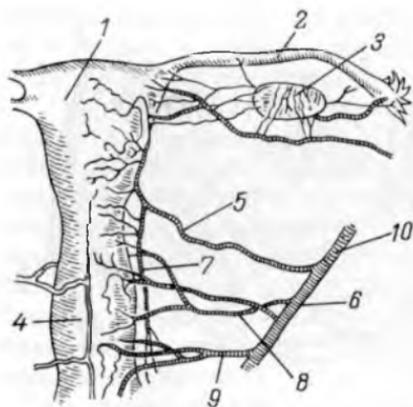


Рис. 15. Схематическое изображение кровоснабжения влагалища.

1 — тело матки; 2 — маточная труба; 3 — яичник; 4 — влагалище; 5 — маточная артерия; 6 — наружная подвздошная артерия; 7 — влагалищная артерия; 8 — средняя прямокишечная артерия; 9 — внутренняя срамная артерия; 10 — общая подвздошная артерия.

Иннервация влагалища осуществляется, главным образом, за счет ветвей, отходящих от общего маточно - влагалищного сплетения (сплетение Рейна — Ястребова). От передне-нижних отделов этого сплетения отходят влагалищные ветви, обеспечивающие симпатическую и парасимпатическую иннервацию. Передне-нижние отделы маточно-влагалищного сплетения принято выделять под названием влагалищного сплетения, которое включает большое количество различных по величине и форме ганглиев и густую сеть нервных ветвей, окружающих влагалище и переходящих на все его слои. Чувствительная иннервация влагалища осуществляется за счет крестцовых и спинальных узлов (I, II, III и IV пары).

При необходимости хирургического вмешательства на влагалище или осуществлении оперативного доступа со стороны влагалища следует учитывать обширность рецепторной зоны этой области, требующей проведения тщательной местной анестезии. Поэтому в практике, помимо местной, послышной анестезии, нередко используют проводниковую, блокирующую нервные пути в области подвздошно-прямокишечного углубления.

Подготовка больных к операциям на промежности и влагалище. Эта подготовка предусматривает тщательное и всестороннее обследование влагалищной и цервикальной флоры, а также обработку влагалища различными антисептическими растворами, затем спиртом и смазывание йодом¹. Накануне дня операции кишечник очищается с помощью клизмы, исключаются из рациона обед и ужин, а в день операции — завтрак. Если операция предпринимается по поводу пузырьно-влагалищных или прямокишечно-влагалищных свищей, то эти больные подвергаются дополнительной подготовке. Подобные свищи почти всегда сопровождаются заболеванием кожи в области наружных половых органов, ягодиц и реже бедер, возникающим в результате загрязнения и раздражения мочой или содержимым кишечника. Поэтому до полного устранения сопутствующих нарушений кожи больных

¹ При всех операциях на влагалище и вульве необходимо добиваться I степени чистоты. При обнаружении III—IV степени подготовку больной следует продолжить.

оперировать не следует. При мочеполовых свищах нередко приходится добиваться нормализации состава мочи и приобретения ею кислой реакции. Это достигается систематическими промываниями мочевого пузыря и влагалища растворами антибиотиков и назначением per os борной кислоты по 0,1 З раза в день. При каловых свищах проводится та же подготовка влагалища до появления хотя бы второй степени чистоты влагалищной флоры. Полезно за 2—3 дня до операции больную перевести на зондовое питание. Такая диета при достаточной калорийности и более легкой усвояемости отличается минимальными пищевыми остатками.

Ошибки при выполнении операций на промежности и влагалище встречаются значительно реже, если хирург достаточно хорошо знает топографию этой области, внимательно подходит к отбору больных для операции и тщательно выполняет хирургические приемы. Однако и у опытных хирургов нередко могут возникать трудности, ведущие к тем или иным осложнениям. Если к числу ошибок отнести не только травму соседних органов, которую можно нанести в процессе операции, то возможные ошибки могут иметь место еще в момент назначения больной на операцию. К числу таких недочетов следует отнести недостаточно четкую подготовку больной к операции. Под этим следует понимать, во-первых, неполное устранение явлений местных проявлений воспалительного процесса (если они имелись) и, во-вторых, неправильный учет срока ожидаемых менструаций. Несоблюдение этих простых правил может неблагоприятно отразиться на течении послеоперационного периода даже при тщательном техническом выполнении самой операции.

Следующим источником ошибок может служить недостаточно точная или неправильная оценка страдания. Например, за кисту бартолиниевой железы может быть ошибочно принята опустившаяся через расширенный наховый канал в большую половую губу петля кишечника. Богато развитая венозная сеть с образованием гемангиомы может быть ошибочно принята за кисту гартнерова хода. Хотя в последнем случае оба заболевания требуют хирургического лечения, при такой ошибке хирург может встретиться с обильным и неожиданным кровотечением, возникшим в трудно доступной области.

Третья группа ошибок связана с возможностью ранения соседних органов, например уретры, мочевого пузыря, реже — мочеочника или прямой кишки. Этих ошибок можно избежать, если быть достаточно внимательным. Вместе с тем, опыт показывает, что и при достаточной осторожности в выполнении тех или иных технических приемов может произойти ранение соседних органов, особенно в тех случаях, в которых приходится работать в области рубцовоизмененных тканей. Однако ранение станет ошибкой не тогда, когда оно будет нанесено, а в том случае, если оно окажется незамеченным.

К такой же категории могут быть отнесены ошибки, встречающиеся при вмешательствах на матке, выполняемых со стороны влагалища, например прободение матки во время искусственного аборта или ее выворот и прободение при удалении рождающегося подслизистого фиброматозного узла. Эти травмы так же, как и в первом примере, могут быть отнесены к разряду ошибок только в том случае, если они своевременно не будут распознаны.

Наконец, к числу ошибок может быть отнесена также и неправильная техника ушивания ран. Не следует накладывать швы на ткани, расположенные на различной глубине или в различных анатомических слоях, а также шить очень часто или редко, оставляя незахваченные в шов ткани. Такие погрешности существенно затрудняют нормальное заживление ран и приводят к воспалению осложнений, в частности некрозу или расхождению швов, формированию порочных (грубых) рубцов и др.

ГЛАВА 4

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ

Общие замечания. В гинекологической практике достаточно широко распространено хирургическое лечение различных заболеваний вульвы и влагалища, причем характер и объем этих вмешательств может быть самым разнообразным. Некоторые вмешательства относятся к числу относительно несложных. Другие напротив, весьма ответственны и обширны.

Вначале необходимо рассмотреть некоторые особенности оперативного (вагинального) доступа. Следует отметить, что ткани наружных половых органов, промежности, а также влагалища обладают физиологической способностью к значительному растяжению, что позволяет производить большинство операций без нарушения их целостности. Вместе с тем, у некоторых женщин, особенно при наличии рубцовых сужений, вагинальный доступ к выходящим органам (мочевой пузырь, шейка матки, верхние отделы влагалища) может быть весьма затруднен. В этих случаях приходится расширять доступ путем простой эпизиотомии. Реже используется глубокий вагинально-промежностный разрез по Шухарду (Schuchardt). Два последних разреза производятся в направлении седалищного бугра (*tuber ischii*). В отличие от простой эпизиотомии разрез по Шухарду предполагает рассечение более глубоко расположенных тканей (рис. 16). В особенно трудных условиях разрезы могут быть произведены с обеих сторон.

С точки зрения последующего восстановления рассеченных тканей левосторонний разрез более удобен для последующего ушивания.

Положение больной на операционном столе и места участников операции. Для влагалищных операций больная укладывается на спину с притянутыми к животу и согнутыми в коленных суставах ногами. Поскольку сама больная не может долго удерживать такое вынужденное положение, принято использовать различные ногодержатели или специальные приспособления для ног, придающиеся современным операционным столам. Ремни ногодержателя заводятся за спину больной в косом направлении так, чтобы с одной стороны ремень прошел над плечом, а с другой — под плечом (рис. 17). Под коленные сгибы рекомендуется подложить ватно-марлевые подушки во избежание сдавления нервных стволов.

Место оператора всегда находится перед операционным полем, а ассистенты размещаются с обеих сторон от оператора. Один из ассистентов с помощью зеркала удерживает влагалище в растянутом состоянии и, если нужно, шейку матки в низведенном положении за пулевые щипцы или лигатуры. Второй ассистент осуществляет осушение марлевыми тампонами операционного поля и помогает хирургу в выполнении различных хирургических приемов.

Место для столика с хирургическими инструментами и операционной медсестрой должно располагаться справа от хирурга, а врач-нарколог — у головы больной.



Рис. 17. Применение ногодержателя при влагалищных операциях.



Рис. 16. Направление линейного разреза промежности для увеличения доступа во влагалище.

Подготовка операционного поля состоит в мытье наружных половых органов, области лобка верхне-внутренних поверхностей бедер, ягодиц и влагалища теплым и слабым раствором антисептика, затем высушивании, обработке спиртом и йодом. Больная укрывается стерильным бельем за исключением операционного по-

ля. Делает это операционная сестра, а если необходимо, ей помогает один из ассистентов оператора. Вначале под ягодицы на край операционного стола подкладывается стерильная простыня таким образом, чтобы передняя его часть была полностью закрыта. Затем укрываются ноги больной. Чаще для этой цели также используют простыни. Каждая нога как бы обертывается углом простыни, а оставшийся свободный конец ее забрасывается на живот больной. Аналогично укрывается и вторая нога. Концы обеих простыней свешиваются на промежность, оставляя небольшую щель в области наружных половых органов. Для того, чтобы закрыть область заднепроходного отверстия, используют полотенец, которое хирург подшивает одним шелковым швом к коже под задней спайкой. Боковые концы полотенца прикрепляются зажимами к простыням сбоку от больной, закрывая таким образом боковые части бедер и ягодиц. Этим завершается подготовка больной к операции. Хирург, ассистенты и операционная сестра могут занять свои рабочие места.

Лечение кондилом вульвы. Различают кондиломы острые и широкие. Оба вида кондилом являются, по-видимому, следствием инфицирования кожи наружных половых органов вирусом. Острые кондиломы могут возникать в результате раздражения гнойными выделениями при кольпитах различной этиологии, в том числе и гонорее. Полагают также, что широкие и плоские кондиломы могут быть результатом сифилитического заболевания. Поэтому прежде чем приступить к лечению этого заболевания, необходимо тщательно и всесторонне обследовать больную и прежде всего исключить сифилис. Лечение целесообразно начать с применения антибиотиков. Опыт показывает, что в ряде случаев местное применение антибиотиков (пенициллин и др.) может дать вполне благоприятный эффект. Вместе с тем множественное, а тем более компактное развитие острых кондилом не поддается консервативному лечению, продолжает вызывать тягостные ощущения и поддерживает воспалительный процесс. Такие проявления кондилом требуют хирургического удаления.

Техника хирургического удаления кондилом сравнительно проста. При соблюдении всех хирургических правил асептики кондиломы у основания отсекаются ножницами или скальпелем, с последующим наложением на ранки поверхностного шва, либо прижигаются электрокоагулятором. Кондиломы можно снять также и электроножом, после чего обычно не требуется наложения швов.

Лечение зуда промежности (pruritis vulvae) и крауроза вульвы (craurosis vulvae). Клинические проявления зуда наружных половых органов нередко очень мучительны и чаще всего возникают у женщин в климактерическом периоде. При этом у ряда больных каких-либо особых изменений вульвы может не отмечаться. Напротив, в других случаях явление зуда сочетается с видимыми изменениями кожи вульвы. Эти изменения весьма свое-

образны и по своему виду напоминают пергаментную бумагу. Кожа вульвы истончается, сморщивается, делается хрупкой, а иногда на ней появляются белесоватые пятна, получившие название лейкоплакий (белого пятна). Причины возникновения этих процессов окончательно не выяснены. Полагают, однако, что это заболевание развивается вследствие хронического воспалительного раздражения кожи или общих нарушений (диабет, нейроэндокринные сдвиги, гепатит, лейкемия и др.). Вместе с тем, какие бы причины ни привели к возникновению крауроза и лейкоплакии, в морфологическом отношении этот процесс требует самого серьезного внимания. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что эти процессы довольно часто перерождаются в рак, хотя в ряде случаев могут существовать довольно долгое время без признаков атипичной трансформации тканей. Поэтому нарушения типа лейкоплакии и крауроза справедливо относят к предраковым процессам. Такие больные нуждаются в активном наблюдении и своевременном лечении. Наш опыт показал, что при неосложненном лейкоплакией краурозе определенный лечебный эффект может быть получен с помощью пересадки кусочка яичниковой ткани, взятого от здорового донора. С этой целью у женщины, подвергающейся, например, операции по поводу фибромиомы, резецируется небольшой кусочек яичника и имплантируется больной краурозом под апоневроз прямой мышцы живота. При этом донор предварительно обследуется, а часть кусочка яичниковой ткани подвергается гистологическому исследованию. При наличии только зуда без внешних проявлений на коже может быть применена местная спирто-повокаиновая блокада. С этой целью производится введение раствора ($\frac{1}{5}$ часть 96% спирта и $\frac{4}{5}$ части 0,5—0,25% раствора новокаина) в подкожную клетчатку вульвы из трех точек: в инфиоректальные пространства, у нижнего края седалищного бугра (с обеих сторон) и на лобке несколько ниже и латеральнее лонного бугорка. Введенный из этих точек раствор блокирует иннервацию всей области вульвы и промежности. Общее количество раствора не должно превышать 300 мл.

Существуют и другие методы консервативного лечения зуда вульвы, описание которых читатель может получить в различных руководствах и специальной периодической медицинской печати. Нужно отметить, что попытки консервативного устранения зуда весьма благодарная задача, так как любой из методов редко дает стойкий лечебный эффект. Этим, по всей видимости, следует объяснить многочисленность методов, предложенных для лечения, и постоянный поиск новых. Поэтому в современной практике сохраняется и хирургический метод лечения таких больных, особенно в тех случаях, когда зуд осложнен лейкоплакией и отличается упорством и мучительностью клинических проявлений. Операция, предпринимаемая по этому поводу, состоит в иссечении измененной кожи вульвы. Практически она сводится

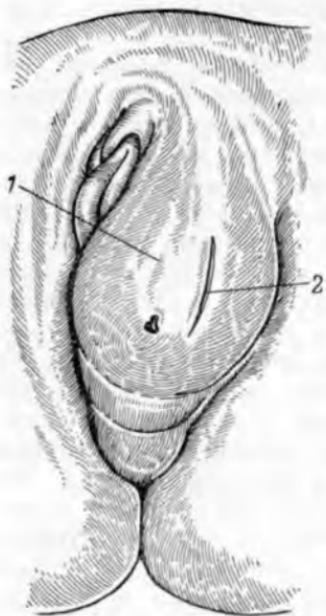


Рис. 18. Гнойный бартолинит.

1 — абсцесс; 2 — линия, по которой вскрывается гнойник.

к эстирпации вульвы, техника которой будет рассмотрена в соответствующем разделе руководства.

Лечение острого бартолинита. Острое гнойное воспаление бартолиниевой железы так же, как и гнойные очаги в других участках тела, требуют широкого вскрытия и последующего открытого ведения с применением антисептиков и при необходимости антибиотиков.

Вскрытие гнойного очага выгоднее производить в стороне от входа во влагалище (рис. 18). Делается это под кратковременным (внутривенным) наркозом или место разреза обезболивается хлорэтилом. Кожа операционного поля обрабатывается спиртом и йодом. После опорожнения гнойника в его полость заводится турунда с гипертоническим раствором и накладывается повязка.

Хирургическое лечение кист бартолиниевой железы. Это заболевание носит ретенционный характер и возникает вследствие закупорки выводного протока железы. Кисты в ряде случаев

могут достигать значительных размеров и в определенной степени затруднять физиологические отправления.

Операция удаления кисты производится следующим образом. На наиболее выпуклом участке осторожно рассекается истонченная кожа в продольном направлении. Разрез кожи должен быть достаточно большим с тем, чтобы величина раны допускала свободное манипулирование. Края разреза захватываются зажимами и разводятся в стороны. Тупым, а при необходимости частично острым путем киста постепенно вылуцается из ложа без вскрытия ее полости. Одновременно с выделением кисты осуществляется необходимый гемостаз. В ряде случаев киста может залегать достаточно глубоко, а ее выделение — встретить серьезные технические затруднения. После того, как киста будет выделена со всех сторон, она окажется связанной с тканями, расположенными позади нее. В этой ножке нередко находятся сосуды, пересечение которых без предварительного наложения зажимов может привести к обильному кровотечению. Поэтому весьма полезно конечный этап выделения и удаления кисты осуществлять после предварительного наложения зажима (зажимов) на ткани, связывающие заднюю часть кисты с ложем. После отсечения зажим заменяется лигатурой или это место обшивается. Образовавшаяся после удаления кисты рана ушивается кетгутowymi

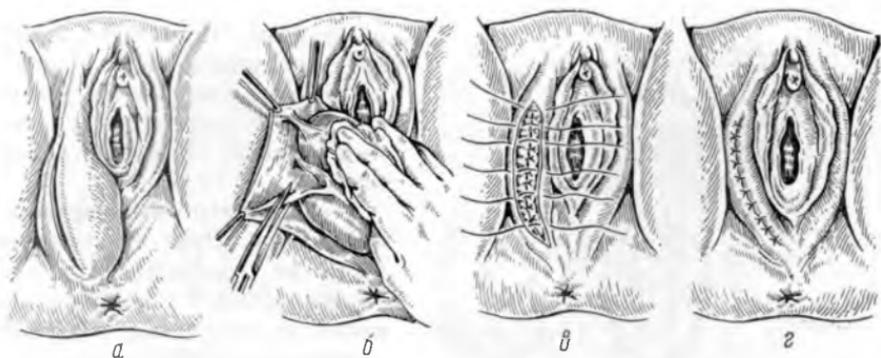


Рис. 19. Операция экстирпации кисты бартолиновой железы.

a — место разреза; *б* — этап вылушения кисты; *в* — послыное ушивание (ложка) раны; *г* — кожные швы.

швами в несколько этажей. На кожу накладываются узловые шелковые швы. Этапы операции представлены на рис. 19.

Удаление липом и миом вульвы. Эти заболевания встречаются сравнительно редко. Если опухоль имеет ножку, то удаление ее не представляет особой трудности. Обычно для ее удаления лигируется ножка и опухоль отсекается. Опухоли, расположенные

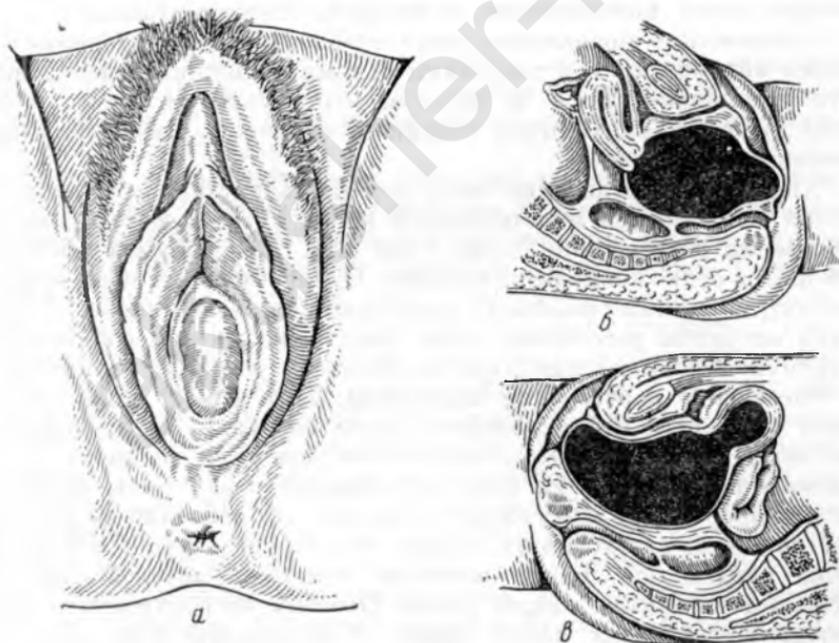


Рис. 20. Заращение девственной плевы.

a — вид наружных половых органов при атрезии плевы; *б* — гематокольпос; *в* — образование гематометры и гематосальпинкса при нарушении оттока менструальной крови.

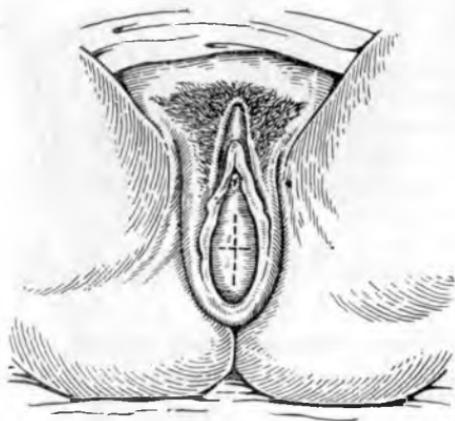


Рис. 21. Крестообразный разрез девственной плевы для опорожнения гематокольпоса.

в глубине тканей половых губ, вылуциваются и рана ушивается аналогично тому, как это делается при удалении кисты бартолиновой железы.

Лечение атрезии девственной плевы. При нормальном развитии девственная плева (hymen) имеет отверстие для стока менструальной крови. Отсутствие отверстия представляет собой один из пороков развития. С наступлением половой зрелости и началом менструаций такое страдание ведет к тому, что менструальная кровь, не имея стока, скапливается вначале во влагалище, а

затем заполняет полость матки, трубы и может проникнуть в брюшную полость (рис. 20). Таким образом, вначале образуется haematocolpos, затем haematometra, и наконец, haematosalpinx.

Клинические проявления этого заболевания характеризуются общим недомоганием и тянущими болями в нижних отделах живота, усиливающимися в периоды менструальных дней (milita menstrialis). Нередко возникает опасность инфицирования скопившейся крови.

Хирургическое лечение этого порока сводится к обеспечению оттока скопившейся менструальной крови путем крестообразного рассечения девственной плевы (рис. 21). Края разрезов девственной плевы редко приходится ушивать. Однако если они обильно кровоточат, то полезно наложить несколько кетгутовых швов. Технически операция рассечения очень проста, но требует соблюдения асептики и поэтому выполняется только в условиях стационара.

Рассечение перегородки влагалища. Этот дефект также относится к порокам эмбрионального развития. Технически операция не составляет трудности, относительно проста и сводится к иссечению перегородки на всем протяжении. Края раны обшиваются непрерывным кетгутовым швом, как это показано на рис. 22. Вместе с тем, нужно иметь в виду, что в ряде случаев в перегородке влагалища могут частично залегать мочевой пузырь спереди или прямая кишка сзади. Поэтому бесконтрольное рассечение перегородки может привести к ранению этих органов. Выяснение взаимоотношений между пузырем и кишкой, с одной стороны, и перегородкой — с другой, должно быть проведено еще до операции рассечения. Во время самой операции полезно уточнить расположение кишки и пузыря путем введения пальца в пря-

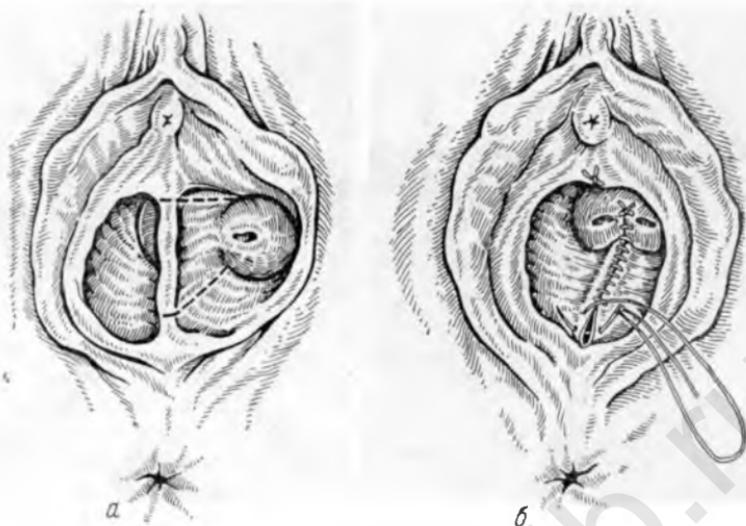


Рис. 22. Операция рассечения влагалищной перегородки.

а — схематическое изображение влагалищной перегородки до операции;
б — вид после операции, наложение шва на рану задней стенки влагалища.

мую кишку и металлического катетера в пузырь. Это особенно важно, если у хирурга имеется убеждение в частичном расположении этих органов в перегородке или по этому поводу возникли обоснованные подозрения.

Удаление кисты гартнерова хода. Это заболевание обычно не сопровождается болевыми ощущениями и чаще обнаруживается случайно при гинекологическом осмотре женщин. В ряде случаев кисты этого характера могут достигать значительных размеров и препятствовать половому акту или существенно осложнять роды. Поэтому кисты больших размеров требуют удаления. Однако такое вмешательство не всегда просто выполнить, особенно при высоком размещении кисты во влагалище или из-за ограничения оперативного доступа. Техническое выполнение этой операции сводится к осторожному поверхностному рассечению слизистой влагалища по вершине опухоли и постепенному вылущению кисты. Вылущение кисты нередко сопровождается значительным кровоотделением и таит в себе опасность ранения мочевого пузыря или прямой кишки. Естественно, что эти осложнения операции чаще возникают при своеобразном ее размещении в связи с тесным и близким соседством какой-либо части кисты с пузырем или кишкой. Поэтому еще перед операцией удаления кисты хирург должен иметь четкое представление об анатомических взаимоотношениях этих органов с кистой влагалища. Не менее важно также во время выделения кисты осуществлять планомерный и систематический гемостаз. После удаления кисты и

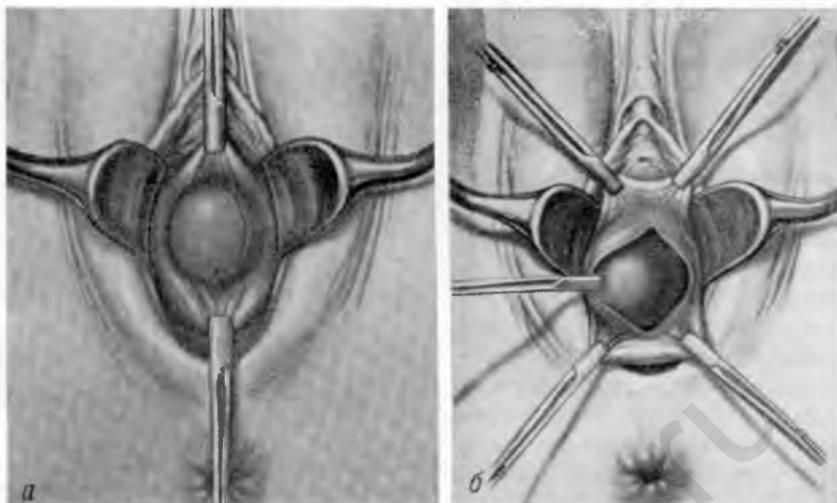


Рис. 23. Операция удаления кисты Гартнера хода.

а — разрез слизистой влагалища над кистой; б — этап начала вылуцения кисты.

тщательного гемостаза рана, в зависимости от ее обширности и глубины, ушивается отдельными узловыми кетгутowymi швами в несколько этажей (рис. 23).

Диагностическая пункция заднего свода, задняя кольпотомия (Colpotomia posterior). К пункции заднего свода влагалища в основном прибегают в целях дифференциальной диагностики между нарушенной внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями. Обнаружение в пунктате свободной крови свидетельствует о наличии внематочной беременности, поэтому вслед за пункцией, как правило, предпринимается чревосечение.

Следует иметь в виду, что пункция заднего свода подтверждает диагноз нарушенной внематочной беременности только в том случае, если кровь получена не из кровеносного сосуда. Поэтому полученную с помощью пункции кровь следует тщательно осмотреть на белом фоне, так как кровь, скопившаяся в брюшной полости, имеет темный цвет и мелкую зернистость (свертывание вне сосудистого русла). Кровь же, полученная непосредственно из сосуда (свежая), такой зернистости не должна иметь.

Если в результате пункции получен гной, то вслед за пей должна быть предпринята кольпотомия, с последующим дренированием гнойной полости.

Необходимость в пункции устанавливается на основании гинекологического исследования, при котором выявляется характерное выпячивание заднего свода за счет скопления в нем жидкости (крови или гноя). Для подобной операции специальной подготовки больных не требуется. Положение больной на операционном столе и подготовка операционного поля — такие же, как для любой другой влагалищной операции.

Пункция заднего свода выполняется в следующем порядке. Зеркалами широко раскрывается влагалище, пулевыми щипцами захватывается задняя губа шейки матки и приподнимается вверх (к лопу), так как этот прием существенно облегчает обзор и доступ к заднему своду. Если слизистая свода может быть захвачена длинным зажимом, то это облегчит и пункцию. Длинной с

широким просветом иглой, насаженной на шприц, производится прокол на вершине выпяченного участка. Вначале будет ощущаться некоторое сопротивление проколу со стороны тканей свода влагалища, а затем появится чувство попадания в полость. Прокол делают неглубоко, так как в этом отделе толщина тканей свода влагалища не превышает 3 мм (рис. 24). Осторожным и медленным вытягиванием поршня шприца насасывается содержимое (кровь, жидкость, гной).

Если в пунктате был получен гной, то вслед за пункцией приступают к операции задней кольпотомии (colpotomia posterior). Технически она производится следующим образом. В месте произведенной пункции остроконечным скальпелем в поперечном направлении рассекаются ткани свода, причем достаточно широко с тем, чтобы обеспечить сток гноя и последующее введение

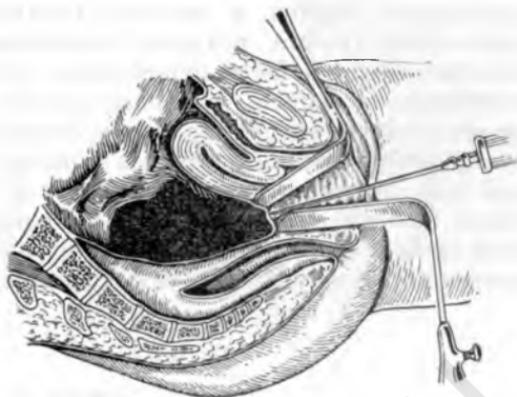


Рис. 24. Операция пункции заднего свода влагалища.

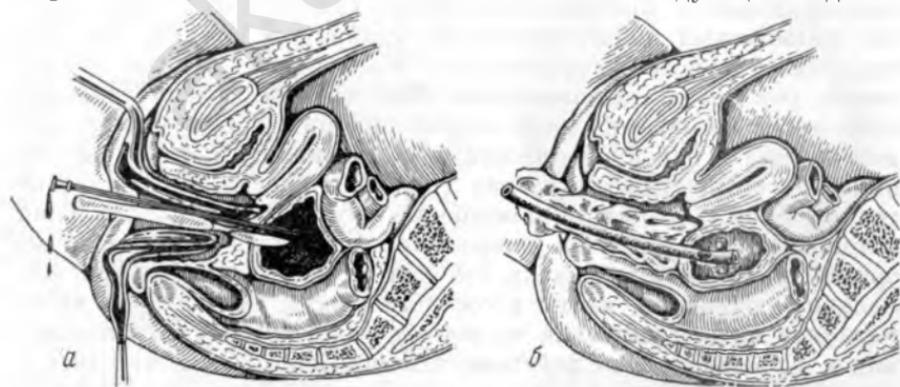


Рис. 25. Операция задней кольпотомии.

а — момент рассечения свода влагалища; б — введение дренажной трубки в полость гнойника.

дренажной трубки в полость гнойника (рис. 25). На конце дренажной трубки, который заводится за кольпотомическое отверстие, должна быть перекладина для фиксации ее в полости гнойника, а конец, располагающийся во влагалище, целесообразно прикрепить к марлевому тампону в целях предохранения от проскальзывания трубки в брюшную полость. Операция задней кольпотомии не сопровождается обильным кровотечением. Если, однако, оно возникает, то следует туго затампонировать влагалище на несколько часов марлевым тампоном, который одновременно будет удерживать и дренажную трубку.

ГЛАВА 5

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТАРЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ, НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА, ОПУЩЕНИЙ И ВЫПАДЕНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Общие замечания. Целесообразно напомнить о некоторых анатомо-топографических особенностях, уточняющих нормальное положение органов малого таза. Известно, что матка располагается по проводной оси таза между мочевым пузырем и прямой кишкой в положении *anteflexio-anteversio*. По вертикали область внутреннего зева матки должна паходиться на уровне интерспинальной линии (*lin. interspinalis*). В этом положении (*anteflexio-versio*) матка удерживается особым связочным (подвешивающим) аппаратом, состоящим из четырех пар связок: круглых, широких, кардинальных и крестцово-маточных. Снизу матку удерживает так называемый поддерживающий аппарат, в понятие которого включается тазовая диафрагма или тазовое дно. Тазовое дно является основным анатомическим образованием, обеспечивающим сохранение физиологического положения матки и других органов малого таза и брюшной полости, предохраняющим их от выпадения. При физических нагрузках (подъем тяжести, бег, кашлевые толчки и пр.) возникает повышение внутрибрюшного давления, которое, распространяясь равномерно, оказывает влияние на все органы, в том числе и матку, смещая ее книзу. Однако при нормальном положении матки и состоятельности тазового дна испытываемое маткой давление не меняет ее анатомического положения и с прекращением действия, повышающего давление фактора, принимает свое физиологическое положение. Такая устойчивость матки объясняется тем, что при сохраненных анатомических взаимоотношениях в момент смещения ее книзу она как бы опи-

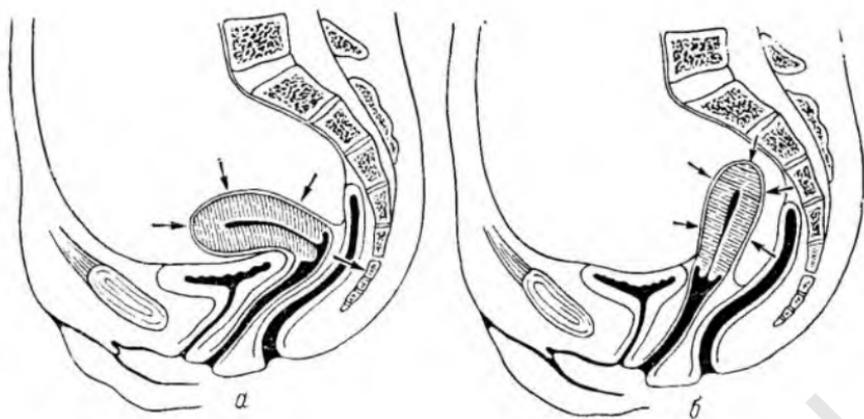


Рис. 26. Схема направлений передачи внутрибрюшного давления.
 а — при нормальном положении матки; б — при отклонении матки кзади.

рается с одной стороны на мочевой пузырь и лобковые кости, а с другой — на уругие мышцы тазового дна. Другие условия создаются в том случае, если матка будет находиться в положении кзади (*retroversio*), тем более при несостоятельности тазового дна, обусловленной значительным расширением *hiatus genitalis* (рис. 26). Расширение размеров *hiatus genitalis* можно уподобить как бы «грыжевым воротам.» Недостаточность тазового дна обычно развивается в результате разрывов тканей промежности во время родов, при котором внутренние ножки леватора расходятся в стороны или разрываются. Такой дефект тканей с течением времени формирует недостаточность тазового дна, которая приводит к утрате функциональной роли поддерживающего аппарата. Постепенно тазовые органы, в том числе матка и стенки влагалища, не встречая опоры, все больше и больше опускаются, вплоть до полного выпадения (рис. 27). Вначале происходит опущение стенок влагалища, а затем и матки.

Поскольку к передней стенке влагалища фиксированы и интимно прилежат задняя стенка уретры, шейка и дно мочевого

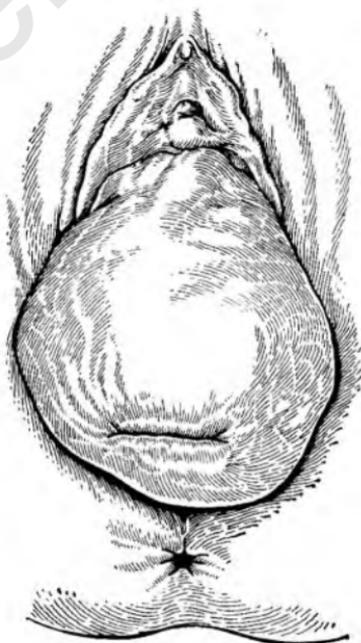


Рис. 27. Полное выпадение матки,

пузыря, а к задней стенке влагалища — передняя стенка прямой кишки — опущение стенок влагалища неизбежно ведет к смещению и этих органов. Следует отметить, что противоположные части этих органов (передняя стенка уретры, мочевого пузыря и задняя — прямой кишки) подвергаются смещению в меньшей степени. В результате такого неравномерного перемещения различных отделов этих органов возникает растяжение замыкающих аппаратов мочевого пузыря и прямой кишки, что ведет к утрате ими нормальной функции. Потеря сфинктерами способности к рефлекторному сокращению в момент повышения внутрибрюшного давления приводит к тому, что при кашле, чихании и прочих нагрузках возникает недержание мочи, газов, а при тяжелых формах этой патологии и кала. Под влиянием постоянного непроизвольного отделения мочи или содержимого кишечника у больных развиваются обширные и мучительные дерматиты в области половых органов, бедер и ягодиц.

При полном выпадении матки одним восстановлением целостности тазового дна стойкого лечебного эффекта получить не представляется возможным, особенно при рубцовоизмененных и атрофичных тканях промежности. Несмотря на то, что в результате операции, хотя и достигается восстановление топографических взаимоотношений тканей, состоятельность тазового дна, однако, оказывается недостаточной. С течением времени ткани промежности, претерпевая постоянное давление со стороны органов брюшной полости, вновь растягиваются, недостаточность промежности усугубляется и наступает рецидив заболевания. Поэтому, в зависимости от выраженности страдания, при обсуждении вопроса о необходимости пластической операции должны быть намечены пути дополнительных хирургических мероприятий, содействующих эффекту основной. Хотя вариантов дополнительных операций предложено много, целесообразно рассмотреть только два из них как наиболее эффективные. Обе дополнительные операции связаны с укреплением положения матки со стороны брюшной полости и использованием брюшноспечного доступа. Выполняются они как второй этап после основной (влагалищной) операции в сроки, которые определяются в зависимости от состояния здоровья больной, но не раньше 1,5—2 недель после первой.

Первый вариант состоит в том или ином (по техническому исполнению) укорочении круглых связок. Чаще всего эта операция выполняется по Дартигу — Вебстеру (Dartig — Webster). Этот способ предназначен для придания матке в малом тазу физиологического положения, т. е. положения *anteflexio-versio*. После такой операции возможно наступление беременности и даже родов, хотя последние нежелательны из-за возможного рецидива страдания.

Второй вариант основан на приеме подшивания матки к передней брюшной стенке, чаще всего по Кохеру (*ventrofixatio modo Kocher*). Использование этого варианта ведет к постоянной

фиксации матки к брюшной стенке, в связи с чем беременность после такой операции не должна быть допущена. Поэтому фиксацию матки обычно сочетают с операцией стерилизации, если она производится у женщины чадородного возраста.

Ниже рассмотрены некоторые особенности техники операций, предприимлемых по поводу опущения стенок влагалища или выпадения матки. Основу хирургического вмешательства составляет восстановление целостности промежности и укрепление мышц тазового дна. Однако для устранения этого страдания одного формирования тазового дна со стороны задней стенки влагалища недостаточно. Нужно иметь в виду, что опущение стенок влагалища связано со значительным растяжением его тканей в целом. Поэтому для достижения лучшего эффекта такая операция должна включать также укрепление передней стенки влагалища, после удаления ее избытка, возникшего в результате растяжения.

Операция ушивания передней стенки влагалища носит название передней кольпорафии, а задней — задней кольпорафии. Поскольку опущения или выпадения влагалища и матки довольно часто сочетаются с несостоятельностью внутреннего сфинктера уретры, передняя кольпорафия нередко включает и операцию по *укреплению сфинктера пузыря*.

Операции по поводу неосложненного опущения или выпадения стенок влагалища или матки (Colporrhaphia anterior et posterior с. levatoroplastica).

Передняя кольпорафия (colporrhaphia anterior). С помощью зеркал широко растягивается влагалище, передняя губа шейки матки (или обе губы) захватывается пинцетом щипцами и шейка сводится книзу настолько, насколько это возможно, но без излишнего натяжения. На передней растянутой стенке влагалища, отступив на 1,5—2 см от наружного отверстия уретры и на такое же расстояние не доходя до области наружного зева матки, скальпелем на слизистой намечается овальной формы лоскут, который нужно будет удалить. Намеченный лоскут осторожно скальпелем отсекается от тканей. Если хирург при отсечении лоскута попадет в рыхлый слой, то его выделение идет очень легко. Полезно, захватив край намеченного лоскута зажимом, наперлуть его на палец и дальнейшее отделение лоскута вести на пальце, контролируя таким образом его толщину и предупреждая возможное ранение уретры или стенки мочевого пузыря. Ширина намеченного лоскута выбирается в зависимости от степени растяжения влагалища, но она не должна превышать величины, обеспечивающей сближение оставшихся краев раны без натяжения. После удаления лоскута должен быть произведен тщательный гемостаз. Освеженная поверхность на всем протяжении ушивается непрерывной кетгутовой лигатурой или отдельными узловыми швами таким образом, чтобы максимально сблизить края раны слизистой. Погружные швы являются одновременно гемостатическими и укрепляющими растянутые

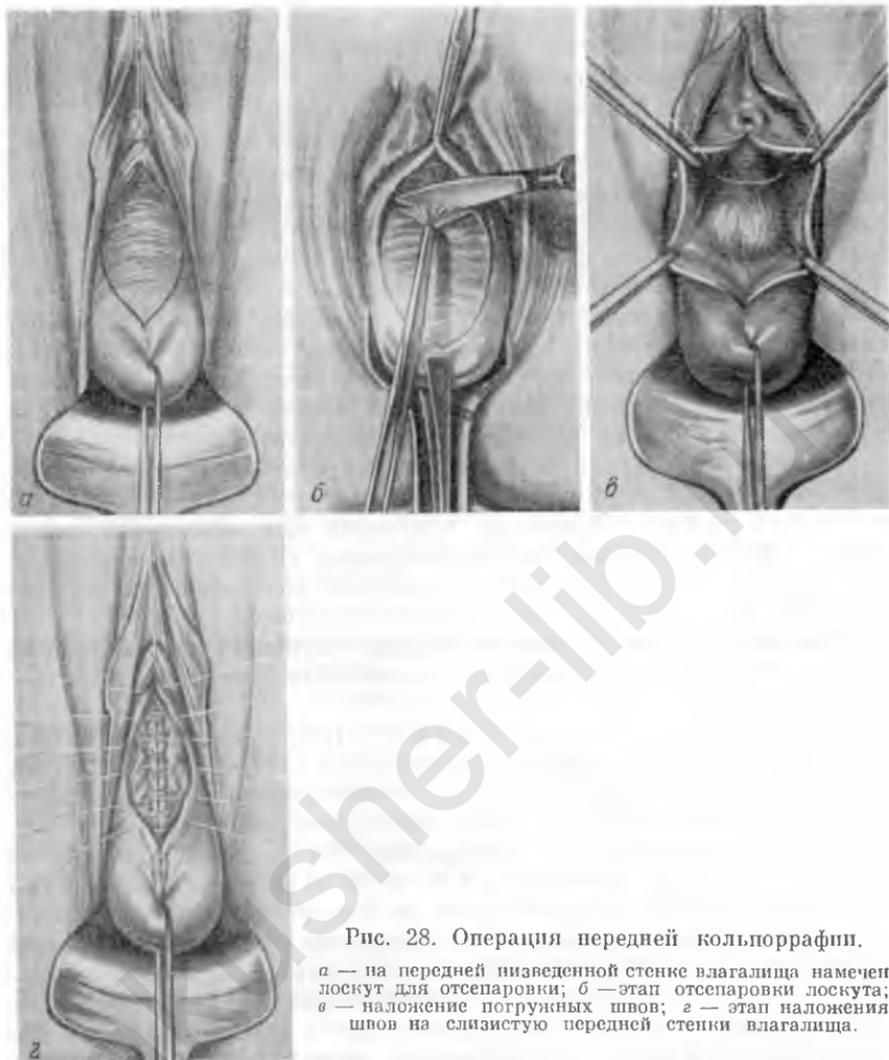


Рис. 28. Операция передней кольпорафии.

а — на передней низведенной стенке влагалища намечен лоскут для отсепаровки; *б* — этап отсепаровки лоскута; *в* — наложение погружных швов; *г* — этап наложения швов на слизистую передней стенки влагалища.

ткани передней стѣнки влагалища и стенки мочевого пузыря. Затем непрерывным кетгутovým швом сшиваются края раны слизистой оболочки влагалища, начиная с ее верхней части и далее книзу. Производится туалет операционного поля и смазывание шва йодной настойкой, после чего зеркала извлекаются. На рис. 28 показаны отдельные этапы этой операции.

Задняя кольпорафия с уменьшением размеров hiatus genitalis (colporrhaphia posterior с. lavatoroplastica). Во влагалище заводится переднее зеркало (подъемник), и шейка матки вместе с передней стенкой влагалища отводятся кверху (положение больной на спине). На слизистую задней стенки влагалища, на некотором расстоянии кнаружи от шейки матки, а также боко-

вые отделы нижней части вульварного кольца накладываются зажимы Кохера таким образом, чтобы при их растяжении образовался треугольной формы лоскут, подлежащий затем удалению. Размеры намеченного таким образом лоскута обычно зависят от степени растяжения тканей задней стенки влагалища и выраженности ее опущения. Поэтому верхняя точка намеченного треугольника выбирается ближе или дальше от купола заднего свода в зависимости от сформировавшегося дефекта. Чем выше будет располагаться вершина треугольника и чем шире будет его основание, тем короче окажется созданная затем влагалищная трубка.

Определение величины треугольника, особенно у молодых женщин, представляет сложную задачу, так как неправильный выбор точек вершин треугольника может привести к тому, что сформированное влагалище окажется недостаточно емким или, напротив, слишком широким. Поэтому при определении величины подлежащего удалению лоскута полезно проверить (до отсепаровки) пальцами глубину заднего свода и длину остающейся части задней стенки влагалища. Величина получающегося входа во влагалище может быть уточнена сведением вместе боковых зажимов и введением пальцев в образовавшееся таким образом отверстие. Только после подобной проверки и полной убежденности в достаточности создаваемого влагалища можно приступить к отсепаровке намеченного лоскута задней стенки.

Слизистая задней стенки влагалища в пределах намеченного треугольной формы лоскута рассекается и постепенно, частично острым и тупым путем отсепаровывается (рис. 29, а, б). Отсепаровка лоскута на задней стенке влагалища технически проще, чем на передней, так как между нею и стенкой прямой кишки залегает более рыхлый слой соединительной ткани. При отделении лоскута, в этом случае так же, как и при отсепаровке передней можно использовать прием отсепаровки на подложенном под него пальце. Следует обратить внимание на толщину удаляемого лоскута, так как его внутренняя поверхность непосредственно прилежит к передней стенке прямой кишки и глубокое проникновение в ткани задней стенки влагалища может привести к травме сосудов венозной сети, богато представленной в этой области, или ранению самой прямой кишки. Если это осложнение будет замечено, то после тщательного ушивания раны можно надеяться на первичное заживление. С удалением лоскута задней стенки влагалища создаются условия для подхода к внутренним ножкам леватора, т. е. группе мышц тазового дна, образующих *hiatus genitalis*. В целях определения их положения, тургора и целостности производится пальпаторное обследование. Тупым путем ножки несколько высвобождаются от примыкающей к ним задней стенки влагалища в стороны от границы удаленного лоскута (рис. 29, в, г). Под ножки леваторов (*an masse*) заводятся достаточно прочные кетгутовые лигатуры, число которых определяется степенью расхождения ножек и величиной, на которую необходимо поднять и укрепить будущую промежность (рис. 29, д). Концы лигатур, подведенных под обе ножки, захватываются зажимами Шеана, но не

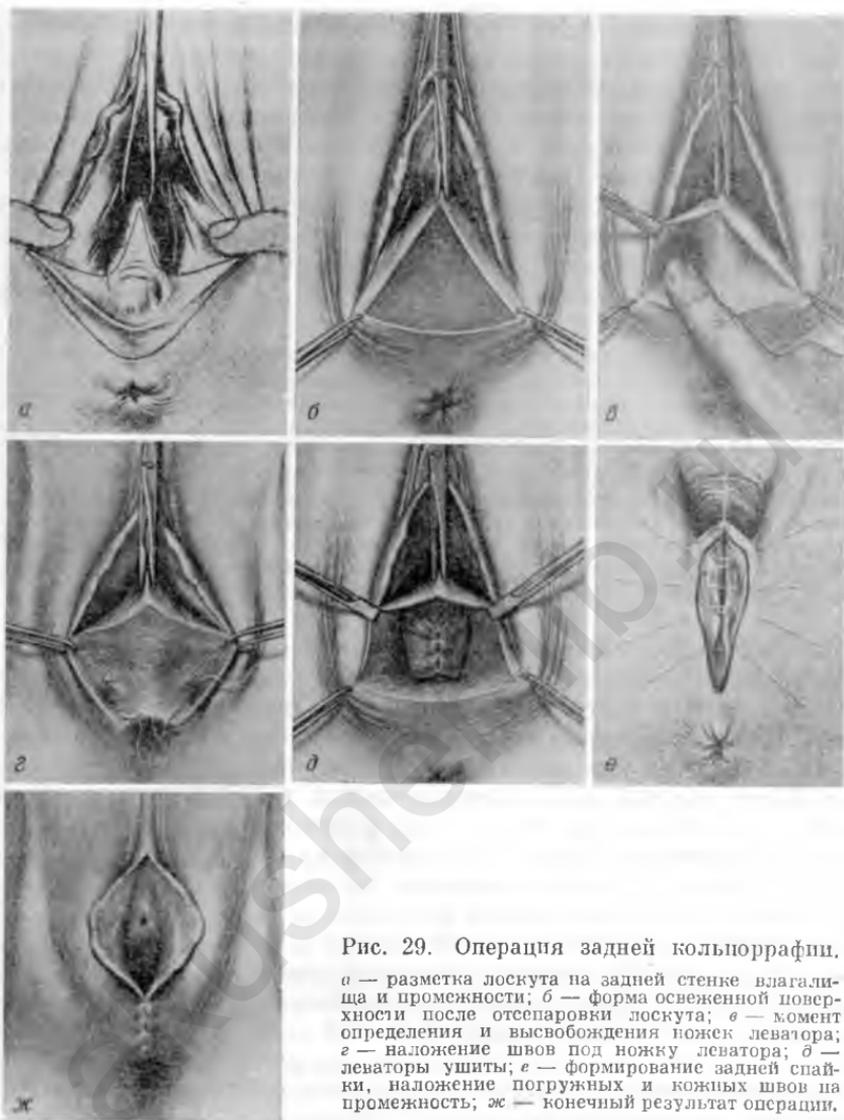


Рис. 29. Операция задней кольпоррафии.

а — разметка лоскута на задней стенке влагалища и промежности; *б* — форма освеженной поверхности после отсепаровки лоскута; *в* — момент определения и высвобождения ножек леватора; *г* — наложение швов под ножку леватора; *д* — леваторы ушиты; *е* — формирование задней спайки, наложение погружных и кожных швов на промежность; *ж* — конечный результат операции.

завязываются. Обычно целесообразно стягивать и связывать лигатуры только после того, как будут сформированы нижние отделы задней стенки влагалища путем наложения шва на края раны, образованной в результате отсепаровки лоскута. Края раны задней стенки влагалища ушиваются непрерывным кетгутовым швом до области, в которой затем будет сформирована задняя спайка. В ряде случаев полезно перед наложением швов на слизистую предварительно наложить несколько узловых кетгутовых швов на подлежащие ткани. Такой прием, помимо обеспечения

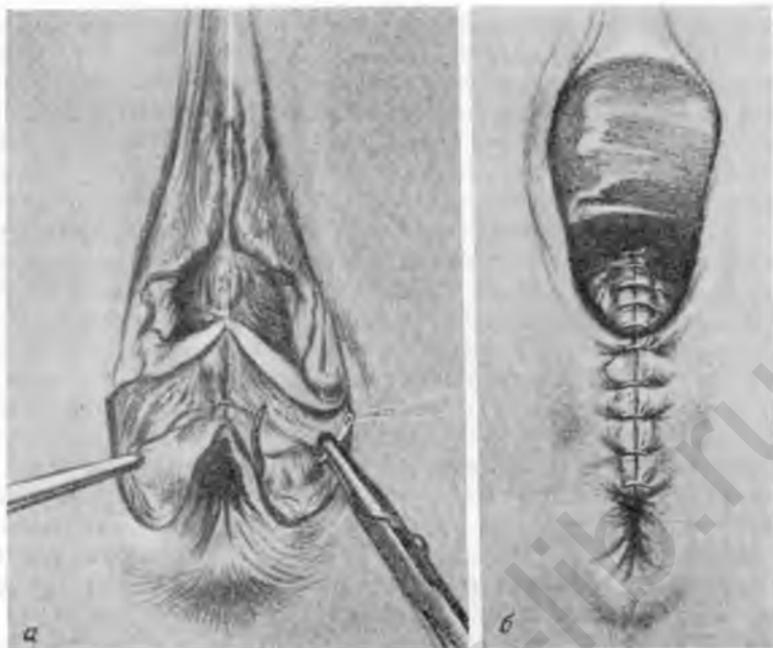


Рис. 30. Этап ушивания разошедшихся мышц анального сфинктера.

а — иглой захвачен левый конец сфинктера; *б* — конечный результат операции при разрыве промежности и сфинктера.

гемостаза, позволяет свести края раны и тем самым ослабить возможное натяжение тканей.

После того, как края раны влагалища будут ушиты, связываются концы лигатур, выведенные из-под ножек леваторов. Этим приемом по-существу формируется промежность и укрепляются мышцы тазового дна. Теперь приступают к ушиванию оставшейся слизистой до задней спайки (рис. 29, *е*), повое положение которой было намечено боковыми зажимами Кохера, наложенными перед началом операции в момент определения величины лоскута. Оставшаяся рана промежности ушивается отдельными шелковыми швами, число которых зависит от высоты раны. Перед окончательным ушиванием раны промежности могут быть наложены погружные узловы швы. В ряде случаев вместо шелка можно использовать металлические серфины. После туалета операционного поля и обработки швов влагалища и промежности йодом операция задней кольпоррафии заканчивается. Катетером выпускается моча с определением ее вида (наличие крови).

Если в старый разрыв промежности были включены и мышцы анального сфинктера, то перед наложением швов на леваторы вначале должны быть сшиты пучки мышц анального кольца, как это показано на рис. 30.

Срединная кольпоррафия по Нейгебауеру-Лефору (*colporrhaphia mediana modo Neigebauer-LeFort*). Эта операция применяется исключительно у женщин пожилого возраста, не ведущих половой жизни и страдающих полным выпадением матки, но без нарушения актов мочеиспускания и дефекации. В связи с тем, что после такой операции исключается доступ к шейке матки со стороны влагалища, следует до операции уточнить ее состояние. Поэтому операция не должна предприниматься у женщин, имеющих тканевые нарушения в области влагалищной части шейки матки или со стороны эндометрия, которые должны быть исключены с помощью цитодиагностики или биопсии.

Операция срединной кольпоррафии технически сравнительно проста, но требует плапомерного выполнения и тщательного наложения швов. Техника операции складывается из пяти этапов (рис. 31).

Первый из них можно отнести к числу подготовительных, так как выполнением этого этапа обеспечивается подготовка операционного поля. Пулевыми щипцами захватывается влагалищная часть шейки матки и шиводится книзу. Этим приемом достигается выведение матки и всей выпадающей части влагалищной трубки наружу.

Второй этап состоит в том, что на вывернутой передней стенке влагалища намечаются контуры лоскута в виде прямоугольника, границы которого должны располагаться: верхняя — отступя на 2 см от наружного отверстия уретры, нижняя — на 2 см не доходя до наружного зева матки; боковые границы устанавливаются индивидуально в зависимости от степени выраженности растяжения влагалища. Намеченный лоскут (возможно тоньше) отсепаровывается острым путем таким образом, чтобы на передней стенке влагалища образовать четырехугольную освеженную поверхность (рис. 31, а).

Третий этап предусматривает создание такой же освеженной поверхности на задней стенке влагалища. Для этой цели шейка матки с помощью пулевых щипцов отводится к лону. Этот прием обеспечивает возможность определения величины всей поверхности задней стенки влагалища, на которой намечается место для отсепаровки такого же по размерам лоскута, как и на передней. После разметки необходимого четырехугольника лоскут отсепаровывается (рис. 31, б). Освеженные поверхности на передней и задней стенках влагалища должны быть совмещены путем сшивания. Эта часть операции составляет *четвертый* этап.

Обе раневые поверхности сближаются после перемещения шейки матки внутрь влагалища. Кетгуттовые одиночные швы начинают накладывать на верхние края ран обоих четырехугольников, расположенных у наружного зева матки (рис. 31, в). После этого сшивают вместе обе раневые поверхности четырехугольников наложением отдельных кетгуттовых швов таким образом, чтобы эти поверхности максимально точно совместились. На этом

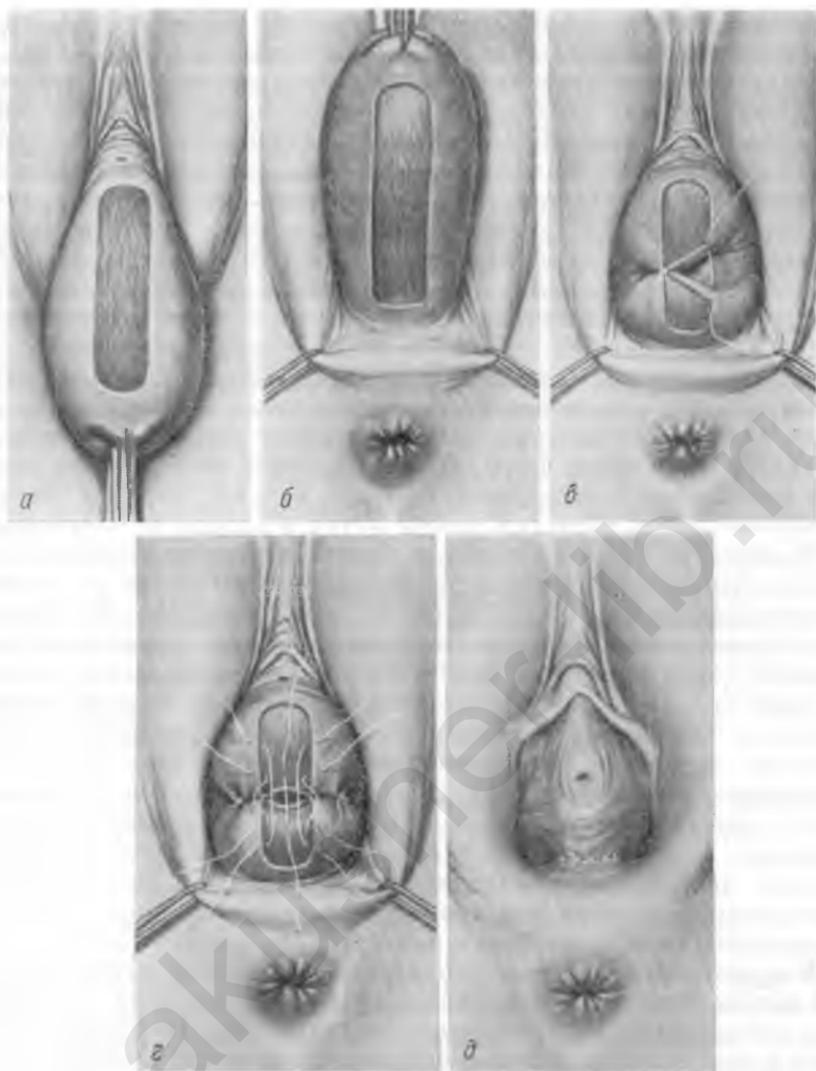


Рис. 31. Срединная кольпорафия по Нейгебауеру—Лефору.

a — освещенная четырехугольная поверхность на передней стенке влагалища; *б* — освещенная поверхность такой же формы на задней стенке влагалища; *в* — наложение первых швов на верхние углы освещенных поверхностей после заправления шейки матки внутрь; *г* — этап наложения последующих швов; *д* — конечный результат операции срединной кольпорафии.

этапе следует проявить особое внимание к технике наложения швов. Выполнение его сводится к следующему: левый край раны прокалывается иглой, начиная от верхнелевого угла уже сшитых верхних краев четырехугольников. Затем той же иглой прошиваются подлежащие ткани до середины раневой поверхности перед-

ней стенки и игла переводится на середину задней стенки, прошиваются подлежащие ткани задней освеженной поверхности и выкол делается за край раны заднего четырехугольника с левой же стороны. После этого на таком же уровне аналогичным образом ушиваются края правой стороны четырехугольников. Здесь технически удобнее начинать с середины раневой поверхности на задней стенке. Поэтому иглой от середины раневой поверхности передней стенки прошиваются подлежащие ткани и выкол делается в край раны правой стороны. Конец лигатуры остается на поверхности слизистой передней стенки влагалища. Второй конец лигатуры аналогично проводится иглой через ткани задней стенки и выкалывается через край раны задней стенки (рис. 31, г). Затем обе лигатуры (на левой и правой сторонах) связываются. Таким же образом, начиная от верхних углов, постепенно ушивается вся раневая поверхность до наружных углов четырехугольников. По завершении этого этапа операции с обеих сторон ушитого влагалища формируются боковые каналы, которые имеют сообщение между областью шейки матки и входом во влагалище.

Наконец, *пятый* этап включает шивание нижних краев обоих четырехугольников, которое производится обычными узловыми кетгутовыми швами (рис. 31, д). На этом операция заканчивается. Производится туалет операционного поля и смазывание наружного (видимого) шва йодом. Катетером выпускается моча¹.

Опыт свидетельствует о том, что у некоторых женщин такое ушивание влагалища, вследствие чрезмерного истощения и растяжения тканей и несостоятельности тазового дна, не всегда обеспечивает стойкий эффект. Постепенно, под воздействием давления сверху, в связи с несостоятельностью промежности, вновь возникает выпячивание влагалища. Поэтому при необходимости полезно произвести дополнительно к срединной кольпорафии укрепляющую тазовое дно операцию леваторопластики, которая выполняется тотчас по окончании срединной кольпорафии.

Хирургическое лечение сочетанного выпадения матки и прямой кишки. Выпадение влагалища и матки в сочетании с выпадением прямой кишки наблюдается относительно редко. Такое страдание в еще большей степени отягощает состояние больных, требует правильной оценки совокупности патологии и хорошо продуманного плана хирургического лечения.

Вместе с тем следует иметь в виду, что длительно существующее выпадение влагалища, матки и прямой кишки не только сопряжено с растяжением тканей самих выпавших органов, но и окружающих (связочного аппарата, тазового дна, клетчатки). В результате длительного растяжения тканей происходит нарушение кровообращения и обменных процессов, что в свою очередь ведет к формированию трофических нарушений. Поэтому при сочетанном выпадении матки и прямой кишки не следует рассчиты-

¹ Катетеризация является обязательной манипуляцией при всех гинекологических операциях, так как большинство из них производятся в анатомической близости с мочевым пузырем.

вать на длительный успех от операций, связанных с восстановлением целостности тазового дна, даже в том случае, если дополнительно производится вентрофиксация матки. Опыт показывает, что для достижения стойкого эффекта в подобных случаях необходимо производить одновременно и укрепление прямой кишки, которое производится со стороны брюшной полости. Следует, хотя бы кратко, остановиться на некоторых особенностях механизма, способствующего выпадению прямой кишки, так как не каждое ее выпадение требует непременно хирургического лечения. Принято различать четыре стадии выпадения прямой кишки. *Первая* из них характеризуется выпадением относительно незначительного отрезка кишки, возникающего только при затрудненном акте дефекации, но который самостоятельно вправляется. Ко *второй* стадии относят выпадение более значительного отрезка кишки, при котором самопроизвольного вправления ее не происходит и больной приходится самой вправлять выпавшую кишку рукой. *Третья* стадия характеризуется более тяжелыми проявлениями выпадения, которое возникает не только во время акта дефекации, но и в обычных условиях, при любом повышении внутрибрюшного давления (кашле, чихании, смехе), при этом часто не удерживаются газы и каловые массы. К *четвертой* стадии выпадения относят особенно тягостные проявления, при которых прямая кишка выпадает при обычной ходьбе и в положении стоя. В этих случаях вправление кишки в лежащем положении не ведет к успеху.

Вполне понятно, что различие в степенях выпадения прямой кишки находится в прямой зависимости от тех структурных изменений, которые произошли в результате несостоятельности тазового дна. Поэтому, если при I и II стадиях выпадения можно рассчитывать на определенный успех после выполнения обычной пластической операции по восстановлению целостности тазового дна и анального сфинктера, то при более выраженных степенях (III и IV) подобная операция успеха иметь не будет. В связи с этим восстановление целостности тазового дна должно обязательно сочетаться с укреплением прямой кишки.

Техника операции, предпринимаемой по поводу выпадения матки, рассмотрена в предыдущих разделах, поэтому ниже целесообразно ограничиться рассмотрением лишь дополнительного вмешательства на прямой кишке.

Операция Кюммеля. Больные перед операцией должны быть тщательно обследованы с целью исключения других заболеваний, которые могут вести к выпадению прямой кишки. Известно, например, что это может быть обусловлено опухолевым поражением прямой кишки. Поэтому хирургическому лечению должны подлежать неосложненные выпадения, в механизме возникновения которых лежит *нарушение целостности* тазового дна.

В практике используют различные варианты оперативных пособий, предпринимаемых по поводу выпадения прямой кишки, однако в сочетании с выпадением матки наиболее полно удовлетворяет цели операция, предложенная Кюммелем (Kummel), которая достаточно проста и обеспечивает стойкий эффект.

Техника этой операции состоит в следующем. Нижним срединно-продольным разрезом (между лоном и пупком) вскрывается брюшная полость. Кишечник максимально отстраняется вверх с тем, чтобы вся поверхность крестцовой области была доступна для тщательного обозрения. На передней поверхности крестца продольным разрезом осторожно рассекается париеталь-

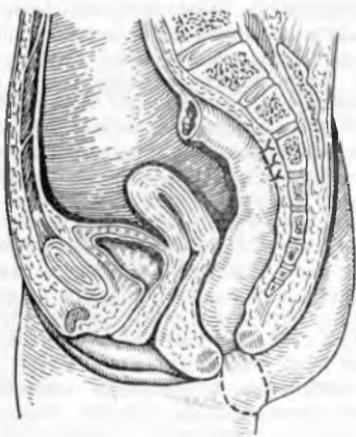


Рис. 32. Положение кишки после операции ректопексии по Кюмелю.

лучше пользоваться тонкими шелковыми нитями). Этим этапом операция фиксации прямой кишки к поверхности крестца (rectopexia) заканчивается.

Обычно операция укрепления прямой кишки сочетается с операцией фиксации матки, которая предпринимается как второй этап после восстановления целостности тазового дна. Этот этап может включать различные модификации, фиксирующие положение матки в малом тазу. Однако чаще в практике используют операцию вентрофиксацию матки по Кохеру или укорочение круглых связок по Дартигу — Вебстеру.

Таким образом, в результате ректопексии подтянутая вверх кишка на достаточном протяжении фиксируется задней стенкой к поверхности крестца и с боков — листками париетальной брюшины крестцовой области. С течением времени между стенками кишки, крестцом и листками брюшины наступают достаточно прочные сращения, которые удерживают ее от выпадения. Положение прямой кишки после операции ректопексии по Кюмелю показано на рис. 32.

Важное практическое значение имеет порядок выполнения отдельных этапов такого комбинированного хирургического вмешательства. По-видимому, тактически правильным решением следует считать такое, которое в каждом отдельном случае будет учитывать индивидуальные особенности страдания. Поэтому общий план оперативного вмешательства должен строиться с учетом прежде всего этих факторов и быть хорошо продуманным. Вместе с тем, можно рассмотреть некоторую тактическую схему, которая может иметь определенное практическое значение. Например, если создается впечатление, что основной причиной страдания является

ная брюшина на протяжении 7—8 см, книзу, начиная от уровня мыса. Рассеченный брюшинный листок отсепаровывается в стороны для создания будущего ложа прямой кишки. После этого прямая кишка максимально подтягивается вверх. Чрезвычайно важно, чтобы в результате этого приема произошло втяжение заднего прохода (наблюдение за этим этапом должен вести врач). В подтянутом положении прямая кишка укладывается в подготовленное ложе на переднюю поверхность крестца. Отсепарированные в обе стороны листки париетальной брюшины фиксируются узловыми кетгутовыми швами к боковым отделам кишки (в этих случаях

несостоятельность тазового дна и анального сфинктера, то целесообразно начинать операцию с пластики промежности. Наблюдения свидетельствуют, что при технически правильно выполненной операции, как правило, даже при значительно выраженных выпадениях органов достигается вполне удовлетворительный эффект. В качестве дополнительного мероприятия в этих случаях можно рекомендовать вентрофиксацию матки по Кохеру. Если же наряду с обычным выпадением матки значительно выражено постоянное выпадение прямой кишки, то более целесообразным будет представляться выполнение фиксации подтянутой кишки путем чревосечения. Одновременно с укреплением прямой кишки целесообразно выполнить также и операцию фиксации матки по одному из принятых в этих случаях вариантов.

Вторым этапом должна следовать операция по восстановлению целостности тазового дна. Такой тактический прием целесообразнее потому, что подтянутая и не выпадающая прямая кишка создает более благоприятные условия для выполнения вмешательства на промежности и тазовом дне. Следует иметь в виду, что второй этап операции (влагалищный) должен быть ограничен только задней кольпоррафией с пластикой тазового дна и, если необходимо, анального сфинктера. Передняя кольпоррафия полностью исключается в связи с уже выполненной фиксацией матки в брюшной полости (вентропексия). Поэтому, если у больной отмечается относительное недержание мочи, требующее для своего устранения передней кольпоррафии, то первым этапом должны быть выполнены влагалищные операции, а вторым — чревосечение с укреплением прямой кишки и фиксацией матки.

Хирургическое лечение опущений стенок влагалища, осложненных неудерживанием мочи (несостоятельность замыкающего аппарата мочевого пузыря). Неудерживание мочи без нарушения целостности мочевыделительных органов называется относительным недержанием, или *incontinentia urinae relativa*. В отличие от абсолютного недержания, наблюдаемого при свищах, которые могут локализоваться в различных отделах мочевыводящих путей. При относительном недержании отделение мочи чаще возникает при смехе, кашле, чихании, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления. В ряде случаев, однако, оно может происходить у женщин в спокойном состоянии.

При повышении внутрибрюшного давления у здоровых женщин мочевой пузырь испытывает сжатие, в ответ на которое возникает безусловный рефлекс, обеспечивающий сокращение мышц запирающего аппарата (сфинктера) мочевого пузыря, а также и кишечника. При растяжении этих мышц, обусловленном опущением половых органов, рефлекторное сокращение оказывается неполным и через просвет выталкиваются моча или содержимое кишки.

Это обстоятельство в большинстве случаев требует хирургического лечения, которое включает не только устранение опущения стенок влагалища, но и ликвидацию основного дефекта, связанного с несостоятельностью запирающего аппарата мочевого пузыря.

Ниже рассмотрены две модификации операций (по Фигурнову и Фигурнову — Марциусу), наиболее эффективно устраняющие недержание мочи.

Операция передней кольпоррафии с подвешиванием мочевого пузыря по Фигурнову (colporrhaphia anterior с. suspensio vesicis utinaria modo Figurnov). Больная укладывается на операционном столе в обычном положении на спине, принятом для влагалищных операций. Подготовка операционного поля такая же, как и при других влагалищных операциях. С помощью зеркал широко раскрывается влагалище и низводится шейка матки пулевыми щипцами кнаружи. При значительном опущении низведение шейки матки осуществляется достаточно легко. При этом вся передняя стенка влагалища оказывается доступной для обозрения и выполнения оперативного вмешательства.

На передней стенке влагалища в продольном направлении, примерно на 1,5—2 см отступая от наружного отверстия уретры и не доходя 2 см до наружного зева матки, по средней линии рассекается слизистая (рис. 33, а). Частично острым, а в основном тупым путем, в стороны от средней линии отсепаровываются края слизистой влагалища с тем, чтобы достаточно обнажить мочевой пузырь и уретру. Выделение пузыря можно начинать слева или справа, так как последовательность этих этапов существенного значения не имеет и зависит в основном от привычки и навыков хирурга. Для этой цели на слизистую влагалища по линии разреза (одной из сторон) накладывается ряд зажимов с таким расчетом, чтобы на всем протяжении край слизистой можно было бы расправить веерообразно. После этого тупым путем (в некоторых местах можно использовать и скальпель) мочевой пузырь отслаивается от стенки влагалища до уровня задней поверхности нисходящих ветвей лобковых костей (рис. 33, б, в). Такой отсепаровкой достигается обнажение области задней стенки и шейки мочевого пузыря, а также большей части уретры¹.

Следующий этап операции является основным и технически достаточно сложным. Суть его заключается в проведении прочной лигатуры (кетгут или шелк) за надкостницу задне-внутренней поверхности средней части нисходящих ветвей лобковых костей. Вначале лигатура заводится в правую половину (по отношению к больной). При этом для удобства узким подъемником мочевого пузыря и уретра отводится влево и вверх, а отсепарованная стенка влагалища — вправо и несколько книзу. Этот прием дает возможность видеть глубину раны и острие иглы, заведенной за надкостницу нисходящей ветви лобковой кости. Вторым иглодержателем захватывается конец иглы, и она с лигатурой проводится за надкостницу и выводится в рану. Этот момент операции осо-

¹ При отсепаровке пузыря не следует, однако, поднимать очень высоко, в область расположения парапетальной клетчатки, так как она богата снабжена венозными сосудами, а их травма, как правило, сопровождается достаточно обильным кровотечением.

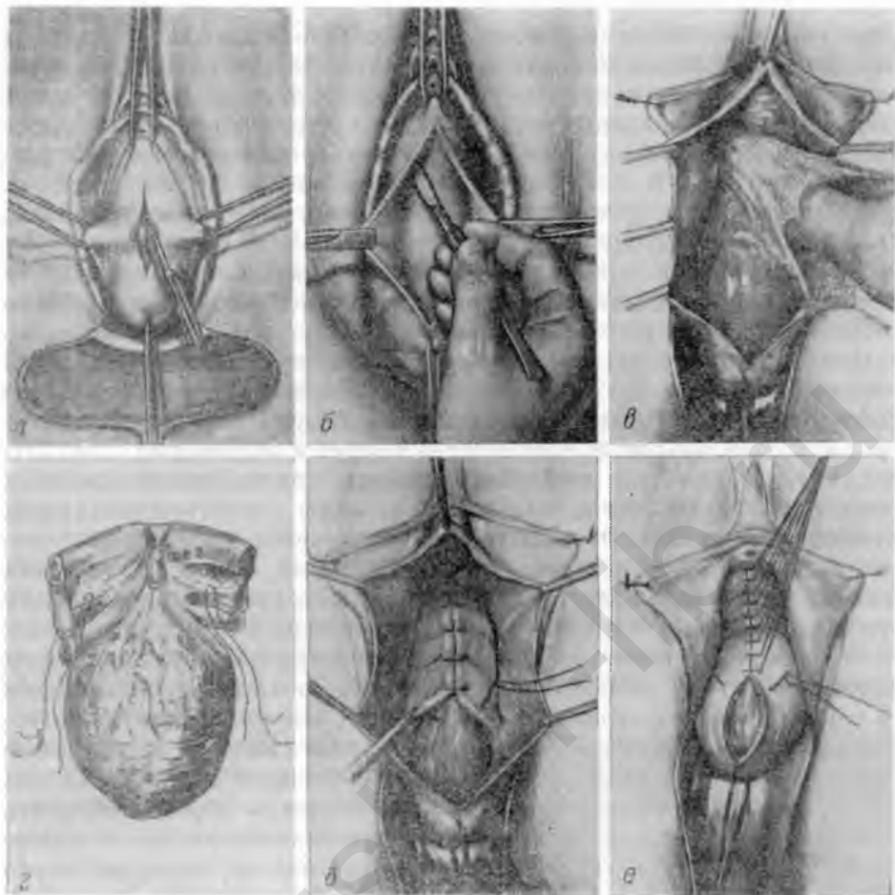


Рис. 33. Операция передней кольпоррафии с подвешиванием мочевого пузыря по Фигурнову.

a — рассечение слизистой передней стенки влагалища; *б* и *в* — постепенное высвобождение мочевого пузыря острым и тупым путем; *г* — задняя поверхность симфиза, сбоку от пузыря видна проведенная лигатура за надкостницу лонной кости (схема); *д* — наложение отдельных узловых швов на стенку мочевого пузыря и уретры; *е* — наложение швов на слизистую передней стенки влагалища.

беспло ответствен, так как при неудачном или пеловком движении игла может сломаться и часть ее остаться под надкостницей. Извлечение ее в этих случаях представляет большую сложность и требует определенного опыта и времени. Для этой цели выбирают режущую иглу среднего размера, достаточной толщины и изогнутости, а также острую и вполне надежную по качеству стали. Схематически заведение иглой лигатуры за надкостницу показано на рис. 33, *г*. Концы заведенной таким образом за надкостницу лигатуры выводят изнутри на наружную сторону отсенарованной части слизистой влагалища примерно на 2—3 см от края отсенарованного лоскута, но не завязывают, а укрепляют в за-

жиме Пеана. Затем переходят на противоположную сторону и аналогичным образом проводят лигатуру. Оба конца также остаются свободными и пока не связываются. Если в глубине раны возникло кровотечение, то его можно временно остановить прижатием марлевого тампона, который через некоторое время следует удалить.

Следующий этап операции является не менее ответственным. Как отмечалось выше, механизм относительного недержания мочи у женщины связан с растяжением мышечных элементов замыкающего аппарата мочевого пузыря. Поэтому основной задачей этого этапа является его укрепление. В связи с тем, что изолированными швами укрепить мускулатуру сфинктера не представляется возможным, того же эффекта можно достичь если растянутую шейку мочевого пузыря и верхние отделы уретры сузить лигатурами, наложенными *an masse*, куда войдут и мышечные элементы сфинктера. Этот этап легче выполняется, если пулевыми щипцами подтянуть шейку матки книзу, а края раны слизистой влагалища отвести в стороны. Этим приемом достигается возможность свободного обозрения всей раневой поверхности, в том числе части стенки и шейки мочевого пузыря, а также уретры. Отдельными узловыми швами тонкого кетгута прошиваются и стягиваются с боков мягкие ткани стенки мочевого пузыря и уретры на всем протяжении их обнажения. Ушивание должно производиться с таким расчетом, чтобы при сближении концов лигатуры не создавалось избыточного натяжения тканей (рис. 33, *д*). Узловые швы при необходимости могут быть наложены в 2 и 3 этажа, при этом последний этаж швов должен достаточно хорошо сближить края раны слизистой влагалища. После сближения краев может оказаться избыток ткани слизистой влагалища, который легко удалится иссечением. Края раны слизистой сшиваются узловыми или непрерывным кетгутовым швом (рис. 33, *е*). Производится необходимый туалет операционного поля и смазывание швов йодом. Снимаются пулевые щипцы и матка устанавливается на место.

После этого с обеих сторон раздельно завязываются лигатуры, выведенные из-под надкостницы нисходящих ветвей лобковых костей на наружную поверхность влагалищной стенки. Этот прием приводит к тому, что передняя стенка влагалища с обеих сторон будет высоко поднята вверх. В последующем мочевой пузырь укрепится в этом положении за счет образующихся сращений с поверхностью костей. Таким образом, мочевой пузырь надежно будет фиксирован, что предупредит рецидив выпадения или растяжение сфинктера. Производится окончательный туалет операционного поля, катетером (для контроля) выпускается моча. На этом операция заканчивается. Если основные швы, выведенные наружу из-под надкостницы лобковых костей были шелковые, то они снимаются на 15-й день после операции.

В практике чаще приходится иметь дело с больными, у которых опущение стенок влагалища сочетается с недостаточностью тазового дна. Поэтому, если есть необходимость, то одновременно следующим этапом выполняется операция задней кольпоррафии с ушиванием леваторов.

Операция при относительном недержании мочи по Марциусу в модификации Фигурнова (colporrhaphia anterior с. musculi directoplastic modo Martius — Figurnov.) Большинство операций по укреплению мочевого пузыря, в том числе и по Фигурнову, не всегда обеспечивают достаточно надежный эффект, так как создание сужения шейки мочевого пузыря и уретры путем концентрации растянутых мышечных волокон сфинктера, по-видимому, не у всех больных оказывается достаточным. Объясняется это тем, что у некоторых больных длительно существующее растяжение тканей пузыря существенно изменяет их структуру. Уже при первом обследовании больных становится очевидным, что для укрепления пузыря, кроме обычной операции, необходимо применить дополнительные мероприятия, способствующие успеху операции в целом. В качестве таких мероприятий было предложено несколько вариантов оперативного вмешательства, например операция по Гебель — Штеккелю, предусматривающая подведение под шейку пузыря пластинки из апоневроза, взятой из брюшной стенки, или операция по Гиршупи, имеющая целью перекручивание на 180° высвобожденной из окружающих тканей уретры. Предлагались также модификации, предусматривающие создание подкрепляющих образований из различных тканей в оперируемой области. Операция Зельгейма (Selheim) образует пелот из *m. bulbocavernosus*, Франца (Franz) — из ножек *m. levatores ani.*, Марциуса (Martius) — из переднего конца *m. ischiocavernosus*. Нет необходимости подробно излагать технику различных вариантов операции. Ниже достаточно подробно рассматривается операция Марциуса — Фигурнова, которая обеспечивает необходимый эффект.

Как оказалось, наиболее полно целям поддержания области шейки мочевого пузыря удовлетворяет создание пелота из ишюкавернозной мышцы (*m. ischiocavernosus*). Действительно, если отсепаровать



Рис. 34. Изображение подведенного пелота под шейку мочевого пузыря.

ее задний конец, а не передний, как предложил Марциус, и перевести его на противоположную сторону, то перекинутая и укрепленная таким образом мышца будет служить достаточной опорой для задней стенки мочевого пузыря. Технически эта операция не представляет особой сложности. Некоторые затруднения могут встретиться лишь при отыскании и высеивании инфильтрированной мышцы, которая относительно тонка и богато снабжена венозными сосудами. Однако при известном опыте и знании топографии выделение ее удастся осуществить без особых затруднений. После того, как мышца будет обнаружена, ее задняя часть на достаточном протяжении высеивается с таким расчетом, чтобы освобожденный конец можно было бы без резкого натяжения подвести к одноименной мышце противоположной стороны, к которой перекинутый конец подшивается узловыми кетгутowymi швами. На схематическом рис. 34 показано, как выглядит подведенный под шейку мочевого пузыря созданный пелот.

Эта операция, как правило, составляет дополнение к операции Фигурнова или обычной передней кольпорафии. Выполняется она на этапе перед ушиванием краев раны слизистой передней стенки влагалища.

ГЛАВА 6

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЦЕЙ

Общие замечания. Причиной возникновения свищей (мочевых, каловых) чаще всего является травма. Она может быть нанесена при выполнении гинекологических операций, а также встречаться в акушерской практике при осложненном течении родового акта и искусственных абортах. Причиной возникновения свищей могут быть также бытовая или производственная травмы. Наконец, образование свищей может быть связано с лучевыми повреждениями тканей (при терапевтическом использовании радиоактивных препаратов). Свищи могут локализоваться в различных отделах, однако чаще встречаются мочевые, типа пузырьно-вагинальных. На рис. 35 рассматривается схема некоторых видов свищей.

Весьма разнообразно клиническое проявление свищей, которое зависит от характера возникшего повреждения. Если в одних случаях отверстие свища иногда выявить трудно, то в других — могут быть обширные повреждения, которые правильнее квалифицировать как разрушение части стенки уретры, мочевого пузыря или участка кишечной стенки.

Разнообразие причин, ведущих к возникновению свищей, а также их локализации и степени разрушения тканей, требует раз-

личных подходов к их устранению. Особенно сложны и с трудом устраняются путем оперативного лечения свищи, возникшие в результате ожогов, а также расположенные в верхних отделах влагалища. Затруднения в этих случаях объясняются не столько неудобством оперативного доступа, обусловленного пространственными ограничениями, сколько обширностью повреждения и значительностью рубцовых изменений.

Эффект хирургического лечения свищей зависит от ряда условий, например, таких, как правильной подготовки больных к операции и технической возможности полностью высвободить свищ из окружающих его рубцовоизмененных тканей, а также обеспечения необходимого ухода за больными после операции. Если первое и третье условия могут быть достаточно хорошо выполнены, то второе условие не относится к числу прогнозируемых и в большей степени зависит от опыта хирурга и возможности технической подготовки тканей к ушиванию свища.

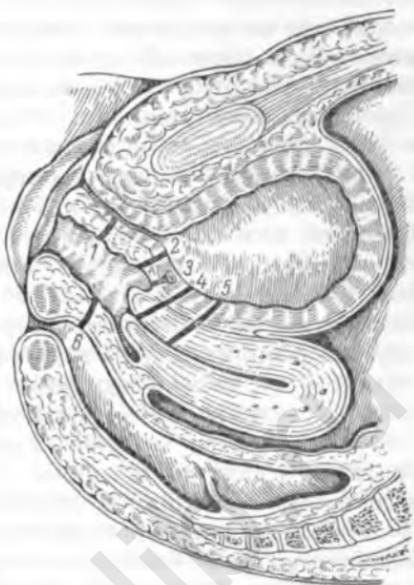


Рис. 35. Схематическое изображение локализации некоторых, наиболее часто встречающихся пузырно-маточных и пузырно-вагинальных свищей.

1 — уретро-вагинальный свищ; 2 — пузырно-вагинальный свищ; 3 — мочеочечниково-вагинальный свищ; 4 — пузырно-шеечный свищ; 5 — пузырно-маточный свищ; 6 — прямокишечно-вагинальный свищ.

Клинический опыт, однако, свидетельствует о том, что если не с первой попытки, то путем повторных операций все же свищ удается закрыть. Успеху операции в целом способствует правильный выбор времени для ее реализации, а также необходимая подготовка больной к ней¹.

Формирование свища требует определенного времени, причем, как правило, этот процесс сопровождается воспалительной реакцией со стороны окружающих свищ тканей. Поэтому, если первичное ушивание раны не было своевременно произведено, то вторичное, т. е. ушивание уже сформированного свища, может быть выполнено только в периоде после полной ликвидации воспалительных изменений и замещения грануляционной ткани рубцовой. Продолжительность этого процесса может быть разной, однако,

¹ Следует заметить, что ранение мочевого пузыря, нанесенное во время выполнения гой или иной гинекологической операции и во время замеченное, должно быть сразу же устранено. В таких случаях правильно и тщательно зашитая рана (мочевого пузыря, кишки) обычно хорошо заживает. При этом, естественно, отпадает вообще вопрос о свище.

как показывает опыт, она не превышает 2—4 месяцев. Естественно, что более раннее вмешательство с целью ушивания свища может быть обречено на неудачу. Нужно иметь в виду, что безуспешные попытки еще больше угнетают состояние больных. Преждевременно ушивать свищи не следует еще и потому, что в ряде случаев может происходить их спонтанное заживление.

Подготовка больных к операции. Следует учесть, что мочеполовые свищи (так же, как и кишечные) обычно сосуществуют на фоне той или иной воспалительной патологии (цистит, пиелит и пиелонефрит), которая развивается в результате восходящей инфекции. Такой процесс нередко сопровождается изменением реакции мочи в щелочную или сторону нейтрализации. В связи с этим перевод реакции мочи в сторону кислой является одним из основных условий успеха хирургического закрытия свища. Это может быть достигнуто путем назначения щадящего режима, соответствующей диеты, местного применения антисептиков или антибиотиков в виде влагалищных спринцеваний и промываний мочевого пузыря, до полной ликвидации воспалительных изменений. По существу эти мероприятия составляют необходимые условия подготовки таких больных к оперативному лечению.

Не менее важно также получить достоверную информацию с помощью цистоскопии о локализации свища и взаимоотношении его с устьями мочеточников. Эти данные могут быть получены при условии максимального растяжения пузыря, которое в связи с наличием свищевой отверстия не всегда достигается. Опыт показывает, что при небольших свищах необходимо заполнение мочевого пузыря достигается с помощью введения во влагалище тампона, особенно резинового. Для этой цели используется резиновый напальчник, который до введения во влагалище заполняется водой до пупочного объема. Мочевой пузырь 2—3 раза промывается небольшими порциями теплого 3% раствора борной кислоты и затем, насколько это возможно, заполняется для цистоскопии тем же раствором.

Изменения со стороны кожи промежности, внутренних поверхностей бедер и ягодиц в результате раздражения мочой должны быть обязательно устранены. Полезными могут оказаться сидячие теплые ванны с применением слабых растворов перекиси марганца, а также лечение влагалищными спринцеваниями и мазями (борной, цинковой). Целесообразно также предпринимать меры к размягчению рубцовых изменений тканей в области свища. Определенный эффект может быть достигнут с помощью влагалищных спринцеваний раствором перекиси марганца с постепенным повышением его температуры от 38 до 41°, а также инъекций в окружающие свищ рубцовые ткани лидазы (на одно введение 0,1 г сухой лидазы разводится в 1 мл 0,5% раствора повонаина). Инъекции проводятся ежедневно в течение 7—12 дней, в зависимости от характера рубцов и их выраженности. Применением лидазы и теплых спринцеваний влагалища, как правило, достигается определенный эффект и во время операции отделение

мочевого пузыря от стенок влагалища совершается гораздо легче и полнее. Кроме того, необходимо также проверить проходимость неповрежденных отделов уретры, особенно у больных с длительно существующими свищами. Передко в результате утраты функции может наступить ее облитерация. Поэтому полезно в предоперационную подготовку больных включать и бужирование уретры.

Говоря о технике ушивания свищей, следует сделать еще ряд рекомендаций, касающихся всех свищей вообще. Известно, что некоторые авторы при ушивании свища рекомендуют иссекать его рубцовоизмененные края. С одной стороны, казалось бы, что такая рекомендация вполне обоснована, так как плотные рубцовые ткани могут задерживать заживление раны. Опыт, однако, показывает, что подобная тактика не всегда целесообразна, особенно в тех случаях, если иметь в виду, что таких больных нередко приходится оперировать неоднократно. Поэтому, если первая операция оказалась неудачной, то хирург во второй раз после иссечения краев свища встретится со значительно большим дефектом тканей. Таким образом, неоднократное иссечение краев свища приведет к тому, что в последующем размеры свища настолько увеличатся, что хирургическое закрытие его окажется невозможным. Поэтому целесообразнее не иссекать рубцовоизмененные края свища, а стремиться к их сохранению. Для хирургического закрытия свища может быть рекомендован технический прием, которым обеспечивается достаточно хорошее заживление тканей. Прием этот состоит в расщеплении краев свища и высвобождении отдельно листков из стенок пузыря и влагалища. В последующем каждый из них должен ушиваться раздельно. Постепенно, путем расщепления, отъединяют стенку мочевого пузыря от стенки влагалища. Достигается это тем, что скальпелем рассекаются края свища вдоль, после чего производится расслаивание стенок мочевого пузыря (или уретры) и влагалища, т. е. производится расщепление тканей между мочевым пузырем (или кишкой) и стенкой влагалища.

Вторая рекомендация относится к технике ушивания свища. В этих случаях не следует прокалывать слизистую оболочку уретры или мочевого пузыря, так как несоблюдение этого правила ведет к плохому заживлению и проникновению инфекции из половых органов в область тканей ушитого свища. На рис. 36 показано схематическое изображение техники правильного и неправильного ушивания свища.

Операция ушивания свищей требует использования специального инстру-

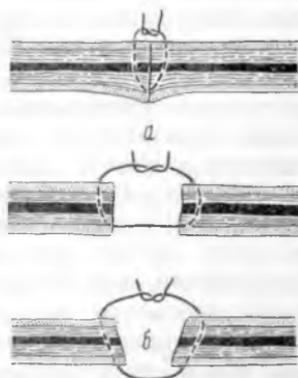


Рис. 36. Техника наложения швов при ушивании свищей.

а — схема правильного наложения шва; б — неправильное ушивание свища.

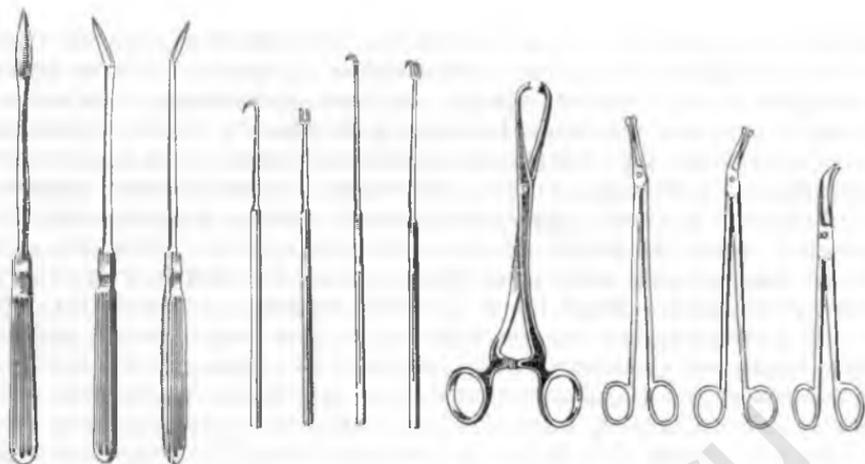


Рис. 37. Фистульные ножи, крючки, зажимы и ножницы, используемые для операции ушивания свищей.

ментария. В этих случаях можно пользоваться и обычными хирургическими инструментами, например зажимами, пинцетами, скальпелем. Однако опыт показывает, что удобными и менее травмирующими являются предложенные для этих операций специальные инструменты: фистульные ножи, зажимы, крючки и ножницы (рис. 37). Такие инструменты во время операции прочно удерживают ткани, не травмируют их и обеспечивают необходимое удобство в выполнении тех или иных приемов.

Хирургическое лечение уретро-вагинальных свищей (*Fistulorhaphia uretro-vaginalis*). К ним относят все дефекты уретры, в том числе тяжелые повреждения, включая полное разрушение или разрушение ее одной стенки, обычно задней, примыкающей к стенке влагалища. Поэтому операции по восстановлению целостности уретры носят самый различный характер и объем их зависит от степени разрушения. Ниже будут рассмотрены некоторые виды этой патологии и принципы хирургического восстановления целостности уретры.

Операция ушивания уретро-вагинального свища (располагающегося в пределах области до сфинктера мочевого пузыря при наличии оставшейся части стенки уретры, достаточной для его закрытия). В зависимости от подвижности и растяжимости вульварного кольца в ряде случаев передняя стенка влагалища может быть обнажена с помощью обычных зеркал или подтянута кнаружи зажимами без захвата шейки матки. В большинстве случаев удастся выправить всю переднюю стенку влагалища с помощью низведения шейки матки пулевыми щипцами.

Этими приемами обеспечиваются условия хорошего обзора всего операционного поля и доступа к нему.

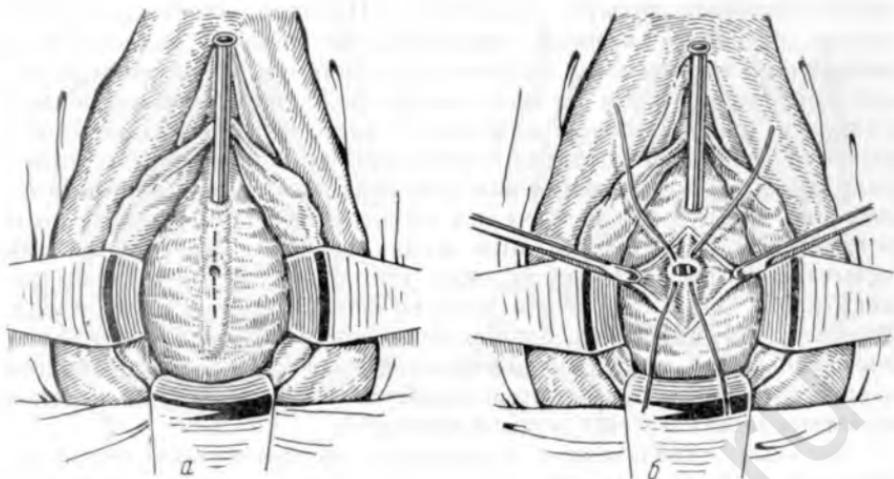


Рис. 38. Операция ушивания уретро-вагинального свища.

a — направление разреза слизистой оболочки влагалища; *б* — ушивание свища путем продольного наложения узловых швов.

Скальпелем в продольном направлении рассекается слизистая влагалища, как это показано на рис. 38, *a*, края которой отсепаровываются в стороны от стенки уретры до полного высвобождения ее из рубцов. Узловыми кетгутowymi швами свищевое отверстие ушивается в продольном направлении (рис. 38, *б*). Не следует края раны свища ушивать поперечно наложенными швами (левый край с правым), так как можно значительно сузить просвет уретры, который в результате длительного существования свища и без этого может оказаться несколько суженным. Поэтому, ушивая свищ, швы следует накладывать продольно с тем, чтобы передний край свища сближался с задним. При достаточной подвижности высепарованной части уретры и наличии избыточной ткани может быть наложен второй этаж узловых кетгутowych швов. Слизистую стенку влагалища целесообразно ушить в противоположном направлении. Ушитая таким образом стенка влагалища дополнительно укрепит швы, наложенные на уретру. После завершения этих этапов операции производится туалет операционного поля и смазывание швов йодом.

В практике обширная травма уретры на достаточно большом или всем протяжении встречается относительно редко. Как показывает опыт, разрушению обычно подвергается прилежащая к влагалищу задняя (нижняя) стенка уретры, в то время как передняя (верхняя) или боковые остаются неповрежденными. Степень повреждения по протяженности может быть различной. В одних случаях, несмотря на обширность травмы уретры, сохраняется неповрежденным замыкающий аппарат мочевого пузыря. В других — в разрыв уретры может входить также и область

шейки мочевого пузыря (сфинктер). Понятно, что в последнем случае, особенно сложном, хирургическое лечение должно быть направлено не только на создание «трубки» для стока мочи, заменяющей уретру, но и на восстановление функции замыкающего аппарата, т. е. сфинктера мочевого пузыря. Как показывает опыт, тяжелая травма этого отдела встречается чаще в акушерской практике при преждевременном или неправильном использовании акушерских щипцов для извлечения плода. В прошлом такие травмы встречались значительно чаще из-за широкого применения так называемых высоких акушерских щипцов, которые накладывались на не опустившуюся в полость малого таза головку плода. Вместе с тем, обширные повреждения уретры могут быть следствием и бытовой или производственной травм, сопровождающихся в ряде случаев полным разрушением влагалища, нижних отделов мочевыводящих путей и прямой кишки.

Больные, страдающие обширными мочеполювыми свищами, требуют особого внимания. Если при ограниченных свищах обсуждалась необходимость тщательной подготовки больных к операции, а также выбора наиболее благоприятного времени для производства самой операции, то при тяжелых повреждениях эти условия должны соблюдаться особенно тщательно, так как неудачная попытка первого хирургического вмешательства может быть исправлена последующими операциями с еще большими трудностями.

Технические основы восстановления разрушенной уретры были разработаны Д. О. Оттом и не потеряли своего значения в настоящее время.

Операция Отта по созданию уретры при сохранившейся функции сфинктера пузыря и наличию боковых стенок уретры. Идея операции Д. О. Отта состоит в создании уретры из сохранившихся ее частей. Первым этапом этой операции является выполнение U-образного разреза по всему краю разрушенной уретры, как это показано на рис. 39, а. Затем по возможности широко производится отсепаровка (расщепление) боковых отделов оставшейся части уретры от стенки влагалища с тем, чтобы обеспечить свободное последующее формирование уретральной трубки. При выполнении этого приема целесообразнее выделять стенку влагалища значительно тоньше, чем уретры, так как образование уретральной трубки требует больше тканей.

Освобожденные боковые края уретры затем сшиваются узловыми кетгутовыми швами, начиная от мочевого пузыря и дальше к области наружного отверстия. Этот этап требует особого внимания, так как должен выполняться без натяжения тканей и оставления щелей. Ушивание освеженных краев уретры удобнее производить на введенном в мочевой пузырь эластическом катетере, толщина которого выбирается в соответствии с размерами сохранившихся тканей боковых и передней стенок уретры. При созда-

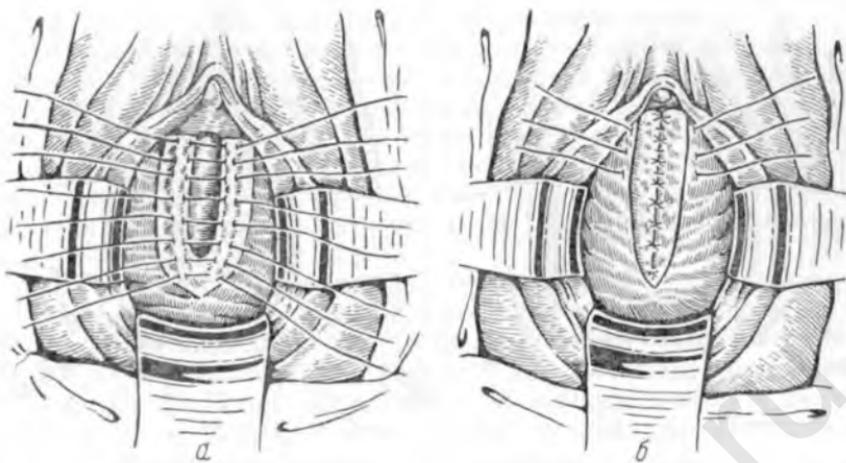


Рис. 39. Операция образования уретры по Отту.

а — создание U-образной освеженной поверхности по краям разрушенной уретры (слизистая влагалища отсепарована); б — края уретры сшиты, накладываются швы на слизистую влагалища.

нии уретры он выполняет роль трафарета, на котором формируется уретральная трубка. По окончании операции катетер извлекать не следует, так как он будет на первых порах выполнять роль отводящего мочу канала. Если освеженная поверхность раны созданной уретры позволяет наложить второй этаж швов, то это следует выполнить, так как двухэтажное ушивание создает лучшие условия для успеха операции в целом.

Следующий этап состоит в том, что края отсепарованной слизистой влагалища соединяются непрерывным кетгутовым швом с соблюдением условий, препятствующих избыточному натяжению тканей (рис. 39, б). Затем производится обычный туалет операционного поля и смазывание швов йодной настойкой.

Создание уретры может быть выполнено и по другому варианту, например с помощью операции Ольсгаузена (Olsgausen).

Операция Ольсгаузена. Эта операция предпринимается в тех случаях, в которых разрушения уретры настолько значительны, что из оставшихся неповрежденными передней и боковых стенок уретры сформировать канал не представляется возможным. Отличие ее от операции Отта состоит в том, что разрезы слизистой влагалища производятся отступя примерно на 1—1,5 см в стороны от разрушенной уретры. В этих случаях уретра формируется не только за счет оставшихся ее передней и боковых стенок, но и части слизистой передней стенки влагалища. Все последующие этапы операции остаются теми же. Этапы по восстановлению целостности уретры показаны на рис. 40, а, б.

Выше упоминалось, что травматическое повреждение уретры может сочетаться с нарушением целостности замыкающего аппарата

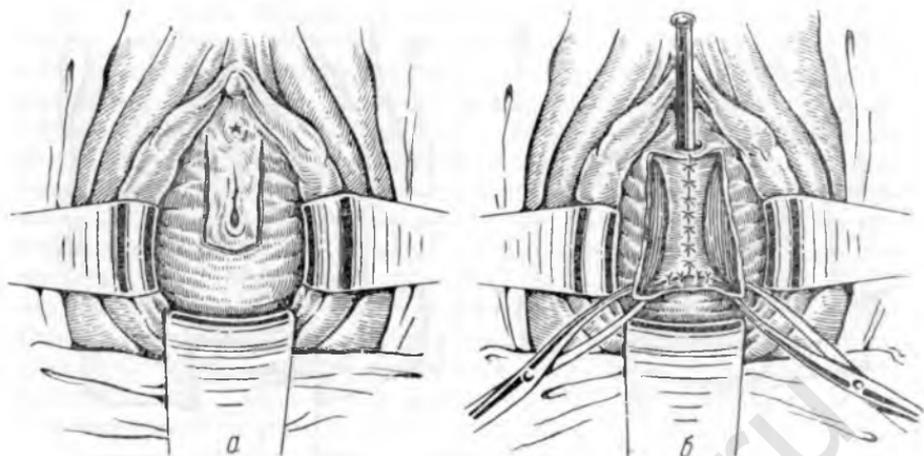


Рис. 40. Операция восстановления разрушенной уретры по Ольсгаузену. а — границы разреза вдоль разрушенной уретры; б — наложение швов для образования уретры.

пузыря. В этих случаях операцию создания уретры приходится дополнять образованием жома с помощью мышечного пелота. Для этой цели обычно используется часть мышцы леваторов либо бульбо-кавернозной, или ишио-кавернозной мышцы. Технически эта операция выполняется следующим образом.

Пулевыми щипцами захватывается передняя губа шейки матки и подтягивается наружу к половой щели. Примерно на 1 см отступя от верхнего конца уже ушитой уретры и на 1,5—2 см не доходя до наружного зева матки, по средней линии рассекается слизистая передней стенки влагалища. В обе стороны слизистая влагалища отсепаровывается от подлежащих тканей до обнажения мышечного пучка, из которого предполагается образовать пелот. Мышцу для этих целей можно взять слева или справа. Нижний (задний) отдел выделенного таким образом мышечного пучка осторожно высепаровывается и пересекается, а освобожденный конец перемещается под уретрой к одноименной мышце противоположной стороны. Здесь он закрепляется узловыми кетгутowymi швами. При наличии свободных тканей может быть наложен второй этаж швов.

Края отсепарованной слизистой влагалища сшиваются непрерывным кетгутowym швом. Производится туалет операционного поля и смазывание шва йодом.

Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей (Fistulorrhaphia vesico-vaginalis). Ушивание пузырно-влагалищного свища также предусматривает расщепление его края для отделения стенки мочевого пузыря от стенки влагалища на достаточном пространстве, обеспечивающем освобождение тканей пузыря из рубцовых сращений. Так же, как и при ушивании уретрального свища, следует стремиться к тому, чтобы на стенке пузыря оста-

валось больше ткани, чем на стенке влагалища. Это обеспечит более свободное манипулирование при ушивании свища.

В целях обеспечения необходимого выделения мочевого пузыря из рубцовых тканей были предложены различные варианты разрезов: овальный, крестообразный, якорный и др. Однако, по-видимому, форма разрезов не имеет преимущественного значения и не определяет конечный исход операции. Сообразуясь с особенностями свища, целесообразнее выбирать такой разрез слизистой влагалища, который обеспечивал бы наилучшую возможность высвобождения пузыря из рубцов.

Операция ушивания пузырно-влагалищного свища. Технически эта операция выполняется следующим образом. Скальпелем рассекаются края свищевое отверстия по всей окружности и затем, путем расщепления, высвобождается стенка пузыря из рубцовых сращений до обнажения здоровых тканей, причем после высвобождения стенка пузыря должна получить достаточную подвижность.

Свищевое отверстие без особого натяжения ушивается обычными узловыми кетгутowymi швами, но без прокалывания слизистой оболочки. Швы при ушивании отверстия следует накладывать таким образом, чтобы с последующим этажом швов, накладываемых на слизистую влагалища, образовался перекрест. Если рассечение слизистой стенки влагалища было произведено вдоль, то стенка пузыря ушивается в поперечном направлении и наоборот. Ушивание свища может быть подкреплено и вторым этажом узловых кетгутowych швов, если избыток тканей допускает их наложение.

Края раны стенки влагалища сшиваются узловыми или непрерывным кетгутowym швом, наложенным в противоположном направлении по отношению к швам на пузыре. Затем производится туалет операционного поля и смазывание швов на влагалище йодом. Схема одного из вариантов подобной операции показана на рис. 41.

После завершения операции ушивания свища в мочевой пузырь заводится постоянный (а demeuré) эластический катетер, по возможности достаточно широкий. Для лучшего оттока мочи на его конце, вводимом в полость пузыря, можно



Рис. 41. Ушивание пузырно-влагалищного свища.

добавить еще одно или два отверстия. Наружный конец катетера укрепляется (шелковой лигатурой или лейкопластырем) на коже наружных половых органов или соседних участках (лобка, паховых областей, бедер) с таким расчетом, чтобы его конец в мочевом пузыре прочно удерживался и не смещался при изменении положения больной. Наружный конец катетера соединяется системой отвода мочи. В этих случаях предпочтительно использовать катетеры Пеццера. На этом операция заканчивается.

В послеоперационном периоде мочевой пузырь промывается теплым 3% раствором борной кислоты. Заведенный катетер оставляется в мочевом пузыре на период от 4 до 8 суток, т. е. на период заживления раны.

Примечание. При узком влагалище или высоком расположении свища оперативный доступ может быть облегчен с помощью эпизиотомии или разреза по Шухарду. При больших разрушениях стенки мочевого пузыря или трудном оперативном доступе со стороны влагалища следует от него отказаться и заменить брюшностеночным.

Операция ушивания пузырно-влагалищного свища с применением гомотрансплантатов. Использование трансплантатов при хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей достаточно хорошо разработано и освоено в клинических условиях. В частности, для этой цели может быть использована плацентарная ткань (П. М. Буйко). Автор полагает, что успех замещения дефекта плацентарной тканью обеспечивается биологическими особенностями этой ткани, богатой гормонами и другими активными веществами, усиливающими грануляционные и фиброзные процессы.

Техника подготовки плацентарной ткани для трансплантации по Буйко состоит в следующем. Плацента забирается у роженицы, обследованной так же, как и донор. Отделенный послед принимается в стерильную пленку; плацента, очищенная от излишних оболочек, переносится в стерильный сосуд. В этом сосуде плацента сохраняется в холодильнике с температурой $+6^{\circ}\text{C}$ до момента надобности, но не дольше 12 ч. К началу операции сосуд с плацентой доставляется в операционную. На плаценте в асептических условиях в межсосудистом участке вырезается кусок ткани вместе с плодовой поверхностью, толщиной не более 2—3 мм. Площадь трансплантата выбирается соответственно величине свища, но не более чем на 1—1,5 см.

Первые этапы операции состоят в отсепаровке мочевого пузыря от стенки влагалища и обычного ушивания свищевого отверстия узловыми кетгутовыми швами. Затем на область ушитого свища накладывается плацентарный трансплантат и укрепляется несколькими узловыми кетгутовыми швами (рис. 42). После этого производится сближение краев отсепарованной слизистой влагалища, которой необходимо полностью покрыть трансплантат. Затем края раны ушиваются узловыми кетгутовыми швами. Туалет операционного поля и смазывание раны йодом. На первые 10 часов послеоперационного периода в мочевой пузырь заводится постоянный катетер.

Обширный пузырно-влагалищный свищ может быть ушит по оригинальному методу, предложенному А. Э. Мандельштамом. Однако он пригоден только в том случае, если у больной отсутствует матка.

Операция ушивания пузырно-влагалищного свища по Мандельштаму. Вначале освежаются края свищевое отверстия за исключением его верхних отделов, расположенных ближе к задней стенке влагалища (рис. 43, а). После этого уже на задней стенке влагалища, рядом со свищом, отсекается слизистая подковообразной формы, размерами, достаточными для прикрытия свища (рис. 43, б). Освеженной подковообразной формой поверхностью на задней стенке прикрывают свищевое отверстие и сшивают ее узловыми кетгутowymi швами в 2 этажа с краями свищевое отверстия (рис. 43, в). Производится туалет раны.

Хирургическое лечение пузырно-шеечных свищей (Fistulorrhaphia vesico-cervicalis). К оперативному лечению пузырно-шеечных свищей можно приступать не ранее 2—4 месяцев после их возникновения. К этому времени обычно исчезают сопутствующие воспалительные изменения и грануляционная ткань замещается рубцовой.

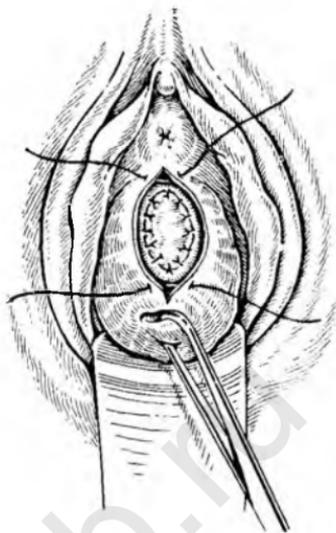


Рис. 42. Наложение на ушитый свищ плацентарного трансплантата (по П. М. Буйко).

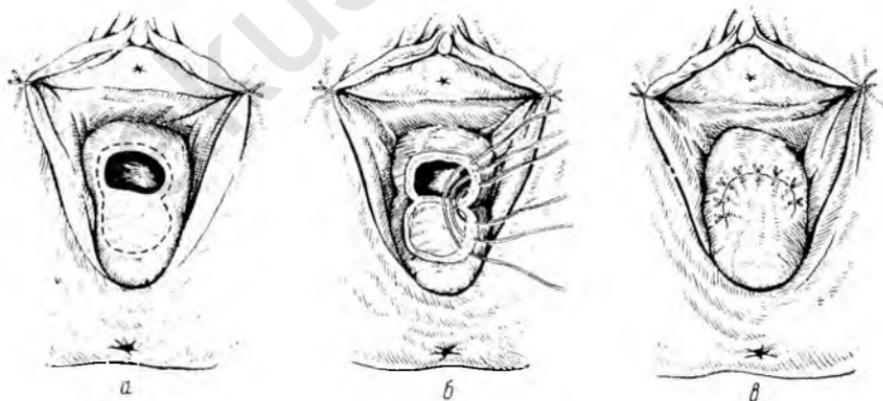


Рис. 43. Операция ушивания большого пузырно-влагалищного свища заплатам методом по А. Э. Мандельштаму.

а — освежение краев свищевое отверстия; б — освежение участка на задней стенке влагалища и сшивание краев; в — свищевое отверстие оказалось прикрытым освеженной поверхностью задней стенки влагалища.

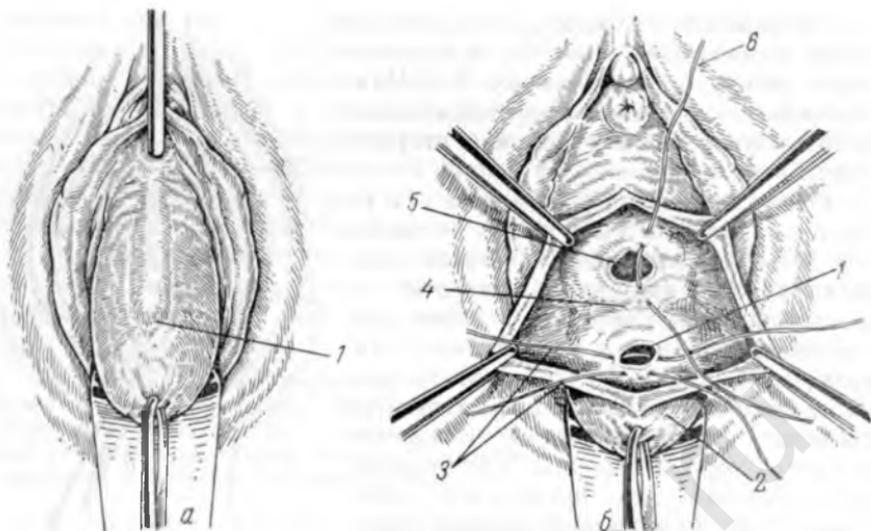


Рис. 44. Операция ушивания пузырно-шеечного свища.

a — определение границы мочевого пузыря катетером; 1 — граница мочевого пузыря, *b* — один из этапов операции ушивания пузырно-шеечного свища: 1 — свищевое отверстие на передней стенке шейки матки; 2 — шейка матки; 3 — наложение швов на шеечный отдел свища; 4 — пузырно-маточная складка; 5 — свищевое отверстие в стенке мочевого пузыря; 6 — наложение швов на свищевое отверстие пузыря.

Технически эта операция в основном сводится к расщеплению краев свища и отделению мочевого пузыря от шейки матки.

После достаточного расширения влагалища зеркалами шейка матки, захваченная пулевыми щипцами, низводится кнаружи. При отсутствии передней губы щипцы могут быть наложены на заднюю губу.

Первый этап операции состоит в том, что введенным через уретру в мочевой пузырь катетером определяется граница расположения мочевого пузыря (рис. 44, *a*). Ниже этой границы слизистая передней стенки влагалища рассекается овальным разрезом и стенка влагалища вместе с мочевым пузырем отсепаровывается сверху с таким расчетом, чтобы достаточно широко обнажить свищевое отверстие. Одновременно с этим освобождается свищевое отверстие и на шейке матки. Затем пузырный свищ максимально выделяется из рубцов и закрывается обычными узловыми кетгутowymi швами, но без прокалывания слизистой (рис. 44, *b*). Если возможно, то целесообразно наложить второй этап таких же швов. Отверстие в пузыре выгоднее ушивать в противоположном направлении по отношению к последующим швам на шейке матки.

Отверстие на шейке матки закрывается узловыми кетгутowymi швами, лучше по длиннику самой шейки (рис. 44, *b*). После ушивания свищевых отверстий отсепарованный лоскут слизистой пе-

редней стенки влагалища укладывается на прежнее место и сшивается отдельными кетгутовыми швами. Производится туалет операционного поля и смазывание швов йодом.

По окончании операции мочевого пузыря промывается небольшими порциями теплого 3% раствора борной кислоты и устанавливается постоянный катетер.

Хирургическое лечение мочеточниково-влагалищных свищей (Fistulorrhaphia urethero-vaginalis). Больные, страдающие мочеточниково-влагалищными свищами, встречаются сравнительно редко и должны быть отнесены к категории тяжелых.

Такой дефект ведет не только к постоянному вытеканию мочи из влагалища, но и нередко приводит к возникновению тяжелых заболеваний почек (пиелиту и пиелонефриту). Мочеточниковые свищи, как правило, являются следствием погрешности хирургов. Повреждение мочеточников может произойти в результате технических ошибок при выполнении даже такой относительно простой операции, как надвлагалищная ампутация матки, однако чаще оно происходит при экстирпации матки. Разрыв мочеточников во время операций может произойти в любых его отделах. Например, повреждение может быть нанесено в верхнем отделе на уровне вхождения его в малый таз, где мочеточник располагается вблизи воронко-тазовой связки, а также в нижних, в области впадения его в мочевой пузырь. Травма мочеточников в верхнем отделе чаще всего состоит в его перерезке или перерывке, в то время как в нижнем, вблизи впадения его в мочевой пузырь, обычно наносятся повреждения одной из его стенок.

Здесь нет необходимости разбирать травмы мочеточника типа перерезки, так как такое повреждение приводит не к образованию свища, а общему тяжелому заболеванию, требующему совершенно иного хирургического вмешательства (пересадка его или удаление почки).

Оперативный метод устранения мочеточниково-влагалищных свищей принципиально отличается от хирургического лечения пузырно-влагалищных. Если в основе оперативного лечения пузырных и уретральных свищей лежит идея закрытия свищевого отверстия швами, то для мочеточниково-влагалищных такой метод оказывается неприемлемым из-за возникновения резкого сужения просвета мочеточника. Предложено несколько вариантов хирургического лечения подобных свищей (Mackenrodt, Schede, А. Э. Мандельштам), каждый из которых предусматривает не ушивание свищевого отверстия и не пересадку выделенного из рубцов конца мочеточника в мочевой пузырь, а пересадку всего свища вместе с окружающими его тканями в искусственно созданное отверстие в мочевом пузыре. Таким образом, хотя свищ и остается, но моча из мочеточника (свища) поступает не во влагалище, а в мочевой пузырь. В выборе того или иного способа оперативного лечения свища следует руководствоваться характером свищевого отверстия, состоянием окружающих тканей, а также наличием или отсутствием матки. Методы операции, предложенные Макенродтом и Шедде, применимы у больных при наличии матки, в то время как метод, предложенный А. Э. Мандельштамом, может быть использован только при ее отсутствии. Прежде чем будет сделан выбор метода операции, необходимо иметь полную убежденность

в паличии мочеточникового свища (а не пузырного), а также наметить наиболее благоприятное время для хирургического вмешательства. Наиболее простым диагностическим приемом, обеспечивающим установление мочеточничко-влагалищного свища, является введение в мочевой пузырь через уретру окрашенной жидкости, например метиленовой синьки. Если из отверстия во влагалище будет подтекать окрашенная жидкость, то это будет свидетельствовать о паличии пузырно-влагалищного свища. Напротив, если при введении в пузырь синьки во влагалище подтекает неокрашенная моча, то можно предполагать паличие мочеточничко-влагалищного свища. В некоторых случаях может быть применена хромоцистоскопия или катетеризация поврежденного мочеточника. Обычно из устья поврежденного мочеточника моча в пузырь не поступает. С помощью катетеризации возможно установить уровень повреждения мочеточника, так как обычно область повреждения всегда сужена в результате развития рубцовых процессов. В выборе времени для операции следует руководствоваться общим состоянием больной, функцией почек, характером флоры влагалища и реакцией мочи, а также паличием или отсутствием инфицирования и инструкций в области свища.

Техника выполнения варианта операции по Макенродту. Больная укладывается на операционном столе в положении для влагалищных операций. После широкого раскрытия влагалища зеркалами шейка матки захватывается пулевыми щипцами и выводится наружу настолько, чтобы обеспечить достаточный обзор области свища. На расстоянии примерно 1 см от свищевого отверстия вокруг него рассекается слизистая влагалища и отсепаровывается в сторону от свища по всей окружности. Затем в области переднего свода влагалища, отступя от свищевого отверстия на 2—2,5 см, в поперечном направлении рассекается слизистая и отсепаровывается в обе стороны примерно в пределах 1—2 см.

Через уретру в мочевой пузырь заводится металлический катетер, концы которого вблизи свища выпячиваются стенка пузыря в области освеженного участка. В этом месте стенка пузыря рассекается с таким расчетом, чтобы размер и форма созданного в пузыре отверстия соответствовали бы размеру и форме лоскута со свищем. Лоскут с мочеточниковым свищем приближается к отверстию в мочевом пузыре и отдельными кетгутowymi швами подшивается к краям отверстия. Сначала шиваются края свища с краями сделанного в мочевом пузыре отверстия, затем круговую накладываются наружные швы на катчатку и, наконец, узловые на слизистую влагалища, которая прикрывает собой освеженные отсепаровкой участки. Производится туалет операционного поля, швы смазываются йодом.

Техническое выполнение варианта операции по А. Э. Маидельштаму. Основная идея этой операции та же, что лежит в основе операции Макенродта, но выполняется

при отсутствии матки у больных, имеющих двусторонние мочеточничко-влагалищные свищи.

Отступя на 1—2 см впереди от свищей, производится разрез слизистой полукруглой формы и на таком же расстоянии кзади от них — второй такой же разрез. Концы разрезов с боков должны сходиться, образуя фигуру овала. Освеженный участок впереди от свищей рассекается в глубину и вскрывается мочевого пузыря с таким расчетом, чтобы созданное отверстие по размерам соответствовало бы участку, на котором размещаются оба мочеточничковых свища.

Задний участок вскрытого пузыря сшивается с верхним краем лоскута, на котором располагаются отверстия мочеточничковых свищей, затем нижний край лоскута сшивается с верхним краем отверстия пузыря. Этим приемом вся область выхода отверстий свищей погружается в полость мочевого пузыря. На конечном этапе накладываются погружные швы на клетчатку и поверхностные на слизистую влагалища (рис. 45).

Хирургическое лечение ректо-вагинальных и ректо-перинеальных свищей (*Fistulorrhaphia recto-vaginalis et recto-perinealis*). Эта патология может быть следствием самых различных причин.

В акушерской практике, например, свищи могут сформироваться в результате несовершенного заживления убитого послеродового разрыва промежности III степени, в гинекологической — в результате незамеченной травмы прямой кишки при выполнении влагалищных операций или лучевого и химического ожогов. Некоторые ректо-вагинальные свищи могут иметь туберкулезную этиологию.

Размеры свищей и их локализация весьма различны. Свищи могут быть в виде незначительного отверстия или иметь повреждение, свободно пропускающее палец, и располагаться на протяжении от промежности до верхних отделов влагалища. Диагностика даже незначительных по размеру свищей не представляет особой трудности и основана на установлении проникновения во

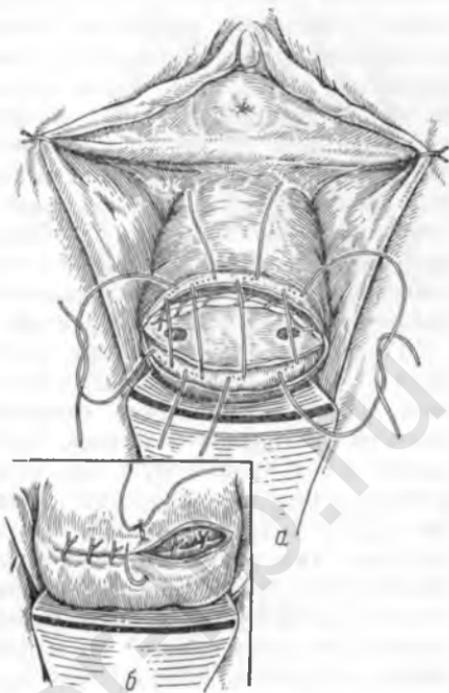


Рис. 45. Операция закрытия мочеточничко-влагалищных свищей по Мандельштаму.

a — передний край вскрытого мочевого пузыря соединяется с освеженной задней стенкой влагалища; *b* — края передней и задней стенок влагалища сшиваются узловыми швами.

влагалище газов или содержимого прямой кишки. Обычно ткани вокруг свищевого отверстия воспалительно изменены и имеют интенсивную красную окраску по сравнению с цветом остальной слизистой влагалища. Такая окраска вокруг свища обусловлена не только воспалительной реакцией, но и нередко связана с пролябливанием слизистой. При ректальном исследовании участок, на котором расположено свищевое отверстие, ощущается как углубление на относительно ровной стенке кишки. В ряде случаев свищ настолько мал, что не обнаруживается при самом тщательном обследовании, хотя ощущения большой свидетельствуют о его наличии. В таких случаях диагностика его может быть облегчена введением в кишку окрашенной жидкости с помощью клизмы.

Гораздо сложнее обстоит дело в случае необходимости определить форму и протяженность свищевого хода. Если при больших дефектах свищевое отверстие непосредственно соединяет полости влагалища и кишки, то при небольших — свищевой ход может иметь различную протяженность и быть очень извитым в связи с тем, что отверстия в кишке и во влагалище могут находиться на разных уровнях. Это обстоятельство существенно затрудняет хирургический подход к его закрытию. Принцип хирургического лечения каловых свищей так же, как и мочевых, состоит в расщеплении тканей перегородки и разъединении прямой кишки (области свища) от влагалища, а также высвобождении свища из рубцов. Однако если при непосредственно сообщающихся обе полости (кишку и влагалище) свищах расщепление тканей выполнить легко, то при наличии трубчатых, особенно имеющих извитой ход, оно не всегда выполнимо. В таких случаях попытка ликвидировать свищ путем иссечения свища нередко обречена на неуспех. Поэтому при трубчатых извитых свищевых ходах необходимо пользоваться широким оперативным доступом, независимо от места расположения свища (на промежности, вблизи вульвы или в верхних отделах влагалищной стенки). Расширение оперативного доступа заключается в продольном рассечении стенок влагалища и прямой кишки начиная от анального отверстия. Нередко приходится продолжать разрез несколько выше уровня свища.

Успех оперативного лечения каловых свищей зависит от тщательности подготовки больных. Об оперативном лечении калового свища речь может идти только после ликвидации воспалительного процесса, когда вполне сформируется рубцовая ткань. Этот срок составляет в среднем от 4 до 6 месяцев. При назначении больных на операцию следует учитывать также и время ожидаемой менструации. В этом отношении наиболее благоприятным следует считать период спустя неделю после окончания менструации, так как накануне или вскоре после нее органы и ткани малого таза более полнокровны. Операция в этот период может быть сопряжена с большей кровопотерей, существенно затрудняющей операцию. Кроме того, стекающая из матки менструальная кровь нередко содержит клетки отторгнутого эндометрия, которые мо-

гут имплантироваться на свежей раневой поверхности и образовать в последующем очаги эндометриоза.

Воспалительные проявления на слизистой влагалища, вульве и соседних участках кожи, обусловленные каловым свищом, могут быть легко устранены с помощью обычных гигиенических мероприятий (спринцевания влагалища, назначение сидячих теплых ванн с антисептиками, использование специальных мазей). После их ликвидации, за 2—3 дня до операции, назначаются слабительные, кишечник очищается с помощью клизмы, и больная переводится на зондовое питание, содержащее высококалорийные смеси с минимальным количеством шлаков. Накануне операции назначается настойка опия по 8 капель 3 раза в день с тем, чтобы подавить моторную функцию желудочно-кишечного тракта.

Положение больной на операционном столе и обработка операционного поля — обычные для влагалищных операций. Операционная сестра должна иметь резиновые напальчники и вазелиновое масло, которые могут потребоваться на случай ректального исследования во время операции или после ее окончания. Перед началом операции ректальным исследованием повторно уточняется локализация и форма свища, а после операции — состояние ушитого отверстия.

Вначале будет рассмотрена техника ушивания ректо-вагинального (или ректо-перинеального) свища, имеющего вид отверстия с небольшой прослойкой тканей между стенками кишки и влагалища.

Операция ушивания ректо-вагинального свища. Зажимами, наложенными на слизистую влагалища, на некотором расстоянии от отверстия свища выравнивается и приближается операционное поле к входу во влагалище. Вокруг свища рассекается слизистая влагалища. Если у больной, кроме свища, имеется и старый разрыв промежности, то одновременно может быть намечен необходимый лоскут для последующей операции задней кольпоррафии. Скальпелем расщепляются рубцовые ткани между стенками кишки и влагалища. Выполняя этот прием, следует стремиться сохранить больше тканей на стенке кишки за счет некоторого истончения стенки влагалища.

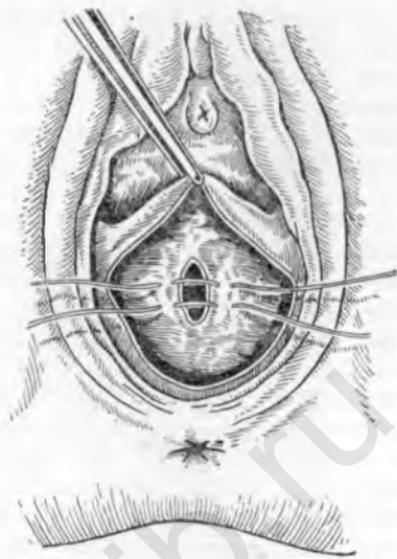


Рис. 46. Операция ушивания ректо-вагинального свища.

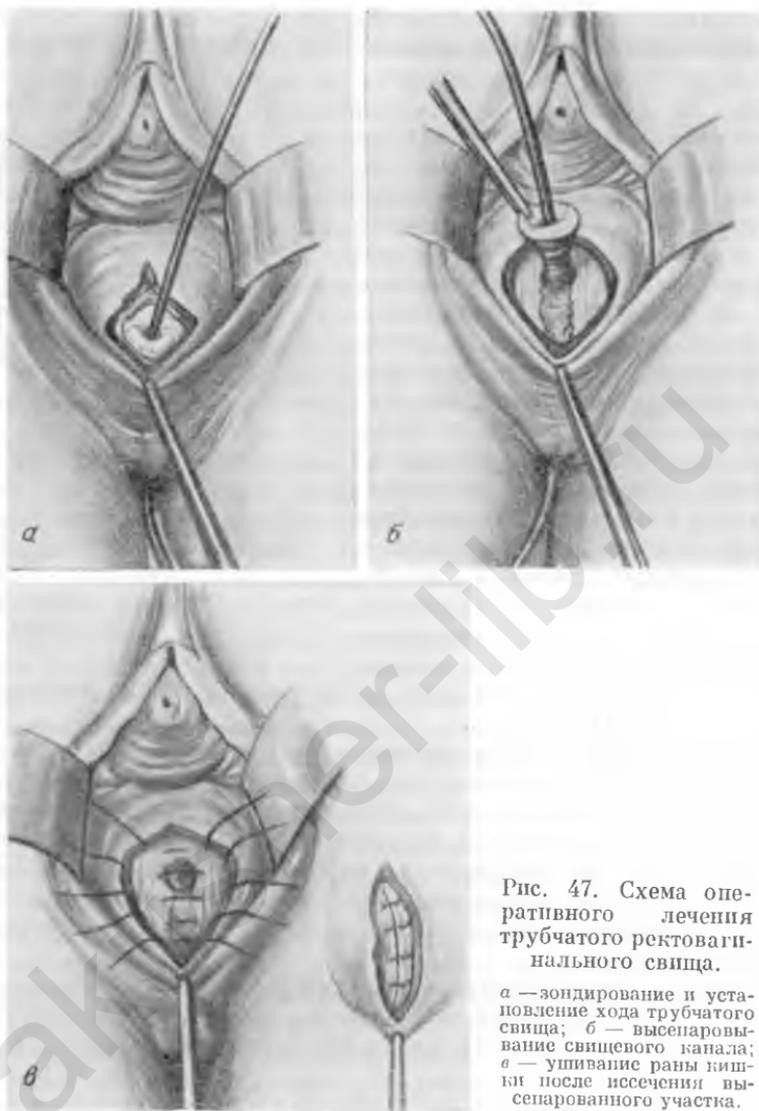


Рис. 47. Схема оперативного лечения трубчатого ректовагинального свища.

а — зондирование и установление хода трубчатого свища; *б* — высепарывание свищевого канала; *в* — ушивание раны кишки после иссечения высепарованного участка.

Свищевое отверстие на кишке ушивается отдельными узловыми кетгутowymi швами без прокалывания слизистой оболочки. При ушивании свища полезно осуществить наложение таких швов в 2 и даже в 3 этажа. Эта возможность должна быть предусмотрена во время высепаровки свища из рубцовых сращений. Наложение швов при закрытии свища кишки следует выполнять так, чтобы они перекрещивались со швами, наложенными на стенку влагалища. Разное направление швов будет обеспечивать лучший эффект (рис. 46). Если у больного не предполагалось реконструк-

ции промежности, то после ушивания свища непрерывным швом ушивается отсепарованная слизистая влагалищной стенки. Напротив, если имеется необходимость восстановить целостность промежности, то одновременно должна быть выполнена и задняя кольпоррафия. По окончании операции производится туалет операционного поля и смазывание швов йодом. Ректально обследуют участок расположения бывшего свища.

Техника ушивания трубчатого и узкого ректо-вагинального (ректо-перипреального) свища. В этих случаях техника оперативного закрытия свища существенно сложнее. Если удастся проследить длину и ход трубчатого свища, то операции прежде всего сводится к иссечению всего свищевого хода. Затем производится ушивание самого свища на кишку и слизистой влагалища (рис. 47). В силу недостаточности полного обзора нередко приходится операцию начинать с расширения доступа. Для этого рассекаются все ткани влагалища и прямой кишки вместе с анальным жомом. Опыт показывает, что такой подход к операции ушивания трубчатых свищей более рационален, а восстановление функции анального сфинктера при правильной технике оперирования не представляет сложности.

Первый этап такой операции состоит в расширении анального сфинктера. Расширителями Гегара, смазанными вазелиновым маслом, постепенно (до номера 12—14) расширяется заднепроходное отверстие. Последний расширитель остается введенным в прямую кишку и на нем в продольном направлении рассекаются анальный сфинктер и прямокишечно-влагалищная перегородка. Рассечение тканей может быть выполнено и на желобоватом зонде, как это показано на рис. 48, а. В подобных случаях рассечение следует начинать на участке, расположенном несколько выше свищевого отверстия. Для ориентира и возможности выравнять операционное поле при ушивании на вершину разреза накладывается зажим.

Части перерезанной анальной мышцы с обеих сторон прошиваются кетгутowymi лигатурами, концы которых берутся в зажимы Писапа. На стенки рассеченной кишки накладываются атравматические зажимы, свищевой ход высвобождается из рубцов и иссекается. Кишка ушивается тонкими шелковыми узловыми швами на круглой игле. Вкол иглы начинают от слизистой кишки одной стороны, затем иглой захватывается часть освеженных тканей. Далее игла переводится на противоположную сторону, вновь захватываются освеженные ткани и выкол делается на слизистую кишки противоположной стороны. При таком направлении шва узел оказывается в просвете кишки. Каждый шов завязывается тотчас, а концы лигатуры обрезаются. Первый такой шов должен быть наложен несколько выше вершины разреза на кишку с тем, чтобы между углом рассеченной кишки и первым швом не осталось щели. Так постепенно ушивается вся рана кишки, в том числе и слизистая анального отверстия. Затем накладывается

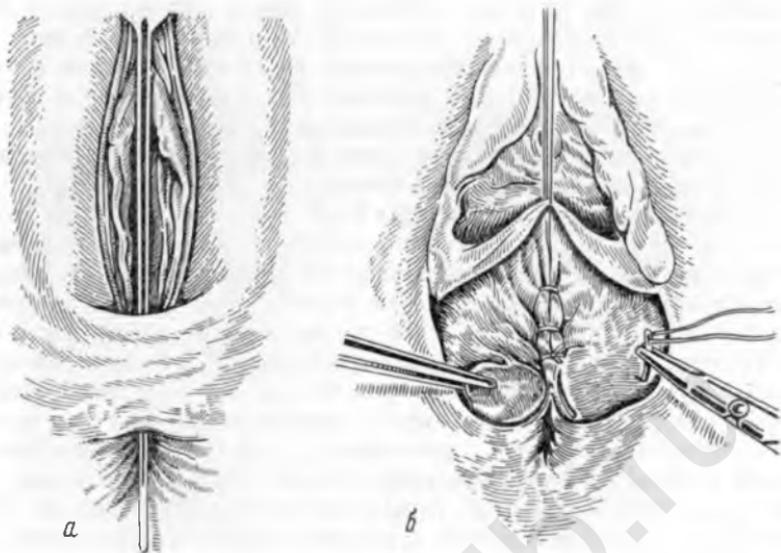


Рис. 48. Этапы операции ушивания трубчатого ректо-вагинального свища.

a — введение зонда в свищевой канал для рассечения тканей промежности; *б* — сфинктер восстановлен, накладываются дополнительные швы.

второй ряд швов, но уже без прокалывания стенки кишки и, если окажется возможным, то и третий ряд.

Следующий этап состоит в восстановлении целостности сфинктера. Для этой цели связываются ранее наложенные лигатуры, которыми замыкается мышечное кольцо. Для укрепления жом ушивается добавочными швами (рис. 48, б). Далее восстанавливается целостность промежности: узловыми кетгутowymi швами сшиваются ножки леваторов, затем непрерывным кетгутowym швом стенка влагалища. Наконец, накладываются узловые погружные швы на ткани промежности и шелковые на кожу аналогично тому, как это делается при операции задней кольпоррафии. Производится обычный туалет операционного поля и смазывание швов йодом.

В послеоперационном периоде назначается опий и «голодная диета». На 8-й день можно применить слабительно-касторовую эмульсию (100 г эмульсии принять чайными ложками в течение часа). Кожные швы на промежности снимаются на 5-й день после операции.

Хирургическое лечение сложных пузырно-кишечно-влагалищных свищей. Тяжелые повреждения влагалища с одновременным образованием мочевого и калового свищей встречаются относительно редко. Чаще всего они возникают в результате бытовых или производственных травм. Хирургическое лечение сложных свищей связано с определенными техническими трудностями. В зависимости от особенностей самих свищей хирургическое устране-

ние дефекта технически может не отличаться от операций, предпринимаемых в отношении одиночных свищей. Лечебный эффект зависит от характера и тяжести повреждений тканей влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки. Этими факторами определяется возможность мобилизации поврежденных тканей для свободного закрытия дефектов. Наиболее неблагоприятными для хирургического лечения являются свищи, развившиеся в результате лучевого повреждения или химических воздействий.

Очередность, в которой должны закрываться свищи, в каждом отдельном случае устанавливается индивидуально. Некоторые страдания можно оперировать одномоментно. Опыт, однако, свидетельствует, что вначале следует закрывать кишечно-вагинальный свищ, а затем приступить к лечению мочевого.

ГЛАВА 7

ОПЕРАЦИИ НА ВАГИНАЛЬНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Общие замечания. К числу операций, которые предпринимаются на шейке матки, относятся зондирование и расширение шеечного канала, диатермохирургические вмешательства, удаление полипов, ушивание ее разрывов и различные виды ампутации.

Целесообразно кратко рассмотреть некоторые причины относительно частых заболеваний шейки матки. Некоторые из них требуют особого внимания с своевременного, сравнительно простого хирургического лечения. Наиболее частой причиной заболевания шейки матки являются последствия перенесенного эндоцервицита и оставшиеся незащитными в свое время ее разрывы после родов. Несмотря на то, что в настоящее время принято производить обязательный осмотр шейки в первые 2 ч после окончания родов и ушивать обнаруживаемые разрывы, в том числе и промежуточные, тем не менее такое важное профилактическое мероприятие еще выполняется не всеми или выполняется недостаточно тщательно. До сих пор еще большие с деформациями шейки матки и дефектами промежности встречаются довольно часто. Неушитые разрывы шейки и деформации способствуют развитию воспалительных заболеваний (эндоцервициту), а в последующем приводят к образованию полипов, эрозий и пролиаированию (эктропиону) слизистой оболочки шеечного канала. Эрозия, эктропионы слизистой, полипы цервикального канала, деформации шейки матки должны быть отнесены к категории предопухоловых состояний и требуют своевременного устранения. Не следует, однако, полагать, что каждое из перечисленных заболеваний шейки матки обязательно должно подвергнуться мажигации, однако, если на протяжении 2—3 межменструальных периодов применение консервативных методов лечения не ведет к успеху, целесообразно ставить вопрос об оперативном лечении. Естественно, что старые разрывы шейки матки вообще не могут лечиться консервативно, так как их устранение достигается только хирургическим путем. При решении вопроса о выборе вида лечения (консервативного или хирургического) существенное значение могут иметь результаты специального обследования патологического участка шейки матки, которое в настоящее время располагает

многочисленными методами цитодиагностики и инструментально-оптического исследования. В ряде случаев вопрос о характере заболевания может быть решен с помощью биопсии из подозрительного участка.

Переходя к изложению различных видов хирургического лечения заболеваний шейки матки следует напомнить, что оперативное вмешательство может быть предпринято только после исключения воспалительных заболеваний матки, придатков или в других отделах таза. Нецелесообразно оперировать больных в период перед менструацией, так как это может привести к расхождению швов или формированию очагового эндометриоза.

Зондирование и расширение цервикального канала при его атрезии. Окклюзия канала обычно возникает в результате выскабливания слизистой оболочки цервикального канала или полости матки во время операции аборта или с диагностической целью. В этих случаях обнаженные подслизистые ткани, соприкасаясь друг с другом, вначале слипаются, а затем срастаются, что приводит к атрезии канала (или полости матки).

Зондирование канала и полости матки производится в следующей последовательности. Прежде всего уточняется положение матки в малом тазу, ее размеры, форма, плотность. Затем зеркалами широко раскрывается влагалище, обрабатывается спиртом и йодом; пулевыми щипцами захватывается передняя или обе губы зева и без излишнего натяжения шейка подтягивается к половой щели; шеечный канал на протяжении его проходимости протирается спиртом и йодом с помощью зонда Илейфера.

Учитывая положение матки, проводится осторожное зондирование канала маточным зондом. Зондирование канала может встретить препятствие при использовании заднего ложкообразного зеркала за счет давления его края на заднюю стенку канала. Поэтому при таких манипуляциях лучше пользоваться плоским задним зеркалом Фрича. Обычно легкими поступательными движениями зонда удается пройти место сращения стенок канала, и зонд легко проникает в полость матки.

Если цервикальный канал сужен на значительном протяжении, то после зондирования канал следует осторожно расширить дилататорами Гегара.

Диатермокоагуляция шейки матки. Это вмешательство может производиться как в стационарных, так и амбулаторных условиях. Диатермокоагуляция используется для лечения различных патологических состояний шейки матки типа эрозий или эктропиона (эрозированного эктропиона) слизистой цервикального канала, имеющих «спокойную» морфологическую картину. Операция производится на 3—4-й день после окончания менструации.

На операционном столе больная укладывается в обычное для влагалищных операций положение. К поверхности бедра или под тазовой областью через слегка увлажненную марлевую прокладку плотно фиксируется неактивный электрод (станиолевая или свинцовая пластинка). Влагалище широко раскрывается зеркалами

(задним, передним и, в случае необходимости, боковыми). Слизистая влагалища, шейка матки и цервикальный канал обрабатываются спиртом и высушиваются тампоном. Активным электродом (шаровидным, коньевидным или плоским) измененная поверхность шейки матки коагулируется до образования равномерного струпа. Ожоговая поверхность смазывается 5—10% раствором марганца. В дальнейшем струн обрабатывается этим же раствором через 1—3 дня до полного его отторжения.

Лечебный эффект оценивается после отторжения струпа и завершения полной эпителизации.

Примечание. Если на шейке матки имеются nabothievye кисточки, то одновременно с коагуляцией производится их прокалывание игольчатым электродом.

Удаления слизистого полипа шеечного канала (*Ablatio polyposi cervicis*). В клинической практике в основном встречаются два вида полипов шейки матки. Одни из них исходят из слизистой оболочки канала шейки (слизистый полип), другие — из подслизистых отделов канала (фиброзный полип). В канале шейки может находиться и полип, спустившийся из полости матки. Эти два вида полипов следует четко различать, так как техника их удаления различна.

Механизм образования слизистого полипа канала шейки в большинстве случаев связан с эндоцервицитом, при котором в определенных участках возникает патологическая гиперплазия слизистой. Полип, как правило, имеет различную длину ножку, а также выраженную сосудистую сеть. На отдельных участках полип может быть покрыт не цилиндрическим эпителием, а многослойным плоским.

Техника удаления такого полипа относительно проста. После обработки влагалища и цервикального канала спиртом полип у основания пересекается либо захватывается за ножку корнцангом и откручивается вращением инструмента. Последний прием удаления полипа весьма целесообразен, так как одновременно обеспечивает перекручивание сосудов ножки. Ложе полипа выскабливать кюреткой не следует, так как окружающая поверхность всегда инфицирована, а разрушение ткани будет способствовать распространению инфекции в глубину.

Удаления фиброзного полипа шейки или полости матки (*Ablatio polypus fibrosus*). Фиброзные полипы на ножке из тканей шейки матки встречаются относительно редко. Это обычно небольшие образования, чаще располагающиеся вблизи наружного зева, хотя формирование полипов возможно и в более высоких отделах канала шейки. По механизму возникновения и своему характеру эти образования идентичны фиброматозным узлам матки. К числу таких полипов могут быть отнесены также и подслизистые фиброматозные узлы матки, спускающиеся в канал шейки или рождающиеся во влагалище. Поэтому, излагая

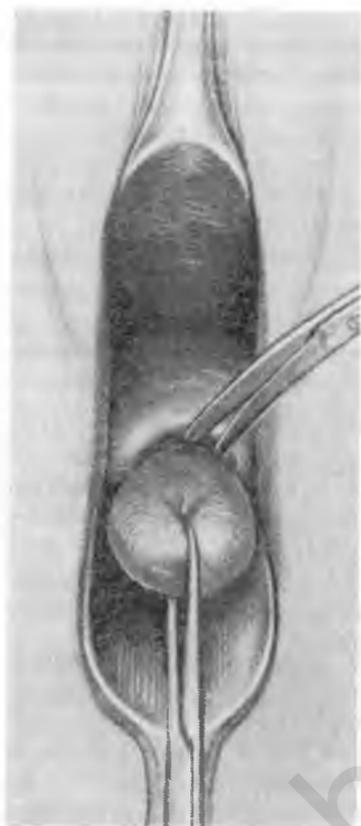


Рис. 49. Удаление фиброзного полипа на ножке, спускающегося из шеечного канала.

чревосечения. Чрезвычайно опасно, если такое повреждение стенки матки не будет своевременно замечено.

Если наружный зев матки раскрыт достаточно широко и позволяет подойти к ножке узла, то технически операция производится следующим образом. Зеркалами широко раскрывается влагалище, пулевыми щипцами захватывается нижний полюс рождающегося узла и без усилия подтягивается кнаружи. В основании вокруг ножки надрезается капсула узла (см. рис. 49). Затем ножка постепенно тупым путем осторожно истончается и подготавливается к отделению от узла. Истонченная ножка перетягивается кетгутовой нитью и узел отсекается. Культия ножки при этом уходит в глубину полости матки. При небольших размерах узла его удаление может быть выполнено и без перевязки ножки. В этих случаях после осторожного кругового рассечения капсулы у основания ножки узла и ее отсепаровки узел открывається

технику операции удаления полипов шейки матки, необходимо также рассмотреть вмешательства, осуществляемые в полости матки.

Если такой полип имеет тонкую ножку, то удаление его ничем не отличается от удаления обычного слизистого (рис. 49). Однако операция удаления полипа может встретить определенные затруднения, если это образование исходит из более высоких отделов канала шейки или спускается в его просвет из полости матки. Так называемые рождающиеся фиброматозные узлы матки требуют хирургического удаления в связи с тем, что они нередко инфицируются и некротизируются. При наличии тонкой ножки и достаточном открытии зева удаление узла возможно осуществить со стороны влагалища. Если, однако, ножка узла широкая и короткая, то при его удалении следует быть особенно осторожным, так как потягивание за узел может повлечь за собой втяжение стенки матки в месте расположения ножки (рис. 50). Такое втяжение может привести к тяжелым осложнениям, например, к перфорации при отсечении вместе с узлом участка стенки матки. В этих случаях ранение матки требует ушивания отверстия путем

вращением за инструмент. Сосуды ножки вследствие перекручивания не кровоточат. Если, однако, имеется небольшое кровотечение, то можно прибегнуть к тампонированию полости матки или влагалища. Тампон из матки удаляется через два, а из влагалища через 10 ч.

В некоторых случаях может оказаться, что наружный зев раскрыт недостаточно и свободного подхода к ножке узла нет. Для расширения доступа к ней целесообразно рассечь шейку матки вдоль (рис. 51). Для этого необходимо овальным разрезом, на некотором расстоянии от наружного зева, рассечь слизистую передней стенки влагалища и отсенаровать ее вместе с

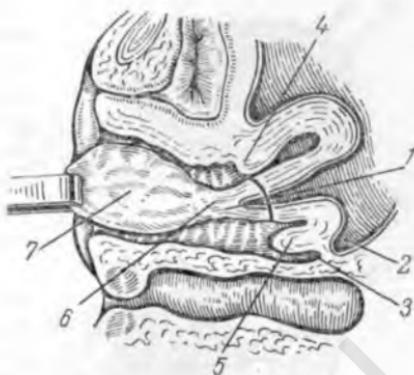


Рис. 50. Возможное втяжение стенки матки при извлечении подслизистого узла.

1 — выворот задней стенки матки; 2 — Дугласов карман; 3 — задний свод влагалища; 4 — передняя губа шейки матки; 5 — задняя; 6 — ножка узла; 7 — узел, захваченный инструментом.

с мочевым пузырем кверху, после чего произвести рассечение шейки по передней стенке на высоту, достаточную для подхода к ножке. В остальном удаление узла совершается в последовательности, описанной выше. После удаления узла отдельными кетгутовыми швами ушивается рана шейки матки, а отсенарованный лоскут слизистой оболочки влагалища укладывается на свое место и закрепляется отдельными кетгутовыми швами.

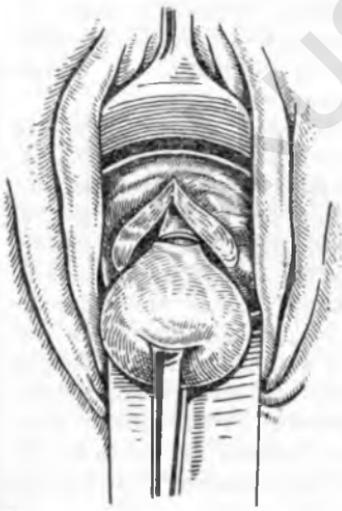


Рис. 51. Удаление рождающегося узла, располагающегося в шейном канале.

Хирургическое лечение кистозной дегенерации шейки матки (*Ovulae Nabothii*). Хирургическое лечение по поводу этого заболевания предпринимается в том случае, когда многочисленные кисточки имеют значительные размеры и существенно нарушают кровообращение в тканях шейки. Ретенционные кисты возникают в результате закупорки выводных протоков шейных желез вследствие эндоцервицита. Иногда такие кисты могут выпячиваться в виде полипов, имеющих ножку (*Ovulae Nabothii pendunculi*).

Хирургическое лечение кистозной дегенерации сводится к прокалам кист острым скальпелем или с помощью игольчатого диатермокоагулятора и опорожнению полостей от содержимого.

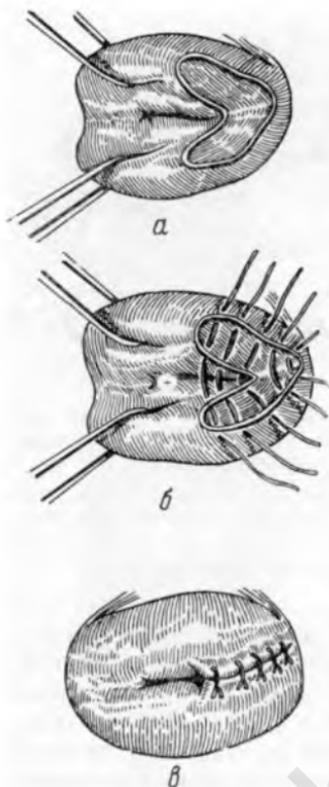


Рис. 52. Операция Эммета.
 а — освежение ткани в границах старого разрыва; б — ушивание разрыва; в — наложение швов на слизистую влагалищной части шейки.

Операция ушивания разрывов шейки матки по Эммету (Emmet). Эта операция предпринимается, главным образом, при старых боковых разрывах шейки матки. Подготовка больной, время операции, обработка операционного поля и положение на операционном столе обычные для влагалищных операций.

Зеркалами (передним, задним и, в случае необходимости, боковыми) широко раскрывается влагалище и шейка матки палочками на обе губы пулевыми щипцами, подтягивается к половой щели. Острым скальпелем освежаются края старого разрыва и, особенно тщательно, угол разрыва (рис. 52, а). Этот этап должен выполняться достаточно осторожно с тем, чтобы максимально сохранить ткани шейки матки. Освеженные края сближаются одиночными узловыми кетгутowymi швами с таким расчетом, чтобы сформировался наружный зев матки (рис. 52, б). Затем накладываются отдельные швы на боковые отделы слизистой шейки (рис. 53, в). Производится обычный туалет операционного поля, снимаются пулевые щипцы, удаляются зеркала, и матка устанавливается на место.

Диатермоэксцизия шейки матки (*Electroexcisio colli uteri*). Для этой цели применяется специальный электронож (рис. 53, а), который используется как активный электрод для иссечения пораженной части шейки матки. Выполняется эта операция в следующем порядке. Больная укладывается на операционном столе, как для влагалищной операции. Неактивный электрод на влажной прокладке фиксируется к бедру больной. После этого зеркалами широко раскрывается влагалище, пулевыми щипцами захватывается шейка матки и подтягивается к половой щели. Шейка матки ограничивается специальной резиновой манжеткой, которая заводится во влагалище для предохранения его стенок от случайных ожогов. При отсутствии резиновой манжетки растяжение стенок влагалища может быть обеспечено длинными и плоскими подъемниками.

Снимаются пулевые щипцы, в наружный зев заводится стержень электроножа. Включается ток, нож врезается в ткани шейки

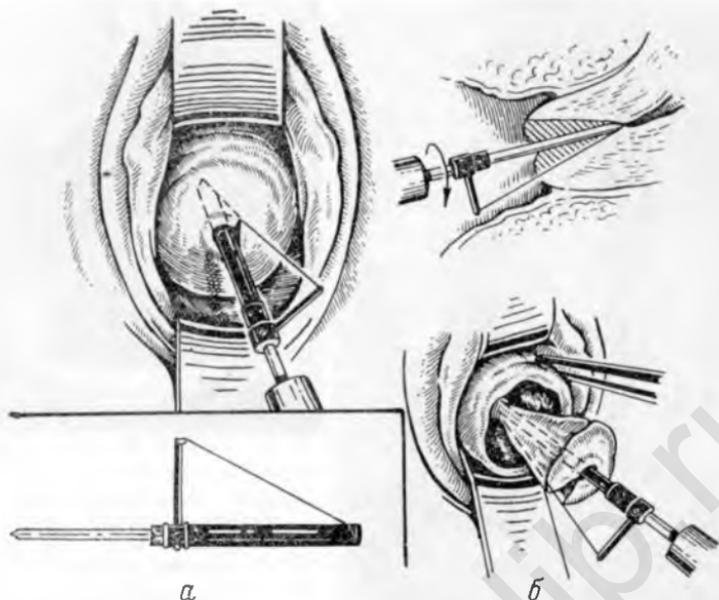


Рис. 53. Схема операции диатермоэксцизии.

а — электронож; *б* — круговое иссечение конусовидного участка шейки матки (отдельные этапы операции).

на необходимую глубину, а затем производится его вращение по кругу до завершения ампутации внутренней части шейки. Следует стремиться, чтобы разрез был проведен по границе здоровой и измененной части шейки матки (рис. 53, б). После извлечения иссеченной части раневая поверхность шейки смазывается 5—10% раствором перекиси марганца и удаляется резиновая манжетка.

Иногда, после иссечения участка ткани, в результате недостаточной коагуляции раневой поверхности возникает кровотечение. Для его остановки целесообразно применить дополнительное коагулирование поверхности, сменив электронож на наконечник-коагулятор в форме оливы или шарика. При этом работу аппарата диатермии следует установить на режим коагуляции.

Удаленная часть шейки матки направляется для гистологического исследования. В послеоперационном периоде в течение 7—10 дней коагулированная поверхность шейки обрабатывается раствором перекиси марганца один раз в день с перерывами в 2—3 дня. Выписывать больных из стационара лучше после отторжения струпа. Это правило необходимо соблюдать потому, что при отторжении струпа, примерно на 9—10-й день, может возникнуть значительное кровотечение.

Операция ампутации шейки матки по Штурмдорфу (*Amputatio colli uteri modo Sturmdorf*). Операция обычно применяется при

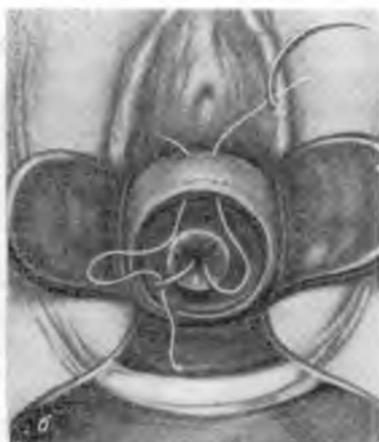


Рис. 54. Схема последовательных этапов операции ампутации шейки матки по Штурмдорфу.

а — круговое рассечение слизистой; *б* — наложение переднего шва на шейку по Штурмдорфу.

разрывах шейки матки, рецидивирующих эктропионах и значительном удлинении и деформации шейки (*elongatio colli uteri*).

Подготовка больных к операции обычная. Влагалище широко раскрывается зеркалами (задним, передним и боковыми), пулевыми щипцами захватываются передняя и задняя губы и шейка подтягивается к половой щели. Металлическим катетером, введенным в мочевой пузырь, уточняется граница его расположения по отношению к шейке матки. Острым скальпелем в пределах границы здоровых тканей производится круговое рассечение слизистой влагалища вокруг шейки матки и лоскут отсепаровывается кверху вместе с нижней частью мочевого пузыря (рис. 54, *а*). По границе отодвинутой слизистой таким же круговым разрезом рассекается ткань шейки матки перпендикулярно направлению хода цервикального канала. Так как при круговом рассечении тканей шейки матки наружная часть ее будет удалена вместе с пулевыми щипцами, оставшуюся часть целесообразно захватить зажимами Кохера, после чего отделить заднюю, захватив и ее зажимами. Кровоточащие сосуды лигируются кетгутowymi швами или обшиваются.

Следующий весьма ответственный этап состоит в наложении специальных швов. Хирургическим или лапчатым пинцетом захватывается отсепарованный лоскут слизистой. Швы начинают накладывать с середины переднего края лоскута на расстоянии около 0,5 см от края. Затем этот конец лигатуры проводится из цервикального канала через всю толщу ткани шейки на переднюю

стенку влагалища с выколом на 1,5—2 см выше и несколько наружу от первого вкола (рис. 54, б). Выведенный конец лигатуры извлекается из иглы и закрепляется в зажиме Кохера. После этого в иглу заводится другой конец той же лигатуры и повторяют ход лигатуры по соседству с первым. Вкол иглы также начинают с края слизистой влагалища, отступя от первого на 0,5 см. Затем этот конец проводится со стороны цервикального канала на переднюю стенку влагалища на равную высоту с первым концом и также слегка наружу от первого выкола иглы. Обе выведенные на переднюю поверхность лигатуры пока не связываются, а берутся в зажим. Затем выполняют наложение шва на заднюю стенку шейки, повторяя те же движения иглой с кетгутовой лигатурой, которую так же, как и цервную, не связывают. После подготовки этих двух основных швов можно связать первый шов, выведенный на переднюю поверхность шейки. В этот момент для лучшего формирования наружного зева ассистент хирургическим пинцетом приближает слизистую передней стенки влагалища к слизистой канала шейки. Концы связанной лигатуры берутся в зажим. То же самое проделывается со швом, наложенным на заднюю часть шейки. Этим приемом формируется передняя поверхность ампутированной шейки матки, так как листки отсепарованной слизистой, затянутые швами Штурмдорфа, вворачиваются в цервикальный канал. Теперь остается сформировать швами боковые отделы шейки, которые проводятся через всю ее толщу вблизи цервикального канала, раздельно слева и справа. Лигатуры связываются, а концы берутся в зажимы. При их связывании ассистент помогает хирургу правильно сложить края слизистой. Швы и созданный канал обрабатываются йодом. Зондом проверяется проходимость цервикального канала. Концы наложенных швов обрезаются. Катетером опорожняется мочевого пузыря.

Операция клиновидной ампутации шейки матки по Шредеру (*Amputatio colli uteri modo Schreder*). Подготовка больной и первоначальные этапы операции те же, что и при ампутации по Штурмдорфу. Различие их состоит в том, что при клиновидной ампутации разрез шейки производится не циркулярно, а в поперечном направлении через цервикальный канал, как бы разделяя шейку на переднюю и заднюю половины. Разрез следует вести сначала в одну, а затем в другую стороны от цервикального канала. Глубина разреза зависит от предполагаемого объема ампутации (рис. 55, а). Вначале клиновидно отсекается передняя половина шейки и сразу же в радиальном направлении накладываются узловые кетгутовые швы (срединный, затем боковые), которыми прошивается слизистая цервикального канала, толща шейки и оставшийся лоскут на наружной поверхности шейки (рис. 55, б). То же самое проделывается и со второй (задней) половиной рассеченной шейки (рис. 55, в). При необходимости могут быть наложены боковые швы (рис. 55, г). Зондом проверяется прохо-

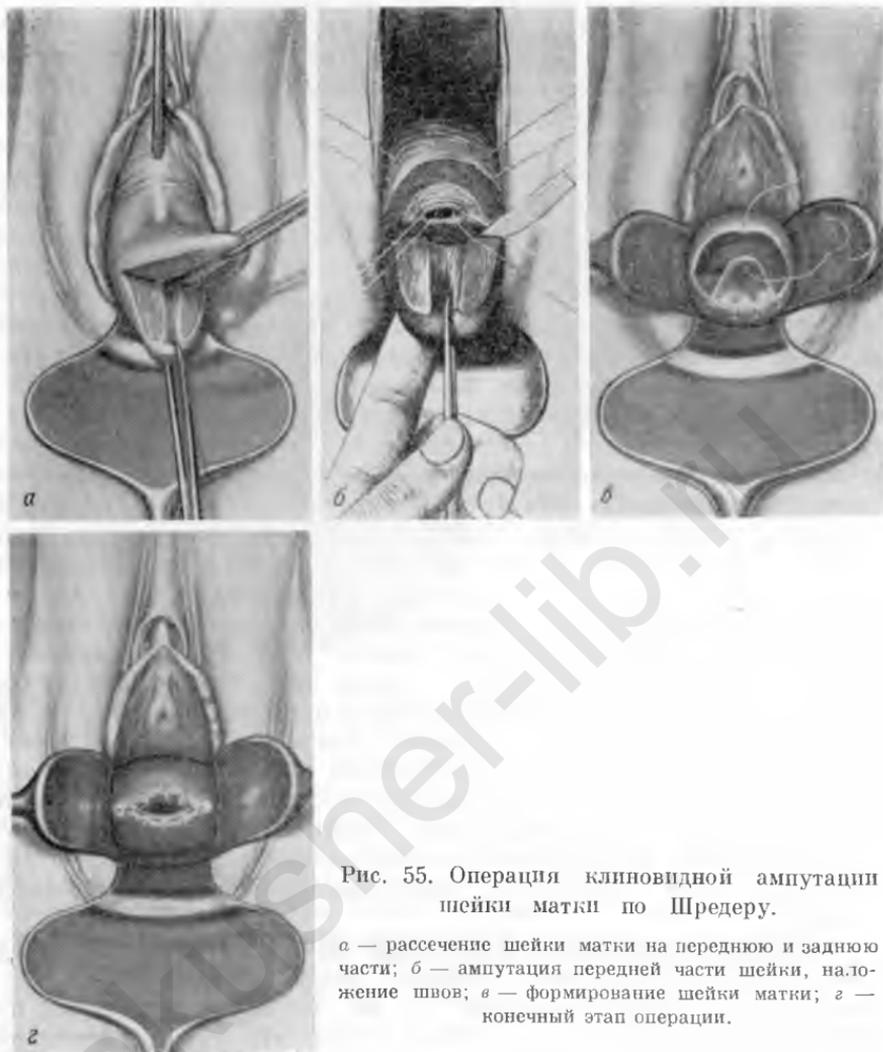


Рис. 55. Операция клиновидной ампутации шейки матки по Шредеру.

а — рассечение шейки матки на переднюю и заднюю части; *б* — ампутация передней части шейки, наложение швов; *в* — формирование шейки матки; *г* — конечный этап операции.

димось шеечного канала и производится обработка швов йодом.

Ниже рассмотрены технические особенности оперативного вмешательства, предпринимаемого с диагностической целью. К числу таких вмешательств относят выскабливание матки для получения ткани эндометрия.

Диагностическое выскабливание слизистой матки (*Abrasio mucosi uteri probatoria*). Операцию выскабливания матки следует производить крайне осторожно и в то же время достаточно тщательно. Осторожность диктуется возможностью нанесения повреждений (прободение матки при пузырьном заносе, раке) или травмы подслизистому узлу миомы (фибромиомы). Тщательно же выскабливания обеспечивается получение биоптического

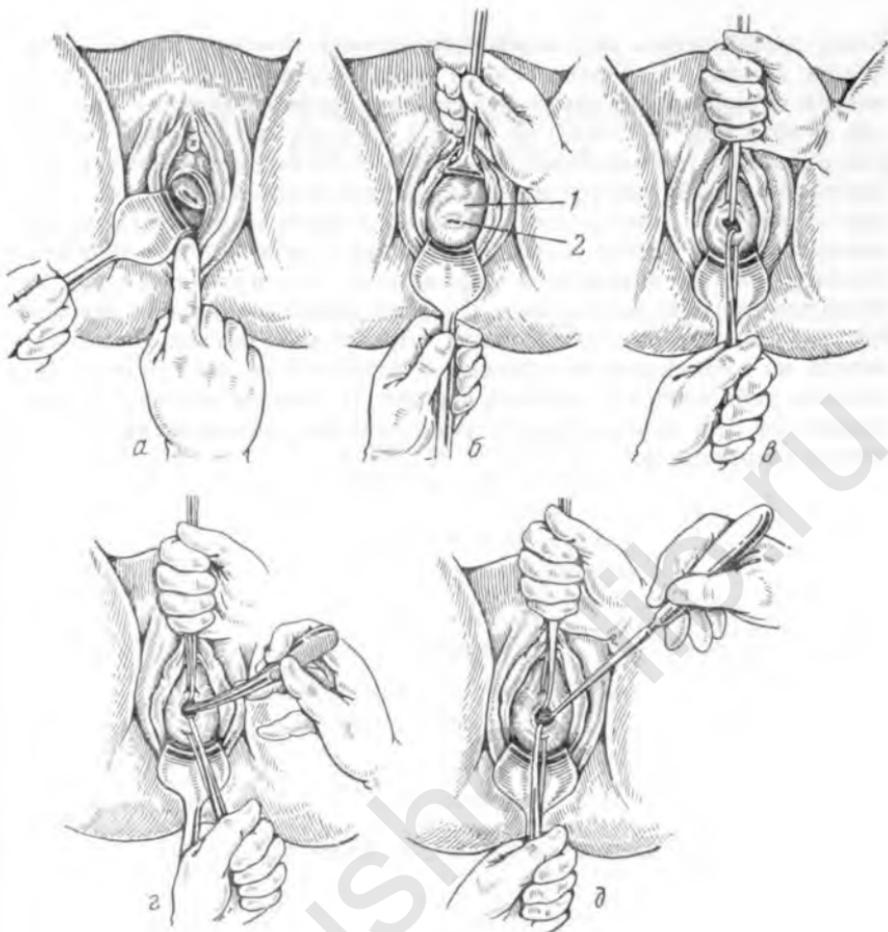


Рис. 56. Операция диагностического выскабливания полости матки.

a — введение заднего зеркала; *б* — шейка обнажена зеркалами: 1 — влагалищная часть шейки матки; 2 — наружный зев; *в* — пулевыми щипцами захвачена и низведена шейка матки; *г* — расширение цервикального канала дилататорами Гегара; *д* — заведение кюретки для выскабливания полости матки.

материала из всех отделов полости, что особенно важно при гнездовой форме злокачественного роста опухоли.

Подготовка больных к этой операции и техническое выполнение ее мало чем отличается от операции аборта. Различие состоит лишь в степени расширения цервикального канала (меньше, чем при аборте) и отсутствии необходимости применения абортцанга.

После обычной подготовки наружных половых органов влагалище широко раскрывается зеркалами и обрабатывается спиртом (рис. 56, *a*, *б*). Передняя и задняя губы захватываются пулевыми щипцами и шейка матки низводится кнаружи (рис. 56, *в*). Цервикальный канал расширяется до 8—10-го номера (рис. 56, *г*).

После расширения цервикального канала полость матки обследуется зондом. Определяется ее длина, состояние стенок, уточняется наличие выпячиваний в просвет полости (узлов) или других необычных образований. Затем средней по величине кюреткой производится выскабливание стенок по определенному плану. Вначале выскабливается передняя, потом задняя, затем обе боковые стенки и, наконец (меньшей по размерам кюреткой), выскабливаются углы матки. Соскоб тщательно собирается в пробирку (чашку Петри), заливается формалином и направляется для гистологического исследования. Целесообразным является проведение раздельного выскабливания, при котором вначале удаляется соскоб из цервикального канала, а затем из полости матки. Оба соскоба собираются в разные сосуды. К такому выскабливанию прибегают при необходимости установления локализации патологического процесса.

akusher-lib.ru

ЧАСТЬ III

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
С БРЮШНОСТЕНОЧНЫМ
ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ

Глава 8

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ
И ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

Глава 9

ОПЕРАЦИИ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ
ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Глава 10

ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ

Глава 11

ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ

Глава 12

ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

Глава 13

ОПЕРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ
ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Глава 14

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ
ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ
И ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

В оперативной гинекологии к органам малого таза чаще всего используют три вида брюшностеночного доступа. Два из них связаны с вскрытием брюшной полости, а третий, так называемый экстраперитонеальный, применяется для подхода к большим осумкованным гнойным очагам, располагающимся забрюшинно в малом тазу. Экстраперитонеальный доступ к гнойникам требует определенного опыта и осторожности, так как при его реализации легко вскрыть истонченную и напряженную брюшину и проникнуть в брюшную полость.

Принимая во внимание специфичность и сравнительную редкость такой операции, техника выполнения ее будет рассмотрена в пятой части руководства при обсуждении вопросов хирургического лечения воспалительных заболеваний.

Ниже излагается материал, касающийся гинекологических операций, связанных с брюшностеночным чревосечением, и операций, для выполнения которых используется сочетание брюшностеночного и влагалищного доступов.

Брюшностеночные доступы к органам малого таза. Брюшностеночные оперативные доступы по характеру разрезов разделяются на срединные (по белой линии), поперечно-надлобковые и боковые в различных модификациях (рис. 57).

Из числа поперечных надлобковых следует упомянуть о поперечном иптериликальном разрезе по Черни, который производится примерно на 5—6 см выше лона и предусматривает пересечение всех слоев брюшной стенки (кожи, подкожной клетчатки, апоневроза, мышечных слоев и брюшины) в том же поперечном направлении. Основное достоинство поперечного рассечения брюшной стенки состоит в том, что такое вскрытие обеспечивает широкий и более свободный доступ к органам малого таза, особенно удобный для больших объемов оперативного вмешательства. Вместе с тем, ушивание такой раны значительно сложнее, чем закрытие продольной раны. Поэтому рекомендовать разрез по Черни для всех операций как предпочтительный нет оснований, несмотря на то, что для ревизии органов брюшной полости он, несомненно, более удобен, чем, например, надлобковый по Пфанненштилю. Поэтому широкое распространение получил более простой в техническом отношении срединный продольный разрез между лоном и пупком.

Наиболее рациональным следует считать такой разрез, который по своему направлению совпадает с основным расположением

волокон в области рассекаемых тканей. В этих случаях хорошо формируется рубец и реже создаются условия для возникновения послеоперационных грыж, а также достигается необходимый косметический эффект. Последнее обстоятельство, хотя и не существенно, тем не менее требует определенного учета, особенно у молодых женщин. Поэтому, если характер заболевания допускает, то всегда следует стремиться к такому разрезу, который впоследствии обеспечивал бы сохранение нормальной функции брюшной стенки и сочетался с косметически хорошим видом.

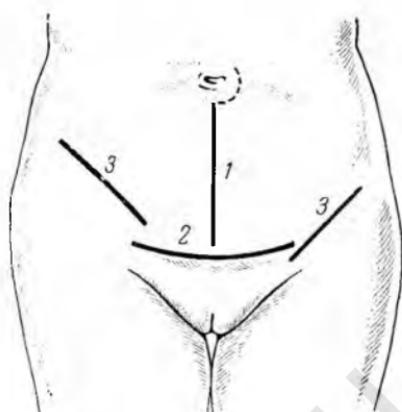


Рис. 57. Видя разрезов брюшной стенки.

1 — средний срединный; 2 — надлобковый поперечный; 3 — боковые разрезы.

Хирургическая анатомия брюшной стенки. Брюшная стенка имеет несколько слоев: кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневроз, четыре пласта мышц (прямые, наружные и внутренние косые, поперечные — левая и правая). Направление тканевых волокон каждого слоя различно. Кожные линии (Лангеровские) в нижних отделах живота имеют веерообразное расположение и расходятся от надлобковой области к латеральным отделам брюшной стенки (рис. 58, а). В верхних отделах линии собираются как бы к мечевидному отростку. Волокна наружных и внутренних косых мышц имеют косое направление (рис. 58, б). Прямые мышцы живота начинаются от хрящей 5—7 реберных дуг, идут книзу и своими нижними концами вплетаются в верхние ветви лобковых костей (рис. 58, в). Мышцы разделены апоневротическими перетяжками в поперечном направлении на четыре части.

Рассмотренные схемы направлений в каждом слое свидетельствуют о том, что при вскрытии брюшной полости ткани (особенно мышцы), помимо разъединения, в той или иной мере пересекаются. В меньшей степени рассечение тканей происходит при срединном продольном разрезе. Однако правильное и тщательное сшивание поперечно рассеченных прямых мышц живота также ведет к образованию прочного соединительнотканного рубца. Поэтому, как правило, их перерезка не влечет формирования в последующем послеоперационных грыж.

В практике прочное место занял срединно-продольный разрез брюшной стенки. Такой разрез (между пупком и лоном) хорошо совпадает с направлениями кожных линий. Мышечная ткань при этом не рассекается, а разъединяется. Правильно произведенный разрез почти точно совпадает с белой линией живота (linea alba).

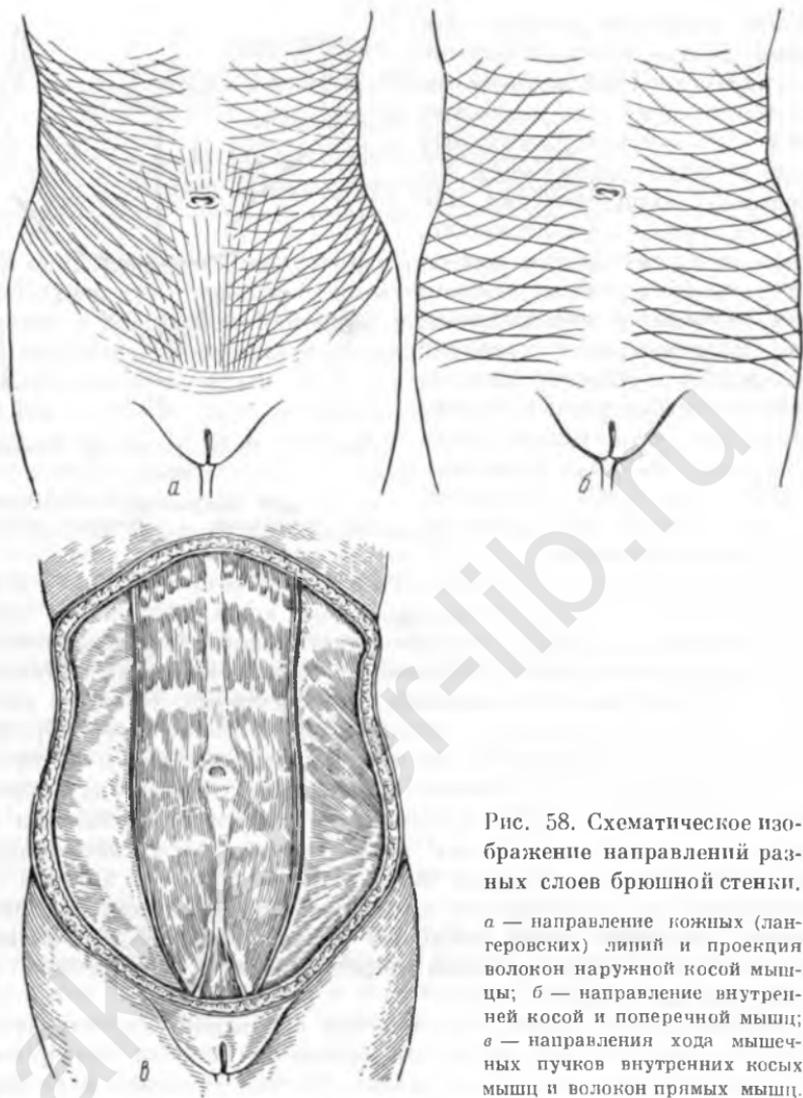


Рис. 58. Схематическое изображение направлений разных слоев брюшной стенки.

a — направление кожных (лангеровских) линий и проекция волокон наружной косой мышцы; *б* — направление внутренней косой и поперечной мышц; *в* — направления хода мышечных пучков внутренних косых мышц и волокон прямых мышц.

Известно, что упругость брюшной стенки определяется косыми и поперечными мышцами живота. Прямые мышцы отделены от них и располагаются в особом апоневротическом влагалище, задняя и передняя стенки которого составлены из апоневрозов обеих косых мышц. К задней стенке этого влагалища примыкает также и апоневроз поперечной мышцы. Апоневрозы косых мышц, перекрещиваясь по средней линии, образуют сухожильный тяж, который и получил название белой линии живота. В нижней части брюшной стенки белая линия более узкая, а, поднимаясь кверху (около пупка и выше), постепенно расширяется, достигая 2,5 см

ширины. Тяж этот достаточно плотный, однако у некоторых женщин, особенно многорожавших, тучных или ослабленных, нередко истончен или растянут и может достигать 10—15 см ширины. Естественно, что истончение и растяжение ткани белой линии приводит к расхождению прямых мышц живота и образованию грыжи брюшной стенки. Чаще всего грыжи возникают в области пупка и выше, т. е. на участках наибольшего дефекта белой линии. Это обстоятельство следует учитывать при выполнении операций у женщин, страдающих грыжами или имеющих растяжение брюшной стенки.

В нижних отделах прямых мышц расположены короткие пирамидальные мышцы, которые, начинаясь у лона, поднимаются на высоту примерно одной трети общей длины прямых мышц, вплетаясь в белую линию. Особенности расположения пирамидальных мышц у некоторых женщин могут затруднять нахождение белой линии.

Позади заднего листка влагалища прямых мышц располагается поперечная фасция, образованная апоневрозом косых и поперечных мышц. К последней, нередко довольно интимно, прилежит брюшина. В некоторых случаях у женщин, особенно тучных, между поперечной фасцией и брюшиной залегает значительный слой жировой клетчатки, которая может усложнять обнаружение брюшины, а следовательно, и вскрытие брюшной полости. При отыскании брюшины иногда далеко в сторону отслаивают задний листок влагалища прямых мышц, травмируя при этом проходящие здесь сосуды. Такая ненужная отслойка сопровождается кровотечением и в последующем может осложнять течение послеоперационного периода. Всех этих трудностей, однако, можно легко избежать, если хирург будет четко ориентироваться в топографо-анатомических взаимоотношениях слоев брюшной стенки, а разрезы будут производиться строго по средней линии. Правильное рассечение тканей брюшной стенки по средней линии



Рис. 59. Схематическое изображение сосудов брюшной стенки.

1 — поверхностная надчревная артерия; 2 — нижняя надчревная артерия; 3 — срединная артерия; 4 — поверхностная надчревная вена; 5 — реберно-надчревная вена; 6 — срединная вена.

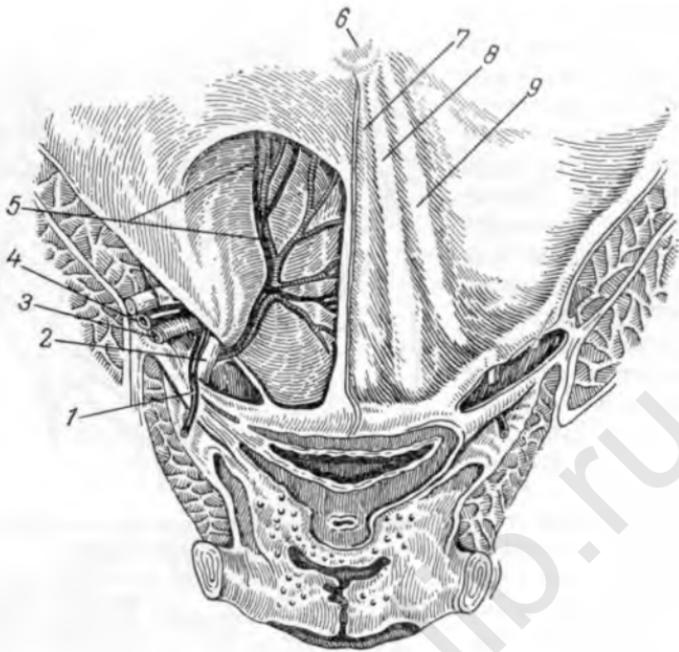


Рис. 60. Задняя поверхность передней брюшной стенки.

1 — запирающая артерия; 2 — круглая связка; 3 и 4 — наружные подвздошные артерия и вена; 5 — нижние надчревные сосуды; 6 — пупок; 7 — урахус; 8 — пупочная артерия; 9 — нижняя надчревная артерия.

проходит почти бескровно, если не считать кровотоковости кожи и подкожной клетчатки.

Кровоснабжение брюшной стенки осуществляется за счет *a. epigastrica inf. et superior* и ее разветвлений, а также *a. circumflexa ilei profundae* и ветвью *a. pudenda*. По аналогичным венам происходит отток крови (рис. 59). Как видно из рисунка, использование срединно-продольного разреза брюшной стенки не сопровождается рассечением значительных сосудов.

В иннервации брюшной стенки принимают участие *ramus cutaneus n. iliohypogastrici*, *n. genitalis*, *n. ilioinguinalis*, *n. intercostalis X—XII*, *n. iliohypogastricus*.

Внутренняя поверхность передней брюшной стенки представлена на рис. 60. Следует обратить внимание на ход нижней эпигастральной артерии, являющейся ветвью наружной подвздошной. Эта артерия с многочисленными разветвлениями проходит непосредственно под брюшинным листком по задней поверхности поперечной фасции. При использовании нижних поперечных разрезов брюшной стенки эта артерия и ее ветви, как правило, пересекаются и поэтому должны быть лигированы. При использовании нижнего срединного разреза пересекаются лишь весьма

мелкие, не дающие существенного кровотечения веточки. В большинстве случаев специального лигирования их не требуется.

Таким образом, с топографической точки зрения срединно-продольный разрез является наиболее обоснованным для производства большинства гинекологических операций и заслуженно получил широкое распространение. Весьма существенно, что при таком разрезе при необходимости операционное поле достаточно легко расширяется (для ревизии брюшной полости) путем продолжения разреза кверху, слева от пупка. Поперечный надлобковый разрез по Черни используется, главным образом, в онкологической практике, так как такой разрез лучше обеспечивает возможность выполнения обширных радикальных операций, предпринимаемых по поводу опухолевых заболеваний.

Топографические взаимоотношения органов малого таза. Знание топографических взаимоотношений органов малого таза имеет важное значение при выполнении различных гинекологических операций, так как известно, что в расположении соседних с маткой органов, в частности мочевого пузыря, мочеточников и сосудов, могут встречаться различные анатомические варианты.

В малом тазу матка располагается обычно по проводной оси; впереди от нее находится мочево́й пузырь и позади — прямая кишка. Между мочевым пузырем и маткой образуется небольшое углубление (*excavatio vesico-uterinae*), а между маткой и прямой кишкой — имеется более выраженное углубление или так называемый дугласов карман (*excavatio recto-uterinae*). Взаимоотношения органов могут меняться, например, при наполнении мочевого пузыря или прямой кишки, однако после их опорожнения нормальные взаимоотношения восстанавливаются. Напротив, при фибромиомах матки, в зависимости от локализации узлов и их размеров, нарушения взаимоотношений между органами могут носить постоянный характер.

Варианты положения мочевого пузыря по отношению хода мочеточников и их перекреста с маточной артерией могут быть весьма различными. В одних случаях мочево́й пузырь по отношению к телу матки расположен относительно низко, а место перекреста мочеточников с маточной артерией приближено к ребру матки. В других — мочево́й пузырь располагается на уровне дна матки или выше, тогда перекрест мочеточников с артерией окажется на некотором удалении от ребра матки (рис. 61).

Весьма различным может оказаться также и ход маточной артерии. Известно, что артерия обычно отходит от *a. hypogastricae* и, следуя по заднему листку основания широкой связки, подходит к ребру матки на уровне внутреннего зева. Различные варианты анатомических отклонений, отхождения и расположения маточных артерий представлены на рис. 62.

Некоторые рекомендации по техническому выполнению гинекологических операций. Ниже рассмотрена техника типичного

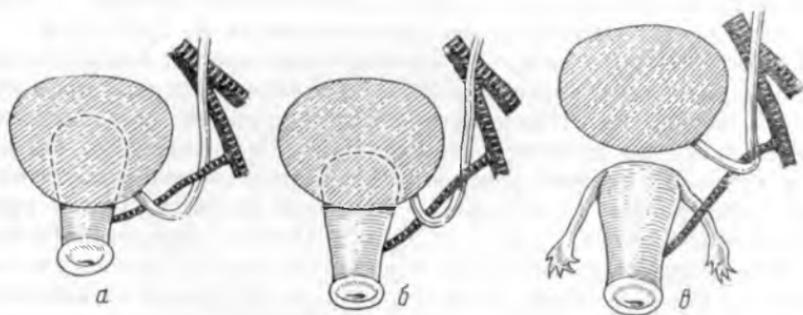


Рис. 61. Схематическое изображение различных вариантов расположения мочевого пузыря по отношению к матке и месту перекреста мочеточников с маточной артерией.

а — низкое расположение мочевого пузыря; б — среднее; в — высокое расположение пузыря.

вскрытия брюшной полости путем нижнего продольного разреза брюшной стенки.

Кожа и подкожная клетчатка рассекаются по средней линии живота между пупком и лоном. При необходимости расширения доступа разрез может быть продолжен выше пупка с обходом его слева. Если производится повторное чревосечение, то рубец должен быть иссечен в пределах здоровых тканей; соответственно ширине кожного лоскута иссекается также и подкожная клетчатка. С тем, чтобы после заживления раны рубец оказался ровным и тонким, кожу следует рассекать не отрывая ножа.

По рассечении кожи с клетчаткой на дне раны появится слегка блестящая беловатая ткань, представляющая собой апоневроз прямых мышц живота, а также белая линия (рис. 63, а). Продольным разрезом рассекается апоневроз (рис. 63, б). Рассечение его, однако, можно делать и ножницами: для этого на небольшом участке апоневроз вскрывается пожом, т. е. делается окно, а затем браншами изогнутых ножниц соответственно длине предполагаемого разреза отделяются мышцы от апоневроза. Этот прием облегчает последующее его рассечение, которое производится сначала книзу, затем кверху, до углов кожной раны.

Под апоневрозом располагается мышечный слой брюшной стенки (прямые мышцы живота), под которым находится задняя стенка влагалища прямых мышц живота (поперечная фасция) и интимно прилежащая к ней брюшина. Мышцы легко могут быть отделены друг от друга тупым путем (рис. 63, в). Следует стремиться делать разрез апоневроза строго по белой линии. Тогда область соприкосновения обеих мышц будет совпадать с разрезом апоневроза. По разъединении прямых мышц в ране появится сравнительно тонкая поперечная фасция (бледно-серого цвета), к которой прилежит брюшина. Целость поперечной фасции легко может быть нарушена даже при тупом разъединении прямых

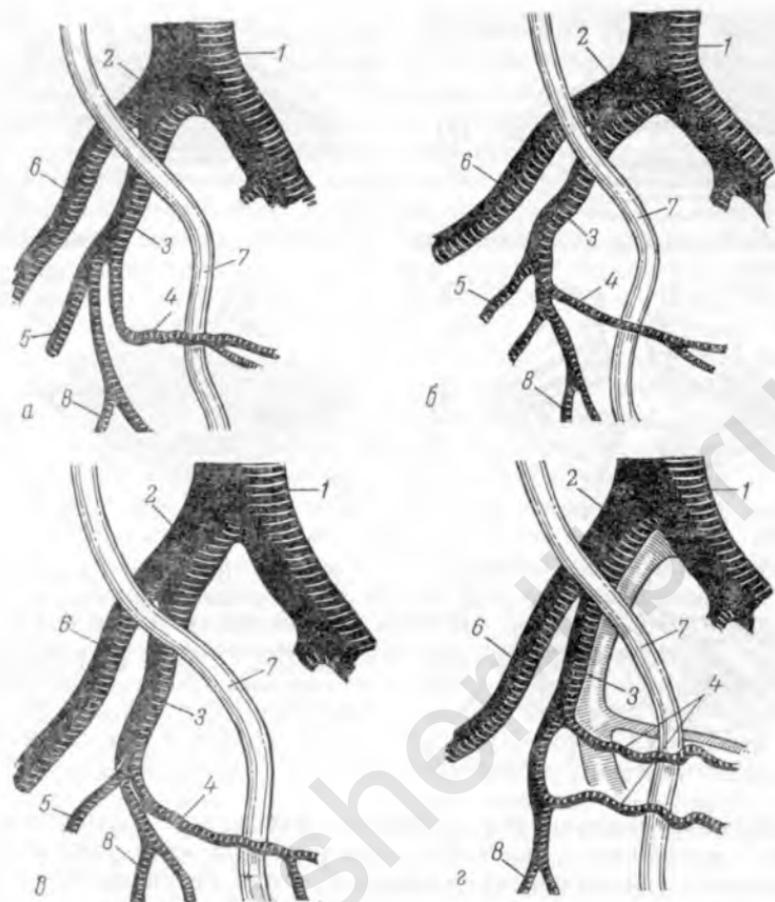


Рис. 62. Схема различных анатомических вариантов расположения маточной артерии.

а — обычное отхождение маточной артерии от подчревной артерии; *б* — низкое отхождение маточной артерии; *в* — отхождение маточной артерии от запирающей артерии; *г* — отхождение от подчревной артерии двух маточных артерий; 1 — аорта; 2 — общая подвздошная артерия; 3 — подчревная артерия; 4 — маточная артерия; 5 — запирающая артерия; 6 — наружная подвздошная артерия; 7 — мочеточник; 8 — верхние пузырные артерии.

мышц, тогда на дне раны окажется только брюшина. Затем приступают к завершающему этапу вскрытия брюшной полости. Для этого хирург и ассистент захватывают анатомическими пинцетами брюшину в небольшую складку, приподнимают ее и на вершине складки осторожно рассекают. Края рассеченной брюшины захватываются зажимами (рис. 63, *з*). После этого брюшина под контролем глаза рассекается ножницами сначала сверху, затем книзу, до углов брюшной раны, и брюшная полость окажется вскрытой (рис. 63, *д*). При рассечении брюшины оба ее края должны быть приподняты пинцетами или пальцами. Остается

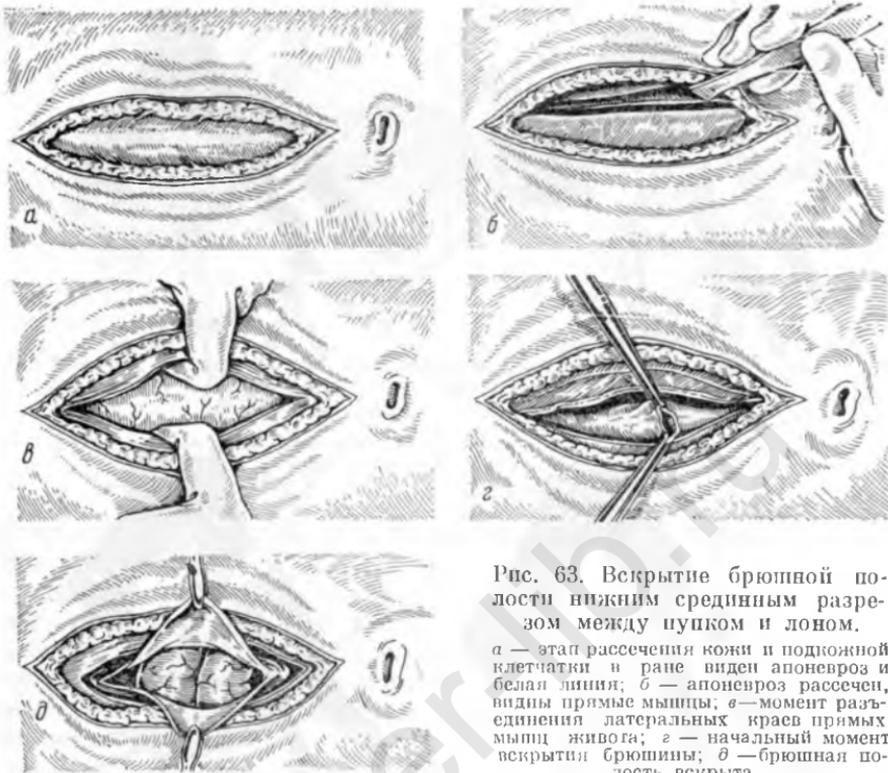


Рис. 63. Вскрытие брюшной полости нижним срединным разрезом между пупком и лонем.

a — этап рассечения кожи и подкожной клетчатки в ране виден апоневроз и белая линия; *b* — апоневроз рассечен, видны прямые мышцы; *в* — момент разделения латеральных краев прямых мышц живота; *г* — начальный момент вскрытия брюшины; *д* — брюшная полость вскрыта.

расширить брюшную рану, осмотреть брюшную полость и приступить к выполнению основной операции. При этом расширители раны следует заводить таким образом, чтобы не ущемить сальник или петли кишки между зеркалами и краем брюшной стенки. Для того, чтобы избежать ущемления, края раны (все слои брюшной стенки) следует приподнять и сначала завести переднее зеркало в область лона, а затем уже установить боковые. Переднее зеркало заводится с какой-либо одной стороны, а затем осторожно поворачивается на 90° и передвигается к лону.

Обзор брюшной полости необходим для получения данных, характеризующих состояние органов малого таза и брюшной полости. Если имеются сращения, то сальник и петли кишечника должны быть освобождены и отодвинуты влажными теплыми марлевыми салфетками вверх, в сторону диафрагмы. Все инструменты и марлевые салфетки должны быть на строгом учете у операционной сестры во избежание оставления их в брюшной полости. Поэтому марлевые салфетки, используемые в брюшной полости, должны иметь тесьму, свободный конец которой прикрепляется зажимом к операционному белью. Доступ к органам малого таза подготовлен, можно приступить к основной операции в соответствии с намеченным планом.

Лигирование сосудов. Срединный разрез брюшной стенки между лоном и пупком обычно не сопровождается большим кровотечением. Однако у некоторых женщин, имеющих рассыпной тип кровоснабжения, рассеченная кожа и подкожная клетчатка могут давать значительное кровотечение. В этих случаях кровоточащие сосуды необходимо лигировать. Если в ране нет отдельных крупных кровоточащих сосудов, то лигировать изолированно мелкие сосуды не представляется возможным. Поэтому кровоточащий участок ткани лучше захватить зажимом Пеана и затем перевязать; при этом в зажим не следует захватывать большой участок тканей, а также кожу, если кровоточащее место расположено вблизи нее. При раздвигании прямых мышц можно травмировать сосуды поперечной фасции, которые проходят по ее внутренней поверхности. Прежде чем рассечь фасцию, целесообразно проходящий сосуд предварительно лигировать в двух местах, по обе стороны линии рассечения.

Ушивание брюшной раны. В зависимости от характера предпринятой операции брюшная рана может быть ушита наглухо на всем протяжении или с оставлением небольшого участка для дренажа или тонкой трубки для введения в первые дни после операции в брюшную полость лекарственных веществ. В силу необходимости рана может быть ушита только на небольшом участке, а большая ее часть оставлена не закрытой. Делается это при необходимости выведения из брюшной полости больших марлевых тампонов (по Микуличу), устанавливаемых при обширных гнойных процессах. Введенные трубки или марлевые тампоны, начиная со 2-го дня послеоперационного периода, должны осторожно подтягиваться наружу и затем, в зависимости от течения воспалительного процесса, удаляются совсем. После извлечения тонких трубок или узких марлевых полосок повторного наложения швов обычно не требуется, так как рана хорошо заживает самостоятельно. После удаления больших тампонов, например Микулича, дальнейшее ведение раны определяется состоянием воспалительного процесса. При обширных гнойных процессах в малом тазу вместо оставления незащитой раны брюшной стенки с установлением тампона Микулича можно дренировать гнойную полость через влагалище (кольпотомия) путем введения трубки или марлевого дренажа (рис. 64). Такое дренирование способствует более совершенному оттоку гнойного содержимого из брюшной полости. Дренаж в последующем извлекается со стороны влагалища, а рана закрывается спонтанно.

Кольпотомия со стороны брюшной полости. Эта операция выполняется после завершения основного объема хирургического вмешательства. Специально подготовленный ассистент под контролем пальца заводит во влагалище корнцанг, которым выпячивает задний свод в брюшную полость. По выпяченному месту вскрывается влагалище, корнцанг проводится в брюшную полость и приоткрывается для захвата дренажной трубки.

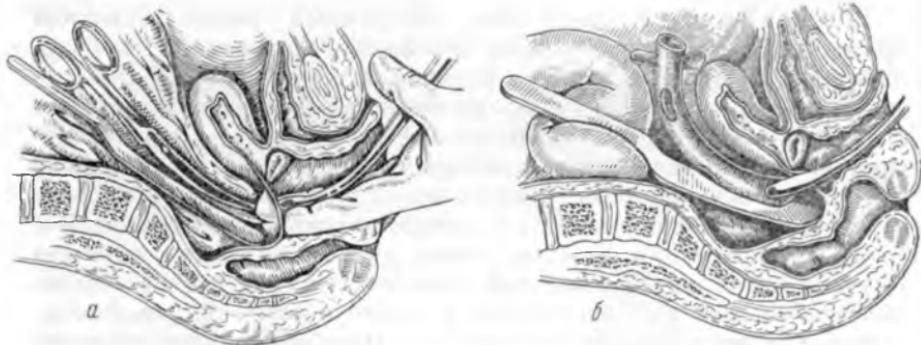


Рис. 64. Дренажирование гнойной полости в малом тазу через кольпотомическое отверстие.

а — создание кольпотомического отверстия со стороны брюшной полости; *б* — установка дренажа (резиновой трубки) в кольпотомическое отверстие.

Резиновая трубка за нижний конец проводится корнцангом во влагалище до упора верхнего конца трубки, имеющего крестовидную перекладину (рис. 65). Поперечная перекладина на верхнем конце дренажной трубки хорошо удерживает ее в ране. Нижний конец дренажа обычно укрепляется во влагалище к марлевому тампону. Следует отметить, однако, что надобность в установлении дренажной трубки в современных условиях возникает сравнительно редко, даже при наличии обширных воспалительных процессов. При наличии антибиотиков широкого спектра действия допустимо глухое ушивание раны брюшной стенки.

Большинство осложнений заживления раны связано с неправильной техникой ушивания и неумелого использования хирургического инструментария. В связи с этим могут оказаться полезными некоторые практические рекомендации по технике ушивания ран.

Одно из общих и существенных правил состоит в том, что при ушивании брюшной раны следует стремиться к возможно полному восстановлению разъединенных

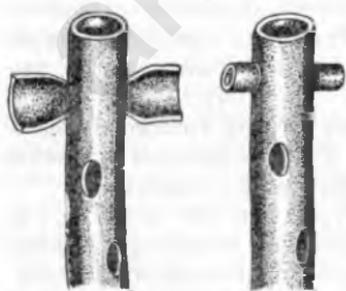


Рис. 65. Различные виды дренажных трубок, устанавливаемых в кольпотомическое отверстие.

во время операции отдельных анатомических слоев брюшной стенки. Как известно, в физиологических условиях между слоями тканей (брюшина, поперечная фасция, мышцы, апоневроз, подкожная жировая клетчатка, кожа) нет свободных пространств. Поэтому при ушивании раны эти взаимоотношения должны быть полностью восстановлены и все слои, разъединенные в результате разреза, должны быть сближены и укреплены швами. Не случайно в прошлом по этим соображениям рекомендо-

валось ушивать рану одной непрерывной лигатурой (брюшину, мышцы, апоневроз). В современных условиях это предложение можно считать излишним и даже нецелесообразным. Легко представить, что произойдет, если лигатура в каком-либо одном месте окажется несостоятельной. Все ушитые пласты тканей брюшной стенки окажутся разъединенными, и в результате расхождения раны возникнет эвентрация кишечника — крайне тяжелое послеоперационное осложнение. Вместе с тем, это осложнение может возникнуть и при обычном послойном ушивании раны,

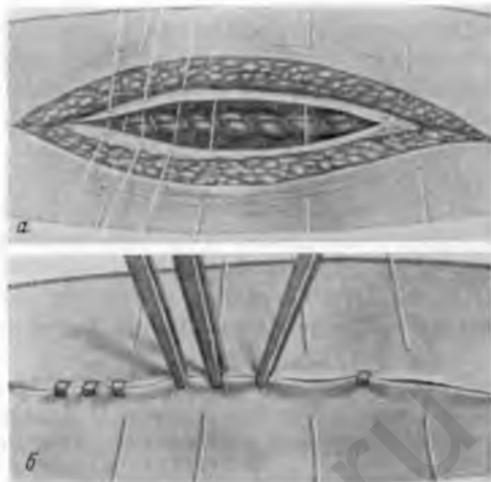


Рис. 66. Послойное ушивание брюшной раны.

а — брюшина с поперечной фасцией и прямые мышцы ушиты, наложение швов на апоневроз и поддерживающих швов на кожу с подкожной клетчаткой и апоневрозом; *б* — ушивание кожи и наложение металлических скобок.

так как причиной эвентрации чаще является инфицирование тканей брюшной стенки или развивающийся перитонит.

В хирургической практике принято послойное ушивание брюшной раны. Обычно брюшина зашивается непрерывным кетгутовым швом, причем следует стремиться к тому, чтобы в шов одновременно подхватывались и края поперечной фасции. На мышцы накладываются отдельные узловые кетгутовые швы, с помощью которых сближаются брюшки прямых мышц живота. При ушивании мышц необходимо избегать травмирования тканей. Апоневроз как более прочная ткань ушивается узловыми кетгутовыми швами, между которыми дополнительно накладываются отдельные шелковые (рис. 66, *а*). Подкожную клетчатку, особенно избыточно развитую, следует шить с захватом апоневроза узловыми кетгутовыми швами, не оставляя карманов. На кожу, как правило, накладываются отдельные шелковые швы или частично шелковые (для прочности) и металлические скобки (рис. 66. *б*).

Техника выполнения поперечного надлобкового разреза брюшной стенки (по *Пфannenштилю*). Несмотря на то, что нижний срединно-продольный разрез технически прост и обеспечивает необходимую ревизию не только органов малого таза, но и брюшной полости, в практике нередко используется надлобковый поперечный разрез брюшной стенки. Техника такого разреза хорошо разработана. Оба разреза (продольный и поперечный) имеют несомненные достоинства и свои

недостатки. К достоинствам разреза по Пфафенштилю следует отнести то, что определенные слои брюшной стенки пересекаются во взаимно перпендикулярных направлениях. Это обстоятельство предотвращает возможное образование послеоперационных грыж. Несомненно также, что поперечное рассечение кожи легче переносится больными, чем продольное, и обеспечивает лучший косметический эффект. Вместе с тем, несмотря на эти преимущества, надлобковый разрез не обеспечивает достаточного доступа для ревизии органов брюшной полости. Кроме того, такой разрез сопряжен с большей травмой мышц, нередко способствующей инфицированию тканей, а также требует владения техникой его выполнения. Поперечный разрез, однако, менее пригоден в тех случаях, когда операция предпринимается по поводу больших опухолей матки или яичников (фибромиом, кист), так как отверстие в брюшной стенке может оказаться недостаточным для их выведения.

Возможность перерезки кровеносных сосудов при выполнении такого разреза в большей степени, чем при продольном, не имеет существенного значения, так как при соблюдении принятых правил можно избежать кровотечения. При необходимости размеры брюшной раны можно увеличить за счет перерезки прямых мышц живота или путем продолжения разреза в сторону пупка.

Техника поперечного надлобкового разреза по Пфафенштилю состоит в следующем. В нижнем отделе живота, в слегка изогнутой поперечной складке кожи, производится полукруглой формы разрез (кожи и подкожной жировой клетчатки). Начало и конец его должны совпадать с латеральными границами прямых мышц живота (рис. 67, а). Путем оттягивания крючками краев раны к лону и пупку обнажается апоневроз прямых мышц, который следует рассечь параллельно разрезу кожи (рис. 67, б). Верхний и нижний края рассеченного апоневроза по средней линии захватываются зажимами. Кожно-апоневротический лоскут оттягивается сначала в сторону пупка, а затем к лону и с обеих сторон тупым путем мышцы отслаиваются от переднего листка апоневроза на необходимую высоту. Оставшуюся посередине узкую полоску апоневроза ткани следует осторожно отсечь от мышц ножницами. После этого подобным же приемом отслаиваются мышцы и в сторону лона (рис. 67, в). Освободив таким образом необходимое пространство, по белой линии тупым путем прямые мышцы раздвигаются и обнажается брюшина. Брюшина в этом случае вскрывается, как обычно, в продольном направлении (рис. 67, г). Затем разрез брюшины, как обычно, продлевается ножницами в сторону пупка и лона. Брюшная полость оказывается вскрытой. После этого можно приступить к заведению зеркал (прямого и боковых) и отграничению марлевыми салфетками петель кишечника и сальника: операционная область полностью подготовлена к выполнению намеченного хирургического вмешательства.

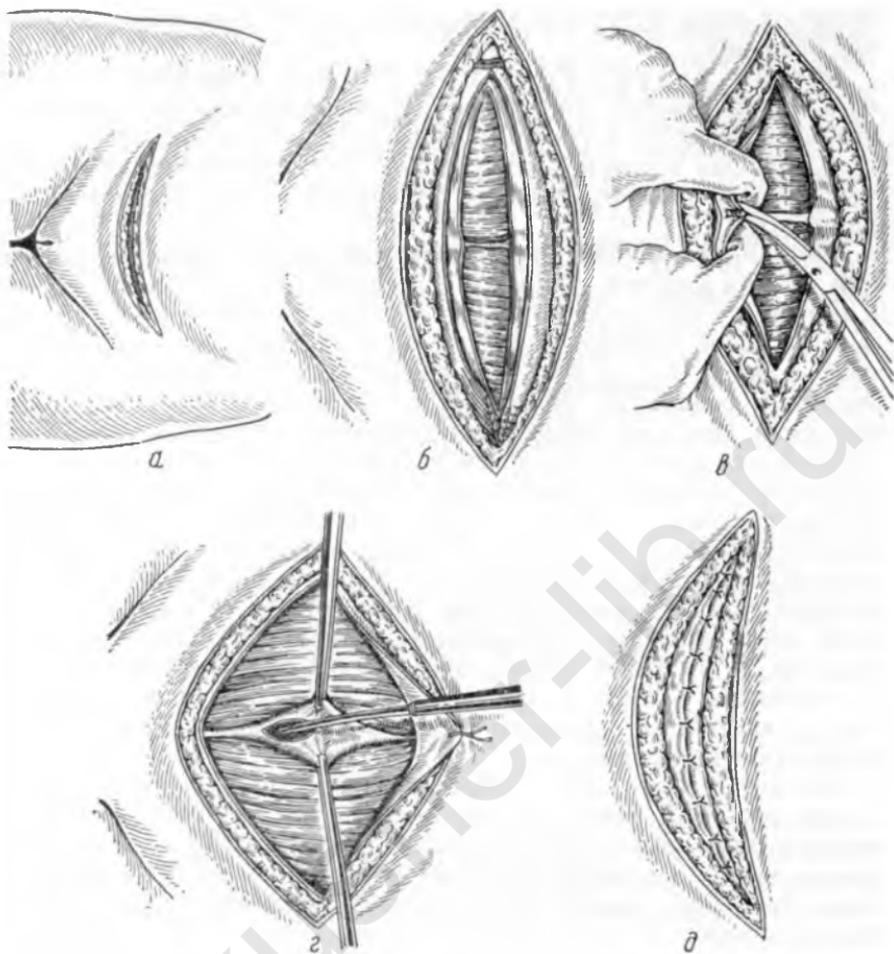


Рис. 67. Вскрытие брюшной полости разрезом по Пфанненштилю.

a — форма и место разреза кожи и подкожной клетчатки живота; *b* — форма и направление разреза апоневроза; *в* — момент отсепаровки апоневроза от прямых мышц живота в сторону пупка и рассечение белой линии; *г* — момент вскрытия брюшины; *д* — один из этапов ушивания раны брюшной стенки при поперечном разрезе — ушивание апоневроза.

После окончания операции ушивание брюшной раны производится послойно, как при продольном разрезе. Если по ходу операции осуществлялось расширение оперативного доступа путем перерезки прямых мышц, то сшивание их концов производится отдельными узловыми кетгутowymi швами, по возможности без избыточного натяжения.

Надлобковый поперечный разрез широко используется в гинекологической практике в тех случаях, когда не предвидится обширного хирургического вмешательства и небольшие размеры

брюшной раны могут обеспечить выполнение всех основных этапов операции.

Косой разрез брюшной стенки (*параллельно ходу пупарговой связки*) чаще всего используется для экстраперитонеального подхода к гнойным очагам, располагающимся в малом тазу, главным образом, в тех случаях, когда воспалительный процесс распространяется в сторону брюшной стенки (передний параметрит).

Источники ошибок при выполнении гинекологических операций. Работа хирурга и ошибки — понятия несовместимые. Вместе с тем, могут наблюдаться отдельные недочеты, которые обусловлены, с одной стороны, недостаточным знанием основ хирургической техники, а с другой — невнимательностью хирурга при выполнении различных оперативных приемов. В практике могут возникать ситуации, когда при назначении большой на операцию заболеваше расценивается как операбельное, в то время как по вскрытии брюшной полости оно оказывается значительно более распространенным, исключаям выполнение операции радикального объема. В других случаях назначение на операцию делается по одним показаниям, а в дальнейшем оказывается, что больная страдает совсем другим заболеванием. Такие «ошибки» чаще всего связаны с трудностью диагностики некоторых заболеваний, не имеющих строго определенной клинической картины. В настоящем разделе рассмотрены не диагностические затруднения, а возможные недочеты техники при выполнении тех или иных этапов операции.

Несмотря на то, что в основе любой хирургической операции лежит лечебный метод, тем не менее не следует игнорировать и эстетическую сторону вмешательства. Неправильно выполненный разрез кожи, например, приводит к формированию обезображивающего рубца, оказывая тем самым неблагоприятное влияние на моральное состояние больной, особенно если оперировалась молодая женщина. Поэтому уже с самого начала следует стремиться к тщательному выполнению разреза, не превышая без необходимости его размеры. Каждый разрез нужно выполнять строго по средней линии между лоном и пупком (при продольном рассечении) или в складке кожи, если рассечение производится в надбровковой области (при поперечном разрезе). Для правильного выполнения разрезов необходимо иметь острый нож, а рассечение производить одним движением, без отрыва ножа от поверхности кожи. Особое внимание следует уделять рассечению кожи при повторных чревосечениях, так как в этих случаях приходится иссекать старые рубцы с подкожной жировой клетчаткой.

Известную трудность может вызвать наличие толстого слоя подкожной жировой клетчатки. В этих условиях рассечение клетчатки может облегчить достаточное раздвигание краев раны крючками. Однако у тучных женщин обилие жира сосредоточено не только под кожей. Он достаточно богато представлен и в пред-

брюшинной клетчатке, в результате чего для отыскания брюшины нередко отклоняются в ту или другую стороны от середины, что может привести к ранению нижней подчревной артерии. Пересечение этой артерии не представляет серьезного осложнения, тем не менее оно требует тщательного лигирования сосудов.

Более тяжелые осложнения могут возникнуть при недостаточном внимании к рассечению тканей живота у больных, имеющих тонкую или дряблую брюшинную стенку, встречающуюся у женщин много рожавших или истощенных. В этих случаях нередко имеет место значительное истончение апоневроза и растяжение белой линии вследствие расхождения прямых мышц живота. Недостаточно осторожное рассечение тканей брюшной стенки может повлечь за собой ранение кишечника или сальника. Опасность ранения внутренних органов существенно повышается, если больная оперируется повторно, так как после первого хирургического вмешательства иногда образуются сращения кишечника или сальника с париетальной брюшиной. Вместе с тем, ранение кишечника или сальника в момент вскрытия брюшины можно нанести и без наличия сращений в том случае, если брюшина будет захвачена щипцами, особенно с острыми зубцами, вместе с петлей кишечника или сальником. Петли кишечника и сальник при недостаточно глубоком наркозе могут плотно прилегать к брюшине, и в этих случаях такое осложнение может возникнуть относительно легко.

К травмированию кишечника может привести грубое заведение брюшного зеркала или ущемление петли между брюшной стенкой и зеркалом.

При вскрытии брюшной полости можно нанести ранение также и мочевому пузырю. Это осложнение обычно возникает в тех случаях, когда пузырь перед операцией не был опорожнен катетером или вследствие высокого его расположения, а также при наличии спаек с брюшной стенкой или передней поверхностью матки. Мочевой пузырь может быть ранен и в том случае, если место рассечения брюшины выбрано близко к лону. Травмирование мочевого пузыря и предпузырной клетчатки нередко происходит в результате неправильного введения и фиксации переднего брюшного зеркала, когда его край, не захватывая брюшину, располагается между нею и брюшной стенкой. Подобные погрешности, несомненно, отягощают послеоперационное течение и в известной мере характеризуют качество хирургической работы. Однако такие ранения не относятся к числу осложнений, серьезно отягощающих состояние больных, тем более если они своевременно замечены и устранены.

Совсем другая развивается картина, если ранение окажется незамеченным. В этих случаях послеоперационное течение может осложниться тяжелым перитонитом или внутрибрюшинным кровотечением (при ранении сосудов сальника). Эти грозные осложнения требуют повторного чревосечения и устранения поврежде-

ний, но уже в условиях, менее благоприятных для больной. Особенно тяжким осложнением, нередко заканчивающимся летальным исходом, является оставление в брюшной полости инструментов или марлевых салфеток (полотенец). Эти погрешности, хотя и редко, но, к сожалению, могут иметь место. Описаны случаи оставления в брюшной полости полотенец, больших марлевых салфеток, хирургических зажимов, ножниц и других предметов операционного обихода. Несомненно, что эти осложнения являются трагической случайностью, в основе которой в большинстве случаев лежат невнимательность хирурга и нечеткая работа операционной сестры. Оставления инородных предметов в брюшной полости можно избежать, если на всех этапах операции хирург и ассистенты будут исключительно внимательны, а операционная сестра будет вести *строгий учет хирургического материала и инструментов*. Полезно еще раз напомнить, что в хирургической работе нет мелочей. Каждое движение хирурга и его ассистентов должно быть максимально бережным, а выполнение каждого этапа операции — четким и продуманным.

ГЛАВА 9

ОПЕРАЦИИ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Общие замечания. Матка в полости малого таза занимает срединное положение и примерно отстоит на равных расстояниях от лона, крестца и боковых стенок таза. Дно матки располагается на уровне IV крестцового позвонка, а область наружного зева — на уровне интерспинальной плоскости таза. В таком положении она удерживается связками (подвешивающий аппарат) и тканями тазового дна (поддерживающий аппарат). Матка может легко сместиться как по горизонтальной, так и вертикальной осям при различных воздействиях и возвращаться в нормальное положение после прекращения действия смещающей причины. Некоторые заболевания полового аппарата ведут к несостоятельности подвешивающего или поддерживающего аппаратов, при которых существенно меняется и положение матки. Такие состояния нередко требуют хирургического лечения. Обычно опущения (и выпадения) матки сочетаются с опущением стенок влагалища. Поэтому восстановление и укрепление нормального положения матки в тазу выполняется как второй этап после восстановления целостности тазового дна и пластических операций на влагалище. В связи с этим при обсуждении плана операции первого этапа (пластики влагалища и тазового дна) следует предусмотреть необходимость и второго этапа, обеспечивающего восстановление и укрепление нормального положения матки. Второй этап выполняется с помо-

цью брюшностеночного доступа. Необходимость второго этапа операции совершенно очевидна в тех случаях, когда у больных имеется выпадение матки. В некоторых случаях укрепление положения матки может потребоваться у больных, страдающих только ретродевиацией, без ее опущения.

Опыт показывает, что хирургическое лечение неправильных положений матки показано не у всех больных. Дело в том, что ретроверзия матки может быть первичной и вторичной. Первичная ретроверзия матки, хотя и не относится к числу нормальных анатомических положений, тем не менее представляет собой состояние, к которому женщина вполне адаптировалась. Эта патология обычно формируется еще в периоде детства и не требует исправления. Напротив, вторичная ретроверзия возникает значительно позже, например, в результате ненормально протекающего процесса обратного послеродового развития матки. Возникновение фиксированной ретроверзии матки может быть связано с перенесенным слипчивым периметритом. Такая ретродевиация матки приводит к перегибу сосудов и застойной гиперемии, характеризующейся нарушениями менструации и болевым синдромом. Вот почему при вторичных ретроверзиях матки, особенно в сочетании с ее опущением, помимо пластических влагалищных операций, целесообразно осуществлять исправление положения матки укреплением связочного аппарата.

Однако совсем не просто отличить первичную ретродевиацию матки от вторичной. Л. Л. Окнищич рекомендовал пользоваться следующими признаками. Если при ретроверзии матки расстояние от нижнего края лона до влагалищной части матки меньше нормального, а передняя стенка влагалища тем не менее не нависает, то эти взаимоотношения свидетельствуют о том, что неправильное положение матки приобретено в детском возрасте. В этом случае развитие сосудистой системы и других отделов таза было в условиях уже сформировавшегося неправильного положения матки. Напротив, если при ретроверзии матки передняя стенка влагалища нависает и протяженность ее больше, чем расстояние от лона до влагалищной части матки, то неправильное положение матки следует рассматривать как состояние приобретенное, возникшее после того, как развитие органов тазовой области было закончено. Клинически эти различия определяются значительно проще. Большой в положении для гинекологического исследования предлагают потужиться: при первичной ретроверзии выпячивания передней стенки влагалища не происходит, в то время как при вторичной — выпячивание стенок будет обязательным.

Операции, направленные на исправление положения матки, редко имеют самостоятельное значение и чаще используются как дополнительное хирургическое мероприятие, закрепляющее эффект влагалищных операций. Подобных операций предложено много, однако по своим принципам они мало отличаются друг от друга.

Наибольшее внимания заслуживают операция укорочения круглых связок по Дартигу — Вебстеру (Dartig — Webster) и операция подшивания матки к брюшной стенке по Кохеру (Kocher) как наиболее простые и достаточно эффективные. Однако каждая из них предпринимается по определенным показаниям. Операция укорочения круглых связок обычно выполняется у женщин детородного возраста, так как после нее можно допустить наступление беременности и спонтанных родов (роды, тем не менее нежелательны, так как этим

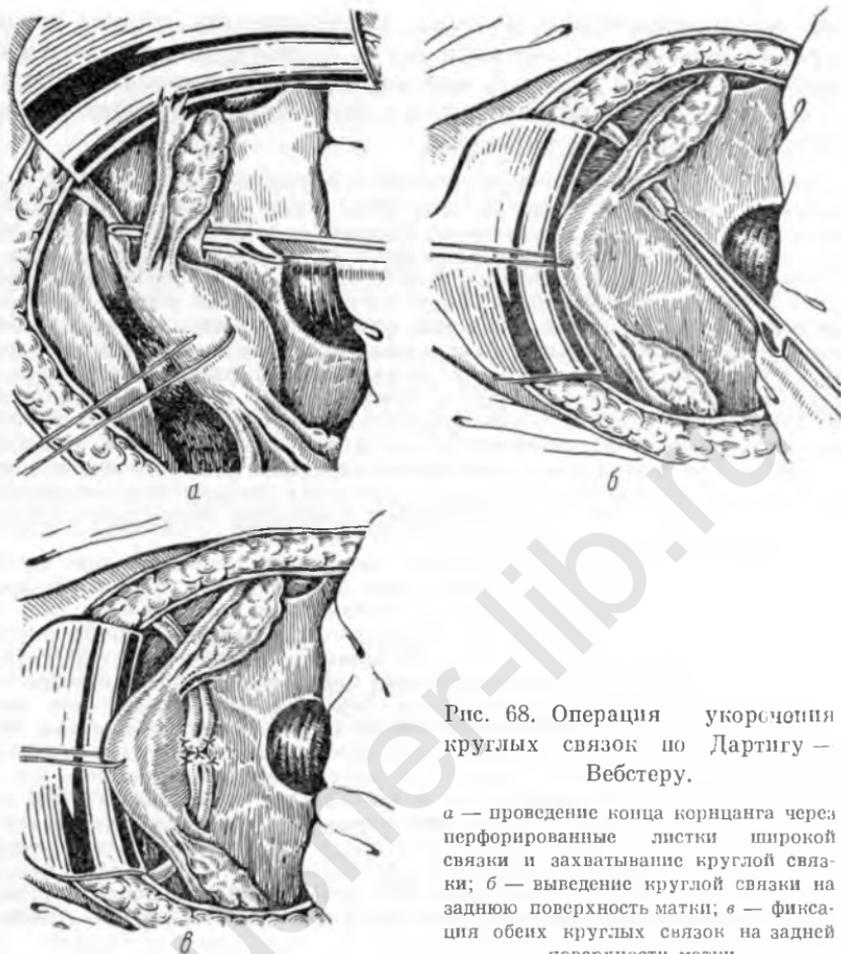


Рис. 68. Операция укорочения круглых связок по Дартигу — Вебстеру.

а — проведение конца корнцанга через перфорированные листки широкой связки и захватывание круглой связки; б — выведение круглой связки на заднюю поверхность матки; в — фиксация обеих круглых связок на задней поверхности матки.

операциям обычно предшествуют пластические операции на влагалище). *Вентрофиксация* матки может быть использована только у женщин, находящихся в менопаузе. Поэтому, если по каким-то убедительным показаниям предусматривается выполнение вентрофиксации матки у женщины детородного возраста, то она обязательно должна сочетаться со *стерилизацией*.

Подготовка больных к этим операциям обычная и ничем не отличается от мероприятий, предусмотренных для любого чревосечения. Если такая операция выполняется вторым этапом, то она может быть произведена не раньше чем через 1,5—2 недели после влагалищной, но с учетом условий, обеспечивающих возможность выполнения чревосечения.

Операция укорочения круглых связок матки по Дартигу-Вебстеру. Разрез брюшной стенки может быть выбран любой: сре-

динно-продольный или поперечный по Пфанненштилю. При этом должен учитываться возраст больной, состояние брюшной стенки и другие клинические факторы, а также и опыт хирурга.

По вскрытии брюшной полости и ограничении петель кишечника и сальника матка подтягивается в брюшную рану за кетгутовую лигатуру, проведенную через дно матки. Листки широкой связки, в ее бессосудистых участках, перфорируются сзади концом сомкнутого корнцанга (под связкой яичника). На передней поверхности широкой связки корнцанг раскрывается и захватывается круглая связка (рис. 68, а), петля которой проводится через отверстие в широкой связке на заднюю поверхность матки (рис. 68, б). Аналогично поступают с круглой связкой другой стороны. Обе петли круглых связок сближаются и укрепляются на задней поверхности матки отдельными кетгутовыми швами (рис. 68, в). Лигатура, наложенная на матку, снимается или связывается во избежание кровотечения. Извлекаются марлевые салфетки и на место укладываются расправленный сальник и петли кишечника. Брюшная рана ушивается наглухо послойно.

Укреплением круглых связок на задней поверхности матки фиксируется в новом, более высоком положении в малом тазу, что существенно ограничивает ее избыточную подвижность.

Операция вентрофиксациии матки по Кохеру. По вскрытии брюшной полости и ограничении сальника и петель кишечника задняя стенка матки с обеих сторон вблизи отхождения труб прошивается крепкими кетгутовыми лигатурами и выводится в рану на уровень расположения апоневроза брюшной стенки. В этом положении верхние отделы матки должны будут зафиксированы на передней брюшной стенке. Перед подшиванием матки должны быть извлечены из брюшной полости марлевые салфетки (если они использовались для ограничения сальника и кишечника), и края брюшины по обе стороны выведенной матки ушиваются отдельными или непрерывным кетгутовым швом. При подходе шва к матке той же лигатурой подшивают брюшину к серозной оболочке матки, потом матку обшивают вокруг и затем шов продолжается до конца раны (рис. 69). Обшивание матки брюшиной должно выполняться достаточно тщательно, чтобы не оставалось щелей, в которые могут проскользнуть сальник или петли

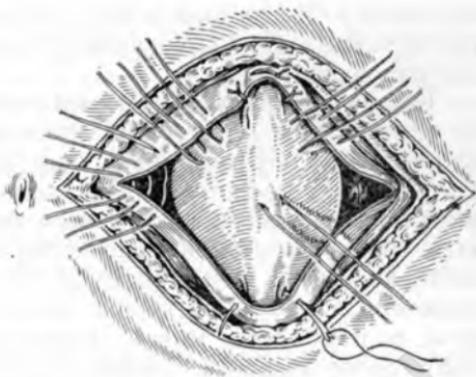


Рис. 69. Один из этапов операции вентрофиксациии матки по Кохеру. Ушивание брюшины и подшивание ее вокруг матки.

кишечника. После окончания ушивания брюшины верхняя часть матки оказывается выведенной в брюшную рану и располагается экстрaperитонеально.

Кетгутовые лигатуры, которыми было захвачено дно матки по ее углам с каждой стороны, проводятся через прямые мышцы и апоневроз на его переднюю поверхность, но не связываются до тех пор, пока не будут сшиты мышцы и сам апоневроз. Узловыми кетгутовыми швами сближаются прямые мышцы, затем ушивается апоневроз с таким расчетом, чтобы дно матки и некоторая часть ее задней поверхности были подшиты к апоневрозу. Одновременно с этим за лигатуры, выведенные на поверхность апоневроза, подтягивается матка. Лигатуры затем связываются на каждой стороне отдельно. Таким образом верхняя часть матки оказывается фиксированной к апоневрозу. Обычным путем ушиваются подкожная клетчатка и кожа, обрабатывается операционное поле, и накладывается повязка.

Операция вентрофиксации матки, выполняемая у женщин детородного возраста, отличается от рассмотренного тем, что, помимо самой вентрофиксации, одновременно производится и операция стерилизации (см. стр. 140). Основная операция по фиксации матки выполняется в той же последовательности, но производится после стерилизации.

ГЛАВА 10

ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ

Общие замечания. Показания для оперативных вмешательств исключительно на маточных трубах весьма ограничены. К таким операциям могут быть отнесены вмешательства с целью стерилизации, операции по поводу внематочной беременности и некоторых воспалительных заболеваний труб (сакто- и пиосальпинксах). Самостоятельную группу вмешательств составляют операции пластического характера, предпринимаемые для хирургического лечения женского бесплодия.

В ряде случаев операции на маточных трубах предпринимаются по поводу эндометриоза, а также опухолевых заболеваний. Однако наличие эндометриоза, а тем более рака, значительно чаще требует не изолированных операций на трубе, а более широких вмешательств.

В этом разделе рассмотрены хирургические вмешательства, предпринимаемые по поводу мешотчатых образований труб (гидро- и пиосальпинксов, гематосальпинксов), а также пластические операции, связанные с лечением женского бесплодия.

Трубы представляют собой мышечный парный орган, обладающий свойством перистальтических сокращений как в сторону матки, так и в обратном направлении. Основной их функцией как органа является обеспечение транспорта яйцевой клетки. Наблюдения показывают, однако, что с удалением труб может наступать раннее нарушение и угасание менструальной функции. Возможно этими же связями следует объяснять частое вовлечение яичников в воспалительный процесс при заболевании труб. Есть основания полагать также, что возникающие нарушения в сократительной деятельности матки у рожениц с удаленной в прошлом одной из труб, по-видимому, связаны с утратой этого органа, так как сокращения матки носят перистальтический характер с начальным импульсом, возникающим в углах матки в месте отхождения труб.

Механизм образования мешотчатых опухолей следует связывать с инфицированием и последующим отеком слизистой трубы. Устья труб, входящие в углы матки, имеют узкий просвет, сдавливаясь, могут полностью его закрыть, что будет способствовать скоплению в трубах воспалительного экссудата. Одновременно с этим, в результате инфицирования, фимбрии ампулярных концов труб рефлекторно отгораживают инфицированную полость. В этих условиях в трубах (или в трубе) продолжает накапливаться экссудат, все больше растягивая их полость. В конце концов образуется «мешок», заполненный воспалительным содержимым. Если содержимое полости трубы имеет гнойный характер, то это состояние называют писальпинксом (pyosalpinx). В холодном периоде содержимое труб может быть водянистым, тогда говорят о гидросальпинксе (hydrosalpinx). Воспаление труб, как правило, не ограничивается только трубой. Близкое соседство яичников, а также общность лимфатических систем трубы и яичника приводят к распространению процесса на соседние отделы, в результате чего образуется общий воспалительный конгломерат, получивший название тубоовариального образования. Естественно, что развитие такого процесса ведет к бесплодию, которое возникает не только в связи с утратой органом физиологической функции, но и в результате механических препятствий, обусловленных непроходимостью труб.

Вместе с тем, воспаление труб не всегда протекает по описанному типу. Чаще для такого процесса характерна частичная или полная облитерация просвета труб, которая может быть выражена на всем протяжении или отдельных ее участках. Если полная облитерация просвета приводит к бесплодию, то частичная является причиной внематочной (трубной) беременности.

Другой причиной образования мешотчатых опухолей может быть изолированный эндометриоз трубы, встречающийся сравнительно редко. Сущность этого заболевания, как полагают, состоит в эктопическом приживлении клеток эндометрия в трубе, который функционирует, как обычный. Эндометрий будет подвержен тем же циклическим изменениям, что и в полости матки. В трубе, пораженной эндометриозом, постепенно накапливается кровь, которая при наличии оттока стекает в брюшную полость или, что

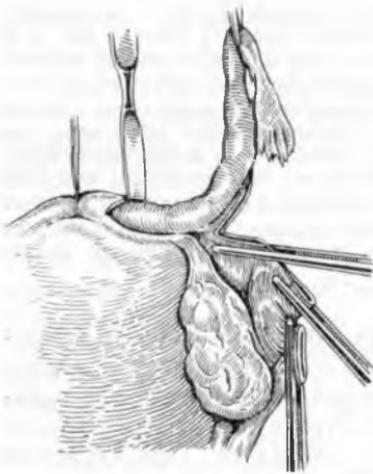


Рис. 70. Один из этапов операции удаления трубы.

Матка подтягивается и выводится в рану. Если труба находится в спайках, то их осторожно, острым путем, разъединяют и расправляют трубу с брыжейкой. На брыжейку трубы последовательно накладываются несколько длинных зажимов Кохера до угла матки, и труба отсекается по зажимам. Зажимы обшиваются кетгутовыми лигатурами, а культы перевязываются. Трубный угол матки иссекается вместе с трубой (рис. 70). Рана матки ушивается 2—3 кетгутовыми швами. Первая и последняя лигатура связываются вместе, тем самым культя мезосальпинкса подтягивается к углу матки.

Перитонизация культи мезосальпинкса и угла матки осуществляется за счет круглой связки, которая несколькими кетгутовыми швами подшивается к задней поверхности матки. Производится туалет брюшной полости, и брюшная рана ушивается послойно наглухо.

Операция сальпингостомии (salpingostomia). Эта операция предпринимается с целью хирургического лечения бесплодия, которое обусловлено непроходимостью трубы в ампулярном отделе. Чаще всего у таких больных имеется гидросальпинкс, при котором труба проходима на всем протяжении, за исключением брюшного конца (рис. 71, а). Очевидно, что для восстановления проходимости достаточно вскрыть закрытый участок трубы. Выполняется эта операция следующим образом.

Вскрывается брюшная полость. В рану подтягивается матка, высвобождается и расправляется труба вместе с мезосальпинксом. Часть брюшного конца трубы отсекается круговым разрезом, как показано на рис. 71, а. Края раны трубы обшиваются отдельными кетгутовыми швами, при этом слизистая слегка выворачивается,

реже, — в полость матки. При отсутствии оттока образуется гематосальпинкс.

Вместе с кровью в брюшную полость могут попадать слущенные клетки эндометрия. Они оседают на брюшине, чаще в области заднего свода. Таким образом происходит распространение эндометриоза. Скопление крови в полости трубы сопровождается ее растяжением, развитием воспалительного процесса и рядом других нарушений. Все это и приводит к выраженным болевым ощущениям, особенно острым во время очередной менструации.

Операция удаления трубы (salpingoectomy). По вскрытии брюшной полости, отграничении петель кишечника и сальника, дно матки прошивается лигатурой или захватывается щипцами (пулевыми, двузубцами), но без прокола эндометрия.



Рис. 71. Операция сальпингостомии.

a — гидросальпинкс, намечены контуры разреза в брюшном конце трубы; *б* — конечный этап операции сальпингостомии.

вается наружу (рис. 71, б). Последующие этапы операции обычные.

Содержимое трубы полезно взять для исследования характера флоры и определения чувствительности ее к антибиотикам. Опыт, однако, показывает, что в большинстве случаев содержимое длительно существующего сактосальпинкса обычно стерильно.

Имплантация здоровой части трубы в матку после резекции облитерированного участка. Если установлено, что труба непроходима в области устья, то можно предпринять операцию иссечения облитерированного участка трубы и пересадки оставшейся части в матку. Для этого необходимо быть уверенным в том, что остальная часть трубы проходима. Данные о проходимости этих отделов трубы можно получить на операционном столе по вскрытии брюшной полости на основании ретроградной пертубации (рис. 72). Следует подчеркнуть, что имплантация труб представляет достаточно сложную операцию, выполнением которой не всегда достигается необходимый эффект. Поэтому женщина, согласившаяся на операцию, должна быть осведомлена о характере предстоящего вмешательства, возможных осложнениях и высоком проценте неудач. Неэффективность хирургического лечения бесплодия этим методом зависит прежде всего от того, что созданное в углу матки отверстие для пересадки оставшегося отрезка трубы подвергается последующему рубцеванию, в результате которого трубное отверстие полностью сдавливается. С другой стороны, есть основания полагать, что оставшийся отрезок трубы обладает функциональной несостоятельностью, нарушающей физиологический механизм транспорта яйцеклетки. Учитывая последнее обстоятельство рассматривать на возможность замены трубы на трубку из какого-либо искусственного материала, как



Рис. 72. Пертубация со стороны ампулярного отдела трубы.

происходят начальные процессы дробления до фазы образования бластулы. Едва ли эти биологические процессы возможны в трубке из совершенного с хирургической точки зрения синтетического материала.

Существуют многочисленные варианты операции по имплантации отрезка маточной трубы. Уже это одно свидетельствует о сложности хирургической задачи. Ниже рассмотрен один из вариантов такой операции, разработанный В. И. Пичуевым и В. В. Ченигиным и обеспечивающий сравнительно удовлетворительный эффект.

Техника этой операции состоит в следующем. По вскрытии брюшной полости матка с придатками выводится в рану. Расправляется труба и брыжейка, проверяется проходимость трубы от ампулярного конца в направлении к матке с помощью ретроградной пертубации (см. рис. 72). Этим приемом устанавливается периферическая граница для резекции трубы, в то время как центральную границу уточняют еще до операции с помощью гистеросальпингографии. Облитерированный (непроходимый) участок резецируется, причем периферический конец обычным пересечением трубы, а центральный — иссечением из угла матки. Брыжейка резецированного участка трубы обшивается тонким кетгутом. Конец заранее подготовленной тонкой полиэтиленовой трубки проводят в оставшийся отрезок трубы со стороны ампулярного отдела. Затем в матке, чаще в области иссеченного угла, специальным пробойником перфорируется отверстие, в которое имплантируется оставшийся конец трубы вместе с трубкой.

В рассматриваемой модификации этот этап выполняется несколько иначе: третий ассистент, подготовленный к операции, проводит специально сконструированный для этой цели раскрывающийся изогнутый зонд в матку со стороны влагалища. Затем в области угла матки перфорируется. Выведенным через перфорационное отверстие в брюшную полость инструментом захватывается полиэтиленовая трубка, втягивается через полость матки во влагалище и временно закрепляется у вульварного кольца. Одновременно с этим в отверстие матки протягивается оставшийся отрезок трубы, насаженный на полиэтиленовую трубку.

это делается, например, в хирургии кровеносных сосудов, по-видимому, нельзя.

Маточная труба представляет собой не просто канал, по которому происходит пассивное передвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки. Перистальтическими сокращениями трубы оплодотворенная яйцеклетка перемещается в направлении к матке, причем за период передвижения по трубе в ней

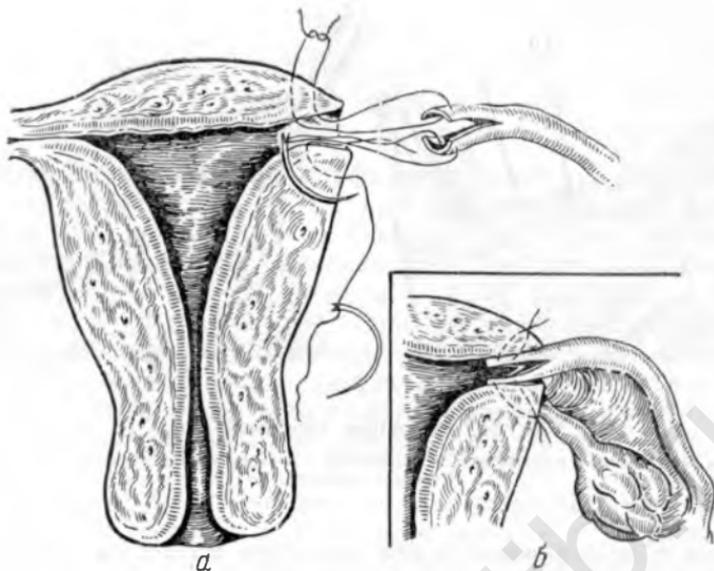


Рис. 73. Операция имплантации трубы в матку.

a — наложение швов для фиксации резецированной трубы в матке;
б — имплантация отрезка трубы и этап закрепления его швами к стенке матки.

Конец трубы по окружности подшивается отдельными кетгутowymi швами к матке. Полиэтиленовая нить, выведенная через ампулярный конец отрезка трубы, одним кетгутowym швом фиксируется к задней стенке матки с тем, чтобы предотвратить возможное травмирование ее концом брюшины и других органов. Заведенная в созданный канал полиэтиленовая трубка будет способствовать сохранению проходимости в период формирования рубца. Брюшная рана ушивается послойно, наглухо. Влагалищный конец полиэтиленовой трубки фиксируется к боковой стенке влагалища у вульварного кольца с тем, чтобы она не проскользнула в полость матки или брюшную полость. Трубка извлекается со стороны влагалища на 40-й день после операции.

Имплантация трубы может быть осуществлена и без специальных приспособлений, используемых в рассмотренной модификации. Для этой цели маточный конец трубы расщепляется на две равные части (рис. 73, *a*). Затем со стороны наружной поверхности матки через всю толщу проводится игла с лигатурой таким образом, чтобы она вышла в искусственно созданное отверстие для трубы. Этой же иглой прокалывается один из лепестков трубы, и игла через это же отверстие вновь выводится на ту же поверхность матки рядом с первоначальным вколom. Лигатура не завязывается. Такой же шов накладывается и на второй лепесток трубы.

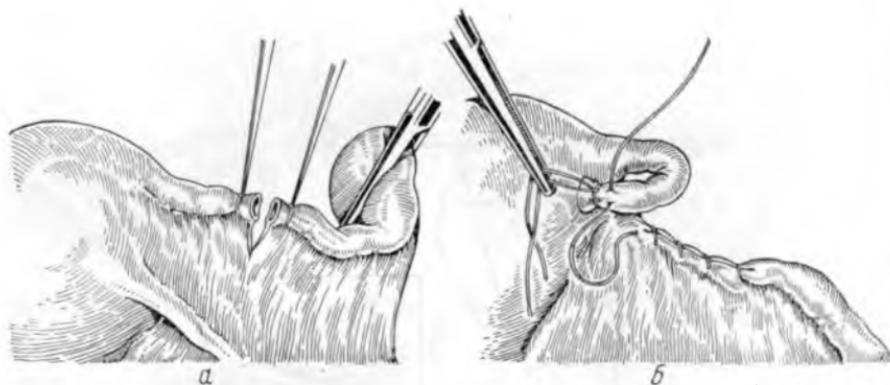


Рис. 74. Операция стерилизации.

а — труба перевязана в двух местах и рассечена; *б* — этап перитонизации культи трубы в мезосальпиксе.

Затем подтягиванием за обе лигатуры маточный конец трубы заводится в перфорационное отверстие матки, после чего лигатуры связываются. Этим приемом имплантированный конец трубы фиксируется к внутренним стенкам матки (рис. 73, б). Труба в месте соприкосновения с маткой подшивается отдельными кетгутовыми швами к ее серозе. Эта модификация менее надежна, чем первая, так как в имплантированной области чаще наступает закрытие просвета трубы.

Операция стерилизации. В практике существуют многочисленные методы хирургической стерилизации. Однако целесообразно рассмотреть только один из них, наиболее надежный с технической точки зрения и обеспечивающий в будущем, если в этом возникнет необходимость, возможность восстановления проходимости труб путем их пересадки.

После вскрытия брюшной полости дно матки прошивается провизорной лигатурой и подтягивается к брюшной ране. Вывести матку можно также и с помощью нулевых или двузубчатых щипцов. Сначала на одной стороне маточная труба расправляется и перевязывается шелковыми лигатурами в двух местах. Первая лигатура накладывается ближе к углу матки, вторая — отступя на 1—1,5 см. Между лигатурами труба пересекается полностью до брыжейки (рис. 74, а). Концы пересеченной трубы перетонизируются. При этом маточный конец трубы перетонизируется в складке переднего листка широкой связки в области угла матки, а второй — в складке заднего листка широкой связки (рис. 74, б). Вскрытый участок мезосальпикса ушивается непрерывным кетгутом. Если стерилизация предшествовала операции вентрофиксации матки, то переходят к ее выполнению, техника которой изложена выше.

ГЛАВА 11
ОПЕРАЦИИ
НА ЯИЧНИКАХ

Общие замечания и топографическая анатомия яичников. Хирургические вмешательства на яичниках предпринимаются значительно чаще, чем на трубах. Объясняется это тем, что из числа различных заболеваний женских половых органов изменения в яичниках встречаются значительно чаще, чем в других. Разнообразие причин, вызывающих те или иные заболевания яичников, требуют изложения техники операций применительно к характеру патологии, так как от нее зависит выбор вмешательства и его объем. В одних случаях объем операции может состоять в резекции яичника, в других — его удалении, а в третьих — трансплантации.

Ниже рассмотрены некоторые топографо-анатомические особенности, характерные для области яичников, и клинические аспекты, предопределяющие необходимость тех или иных оперативных вмешательств.

Хирургическая анатомия яичников. Как известно, яичник является парным органом и по размерам редко превышает ногтевую фалангу большого пальца руки. Оба яичника располагаются позади широкой связки по обе стороны от матки и как бы свободно подвешены на брыжейке, образованной листками широкой связки, а также на собственной и воронко-тазовой связках. Между листками брыжейки яичников располагается клетчатка, которая сообщается с боковыми отделами клетчаточного пространства параметрии, в котором проходят основные сосуды и нервы малого таза, а также тазовые отделы мочеточников. Это обстоятельство должно учитываться при выполнении хирургических приемов на связках.

Кровоснабжение яичников осуществляется за счет яичниковой или семенной артерии, берущей начало от аорты (реже от почечной артерии) и веточек маточной артерии, анастомозирующих с семенной. Непосредственно к яичнику сосуды подходят через брыжейку, в связи с чем она получила название ворот яичника. Повреждение этой анатомической области может привести к недостаточности кровоснабжения яичников. Поэтому при выполнении операции резекции яичника следует быть максимально внимательным, чтобы при ушивании раны не нарушить кровоснабжение яичника. Кроме того, оперируя на яичниках, следует помнить, что яичниковая артерия по отхождению от аорты в малом тазу размещается по соседству с мочеточником, особенно близко в области воронко-тазовой связки. Ранение мочеточника может произойти при лигировании или пересечении воронко-тазовой связки.

Необходимо обратить внимание на одну характерную для яичников особенность. По своим размерам и функциональному состоянию (активности) яичники не являются равнозначными. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что по функциональной активности правый яичник превосходит левый. Поэтому после удаления правого яичника, при прочих равных условиях, гормональная недостаточность в организме проявится быстрее и выражена глубже, чем после удаления левого. Это обстоятельство следует учитывать при необходимости хирургического вмешательства, наряду с общей оценкой состояния обоих яичников, как важных эндокринных органов.

В оперативной гинекологии принят термин «ножка кисты». Это образование состоит из брыжейки яичника, двух указанных выше связок и маточного конца трубы с проходящими в них артериями и венами. Артерии, входящие в состав ножки, более упруги по сравнению с венами. Поэтому даже при незначительном перекручивании ножки кровотоков в венах нарушается быстрее, чем в артериях, т. е. приток крови к кисте сохраняется, в то время как отток существенно нарушается. Создаются, таким образом, условия для застойного полнокровия в органе и развития в нем различных нарушений. С другой стороны, замедленный кровоток в венах (при перекручивании) может сопровождаться стазом и образованием тромбов. Поэтому во время операции по поводу перекрученной кисты яичника во избежание попадания тромбов в кровеносное русло не следует раскручивать ножку до того, как будут наложены зажимы на ее основание (центральный конец). Несвоевременное раскручивание может привести к эмболии.

Операция резекции яичников в плановом порядке производится сравнительно редко¹. Это объясняется тем, что такое вмешательство допустимо только в исключительных случаях, например при ретенционных кистах, когда возможно сохранить часть неизмененной ткани яичника² (фолликулярной кисте, кисте желтого тела, эндометриозе яичника). Резекция яичника часто используется для хирургического лечения синдрома Штейна — Левенталя. При этом заболевании, а иногда и эндометриозе яичника решение о необходимости резекции может быть принято заранее. Во всех остальных случаях вопрос об объеме оперативного вмешательства чаще решается на операционном столе по вскрытии брюшной полости.

Клинические особенности фолликулярных кист и кист желтого тела яичника. Эти два вида кист относятся к ретенционным образованиям, а не составляют истинных опухолей. Механизм возникновения подобных нарушений не достаточно изучен. Полагают, что в их образовании существенное значение имеют эндокринные нарушения и заболевания воспалительного характера. Характерным для ретенционных образований является нарушение процессов овуляции и обратного развития желтого тела.

¹ Резекция — (от лат. *resectio* — отсечение, отрезание), хирургическое вмешательство, заключающееся в удалении части органа.

² Ретенция — от лат. *retentio* — задержка.

Между двумя видами кист имеются существенные различия. Фолликулярная киста может не иметь клинических проявлений, и ее часто обнаруживают случайно (обычно при исследованиях, предпринимаемых по другому поводу). Напротив, киста желтого тела характеризуется определенной клинической картиной, напоминающей нарушающуюся внематочную беременность. В этих случаях могут быть выражены субъективные и объективные признаки беременности. Обычно больные отмечают задержку менструаций, нагрубание молочных желез, поташивание, а объективно выявляется некоторое увеличение и размягчение матки, а также застойное полнокровие паружных половых органов. В ряде случаев отвергнуть диагноз беременности удается только на операционном столе.

Механизм образования эндометриоза яичника также может быть отнесен к числу ретенционных процессов, хотя возникновение его имеет иную природу. Полагают, что формирование эндометриоза связано с особой активностью и циклической подвижностью клеток эндометрия, находящихся под влиянием обычных гормональных воздействий. Оказывается, что отдельные клетки эндометрия могут перемещаться с током крови и лимфы или проникать в различные капиллы и полости половых органов. Нередко такому перемещению клеток способствуют различные диагностические или лечебные процедуры (диагностическое выскабливание, аборт и др.). Попадая в те или иные органы, даже отдаленные, клетки эндометрия приживаются и сохраняют функциональную способность прорастать ту же менструальную трансформацию, которая свойственна эндометрию матки. Менструальный распад эндометрия при эндометриозной гетеротопии сопровождается кровоотделением внутрь полового органа или тканей, в результате которого образуются полости, заполненные кровью. Сдавление или расширение органа приводит к ощущению боли, которая заметно усиливается в период менструаций. При поражении процессом яичника эндометриозное образование, в зависимости от давности заболевания, может иметь различную величину. Эндометриоз может поражать небольшую часть яичника или весь орган. По существу этими факторами определяются характер и объем операции.

В основе синдрома Штейна — Левенталя лежат эндокринные расстройства, характеризующиеся различными нарушениями менструального цикла — аменореей, олигоменореей или маточными кровотечениями по типу метометроррагий. Женщины, страдающие этим заболеванием, как правило, бесплодны. В клинической картине могут быть представлены и внешние признаки эндокринных расстройств — общее ожирение и гирсутизм¹.

При внутреннем исследовании отмечается увеличение яичников (одного или чаще обоих). Яичники хорошо контурируются, имеют эластическую консистенцию, как правило, подвижны и безболезненны при пальпации. Заболевание чаще встречается у молодых женщин. Вместе с тем, в клинической картине синдрома, не имеющего типичных проявлений, отдельные симптомы могут напоминать воспалительные заболевания или поражение надпочечников, а также болезнь Кушинга.

Причина заболевания окончательно не установлена, однако полагают, что механизм его развития связан с нарушением функции коры надпочечников и разложением функции гонад. Существует и второе предположение, объясняющее причину возникновения синдрома Штейна — Левенталя. Считают, что заболевание развивается вследствие длительно текущего хронического воспалительного процесса придатков, в результате которого происходит разрастание на поверхности яичников соединительнотканной капсулы, исключающей процессы овуляции.

Операция резекции яичника (resectio ovariorum). Подготовка больных к этой операции обычная, как и для любого чревосе-

¹ Гирсутизм — (от лат. hirsutus — волосатый), оволосение по мужскому типу у женщины.

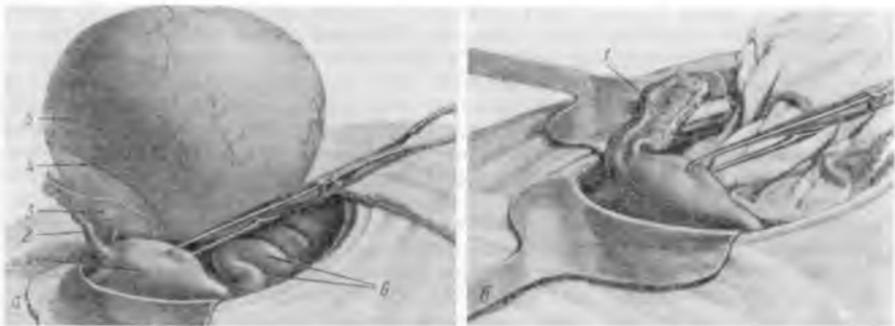


Рис. 75. Операция резекции яичника.

a — начальный этап операции резекции при кисте яичника: 1 — матка, 2 — труба, 3 — остающаяся ткань яичника, 4 — линия разреза, 5 — киста яичника, 6 — петли кишечника; *б* — вид яичника после завершения резекции яичника: 1 — оставшаяся неизменная ткань яичника.

чения. По вскрытии брюшной полости нулевыми щипцами захватывается или прошивается лигатурой дно матки и матка вместе с придатками подтягивается к брюшной ране. Имеющиеся спайки и сращения яичников и труб с соседними органами или тканями разъединяются острым и тупым путем. Устанавливается граница между здоровой тканью и измененной частью яичника (рис. 75, *a*). Острым скальпелем патологическая ткань (киста, эндометриоз) клиновидно иссекается. При иссечении кисты следует стремиться не нарушать целостность ее стенки.

Непрерывным тонким кетгутовым швом ушивается рана яичника (можно использовать скорняжный шов). Швы следует накладывать таким образом, чтобы не подхватывать лигатурой сосуды со стороны брыжейки (рис. 75, *б*).

Резекция яичника с пересадкой его части в матку. Эта операция используется для хирургического лечения женского бесплодия при двусторонней непроходимости труб. Производится эта операция относительно редко. Вопрос о пересадке яичника в матку как методе лечения бесплодия возникает в том случае, если, например, у молодой женщины наступление беременности невозможно из-за отсутствия обеих труб (оперирована по поводу двух трубных беременностей).

В основе операции лежит идея возможной овуляции в пересаженной в матку части яичника и выхода яйцеклетки в полость матки. В этих случаях, как полагают, может состояться ее оплодотворение. Несмотря на то, что эта операция принята в гинекологической практике, достижение эффекта после нее весьма сомнительно.

Известно, что при нормальном оплодотворении зачатие происходит в ампулярном отделе трубы и в дальнейшем зигота продвигается в матку в течение нескольких дней (от 5 до 10). За период перемещения по трубе в зиготе происходит сложный процесс дробления, в результате которого

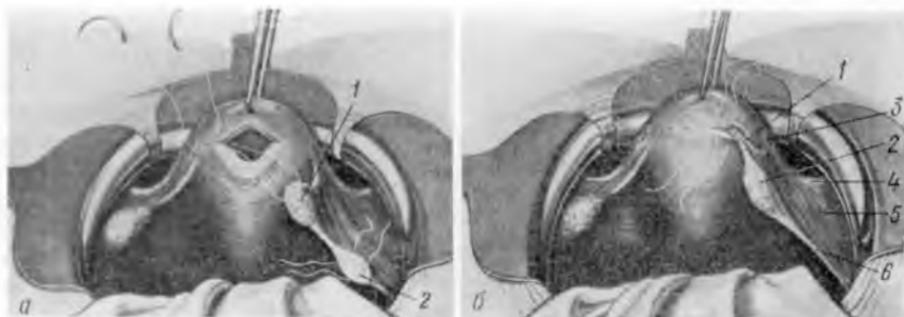


Рис. 76. Операция пересадки части яичника в полость матки.

а — яичник рассечен пополам, медиальная часть его подготовлена к пересадке в матку; б — конечный этап операции, наложены швы на рану матки после пересадки части яичника; 1 — собственная связка яичника; 2 — латеральная оставшаяся часть яичника, 3 — труба, 4 — круглая связка, 5 — задний листок широкой связки, 6 — воронко-тазовая связка.

к моменту достижения ею матки формируется трофобласт, способствующий имплантации зародыша в подготовленную слизистую оболочку матки. Поэтому оплодотворение яйцевой клетки, осуществленное непосредственно в матке, будет происходить не в физиологических условиях, а до момента образования трофобласта может произойти аборт. Тем не менее в практике известны отдельные наблюдения, в которых после такой операции отмечено наступление беременности.

Технически эта операция проста и состоит в следующем. После вскрытия брюшной полости матки с придатками выводится в рану, спайки, если они имеются, разъединяются. Один из яичников рассекается пополам в поперечном направлении, но без пересечения брыжейки и травмы сосудов. Раневые поверхности обеих половинок ушиваются тонкими кетгутowymi швами (рис. 76, а).

На задней стенке матки ближе к дну производится небольшой разрез через все слои в поперечном направлении с тем, чтобы открыть полость матки. При необходимости производится обычный гемостаз. Пересаживаемая часть яичника прошивается одной лигатурой, а ее концы через полость матки выводятся на наружную поверхность матки противоположной яичнику стороны (рис. 76, а). За лигатуры медиальная половина яичника затягивается через рану в полость матки. Рана матки ушивается отдельными кетгутowymi швами (рис. 76, б). На этом операция заканчивается, и брюшная рана закрывается наглухо, послойно.

Ниже рассмотрены вопросы, которые имеют отношение к хирургическому лечению доброкачественных кист яичников, принятому в современной гинекологии. К числу таких вопросов относятся направленность роста кисты и их клиническая оценка. Направление роста определяет подвижность кисты и технику выполнения операции. Неподвижность кисты зависит от наличия спаек и сращений ее с соседними органами и тканями. Рост может быть выражен в свободную брюшную полость или параметральные

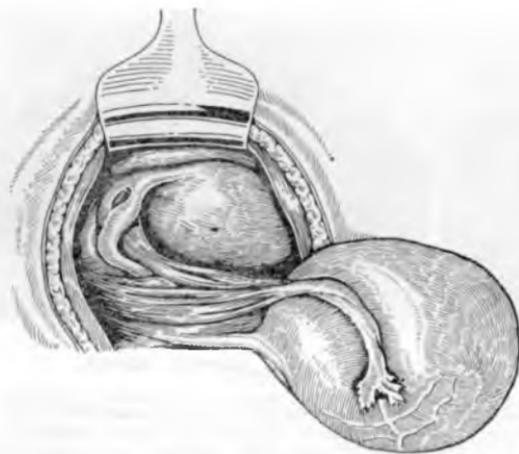


Рис. 77. Киста левого яичника, имеющая длинную и широкую ножку, в состав которой входит и труба.

нием и опасностью травмирования кровеносных сосудов параметрия, соседних органов, а также ранением мочеточника.

Иначе обстоит дело в том случае, если рост кисты происходит в направлении, противоположном воротам яичника. Тогда опухоль свободно располагается в брюшной полости и, постепенно увеличиваясь, вытягивает брыжейку и связки, образуя так называемую «ножку». Маточная труба при развитии кисты яичника, имея свою брыжейку, может оставаться свободной и не связанной с кистой. Однако чаще труба вместе с брыжейкой расплывается на поверхности кисты, а ее маточный конец входит в состав ножки опухоли (рис. 77). Толщина и длина такой ножки могут быть различными. В одних случаях она может иметь значительную длину и обеспечивать свободное перемещение кисты в брюшной полости. Наличие ножки, несомненно, облегчает выполнение операции удаления кисты. Вместе с тем, подвижность кисты может способствовать перекруту ножки и нарушению кровотока, требующих оказания экстренной хирургической помощи.

Ниже рассмотрены технические особенности операций, принимаемых по поводу неосложненных кист яичников, имеющих ножку (подвижных) или имеющих рыхлые спайки с окружающими органами и тканями, но разъединение которых не влечет за собой дополнительных вмешательств на этих органах. Затем вмешательства по поводу осложненных кист, имеющих, например, интралигаментарное расположение или перекрутившуюся ножку, а также интимно спаянных с аппендикулярным отростком или кишечником. В этих случаях оперативный доступ выбирается индивидуально, в зависимости от возраста больной и характера опухолевого процесса.

отделы, главным образом, в направлении между листками широкой связки. Оба варианта роста обусловлены анатомическими особенностями яичников. Если развитие кисты совершается в направлении основания яичника, т. е. в сторону брыжейки, то подвижность опухоли, в силу межсвязочного расположения, будет из-за отсутствия ножки ограничена. Удаление такой кисты может встретить определенные технические затруднения, связанные с ее выделе-

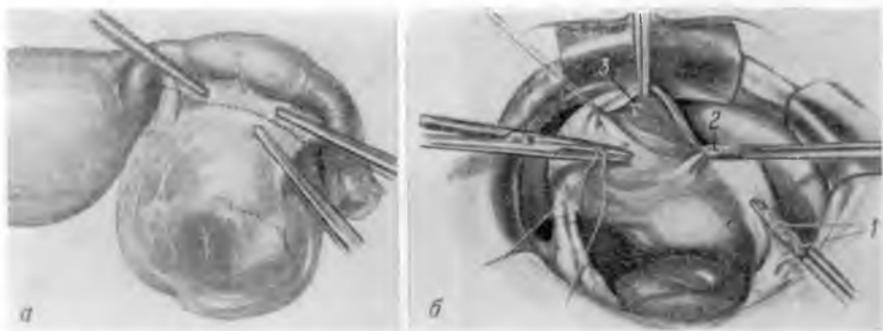


Рис. 78. Операция овариоэктомии.

а — начальный этап: наложены зажимы на воронко-тазовую и собственную связки яичника; *б* — этап перевязки культий придатков матки после удаления кисты яичника: 1 — культя воронко-тазовой связки, 2 — собственной связки яичника, 3 — угол матки.

Для удаления яичников целесообразно использовать срединно-продольный доступ. Эта рекомендация основана на том, что такой разрез брюшной стенки может обеспечить достаточно свободное удаление кисты, проведение полноценной ревизии органов брюшной полости и, в случае необходимости, — резекцию сальника.

Операция овариоэктомии (Cystomectomy ovariorum). По вскрытии брюшной полости следует произвести тщательный осмотр органов малого таза, оценить характер и размеры кисты, а также отношение ее к соседним органам. Одновременно следует уточнить состояние органов брюшной полости и в особенности аппендикса. Имеющиеся спайки между кистой яичника и соседними органами (матка, кишечник, сальник) должны быть разъединены. Задачей этого этапа операции является выяснение особенностей заболевания и создание необходимых условий для удаления опухоли.

Нередко приходится решать тактический вопрос в отношении маточной трубы. Не всегда, однако, можно дать однозначный ответ. Решение вопроса зависит от возраста больной, состояния придатков матки противоположной стороны и отношения трубы к кисте яичника. Если труба не принимает участия в образовании ножки, а оставление ее не связано с нарушением целостности мезосальпинкса, то труба может быть оставлена, особенно у больных молодого возраста. Значительно чаще труба оказывается распластанной на кисте и ее освобождение связано со значительной травмой (рис. 77). В этих случаях попытка высвободить трубу не будет иметь успеха и вряд ли оправдана, так как освобождение ее часто связано с нарушением питания и едва ли можно рассчитывать на сохранение нормальной функции в последующем. Такая труба может явиться причиной внематочной беременности.

Киста яичника подводится к брюшной ране и размещается так, чтобы ее ножка была доступна для обозрения и наложения зажимов с обеих сторон (рис. 78, *а*). После наложения зажимов на воронко-тазовую связку, мезосальпинкс и собственную связку яичника опухоль отсекается вместе с маточным кошлом трубы.

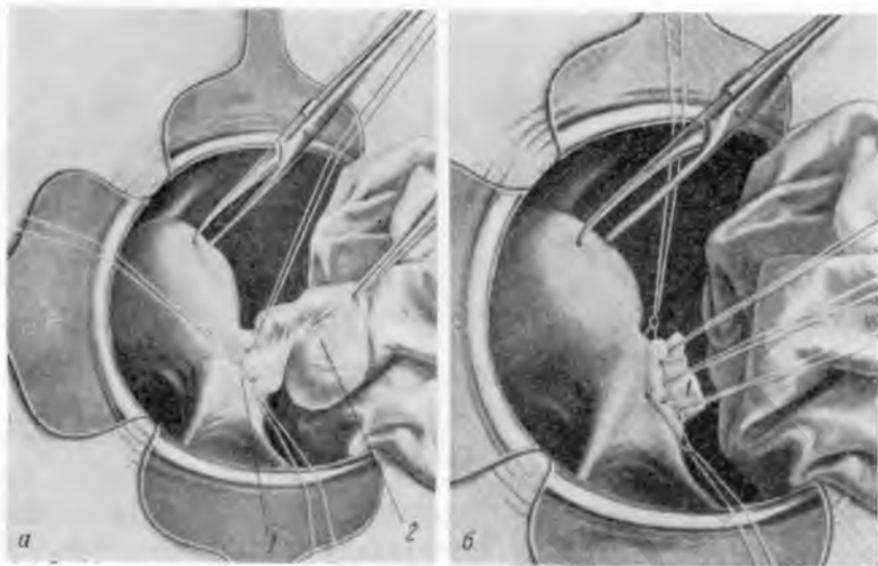


Рис. 79. Операция удаления кисты яичника, располагающейся на ножке.

а — схема лигирования сосудов ножки кисты яичника: 1 — ножка кисты, 2 — киста яичника, б — киста удалена, обработка культи: 1 — ножка кисты.

Пулевыми щипцами или с помощью лигатуры захватывается дно матки и матка подтягивается к ране. Культи раздельно обшиваются кетгутовыми швами (рис. 78, б). Раздельное лигирование культи обеспечивает надежный гемостаз, так как в области воронкотовой связки проходит яичниковая артерия, а в углу матки — веточки маточной артерии, анастомозирующие с яичниковой. После перевязки культи сближают вместе путем связывания концов лигатур. Перитонизация культи производится перекрытием круглой связкой и подшиванием ее к заднему листку широкой связки и углу матки.

Кисту, имеющую ножку, обычно удаляют после наложения зажимов на ножку и ее пересечение производят выше наложенных зажимов (рис. 79, а, б). Оставшуюся после удаления кисты культю ножки перекрывают круглой маточной связкой, укрепляя ее отдельными кетгутовыми швами на задней стенке матки. Производится туалет брюшной полости, сальником прикрывается вход в малый таз. Брюшная полость послойно ушивается наглухо.

Операция удаления кисты яичника с перекрутившейся ножкой (*Cystomectomia ovariorum pendunculi torsio*). Перекручивание ножки опухоли яичника (рис. 80) обычно происходит внезапно. Если происходит значительное нарушение кровотока в сосудах ножки, то возникает картина *острого живота*. При значительном застойном полнокровии относительно быстро развиваются дегенеративные и некротические изменения.

Эти нарушения имеют четкую симптоматику. Вначале появляются боли в области живота, возникает напряжение брюшной стенки, появляются тошнота и нередко рвота. Язык обычно сухой, пульс частый, дыхание поверхностное. В дальнейшем развиваются явления перитонита.

Перекручивание ножки кисты может происходить и медленно, повторяясь через некоторые интервалы времени. В этих случаях острой клинической картины обычно не возникает. Возможно, что при повторяющемся перекручивании

ножки поверхностные некрозы прикрываются сальником, с образованием сосудистых связей, питающих опухоль. С течением времени сосудистые связи кист с сальником становятся совершеннее, а ножка в месте перекрута некротизируется и, наконец, опухоль остается связанной только с сальником. Поэтому при обнаружении во время операции опухоли в сальнике следует тщательнее осмотреть область придатков матки.

Технические особенности удаления кисты яичника с перекрученной ножкой состоят в том, что в этих случаях лигировать ножку следует до ее раскручивания, а зажимы накладывать ближе к центральному концу ножки, ниже первого завитка перекрута. Только после этого можно приступить к расправлению ножки и удалению опухоли. Остальные этапы операции (обработка культи, перитонизация, ушивание раны брюшной стенки) не отличаются от рассмотренных выше.

Удаления интралигаментальной кисты яичника (*Cystectomy ovariorum intraligamentarius*). Такую кисту прежде всего следует выделить из межсвязочного пространства. Нужно помнить, что постепенный рост кисты, помимо того, что сдавливает и раздвигает ткани параметрия, смещает также и мочеточник. При таком ее расположении мочеточник может оказаться смещенным к наружной или внутренней поверхности опухоли и даже быть на ее верхней поверхности (рис. 81). Эти особенности возможного расположения мочеточника приходится учитывать при выделении кисты из межсвязочного пространства.

Межсвязочное формирование кисты яичника — явление сравнительно редкое. Как показывает опыт, чаще имеет место так называемое ложно-межсвязочное ее расположение, которое образуется в результате интимного сращения кисты с задним листком широкой связки. Выделение такой кисты также может сопровождаться травмой мочеточника. Маточная труба при таком форми-

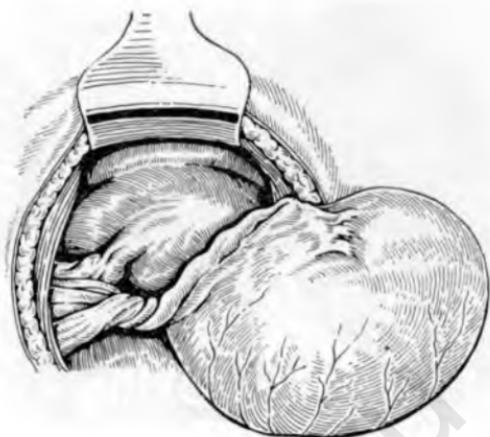


Рис. 80. Перекрутившаяся ножка кисты левого яичника.

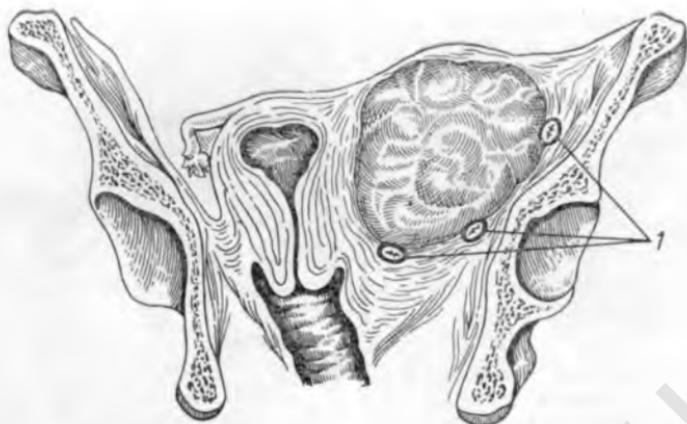


Рис. 81. Схема интралигаментарного расположения кисты яичника.

1 — различные взаимоотношения кисты с мочеточником.

ровании кисты, как правило, не остается свободной, а как бы расплывается по ее поверхности и принимает участие в образовании капсулы.

Операция удаления интралигаментарно расположенной кисты сводится к следующему. По вскрытии брюшной полости, осмотре органов и освобождении сальника и петель кишечника от спаек (если они имеются) дно матки захватывается пулевыми щипцами и подтягивается к брюшной ране. В продольном направлении скальпелем рассекается листок брюшины над опухолью. Рассечение безопаснее проводить на переднем листке широкой связки у вершины опухоли между круглой связкой и трубой. Тупым путем (обычно рукой или пальцем), пилящими движениями киста постепенно высвобождается из ложа и выводится из межсвязочного пространства наружу (рис. 82, а). Отслаивать кисту следует чрезвычайно осторожно, чтобы не нарушить целостность ее тонкой стенки, так как разрыв капсулы существенно затруднит последующее выделение. После вылущения из межсвязочного пространства основной части кисты обычно обнаруживается тканевый тяж или ножка (как правило, по задне-медиальной поверхности кисты), посредством которого она более интимно связана с ложем. В этом тяже проходят сосуды, питающие опухоль. Нередко рядом с ними может проходить и мочеточник. Поэтому прежде чем пересечь ножку, следует исключить прохождение в ней мочеточника. На оставшуюся часть ткани (ножку) накладывается зажим (или зажимы), после чего киста удаляется. Ножку следует обязательно перевязать или обшить кетгутовой лигатурой.

Реже постепенное выделение кисты из ложа не оставляет видимой ножки. Во избежание кровотечения и образования гематомы в параметрии ложе кисты должно быть тщательно осмот-

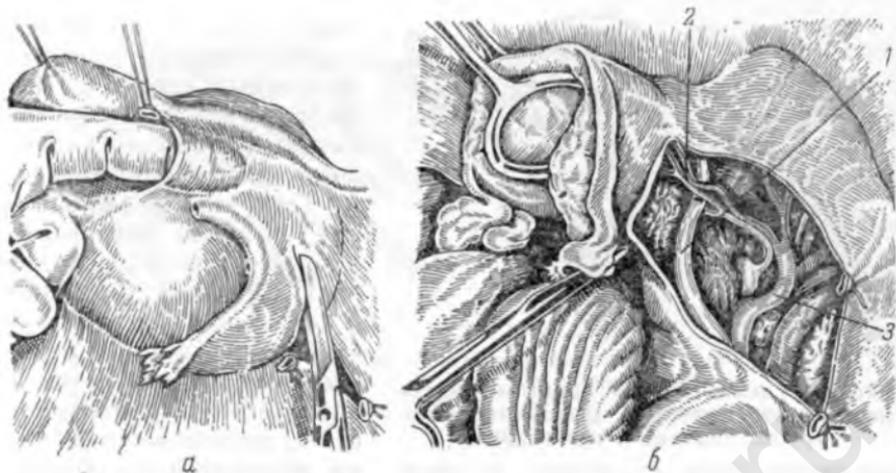


Рис. 82. Операция удаления интралигаментарно расположенной кисты (справа) яичника.

а — начальный этап вылуцения кисты через разрез переднего листка широкой связки; *б* — ложе кисты яичника после ее вылуцения: 1 — мочеточник, 2 — маточная артерия и вена, 3 — подчревная артерия.

рено, а все кровоточащие сосуды — перевязаны (рис. 82, б). Перевязку сосудов в подобных случаях желательно производить без обкалывания. Перитонизация сводится к сшиванию листков брюшины с последующим перекрытием шва круглой связкой. На этом операция заканчивается, производится туалет брюшной полости, и брюшная рана ушивается наглухо послойно.

Операция удаления параовариальных кист. Эти кисты носят ретенционный характер и развиваются из эмбриональных остатков вольфова тела и каналов. По расположению и направленности роста параовариальные кисты напоминают интралигаментарные.

Известно, что в начальных периодах эмбрионального развития у зародыша закладываются элементы женского и мужского пола и только в процессе дальнейшего развития органы дифференцируются в отношении пола. При формировании зародыша по женскому типу развиваются женские половые органы (трубы, матка, яичники, влагалище), в то время как зачатки мужских половых органов (вольфово тело и канал) редуцируются. В женском организме эти элементы сохраняются в виде рудиментарных образований (параоварий). Однако в ряде случаев они в некоторых участках не подвергаются полной редукции и превращаются с течением времени в кистозные образования (рис. 83).

В формировании параовариальной кисты яичник не принимает участия. Такие кисты располагаются всегда между листками широкой связки, но, выпячиваясь наружу, могут приобретать ножку. Размер их обычно невелик, хотя в отдельных случаях кисты могут достигать и значительной величины. Параовариальная киста всегда имеет одну тонкостенную камеру, содержимое которой большей частью прозрачно. Клинически такая киста

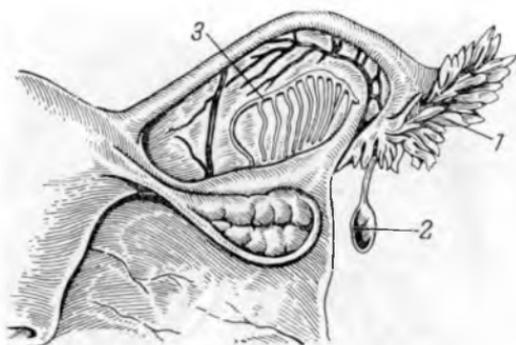


Рис. 83. Схема области придатков матки (половозрелое развитие). Взаимоотношения трубы, яичника и параовария.

1 — фимбрии трубы, 2 — гигатиды, 3 — параоварий.

связки, либо путем перекрытия ее круглой связкой по обычным принципам.

Несколько сложнее техника удаления такой кисты при ее близком соседстве с яичником. В этих случаях удаление ее напоминает резекцию яичника. Еще сложнее техника удаления кисты при интралигаментарном ее расположении. Удаление кисты производится по типу вылуцения интралигаментарной со всеми особенностями техники и оперативных приемов, принятых в этих случаях.

Маточная труба одноименной пораженной стороны обычно бывает распластанной на кисте и нередко ее отделение сопряжено с большой травмой. Поэтому, если возможность ее сохранения исключается, то труба удаляется вместе с кистой.

Овариоэктомиа при беременности. Сочетание беременности с кистой яичника встречается относительно редко.

Такое сочетание особенно неблагоприятно, так как во время беременности, как известно, повышается кровенаполнение органов таза. Следовательно, могут возникнуть условия, способствующие быстрому росту кисты. Известно также, что с увеличением размеров беременной матки и перемещением ее из полости малого таза в брюшную создаются условия для перекручивания ножки кисты. Наконец, несмотря на рост беременной матки, опухоль, тем не менее, может остаться в полости малого таза. В этих случаях может произойти ущемление ее в тазу с развитием клинической картины острого живота. С другой стороны, киста, расположенная в малом тазу, может препятствовать продвижению плода во время родов.

Учитывая возможность осложнений, любая киста яичника требует удаления, как только будет обнаружена. В связи с ранней постановкой беременных на учет кисты яичников обычно диагностируются в первые недели беременности.

Оперированные беременные женщины нуждаются в специальных мероприятиях, способствующих сохранению и развитию беременности. К по-

ничем себя не проявляет и носит вполне доброкачественный характер. Истинная природа образования устанавливается только на операционном столе.

Техническое выполнение удаления параовариальной кисты не представляет трудности, особенно в тех случаях, когда имеется ножка, которая пережимается, пересекается и лигируется. В зависимости от расположения ножки перитонизация обеспечивается либо складкой заднего листка широкой



Рис. 84. Разъединение спаек между маткой и сальником

1 и 2 — обработка культи сальника.

следним могут быть отнесены строгий постельный режим, назначение препаратов опиия, прогестерона и других лекарственных веществ, обеспечивающих снижение тонуса матки. Все мероприятия проводятся в течение 2—3 недель после операции.

Технически операция удаления кисты яичника во время беременности не отличается от обычной за исключением того, что выполнение всех хирургических приемов должно быть весьма осторожным, без травмы беременной матки.

Удаление кист яичников, осложненных сращениями. Спаечные образования между органами малого таза и брюшной полостью в гинекологической практике встречаются сравнительно часто.

Сращения и спайки могут располагаться между маткой и ее придатками, сальником, петлями кишечника, аппендиксом и париетальной брюшиной. Иногда, будучи рыхлыми, они образуются на небольших участках или, напротив, представляются довольно плотными, особенно с сальником, с которым образуются сосудистые связи. В малом тазу встречаются довольно обширные сращения, главным образом, с париетальной брюшиной, нередко затрудняющие вскрытие брюшной полости и доступ к тазовым органам.

В этих случаях прибегают к продлению разреза за пупок, обходя его слева. Затем рассекают брюшину в свободном месте и только после этого, передвигаясь осторожно книзу, постепенно отделяют припаявшиеся органы. По вскрытии брюшной полости после тщательного осмотра органов приступают к дальнейшему разъединению спаек и сращений. Сращение половых органов с сальником — явление сравнительно частое. Свежие, недавно образовавшиеся сращения обычно бывают рыхлыми и отделение сальника не представляет затруднений. Однако чаще приходится встречать достаточно обширные и плотные сращения, в которых уже сформировались сосудистые связи между сальником и, например, кистой яичника. Нужно отметить, что сосудистые связи с сальником формируются довольно быстро, что следует иметь в виду при разъединении спаек. Технически отделение сальника осуществляется относительно просто (рис. 84). Постепенно на отдельные участки сальника в области сращения накладываются

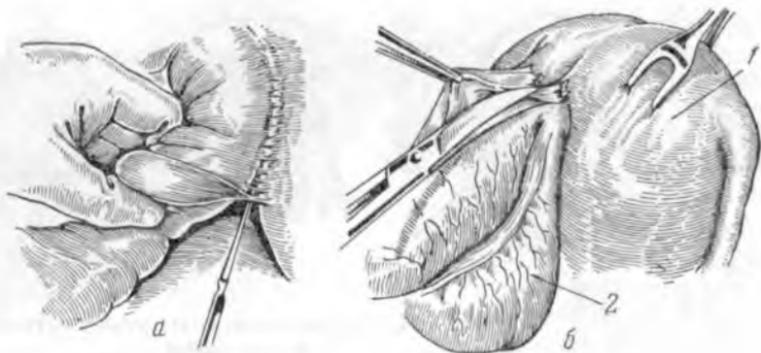


Рис. 85. Различные способы острого отделения кишки от опухоли.
а — разъединение сращений между половыми органами и петлей тонкой кишки; *б* — разъединение сращений между маткой и толстой кишкой ножницами: 1 — матка, 2 — сигмовидная кишка.

встречные зажимы, после чего сальник отсекается с последующей перевязкой культи. При ушивании сальника необходимо следить за тем, чтобы в нем не оставалось отверстий, в которые могли бы затем проскользнуть и ущемиться петли кишечника. Центральные концы отделенного сальника, даже если сращения оказались рыхлыми, следует тщательно осмотреть и лигировать. При плотных сращениях сальника не целесообразно отделять его от половых органов, а лучше рассечь его между двумя лигатурами на некотором расстоянии от места сращения. После разъединения сращений с сальником, при отсутствии других затруднений, операция удаления кисты яичника производится обычным путем.

Сращения половых органов с петлями кишечника могут представлять более серьезные затруднения при удалении кисты, чем сращения с сальником. Рыхлые сращения на ограниченных участках кишки следует разъединять весьма осторожно, желательнее тупым путем и как исключение острым (рис. 85, *а*, *б*). После отделения кишки необходимо внимательно осмотреть ее поверхность и все десерозированные участки сразу же ушить тонкими шелковыми швами на круглой игле.

Могут встретиться значительно более плотные спайки между кистой и кишкой, разъединение которых без нанесения значительной травмы кишке невозможно. В этих случаях можно поступить по-разному, в зависимости от опыта хирурга; либо оставить на стенке кишки часть капсулы или произвести резекцию участка кишки, интимно прилегающего к опухоли с последующим наложением анастомоза конец в конец или бок в бок.

Если принято решение резецировать часть кишки, то следует уточнить ход сосудов в брыжейке в области предполагаемой резекции и выбрать такие условия, при которых оба конца кишки (центральный и периферический) после резекции имели бы достаточно хорошее кровоснабжение. В противном случае недостаточно обеспеченное кровоснабжение приведет к некрозу и несостоятельности анастомоза. При выполнении анастомоза бок

в бок необходимо также уточнить направление движения в киешечнике с тем, чтобы не соединить две петли, имеющие противоположное направление движения.

Ниже рассмотрены основные этапы резекции кишки.

Резекция кишки и наложение анастомоза *конец в конец*. В пределах резецируемого участка кишки лигируются сосуды брыжейки и она рассекается, но оставляется в связи с удаленной частью кишки. Мягкими кишечными жемами резецируемый участок пережимается с обеих сторон, затем иссекается и удаляется с брыжейкой. Перед пересечением просвета кишки следует положить добавочные зажимы на концы удаляемого участка с тем, чтобы содержимое кишки не попало в область операционного поля.

Края просвета оставшихся отделов кишки осторожно высушиваются марлевыми тампонами, и оба отрезка укладываются на марлевую салфетку рядом. Круглой тонкой иглой (прямой или изогнутой), заправленной шелковой нитью, непрерывным швом соединяются серозные слои обоих отрезков по задней поверхности. По окончании ушивания на задней поверхности концы лигатур берутся на зажимы. Затем такой же иглой непрерывным швом сшиваются мышечные края просветов кишки сначала по задней стенке, а затем по кругу, переходя на переднюю (рис. 86). Этим швом восстанавливается целостность кишечной трубки на резецированном участке. Дальше продолжается ушивание первой лигатуры, наложенной вначале на серозные поверхности задней стороны, постепенно переходя вкруговую на переднюю поверхность кишки. Этим швом по существу соединяются серозные поверхности двух оставшихся концов кишечной трубки. Таким образом, концы кишки оказываются соединенными двумя этажами швов: внутренним мышечно-мышечным и наружным — серо-серозным.

Для того, чтобы убедиться в достаточности просвета созданного анастомоза, можно использовать прием ощупывания этого места большим и указательным пальцами, сравнивая размеры полученного кольца с ближайшими отделами той же кишки. После этого отдельными швами соединяются края рассеченной

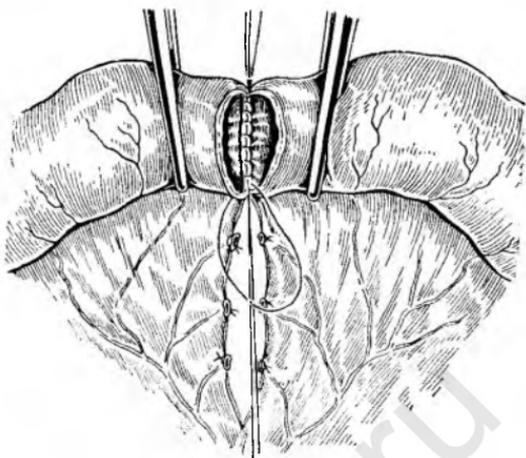
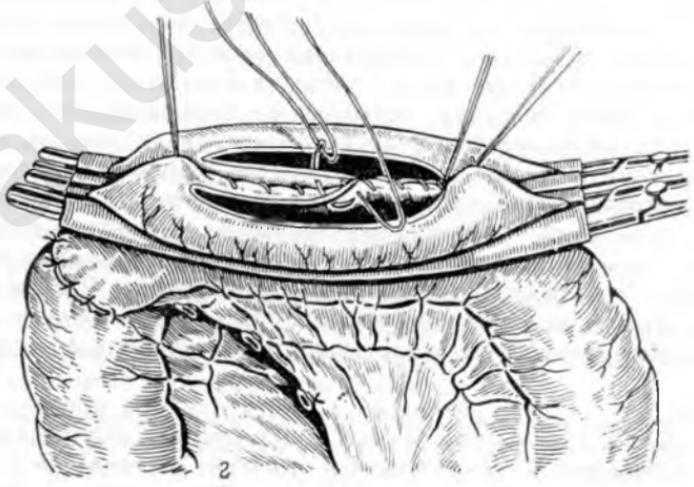
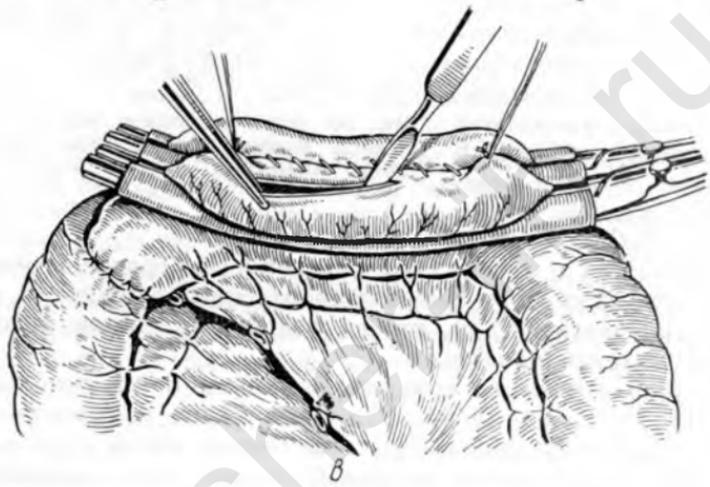


Рис. 86. Один из этапов наложения анастомоза *конец в конец*. Сшивание задних краев мышечной стенки обоих концов кишки.



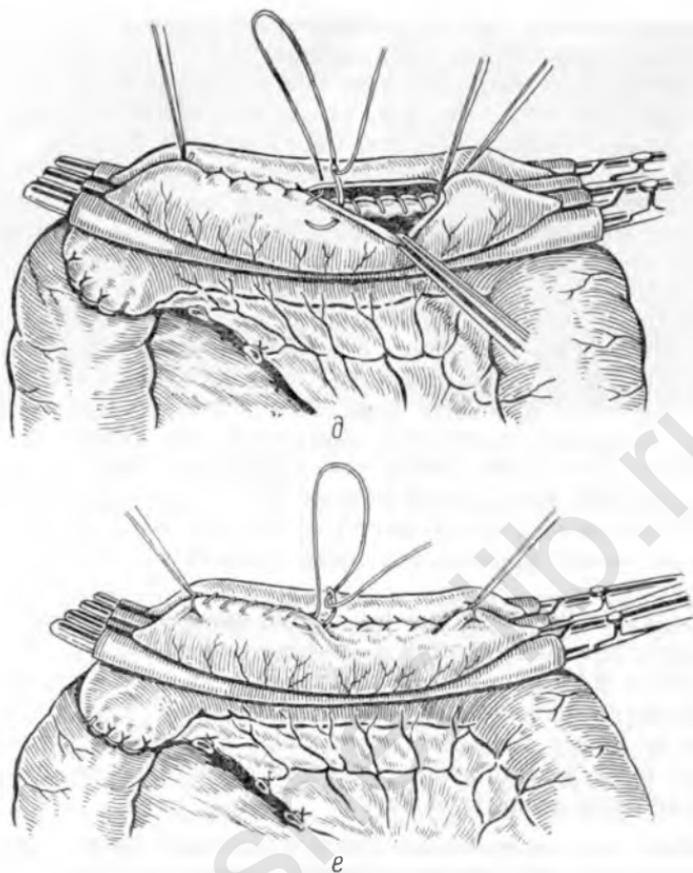


Рис. 87. Операция наложения анастомоза бок в бок.

a — ушивание конца кишки после резекции кистетным швом с погружением культи внутрь (первый этап); *б* — наложение второго этажа отдельных швов на конец кишки; *в* — отрезки кишечника сближены и сшиты серо-серозным швом по задней поверхности, в пределах намеченного анастомоза; вскрываются просветы обоих участков кишки; *г* — непрерывным швом сшиваются внутренние (соседние) края петель кишечника; *д* — сшиваются наружные края петель кишечника (вкруговую); *е* — продолжается вкруговую наложение серо-серозного шва на наружные поверхности созданного анастомоза.

брыжейки таким образом, чтобы между ними не оставалось щелей, в которые могли бы проскользнуть петли кишки или сальник.

Анастомоз *бок в бок*. Технически эта операция выполняется в той же последовательности. Целесообразно начать рассмотрение операции с этапа наложения самого анастомоза, считая, что резекция кишки уже выполнена. В отличие от анастомоза конец в конец в этом случае в качестве первого этапа производится глухое ушивание обоих концов резецированной кишки путем двухэтажного наложения швов (рис. 87, *а, б*).

Следующий этап состоит в сшивании концов кишки. Для этого оба ушитых конца кишки укладываются рядом на марлевую салфетку. Мягкими зажимами продольно захватываются верхние части кишки обоих отрезков так, чтобы над зажимами находились участки кишки длиной 7—8 см. Серозные поверхности обоих отрезков сшиваются вместе отдельными швами на всем протяжении захваченных в зажимы участков кишки (рис. 87, в). Несколько отступя от наложенного шва, оба отрезка кишки пересекаются вдоль на таком же протяжении. При этом вскрывается просвет кишки.

Мышечные слои рядом лежащих краев вскрытых отрезков кишки сшиваются вместе отдельными шелковыми швами (рис. 87, г). Затем сшивание краев продолжается дальше, обходя вокруг созданные просветы (рис. 87, д). Этими швами создается широкое сообщение просветов обоих отрезков кишки. Конечный этап состоит в том, что поверх уже созданного анастомоза накладывается второй этаж серо-серозных швов, теперь уже только над первым (верхним) швом (рис. 87, е). После создания анастомоза снимаются жомы, проверяется проходимость его и достаточность просвета.

После окончания работы на кишке можно приступать к выполнению основной операции на половых органах.

Сращения половых органов с аппендиксом. Необходимость выполнения вмешательств на аппендикулярном отростке во время операций на половых органах встречается значительно чаще, чем на кишке, так как отросток нередко располагается в области придатков матки.

Возможно, что анатомическая близость аппендикулярного отростка и правых придатков матки является частой причиной воспалительных заболеваний этих двух органов. По-видимому, с этим же обстоятельством связано более частое возникновение правой трубной беременности по сравнению с левосторонней. По статистическим данным аппендицит у женщин встречается в два раза чаще, чем у мужчин, в значительно чаще возникают ошибки в дифференциальной диагностике между аппендицитом и воспалением придатков матки. Поэтому, готовясь к гинекологической операции, следует иметь в виду возможность обнаружения измененного отростка и сращения его с придатками, особенно у молодых, перенесших в прошлом воспалительные заболевания гениталий. Опыт показывает, что сращения половых органов (опухолей яичников, матки, труб) с аппендиксом — действительно явление нередкое, причем в ряде случаев они могут быть весьма интимными. Оставлять патологически измененный аппендикс не следует, так как в последующем это может служить причиной для повторной операции.

Удаление аппендикса рекомендуется производить по окончании основной гинекологической операции. Вместе с тем, могут быть условия, при которых первым этапом приходится удалять аппендикулярный отросток и только после этого удастся приступить к выполнению основной гинекологической операции (рис. 88, а).

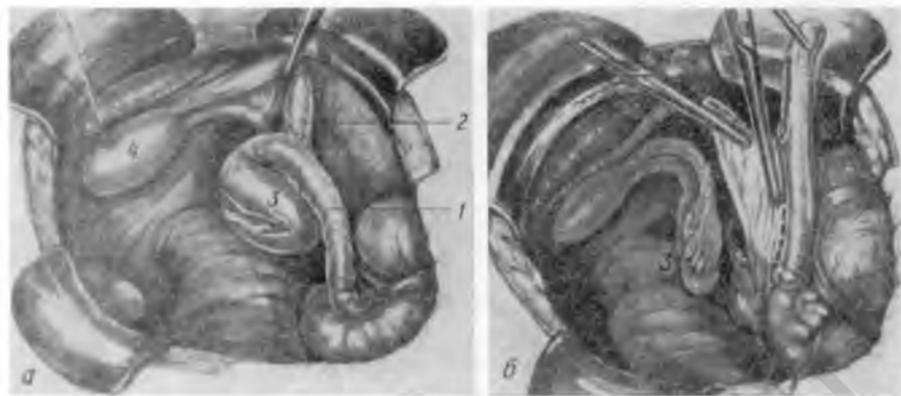


Рис. 88. Сращение аппендикса с правыми придатками матки.

a — воспалительно измененный червеобразный отросток подпали к трубе: 1 — отросток, 2 — труба, 3 — правый яичник, 4 — матка; *b* — поэтапное рассечение брыжейки для отделения отростка.

Операция аппендэктомии. Технически операция удаления аппендикса (appendectomy) производится в следующей последовательности. Осторожно высвобождается брыжейка отростка для более удобного лигирования и рассечения. Рассечение брыжейки удобнее производить отдельными участками, так как длина отростка может быть различной (оставление толстой культи брыжейки опасно из-за возможности соскальзывания лигатуры и возникновения кровотечения). По мере рассечения брыжейка поэтапно лигируется и выделяется (мобилизуется) червеобразный отросток, вплоть до места отхождения его от слепой кишки (рис. 88, б).

Червеобразный отросток, отделенный от брыжейки, приподнимается, а его основание сдавливается зажимами Кохера в двух местах: одним непосредственно у основания, другим — примерно на 1 см выше. Зажим, наложенный у основания, снимается, а раздавленное им место туго перевязывается шелковой лигатурой. Затем, до отсечения отростка, отступя на 1,5—2 см, вокруг его основания, через серозный слой кишки накладывается, но не затягивается шелковый кисетный шов (рис. 89, а). Острым скальпелем между лигатурой на аппендиксе и зажимом Кохера отросток отсекается¹. Культи отростка высушивается марлевым шариком и прижигается чистым жидким фенолом или 10% настойкой йода. После этого культи аппендикса захватывается анатомическим пинцетом и погружается в стенку кишки, одновременно с этим затягивается кисетный шов; таким образом изолируется

¹ После отсечения аппендикса этим пожом и пинцетом не следует пользоваться на протяжении остальных этапов операции.



Рис. 89. Операция аппендэктомии.

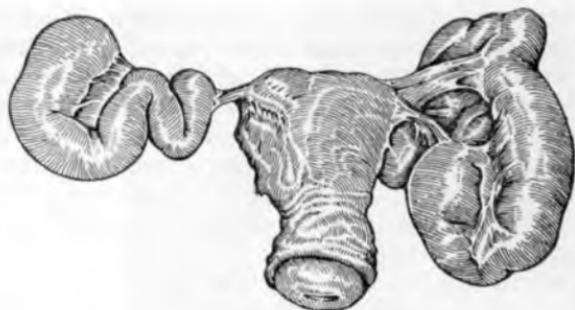
а — мобилизованный отросток перевязан у основания, вокруг него наложен кисетный серо-серозный шов; *б* — аппендикс удален, кисетным швом погружается культя отростка.

культя отростка от брюшной полости (рис. 89, б). Затянутый кисетный шов прикрывается вторым этажом серо-серозного шва. На этом операция аппендэктомии заканчивается.

Если удаление червеобразного отростка производилось по окончании той или иной гинекологической операции, то брюшная полость закрывается послойно наглухо. Если же аппендэктомия выполнялась как первый этап, дальше переходят к реализации основной операции.

Удаление мешотчатых (опухолевидных) образований придатков матки воспалительной этиологии. Половые органы женщины благодаря своим анатомическим и функциональным особенностям подвержены различным воспалительным заболеваниям. Лечение их в большинстве случаев осуществляется консервативными методами. Вместе с тем, иногда приходится иметь дело с воспалительными процессами, которые приводят к существенным и необратимым изменениям в половых органах, главным образом в трубах и яичниках (рис. 90). В этих случаях даже длительное и систематическое использование консервативных мероприятий, как правило, не оказывает эффекта. Между тем, такое заболевание не может не отражаться на самочувствии и общем состоянии здоровья женщин, так как воспалительные процессы ведут к хронической интоксикации и склонны к периодическим обострениям. Учитывая эти обстоятельства, вполне обоснованно ставить вопрос о хирургическом лечении, т. е. об удалении патологически измененного органа. Изучение клиники воспалительных заболеваний придатков матки показывает, что в подобных случаях такой метод лечения является наиболее эффективным, так как удаление очага позволяет вывести больных из тягостного состояния. Опыт свидетельствует также и о том, что при двустороннем поражении

Гис. 90. Препарат удаленной матки с воспалительно измененными придатками (мешотчатые образования).



придатков матки хирургический метод лечения больных обеспечивает необходимый эффект только в том случае, если мешотчатые образования будут удалены вместе с маткой. Объем вмешательства состоит в дефундации (резекция верхней части матки) или надвлагалищной ампутации матки. Реже может ставиться вопрос об экстирпации матки, которая выполняется у больных, имеющих одновременно и заболевание шейки матки, требующее самостоятельного хирургического лечения. Вполне понятно, что подобные показания встречаются значительно реже, а выполнение самой операции требует от хирурга определенного опыта.

Технические стороны операции удаления мешотчатых образований придатков матки (с одной или обеих сторон) отличаются разнообразием приемов высвобождения их из сращений с соседними органами. Эти этапы операции могут быть выполнены сравнительно легко или потребовать больших усилий и технического опыта. В остальных этапах операция не отличается от вмешательств, предпринимаемых в целях удаления опухолей яичников или производства дефункции, надвлагалищной ампутации, а также экстирпации матки.

ГЛАВА 12

ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

Общие замечания. Хирургические вмешательства, предпринимаемые по поводу заболеваний матки, по частоте занимают одно из первых мест. Показаниями к хирургическому лечению могут служить самые разнообразные заболевания как самой матки (фибромиома, рак, саркома, трофобластическая болезнь и др.), так и придатков (киста, рак яичников или труб, мешотчатые опухоли придатков и др.). Вполне понятно, что разнообразие причин, диктующих необходимость хирургического лечения, предусматривает выполнение различного объема вмешательств на матке, в зави-

симости от характера заболевания. В одних случаях вмешательство ограничивается энуклеацией одиночных фиброматозных узлов, либо дефундацией или надвлагалищной ампутацией матки. В других по характеру заболевания может потребоваться выполнение экстирпации матки или сочетания ее с удалением придатков. Оперативнее вмешательство, связанное с выполнением ампутации матки, может быть, кроме того, различным и по объему: в одних случаях эта операция носит экономный характер, т. е. предусматривается удаление только ее дна (дефундация). При этом оставляется часть тела матки с эндометрием, который будет сохранять у оперированной больной менструальную функцию. При надвлагалищной ампутации тело матки удаляется полностью, поэтому менструации после операции отсутствуют. Ряд заболеваний матки по своему характеру (например, при фибромоме) не всегда требуют выполнения надвлагалищной ампутации. Поэтому там, где можно ограничиться экономным вмешательством, особенно у молодых женщин, часть матки с эндометрием следует сохранить. Если заболевание матки или придатков носит злокачественный характер, то возраст больной не может иметь значения в ограничении объема вмешательства. Объем хирургического вмешательства на матке, таким образом, должен быть адекватным характеру заболевания.

Опыт показывает, что в большинстве случаев при выполнении ампутации матки возможно оставить небольшую часть нижнего отдела тела с эндометрием и сформировать небольшую «матку», удалив только одну из ее стенок (вместе с узлами) и за счет перегиба другой стенки создать функционирующий орган. Вполне понятно, что после таких пластических операций беременность невозможна.

Существенного внимания заслуживает вопрос об удалении или оставлении маточных труб в тех случаях, когда частичное или полное удаление матки производится у молодых женщин. Ответ на этот вопрос не может быть однозначным. Решение его следует связывать прежде всего с характером заболевания, по поводу которого предпринимается хирургическое лечение. Вопрос о сохранении труб или яичников отпадает, если операция производится по поводу злокачественного заболевания матки. В этих случаях придатки должны быть удалены вместе с маткой, несмотря на возраст больной. Напротив, если надвлагалищная ампутация или экстирпация матки предпринимается по поводу доброкачественных процессов (фибромомы и др.), трубы по возможности лучше сохранить, особенно в тех случаях, когда оставляются яичники. Оставление труб предупреждает нарушение сосудистых и нервных связей яичников и способствует сохранению их функции.

Операция удаления матки требует учета ее взаимоотношений с мочеточником и мочевым пузырем. Ранение мочевого пузыря или мочеточника возможно при производстве операции экстирпации матки или удаления интралигаментарно расположенной

миомы. При вылущении узла легко может быть травмирован мочеточник, располагающийся в основании его ложа. Положение мочеточника после вылущения межсвязочно расположенного узла показано на рис. 91.

Чаще всего конфликты с мочеточником возникают при выполнении экстирпации матки в момент пересечения и перевязки маточных сосудов. В зависимости от технических обстоятельств перевязка этих сосудов должна быть произведена в области, в которой под ними проходят нижние (тазовые) отделы мочеточников (рис. 92). Поэтому лигирование маточных сосудов вблизи шейки и воронко-тазовых связок в области яичников следует выполнять исключительно внимательно, так как в этих местах ранение мочеточников происходит наиболее часто.

Операции на матке, предпринимаемые по поводу фибромиомы. Фибромиома матки одно из наиболее частых заболеваний женщин, которые по существу необходимо относить к пролифератам, так как развитие этих процессов в основном связано с гормональной перестройкой. Очень часто развитие фибромиомы матки сочетается с текамитозом яичников или их кистозной дегенерацией.

Клиника заболевания может быть весьма различной и в большинстве случаев обусловлена осложняющими факторами, из числа которых наиболее существенным является характер расположения и роста фиброматозных узлов. Этими факторами обусловлена выраженность геморрагического синдрома и ряд других клинических проявлений, на основании которых устанавливаются показания к хирургическому лечению заболевания. Вопрос об оперативном лечении фибромиомы может ставиться только в том случае, если опухоль имеет выраженную клинику, характеризующуюся достаточно быстрым ростом опухоли, длительными и изнуряющими маточными кровотечениями, дисурическими расстройствами или болевым синдромом. Выраженная клиника заболевания чаще всего связана с подслизистой формой роста узлов.

Нередко, однако, носительницы больших опухолей матки могут не знать о ее существовании, так как фибромиома ничем себя не проявляет. С другой стороны, опухоли небольших размеров могут сопровождаться обильными кровотечениями во время менструаций.

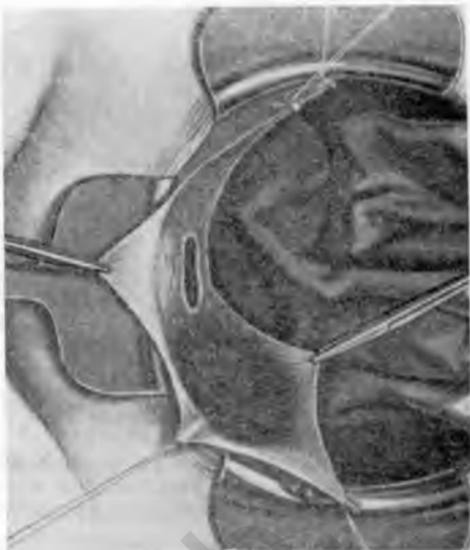


Рис. 91. Этап операции удаления интралигаментарно расположенной миомы матки: матка с интралигаментарным узлом удалена, в глубине между листками широкой связки (ложе опухоли) виден мочеточник.

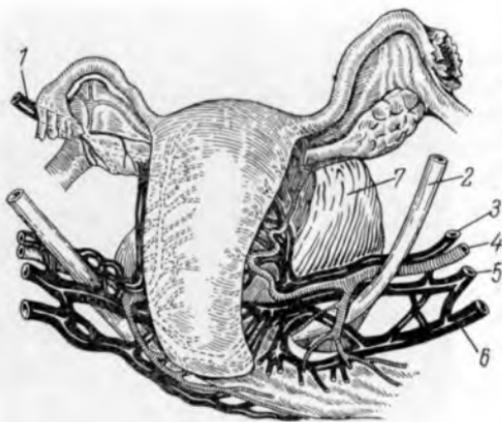


Рис. 92. Схематическое изображение положения матки и проходящих вблизи нее сосудов и мочеточника (вид сзади).

1 — яичниковая вена; 2 — мочеточник правой стороны; 3 — поверхностные вены матки; 4 — маточная артерия; 5 — глубокие вены матки; 6 — маточная вена; 7 — мочево́й пузырь.

раста, если окажется возможным, следует стремиться ограничиться энуклеацией узлов или хотя бы оставлением части матки для сохранения менструальной функции. Между тем быстрый рост опухоли, отмеченный в любом возрасте, всегда должен оцениваться весьма серьезно, так как этот симптом характерен для злокачественных форм фибромиомы (фибросаркомы). Экстирпация матки при фибромиомах делается в исключительных случаях, когда к этому имеются обоснованные показания, к числу которых обычно относится сочетание фибромиомы с заболеваниями шейки матки, подлежащими хирургическому лечению. Таким образом, лечение каждой больной, страдающей фибромиомой матки, должно строиться на индивидуальном подходе, с оценкой всех клинических факторов и технической возможности выполнения той или иной по объему операции.

Энуклеация фиброматозных узлов (*Enucleatio noduli fibromatosi uteri*). Эта операция особых технических трудностей не представляет и может производиться либо самостоятельно, когда она планируется как основное лечебное мероприятие, либо как сопутствующая, например при производстве кесарского сечения.

Консервативная операция (энуклеация) должна выполняться с соблюдением определенных условий. Так, после рассечения капсулы узла его вылушивание следует производить без излишней травмы окружающих тканей. При ушивании ложа узлы лигатуры не должны проводиться через слизистую оболочку. Нарушение последнего условия может привести к формированию внутреннего эндометриоза.

При решении вопросов целесообразности хирургического лечения больной и выбора метода операции следует учитывать не только наличие самой опухоли, но и клинические проявления заболевания, в оценке которых особого внимания заслуживает направленность роста узлов. Например, если у женщины в возрасте, близком к климактерическому, операция предпринимается по поводу интрастициальной фибромиомы матки, то имеются убедительные основания для производства надвлагалищной ампутации матки. Напротив,

у женщин молодого воз-



Рис. 93. Операция удаления интерстициального узла.

a — один из этапов вылуцнения узла; *б* — ушивание раны (ложа) в несколько этажей.

Если энуклеация узлов сочетается с кесарским сечением, то удалению подлежат только те фиброматозные узлы, которые располагаются поверхностно и их вылуцнение не связано с рассечением глубоких слоев стенки матки, так как при вылуцнении глубоко залегающих узлов можно легко проникнуть в полость матки и создать условия для проникновения в рану инфекции.

Технически операция энуклеации фиброматозных узлов состоит в следующем. По вскрытии брюшной полости матка подтягивается к брюшной ране и фиксируется в удобном положении. Над узлом достаточно широко рассекается капсула, чтобы вылуцнение узла не встречало препятствий. Показавшийся в отверстии рассеченной капсулы узел захватывается пулевыми щипцами, зажимом Кохера или штопором и подтягивается на поверхность матки. Затем острым или тупым путем постепенно и осторожно узел высепааровывается и извлекается наружу (рис. 93, *a*).

Рана (ложе) ушивается отдельными узловыми кетгутowymi швами в 2—3 этажа (мышечно-мышечный, мышечно-серозный, серо-серозный) в зависимости от величины удаленного узла и глубины раны (рис. 93, *б*). Брюшная рана ушивается наглухо, послойно.

Дефундация (резекция) матки (*Defundatio uteri*). Этот вид операции на матке самостоятельно производится сравнительно редко. Прибегают к ней в тех случаях, когда множественные фиброматозные узлы, располагающиеся в дне матки, не рационально вылуцщать отдельно.

Технически операция дефундации матки (без придатков) производится следующим образом. Круглые связки матки и собственные связки вместе с маточными концами труб пережимаются зажимами с обеих сторон. Между зажимами связки рассекаются, и центральные концы их лигируются кетгутом. В пределах границы предполагаемой дефундации круглые связки и собственные связки

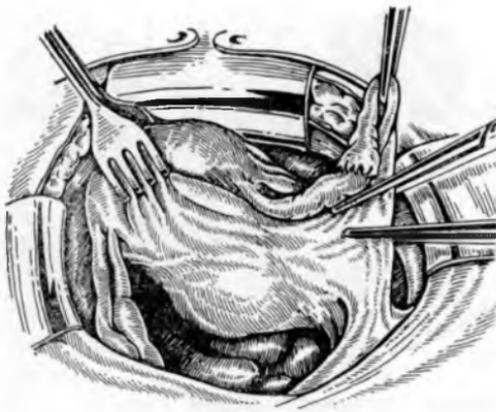


Рис. 94. Начальный этап операции дефундации матки с односторонним удалением придатков; наложение зажимов на воронко-тазовую связку и брыжейку яичника.

дефундации концы лигированных связок и труб (круглые, собственные яичника) подтягиваются к углам маточной раны, заводятся в просвет раны (после наложения швов первого этажа) и закрепляются швами в ране. Затем накладывается второй этаж швов и третий — серо-серозный. При необходимости может быть произведена дополнительная перитонизация.

Если дефундация матки предпринимается по поводу мешотчатых образований придатков, то техническое выполнение операции будет зависеть от того, удаляются ли придатки с обеих сторон или только с одной стороны. Если они удаляются с одной стороны, то на стороне здоровых придатков оперируют аналогично тому, как было описано выше. На стороне удаляемых придатков операция проводится в следующей последовательности. Матку с расправленными придатками отводят в противоположную сторону (рис. 94). Затем накладываются зажимы на воронко-тазовую связку, мезосальпинкс (до ребра матки) и круглую связку матки. Между зажимами связки рассекаются и центральные концы их лигируются кетгутом. Затем повторяются все этапы резекции дна матки, как обычно.

Рана матки ушивается с заведением в угол раны лигированных культей придатков. Область удаленных придатков перитонизируется круглой связкой той же стороны. По окончании операции брюшная рана ушивается послойно наглухо.

Если операция предпринималась по поводу гнойного процесса, то следует уточнить возможность закрытия брюшной полости наглухо. В сомнительных случаях целесообразно в брюшную полость установить дренажную трубку для последующего введения антибиотиков или марлевый тампон для отведения воспалительного экссудата; концы дренажей выводятся в нижний угол брюшной раны.

яичника с трубами слегка отслаиваются книзу. На этом уровне у ребер матки пересекаются и лигируются маточные сосуды. По подготовленной границе дно матки отсекается. При этом разрез на передней и задней стенке матки следует несколько скосить кнутри для более удобного совмещения раневых поверхностей при наложении швов. Рана матки ушивается отдельными кетгутowymi швами в несколько этажей, как это делается при ушивании ложа после энуклеации узла, с той лишь разницей, что при

Надвлагалищная ампутация матки (*Amputatio uteri supravaginalis*). Ампутация матки может производиться с придатками одной или обеих сторон или без них. В зависимости от этого технические детали операции будут несколько различаться. Ниже рассмотрен вариант надвлагалищной ампутации матки без удаления придатков.

После вскрытия брюшной полости и ревизии органов петли кишечника и сальника отграничиваются теплой марлевой салфеткой, один из концов которой закрепляется на операционном белье. Если в области малого таза имеются спайки и сращения, то их следует разъединить, используя обычные методы. Дно матки может быть захвачено штопором, пулевыми щипцами или взято на провизорную лигатуру. Матка подтягивается к брюшной ране (рис. 95).

По выведении матки накладываются зажимы на круглые связки, собственные связки яичника и маточные концы труб. Между зажимами связки рассекаются, а центральные концы их лигируются кетгутом (рис. 96, а).

Рассеченные круглые связки разводятся за лигатуры несколько в стороны и по переходной складке производится рассечение брюшины. Тупым путем нижний край ее вместе с мочевым пузырем отводится книзу. Одновременно с этим отодвигаются ткани параметрия с тем, чтобы освободить область внутреннего зева матки. На задней поверхности матки рассекается брюшина. При этом разрез ее соединяется с культиями собственных связок яичников. Край брюшины несколько отсепаровывается книзу.

С обеих сторон на уровне внутреннего зева ближе к шейке матки пережимаются и пересекаются маточные сосуды. Концы их лигируются прочным кетгутом или шелком (рис. 96, б). Концы сосудов следует оставить достаточно длинными для того, чтобы их оказалось возможным погрузить в рану культи шейки матки. Делается это для предупреждения возможного соскальзывания лигатур и возникновения кровотечения из маточных сосудов. После этого этапа тело матки отсекается на уровне внутреннего зева, несколько выше лигированных маточных сосудов (рис. 96, в). Культия шейки захватывается зажимами (лучше пулевыми щипцами) и подтягивается вверх. Область цервикального канала культи шейки смазывается 10% йодной настойкой (рис. 96, г).

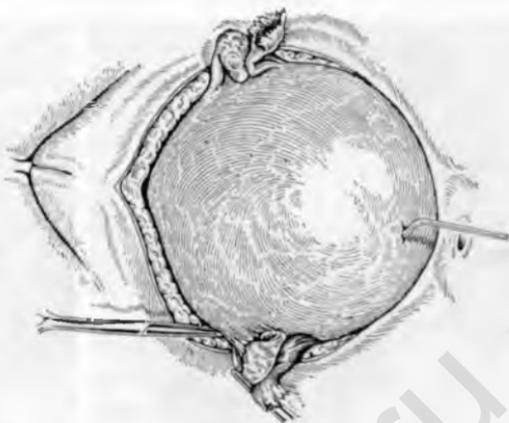
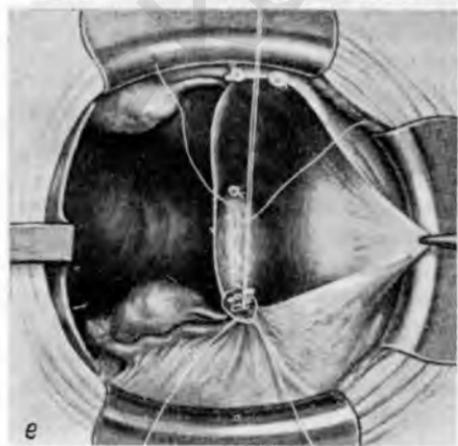
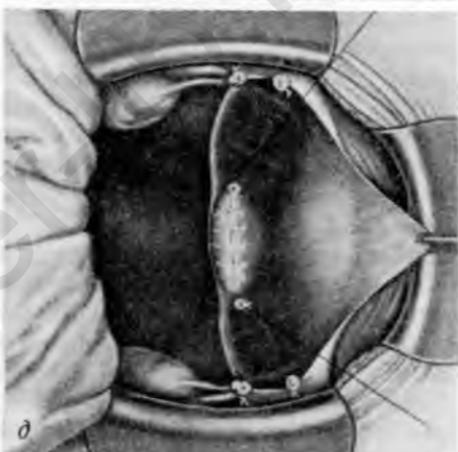
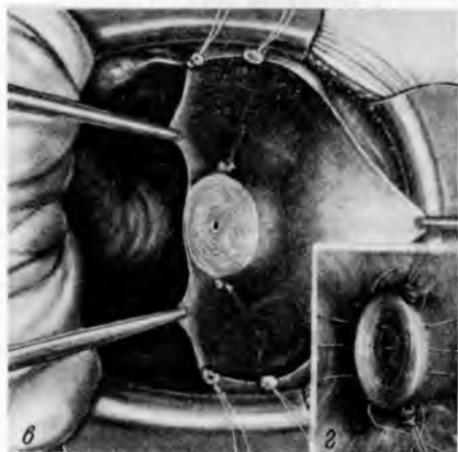
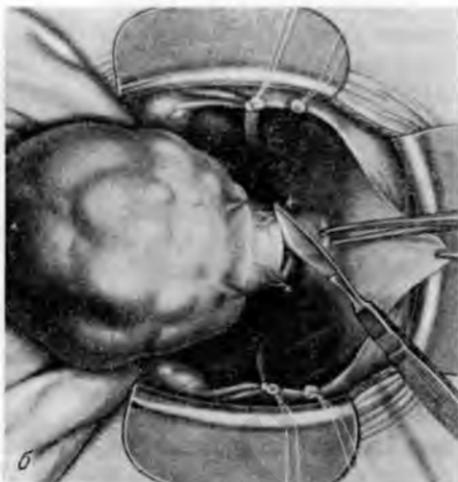


Рис. 95. Начальный этап операции ампутации матки. Матка подтянута штопором в брюшную рану.



Культя шейки ушивается отдельными узловыми кетгутowymi швами, причем первый шов целесообразно наложить над областью канала, а последующие — по сторонам от первого (рис. 96, *г*). К углам культи шейки подтягиваются (без натяжения) концы перевязанных маточных сосудов и погружаются в рану, в которой фиксируются дополнительными лигатурами (рис. 96, *д*).

Перитонизация культи шейки матки осуществляется путем сближения непрерывным кетгутowym швом заднего и переднего листков серозного слоя матки; культи придатков погружаются между листками широкой связки кисетными швами (рис. 96, *е, ж*). Производится туалет брюшной полости и брюшная рана ушивается наглухо, послойно.

Если операция надвлагалищной ампутации матки производится при интралигаментарном расположении узла миомы, основные этапы ее остаются теми же, но начальный будет сводиться к освобождению узла из широкой связки. Этот этап требует особого внимания, так как можно вступить в конфликт с мочеточником и крупными сосудами таза. С тем, чтобы избежать возможных осложнений, рассечение листка широкой связки целесообразно производить ближе к круглой связке и через созданное отверстие осуществлять постепенное выделение узла из межсвязочного пространства (рис. 97). С освобождением узла дальнейший ход операции связан с выполнением тех же этапов, что и при обычной надвлагалищной ампутации матки.

Известные трудности при выполнении надвлагалищной ампутации могут встретиться при расположении фиброматозного узла в области перешейка матки. В этих случаях энуклеацию узла, если он располагается спереди, следует начинать с рассечения брюшины в поперечном направлении в области переходной складки. Мочевой пузырь осторожно отсепаровывается от узла и смещается книзу, до уровня, обеспечивающего свободный к нему подход. Над вершиной узла рассекается капсула, узел захватывается инструментом и постепенно подтягивается кверху с одновременным осторожным отделением его от окружающих тканей. Если узел одиночный и нет необходимости в расширении объема вмешательства, то операция ограничивается его удалением. Накладываются швы, сближающие ткани капсулы. Мочевой пузырь укладывается на прежнее место, и производится перитонизация.

Если же предусматривается выполнение надвлагалищной ампутации матки, то она проводится после энуклеации.

Рис. 96. Операция надвлагалищной ампутации матки.

а — начальный этап: собственная связка яичника, круглая и маточный конец трубы справа захвачены зажимами; *б* — отсечение матки на уровне внутреннего зева; *в* — культи шейки после отсечения тела матки; *г* — этап ушивания культи шейки матки; *д* — культи шейки полностью ушиты; *е* — начало перитонизации культи путем сшивания переднего и заднего листков брюшины; *ж* — конец перитонизации.

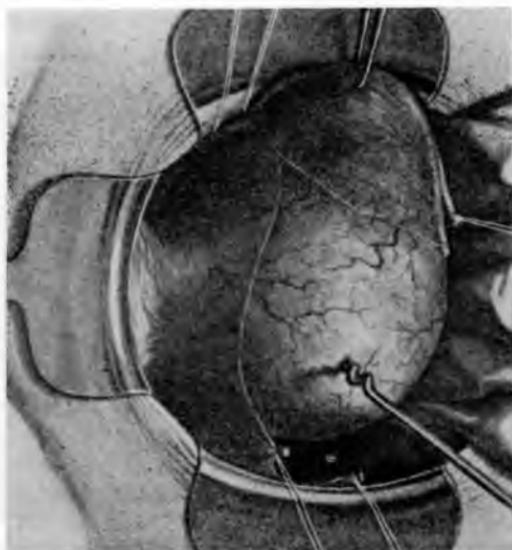


Рис. 97. Вылущение интралигаментарно расположенного узла миомы из листков широкой связки; брюшина рассечена над узлом.

Экстирпация матки (Extirpatio uteri)¹. Эта операция так же, как и надвлагалищная ампутация, может выполняться вместе с придатками (одной стороны или обеих) или без них. Часто показанием к экстирпации матки (за исключением заболеваний раком) служит фибромиома с низким расположением узлов, когда технически нельзя осуществить его энуклеацию или произвести надвлагалищную ампутацию. В других случаях операция предпринимается у больных, имеющих фибромиому матки в сочетании с заболеванием шейки матки, требующим ее удаления (например, не поддающиеся лечению

псевдоэрозии, лейкоплакии и другие изменения ткани шейки, которые относят к состояниям *in situ*.

В литературе последних лет обсуждается точка зрения, согласно которой при обычной фибромиоме следует производить экстирпацию матки, а не ограничиваться ее надвлагалищной ампутацией. В основе этого предложения усматривается возможность профилактики рака культи шейки матки. Между тем, большие статистические обобщения по изучению онкологической заболеваемости не дают оснований считать, что рак культи шейки матки встречается чаще, чем первичный рак шейки матки. Поэтому нет необходимости расширять объем вмешательства при обычных фибромиомах матки, так как операция экстирпации матки, несомненно, травматичнее ампутации, значительно тяжелее переносится больными и может привести к нарушениям функции ряда органов, в том числе и тазового дна.

В изложении техники операции экстирпации матки будет рассмотрен вариант удаления матки без придатков. При необходимости выполнения экстирпации вместе с придатками операция будет содержать этап по выделению и мобилизации придатков, который выполняется в начале операции, аналогично тому, как это делается при ампутации матки с придатками.

Первые этапы операции экстирпации матки сводятся к вскрытию брюшной полости, выведению матки с придатками в рану, паложению зажимов на круглые, собственные связки яичников

¹ Техника экстирпации матки, предпринимаемой по поводу рака матки, рассмотрена в соответствующей главе (с. 222).

и маточные концы труб с обеих сторон, затем их пересечению и лигированию культей. В поперечном направлении вскрывается (между культями круглых связок) брюшина в области переходной складки. Мочевой пузырь остро и тупо отслаивается книзу до уровня переднего свода влагалища. До этого момента все перечисленные этапы выполняются аналогично тому, как это делается при надвлагалищной ампутации матки. С этого момента операция экстирпации по технике выполнения будет иметь существенное отличие от ампутации.

После этих этапов маточные сосуды пересекаются и лигируются несколько ниже уровня внутреннего зева. Пересекаются и лигируются обе крестцово-маточные связки. Нижние отделы матки освобождаются от окружающих тканей путем отслаивания их книзу за пределы шейки матки (рис. 98, а).

Теперь можно приступить к вскрытию переднего свода влагалища. Для этого пальпаторно определяется уровень расположения влагалищной части шейки матки и несколько ниже нее скальпелем вскрывается передняя стенка влагалища (рис. 98, б). В продельанный разрез со стороны брюшной полости заводится узкая пропитанная йодной настойкой марлевая полоска, которую следует протолкнуть внутрь с тем, чтобы в последующем она не попала в лигатуры. Через образованное отверстие по своду накладываются зажимы на стенки влагалища, сначала на боковые, затем на заднюю. Одновременно с этим вкруговую пересекается влагалище до полного отделения матки. Зажимы должны остаться на культе влагалища. При рассечении влагалища следует внимательно следить за положением уже лигированных маточных сосудов с тем, чтобы не ранить их ниже перевязки. Поэтому рассечение влагалища безопаснее делать ближе к шейке матки, по сводам. Для удобства наложения зажимов по вскрытии передней стенки влагалища обнаружившуюся влагалищную часть шейки полезно захватить пулевыми щипцами и, по мере наложения зажимов, постепенно подтягивать кверху (рис. 98, в).

Зажимы на культе обшиваются по краям стенок влагалища узловыми кетгутowymi швами, которые после завязывания одновременно суживают его просвет. При этом лигатуры передней, задней и боковых стенок влагалища полезно взять на различные зажимы для того, чтобы при ушивании культы влагалища правильно сложить переднюю стенку с задней, подтянув к ним боковые.

После обшивания краев культы влагалища можно закрыть просвет влагалища полностью или оставить его открытым. Первый вариант может быть применен при условии, если операция прошла чисто и в процессе ее выполнения в области параметрия не образовалось гематомы, а также в том случае, когда имеется уверенность в отсутствии инфицирования. Второй вариант используется в тех случаях, в которых необходимо обеспечить отток из параметральных отделов, при возможных осложнениях во время операции

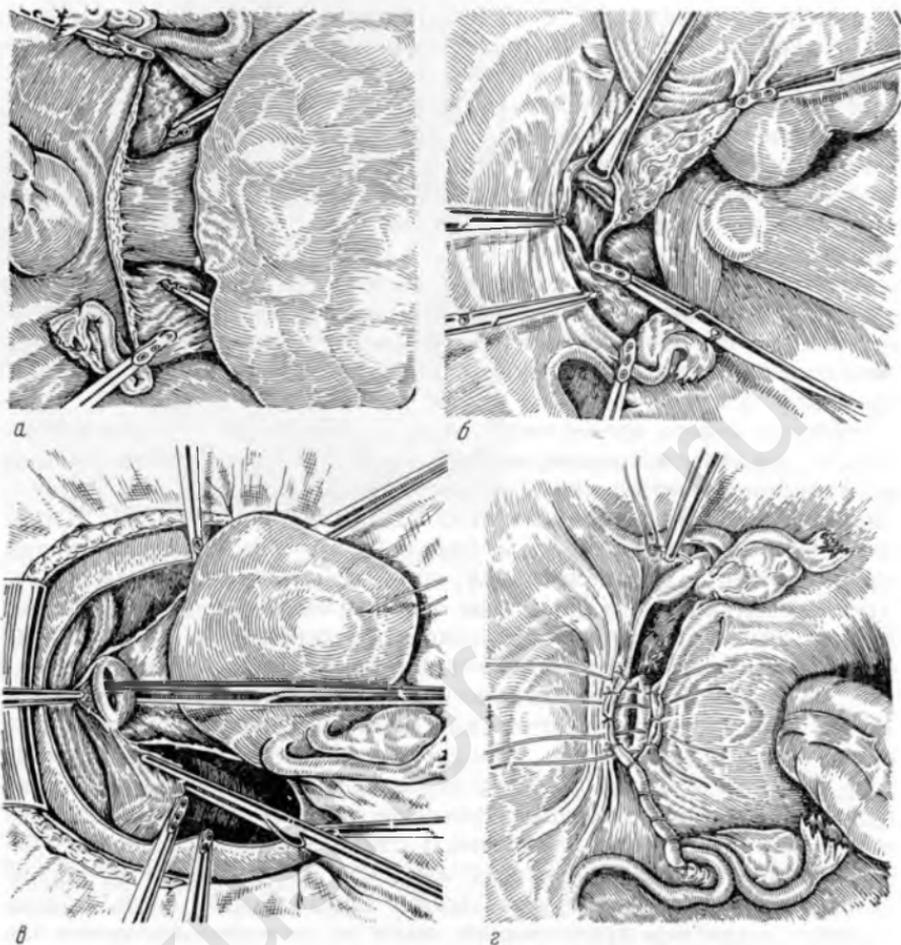


Рис. 98. Операция экстирпации матки без придатков.

а — один из этапов операции; мобилизация нижних отделов матки, виден уровень перевязки маточных сосудов; *б* — влагалище вскрыто через переднюю стенку; *в* — через отверстие во влагалище захвачена влагалищная часть шейки пулевыми щипцами; *г* — этап перитонизации.

или тогда, когда операция производилась в заведомо инфицированных условиях. В этих случаях оставшаяся открытой верхняя часть влагалища выполняет роль кольпотомического отверстия и обеспечивает так называемое бестампонное дренирование. В первом случае передняя стенка влагалища сшивается с задней (рис. 98, *в*). Во втором случае передний листок брюшины подшивается к переднему краю культи влагалища, а задний — к заднему. Таким образом отграничиваются предпузырные и прямокишечные отделы параметрия от влагалища. После этих этапов как в первом, так и во втором случаях выполняется обычная перитонизация,

которая производится путем сшивания переднего и заднего листов брюшины непрерывным кетгутовым швом. К этому шву при перитонизации области влагалища подтягиваются и влагалищные швы (рис. 98, г). Производится туалет брюшной полости, и брюшная полость закрывается наглухо, послыжно.

Возможные трудности и осложнения при выполнении операций надвлагалищной ампутации и экстирпации матки. Осложнения при выполнении гинекологических операций чаще всего связаны с ранением сальника, кишечника, мочевого пузыря или мочеточников. Повреждения этих органов могут произойти в тех случаях, когда имеются обширные спайки их с маткой или придатками. Поэтому, прежде чем накладывать зажимы и пересекать спайки, тяжи и другие тканевые образования, следует тщательно разобраться в топографических взаимоотношениях органов, особенно в области операционного поля. Ранение мочевого пузыря, кишечника или сальника чаще всего происходит во время рассечения спаек и сращений, связывающих эти органы с половыми. Повреждение мочевого пузыря, кроме того, возможно при рассечении переходной складки брюшины и отделении мочевого пузыря от матки. Если повреждение этих органов будет своевременно обнаружено, то серьезной катастрофы в этом нет, так как осложнение можно ликвидировать. Опыт показывает, что течение послеоперационного периода в этих случаях, как правило, не осложняется.

Для проверки предположения о травме этих органов можно руководствоваться следующими признаками и приемами. *Ранение мочевого пузыря* (если произошло широкое вскрытие) можно заметить по яркой окраске внутренней поверхности полости пузыря по сравнению с окружающими тканями, имеющими более бледную окраску. Красный цвет слизистой оболочки мочевого пузыря обусловлен просвечиванием кровеносных сосудов подслизистого слоя. То же самое относится и к ранению кишечника. Однако не всегда возможно отметить различие в окраске тканей, хотя у хирурга может быть обоснованное подозрение в ранении мочевого пузыря. Тогда целесообразно использовать прием, которым легко устанавливается повреждение мочевого пузыря. Для этой цели со стороны уретры заводится катетер, который обнаруживается в пузыре через раневое отверстие.

Ранение кишечника также может быть обнаружено по разнице окраски, причем его повреждение, как правило, сопровождается появлением калового запаха, а иногда и каловых масс.

Ранение сальника, благодаря богатой кровеносной сети, всегда сопровождается капиллярной кровоточивостью или более значительным кровотечением. В тех случаях, в которых ранение органов сразу же обнаружено, необходимо тотчас приступить к ушиванию повреждений, а кровоточащие участки сальника обшить лигатурами.

Рана кишечника ушивается тонким шелком в три этажа: слизисто-слизистый (узловые швы), серозномышечно-серозномышечный (узловые швы) и серозно-серозный (непрерывный шов кетгутот). Рана мочевого пузыря может быть ушита двухэтажными узловыми швами: серозномышечно-серозномышечным и серозно-серозным. Этот принцип ушивания рапы мочевого пузыря связан с тем, что в послеоперационном периоде в пузырь устанавливается постоянный (на 8 суток) катетер, применением которого достигается постоянный отток мочи и обеспечивается его спавшееся состояние.

При производстве операции надвлагалищной ампутации или экстирпации матки нередко происходит ранение мочеточника. Травма чаще всего наносится на уровне внутреннего зева матки, где мочеточки перекрещиваются с маточной артерией или вблизи периферических краев яичника, в области которых они перекрещивают воронко-тазовые связки. Ранение мочеточника обычно совершается в момент лигирования и пересечения маточных сосудов или паложения зажимов на воронко-тазовую связку при отделении придатков. Травма мочеточника чаще всего состоит в его частичном (боковом) надсечении или пережатии зажимом. Реже происходит его полное пересечение или захват в лигатуру вместе с культями маточных или яичниковых сосудов. Такое ранение не всегда можно своевременно обнаружить во время самой операции. Поэтому первые признаки осложнения обнаруживаются только в послеоперационном периоде. Тем не менее, если у хирурга возникло подозрение в отношении ранения мочеточника, следует приступить к уточнению характера повреждения. Проверка целостности мочеточника может быть выполнена снятием лигатуры (или зажима) с культи, в которой предполагается нахождение центрального конца мочеточника. В этом случае из отверстия, принадлежащего мочеточнику, должна подтекать моча. Кроме того, следует иметь в виду, что поперечный срез крупного венозного сосуда чрезвычайно схож с поперечным срезом мочеточника. Поэтому, если при снятии лигатуры (или зажима) покажется кровь, то перерезана вена. При отсутствии подтекания крови можно думать о травме мочеточника. Часто для установления повреждения мочеточника прибегают к более сложному и трудоемкому приему. Для этой цели со стороны мочевого пузыря с помощью цистоскопа заводится мочеточниковый катетер, который проводится через устье в сторону предполагаемого ранения. При перерезке мочеточника конец катетера выйдет наружу через периферический конец среза.

В зависимости от характера повреждения мочеточника следует произвести либо сшивание его конец в конец, либо пересадку (в случае близкого расположения повреждения мочеточника к пузырю) его в мочевой пузырь. Реже приходится ставить вопрос об удалении почки на той же стороне. Эти операции подробно описаны в специальных руководствах по урологии.

ОПЕРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ
ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Общие замечания. Выше в числе пороков развития половых органов была рассмотрена атрезия девственной плевы. В этом разделе будет идти речь о более сложном пороке, характеризующемся полным отсутствием влагалища, или аплазии влагалища (*aplasia vaginae*). Различие между этими двумя видами порока состоит в том, что атрезия влагалища может быть как *врожденной*, так и *приобретенной*, возникшей в результате инфекционного заболевания (например, дифтерии), механической или ожоговой травмы (химической, термической), в то время как аплазия является пороком врожденным, связанным с неправильным органогенезом. Поэтому хирургическое лечение этих двух видов пороков также различно. Если при неполной облитерации влагалища, возникшей в результате травмы, восстановление его просвета может быть выполнено путем рассечения или разъединения облитерированного отдела, то создание искусственного влагалища всегда связано с применением обширной по объему операции, предусматривающей использование одновременно двух оперативных доступов: брюшностеночного и влагалищного.

Аплазия влагалища нередко сочетается с рядом дефектов в других отделах половой системы, например с аплазией матки. Последняя может находиться в состоянии глубокого недоразвития при относительно нормальном развитии гонад (яичников). Кроме того, в этих случаях, наряду с недоразвитием половых органов, могут наблюдаться и пороки развития мочевой системы. Пороки развития в большинстве случаев не влияют на общее развитие девочки и выявляются к моменту начала полового созревания или замужества (отсутствие менструаций, появление болезненности в нижних отделах живота в определенные дни месяца (*malimina menstrualia*)). Аменорея не всегда связывается с наличием физического порока, особенно в случаях, когда отсутствуют субъективные ощущения. Тогда пороки развития влагалища выявляются чаще с началом половой жизни, которая оказывается невозможной.

Различия в клинической картине позволяют дифференцировать атрезию и аплазию влагалища. При нарастающих явлениях периодических болей и отсутствии менструаций следует предполагать наличие у девушки функционирующей матки и задержку менструальных выделений, связанных с атрезией. В этих случаях хирургическое лечение выполняется в обязательном порядке. Напротив, отсутствие клинических проявлений указывает на наличие глубокого недоразвития полового аппарата. В этих случаях создание искусственного влагалища будет иметь относительные показания, которые определяются индивидуальными установками

ми и необходимостью обеспечения возможности ведения половой жизни.

Принимая во внимание сложность патологии, оперативное образование искусственного влагалища при его аплазии должно быть достаточно обосновано с учетом медицинских и социальных факторов. Больной следует доступно объяснить характер предстоящего хирургического вмешательства, его объем, уточнив при этом, что подобная операция относится к разряду пластических, а ее выполнение не связано непосредственно с медицинскими показаниями.

Пороки развития половых органов были известны уже в далекой древности, об этом писали Гиппократ, Цельс и многие другие. В частности, тогда для лечения, например, атрезии девственной плевы или пияжей части влагалища уже использовалось хирургическое лечение страдания путем прокола облитерированной части ткани с целью удаления скопившейся менструальной крови. Однако даже такое небольшое по объему хирургическое вмешательство нередко сопровождалось тяжелейшими инфекционными осложнениями, вплоть до летального исхода. Если произведенный прокол и не заканчивался тяжким осложнением, то и не достигал цели — отверстие существовало недолго, так как подвергалось рубцеванию и окклюзии. Несколько иначе обстояло дело с аплазией влагалища. Это страдание долгое время не имело успешного метода лечения. Делались попытки создания искусственного хода, но необходимого эффекта не получали. Значительно позднее, уже в 1817 году, Дюпюитрен (Dupuytren) расширил объем операции, предложив глубокое расслоение клетчатки между мочевым пузырем и прямой кишкой до уровня шейки матки, а в случаях аплазии даже до брюшины. Тем не менее, такой глубокий ход так же, как и отверстие после прокола девственной плевы, подвергался постепенному сужению и, наконец, полностью облитерировался. С введением в хирургическую практику антисептики и особенно асептики, круг вмешательства по образованию влагалищного хода стал существенно расширяться. В целях предотвращения рубцевания искусственно сделанного хода были предложены различные способы эпителизации его поверхности, в частности путем пересадки отдельных пластов или островков эластичных оболочек или кожи, взятых у самой больной или других людей и даже животных. Предлагалось также низводить брюшину свода в искусственно созданный ход или вшивание плодных оболочек. Однако эти предложения также не обеспечивали эффекта, так как созданное влагалище постепенно сужалось и облитерировалось. Не имело эффекта и предложение Пфанненштиля (Pfannenstill) низводить менструирующую матку при отсутствии влагалища в сделанный ход и подшивать ее за шейку к краям кожной рапы. Если после такой операции и не возникало рецидива гематометры, то она исключала половую жизнь.

Прогресс в искусственном образовании влагалища наступил после предложения Гершуни (Gersuny) использовать для создания влагалищной трубки отрезок тонкой или толстой кишки.

В России операция искусственного влагалища с использованием отрезка кишки была впервые выполнена в 1891 г. В. Ф. Снегиревым. Технически эта операция оказалась достаточно трудоемкой и сложной, в связи с чем не получила широкого распространения. Идея операции заключалась в отсечении нижней части прямой кишки вместе с анусом на высоте, достаточной для формирования влагалища. Верхний конец кишки после резекции кончика низводился и укреплялся на промежности, т. е. создавался искусственный задний проход (anus praeternaturalis). Следующим этапом выполнялось перемещение кишки вверх. После

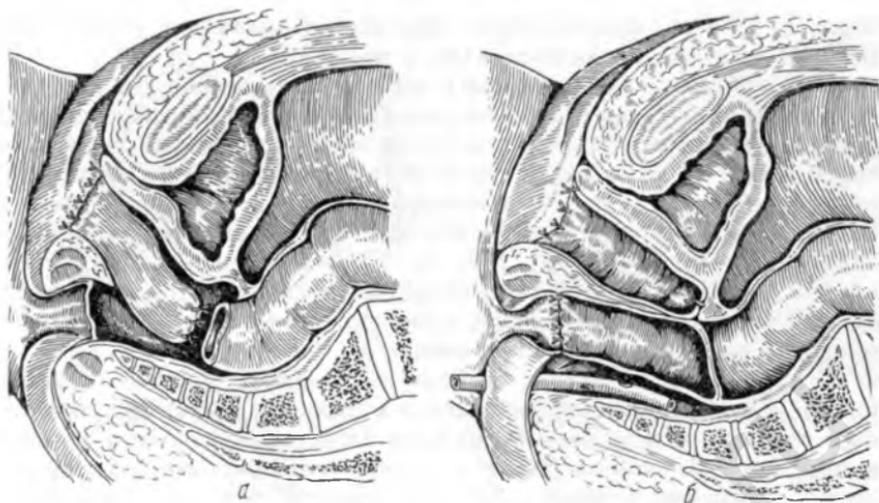


Рис. 99. Операция кольпропозза из прямой кишки по Попову.

a — прямая кишка внизу отсечена от анального жома, перемещена кпереди и подшита к кожным краям промежности, внутренний конец зашит наглухо; *б* — верхний конец прямой кишки низведен и подшит к оставленной части прямой кишки у жома, в параректальную клетчатку заведена дренажная трубка.

рассечения анального жома и промежности до уровня наружного отверстия уретры нижний отрезок прямой кишки несколько смещался кпереди, а ее слизистая подшивалась к краям раны промежности. Таким образом, перемещенный отрезок прямой кишки выполнял роль влагалища.

Метод операции, разработанный В. Ф. Снегиревым, был модифицирован Д. Д. Поповым, который предложил для образования влагалища использовать отрезок кишки, расположенный выше ануса. Кишка в этом месте пересекалась, перемещалась кпереди и подшивалась к краям кожной раны промежности (рис. 99, *a*). Верхний участок прямой кишки низводился и подшивался к оставшемуся анальному участку (рис. 99, *б*). Внутренний конец кишки, предназначенный для влагалищной трубки, зашивался наглухо.

Несмотря на появление различных модификаций этой операции, искусственное создание влагалища из отрезка прямой кишки было связано с обширной травмой и возникновением тяжелых осложнений. Больные страдали парапроктитами, каловыми свищами или несостоятельностью анального жома. Развитие брюшной хирургии позволило разработать операции образования искусственного влагалища из отрезков тонкой или сигмовидного отдела толстой кишки. Использование в практике этих операций существенно снизило число тяжелых осложнений и обеспечило получение основного функционального эффекта.

Операция образования искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки. Эта операция была разработана и впервые предло-

жена в 1904 г. американским хирургом Балдвином (Baldwin). Выполняется она последовательно в три этапа.

Первый этап (влагалищный) состоит в создании ложа будущего влагалища. Для этой цели поперечным разрезом рассекается кожа промежности в области предполагаемого входа во влагалище. После её рассечения тупым путем расслаивается клетчатка между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины свода. Таким образом подготавливается ход, в котором будет уложено будущее влагалище (рис. 100, а). Ложе рыхло тампонируется марлей. На этом первый этап операции заканчивается. Меняется одежда хирургов (халат, маска, перчатки) для перехода к следующему этапу операции (чревосечению).

Второй этап состоит в выборе и изоляции отрезка тонкой кишки. Брюшная полость вскрывается нижним срединно-продольным разрезом между доном и пупком. Отыскивается петля тонкой кишки, по возможности ближе к слепой, и ее наиболее подвижная часть, примерно длиной 25 см, изолируется на брыжейке (рис. 100, б). При этом необходимо выбрать такой участок брыжейки, в котором было бы хорошо выражено сосудистое снабжение отрезка кишки и обеспечивалась его достаточная подвижность¹. Выбранный участок кишки резецируется, а оба конца его зашиваются наглухо двухэтажным швом. Оставшиеся открытыми концы кишки сшиваются конец в конец, либо бок в бок, восстанавливая таким образом целостность кишечной трубки путем создания анастомоза. При анастомозе бок в бок оба конца кишки ушиваются наглухо (рис. 100, в). По окончании этого этапа остается связанный брыжейкой отрезок резецированной кишки. Один из ассистентов удаляет со стороны промежности марлевый тампон и заводит во влагалищное ложе корнцанг для установления направления и места рассечения брюшины со стороны брюшной полости (рис. 100, г). По вскрытии брюшины конец корнцанга проводится в брюшную полость. Резецированный участок тонкой кишки захватывается за лигатуру или марлевую полоску и низводится во влагалищный ход до уровня кожной раны. При низведении отрезка кишки следует уточнить соответствие длины брыжейки и отверстия в брюшине. Отдельными кетгутовыми швами низведенный отрезок кишки подшивается к краям отверстия брюшины свода. После этого брюшная полость может быть ушита послойно наглухо.

Третий этап операции состоит в том, что низведенный отрезок кишки выводится ко входу во влагалище в виде двустволки (рис. 100, д) и подшивается отдельными кетгутовыми швами к краям кожной раны. Просвет кишки вскрывается (рис. 100, е), и полость созданной влагалищной трубки рыхло тампонируется марлей, смоченной вазелиновым маслом. Операция закончена.

¹ Длина брыжейки, сосудистое снабжение избранного отрезка кишки, его подвижность имеют существенное значение, так как отрезок должен быть низведен без натяжения.

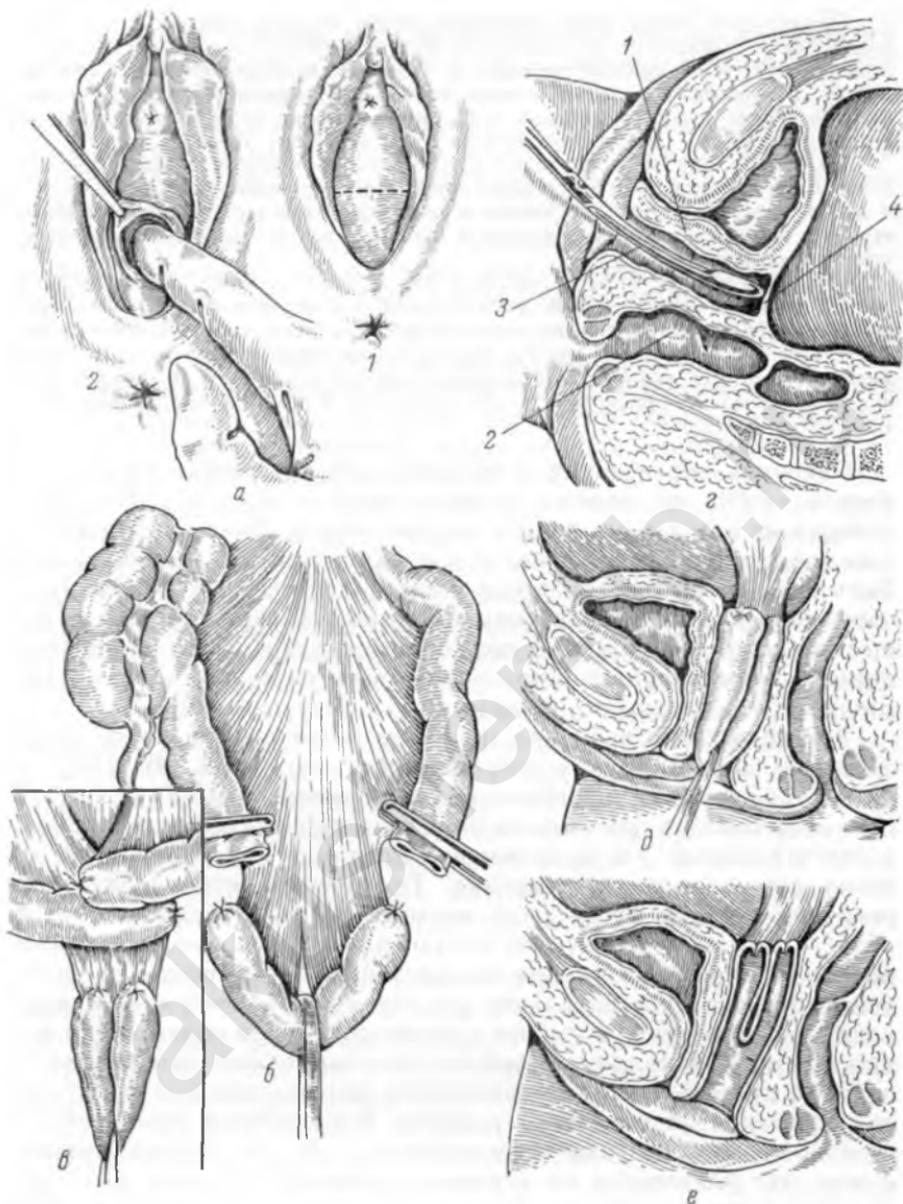


Рис. 100. Операция кольпопоза из тонкой кишки по Балдвину.

а — подготовка ложа для будущего влагалища: 1 — поперечное рассечение кожи промежности, 2 — образование влагалищного хода тупым расслаиванием тканей; *б* — выбор отрезка кишки и его резекция, концы изолированного участка ушиты наглухо; *в* — наложение анастомоза бок в бок; 1 — в проделанный до брюшины влагалищный ход заведен корнцанг (1 — уретра, 2 — прямая кишка, 3 — корнцанг, 4 — место рассечения брюшины); *д* — отрезок низведен во влагалищный ход до краев кожной раны; *е* — нижний край «двустволки» подшит к краям кожной раны, просвет ее вскрыт — видны два хода.

Примечание. Низведение резецированного отрезка кишки в подготовленное ложе может быть осуществлено путем влечения за марлевую тесьму, проведенную через средину отрезка. В этом случае образуются два канала, между которыми сохраняется перегородка из стенок обеих половинок отрезка. Тогда к краям кожной раны промежности подшивается одна из стенок (ближняя) перегнутого пополам отрезка (рис. 100, б).

Во втором случае производится влечение коридангом какого-либо одного конца отрезка (стороны наибольшей длины брыжейки). В этом случае к краям кожной раны подшиваются вкруговую края низведенного конца отрезка. Второй его конец остается в верхних отделах влагалищного ложа ушитым наглухо.

При осторожном и внимательном низведении отрезка кишки существенной разницы между этими двумя способами, по-видимому, нет. Однако в литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что низведение «двустволки» более безопасно, так как при выведении кишки за один конец могут возникнуть условия для перекручивания брыжейки и сосудов. Это осложнение может привести к некрозу отрезка и возникновению флегмоны тазовой клетчатки.

Операция образования искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки не лишена существенных недостатков. Наиболее важный из них заключается в постепенном и значительном сужении влагалищной трубки после операции. Этот недостаток может быть преодолен своевременным и систематическим бужированием образованного влагалища расширителями Гегара. Не менее существенными являются не поддающиеся устранению выделения кишечного сока функционирующей слизистой тонкой кишки, обилие которого морально и физически угнетает женщин.

Эти недостатки побудили к поиску более совершенных модификаций хирургического образования влагалища. В 1932 г. М. С. Александров модифицировал операцию Балдвина, предложив использовать для образования влагалища отрезок не тонкой, а толстой кишки. Эта модификация получила признание и достаточно широкое распространение. Техническое исполнение этой операции требует учета ряда анатомических особенностей этой области. Установлено, что сигмовидная кишка по своему расположению и характеру строения сосудистой системы брыжейки имеет существенные индивидуальные колебания. Эти особенности приходится учитывать при выборе участка сигмы для образования искусственного влагалища. Наиболее благоприятный для операции вариант строения кишки — петлистая форма сигмы, в то время как прямая является менее удобной. Многолетний опыт работы в этой области позволяет согласиться с М. А. Александровым в том, что кольпопоз из отрезка сигмовидной кишки является методом более совершенным, чем из отрезка тонкой кишки. При этом варианте не возникает сужения просвета искусственного влагалища. В то же время толстая кишка обладает значительно меньшей секрецией.

Создание искусственного влагалища из отрезка сигмовидной кишки. Технические моменты и последовательность этапов операции создания влагалища из отрезка сигмы те же, что и при использовании тонкой кишки. Следует также внимательно выбрать

для влагалища участок сигмовидной кишки как по достаточной длине брыжейки, так и хорошей васкуляризации. Резецированный участок кишки должен быть не меньше 25 см длины.

Изведенный в виде «двустволки» отрезок сигмовидной кишки прикрепляется к краям раны в области промежности узловыми швами, затем вскрывается и рыхло заполняется марлевым тампоном, увлажненным вазелиновым маслом.

Недостаточное внимание к васкуляризации концов резецируемого отрезка кишки и концов оставшегося кишечника может быть причиной тяжелых осложнений в послеоперационном периоде (несостоятельность анастомоза, некроз низведенного отрезка кишки, флегмона тазовой клетчатки, перитонит).

Подготовка больных к операции и уход в послеоперационном периоде. В связи с обширностью операции и необходимостью работы на кишечнике создание искусственного влагалища требует соответствующей предоперационной подготовки больных. За два-три дня до операции больная переводится на жидкую диету, легко усвояемую и богатую витаминами. В этот же период проводится очищение кишечника: за два дня до операции утром назначается слабительное, вечером — очистительная клизма. Накануне дня операции очистительная клизма повторяется, утром в день операции больная принимает 8—10 капель настойки опия.

Не менее тщательным должен быть и послеоперационный уход. Первые двое суток после операции проводится массивное капельное введение физиологического раствора с комплексом витаминов, 5% раствора глюкозы, белковых препаратов, а при необходимости также трансфузия крови. Внутрь разрешается только крепкий, подслащенный чай. На третьи сутки при благополучии со стороны живота можно разрешать бульон и печенье, а затем постепенно расширять состав питания. Назначение слабительного и клизмы делается только по необходимости и не ранее 9—10 суток после операции.

Марлевый тампон, заведенный в отрезок кишки, должен быть удален на 5—6-е сутки. Подъем с постели при благополучном течении послеоперационного периода можно разрешить не ранее 7 суток после операции из-за необходимости щажения тазового дна. В постели должна проводиться лечебная гимнастика по определенной для этих случаев методике.

Операция кольпопоза из брюшины по С. Н. Давыдову состоит из трех этапов. Первый состоит в создании ложа влагалища между мочевым пузырем и прямой кишкой, как это было описано выше, с той лишь разницей, что автор рекомендует для более свободного низведения брюшины обеспечить ее широкое освобождение от передней стенки прямой кишки.

Второй этап выполняется со стороны брюшной полости. Отсепарованная ранее брюшина в области созданного ложа рассекается в поперечном направлении, примерно на 4—5 см. Передний, задний и боковые края брюшины прошиваются лигатурами,

концы которых со стороны будущего влагалища выводятся наружу ассистентом. Подтянутые края брюшины по всей окружности соединяются со слизистой входа во влагалище кетгутовыми швами.

Третий этап состоит в создании дна брюшной полости (купола влагалища). Для этой цели используется рудимент матки, булавовидные расширения, брюшина подвешивающих связок и передняя поверхность прямой кишки. Обе половины рудимента и булавовидные расширения сшиваются между собой узловатыми кетгутовыми швами. Яичники и маточные трубы перемещаются в брюшную полость и сближаются. Затем сшиваются между собой листки брюшины, покрывающие подвешивающие связки вплоть до сигмы, передняя поверхность которой захватывается последним швом.

Брюшная полость закрывается обычным способом. В созданное влагалище на три дня заводится тампон с синтомициновой эмульсией. В последующем на протяжении двух недель, через каждые два дня, тампоны меняются.

ГЛАВА 14

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Общие замечания. Беременность, развивающуюся вне полости матки, принято называть внематочной. Чаще такая беременность развивается в трубах или яичниках, реже на париетальной брюшине, сальнике, стенках кишечника или желудка, а также в других отделах брюшной полости. При эктопическом развитии беременности плод редко достигает зрелости, так как часто наступает ее нарушение на ранних этапах развития. Из всех возможных локализаций внематочной беременности большинство из них связано с ближайшими отделами половой системы. На схематическом рис. 101 показаны возможные формы беременности, локализующиеся в малом тазу. Кроме указанных форм, к числу внематочной может быть отнесено развитие беременности в рудиментарном роге матки. Таким образом, каждая беременность, при которой естественное рождение плода исключается, должна быть отнесена к числу внематочных.

Эктопическое развитие беременности не представляет большой редкости. Например, из общего числа амбулаторных больных, обращающихся по поводу различных заболеваний, внематочная беременность составляет 0,27%, а в условиях стационара, по отношению ко всем гинекологическим заболеваниям, наблюдается в 3,8%. Более того, из общего числа всех больных, оперируемых по поводу гинекологических заболеваний, внематочная беременность составляет 10%.

В механизме ее возникновения основное значение имеет нарушение процесса транспорта яйцеклетки. Чаще всего эти нарушения связаны с извращением перистальтических сокращений

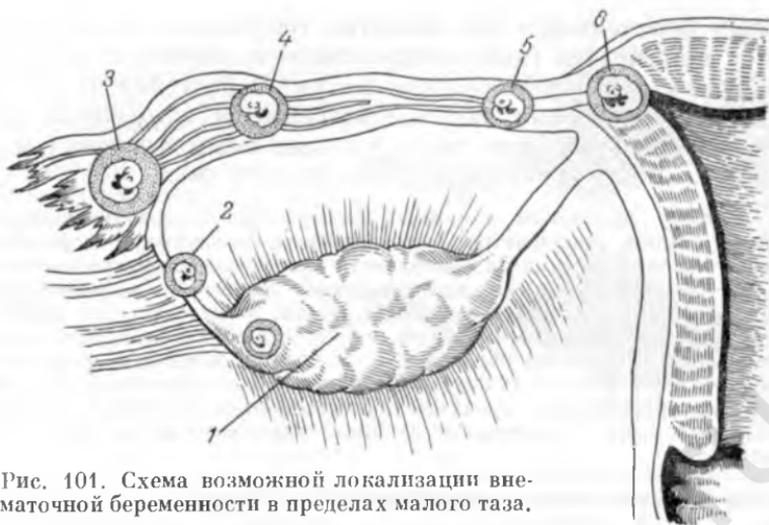


Рис. 101. Схема возможной локализации вне-маточной беременности в пределах малого таза.

- 1 — в яйчнике; 2 — на брюшине мезосальпинкса;
 3 — в ампулярном отделе трубы; 4 — 5 — в трубе;
 6 — в истмической части трубы.

труб, изменением непрерывности и направленности капиллярного тока из брюшной полости в сторону матки, а также повреждением механизма мерцательного движения ресничек эпителия слизистой оболочки труб. За счет этих механизмов оплодотворенная яйцеклетка в норме перемещается из ампулярного отдела труб в полость матки, проделывая примерно расстояние, равное 12 см, за 10 дней. Совсем иные механизмы обеспечивают передвижение сперматозоидов. Их размеры значительно меньше размеров яйцеклетки. Перемещение сперматозоидов осуществляется за счет собственного органа движения, который расположен в хвостовой части. Расстояние от наружного зева матки до ампулярной части трубы, равное примерно 20 см, сперматозоид преодолевает за время от 30 мин до двух часов, причем в условиях встречного капиллярного тока. Обе зародышевые клетки в нормальных условиях, при отсутствии между ними препятствий, могут встретиться в любом месте полового тракта женщины, в том числе и брюшной полости. Медленное перемещение оплодотворенной яйцевой клетки по трубе биологически оправдано, так как прежде чем достигнуть полости матки, зародыш проходит определенные этапы развития. В период перемещения яйцеклетки по трубе формируются органы последующей связи с материнским организмом, обеспечивающие возможность закрепления ее в слизистой оболочке матки. Этот аппарат образуется в результате первоначального дробления оплодотворенной яйцеклетки (зиготы). Одной из биологических особенностей клеток трофобласта является способность их к протеолизу, т. е. свойство клеток расплавлять в местах соприкосновения ткани материнского организма. При нормальном

развитии беременности это свойство трофобласта позволяет зародышу закрепиться (имплантироваться) в подготовленной к этому процессу слизистой оболочке матки. Происходит это потому, что процесс дробления зиготы биологически согласован с временем перемещения ее по трубе в направлении к полости матки. Полагают, что это время равно, примерно, 10 дням.

К моменту попадания в полость матки процесс дробления, проходя несколько стадий, завершается формированием бластулы, и после сбрасывания блестящей оболочки на поверхности зиготы оказываются клетки трофобласта. Таким образом, если оплодотворение произойдет не в ампулярном отделе трубы, а где-то ближе к полости матки, то зародыш, не достигший стадии развития бластулы, не будет иметь трофобласта. В этих случаях, в зависимости от времени сбрасывания блестящей оболочки, имплантация может произойти либо в нижних отделах матки, с образованием в последующем различных видов предлежания плаценты, в том числе и шеечной беременности, либо беременности не произойдет, так как зигота выпадает из матки.

Если перемещение оплодотворенной яйцеклетки будет происходить медленнее, чем обычно (вследствие имеющихся в трубе воспалительных изменений, сужений, перегородок), то обнажение в этот момент клеток трофобласта приведет к образованию трубной беременности в любом ее отделе: в ампулярной части, среднем или интрамуральном отделе. Может случиться так, что в момент овуляции яйцеклетка не будет «выброшена» из фолликула, а задержится в яичнике. В этом случае оплодотворение произойдет в лопнувшем фолликуле, и возникает яичниковая беременность. В других, более редких случаях, «выброшенная» из фолликула яйцеклетка, но не попавшая в трубу, может быть оплодотворена в брюшной полости. В последующем развивающаяся беременность может локализоваться в любом отделе брюшной полости (брюшная беременность).

Развитие беременности в рудиментарном роге матки относят к одному из вариантов внематочной беременности, если полость рога не сообщается с влагалищем. Механизм возникновения такой беременности может быть связан с попаданием оплодотворенной яйцеклетки в трубу другой стороны (на стороне рудиментарного рога) за счет перистальтических движений петель кишечника или в том случае, если овуляция произошла в яичнике на стороне рудимента, через трубу которого оплодотворенная яйцеклетка поступила в полость рога.

Как правило, внематочная беременность прерывается в первые два-три месяца своего развития, что объясняется прежде всего непригодностью трубы к формированию плодовместилища. Исключительно редко внематочная беременность может достигнуть зрелости плода.

Существует точка зрения, согласно которой рекомендуется оперировать женщину, выждав срок, необходимый для развития беременности до определенной степени зрелости, обеспечивающей самостоятельное существование плода вне материнского организма; при этом предусматривается

систематическое наблюдение за течением беременности в условиях стационара. Трудно сказать, какие мотивы лежат в основе подобных рекомендаций; по-видимому, речь идет не столько о медицинских показаниях, сколько социальных. Поэтому, являясь сторонниками противоположного взгляда, рекомендуем оперировать женщину, как только будет установлен диагноз внематочной беременности, так как подобную тактику нельзя широко использовать в практике, хотя бы по следующим соображениям. Во-первых, нарушение внематочной беременности может наступить в любой момент, а разрыв плододвместилца сопровождается таким кровотечением, что оперативная помощь может оказаться запоздалой, даже в условиях пребывания женщины в стационаре.

С другой стороны, если оперативное родоразрешение закончится благополучно, то дети, развившиеся таким образом, оказываются нежизнеспособными или физически неполноценными.

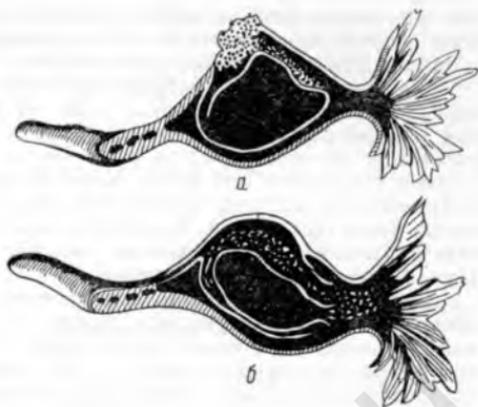


Рис. 102. Схематическое изображение механизма прерывания трубной беременности.

а — разрыв трубы; б — трубный аборт.

Механизм прерывания внематочной беременности зависит от характера и места ее локализации. Брюшная и яичниковая беременность прерываются, как правило, по типу разрыва плододвместилца, в то время как трубная может прерываться также и по типу выкидыша (рис. 102, а, б). Однако трубный аборт возможен только в том случае, если беременность развивается в ампулярном отделе трубы. В остальных же отделах трубы прерывание происходит только по типу разрыва.

Оба типа прерывания трубной беременности всегда сопровождаются вскрытием и разрывом кровеносных сосудов, причем чем ближе к матке произошел разрыв трубы, тем кровотечение значительнее. Особенно грозным оно бывает при интерстициальной (интрамуральной) форме трубной беременности.

Клиника внематочной беременности чрезвычайно разнообразна. Тем не менее, диагностика ее должна учитывать возможность двух форм течения беременности. В одних случаях речь будет идти о прогрессирующей беременности, в других — о нарушенной. С клинической точки зрения диагностика остро прервавшейся беременности наиболее проста. В этих случаях возникает острое малокровие, появляются симптомы раздражения брюшины и прочие признаки «катастрофы» в брюшной полости. Там, где это возможно, картину могут дополнить специфические анамнестические данные (задержка менструации, наличие общих признаков беременности, перенесенных в прошлом воспалительных заболеваний и др.). Наиболее объективным критерием нарушенной внематочной беременности является получение крови путем пункции заднего свода. Тем не менее и без этих дополнительных данных остро возникшее малокровие с симптомами раздражения брюшины является прямым показанием к экстремному хирургическому вмешательству. Значительно сложнее диагностировать прогрессирующую

или медленно прерывающуюся внематочную беременность (по типу трубного аборта), протекающие без выраженной или специфической клинической картины внутреннего кровотечения.

Диагностика прогрессирующей внематочной беременности в начальной стадии своего развития иногда строится на длительном наблюдении за больной и повторных исследований. В результате динамического наблюдения удается установить отставание в росте матки по сравнению со сроками, соответствующими задержке менструаций. Одновременно с этим обычно отмечается увеличение размеров ранее определявшегося образования в области придатков матки. Существенную помощь в диагностике может оказать применение биологических реакций на беременность (Ашгейма — Цондека, Фридмана, с хорниогиномом).

Если прогрессирующая внематочная беременность достигла срока, при котором начинает ощущаться движение плода, то правильной диагностике может помочь учет жалоб беременной, в том числе на ощущение болезненности при шевелениях плода, а при брюшной беременности более четкое определение плодных частей через брюшную стенку. Болезненность шевелений плода объясняется топкостью стенок плодовместилища и малым количеством околоплодных вод, вследствие чего даже небольшие толчки плода легко воспринимаются брюшиной, органом, с чрезвычайно развитой иннервацией. Сложность диагностики не нарушенной внематочной беременности требует самого серьезного внимания к больной, даже при необоснованном подозрении на наличие внематочной беременности. В этих случаях больная должна быть госпитализирована и находиться в стационаре под наблюдением до окончательного установления или исключения диагноза внематочной беременности.

Диагностика беременности, протекающей по типу трубного аборта, также представляет известные трудности. Следует учитывать, что в результате гибели зародыша децидуальная оболочка матки подвергается отторжению и выходу наружу, причем она может отторгнуться целиком, напоминая по форме слепок полости матки, или по частям. Отторжение оболочки в том и другом случаях сопровождается умеренным кровоотделением подобно тому, как это наблюдается и при прерывании маточной беременности. Правильной оценке характера выделившейся ткани может помочь «водная проба». Родившуюся ткань помещают в стакан с водой: если это окажется плодное яйцо, то станут заметными ворсинки хориона. Напротив, слепок децидуальной оболочки при внематочной беременности ворсин иметь не будет.

Клинически медленно протекающее прерывание трубной беременности нередко напоминает картину некоторых гинекологических болезней. Прежде всего следует иметь в виду возможность обычного аборта, обострение хронического аппендицита, воспаление придатков матки, наличие перекрученной кисты яичника или кисты желтого тела, а также развивающуюся кишечную непроходимость различной этиологии. Сложность рассматриваемой патологии предполагает учет всех дифференциальных критериев, обеспечивающих правильную и своевременную диагностику внематочной беременности.

Многообразие клинической картины внематочной беременности создает определенные диагностические затруднения, обусловленные особенностями развития заболевания и локализацией беременности. Поэтому ниже, в табл. 1, 2, 3, а также в специальных подразделах, рассматриваются клинические признаки, характерные для внематочной беременности в сопоставлении с проявлениями других заболеваний.

Различия в клинической картине между нарушенной внематочной беременностью и перекрученной кистой яичника. В этих случаях дифференциальная диагностика должна быть разграничена на несколько этапов.

В остром периоде перекручивания ножки кисты прежде всего необходимо исключить наличие беременности. Решению этого вопроса может помочь тщательно собранный анамнез и данные объективного исследования. Если наличие беременности будет подтверждено, то следует уточнить ее срок. При внематочной беременности величина матки никогда не превышает размеров 5—6-недельной беременности.

ТАБЛИЦА I

Различия между трубным и маточным абортом

Внематочная беременность (трубный аборт)	Маточный аборт
Прерывание беременности чаще всего происходит в сроки между 4 и 6 неделями	Чаще между 8-й и 12-й неделями беременности
Приступы боли носят бурный характер, начинаются обычно внезапно, нередко сопровождаются явлениями раздражения брюшины (рвота, шок, обморочное состояние, коллапс). Типичен френкиус-симптом	Параσταση боли медленнее, регулярное, по характеру напоминают родовые схватки, боли локализуются чаще над лоном
Наружное кровотечение незначительно (иногда может отсутствовать), отделяемая кровь обычно темного цвета, иногда с обрывками ткани (децидуа)	Наружное кровотечение весьма обильное, кровь яркого цвета, со сгустками, нередко выделяется по частям или целиком плодный пузырь (зародыш)
Симптомы анемии и проявления шока выражены больше видимой кровопотери — (внутреннее кровотечение) Матка слегка увеличена, но не соответствует сроку беременности, наружный зев матки чаще закрыт (при отторжении децидуальной оболочки может быть открыт)	Симптомы анемии соответствуют кровопотери
В стороне от матки пальпируется образование разной формы и величины безболезненное, тестоватой консистенции, но вследствие перитубарной гематомы, не имеет четко очерченных границ	Матка увеличена соответственно сроку беременности, зев приоткрыт
Влагалищное исследование, особенно пальпация области сводов резко болезненны	Рядом с маткой могут пальпироваться нормальные придатки, или образования воспалительного характера, менее болезненные, лучше контурирующиеся, чем беременная труба
Отмечается учащение пульса, до 100 и более ударов в минуту	Влагалищное исследование менее болезненно
	Если кровотечение не профузное, учащение пульса менее заметно

Если устанавливается наличие маточной беременности без симптомов ее прерывания и, наряду с ней имеется картина острого живота, при котором тщательное обследование больной затруднено, постановка диагноза перекрученной кисты яичника является делом чрезвычайно трудным. В этих случаях клиническое проявление заболевания должно служить основным критерием для правильных выводов, в том числе и своевременного хирургического вмешательства.

Перекрученную кисту яичника в холодном периоде (после затихания острого) дифференцировать от внематочной беременности значительно проще. Диагностика облегчается тем, что удается определить матку и, наряду с этим, саму опухоль, имеющую определенную форму и связи

с маткой. При кистах яичника выпячивания сводов, указывающих на наличие свободной жидкости в брюшной полости, обычно не бывает. Выпячивание свода влагалища при кистах яичника может быть только в случае, если опухоль или ее часть тесно прилегает к сводам (заднему).

ТАБЛИЦА 2

Различия в клинической картине между нарушенной внематочной беременностью и острым аппендицитом

Внематочная беременность	Острый аппендицит
<p>В анамнезе и объективно имеются признаки беременности, могут быть мажущие кровавистые выделения темного цвета из половых частей</p> <p>Резкие боли схваткообразного характера, головокружение и периодически возникающее обморочное состояние, тошнота, сравнительно редко рвота, температура нормальная или субфебрильная, редко высокая</p> <p>Часто обнаруживается Френкиус — симптом</p> <p>Напряжение мышц брюшной стенки выражено слабо и не обязательно с правой стороны</p> <p>Нарастающие явления острой анемии, может быть умеренный лейкоцитоз, реакция оседания эритроцитов несколько ускорена</p> <p>Влагалищное исследование болезненно, матка несколько больше нормы и размягчена, задний свод напряжен и нередко выпячен (излившаяся кровь). В ряде случаев сбоку от матки определяется низко расположенное образование тестоватой консистенции (перитубарная гематома)</p> <p>Может наблюдаться отхождение децидуальной оболочки</p> <p>При пункции заднего свода можно получить кровь темного цвета со сгустками</p>	<p>Эти признаки отсутствуют (если одновременно нет и беременности)</p> <p>На первый план выступает не болевой синдром, а выраженная тошнота и рвота, боли менее острые</p> <p>Френкиус — симптом отсутствует</p> <p>Этот симптом всегда заметно выражен и обязательно справа, симптомы Блюмберга — Щеткина и Ровзинга — положительные</p> <p>Признаков анемии нет (если больная не страдала анемией раньше), значительно выражен лейкоцитоз, реакция оседания эритроцитов резко ускорена, картина крови соответствует воспалительному процессу</p> <p>Влагалищное исследование болезненно, матка нормальной величины, своды свободны, инфильтрат со стороны сводов обычно не достигается, чаще обнаруживается над пупартовой связкой</p> <p>Отхождения децидуальной оболочки не бывает</p> <p>Крови при пункции нет</p>

Отличие прерывающейся (по типу трубного аборта) внематочной беременности от кисты желтого тела. Клиническая картина кисты желтого тела может напоминать медленное течение прерывающейся внематочной беременности. Однако при кисте желтого тела отсутствуют, как правило, признаки острого заболевания, встречающиеся при внематочной беременности. Поэтому в этих случаях всегда есть время для тщательного обследования больной, в том числе и для уточнения с помощью реакций на беременность (при кистах желтого тела она будет отрицательной). Известную помощь в постановке правильного диагноза может оказать диагностическое

выскабливание слизистой полости матки, с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Характерным для кист желтого тела будет отсутствие децидуальных элементов и наличие секреторной фазы в эндометрии.

При получении сомнительных данных при гистологическом исследовании соскоба, учитывая необходимость оперативного лечения в том и другом случае, правильнее склониться в пользу операции.

Т а б л и ц а 3

Различия в клинической картине между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков матки

Внематочная беременность (трубный аборт, не остро протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
<p>Анамнез и объективные данные говорят о возможности беременности</p>	<p>Задержки месячных редки, признаки беременности отсутствуют</p>
<p>Почти, как правило, острое начало заболевания, иногда связывается с физическим напряжением, актом дефекации или половым сношением, головокружение, обморок (шоковое состояние)</p>	<p>Развитие болезни обычно медленное, обострение заболевания часто связывается с началом менструаций, обмороков нет</p>
<p>Резкие боли, иногда схваткообразного характера, часто иррадируют в плечо, шею, подложечную область, чувство давления на прямую кишку</p>	<p>Боли обычно носят постоянный характер, ощущаются чаще в области локализации воспалительного очага</p>
<p>Температура нормальная или субфебрильная, реже высокая, пульс учащен, не соответствует температуре, часто слабого наполнения, мягкий</p>	<p>Температура в острых случаях обычно высокая, пульс соответствует температуре, хорошего напряжения и наполнения</p>
<p>Язык чистый, влажный, кожные покровы и видимые слизистые бледны, а иногда спущены, возможна некоторая желтушность склер</p>	<p>Язык нормальной окраски, суховат, кожа и видимые слизистые нормальной окраски</p>
<p>Живот умеренно вздут, слегка напряжен, более чувствителен с одной стороны, при перкуссии может определяться притупление в отлогих местах, не изменяющееся при перемене положения тела</p>	<p>Живот напряжен, обычно болезненный при пальпации с обеих сторон, при перкуссии притупления в отлогих местах брюшной полости, как правило, не отмечается</p>
<p>Небольшие мажущие кровянистые выделения темного цвета, иногда с обрывками ткани (децидуа)</p>	<p>Кровянистые выделения редки, при наличии выделений кровь более яркого цвета, жидкая, возможны гноевидные выделения</p>
<p>С одной стороны пальпируется образование тестоватой консистенции, задний свод напряжен</p>	<p>Чаще двустороннее увеличение придатков, задний свод нормальный, напряжен или выпячен только при выпотном пельвеоперитоните</p>

Внематочная беременность (трубный аборт, не остро протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
В картине крови признаки анемии, умеренный лейкоцитоз, СОЭ слегка увеличена	Красная кровь без изменений, лейкоцитоз — заметно выражен, СОЭ увеличена
Биологические реакции на беременность — положительные	Биологические реакции на беременность — отрицательные
В пунктате из заднего свода часто кровь темного цвета со сгустками	В пунктате крови нет, можно получить серозную жидкость или гной

Отличие прерывающейся внематочной беременности от кишечной непроходимости. Кишечная непроходимость обычно дает крайне острое начало и быстрое нарастание ухудшения состояния больной. Довольно быстро также появляется картина интоксикации с характерным изменением выражения лица. Перистальтика кишечника отсутствует, газы не отходят, задержка стула. В тяжелых случаях наблюдается обратная перистальтика и даже каловая рвота. Сквозь брюшную стенку могут быть заметны очертания петель кишечника. В ряде случаев дифференцировать заболевание, особенно в начальных периодах заболевания, представляется возможным только на операционном столе, к которому приводит нарастающая картина острого живота.

Лечение внематочной беременности хирургическое, как только будет поставлен диагноз. Принимая во внимание молодой возраст женщины, у которых обычно встречается эта патология, а также различные формы внематочной беременности, технику оперативного вмешательства целесообразно рассматривать в зависимости от клинических и анатомических особенностей проявления этого заболевания.

Техническое выполнение операции по поводу трубной беременности, по существу, сводится к весьма простому вмешательству — удалению беременной трубы. Вместе с тем, вопросы хирургического лечения внематочной беременности заслуживают более детального обсуждения. Необходимость такого внимания к оперативным пособиям обусловлена тем, что внематочная беременность, как правило, встречается у женщин молодого возраста, нередко в результате первой беременности или у перожававших. Поэтому при оказании хирургической помощи нельзя не учитывать возможность наступления беременности в будущем, если она возникнет, и характер течения родов. Опыт показывает, что эти вопросы весьма существенны и при реализации оперативного лечения должны быть учтены.

В клинической практике могут встречаться формы трубной беременности, при которых возможность оставления трубы не встречает технических затруднений. В этих случаях оказывается возможным ограничиться удалением только плодного яйца. Консервативный характер операции можно использовать и в тех случаях, в которых вмешательство по поводу внематочной беременности предпринимается повторно, когда одна труба уже удалена. Вместе с тем, использование консервативных операций по поводу трубной беременности может оказаться целесообразным по ряду других причин. Нередко с удалением труб нарушаются условия кровоснабжения и

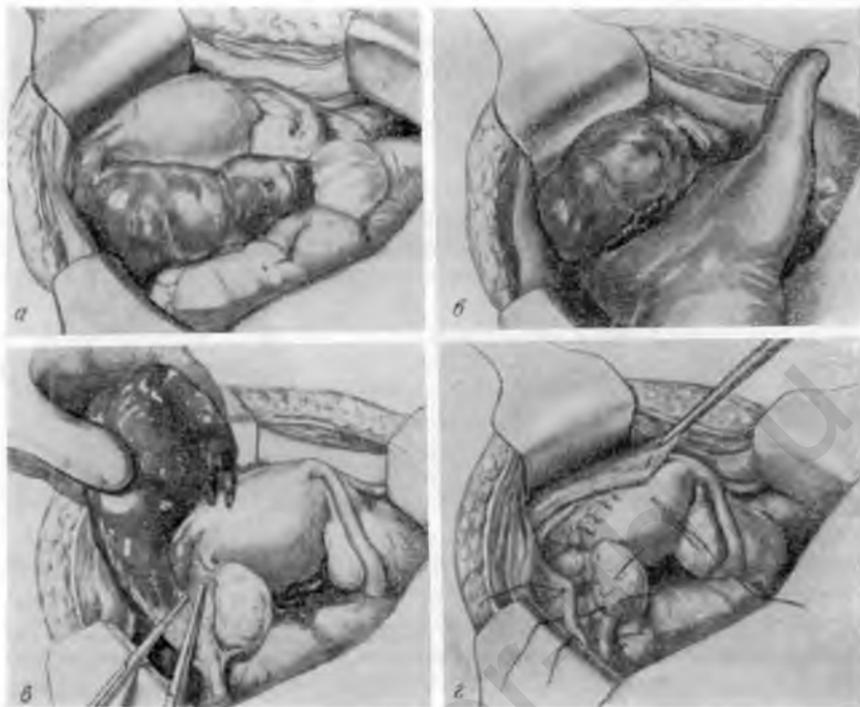


Рис. 103. Операция по поводу трубной беременности.

а — момент вскрытия брюшной полости, ревизия органов брюшной полости; б — этап выделения беременной трубы; в — наложение зажимов на брыжейку трубы, начало удаления трубы; г — труба удалена, начало перитонизации круглой связки.

иннервации яичников, приводящие к подавлению или утрате гормональной функции, что имеет существенное значение, если принять во внимание возраст, в котором обычно оперируются женщины. Несомненно, что консервативный характер операций представляет собой известный риск в отношении возможности наступления внематочной беременности в третий раз. Поэтому решение в пользу оставления трубы прежде всего следует согласовать с большой еще до операции, четко оговорив мотивы, по которым такое решение принято, так как нельзя производить подобную операцию без согласия больной. Следует отметить, однако, что производство консервативной (падающей) операции не всегда возможно, так как часто прерывающаяся внематочная беременность (трубная, яичниковая и др.) сопровождается образованием обширной гематомы, выделить из которой трубу или яичник (при яичниковой беременности) не представляется возможным или выделение их связано со значительным повреждением тканей.

Операции при трубной беременности с перитубарной гематомой. Брюшная полость вскрывается срединно-продольным или поперечным разрезом. Производится осмотр органов брюшной полости. Обычно труба вместе с перитубарной гематомой находится в рыхлых сращениях и легко выделяется (рис. 103, а). После разъединения спаек конгломерат, состоящий из гематомы и беременной трубы, высвобождается рукой (рис. 103, б). По выделении



Рис. 104. Операция при трубной беременности консервативного характера (с оставлением трубы).

а — начальный этап, продольный разрез вдоль трубы по ее наружной поверхности; *б* — этап удаления плодного яйца; *в* — ушивание раны трубы непрерывным кетгуттовым швом; *г* — конечный этап операции, рана трубы ушита отдельными кетгуттовыми швами.

трубы следует сразу наложить зажимы на мезосальник и маточный конец трубы (рис. 103, *в*). С этого момента работа хирурга может быть относительно спокойной, так как с наложением зажимов кровопотеря прекращается. Из брюшной полости удаляется излившаяся кровь. Брыжейка трубы пересекается между зажимами, маточный конец трубы иссекается из угла матки, и беременная труба с гематомой удаляется. Зажимы заменяются кетгуттовыми лигатурами. Угол матки ушивается 2—3 кетгуттовыми швами. Перитонизация культей производится за счет перекрытия их круглой связкой, которая перебрасывается и подшивается к задней стенке матки, а при необходимости частично и к яичнику (рис. 103, *г*). Производится туалет брюшной полости и окончательное удаление жидкой крови и сгустков. Тщательно осматриваются придатки противоположной стороны с целью выяснения их состояния, а также исключения возможности, хотя и редкой, двусторонней трубной беременности. На этом операция заканчивается, брюшная полость ушивается наглухо, послойно.

Примечание. При удалении трубы иссечение ее из угла матки целесообразнее производить только в том случае, если беременность локализовалась в интерстициальной (интрамуральной) ее части. Эта рекомендация связана с тем, что в углах матки возникают импульсы родовых сокращений. С глубоким иссечением труб нарушается этот физиологический механизм. Если наступление беременности в последующем невозможно, это замечание теряет свое значение.

Операция при трубной беременности консервативного характера. Все этапы операции, включая момент выделения беременной трубы, остаются прежними. Выведенные к области брюшной раны придатки укладываются на широкую марлевую салфетку с тем, чтобы предотвратить возможное попадание элементов плодного яйца в брюшную полость. Беременная труба по наружному краю рассекается вдоль в месте наибольшего расширения, в котором располагается плодный пузырь (рис. 104, а). По вскрытии трубы осторожным выжиманием удаляется плодное яйцо (рис. 104, б). Стенки плодместилища также осторожно выскабливаются кюреткой. Края раны трубы ушиваются отдельными узловыми кетгутовыми швами в один этаж (рис. 104, в, г). При необходимости с целью гемостаза может быть использован обвивной шов. Труба в этих случаях не перитонизируется. Производится туалет брюшной полости с окончательным удалением из нее кровяных сгустков и жидкой крови. Брюшная полость ушивается наглухо, по-слоино.

Операция при трубной беременности в интерстициальном отделе с оставлением неизменной части трубы. Необходимость в использовании такого варианта операции встречается относительно редко. Беременность в межтубочной части трубы (интерстициальная), как правило, нарушается, сопровождаясь разрывом плодместилища (угла матки). Реже наблюдается обширное разрушение верхней части тела матки. Такие разрывы матки всегда приводят к быстрой и интенсивной кровопотере. Поэтому при интерстициальной форме внематочной беременности всегда встает вопрос об ампутации той или иной части матки. Тем не менее, в ряде случаев может обсуждаться возможность сохранения генеративной функции. Эти обстоятельства делают необходимым рассмотрение техники консервативно-пластической операции. Разумеется, что подобный консерватизм может быть оправдан только в том случае, если к нему имеются убедительные показания, чаще социального характера, а общее состояние женщины при наличии полноценного участка трубы позволяет выполнить пластическую операцию.

Техническое выполнение операции сводится к следующему. Центральный конец трубы иссекается вместе с углом матки (иссекается вся разрушенная ткань матки), а периферический резецируется в пределах полноценной (неизменной) части (рис. 105, а). Оставшаяся часть трубы подтягивается к матке и центральный конец ее вшивается в рану (на место резецированного участка) с таким расчетом, чтобы пересаженный конец трубы достигал полости матки. Труба круговую подшивается к матке, а рана матки наглухо ушивается отдельными узловыми кетгутовыми швами в два этажа (рис. 105, б).

Если, однако, при развитии интерстициальной беременности произошло значительное разрушение верхней части матки, то вопрос о возможности сохранения беременности в будущем теряет

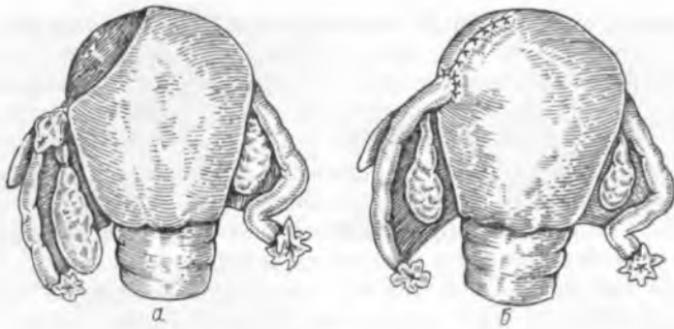


Рис. 105. Операция по поводу внематочной беременности в интрастициальном отделе трубы с пересадкой неизменной части трубы в полость матки (схема).

а — этап иссечения угла матки и резекция измененной части трубы;
 б — конечный этап, труба пересажена в полость матки.

смысл. В этих случаях необходимо произвести удаление части матки (высокая ампутация, дефундация) в целях спасения жизни больной. Беременная труба удаляется полностью, а круглая связка матки и собственная связка яичника пережимаются и рассекаются. Культи их затем вшиваются в рану матки.

Операция при яичниковой беременности. Объем оперативного вмешательства при яичниковой беременности зависит от характера и величины гематомы, возникшей в результате ее нарушения. Если окажется возможным, то объем вмешательства следует ограничить резекцией яичника неизменной части. Опыт показывает, что подобное экономное вмешательство оказывается возможным исключительно редко, так как значительно чаще нарушение беременности сопровождается образованием довольно обширной гематомы, в состав которой включаются яичник и труба. Поэтому при такой беременности приходится удалять оба органа.

Технически операция сводится к лигированию и пересечению собственной и воронко-тазовой связок яичника, мезоовариума и мезосальпинкса с иссечением маточного участка трубы. Культи придатков сближаются друг с другом и перитонизируются круглой связкой матки обычным способом. После осмотра придатков противоположной стороны и туалета брюшная полость ушивается наглухо, послыно.

Примечание. Внутреннее кровотечение из сосудов яичника, иногда довольно значительное, возникает не только при яичниковой беременности. Оно может быть связано с разрывом фолликула или желтого тела, которое встречается значительно чаще, чем нарушение яичниковой беременности. Вместе с тем, этиология такого кровотечения обычно устанавливается только на операционном столе, так как клиническая картина в том и другом случаях почти не имеет отличий, а состояние больных требует экстренной хирургической помощи. Оперативное вмешательство при разрывах яичника сводится к его резекции в пределах здоровых тканей с последующим ушиванием раны обычным способом.

Операция при беременности в рудиментарном роге матки. Развитие беременности в роге матки встречается крайне редко. Однако диагностируется она значительно позже, чем трубная, примерно, к моменту достижения 12—16-недельного срока беременности. Именно в эти сроки наблюдается ее прерывание.

Технические особенности операции состоят в том, что при удалении рудиментарного рога вместе с трубой обеспечивается щадящее отношение к развитой части матки. При выполнении операции лигируются круглая связка зачаточного рога, собственная связка яичника той же стороны, мезосальникс удаляемой трубы и ножка рудиментарного рога, соединяющая его с развитой половиной матки. Перитонизация культи производится круглой связкой, конец которой вместе с концом собственной связки яичника вшивается в верхний отдел раны оставшейся матки.

Нередко в результате разрыва беременного рудиментарного рога возникает обширная гематома, которая не позволяет выделить яичник. В этих случаях технически операция может быть упрощена и ускорена путем одновременного удаления яичника вместе с беременным рогом и трубой. При этом лигируется не собственная связка яичника, а воронко-газовая и брыжейка яичника. После туалета брюшной полости и удаления из нее крови брюшная рана ушивается наглухо, послойно.

Операция при брюшной беременности. Брюшная беременность встречается исключительно редко (0,4% случаев по отношению ко всем формам внематочной беременности), однако значительно чаще яичниковой. Такая беременность представляет собой наиболее тяжелую патологию, связанную с эктопическим развитием беременности. Если развитие беременности на стенках матки или на брюшине малого таза, в случаях возникающего в результате ее прерывания кровотечения, позволяет хирургу сравнительно легко с ним справиться, то вовлечение в состав плодовместилища петель кишечника, брыжейки, печени, селезенки или других органов брюшной полости ставят хирурга в очень трудное положение. Естественно, что в случае прерывания беременности может возникнуть необходимость частичного или полного удаления органа, участвующего в формировании плацентарной площадки. Эти вмешательства, технически сложные сами по себе, в случае беременности, будут выполняться в условиях неблагоприятных, часто с петнистым развитием дополнительных сосудов. Поэтому хирургическое вмешательство, предприняемое по поводу нарушенной беременности, должно выполняться достаточно опытным специалистом с участием хирургов общего профиля. Вместе с тем, брюшная беременность относительно редко может развиваться до полной зрелости плода, а в ряде случаев — прерваться без выраженных клинических симптомов. Описаны наблюдения, в которых погибший плод в течение нескольких лет сохраняется в брюшной полости.

Основная сложность и опасность операции, предпринимаемой по поводу брюшной беременности, состоит в необходимости расширения объема вмешательства с целью остановки опасных кровотечений. В этих случаях приходится нередко идти на резекцию кишечника или желудка, а также на другие вмешательства. Поэтому возможность полного удаления элементов беременности (особенно плаценты) может быть реализована только при исключительно благоприятных формах развития брюшной беременности, когда плацента развивается на паружных степках матки, листках широкой связки или сальнике.

Поэтому, учитывая технические трудности выполнения операции, особенно в случаях обширного вовлечения органов брюшной полости в состав плодместилища, целесообразно ограничиться лишь извлечением плода и удалением свободно свисающих оболочек с оставлением плаценты на месте. Оставление плаценты, однако, связано с определенной опасностью, обусловленной длительным процессом некротизации, развитием перитонита и сепсиса. Эти осложнения возникают значительно позже, и борьба с ними в современных условиях может обеспечить лучший эффект, чем мероприятия по остановке кровотечения, осуществляемые на операционном столе. Таким образом, если создается убеждение в невозможности удаления всего плодного мешка (главным образом плаценты) без нанесения обширной травмы органам брюшной полости, то целесообразно ограничиться методом марсупиализации¹.

Операция марсупиализации при брюшной беременности. Технически эта операция сводится к следующему. По вскрытии брюшной полости и установлении невозможности удаления полностью плодного мешка следует приступить к извлечению плода и удалению свободно свисающих оболочек, однако с таким расчетом, чтобы их оставшуюся часть оказалось возможным подтянуть к брюшной ране. Если плод живой, то поступают так же, как при обычном классическом кесарском сечении. Быстро пережимают пуповину в двух местах, пересекают ее и ребенка передают акушерке.

Плодные оболочки подтягиваются к брюшной ране (излишки отсекаются) и подшиваются вкруговую к париетальной брюшине с таким расчетом, чтобы полностью отгородить брюшную полость от полости плодного мешка. Отдельными узловыми швами сближают края мышц и апоневроза брюшной стенки, но оставляют отверстие, сообщающееся с полостью плодного мешка, в который заводится тампон Микулича. На брюшную рану накладывается повязка и производится широкое и тугое бинтование живота.

Процесс некротизации и отторжения плаценты может продолжаться довольно длительное время (более двух месяцев). Брюшная рана заживает вторичным натяжением. В послеоперацион-

¹ Марсупиализация — от лат. marsupium — сумка.

ном периоде используются все средства по предупреждению возможных воспалительных осложнений (антибиотики, трансфузия крови, применение белковых растворов, низкомолекулярного поливинилового спирта, витаминизация и другие средства, способствующие снижению интоксикации и повышению защитных сил организма).

Операция по поводу инфицированной внематочной беременности. Инфицирование внематочной беременности является весьма грозной патологией, требующей специальной лечебной тактики. Условия для инфицирования возникают, по-видимому, в результате запоздалой диагностики внематочной беременности. Развитие этого осложнения (независимо от формы внематочной беременности) связано с прерыванием беременности без острой кровопотери. Постепенно изливающаяся кровь, скапливаясь в заднем своде, образует заматочную гематому, которая с течением времени инфицируется со стороны прямой кишки.

Клиническая картина осложнения типична для тяжелых воспалительных заболеваний и характеризуется температурой гектического типа, частым пульсом, высоким лейкоцитозом со значительным сдвигом в формуле белой крови влево. С помощью пункции свода удастся получить свободную кровь, при микроскопическом исследовании которой определяют отдельные распавшиеся эритроциты и много лейкоцитов. В посевах пунктата обнаруживаются стафилококки, стрептококки или кишечная палочка. В этой, очень сложной клинической ситуации, решение тактических вопросов представляет серьезные затруднения.

Несмотря на сложность ситуации и тяжесть состояния больной, можно дать некоторую схему для решения тактических вопросов. Если состояние больной позволяет не спешить с экстренным вмешательством, то следует поставить биологическую реакцию на беременность с тем, чтобы решить вопрос о состоянии самой беременности. При положительной реакции, свидетельствующей о наличии функционирующих элементов ворсин хориона, единственно правильным будет решение в пользу чревосечения с целью устранения основного заболевания, хотя и с известным риском вызвать генерализацию воспалительного процесса. При отрицательной реакции, указывающей на отмирание элементов плодного яйца, целесообразнее воспользоваться операцией задней кольнотомии с дренированием полости гематомы. В дальнейшем больную следует вести так же как и при обычном ограниченном перитоните после вскрытия гнойной полости.

Нарушенная внематочная беременность, особенно протекающая по типу разрыва трубы или яичника, как правило, сопровождается значительной кровопотерей в брюшную полость. Поэтому чрезвычайно важно иметь объективное суждение о степени такой кровопотери и связанных с ней гемодинамических расстройствах. Обычно в выраженных случаях состояние тяжелой анемизации больной устанавливается до операции, что

является прямым показанием к возмещению кровопотери путем трансфузии крови, которая продолжается и во время самой операции. В ряде случаев тяжесть кровопотери устанавливается только на операционном столе, что также является основанием к массивной трансфузии крови. Своевременное восполнение кровопотери во многом определяет течение послеоперационного периода, в котором могут развиваться состояния гипоксии и нарушения электролитного равновесия.

akusher-lib.ru

ЧАСТЬ IV

ХИРУРГИЧЕСКОЕ, КОМБИНИРОВАННОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Глава 15

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Глава 16

ХИРУРГИЧЕСКОЕ
И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА
НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 17

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Глава 18

КОМБИНИРОВАННЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ТЕЛА МАТКИ

Глава 19

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Объем и специальная тематическая направленность настоящего руководства не позволяют осуществить широкое рассмотрение многочисленных аспектов современной онкологии, даже применительно к ее частному разделу, гинекологии. Вместе с тем, необходимость обсуждения вопросов хирургического лечения злокачественных новообразований гениталий требует ознакомления с некоторыми общими принципами онкологии и особенностями специальных методов терапии (не хирургического плана), входящих в системы комбинированного и комплексного лечения гинекологических больных.

Современная онкологическая практика широко использует хирургические, лучевые и лекарственные методы лечения злокачественных новообразований гениталий, причем хирургический этап часто составляет только часть широкой программы и сам по себе не имеет самостоятельного значения. Этот принцип наиболее часто используется при реализации комбинированного лечения, например, при таких заболеваниях, как рак яичников, рак шейки или тела матки и ряде других локализаций. Естественно, что выбор метода лечения должен ставиться в зависимости от характера заболевания и некоторых биологических особенностей опухолевого процесса. Поэтому в этих случаях должны учитываться чувствительность опухоли к лучевому фактору (например, эпителиальные раки шейки матки) или лекарственному воздействию (некоторые цистоаденокарциномы яичников), а также многочисленные особенности клинического проявления опухолевого заболевания. Опыт свидетельствует о том, что использование какого-либо одного из методов лечения, как правило, не обеспечивает достижения необходимого эффекта и только с помощью нескольких видов лечения может быть достигнуто надежное и продолжительное излечение больных.

К комбинированным методам относят использование двух различных по своему характеру видов лечения у одной и той же больной, например, применение в течение определенного периода времени хирургического и лекарственного, хирургического и лучевого или лучевого и лекарственного видов терапии, которые следуют один за другим (или используются одновременно).

Широкое распространение получили также и сочетанные методы лечения, суть которых состоит в использовании различных ле-

чебных средств, одинаковых по своему действию на опухоль. В гинекологической практике, например, широко применяют различные методы сочетанной лучевой терапии, которые предусматривают использование различных видов и способов облучения опухолевых очагов (дистанционное и внутрисполостное облучение). Этот принцип в одинаковой мере справедлив и для сочетанных методов лекарственной терапии, при которых используются противоопухолевые препараты разного действия (например, антиметаболиты и противоопухолевые антибиотики или антиметаболиты и алкилирующие соединения). Существуют и комплексные методы лечения больных, при которых используется большее число различных видов (хирургический, лучевой и лекарственный) терапии.

Следует отметить, что эти способы лечения для своего применения требуют определенных показаний, а также соответствующих условий, в которых любой из этих методов реализуется наиболее оптимально. Поэтому каждый метод лечения должен иметь четкую программу, учитывающую последовательность применения каждого из видов лечения, их возможный вклад в конечный результат. Существенное значение в этом отношении имеют особенности клинического проявления опухолевого заболевания, а также возможные и нередко возникающие реакции и повреждения органов и систем организма. Именно по этим соображениям совершенно недопустимо хаотичное, методически необоснованное применение лечебных средств, без учета различных периодов развития заболевания, поставленных целей и, тем более, в учреждениях, не имеющих соответствующего опыта.

В гинекологической практике чаще всего комбинированным методом пользуются для лечения рака наружных половых органов, рака шейки матки и эндометрия (хирургический и лучевой виды лечения), а также рака яичников (лекарственный и хирургический или наоборот). Лучевые методы в комбинации с хирургическим этапом используются в качестве послеоперационного облучения, реже — предоперационного. При опухолях яичников лучевая терапия имеет меньшее значение, так как в практике широко используются достаточно эффективные противоопухолевые препараты, сочетание которых с хирургическим лечением обеспечивает достижение длительной ремиссии, реже — стойкого излечения.

Критерием излеченности больной принято считать пятилетний срок, в течение которого не наблюдается рецидивов и метастазов. Тем не менее, этот срок не всегда достаточен для характеристики полного излечения. Опыт показывает, что в ряде случаев, даже при таких заболеваниях, как рак шейки матки, клинические признаки метастазирования могут проявляться и по прошествии пяти и более лет после завершения того или иного метода лечения. По-видимому, в этих случаях имеет место раннее метастазирование (до начала лечения), развитие которого совершалось затем исподволь, без существенной клиники заболевания. Естественно

также, что длительная выживаемость больных зависит от морфологических особенностей опухоли (потенция клеточных элементов опухоли), распространенности процесса и формы роста опухоли. В этих случаях существенное значение может иметь также и общая сопротивляемость организма, в том числе и иммунные механизмы защиты. Подтверждением этого положения могут служить некоторые особенности клинического течения различных по генезу и локализации опухолевых заболеваний гениталий. Например, раки яичников, вне зависимости от величины первичного поражения, чрезвычайно рано метастазируют, обсеменяя брюшинный покров, создавая тем самым трудности в достижении стойкого излечения. Напротив, раки шейки матки, а тем более эндометрия, реже метастазируют и в большинстве случаев на ранних этапах своего развития носят относительно изолированный характер. Естественно, что при своевременно начатом лечении раки матки дают больший процент стойкого излечения, чем, например, раки яичников.

Хирургические методы лечения. Хирургический метод применяется в основном для лечения большинства злокачественных новообразований внутренних органов, в том числе матки, яичников и труб. На ранних этапах развития опухолевого процесса хирургический метод следует считать основным и наиболее надежным видом лечения. Поэтому само наличие опухолевого заболевания является прямым показанием к радикальному хирургическому лечению. Вместе с тем, выполнение радикального объема хирургического вмешательства не всегда возможно. Например, операция теряет смысл при наличии отдаленных метастазов или распространении опухолевого процесса за анатомические границы пораженного органа, особенно с вовлечением соседних. Поэтому метастазирование и значительную распространенность опухолевого процесса следует относить к числу противопоказаний к хирургическому методу лечения (за исключением рака яичников).

Вместе с тем, учитывая, что хирургические операции, предпринимаемые по поводу злокачественных новообразований, являются самыми сложными (например, при раке шейки матки), к числу противопоказаний следует относить также и совокупность отягчающих состояние больной факторов. К ним в первую очередь относятся тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, легочная патология, протекающая с явлениями недостаточности, различные нарушения, обусловленные преклонным возрастом больных, и ряд других состояний, повышающих риск операции. Особого обсуждения заслуживает преклонный возраст, так как такие больные часто имеют серьезный комплекс сопутствующих нарушений. Поэтому установление показаний и оценка противопоказаний к хирургическому лечению у пожилых женщин должны быть строго индивидуальными и хорошо аргументированными, поскольку отказ от операции нередко лишает больных

единственного шанса на реальную помощь. Например, неоправданное расширение показаний к хирургическому лечению может оказаться тактически необоснованным и исключить в последующем применение других методов лечения. Могут возникать ситуации, при которых оценка операбельности представляется сомнительной. Поэтому установление возможности выполнения радикального объема вмешательства должно решаться с помощью лапаротомии (часто это относится к раку яичников), данные которой обеспечивают объективность суждения. Отказ от операции при сомнительной операбельности следует отнести к числу грубых тактических ошибок.

Хирургические операции, предпринимаемые по поводу злокачественных новообразований гениталий, являются наиболее сложными из числа вмешательств, используемых в гинекологической практике вообще и часто связаны с определенным риском для жизни больных. Поэтому учреждения, в которых выполняются эти операции, должны иметь специально оснащенные хирургические блоки (отделения), укомплектованные опытным персоналом, а также хорошо организованную анестезиологическую и реанимационную службы с обеспечением квалифицированного ведения послеоперационного периода.

Радикальный объем вмешательства предусматривает не только удаление пораженного органа, но и всего регионарного лимфатического аппарата. Этот принцип должен соблюдаться во всех случаях, в том числе и при отсутствии специфических изменений в лимфоузлах, как бы ни ограничен был первичный опухолевый очаг. Любая операция, предпринимаемая с этой целью, должна выполняться с максимальным щажением тканей, особенно оофорой, и лимфатических узлов, с тем, чтобы не способствовать диссеминации клеточных элементов. Все онкологические операции должны выполняться с соблюдением четких принципов абластики, в том числе и работы хирурга в пределах здоровых тканей.

Расширенные операции, в частности используемые при раке шейки матки или наружных половых органов, предпринимаются с целью повышения радикализма и поэтому помимо удаления пораженного органа, предусматривают также расширение границ удаления лимфатического барьера (клетчатки и лимфатических узлов таза, клетчатки промежности и лимфатического аппарата паховых областей). При хирургическом лечении больных раком яичника допускается, однако, выполнение паллиативных резекций с оставлением неудаляемых метастазов (например, множественное обсеменение брюшины, метастазы в печень). В этих случаях есть основание надеяться на достижение лечебного эффекта в последующем, в результате применения различных противоопухолевых препаратов.

Лучевые методы лечения. Большинство гинекологических больных, страдающих злокачественными новообразованиями, подвергаются различным методам лучевого лечения. Этот метод

используется как самостоятельный вид лечения или входит в состав комбинированных и комплексных лечебных мероприятий.

В последние годы методы лучевого лечения больных, благодаря высокой эффективности, особенно в гинекологии, получили обоснованное признание и широкое распространение. Эти успехи связаны прежде всего с общим научным и техническим прогрессом, обеспечившим внедрение в радиологическую практику новых, более совершенных источников внешнего излучения (мощные гамма-установки, ускорительная медицинская техника, многочисленный арсенал закрытых радиоактивных изотопов и др.), а также разработкой рациональных методов и способов облучения больных. Не меньшее значение в достижении успехов имело изучение вопросов радиобиологического обоснования лучевой терапии и разработка современных принципов клинической дозиметрии. В основе лучевых методов лечения лежит стремление максимального воздействия на опухолевые очаги, при одновременном щажении окружающих здоровых тканей и органов. Применение излучений основано на прямом повреждающем действии радиации на клетки опухоли в определенных интервалах, так называемых терапевтических доз. Достижение лечебного эффекта, как полагают, обеспечивается различной радиочувствительностью опухоли и окружающих здоровых тканей. Несомненно, что современные представления о механизмах действия излучения на ткани, в том числе опухолевую, значительно сложнее, и многие аспекты этой проблемы, достаточно хорошо изученные, уже теперь используются в практике с целью повышения эффективности лечения больных и предупреждения лучевых осложнений. Нет необходимости обсуждать специальные вопросы медицинской радиологии, так как это не входит в задачу настоящего руководства. Поэтому целесообразно остановиться лишь на некоторых клинических аспектах этой проблемы.

К основным факторам, обеспечивающим успех лучевой терапии, относят возраст и особенности общей реактивности больных, радиочувствительность клеток новообразования, его морфологическую структуру, характер роста опухоли, размеры и длительность существования опухолевого процесса, а также наличие или отсутствие сопутствующих осложнений. Естественно, что наибольшей радиочувствительностью обладают экзофитно развивающиеся опухоли, характеризующиеся высоким темпом клеточного деления. Напротив, относительно более устойчивыми к лучевому действию являются опухоли, имеющие большие размеры и длительно существующие, так как в этих опухолях значительно больше малочувствительных аноксических клеток.

Эффект лучевого лечения, помимо перечисленных факторов, существенно связан с дозой, подводимой к опухолевому очагу. В этой связи способ облучения больных и рациональное (оптимальное) распределение дозы в очаге и окружающих тканях являются одной из наиболее важных задач в достижении излечения.

Как самостоятельный метод лучевая терапия применяется для лечения больных раком шейки матки, имеющих более распространенный процесс, чем I стадия заболевания, или в тех случаях, когда по тем или иным соображениям нельзя выполнить радикальной операции. Реже лучевая терапия как самостоятельный метод используется для лечения рака наружных половых органов или эндометрия. Значительно чаще различные виды лучевой терапии, особенно с помощью источников для дистанционного облучения, используются как этапы комбинированной или комплексной программы лечения. Лучевая терапия применяется в комбинации с оперативным вмешательством. Она может быть предпринята до операции (предоперационное облучение) с целью повреждения опухолевых элементов. Кроме того, такое облучение одновременно оказывает противовоспалительное действие, обеспечивает развитие соединительной ткани и облитерацию сосудов в области, в которой расположена опухоль. Создание этих условий в последующем облегчает выполнение хирургического этапа лечения.

Лучевая терапия как обязательный этап используется после операции (послеоперационное облучение), главным образом при комбинированном лечении больных раком шейки матки и эндометрия, реже при других локализациях опухолей. Послеоперационное облучение предпринимается в целях повреждения оставшихся опухолевых очагов или, возможно, имплантированных во время операции отдельных опухолевых клеток. В ряде случаев, в зависимости от характера опухолевого процесса, лучевая терапия может быть использована как в предоперационном, так и послеоперационном периодах.

Лучевая терапия, как и любой вид лечения, может сопровождаться развитием осложнений. К числу таких побочных проявлений относят выраженную общую лучевую реакцию организма и местные лучевые повреждения тканей и органов, попадающих в зону непосредственного облучения.

Общая лучевая реакция возникает у больных при массивных облучениях, особенно тогда, когда в зону облучения попадают большие массы лимфоидной и кроветворной ткани (например, тазовая область). Клинические проявления общей лучевой реакции характеризуются нарушением функции первой, эндокринной, сердечно-сосудистой, кроветворной и других систем организма.

Больных может беспокоить тошнота, периодическая рвота, нередко потеря аппетита, плохой сон. В тяжелых случаях присоединяются одышка, аритмия, тахикардия, снижение артериального давления, а также признаки нарушения кроветворения.

Лечение общей реакции сводится к назначению специальной диеты, содержащей большое количество соли и белков, применению комплекса витаминов, метацила, спленина, стимуляторов кроветворения и других лекарственных веществ. Проявления общей реакции стихают сами по себе при прекращении облучения.

Из числа местных повреждений клиническое значение могут иметь лучевые ректиты и циститы, реже — дерматиты.

Характерным для общих реакций и местных повреждений является их обратимость и благополучный исход.

Лекарственные методы лечения. Несмотря на значительные успехи, лекарственная терапия злокачественных новообразований в гинекологической практике, за некоторым исключением, не имеет самостоятельного значения. Поэтому использование противоопухолевых препаратов в тех случаях, когда можно достичь успеха с помощью хирургических или лучевых методов лечения, недопустимо, так как лекарственная терапия в современных условиях не может быть отнесена к числу радикальных лечебных мероприятий. Однако при генерализованных опухолевых процессах, например раках яичника или трофобластической болезни, химиотерапия имеет существенные преимущества перед хирургическим или лучевым методами лечения.

Противоопухолевые препараты могут оказывать цитостатическое (подавление процессов клеточного деления) или цитотоксическое (повреждение клеток) действие. Лекарственная терапия должна применяться по определенным показаниям в связи с тем, что большинство используемых противоопухолевых препаратов обладает выраженной специфичностью. Поэтому без учета морфологической структуры опухоли и ее чувствительности к тому или иному препарату назначать химиотерапию не следует, так как необоснованное ее применение может привести к необратимым нарушениям, исключающим применение других видов лечения.

В гинекологической практике химиотерапия как самостоятельный метод применяется для лечения только некоторых опухолевых заболеваний и в большинстве случаев используется в комплексе с хирургическим, реже лучевым методами лечения, главным образом у больных, страдающих злокачественными опухолями яичников или хорионэпителиомой. Применение химиотерапии, как правило, сопровождается нарушением функции кроветворения, так как большинство противоопухолевых препаратов действуют на пролиферирующие ткани, в том числе и кроветворную. В этих случаях возникает в той или иной степени выраженное угнетение кроветворения, главным образом миело- и тромбоцитопоэза.

Для стимуляции лейкопоэза используют нуклеат натрия, пентоксил и лейкоген в комплексе с трансфузиями крови. В тяжелых случаях с развитием агранулоцитоза может быть использована трансплантация костного мозга (аутологичного, донорского, кадаверного) с одновременным применением кортикостероидов. Во всех случаях полезно назначать витамины: аскорбиновую кислоту, комплекс витаминов В (кроме витамина В₁₂). При тромбоцитопении применяют витамин Р или рутин, витамин К и хлорид кальция.

Ниже рассмотрены частные вопросы хирургического, комбинированного и комплексного лечения больных злокачественными новообразованиями гениталий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Клинические особенности заболевания. Рак наружных половых органов является относительно редким заболеванием по сравнению с другими формами злокачественных новообразований гениталий, а по частоте возникновения занимает 4-е место среди прочих опухолей женской половой сферы. Это заболевание наблюдается преимущественно у пожилых женщин (в возрасте 60—70 лет), состояние здоровья которых нередко отягощено сопутствующей возрастной патологией. Как правило, у больных предшествуют различные эндокринные нарушения, обуславливающие раннее наступление менопаузы. Раку могут сопутствовать общее ожирение, диабет и другие эндокринные нарушения. Опухолевый процесс в большинстве случаев развивается на фоне различных местных дистрофических нарушений, так называемых предраковых заболеваний слизистых или кожи промежности, характеризующихся своеобразным клиническим проявлением (крауроз, лейкоплакия). По морфологическому критерию большинство злокачественных новообразований вульвы относятся к плоскоклеточным формам рака, чаще ороговевающим, нежели неороговевающим. Значительно реже встречаются железистые формы рака.

Клиническая картина и характер развития заболевания в основном зависят от особенностей локализации первичного опухолевого очага и формы роста опухоли. Чаще всего процесс начинается в области больших или малых половых губ, реже — клитора. Более злокачественным течением характеризуется поражение клитора, которому свойственно быстрое распространение опухоли на окружающие ткани (например, уретру) и раннее метастазирование. Заболевание начинается с образования на поверхности наружных половых органов изъязвления или плотного узелка, реже язв или разрастаний типа кондилом, злокачественный характер которых не всегда ясен. Окончательный диагноз в этих случаях устанавливается с помощью биопсии. Напротив, развившаяся опухоль имеет более характерную картину. Чаще всего это плотные бугристые распадающиеся разрастания, легко кровоточащие при исследовании. Опухоль может быть спаянной с окружающими тканями и кожей промежности, так как распространение ее сопровождается инфильтрацией окружающих тканей. Процесс нередко переходит на слизистую влагалища, уретру или другие отделы промежности. Обилие в этой области кровеносных и лимфатических сосудов ведет к быстрому (раннему) метастазированию, которое происходит преимущественно лимфогенным путем

(последовательно и поэтапно). В сомнительных случаях для диагностики метастазов в поверхностные лимфатические узлы может быть произведена их пункция с целью получения материала для цитологического исследования. Регионарными для этой локализации опухолевого процесса являются поверхностные и глубокие паховые лимфоузлы, специфические изменения в которых могут выявляться относительно рано. При поражении процессом клитора передко метастазирование происходит в глубокие паховые (бедренные), а также наружные подвздошные лимфоузлы, минуя поверхностные паховые. Но мере развития процесса метастазы вначале появляются в лимфоузлах на стороне поражения, а затем и на противоположной (перекрестное метастазирование). Метастатически измененные узлы, как правило, имеют округлую форму, достаточно плотную консистенцию, хотя и обладают вначале некоторой подвижностью. В последующем, по мере роста узлов, образуется общий неподвижный или малоподвижный опухолевый конгломерат, прорастающий подлежащие ткани. На коже появляются изъязвления, а затем более обширный распад тканей.

Лечебная тактика в отношении этого заболевания может быть различной в зависимости от морфологических особенностей опухоли и распространенности процесса. Выбор метода лечения (хирургический, лучевой, комбинированный) определяется стадией и клиникой заболевания.

Для решения тактических вопросов были предложены многочисленные классификации, построенные на различных принципах, позволявшие достаточно точно локализовать опухолевый процесс, оценить его клинические особенности и распространенность. До последнего времени в нашей стране использовалась классификация (утвержденная МЗ СССР), основанная на подразделении всех форм рака вульвы на четыре клинические стадии. Вместе с тем, эта классификация, несмотря на определенное удобство, не отражает всех особенностей заболевания и не учитывает многообразие клинического проявления. Поэтому в последнее время обсуждается новая классификация, разработанная специальным комитетом Международного противоракового союза, в которой опухолевый процесс оценивается по большему числу клинических признаков. Ниже рассмотрены обе классификации, которые в определенной мере обеспечивают решение большинства тактических вопросов.

Отечественная классификация

I стадия: опухоль или язва, не превышающая в диаметре 2 см, локализуется в поверхностных слоях кожи или слизистой оболочки; метастазы в лимфоузлы отсутствуют.

II стадия: опухоль инфильтрирует подлежащие мягкие ткани или опухоль больших размеров, расположенная поверхностно с одиночными подвижными паховыми метастазами.

III стадия: опухоль глубоко инфильтрирует подлежащие ткани, создавая полную неподвижность пораженной области; в паховых областях имеются подвижные или ограниченно (с одной стороны) подвижные метастазы.

IV стадия: опухоль прорастает соседние органы (влагалище, уретру, прямую кишку) или имеются метастазы в отдаленные органы.

По международной классификации распространенность опухолевого процесса оценивается по совокупности трех факторов: состоянию первичного опухолевого очага (Т — tumor), состоянию лимфатических узлов (N — nodes) и наличию или отсутствию отдаленных метастазов (M — metastases). Для оценки местного процесса принято обозначение Т, а его величины — цифровым обозначением Т₁, Т₂, Т₃, Т₄. Тот же принцип принят для характеристики состояния регионарных лимфатических узлов (N₀; N₁; N₂; N₃) и отдаленных метастазов (M₀, M₁).

Международная классификация по системе TNM

Т — первичная опухоль.

T_{is} — инвазивная карцинома.

T₀ — первичная опухоль не определяется.

T₁ — одиночная опухоль не более 2 см.

T₂ — одиночная опухоль от 2 до 5 см.

T₃ — одиночная опухоль более 5 см; опухоль любой величины с распространением на влагалище не более чем на 2 см; с распространением на анальный канал без вовлечения слизистой; с распространением на уретру (T_{3a} — множественные опухоли на площади не более 10 см).

T₄ — одиночная опухоль любой величины с распространением на влагалище более чем на 2 см; с распространением на анальный канал с вовлечением слизистой; с распространением на прямокишечно-влагалищную перегородку (T_{4m} — множественные опухоли на площади более 10 см).

N — регионарные лимфатические узлы.

N₀ — лимфатические узлы не прощупываются.

N₁ — смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения;

(N_{1a} — неметастатические, N_{1b} — метастатические).

N₂ — смещаемые лимфатические узлы с противоположной или с обеих сторон; (N_{2a} — неметастатические, N_{2b} — метастатические).

N₃ — несмещаемые лимфатические узлы.

M — отдаленные метастазы.

M₀ — нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ — имеются отдаленные метастазы.

Общие принципы лечения рака наружных половых органов. Лечение рака наружных половых органов состоит из ряда этапов, причем один из них, как правило, хирургический. Эта система предусматривает обязательное воздействие как на область первичного опухолевого очага, так и на регионарный лимфатический аппарат. Лечебный комплекс может быть осуществлен одномоментно или раздельно в два этапа. Однако, учитывая пожилой возраст больных, а также нередко тяжесть сопутствующих заболеваний, предпочитают использовать двухэтапное лечение.

Первый этап предусматривает лечение первичной опухоли, причем в зависимости от величины поражения может быть выбран хирургический, комбинированный или чисто лучевой методы. Выбор метода зависит в основном от стадии заболевания. При I стадии (T₁N₀M₀) могут быть использованы хирургический или чисто лучевой методы, а при II и III стадиях (например,

$T_2N_0(N_1)M_0$; $T_3N_0(N_1)M_0$ и др.) — комбинированный (лучевой и хирургический или наоборот), в зависимости от клинических особенностей процесса к моменту начала лечения. Некоторые варианты II и III стадии подлежат только лучевому лечению, так как хирургический этап в радикальном объеме оказывается технически невыполнимым. Опыт показывает, что лучшие отдаленные результаты достигаются в том случае, если первичный очаг удаляется хирургическим путем с последующим облучением операционной области. Использование исключительно лучевых методов лечения дает худшие результаты.

Для практического использования может быть рекомендована следующая тактическая схема, пригодная для большинства клинических форм рака вульвы. Первый этап может включать предоперационное облучение первичного опухолевого очага и паховых областей, независимо от наличия или отсутствия метастатически измененных лимфатических узлов. Вторым этапом по ликвидации лучевой реакции в области облучения выполняется вульвоэктомию, преимущественно электрохирургическим способом. Третий этап состоит из хирургического удаления лимфатических узлов и клетчатки паховых и (желательно) подвздошных областей, разумеется, в том случае, если технически окажется возможным произвести удаление узлов.

При ограниченных формах рака (I стадия; $T_1(T_2)N_0M_0$) хирургический этап может быть выполнен сначала, причем весьма целесообразно одновременно с лимфаденэктомией (в том случае, однако, если общее состояние больных позволяет выполнить широкий объем хирургического вмешательства). Ниже рассмотрены отдельные этапы лечения, сначала хирургические, а затем лучевые методы.

Операция вульвоэктомии. По поводу злокачественных новообразований наружных половых органов эта операция самостоятельно выполняется относительно редко, так как в большинстве случаев она составляет лишь один из основных этапов комбинированного лечения рака вульвы в целом. Тем не менее, рассмотрение этой операции отдельно от остальных этапов представляется целесообразным по тем соображениям, что ее использование возможно и по ряду других показаний (например, краурозах и лейкоплакиях). Операция вульвоэктомии выполняется под общим наркозом или спинномозговой анестезией (реже). Местное обезболивание в этих случаях, ввиду травматичности и обширности объема вмешательства, нецелесообразно. В целях абластики операция по поводу рака выполняется электрохирургическим способом, в остальных же случаях допустимо использовать обычный хирургический инструментарий.

Технически операция выполняется следующим образом. Положение больной и подготовка операционного поля те же, что и при любой другой операции на влагалище или промежности. Кожа промежности рассекается окаймляющим наружные половые ор-

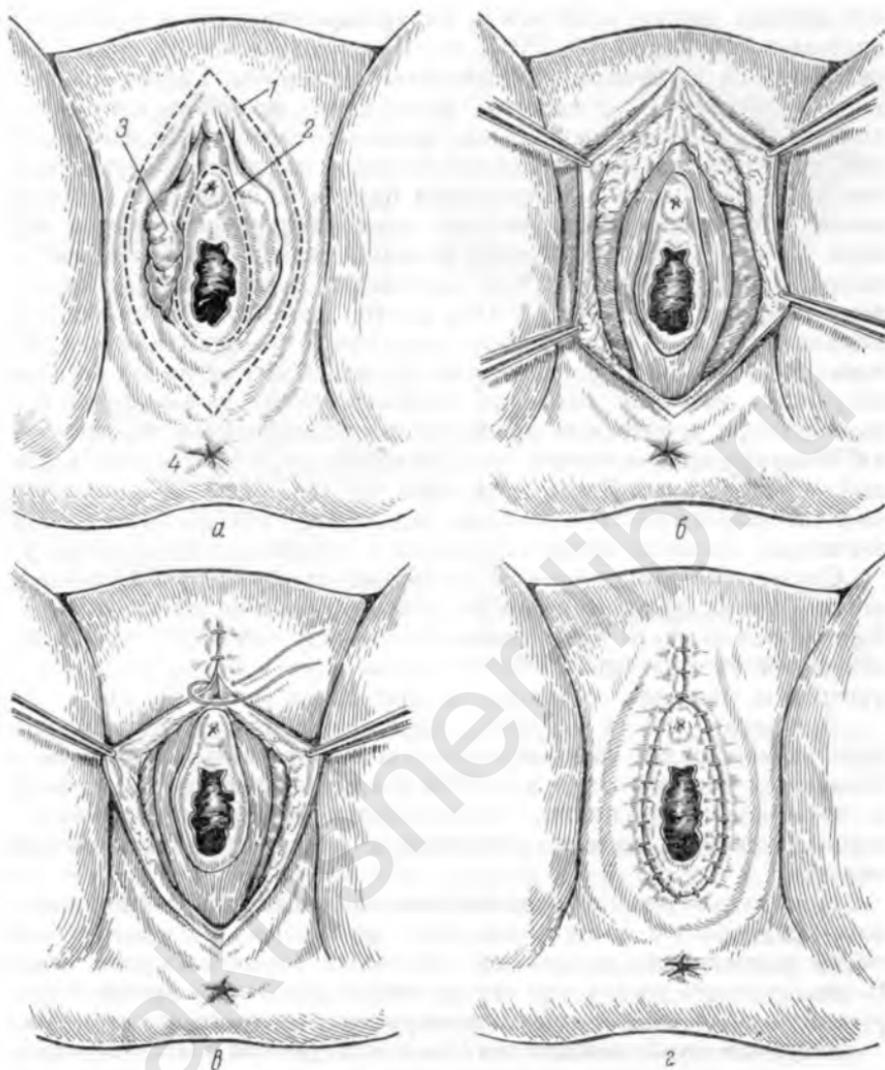


Рис. 106. Операция вульвоэктомии.

а — этап подготовки области вульвы к удалению двумя разрезами: *1* — наружный окаймляющий разрез, *2* — внутренний круговой разрез, *3* — опухоль, *4* — анальное отверстие; *б* — блок тканей удален, края наружной раны разведены зажимами; *в* — начало ушивания раны промежности; *г* — окончательный вид операционного поля после ушивания раны.

ганы разрезом, по форме напоминающим вытянутый овал. Разрез должен проходить по крайней мере на 1,5—2 см отступя от опухоли и не менее чем на 3 см выше клитора (рис. 106, *а*). Второй разрез (внутренний) проводится по окружностям влагалищного кольца на границе между остатками девственной плевы и началом влагалищной трубки с таким расчетом, чтобы верхняя часть

его прошла между клитором и наружным отверстием мочеиспускательного канала (рис. 106, а). Наружные края внешнего разреза берутся на зажимы и разводятся в стороны. Разрез продолжается глубже, рассекается подкожная жировая клетчатка, вплоть до обнажения мышечных волокон тазового дна. Внутренний край разреза одной стороны вместе с подкожной клетчаткой отводится зажимами или крючками кнутри и, начиная с верхней части вульвы, наружные половые органы отсепааровываются общим блоком (сначала с левой стороны, затем правая часть) в направлении снаружи кнутри до подхода к внутреннему круговому разрезу (рис. 106, б). Под клитор перед его отсечением в направлении от уретры к лону накладываются один или два зажима вдоль промежности, так как область клитора имеет богатое сосудистое развитие, особенно венозное. После пересечения ножек клитора необходимо произвести дополнительное тщательное лигирование кровоточащих сосудов обычным способом или (лучше) обшиванием. После удаления всего блока выполняется окончательный гемостаз. Полезно отдельными кетгутовыми швами несколько сблизить края наружного и внутреннего разрезов.

Следующий этап состоит в сшивании отдельными шелковыми швами краев кожного разреза с краями слизистой влагалища. Края верхней части раны сшиваются между собой до наружного отверстия уретры (рис. 106, в), затем идут в обход островка с уретрой и, наконец, со слизистой влагалища (рис. 106, г).

При затруднениях и с целью предупреждения стриктур может быть мобилизована часть задней стенки влагалища, которая подтягивается наружу. Этим лоскутом закрывается тканевый дефект в области задней спайки. Производится туалет операционного поля. В мочевого пузырь заводятся и фиксируются постоянный катетер.

Если вульвоэктомию предпринимается по поводу лейкоплакии или крауроза, то, разумеется, нет необходимости удалять все ткани промежности вплоть до мышечных волокон тазового дна. В этих случаях достаточно ограничиться удалением вместе с наружными половыми органами тонкого слоя подкожной клетчатки.

Операция лимфаденэктомии (операция Дюкена). Эта операция предусматривает удаление клетчатки и лимфатических узлов паховых областей одним блоком и производится с обеих сторон. Как отмечалось выше, лимфаденэктомия может выполняться одновременно с вульвоэктомией или отдельно, как второй этап хирургического лечения рака вульвы.

Клетчатка паховой области обнажается вертикальным разрезом кожи, который проводится по ходу крупных сосудов бедра, начиная от уровня передне-верхней подвздошной ости, затем через середину паховой складки до вершины скарповского треугольника (рис. 107, а). Края кожи захватывают зажимами или крючками и отсепааровываются в стороны кнаружи до передней подвздошной ости и кнутри — до середины лобка (рис. 107, б).

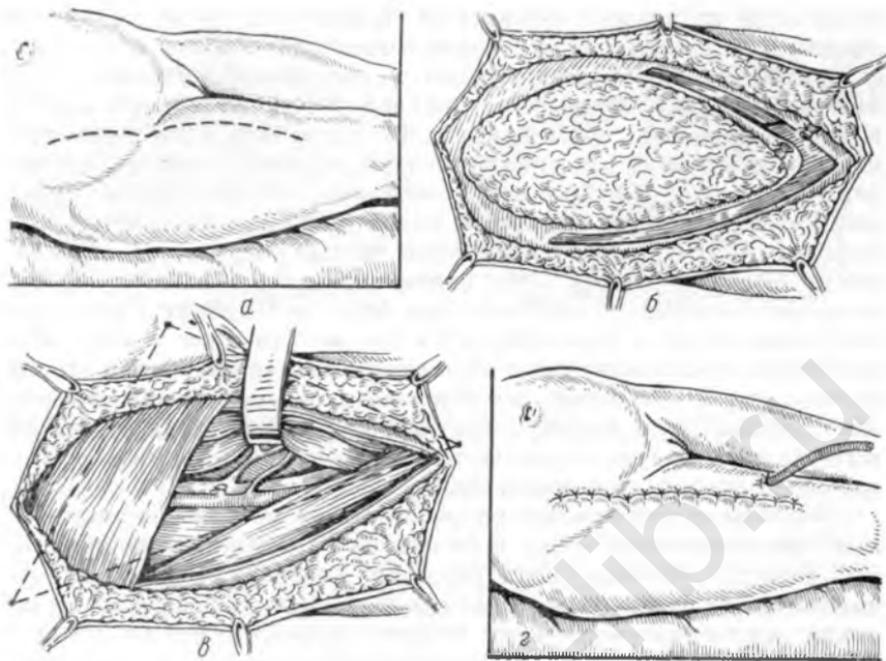


Рис. 107. Операция лимфаденэктомии (Дюкена).

а — направление кожного разреза; *б* — этап отсепаровки кожных лоскутов; *в* — схематическое изображение треугольника оперативного вмешательства; *г* — конечный этап операции.

Обнаженная клетчатка по периферии всей площади рассекается до мышц бедра (портняжной и длинной приводящей) и нижних отделов брюшной стенки соответственно сторонам так называемого треугольника оперативного вмешательства. Одной из сторон треугольника должна быть линия, соединяющая передне-верхнюю подвздошную ость с серединой лобка, другой — линия, проходящая через середину лона до вершины скарповского треугольника, и, наконец, его основанием является линия, соединяющая передне-верхнюю ость с вершиной скарповского треугольника (рис. 107, *в*). Отделение клетчаточного блока производится с периферии к центру треугольника, в направлении к наружному отверстию бедренного канала. В нижнем углу скарповского треугольника необходимо выделить и перевязать большую подкожную вену конечности. Нередко вместо одной вены в этом отделе могут быть представлены несколько ее ветвей, которые следует перевязать каждую в отдельности. Здесь же располагаются многочисленные лимфатические сосуды, которые в целях предупреждения последующей лимфореи также целесообразно лигировать.

После отделения клетчаточного блока от мышц в центре он будет удерживаться двумя ножками. Одна из них содержит со-

суды, один из которых отходит от бедренной артерии, и другой впадает в бедренную вену. Вторая состоит из жировой клетчатки, содержащей лимфатические узлы и сосуды, проходящие через бедренный канал. Пересечение первой ножки пачиается с вершины скарповского треугольника. Для этого весь блок с клетчаткой и лимфоузлами отщипывается кнутри, а портняжная мышца оттягивается кнаружи, при этом обнажается ложе бедренных сосудов. Рассекается верхняя стенка влагалища бедренной артерии, и удаляемый блок вместе с паружной частью сосудистого влагалища поднимается кверху. Этот прием позволяет обнажить область впадения большой подкожной вены бедра в бедренную вену, где она пересекается и перевязывается так же, как и все мелкие сосуды, богато представленные в этом отделе. Для пересечения второй ножки следует обнажить жимбернатову связку, из-под которой клетчаточный тяж вместе с лимфатическими сосудами и узлами вытягивается наружу, пересекается и лигируется. Таким образом, весь блок оказывается иссеченным.

После завершения этого основного этапа проводится тщательный осмотр всего операционного поля и выполняется окончательный гемостаз. Кожные края сводятся вместе и сшиваются отдельными, редкими шелковыми швами. Часто в результате удаления клетчатки образуется избыток кожной ткани, которую перед сшиванием краев раны целесообразно иссечь. Как правило, в послеоперационном периоде, особенно при недостаточном внимании к перевязке лимфатических сосудов, в подкожном пространстве скапливается лимфа и тканевый секрет, препятствующие процессам заживления, а в ряде случаев, способствующие инфицированию раны. Поэтому в это пространство рекомендуется завести дренажную трубку через дополнительное отверстие на внутренней поверхности бедра, которое делается ближе к нижнему краю раны (рис. 107, г). Аналогичная операция производится и с другой стороны.

В послеоперационном периоде в течение 3—4 дней применяются антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры. Если одновременно была произведена и операция вульвоэктомии, то катетер из пузыря извлекается к 4-му дню после исчезновения отека тканей. Мочевой пузырь ежедневно промывается раствором фурацилина. Швы снимаются на 10-й день.

Клинический опыт свидетельствует о том, что рак паружных половых органов в результате быстрого распространения и раннего метастазирования имеет тяжелое течение и сравнительно неблагоприятные исходы лечения. Например, лучевые методы лечения обеспечивают трехлетнее выживание в 50%, а пятилетнее — не более чем в 30% случаев. Комбинированные методы лечения отличаются несколько лучшими результатами, хотя пятилетнее выживание в среднем не превышает 60%. Относительно неудовлетворительные результаты лечения связаны также и с возможностью метастазирования процесса в глубоко расположенные лимфоузлы (например, подвздошные). Поэтому на протяжении ряда последних лет шли поиски и совершенствование методов комбинированного лечения рака вульвы, в том числе и его хирургического этапа. В последние годы стали выре

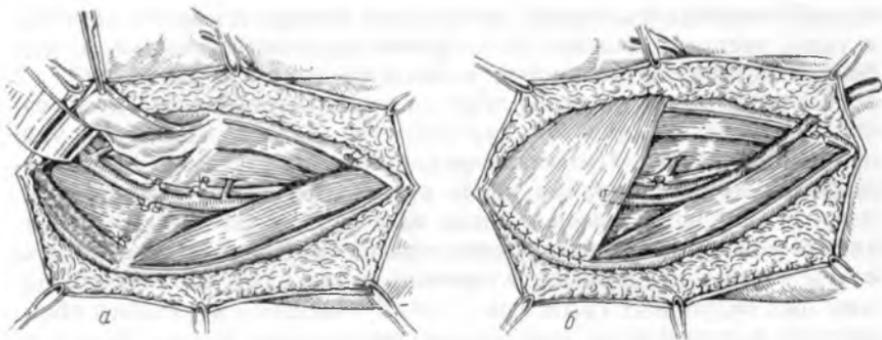


Рис. 108. Радикальная операция при раке наружных половых органов.

а — вид раны после рассечения передней брюшной стенки, обнажения подвздошных сосудов и удаления лимфатических узлов; б — вид раны после ушивания тканей брюшной стенки, из забрюшинного пространства выведена дренажная трубка.

применяться так называемые радикальные хирургические вмешательства, объем которых предусматривает не только удаление регионарного лимфатического аппарата паховых областей, но и группы подвздошных лимфоузлов. Наиболее удачным техническим решением по выполнению радикального объема хирургического вмешательства по поводу рака вульвы следует считать операцию пахово-подвздошной лимфаденэктомии, разработанную В. М. Столяровым и Л. М. Хачатуряном, предусматривающую одномоментное удаление пахового и подвздошного лимфатического аппаратов.

Операция пахово-подвздошной лимфаденэктомии. После удаления блока паховых узлов в объеме, предусматриваемом операцией Дюкена, производится рассечение подвздошно-гребешковой связки, разделяющей *lacuna vasorum* и *lacuna musculorum*. Бедренный канал расширяется указательным пальцем. Над бедренными сосудами рассекается паховая связка и апоневроз наружной косой мышцы брюшной стенки до верхнего угла кожной раны и затем разрез продолжается по спигелиевой линии. В результате этого приема обнажается предбрюшинная клетчатка, с медиальной стороны которой будет располагаться брюшина. В этом месте следует манипулировать особенно осторожно, так как может произойти ранение брюшины и проникновение в брюшную полость. Кроме того, эта область содержит большое число относительно крупных сосудов, ранение которых чревато серьезным кровотечением. Поэтому при отслойке брюшины целесообразно выделить и перевязать нижние эпигастральные и глубокие сосуды, окружающие подвздошную кость. Рассечение и перевязка сосудов обеспечивают необходимый гемостаз и более широкий экстраперитонеальный доступ к тазовым сосудам и лимфоузлам.

Брюшина и тазовые органы оттесняются кнутри тупыми крючками для обнажения группы подвздошных лимфатических узлов. Удаление узлов начинают с рассечения фасции, покрывающей *m. psoas major*. Постепенно, от области разделения общей подвздошной артерии на внутреннюю и наружную, отделяют клетчатку, окружающую подвздошные сосуды. В блок удаляемых

тканей включаются также лимфоузлы запирающего отверстия и узлы, располагающиеся по ходу нижних эпигастральных и глубоких сосудов, окружающих подвздошную кость (рис. 108, а).

На этом заканчивается этап по удалению тазовых лимфоузлов. В рану заводится гемостатическая губка и устанавливается дренажная трубка. Целость передней брюшной стенки восстанавливается путем сшивания краев внутренней косой мышцы, апоневроза наружной косой мышцы живота и паховой связки. Паховую связку, кроме того, целесообразно подшить к гребешковой с тем, чтобы предупредить возможное образование послеоперационных бедренных грыж (рис. 108, б). Кожные края раны сближаются и сшиваются отдельными шелковыми швами. Установленная в забрюшинное пространство дренажная трубка выводится на внутреннюю поверхность бедра через дополнительное кожное отверстие, вокруг которого она фиксируется 1—2 шелковыми швами. Повязка.

Если по техническим причинам не удается осуществить удаление паховых и подвздошных узлов общим блоком, то раздельное их удаление не снижает эффекта радикальности операции.

Кожный разрез при операции пахово-подвздошной лимфаденэктомии производится несколько иначе от операции Дюкена. Вместо продольного разреза в этом случае выполняется разрез, по форме напоминающий веретено, т. е. включающий часть кожного покрова над паховыми лимфоузлами, с тем, чтобы предотвратить возникновение местных рецидивов.

Лучевые методы лечения. Лучевая терапия чаще всего составляет один из этапов комбинированного лечения и используется в качестве предоперационного или послеоперационного облучений. В первом случае лучевая терапия имеет целью уменьшить опухолевый очаг или обеспечить необходимую его подвижность для последующего удаления. Облучение вульвы лучше осуществлять с помощью аппаратов для короткофокусной рентгенотерапии (или телегамматерапии). В этих случаях используется промежуточное поле с наклоном на область опухолевого очага.

Короткофокусная рентгенотерапия проводится обычно при следующих условиях: kV — от 60 до 90; mA — 4—5; фильтр — от 1,0 до 3,0 мм Al или 0,2 мм Cu ; кожно-фокусное расстояние — 5—7,5 см, мощность дозы — от 100 до 300 $P/мин$; разовая доза — 300—500 P ежедневно; поглощенная доза в очаге — не менее 5000 P ; площадь поля облучения выбирается в зависимости от величины опухолевого очага (при использовании короткофокусной телегамматерапии кожно-фокусное расстояние — 6 см; разовая доза — 200—250 $рад$; мощность дозы — 10—15 $рад/мин$).

Достаточность общей дозы на опухолевый очаг уточняется индивидуально. Критерием для окончания облучения служат уменьшение опухолевого очага и приобретение им подвижности, а также выраженность лучевой реакции кожи (образование вуль-

вита), которая начинает появляться уже после подведения (на поверхность) дозы порядка 2500—3000 рад.

Облучение паховых областей ведется одновременно с первичным очагом, однако для этих целей используется обычная телегамматерапия (ГУТ-Со-400, ЛУЧ, Рокус) при следующих условиях: кожно-фокусное расстояние — 35—70 см; мощность дозы — 20—80 рад/мин; разовая доза — 200—300 рад, ежедневно; общая доза на очаг — 2000—2500 рад.

Хирургический этап (одномоментно и двухэтапно) выполняется после стихания местной лучевой реакции кожи, но не ранее 3—4 недель после облучения.

Во втором случае послеоперационное облучение зоны бывшего опухолевого очага и регионарного лимфатического аппарата проводится через 3—4 недели после операции, при окончательном очищении ран и появлении чистых грануляций. Послеоперационное облучение предпринимается для улучшения результатов хирургического вмешательства и с целью предотвращения местных рецидивов опухолевого заболевания. В этих случаях могут использоваться рентгено- и телегаммааппараты для короткофокусного и длиннофокусного облучения. Область бывшего первичного очага целесообразнее облучать с помощью аппаратов для короткофокусной рентгенотерапии (телегамматерапии), а паховые области — длиннофокусной. Условия облучения по существу те же, что и при предоперационном облучении.

Чисто лучевой метод с использованием различных видов и способов облучения очагов предпринимается у больных, у которых исключается применение хирургического этапа в связи со значительной распространенностью процесса или паличием тяжелых сопутствующих заболеваний, усугубляющих риск оперативного вмешательства. В этих случаях может быть использовано внутритканевое облучение первичного очага (радиоактивные иглы, гранулы, коллоидные растворы) в сочетании с дистанционным облучением (рентгено-, телегамматерапия) регионарных областей. При IV стадии рака лучевая терапия носит лишь паллиативный характер.

ГЛАВА 17

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинические особенности заболевания и тактические вопросы терапии рака шейки матки. Рак шейки матки — одно из наиболее частых заболеваний среди прочих злокачественных новообразований жениталий и встречается в большинстве случаев у женщин после 40 лет. Опухоли этой локализации чаще происходят из

плоского эпителия, выстилающего влагалищную часть шейки матки. При этом как ороговевающие, так и неороговевающие формы встречаются одинаково часто. Реже выявляются низкодифференцированные раки. Поскольку цервикальный канал выстлан цилиндрическим эпителием, могут встречаться раки шейки матки (канала) железистого происхождения.

Начальные формы рака протекают без существенной клиники заболевания. В ряде случаев больные могут отмечать появление жидких, бесцветных выделений, пачкающих белье. Однако по мере развития опухолевого процесса выделения приобретают гнойно-кровянистый характер с неприятным и специфическим запахом и нередко раздражают кожу промежности. Значительно реже больные страдают кровотечениями по типу метроррагии. Характерно также появление у больных так называемых контактных кровотечений, возникающих во время или после половых сношений, а также при больших напряжениях и физических усилиях. Для некоторых менструирующих женщин типичны нарушения месячных, которые внезапно приобретают тип меноррагий. Месячные удлиняются, становятся более обильными, чем прежде, и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Для не менструирующих характерно появление кровянистых выделений или даже кровотечений, в большинстве случаев без видимых к тому причин.

Появление болей следует относить к числу признаков, характерных для уже развившегося или запущенного заболевания раком, при котором процесс распространяется за анатомические пределы шейки матки. Вначале опухолью поражаются парацервикальные отделы параметрия или своды влагалища, а затем и пристеночные отделы таза, главным образом за счет метастазирования в лимфоузлы. Реже распространение опухоли происходит в направлении мочевого пузыря или прямой кишки.

Поражение клетчаточных отделов таза в зависимости от характера и преимущественной локализации опухолевой инфильтрации может иметь различную клиническую картину. Прорастание, например, опухоли в боковые отделы таза, как правило, сопровождается болями в нижних отделах живота и паховых областях, а метастазирование в тазовые узлы характеризуется болями в нижних конечностях и пояснице. Инфильтрация предпузырных отделов сопровождается порой тяжелыми дизурическими расстройствами.

Ранние формы рака шейки матки, развившиеся на фоне предопухолевых процессов, не имеют типичных клинических проявлений и в большинстве случаев для своей диагностики требуют применения специальных методов исследования. Более выраженные формы, но очерченные понятием начальных, могут представляться в виде небольших тканевых дефектов слизистой (изъязвлений) или сосочковых разрастаний, легко кровоточащих при исследовании инструментом. В последующем, в процессе раз-

звития опухоли, происходит либо инфильтрация толщи тканей шейки матки, либо опухоль растет наружу, в просвет влагалища, и представляется в виде образования, напоминающего собой «цветную капусту», часто описываемую в учебниках как типичное проявление рака. Во всех случаях распространения процесса влагалищная часть шейки уплотняется, теряет эластичность и деформируется. Ее исследование, даже пальпаторное, как правило, сопровождается кровоотделением.

Значительно труднее распознаются раки цервикального канала, в том числе и те его формы, при которых происходит распространение опухоли на шейку матки. В этих случаях шейка, хотя и увеличивается несколько в размерах, длительное время не изменяет своей обычной конфигурации.

По характеру развития опухолевого процесса с клинической точки зрения можно выделить три формы роста опухоли, несмотря на то, что такое разделение носит чисто формальный характер. Различают экзофитный рак, при котором рост опухоли происходит наружу, в сторону влагалища, затем эндофитный, характеризующийся инфильтрацией и деформацией самой шейки матки, и, наконец, смешанный (экзо-эндофитный), в котором имеются признаки того и другого типов роста опухоли. Обычно последние формы характерны для процессов значительно более распространенных, когда уточнить первичную форму роста не всегда представляется возможным.

Принципы лечения больных раком шейки матки в настоящее время достаточно хорошо разработаны и дают вполне надежные и стойкие результаты. Так, пятилетняя выживаемость при I стадии заболевания в среднем составляет примерно 85%, а при II и III стадиях достигает соответственно 75 и 55%. Выбор метода лечения зависит от клинической формы, стадии заболевания, характера распространенности и морфологических особенностей опухолевого процесса.

В настоящее время используются два метода лечения больных раком шейки матки. Один из них, чисто лучевой, получил название сочетанного, а второй — комбинированного, при котором хирургическое и лучевое лечение составляют отдельные, но обязательные этапы. Следует, однако, отметить, что оба метода не являются конкурентными. Использование каждого из них требует определенных клинических показаний и условий для их реализации. Для установления индивидуальных вариантов опухолевого процесса и клинических особенностей заболевания предложены различные классификации. В их основе могут лежать различные принципы, однако каждая из них описывает признаки, позволяющие обосновать выбор метода лечения. Наибольшее распространение в настоящее время получили две классификации, одна из которых официально принята в нашей стране, а вторая, разработанная и предложенная Международным противораковым союзом, апробируется в ряде стран, в том числе и у нас.

Отечественная классификация

0 стадия — объединяет все процессы шейки матки, которые могут быть отнесены к так называемым *облигатным формам* предрака;

I стадия — *инвазивные формы рака*, ограниченные пределами шейки матки (ее влагалищной частью);

II стадия — имеет три варианта: а) опухолевый процесс, распространяющийся (инфильтрирующий) на боковые отделы параметрия с одной или обеих сторон, но не доходящий до стенок таза (*параметральный вариант*); б) процесс, распространяющийся не выше верхних $\frac{2}{3}$ влагалищной трубки (*влагалищный вариант*); в) — процесс, характеризующийся распространением на тело матки, но без прорастания ее серозного покрова (*маточный вариант*).

III стадия — так же, как и II стадия имеет три аналогичных варианта: а) процесс инфильтрирует параметральные отделы с одной или обеих сторон, но переходит непосредственно на стенки таза (*параметральный вариант*); б) процесс — спускающийся на нижние отделы влагалища (*влагалищный вариант*); в) процесс на шейке матки сочетается с изолированными метастазами в пристеночные лимфоузлы таза с одной или обеих сторон (*регионарный метастатический вариант*).

IV стадия — также имеет три варианта: а) прорастание опухоли в мочевой пузырь, установленное с помощью цистоскопии или наличие пузырно-влагалищного свища (*пузырный вариант*); б) прорастание прямой кишки, установленное с помощью ректоскопии или наличие прямокишечно-влагалищного свища (*ректальный вариант*); в) рак шейки матки с отдаленными метастазами в другие органы (*метастатический вариант*).

Разграничение опухолевого процесса по стадиям, позволяющее оценить распространенность заболевания, носит, однако, условный характер. В практике чаще приходится встречаться со смешанными формами, например влагалищно-параметральным или влагалищно-маточным и другими вариантами. Тем не менее эта классификация позволяет достаточно полно охарактеризовать состояние опухолевого процесса с учетом индивидуальных особенностей заболевания.

Несколько полнее представляется международная классификация, в основе которой лежит принцип оценки опухолевого заболевания по трем клиническим факторам, характеризующим первичный опухолевый очаг (T-tumor), состояние регионарных лимфоузлов (N — nodes), а также наличие или отсутствие метастазов (M — metastases).

Международная классификация по системе TNM

T — первичная опухоль.

T_{is} — все формы преинвазивного рака;

T₁ — процесс, ограниченный пределами влагалищной части шейки матки (причем T_{1a} — преклинический инвазивный рак, T_{1b} — инвазивный рак);

T₂ — процесс, распространяющийся за пределы шейки матки в области боковых отделов параметрия, но без перехода на стенку таза или спускающийся не ниже наружных отделов влагалищной трубки (T_{2a} — процесс, распространяющийся по влагалищной трубке, но без инфильтрации параметральных отделов, T_{2b} — процесс, инфильтрирующий параметральные отделы с поражением влагалища);

T₃ — процесс, распространяющийся в параметральные отделы с переходом на стенки таза или спускающийся на нижние отделы влагалищной трубки;

T_4 — процесс, распространяющийся за пределы малого таза или вовлекающий слизистые оболочки мочевого пузыря или прямой кишки (инфильтрация предпузырной клетчатки с наличием буллезного отека не составляет оснований для оценки процесса как T_4);

N — **регионарные лимфатические узлы.**

N_x — состояние лимфоузлов оценить не представляется возможным;

N_0 — изменения в лимфоузлах не определяются (по данным лимфографии);

N_1 — наличие специфических изменений в лимфоузлах, установленных на основании данных лимфографии.

N_2 — пальпаторно определяемое и несмещаемое уплотнение (образование) на стенке (стенках) таза с наличием свободного пространства между ним и первичным очагом (опухолью шейки матки);

M — **отдаленные метастазы.**

M_0 — признаков (на основании клинического обследования) отдаленных метастазов не выявляется;

M_1 — имеются отдаленные метастазы в другие органы, в том числе и в лимфоузлах выше разделения общих подвздошных артерий и бифуркации аорты.

На основании изучения отдаленных результатов по лечению больных раком шейки матки различными методами выработались определенные показания к их выбору и соответствующим образом оценены терапевтические возможности каждого из них. Например, комбинированный метод оказался предпочтительным для лечения молодых женщин, имеющих ограниченные формы рака, не распространяющегося за пределы матки (I стадия; $T_1N_0M_0$). В ряде случаев использование комбинированного метода допустимо при процессах, больших чем I стадия, но сочетающихся с беременностью, прерывание которой должно быть осуществлено путем кесарева сечения, или с воспалительными заболеваниями придатков матки (острых, подострых), исключающих применение лучевых методов лечения (II стадия маточного варианта или влагалищного варианта, ограниченного поражением лишь ближайших отделов сводов; $T_{2a}N_0M_0$). Во всех остальных случаях, в том числе и при I стадии заболевания, у женщин старше 40 лет предпочтительнее пользоваться сочетанным лучевым методом (внутриполостное и дистанционное облучение), обеспечивающим достаточно высокий процент стойкого излечения. Лечение хирургическим методом распространенных форм рака (более чем I стадия) даже при технически совершенном выполнении радикального объема вмешательства, как правило, ведет к возникновению рецидивов заболевания (чаще местных) уже в течение первого года наблюдения. По-видимому, это обстоятельство связано с невозможностью выполнить основное правило онкологии — оперировать в пределах здоровых тканей, трудно осуществляемое в условиях пространственных ограничений, имеющих в малом тазу. Поэтому при хирургической обработке параметральных отделов и освобождении верхних отделов влагалищной трубки всегда имеется опасность контакта со специфически измененными тканями, хотя и без видимых признаков опухолевого поражения.

Учитывая высокие терапевтические возможности лучевой терапии, их относительную атравматичность, а также меньший круг противопоказаний к их реализации, лучевые методы следует отнести к числу основных лечебных мероприятий, предпринимаемых по поводу рака шейки матки всех стадий заболевания.

Операций, предусматривающих радикальный объем вмешательства, разработано достаточно много. Каждая из них отличается в основном шириной удаления лимфатического аппарата малого таза. Наряду с разумным и технически обоснованным объемом хирургического вмешательства, в разное время предлагались и более широкие операции, например типа экзентерации таза, или операции, предусматривающие резекции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки, пересадки мочеточников), выполнение которых вряд ли можно признать оправданным. Дело в том, что подобные операции, помимо технической сложности, как правило, связаны с обширной травмой тканей и органов, а также тяжелыми реакциями организма, приводящими к инвалидизации больных в последующем. Нужно отметить также, что поскольку подобные операции предпринимаются по поводу более распространенных опухолевых процессов, результаты их оказываются весьма ненадежными и большинство больных погибает в первые 1,5-2 года в результате рецидивов заболевания или тяжелых осложнений, главным образом, со стороны мочевыделительной системы.

Поэтому в настоящем разделе рассматривается вариант расширенной экстирпации матки с придатками, который наиболее полно удовлетворяет основной задаче хирургического этапа лечения, отработанный и описанный А. Б. Деражне¹. Основные принципы его предусматривают радикальный и, вместе с тем, вполне разумный объем хирургического вмешательства. Ниже рассматривается техника этой операции с модификациями некоторых ее этапов.

Расширенная экстирпация матки с придатками (*хирургический этап комбинированного метода лечения*). Расширенная экстирпация матки с придатками представляет собой одно из наиболее трудоемких и сложных оперативных вмешательств в гинекологии. Как указывалось выше, производится она при начальных формах рака шейки матки (I стадия). Такой объем хирургического вмешательства определяется необходимостью удаления не только первичного опухолевого очага, но и всех путей возможного метастазирования вместе с лимфатическими узлами таза.

На операционном столе больная укладывается в положении на спине с несколько опущенным головным концом и слегка согнутыми в коленях конечностями. Такое положение обеспечивает хороший доступ к глубоким отделам малого таза и более совершенное отграничение кишечника от операционной области. Перед операцией, после обработки влагалища спиртом и йодом, в него заво-

¹ Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З. Атлас гинекологических операций. Л., 1973.

дится марлевый тампон, конец которого оставляется снаружи. На время операции в мочевого пузырь устанавливается катетер, который соединяется с системой отвода мочи. Брюшную полость предпочтительно вскрыть поперечным надлобковым разрезом по Черни. Многие хирурги пользуются также нижним срединным разрезом, продлевая его слева в обход пупка. После вскрытия брюшной полости и отграничения кишечника оценивается состояние органов малого таза. Тщательному осмотру подлежат матка, придатки, параметральные отделы, крестцово-маточные связки, а также области стенок таза; при необходимости разъединяются спайки и сращения. Такая оценка операционной ситуации необходима для исключения возможных противопоказаний к расширенной экстирпации матки.

На боковые отделы матки, параллельно ее ребрам, накладываются два больших прямых зажима, в которые захватываются круглые связки, трубы, собственные связки яичников и прилегающие к матке отделы широких связок. Зажимы связываются марлевой полоской, проведенной через отверстие браншей. Во время операции эти зажимы обеспечивают необходимое перемещение матки. Выполнение операции лучше начинать с правой стороны, так как обычно хирург располагается слева от больной. Вначале между зажимами пересекаются и перевязываются кетгутом воронко-тазовая и круглая связки справа. Этот этап легче выполнить, если матку за зажимы отвести влево и несколько вперед. При наложении зажимов на воронко-тазовую связку следует обращать особое внимание на возможность случайного пережатия проходящего по заднему листку широкой связки мочеточника. Положение его в ряде случаев можно проследить по заднему листку брюшины, где он просвечивает в виде перистальтирующего таяка.

Брюшина переднего листка широкой связки надсекается между культиями воронко-тазовой и круглой связки. Затем указательными пальцами обеих рук широко раскрывается параметрий, в котором обнажается клетчатка пристепочного отдела таза. Одно из зеркал, лучше длинное, заводится под культю правой воронко-тазовой связки, а узкий влагалищный подъемник — под культю круглой. Зеркала разводятся кверху и книзу. Этим приемом широко открывается область расположения наружной подвздошной артерии и вены, подчревная и общая подвздошная артерии, а также клетчатка бокового отдела таза с лимфатическими узлами (рис. 109, а). С этого момента приступают к одной из основных и наиболее сложных задач операции — удалению лимфатических узлов вместе с клетчаткой параметрия. Наиболее удобно и целесообразно этот этап выполнить так, как рекомендуют А. И. Серебров и А. А. Габелов.

Анатомическим пинцетом рыхлая клетчатка над наружной подвздошной артерией приподнимается, и надсекается влагалище сосудов таза. Дальше артерия и располагающаяся под ней под-

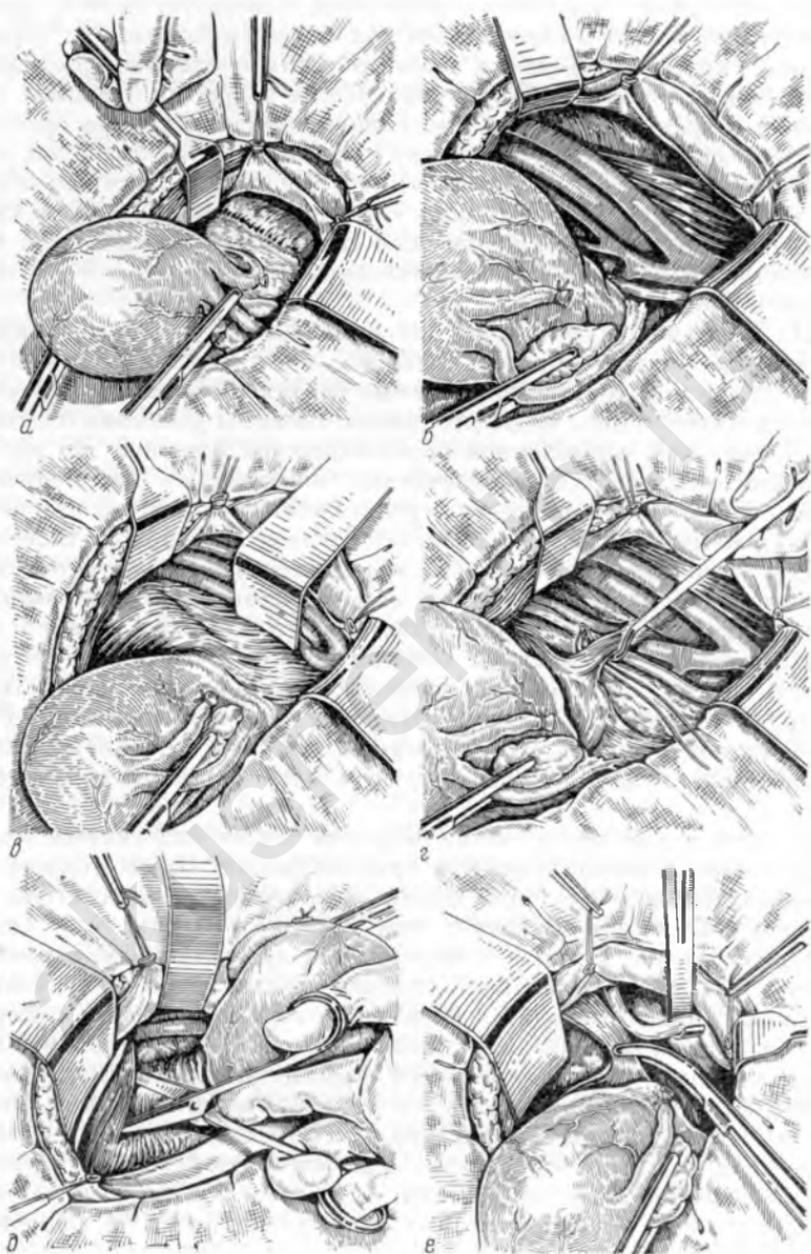


Рис 109

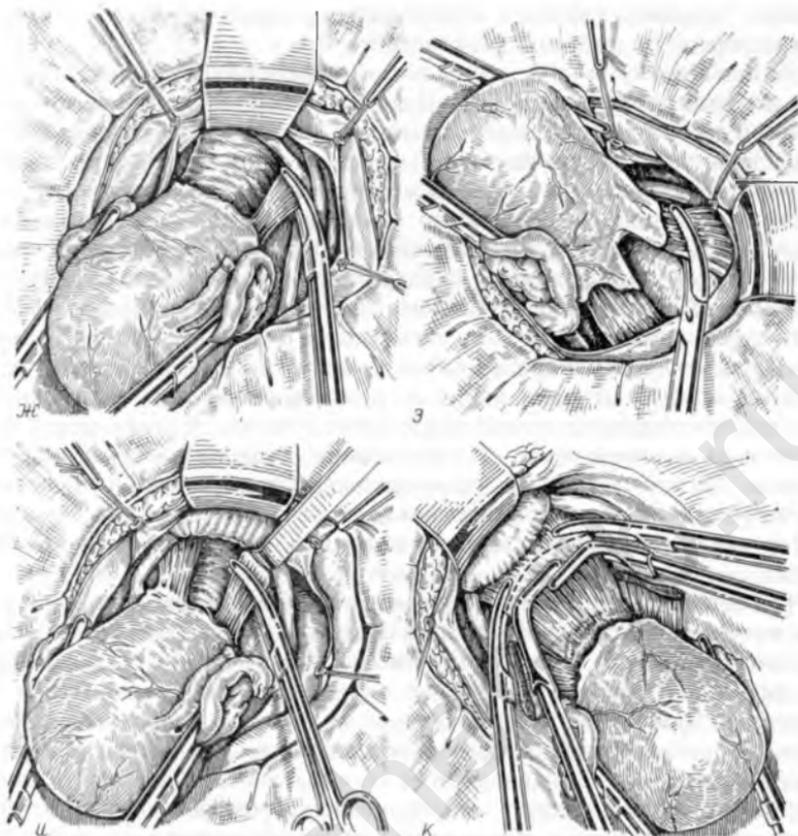


Рис. 109. Операция расширенной экстирпации матки с придатками по поводу рака шейки матки.

а — область расположения сосудов таза и клетчатки; *б* — обнаженные сосуды таза после снятия клетчаточного пласта; *в* — освобождение запирающей ямки; *г* — подведение лигатуры под маточные сосуды; *д* — отделение мочевого пузыря от верхних отделов влагалища; *е* — пересечение правой пузырно-маточной связки; *ж* — пересечение пузырно-маточно-влагалищной связки; *з* — наложение зажимов на крестцово-маточные связки; *и* — отделение боковых частей параметрия и паракольпия; *к* — наложение зажимов на влагалищную трубку.

вздошная вена оголяются снятием пласта клетчатки с лимфоузлами. Удаление клетчатки производится по направлению внутри и книзу до области внутреннего отверстия пахового канала. Кверху клетчатка снимается до середины общей подвздошной артерии, а внутри — до освобождения области отхождения подчревной артерии от внутренней подвздошной. Выделенный таким образом клетчаточный пласт отводится в сторону матки или, как рекомендуют некоторые специалисты (И. Л. Брауде, А. Б. Деражне), отсекается в области мочевого пузыря для отдельного гистологического исследования. По завершении этого этапа обнажается вся область расположения крупных сосудов таза (рис. 109, б). Одновременно

следует удалить также и лимфоузлы, расположенные за наружной и общей подвздошной артериями.

Затем приступают к выделению и удалению группы лимфоузлов из запирающей ямки. Для этого зеркало перемещается к нижнему краю раны и с его помощью наружные подвздошные сосуды отводятся к стенке таза. Оттесняя вену в сторону, следует стараться не повредить ее краем зеркала. От ниже-заднего края вены клетчатка с лимфоузлами приподнимается длинным анатомическим пинцетом и отделяется от сосудов изогнутыми ножницами. В этом отделе в виде белого тяжа проходит запирающий нерв, который, как и расположенные здесь артерии и вена, необходимо тщательно оберегать от возможного ранения. Удаление всего пласта клетчатки совершается по направлению к тазовому дну до уровня верхних отделов мышцы, поднимающей задний проход, и седалищно-прямокишечной ямки (рис. 109, в). В этом месте расположены тазовые вены, отличающиеся значительной вариабельностью. Во избежание их ранения следует обращать особое внимание на возможность существования анастомозов между наружной и внутренней подвздошной венами или удвоения подчревной вены.

Следующий этап операции связан с выделением нижних отделов мочеточника и перевязкой маточных сосудов. Мочеточник при подходе к боковым отделам матки располагается по заднему листку широкой маточной связки, где он вступает в боковой отдел параметрия. Здесь мочеточник следует отделить от заднего листка и выделить затем на всем протяжении до места пересечения его с маточными сосудами. Необходимо обращать внимание на то, чтобы при выделении вокруг мочеточника оставалось некоторое количество клетчатки, так как его оголение нередко ведет к нарушению питания тканей и возникновению тяжелых осложнений. С помощью иглы Дешана между мочеточником, расположенным ниже, и сосудистым пучком проводится кетгутовая и шелковая лигатуры (рис. 109, г). Шелковая лигатура смещается ближе к матке и тотчас завязывается. Кетгутовая же лигатура завязывается кнаружи от мочеточника, и концы ее отрезаются. Маточные сосуды пересекаются между лигатурами.

По завершении этих этапов приступают к обработке другой стороны, повторяя уже описанные моменты операции.

После того, как с обеих сторон будут пересечены маточные сосуды, вскрывается пузырно-маточная складка брюшины и мочевого пузыря отделяется от матки. Для облегчения выполнения этого этапа матку следует подтянуть кверху, а культы круглых связок растянуть в стороны. Отделение пузыря в целях абластики лучше производить острым путем. С этой целью между пузырем и шейкой матки по средней линии заводятся сомкнутые тупоконечные ножницы вогнутостью кпереди. В глубине раны бранши ножниц осторожно раздвигаются и в раскрытом виде выводятся наружу (рис. 109, д). Этим приемом, предложенным А. И. Сереб-

ровым, мочевой пузырь отделяется от шейки матки и верхних отделов влагалища и остается связанным с боков с маткой пузырно-маточными связками. Затем матка отводится влево и кзади, а мочевой пузырь с помощью широкого зеркала поднимается кпереди (к лопу). Между пузырем и маткой натягиваются ткани, включающие венозные сосуды пузырно-маточного сплетения. Вначале на правую связку, а затем и левую накладываются зажимы, связки рассекаются, и зажимы у пузыря заменяются кетгутowymi лигатурами (рис. 109, е). С этого момента приступают к выделению мочеточников на остальном участке до места впадения их в мочевой пузырь: сначала справа, потом слева. Ножницами пересекаются идущие от матки к стенке таза волокна кардинальной связки, в результате чего, как бы из туннеля, высвобождается мочеточник с одной стороны, а затем и с другой. После рассечения кардинальных связок мочеточники легко выделяются до места их впадения в мочевой пузырь. После выделения устьев мочеточников мочевой пузырь остается связанным с маткой и верхними отделами влагалища только за счет пузырно-маточно-влагалищных связок, в которых проходят основные стволы венозного сплетения. Связки пересекаются и обязательно лигируются, так как в противном случае может возникнуть значительное, трудно останавливаемое кровотечение (рис. 109, ж). Верхние отделы влагалища спереди оказываются полностью мобилизованными.

Следующий этап операции состоит в отделении прямой кишки от задней стенки влагалища и пересечении крестцово-маточных связок. Для этой цели матка за зажимы подтягивается кверху и к лопу, а прямая кишка, захваченная марлевой салфеткой, поднимается к мысу крестца. После обнажения заднего свода брюшина рассекается в поперечном направлении ножницами по его дну. Задняя стенка влагалища отделяется от прямой кишки пальцами правой руки, затем одна, а потом другая крестцово-маточные связки — от кардинальных и боковых отделов параметрия. Сначала на правую, а затем на левую крестцово-маточные связки накладываются изогнутые, достаточно жесткие зажимы (рис. 109, з). Связки пересекаются, а их культы обшиваются. Пересечение крестцово-маточных связок следует выполнять особенно осторожно с тем, чтобы в зажимы не попали мочеточники, которые, хотя уже и выделены, по располагаются в области задних листов широкой связки. После пересечения крестцово-маточных связок матка приобретает еще большую подвижность и легко выводится в рану. Теперь приступают к завершающему этапу — удалению матки с верхней третью влагалища, придатками и освобожденными клетчаточными пластами параметрия. Из влагалища за корнцанг извлекается заведенный перед операцией марлевый тампон. Матка подтягивается кверху, и производится окончательное отделение мочевого пузыря от передней стенки влагалища путем рассечения отдельных мышечных волокон, соединяющих пузырь с влагалищем. Матку отводят сначала влево для пересе-

чения и перевязки боковых отделов правого параметрия и паракольпия. Для этого мочеточник отводится кнаружи, а на пласты клетчатки, возможно ближе к стенке таза, накладывается изогнутый зажим, над которым клетчатка пересекается и лигируется (рис. 109, и). Аналогично обрабатываются левые отделы паракольпия и параметрия. В результате этих приемов матка остается связанной только с влагалищной трубкой и полностью выводится из малого таза. Перед отсечением матки на влагалище, между средней и верхней третью, навстречу друг другу накладываются изогнутые зажимы или специальные жомы Вертгейма. Одновременно с этим мы рекомендуем наложить на боковые отделы влагалища несколько ниже первых, примерно на уровне средней трети, дополнительные зажимы для удержания будущей культи влагалища и предотвращения возможного кровотечения (рис. 109, ж). Влагалище пересекается между верхними и нижними зажимами, и матка общим блоком удаляется. Передний и задний края культи влагалища захватываются зажимами Микулича, а в его просвет заводится полоска марли, смоченная йодом.

Культи влагалища по периметру обшиваются отдельными кетгутовыми швами таким образом, чтобы их узлы были обращены в просвет влагалища. Влагалище, таким образом, оставляется открытым с тем, чтобы обеспечить отток раневого содержимого из параметральных отделов. К переднему краю культи влагалища 2—3 швами подшивается брюшина мочевого пузыря. Аналогично к заднему краю культи подшиваются культи крестцово-маточных связок и брюшина прямой кишки. Этими швами как бы окаймляется просвет влагалища.

Затем производится лицевая перитонизация непрерывным кетгутовым швом, начиная от культи воронко-тазовой и круглой связок справа до конца разреза брюшины слева. В результате такой перитонизации культи связок оказываются погруженными между листками широкой связки, а просвет влагалища — открытым за счет переднего и заднего листков брюшины.

Во влагалище, как рекомендует А. Б. Деражне, могут быть выведены полиэтиленовые трубки, центральные концы которых устанавливаются в боковые параметральные отделы для обеспечения стока и последующего введения антибиотиков. Трубки снаружи фиксируются кетгутовыми лигатурами, наложенными на боковые стенки влагалища в его нижнем отделе.

Брюшная рана ушивается послойно, наглухо; из влагалища удаляется марлевая турунда, а из мочевого пузыря — катетер. В случае возникших конфликтов с органами мочевого выведения катетер оставляется в пузыре на период, необходимый для ликвидации осложнений.

В послеоперационном периоде в связи с обширностью вмешательства и неизбежной травматизацией тканей следует проявить своевременную заботу по предупреждению развития ацидоза, пареза кишечника и инфекции.

Послеоперационное и предоперационное облучение больных (лучевой этап комбинированного метода лечения). В этих случаях лучевая терапия предпринимается как обязательное мероприятие общего плана лечения больных после хирургического этапа, либо осуществляется перед операцией по определенным медицинским показаниям. Послеоперационное облучение области малого таза направлено на закрепление эффекта, достигнутого в результате оперативного вмешательства для предотвращения развития локальных рецидивов заболевания. Предоперационное облучение имеет целью обеспечить уменьшение опухолевого очага и создание подвижности органа для выполнения последующего хирургического этапа, особенно в тех случаях, когда состояние области шейки матки представляет технические затруднения для подхода к ней и оперативного удаления.

Послеоперационное облучение ведется с помощью дистанционных источников, обладающих значительными энергетическими ресурсами. Чаще всего используется глубокая телегамматерапия с помощью аппаратов с большим зарядом (ЛУЧ, Рокус) или жесткое тормозное излучение, генерируемое линейными ускорителями электронов, бетатронами и другими установками. Применение источников высоких энергий предпочтительнее аппаратов для глубокой ортовольтовой рентгенотерапии, так как у высокоэнергетических источников более выгодное процентно-глубинное соотношение доз, чем у рентгеновских аппаратов, работающих в килловольтном режиме. Послеоперационное облучение области малого таза проводится с таким расчетом, чтобы за курс лечения на уровне залегания культей была бы создана доза порядка 3,0—3,5 крад (3000—3500 рад). Облучение может быть осуществлено в статическом или подвижном режимах. Статическое облучение области малого таза может осуществляться с 4 полей (2 подвздошных и 2 крестцово-ягодичных) или 2 больших противолежащих (подвздошного и ягодично-крестцового) полей. Облучение в подвижном режиме осуществляется с двух центров качания, причем, учитывая особенности анатомического строения таза, для создания необходимой дозы в его пристеночных отделах расстояние между центрами качания не должно превышать 6—8 см, при угле качания источника $\pm 90^\circ$.

Выбор площади и формы полей облучения зависит от индивидуальных особенностей таза. Обычно с помощью специального рентгенографического и биометрического обследования больных (тазовой области) поля облучения подбираются таким образом, чтобы в зону облучения попали все анатомические структуры, заинтересованные в опухолевом процессе: области запирательных ямок с обеих сторон, оставшаяся культя влагалища, параметральные отделы, в том числе и нижняя зона под бифуркацией аорты. При истрехпольном облучении области таза чаще всего приходится использовать поля, размерами 10×15 см, реже 8×12 см (рис. 110, а), а при двупольном — 12×14 см или 14×14 см (рис. 110, б). Значительно реже приходится применять поля больших или меньших размеров. Обычно в сечении выбранных лучом излучения попадают все структуры малого таза, подлежащие облучению (рис. 110, в). Облучение больших ведется ежедневно (5 раз в

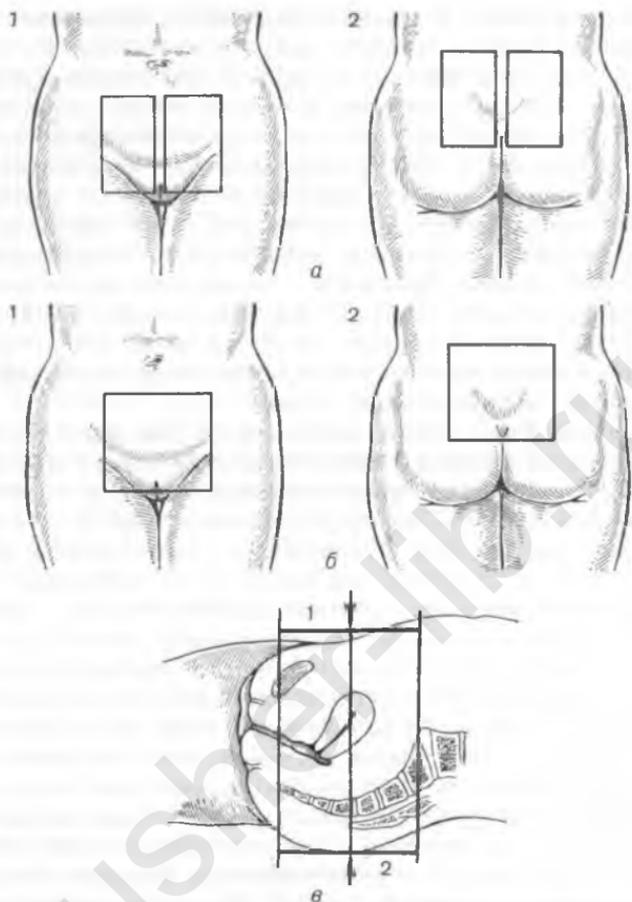


Рис. 110. Схематическое изображение размещения различных полей для послеоперационного облучения области малого таза.

a — размещение полей при четырехпольном облучении: 1 — два подвздошных спереди, 2 — два ягодично-крестцовых сзади; *б* — размещение полей при двухпольном облучении: 1 — спереди, 2 — сзади; *в* — направление пучков излучения (вид сбоку) при облучении большой спереди (1) и сзади (2).

неделю) с одного поля при двухпольном и с двух полей (передних или задних) при четырехпольном облучении. Разовая (экспозиционная) доза должна составлять 250—300 рад. Число сеансов облучения зависит от заданной дозы на уровне интереса (в данном случае культи) и характера изодозного распределения у выбранного пучка. При использовании обычных аппаратов для глубокой телегамматерапии (ЛУЧ, Рокус), достижение заданной дозы на глубине (3,0—3,5 крад) при средних размерах таза обеспечивается за 18—20 сеансов облучения (при двухпольном облучении такого же числа полей), а при четырехпольном облучении 36—40 полей. При использовании тормозного излучения (ускорителей, бетатронов) количество полей облучения для достижения заданного дозового уровня будет зависеть от энергии источника и характера смещения максимума ионизации в глубину тканей.

Применение для этих целей глубокой рентгенотерапии (ортовольтовой) менее целесообразно, так как достижение такой же дозы на глубине залегания тканей — задача почти невыполнимая в связи с возникновением тяжелых кожных реакций. В этих случаях приходится ограничиваться наименьшей дозой на глубине порядка 2500—2800 P.

Предоперационное облучение (дистанционное) больных раком шейки матки по существу ни по методике, ни по технике не отличается от послеоперационного, однако по величине общая поглощенная доза в опухолевом очаге не должна превышать уровня 3,0 крад (3000 рад). Подведение доз более высокого порядка обычно создает серьезные технические затруднения при выполнении хирургического этапа лечения. Послеоперационное облучение больных при нормально протекающем послеоперационном периоде и отсутствии осложнений со стороны мочевыделительных органов целесообразно начинать в период между третьей и четвертой неделями. После предоперационного облучения хирургический этап предпринимается через 14—20 дней. Оперативное вмешательство, выполняемое в более поздние сроки после облучения, может встретить технические трудности, обусловленные образованием спаек, а также склерозированием клетчатки таза.

Сочетанная лучевая терапия. Подробное рассмотрение метода сочетанной лучевой терапии больных раком шейки матки не входит в задачу настоящего руководства, так как он достаточно сложен и требует специальных знаний клинической радиологии. Однако необходимость ознакомления гинекологов общего профиля с основными принципами метода продиктована обстоятельствами, в силу которых нередко приходится отказываться от хирургического лечения в пользу чисто лучевого.

Метод сочетанной лучевой терапии включает два вида облучений и реже — больше. Обычно используют сочетание описанного выше дистанционного облучения области малого таза с внутритростной кюритерапией (внутринолостное облучение), основной задачей которой является непосредственное (контактное) воздействие на первичный опухолевый очаг. Естественно, что суммарные поглощенные дозы в опухолевых очагах при использовании сочетанного метода значительно выше доз, которые создаются при послеоперационном или предоперационном облучениях. В этих случаях, в зависимости от распространенности опухолевого процесса и преимущественности поражения тех или иных отделов таза, суммарные дозы в первичном опухолевом очаге шейки матки (точки А и А₁), должны составлять в среднем от 7,5 до 9,0 крад, а в пристеночных отделах, в областях расположения регионарного лимфатического аппарата (точки В и В₁), — порядка 5,5—6,0 крад.

Применение сочетанного метода лучевого лечения требует строгого учета индивидуальных проявлений заболевания, конституциональных особенностей строения тазовой области, а также выраженности развития мышечного аппарата и жирового слоя.

Поэтому программы лучевого лечения составляются индивидуально для каждой больной, что входит в систему так называемой предлучевой подготовки больных.

Все виды лучевой терапии (предоперационное, послеоперационное облучения, сочетанное лучевое лечение) нередко сопровождаются возникновением специфических реакций организма, а в ряде случаев и лучевых повреждений тканей. Осложнения этого порядка принято делить на общие и местные.

К числу общих относят специфические проявления, характеризующиеся потерей аппетита, извращением вкуса, нарушением сна, падением артериального давления, тахикардией и другими признаками. В большинстве случаев эти нарушения обратимы и при прекращении облучения купируются без специального лечения. В более выраженных случаях у больных могут наблюдаться нарушения системы кроветворения в виде угнетения лейко- и тромбоцитопоза, а также со стороны функции кишечника (диарея).

К числу местных реакций, (повреждений) в первую очередь следует отнести нарушения со стороны прямой кишки, получившие название лучевых ректитов и мочевого пузыря — лучевых циститов. Реже встречаются другие повреждения (эпителииты и дерматиты), не имеющие самостоятельного клинического значения. Местные повреждения носят обратимый характер, но требуют специального предупреждения и при необходимости лечения.

ГЛАВА 18

КОМБИНИРОВАННЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТЕЛА МАТКИ

Общие клинические вопросы. К числу опухолей этой локализации в первую очередь следует отнести рак эндометрия, который по частоте занимает третье место (после рака шейки матки и яичников) и встречается примерно в 10% случаев по отношению ко всем злокачественным новообразованиям гениталий. Значительно реже приходится иметь дело с хорионэпителиомой и саркомой матки. Если рак эндометрия характерен, как правило, для женщин, находящихся в менопаузальном периоде и встречается в возрасте старше 50 лет, то саркомами матки болеют женщины всех возрастов, но преимущественно после 40 лет. Несколько иначе обстоит дело с хорионэпителиомой матки. Это заболевание, составляя определенную редкость (около 2% по отношению ко всем заболеваниям гениталий), встречается в основном у женщин детородного возраста после или в связи с патологическим развитием беременности, а также после пузырного заноса. Значительно реже хорионэпителиома поражает женщин в менопаузальном периоде, спустя длительное время после имевшей место беременности, даже протекавшей без осложнений.

Большинство злокачественных новообразований тела матки развиваются на фоне различных гормональных перестроек. Рак эндометрия, например, часто сочетается с диабетом и другими эндокринными заболеваниями. Это обстоятельство обуславливает возможность использования, помимо хирургических методов лечения, гормональных и цитостатических препаратов, обеспечивающих длительное благополучие больных. Использование различных по терапевтическому воздействию мероприятий относят к системе комплексного лечения больных.

Комбинированное и комплексное лечение больных раком эндометрия. Рак эндометрия развивается из слизистой матки, чаще всего на фоне различных гиперпластических процессов, не свойственных по времени возникновения возрасту больных. К числу подобных, потенциально опасных состояний эндометрия, относят железисто-кистозную гиперплазию, полипоз (запущенная форма гиперплазии), а также аденоматоз. Своевременное обнаружение и лечение подобных нарушений, особенно у женщин в периоде менопаузы, позволяет предупредить развитие рака. Часто развитие гиперпластических процессов в эндометрии сочетается с текоматозом яичников, нередко связанным с их склеро-кистозной дегенерацией. Последняя нередко ведет к развитию пролифератов в молочной железе и мышце матки (фиброматоз, фибромиома). Именно эти нарушения для определенного контингента больных объединяются понятием группы повышенного риска.

Для рака эндометрия патогномично возникновение маточных кровотечений, характер которых зависит от клинических проявлений заболевания и возраста больных. Менструирующие женщины чаще всего отмечают появление кровоотделений в периоды между месячными (метроррагия), причем большинство из них это состояние трактуют как нарушение частоты месячных. В других случаях кровотечения приобретают характер меноррагии, при этом больные говорят об усилении и удлинении менструаций, с сокращением промежутка между месячными. Во всех случаях такого кровотечения диагноз рака эндометрия не всегда очевиден, так как подобную клиническую картину могут иметь и другие заболевания гениталий, не имеющие опухолевой природы, например развивающиеся на фоне различных возрастных нарушений, в том числе и гормональной функции гонад, фибромиомах матки, некоторых торпидно протекающих воспалительных процессах и др. Значительно проще обстоит дело с женщинами, находящимися в менопаузе, так как появление маточных кровотечений или кровоотделения чаще всего связано с опухолевой трансформацией эндометрия. Поэтому во всех подозрительных случаях диагноз рака эндометрия должен быть подтвержден гистологическим исследованием соскоба.

Из числа других симптомов, однако менее характерных, следует назвать появление гнойных или серозно-гнойных выделений и болевых ощущений. Выделения воспалительного характера

могут быть связаны с возрастной миометрией у пожилых женщин и эндометритом у женщин менструирующих. Болевой синдром относится к числу симптомов, характерных для уже развившихся процессов, связанных с увеличением органа и сдавлением нервных сплетений или специфическим поражением лимфатических узлов таза. Реже боли возникают при задержке оттока из полости матки (крови, воспалительного и тканевого содержимого) в связи с облитерацией верхних отделов цервикального канала.

При обследовании больных, имеющих начальные формы рака эндометрия, редко выявляются увеличение матки и другие местные признаки заболевания. Увеличение органа, а также потеря им подвижности характерны для процессов более развитых, сопровождающихся накоплением в полости матки опухолевых масс, крови и воспалительного экссудата. В этих случаях матка увеличена в размерах, имеет округлую форму, дряблую консистенцию и некоторое ограничение в подвижности.

Чаще всего рак эндометрия развивается в верхних отделах полости матки. Распространение опухоли, наряду с прорастанием мышцы матки и серозного покрова, нередко может происходить в направлении маточных труб и яичников с обсеменением брюшины. В этих случаях процесс метастазирует в поясничные и парааортальные лимфатические узлы. Реже опухолевый процесс локализуется в нижних отделах полости матки, распространяясь на цервикальный канал. В этом варианте метастазирование рака происходит по тем же путям, что и при раке шейки матки (в подвздошные, подчревные и запирательные лимфатические узлы). Разделение процесса по характеру метастазирования носит, однако, чисто условный характер, так как в независимости от локализации опухолевого процесса, примерно в 15—20% случаев, обнаруживают поражение лимфатических узлов таза. Это обстоятельство, установленное в последние годы (Я. В. Бохман), дало основание к пересмотру позиций в отношении объема хирургического вмешательства при раке эндометрия и обоснованному его расширению за счет тазовой лимфаденоэктомии. Для рака эндометрия характерны отдаленные метастазы (гематогенного происхождения) в другие органы, чаще легкие и кости.

В выборе оптимальных терапевтических мероприятий при раке эндометрия существенное значение имеют классификации, на основании которых могут быть сформулированы показания и противопоказания к тому или иному методу лечения.

Отечественная классификация

I стадия — опухолевый процесс строго ограничен пределами эндометрия;

II стадия — имеет три варианта: а) процесс, прорастающий миометрий, б) имеется опухолевая инфильтрация клетчатки параметрия на одной или с обеих сторон, но без перехода на стенки таза, в) процесс, распространяющийся на шейку матки.

III стадия — также имеет три варианта: а) имеется опухолевая инфильтрация клетчатки параметрия с одной или обеих сторон с переходом на

стенки таза; б) процесс, характеризующийся метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов, придатков матки или влагалища; в) процесс, распространяющийся (прорастающий) на серозный покров матки, но без поражения соседних органов.

IV стадия — имеет два варианта: а) процесс, характеризующийся прорастанием серозного покрова матки и одновременным поражением мочевого пузыря, прямой кишки или других отделов кишечника; б) процесс, характеризующийся метастазами в другие (отдаленные) органы.

Примерно те же признаки протяженности опухолевого процесса учитываются классификацией, предложенной Международным противораковым союзом, по трем факторам (TNM).

Международная классификация

T — первичная опухоль.

T_{1s} — все формы инвазивного рака.

T₁ — процесс, ограниченный телом матки (причем T_{1a} — без расширения полости матки, T_{1b} — с ее расширением).

T₂ — процесс, распространяющийся на шейку матки.

T₃ — процесс, распространяющийся за пределы матки, но не выходящий из полости малого таза.

T₄ — процесс, распространяющийся за пределы малого таза или прорастающий мочевой пузырь или прямую кишку.

N — регионарные лимфатические узлы.

N_x — состояние лимфатических узлов установить невозможно.

N₀ — изменения в лимфоузлах (по данным лимфографии) отсутствуют.

N₁ — обнаруживаются специфические изменения в лимфоузлах (по данным лимфографии).

M — метастазы.

M₁ — отдаленные метастазы отсутствуют.

M₁ — имеются отдаленные метастазы, включая поражение паховых лимфатических узлов.

На основе рассмотренных классификационных особенностей опухолевого процесса может быть сделан обоснованный выбор комплекса лечебных мероприятий, к числу которых относятся комбинированный метод, сочетанное лучевое лечение, а также и гормонотерапия.

Хирургический этап комбинированного лечения больных раком тела матки. Реализация оперативного вмешательства в ряде случаев встречает серьезные затруднения, так как рак эндометрия чаще наблюдается у женщины пожилого возраста, нередко отягощенных тяжелой возрастной патологией. Это обстоятельство, даже при ограниченных процессах, нередко ставит перед необходимостью отказа от радикального объема или побуждает идти на заведомо меньший объем хирургического вмешательства. Так, например, при процессах больших, чем I стадия (II стадия, вариант (а), T₁N₀M₀), приходится ограничиваться обычной абдоминальной экстирпацией матки с придатками без лимфаденэктомии. Трудности в осуществлении лечения таких больных усугубляются еще и тем, что имеющий железистое происхождение рак эндометрия обладает меньшей радиочувствительностью, чем опухоли, развивающиеся из плоского эпителия. Проведение лучевой терапии, кроме того, часто может встречать трудности и при введении

излучающих систем в полость матки из-за возрастной атрофии половых органов.

Расширенный объем хирургического вмешательства (с тазовой лимфаденэктомией) может быть предпринят лишь у ограниченного контингента больных, главным образом относительно молодых женщин, не имеющих серьезных противопоказаний к операции со стороны других органов и систем. При хирургическом лечении должны учитываться также и особенности процесса, его распространенность и форма роста опухоли. Опыт свидетельствует о том, что хорошие результаты операции наблюдаются при процессах, ограниченных полостью (телом) матки и цервикальным каналом, а также при процессах, инфильтрирующих миометрий, но не прорастающих серозные покровы матки (стадии I; II (а); $T_1N_0M_0$; $T_{1a}(T_{1b})N_0M_0$; $T_2N_0M_0$).

В ряде случаев может быть допущен меньший объем хирургического вмешательства по типу обычной экстирпации матки с придатками, главным образом у больных, требующих бережного отношения в связи с имеющимися ограничениями со стороны общего здоровья. К числу опухолевых процессов, которые могут быть включены в категорию заболеваний, подлежащих хирургическому лечению в меньшем объеме (без лимфаденэктомии), следует отнести рак, ограниченный только телом матки I и II (а) стадии; T_{1s} ; $T_1(T_{1a}, T_{1b})N_0M_0$. Во всех остальных случаях следует использовать сочетанное лучевое лечение или комплексное, предусматривающее, кроме лучевых методов, применение в течение длительного времени прогестагенов.

Тазовая лимфаденэктомия при экстирпации матки с придатками по поводу рака эндометрия выполняется в основном по такому же принципу, что и при раке шейки матки. Ниже рассмотрена техника абдоминальной экстирпации матки с придатками (без лимфаденэктомии).

Операция экстирпации матки с придатками. После вскрытия брюшной полости (разрезом по Черни, нижним срединным) и отграничения петель кишечника матка захватывается двумя прямыми зажимами, накладываемыми на широкие связки у ее ребер. В зажимы попадают круглые связки, трубы и собственные связки яичников. Оба зажима связываются за бранши марлевой полоской. Затем накладываются зажимы на круглые и воронко-тазовые связки с обеих сторон. Использовать контржелезы в этих случаях нет необходимости, так как их функции выполняют зажимы, наложенные на боковые отделы матки (рис. 111, а). Связки пересекаются, а культя обшивается кетгутowymi лигатурами.

Следующий этап состоит в освобождении нижних отделов матки (ее влагалищной части). Для этого культя круглых связок разводятся за лигатуры в стороны, а передний листок брюшины вскрывается в продольном направлении по пузырно-маточной складке. Острым путем мочевого пузыря отслаивается от шейки

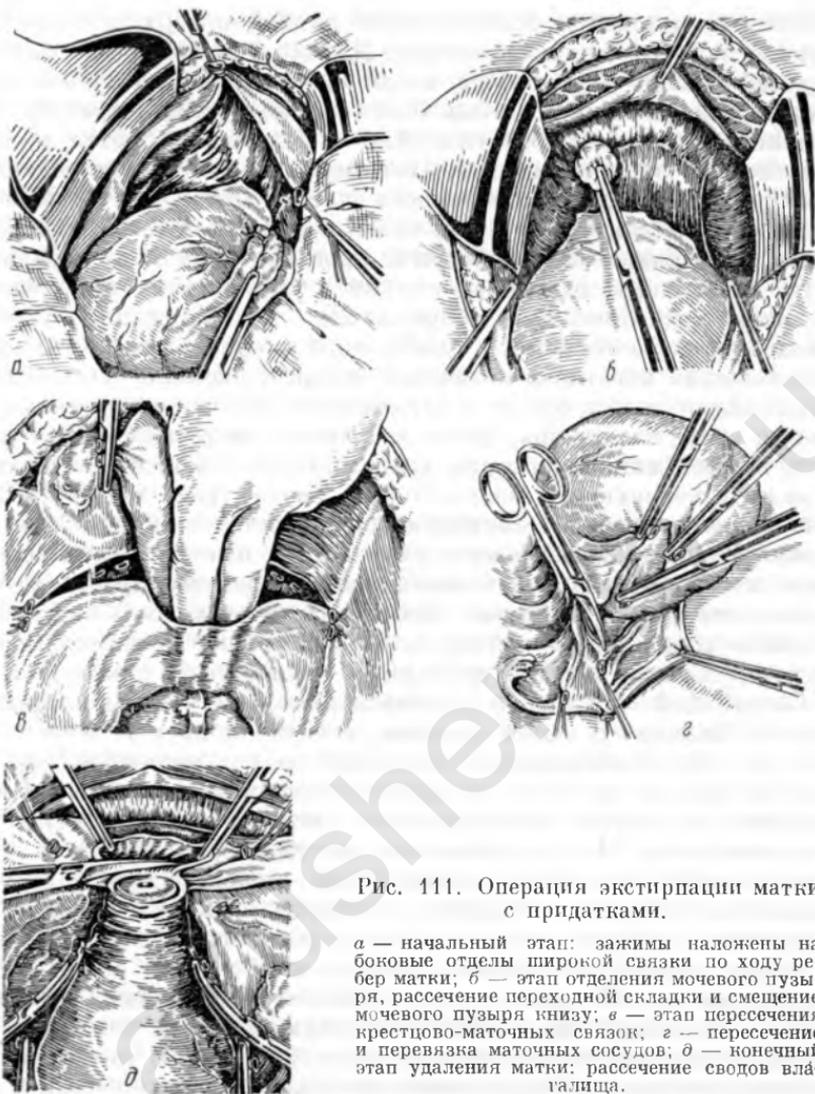


Рис. 111. Операция экстирпации матки с придатками.

а — начальный этап: зажимы наложены на боковые отделы широкой связки по ходу ребер матки; *б* — этап отделения мочевого пузыря, рассечение переходной складки и смещение мочевого пузыря книзу; *в* — этап пересечения крестцово-маточных связок; *г* — пересечение и перевязка маточных сосудов; *д* — конечный этап удаления матки: рассечение сводов влагалища.

матки и переднего свода влагалища и сдвигается книзу. Следует иметь в виду, что при выполнении этого этапа можно вступить в конфликт с мочеточниками, которые в этом месте подходят к боковым отделам шейки матки и направляются к ее передней поверхности. Поэтому при освобождении и смещении мочевого пузыря книзу необходимо также освободить области расположения мочеточников путем смещения их небольшим тупфером в стороны от передней поверхности шейки и несколько книзу (рис. 111, б).

Затем переходят к освобождению задней поверхности шейки матки и заднего свода влагалища. Для этой цели задние листки широкой связки рассекаются вдоль ребер матки до уровня наружных отделов шейки матки. Здесь также можно встретить мочеточники, которые в области шейки матки располагаются по задним листкам широкой связки. Поэтому этот этап и последующее высвобождение задней поверхности шейки матки следует выполнять особенно тщательно с тем, чтобы не ранить мочеточники. Еще лучше, если окажется возможным, проследить их ход визуально. Матка за зажимы отводится к лону и приподнимается кверху. Обнажившаяся брюшина, покрывающая надвлагалищную часть шейки матки, рассекается в поперечном направлении над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшина тупо, лучше пальцами, отслаивается от влагалищной части шейки матки и заднего свода влагалища. Часто к заднему своду тесно прилежит часть прямой кишки, которую следует также несколько отделить от задней поверхности влагалищного свода (рис. 111, в). Этот этап операции нередко сопровождается достаточно выраженным кровоотделением, связанным с нарушением целостности венозных сосудов, которые необходимо тщательно лигировать. Крестцово-маточные связки пережимают жесткими изогнутыми зажимами у места отхождения от матки, затем пересекают и перевязывают кетгутом. Концы лигатур сохраняют в качестве «держалки».

Следующий этап связан с перевязкой и рассечением маточных сосудов. Сначала с одной стороны, а затем с другой, отыскиваются, а при необходимости высвобождаются маточные сосуды у места подхода их к ребру матки. Несколько отступя от матки кнаружи, на сосуды накладывается плотный зажим и выше от него контржелезом. Между зажимами сосуды пересекаются, а дистальный конец их слегка мобилизуется, перевязывается (лучше шелком) и отводится латерально в сторону и книзу (рис. 111, г). Аналогично поступают с сосудами противоположной стороны.

Теперь матку подтягивают кверху, освобождают область сводов влагалища. Мочевой пузырь отводится широким зеркалом к лону. Передний свод влагалища захватывается зажимом по центру и надсекается ножницами (или скальпелем) до вскрытия просвета влагалища. Разрез слегка расширяется в стороны и в полость влагалища заводится марлевая турунда, смоченная йодом. Затем через созданное отверстие на стенку влагалища (своды) накладываются зажимы, и по ним постепенно отсекается матка (рис. 111, д). При наложении зажимов на боковые своды в них попадают шеечно-влагалищные ветви маточных сосудов, которые в этом случае не требуют отдельной перевязки. Завершается удаление матки наложением зажимов навстречу друг другу на задний свод, над которыми матка с придатками отсекается.

Культя влагалища смазывается йодом и обшивается отдельными кетгутовыми швами с таким расчетом, чтобы узлы располагались в просвете влагалища. Влагалище оставляется не зашитым

для обеспечения стока раневого содержимого. При обшивании культи влагалища к переднему ее краю подшивается брюшина мочевого пузыря, а к заднему — культи крестцово-маточных связок вместе с брюшиной прямой кишки.

Затем следует перитонизация, которую лучше выполнить непрерывным линейным швом, начиная от культи круглой и воронко-тазовой связок справа до разреза брюшины слева. Культи связок погружают между листками широкой связки, а просвет влагалища перекрывается за счет сшивания переднего и заднего листков брюшины. Производится обычный туалет, брюшная рана ушивается наглухо послойно. Выпускается моча катетером.

Послеоперационное ведение больных обычное, за исключением случаев, в которых хирургическому лечению подвергались больные, имевшие те или иные сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые нарушения, диабет и др.). В этих случаях одновременно применяется терапия, направленная на устранение осложняющих факторов.

Послеоперационное и предоперационное облучение больных (*лучевой этап комбинированного метода лечения*). Этот этап чаще используется в послеоперационном периоде и значительно реже — в предоперационном. В этих случаях осуществляется дистанционное облучение области малого таза с использованием тех же средств и методов, что и при облучении больных, оперированных по поводу рака шейки матки. Облучение больных начинается не позже 20—25-го дня после операции при условии неосложненного течения послеоперационного периода. Для облучения области малого таза предпочитают использовать источники высоких энергий, обеспечивающие более выгодное изодозное распределение в тканях, чем аппараты ортовольтной рентгенотерапии.

Общекурсовые дозы на глубине залегания культи не должны превышать уровней порядка 3,5 крад, так как отсутствие матки нередко может привести к возникновению стойких лучевых повреждений тканей мочевого пузыря и прямой кишки.

Гормональный этап лечения. В последние годы получила распространение гормонотерапия различных злокачественных новообразований. Вместе с тем, этот метод не приобрел самостоятельного значения, а используется как один из этапов комплексного лечения, дополняющего хирургическое, лучевое и лекарственные методы терапии.

В основе гормонотерапии лежит стремление вызвать перестройку гормонального гомеостаза, подавить или полностью исключить выработку гормонов, активно стимулирующих процессы тканевой пролиферации, особенно в гормонозависимых тканях (органах), например, таких, как эндометрий и железистый эпителий молочных желез. Тем самым в случае опухолевой трансформации подавляется развитие и рост опухоли. Действие гормональных препаратов, однако, сохраняется только на период, пока они используются. Поэтому общий принцип гормонотерапии преду-

смачивает длительное и постоянное применение гормонов до тех пор, пока сохраняется ремиссия, обеспеченная их применением. Например, прекращение гормонотерапии при достижении лечебного эффекта и повторное их назначение при ухудшении состояния больных представляют собой порочную тактику, в связи с созданием резкого колебания уровней гормонов, способствующего в ряде случаев прогрессированию опухолевого процесса.

В последние годы в результате обстоятельных исследований были получены данные, свидетельствующие о том, что прогестины подавляют пролиферацию элементов эндометрия, в том числе и при раке (В. М. Дильман, Я. В. Бохман и др.). Поэтому в качестве одного из этапов комплексного лечения больных раком эндометрия стала применяться гормонотерапия, особенно у больных с запущенными формами заболевания или имеющих метастазы в отдаленные органы (легкие, кости и др.). Прогестерон в этих случаях назначается в больших дозах с последующим постоянным применением препарата в так называемых поддерживающих дозах. Наиболее полно этим целям удовлетворяет 17-оксипрогестерон-капронат (12,5%—25% раствор), который назначают больным в дозах до 1000—1500 мг в неделю.

Курс лечения состоит из ежедневного (или через день) внутримышечного введения препарата по 250—500 мг в течение 30—45 дней.

Улучшение в самочувствии и состоянии, особенно у больных с запущенными формами заболевания, обычно отмечается уже в период проведения гормонотерапии. По достижении ремиссии больные постоянно получают препарат, но в меньших дозах, чаще по 250—500 мг в неделю (однократно или в два приема). Противопоказаниями к применению 17-оксипрогестерон-капроната служит выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и общее тяжелое состояние больных.

Комбинированное и комплексное лечение саркомы и хорионэпителиомы матки. К числу более редких заболеваний матки злокачественного характера относят саркому и хорионэпителиому.

Саркома матки наблюдается в любом возрасте, в том числе и детском, но чаще встречается после 40 лет. Процесс может развиваться из стромальных элементов эндометрия или фиброзных элементов миометрия. В морфологическом отношении саркомы матки не отличаются многообразием: чаще всего это *круглоклеточные, веретеноклеточные и полиморфноклеточные опухоли*.

Клиническая картина заболевания зависит от формы опухолевого процесса и особенностей его роста. Если опухоль развивается из элементов эндометрия, то клинические проявления мало отличаются от признаков, характерных для рака эндометрия. Больные отмечают маточные кровотечения (по типу метроррагии или меноррагии) и боли, имеющие различный характер и степень выраженности. Диагноз в этих случаях устанавливается с помощью гистологического исследования соскоба. Сложнее обстоит дело в том

случае, если саркома развивается в толще мышцы матки, не прорастая в полость и заболевание квалифицируется как быстрорастущая фибромиома матки. При этом истинный диагноз часто устанавливается на операционном столе или после исследования удаленного препарата.

Саркома матки быстро прогрессирует и метастазирует, главным образом гематогенным путем. Поэтому, как только она будет диагностирована, следует приступить к лечению больной. В этих случаях используют комбинированный метод, состоящий из экстирпации матки с придатками и послеоперационного облучения области малого таза с помощью дистанционных источников (как при раке эндометрия). Следует отметить, что радиочувствительность подобных опухолей чрезвычайно низка и подавление роста опухолевых очагов с помощью лучей не всегда осуществимо. Однако предпринимаемое облучение имеет целью не столько подавление опухолевого роста, сколько создание облитерации сосудов и склерозирования тканей, т. е. условий, неблагоприятных для развития процесса. В этих случаях методика облучения и общекурсовые дозы аналогичны тем, которые используются в послеоперационном периоде у больных раком шейки и тела матки.

Хорионэпителиома матки. Это заболевание, как и саркома матки, относится к числу относительно редких и чаще встречается у рожавших женщин в детородном возрасте. Опухоль развивается из элементов хориона после самопроизвольного или искусственного аборта, а также в результате пузырного запоса. Первичная локализация опухоли может быть различной. Чаще поражается стенка матки, однако нередко очаги могут локализоваться во влагалище, трубах или яичниках. При клиническом обследовании у больных обнаруживается увеличенная матка, которая содержит различной величины размягченные узлы, по форме и очертаниям напоминающие миому. Слизистые наружных половых органов и влагалища обычно отечны и цианотичны. Очаги хорионэпителиомы во влагалище выглядят темпо-вишневыми образованиями, мягкими по консистенции, кровоточат при исследовании.

Опухоль, кроме влагалища, часто метастазирует в легкие. Рентгенологически изменения в них выявляются значительно раньше появления клинических признаков заболевания. В последующем у больных появляется кашель, одышка, а затем присоединяется кровохарканье и общие нарушения, связанные с интоксикацией организма. Метастазы в другие органы (например, головной мозг) встречаются значительно реже и имеют, в зависимости от локализации, специфическую неврологическую картину.

Диагностика заболевания при подозрении на хорионэпителиому относительно проста. Наиболее убедительным признаком является повышение уровня хорионического гонадотропина (ХГ), который может быть определен с помощью качественных тестов (реакции Ашгейм-Цондека, Фридмана и др.) или количественного

определения методами иммунологического тестирования и радиоизотопного исследования. Диагноз заболевания может быть установлен также и с помощью гистологического исследования соскоба из полости матки или биоптического материала, полученного из метастатического (например, во влагалище) очага. Опухоль характеризуется наличием округлых или полигональных клеток Ланганса и синцитиальных элементов с круглыми гипохромными ядрами, без стромы и сосудов. Эти изменения следует отличать от пузырьного заноса, который развивается из ворсин плаценты. Ворсины в этих случаях представляются отечными, покрыты хориальным эпителием и синцитиальными клетками.

В последние годы лекарственный метод лечения хорионэпителиомы является основным, так как специфическая химиотерапия (в частности, хризомалином, метатрексатом, актиномицином D и др.) дает значительно лучшие результаты, чем хирургическое лечение. Поэтому лечение больных правильнее начинать с химиотерапии, а хирургическое лечение выполнять только по определенным показаниям. Хирургическому лечению, в частности, подлежат больные, имеющие значительное опухолевое поражение матки, угрожающее прорывом узлов в брюшную полость с опасностью обильного внутреннего кровотечения, или женщины, у которых хорионэпителиома матки сочетается с осложненными кистами яичников (перекручивание ножки кисты желтого тела, кровоизлияния в полости кист и др.).

Хирургический этап лечения больных хорионэпителиомой предусматривает выполнение экстирпации матки без придатков, если их возможно сохранить и без лимфаденэктомии. В ряде случаев может оказаться полезной перевязка не маточных, а внутренних подвздошных сосудов, чтобы нарушить питание метастатических узлов во влагалище. При операциях, предпринимаемых у молодых женщин, один или оба яичника можно оставить.

Химиотерапия хорионэпителиомы. Достаточно высокий эффект лечения достигается с помощью метатрексата, который можно применять внутрь, внутримышечно или внутривенно. Препарат назначается по 25 мг (внутривенно) ежедневно в течение 5 дней, при общей курсовой дозе не выше 125 мг. Курсы повторяются через 10 дней (2—3 раза).

Стойкий и длительный эффект лечения может быть достигнут с помощью методики сочетанного применения метатрексата и актиномицина D, разработанной И. Д. Нечасовой. Метатрексат назначается по 20 мг внутримышечно ежедневно в течение 4 дней. Затем следует семидневный перерыв, после которого применяется актиномицин D по 0,5 внутривенно в течение 5 дней ежедневно. Такие циклы повторяются через 10 дней под контролем уровня хорионического гормона. Лечение прекращается при снижении ХГ до уровня 200 м. е. и ниже. Возобновляется лечение по показаниям со стороны местного процесса и при повышении титра ХГ.

Метатрексат достаточно токсичен. Поэтому препарат лучше применять внутримышечно. Побочные явления могут выражаться в виде язвенного стоматита, диареи, угнетения гемопоэза и дерматита. При появлении осложнений лечение метатрексатом следует прекратить.

Хорошие результаты лечения могут быть получены и с помощью некоторых антибиотиков. Одним из эффективных препаратов является хризомалин. Хризомалин вводится внутривенно в дозе до 1000 мг через день. Общая доза на курс в среднем составляет 7—10 мг. Применяется также и рубомицин путем ежедневных внутривенных введений из расчета 1 мг на 1 кг веса больной (примерно 60—80 мг ежедневно) в течение 5 дней. Курс лечения повторяется через неделю в тех же дозах. Нужно иметь в виду, что антибиотик угнетает лейко- и тромбоцитопоз. Поэтому его применение должно осуществляться при тщательном контроле за показателями крови.

С целью лечения хорионэпителиомы может использоваться также и оливомицин из расчета по 10 мг (через день внутривенно) до общей курсовой дозы в 100—200 мг.

Достижение стойкого эффекта с помощью лекарственных средств выдвинуло методы химиотерапии на первое место. Поэтому хирургическое и лучевое лечение хорионэпителиомы приобрело второстепенное значение. В ряде случаев, однако, лучевая терапия может быть предпринята для облучения изолированных метастатических очагов. При этом используются все виды облучения (дистанционное, внутрисполостное, внутритканевое), выбор которых зависит от локализации очага и его доступности к облучению. Во всех случаях доза в очаге должна быть не ниже 6,0—7,0 крад. Прогноз заболевания вполне благоприятный.

ГЛАВА 19

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Общие клинические вопросы. Опухоли яичников являются относительно частым и, вместе с тем, сравнительно сложным заболеванием, которое встречается у женщин в любом возрасте, но преимущественно после 40 лет.

Сложность состоит в том, что ранние формы опухоли, как правило, не имеют четкой и характерной клиники заболевания, а в ряде случаев развитие процесса протекает без каких-либо нарушений общего состояния здоровья или функций половых органов. Вместе с тем, свободное расположение яичников в брюшной полости (малом тазу), а также тесный контакт их с париетальной

брюшиной, сальником и другими органами нередко ведут к раннему обсеменению опухолевыми элементами и генерализации процесса еще до того момента, когда наличие опухоли может быть установлено обычными методами обследования больных. Эти особенности развития опухолевого процесса ставят перед клиницистами чрезвычайно трудные задачи по разработке более совершенных методов диагностики, главным образом в выявлении ранних форм или создания системы по наблюдению за определенным контингентом женщин, у которых обнаружение подобных заболеваний наиболее вероятно. Полагают, что выделение так называемой группы повышенного риска, в которую объединяют женщины с различными нарушениями полового цикла, может обеспечить своевременность обнаружения ранних форм заболевания. Несмотря на то, что организационные мероприятия подобного характера позволяют существенно снизить число запущенных форм рака, тем не менее проблема диагностики и лечения злокачественных опухолей яичников не теряет своей актуальности.

В морфологическом отношении опухоли яичников могут иметь самое различное происхождение, по-видимому, в связи с тканевым полиморфизмом, обусловленным особенностями эмбриональной закладки половой системы женщины и, в частности, гонад.

Установлено, что среди кист яичников 20% из них составляют злокачественные опухоли. Поэтому каждая киста яичника, в силу сложности установления ее характера, подлежит хирургическому лечению как только она будет обнаружена, если к такому вмешательству нет противопоказаний. Истинный характер опухоли в большинстве случаев устанавливается на операционном столе или в результате гистологического исследования операционного препарата, в том числе и с помощью экспресс-диагностики.

Опухоли яичников принято подразделять на доброкачественные и злокачественные. Подобное разделение до момента подтверждения диагноза злокачественности носит формальный характер, поскольку большинство доброкачественных кист яичников, независимо от тканевой принадлежности опухоли, обладает способностью к злокачественной трансформации.

Доброкачественные кисты яичников. Прежде чем приступить к изложению лечебной тактики, предпринимаемой в отношении злокачественных опухолей яичников, целесообразно рассмотреть некоторые клинические аспекты, касающиеся доброкачественных кист, так как в ряде случаев провести четкую границу между злокачественностью и доброкачественностью заболевания не всегда представляется возможным.

Следует, вместе с тем, оговорить некоторые вопросы терминологии. Дело в том, что в практике довольно часто употребляется выражение киста яичника — понятие, в которое вкладывается принадлежность к опухолевому заболеванию. Однако такое сложившееся обозначение заболевания в принципе не всегда верно, так как это название не конкретизирует существа патологии. Поэтому правильнее всегда говорить о кисте яичника в тех случаях, в которых природа заболевания не уточнена, и применять

термин «злокачественная опухоль яичника» после подтверждения диагноза гистологическим исследованием или клиническими данными.

Большинство кист яичников, с которыми приходится встречаться в клинической практике, имеют эпителиальное происхождение. К их числу следует отнести *серозные сецернирующие цилиоэпителиальные и псевдомуцинозные кисты яичников*.

Цилиоэпителиальные кисты яичников чаще всего развиваются из эмбриональных зачатков эпителия трубно-маточного типа или метаплазированного эпителия. Кисты этого характера могут иметь самую различную величину, которой, по существу, определяются клинические проявления заболевания. При небольших кистах, чаще односторонних, выделить характерную клинику не представляется возможным. Напротив, большие кисты, чаще двусторонние, характеризуются рядом специфических клинических признаков, связанных в основном с величиной опухоли. В этих случаях больные отмечают быстрое увеличение живота, появление болевых ощущений в его нижних отделах и пояснице, а также нередко нарушение мочеиспускания. Как в том, так и в другом случаях наличие кисты может сопровождаться нарушениями менструальной функции (месячные прекращаются, либо приобретают характер меноррагии).

Серозные кисты в большинстве случаев имеют многокамерное строение, каждая из камер заполнена прозрачным содержимым, причем внутренняя и наружная стенки капсулы кист, как правило, имеют гладкую поверхность. Капсула кисты образована соединительной тканью, а ее внутренняя поверхность может быть выстлана различного вида эпителием.

Из числа цилиоэпителиальных следует выделить особую форму, так называемых пролиферирующих сосочковых кист, клиническое проявление которых, несмотря на отсутствие элементов атипии, имеет весьма своеобразную картину. Отличительной особенностью этих кист является то, что они часто имеют двустороннее развитие, а также характерное разрастание сосочковой ткани, состоящей из эпителиальных элементов, внутри и на поверхности капсулы. Пролиферирующие кисты чаще озлокачествляются. Бурная пролиферация эпителиальной ткани нередко ведет к обсеменению брюшины и образованию выпота в брюшной полости. Дальнейшее развитие процесса сопровождается поражением сальника, а также формированием многочисленных сращений его и петель кишечника с париетальной и висцеральной брюшиной. Опухоли в малом тазу приобретают большие размеры, спаиваются с маткой, брюшиной сводов, мочевым пузырем и толстым кишечником.

Вместе с тем, несмотря на значительную распространенность опухолевого процесса, а также образование обширных сращений опухоли с соседними органами, общее состояние больных довольно длительное время может не страдать. Чаще всего

клинические признаки заболевания, связанные с развитием процесса, бывают обусловлены нарушением функции соседних органов или интоксикацией.

Псевдомуцинозные кисты яичников встречаются реже, чем цилиоэпителиальные, однако так же, как и серозные, могут пролиферировать и подвергаться злокачественной трансформации. Псевдомуцинозные кисты, обычно односторонние, имеют многокамерное строение. Содержимое кист представляет собой вязкую полупрозрачную массу или носит геморрагический характер. Кисты этого характера нередко достигают значительных размеров, не спаиваясь, вместе с тем, с окружающими органами и тканями. Некоторые из них могут иметь ножку, наличием которой определяется подвижность кисты и возможное ее перекручивание.

Для пролиферирующих форм характерно образование истинных сосочков аналогично тому, как это свойственно серозным пролиферирующим кистам. В этих случаях при прорастании (или разрыве) капсулы содержимое кист может попадать в брюшную полость. На брюшине приживляется эпителий и образует псевдомуцин. Петли кишечника спаиваются, создавая общий опухолевый конгломерат. Это состояние обозначают псевдомиксомой брюшины, которая по существу является особой разновидностью псевдомуцинозных кист.

Практическое значение могут иметь кисты, формирующиеся в результате эмбриональных пороков развития, так называемые тератомы, которые, однако, встречаются значительно реже, чем серозные или псевдомуцинозные. Кисты этого характера обычно содержат зрелые ткани различных органов любых зародышевых листков. В большинстве случаев они встречаются у молодых женщин в возрасте до 40 лет. Тератомы могут быть кистозными и солидными. В первом случае это зрелые формы (дермоидные), которые чаще всего содержат эпидермис со всеми его элементами (сальные железы, волосные фолликулы и др.), реже закладки костей или хряща, а также кишечный эпителий. Для солидных форм характерно присутствие незрелых тканевых структур. Опухоли этого характера получили название тератобластомы, так как в большинстве случаев носят злокачественный характер.

Тератомы, как правило, обнаруживаются совершенно случайно при гинекологических осмотрах, предпринимаемых по какому-либо другому поводу. В этих случаях у женщин определяется одиночное плотное образование с гладкой поверхностью и четкими контурами. Киста, как правило, располагается впереди от матки и имеет достаточную подвижность. Тератомы редко достигают больших размеров и не сопровождаются образованием асцита.

В отличие от доброкачественных форм тератобластомы встречаются у женщин более молодого возраста и протекает с явлениями диссеминации по брюшине и признаками метастазирования по лимфатическим путям.

Кисты яичников иного происхождения имеют меньшее практическое значение в связи с их относительной редкостью.

Клинические особенности злокачественных опухолей яичников. Краткое рассмотрение клинических вопросов, связанных с течением и развитием кист яичников, свидетельствует о том, что эти заболевания женщин следует относить к числу особых, главной чертой которых является высокая степень возможной злокачественной трансформации. Это обстоятельство имеет принципиальное значение, так как, наряду с необходимостью создания четкой системы по выявлению ранних форм заболевания, ставит не менее существенную задачу по разработке обоснованных принципов лечения больных и решению тактических вопросов.

Лечебная тактика прежде всего должна учитывать гистопатологические особенности опухолей, их способность к росту, частоту злокачественной трансформации, чувствительность опухолевой ткани к тому или иному терапевтическому агенту, а также характерное клиническое развитие заболевания, свойственное различным формам заболевания. Многообразие проявлений опухолей яичников потребовало создания определенной систематизации, в рамках которой оказалось бы возможным учитывать все клинические и морфологические особенности процесса, обусловленные гистотипом опухоли, ее структурой и возможным развитием заболевания в последующем.

В этой связи предлагались и предлагаются различные классификации, целью которых является та или иная оценка заболевания. Вместе с тем, одни из них описывают лишь морфологические признаки, другие — только клинические или одновременно те и другие, но бесспорно одно: каждая из предложенных классификаций предлагает рассмотрение заболевания с точки зрения обоснованного выбора лечебных мероприятий. С другой стороны, классификационное разграничение различных форм опухолей яичников (разумеется при условии всеобщего признания), кроме всего прочего, позволяет оценивать используемые лечебные мероприятия в разных учреждениях (странах) в сопоставимых клинических условиях.

Из числа существующих классификаций опухолей яичников наиболее полной является гистопатологическая классификация, которая учитывает всё многообразие опухолей яичников, их происхождение и возможность озлокачествления. Ниже приводится часть классификации, описывающей первичные опухоли яичников¹.

1. Первичные опухоли яичников.

1. Серозные кистомы:

- а — серозные папиллярные цистаденомы (доброкачественные);
- б — серозные пролиферирующие папиллярные цистаденомы без инвазии в строму (возможно злокачественные);
- в — серозные цистаденокарциномы (все степени злокачественности)

2. Муцинозные кистомы:

- а — муцинозные цистаденомы (доброкачественные);

¹ Метастатические опухоли яичников не рассматриваются.

- б — пролиферирующие муцинозные цистаденомы без инвазии в строму;
- в — муцинозные цистаденокарциномы (все степени злокачественности).
- 3. *Поверхностные серозные папилломы.*
- 4. *Серозные папиллярные карциномы.*
- 5. *Эндометриоподобные опухоли:*
 - а — пролиферирующие эндометриоподобные аденомы и цистаденомы (возможно злокачественные);
 - б — эндометриоподобные карциномы, в том числе аденоакантомы (все степени злокачественности).
- 6. *Недифференцированные карциномы.*
- 7. *Мезонефрогенные опухоли.*
- 8. *Фиброаденомы.*
- 9. *Опухоли Бреннера.*
- 10. *Опухоли мягких тканей, не специфичные для яичников.*
- 11. *Аденоматозидные опухоли.*
- 12. *Герминогенные опухоли:*
 - а — дисгерминомы;
 - б — опухоли из эндодермального синуса;
 - в — хорионэпителиомы;
 - г — солидные тератомы (1 — эмбрионального типа, 2 — зрелого типа);
 - д — дермоидные кисты;
 - е — струмы яичника (1 — связанные с дермоидной кистой или цистаденомой, 2 — чистые формы).
- 13. *Гонадобластомы.*
- 14. *Опухоли (мезенхимные) полового тяжа:*
 - а — гранулезоклеточные опухоли;
 - б — текаклеточные опухоли;
 - в — гранулезо-текаклеточные;
 - г — андробластомы (опухоли из Сертоли и Лейдига клеток).
- 15. *Липоидноклеточные опухоли.*
- 16. *Смешанные мезодермальные опухоли.*

II. Метастатические опухоли яичников.

Приведенная классификация свидетельствует о широком многообразии опухолей яичников. Однако не все формы встречаются одинаково часто. Поэтому ниже рассмотрены клинические особенности лишь некоторых, наиболее часто встречающихся в гинекологической практике.

Раки яичников. К числу наиболее частых форм злокачественных опухолей следует отнести раки яичников. Заболевание в большинстве случаев развивается на фоне предшествующих доброкачественных цистаденом. Злокачественной трансформации наиболее часто подвергаются пролиферирующие цилиоэпителиальные и несколько реже — псевдомуцинозные цистаденомы яичников. Опухоли, развившиеся из серозных пролиферирующих цистаденом, имеют многокамерное строение, причем их различной величины полости, помимо продуктов секреции, содержат солидные сосочковые разрастания, которые, как правило имеют белый цвет, мягкую консистенцию и вначале располагаются на внутренней поверхности капсулы. Последующее развитие процесса ведет к прорастанию капсулы и проникновению опухолевой ткани в брюшную полость. Развитие сосочковых разрастаний на

паружной поверхности опухоли сопровождается обсеменением брюшинного покрова и образованием новых опухолевых очагов, вначале в малом тазу, а затем и в других отделах брюшной полости. Происходит спаивание петель кишечника, прорастание соседних органов и метастатическое поражение сальника. Естественно, что обширное поражение брюшной полости сопровождается значительным выпотом. В ряде случаев может развиваться односторонний или двусторонний гидроторакс (синдром Мейгса).

Общее состояние больных в начале заболевания страдает относительно мало. В этих случаях больных беспокоит общая слабость, причину которой не всегда связывают с изменениями в половой системе. С развитием заболевания больные начинают отмечать различные диспептические расстройства: тошноту, в ряде случаев рвоту, распирание в подложечной области. Запоры могут сменяться поносами. В дальнейшем к этим проявлениям присоединяется увеличение живота, чувство тяжести в брюшной полости, боли, иррадирующие в прямую кишку, особенно выраженные при вертикальном положении больной. При метастатическом поражении мочевого пузыря или сдавлении его опухолью мочеиспускание становится учащенным и болезненным. Нарушение акта дефекации (задержка стула) наблюдается при заинтересованности в процессе прямой кишки.

С увеличением в брюшной полости выпота и самой опухоли, особенно при массивных поражениях сальника, общее состояние больных резко ухудшается. Появляются постоянная одышка, непрекращающиеся боли в нижних отделах живота и пояснице, нередко в области желудка. Возникают признаки опухолевой интоксикации, падает питание больных, резко снижается диурез и нарушаются отправления кишечника.

Постановка диагноза рака яичника при наличии указанных симптомов не представляет особых затруднений. В начальных периодах развития заболевания характерная клиника может отсутствовать. Следует помнить, что развившиеся цистаденокарциномы чаще характеризуются двусторонним поражением. При этом обнаруживаемые опухоли имеют неправильную форму, неоднородную консистенцию и бугристую поверхность. Очень часто опухоли ограничены в подвижности. Характерным для злокачественных опухолей является их расположение позади матки и спаивание с ее задней поверхностью и задними листками широкой связки. В этих случаях при внутреннем исследовании больных обращает на себя внимание выпячивание (выбухание) заднего свода влагалища за счет низкого расположения одного из полюсов опухоли.

Помимо сальника цистаденокарциномы часто метастазируют в парааортальные и надпочечные (чаще левые) лимфатические узлы, а также печень и плевру.

Установление диагноза рака на ранних стадиях развития заболевания весьма сложная задача. Для своевременной диагностики должны использоваться дополнительные методы исследования, а

чаще их совокупность (диагностическая пункция заднего свода, флебография, газовая томопельвиография, перитонеоскопия и др.), а также диагностическая лапаротомия. В последнем случае при подтверждении диагноза рака или обнаружении кисты яичника операция должна быть продолжена до необходимого объема. При отсутствии опухолевого заболевания брюшная полость закрывается. Лапаротомия, по сравнению с риском пропустить опухоль яичника, не может иметь существенных ограничений.

Гормональноактивные опухоли яичников. Из числа злокачественных опухолей яичников следует рассмотреть специфическую группу так называемых гормональноактивных, развивающихся из элементов полового тяжа. В эту группу опухолей входят гранулезоклеточные (фолликуломы), текаклеточные (текомы), гранулезо-текаклеточные опухоли яичников и андробластомы (арренобластомы). Первые три относятся к числу эстрогенпродуцирующих, а андробластомы — к дефеминизирующим. Гормонопродуцирующие опухоли встречаются относительно редко, причем гранулезоклеточные и текомы чаще наблюдаются у женщин в менопаузе, в то время как андробластомы — в любом возрасте.

Опухоли получили название по типу ткани, из которой они развиваются. Феминизирующие опухоли развиваются из клеток гранулезы или специализированной корковой стромы (теки) яичников. В некоторых опухолях могут быть представлены те и другие клетки (гранулезо-текаклеточные опухоли). Андробластомы развиваются из клеток типа Сертоли или Лейдига. Развитие опухоли из различной гормонопродуцирующей ткани определяет клиническую картину заболевания, проявления которой зависят от возраста больных. Так, например, при развитии гранулезоклеточной опухоли у девочек наступает преждевременное половое созревание. В детородном возрасте носительницы такой опухоли отмечают нарушения менструальной функции. У женщин в менопаузе возобновляются циклические кровотечения, по своему характеру напоминающие месячные. Одновременно с этим увеличиваются молочные железы, а при исследовании эндометрия обнаруживается выраженная гиперплазия и, в ряде случаев, образование полипов. Эстрогенное влияние теком выражено значительно сильнее. Поэтому наряду с гиперплазией эндометрия у больных наблюдается гипертрофия миометрия и нередко развиваются фибромиомы матки.

Гормонопродуцирующие опухоли чаще односторонние, имеют плотную консистенцию и редко достигают больших размеров. Характер заболевания в большинстве случаев уточняется в результате появления у больных специфической клиники, обусловленной феминизирующим влиянием опухоли. В отличие от эстрогенпродуцирующих опухолей андробластомы, например, обладают омужествляющим влиянием: у больных грубеет голос, появляется рост волос по мужскому типу, меняются черты лица и весь внешний облик женщины. В ряде случаев прекращаются месячные,

уплощаются и атрофируются молочные железы. Опухоли яичников этого типа односторонние, имеют плотную консистенцию, достаточно подвижны, чаще встречаются у молодых женщин.

Опухоли другого гистотипа в клинической практике встречаются значительно реже, причем характер их в большинстве случаев устанавливается в результате гистологического исследования удаленного препарата.

Особенности клинического течения заболевания и его распространенность определяются стадией опухолевого процесса. Ниже приводятся соответствующие классификации злокачественных опухолей яичников по стадиям заболевания.

Классификация по стадиям

I стадия — опухоль ограничена пределами одного яичника при отсутствии метастазов;

II стадия — опухоль распространяется на матку, второй яичник или трубы;

III стадия — опухоль распространяется на тазовую брюшину или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник;

IV стадия — опухоль прорастает соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, петли тонкого кишечника), имеется диссеминация брюшины за пределами малого таза или метастазы в отдаленные органы и лимфоузлы; асцит.

Классификация по системе TNM

T — первичная опухоль.

T₁ — опухоль ограничена одним яичником.

T₂ — опухоль поражает оба яичника.

T₃ — опухоль распространяется на матку или трубы.

T₄ — опухоль распространяется на соседние органы. (При определении категории T наличие асцита значение не дается).

N — регионарные лимфатические узлы.

N₀ — поражение парааортальных лимфатических узлов отсутствует.

N₁ — прощупываются парааортальные узлы.

M — отдаленные метастазы.

M₀ — метастазы отсутствуют.

M₁ — имеются имплантационные или другие метастазы (M_{1a} — только в малом тазу, M_{1b} — только в пределах брюшной полости, M_{1c} — за пределами брюшной полости).

Комбинированные и комплексные методы лечения больных злокачественными опухолями яичников. Хирургическое лечение злокачественных опухолей яичников используется в основном в совокупности с другими видами терапии. В большинстве случаев в комплекс лечебных мероприятий, помимо хирургического этапа, включаются либо химиотерапия, либо лучевое лечение. В последнее время шире стала применяться и гормонотерапия.

Комбинированное лечение, помимо хирургического, предусматривает использование лучевого этапа, предпринимаемого после оперативного удаления опухолевых очагов или в качестве предоперационного облучения. Следует заметить, что с развитием методов лекарственной терапии лучевая терапия потеряла свое

ведущее значение в комплексе лечебных мероприятий и используется лишь по определенным показаниям.

Комплексное лечение, помимо хирургического этапа, включает химиотерапию (в ряде случаев в сочетании с гормонотерапией), причем этап лекарственного лечения больных может предшествовать хирургическому или следовать после него.

Сочетание различных видов лечебных мероприятий и очередность их использования зависит от характера опухолевого заболевания, его распространенности, чувствительности опухоли к тем или иным терапевтическим агентам, а также общего состояния здоровья больных к моменту начала лечения.

Ниже рассматриваются некоторые примерные тактические схемы лечения больных в зависимости от перечисленных выше факторов. Необходимо отметить, что было бы неправильно обсуждать какие-то определенные рекомендации, пригодные для всех случаев заболевания, так как в практике нередко приходится учитывать факторы, которые не всегда прогнозируются. В одних случаях общий план лечения больной может (или должен) быть изменен еще в процессе проведения лечения, например вследствие глубокого угнетения кроветворения в результате использования химиотерапии, либо лечение должно быть прекращено в связи с его несомненной неэффективностью. Может возникнуть необходимость перевода больной на лечение другим по механизму действия препаратом. В других случаях приходится отказываться от хирургического этапа лечения больных в связи с отсутствием эффекта в результате предшествовавшего этапа химиотерапии и перейти к паллиативным видам лечения или полностью перевести лечение больной на длительное многокурсовое использование противоопухолевых препаратов.

Из методических соображений целесообразно рассмотреть каждый вид лечения в отдельности, оговорить показания и противопоказания к использованию каждого из них и только после этого обсудить некоторые тактические схемы комбинированного и комплексного лечения больных.

Хирургический этап лечения. Как самостоятельный метод оперативное лечение больных целесообразно использовать только по поводу злокачественных опухолей яичников, не чувствительных к противоопухолевым препаратам или лучевому воздействию. В этих случаях использование химиотерапии или облучения области таза после удаления опухоли теряет смысл, хотя создание облитерации сосудов и склерозирования тканей в области бывшего расположения опухоли с помощью облучения может иметь определенное значение в целях предупреждения возможного развития оставшихся опухолевых очагов.

Хирургический этап лечения должен предусматривать радикальный объем вмешательства, как бы ограничен не был опухолевый процесс. В этих случаях принято производить надвлагалищную ампутацию матки с придатками и резекцией большого сальника (даже в случаях, когда отсутствуют признаки его метастатического поражения). Необходимость в выполнении экстирпации матки возникает относительно редко и производится обычно у больных, имеющих изменения на влагалищной части шейки

матки, требующие самостоятельного хирургического лечения. Между тем, некоторые специалисты рекомендуют всегда производить экстирпацию матки, полагая, что оставление культи шейки матки может вести к возникновению местных рецидивов заболевания.

Следует думать, что такое расширение объема хирургического лечения не вызывается настоятельной необходимостью хотя бы по тем соображениям, что большинство цистаденокарцином (наиболее частых форм злокачественных опухолей яичников) достаточно чувствительны к противоопухолевым препаратам. С другой стороны, именно эти опухоли обладают свойством широкой диссеминации по брюшине. Поэтому даже при самом максимальном объеме хирургического вмешательства в брюшной полости нередко остаются неудаляемые опухолевые очаги, требующие дальнейшего лечения. Таким образом, при реализации хирургического этапа лечения перечисленные обстоятельства должны предопределять обоснованность выбора разумного объема оперативного вмешательства.

Начинать лечение больных с хирургического этапа целесообразно при ограниченных опухолях яичников, когда заведомо ясно, что радикальный объем вмешательства окажется полностью выполнимым (I стадия; некоторые формы II стадии: $T_1(T_2) N_0M_0$; $T_2N_0M_{1a}$). Во всех остальных случаях (III стадия, большинство форм IV стадии $T_3N_1(N_0)M_1(M_0)$; $T_4N_2(N_0)M_1(M_0)$) лечение больных предпочтительнее начинать с химиотерапии и реже с облучения области малого таза. У большинства больных с распространенными формами цистаденокарцином с помощью активной химиотерапии удастся получить необходимый лечебный (объективный) эффект, а в ряде случаев перевести больных из группы неоперабельных в число подлежащих хирургическому этапу лечения.

Технически операция надвлагалищной ампутации матки с придатками, предпринимаемая по поводу злокачественных опухолей яичников (или пролиферирующих папиллярных и муцинозных цистаденом), состоит из обычных для этой операции этапов и выполняется с использованием хирургических приемов, которые рассмотрены в предыдущих разделах настоящего руководства. Вместе с тем, имеются и некоторые отличия, главным образом при выполнении начальных этапов операции, связанные с выделением и мобилизацией придатков матки, а также с тактическими приемами, предпринимаемыми в отношении имплантационных метастазов на брюшине или органах малого таза.

Высвобождение придатков матки нередко встречает определенные технические трудности, обусловленные интимным сращением (спаиванием) опухолей с брюшиной и органами малого таза (чаще в задних отделах). Поэтому не всегда удается осуществить достаточно полное выделение опухоли, особенно при сращениях ее с кишечником или мочевым пузырем без риска ранения этих органов. Нужно иметь в виду также, что в местах сращений довольно быстро развивается общая сосудистая сеть,

повреждение которой ведет к значительному кровотечению в связи со сложностью его остановки. В ряде случаев при возникших затруднениях в выделении придатков одной стороны в качестве тактического приема может быть использован подход к опухоли после отделения подвижных или ограниченно спаивных придатков матки другой стороны и уже выполненной ампутации матки (по Келли). Отделенный таким образом препарат остается связанным только с опухолью другой стороны, высвобождение которой из сращений после выполнения этого приема существенно облегчается.

Трудности в выполнении хирургического вмешательства могут быть связаны также и с недооценкой операционной ситуации, когда делают попытки удалить опухоль, заведомо неудаляемую. Поэтому следует обратить внимание на то, что окончательное решение в отношении необходимости выполнения всего объема операции должно быть принято только после всесторонней оценки операционной ситуации, когда у оператора будет обоснованная уверенность в возможности технической реализации намеченного объема хирургического вмешательства. Эта рекомендация имеет принципиальное значение, так как в подобных ситуациях нет необходимости добиваться обязательного выполнения хирургического этапа лечения именно в этот момент, поскольку оперативное лечение может быть предпринято повторно после проведения лекарственного этапа. В этих случаях брюшная полость должна быть закрыта и лапаротомия отнесена к числу диагностических. Следует ограничиться лишь взятием материала опухоли для гистологического исследования. Может оказаться, что в подобной ситуации выполнимо лишь частичное удаление опухоли (с одной или обеих сторон), нередко вместе с сальником. Практика показывает, что такой перадикальный объем хирургического вмешательства, особенно удаление метастатически измененного сальника, вполне оправдан, особенно у больных с распространенными формами заболевания, отягощенных возрастной патологией или тяжелыми сопутствующими нарушениями, т. е. в тех случаях, когда возможность повторного хирургического вмешательства (после курса химиотерапии) весьма сомнительна.

Технические затруднения могут встретиться при необходимости удаления отдельных имплантационных очагов опухоли, расположенных как в малом тазу, так и в свободной брюшной полости. Особую сложность может представлять удаление опухолевых очагов, локализующихся в передних и задних отделах малого таза. В первом случае опухоль может быть интимно связана не только с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, но и прорасти его мышечную стенку. Во втором аналогичные взаимоотношения могут быть с прямой кишкой, сигмовидным или илеоцекальным отделами кишечника. Если окажется возможным, то опухолевые очаги должны быть удалены, а десеро-

зированные участки тщательно заперитонизированы. В противном случае следует ограничиться лишь удалением основных масс опухоли с оставлением части опухолевой ткани на мочевом пузыре или кишечнике, в надежде на возможную их регрессию в результате последующей лекарственной терапии.

Нередко технические трудности возникают в связи с необходимостью удаления сальника, имеющего обширное метастатическое поражение и сращения с петлями тонкого кишечника. В этой ситуации так же, как и при других технических затруднениях, нет необходимости стремиться к его полному удалению. Следует по возможности ограничиться разумным, технически выполнимым объемом, а оставшиеся опухолевые очаги подвергнуть в последующем (второй этап) лекарственной терапии. В некоторых случаях целесообразно в метастатические очаги ввести раствор тиоТЭФа, циклофосфана или другого противоопухолевого препарата.

Последующая лекарственная терапия должна планироваться с учетом общей дозы введенного в брюшную полость препарата¹. В послеоперационном периоде необходимо тщательно следить за показателями крови, главным образом за количеством лейкоцитов и тромбоцитов. Дальнейшее продолжение курса химиотерапии следует начинать при полном благополучии со стороны кровяной системы.

В ряде случаев после завершения всего объема хирургического вмешательства в брюшной полости могут оставаться неудаляемые изолированные опухолевые очаги, которые целесообразно поместить по периферии титановыми скобками (клипсами). В последующем, после рентгенографической верификации, очаги могут быть подвергнуты дистанционному облучению с помощью различных источников.

Ниже рассмотрены особенности удаления сальника, т. е. завершающего этапа обычного хирургического объема вмешательства при злокачественных опухолях яичников, который выполняется после надвлагалищной ампутации матки с придатками.

Операция резекции сальника. По завершении основного объема операции сальник производится к верхнему отделу брюшной раны (в этих случаях предпочтительнее использовать нижний срединный разрез брюшной стенки). При необходимости разрез брюшной стенки может быть продолжен сверху в обход пупка слева. Сальник вместе с нижними отделами поперечноободочной кишки выводятся наружу. Ассистент удерживает растянутый сальник с тем, чтобы создать условия для его полного и более совершенного обзора. Начиная с левого края, на границе сальника с поперечной ободочной кишкой, накладывается прямой зажим (типа Кохера). Часть сальника под

¹ Общая доза тиоТЭФа не должна превышать 40—60 мг, а циклофосфана (эндоксана) — 800—1000 мг.

зажимом отсекается. От конца первого зажима параллельно ходу поперечной ободочной кишки накладывается второй и рассекается следующий участок сальника, затем накладывается третий зажим и так далее, до конца правого края сальника. После отсечения сальника на его культе остаются зажимы, каждый из которых заменяется (обшивается) кетгутowymi лигатурами.

Наложение зажимов, рассечение ткапи сальника и перевязку сосудов следует выполнять особенно тщательно, так как в его верхних отделах проходит большое число крупных сосудов. Некоторые хорошо видимые крупные сосуды целесообразно перевязать отдельно. При выполнении операции резекции сальника следует обращать внимание на его заднюю поверхность, так как сзади край ободочной кишки может располагаться ниже, чем на передней. Поэтому при наложении зажимов, без учета взаимоотношений сальника с кишкой, может произойти ее ранение. Культи сальника не перитонизируются.

Лучевой этап лечения. В связи с современным развитием методов лекарственной терапии этот этап лечения больных злокачественными опухолями яичников в значительной степени утратил свое значение и используется в комплексе лечебных мероприятий гораздо реже, чем другие виды лечения. Лучевое лечение по своим задачам может быть подразделено на два варианта. Первый из них рассчитан на закрепление эффекта хирургического вмешательства и связан с применением дистанционного облучения области малого таза, как это делается в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу рака шейки или тела матки. В этих случаях использование облучения имеет целью создание неблагоприятных условий для развития оставшихся опухолевых очагов или случайно имплантированных во время операции элементов опухоли. В меньшей степени следует рассчитывать на непосредственное лучевое повреждение опухоли, так как в большинстве случаев злокачественные опухоли яичников обладают относительно низкой радиочувствительностью. Возникающие в результате облучения облитерация сосудов и склерозирование тканей в известной мере создают условия, препятствующие развитию и генерализации опухолевых элементов.

Для облучения области малого таза целесообразнее использовать источники высоких энергий (линейные ускорители, бетатроны, гамма-терапевтические аппараты типа ЛУЧ, Рокус) и менее предпочтительны — рентгенотерапевтические установки, работающие в киловольтном режиме. В этих случаях на уровне залегания культей необходимо создать дозу порядка 3,0—3,5 крад (3000—3500 рад). Обычно облучение ведут либо с 4 полей (двух подвздошных и двух крестцово-ягодичных), либо 2 больших противоположных (одного подвздошного и одного ягодично-крестцового). Расположение полей на поверхности тела выбирается то же, что и при обычном послеоперационном облу-

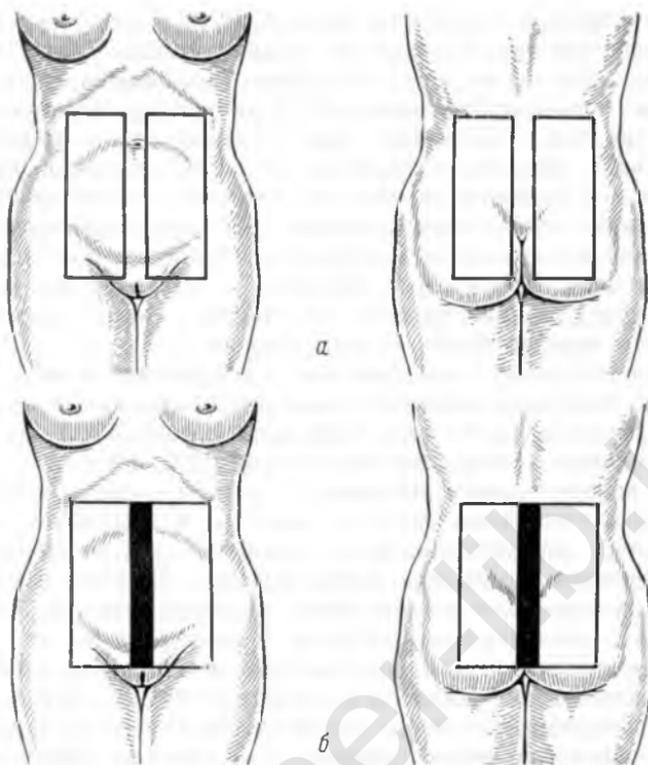


Рис. 112. Схематическое изображение расположения полей при облучении брюшной полости у больных раком яичников.

a — схема облучения с четырех полей; *б* — схема облучения с двух широких полей с использованием расщепляющего блока.

чении области таза (см. рис. 110, *a*, *б*, *в*). Разовая (экспозиционная) доза на поле должна составлять 250—300 рад, в то время как мощность дозы, в зависимости от типа источника излучения, может быть различной (от 70 до 200 рад/мин). При использовании высокоэнергетических источников излучения общекурсовая (поглощенная в очаге) доза достигается за 16—20 сеансов при двухпольном и 36—40 сеансов при четырехпольном облучении.

Второй вариант облучения используется у больных, подвергшихся нерадикальным хирургическим вмешательствам, когда в брюшной полости остаются неудалимые опухолевые очаги или диссемины по брюшине. В этих случаях облучается вся брюшная полость большими по площади полями. Такое сегментарное облучение брюшной полости может быть осуществлено с 4 длинных продольных передних и задних полей (рис. 112, *a*) или 2 широких передних и задних. При использовании облучения

широкими противолежащими полями (рис. 112, б), с целью защиты позвоночника, используют расщепляющие блоки или формирующие фильтры, обеспечивающие снижение дозовой нагрузки на кроветворный аппарат. В этих случаях следует стремиться достичь суммарной общекурсовой дозы порядка 3,0 крад, однако облучение должно быть прекращено на любом этапе, если у больных возникают тяжелые общие нарушения, а также угнетение кроветворения. При использовании облучения с больших полей целесообразно общекурсовую дозу фракционировать на протяжении периода 7—8 недель, так как с помощью фракционированного облучения можно существенно уменьшить выраженность общей реакции.

В ряде случаев (при быстром накоплении асцита) может оказаться полезным использование для облучения брюшной полости коллоидных растворов радиоактивного золота (Au^{198}), которые вводятся непосредственно в брюшную полость.

Этап лекарственного лечения. В связи с достигнутыми за последние годы успехами ведущее значение в комплексе лечебных мероприятий, предпринимаемых по поводу злокачественных опухолей яичников, приобрела химиотерапия. В качестве противоопухолевых препаратов чаще всего используются тиоТЭФ (тиофосфамид), циклофосфан, эндоксан, бензотэф, этимидин, а также некоторые противоопухолевые антибиотики. Выбор противоопухолевого препарата ставится в зависимости от гистотипа опухоли, ее чувствительности к лекарственному агенту и переносимости лечения больной. Например, для лечения пролиферирующих цистаденом и цистаденокарцином чаще используют тиоТЭФ, циклофосфан (эндоксан), которые у большинства больных обеспечивают достаточно хороший (субъективный и объективный) эффект. При железистых формах рака яичников применяют 5-фторурацил, а дисгерминомах — сарколизин. Большинство перечисленных препаратов обладают побочным действием, связанным с угнетением костномозгового кроветворения и развитием лейкопений и тромбоцитопений, максимум выраженности которых наступает к концу второй недели после окончания лечения. Это обстоятельство диктует настоятельную необходимость строгого контроля за показателями крови и прекращении лечения противоопухолевыми препаратами при падении числа лейкоцитов ниже 3000 и тромбоцитов — 100 000.

Химиотерапия в качестве этапа лекарственного лечения может применяться в предоперационном и послеоперационном периодах, а также использоваться как самостоятельный метод путем многокурсового применения различных по механизму действия противоопухолевых препаратов. Пути введения противоопухолевых средств могут быть также весьма различны. Выбор их зависит от клинических особенностей заболевания и этапа, в котором начинается лечение (например, введение лекарственного вещества в брюшную полость во время операции или вве-

дение его в плевральные полости в связи с наличием гидроторакса). Значительно чаще противоопухолевые препараты (тиоТЭФ, циклофосфан, бензотэф, сарколизин, 5-фторурацил и др.) вводятся внутривенно, реже внутримышечно.

Общекурсовая и разовые дозы, ритм и продолжительность курса лечения зависят от особенностей клиники заболевания, а также задачи, которую предусматривает лекарственный этап лечения. Существенное значение имеют также переносимость больной препарата и выраженность реакций, возникающих в процессе его использования. Улучшение в состоянии больных, а также со стороны местного опухолевого процесса, в случае эффективности выбранного препарата, должно наступать примерно к исходу $\frac{2}{3}$ общекурсовой дозы. Разовая доза и ритм введения препарата чаще всего обусловлены его токсичностью.

Для тиоТЭФа (тиофосфамида) общекурсовая доза в среднем составляет от 200—240 до 300 мг. Препарат вводится внутривенно (при необходимости внутримышечно, внутривентриально) через день по 10—20 мг. Этот препарат обладает наиболее выраженным побочным действием, поэтому его применение должно осуществляться под систематическим контролем показателей крови, а также с учетом общей реактивности больных.

Циклофосфан (эндоксан) применяется в общекурсовой дозе порядка 8000—10 000 мг внутривенно (внутримышечно) ежедневно по 200—400 мг. В связи с тем, что циклофосфан, по сравнению с тиофосфамидом, относительно менее токсичен, в последнее время предпочитают использовать так называемую методику больших доз, которая в той же общекурсовой дозе предусматривает введение 1 г препарата каждый 5-й день. Хотя циклофосфан и менее токсичен, тем не менее он также приводит к возникновению реакций со стороны кроветворной системы. Поэтому систематическая оценка показателей крови в процессе лечения является обязательной.

Сарколизин используется внутривенно один раз в неделю по 30—50 мг до общей дозы на курс порядка 150—200 мг.

Гормонотерапия при злокачественных опухолях яичников в комплексе прочих лечебных мероприятий предусматривает использование андрогенных препаратов. Чаще всего применяют тестостерон-пропионат, который вводится внутримышечно через день по 1 мл 5% раствора. Курс лечения продолжается в среднем 2 месяца. В дальнейшем переходят на меньшие дозы в течение 4—6 и более месяцев. В этот период удобнее использовать метилтестостерон (под язык) ежедневно по 20 мг, с последующим снижением дозы до 10 мг.

В последние годы стали разрабатываться и применяться методы так называемой полихимиотерапии, при которых лечение больных проводится с помощью нескольких противоопухолевых препаратов, обладающих различным механизмом действия.

Химиотерапия как один из этапов, входящих в комплекс лечебных мероприятий, с самого начала используется у больных с распространенными формами злокачественных опухолей яичников, часто имеющих выпоты в полостях, а также в случаях, когда после лекарственного лечения предполагается выполнение хирургического этапа. К числу таких форм заболевания относят в основном распространенные цистаденокарциномы и реже опухоли яичников другого гистотипа. Химиотерапии подлежат больные, у которых опухолевый процесс может быть отнесен к следующим классификационным формам: стадии III и некоторые формы стадии II; все стадии IV; $T_2 N_1 (N_0) M_1 (M_0)$; $T_3 N_1 (N_0) M_1 (M_0)$; $T_4 N_0 M_1 (M_{1a}; M_{1b}, M_{1c})$. Во всех остальных случаях лечение больных целесообразнее начинать с хирургического этапа (стадии I; некоторые формы стадии II; $T_1 N_0 M_0$; $T_2 N_0 M_0$).

После завершения этапа лекарственного лечения дальнейшая тактика зависит от достигнутого эффекта. В случаях улучшения (исчезновение выпота в брюшной полости, уменьшение опухолевых конгломератов в малом тазу, появление подвижности и фрагментации опухолевых очагов) может быть предпринят хирургический этап лечения, объем которого будет зависеть от технической возможности выполнения той или иной операции (надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией сальника, надвлагалищная ампутация матки с придатками без сальника, частичное удаление первичных опухолей без матки, резекция сальника). Очевидно, что хирургический этап должен включать максимально возможный объем вмешательства. В случаях недостаточного эффекта (прекращение накопления асцита при незначительном уменьшении опухолевых конгломератов, сохранение неподвижности опухолей) целесообразно переводить больных на систематическое многокурсовое лекарственное лечение, в котором должны применяться препараты, обладающие различным механизмом действия.

Как в первом, так и втором вариантах курсы химиотерапии повторяются через определенные промежутки времени, однако с учетом реактивности больных и состояния показателей крови. В течение первого года, независимо от наличия или отсутствия текущего процесса или рецидива заболевания, курс лечения повторяется через 2 месяца, затем через 4 и 6 месяцев. При отсутствии опухолевых изменений на протяжении всего периода многокурсовой химиотерапии лечение больных следует расценивать как профилактическое. Напротив, химиотерапию, предпринимаемую по поводу текущих изменений, следует относить к лечебной. В ряде случаев, несмотря на наличие опухолевого процесса, с помощью лекарственной терапии удается достичь вполне удовлетворительного состояния больных, обусловленного отсутствием негативной динамики заболевания.

Следует отметить, однако, что в ряде случаев, особенно при использовании повторных курсов химиотерапии у больных могут

возникать состояния глубокой лейкопении (менее 1000 лейкоцитов в 1 мм^3), которые развиваются не в процессе лечения, а некоторое время спустя после завершения курса. Такие состояния представляют серьезное осложнение, главной особенностью которого является глубокое подавление иммунных механизмов защиты.

Это обстоятельство требует объективной оценки состояния больной и активных мер лечения. Обычно такие больные подвержены более легкому инфицированию и развитию различных воспалительных осложнений в результате обострения латентно текущих сопутствующих заболеваний.

Естественно, что рассмотренная схема многокурсовой химиотерапии в случаях возникновения выраженных нарушений в системе кроветворения может быть изменена и поставлена в зависимость от индивидуальной реактивности больных. Промежутки между курсами химиотерапии могут быть удлинены на период, необходимый для восстановления показателей крови. Вместе с тем в целях предупреждения развития глубоких форм лейко- и тромбоцитопений могут быть снижены и общекурсовые дозы препарата, величина которых ставится в зависимость от данных динамического наблюдения за показателями крови в процессе самого лечения цитостатическими средствами.

Для существенного улучшения в состоянии кроветворной системы, а также в целях предупреждения цитопений, процесс химиотерапии целесообразно сочетать с одновременными трансфузиями крови (лейко- и тромбоцитозвеси), а также с применением кортикостероидов.

В связи с этим выписка из стационара больных, перенесших лекарственную цитопению, должна осуществляться только после стойкого восстановления всех показателей периферической крови (лейкоцитов не менее 3000 в 1 мм^3) путем неоднократного исследования крови больных.

В тяжелых проявлениях лейкопении может оказаться полезным исследование костномозгового кроветворения и установление гранулоцитарного резерва. При глубоком угнетении кроветворения хороший эффект может быть достигнут с помощью пересадки костного мозга (аутологичного, донорского).

Дальнейшее использование курсов химиотерапии ставится в зависимость от общего состояния больных и последующего течения опухолевого процесса.

Следует отметить, что комплексное лечение злокачественных опухолей яичников, несмотря на достигнутые успехи, до сих пор остается весьма сложной задачей, требующей новых, более совершенных тактических подходов. Достаточно указать, что пятилетняя выживаемость этих больных не превышает $25-20\%$ и только в отдельных клиниках достигает 38% (И. Д. Нечаева).

Вопросы лечения злокачественных новообразований гениталий в современной онкологии являются наиболее сложной и, вместе с тем, перспективной проблемой, о чем может свидетельствовать

хотя бы краткое рассмотрение материалов настоящего раздела. Развитие гинекологии уже в современный период достигло успехов, которыми определяется достаточно высокий процент стойких излечений, особенно больных раком матки. Эти успехи достигнуты не только в результате совершенствования техники хирургического (комбинированного) вмешательства и лучевого лечения, но и за счет новых методических подходов и биологического обоснования тактических и лечебных мероприятий.

На протяжении последних лет интенсивно изучаются и разрабатываются вопросы оптимального фракционирования режима доз, использования расщепленных курсов облучения опухолевого очага, создание условий неоднородности распределения дозы в пораженных тканях, сохранения репараторной способности тканей ложа опухоли и ряд других методов, существенно повышающих повреждаемость клеток опухоли. Нельзя не отметить также разработку вопросов активации иммунных механизмов защиты организма опухоленосителя, возможности использования в процессе лечения различных радиомодифицирующих средств, применением которых может быть обеспечена сенсбилизация или синхронизация клеточного лечения опухолевой ткани, а также защита здоровых тканей ложа опухоли.

Определенные успехи достигнуты и в совершенствовании хирургических аспектов лечения опухолевых заболеваний. В последние годы наиболее продуктивным направлением явилась разработка методов объективной оценки протяженности опухолевого процесса с помощью рентгеноконтрастных и радиоизотопных способов, существенно повышающих возможности радикального удаления регионарного лимфатического аппарата паховой, тазовой и поясничной областей.

Наконец, следует отметить тенденцию использования комплексных воздействий на организм опухоленосителей, которые наряду с применением хирургических, лучевых и лекарственных методов, предусматривают обоснованное сочетание различных по механизму действия лечебных (или коррегирующих) средств, влияющих на процессы метаболизма в организме, процессы жизнедеятельности опухолевых и здоровых клеток, а также повышающих общую сопротивляемость организма.

ЧАСТЬ V

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В МАЛОМ ТАЗУ

Глава 20

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава 21

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОГРАНИЧЕННОГО
И РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА,
А ТАКЖЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Общая характеристика повреждений наружных половых органов. В настоящем разделе будут рассмотрены травмы наружных половых органов, не связанные с акушерской и гинекологической практикой. По характеру и вызвавшей их причине все повреждения можно разделить на ушибы, возникающие в результате падения на твердые предметы, разрывы при половом сношении, колотые и резаные раны бытового и производственного характера, а также огнестрельные ранения.

Независимо от характера повреждений для уточнения объема травмы необходимо провести тщательное обследование. Нередко первоначальный осмотр может не выявить всех особенностей повреждения. Поэтому при некоторых травмах, помимо обычных методов исследования, целесообразно использовать специальные (ректоскопия, цистоскопия, рентгенография и др.).

В связи с тем, что повреждения половых органов могут иметь самое различное клиническое проявление, лечебная тактика должна быть индивидуальной, учитывающей все особенности травмы. Ниже рассмотрены лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся формах травмы половых органов. Зная общие тактические приемы, хирург в каждом отдельном наблюдении должен установить необходимый объем хирургического пособия на основании оценки характера травмы.

Травма наружных половых органов. Местная травма вульвы и влагалища, сопровождающаяся в результате ушиба образованием гематомы, не всегда требует экстренного хирургического лечения. Наиболее целесообразным в этих случаях будет постельное содержание больной, местное применение холода, введение противостолбнячной сыворотки и тщательное наблюдение за гематомой и общим состоянием больной. Если гематома не нарастает и состояние больной не внушает опасений, этими мероприятиями по существу может быть ограничена лечебная помощь, так как в последующем гематома будет подвергаться постепенному рассасыванию. Иной тактики следует придерживаться при нарастании гематомы, что свидетельствует о продолжающемся кровотечении. В этих случаях одним из основных мероприятий является хирургическое вмешательство с целью остановки продолжающегося кровотечения.

Вскрытие гематомы должно проводиться с соблюдением всех правил хирургической асептики. Промежность обрабатывается спиртом и йодом, только после этого гематома может быть рассечена. Из полости гематомы удаляются кровяные сгустки и жидкая кровь, рана по возможности высушивается для определения местоположения кровоточащего сосуда. Обнаруженный сосуд (сосуды) клеммируется и лигируется. Однако если обнаружить кровоточащий сосуд невозможно, то целесообразно всю кровоточащую область тканей обшить 2—3 кетгутовыми швами. При обширных гематомах после остановки кровотечения ее полость следует ушить путем наложения погружных швов. Если имеется уверенность в надежности остановки кровотечения, а операция вскрытия гематомы производилась в асептических условиях, то полость гематомы можно закрыть наглухо. В противном случае целесообразно рану оставить не зашитой. По окончании операции производится окончательный туалет, рана смазывается йодом, накладывается давящая повязка. При необходимости производится трансфузия крови.

Примечание. Если вмешательство проводится в области клитора, в которой располагаются кавернозные тела, следует стремиться проводить иглу с нитью у самой надкостницы с тем, чтобы не нанести дополнительного ранения.

Повреждения влагалища. Чаще всего такая травма происходит при половом акте или падении на колющие предметы. Подобные повреждения представляются в виде рваных или колото-рваных ран. Они могут ограничиваться только стенкой влагалища и сводов или распространяться на клетчатку таза. В ряде случаев раны могут проникать в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку) или брюшную полость. Возможность у больных проникающих ранений лишней раз подтверждает необходимость тщательного обследования при повреждениях влагалища, прежде чем окажется возможным приступить к оказанию помощи.

Разрывы влагалища, возникшие в результате полового акта (не проникающие), чаще локализуются в левом своде, нередко бывают достаточно обширными и сопровождаются значительным кровотечением.

Оказание хирургической помощи в этих случаях сводится к остановке кровотечения, ушиванию раны, при необходимости компенсации кровопотери, а также предупреждению воспалительных осложнений. Не следует забывать также о необходимости введения противостолбнячной сыворотки. В большинстве случаев остановка кровотечения достигается сравнительно легко, если удастся тщательно ушить рану обвивным швом. Значительно реже приходится отыскивать кровоточащий сосуд отдельно. Для ушивания раны зеркалами достаточно широко раскрывается влагалище, удаляются кровяные сгустки и жидкая кровь. Рана промывается фурациллином, обрабатывается спиртом и йодом, а затем ушивается непрерывным кетгутовым швом.

Начинать ушивание проще с ближнего угла раны с тем, чтобы затем путем подтягивания за лигатуру оказалось бы возможным приблизить труднодоступный ее край. После ушивания раны влагалище целесообразно рыхло затампонировать марлевым бинтом. Применять отдельные комки ваты или небольшие туфферы в этих случаях не следует, так как они легко могут быть оставлены во влагалище и явиться источником воспалительных осложнений. Если установленный тампон в течение первых 2—3 ч не пропитался кровью, то он оставляется на 12—24 ч. В последующем, в течение 3—4 суток, больной назначается постельный режим. Ежедневно проводится осторожная обработка влагалища перекисью водорода.

Может оказаться, что установленный тампон вскоре обильно промокает кровью. Чаще всего это возникает в том случае, если кровоточащий сосуд не лигирован. В этой ситуации тампон следует удалить, швы распустить и вновь приступить к отысканию кровоточащего сосуда или добиться остановки кровотечения другим путем. С целью облегчения отыскания кровоточащего сосуда можно применить сжатие брюшной части аорты путем давления со стороны брюшной стенки, что позволяет тщательнее очистить рану и уточнить расположение кровоточащего сосуда после легкого расслабления аорты. Если разрыв свода влагалища с интенсивным кровотечением произошел в условиях, в которых не может быть оказана окончательная помощь, то как временное мероприятие, допустимое до поступления в лечебное учреждение, применяется тугая тампонада сводов и влагалища.

Колотые и резаные раны, проникающие в соседние органы или брюшную полость, как правило, требуют широкого хирургического вмешательства. Если ранения мочевого пузыря или прямой кишки свежие и имеются условия к ушиванию ран со стороны влагалища, то в этих случаях восстановление целостности поврежденных органов производится по правилам, описанным в соответствующих разделах. Напротив, если ранение органов произошло давно и за это время наступило инфицирование ран, то их ушивание может быть предпринято только после окончательного формирования свищей, примерно через 4—6 месяцев после ранения. Попытки зашить раны до купирования воспалительного процесса, как правило, обречены на неудачу.

При установлении проникающего ранения в брюшную полость или подозрении на такую возможность производится чревосечение, поскольку только с помощью ревизии брюшной полости можно установить истинный характер травмы и необходимый объем хирургической помощи.

Огнестрельные ранения. Опыт советской медицины в период Великой Отечественной войны свидетельствует о том, что проникающие ранения живота довольно часто сопровождаются повреждениями почек, мочеточников, мочевого пузыря и внутренних половых органов. Все это позволяет полагать, что при огне-

стрельных ранениях живота, которые могут иметь место и в обычных условиях, повреждения внутренних половых органов могут также встречаться довольно часто. Это обстоятельство обязывает обращать особое внимание на состояние половых органов при оперативных вмешательствах, предпринимаемых по поводу проникающих огнестрельных ранений живота у женщин. В ходе операции может возникнуть необходимость в восстановлении поврежденных половых органов или их удалении. Несмотря на чрезвычайность обстановки, следует стремиться к максимальному щажению и сохранению их функции. Правильному решению могут помочь четкие знания анатомии внутренних половых органов. Известно, что половые органы имеют богатое развитие сосудистой сети и многочисленные анастомозы. Поэтому даже при травме матки в области маточных артерий в большинстве случаев удается ограничиться перевязкой, без удаления матки, так как многочисленные анастомозы компенсируют кровоснабжение органа.

ГЛАВА 21

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОГО И РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА, А ТАКЖЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Клинические особенности воспалительных заболеваний в малом тазу и хирургические приемы их лечения. Необходимость в хирургическом лечении больных воспалительными заболеваниями половых органов в остром периоде возникает сравнительно редко. Это обстоятельство объясняется тем, что в большинстве случаев воспалительные заболевания удастся курировать консервативными мероприятиями. Только при значительном снижении защитных механизмов организма или в результате особой вирулентности инфекции может наступить генерализация воспалительного процесса. В этих случаях ограниченный перитонит может приобрести разлитой характер. В других случаях, например при воспалении клетчатки малого таза, происходит гнойное расплавление тканей и распространение процесса за пределы малого таза.

Механизм возникновенияпельвеоперитонита (воспаление брюшины малого таза) чаще всего связан с обострением и расширением воспалительного процесса придатков матки. Пельвеоперитонит относительно редко распространяется за пределы малого таза, по-видимому, этому способствуют особенности защитных механизмов, обеспечивающие реактивное отграничение брюшной полости от полости малого таза сальником и петлями кишечника.

В гинекологической практике приходится иметь дело с разлитым перитонитом чаще в тех случаях, когда во время операции чревосечения происходит ранение кишечника, мочевого пузыря или мочеточников, в результате которого инфицируется брюшная полость. Эти осложнения приводят к развитию перитонита, если повреждения останутся незамеченными и не будут своевременно устранены.

Лечение перитонита может быть только хирургическим, причем чем раньше будет произведена операция, тем лучшего следует ожидать эффекта. Несмотря на то, что в настоящее время имеются различные антибиотики, а также возможность стимулирования защитных механизмов организма, прогноз при разлитом перитоните остается серьезным.

Вопрос о характере хирургического пособия при перитоните должен решаться индивидуально в зависимости от состояния воспалительного процесса. Вместе с тем, могут оказаться полезными некоторые тактические рекомендации.

Первая из них относится к разлитому перитониту, возникшему после операций на матке, в частности кесарского сечения. Если состояние швов на органе и их вид свидетельствуют о том, что инфекция распространяется из матки, то последнюю необходимо удалить. Следует указать, что «акушерский» перитонит протекает особенно грозно и нередко приводит к летальным исходам.

Вторая рекомендация относится к необходимости установления чувствительности флоры к различным антибиотикам, так как у ряда больных может наступить адаптация патогенных микроорганизмов к наиболее употребляемым антибиотикам.

В практике часто приходится решать вопрос о технике дренирования брюшной полости после выполнения основной операции. В этих случаях можно ограничиться трубчатым дренажем для введения антибиотиков с ушиванием брюшной полости наглухо или обеспечить дополнительное дренирование через фистулу во влагалище (кольпотомии). Решение этого вопроса зависит от конкретных особенностей заболевания и должно приниматься непосредственно на операционном столе с учетом общей клинической ситуации. При необходимости произвести дренирование с помощью влагалищной фистулы перед зашиванием брюшной стенки должна быть произведена кольпотомия со стороны брюшной полости.

Одной из форм пельвеоперитонита является экссудативно-выпотной, при котором воспалительный очаг, располагающийся в полости малого таза, может напоминать параметральную инфильтрат. Дифференцировать эти две формы не всегда просто, так как оба отдела тканей тесно прилегают друг к другу и воспалительное заболевание в одной из них сопровождается обязательной реакцией в другом. Если экссудативный пельвеоперитонит достигает значительных размеров и, опускаясь книзу, достигает влагалищных сводов, то отифференцировать его от параметрита

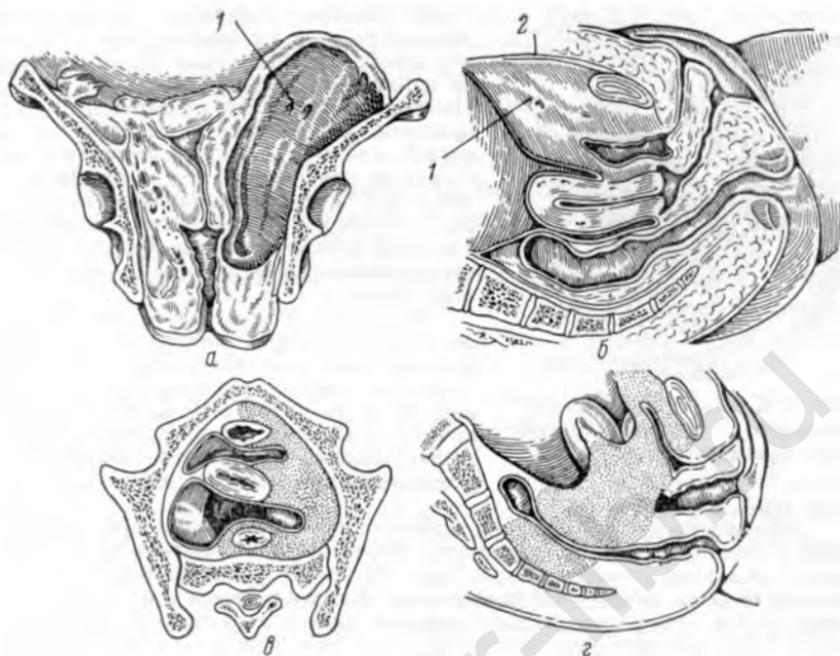


Рис. 113. Схематическое изображение различных видов распространения гнойного воспалительного процесса по клетчаточным отделам малого таза.

а — параметрит, распространяющийся по боковой стенке таза; 1 — гнойная полость, *б* — передний параметрит: 1 — гнойная полость, 2 — выход очага на переднюю брюшную стенку; *в* — схема распространения экссудата в малом тазу при параметрите (поперечный срез таза); *г* — то же (сагиттальный срез таза).

особенно трудно. В этих случаях можно рекомендовать хирургическое вмешательство со стороны влагалища. С помощью такого приема в большинстве случаев удастся достаточно полно опорожнить гнойную полость и обеспечить надежное дренирование ее со стороны свода.

Таким образом, при пельвеоперитонитах, в случае необходимости оперативного лечения, могут быть использованы два пути: один с доступом к очагу через брюшную стенку при высоком расположении инфильтрата и второй — со стороны влагалища при низкой локализации гнойной полости.

Хирургическое лечение гнойных параметритов может осуществляться также и с помощью обоих оперативных доступов, необходимость использования которых обуславливается характером заболевания и локализацией гнойного очага.

Доступ к гнойному очагу со стороны брюшной стенки (экстраперитонеальным подходом) для вскрытия гнойника применяют только в тех случаях, когда очаг продвигается в направлении передней брюшной стенки.

Ниже несколько подробнее рассматриваются некоторые клинические особенности параметритов. Известно, что тазовая клетчатка представляет

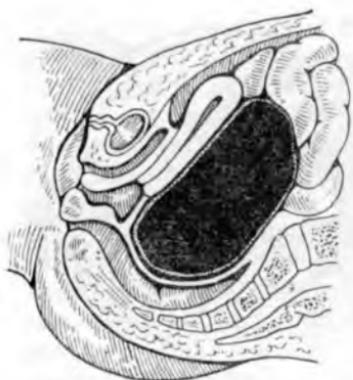


Рис. 114. Схематическое изображение воспалительного очага при пельвеоперитоните.

и др. (рис. 113, а, б в, г, д).

Особенности распространения воспалительного экссудата при параметритах в известной мере могут служить определенным отличием от экссудативного пельвеоперитонита. Характерно, что при параметритах экссудат не имеет четкой отграниченной формы и как бы вплетается в надкостницу тазовых костей. Напротив, инфильтрат при пельвеоперитонитах характеризуется более определенной формой и, хотя тоже может достигать тазовых костей, тем не менее остается от них отграниченным, так как располагается в пределах брюшины (рис. 114).

Хирургическое лечение гнойных параметритов и в большинстве случаев пельвеоперитонитов сводится к вскрытию гнойных полостей различными доступами. Чаще всего удается использовать заднюю кольцотомию, реже переднюю и боковую. При распространении гнойного экссудата при параметритах в область передней брюшной стенки опорожнение гнойного очага может быть осуществлено со стороны передней стенки в области пупартовой связки без вскрытия брюшной полости. Если происходит гнойное расплавление перегородок между отдельными воспалительными очагами и процесс распространяется в сторону какого-либо полого органа (мочевого пузыря, кишки, влагалища), то может произойти прорыв гноя в эти органы. В результате такого прорыва нередко наступает самоизлечение.

Хирургическое лечение параметритов показано не только для эвакуации гноя, но и с целью профилактики разлитого перитонита.

Несмотря на то, что показания к хирургическому лечению пельвеоперитонитов и гнойных параметритов примерно одни и те же, тем не менее эти два заболевания следует различать. Дифференциальная диагностика между ними достаточно сложна, однако, пользуясь определенными признаками, можно разграничить клиническую картину параметритов от пельвеоперитонитов. В ряде случаев клиническая картина настолько сложна, что раз-

собой богатую жировыми включениями рыхлую ткань с залегающей в ней обширной лимфатической сетью. Ткань клетчатки параметрия представляет собой как бы «выстилку» свободных пространств между органами малого таза и отделяет их от костей таза. Отдельные клетчаточные пространства при этом имеют анатомическую связь друг с другом и другими отделами таза. Непосредственная связь клетчатки с шейкой и телом матки нередко способствует проникновению инфекции со стороны этих органов.

Клетчатка малого таза непосредственно продолжается в клетчаточные пространства других отделов тела, что способствует распространению воспалительного процесса за пределы малого таза, например, в область паранефрия, брюшной стенки, область пупартовой связки, параректальное пространство, область ягодиц

граничить признаки, свойственные тому или другому заболеванию, не представляется возможным. Это обстоятельство обусловлено тем, что брюшинный листок находится в тесном анатомическом соседстве с клетчаткой таза. Поэтому и при параметритах могут быть симптомы раздражения брюшины. В связи с этим в вопросах целесообразности хирургического вмешательства чаще приходится руководствоваться не столько предполагаемым диагнозом (пельвеоперитонит или параметрит), сколько клинической картиной заболевания.

Не менее важен вопрос об оперативном доступе. В решении его следует руководствоваться направлением движения инфильтрата. Если инфильтрат распространяется в направлении влагалища, у больных обычно выражены реактивные симптомы со стороны мочевого пузыря или прямой кишки. Естественно, что доступ с помощью кольпотомии необходимо использовать прежде всего. Если окажется, что инфильтрат со стороны влагалища недоступен, то целесообразнее подойти к нему со стороны брюшной стенки, области паранефрия или ягодиц. вполне понятно, что оперативные доступы должны соответствовать особенностям распространения инфильтратов.

Технические особенности операций путем влагалищного доступа. Чаще всего в этих случаях используют заднюю кольпотомию. Техника задней кольпотомии несложна и выполняется в следующей последовательности: производится исследование больной, уточняется локализация инфильтрата в малом тазу, определяется его консистенция. На операционном столе в положении больной, как при обычных влагалищных операциях, зеркалами широко раскрывается влагалище. Пулевыми щипцами захватывается задняя губа шейки матки и отводится к лону. В результате этого приема обнажается и становится доступным задний свод влагалища, который обрабатывается спиртом и настойкой йода.

Затем через задний свод производится диагностическая пункция. Для этой цели длинным зажимом Кохера захватывается слизистая свода, лучше по средней линии примерно на 1—1,5 см ниже шейки, и слегка подтягивается вперед. Фиксация свода обеспечивает правильное проведение иглы при пункции или скальпелем при вскрытии гнойника (рис. 115, а). В направлении расположения инфильтрата производится пункция свода иглой, при этом игла должна быть достаточной длины и с широким просветом (рис. 115, б). В шприц насаживается содержимое с тем, чтобы убедиться в наличии гноя. Полученный гной переносится в стерильную пробирку и отправляется в лабораторию для исследования характера флоры и определения ее чувствительности к антибиотикам.

Следующий этап состоит в кольпотомии. В намеченном участке скальпелем прокалывается свод и плотная капсула гнойника, которая прилежит к слизистой влагалища (рис. 115, в).

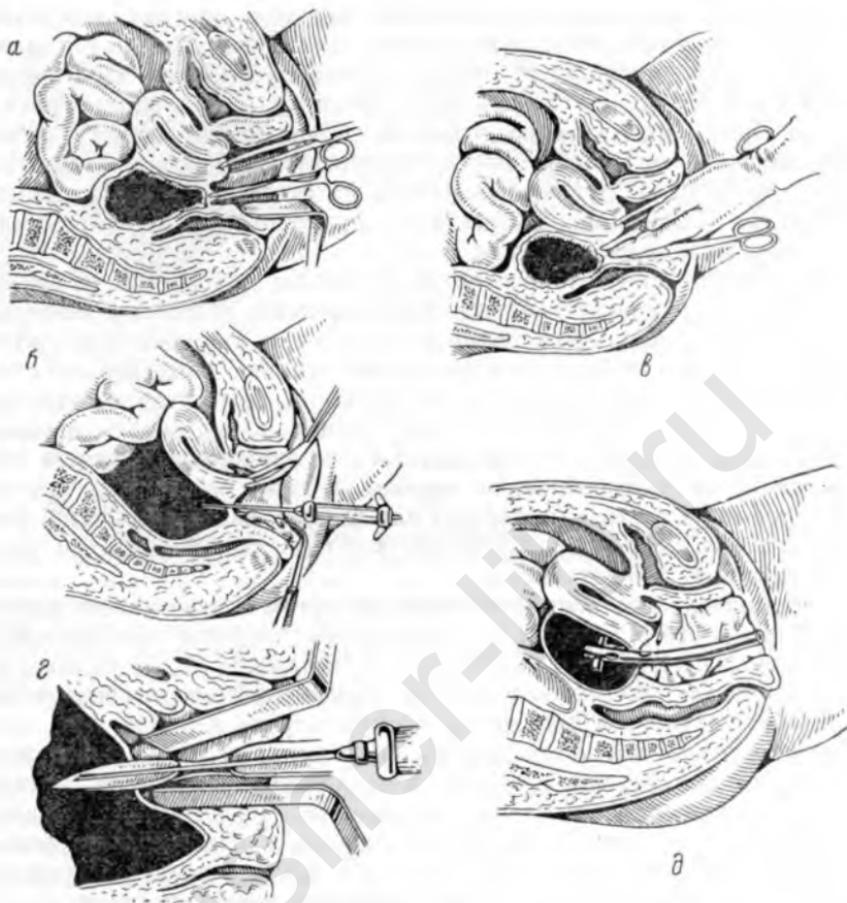


Рис. 115. Операция задней кольпотомии.

а — этап подготовки заднего свода влагалища к пункции и кольпотомии; *б* — пункция заднего свода; *в* — расслоение тканей свода пальцем для подхода к гнойнику; *г* — кольпотомия (скальпелем прокалывается задний свод и капсула гнойника); *д* — установка дренажной трубки в полость опорожненного гнойника.

Через сделанное отверстие выпускается гной. Если между капсулой гнойника и слизистой оболочкой свода сохранилась нерасплавленная клетчатка, то ее следует осторожно, тупым путем, лучше пальцем, несколько расслоить и только после этого идти на вскрытие абсцесса (рис. 115, *в*).

После вскрытия и опорожнения гнойника в полость сразу же заводится дренажная трубка (рис. 115, *д*). Промывать полость абсцесса нет необходимости, так как оставшееся содержимое постепенно будет стекать по дренажной трубке. Поэтому просвет трубки должен быть достаточно широким, а трубка иметь боковые отверстия на боковой поверхности на случай закупорки ее основного. На внутреннем конце трубки устанавливается пере-

кладана (крестовина) с тем, чтобы дренаж не выскользнул из полости гнойника. Влагалищная часть трубки обкладывается марлевым тампоном во избежание проскальзывания ее в полость гнойника. Если кольпотомическое отверстие имеет недостаточные размеры, то оно может быть увеличено с помощью введенного корнцанга или ножниц путем раскрытия их брашней. На этом операция заканчивается.

Извлечение дренажной трубки производится после окончательной ликвидации клинических симптомов воспаления (температура, пульс, общее состояние, показатели крови) и прекращения отделения гноя по трубке. По извлечении трубки влагалище обрабатывается спиртом и йодом, а затем обрабатывается периодически до полного закрытия кольпотомического отверстия. До окончательного формирования рубца не следует применять спринцевания влагалища.

Кольпотомия боковая. Гнойный параметральный очаг может располагаться в боковых сводах. В этих случаях выполнение кольпотомии требует особой осторожности. Если при выполнении задней кольпотомии существует опасность ранения прямой кишки, то при боковой такой опасности подвергаются мочеточники и маточные сосуды. Поэтому, в целях предупреждения подобных осложнений, целесообразно боковую кольпотомию начинать с разреза заднего свода. Технически этот этап выполняется следующим образом.

Так же захватывается задняя губа шейки матки и отводится к лону. Затем рассекается слизистая заднего свода влагалища и через это отверстие тупым путем, лучше корнцангом или желобоватым зондом, постепенно и осторожно продвигаются в сторону нижнего участка инфильтрата. Ткани сохранившейся клетчатки расслаиваются до ощущения плотной капсулы абсцесса. После этого производится пункция гнойника под контролем пальца. При получении в пунктате гноя капсула вскрывается скальпелем или, в целях предосторожности, желобоватым зондом, после чего отверстие расширяется с помощью корнцанга (рис. 116). Остальные этапы боковой кольпотомии (дренирование и дальнейшее ведение) — те же, что и при задней кольпотомии.

Примечание. При распространении инфильтратов книзу и достижении ими влагалища различия между пельвеоперитонитом и параметритом исчезают. Поэтому все сказанное в отношении техники операции справедливо не только для параметритов, но и аналогичных по форме гнойных пельвеоперитонитов.

Брюшностеночный (экстраперитонеальный) доступ к параметральному гнойнику. Это вмешательство в ряде случаев может оказаться относительно несложным, главным образом тогда, когда гнойный очаг достаточно приближен к поверхности брюшной стенки, что определяется по своеобразной реакции кожи. Значительно более сложной может оказаться ситуация, при которой инфильтрат, располагающийся в тазу, отдален от брюшной стенки и для его

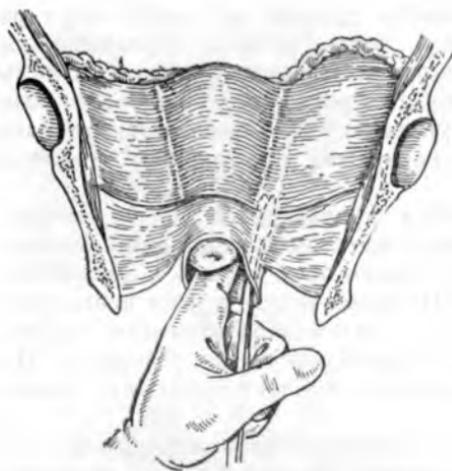


Рис. 116. Схема вскрытия бокового абсцесса (параметрит) с помощью боковой кольцотомии.

ожиданным образом изменяют взаимоотношение соседних органов (мочевого пузыря, петель кишечника).

При подходе к гнойнику со стороны пупартовой связки следует иметь в виду, что доступ к нему связан с необходимостью раздвижения мышечных пластов и прохождения через фасциальные образования. Следует помнить, что к фасции поперечной мышцы непосредственно примыкает брюшина. Кроме того, в этой области проходят поверхностная эпигастральная артерия, нижняя эпигастральная артерия с соответствующими им одной или двумя венами, а также ветви наружной срамной артерии, анастомозирующие с нижней эпигастральной артерией.

В целях предупреждения кровотечения указанные сосуды могут быть лигированы в случае встречи с ними. Контакт с этими сосудами может иметь место в следующих отделах: поверхностная эпигастральная артерия (с одной или двумя одноименными венами) проходит между клетчаткой и апоневрозом, примерно посредине пересекает пупартовую связку и направляется кверху, к области пупка; нижняя же эпигастральная артерия (с двумя сопровождающими ее венами) отходит от наружной подвздошной и проходит позади пупартовой связки, между брюшиной и задней фасцией прямой мышцы, несколько медиальнее поверхностной эпигастральной артерии. Эти сосуды могут быть пересечены при разрезах, которые производятся над пупартовой связкой между ее серединой и лонным бугорком, где проходят обе эпигастральные артерии с венами и срамная артерия. Поэтому разрезы брюшной стенки целесообразнее выполнять на участке между средней пупартовой связки и верхне-передней остью подвздошной кости, так как в этой области крупных сосудов нет и операция может оказаться относительно бескровной.

Техника выполнения операции вскрытия гнойника со стороны передней брюшной стенки.

вскрытия необходимо пройти через нерасплавленные ткани. Такая операция требует особой осторожности и постепенного раздвижения отдельных слоев с тем, чтобы случайно не проникнуть в брюшную полость.

Рекомендуемая некоторыми авторами для уточнения положения гнойника предварительная пункция участка предполагаемого гнойника через брюшную стенку не может быть отнесена к числу обязательных манипуляций. Она может выполняться только в исключительных случаях опытным хирургом и обязательно после опорожнения мочевого пузыря и тщательной очистки кишечника, так как гнойные инфильтраты передко самым не-

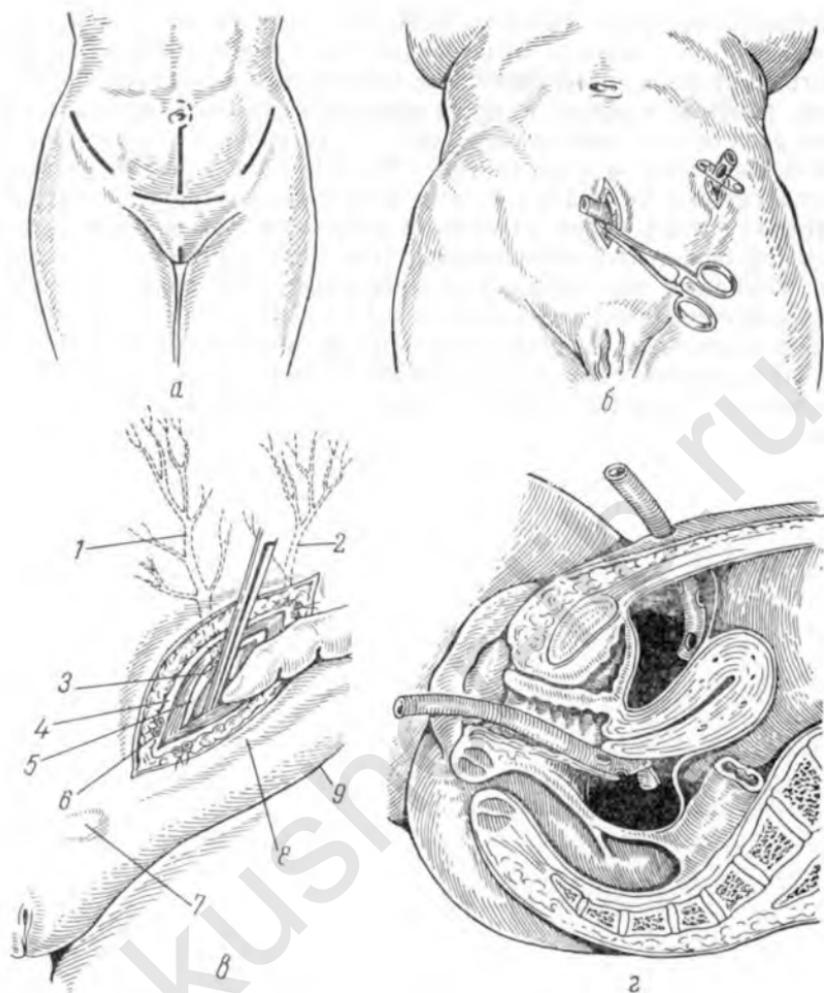


Рис. 117. Этапы операции вскрытия параметрального гнояника со стороны передней брюшной стенки.

a — месторасположение кожных разрезов; *b* — определение границ гнойной полости с помощью корнцанга и уточнение мест для контрапертур; *c* — момент постепенного подхода к глубоко расположенному гноянику: 1, 2 — подчревные поверхностные вены, 3 — внутренняя косая мышца, 4 — апоневроз наружной косой мышцы, 5 — поперечная фасция, 6 — перевязанные наружные срамные вены, 7 — лонный бугорок, 8 — пупартова связка, 9 — паховая складка; *d* — дренирование гнойной полости со стороны передней брюшной стенки и через кольпотомическое отверстие.

Кожу и подкожную клетчатку в области наметившегося прорыва гнояника рассекают одним из разрезов (рис. 117, *a*). Чаще такой разрез приходится делать над пупартовой связкой. Если обнаруживается участок флюктуации, то гнояник легко вскрывается. Отверстие расширяется тупым путем для обеспечения достаточного оттока гноя. В полость гнояника заводится дренаж. При об-

ширных гнойниках, занимающих всю переднюю поверхность нижнего отдела живота, целесообразно наложить дополнительные контрапертуры путем разрезов на противоположной стороне. Границы гнойной полости и места дополнительных разрезов могут быть уточнены с помощью введения в эту полость тупого инструмента, например корнцанга (рис. 117, б). Если гнойник располагается глубже, то подход к нему может быть открыт после раздвигания тупым путем мышечных пластов и осторожного рассечения фасциальных образований (рис. 117, в). В ряде случаев при обширных гнойниках, параметритах может оказаться необходимым выполнить более широкое хирургическое вмешательство с использованием брюшностеночного и влагалищного доступов для обеспечения опорожнения гнойника в нескольких участках: со стороны брюшной стенки и через кольпотомическое отверстие (рис. 117, г).

ЧАСТЬ VI

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ

Глава 22

ВЕДЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

akusher-lib.ru

ВЕДЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА

Общие замечания. Любое хирургическое вмешательство оказывает существенное влияние на организм оперируемой личности, причем, чем сложнее и длительнее операция, тем это влияние выражено больше. Особое состояние больных после операции, связанное с рядом ответных реакций организма на вмешательство, даже при условии высокой хирургической техники и методов анестезии, является вполне закономерным. Организм человека, с его высоко развитой центральной нервной системой, отвечает рядом специфических реакций на любое хирургическое вмешательство. К числу таких реакций следует отнести различные функциональные нарушения органов и систем, проявляющиеся, например, дыхательной недостаточностью, нарушениями кислотно-щелочного равновесия и водно-солевого обмена. На выраженность клинических проявлений последствий операции могут оказывать влияние также и субъективная оценка болезни самой больной, например страх перед предстоящим наркозом и самой операцией. Кроме того, реактивность организма может зависеть от охлаждения брюшных органов, кровопотери, действия наркотических веществ, выраженности болевых ощущений после операции и других факторов. Вполне понятно, что характер и степень ответных реакций во многом будут зависеть также от состояния общего здоровья оперируемой, обстановки в лечебном учреждении, особенно в период подготовки к операции и др.

Поэтому организация предоперационного и послеоперационного ухода за больными, правильная и своевременная оценка реактивности организма приобретают существенное значение. В большинстве случаев грамотная организация ведения послеоперационного периода по существу венчает успех любой операции. Поэтому роль хирургов и анестезиологов не должна заканчиваться выполнением операции. Они должны продолжать наблюдение за оперированными больными и после операции, поскольку осложнения послеоперационного периода могут быть более серьезными, чем сама операция.

Рекомендации по ведению оперированных больных в операционной. Послеоперационный период начинается с окончанием операции, однако еще в операционной следует убедиться в ее благополучном выполнении. Первые впечатления о состоянии больной после операции могут быть получены на основании общего вида

больной, окраски кожи и видимых слизистых, состояния пульса, артериального давления, количества, качества вынущенной мочи гравиметрической оценки кровопотери. Только при благополучии этих показателей операция может считаться законченной.

Наличие крови в моче должно быть оценено в соответствии с факторами, имевшими место во время операции. Если нет сомнений в том, что во время операции не могло произойти ранения мочеточников или мочевого пузыря, то наличие в моче крови следует связывать с трансфузией крови, несовместимой по групповой или резусной принадлежности. В этих случаях следует углубить наркоз и продолжить его хотя бы в течение 2—3 ч. Может оказаться необходимым замесное переливание совместимой крови. В последующем больная должна находиться под особым наблюдением и в случае усугубления тяжести реакции несовместимости подвергнуться гемодиализу. При отсутствии нарушения правил гемотрансфузии гематурию следует связывать с травмой мочевого пузыря или мочеточников.

Дифференциальные затруднения при ранении мочевого пузыря или мочеточников могут быть устранены с помощью цистоскопии. В этих случаях исключается или подтверждается ранение мочеточников с помощью хромоцистоскопии.

Следует иметь в виду, что незначительная гематурия может быть результатом травмы мочевого пузыря зеркалом, без нарушения целостности его стенок. В этих случаях окрашивание мочи кровью представляется менее интенсивным, а в последующем происходит ее постепенное просветление, иногда не требующее каких-либо специальных мероприятий. Достаточно ограничиться установкой на 1—2 дня постоянного катетера, который извлекается как только нормализуется вид мочи и функция мочевого пузыря. Напротив, при наличии значительной примеси крови в моче или подозрении на внутреннее кровотечение выполнение релаксационных в тактическом отношении наиболее оправдано.

Выведение больной из состояния наркоза целесообразно осуществлять в условиях операционной, в которой при необходимости в полном объеме может быть оказана помощь. Перевод больной из операционной в палату может быть осуществлен только после того, как будет установлено, что состояние больной не вызывает опасений, и она не нуждается в повторном срочном хирургическом вмешательстве, а также полностью выведена из состояния наркоза. Перевод в палату целесообразно осуществлять на согретой каталке в сопровождении медицинского персонала, лучше анестезиолога. При этом необходимо соблюдать правила, предупреждающие рвотные движения и возможную аспирацию рвотных масс. В палате больная укладывается на заранее согретую постель.

Рекомендации по ведению больных в послеоперационной (реанимационной) палате. Послеоперационный период хотя и временное, но, несомненно, патологическое состояние. Поэтому в первые

2—3 дня после операции такие больные пужаются в активном ведении, тщательном наблюдении и уходе. В связи с этим в современных условиях хирургической практики приято выделить специальные отдельные палаты для больных, готовящихся к операции, и палаты послеоперационного профиля. Вполне понятно, что эти палаты, особенно послеоперационные, должны быть ограждены от шума, хорошо проветриваться и иметь достаточную кубатуру. Послеоперационные палаты должны быть оснащены необходимым оборудованием и аппаратурой для оказания специализированной помощи: инструментарием для интубации, оборудованием для дачи кислорода, приспособлениями для трансфузии крови и лекарственных растворов, шприцами и соответствующими медикаментозными средствами. В палате организуется постоянный индивидуальный медицинский пост, который обслуживает сестра, соответственно подготовленная в вопросах ухода и ведения послеоперационного периода. Послеоперационные палаты оборудуются централизованной кислородной подводкой и функциональными кроватями, удобными для выполнения различных гигиенических мероприятий и имеющими приспособления для придания больным удобного положения.

В послеоперационном периоде наблюдение за больными должно осуществляться по определенной программе, позволяющей своевременно устранить или предупредить те или иные нарушения. Прежде всего следует обращать внимание на состояние нервно-психической системы больных, у которых может иметь место как возбуждение, так и угнетение эмоциональных реакций. Почти у всех оперированных отмечается нарушение дыхания, нередко протекающее с явлениями гипоксии (дыхание поверхностное, несколько учащено). Могут возникать также нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (развитие тахикардии, экстрасистолы или изменение артериального давления). Из числа сдвигов, имеющих существенное значение в оценке состояния больных, следует отметить возможность гиповолемии, обусловленной недостаточным восполнением кровопотери и проявляющейся гипотонией (гипокалемией), развитие гиперкальциемии, гипохлоремии, а также нарушения кислотно-щелочного равновесия в сторону снижения щелочного резерва и нарушение водно-электролитного обмена. В показателях периферической крови выявляется лейкоцитоз, сдвиги в формуле белой или красной крови, нередко увеличение числа тромбоцитов.

Одни нарушения выявляются тотчас по выходе больной из наркоза (реакции со стороны центральной нервной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой систем), другие обнаруживаются по прошествии нескольких дней после операции (нарушения обменных процессов, воспалительные реакции, изменения со стороны крови). Указанные нарушения, обусловленные хирургическим вмешательством, могут иметь различную выраженность. Нередко углублению этих реакций способствуют тягостные боле-

вые ощущения, которые, к сожалению, являются одним из первых симптомов любой операции.

Боли начинают ощущаться тотчас, как только больная выходит из состояния наркоза или прекращается анестезирующее действие, если операция проводилась под местным обезболиванием. В основном болевые ощущения формируются в зоне бывшей операции. Реже, в связи с использованием эндотрахеального наркоза, боли отмечаются в глотке или гортани в результате давления трубки. Нередко боли и страх за возможность расхождения швов заставляют больную принимать вынужденное положение, не двигаться, поверхностно дышать или избегать глубоких вдохов. Это обстоятельство приводит к снижению внешнего дыхания, нарушению газообмена, скоплению в бронхо-трахеальном дереве слизи, возникновению ателектаза и гипоксии. Именно на этом порочном фоне чаще всего развиваются тяжелые послеоперационные осложнения типа пневмонии или склонности к патологическому тромбообразованию. Поэтому необходимо проявлять заботу по обеспечению достаточной оксигенации больных, применению действенных болеутоляющих средств. Если больная в ближайший период после операции вступает в контакт с врачом, необходимо тотчас успокоить ее в благополучном исходе операции и внушить уверенность в последующем выздоровлении. Целесообразно убедить больных в необходимости осторожных движений и глубоких вдохов. Опыт показывает, что мягкосердечное и доброе отношение к больным существенно изменяет их реакции, больные быстро успокаиваются и охотно выполняют предписания ухаживающего персонала.

Если больная проявляет возбуждение и недостаточно вступает в контакт, то можно использовать седативные средства. Хорошим эффектом в этом отношении обладает аминазин, который вводится внутримышечно (5 мг, предварительно разведенный в 5 мл 0,5% раствора новокаина), а также дроперидол, фентанил и др. Лекарственные вещества или питье назначать per os в первые дни не следует. При сухости во рту и заметном обезвоживании целесообразно использовать внутривенное введение различных растворов (5% раствор глюкозы, физиологический раствор в комплексе с другими лекарственными веществами, назначаемыми по определенным показаниям).

Следует также способствовать достаточному отхождению мокроты, так как из-за болезненных ощущений больные откашливают мокроту недостаточно хорошо. Для предупреждения легочных осложнений в ряде случаев имеет смысл способствовать ее удалению отсасыванием. Следует иметь в виду, что повышенную секрецию слизистой оболочки трахео-бронхиального дерева и слюноотделения, могут вызвать некоторые релаксанты, обладающие мускариноподобным действием (релаксанты короткого действия — листенон, дитилин и др.), которые широко используются в современной анестезиологической практике.

Из числа болеутоляющих средств наиболее широкое распространение получили морфин, пантонон и промедол. Следует быть осторожным в отношении назначения морфина, так как некоторые больные к этому препарату имеют идиосинкразию.

В хирургической практике наблюдались тяжелые осложнения, связанные с потерей сознания и аспирацией рвотных масс во сне, которые возникали после введения обычной дозы морфина. Дело в том, что у некоторых больных, перенесших операцию, тем более сложную, адаптационные и компенсаторные механизмы могут оказаться существенно ослабленными, поэтому обычная доза морфина вызывает неадекватную реакцию. Поэтому применение морфина у послеоперационных больных, особенно в пожилом возрасте, целесообразно избегать, либо назначать его в уменьшенных дозах.

С целью болеутоления у некоторых больных может быть использовано медленное внутривенное введение 10—15 мл 0,5% раствора прокаина. В этих случаях также необходимо предварительно уточнить чувствительность к нему, так как у некоторых людей она может оказаться повышенной (головокружение, общая слабость, падение артериального давления, коллапс, шок).

Существенного внимания и заботы после операции требуют состояния, обусловленные дыхательной недостаточностью. Лечебные мероприятия при недостаточности внешнего дыхания сводятся к применению болеутоляющих средств, отсасыванию скапливающейся мокроты, достаточной оксигенации, которая достигается с помощью кислорода, подводимого через катетер, устанавливаемый в носовой ход, а также дыхательной гимнастики. При тяжелых формах недостаточности полезно применить принудительное дыхание с помощью специальных аппаратов. Для достижения глубокого дыхания может быть использована также и анальгезия закисью азота, устраняющая болевые ощущения при глубоком вдохе.

Не меньшее значение могут иметь сердечно-сосудистые расстройства (учащение пульса, появление экстрасистол или аритмий, особенно у пожилых женщин, а также снижение артериального давления). При общем удовлетворительном состоянии умеренно выраженные расстройства постепенно исчезают сами по себе после нормализации температуры тела и в большинстве случаев не требуют специальной коррекции. Вместе с тем, в послеоперационном периоде выраженность проявлений сердечно-сосудистых расстройств может быть более серьезной. Причиной подобных нарушений чаще всего являются электролитные расстройства, возникающие в крови, а также существенная кровопотеря во время операции или тягостные послеоперационные боли. Важно при этом различать две группы нарушений, механизм возникновения которых в одних случаях связан с недостаточностью периферического кровообращения, а в других — с сердечной недостаточностью. Нарушения первого типа обычно характеризуются выраженной тахикардией (свыше 150 ударов в минуту) и стойким падением артериального давления (бледность кожных покровов

и видимых слизистых, холодный пот, спавшиеся вены, отсутствие мочи). Вполне понятно, что лечебные мероприятия в этих случаях должны быть направлены на возмещение кровопотери с помощью трансфузий крови (лучше прямое переливание) или плазмы в сочетании с вазопрессорными средствами (мезатон — 0,1—0,3 мл 1% раствора, норэпинефрин). Одновременно с этим полезно провести активную витаминизацию (аскорбиновая кислота, витамины группы В, пикотиновая и фолиевая кислоты). Следует иметь в виду, что при обширных и травматичных операциях, а также тяжелых кровопотерях страдает функция надпочечников. Поэтому, наряду с обычными мероприятиями, направленными на снятие шока и ликвидацию последствий кровопотери, хорошую помощь могут оказать кортикостероиды (гидрокортизон и др.).

Нарушения второго типа характеризуются появлением аритмии, возникновением право- и левожелудочковой недостаточности, а также недостаточности коронарного кровообращения. Правожелудочковая недостаточность сопровождается болями в области печени, сердца или грудной клетки и выраженной тахикардией. Основным проявлением левожелудочковой недостаточности являются повышение артериального давления, одышка, двигательное беспокойство, появление мелкопузырчатых хрипов вследствие развивающегося отека легких. Коронарная недостаточность характеризуется загрудинными болями и падением артериального давления, причем чаще нарушения этого типа устанавливаются с помощью электрокардиографии.

Лечебные мероприятия в этих случаях тем эффективней, чем раньше распознано осложнение, поэтому своевременно начатое лечение обеспечивает быстрое купирование возникших нарушений. При стойких и выраженных аритмиях хороший эффект может оказать непрерывная и достаточная оксигенация в сочетании с противоаритмической терапией (лидокаинамид, введение хлористого калия, применение атропина и кардиотонических средств, бета-блокаторов), назначение которой должно осуществляться с участием кардиолога (анестезиолога).

При возникновении признаков острой сердечной недостаточности должна быть использована адекватная терапия кардиотоническими средствами, ганглиолитиками, а также мочегонными средствами. Ведение таких больных должно осуществляться вместе с терапевтом или анестезиологом.

Одним из существенных проявлений осложнения в послеоперационном периоде является нарушение водно-электролитного обмена. Нарушения углеводного, белкового и жирового обмена могут быть вызваны переживаниями, связанными с ожиданием предстоящей операции, голоданием, обусловленным подготовкой больной к операции и самой операционной травмой. Особенно выраженными бывают нарушения водно-электролитного равновесия в результате обезвоживания организма больной. Потеря воды в этих случаях обусловлена учащением дыхания, повышен-

ной потливостью, кровопотерей и лихорадочным состоянием, т. е. неизбежными факторами, сопутствующими любой операции. Существенное значение в этот период имеет поддержание необходимого уровня калия и натрия, так как эти два элемента ответственны за обменные процессы клетки с внешней средой. Между тем, при хирургическом вмешательстве равновесие между содержанием калия и натрия нарушается. Коррекция водно-электролитного баланса проводится путем введения соответствующих растворов.

Первый день после операции является самым ответственным, требующим внимательного наблюдения за больной. Именно в это время могут возникать дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность (последствия невозмещенной кровопотери, гипоксия вследствие поверхностного дыхания, первые проявления болевых ощущений и др.). Поэтому больных необходимо обеспечить системой постоянной оксигенации и своевременным введением болеутоляющих средств. В этот же период важно осуществлять объективный контроль за общим состоянием больной (частота и глубина дыхания, особенности пульса, артериального давления, вид слизистых). К исходу дня необходимо опорожнить мочевой пузырь, так как самостоятельное мочеиспускание не у всех больных возможно из-за болевых ощущений и необходимости лечь. Позже самостоятельного мочеиспускания можно добиться подведением теплого судна и вызыванием рефлекса с помощью текущей струи воды.

Если эти мероприятия не достигают цели, можно сделать инъекцию 1 мл питуитрина (подкожно) или ввести внутривенно 5,0—10,0 мл 40% уротропина.

При катетеризации мочевого пузыря необходимо тщательно соблюдать асептику. Катетер должен быть гладким и смазан вазелиновым маслом с тем, чтобы не травмировать слизистую оболочку уретры. Выпущенная моча обязательно измеряется и оценивается качественно. При малом количестве мочи или обнаружении в ней примеси крови дежурная медсестра должна тотчас поставить в известность лечащего или дежурного врача.

При некоторых операциях, например ушивании пузырьно-вагинальных свищей, катетер нередко устанавливается постоянно на несколько суток для обеспечения спавшегося состояния мочевого пузыря. В этих случаях от медицинской сестры требуется особое внимание, так как проходимость катетера в результате его закупорки может нарушаться. Количество выделенной мочи замеряется каждые два часа и должно соответствовать 30—50 мл. Если количество мочи внезапно резко уменьшается, то можно предполагать возникновение препятствия ее оттоку (закупорка катетера) или выскальзывание его из пузыря. В этих случаях дежурная сестра также обязана поставить в известность врача, который должен правильно установить катетер или, не извлекая, промыть его борным раствором.

В ряде случаев, особенно после пластических операций, принятых по поводу относительного недержания мочи, у больных может возникнуть задержка самопроизвольного мочеиспускания несмотря на то, что мочевой пузырь переполнен, а больная встает с постели и ходит. В этих редких случаях осложнение связано с подавлением рефлекса мочеиспускания, который не всегда удается восстановить с помощью лекарственных и физиотерапевтических средств. Между тем, продолжительная катетеризация мочевого пузыря может вести к воспалительным осложнениям, особенно у больных, имеющих застойную мочу. В таких случаях целесообразно периодически промывать мочевой пузырь антисептическими растворами.

К исходу первых суток можно разрешать больным небольшие движения в постели (если к этому нет противопоказаний со стороны общего состояния). Предварительно следует объяснить больным о необходимости и безвредности подобных движений, поскольку они могут сопровождаться болевыми ощущениями. К таким полезным движениям относятся сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, глубокие вдохи и периодическая перемена положения тела в кровати. Вполне понятно, что первые изменения положения должны выполняться с помощью медсестры.

На ночь полезно ввести внутривенно 20—40 мл 40% раствора глюкозы с витаминами и обеспечить болеутоление (пантопон, промедол), способствующие улучшению общего состояния и нормализации сердечно-сосудистой деятельности.

В первые сутки прием пищи и жидкости естественным путем нецелесообразен, так как это может вести к возникновению рвотного рефлекса и усугубить парез кишечника. При ощущении сухости во рту допустимо смачивание водой губ и языка.

Второй день после операции, если состояние больной не сопровождается какими-либо индивидуальными особенностями, характеризуется более бодрым самочувствием и лучшим контактом. В целях предупреждения застойных явлений в легких следует продолжить дыхательную гимнастику (с использованием кислорода), а после утренней уборки целесообразно поставить круговые банки. Важно также оценить общее количество и качество мочи, выделенной больной за сутки. Со второго дня больные могут получать бульон, сладкий чай или кофе, печенье или сухари. Одновременно с этим необходимо обратить внимание на состояние полости рта и в случае необходимости провести соответствующую гигиеническую обработку.

Во вторые сутки послеоперационного периода обычно сохраняется в той или иной степени выраженное состояние обезвоживания. Поэтому с утра целесообразно наладить капельное внутривенное введение жидкости. Специальные лечебные мероприятия (например, переливание крови, применение сердечных средств или гормональных препаратов) используются только по опреде-

лешим показаниям. В случае воспалительных осложнений по соответствующим показаниям применяются антибиотики.

На третий день послеоперационного периода, несмотря на проведенную предоперационную подготовку, больных начинает беспокоить скопление в кишечнике газов. В целях облегчения состояния сначала может быть использована газоотводная трубка, а затем клизма с гипертоническим раствором. Реже возникает необходимость в применении сифонных клизм, которые должны выполняться опытной сестрой под непосредственным наблюдением врача.

Если больная не нуждается в специальном наблюдении и уходе, то на третий день она может быть переведена из реанимационной в общую послеоперационную палату.

Если нет противопоказаний со стороны общего состояния или особенностей оперативного вмешательства, то на третий день после чревосечения больных можно разрешить вставать или сидеть в постели. С этого момента лечебные гимнастические упражнения продолжают в более расширенном объеме. Первый подъем больных с постели должен осуществляться с помощью медицинского персонала или под его контролем. Живот целесообразно предварительно забинтовать широкой повязкой или сложенной простыней.

Раннее вставание имеет существенное преимущество перед подъемом больных на 9—10-й день. Установлено, что оно предотвращает ряд послеоперационных осложнений (пневмонию и тромбообразование), улучшает физиологические функции организма и редко приводит к осложнениям. Исключения должны составлять больные с осложненным течением послеоперационного периода, а также больные с обширной хирургической травмой или после пластических операций на тазовом дне.

После пластических операций на промежности вставание с постели можно разрешать не ранее 6—7-го дня, а сидеть — только на 9—10-й день. Раннее вставание при этих операциях приводит к резкому повышению внутрибрюшного давления, что неблагоприятно отражается на исходах операций.

Питание больных с третьего дня постепенно расширяется. С четвертых суток состояние больных обычно улучшается и характеризуется постепенным восстановлением всех функций организма. Для очищения кишечника у большинства больных может быть использована очистительная клизма. Если операция проводилась на прямой кишке (по поводу ректовагинального свища, восстановления апального сфинктера), вызывание стула с помощью клизмы не должно осуществляться раньше восьмого дня после операции. До этого времени необходимо задерживать действие кишечника (например, с помощью опиума). Более позднее назначение клизм должно делаться и после других вмешательств на кишечнике (аппендэктомии, резекции кишечника).

После брюшностеночных чревосечений шелковые швы снимаются на 9-й день, а металлические скобки — на 7-й день. На 13—

15-й день после операции, если нет оснований к дальнейшему стационарному пребыванию, больные могут быть выписаны под наблюдение участковой службы.

Несколько иначе ведутся больные, перенесшие пластические операции на промежности или влагалище. После обычной пластики на 4-й день, после стула, производится осторожное влагалищное спринцевание антисептическими растворами с последующей гигиенической обработкой промежности. Швы снимаются на 5-й день, а первое вставание с постели осуществляется на 7—8-й день. Готовить таких больных к выписке можно на 13—15-е сутки, если достаточно хорошо сформировался рубец на промежности и окрепло тазовое дно. Если у больных устанавливается постоянный катетер, то его извлечение обычно производится не позже 8-го дня после обработки промежности и предварительного промывания мочевого пузыря антисептическим раствором.

Некоторые рекомендации по ведению послеоперационного периода, осложненного сопутствующей патологией. Особого внимания в послеоперационном периоде заслуживают больные старческого возраста, так как у этого контингента чаще наблюдаются различные осложнения во время хирургических вмешательств и послеоперационном периоде. Следует иметь в виду, что у больных, имеющих возрастные изменения сердечной мышцы, внутривенное введение растворов необходимо производить медленно. Общее количество вводимой жидкости не должно превышать одного литра, а хлористого натрия — не более 5,0 в сутки. Пожилым больным необходимо обеспечить достаточную оксигенацию, установить тщательное наблюдение за частотой и глубиной дыхания, а также деятельностью сердечно-сосудистой системы.

Серьезного внимания заслуживают также больные, страдающие бронхиальной астмой, так как они нуждаются в постоянном отсасывании бронхиального секрета, причем нередко тотчас по окончании операции. После выхода больной из состояния наркоза, необходимо добиться достаточно глубокого дыхания и обеспечить хорошую оксигенацию. С профилактической целью можно использовать адреналин, эфедрин, папаверин и другие средства, действующие на гладкую мускулатуру и уменьшающие секрецию бронхов.

Легко ранимыми оказываются больные, страдающие заболеваниями щитовидной железы. Вследствие нарушения функции ряда паренхиматозных органов сопротивляемость организма у них значительно снижена, тогда как возбудимость нервной системы и основной обмен могут быть существенно повышены. Такие больные в послеоперационном периоде нуждаются в назначении больших количеств болеутоляющих средств. Проводившуюся перед операцией терапию (например, по поводу тиреотоксикоза) следует продолжать и в послеоперационном периоде. Необходимо иметь в виду, что у таких больных может оказаться подавленной функция надпочечников.

Специального внимания заслуживают также больные, страдающие диабетом. В послеоперационном периоде целесообразно осуществлять контроль за содержанием сахара в крови и показателями щелочного резерва, так как у больных диабетом могут наблюдаться плохое заживление ран, воспалительные и инфекционные заболевания, легочные осложнения, сердечно-сосудистые нарушения и флебиты. Плановые операции у таких больных осуществляются только после соответствующей предоперационной подготовки. Профилактика подобных осложнений должна проводиться и в послеоперационном периоде. Контроль за состоянием больных осуществляется путем систематического исследования мочи (белок, сахар, ацетон), а также уровня сахара в крови. Если диурез повышается, исчезают кетоновые тела в моче, снижается содержание сахара в крови и поднимается щелочной резерв (выше 20 об. %), то можно считать, что течение послеоперационного периода развивается вполне благоприятно. Напротив, если появляется ощущение голода, наступает обильное потоотделение, появляется судорожное подергивание мышц, а в тяжелых случаях — конвульсии, то это состояние свидетельствует в пользу гипергликемической комы.

При развитии гипогликемической комы больные отмечают ощущение жажды, могут появиться судорожные сокращения мышц брюшной стенки, хриплое дыхание, признаки обезвоживания, а также снижение внутриглазного давления и исчезновение ряда рефлексов. Состояние комы следует расценивать как очень тяжелое осложнение послеоперационного периода. Все лечебные мероприятия, необходимые для устранения проявлений диабета в послеоперационном периоде, должны проводиться совместно с терапевтом и эндокринологом.

- Аборт трубный 185
 Абсцесс бартолиновой железы, вскрытие 56
 Ампутация матки высокая 165
 — — надвлагалищная 167
 — шейки матки клиновидная 109
 — — — конусовидная 107
 Анатомия брюшной стенки 115
 — влагалища 47
 — наружных половых органов 42
 — области таза 119
 — промежности 44
 Анестезия инфльтрационная 39
 — проводниковая 40
 Аппендэктомия 159
 Атрофия мочевого канала 102
- Бартолинова железа, абсцесс, вскрытие 56
 — — выщипывание 56
 Беременность брюшная 195
 — внематочная, диагностика 186
 — — операции 190
 — в рудиментарном роге 194
 — трубная 182
 — — интерстициальная 193
 — — операция с сохранением маточной трубы 192
 — яичниковая 193
 Бесплодие, оперативное лечение 136
 Брюшина, воспаление 267
 — — оперативное лечение 271, 273
 Брюшная стенка, анатомия 115
 — — разрез(ы) 114
 — — — по Пфанненштилю 125
 — — — по Черни 114
 — — — срединный 119
- Вентрофиксация матки по Кохеру 133
 Влагалище, опущение 65, 75
 — — кольпоррафия задняя 66
 — — кольпоррафия передняя 65
 — — кольпоррафия срединная 70
 — — искусственное 175
 — — образование из околоплодных оболочек 176
- — — — петли тонкой кишки 177
 — — — — сигмовидной кишки 181
 — — — — тазовой брюшины 182
 — — — — толстой кишки 176
 — — операции пластические 65
 — — рассечение перегородки 58
 — — удаление кисты гартнерова хода 59
 Влагалищный свод, пункция 61
 — — вскрытие 61
 Вульва, рак 207
 — — лучевое лечение 216
 — — хирургическое лечение 210, 212, 215
 — — удаление липом и миом 57
 Выкидыш трубный 185
 Выпадение матки 63
 — — и прямой кишки 72
 Выскабливание матки диагностическое 110
- Гематокольпос 58
 — операция, описание 58
 Гнойник параметральный 269
 — — пункция 272
 — — операция дренирования через влагалищный свод 272
 — — — — брюшную стенку 273
- Девственная плева, операция рассечения 58
 Диатермокоагуляция шейки матки 102
 Диатермоэкзсизия шейки матки 106
 Дренирование брюшной полости 123
 — — — через задний свод влагалища 60
 — — подбрюшинных пространств 273
 — — по Микуличу 123
- Заболевания женских половых органов, воспалительные 267

- Заболевание женских половых органов, воспалительные, оперативное лечение 271, 273
 Задняя кольпоррафия 66
 — кольпотомия 60
 Зашивание брюшной стенки при поперечном разрезе 127
 — — — продольном разрезе 124
 — свищей, общие рекомендации 83
 Зуд наружных гениталий 54
 Иннервация внутренних половых органов 46
 Инструменты для гинекологических операций 23, 24
 Киста бартолиновой железы, вылуцивание 56
 — влагаллица 59
 — яичника межсвязочная 149
 — — с выраженной ножкой 147
 Кишечный шов 155, 157
 Кольпоперинеоррафия 65
 Кольпопоз 175
 — из околоплодных оболочек 176
 — — прямой кишки 176
 — — сигмовидной кишки 181
 — — тонкой кишки 176
 Кольпоррафия задняя 66
 — передняя 65
 — срединная по Лефору — Нейгебауэру 70
 Кольпотомия задняя 61
 Кондиломы остроконечные, удаление 54
 Кочергина — Спасокукоцкого, способ обработки рук 28
 Кровоснабжение половых органов 45, 49, 117
 Лапаротомия срединная, нижняя 119
 — по Пфалленштилю 125
 — по Черни 114
 Лимфатическая система внутренних половых органов 46
 Лимфатические узлы паховые и бедренные, удаление по Дюкену 213
 Лучевое лечение рака вульвы 216
 — — — тела матки 239
 — — — шейки матки 229
 Марсупиализация 196
 Матка, ампутация высокая 165
 — — надвлагаллицная 167
 — выпадение 63
 Матка, выпадение, операция венотрофиксации по Кохеру 133
 — — выскабливания 110
 — — дефундации 165
 — — удаление субмукозного узла 104
 — — укорочения круглых связок по Дартигу — Вебстеру 132
 — — экстирпации 170
 — — энуклеации фиброматозного узла 164
 — рак тела 232
 — — — комбинированное лечение 233
 — — — сочетанное лучевое лечение 239
 — — — шейки 217
 — — — комбинированное лечение 219
 — — — операция расширенной экстирпации 222
 — — — сочетанное лучевое лечение 229
 Маточные связки круглые, укорочение по Дартигу — Вебстеру 131
 — — — трубы, пересадка в матку 137
 — — — разрыв 185
 Микуллица тампон 123
 Мочевой пузырь, повреждение при операциях 129, 173
 Мочеточник(и), топография 120
 — повреждение при операциях 174
 Недержание мочи 75
 — — оперативное лечение 75
 — — операция Мандельштама 91, 94
 — — — Марциуса — Фигурнова 79
 — — — Отта 86
 — — — Ольсгаузена 87
 — — — Фигурнова 76
 Обезболивание 34
 Овариотомия 143
 Овароэктомия 147
 — при беременности 152
 Оперативная техника общие положения 20, 25
 Операционный блок 26
 Операция Балдвина 176
 — влагаллицная, подготовка больной 50
 — Дартига — Вебстера 131
 — Дюкена 212
 — Кохера 133
 — Кюммеля 73
 — Мандельштама 91, 94
 — на кисточке, применяемые в гинекологии 155, 157

- Операция на матке при неправильных положениях 130
- — — — раке тела 235
 - — — — шейки 222
 - — — — фибромиомах 163
 - — наружных половых органах 52
 - — придатках матки 134, 141
 - — шейке матки 101
 - Марциуса — Фигурнова 79
 - Нейгебауэра — Лефора 70
 - образования искусственного влагалища 175
 - Ольсгаузена 87
 - Отта 86
 - при бесплодии
 - — заболеваниях брюшины 267
 - — стерилизации 140
 - — удаления полипа мочевого канала 103
 - — укорочения круглых связок по Дартигу — Вебстеру 131
 - — Фигурнова 86
 - — Шредера 109
 - — Штурмдорфа 107
- Опухоль (и) влагалища доброкачественные 57, 59
- — — — — заматочная кровяная при внематочной беременности 191
 - — — — — матки доброкачественные 161
 - — — — — злокачественные 217, 232
 - — — — — межсвязочные 170
 - — — — — наружных половых органов доброкачественные 52
 - — — — — злокачественные 207
 - — — — — яичника злокачественные 243
 - — — — — лекарственное лечение 258
 - — — — — лучевое лечение 256
 - — — — — резекция сальника 255
 - — — — — химиотерапия 258
 - — — — — хирургическое лечение 252
 - — — — — межсвязочные 149
 - — — — — перекрут ножки 148
 - — — — — с выраженной ножкой 147
 - — — — — сращенная с другими органами 153
- Опушение влагалища 65
- — — — — матки 65
- Параовариальная киста 151
- Параметрит гнойный 269
- — — — — вскрытие брюшиннопочечным способом 273
 - — — — — влагалищным способом 272
 - — — — — боковой, вскрытие 272
- Пельвеоперитонит 267
- Перевязка маточных труб 140
- Передняя кольпорафия 65
- Питание в послеоперационном периоде 285, 286
- Пластические операции на влагалище 65
- — — — — шейке матки 107, 109
- Подготовка большой предоперационная 33
- — — — — при влагалищных операциях 50
 - — — — — операционного поля 33
- Поперечный разрез брюшной стенки по Параннштиллю 125
- — — — — Черри 114
- Послеоперационное ведение больных 278
- Послеоперационная задержка мочеиспускания 284
- Придатки матки, оперативное лечение 134, 141
- Продольный разрез брюшной стенки 119
- Промежность, анатомия 44
- — — — — операции 66
- Прямокишечно-влагалищные свищи 95
- Прямокишечно-маточное пространство 119
- Пузырно-шеечные свищи 91
- Пункция заднего свода 60
- Разрез(ы) брюшной стенки 114
- — — — — поперечный по Пфайнштиллю 125
 - — — — — — — — Черри 114
 - — — — — косой 128
 - — — — — продольный 119
- Рак вульвы 207
- — — — — лучевое лечение 216
 - — — — — оперативное лечение 210, 212, 215
 - — — — — стадии распространения заболевания 208, 209
 - — — — — тела матки 232
 - — — — — комбинированное лечение 233
 - — — — — лучевое лечение 239
 - — — — — оперативное лечение 235
 - — — — — стадии распространения заболевания 234
 - — — — — шейки матки 217
 - — — — — комбинированное лечение 219
 - — — — — лучевое лечение 229
 - — — — — оперативное лечение 222
 - — — — — сочетанная лучевая терапия 231
 - — — — — стадии распространения заболевания 220

Резекция тонкой кишки 115
— — — анастомоз бок в бок 157
— — — — конец в конец 155
Сальник, резекция 255
Сальнигостомия 136
Сальнигоэктомия 136
Свищ(и) влагалищно-кишечные 95
— мочеиспускательного канала 86, 87
— мочеточниково-влагалищные 84, 93
— прямокишечно-влагалищные 95
— пузырно-влагалищные 88
— пузырно-шеечные 91
Стерилизация женщины, операция 140

Тазовое дно, анатомия 44
Тазовые органы, анатомия 119
Тампон Микулоча 123
Тонкая кишка, резекция 155
Травматические повреждения половых органов 264
Труба маточная, удаление 136
— — имплантация в матку после резекции 137

Уретровагинальные свищи 84
Уретропластика по Отту 86
— — Ольсгаузену 87
Уход в послеоперационном периоде 278

Фибромиома(ы) матки 163
— — выворот при удалении субмукозных узлов 105
— — оперативное лечение 163
Фибромиома(ы) матки 163
— — — — надвлагалищная ампуляция 167
— — — — экстирпация 170
— — — — энуклеация 164

Чревосечение брюшностеночное 114
— — осложнения 128
Чревосечение брюшностепочное, повреждение кишечника 129

— — — мочевого пузыря 129
Шейка матки, ампутация 101
— — — клиновидная 109
— — — конусовидная 107
— — — диатермокоагуляция 102
— — — диатермоэксцизия 106
— — — рак, подготовка к операции 222
— — — — лучевое лечение 229
— — — — оперативное лечение 222
— — — — стадии распространения заболевания 220
— — — удаление полипа шеечного канала 103
Шов кишечный 155, 157

Экстирпация матки 170, 236
— — — расширенная 222
— — — — показания 202
— — — — техника 223
— — — — нахоных лимфоузлов по методу Дюкена 212
Электрокоагуляция шейки матки 106

Яичник(и) 141
— — киста, вылушение 143
— — — интралигаментарная 149
— — — — оперативное лечение 150
— — — — параовариальная 151
— — — — с выраженной ножкой 147
— — — — — оперативное лечение 147
— — — — — — перекрут ножки 148
— — — — — опухоль злокачественная 243
— — — — — — комбинированное лечение 251
— — — — — — лучевое лечение 256
— — — — — — оперативное лечение 252
— — — — — — стадии развития заболевания 251
— — — — — — химиотерапевтическое лечение 258
— — — — — — пересадка в матку 144
— — — — — резекция 143
Яичниковый придаток 151

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
ЧАСТЬ I	
КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	
<i>Глава 1.</i> Краткая история развития оперативной гинекологии	10
<i>Глава 2.</i> Общие рекомендации по организации хирургической службы и методам обучения оперативной технике	20
Методика обучения гинекологическим операциям (21). Хирургический инструментарий (23). Шовный материал (23). Организация и работа в хирургическом блоке (26). Обеспечение стерильной обстановки в операционной (26). Виды оперативных доступов (29). Отбор больных для оперативного лечения и выбор хирурга (30). Подготовка больных к операции (33). Некоторые вопросы обезболивания при гинекологических операциях (34).	
ЧАСТЬ II	
ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ	
<i>Глава 3.</i> Общие рекомендации по выполнению хирургических вмешательств со стороны влагалища	42
Хирургическая анатомия наружных половых органов женщины (42). Хирургическая анатомия влагалища (47). Подготовка больных к операциям на промежности и влагалище (50).	
<i>Глава 4.</i> Техника операций на наружных половых органах и влагалище	52
Общие замечания (52). Положение больной на операционном столе и места участивков операции (53). Лечение кандилом вульвы (54). Лечение зуда промежности и крауроза вульвы (54). Лечение острого бартолинита (56). Хирургическое лечение кист бартолиниевой железы (56). Удаление липом и миом вульвы (57). Лечение атрезии девственной плевы (58). Рассечение перегородки влагалища (58). Удаление кисты гартнерова хода (59). Диагностическая пункция заднего свода, задняя кольпотомия (60).	
<i>Глава 5.</i> Пластические операции по поводу старых разрывов промежности, недостаточности тазового дна, опущений и выпадений половых органов и прямой кишки	62
Общие замечания (62). Операция по поводу неосложненного опущения или выпадения стенок влагалища или матки (65). Хирургическое лечение сочетанного выпадения матки и прямой кишки (72). Хирургическое лечение опущений стенок влагалища, осложненных неудерживанием мочи (75). Операция передней кольпоррафии с подвешиванием мочевого пузыря по Фигурнову (76). Операция при относительном недержании мочи по Марциусу в модификации Фигурнова (79).	
<i>Глава 6.</i> Хирургическое лечение свищей	80
Общие замечания (80). Подготовка больных к операции (82). Хирургическое лечение уретро-вагинальных свищей (84). Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей (88). Хирургическое лечение пузырно-шеечных свищей (91). Хирургическое лечение мочеточничко-влагалищных свищей (93). Хирургическое лече-	

ние ректо-вагинальных и ректо-перинеальных свищей (95). Хирургическое лечение сложных пузырно-кишечно-влагалищных свищей (100).

Глава 7. Операции на влагалищной части шейки матки 101

Общие замечания (101). Зондирование и расширение цервикального канала при его атрезии (102). Диатермокоагуляция шейки матки (102). Удаление слизистого полипа шеечного канала (103). Удаление фиброзного полипа шейки или полости матки (103). Хирургическое лечение кистозной дегенерации шейки матки (105). Операция ушивания разрывов шейки матки по Эммету (106). Диатермоэксцизия шейки матки (106). Операция ампутации шейки матки по Штурмдорфу (107). Операция клиновидной ампутации шейки матки по Шредеру (109). Диагностическое выскабливание слизистой матки (110).

ЧАСТЬ III

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
С БРЮШНОСТЕНОЧНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ

Глава 8. Некоторые вопросы топографической анатомии брюшной стенки и общие рекомендации по хирургической технике 114

Брюшностеночные доступы к органам малого таза (114). Топографические взаимоотношения органов малого таза (119). Некоторые рекомендации по техническому выполнению гинекологических операций (119). Источники ошибок при выполнении гинекологических операций (128).

Глава 9. Операции по исправлению положения матки 130

Общие замечания (130). Операции укорочения круглых связок матки по Дартгугу — Вебстеру (132). Операция вентрофиксации матки по Кохеру (133).

Глава 10. Операции на маточных трубах 134

Общие замечания (134). Операция удаления трубы (136). Операция сальпингостомии (136). Имплантация здоровой части трубы в матку после резекции облитерированного участка (137). Операция стерилизации (140).

Глава 11. Операции на яичниках 141

Общие замечания и топографическая анатомия яичников (141). Операция резекции яичника (143). Резекция яичника с пересадкой его части в матку (144). Операция овариоэктомии (147). Удаление интралигаментарной кисты яичника (149). Операция удаления параовариальных кист (151). Овариоэктомия при беременности (152). Удаление кист яичников, осложненных сращениями (153). Удаление мешотчатых опухолевидных образований придатков матки воспалительной этиологии (160).

Глава 12. Операции на матке 161

Общие замечания (161). Операции на матке, предпринимаемые по поводу фибромиомы (163). Энуклеация фиброматозных узлов (164). Дефундация (резекция) матки (165). Надвлагалищная ампутация матки (167). Экстирпация матки (170). Возможные трудности и осложнения при выполнении операций надвлагалищной ампутации и экстирпации матки (173).

Глава 13. Операции образования искусственного влагалища 175

Общие замечания (175). Операция образования искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки (177). Создание искусственного влагалища из отрезка сигмовидной кишки (181). Подготовка больных к операции и уход в послеоперационном периоде (181).

Глава 14. Операции по поводу внематочной беременности	182
Общие замечания (182). Операция при трубной беременности с перитубарной гематомой (191). Операции при трубной беременности консервативного характера (192). Операция при трубной беременности в интраперитонеальном отделе с оставшемся неизмененной части трубы (193). Операция при яичниковой беременности (193). Операция при беременности в рудиментарном роге матки (194). Операция при брюшной беременности (195). Операция марсунизации при брюшной беременности (196). Операция по поводу инфицированной внематочной беременности (196).	

ЧАСТЬ IV

ХИРУРГИЧЕСКОЕ, КОМБИНИРОВАННОЕ
И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Глава 15. Общие принципы лечения злокачественных новообразований гениталий	200
Хирургические методы лечения (202). Лучевые методы лечения (203). Лекарственные методы лечения (206).	

Глава 16. Хирургическое и комбинированное лечение рака наружных половых органов	207
Клинические особенности заболевания (207). Операция вульвоэктомии (210). Операция лимфаденэктомии (операция Дюкена) (212). Операция пахово-подвздошной лимфаденэктомии (215). Лучевые методы лечения (216).	

Глава 17. Методы лечения больных раком шейки матки	217
Клинические особенности заболевания и тактические вопросы терапии рака шейки матки (217). Расширенная экстирпация матки с придатками (хирургический этап комбинированного метода лечения) (222). Послеоперационное и предоперационное облучение больных (лучевой этап комбинированного метода лечения) (229). Сочетанная лучевая терапия (231).	

Глава 18. Комбинированные и комплексные методы лечения злокачественных новообразований тела матки	232
Общие клинические вопросы (232). Комбинированное и комплексное лечение больных раком эндометрия (233). Хирургический этап комбинированного лечения больных раком тела матки (235). Послеоперационное и предоперационное облучение больных (лучевой этап комбинированного метода лечения) (239). Гормональный этап лечения (239). Комбинированное и комплексное лечение саркомы в хорionoэпителиомы матки (240).	

Глава 19. Методы лечения больных злокачественными опухолями яичников	243
Общие клинические вопросы (243). Клинические особенности злокачественных опухолей яичников (247). Комбинированные и комплексные методы лечения больных злокачественными опухолями яичников (251). Хирургический этап лечения (252). Лучевой этап лечения (256). Этап лекарственного лечения (258).	

ЧАСТЬ V

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МАЛОМ ТАЗУ

Глава 20. Травматические повреждения половых органов	264
Общая характеристика повреждений наружных половых органов (264). Травма наружных половых органов (264). Повреждения влагалища (264). Огнестрельные ранения (266).	

<i>Глава 21.</i> Хирургическое лечение ограниченного и разлитого перитонита, а также гнойного воспаления тазовой клетчатки	267
Клинические особенности воспалительных заболеваний в малом тазу и хирургические приемы их лечения (267). Технические особенности операций путем влагалищного доступа (271). Брюшно-стеночный (экстраперитонеальный) доступ к параметральному гнойнику (273).	

ЧАСТЬ VI

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

<i>Глава 22.</i> Ведение послеоперационного периода	278
Общие замечания (278). Рекомендации по ведению оперированных больных в операционной (278). Рекомендации по ведению больных в послеоперационной (реанимационной) палате (279). Некоторые рекомендации по ведению послеоперационного периода, осложненного сопутствующей патологией (287).	
Предметный указатель	289

ИБ № 498

**РОМАН РОМАНОВИЧ МАКАРОВ,
АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ ГАБЕЛОВ**

**ОПЕРАТИВНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ**

(руководство для врачей)

Редактор Л. Л. Левинсон
 Оформление художника А. И. Приймака
 Художественный редактор А. И. Приймак
 Технический редактор Э. П. Выборнова
 Корректор Т. Е. Макарова

Сдано в набор 2/IX 1976 г. Подписано к печати 21/III 1977 г. Формат бумаги 60×90¹/₁₆. Печ. л. 18,5+0,25 печ. л. форзац. Бум. л. 9,25+0,125 бум. л. форзац. Уч.-изд. л. 20,4+0,42 форзац. ЛН-76. Тираж 18 000 экз. Цена 1 р. 60 к. Заказ № 649. М-24043. Бумага типографская № 1.

Ленинград «Медицина» Ленинградское отделение
 192104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

Ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» имени А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли, 197136, Ленинград, П-136, Гатчинская ул., 26.