

Доцент И. Б. Левит

ТЕХНИКА  
Гинекологических операций

РУКОВОДСТВО  
для врачей  
и студентов

Ленинград

1933

158

Доцент И. Б. ЛЕВИТ

# ТЕХНИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

С ПРЕДИСЛОВИЕМ  
Профессора Р. В. КИПАРСКОГО

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

### ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ В РИСУНКАХ

<i>Стр.</i>	<i>Напечатано</i>	<i>Следует читать</i>
157, рис. 129	Lig. pubo-vesicalis	Lig. pubo-vesicale
158 " 130		
206 " 167a	Швы на матке покрыты брюшной plicae vesicae uter.	Швы на матке покрыты брюшной plicae vesico-parietalis
260 " 217	На рисунке справа стрелка неправильно показывает место вырезанного в мочеточнике окошечка.	Окошечко — отверстие для оттока мочи в кишку находится выше лигатуры фиксирующей мочеточник и над ее узлом.
287 " 241	Кишечный зажим	Кишечные зажимы

293. И. Левит. — Техника гинекологических операций.

№ 39

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

158

Доцент И. Б. ЛЕВИТ

# ТЕХНИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

С ПРЕДИСЛОВИЕМ  
Профессора Р. В. КИПАРСКОГО

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ

ЛЕНИНГРАД  
1 9 3 8

*Учителю моему*

*профессору*

*Ренэ Валентиновичу*

*К и п а р с к о м у*

*с благодарностью  
посвящаю свой труд*

akusher-lib.ru



*Ответственный редактор  
Директор ГЦНИАГИ  
Е. Е. Полоцкий*

*Редактор Заслуженный деятель науки  
проф. Р. В. Кипарский*

*Технический редактор Г. И. Каневский*

*Книга сдана в набор 21 XII  
1937 г. Подписана к печати  
14/II 1938 г. Тираж 1200 экз.  
Авт. л. 271/8. Бум. л. 185/8. (Тип.  
зн. в 1 бум. ч. 117 504). Ленин-  
горлит № 836. Зак. № 2993.  
Типография „Коминтерн“,  
Ленинград, Красная ул. д. 1*

## ОГЛАВЛЕНИЕ

(в порядке занятий в секционном зале)

### I Занятие

	Стр.
Вскрытие абсцесса Бартолиновой железы . . . . .	13
Экстирпация . . . . .	13
Рассечение гимена . . . . .	15
Иссечение . . . . .	15
Выскабливание полости матки и операция аборта . . . . .	16
Ампутация шейки матки по Эммету . . . . .	29
Передняя пластика (Colporrhaphia) . . . . .	30
Задняя пластика с зашиванием леваторов (Colpoperineorrhaphia) . . . . .	36
Подготовка больных . . . . .	51
Вскрытие брюшной полости <i>per laparotomiam</i> :	
а) продольный разрез . . . . .	54
б) поперечный разрез . . . . .	61
<i>per vaginam</i> :	
а) Colpocoeliotomia anterior . . . . .	231
б) " " posterior . . . . .	227
Вентросуспензия матки по Джильяму (Guillam)—Кипарскому . . . . .	67
Вентросуспензия матки по Джильяму (Guillam) . . . . .	70
Укорочение круглых маточных связок по Дартиг—Вебстер (Dartig—Webster) . . . . .	71
Укорочение круглых маточных связок по Менге (Menge) . . . . .	72
Укорочение круглых маточных связок по Менге (Menge)—Козинскому . . . . .	73
Вентрофиксация матки по Кохеру (Kocher) . . . . .	75
Операция Александра—Адамса (Alexander—Adams) . . . . .	78

### II Занятие

Ампутация шейки матки по Шредеру (Schroder) . . . . .	80
Зашивание полного разрыва промежности и кишки (Colporoprostoperineorrhaphia) . . . . .	94
Удаление трубы и яичника . . . . .	97
Брюшностеночное надвлагалищное удаление матки вместе с левыми придатками . . . . .	105

### III Занятие

Ампутация шейки матки по Штурмдорфу (Sturmdorf) . . . . .	112
Трансперитонеальное, цервикальное кесарское сечение . . . . .	117
Корпоральное кесарское сечение . . . . .	121
Хирургическая стерилизация по способу Кипарского . . . . .	122
Стерилизация по Липману (Lipmann) . . . . .	125
"    "    Мадленеру (Madlener) . . . . .	126
Брюшностеночное полное удаление матки и придатков с обеих сторон . . . . .	126

### IV Занятие

Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену (Dührssen) . . . . .	132
Влагалищное кесарское сечение по Гейнзмусу (Heinsius) . . . . .	137
Консервативная миомэктомия брюшностеночным путем . . . . .	143
Пробная пункция заднего свода . . . . .	149

	Стр.
Удаление трубы (водянка трубы, pyosalpinx, внематочная беременность и т. д.) . . . . .	151
Удаление кистовидно-перерожденного яичника . . . . .	97
Резекция яичника . . . . .	149

#### V Занятие

Передняя пластика по способу Э. Мартина (E. Martin) . . . . .	155
Операция Гебель—Штеккеля (Goebel—Stoessel) . . . . .	159
Зашивание пузырно-влагалищных свищей . . . . .	165
„ „ пузырно-маточных свищей . . . . .	172
Ректовагинальные свищи . . . . .	175
Ректоперинеальные свищи . . . . .	178
Брюшностеночное надвлагалищное удаление матки и придатков с обеих сторон по способу Фора (Faure) . . . . .	179

#### VI Занятие

Продувание труб . . . . .	185
Сальпингостоматопластика . . . . .	187
Пересадка труб в полость матки . . . . .	188
Высокая ампутация шейки матки с пересадкой сводов . . . . .	193
Операция Нейгебауер—Лефор (Neugebauer—Le-Fort) . . . . .	197
Операция Бейтнера (Beuttner) . . . . .	204

#### VII Занятие

Интерпозиция Александров—Шаута—Вергейм (Alexandroff—Schauta—Wertheim) . . . . .	207
Влагалищное простое удаление матки . . . . .	212
Colpotomia anterior . . . . .	231
„ „ „ posterior . . . . .	227
Консервативная миомэктомия влагалищным путем . . . . .	232

#### VIII Занятие

Расширенное радикальное удаление матки и придатков по Вергейму (Wertheim) . . . . .	234
Тампон по Микуличу—Фору (Mikulicz—Faure) . . . . .	244
Радикальное удаление матки и придатков по способу Вергейма—Цвейфель (Wertheim—Zweifel) . . . . .	245

#### IX Занятие

Расширенное влагалищное удаление матки по способу Шаута—Штеккель—Шухардт (Schauta—Stoessel—Schuchardt) . . . . .	246
Зашивание мочеочника по ван Гуку (van Noock) . . . . .	255
Перевязка мочеочника по Кавасойе (Kawasoye) и Штеккелю (Stoessel) . . . . .	254
Пересадка мочеочника в пузырь . . . . .	257
Пересадка мочеочника в кишку по способу Коффей—Майо (Koffey—Mayo) . . . . .	257

#### X Занятие

Влагалищное удаление тела матки по способу Рикка (Rieck) . . . . .	268
Образование искусственного влагалища по способу Попова . . . . .	271

#### XI Занятие

Кишечная хирургия в гинекологии . . . . .	280
---	-----

## ОГЛАВЛЕНИЕ

(в порядке описания операций на органах)

	Стр.
Подготовка больных . . . . .	51
Вскрытие брюшной полости <i>per laparotomiam</i>	
а) продольный разрез . . . . .	54
б) поперечный „ . . . . .	61
„ „ „ <i>per vaginam</i>	
а) <i>Colpocoeliotomia anterior</i> . . . . .	231
б) <i>Colpocoeliotomia posterior</i> . . . . .	227
Зашивание брюшной стенки . . . . .	64
Тампон по Микуличу—Фору ( <i>Mikulicz—Faure</i> ) . . . . .	144

### Операции на наружных половых органах

Вскрытие абсцесса Бартолиновой железы . . . . .	13
Экстирпация „ „ „ . . . . .	13
Рассечение гимена . . . . .	15
Иссечение „ „ „ . . . . .	15

### Операции на матке и круглых маточных связках

Выскабливание полости матки и операция аборта . . . . .	16
Консервативная миомэктомия:	
а) брюшностеночным путем . . . . .	143
б) влагалищным путем . . . . .	232
1) <i>per Colpotomiam anter.</i> . . . . .	231
2) „ „ <i>poster.</i> . . . . .	227
3) „ <i>Hysterotom. vaginal</i> . . . . .	146
Брюшностенное надвлагалищное удаление матки с сохранением придатков с обеих сторон . . . . .	112
Влагалищное удаление тела матки по способу Рикка ( <i>Rieck</i> ) . . . . .	268
Брюшностеночное простое полное удаление матки с сохранением придатков обеих сторон . . . . .	131
Влагалищное простое удаление матки . . . . .	212
Трансперитонеальное кесарское сечение . . . . .	117
Корпоральное кесарское сечение . . . . .	121
Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену ( <i>Dührssen</i> ) . . . . .	132
Влагалищное кесарское сечение по Гейнзиусу ( <i>Heinsius</i> ) . . . . .	137
Вентросуспензия матки по Жильяму ( <i>Guillam</i> ) . . . . .	70
Вентросуспензия матки по Жильям ( <i>Guillam</i> )—Кипарскому . . . . .	67
Укорочение круглых маточных связок по Дартиг—Вебстер ( <i>Dartig—Webster</i> ) . . . . .	71
Укорочение круглых маточных связок по Менге ( <i>Menge</i> ) . . . . .	72
„ „ „ Менге—Козинскому . . . . .	73
Операция Александера—Адамса ( <i>Alexander—Adams</i> ) . . . . .	78
Вентрофиксация матки по Кохеру ( <i>Kocher</i> ) . . . . .	75

<b>Операции на матке и придатках</b>		Стр.
Операция Байтнера (Beuttner) . . . . .		204
Брюшностеночное надвлагалищное удаление матки вместе с левыми придатками . . . . .		105
Брюшностеночное надвлагалищное удаление матки и придатков с обеих сторон по способу Фора (Faure) . . . . .		126
Брюшностеночное полное удаление матки и придатков с обеих сторон . . . . .		179
Расширенное радикальное удаление матки и придатков по Вертгейму (Wertheim) . . . . .		234
Радикальное удаление матки и придатков по способу Вертгейм—Цвейфель (Wertheim—Zweifel) . . . . .		245
Расширенное влагалищное удаление матки по способу Шаута—Штеккель—Шухардт (Schauta—Stoekel—Schuchardt) . . . . .		246
Продувание труб . . . . .		188
Пересадка труб в полость матки . . . . .		185
Хирургическая стерилизация по способу Кипарского . . . . .		122
<b>Операции на шейке матки</b>		
Ампутация шейки матки по Шредеру (Shröder) . . . . .		80
„ „ „ „ Эммету (Emmet) . . . . .		29
„ „ „ „ Штурмдорфу (Sturmdorf) . . . . .		112
Высокая ампутация шейки матки с пересадкой сводов . . . . .		193
<b>Операции на яичниках</b>		
Удаление кисты с сохранением яичника . . . . .		149
Удаление кистовидно-перeroжденного яичника . . . . .		97
Резекция яичника . . . . .		149
<b>Операции на трубах</b>		
Сальпингостоматоластика . . . . .		187
Стерилизация по Липману (Lipmann) . . . . .		125
„ „ Мадленеру (Madlener) . . . . .		126
Удаление трубы (водянка трубы, ruosalpinx, внематочная беременность и т. д.) . . . . .		151
<b>Операции на трубах и яичниках</b>		
Удаление трубы и яичника . . . . .		97
<b>Операции на влагалище, промежности и матке</b>		
Передняя пластика (Colporrhaphia anterior) . . . . .		30
Операция Нейгебауер—Лефор (Neugebauer—Le-Fort) . . . . .		197
Задняя пластика с зашиванием леваторов . . . . .		36
Интерпозиция Александров—Шаута—Вертгейм (Александров—Schauta—Wertheim) . . . . .		207
Пробная пункция заднего свода . . . . .		149
<b>Операции на влагалище и пузыре</b>		
Передняя пластика по способу Э. Мартина (Ed. Martin) . . . . .		155
Операция Гебель—Штеккеля (Goebel—Stoekel) . . . . .		159
Зашивание пузырно-влагалищных свищей . . . . .		165
„ „ пузырно-маточно-кишечных свищей . . . . .		172
„ „ ректовагинальных свищей . . . . .		175
Лечение ректоперинеальных свищей . . . . .		178

**Операции на мочеточнике и пузыре**

	Стр.
Зашивание мочеточника по ван Гуку (van Hook) . . . . .	255
Перевязка мочеточника по Кавасойе (Kawasoye), Штеккелю (Stoeckel) . . . . .	254
Пересадка мочеточника в пузырь . . . . .	257

**Операция на мочеточнике и кишке**

Пересадка мочеточника в кишку по способу Коффей—Майо (Coffee—Mayo) . . . . .	257
--	-----

**Операции на влагалище и кишке**

Зашивание полного разрыва промежности и кишки (Colproctoperineorrhaphia) . . . . .	94
Образование искусственного влагалища по способу Попова . . . . .	271

**Операции на кишках**

Кишечный шов . . . . .	281
Резекция кишки . . . . .	284
Апендектомия . . . . .	290
Удаление геморроидальных шишек . . . . .	292



## Предисловие

Многолетний и близкий контакт с врачами-слушателями, приезжающими в наш институт для усовершенствования, позволяет нам отметить назревшую потребность для начинающего практического врача в руководстве, могущем ему помочь в его самостоятельной оперативной деятельности.

Существующие многочисленные, исчерпывающие, прекрасные руководства русских и иностранных авторов большею частью рассчитаны на более или менее опытного в хирургической работе врача.

В указанных руководствах начинающий практический врач получает общее описание той или иной операции, но отдельные детали операции часто отсутствуют, особенно техническое выполнение их для него остается подчас непонятным или неясным.

Руководство по оперативной гинекологии доцента Левита пополняет указанный пробел. Опыт ведения автором практических занятий в секционной и руководство в операционной с врачами-слушателями позволили ему подметить трудности и слабые места врачей, начинающих свою хирургическую работу; в своем руководстве „Техника гинекологических операций“ автор старается выяснить эти затруднения и способы их устранения.

Разбив все операции в определенной последовательности на отдельные моменты и указав на возможные ошибки при их выполнении, автор помогает начинающему врачу ориентироваться при производстве даже сложных операций.

С особым удовлетворением мы можем отметить, что благодаря свойственной автору наблюдательности, большому клиническому и хирургическому опыту, ему удалось отчетливо и ясно передать в своем руководстве особенности оперативных приемов, практикуемых в нашей клинике. Многочисленные рисунки с натуры и отчасти заимствованные из современных русских и иностранных руководств, с соответствующими изменениями, придают книге характер наглядного руководства для практического врача в его повседневной работе. Появившаяся в 1927 г. рукопись уже встретила горячий прием со стороны врачей курсантов и получила большое распространение.

Все изложенное дает нам уверенность в том, что настоящее руководство по оперативной гинекологии доцента Левита будет иметь заслуженный успех.

Завед. Клиническим Сектором ЦНИАГИ  
проф. Р. В. Кипарский

## Предисловие автора

В настоящей книге способ изложения и описания операций, а равно порядок распределения последних значительно отличается от общепринятых в других руководствах.

В предложенном руководстве я разбил наиболее часто применяемые гинекологические операции на отдельные моменты, изложив последние в строгой последовательности, что существенно облегчает выполнение операции.

Считаю не лишним подчеркнуть, что моя задача — изложить главным образом технику цикла гинекологических операций, проверенных и применяемых на протяжении 20-ти слишком лет в клинике проф. Кипарского, и в то же время отразить все особенности его школы.

Настоящий труд возник на почве практического преподавания врачам-слушателям, приехавшим для усовершенствования.

Способ описания операций по моментам, а подчас сознательное повторение последних с целью лучшего усвоения слушателями, оказался наиболее продуктивным во время практических занятий в секционной и в клинике.

Я распределил описание операций в тексте не по общепринятому способу — по системам заболевания или по органам, а в той последовательности, в которой проводятся практические занятия в секционной, так как распространившаяся рукопись этого руководства показала, что врачам-слушателям весьма продуктивно пользуются им во время этих занятий. В целях лучшей ориентировки и пользования руководством и вне секционной мы дали два оглавления: 1) согласно программы занятий в секционной и 2) по операциям на органах.

Преследуя практические (а не исключительно учебные) цели, я позволил себе присоединить к каждой операции краткие сведения о предоперационной подготовке, о послеоперационном уходе и, где нужно было — указания сферы применения некоторых операций, а иногда кратко показания и противопоказания.

Описание всех предварительных оперативных вмешательств перед большими операциями (пункция заднего свода с целью диагностики внематочной беременности, *excochleatio* шейки матки перед радикальной операцией по поводу рака матки и т. д.), мы поместили рядом с описанием соответствующих операций, дабы практический врач мог получить цельное впечатление о том, что ему предстоит делать с начала до конца, приступая к той или иной сложной операции.

Рисунки. в большинстве сняты с натуры, а частью заимствованы из современных русских и иностранных авторов, со сделанными на них ис-

правлениями, соответственно особенностям нашей клиники (Отт № 19, 20, 76, 77, 119, 123; Окинчиц № 55; Липман № 101; Дедерлейн и Крениг № 56, 58, 60—62, 95, 98, 108, 111, 113, 132, 135, 136, 187, 198, 214; Штекель № 203—212; Фор № 142—147, 202; Мандельштам № 148, 231—235).

Наша главная цель была — дать начинающему практическому врачу книгу, могущую служить ему *vademecum* по технике гинекологических операций в его практической работе.

Насколько предлагаемая нами новая форма изложения применима не только для врачей, прошедших через нашу клинику с целью усовершенствования, но и для широких масс врачей гинекологов, покажет будущее.

Мы ждем деловой критики и полезных указаний не только от старых специалистов, но и от начинающих врачей, для которых главным образом эта книга предназначена.

#### ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Вышедшее в свет в 1935 г. первое издание настоящей книги весьма быстро разошлось и потребовалось новое издание.

Накопившееся большое количество требований со стороны медвузов, Институты для Усовершенствования врачей и настойчивые просьбы врачей курсантов о переиздании книги побудило нас выпустить настоящее второе издание без каких-либо изменений и дополнений.

Подготовленное нами к печати III-е издание значительно переработанное и дополненное описаниями акушерских операций, будет при первой возможности выпущено в свет под названием „Техника акушерско-гинекологических операций“.

Автор книги будет благодарен за ценные указания врачей и студентов.

Все пожелания рецензентов (Гентер, Мандельштам, Шварц и др.) будут учтены при выпуске III издания.

*И. Б. Левит*

Гор. Ленинград  
1938

## **Хирургическое лечение заболеваний наружных половых частей**

Опухоли наружных половых органов, требующие хирургического вмешательства, бывают воспалительного или новообразовательного характера.

Наиболее часто исходной точкой опухоли является Бартолинова железа и ее выводной проток.

### **Вскрытие абсцесса Бартолиновой железы и ее протока**

При заражении гонококковой (большею частью), стафилококковой и стрептококковой инфекцией Бартолинова железа воспаляется и часто образуется абсцесс (самой железы с протоком Bartholinitis—или только протока—Pseudobartholinitis), который требует вскрытия, как только наметилась флюктуация.

### **Техника вскрытия абсцесса**

Со стороны кожи или со стороны слизистой преддверия производится разрез с последующим введением марлевого дренажа.

**Примечание.** Для создания хорошего оттока гноя следует разрез делать широкий и достаточной глубины.

С целью ускорения заживления мы не советуем вводить дренаж (обычно сейчас же выпадающий из раны), а накладываем на рану простую Т-образную повязку. С целью свободного оттока выделений мы на 2-й, если нужно, и на 3-й день расширяем кривым зажимом Richelot нежно края раны для предотвращения раннего слипания.

### **Экстирпация опухоли Бартолиновой железы и ее протока**

Нередко даже своевременные и правильно произведенные разрезы не ведут к исцелению. Остающиеся части железы снова нагнаиваются и дают рецидивы, образуют гноящиеся фистулезные ходы, требующие нового вмешательства. В таких случаях лучше прибегать к вылушению железы, как это делается при ретенционных или новообразовательных кистах Бартолиновой железы и ее протока.

### **Техника экстирпации Бартолиновой железы и ее протока**

1) Производится продольный разрез по наружному краю большой губы (рис. 1).

**Примечание.** При значительных размерах кисты производится овальный разрез кожи по поверхности опухоли (овальный участок остается на опухоли).

2) Края раны захватываются зажимами и частично тупо, частично ножницами опухоль высепаивается (рис. 2).



Рис. 1. Момент 1.



Рис. 2. Момент 2.

Экстирпация Бартолиновой железы.

**Примечание.** Часто опухоль случайно вскрывается и вследствие спадения мешка не всегда можно быть уверенным, что вся железа и стенка мешка удаляется. Во избежание оставления участков железы целесообразно воспользоваться предложением Pozzi: до вылушения



Рис. 3. Момент 3.



Рис. 4. Момент 4.

Экстирпация Бартолиновой железы.

шприцем удалить содержимое опухоли и наполнить ее жидким, потом затвердевающим парафином; мешок не спадается и его легко целиком вылушить. Или проще, как это делается в нашей клинике, можно края вскрытого мешка захватить пезанями и по пальцу, введенному в полость мешка до дна, продолжать вылушение.

3) Наложением одного или нескольких рядов этажных кэтгутовых швов, в зависимости от глубины ложа, получается тщательный гемостаз (рис. 3).

4) На кожу накладываются узловые шелковые швы или серфины (рис. 4).

**Примечание.** При вылучении нагноившейся Бартолиновой железы необходимо нижний угол раны дренировать иодоформной марлей. При удалении кисты (новообразования) Бартолиновой железы рана зашивается наглухо.

### Рассечение гимена (Discisio hymenis)

Непроходимость гимена вследствие полного отсутствия отверстия (hymen imperforatus) или наличия нескольких маленьких отверстий (hymen cribriformis, hymen septus foenestratus) требует оперативного вмешательства.

#### Техника рассечения

При hymen imperforatus, cribriformis, foenestratus достаточен крестообразный разрез со срезыванием лоскутов при избытке тканей и наложением нескольких узловых швов.

### Иссечение гимена (Excisio hymenis)

При ригидном гимене поступают следующим образом:

1) Производится глубокий боковой разрез гимена. Края раны сшиваются в поперечном направлении (раны). (Рис. 5—6). Перед наложением швов края слизистой влагалища мобилизуются (немного отсепаровываются) для лучшего их сближения.

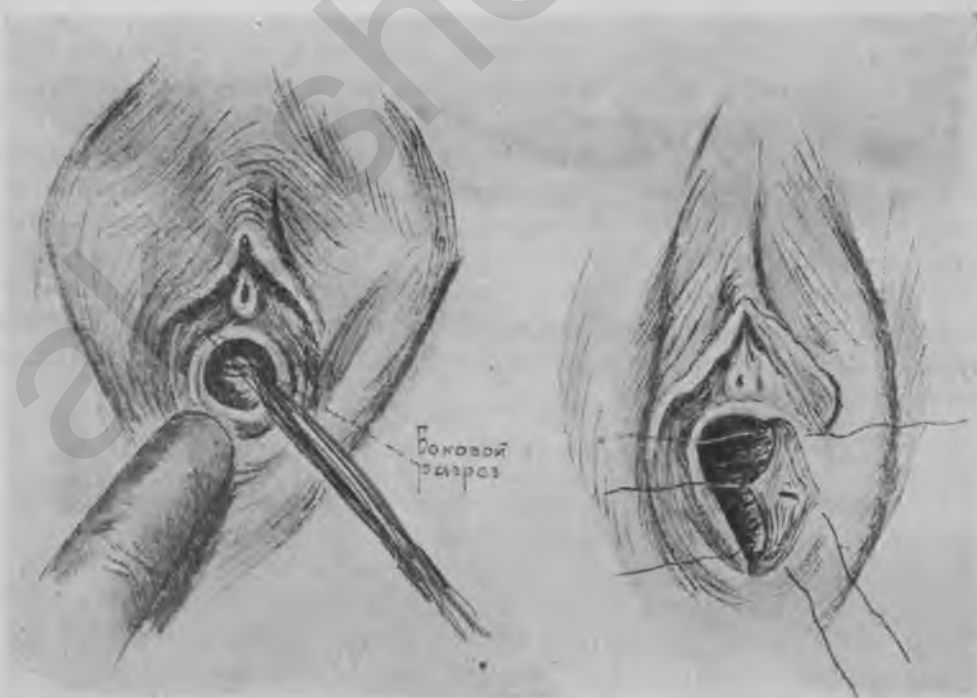


Рис. 5. Момент 1.

Рассечение гимена

Рис. 6. Момент 1 и 3.



2) Или гимен захватывается кохерами и вырезывается циркулярно глубоко с его основанием.

3) Края раны влагалища узловыми шелковыми швами сшиваются с краями кожи промежности и introitus'a (рис. 6).

### Выскабливание слизистой оболочки матки, а также техника операции аборта

Операция выскабливания полости матки применяется как метод лечебный (удаление патологической слизистой), как метод диагностический (для макро-микроскопического определения содержимого полости матки) и, наконец, как дополнительный и проверочный прием при аборте после удаления плодного яйца или частей его из полости матки абортными щипцами. Это последнее вмешательство, т. е. операция аборта, имеет ограниченное применение по медицинским показаниям, и, к сожалению, в большом проценте случаев не в интересах здоровья женщины, так как иногда она ведет и к потере важнейших физиологических функций женского организма.

Вряд ли какая-либо другая операция дает столько осложнений, сколько дает выскабливание полости матки при искусственном аборте.

Достаточно указать, что по произведенным нами обследованиям 21% заболеваний у гинекологических амбулаторных больных является последствиями аборт. По данным других авторов этот процент доходит до 30.

Вряд ли существует какая-либо другая операция, где методика подготовки больной и техника ее выполнения были бы так разнообразны и произвольны, как при выскабливании полости матки.

Внимание лучших представителей акушерства и гинекологии направлено на отыскание путей избавления женщины от необходимости столь часто подвергаться этой операции.

Пока эти пути не найдены, пока этот сложный вопрос не разрешен, мы должны стараться эту операцию производить в максимально асептических условиях и при ее выполнении возможно меньше травмировать половой аппарат.

Нижеописанная подготовка больной и техника выполнения операции выскабливания полости матки стремится к выполнению вышеуказанных двух условий, а именно: проведению асептики и минимальной травмы.

#### А. Дезинфекция до операции

Сбриваются волосы на лобке; наружные половые органы моются последовательно: двумя стерильными щетками или кокосовой мочалкой (так как первая щетка в процессе мытья быстро загрязняется, то для достижения более тщательной очистки последовательно употребляется вторая). Затем в стерильных перчатках вращательными движениями двух обернутых марлей и намыленных пальцев вытирают влагалище, после чего продолжают протирать его под постоянным орошением раствором (1:2000) сулемы, чем смывается слизь и мыло с его стенок. Тупфером,

Дезинфекция операционного поля перед влагалищными операциями.



обильно смоченным спиртом и захваченным корнцангом, протирается полость влагалища. Область ануса особо тщательно смывается тупфером со спиртом.

В. Внутреннее исследование для точного ознакомления с состоянием внутренних genitalia больной (в особенности с положением тела матки).

С. Как правило, оператор и ассистент после дезинфекции должны оперировать в стерильных перчатках.

### Техника операции

1. Обнажить влагалищную часть шейки матки зеркалами Симона (Simon): задним ложкообразным и передним плоским (подъемником).



Рис. 7. Выскабливание матки. Момент 1. Прим. 1.

Примечание 1. Техника введения зеркала представляется в следующем виде: в рукав вводится один (указательный) или два (указательный и средний) пальца одной руки, а другой берут заднее зеркало и вводят ложку по пальцам косо, под углом в  $45^\circ$  к горизонту, во влагалище (рис. 7), после чего зеркало передается помощнику, стоящему сбоку от стола. Затем в рукав вводится переднее зеркало

тоже косо под углом в  $45^\circ$  к горизонту (рис. 8). При введении переднего зеркала нужно следить за тем, чтобы не ущемлять стенки влагалища между краями зеркал.

Примечание 2. Чтобы облегчить обнажение влагалищной части шейки матки следует приподнять рукоятку задней ложки и надавить



Рис. 8. Выскабливание матки. Момент 1. Прим. 1.

последней на заднюю стенку влагалища. Ассистент должен держать подъемник „носиком“ кверху, опустив для этого рукоятку подъемника несколько книзу. Этот способ дает возможность всегда обнажить даже трудно отыскиваемую влагалищную часть шейки матки (рис. 9).

2. Захватить влагалищную часть шейки матки четырьмя парами пулевых щипцов (рис. 10а).

Примечание 1. Две пары пулевых щипцов накладываются на передне-боковую толщу передней губы и две пары — на задне-боковые части задней губы. Щипцы должны накладываться не в центре,



Рис. 9. Выскабливание матки.  
Момент 1. Прим. 2.

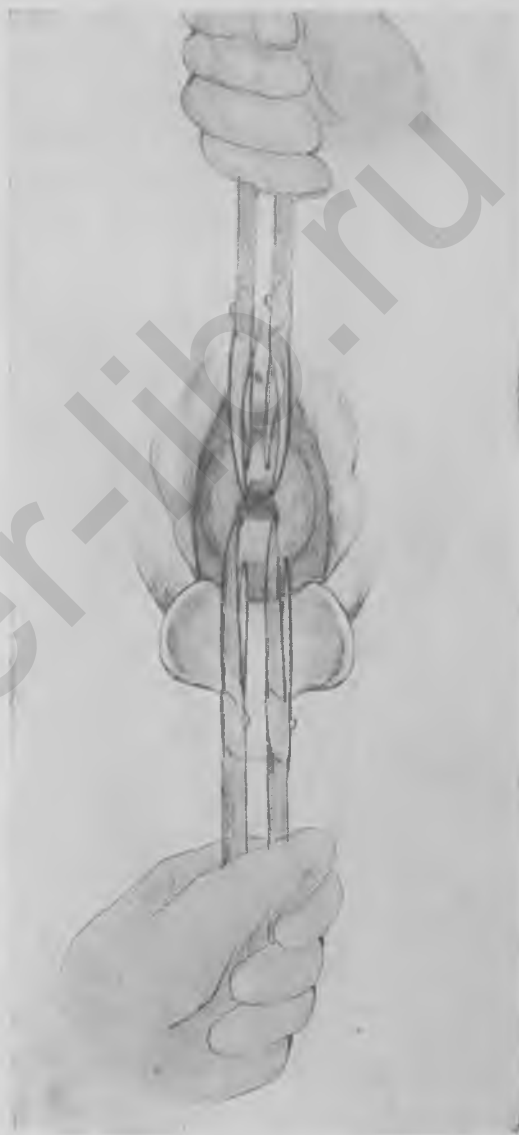


Рис. 10а. Выскабливание матки.  
Момент 2. Прим. 1.

а сбоку, чтобы при проведении расширителя Гегара последний по возможности не касался металла пулевых щипцов (теряется ощущение прохождения гегара через внутренний зев). (Рис. 10b).

Примечание 2. При захватывании пулевыми щипцами передней губы не следует накладывать наружную браншу высоко во избежание ранения мочевого пузыря. Для этого сначала вводят внутреннюю браншу со стороны цервикального канала.



Рис. 10б. Выскабливание матки. Момент 2. Прим. 1.



а) Ложкообразное Симон'а.    б) Подъемник переднее плоское.    в) Боковое.    д) Длинный подъемник-боковой.    е) Зеркало Фригча.

Рис. 11. Влагалищные зеркала. Момент 3.





Обстановка и расположение оператора и ассистента при выскабливании.



Рис. 12. Выскабливание матки. Момент 5. Прим. 1.

3. Переднее зеркало удаляется. Заднее ложкообразное зеркало Симона заменяется зеркалом Фритча (рис. 11).

Примечание 1. Замена зеркал дает возможность подтянуть влагалищную часть шейки матки ближе к входу во влагалище и при



Рис. 13. Выскабливание матки. Момент 6. Примечание.

выскабливании кюретка не встречает конца желоба зеркала Симона который часто является препятствием во время операции.

Примечание 2. Подтягивать влагалищную часть следует мягко и осторожно, чтобы не надорвать крестцово-маточных связок (параметрит).

Примечание 3. Ассистент правой рукой держит заднее зеркало, а левой рукой—пулевые щипцы передней губы.

4. Область наружного зева с целью механической очистки вытирается 1—2 марлевыми тупферами.

5. Захватив пулевые щипцы, наложенные на заднюю губу, оператор протирает канал шейки матки одним сухим зондом Плейфера и двумя или несколькими плейферами, смоченными спиртом (можно денатуратом).

Примечание 1. Протирание плейфером следует делать энергичными круговыми движениями (рис. 12).

Примечание 2. Канал шейки не смазывается иодом, так как последний вызывает спазм внутреннего зева и сухость слизистой шейки, после чего зев с трудом расширяется.

6. Зондом измеряется длина полости матки.

Примечание. Зонд вводится без малейшего насилия и форсирования по направлению, установленному при внутреннем исследовании до операции, для чего рукоятка зонда легко захватывается между большим пальцем, который приходится снизу, и остальными четырьмя пальцами, которые лежат спереди, т. е. поверх рукоятки зонда (рис. 31).



а) Набор расширителей Гегара (металлических).



б) Кюретки разных размеров.

Рис. 14. Выскабливание матки. Момент 7 и 8. Прим. 4.

7. Цервикальный канал расширяется расширителями Гегара, различающимися друг от друга на пол-номера (рис. 14а).

Примечание 1. Оператор левой рукой держит пулевые щипцы задней губы, а правой рукой вводит гегар в канал таким образом, что мизинец упирается в левый седалищный бугор (*tuber isch.*) большой. Этот способ не дает возможности гегару проскочить далеко

за внутренний зев в полости матки, чем уменьшается возможность случайной перфорации стенки матки (рис. 15).

Примечание 2. При ригидных и трудно раскрываемых шейках отмечено, что при обратном удалении расширителей Гегара (Hegar)



Рис. 15. Выскабливание матки. Момент 7. Прим. 1.

из цервикального канала чрезмерно натягиваются крестцовоматочные связки. Во избежание этого осложнения следует при обратном удалении гегара область наружного зева шейки фиксировать пальцем левой руки или уже использованным гегаром (рис. 16). При резком сужении и неподатливости наружного зева приходится немного надрезать ножом область наружного зева в боковых направлениях со стороны цервикального канала.

При сужении внутреннего зева (в виде козырька) следует начинать расширять его самыми тонкими номерами гегара.

Вообще расширение канала шейки следует производить без насилия, чтобы не получить трещин и кровотечения из них.



Рис. 16. Выскабливание матки. Момент 7. Прим. 2.

Примечание 3. При искусственном аборте до 2-х месяцев беременности вполне достаточно расширение до № 12 гегара. При гинекологических выскабливаниях достаточно расширение до № 10 расширителя Гегара. Расширение указанными номерами гегара уже дает возможность проникнуть в полость матки абортцангом проф. Кипарского, отличающимся тем, что в нем нет острых краев, могущих травмировать матку. Клиника рекомендует войти им в полость матки сейчас же после расширения канала и, по мере возможности, целиком или по частям удалить плодное яйцо, после чего остатки яйца и deciduae уже легко и быстро удаляются кюретками (рис. 17).

8. Кюретка вводится в полость матки по ходу цервикального канала и далее кпереди при *anteflexio* или кзади при *retroflexio uteri* (положение матки заранее известно: бимануальное исследование и проверка зондом).

Примечание 1. Кюретку целесообразно держать как писчее перо (рис. 18).

Примечание 2. Кюретку следует вводить в полость матки медленно до дна. От дна обратные движения делаются смелее



Рис. 17. Выскабливание матки. Момент 7. Прим. 3.

и более энергично, причем при выскабливании соблюдается такой порядок: сначала проводят кюреткой по задней стенке матки, начиная последовательно слева или справа, потом соскабливают переднюю стенку, а затем боковые части.

Примечание 3. Не следует выводить из полости матки кюретку наружу при каждом обратном движении, чтобы лишней раз не травмировать область внутреннего зева во избежание образования в нем стенозов; слизистая шейки матки соскабливается отдельно там, где это нужно.



Примечание 4. Кюретки должны быть нескольких размеров (рис. 14b) и приготовлены из гнущегося металла, чтобы придавать, если требуется, тот или другой угол стержню близ петли кюретки. При *hyperanteflexio* или *hyperretroflexio uteri* прямой кюреткой иногда вовсе не удастся чисто выскаблить переднюю (resp. заднюю) стенку



Рис. 18. Выскабливание матки.  
Момент 8. Прим. 1.

матки, так как стержень кюретки упирается в края внутреннего зева, вследствие чего приходится несколько согнуть под небольшим углом стержень кюретки на расстоянии 3—5 см от петли, чтобы скользящий край кюретки касался стенки матки. Малой кюреткой следует проверить особенно углы матки. В конце операции оператор должен отчетливо воспринимать рукой (и слухом) характерный „нежный“ звук скользящей кюретки по твердой поверхности стенки матки одинаково равномерно во всех участках полости матки. Если на каком-нибудь участке не получается этого ощущения, то оператор меняет величину и форму кюретки и доскабливает этот участок.

9. Отслоенная ворсистая оболочка и части последней и плода могут быть удалены абортцангом, если в начале операции яйцо предварительно не было им удалено целиком.

Примечание 1. Абортцанг (рис. 17) вводится закрытым. Дойдя им осторожно до дна, отступают несколько назад и, раскрывая его, захватывают содержимое матки и удаляют его из полости матки.

Примечание 2. При беременности более двух месяцев во время выскабливания или действия абортцангом целесообразно левой рукой держать для контроля дно матки со стороны брюшной стенки, которая нами дезинфицируется всегда до начала операции (или через стерильное полотенце).

Примечание 3. Если во время выскабливания получается сильное кровотечение, то нужно быстро опорожнить полость матки, удалив плодное яйцо.

Примечание 4. Если матка опорожнена, а кровотечение продолжается вследствие расслабления матки, следует, сняв пулевые щипцы и удалив зеркало, произвести энергичный бимануальный массаж. Во всех случаях в конце операции рекомендуем сократить матку коротким массажем и вернуть ее в нормальное положение.

Примечание 5. При искусственном аборте полость матки (в конце операции) иодом не смазывается. При инфицированных и гинекологических выскабливаниях полость матки можно, при особых показаниях, смазывать иодом на плейфере.

Примечание 6. Если матка кровоточит, то во влагалище на несколько часов вводится тампон.

### Операция Эммета (Emmet)

Операция имеет весьма ограниченное применение, а именно: в случаях, где разрыв шейки с одной или с обеих сторон достигает значительной глубины (до сводов). В этих случаях шредеровская ампутация шейки матки или Штурмдорфа менее пригодна, чем эмметовская.

#### Техника операции

1) Влагалищная часть шейки матки захватывается пулевыми щипцами. Освежение (ножом) производится соответственно разрыву, как это видно из рисунка № 19, и рубцевая ткань удаляется.

2) Швы накладываются и завязываются таким образом, чтобы оба конца нитки смотрели в одну сторону кнаружи. Необходимо так проводить

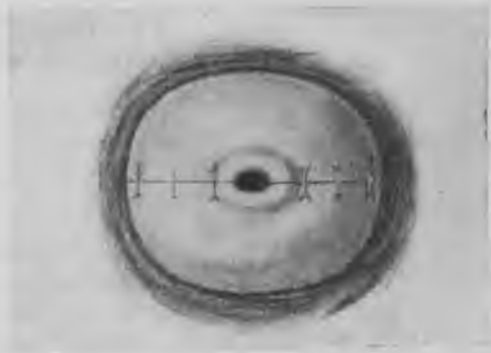


Рис. 19. Операция Эммета. Момент 1 и 2.

Рис. 20. Операция Эммета. Момент 2.

швы, чтобы они не вдавались в канал, для этого нужно вкалывать и выкалывать их несколько отступя от края слизистой (рис. 19). Рис. 20 изображает шейку матки после завязывания швов.

Примечание. Во избежание кровотечения в послеоперационном периоде рекомендуется при операциях на шейке матки накладывать шелковые швы. Швы снимаются на 10—12-й день.

## Хирургическое лечение опущений стенок влагалища и ретродевиации матки

Основной причиной опущения стенок влагалища и ретродевиации матки мы считаем нарушение равновесия между мышечным аппаратом брюшной стенки и внутренностями брюшной полости, возникающее на почве повреждения тазового дна—в первую очередь мышцы, поднимающей задний проход, или атрофии последней у нерожавших на почве конституциональных и патологических моментов.

Линия поведения нашей клиники при опущении стенок влагалища и неправильных положениях матки заключается в восстановлении нарушенных анатомических и топографических отношений.

При опущении только задней стенки влагалища производится одна задняя пластика.

При опущении передней и задней стенок влагалища, но нормально расположенной матке, мы производим переднюю и заднюю пластику *cum levatororrhaphia*.

При опущении передней и задней стенок влагалища и нормально расположенной матке, сопровождающемся *cystocele* и дизурическими явлениями, мы производим *Colporrhaphia anterior modo Ed. Martin* и *Colproepineorrhaphia cum levatororrhaphia*.

При опущении стенок влагалища и ретродевиации матки мы производим переднюю и заднюю пластику *cum levatororrhaphia* и одну из нижеописанных вентросуспензий или вентрофиксаций матки, в зависимости от возраста больной и степени расхождения *levator. ani*, что определяется пальцевым исследованием краев *m. m. puborectal.* и также их способности сокращения и сужения *hiatus genit.* при введении 2—4 пальцев во влагалище.

### Передняя пластика. *Colporrhaphia anterior*

- А. Дезинфекция перед операцией (см. выскабливание полости матки).
- Б. Выпустить мочу катетером.

### Техника операции

1. Обнажить влагалищную часть шейки матки зеркалами (см. операцию выскабливания полости матки, стр. 20).
2. Захватить переднюю губу шейки матки двумя парами пулевых щипцов.
3. Подъемники удаляются, а заднее симоновское зеркало заменяется зеркалом Фритча, которое передается ассистенту.
4. Пулевыми щипцами шейка матки (а с нею и передний свод) низводится, и, оттянув ее книзу, мы получаем выпячивание всей передней стенки влагалища *extra rimam*.
5. Двумя-тремя зажимами Кохера или пулевыми щипцами по средней линии захватывается слизистая передней стенки влагалища: одним зажимом слизистая захватывается ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала на 1 см, а другим — на  $1\frac{1}{2}$ —2 см выше наружного зева влагалищной части шейки матки несколько ниже пузырной складки переднего свода, которая легко узнается благодаря ее подвижности и которая часто видна на глаз (рис. 21).

Примечание 1. Благодаря захватыванию зажимами, складки слизистой передней стенки влагалища сглаживаются и ткани натягиваются, что облегчает ведение разреза.

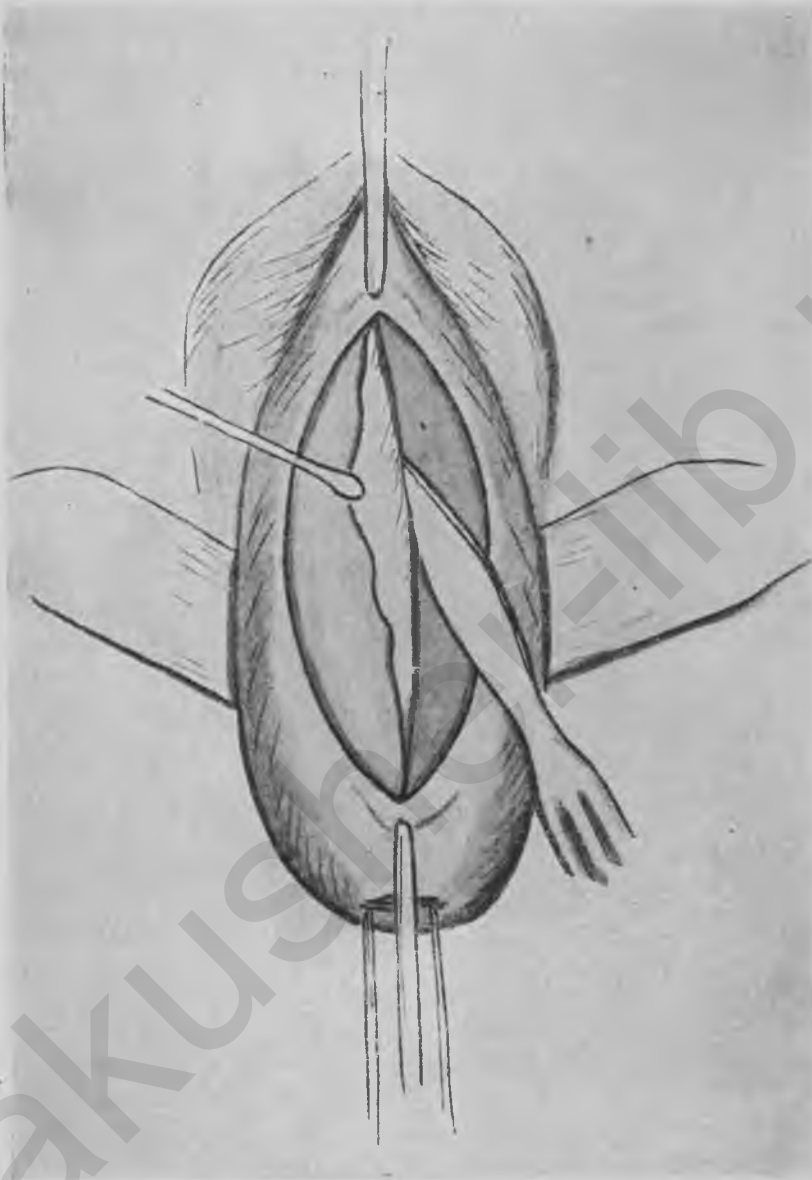


Рис. 21. Передняя пластика. Момент 5, 6 и 7.

Примечание 2. Если складок очень много и избыток гипертрофированных тканей очень велик, целесообразно захватить симметрично слизистую передней стенки влагалища (намеченного овала) добавочно по бокам двумя кохерами. Этот прием обычно устраняет все складки и при нем легко вести разрез.

6. Ассистенту передается верхний кохер, наложенный в области наружного отверстия мочеиспускательного канала. Зажим этот ассистентом слегка подтягивается с осторожностью, чтобы он не отрывался (крово-

течение). Оператор держит левой рукой зажим Кохера, наложенный в области пузырной складки, слегка его потягивая, а правой рукой, держа скальпель в виде писчего пера, длинником его брюшка производит

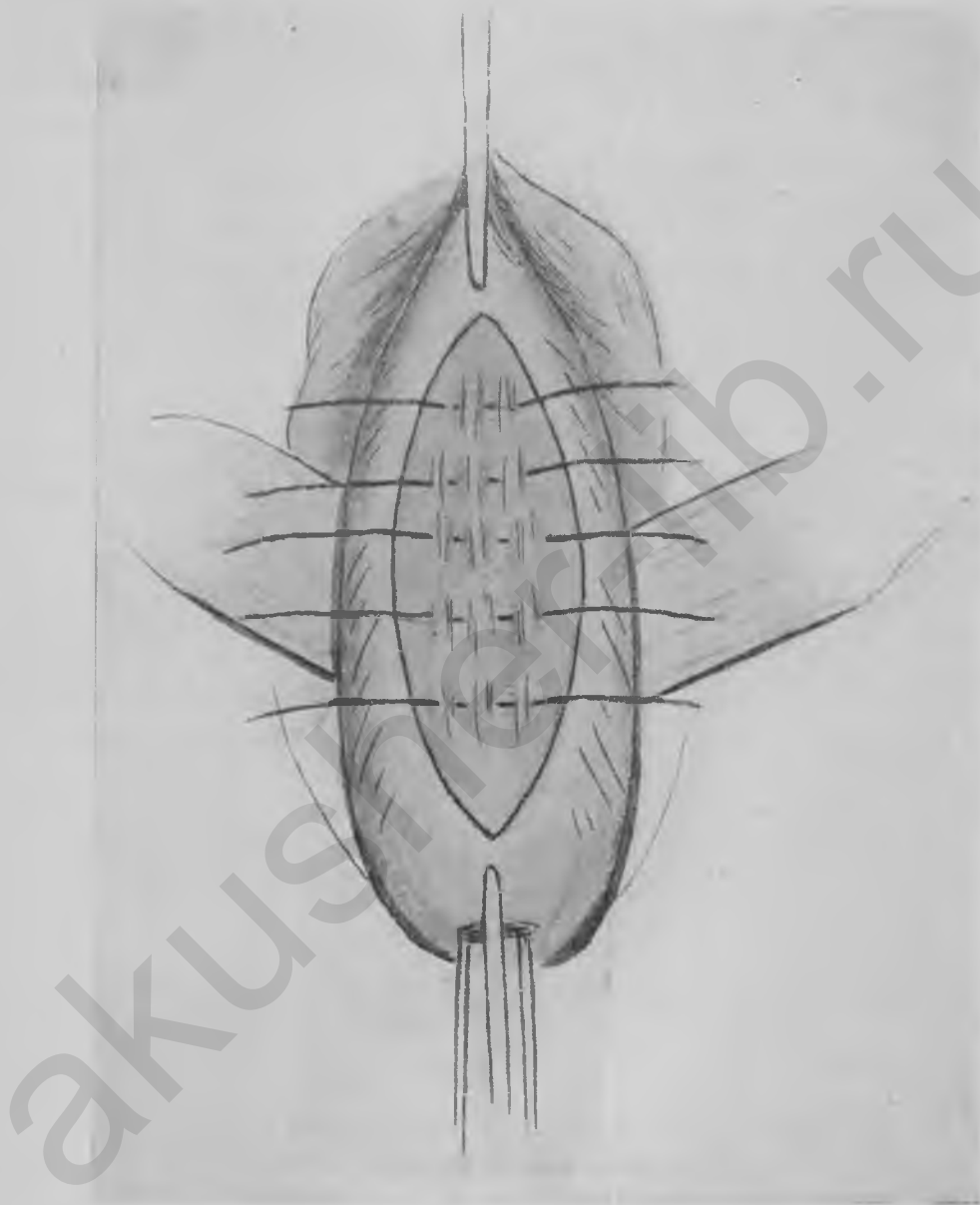


Рис. 22. Передняя пластика. Момент 9. Прим. 1.

линейный разрез и очерчивает на слизистой линию овала. Длинник овала располагается сагитально на пространстве между наружным отверстием мочеиспускательного канала и передним сводом, а ширина соответствует избытку ткани (рис. 21).

Примечание 1. Нужно всегда более или менее точно соразмерить ширину освеженного овала, чтобы при зашивании не получить большого натяжения тканей, что плохо влияет на заживление раны

Примечание 2. При проведении линейного разреза необходимо сразу дорезать до клетчатки между стенкой пузыря и слизистой влагалища, чтобы края разреза сделались подвижными. Это чрезвычайно важное и необходимое условие для отсепаровки лоскута.

7. Захватив край слизистой лоскута лапчатым пинцетом (рис. 21) и вывернув его на себя, острым краем брюшка скальпеля, направленным в сторону пинцета (а не пузыря), полукруговыми движениями производят

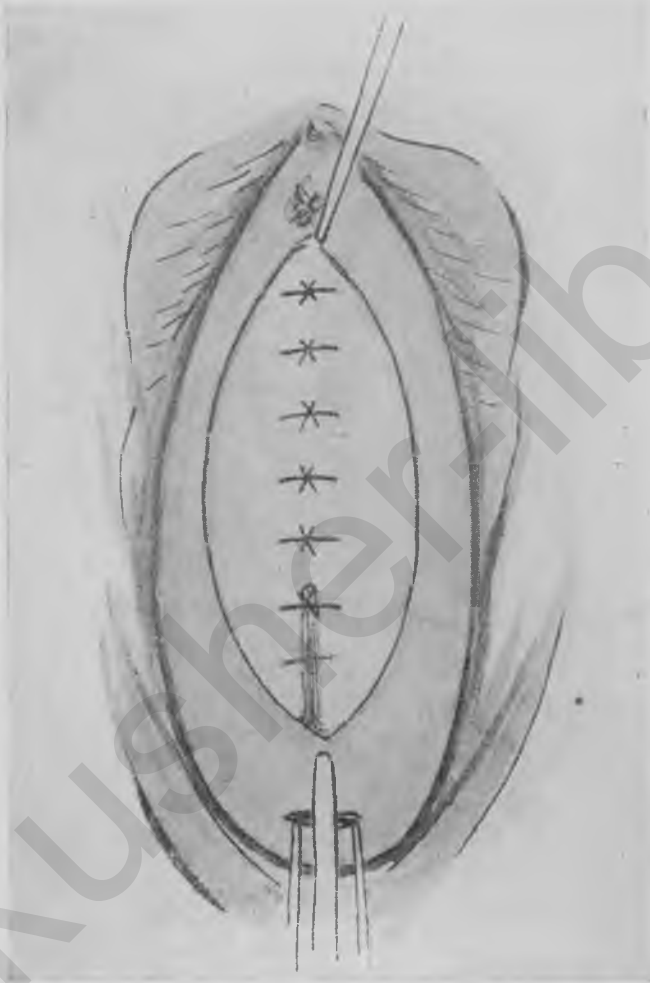


Рис. 23. Передняя пластика. Момент 9. Прим. 3.

отсепаровку слева, передвигая пинцет по краю сверху вниз (рис. 21). Когда лоскут отсепарован приблизительно на  $\frac{1}{2}$  см, край его захватывается 2—3 кохерами по его длине, и тупфером, намотанным на указательный палец, тупо отсепаровывается лоскут до правого края разреза, где он скальпелем или ножницами отрезывается и удаляется.

Примечание 1. Такой способ отсепаровки лоскута с одной стороны (слева направо) нам кажется более удобным, особенно для начинающих, так как при этом не приходится разбрасываться и можно меньше манипулировать ножом.

Примечание 2. Отсепаровку лоскута можно еще производить так: захватив верхушку лоскута кохером и подведя указательный палец левой руки, смотрящей ладонной поверхностью к слизистой лоскута, полукруговыми движениями скальпеля отсепаровывают его

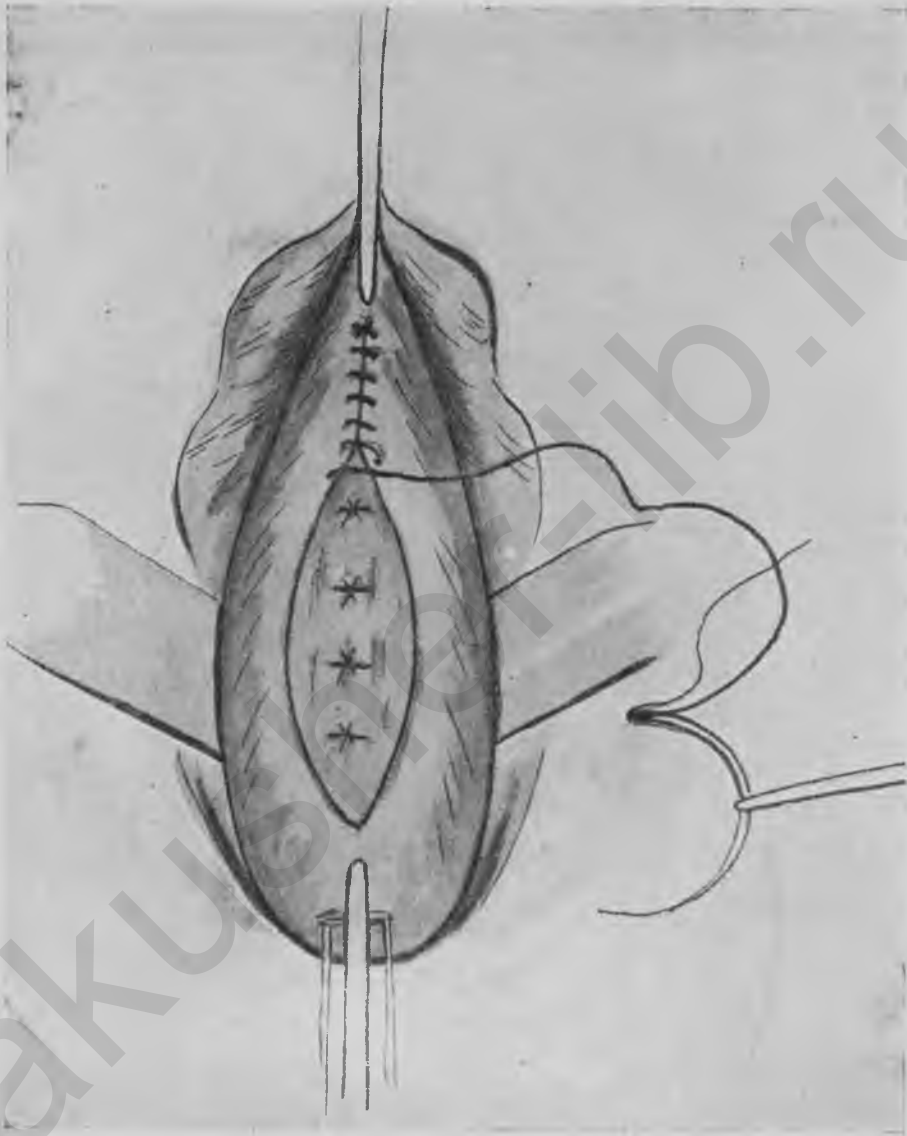


Рис. 24. Передняя пластика. Момент 10.

на 1—2 см от пузыря, после чего отделяют тупым путем, тупфером, намотанным на палец.

Примечание 3. Отсепаровка тупфером ведется так, чтобы предпузырная клетчатка отделялась от лоскута, но не от пузыря. Если же имеются рубцевые изменения в клетчатке, то слизистая отсепаровывается ножом.

8. После отсепаровки и удаления лоскута, срезают куперовскими ножницами, приложенными выпуклой их стороной параллельно к осве-

женной поверхности, лишние обрывки выступающих участков предпузырной клетчатки (осторожно, не захватить стенки пузыря!).

9. На предпузырную клетчатку накладывают несколько погружных тонких шелковых или кэтутовых швов слева направо (в отношении больной).



[Рис. 25. Передняя пластика. Момент 10. Прим. 2.

Примечание 1. Указанные погружные швы накладываются сверху слева направо в поперечном направлении. Вкалываются они в освеженной клетчатке несколько отступя от края раны одной стороны овала и выкалываются недалеко от края раны другой стороны (рис. 22).

Примечание 2. По пути проведения шва на иголку надо называть лапчатым пинцетом превезикальную клетчатку, а не подхватывать ее иголкой.



**Примечание 3.** Завязываются швы сверху вниз и срезаются по одному коротко (рис. 23). Ножницы, которыми срезаются швы, прикладываются к нитке так, чтобы к поверхности раны смотрела выпуклая их поверхность.

10. Края раны слизистой влагалища зашиваются непрерывным кэтгутовым швом, который начинается с вершины овала. Первый стежок этого шва начинается у самого зажима Кохера и завязывается по ту сторону кохера, по направлению к наружному отверстию мочеиспускательного канала. Кохер снимается с вершины разреза и накладывается на короткий конец непрерывного шва; последний передается ассистенту. Длинный конец шва передается первому (стоящему справа) ассистенту, а оператор далее продолжает соединять края раны слизистой, вкалывая в левый край слизистой и подхватывая по пути превезикальную клетчатку, выкалывая через правый край слизистой (рис. 24).

**Примечание 1.** Вкол и выкол нужно делать недалеко от краев раны, чтобы они не загибались в просвет раны. Нужно следить, чтобы во время зашивания не пришить малой губы.

**Примечание 2.** Шов кончается в нижнем углу овала, завязывается и срезается не очень коротко (рис. 25).

11. Выпустить мочу. Светлая моча указывает, что нет травмы пузыря.

12. Передняя пластика комбинируется всегда одновременно с задней.

## **Задняя пластика и восстановление тазового дна. Colporrhaphia cum levatorrhaphia**

Дезинфекция наружных половых органов и влагалища (см. при выскабливании слизистой матки стр. 16). Область *anus'a* закрывается „стерильным передником“, состоящим из 4-х слоев марли и клеенки между ними (пришивается к коже). (Рис. 26).

Если предварительно была произведена передняя пластика, то необходимо, по окончании последней, вытереть стенки влагалища тупферами, захваченными корнцангами и смоченными спиртом или раствором сулемы (1 : 2000). Точно так же следует тупферами очистить от крови наружные половые органы и промежность.

### **Техника операции**

1. Захватить зажимом Кохера или пулевыми щипцами слизистую задней стенки влагалища по средней линии посредине длины влагалища или выше, глубже, т. е. ближе к своду, если желательно произвести широкое освежение.

**Примечание 1.** Обыкновенно достаточно бывает отдавить промежность несколько книзу указательным и средним пальцами и захватить верхнезадний край, хорошо видимый глазом, выпячивающейся части слизистой задней стенки влагалища.

2. Зажим Кохера с захваченной слизистой задней стенки влагалища оттягивается кверху и передается ассистенту (рис. 27).

3. Затем захватывают зажимом Кохера или пулевыми щипцами основание малых губ чуть ниже и снаружи отверстия протока Бартолиновой железы (рис. 27).

Примечание 1. Отверстие Бартолиновой железы легко найти по капле, выступающей из него, если надавить одновременно—указа-

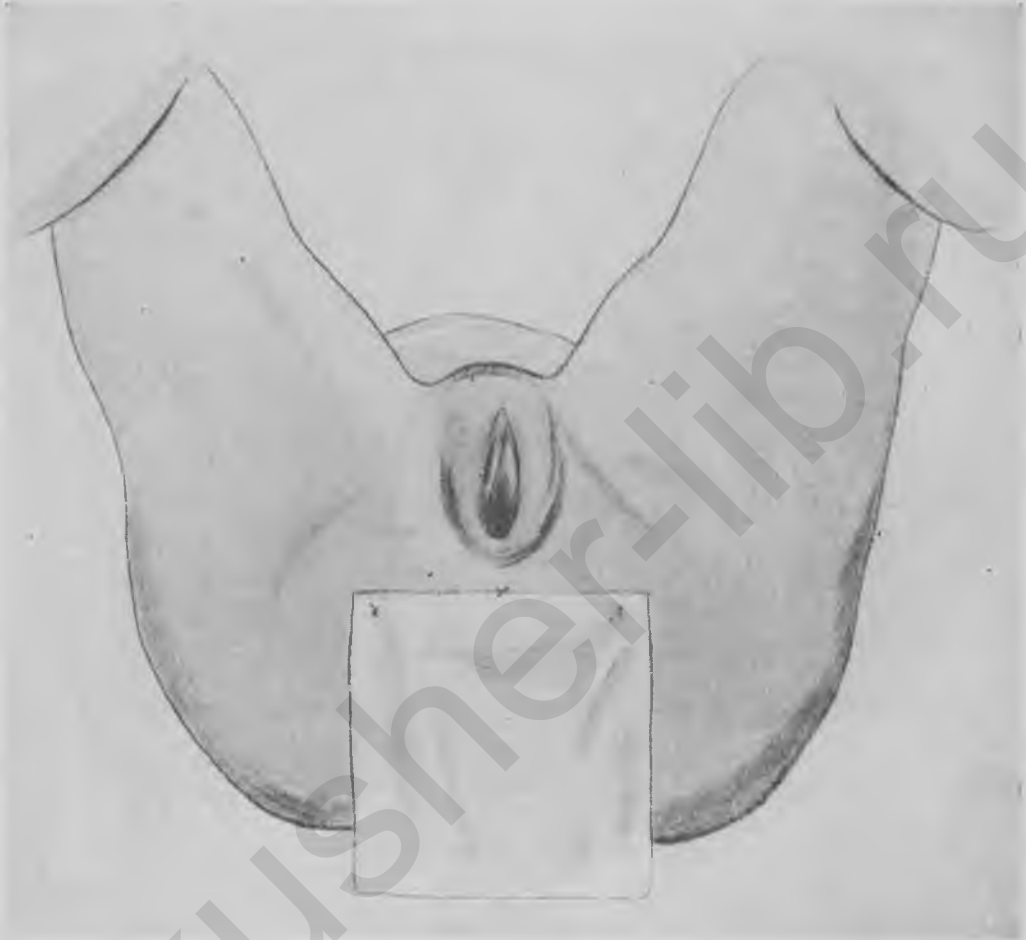


Рис. 26. Задняя пластика. Пришитый передник для защиты операционного поля от выделений из *anus'a*.

тельным пальцем со стороны боковой стенки влагалища и большим пальцем с наружной стороны нижней трети большой губы.

Примечание 2. Если сблизить кончики этих двух, по бокам наложенных, зажимов Кохера, то они должны быть на одном уровне и соответствовать той высоте промежности, на которую желательно поднять ее в данном случае.

4. Четвертый кохер накладывается несколько впереди от заднего прохода на кожу промежности по средней линии (рис. 27).

Примечание. Зажим Кохера указывает, насколько нужно удлинить нижнюю часть фигуры освежения, чтобы достигнуть области сохранившихся мышц, и кроме того позволяет закончить нижний край

освежения в виде острого угла, что способствует лучшему приложению краев слизистой раны.

5. Фигура освежения лоскута производится следующим образом: оператор, держа левой рукой поднятый вверх зажим Кохера, наложенный на верхний угол будущего лоскута, ладонной поверхностью указательного

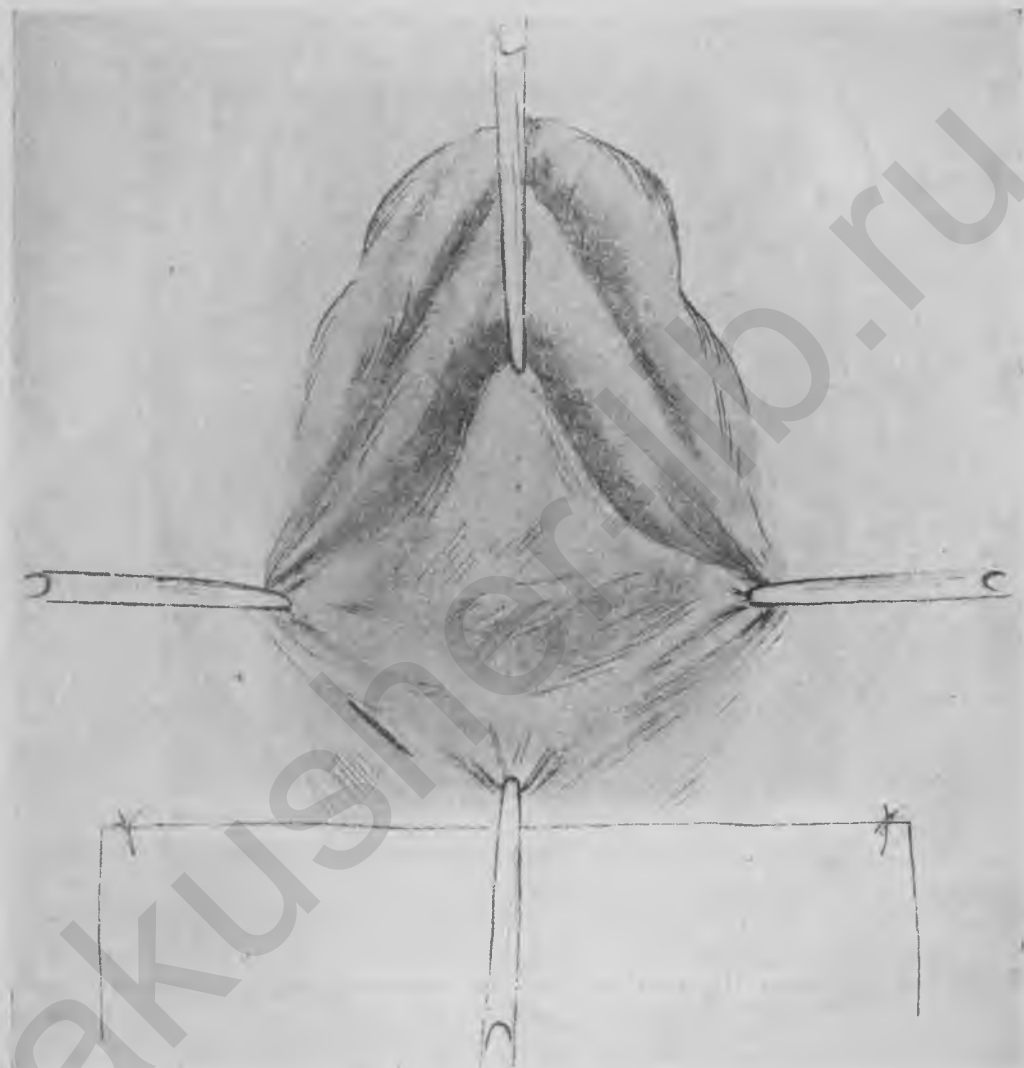


Рис. 27. Задняя пластика. Моменты 2, 3 и 4.

и среднего пальцев, введенных во влагалище позади зажима Кохера, выпячивает слизистую лоскута и скальпелем вычерчивает верхний угол двумя разрезами по бокам от зажима Кохера. Оба указанные разреза должны встретиться у кончика кохера под острым углом, для чего делается дополнительный разрез (рис. 28). Наклонив верхний зажим Кохера вправо и несколько книзу, оператор передает его 1-му ассистенту. Левый боковой, наложенный у основания малой губы, зажим Кохера передается 2-му ассистенту. Оператор оттягивает часть слизистой лоскута левой стороны указательным пальцем левой руки книзу, а скальпелем ведет разрез

дугобразно выпуклостью кнутри от верхнего угла лоскута по направлению к зажиму Кохера, наложенному у основания малых губ (рис. 29). Затем зажим Кохера от верхнего угла наклоняется влево книзу и пере-



Рис. 28. Задняя пластика. Момент 5.

дается 2-му ассистенту. 2-й ассистент держит левый боковой кохер у основания малых губ. Оператор оттягивает книзу часть слизистой лоскута правой стороны и производит разрез дугобразно по направлению к боковому кохеру справа. Боковые кохера снимаются.

1-й ассистент натягивает пальцами обеих рук по направлению седалищного бугра слизистую влагалища и губы, а оператор, держа левой рукой кохер, наложенный недалеко от *anus'a*, и оттянув его книзу, ведет разрез кожи промежности на границе пигментированной части, т. е.

на границе кожи и слизистой, косо по направлению к нижнему зажиму Кохера (рис. 30). Указанный разрез кожи промежности соединяется закруглением с разрезом у основания малых губ.

Таким же образом производится освежение кожи промежности с другой стороны (рис. 31).



Рис. 29. Задняя пластика. Момент 5.

Примечание. Оба разреза кожи промежности у зажима Кохера, наложенного недалеко от *anus'a*, должны встретиться под острым углом. Нижний зажим Кохера снимается и фигура освежения окончена (рис. 31).

6. Снятие лоскута целесообразнее начинать слева. Захватывают лапчатым пинцетом край разреза слизистой и скальпелем, направленным лезвием на лоскут, начинают его отсепаровывать. Захватив край лоскута кохером и натянув его, то тупо, то ножом продолжают отсепаровку слева направо, рассекая натянутые волокна клетчатки подслизистой до разреза противоположной стороны, где лоскут отрезают ножом или ножницами (осторожно, не поранить кишку!), для чего следует подтянуть лоскут вверх (рис. 32).

7. Освеженная поверхность раны выравнивается куперовскими ножницами, которыми срезаются оставшиеся при отсепаровке обрывки клетчатки

и рубцов; ножницы прикладываются к освеженной поверхности выпуклой стороной.

**Примечание.** Нельзя захватывать пинцетом части преректальной клетчатки и срезать: так легко поранить кишку.

#### 8. Техника зашивания освеженной поверхности:

Наложение непрерывного кэтгутового шва начинается с верхнего влагалищного угла. 1-й ассистент держит зажим Кохера, наложенный на вершину влагалищного угла, подтягивая его кверху. Оператор проводит непрерывный шов слева направо в поперечном направлении. Вкол в слизистую делается несколько отступя от края раны слева, причем подхватывается

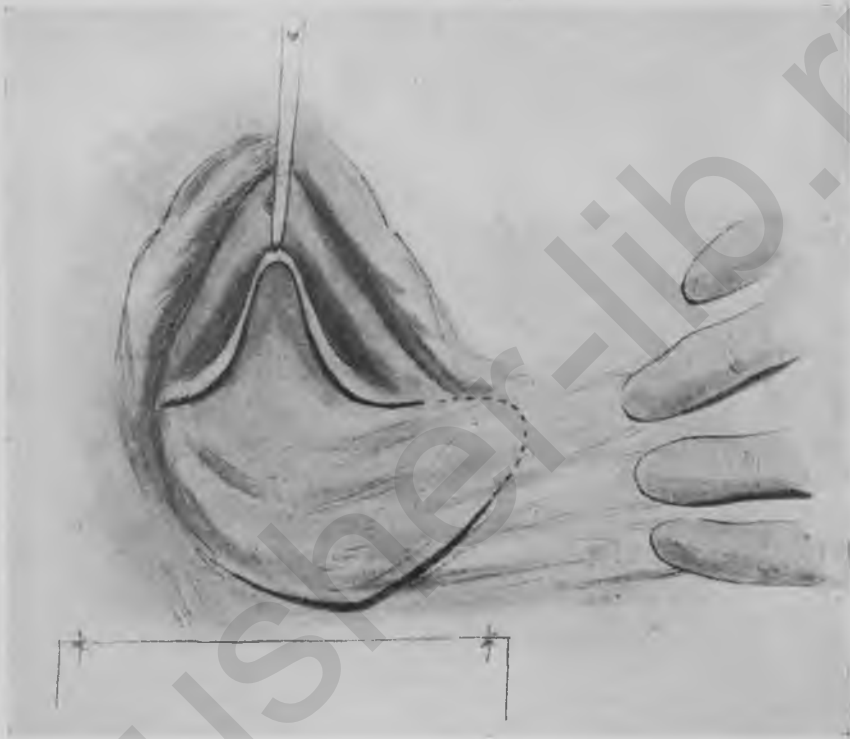


Рис. 30. Задняя пластика. Момент 5.

по пути преректальная клетчатка, и выкалывают справа через слизистую тоже отступя от края разреза приблизительно на  $\frac{1}{4}$  см. Первый стежок завязывается у самой верхушки угла по ту сторону кохера (рис. 33).

9. Кохер с вершины угла снимается и накладывается на короткий конец непрерывного шва, который передается 2-му ассистенту; 1-му ассистенту передается длинный конец непрерывного шва, который захватывается им при помощи пена, если ассистент без перчаток.

10. Оператор продолжает накладывать непрерывный кэтгутовый шов в поперечном направлении слева направо, обязательно нанизывая по пути лапчатым пинцетом на иголку преректальную клетчатку.

**Примечание 1.** Когда оператор наложил второй стежок непрерывного шва, 2-й ассистент срезает короткий его конец (не очень коротко).

Примечание 2. По мере накладывания непрерывного шва, 1-й ассистент, держащий одно колено длинного конца непрерывного шва, следит за тем, чтобы затянуть шов, как только оператор выкалывает иголку справа.

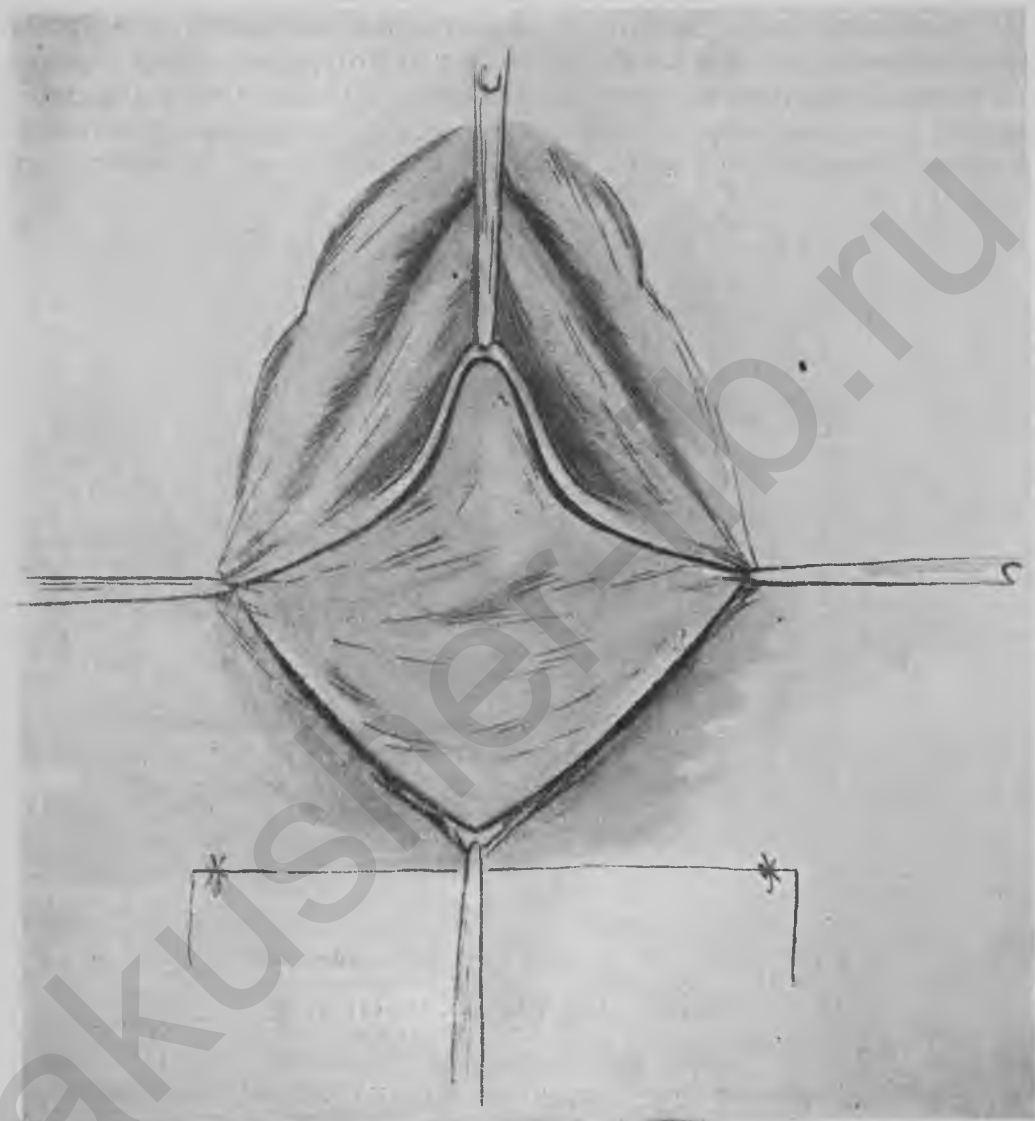


Рис. 31. Задняя пластика. Момент 5. Примечание.

Примечание 3. 1-й ассистент должен следить за тем, чтобы все время не ослаблять непрерывного шва и хорошо его натягивать, чтобы края раны не расходились.

Примечание 4. Если освеженная поверхность широка и при натягивании краев раны непрерывным швом чувствуется натяжение, необходимо время от времени прерывая непрерывный шов, накладывать на преректальную клетчатку погружные, несъемные тонкие шелковые швы. Эти лигатуры по мере наложения немедленно же завязываются и их концы сейчас же срезаются. Далее продолжается

непрерывный катгутовый шов, который первый ассистент держит все время подтянутым.

11. Дойдя непрерывным швом до места, где задняя стенка слизистой влагалища переходит в боковую, оператор передает нитку с иглой 1-му ассистенту, который должен все время держать ее слегка натянутой.

12. Оператор накладывает с обеих сторон по кохеру (или держит лапчатым пинцетом) на края слизистой по середине расстояния между последним стежком непрерывного шва и *sagittulae myrtiformes* (рис. 34).

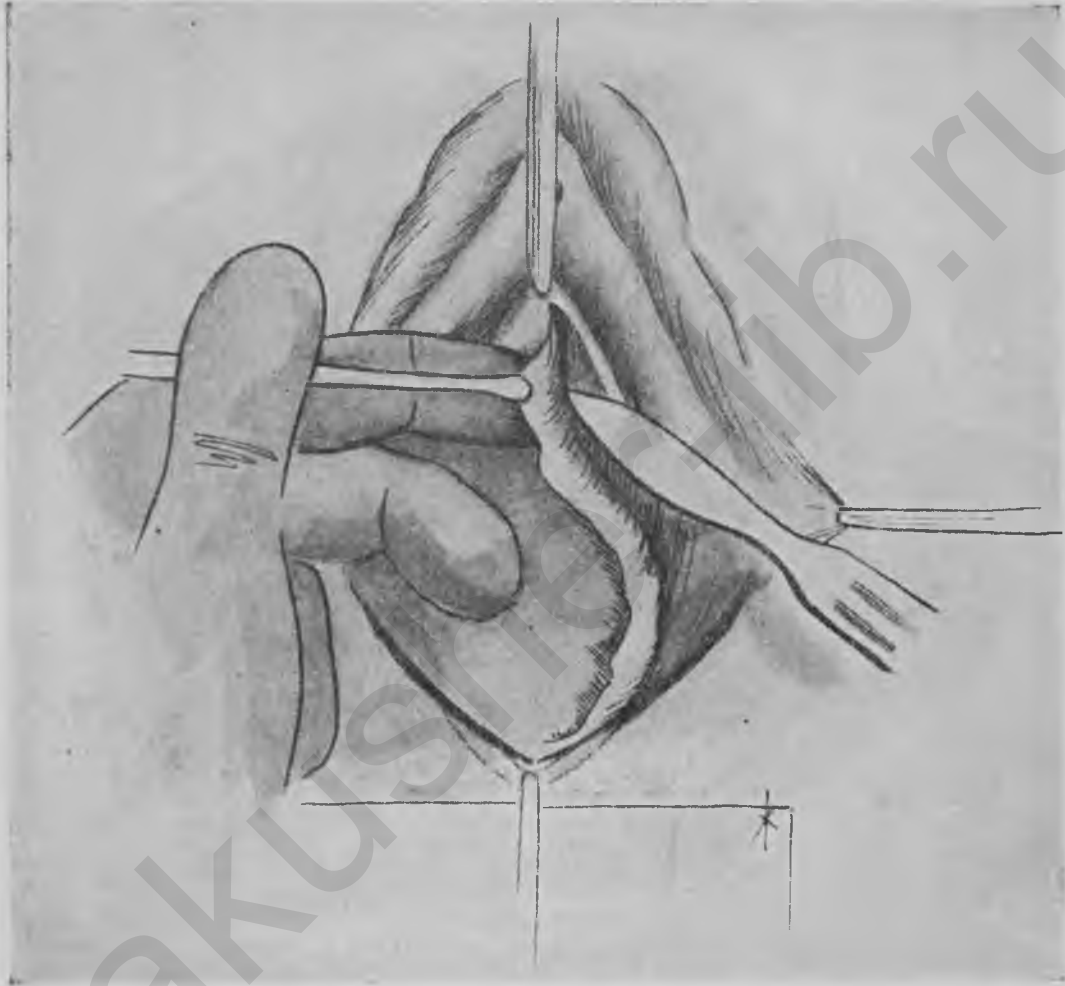


Рис. 32. Задняя пластика. Момент 6.

13. Оператор, приподнимая левой рукой наложенный зажим Кохера вверх, вводит указательный палец этой же руки во влагалище и выпячивает на себя этот участок освеженной поверхности, рассекая куперовскими ножницами фасциальную пластинку у самого приподнятого края разреза (рис. 34).

14. Все еще держа вверх приподнятый кохер и палец левой руки, как при моменте 13-м, и идя вбок и книзу тупой верхушкой закрытых куперовских ножниц, легко проникают в клетчатку, где проходит *levator ani* (*cavum ischio-rectale*). (Рис. 34).



15. Все указанное в 13 и 14 моментах продельвается и справа. Нужно помнить, что внутренние края м. т. рибо-гестал, хорошо прощупываются
16. Наложенные зажимы Кохера снимаются с обеих сторон.

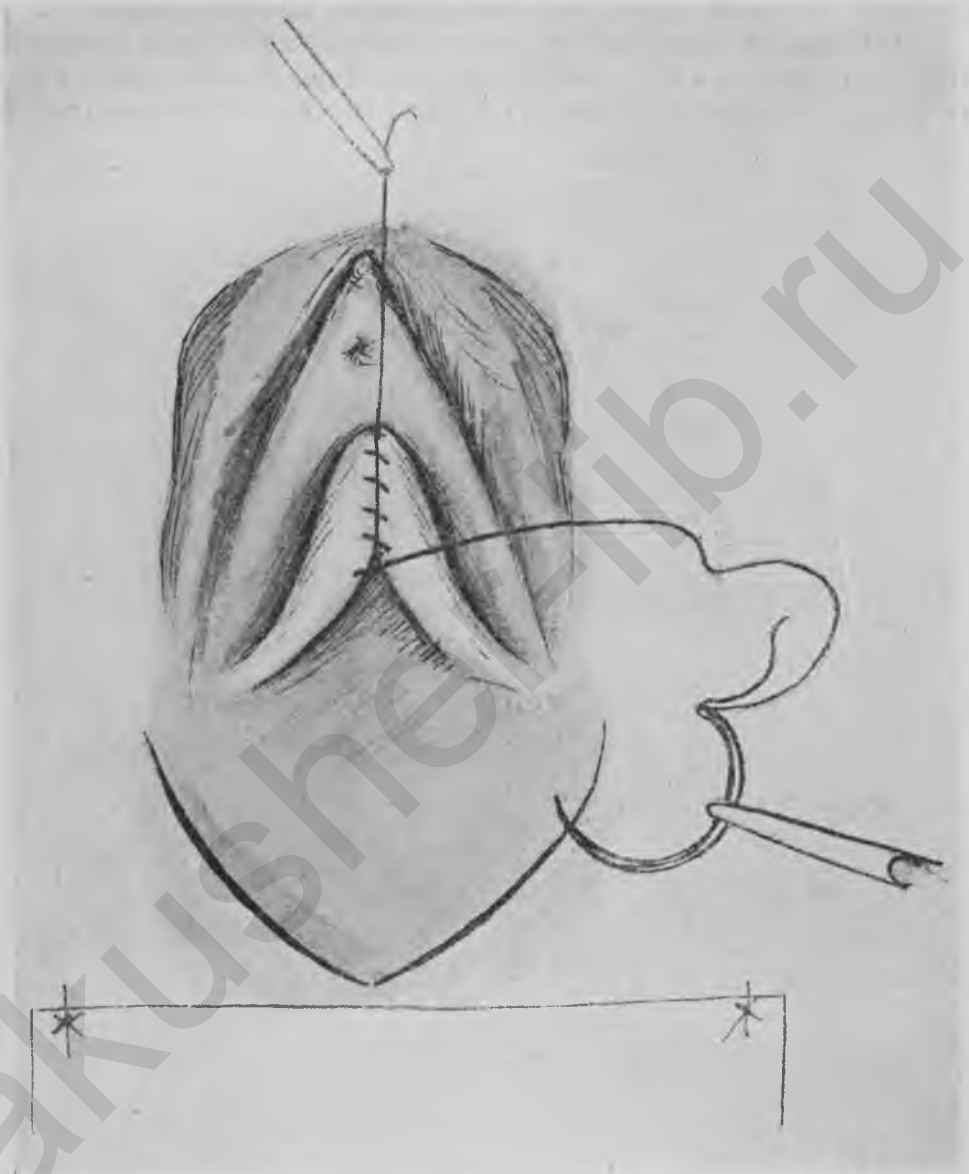
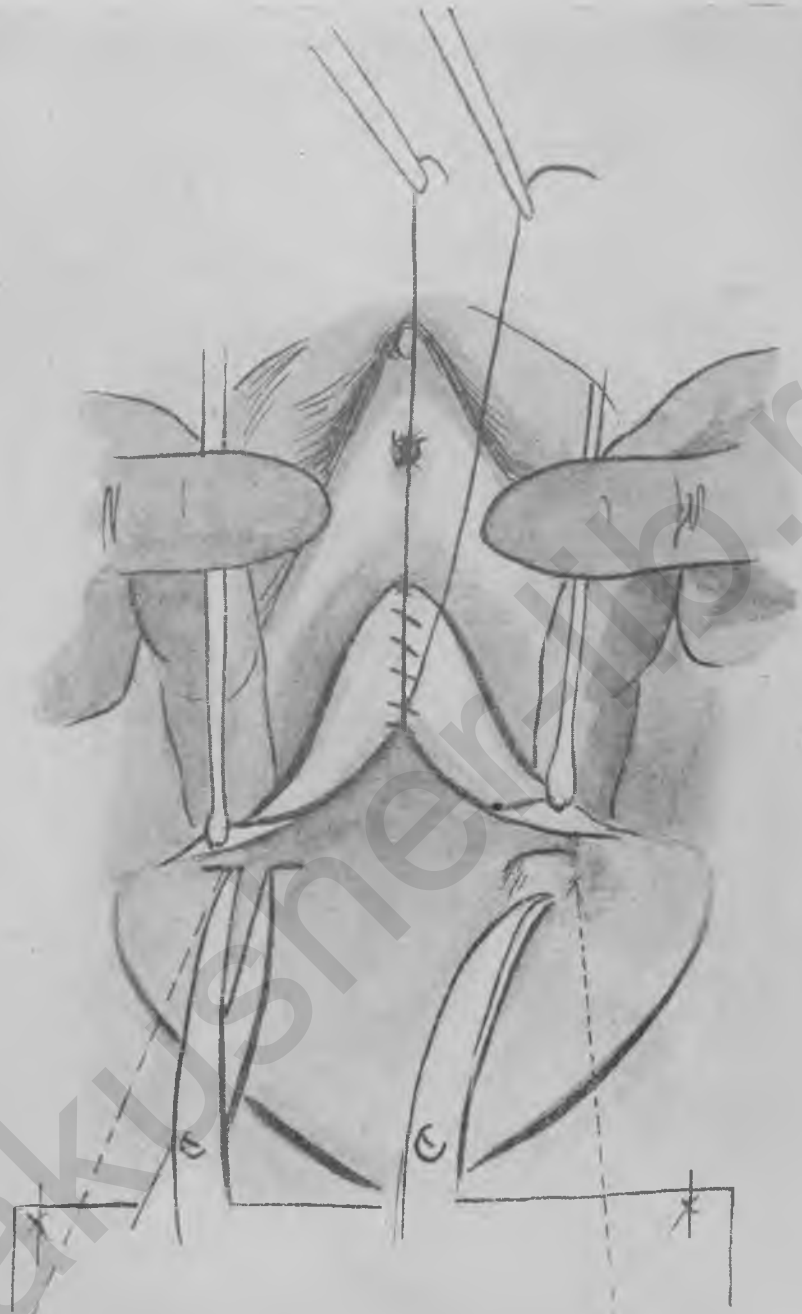


Рис. 33. Задняя пластика. Момент 8.

17. Крутой иглой с шелковой провизорной ниткой захватываются с обеих сторон намечающиеся края леваторов, но все ложе по пути не подхватывается (рис. 35).

Примечание. Этот шов называется „провизорным“, так как он является как бы держалкой, которой натягиваются леваторы. После наложения на леваторы двух погружных швов провизорный шов удаляется.

18. Держа левой рукой наложенный на леваторы провизорный шов и натягивая его, оператор накладывает на хорошо видимые края леваторов



а Рассечение фасциальной  
пластинки

б. Обнажение  
позвоночника

Рис. 34. Задняя пластика. Моменты 12, 13 и 14.

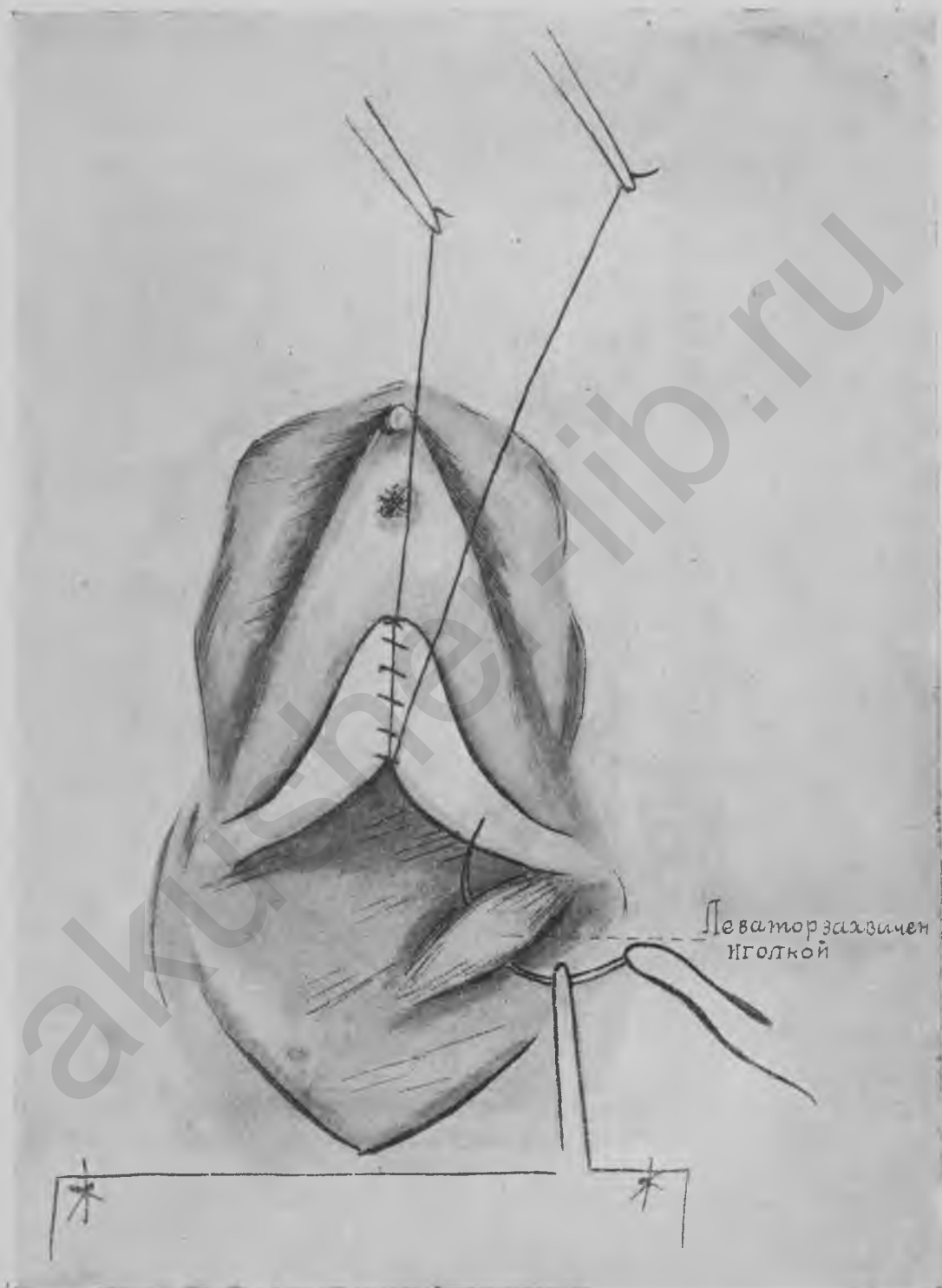


Рис. 35. Задняя пластика. Момент 17.

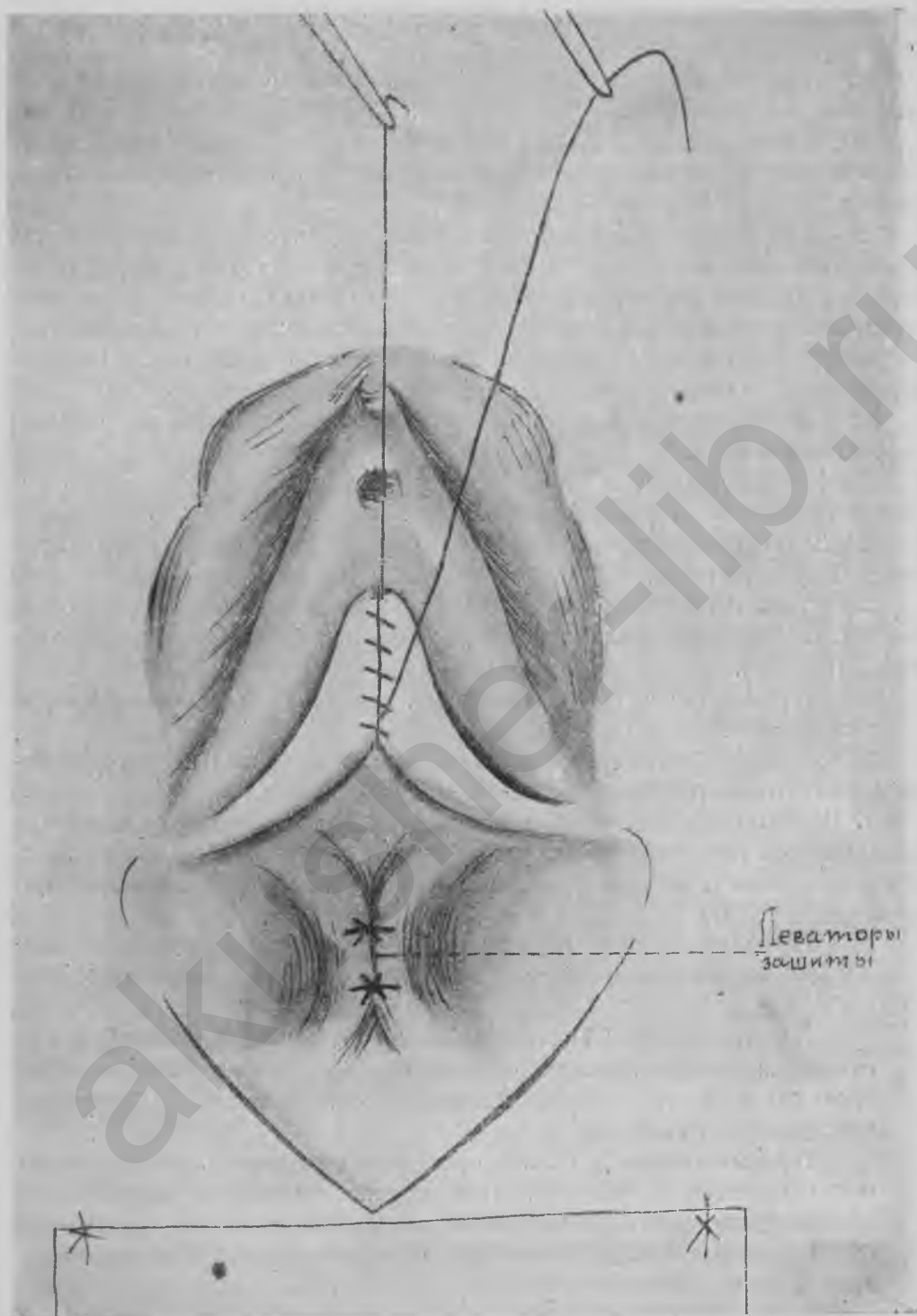


Рис. 36. Задняя пластика. Момент 19.

два погружные тонкие шелковые шва, один над провизорным швом, другой под ним, подхватывая и нанизывая на иглу всю клетчатку (чтобы не образовалось пустых кармашков для гематом, которые легко дают нагноение).

19. После завязывания двух погружных швов концы их коротко срезаются и провизорный шов удаляется (рис. 36).

20. После зашивания леваторов оператор продолжает накладывать почти до introitus'a непрерывный кэтгутовый шов, который все время держал слегка натянутым 1-й ассистент.

21. После зашивания леваторов, последние иногда подхватываются первым стежком непрерывного шва, причем стежок этот проводится так: выкол со стороны слизистой слева идет перпендикулярно сверху вниз через зашитые леваторы, далее в поперечном положении подхватывается все ложе; выкол делают справа, перпендикулярно к краю слизистой, идя иглой перпендикулярно снизу вверх, подхватывая леватор справа.

22. Далее непрерывный шов продолжают обычно слева направо, подхватывая все ложе.

23. Непрерывный шов завязывается у *sagunculae myrtiformes* и этим кончается формирование влагалищной трубки (рис. 37).

24. Завязанный непрерывный шов берется на зажим. Кохер передается 1-му ассистенту.

25. В том месте, где были наложены боковые зажимы Кохера, у основания малых губ накладываются два шелковых шва: этим и формируется спайка (рис. 37).

Примечание. При наложении швов на спайку ложе не подхватывается.

26. Завязанный непрерывный шов срезается (не очень коротко) и кохером захватываются два шва, наложенные на спайку.

27. На мышцы и фасции промежности, т. е. на диафрагму *urogenitale* накладывается ряд погружных узловых швов из тонкого шелка или кэтгута в один или два этажа, в зависимости от ширины освеженной поверхности (рис. 37).

Примечание 1. Швы накладываются слева направо в поперечном направлении, отступая один от другого, приблизительно на 1 см.

Примечание 2. При наложении швов необходимо соблюдать симметрию; нитка, проходя через ткань, не должна быть видна на протяжении всего ложа, во избежание оставления неподхваченного пространства (гематомы).

Примечание 3. Если на протяжении ложа освеженной поверхности имеются углубления, куда трудно проникнуть иглой, то целесообразно войти указательным и средним пальцами левой руки со стороны влагалища и выпятить на себя освеженную поверхность промежности. Этим приемом облегчается также захватывание швом всего ложа без проникновения чрезмерно в глубь тканей.

Примечание 4. Погружные швы завязываются лишь тогда, когда они все наложены.

28. Наложённые шелковые или кэтгутовые погружные швы завязываются и коротко срезаются каждый в отдельности (рис. 38).

29. Накладывают ряд кожных швов слева направо в поперечном направлении со вколом несколько отступя от краев разрезов кожи ( $\frac{1}{4}$  см), подхватив по пути все ложе (рис. 38).

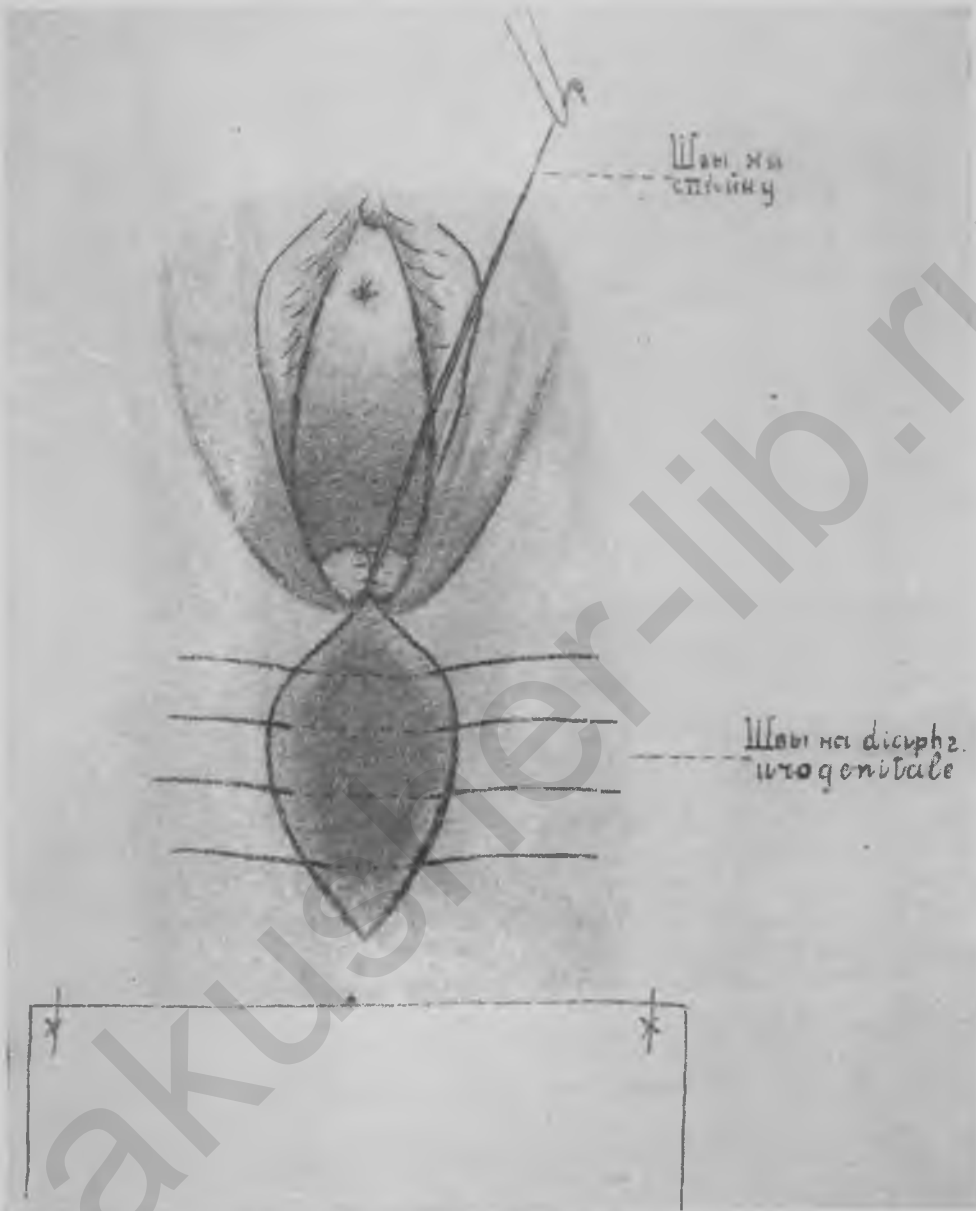


Рис. 37. Задняя пластика. Моменты 23, 25 и 27.

**Примечание.** Кожные швы накладываются приблизительно на 1 см друг от друга для того, чтобы между ними наложить еще несколько кожных поверхностных пластических швов.

30. Накладывается несколько кожных поверхностных швов.

**Примечание.** Поверхностными швами ложе не подхватывается.

31. Первыми завязываются поверхностные, а затем ряд глубоких швов.

Примечание. 1. Кожные швы завязываются начиная сверху причем соблюдается такой порядок, что завязывается один поверхностный и один глубокий шов и т. д. Швы на коже завязываются без натяжения и без сдавливания краев.

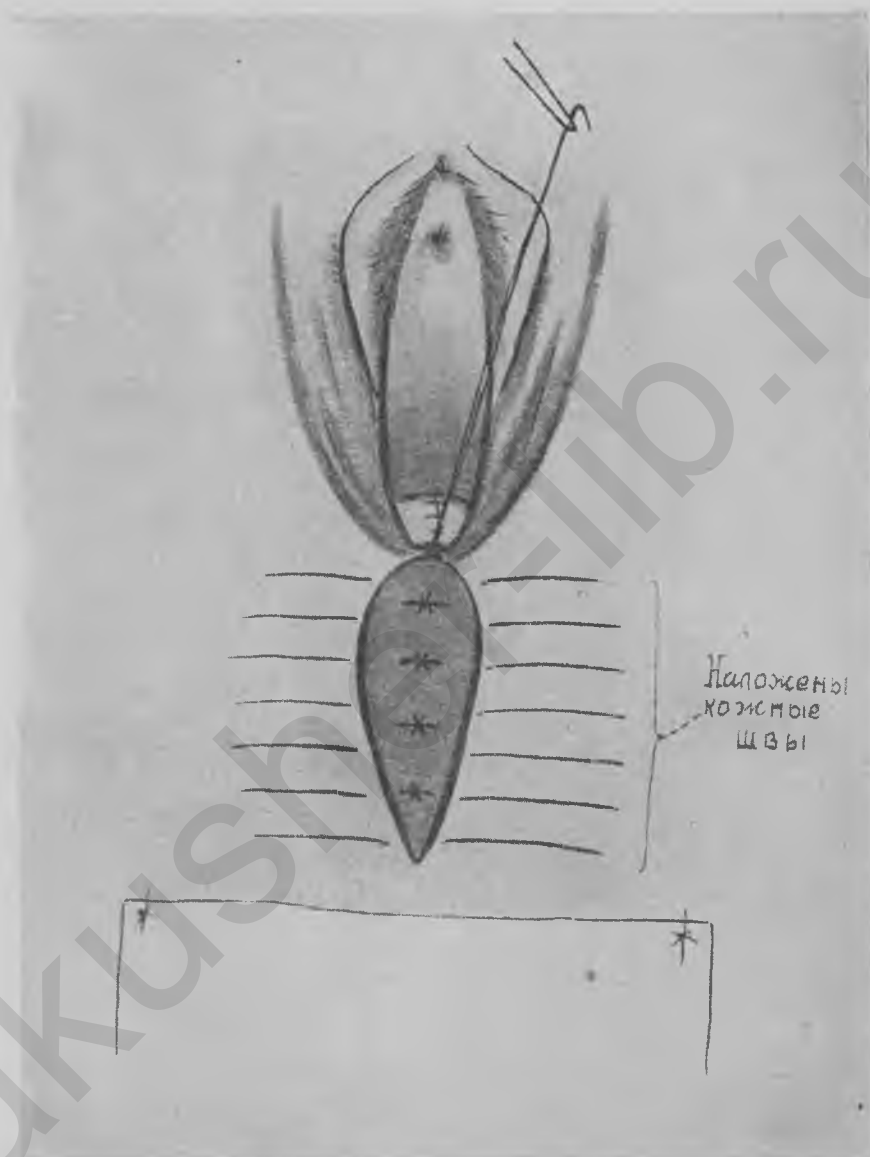


Рис. 38. Задняя пластика. Моменты 28 и 29.

Примечание 2. Если края раны кожи не совсем хорошо прилаживаются, то 2-й ассистент должен анатомическим пинцетом (не над руками оператора, а под ними) помогать оператору прилаживать края.

32. Швы не очень коротко срезаются (рис. 39).

33. Во влагалище вводят два боковика в передний и задний своды (осторожно, не растягивая зашитую промежность). Влагалище вытирается сухим тупфером, захваченным на корнцанг. До утра следующего дня

во влагалище вставляется марлевый тампон. После удаления тампона, влагалище не спринцуется.

34. На зашитую кожу промежности кладется стерильная прокладочка.

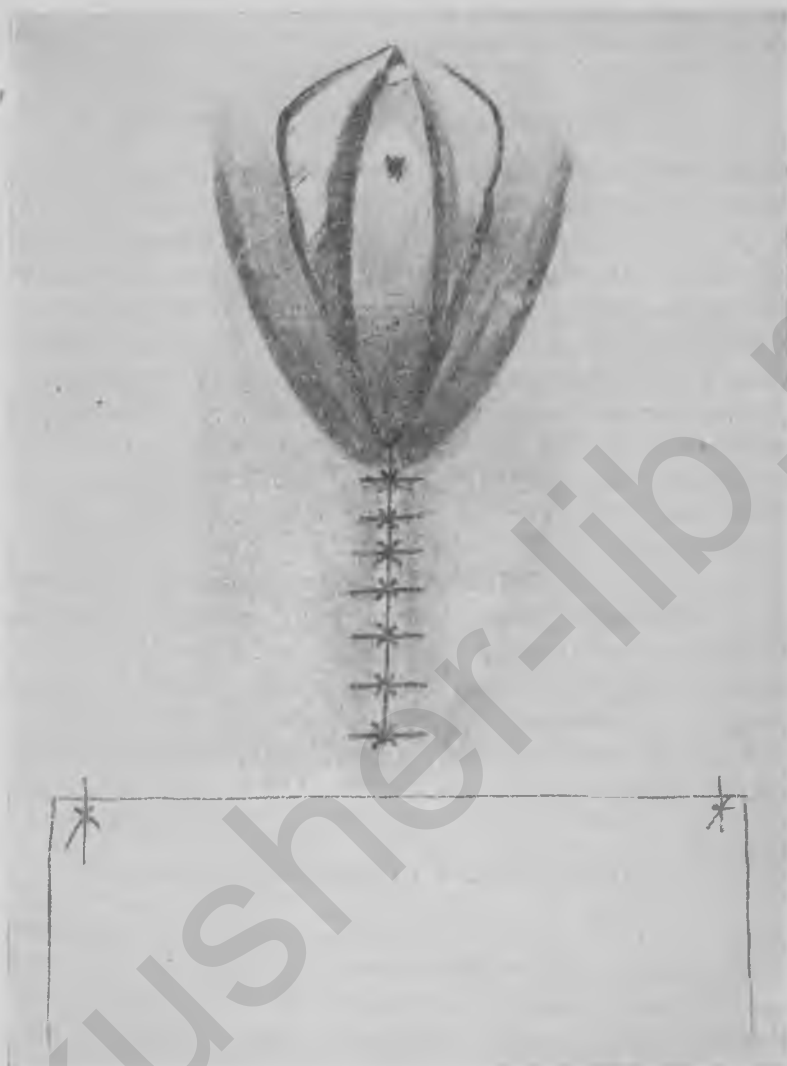


Рис. 39. Задняя пластика. Момент 32.

Примечание 1. Швы кожи промежности снимаются на 5-е сутки. Если стенки влагалища были зашиты узловым шелком, то швы удаляются на 8—9-й день.

Примечание 2. Накануне снятия швов с промежности больная принимает легкое слабительное, а утром в день снятия швов клизму.

### Методы подготовки больной к операции, дезинфекция операционного поля и направление разреза при чревосечениях

Обычно, при проведении в секционной практических занятий (полостных операций) на половых органах малого таза, врачи-слушатели задают нам вопрос о практикуемых в клинике проф. Кипарского методах подго-



товки больной к операции, дезинфекции операционного поля и направлению разреза при чревосечениях.

Это обстоятельство заставляет нас дать краткие сведения о вышеуказанных методах, не касаясь их сравнительной оценки, которой нами посвящена специальная бактериологическая и клиническая работа.

### А. Подготовка больной к операции

Накануне операции, как правило, больная получает легкий обед, за исключением тех случаев, где предполагается операция на кишечнике. В 4 часа дня она принимает общую ванну и надевает свежее белье. В 6 часов вечера больная получает нежное слабительное (*Cascara sagrada*). Утром перед операцией больной разрешается один-два стакана сладкого чая.

Примечание 1. От назначения *Ol. ticiini* и других сильнодействующих слабительных, а также от повторного применения их перед операцией клиника отказалась, так как все это вызывает раздражение кишечника, на что указывает во время операции вздутие его и резкая инъекция сосудов серозы кишек, а после операции длительное паретическое состояние кишечника с метеоризмом и поздним отхождением газов.

Примечание 2. В нашей клинике доктором Могилевым установлена послеоперационная кетонурия при назначении сильнодействующих слабительных перед операцией.

Вечером накануне операции и утром в день операции больной назначается промывательная клизма.

За полчаса до операции больным с повышено-возбудимой нервной системой или потаторам мы впрыскиваем *Pan top* 1,0 (2%).

### В. Дезинфекция операционного поля

До начала наркоза больная укладывается на стол в предоперационной (причем таз больной выступает немного за край стола) с согнутыми в коленных суставах ногами, поставленными на табуреты, стоящие по бокам ножного конца стола. Сбривание волос с лобка и больших губ целесообразнее производить не накануне операции, а перед мытьем в день операции. Наблюдения показали, что бритье накануне операции иногда вызывает раздражение в виде дерматита, аспе и гнойничков в волосяных мешочках, и операцию приходится из-за этого откладывать.

Сначала брюшная стенка обмывается систематически двумя щетками с мылом и таким образом, чтобы не оставался ни один участок, не протертый щеткой. Это достигается тем, что мытье производится в определенном порядке сначала одной щеткой, потом другой. Персонал, подготовляющий больных, работает в перчатках.

Примечание 1. Мытье производится таким образом, чтобы вся брюшная стенка была все время обильно намылена.

Примечание 2. Мыло, после мытья 1-й и 2-й щеткой, смывается обильной струей слабого раствора сулемы (1:10000) из резиновой трубки, соединяющейся с бутылкой, поставленной на высоком штативе, стоящем рядом со столом.



**Примечание 2.** Пупок и его окружность в 2—3 см вытирается отдельно до очистки всей брюшной стенки. Произведенные мною бактериологические исследования показали, что наиболее загрязненным является пупок, вследствие этого мы, помимо очищения пупка спиртом, смазываем его еще иодом.

**Примечание 3.** Брюшная стенка иодом не смазывается.

В течение последних лет, параллельно с изложенным способом, применяется другой, заключающийся в том, что больная не подвергается мытью брюшной стенки, а на операционном столе тщательно обрабатывается только спиртом и двукратным смазыванием иодом.

Проверка на большом материале показала равноценность обоих методов. Неудобство первого способа заключается в том, что при нем требуется лишний персонал, а недостаток второго способа составляет то обстоятельство, что при нем иногда отмечается раздражение брюшной стенки.

После той или иной обработки больная покрывается стерильной простыней, разрезанной посредине в продольном направлении.

Поверх простыни кладутся два стерильных полотенца: одно на уровне пупка, другое на лобке с таким расчетом, чтобы виден был передний край половой щели, дабы потом можно было правильно вести разрез кожи и апоневроза по белой линии. Края нижнего полотенца вместе с краями простыни и кожи лобка захватываются пружинными острыми зажимами Дуайена (запки Дюеяна).

### С. Направление разреза по брюшной стенке

1. Подняв ножной конец стола и установив положение Тренделенбурга (мы пользуемся столами, изображенными на рис. 41), оператор поме-

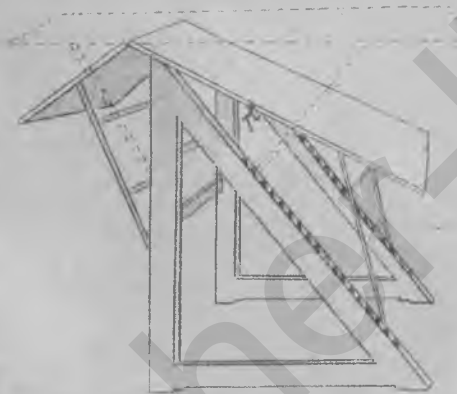


Положение Тренделенбурга.

щается слева от больной, а ассистент справа, или наоборот, в зависимости от навыка и от особых показаний. (На фотогр. 42 зафиксирована обстановка работы нашей операционной одновременно на четырех столах.) Оператор, растянув кожу брюшной стенки, указательным и большим пальцами ле-



а Стол для ампутационных операций.



б Деревянный стол для чревосечений и висцеральных операций



в Стол для чревосечений



г Стол для чревосечений

Рис. 41. Операционные столы.

вой руки через простыню, не касаясь пальцами самой кожи, ведет разрез по белой линии между пупком и лоном, отступя от последнего на два поперечных пальца вверх к пупку (при расположении оператора слева от больной).

Примечание 1. Разрез нужно вести уверенно брюшистым скальпелем, проникая в клетчатку по возможности до апоневроза, причем это надо сделать одним или двумя непрерывными движениями, а не прерывающимися.



Рис. 42. Расположение ассистентов и обстановка при брюшностеночных и влагалищных операциях.

Примечание 2. Разрез нужно вести строго по средней линии. Для этого целесообразно руководствоваться передним углом половой щели, который оставляется открытым (рис. 43).

Примечание 3. Скальпель следует захватить не всей рукой, а большим пальцем с одной стороны и указательным и средним, с другой.

Примечание 4. Если опухоль велика, то разрез ведут выше пупка, обходя его слева, так как справа находится *ligamentum hepatis rotundum*.

2. Кровоточащие сосуды захватываются зажимами Кохера и перевязываются тонкими кэтгутовыми швами.

Примечание. Кровоточащие участки захватываются зажимами таким образом, чтобы кончики последних были приложены к клетчатке под прямым углом. Клетчатку не следует захватывать зажимом Кохера большими массами, а, предварительно вытерев кровь,



Рис. 43. Вскрытие брюшной полости. Больная покрыта стерильной простыней таким образом, что виден верхний край половой щели. Момент 1. Прим. 2. Момент 3.

нужно зажимать только то, что кровоточит. Более крупные сосуды перевязывают кэгутумом.

3. Разрез апоневроза ведется по средней линии, для этого руководствуются передним краем полой щели (рис. 43).

Примечание. Если разрез произведен правильно, то сразу хорошо виден участок с преперитонеальным жиром; часто же обнажается край одного из брюшков прямой мышцы живота.

4. Если разрез апоневроза не пришелся всюду по средней линии, то оператору придется тупо, указательным и средним пальцами обеих рук раздвигать края прямой мышцы вверх и вниз.

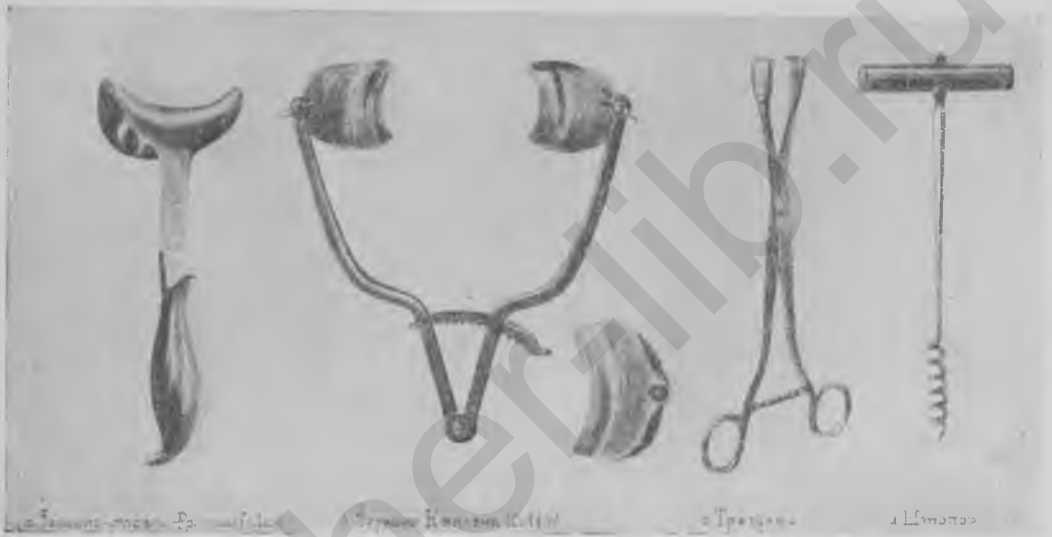


Рис. 44. Инструменты.

Примечание 1. Пальцами левой руки раздвигаются тупо мышцы вниз к лону, а пальцами правой руки—вверх к пупку.

Примечание 2. Не следует разрезать ножом мышцы продольно, особенно при параректальном разрезе, так как тогда перерезываются нервы, идущие поперек мышц, что ведет к атрофии последних.

5. Оператор левой рукой, а ассистент правой захватывают хирургическими пинцетами fascia transversalis, преперитонеальный жир и брюшину и приподнимают все указанные ткани вверх.

Примечание. Оператор проверяет правой рукой, не захвачены ли петли кишек в пинцеты.

6. Оператор скальпелем послойно разрезает фасцию, жир и брюшину.

Примечание 1. Если преперитонеального жира много, то брюшина не сразу вскрывается. Приходится оператору выпустить захваченные ткани из пинцета и подхватить брюшину несколько глубже.

Примечание 2. Следует захватить пинцетом брюшину ближе к верхнему краю разреза (к пупку).

7. Края вскрытой брюшины захватываются зажимами Пеана. Приподняв их вверх, ассистент и оператор подводят под париетальную поверхность брюшины указательные пальцы левой руки и, оттянув брюшную

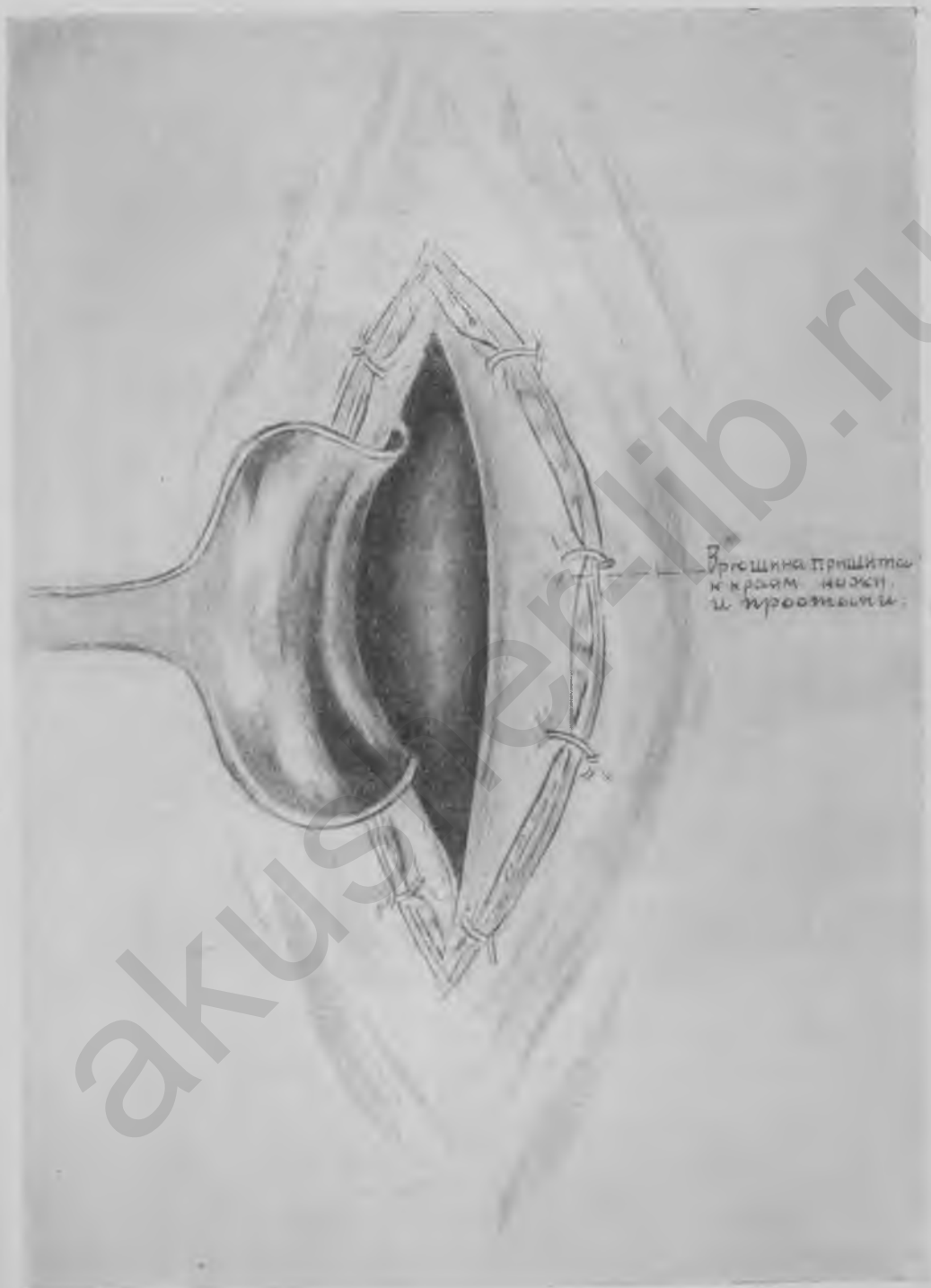


Рис. 45. Вскрытие брюшной полости. Момент 8.



стенку кверху, оператор под контролем глаза разрезает брюшину ножницами или ножом по направлению к верхнему и нижнему углам раны.

8. С целью предохранения от расслесения и инфицирования подкожной клетчатки, в *savum Retzii*, мы, перед введением брюшного зер-

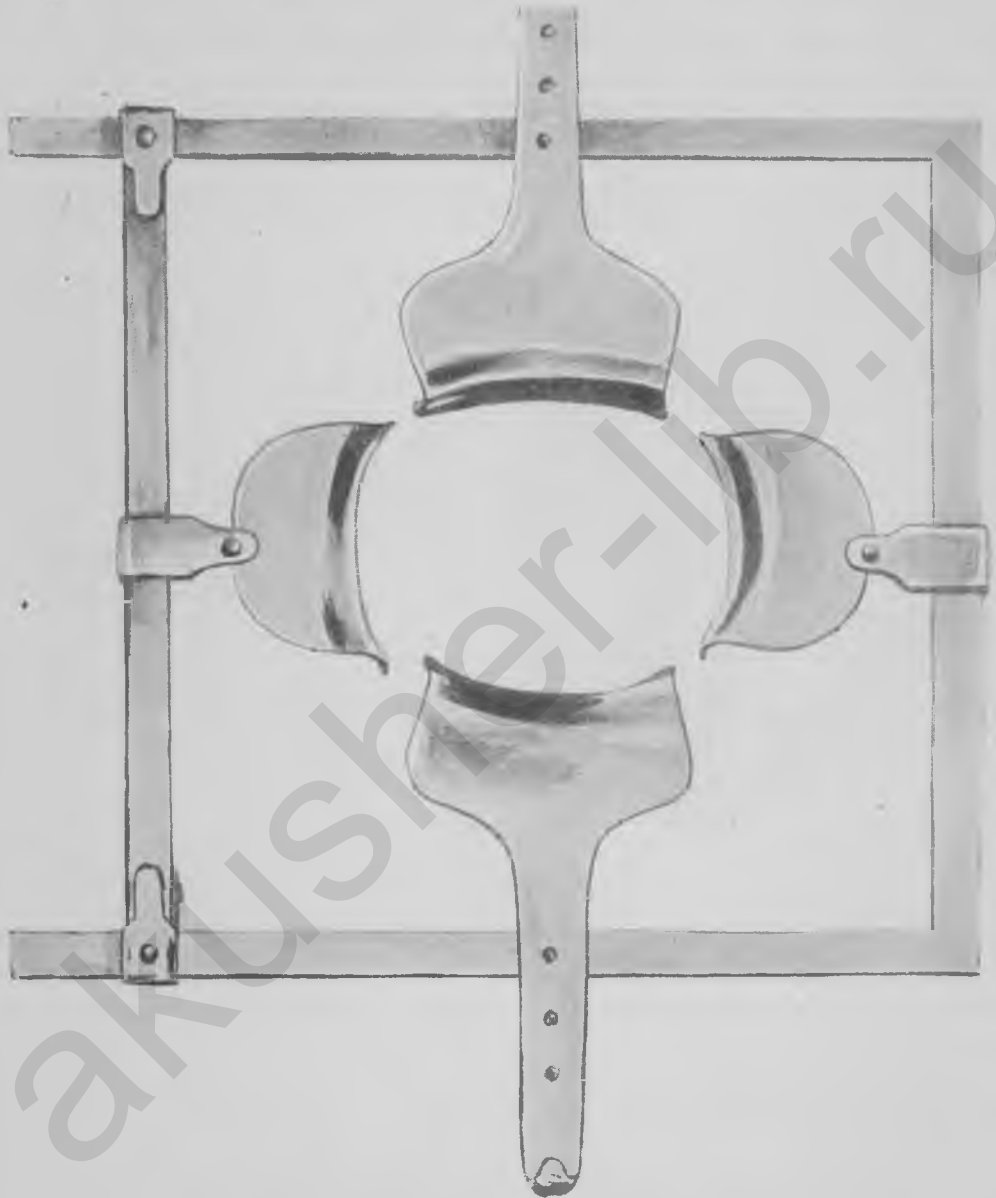


Рис. 46. Зеркало Франца. Момент 9. Прим. 2.

кала Фритча—угловик (рис. 44-а), приторачиваем края брюшины к краям кожи несколькими провизорными шелковыми швами (рис. 45).

Примечание. Этот момент надо особенно иметь в виду при наличии обильно выраженной подкожной жировой клетчатки и при длительных операциях (например, операция Wertheim'a и др.).

9. Для расширения краев раны и обнажения операционного поля мы пользуемся зеркалом-угловиком Фритча или самодержашимся зеркалом Коллена (Collin). (Рис. 44 а, в).

Примечание 1. При наличии 2-го ассистента, которому обычно поручают держать зеркало, мы предпочитаем широкое зеркало „угловик“ (рис. 44-а), так как, поворачивая его то в ту, то в другую сторону, мы можем лучше обнажить то место операционного поля, которое нужно нам в тот или иной момент.

Примечание 2. Зеркало Франца (рис. 46) удобно при операции Wertheim'a и особенно при отсутствии достаточной ассистенции.

10. Поперечный разрез брюшной стенки по способу Пфаненштиля (Pfannenstiel).

С продольным разрезом брюшной стенки еще недавно конкурировал поперечный разрез по Пфаненштилю.

До Пфаненштиля Кюстнер (Küstner), имея в виду косметику рубца, предложил разрезать над лобком кожу и подкожную клетчатку поперек, а апоневроз продольно. Заслуга Пфаненштиля заключается в том, что он предложил поперечный надлобковый разрез не только кожи, но и апоневроза, считаясь с анатомической структурой и функцией тканей.

Преимущество поперечного разреза по Пфаненштилю заключается в том, что при нем меньше травмируется кишечник и после него почти никогда не образуется послеоперационных грыж, а также выигрывает косметика рубца.

Поперечный разрез имеет и свои недостатки:

1) доступ к операционному полю менее удобен, чем при продольном разрезе, особенно при больших образованиях и т. д.;

2) нагноение раны гораздо чаще, чем при продольном разрезе, так как между апоневрозом и прямыми мышцами остаются пустые пространства, где может скопиться кровь и инфицироваться.

Мы применяем разрез по Пфаненштилю иногда у молодых женщин, где мы абсолютно уверены в асептичности случая, в легкости технического выполнения, а также при одновременных паховых грыжесечениях.

### Техника разреза Пфаненштиля

1) Производится дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки в области надлобковой складки брюшной стенки на границе волосистой части шириной в 10—12 см.

Примечание. Не следует разрез делать слишком высоко, ближе к пупку или слишком близко к лонному сочленению.

2) Тщательно производят гемостаз, перевязав все сосуды клетчатки.

3) Апоневроз рассекается поперек от латерального края одной прямой мышцы до латерального края другой (рис. 47).

4) Верхний и нижний края апоневроза посредине захватываются кохером и сильно оттягиваются вверх.

5) Куперовскими (Coore) ножницами края апоневроза отсепааровываются поочередно от белой линии сверху и снизу посредине и верхний край пришивается к коже возможно выше от края разреза (рис. 47, 48).



Рис. 47. Поперечный разрез кожи и апоневроза по Пфаненштилю. Момент 3.

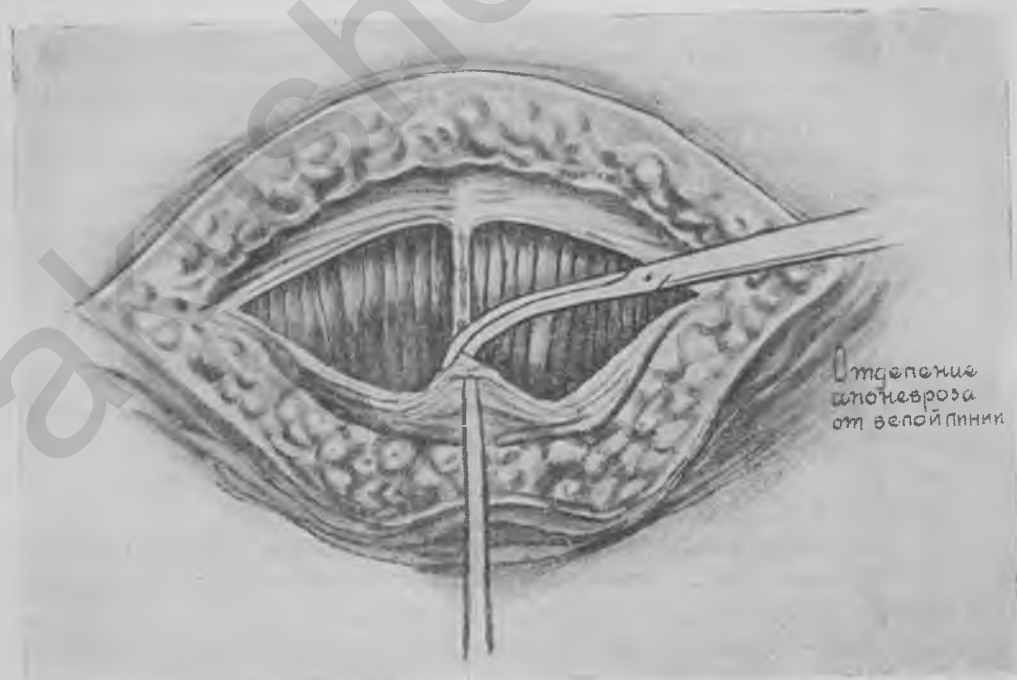


Рис. 48. Поперечный разрез апоневроза по Пфаненштилю. Момент 5.

Примечание 1. Куперовские ножницы нужно держать вогнутой стороной к мышцам, чтобы не поранить апоневроз.

6) Тупо раздвигаются прямые мышцы живота.

7) Вскрывается брюшина, как при продольном разрезе брюшной стенки (рис. 49).

8) Вводятся зеркала, как при продольном разрезе.

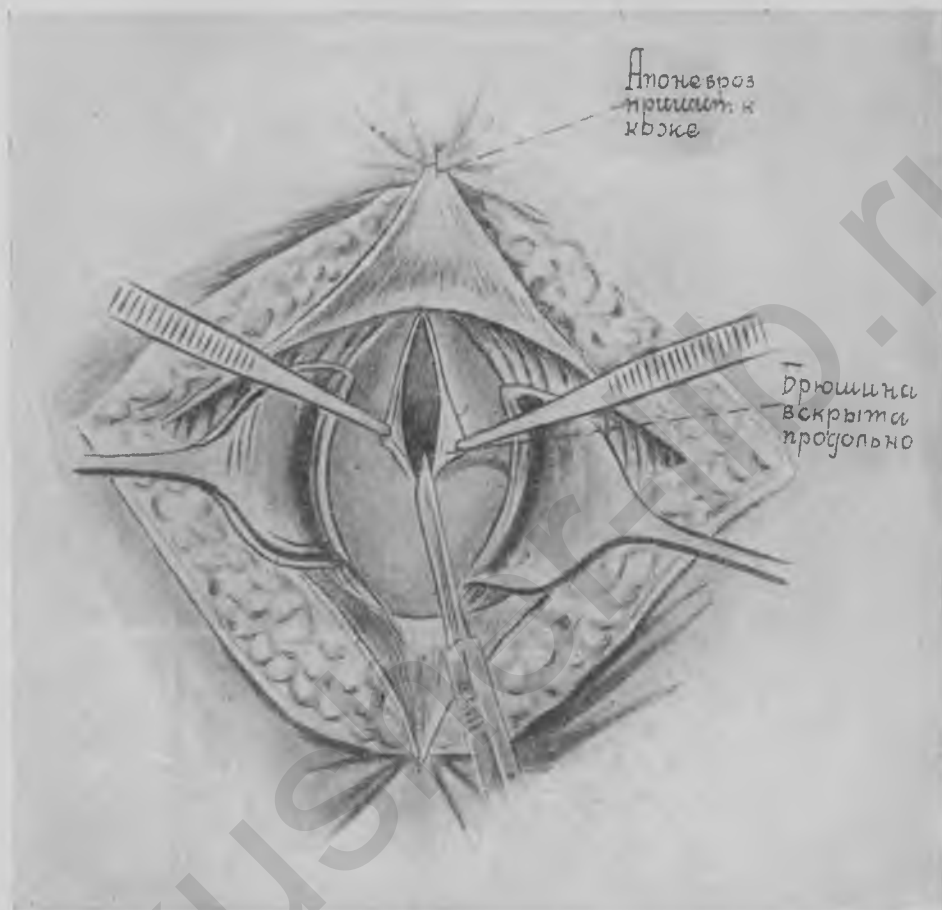


Рис. 49. Поперечный разрез по Пфаненштилю. Момент 7.

9) Петли кишок отгораживаются от операционного поля тремя компрессами, снабженными на одном конце нитками, которые захватываются зажимами при введении компрессов в брюшную полость.

Примечание. Компресс вводится не весь сразу, как бы комом, а вытянутым в длину; один его конец с ниткой передается ассистенту, а оператор, введя указательный и средний пальцы левой руки со стороны левой половины верхнего края раны в брюшную полость и приподнимая брюшную стенку вверх, захватывает другой конец компресса длинным анатомическим пинцетом или рукой, постепенно отодвигает им кишки вверх и закрывает их. Точно так же вводится компресс и с правой стороны и посредине. Вместо компрессов можно завести одно большое полотенце.

### Зашивание брюшной стенки

А. Края брюшины захватываются зажимами Пеана симметрично с обеих сторон и у верхушек углов раны.



Рис. 50. Зашивание брюшины непрерывным кэтгутовым швом по Lembert'у.

Б. Больная переводится из положения Тренделенбурга в горизонтальное положение опусканием ножного конца стола перед самым закрытием брюшины.

В. Если сальник отошел кверху и к диафрагме, то его низводят по направлению к малому тазу рукой или тупфером, захваченным надежным корнцангом.

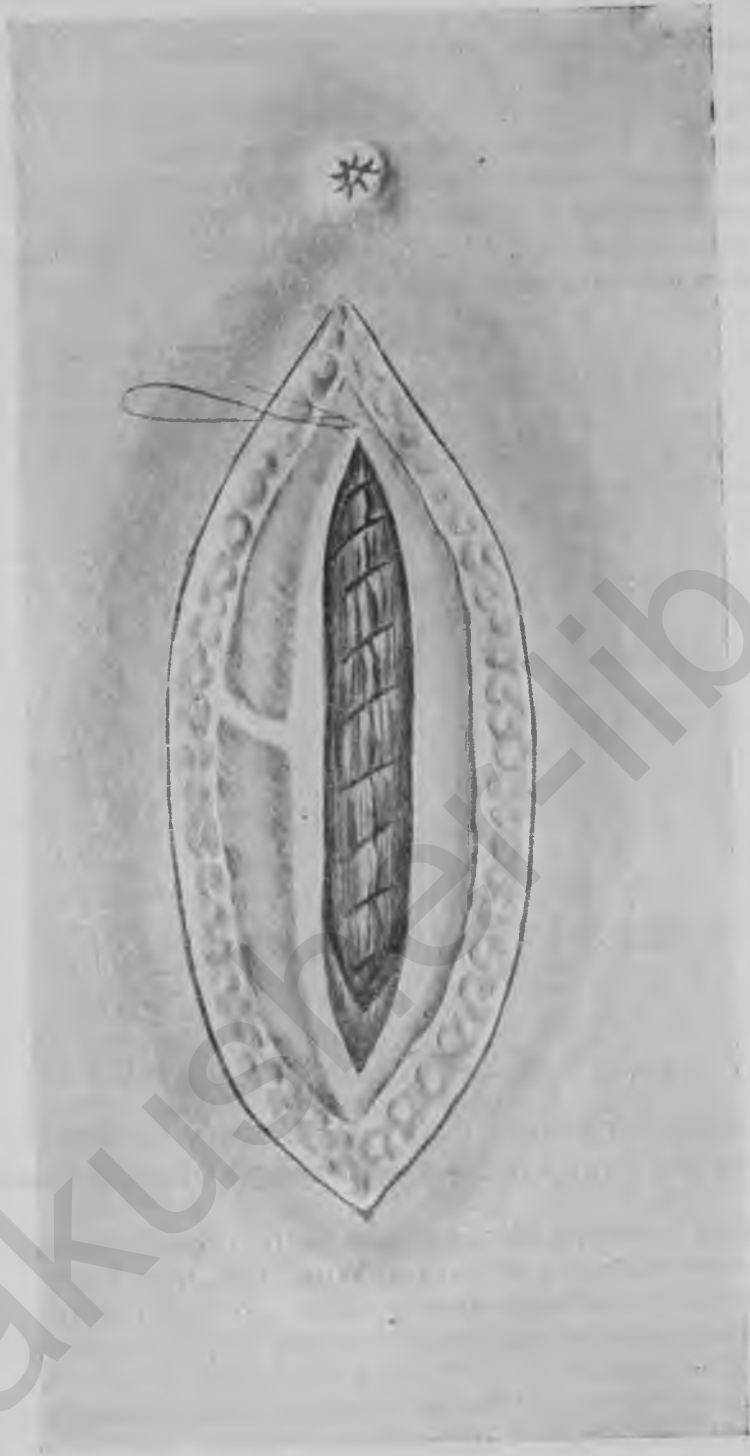


Рис. 51. Зашивание прямых мышц.

Г. Брюшину начинают зашивать непрерывным кэтгутовым швом с верхнего угла раны (рис. 50).

Примечание 1. Швы на брюшину накладываются по типу Лембертовского: выкол с внутренней поверхности париетальной брюшины с одной стороны и выкол с внутренней поверхности париетальной брюшины с другой стороны (рис. 50).

Примечание 2. Если брюшина тонка и рвется, то можно шить брюшину прихватывая фасцию или мышцу.



Рис. 52. Зашивание брюшной стенки. Момент 3 (наложение серфин).

Примечание 3. Непрерывный шов завязывается в нижнем углу раны.

Д. Эту же лигатуру можно использовать при зашивании прямых мышц, идя снизу вверх тем же непрерывным швом (рис. 51).

Е. Зажимом Кохера захватываются края, особенно верхний и нижний угол апоневроза, который также зашивается непрерывным кэтгутовым швом средней толщины.

Примечание 1. Шов на апоневроз должен накладываться тщательно, стежки должны быть наложены близко друг от друга. Выкол и выкол должны делаться недалеко от краев разреза, для того чтобы края не завертывались во время затягивания шва и не подвергались некрозу. Ассистент, держащий длинный конец непрерывного шва, должен все время натягивать его. Непрерывный шов завязывается в нижнем углу раны и коротко срезается.

Примечание 2. При разрезе по Пфаненштилю апоневроз зашивается непрерывным кэтгутовым швом.

**Примечание 3.** Не следует при зашивании фасции при разрезе по Пфаненштилю подхватывать края прямой мышцы; это ведет только к их ранению и образованию гематомы.

**Примечание 4.** В случае обильного развития подкожного жирового слоя и ненадежности кэтгута следует, во избежание образования гематом при продольном разрезе, до наложения непрерывного шва на апоневроз, провести 4—6 шелковых страхующих швов через апоневроз, подкожную клетчатку и кожу. Швы эти берутся на зажим и завязываются после наложения серфин над валиком из марли. Вкол и выкол страхующих швов делаются со стороны апоневроза через клетчатку в кожу наружу с одной стороны. То же делается и с другой стороны. Страхующие швы подаются сестрой вдетыми в две иголки с обоих концов. Целесообразно накладывать на жировую клетчатку над зашитым апоневрозом и близко к нему еще один непрерывный шов из тонкого кэтгута.

**Примечание 5.** При поперечном разрезе клетчатка зашивается узловыми кэтгутовыми швами.

**Ж.** Ассистент, захватывая края раны хирургическими пинцетами, сближает их друг с другом, несколько их приподнимая.

**З.** Оператор накладывает серфины, держа пинцет с захваченной серфиной перпендикулярно к коже (рис. 52).

**Примечание.** Если наложены страхующие шелковые швы, то они завязываются после наложения серфин и наложения на них марлевого валика, вытянутого в длину.

**И.** Рана закрывается стерильной марлевой салфеткой, поверх повязки накладываются длинные полоски липкого пластыря, охватывающие поперек все туловище до краев таза.

**К.** Серфины снимаются на 6-й день.

**Л.** Страхующие швы снимаются на 10—11-й день.

### **Подвешивание матки за круглые связки по способу „Джиллям—Кипарский“**

#### **Ligamento-ventrosuspensio uteri modo Guilliam—Кипарский**

Дезинфекция, вскрытие брюшной полости по средней линии, введение брюшного зеркала („угловик“) — по способу, описанному выше.

#### **Техника операции**

1. Матка захватывается лигатурой-держалкой и передается ассистенту.

**Примечание.** Техника проведения провизорного шва-держалки (см. стр. 122).

2. Круглая связка захватывается со стороны вскрытой брюшной полости кохером а расстоянии 3—4 см от угла матки.

3. Дистальная часть образовавшейся петли круглой связки на расстоянии 3—4 см от первого наложенного кохера пришивается двумя-тремя



шелковыми лигатурами к передней поверхности матки, несколько ниже отхождения круглой связки от матки (рис. 53).

4. То же продельвается и на другой стороне.

Примечание 1. Указанный момент предложен профессором Кипарским в 1922 году, как модификация операции Джилляма (Guilliam) с целью усиления действия тонкой круглой связки и уменьшения процента рецидивов.

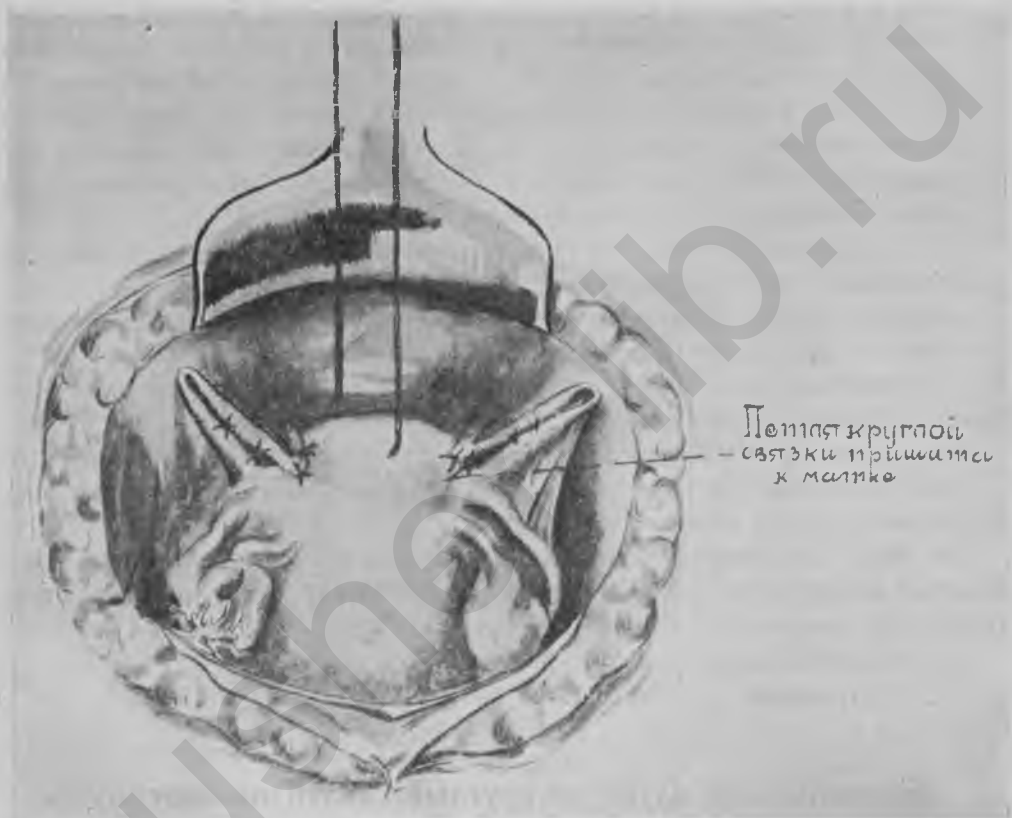


Рис. 53. Подвешивание матки по Джилляму — Кипарскому. Момент 4. Прим. 2.

Примечание 2. Мысленно делят круглую связку на три равные части: кохером захватывается круглая связка на границе первой и средней части круглой связки; дистальный конец образовавшейся петли пришивается к матке 2-мя швами (рис. 53); таким образом матка подвешена к брюшной стенке на утроенных круглых связках с обеих сторон.

Примечание 3. При пришивании дистального конца петли круглой связки слева (сторона оператора) нужно вкол и выкол делать сначала через серозу и мышцу матки, потом через середину толщи круглой связки. Справа (сторона ассистента) вкол и выкол делаются сначала через середину толщи круглой связки. Весьма важно, во избежание омертвения и прорезывания, не проводить лигатуру под круглую связку, а сквозь середину ее толщи.

5. Зеркало „угловик“ удаляется. Зажимы Кохера, наложенные на круглые связки (момент 2), не снимаются.

6. Зажимом Кохера захватывается край разреза кожи посредине нижней трети раны и отворачивается латерально, чем обнажается клетчатка и апоневроз. Указанный кохер передается ассистенту.

7. Тупым путем (мы это делаем закрытыми куперовскими ножницами) отсепаровывается жировая клетчатка от апоневроза, до латерального края *m. recti*.

8. Далее захватываются двумя зажимами Кохера на том же уровне, что и кожа, края париетальной брюшины и апоневроза (рис. 54b). Оба

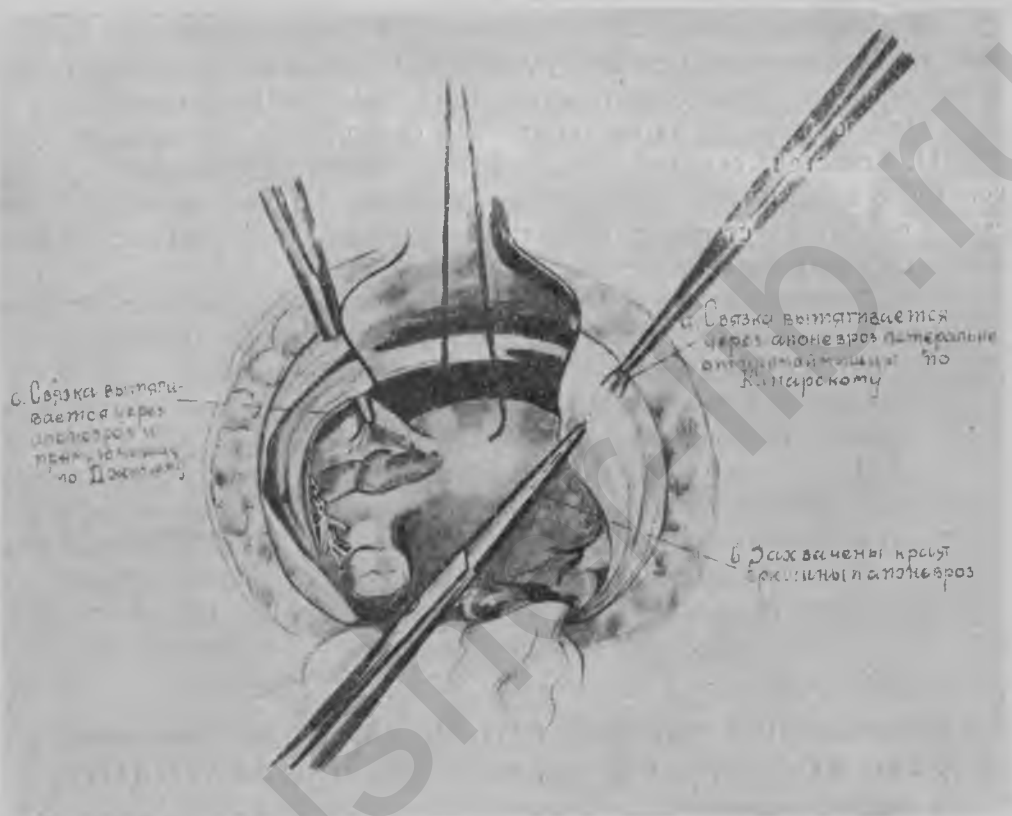


Рис. 54. Подвешивание матки по Джильюму и по Джильюму — Кипарскому.

зажима Кохера, сложенные вместе, оттягиваются в медиальную сторону правой рукой оператора таким образом, чтобы кончики указательного пальца со стороны париетальной брюшины и большого пальца со стороны апоневроза прощупывали латеральный край нижней трети прямой мышцы живота.

9. Свободный от жировой клетчатки апоневроз и брюшина протыкаются на  $1\frac{1}{2}$ —2 см выше симфиза снаружи внутрь и снизу вверх (но не наоборот, чтобы не поранить пузыря) остроконечными кохерами сбоку от наружного края прямой мышцы (это место прощупывается двумя пальцами, как это объяснено в моменте 8). (Рис. 54).

Примечание 1. Наблюдения нашей клиники показали, что при прокалывании брюшка прямой мышцы в послеоперационном периоде, при сокращении последней, наблюдаются боли от натяжения. Это обстоятельство заставило проф. Кипарского внести модификацию

в операцию Джилльяма, предложив не прокалывать брюшка прямой мышцы, а только апоневроз и брюшину латерально от ее края.

**Примечание 2.** При прокалывании апоневроза и брюшины кохером следует приподнять 2-мя пальцами (которыми прощупывается латеральный край прямой мышцы) вверх соответствующую половину брюшной стенки, чтобы глазом убедиться, хорошо ли насквозь прошел кончик кохера, так как часто париетальная брюшина от натяжения сильно истончается и петля круглой связки захватывается вместе с ней, что мешает ее выведению.

10. Оператор раскрывает остроконечный кохер и захватывает подвешенную к его кончику петлю круглой связки несколько снаружи от наложенного на нее первого зажима (см. мом. 2, рис. 54b), или за лигатуру, проведенную заранее под петлю круглой связки.

11. Ассистент снимает первый зажим, а оператор при помощи остроконечного кохера качательными движениями протягивает петлю круглой связки через искусственное отверстие на апоневроз (рис. 54a), где она пришивается тремя тонкими шелковыми швами.

**Примечание 1.** При протягивании оператором петли круглой связки, ассистент должен оттягиванием лигатуры-держалки в ту же сторону приблизить матку к париетальной брюшине.

**Примечание 2.** Можно захватить петлю круглой связки за лигатуру, которая проводится предварительно под круглую связку.

**Примечание 3.** Приторачивание петли круглой связки к апоневрозу делается таким образом, что вкол и выкол делаются в апоневроз сбоку, сверху вниз от колена петли. Далее делаются вкол и выкол через середину толщи круглой связки и швы завязываются. Так же приторачивается и второе колено петли с другой стороны. Последним накладывается шов на апоневроз и вершину петли, и зажим снимается.

### Подвешивание матки за круглые связки по Джилльяму.

#### **Ligamento-ventrosuspensio uteri modo Guilliam**

Техника операции по способу Guilliam такая же, как по способу Джилльям — Кипарского (Guilliam — Kiparsky), только со следующей разницей:

1. По Джилльям (Guilliam) — дистальное колено захваченной круглой связки не пришивается к матке (рис. 54a), т. е. матка подвешивается к брюшной стенке и висит только на укороченной проксимальной части круглой связки с обеих сторон. Таким образом связка не утраивается, как по способу Кипарского, по которому все три части круглой связки с обеих сторон имеют три точки прикрепления к телу матки.

2. По Джилльяму апоневроз и брюшина протыкаются вместе с брюшном мышце живота (рис. 54a).

#### **Общие замечания**

1. Большею частью в нашей клинике применяется операция Джилльяма — Кипарского.

2. В тех случаях, когда круглые связки коротки и массивны, мы применяем способ Джилльяма, не протыкая, однако, мышцы.

3. Подвешивание матки мы применяем при фиксированных ретродевиациях матки попутно с другими операциями на придатках или профилактически, напр. при внематочной беременности и др., или как вспомогательную операцию, когда восстанавливается тазовое дно при опущениях и проляпсах матки.

### Укорочение круглых связок по Дартиг-Вебстеру (Dartigue-Webster)

#### Техника операции

1. Взять матку на лигатуру-держалку.
2. Захватить круглую связку на расстоянии 3 см от ребра матки зажимом Кохера.
3. Оператор левой рукой приподнимает кверху трубу и яичник и обнажив этим задний листок широкой связки, остроконечным зажимом

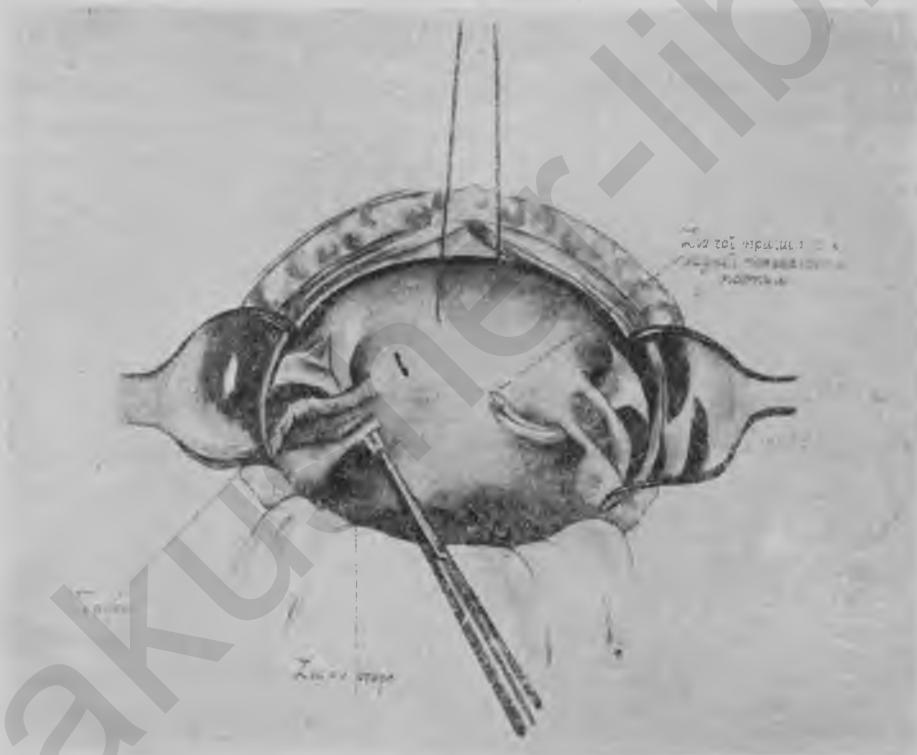


Рис. 55. Укорочение круглых связок по Дартиг-Вебстеру.

Кохера прокалывает ее насквозь под яичниковой связкой на 1 см от ребра матки (рис. 55).

4. Оператор, раскрыв остроконечный зажим Кохера, захватывает за вершину петли круглой связки несколько кнаружи от наложенного на нее первого зажима.

5. Ассистент снимает первый зажим, оператор при помощи второго остроконечного зажима притягивает через образовавшееся отверстие петлю круглой связки и, поместив ее на задней поверхности матки поперек,

фиксирует вершину петли двумя узловыми шелковыми швами к середине задней стенки матки (рис. 55).

6. То же делается с другой стороны.

7. Обе вершины петель круглых связок соединяются между собой узловыми шелковыми швами и оба колена фиксируются несколькими швами к задней поверхности матки.

**Примечание.** В нашей клинике способ Дартиг-Вебстера применяется редко, но охотно в тех случаях, где этим способом можно покрыть одновременно обнаженную от брюшины часть задней стенки матки.

### Укорочение круглых связок по способу Менге (Menge)

Если нужно привести матку, после удаления придатков, в положение anteversio-flexio при наличии дефекта серозы на передней поверхности матки после разъединения сращений, — то иногда целесообразно применить способ укорочения круглых связок по Менге (Menge).

#### Техника операции

1. Захватить матку на лигатуру — держалку.
2. Круглая связка на расстоянии 2 — 4 см от угла матки захватывается зажимом Кохера.

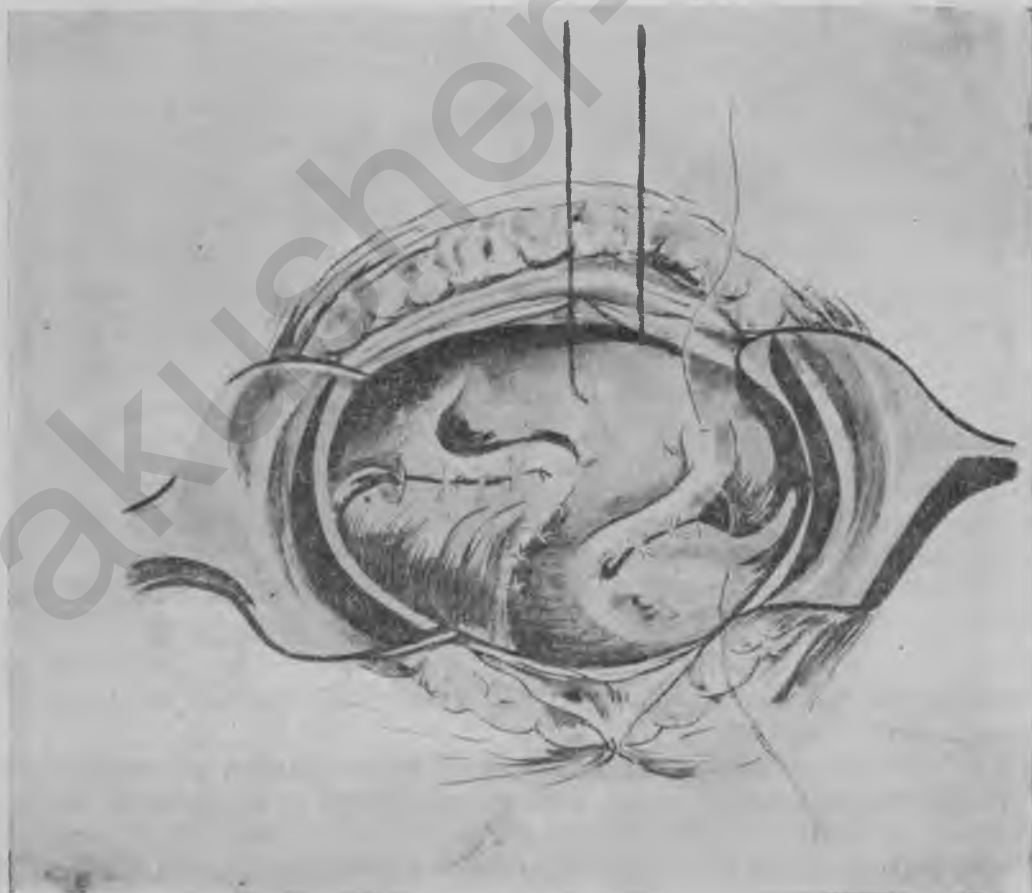


Рис. 56. Укорочение круглых связок по Менге. Моменты 3 и 5.

3. Оба колена образовавшейся петли круглой связки соединяются 4—5 узловыми шелковыми швами (рис. 56).

4. Сшитые колена петли круглой связки помещаются на передней поверхности матки на 1 см ниже дна матки в поперечном направлении и фиксируются 2—3 узловыми шелковыми швами.

*Примечание.* Вершина петли, притороченной к передней поверхности матки, обычно достигает ее середины.

5. Складку переднего листка широкой связки (брыжейку круглой связки) приторачивают 4—5 узловыми шелковыми швами в продольном направлении к передней поверхности матки (рис. 56).

6. То же делается на другой стороне.

7. Обе вершины петель круглых связок соединяются между собой 1—2 узловыми шелковыми швами.

### Видоизменение операции Менге (Menge) проф. Козинским

#### Общие замечания

Если дефект серозного покрова распространяется на углы матки, на ее заднюю поверхность, как это бывает при разъединении плоскостных многочисленных сращений, напр. при старой внематочной беременности и др., то наша клиника прибегает к видоизмененному способу Менге, предложенному профессором Козинским.

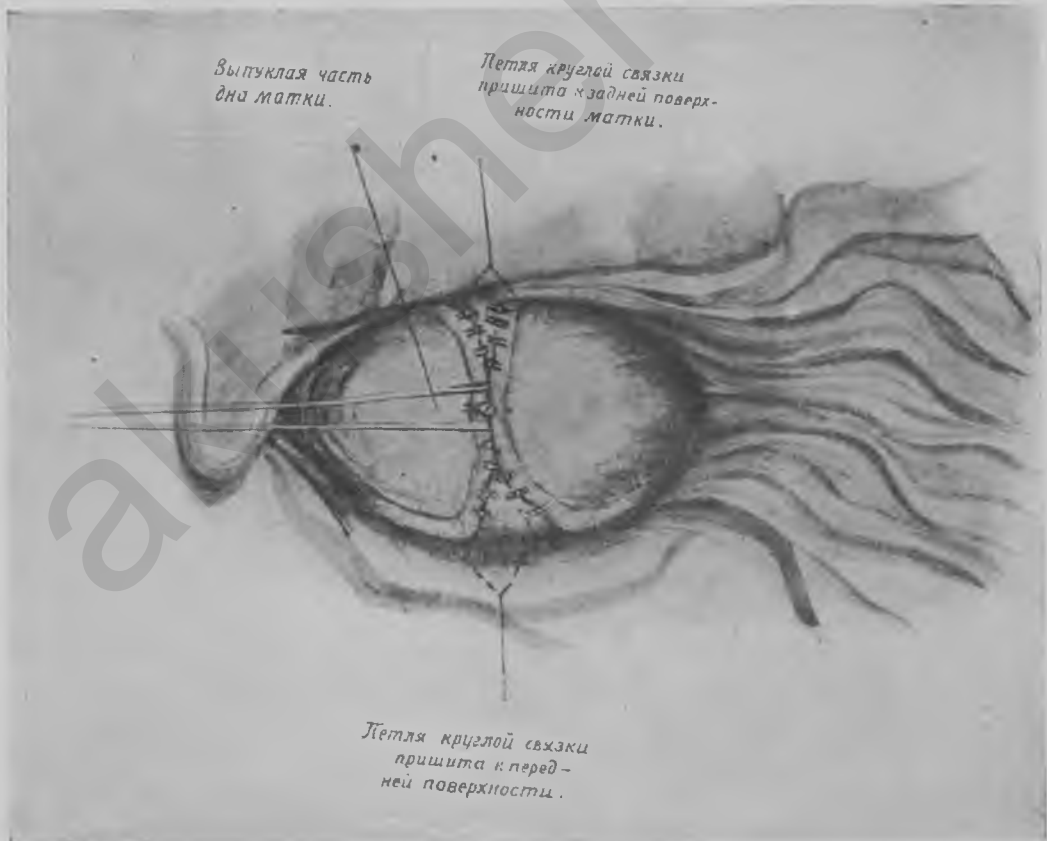


Рис. 57. Фиксация матки по Менге—Козинскому. Моменты 4 до 7.

**Техника операции Менге — Козинский**

1. Захватывается круглая связка, как при способе Менге.
2. Вершина образовавшейся петли фиксируется одним узловым шелковым швом по середине выпуклой части дна матки.
3. Дистальное колено петли круглой связки фиксируется 3 — 4 швами в продольном направлении на задней поверхности матки.

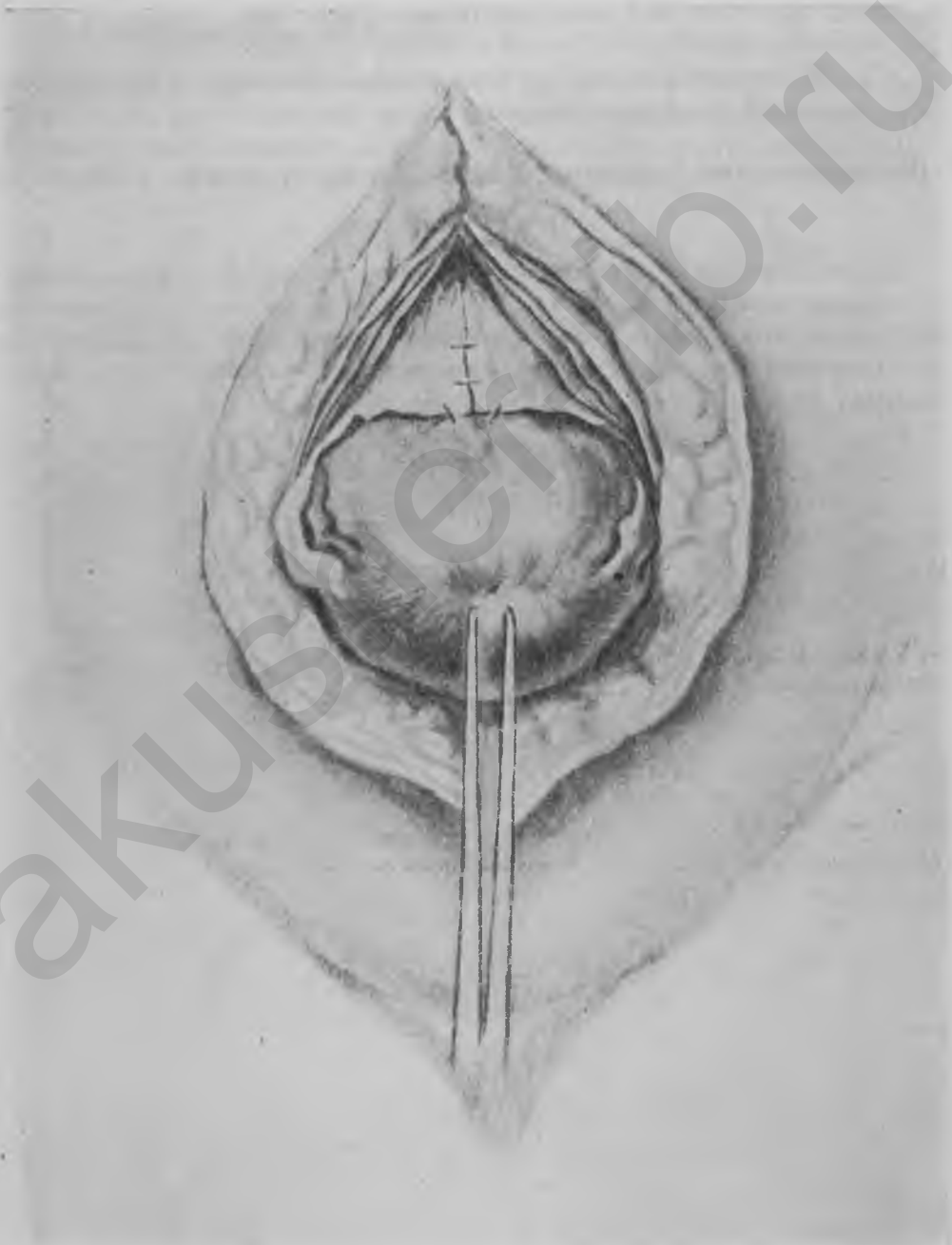


Рис. 58. Вентрофиксация по Кохеру. Момент 1.

4. Проксимальное колено петли круглой связки фиксируется 3—4 узловыми шелковыми швами на передней поверхности матки.

Примечание. Рог матки покрывается складкой переднего листка широкой связки, как бы чепчиком.

5. То же делается с другой стороны.

Примечание. При этом способе передняя и задняя поверхности рога матки большею частью бывают перитонизированы складками переднего листка широкой связки (брыжейка круглых связок). (Рис. 57).

### Еxоhysterорехiа по Кохеру.

Операцию *ventrofixatio* по Кохеру следует применять только в климактерическом возрасте.

Не следует применять ее у менструирующих женщин. Последние после операции делаются профузными.

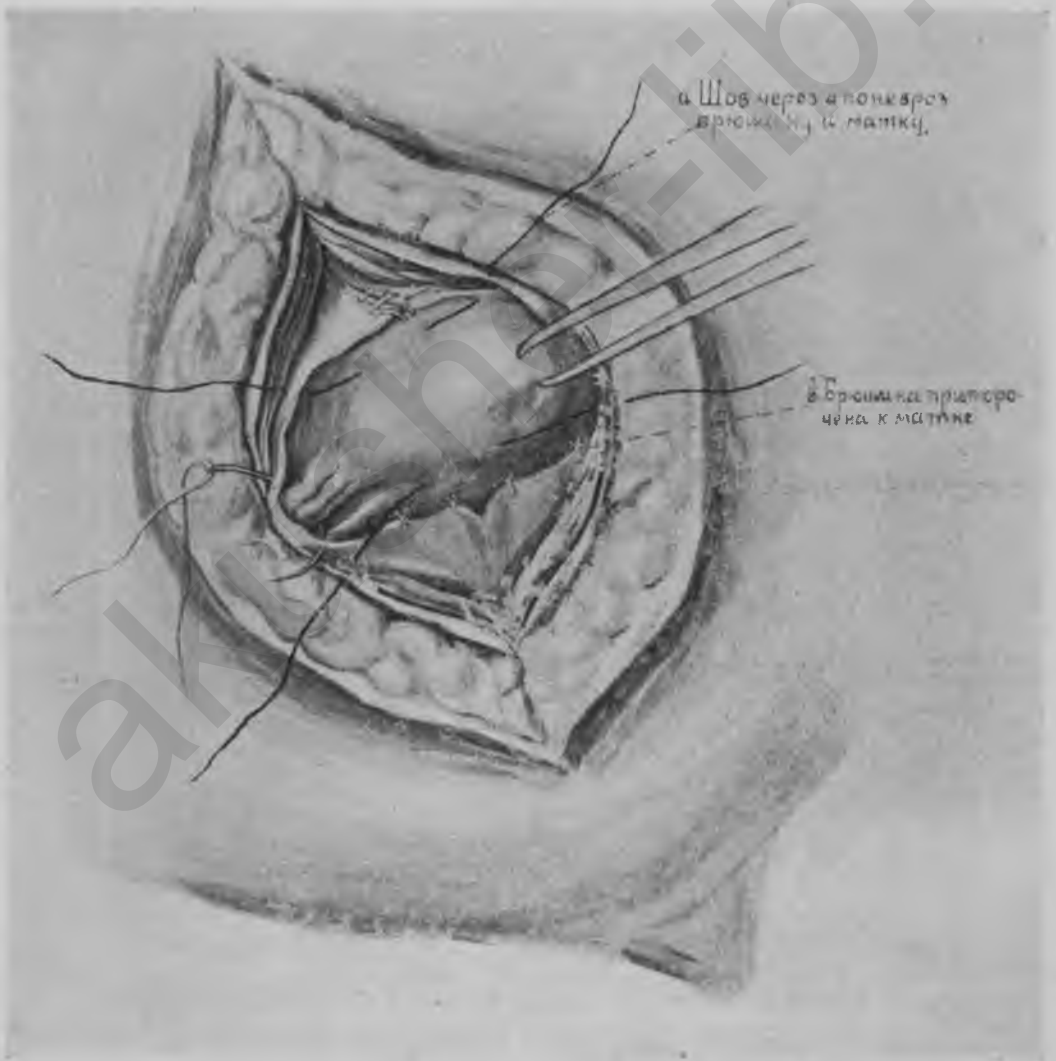


Рис. 59. Вентрофиксация по Кохеру. Моменты 2 и 3.



Точно так же не следует применять операции Кохера (Kocher) в старческом возрасте, когда матка атрофирована, брюшная стенка истончена и растянута, так как скоро наступает рецидив пролапса.

#### Техника операции

1) Матка захватывается пулевыми щипцами и выводится в брюшную рану (рис. 58). Техника и место наложения шва — держалки см. стр. 122-



Рис. 60. Операция Александра - Адамса. Момент 2.

2) Накладываются два шелковых шва следующим образом:  
 а) вкол (справа) через край апоневроза, брюшины и переднюю поверхность матки и выкол (слева) через брюшину, апоневроз с другой стороны;

б) вкол (справа) через апоневроз, брюшину и заднюю поверхность тела матки и выкол через брюшину, апоневроз с другой стороны (слева). Швы еще не завязываются, но берутся на кохер (рис. 59).

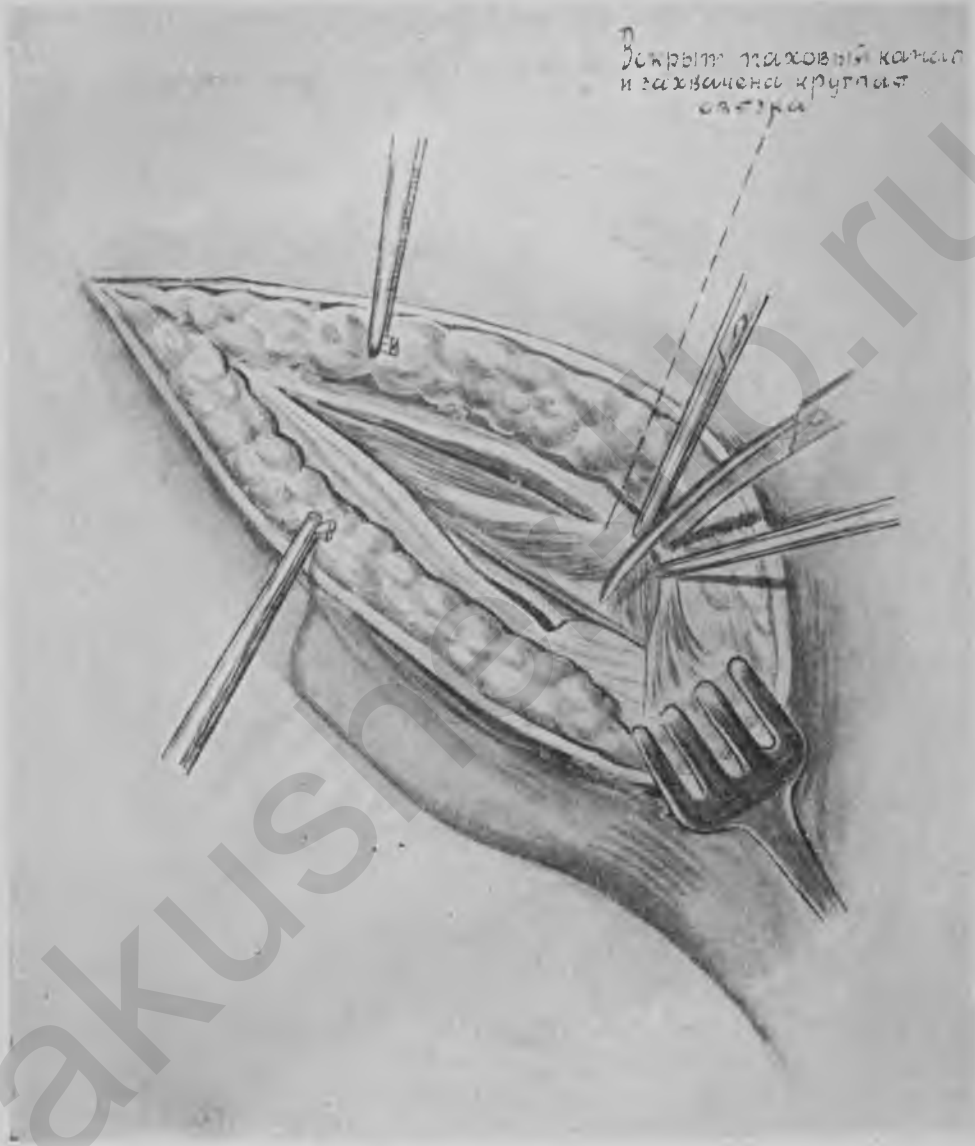


Рис. 61. Операция Александра-Адамса. Момент 3.

3) Parietalная брюшина пришивается вокруг матки в верхней трети узловыми швами. Этим закрывается брюшная полость (рис. 59).

4) Непрерывным кэтгутовым швом зашивается апоневроз.

5) Завязываются два наложенных шелковых шва (момент 2).

6) На кожу накладываются серфины.

### Операция Александра-Адамса (Alexander-Adams)

Операция Alexander-Adams'a, как исправляющая положение матки, имеет ограниченное применение.

Она может применяться только в случаях подвижной retroversio-flexio. При наличии сращения вокруг придатков и между стенкой матки и

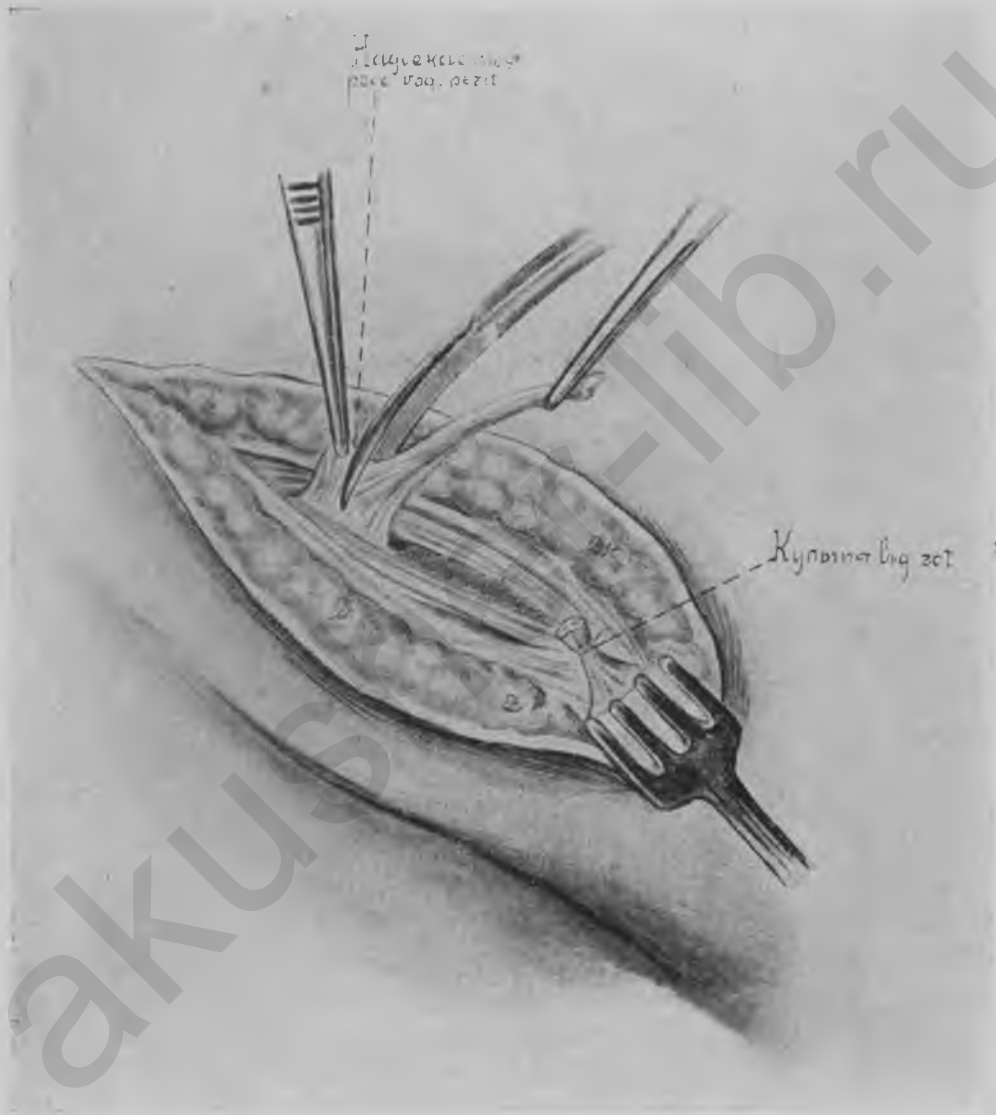


Рис. 62. Операция Александра-Адамса. Момент 4.

брюшиной заднего дугласа она абсолютно противопоказана. Так как не всегда при подвижной retroversio-flexio можно быть уверенным, что нет сращений, то при показаниях к исправлению положения матки следует отдать предпочтение вышеописанной операции Джиллям или Джиллям — Кипарский.

## Техника операции

1) Делается разрез кожи и подкожной клетчатки по типу операции паховых грыж от *tuberculum pubicum* на один палец выше пупартовой связки и параллельно ей по направлению кверху к *Spina iliaca ant.* Длина разреза колеблется от 5—7 см.

2) Отодвиганием жировой клетчатки обнажается апоневроз наружной косой мышцы живота (рис. 60).



Рис. 63. Операция Александра-Адамса. Момент 5.

3) Вскрывается паховой канал, и после захватывания латерального (не медиального) края разреза апоневроза становится видной *lig. rotundum*, которая захватывается кохером (рис. 61).

Примечание. Здесь у *lig. rot.* лежит *nerv. sper. externus*.

Не следует его случайно перевязать.

4) *Lig. rotund.* вытягивается до тех пор (на 4—6 и более см), пока не будет видна выпячивающаяся брюшина (*proces. vag. peritonei*), которая отодвигается тупо или подсекается ножницами (рис. 62).

Примечание. Некоторые рекомендуют вскрыть брюшину в этом месте и пальцем обследовать заднюю поверхность матки (сращения) и состояние придатков, а также для проверки положения редрессированной матки.

- 5) Lig. rot. подрезается, и ее культя пришивается несколькими швами к краям апоневроза (рис. 63). Тщательный гемостаз.
- 6) Узловыми шелковыми швами соединяются края разреза апоневроза.
- 7) На кожу накладываются серфины.

### Клиновидная ампутация влагалищной части маточной шейки по К. Шредеру

В связи с появлением операции ампутации влагалищной части шейки матки по Штурмдорфу, в настоящее время ограничена сфера применения клиновидной шредеровской ампутации.

В целом ряде случаев заболеваний влагалищной части шейки матки (элонгированная коническая шейка матки, бесплодие при проходимых трубах, гипертрофия и метрит шейки у молодых женщин и др.) рекомендуется шредеровская ампутация.

Существует мнение отдельных авторов, что шредеровская ампутация не достигает цели, и что после операции получается деформированная шейка.

Большой материал нашей клиники позволяет нам утверждать, что правильно проведенная нижеописанная нами техника ампутации в подавляющем большинстве случаев дает хорошие результаты.

Дезинфекция (см. Выскабливание слизистой оболочки матки).

#### Моменты операции

1. Обнажить влагалищную часть шейки матки зеркалами Симона: задним желобоватым и передним плоским (подъемным).

Примечание 1. Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки производится при участии двух ассистентов: „1-го“, помещающегося справа от больной, и „2-го“, слева от больной. Правый ассистент обычно держит заднее зеркало.

Примечание 2. Для лучшего обнажения шейки матки следует опустить рукоятку подъемника (переднего зеркала) несколько книзу, а „носик“ поднять кверху (рис. 9).

2. На переднюю и заднюю губы в центральной части области наружного зева накладываются по две пары пулевых щипцов; зубцы должны захватить ткань шейки массивно, чтобы они не срывались (рис. 64).

Примечание 1. Переднюю губу пулевые щипцы не должны захватывать высоко, чтобы не ранить пузыря и чтобы при вырезывании клина нож не наткнулся на металл щипцов.

3. Область наружного зева энергично вытирается сухим тупфером с целью механической очистки.

4. Цервикальный канал последовательно вытирается тремя плейферами: одним сухим и двумя смоченными спиртом.

5. Удаляется переднее зеркало. Заднее ложкообразное зеркало заменяется зеркалом Фритча (Fritsch).

6. В боковые своды вставляются два боковых зеркала (боковики). (Рис. 65).

Примечание 1. Боковые зеркала дают большой доступ к операционному полю, а при поперечном рассечении шейки матки они устраняют возможность поранения боковой стенки влагалища.

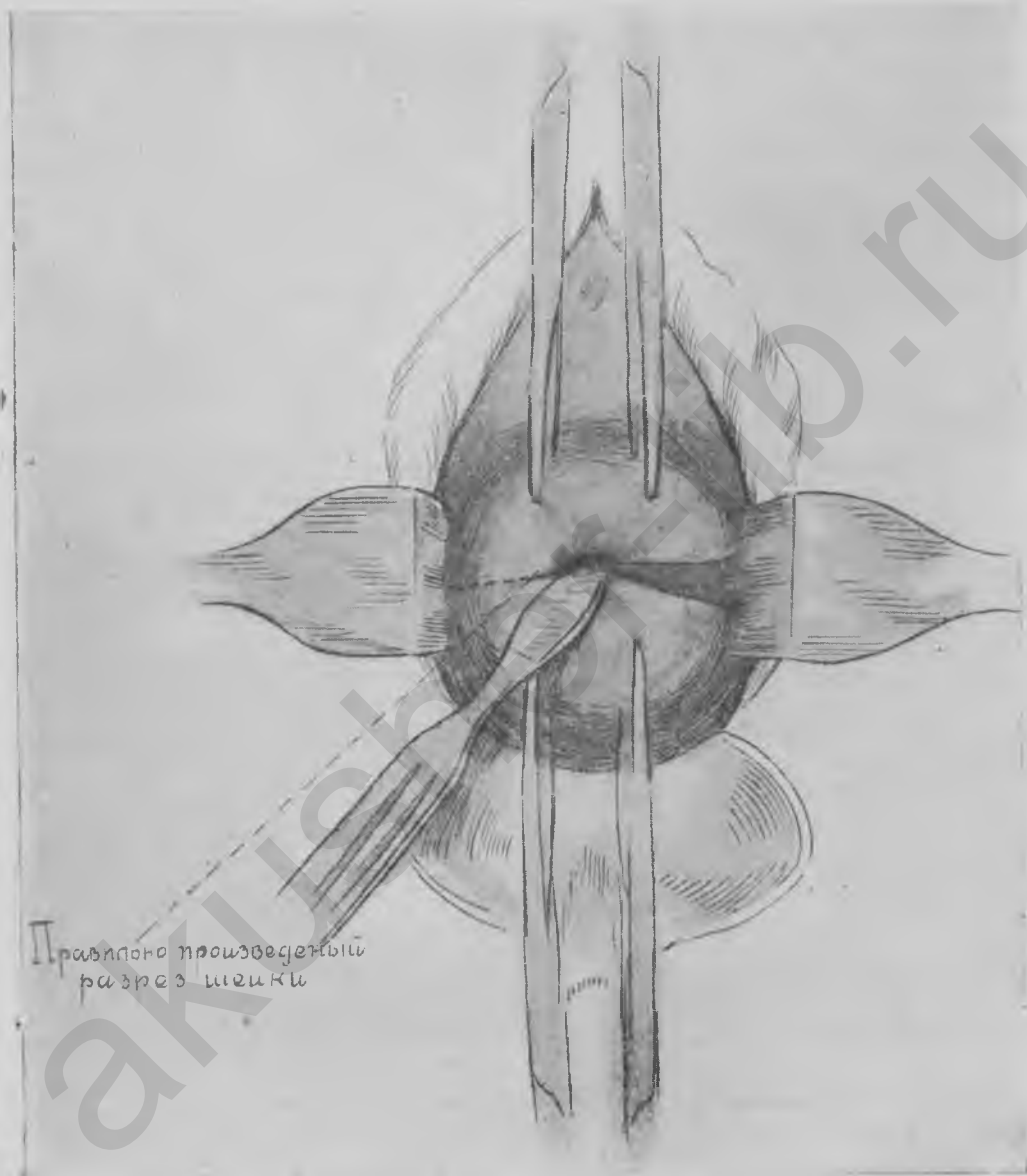


Рис. 64. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки. Моменты 2 и 8.

Примечание 2. 1-й ассистент держит правой рукой заднее зеркало (не давить сильно во избежание надрывов промежности), а левой рукой — боковое зеркало. 2-й ассистент левой рукой держит боковое зеркало, а правой держит пулевые щипцы, наложенные на переднюю губу шейки матки. Или же ассистенты меняются ролями, когда этого требует ход операции, как видно на снимке 2.

Примечание 3. Боковые зеркала оттягивают боковые части влагалищного входа в стороны, для чего вставляются не глубоко, чтобы, во-первых, не мешали подтягивать шейку, во-вторых—давали простор для оперирования.



Рис. 65. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки. Момент 8.

7. Зондом измеряется длина полости и намечается часть шейки матки, подлежащая удалению.

8. Пулевые щипцы передней губы передаются 2-му ассистенту, а оператор, держа левой рукой пулевые щипцы задней губы, скальпелем рассекает поперек шейку матки. Разрез матки ведут из цервикального канала в обе стороны кнаружи по направлению к боковым сводам в глубину. Глубина разреза соответствует размеру части, подлежащей удалению. Этим разрезом шейка разделяется на две части: на переднюю и заднюю губу (рис. 64, 65 и 66).

9. Боковики удаляются.

Примечание 1. Если шейка плохо подтягивается, то боковики удаляются только после 10-го момента.

Примечание 2. Клин вырезается раньше на задней губе, чтобы кровь не набегала из передней.

10. Оператор, держа левой рукой пулевые щипцы задней губы и подведя под эту губу со стороны заднего свода указательный или средний палец этой же руки, правой рукой иссекает клин.

Примечание. Разрез ведется со стороны слизистой цервикального канала от угла бокового разреза или немного ниже его, выпуклостью по направлению к оператору. Нож нужно держать под углом



Снимок 1. Расположение оператора и ассистентов и обстановка при влажных операциях.

в  $45^\circ$  к поверхности шейки (рис. 67). Когда разрез проведен вглубь до  $\frac{1}{2}$  толщи стенки шейки, пулевые щипцы поднимают вперед и, приставив нож к наружной поверхности задней губы под углом  $45^\circ$ , ведут разрез в направлении от оператора навстречу первому разрезу до иссечения клина (рис. 68).

11. Ассистент держит пулевые щипцы передней губы, а оператор тремя лигатурами обкалывает ложе средней части образовавшегося дефекта задней губы для формирования задней окружности наружного зева (рис. 69).

Примечание 1. Первый шов проводится по средней линии со вколom со стороны слизистой цервикального канала и выколom через слизистую заднего свода. Шов берется на зажим, но еще не завязывается.

Примечание 2. Пользуясь 1-м, еще не завязанным швом, как держалкой, накладывают по бокам близко от него два шва. Проводятся эти два шва несколько радиарно со вколom со стороны слизистой цервикального канала и выколom через слизистую заднего свода.



Примечание 3. В обеспечение надежного гемостаза рекомендуется наложить швы через все ложе, чтобы часть нитки, проходящая через ткани, нигде не была видна.

12. Оператор берет центральный шов (лигатуру), а боковые швы передаются по одному каждому из ассистентов.



Рис. 66. Момент 8.

13. Оператор завязывает центральный шов.

Примечание. В целях лучшего прилаживания краев раны, ассистент хирургическим пинцетом приближает края слизистой заднего свода к краям слизистой цервикального канала. Ассистент должен производить свои манипуляции не над руками оператора, а под ними, чтобы не мешать ему завязывать швы.

14. Поочередно завязывают два боковых шва.



Снимок 2. Расположение оператора и ассистентов при влагалищных операциях.

Примечание. В целях достижения лучшей пластичности, боковые швы следует завязывать ближе к центральному (в области наружного зева).



Рис. 67. Клиновидная ампутация шейки матки. Момент 10. Прим.

15. Все завязанные швы берутся на зажим и передаются ассистенту (рис. 70).

16. Покончив с задней губой, иссекают и обшивают переднюю губу.

17. Катетером проверяется положение мочевого пузыря.



Рис. 68. Клиновидная ампутация шейки матки. Момент 10.  
Примечание.



Рис. 69. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки.  
Момент 11.

18. Оператор держит пулевые щипцы левой рукой так, чтобы кончики указательного и среднего пальцев прикладывались к слизистой передней



Рис. 70. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки. Момент 18.

стенки цервикального канала, фиксируя этим губу. Установив скальпель со стороны переднего свода под углом  $45^\circ$  к поверхности шейки матки, ведут разрез от угла бокового разреза дугообразно, выпуклостью к оператору (рис. 70). Когда скальпель прошел достаточно в толщу губы, в разрез переводят кончики среднего и указательного пальцев левой руки

и, приподняв пулевые щипцы кверху, держат скальпель под углом в  $45^\circ$  к поверхности слизистой передней стенки цервикального канала. Разрез ведется навстречу первому разрезу до иссечения клина (рис. 71).

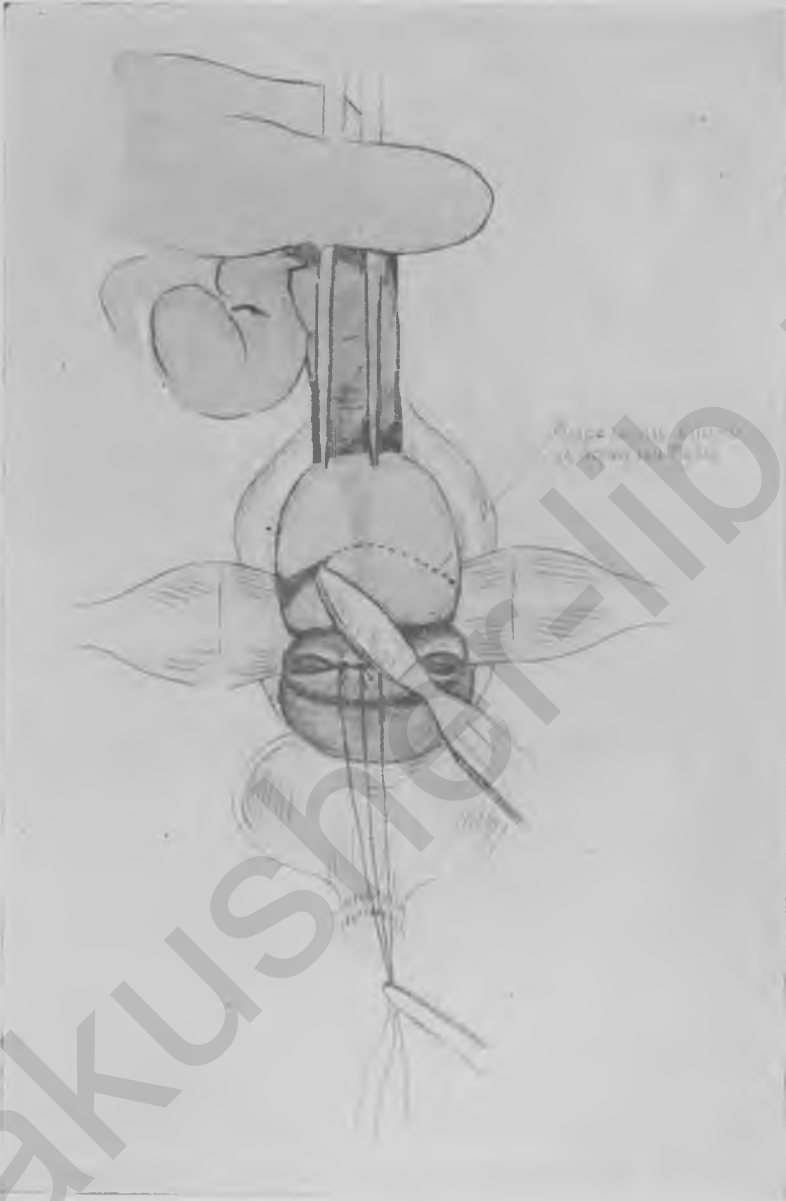


Рис. 71. Момент 18. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки.

19. Ложе образовавшегося дефекта в средней части обкалывается тремя лигатурами.

Примечание 1. Держалкой служат три шва, наложенных на заднюю губу, которыми ассистент подтягивает шейку.

Примечание 2. Первый шов проводят по середине линии дефекта со вколom со стороны края слизистой переднего свода и с выколom через цервикальный канал, причем подхватывается все ложе.

Примечание 3. Захватив за центрально наложенный шов, оператор накладывает по бокам близко от него по одному шву, радиарно снаружи внутрь в цервикальный канал к месту выкола первого шва (рис. 72).

Примечание 4. Каждый из ассистентов держит по одному из боковых швов, а оператор завязывает раньше центральный шов,

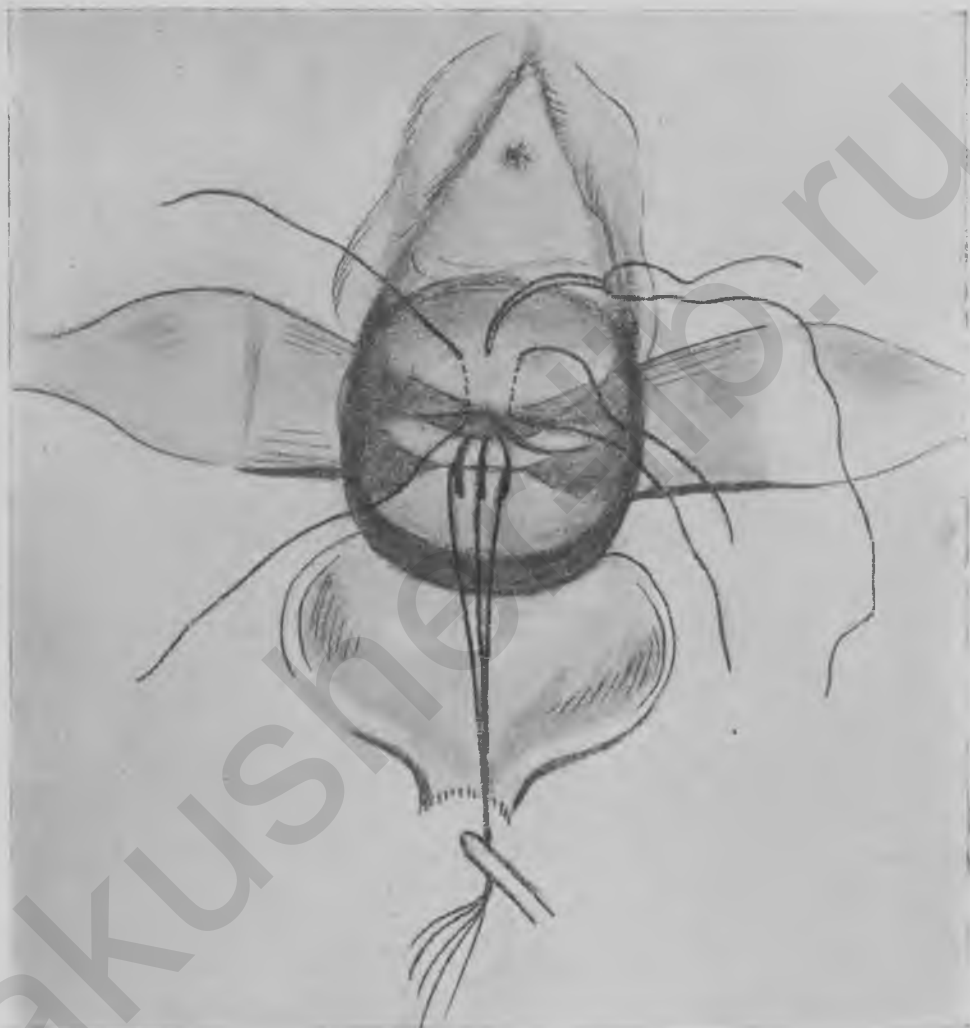


Рис. 72. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки. Момент 19.

а потом поочередно оба боковые шва. Во время завязывания ассистент хирургическим пинцетом схватывает край слизистой переднего свода и приближает его к краю цервикального канала. Ассистент захватывает край пинцетом не над руками оператора, а под ними.

20. Швы берутся на зажим (рис. 73).

21. Зашивание боковых отделов шейки матки.

22. В один из боковых сводов влагалища вставляется боковое зеркало и передается соответствующему ассистенту.

23. Проводится „елочкой“ так называемый основной шов следующим образом:



Вкалывают иглу со стороны слизистой переднего свода влагалища, недалеко от наложенного бокового шва и пройдя через толщу передней губы, выкалывают у края слизистой цервикального канала.

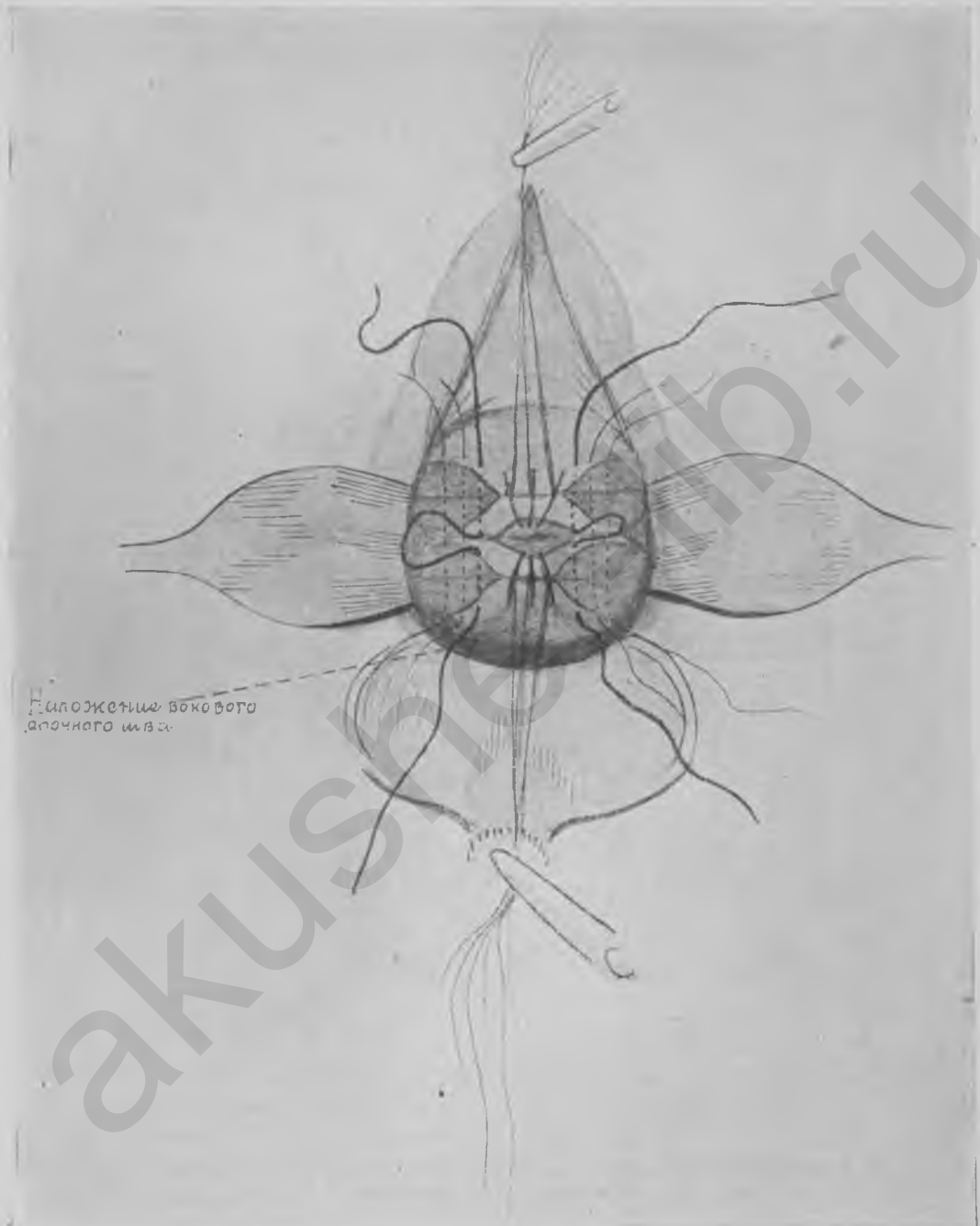


Рис. 73. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки. Момент 20.

Этим же швом вкалывают у края слизистой цервикального канала задней губы и, пройдя всю ее толщу, выкалывают через слизистую заднего свода. Шов еще не завязывается (рис. 73).

24. На рассеченные боковые отделы шейки накладываются еще 2—3 шва, смотря по надобности (рис. 73).

Примечание. Все эти швы проводятся через всю толщу боковой части шейки, причем вкалывают в края слизистой переднего свода



Рис. 74. Клиновидная шредеровская ампутация шейки матки.  
Моменты 24 и 25. Примечание.

влагалища и, тщательно подхватив по пути все ложе (гемостаз), выкалывают через край слизистой заднего свода влагалища.

25. Только после наложения всех швов, они все поочередно завязываются, начиная с основного шва (т. е. у комиссуры наружного зева).

Примечание. Для симметричного сближения краев раны до завязывания целесообразно перекрестить швы, наложенные на пе-

реднюю и заднюю губы (зев) шейки. Это выполняется одним из ассистентов (рис. 74).

26. Удаляется боковик, который вводится в другой боковой свод влагалища. Накладывание и завязывание швов на боковом разрезе шейки другой стороны производится точно так же, как на первом (рис. 73).

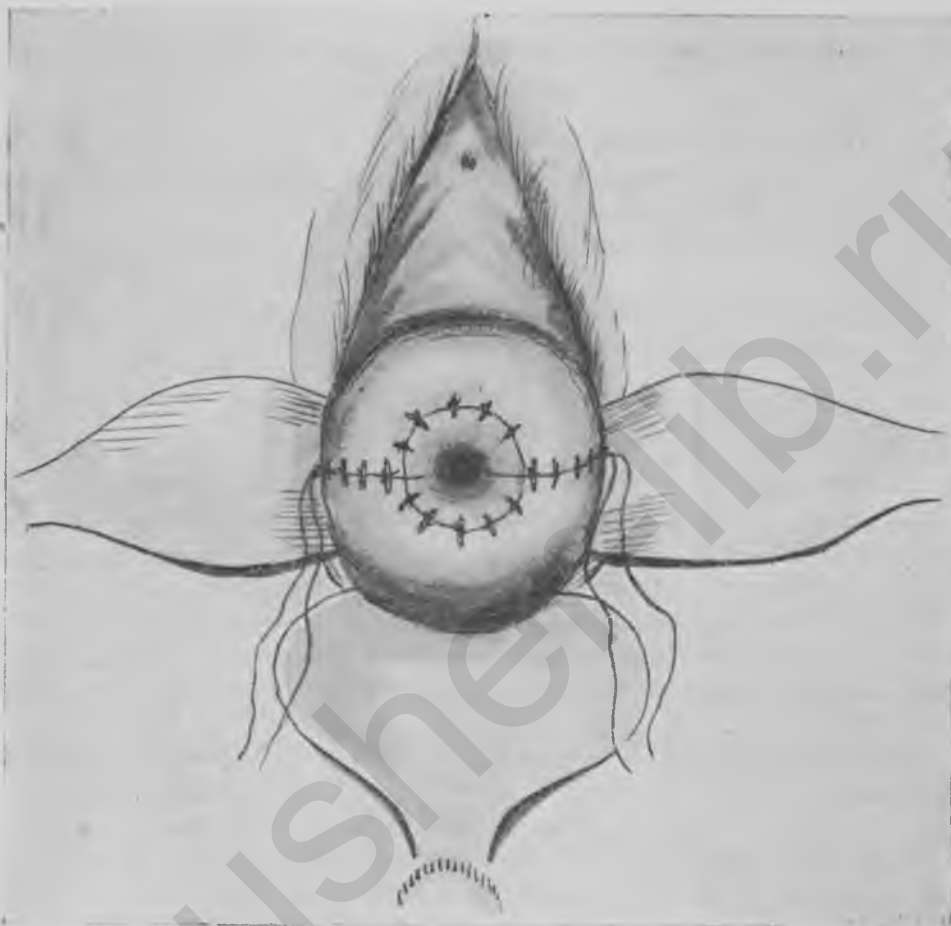


Рис. 75. Шредеровская клиновидная ампутация шейки матки. Момент 29.

27. Если у вновь сформированного наружного зева имеются участки с не совсем хорошо приложенными краями раны, то следует наложить дополнительные поверхностные швы, смотря по надобности.

28. Проверяется зондом цервикальный канал.

29. Все швы срезаются коротко, за исключением двух боковых, которые остаются длинными (рис. 75). (Держалки при снятии швов).

30. Во влагалище вводится тампон на 24 часа.

#### Замечания

1. Шить шейку нужно крутой массивной трехгранной иглой.
2. Более пластично и более надежно в отношении послеоперационных кровотечений — шить шейку шелком.

3. Если ампутация шейки производится одновременно с задней пластикой, то лучше шить кэтгутом, наложив только два-три страхующих шелковых шва, так как после операции трудно снимать шелковые швы, и часто повреждается зашитая промежность. Поэтому целесообразно снять швы с шейки позднее (напр. на 10—12-й день).

## Восстановление полного разрыва промежности. Coloproctoperineorrhaphia

**А. Подготовка больной к операции.**

За два дня до операции назначается слабительное (Ol. ricini 30,0) и дается только жидкая пища.

**Б. Дезинфекция наружных половых органов и влагалища перед операцией.**

Наружные половые органы и влагалище моют мылом и 3% раствором борной кислоты, но не сулемой; потом спиртом.

### Техника операции

Линия разреза ведется у края дефекта кишки, начиная с верхнего угла до венчика *anus'a* с обеих сторон. Затем захватывается задняя стенка слизистой влагалища зажимами Кохера на уровне половины длины влагалища и проводится линия освежения в обе стороны (как при задней пластике), но значительно ниже (на 1 см) выводного потока Бартолиновой железы. От последнего линия разреза ведется вниз по коже (на границе слизистой влагалища) и соединяется полукругом с концом первого разреза у *anus'a*.

Фигура освежения получает как бы контуры бабочки с (открытыми крыльями (рис. 76).

**Примечание.** После произведенного освежения (отсепаровки лоскута) дальнейший ход операции слагается из двух актов.

1-м актом разрыв III степени превращается в разрыв II степени, т. е. зашивается кишка, и полный разрыв превращается в неполный разрыв промежности.

2-м актом зашивается промежность по типу задней пластики, как при разрыве II степени.

### Моменты I акта

1. Ассистент держит зажим Кохера, наложенный на вершину освеженной поверхности слизистой влагалища, и натягивает его кверху.

2. Оператор накладывает узловый шелковый шов на прэректальную клетчатку (не прокалывая кишки насквозь) несколько выше самой вершины разрыва кишки и сейчас же его завязывает.

3. Ассистент снимает зажим Кохера с вершины слизистой влагалища и захватывает им только-что наложенную лигатуру на вершину разрыва кишки.

4. Далее оператор соединяет края разрыва кишки погружными тонкими узловыми шелковыми швами.

## Техника наложения швов на кишку (рис. 76)

Вкол делается слева направо в прэректальную клетчатку с выколсм у края разрыва, отступя от него на 2—3 мм. Нитка наполовину вытя-

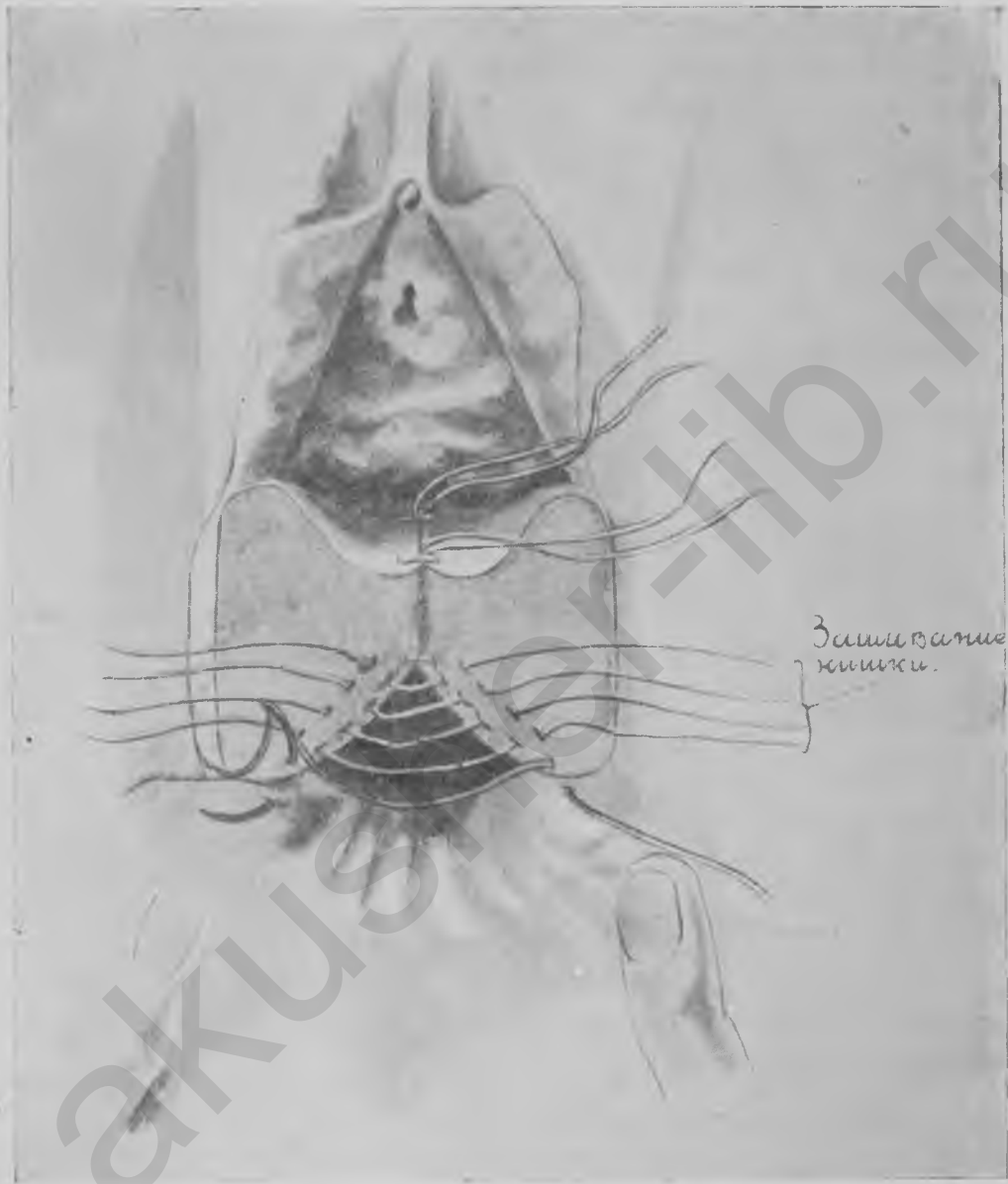


Рис. 76. Восстановление полного разрыва промежности. Момент 4.

гивается, и той же иглой делается вкол у другого края (2—3 мм от него) разрыва кишки справа и выкола 1—1½ см от вкола. Лигатура сейчас же завязывается и передается ассистенту. Таким же образом проводятся следующие швы и каждая лигатура сейчас же завязывается. Последние два шва отдельно захватывают разошедшиеся части сфинктера и накладываются до нижнего края концов освещен-

жения. Последний шов приходится на кожу и накладывается так, что вкол делается со стороны кожи снизу вверх с выколом через сфинктер и отчасти прэректальную клетчатку на 1 см от вкола. Той же иглой делается вкол



Рис. 77. Восстановление полного разрыва промежности. Момент 6.

сверху вниз через сфинктер с выколом через кожу справа с другой стороны и лигатура завязывается. Накладывая шов на кишку таким образом, чтобы не прокалывать слизистой кишки, мы достигаем следующего: а) края разрыва кишки вворачиваются в просвет кишки и б) наложенные швы остаются вне сообщения с просветом кишки и не инфицируются.

Последним швом мы соединяем симметрично края разорванного сфинктера и кожи *anus'a*. Каждый шов в отдельности завязывается по мере его наложения.

**Примечание.** По мере надобности иногда накладывают еще 1—2 ряда швов.

После зашивания кишки разрыв полный превращается в разрыв неполный (рис. 77), который и зашивается по типу задней пластики, техника которой подробно описана выше (см. стр. 44). Так как при полном разрыве опущения влагалища (как правило) не бывает, — леваторы отдельно не зашиваются.

## Удаление трубы и яичника. *Salpingo-oophorectomia* по поводу *gravid. extrauterina, cystoma ovarii, cystitis tuboovarialis, cystoma interligamentare* и др.

Дезинфекция, вскрытие брюшной полости, введение зеркала, взятие матки на держалку, положение больной, — см. стр. 51—63.

### Техника операции

1. Оператор оттягивает матку за держалку в сторону, противоположную удаляемым придаткам, и передает ее ассистенту.

2. Оператор захватывает пальцами левой руки *lig. infund. pelvicum* и, приподняв его кверху, накладывает зажим Кохера перпендикулярно к ней и близко к яичнику, но не очень глубоко (медиально близко к крестцово-подвздошному сочленению лежит мочеточник), руководствуясь расположением *art. s. p. m.*, лежащей обычно у свободного края *lig. infund. pelvic.* (рис. 78). Куперовскими ножницами вогнутой стороной к яичнику связка перерезывается впереди (медиально) зажима Кохера. После рассечения тканей кончик наложенного зажима Кохера должен быть свободным, чтобы можно было потом подвести под него лигатуру для завязывания. Далее на листки широкой связки накладываются непосредственно под придатками еще 1—2 кохера, по мере надобности, до ребра матки, и ткань точно так же отсекается (рис. 79). *Lig. ovarium proprium* отдельно захватывается кохерами и перерезается. Интрамуральная часть трубы иссекается клиновидно из рога матки и вся труба удаляется вместе с яичником.

3. Дефект, образовавшийся после иссечения трубы из рога матки, зашивается 2—3 узловыми кэтгутowymi швами.

4. Культы *lig. infund. pelvici*, широкой связки и *lig. ovarii proprii* обкалываются узловыми кэтгутowymi швами и перевязываются.

**Примечание 1.** Техника обкалывания и завязывания культуры *lig. infund. pelvici*: оператор держит левой рукой зажим Кохера с культурой от перерезанной *lig. infund. pelvici*, а правой — иглодержатель параллельно зажиму Кохера. Иголка вкалывается несколько ниже зажима Кохера спереди назад через оба листка *lig. infund. pelv.* у его латерального края. Затем той же иглой прокалывается *lig. infund. pelv.* уже сзади наперед у медиального края (у кончика кохера) культуры. Повернув теперь на себя кохер по продольной оси на 90°, оператор

передает его ассистенту, а сам делает петлю и затягивает ее крепко. Далее один конец лигатуры обводится вокруг рукоятки, а другой конец вокруг кончика зажима; ассистент поворачивает зажим Кохера от оператора на  $180^\circ$ , а оператор завязывает лигатуру с противоположной стороны. Когда оператор затягивает второй раз лигатуру, ассистент должен постепенно снимать зажим Кохера (рис. 80а, б, д).

Примечание 2. Такой способ перевязки *infund. pelvisum* с обкалыванием гарантирует от соскальзывания лигатуры.

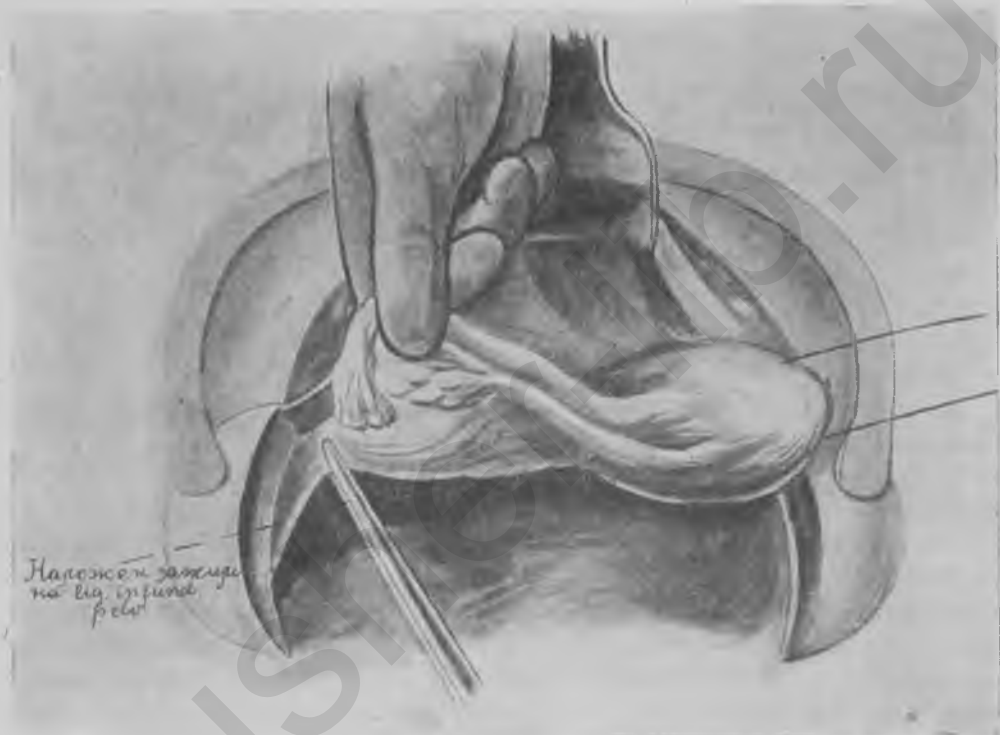


Рис. 78. Удаление трубы и яичника. Момент 2.

Примечание 3. Если после перевязки *lig. infund. pelv.* образуется гематома между листками широкой связки, не следует захватывать ткани вслепую, *en masse*, ниже культи перевязанной *lig. infund. pelv.* (можно захватить мочеточник!). Лучше развязать неправильно, повидимому, наложенный шов или, если проколот иголкой сосуд, захватить кохером кровоточащий сосуд и перевязать.

5. После перевязки культей производим перитонизацию непрерывным кэтгутовым швом, который начинается со стороны культи *infund. pelv.* и кончается на брюшинном покрове рога матки.

Примечание 1. Техника наложения непрерывного шва: брюшина вокруг перевязанной культи *infund. pelvisum*, отступя на  $1\frac{1}{2}$  см от нее, захватывается зажимами Кохера. Иголka вкалывается со стороны заднего листка брюшины параллельно краю последнего. Далее, поверхностно подхватывается той же иголкой брюшина, захваченная кохереми кзади и кпереди от культи *lig. infund. pelv.* Один конец



нити вытягивается кверху, и обколота кругом культи *infund. pelv.* брюшина завязывается оператором на подобие кисета с погружением культи между листками широкой связки. Этому моменту помогает ассистент анатомическим пинцетом (см. рис. 85, правая широкая связка). Остальными стежками непрерывного шва соединяются края листков широкой связки с погружением культи. Шов завязывается на брюшинном покрове рога матки.

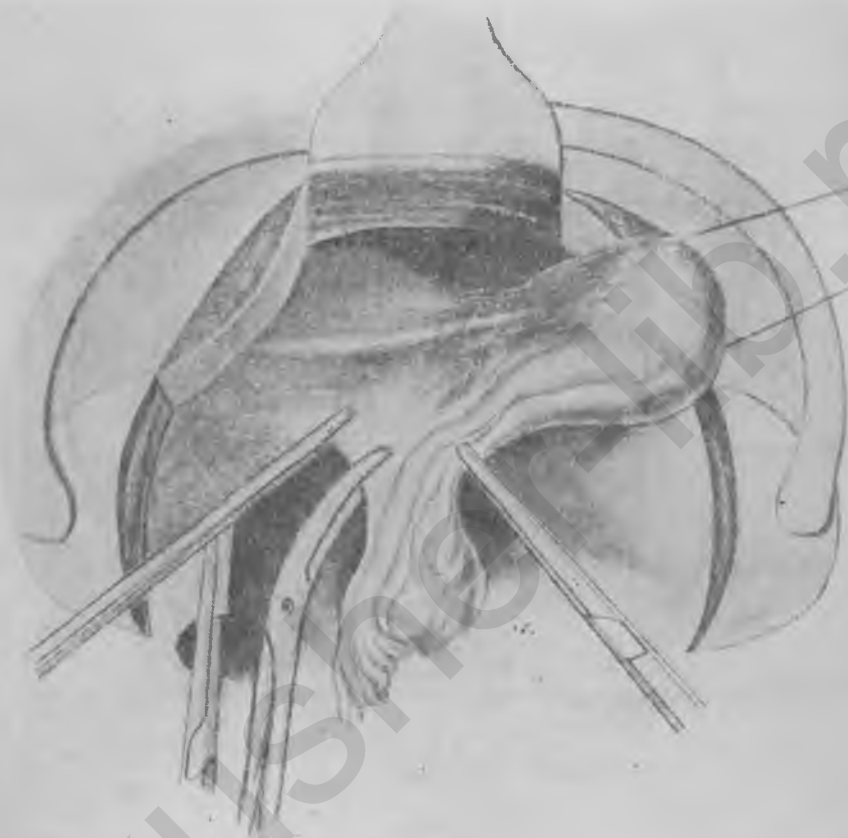


Рис. 79. Удаление трубы и яичника. Момент 2.

Примечание 2. Для облегчения перитонизации нужно подхватить зажимом Кохера листки широкой связки на всем протяжении по типу Лембертовского шва. Закрытие брюшной полости см. стр. 64—67. Если для перитонизации брюшины нехватает, можно использовать для этого часть круглых связок.

### Общие замечания

а) Если чревосечение предпринимается по поводу давно прервавшейся внематочной беременности с образованием *haematocoele peritubarica* или *rectouterina*, то часто при высепаровывании придатков яичник бывает настолько изменен и поврежден, что приходится его удалять вместе с беременной трубой. Мы советуем, однако, в начале операции осмотреть

придатки с другой стороны и, если второй яичник настолько изменен (кистовидное перерождение и т. д.), что и его нужно удалить, то мы стараемся по мере возможности сделать резекцию ovarii и оставить хоть небольшую часть его.

б) Если киста достигла больших размеров, то делается обычный разрез между лоном и пупком. Брюшная полость отгораживается компрессами и содержимое кисты выпускается троакаром (рис. 81a). После

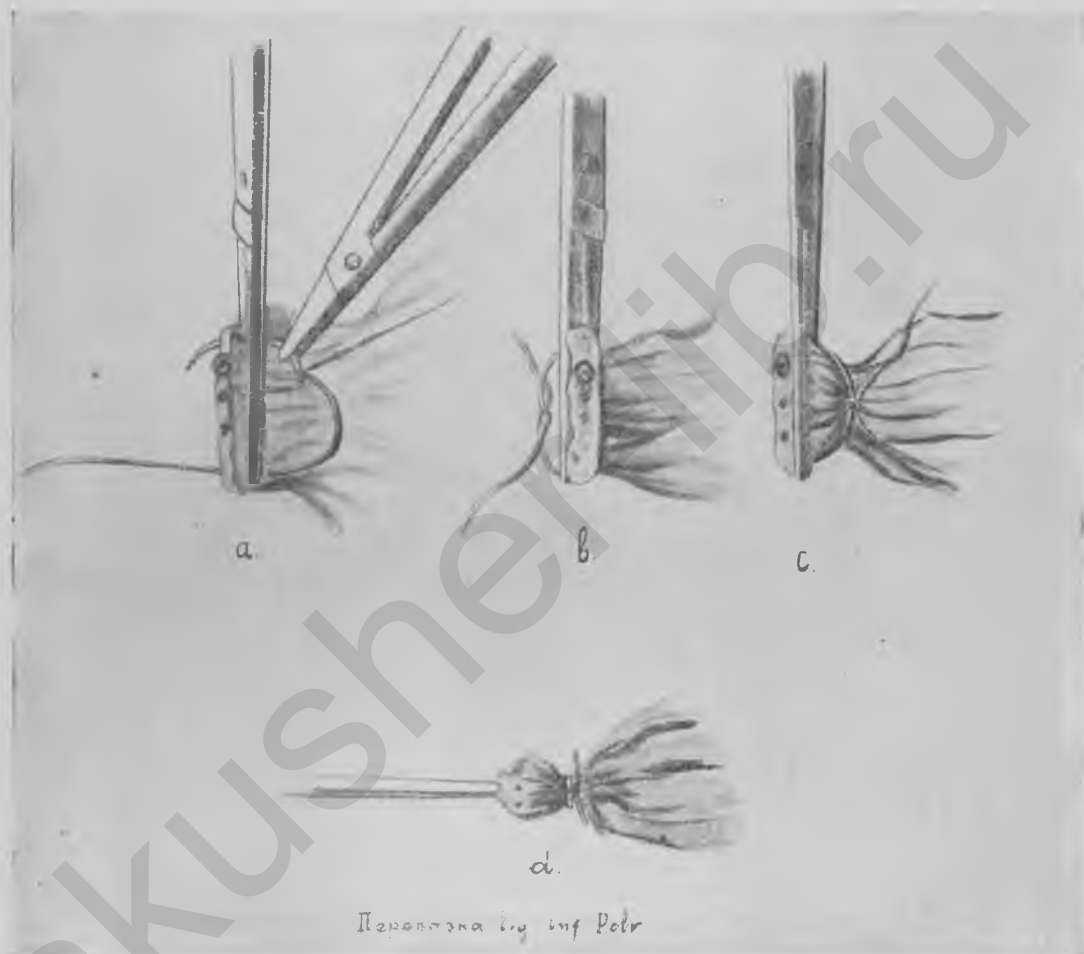


Рис. 80. Удаление трубы и яичника. Момент 4. Прим. 1.

опорожнения кисты, последняя выводится из брюшной полости наружу обычно Nelaton'ом (рис. 81b). При муцинозной с густым содержимым или многокамерной кистах, когда троакаром трудно выпустить большую часть содержимого, продолжают разрез передней брюшной стенки по белой линии выше пупка, обходя последний слева. Опухоль целиком выводится из брюшной полости. Иногда между париетальной брюшиной, передней брюшной стенкой и стенкой кисты имеются плоскостные сращения, которые приходится отделять тупым и острым путем. Плотные сращения с сальником пересекаются между наложенными клеммами и сейчас же перевязываются. Накладываются клеммы на ножку кисты (lig. ovar. proprium lig. infund. pelv. и маточный конец трубы (рис. 81b). Ткани между

клеммами перерезаются, опухоль удаляется, культя перевязывается и производится перитонизация, как описано выше в моменте 5 (рис. 81с).

в) При интралигаментарных кистах накладываются клеммы на *lig. infund. pelv.* (если она не распластана). Ткани рассекаются между клеммами. По введенному в образовавшийся расщеп пальцу, разрезается брюшина по поверхности опухоли (рис. 81с). Опухоль вылуцчивается из ложа. Накладывается клемм на *lig. ovar. propr.* и на маточный конец трубы, если и она удаляется. Ткани между клеммами перерезаются и опухоль



Рис. 81а. Удаление кисты больших размеров.

удаляется. Непрерывным кэтгутовым швом сшиваются листки брюшины широкой связкой по типу перитонизации (где нужно, подхватывается швом клетчатка ложа).

г) При интралигаментарных кистах, глубоко лежащих в тазу своим нижним сегментом, когда *lig. infundib. pelv.* в силу больших размеров опухоли ясно не определяется (распластана), делается разрез брюшины по поверхности опухоли параллельно *lig. rotund.* или там, где опухоль больше выступает. Края разрезанной брюшины захватываются клеммами. Киста вылуцчивается тупо рукой. Намечающиеся во время вылуцчивания опухоли тяжи, идущие к обычным месторасположениям *lig. ovar. propr.*, *lig. infund. pelv.* и маточного конца трубы, перевязываются и перерезаются.

Вылущенная опухоль удаляется. Зашиваются листки брюшины широкой связки непрерывным катгутовым швом по типу перитонизации и подхватывается клетчатка ложа, где нужно, или предварительно накладывается несколько погрудных швов.

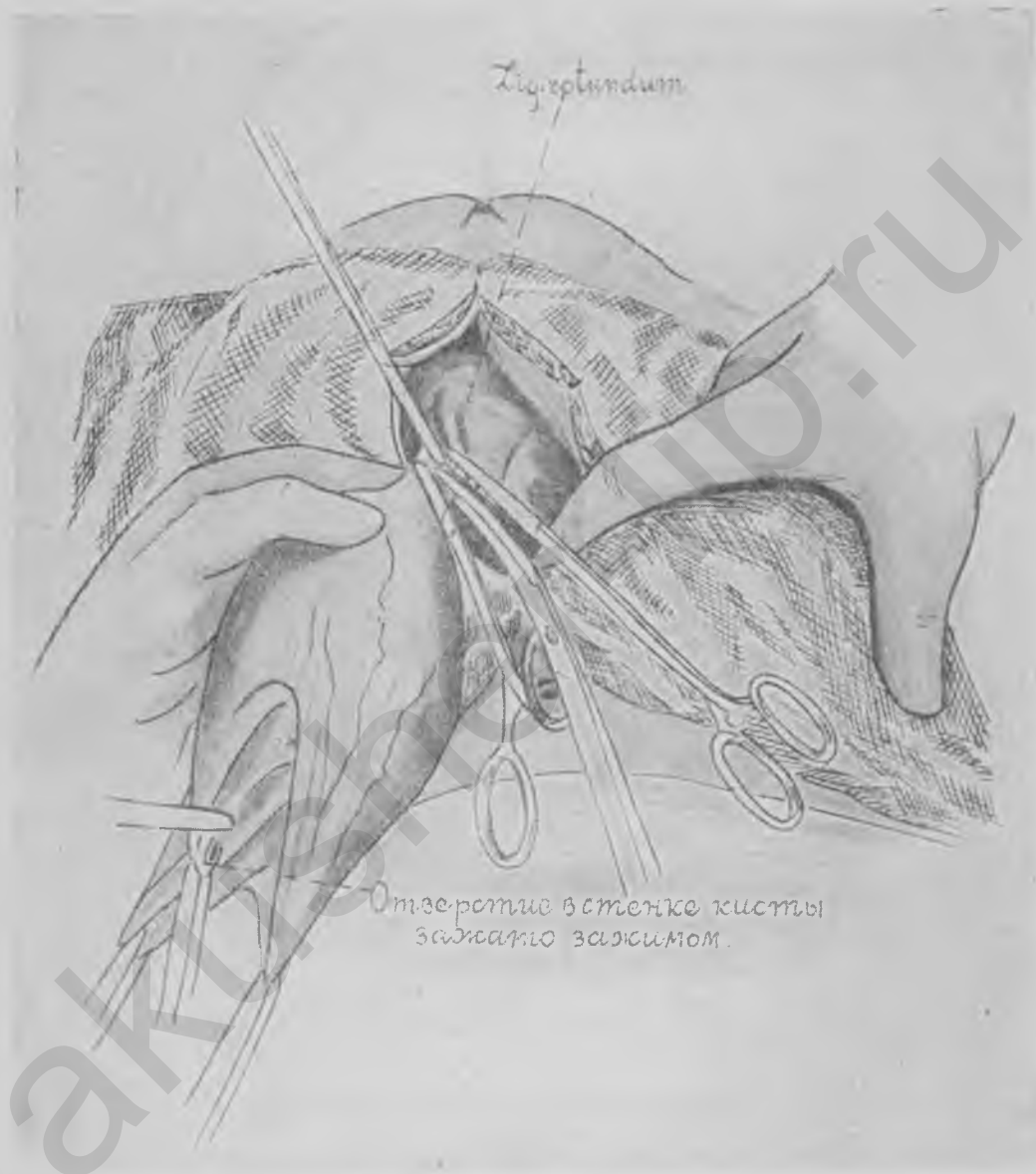


Рис. 81в. Удаление кисты больших размеров. Опорожненный мешок опухоли выведен из брюшной полости. Захвачена зажимами и перерезана ножка кисты.

Если ложе удаленной опухоли глубоко расположено в расщепе широкой связки и тщательный гемостаз затруднен, то нужно дренировать ложе следующим образом: со стороны влагалища ассистент, не принимающий участия в основной операции, проводит по пальцу в задний свод острый кривой корнцанг (Richelot), которым он протыкает задний свод, руководствуясь пальцами оператора, выпячивающего свод со стороны ложа. При

протыкании заднего свода следует держаться ближе к задней поверхности матки во избежание поранения кишки.

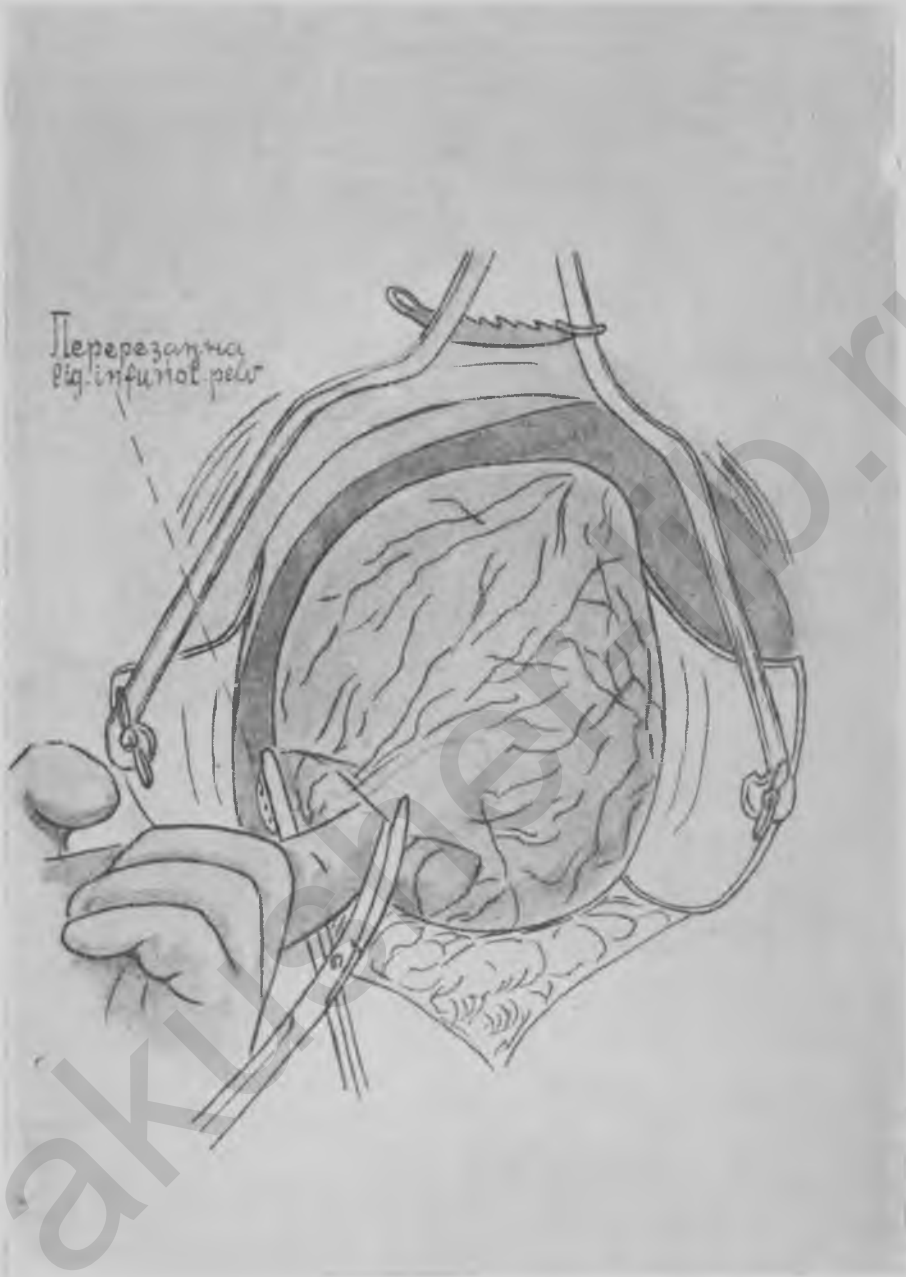


Рис. 81с. Удаление интралигаментарной кисты.

Ассистент со стороны влагалища раскрывает широко бранши введенного корнцанга и расширяет отверстие в заднем своде сколько можно больше. Далее ассистент захватывает конец марлевого бинта, подведенного оператором со стороны ложа к корнцангу. Последний вместе с концом марлевого бинта вытягивается ассистентом во влагалище. Оператор тампонирует ложе со стороны брюшной полости остальной частью марлевого

бинта. Поверх последнего производится сшивание листков брюшины широкой связки узловыми кэтгутовыми швами (рис. 81d). Зашивается, как обычно, брюшная стенка. Во влагалище дополнительно вводится 2-й тампон. Оба тампона удаляются на третий день после операции.

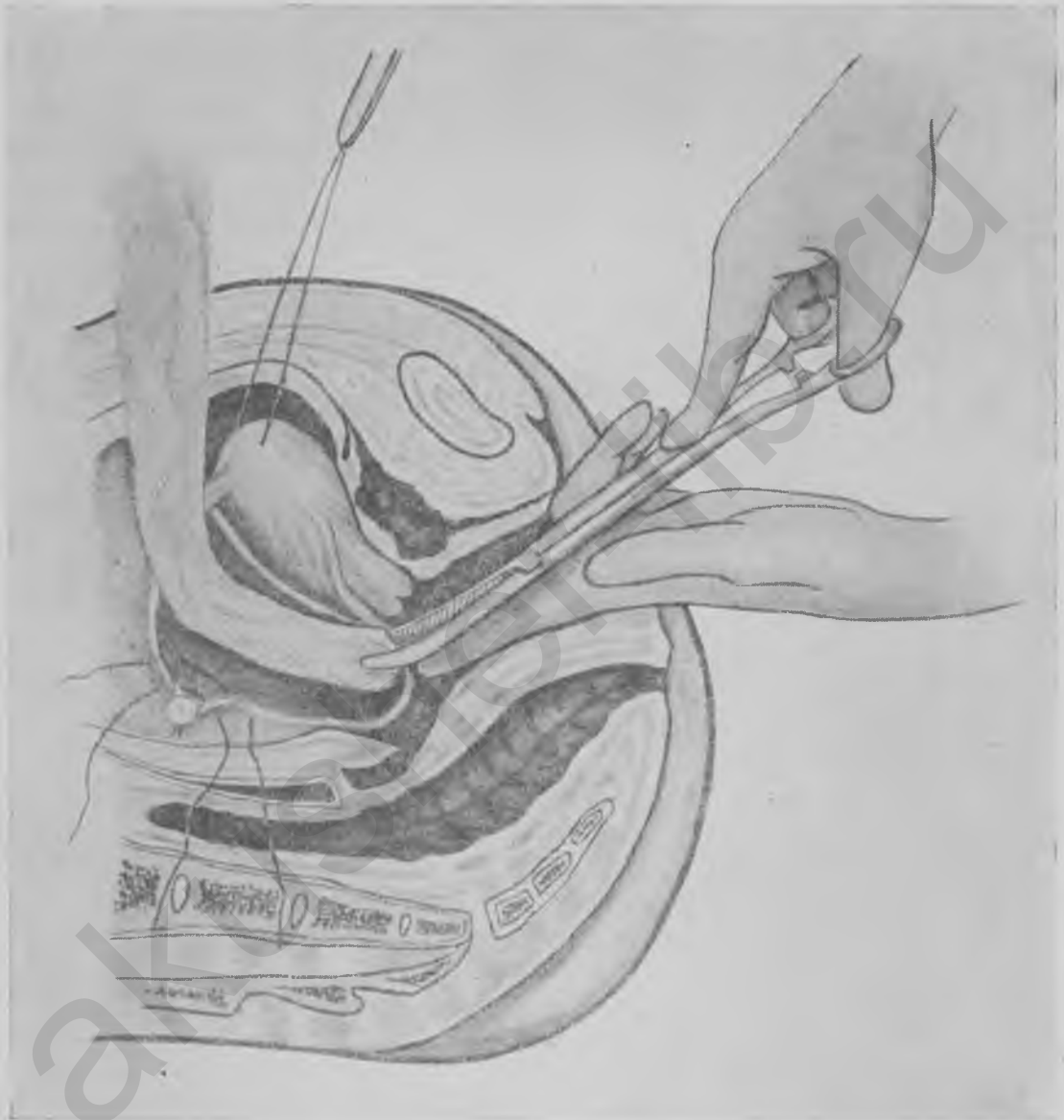


Рис. 81d. Удаление интралигаментарной кисты. Общие замечания. Пункт г.

Если ложе опухоли большое, но кровотечение отсутствует, то вместо описанного дренажа сближают внутренние поверхности переднего и заднего листков брюшины широкой связки, прошивая их насквозь несколькими матрацными кэтгутовыми швами. Края листков брюшины широкой связки зашиваются непрерывным кэтгутовым швом.

д) Если сращений было много, если на задней стенке матки имеются дефекты серозного покрова, если часть капсулы (при внематочной бере-

менности) осталась на кишках или на брюшине заднего дугласа (мы не считаем целесообразным во что бы то ни стало сдирать плотно связанную с брюшиной капсулу), то во избежание образования фиксированного загиба матки мы профилактически подвешиваем матку по методу Джильяма — Кипарского, техника которого приведена выше.

е) Если операционное поле было подозрительно в смысле инфекции (старая внематочная беременность, поранения *hydrosalpinx*, *pyosalpinx*) то мы при зашивании брюшины вливаем 25,0—30,0 эфира в брюшную полость. Если имеются особые показания к проведению дренажа — марли из заднего дугласа во влагалище, то вливание эфира противопоказуется.

### Надвлагалищная ампутация матки с удалением левых придатков. *Amputatio uteri supravaginalis cum salpingo- oophorectomia sin*

Подготовка больной к операции, дезинфекция, вскрытие брюшной полости по средней линии, введение брюшного зеркала „угловика“ или самодержащегося зеркала Коллена производится по способам, описанным выше.

#### Техника операции

1. Матка захватывается крепким двузубцем Дуайена (Doyen'a) и выводится из брюшной полости.

Примечание 1. Если операция производится по поводу большой фибромиомы, то лучше пользоваться для выведения буравом-штопором.

Примечание 2. Если опухоль велика и поднимается высоко над пупком, то целесообразно продолжить разрез брюшной стенки выше пупка, обходя последний слева.

Примечание 3. Для облегчения выведения опухоли значительной величины оператор должен, подтягивая, производить двузубцем качательные движения, а ассистент выдавливать опухоль со стороны боковых поверхностей брюшной стенки. Возможно также выводить опухоль рукой, заведенной сзади опухоли.

2. Выведенная опухоль, г. е. р. матка, оттягивается сильно в правую сторону и передается для удерживанья ассистенту.

3. Два зажима Кохера накладываются на круглую связку слева: первый на маточный конец, другой — на 1 см отступя от первого. Между наложенными зажимами связка перерезывается.

4. Оператор левой рукой приподнимает вверх *lig. infund. pelvic.* слева (чтобы не захватить мочеточника) и накладывает на нее под прямым углом два кохера: один на сосудистый пучок *art. et venae sperm. lig. infund. pelv.* (подальше от мочеточника), другой — медиально от первого. Ткань между зажимами рассекается ножницами не очень близко от первого зажима, чтобы обеспечить себя от соскальзывания лигатуры (рис. 78).

5. Далее разрез широкой связки продолжается ножницами до ребра матки без наложения зажимов, но с оттягиванием придатков левой рукой или при помощи Nélaton'a.

Примечание 1. Если часть брюшины мезосальпинкса наверху у рога матки между круглой связкой и отрезанными листками широкой связки осталась целой, то ее нужно отдельно перерезать ножницами.

Примечание 2. После рассечения тканей между кохерами нужно тупо отодвинуть остаток широкой связки и *lig. rotundum* вниз по ребру матки до уровня внутреннего зева.



Рис. 82. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Момент 4 и 6.

Предварительное общее замечание к моменту 6-му: справа придатки оставляются.

6. Ассистент оттягивает матку, resp. опухоль, в левую сторону, а оператор пальцами левой руки сближает околоматочные концы *lig. ovarii* и *rotundum* и трубы и накладывает на них два кохера: один у рога матки, другой — на 1 см отступя от первого. Между кохерами ткани рассекаются (рис. 82, кохерами захвачена артериальная дуга).

7. Далее накладываются два кохера на *lig. rotundum*, как с правой стороны, и перерезают ткани между клеммами.



Примечание. Если круглая связка напряжена, и опухоль плохо оттягивается, то следует раньше наложить зажим и перерезать круглую связку и только потом заняться придатками. Технически удобнее и целесообразнее всегда начинать с перерезки круглых связок.

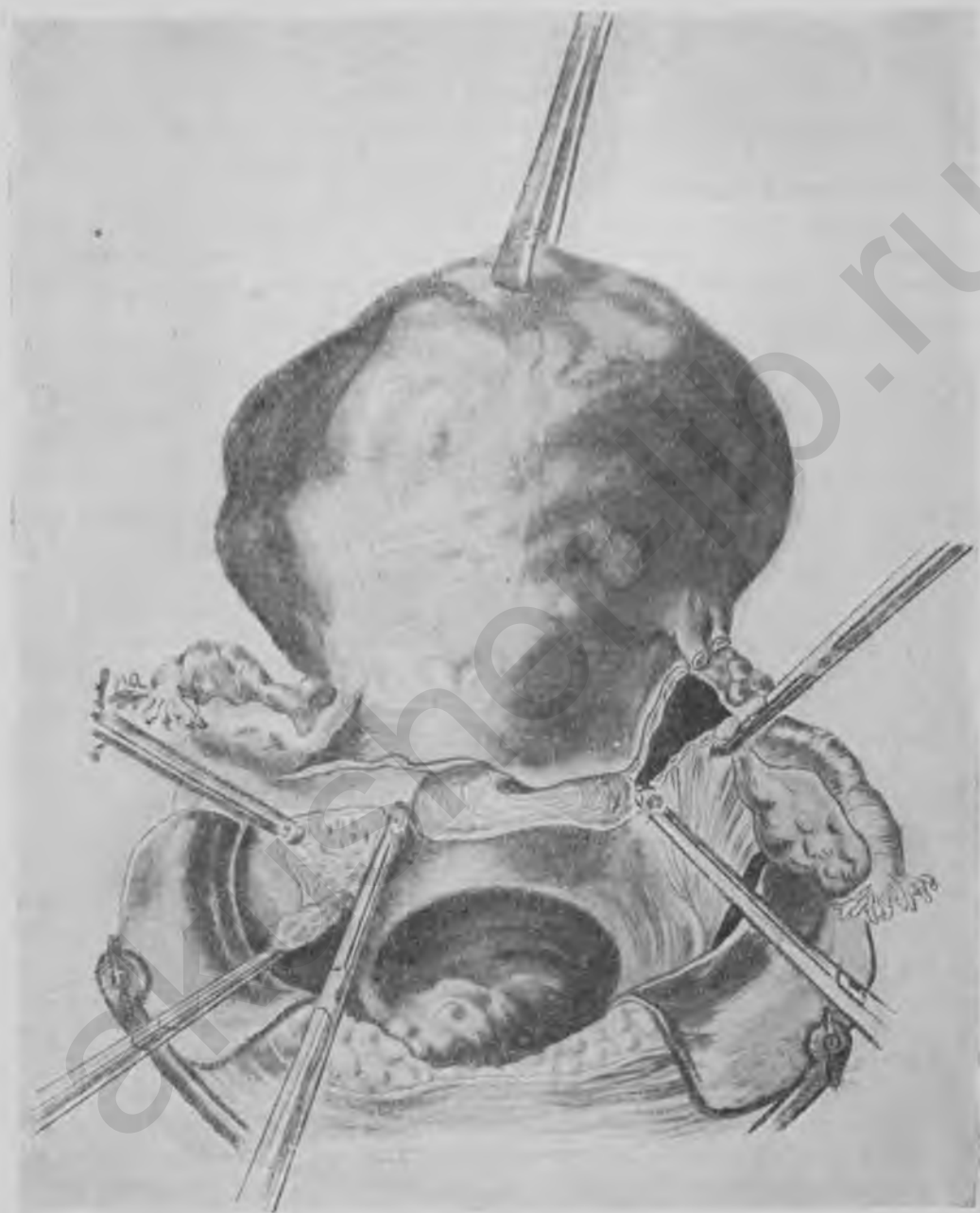


Рис. 83. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Момент 12 и 13.

8. Остальная часть широкой связки тупо и ножницами отделяется от ребра матки вниз до уровня внутреннего зева, т. е. до угла *art. uter.*

9. Лапчатым пинцетом захватывается брюшина *plicae vesico-uterinae* у внутреннего зева, где она подвижна. Куперовскими ножницами, напри-

вленными вогнутой поверхностью к шейке матки, брюшина рассекается посредине. Далее ножницами продолжают разрез ее в боковые стороны полукругом по направлению к культям круглых связок. Иногда проще вскрыть *plica ves.-uter.*, особенно, когда она растянута опухолью, для чего рассекают передний листок брюшины куперовскими ножницами от места расщепления (культя) круглой связки, приподнимая брюшину пальцем или пинцетом.

Примечание. При поперечном разрезе *plicae* по направлению к круглым связкам необходимо все время приподнимать край брюшины и резать ее на глаз, чтобы не поранить пузыря и не поранить еще не перевязанную *arter. uterinae*.

10. Мочевой пузырь тупо отодвигается вниз немного (на 1—2 см ниже внутреннего зева), особенно с боков. Так же тупо отодвигаются придатки справа, листки широкой связки слева и *lig. rotundum* ниже внутреннего зева, чем обнажаются *art. и ven. uterinae*.]

11. С обеих сторон на уровне внутреннего зева перпендикулярно к шейке матки и ближе к ней накладываются два зажима Кохера на обнаженные сосудистые пучки (*arter. et venae uterinae*). Один зажим Кохера накладывается на уровне внутреннего зева, другой—на 1 см выше его.

12. Между наложенными кохерами с обеих сторон сосудистые пучки рассекаются куперовскими ножницами. Рассекать ткань нужно ближе к кохеру, наложенному на 1 см выше первого зажима Кохера.

Примечание. При рассечении сосудистых пучков нужно подрезать короткими ударами ножниц несколько ближе к шейке с тем, чтобы кончики зажима Кохера с захваченными культями, подлежащими перевязке, сделались подвижными и удобными для наложения швов. Для этой цели следует отодвинуть тупфером, захваченным корнцангом, культю *arteriae uterinae* латерально от шейки (рис. 83).

13. Тело матки левой рукой оператора оттягивается по средней линии вверх, клиновидно иссекается и удаляется (рис. 83).

Примечание 1. Иссечение клина на шейке производится на 1 см выше захваченных культей *arter. uterinae*.

Примечание 2. Если иссечь клин слишком высоко над захваченными сосудами, то могут быть послеоперационные осложнения в силу возможного некроза тканей культя шейки.

Примечание 3. Нельзя также отсекаать тело матки ниже захваченных сосудов, так как будет кровотечение и придется перекладывать кохера на сосудистые пучки ниже, что значительно осложнит операцию.

Примечание 4. Клино иссекается таким образом: тело матки оттягивается вверх и несколько кзади, и оператор направляет лезвие ножа под острым углом по направлению к цервикальному каналу. Проникнув скальпелем в толщу шейки, примерно на 1 см, оператор левой рукой оттягивает матку к лону и, направив лезвие ножа под острым углом к цервикальному каналу навстречу первоначальному разрезу, кончает вырезывание клина со стороны задней стенки шейки матки. Матка вместе с левым придатком удаляется.

14. Вскрытый канал шейки матки смазывается иодом.

15. Края культи шейки захватываются спереди и сзади двумя кохерами посредине.

16. Края культи шейки соединяют 3—4 узловыми кэтгутовыми швами или непрерывным кэтгутовым швом (рис. 84), не прокалывая слизистой цервикального канала.

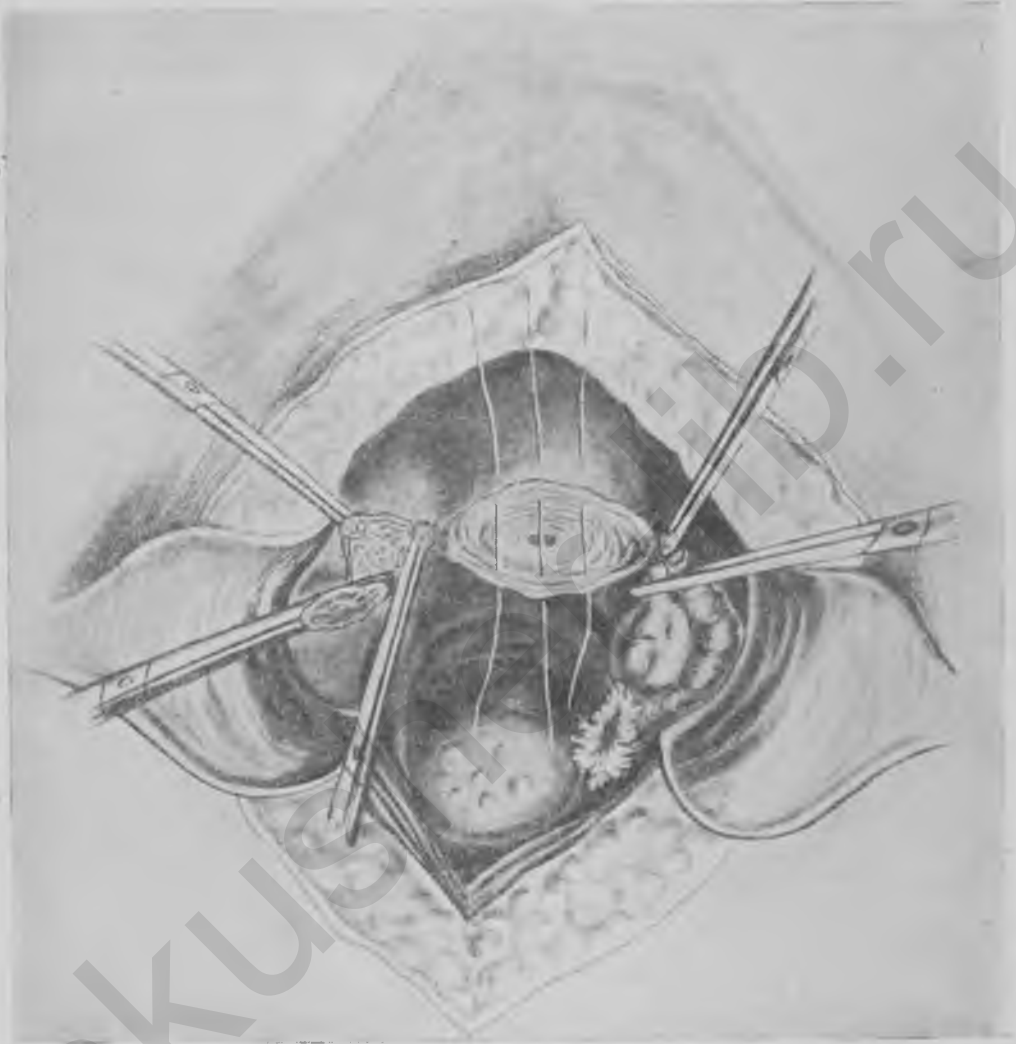


Рис. 84. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Момент 16.

Примечание. Лигатуры не срезаются, а берутся на зажим Кохера.

17. После зашивания культи шейки матки накладываются узловые кэтгутовые швы последовательно на *arter. uterinae* с обеих сторон, на *lig. infund. pelvicum* и *ligam. rotundum* слева и на культи *lig. ovarium* прорг., трубы и *lig. rotund.* справа.

Примечание. Техника наложения и завязывания швов на *infund. pelv.* и *arter. uterinae* и культи придатка нами подробно приведена при операции *Exstirpatio uteri per vaginam* (стр. 223) и *salpingo-oophorectomia* (стр. 97).

18. После удаления опухоли операционное поле представляет следующий вид.

На культю шейки матки наложены узловые кэтгутовые швы. По бокам от шейки матки лежат захваченные зажимами арт. и венаe uterinae. Справа на зажиме перерезанные культы придатков. Слева перерезанная lig. infund. pelvicum. Листки брюшины широких связок расщеплены (рис. 84).



Рис. 85. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Момент 19.

19. Перитонизация с погружением культей в клетчатку широкой связки производится следующим образом.

Зажимами Кохера захватывается брюшина на 1 см латерально (направление к боковой стенке таза) от перевязанных культей придатков справа и культы lig. infund. pelv. слева. По одному кохеру накладывается на задний листок широкой связки. Ассистент подтягивает зажим Кохера со швами, наложенными на шейку матки, оператор подтягивает зажим Кохера, наложенный на брюшину латерально от культей придатков, и начинает накладывание непрерывного кэтгутового шва справа таким образом, что выкол идет через край брюшины заднего листка и выкол

через край брюшины переднего листка. Первый стежок затягивается и завязывается. Короткий конец непрерывного шва берется на зажим, а длинным концом продолжается зашивание расщепления широкой связки со вколom в задний листок брюшины и выколom в передний по типу серо-серозного шва (Lembert'a). При затягивании швов перевязанные культя уходят в клетчатку широкой связки. Когда зашивают края брюшины в области шейки матки, узловые швы на последней коротко срезаются и шейка подхватывается непрерывным швом. Закончив ука-



Рис. 86. Надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Момент 19.  
Перитонизация закончена.

занным образом перитонизацию культя шейки матки, продолжают перитонизацию далее тем же непрерывным швом с другой стороны. Непрерывный шов кончается слева в области *lig. infund. pelvicum*, где он обводится вокруг нее в виде кисета (рис. 85 и 86), затягивается и завязывается.

Примечание 1. Во время перитонизации в области культя шейки нужно быть осторожным, чтобы не поранить *arter. uterina*.

Примечание 2. Если после наложения непрерывного шва остались дефекты в перитонизации, то мы накладываем второй непрерывный шов поверх первого, или зашиваем эти участки отдельным узловым

кэтгутовым швом, так как тщательной перитонизации мы придаем важное значение.

20. Закрытие брюшной полости описано выше (см. стр. 64—67).

Примечание. При брюшностеночной суправагинальной ампутации матки с оставлением придатков с обеих сторон все моменты операции производятся, как описано выше, с той разницей, что слева вместо *lig. infundib. pelvis.* перерезается и перевязывается маточной конец трубы и *lig. ovarium proprium*, как справа.

### Ампутация шейки матки по способу Штурмдорфа (Sturmdorf)

В последнее время широко применяется ампутация шейки матки по Штурмдорфу при трудно поддающихся лечению эрозиях шейки матки хронически долго длящихся эндоцервицитах, фолликулярных метритах



Рис. 87. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.  
Момент 1 и 2.

шейки матки и пр. Операцию Штурмдорфа считают профилактической, страхующей *portio vagin.* от рака.

Преимущества операции Штурмдорфа перед клиновидной ампутацией шейки по Шредеру (*Schröder*):

1) Вместе с частью шейки удаляется почти вся слизистая цервикального канала.

2) Небольшое количество накладываемых швов по сравнению со шредеровской ампутацией шейки матки.

3) Образующийся вновь после формирования шейки канал выстилается здоровой слизистой влагалища. После операции шейка имеет правильную форму.

Клиника наша весьма удовлетворена ближайшими и отдаленными результатами операции Штурмдорфа.

Операция производится под местной анестезией, а у терпеливых женщин — без всякой анестезии.

### Техника операции

Дезинфекция, обнажение шейки зеркалами, захватывание шейки щипцами (см. стр. 16—20).

1) Производится круговой разрез на влагалищной части шейки матки на  $1\frac{1}{2}$  см выше границы пораженного участка (рис. 87).



Рис. 88. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу. Момент 1 и 2.



Рис. 89. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу. Момент 3.

Примечания: а) Разрез лучше делать не брюшистым скальпелем, а остроконечным.

б) Если эрозия и патологические изменения захватывают значительную часть влагалищной части шейки матки, то разрез нужно делать дальше от наружного зева ради удаления всей измененной части (профилактика рака шейки матки).

2) Круговыми движениями ножа разрез углубляется по направлению к внутреннему зеву. В конечном итоге удаляемая часть шейки матки имеет форму конуса, а дефект на шейке имеет форму воронки. Рис. 88 изображает форму конуса.

3) Слизистая влагалищной шейки матки отсепаровывается спереди и сзади от мышцы шейки на  $1\frac{1}{2}$  см от края широкой части воронки (рис. 89).

Рис. 90.

Ампутация шейки матки  
по Штурмдорфу.

Момент 5.

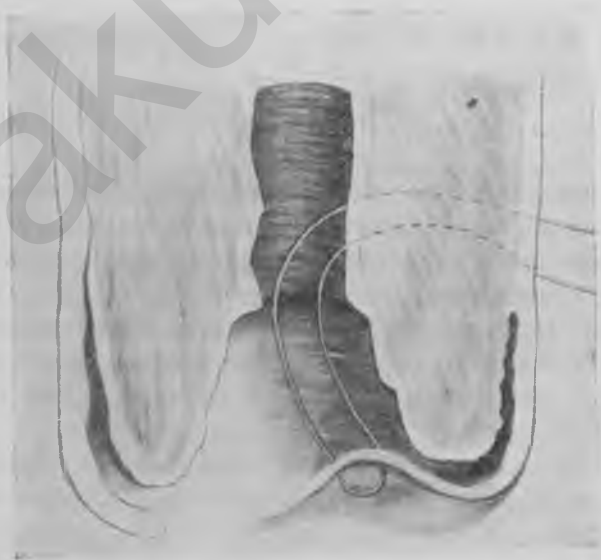
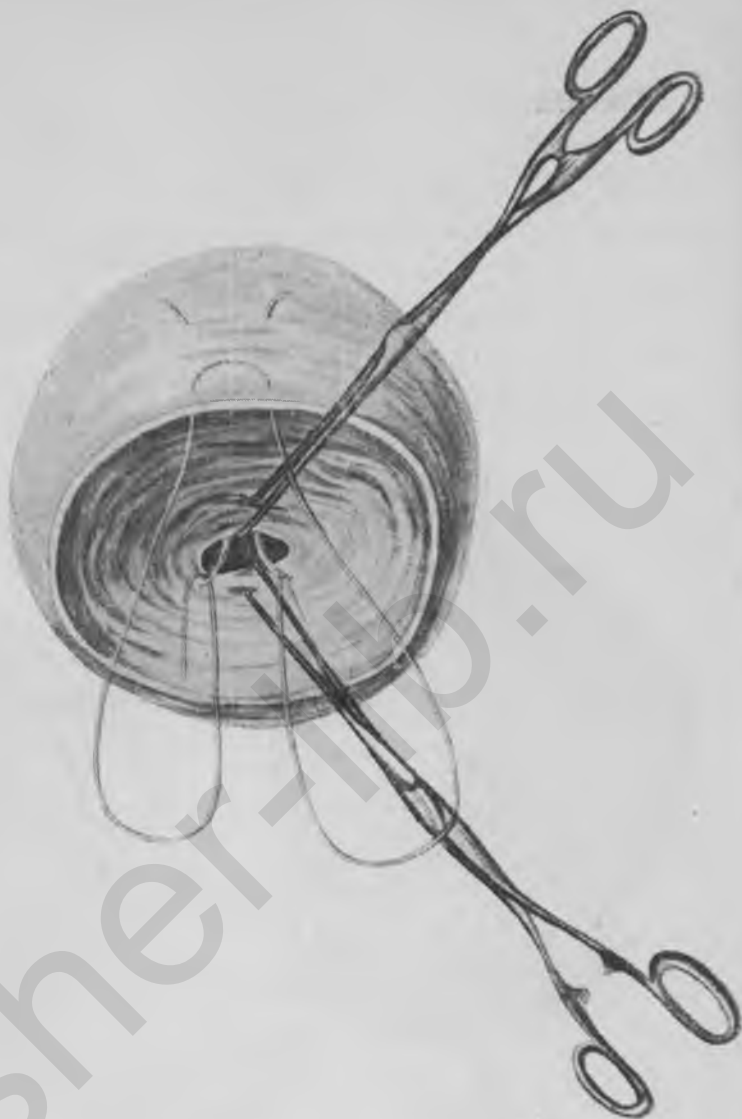


Рис. 91. Ампутация шейки матки по  
Штурмдорфу. Момент 5.



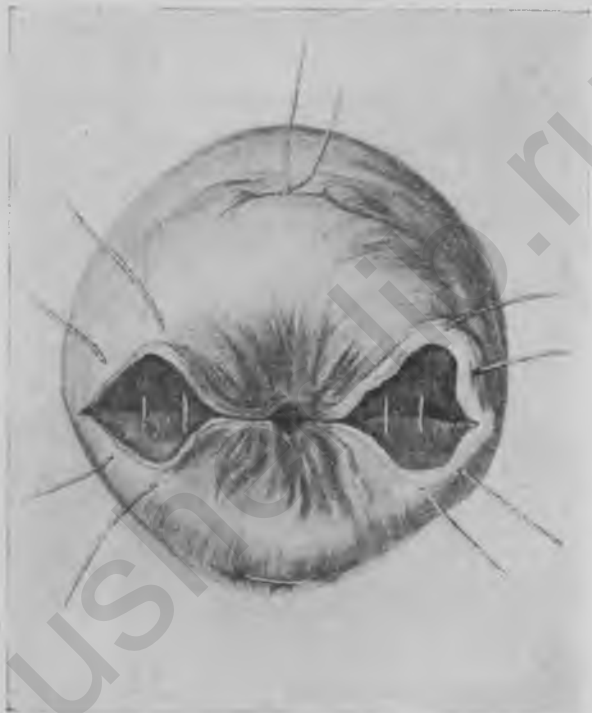


Рис. 93. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.  
Момент 8.



Рис. 92. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.  
Момент 6 и 7.

4) Узкая часть образовавшейся воронки (внутренний верхний край дефекта) захватывается пулевыми щипцами (рис. 90).

5) Для взорачивания отсепарованной слизистой влагалища внутрь полости иссеченной шейки проводится шов в виде буквы U следующим



Рис. 94. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу. Момент 8.

образом: оба конца длинной крепкой шелковой или кэтуговой нитки продеваются через ушки двух полукруглых иголок, вкальваемых близко друг от друга сверху вниз на  $\frac{1}{4}$  см от верхнего (переднего) края слизистой широкой части воронки. Петля нитки лежит на отсепарованной слизистой влагалища, а обе иголки с концами нитки висят вниз (рис. 90).

Поочередно обе иголки вкальваются у места наложенных пулевых шипцов (момент 4-й) высоко из цервикального канала и выкальваются через мышцу шейки и слизистую влагалища на 2 см выше первой петли шва у самого края мочевого пузыря (рис. 90). Рис. 91 на разрезе наглядно изображает ход швов.

6) Оба, смотрящие теперь вверх, конца нитки сильно натягиваются и завязываются, чем слизистая передней стенки влагалища вворачивается внутрь освеженной шейки (рис. 92).

7) Такой же шов накладывается на нижний край широкой части воронки, только в обратном направлении.

8) На боковые дефекты шейки матки через всю толщу накладываются два-три шва (рис. 93). Рис. 94 изображает (с натуры) шейку после операции Штурмдорфа.

Примечание. Швы снимаются на 12-й день после операции.

## **Sectio caesarea cervicalis transperitonealis**

### **А. ЦЕРВИКАЛЬНОЕ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ**

#### **Техника операции**

1. Дезинфекция, вскрытие брюшной полости, положение больной и т. д. см. стр. 51—63.

2. Введенной рукой матка при беременности до 4—5 месяцев выводится из брюшной полости (после 5 месяцев операция делается *in situ*). Для отграничения брюшной полости от попадания туда крови и околоплодных вод, следует обложить выведенную матку тремя компрессами. В поздние месяцы беременности или при доношенной беременности, когда операция делается *in situ*, брюшная полость сверху и по бокам отгораживается от нижнего сегмента матки компрессами, помещающимися между париетальной брюшиной брюшной стенки и стенкой матки.

3. Лапчатым пинцетом захватывается *Plica vesico-uterina* в нижнем отделе тела матки, где она подвижна, и вскрывается куперовскими ножницами, направленными вогнутой поверхностью к шейке, а затем рана расширяется небольшими боковыми разрезами (рис. 95).

Примечание. На рис. 95 изображено трансперитонеальное кесарское сечение.

4. При доношенной беременности мочевой пузырь отсепаровывается от шейки матки вниз тупым тупфером, захваченным корнцангом.

5. Производится разрез мышцы и слизистой матки строго по средней линии на два, приблизительно, сантиметра ниже и выше внутреннего зева. Длина разреза зависит от объема содержимого полости матки и в более поздние периоды беременности, во всяком случае разрез должен быть достаточной длины для прохождения головки (рис. 96).

6. Надавливая на дно матки, часто удается удалить целиком плодное яйцо, не вскрывая плодного пузыря (при беременности до 4—5 мес.).

7. Послед выдавливается, а остатки удаляются пальцем или кюреткой. При выскабливании кюреткой следует держать дно матки левой рукой



Рис. 95. Трансперитонеальное первикальное кесарское сечение. Моменты 3 и 4.



Рис. 96. Цервикальное кесарское сечение. Момент 5.

для контроля. При доношенной беременности вскрывается плодный пузырь удаляется плод, за ним и послед, подтягиванием за пуповину.

8. После удаления из полости матки остатков плодного яйца мы впрыскиваем в ткань матки 1,0 Secacornin, Pituitrin или Ergotin'a для усиленного сокращения матки, если имеется кровотечение.

9. Рана зашивается следующим образом:

а) Начиная с нижнего угла раны накладывают ряд узловых катgutовых швов на мышцу матки, не прихватывая слизистой. Швы завязываются по мере их наложения и срезаются коротко (рис. 97).

б) Далее накладывается непрерывный кэтгутовый шов, или 2-й ряд узловых кэтгутовых, начиная с нижнего угла раны (рис. 97).

Примечание. В верхнем углу раны этот шов частично серозно-мышечный.



Рис. 97. Цервикальное кесарское сечение. Момент 9.

в) Узловыми кэтгутовыми швами соединяют нижний край разрезанной брюшины *plicae vesico uterinae* с брюшиной передней стенки матки несколько выше верхнего края раны, предварительно захватив зажимом Кохера середину *plicae vesico uterinae*, которой перекрывают верхний разрез матки (рис. 98). Непрерывный шов мы начинаем накладывать справа налево. Матка вправляется в брюшную полость при беременности 4, 5, 6 м. При доношенной беременности операция происходит *in situ*.

10. Брюшная полость зашивается по способу, изложенному на стр. 64—67.

## Общие замечания

Приторачиванием нижнего края разреза *plicae vesico uterinae* к брюшине передней стенки матки мы изолируем зашитую рану матки, чем исключаются последующие сращения и восходящая инфекция.

Наша клиника предпочтительно применяет описанное ретро-везикальное трансперитонеальное кесарское сечение.



Рис. 98. Цервикальное кесарское сечение. Момент 9.

Б. *Sectio caesarea corporalis*

1. Разрез при корпоральном кесарском сечении производится на передней стенке матки посредине, ниже ее дна, длиной в 3—4 см и больше, в зависимости от срока беременности. Удаление плодного яйца и опорожнение матки см. на стр. 117.

2. Техника зашивания: а) накладывается 1 этаж узловых кэтгутовых швов на мышцу (мышечно-мышечный). Эти швы завязываются по мере наложения и срезаются коротко.

б) Непрерывный кэтгутовый шов через серозу и мышцу (серозо-мышечный).



в) Непрерывный кэтгутовый серо-серозный шов. Этим швом приходится подхватывать отчасти и мышечные элементы, лежащие под серозой, ибо последняя на описанном участке матки неподвижна.

Примечание. Если операция малого сечения производится без стерилизации, следует еще до наложения узловых мышечно-мышечных швов наложить на матку 2—3 шелковых тонких узловых страхующих шва через серозу и мышцу. Завязывают их перед наложением серо-серозного непрерывного кэтгутового шва.

3. Матка вправляется в брюшную полость.

4. Удаляют компрессы.

5. Закрытие брюшной полости по способу, изложенному выше (см. стр. 64—67).

## Хирургическая стерилизация женщины по способу проф. Р. В. Кипарского с сохранением проходимости труб

### Вскрытие брюшной полости

1. Если *laparotomia* производится специально ради стерилизации, то подготовка к операции, дезинфекция операционного поля и направление разреза — делаются совершенно так же, как и для всякого вскрытия брюшной полости. Иногда операция стерилизации производится попутно.

2. Разрез брюшной стенки (небольшой). Введение зеркала Дуайена (Doyen'a).

3. Матка вместе с придатками введенной в малый таз левой рукой оператора выводится в брюшную рану.

Примечание. Дно матки захватывается на провизорную лигатуру.

4. Выведенная матка с придатками обкладывается кругом компрессами, которыми достигается как бы фиксирование органов — они не уходят обратно в таз. Это особенно важно в том случае, если операция „стерилизации“ производится одновременно с малым кесарским сечением, когда тело матки не берется на держалку. Кроме того, выведенные органы не соприкасаются с кожей у краев раны.

5. Если стерилизация производится не на беременной матке, то через ее дно проводят длинную провизорную шелковую лигатуру, захватывают оба конца ее в зажим Кохера; лигатура служит держалкой.

Примечание 1. Нитка держалка не должна быть тонкой, чтобы не прорезывать ткани.

Примечание 2. Игла и лигатура проходят через дно матки не поверхностно (нитка, прорезаясь, отрывается при натягивании), а приблизительно на 1—1½ см ниже дна матки, но не проникают в полость матки.

6. Оттянув в достаточной мере лигатуру-держалку в правую сторону и передав ее ассистенту, оператор этим хорошо обнажает себе операционное поле.

7. У рога матки труба захватывается зажимом Кохера.

8. Интрамуральный конец Фаллопиевой трубы глубоко клиновидно иссекается и отсекается снаружки у кохера (рис. 99).

Примечание 1. Клино отсекается таким образом, чтобы лезвие скальпеля устанавливалось под острым углом к поверхности матки.

Примечание 2. Край вырезанного с медиальной стороны клина кончается несколько дальше от кончика кохера так, что последний отходит вместе с клином. Латеральный край клина кончается там, где начинается маточный конец мезосальпинкса (рис. 99).

Примечание 3. Вырезывание клина должно производиться осторожно, чтобы не поранить анастомоза у маточной части трубы, но все же достаточно глубоко, чтобы захватить целиком интрамуральную часть трубы.

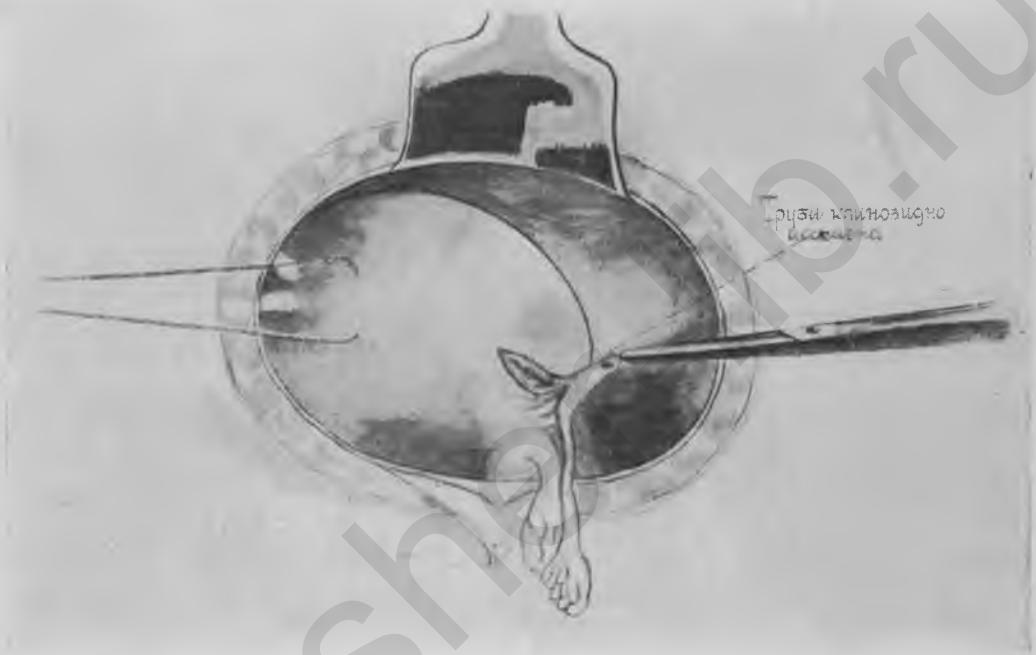


Рис. 99. Стерилизация по Кипарскому. Момент 8. Примечание 2.

9. На рану матки накладывается двухэтажный шов (два узловых кэтгутовых шва на мышцу и два шва поверхностных на брюшинный покров) (рис. 100).

10. Вырезанный интрамуральный конец трубы в части перешеечного отдела ее отсекается ножницами.

11. Надрезанный край мезосальпинкса подшивается кэтгутовыми швами к рогу матки (рис. 101).

Примечание. Если после наложения шва на mesosalpinx, кровоточит из отрезанного края стенки трубы, что иногда бывает при наличии беременности, то можно наложить тонкий кэтгутовый шов на трубу у отсеченного края. Кровотечение после наложения этого шва останавливается. Самый же шов из кэтгута через несколько дней рассасывается и проходимость трубы восстанавливается.

12. Указанное в моментах 7, 8, 9, 10 и 11 производится с правой стороны, и операция этим окончена.

13. Лигатура-держалка срезается у тела матки и удаляется.

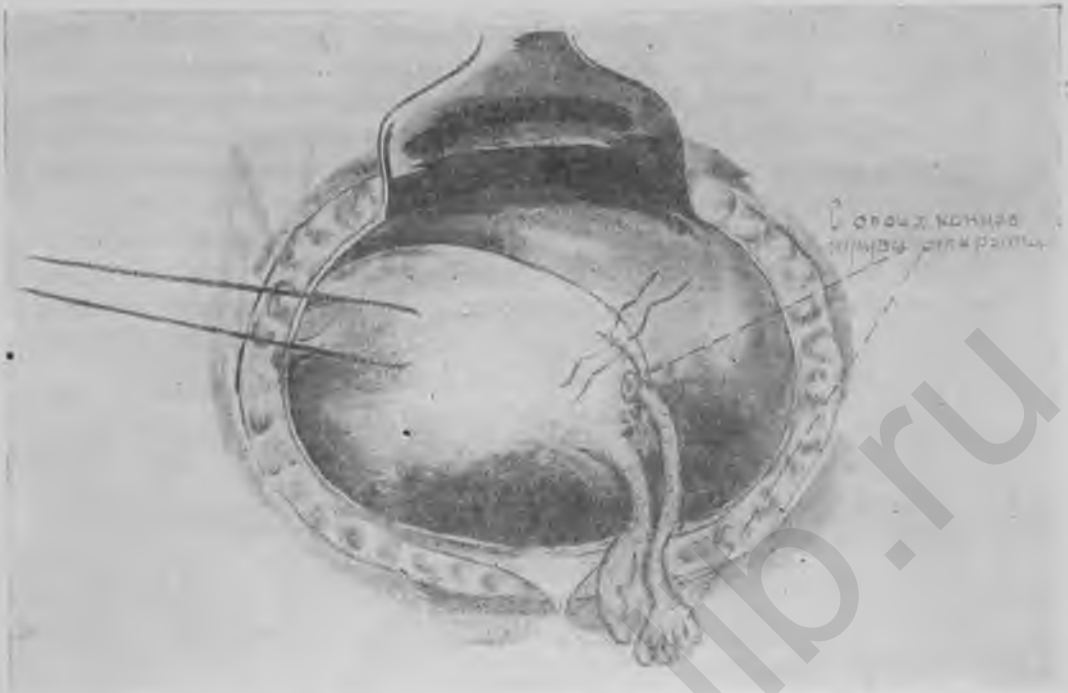


Рис. 100. Стерилизация по Кипарскому. Момент 9—11.

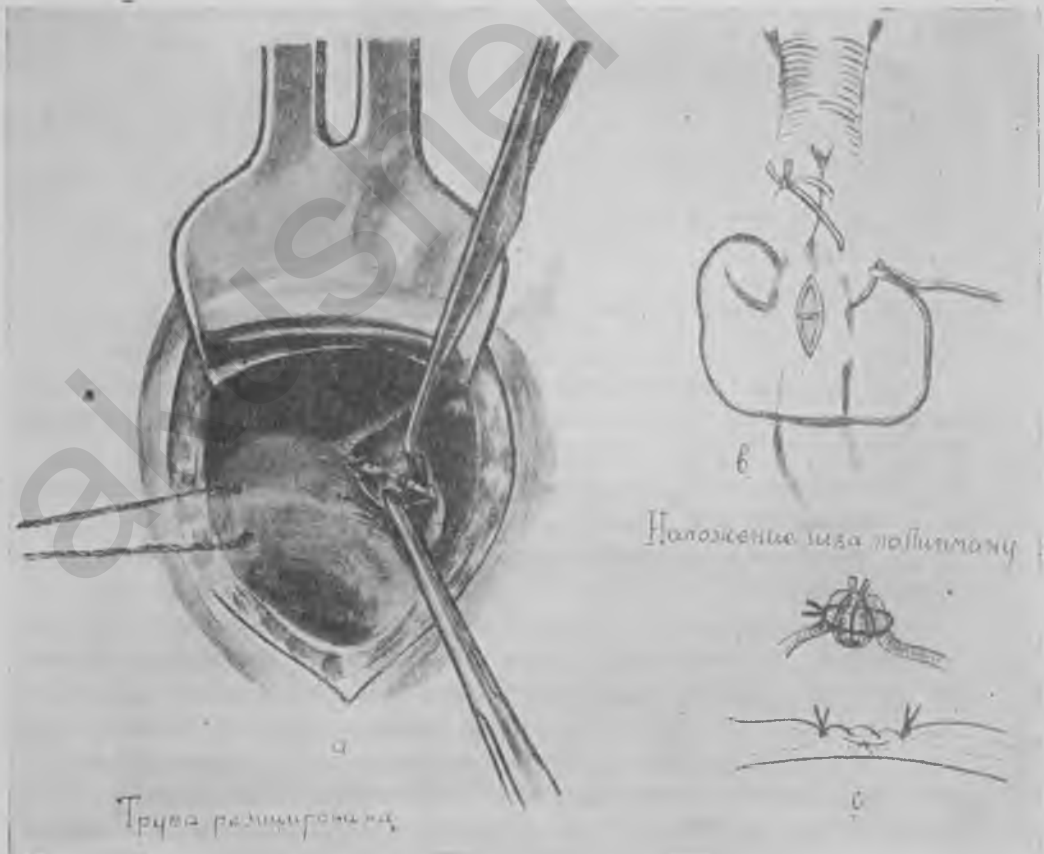


Рис. 101. Стерилизация по Липману. Момент 7—12.

### Замечание

Особенности операции стерилизации по способу Кипарского:

1. Стерилизация происходит за счет стенки матки, что в отношении надежности противозачатия является более основательным.

2. Просвет трубы остается с обеих сторон открытым, что исключает возможность образования гидросальпинкса и других изменений в оставшейся части трубы. Функция Фаллопиевых труб в отношении перистальтики и деятельности мерцательного эпителия сохраняется.

3. При желании женщины вновь беременеть, возможна пересадка освеженных отрезков здоровой трубы в полость матки по способу проф. Кипарского (случай Елкина).

#### Способ проф. Липмана

Моменты:	1-й	} как при способе проф. Кипарского
	2-й	
	3-й	
	4-й	
	5-й	

6. Оператор сильно оттягивает матку за держалку в правую сторону и передает ее ассистенту.

7. Тонким скальпелем по ходу трубы проводят продольный разрез, рассекающий только серозу трубы. Разрез проводится несколько отступя от трубного угла по серозе перешеечного отдела длиной в 1—2 см.

8. Двумя зажимами Пеана (кохера обычно рвут тонкие листки мезосальпинкса) захватываются оба края разреза брюшины.

9. Тупым путем (закрытыми куперовскими ножницами) отделяют со всех сторон трубу от переднего и заднего листков мезосальпинкса.

10. Обнаженная от серозных покровов часть трубы в пределах разреза резецируется без перевязки культи (рис. 101a).

Примечание. При указанном изолировании высепарованной трубы *arter. tubaria* не ранится.

11. Тонкой круглой иглой накладываются на серозу непрерывный или узловый тонкие швы по типу лембертовского (серо-серозного) шва.

Примечание. Зашивая расщеп листков широкой связки (*mesosalpinx'a*) по типу лембертовского шва, оба края разреза заворачивают в канал, получившийся между листками мезосальпинкса после резекции трубы, так что серозные оболочки прилегают друг к другу и, замыкая просвет канала, изолируют просветы проксимального и дистального концов перерезанной трубы (рис. 101b).

12. Спереди назад накладывается матрацный шов через тяж, образовавшийся из зашитых переднего и заднего листков мезосальпинкса (рис. 101c).

Примечание 1. Этим швом останавливается кровотечение из мельчайших веточек *arter. tubariae*.

Примечание 2. Наша клиника считает перемышку, образованную склеившимися листками мезосальпинкса, не всегда надежной, так как листки мезосальпинкса вследствие тонкости часто рвутся, и мы поэтому накладываем на высепарованную часть трубы два тонких шелковых шва у краев разреза и резецируем часть трубы между наложенными лигатурами.

Примечание 3. Операцию Липмана мы применяли раньше. В нашей клинике в настоящее время мы применяем исключительно способ профессора Кипарского.

### Стерилизация по Madlener'y

Моменты:	1-й	} как при способе проф. Кипарского
	2-й	
	3-й	
	4-й	
	5-й	
	6-й	

7. В средней части Фаллопиевой трубы накладываются два специальные пинцета на подобие ангиотриба на расстоянии 2-х см друг от друга. Наложёнными пинцетами труба разможается. Рис. 102а изображает места, где труба разможена.

Примечание. Мы неоднократно пользовались при отсутствии специальных пинцетов—обыкновенными надёжными зажимами Кохера.

8. Под трубой через mesosalpinx между наложенными пинцетами проводится двойная лигатура.

9. У ушка иголки двойная нить перерезывается. Обе нитки перекрещиваются и ложатся в бороздки разможенных участков трубы (рис. 102b).

10. Каждая нитка после перерезки завязывается в отдельности, кроме того обе нитки перевязываются (рис. 103).

Примечание 1. Надёжная непроходимость трубы, по мнению автора этой операции, получается благодаря разможению трубы в двух местах и перевязке этих участков перекрещивающимися нитками.

Примечание 2. Техника операции действительно проста, но остающаяся без питания культя, глухое закрытие трубы в двух местах—заставляют несколько осторожно относиться к этой операции. Даже сторонники этой операции (д-р Яковлев и др.) отмечают инфильтрацию и болезненность на месте омертвевшей петли трубы.

### Брюшностеночное удаление матки с придатками. *Exstirpatio uteri totalis cum salpingo-oophorectomia bilaterale per abdomen*

Для полного удаления матки с придатками с целью обеспечения надёжного гемостаза и минимальной потери крови во время операции—нужно наложить по три пары зажимов Кохера с каждой стороны на arter. uterina, arteria ovaria и arter. lig. rotundi.

#### Техника операции

Подготовка больной к операции, дезинфекция, вскрытие брюшной полости по средней линии, положение больной, введение зеркала-угловика или самодержащегося зеркала Коллена, отстранение сальника и кишек, закладывание компрессов производится по способам, описанным выше на стр. 51—64.



Рис. 102. Стерилизация по Madlener'у. Моменты 7 и 9.

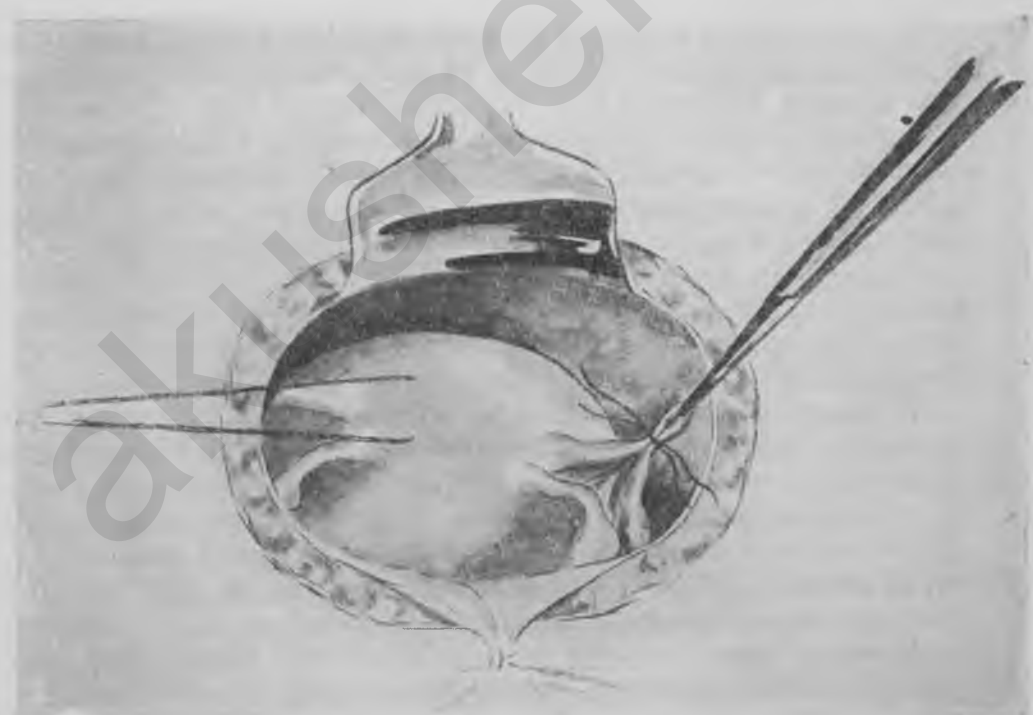


Рис. 103. Стерилизация по Madlener'у. Момент 10.

1. Матка захватывается крепким двузубцем и выводится из брюшной полости.

2. Выведенная опухоль, гесп. матка, оттягивается сильно в правую сторону и передается для держания ассистенту.

3. Два зажима Кохера накладываются на круглую связку слева, один на маточный конец, другой на 1 см отступя от первого. Между наложенными кохерами связка перерезается.

4. Оператор левой рукой отводит вверх *lig. infund. pelvic.* слева (чтобы не захватить мочеточника) и накладывает на нее под прямым углом два кохера, один на сосудистый пучок *art. и ven. ovarica* (подальше от мочеточника), другой — медиально от первого. Ткань между зажимами рассекается ножницами не близко у первого зажима, чтобы не соскользнула лигатура.

5. Далее — разрез широкой связки непосредственно под придатками продолжается до ребра матки без наложения зажимов.

Примечание. Подробное описание 1, 2, 3, 4 и 5 моментов смотри на стр. 97.

6. Опухоль, гесп. матка, оттягивается сильно в правую сторону и передается для держания ассистенту.

7. Оператор продельвает слева все указанное в 3, 4 и 5 моментах.

8. Лапчатым пинцетом захватывается *plicae vesico uterina* у внутреннего зева, где она подвижна. Куперовскими ножницами, направленными вогнутой поверхностью к шейке матки, она рассекается посредине. Далее ножницами продолжают разрез в боковые стороны полукругом по направлению к культиям круглых связок.

Примечание. При продолжении разреза *plicae* по направлению к круглым связкам необходимо все время приподнимать край брюшины и резать ее на глаз, чтобы не поранить пузырь.

9. Мочевой пузырь тупо тупфером, захваченным корнцангом, отодвигается вниз на 2—3 см ниже прикрепления сводов влагалища. Также тупо отодвигается вниз по ребру матки остаток клетчатки широкой связки и *lig. rotundi* с обеих сторон, чем обнажаются сосудистые пучки.

10. На *arter. и vena uterinae* с обеих сторон на уровне перехода горизонтальной части *arter. uterinae* в восходящую, перпендикулярно к ней, накладываются два зажима Кохера, отстоящие друг от друга на 1—1½ см.

11. Между наложенными зажимами с обеих сторон сосудистые пучки рассекаются куперовскими ножницами, обращенными вогнутой поверхностью к шейке матки. Рассекать ткань нужно ближе к вышележащему кохеру.

Примечание. При рассечении сосудистых пучков *art. et ven. uteri* нужно подсесть клетчатку ножницами несколько ближе к шейке под кохером для того, чтобы захваченные культи *arter. uterinae*, подлежащие перевязке, сделались подвижными и удобными для наложения швов. Для этой же цели следует зажатые кохерами культи *arter. uterin.* отодвинуть несколько в сторону от шейки матки тупо тупферами, захваченными корнцангами (рис. 104). Хотя с боков шейки мочевой пузырь смещен вниз, тем не менее при неосторожности может быть случайно захвачен мочеточник, который в этой области перекрещивается с *art. ut.*

12. Матка отсекается от сводов и удаляется следующим образом (рис. 105).

а) Двухзубцем Дуайена или штопором, наложенным на тело матки, г е р. опухоль, последняя оператором сильно натягивается вверх и передается ассистенту.

б) Оператор левой рукой спереди, а правой сзади — прощупывает через передний и задний дуглас конец влагалищной части шейки матки

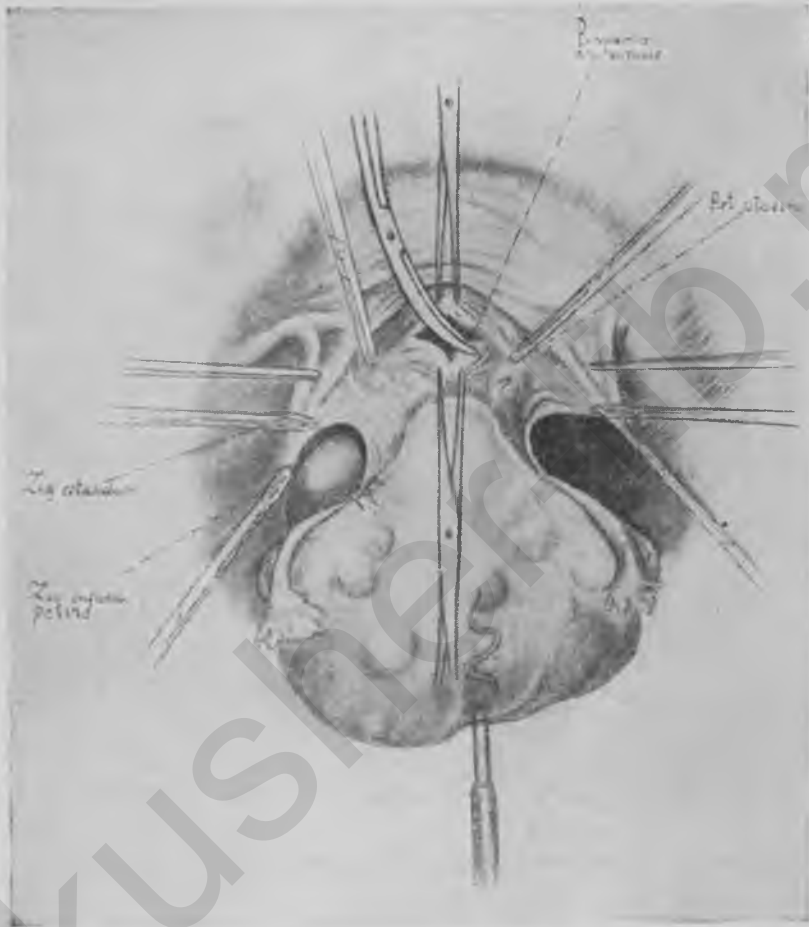


Рис. 104. Брюшностеночное удаление матки с придатками. Момент 11.

в) На 2—3 см ниже прикрепления сводов на переднюю стенку влагалища по середине накладывают два зажима Кохера, отступя на 2 см друг от друга и натягивают кверху и кпереди.

г) Между натянутыми кохерами передняя стенка влагалища вскрывается куперовскими ножницами, направленными вогнутой поверхностью к своду и почти перпендикулярно к нему. Разрез нужно делать крепким ударом ножниц.

д) Дистальный край перерезанного свода захватывается длинным зажимом Кохера, а проксимальный край вместе с передней губой влагалищной части шейки матки захватывается двухзубцем и вытягивается на себя оператором из разреза свода.



13. Во избежание занесения инфекции со стороны влагалища нужно сейчас же по вскрытии влагалища ввести со стороны брюшной полости анатомическим пинцетом марлевый длинный тампон во влагалище.

14. Далее, подтягивая двузубцем *portio vaginalis uteri*, матку постепенно циркулярно отсекают ножницами от сводов и клетчатки и удаляют вместе с придатками. Когда оператор постепенно отсекает

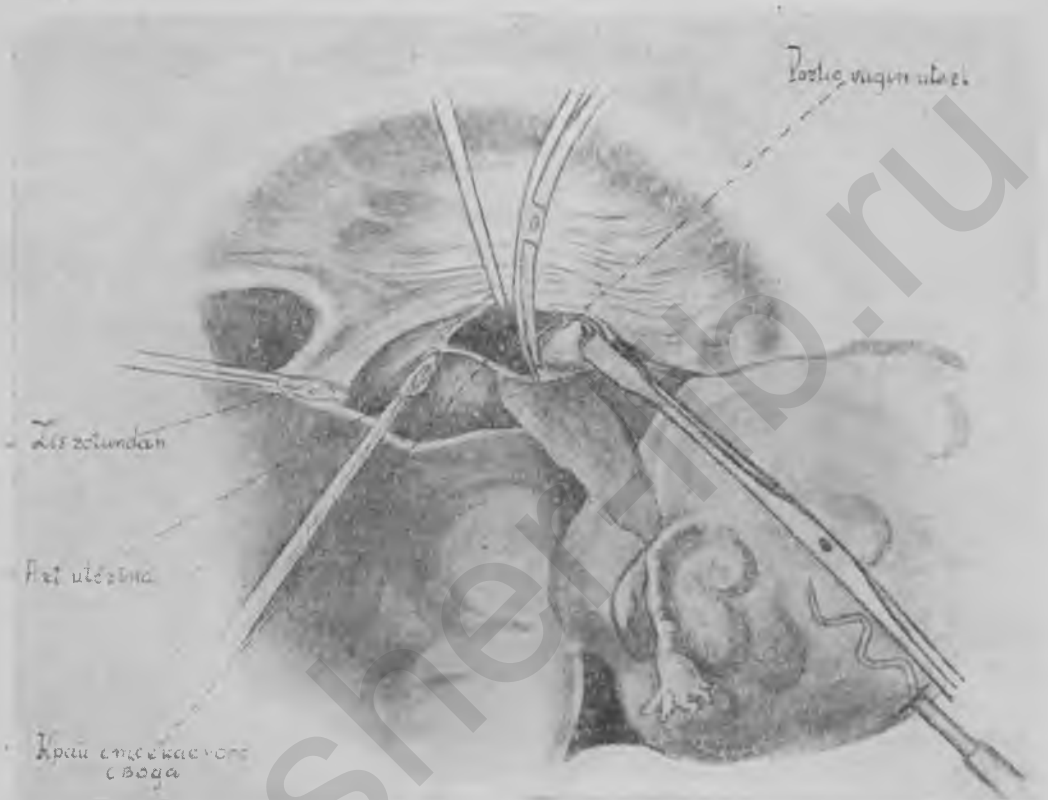


Рис. 105. Брюшностеночное удаление матки с придатками. Момент 12 и 14.

матку, ассистент должен перехватывать края стенок влагалища длинными зажимами Кохера (рис. 105).

15. Края раны влагалища приторачиваются узловыми кэтгутowymi швами к краям брюшины переднего и заднего дугласа. Лигатуры не срезаются, а берутся на зажим Кохера (рис. 106).

Примечание. Вариант. Переднюю и заднюю стенку влагалища мы зашиваем таким образом, чтобы иглой не прокалывать насквозь самую стенку (инфекция), а делаем вкол со стороны задней паравагинальной клетчатки на 1 см от края разреза и выкальваем недалеко от последнего. Далее той же иглой делаем вкол у самого края разреза передней стенки влагалища в паравезикальную клетчатку с выколом на 1 см от края через последнюю. Такой способ зашивания дает возможность вернуть края разреза стенок влагалища в его просвет, а со стороны брюшной полости получается широкое и плотное сближение паравезикальной клетчатки с параректальной (рис. 106). Обе крестцово-маточные связки перевязывают, если из них кровоточит.

16. После зашивания влагалища с обеих сторон перевязываются *arter. uter.*, *lig. infund. pelv.* и *lig. rotundum*.

17. Края переднего и заднего листков широкой связки захватываются зажимами Кохера и производится перитонизация от *lig. infund. pelvis* с одной стороны к *lig. infundib. pelv.* другой, как при надвлагалищной ампутации матки (см. рис. 85). Для упрощения и ускорения перито-

Зашивание влагалища  
узловыми кетгуттовыми  
швами

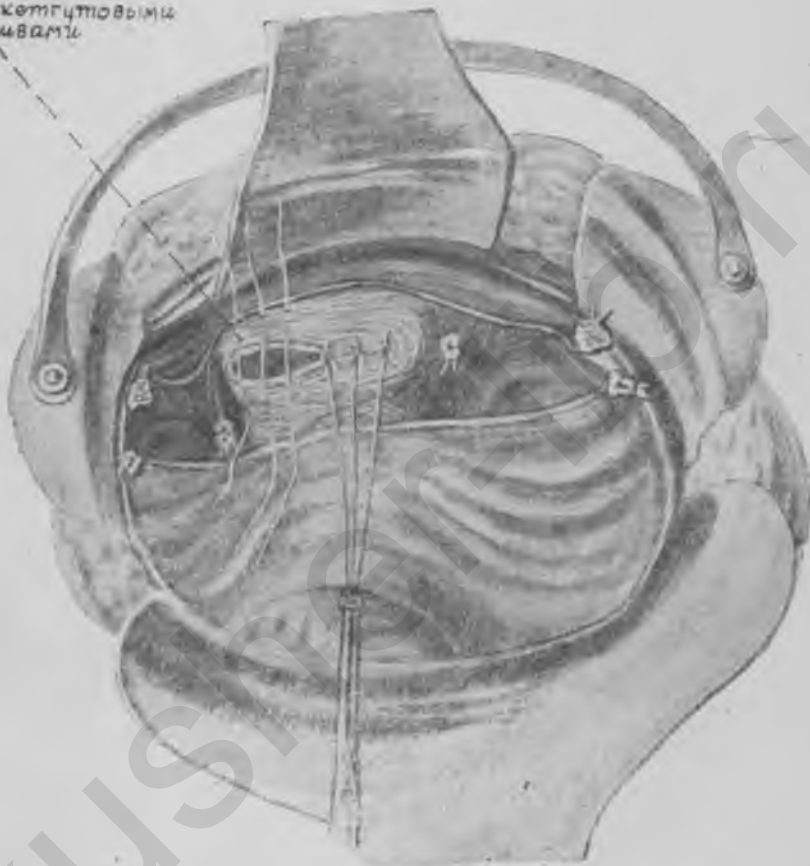


Рис. 106. Полное брюшностеночное удаление матки с придатками.  
Момент 15 и прим.

низации обвивным швом захватывают брюшину латерально между культей *lig. inf. pelvis* и круглой связкой с обеих сторон (рис. 107).

18. Закрытие брюшной полости описано выше (см. стр. 51—64). Вводится влагалищный тампон из иодоформной марли на двое суток.

Примечание. При простом брюшностеночном удалении матки с оставлением придатков с обеих сторон все моменты операции производятся как описано выше с той разницей, что вместо *lig. inf. pelv.* с обеих сторон перерезаются, перевязываются и тупо отодвигаются вниз маточные концы труб и *lig. ovar. propr.*

**Влагалищное кесарское сечение по способу Дюрсена — Бумма (Dührssen—  
Bumm) или *Hysterotomia anterior vaginalis***

Кесарское сечение по Дюрсену (Dührssen) применяется в конце беременности или в периоде раскрытия при целом ряде акушерских показа-



Рис. 107. Полное брюшиностеночное удаление матки с придатками. Момент 17.

ний. До 6-го месяца беременности мы предпочитаем операцию Heinsius'a. Путем *Hysterotomia anterior* удается удалять субмукозные миомы, если они низко расположены.

## Техника операции

1) Влагалищная часть шейки матки обнажается широкими акушерскими зеркалами.

2) Передняя губа захватывается по краям двумя парами двузубцев или длинными зажимами Кохера и низводится вниз ко входу.



Рис. 108. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 3.

3) По средней линии прямыми ножницами рассекают переднюю губу начиная от наружного зева сверху до пузырьной складки (рис. 108).

4) Начиная в 2—3 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала скальпелем проводится срединный разрез только по слизистой передней стенки влагалища до области пузырьной складки (рис. 109).

5) Пузырь отодвигается тупо вверх, и обнажается *plica vesic. uter.*, которая тоже тупо отодвигается, как можно выше по средней линии (рис. 110).



Рис. 109. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 4.

6) Отодвинутый мочевой пузырь вместе со складкой брюшины переднего дугласа поддерживается ассистентом широким акушерским подъемником.

7) Продолжают разрез по средней линии по стенке матки, заходя вверх за внутренний зев до отсепарованной *plicae vesic. uter.* (для свободного прохождения головки), перехватывая края разреза стенок матки все выше и выше двузубцами или зажимами (рис. 111).

8) Иногда разрез передней стенки матки оказывается недостаточным и края разреза не подтягиваются, в таком случае допустимо дополнительно следующее:

а) Разрезается вверх по средней линии задняя стенка матки.



Рис. 110. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 5.

- б) Отодвигается складка брюшины заднего дугласа.
- в) Продолжается разрез вверх по средней линии задней стенки матки без вскрытия, однако, заднего дугласового пространства.
- г) Снимаются пулевые щипцы с шейки матки. Удаляются зеркала.
- 9) Делается поворот на ножку. Удаляются плод и послед.
- 10) Зашивается узловыми кэтгутowymi швами мышца задней стенки, если она была разрезана.
- 11) Поверх первого этажа швов накладывают непрерывный кэтгутый шов или узловые кэтгутые швы на слизистую задней стенки влагалища, подхватывая мышцу задней стенки матки.

12) Таким же способом в два этажа зашивают разрезанную переднюю стенку матки (рис. 112, 113).

Примечание 1. При зашивании передней стенки матки необходимо пулевыми щипцами подтянуть книзу края разреза и подъем-

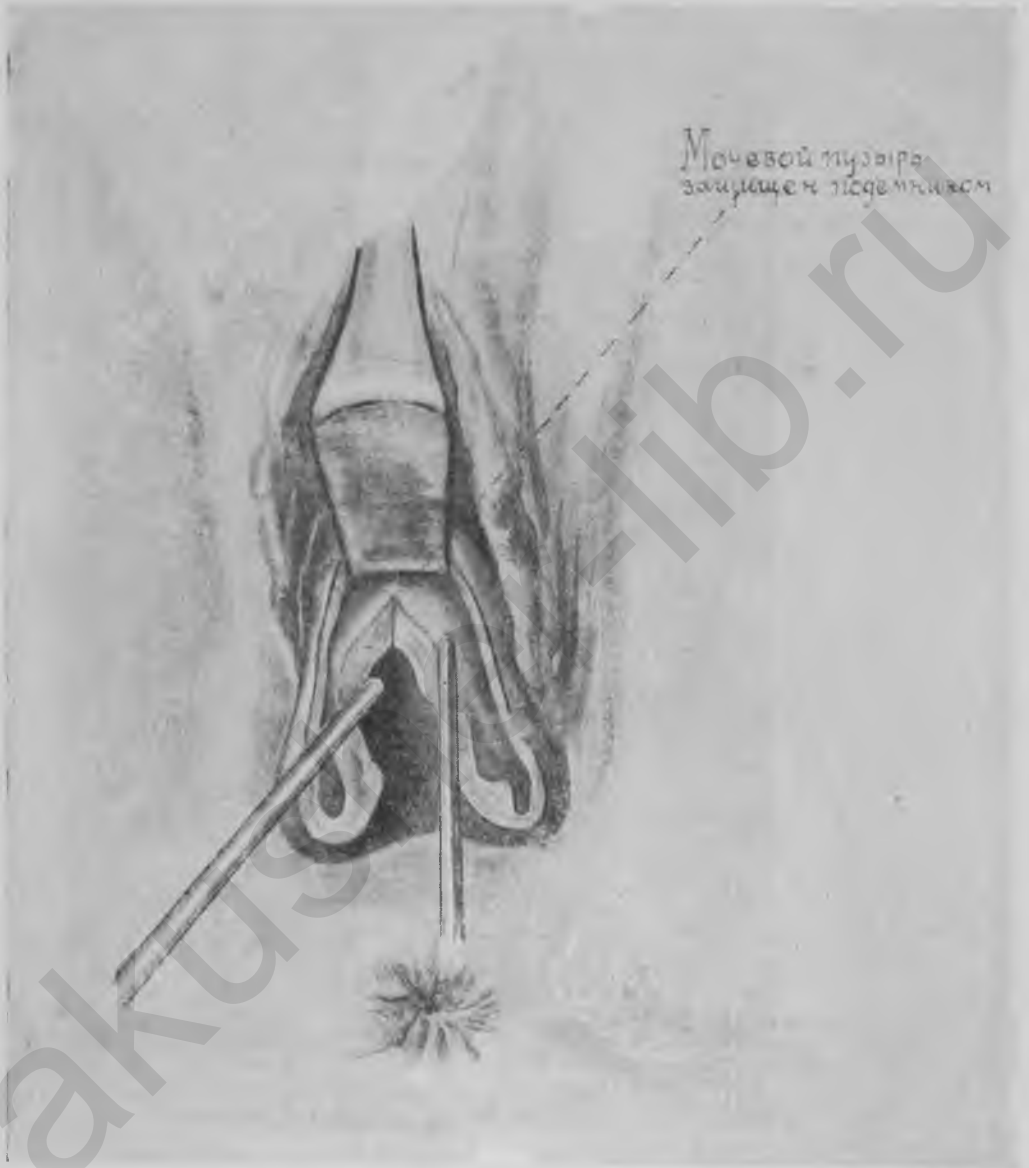


Рис. 111. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 6 и 7.

ником поднять мочевой пузырь, причем становится хорошо видимым верхний угол разреза.

Примечание 2. При зашивании разреза стенки матки необходимо в самом начале предварительно наложить 3—4 съемных шелковых шва через слизистую влагалища и мышцы матки (не прихватывая ее слизистой), которые завязываются после наложения и завязывания двухэтажных кэтгутовых швов.

13) Если *hysterotomia anterior* производится по поводу влагалищной консервативной субмукозной миомэктомии, то после отслойки брюшины *plicae vesicae uterinae* и рассечения передней стенки матки до

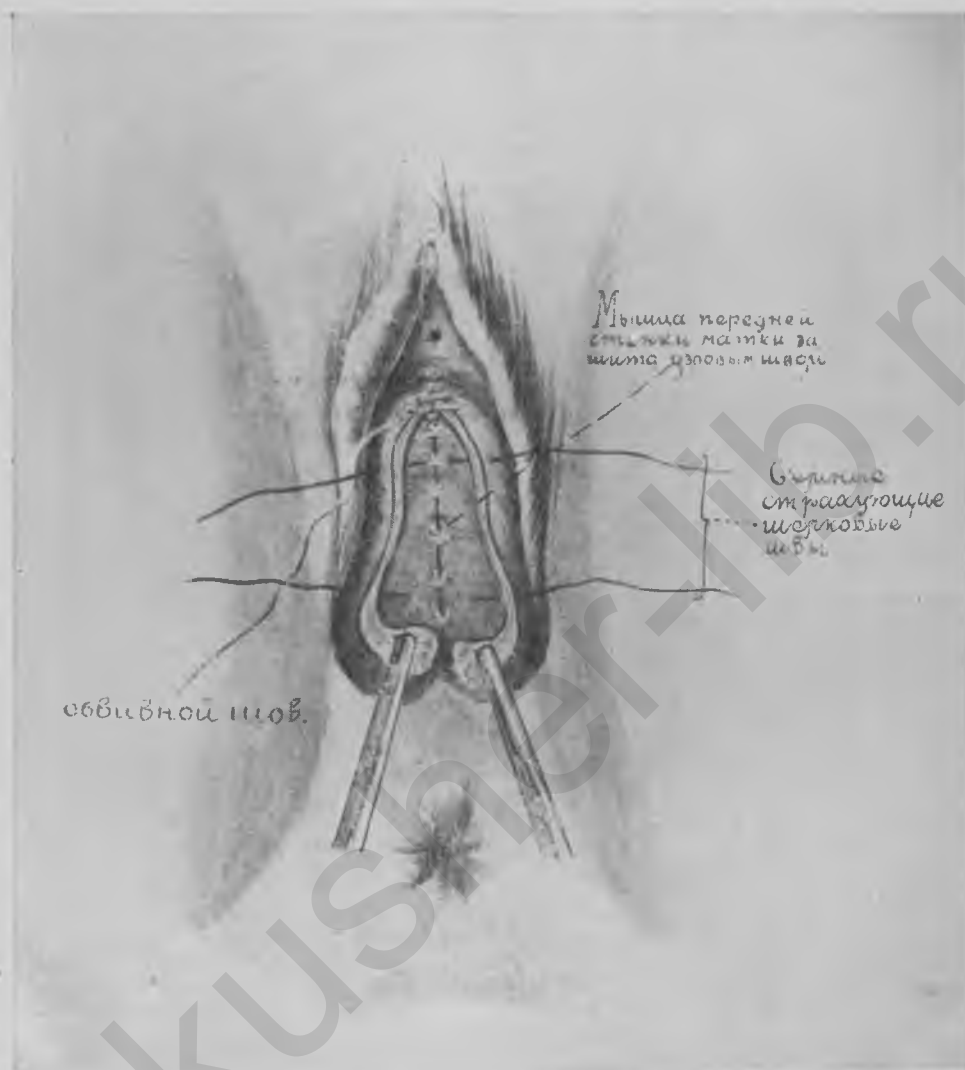


Рис. 112. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 12.

отслоенной *plicae*, миома захватывается двузубцами и тупо вылуцается. Конец операции см. выше стр. 135. При возможном кровотечении полость матки тампонируется иодоформной марлей.

### Влагалищно-кесарское сечение по способу Гейнзиуса (Heinsius'a)

#### Общие замечания

а) Способ Гейнзиуса мы применяем при беременности в 4—5—6 месяцев. Способ Гейнзиуса применяется в гинекологии при удалении субмукозных узлов (проф. Кипарский).



б) Способ Нейсина в отношении заживления раны нижнего сегмента и шейки матки дает лучшие результаты, чем способ Дюрсена (Dürssen), при котором вся шейка разрезается до наружного зева включительно.



Рис. 113. Влагалищное кесарское сечение по Дюрсену. Момент 12.

### Техника операции

1. После соответствующей дезинфекции *portio vaginalis uteri* обнажается зеркалами и захватывается пулевыми щипцами.

2. На слизистой передней стенки влагалища на 2—3 см ниже отверстия уретры по середине делается продольный разрез или поперечный штрассмановский на уровне пузырной складки (рис. 114 и 115).

3. Мочевой пузырь тупо отсепаровывают от шейки матки, *plica vesico-uterina* отсепаровывают от нижнего сегмента матки по возмож-

ности выше и, оттеснив их подъемником, передают последний для держания ассистенту (рис. 116).

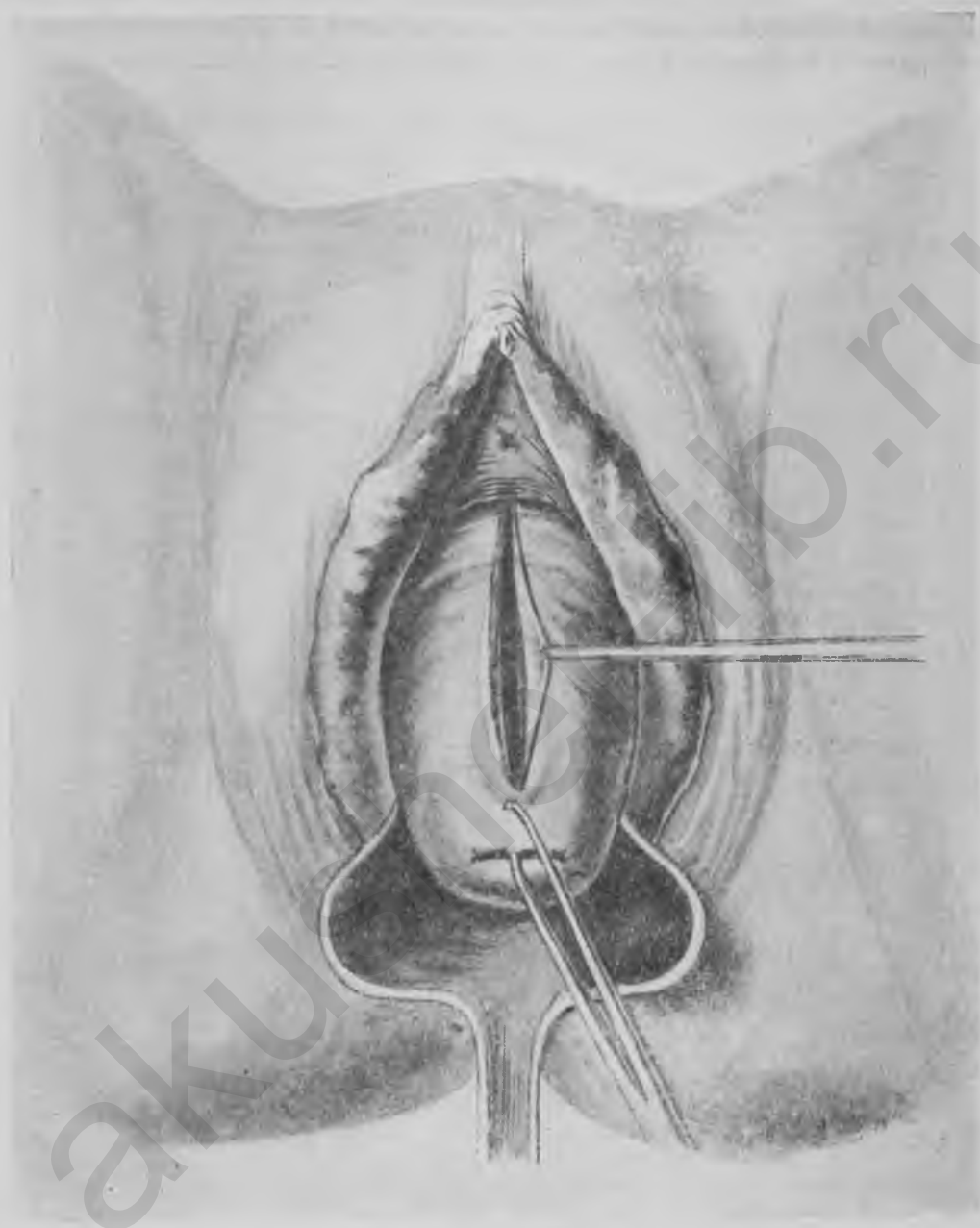


Рис. 114. Влагалищное кесарское сечение по Heinsiusy. Момент 2.

4. По середине обнаженной поверхности нижнего сегмента матки и части шейки производится продольный разрез, не доходящий на  $2-2\frac{1}{2}$  см до наружного зева шейки (рис. 116).

Примечание. Весьма целесообразен совет ввести в канал расширитель Гегара и, выпячивая им стенку нижнего сегмента, делать по нему разрез.

5. Разрез увеличивается вверх по направлению ко дну матки прямыми ножницами (не вскрывая *plcae vesico-uterinae*) под контролем пальца, введенного в полость матки через сделанное ножом отверстие. Через разрез должно свободно проходить в полость матки не менее двух пальцев, сообразно с величиной плода.



Рис. 115. Влагалищное кесарское сечение по Heinsius'у (разрез по Strassmann'у). Момент 2.

6. Снимаются пулевые щипцы, удаляются зеркала, и оператор введенными через разрез в полость матки двумя пальцами делает поворот на ножку и извлекает плод до головки.

7. При большой головке оператор вскрывает ножом основание черепа и удаляет весь мозг кюреткой, введенной в полость черепа.

Примечание. Необходимо тщательно удалить мозг, так как иначе головка не спадается и при ее извлечении не может пройти через сделанный разрез и отрывается от туловища.

8. Спавшаяся головка извлекается.

9. Послед удаляется по Сгедé.

Примечание. Иногда приходится удалять послед пальцами и, при подозрении на задержку частей яйца в полости матки, надо проверить полость тупой кюреткой.



Рис. 116. Влагалищное кесарское сечение по Heinsius'у (разрез по Strassmann'у)  
Момент 3 и 4.

10. Шейка снова захватывается пулевыми щипцами и оттягивается книзу.

11. Края раны матки захватываются кохерами ближе к верхнему углу разреза, и при оттягивании их книзу, хорошо обнажается вершина разреза.

12. Накладывают ряд узловых кэтутовых швов на мышцу передней стенки матки, начиная с вершины, не касаясь слизистой полости, каждый в отдельности завязывается сейчас же по мере наложения и коротко срезается.

13. Затем накладывается непрерывный кэтгутовый шов на слизистую влагалища, причем у вершины разреза подхватывается не мышца стенки матки, а предпузырная клетчатка. Далее—ниже расположения пузыря



Рис. 117. Влагалищное кесарское сечение по Heinsius'у. Момент 13.  
Прим. 1 и 3.

подхватывается непрерывным швом и мышца передней стенки нижнего сегмента матки (рис. 117).

Примечание 1. Если разрез слизистой влагалища сделан по Штрассману полукруглый, то края слизистой влагалища соединяются узловыми кэтгутовыми швами.

Примечание 2. Для лучшего заживления раны нижнего сегмента матки, мы советуем зашивать слизистую влагалища узловыми шелковыми съемными швами, подхватывая ими ниже расположения пузыря мышцу стенки нижнего сегмента и шейки, или же зашивать, как указано в моменте 13, но тогда перед наложением кэтгутовых швов провести два узловых шелковых съемных страхующих шва через слизистую влагалища и завязать их после завязывания кэтгутовых швов. Швы не захватывают слизистой матки.

Примечание 3. Во избежание образования гематомы в предпузырную клетчатку (при операции по Штрассману) и для лучшего заживления краев последней следует по бокам раны дренировать двумя полосками марли (рис. 117).

Примечание 4. По указанному способу влагалищного кесарского сечения можно удалить и субмукозную миому (проф. Кипарский).

### Консервативная миомэктомия

Консервативная миомэктомия по поводу фибромиомы производится в молодом возрасте с целью сохранения детородной и менструальной функций. Оперативное вмешательство зависит от расположения опухоли если узлы расположены подбрюшинно или интерстициально поверхностно, то даже при их относительной множественности можно поступить консервативно.

Если узел расположен субмукозно, то тоже допустима консервативная миомэктомия, если к удалению *per vaginam* имеются противопоказания (нерожавшая женщина или рубцовые изменения во влагалище).

Техника операции удаления узлов зависит от расположения их.

I. Если узлы соединены с маткой ножкой, то поступают следующим образом: матка с узлом выводится из брюшной полости, причем узел захватывается двузубцем.

1. По краю ножки на опухоли делается круговой разрез, и опухоль удаляется путем ее вылушения.

2. Ложе зашивается узловыми кэтгутовыми швами.

3. Поверх первого этажа узловых швов накладывается непрерывный кэтгутовый шов по типу Лемберта (серо-серозный шов).

II. Если узлы расположены интерстициально (рис. 118), то делается продольный разрез стенки матки над узлом параллельно мышечным волокнам. Узел захватывается двузубцем или штопором и частично тупо, частично куперовскими ножницами вылушивается из своего ложа — капсулы. При вылушивании стараются полость матки не вскрывать (рис. 119).

1. Накладываются 1, 2, 3 ряда погружных узловых кэтгутовых швов под все ложе. Гемостаз должен быть тщательный (рис. 120).

2. Края раны стенки матки соединяются узловыми кэтгутовыми швами (рис. 121).

3. Последним накладывается непрерывный кэтгутовый шов по типу лембертовского (рис. 122).



Рис. 118. Консервативная миомэктомия. Момент 1.

4. Если узлы расположены субмукозно, то техника операции такая же, как и при интерстициальном расположении узлов с той только разницей, что нужно тонким кэтгутом зашить подслизистую (швы не



Рис. 119. Консервативная миомэктомия. Момент 2.

должны проходить через слизистую) полости матки, если она была вскрыта во время вылушивания узла.

Примечание 1. Миомы, расположенные в полости матки, удаляются *per vaginam* (если к этому нет особых противопока-



заний), даже, если они расположены высоко у дна матки на широкой ножке.

Хороший доступ к подслизистым опухолям получается, если делать *hysterotomia anterior* или *posterior* или прибегать, по предложе-



Рис. 120. Консервативная миомэктомия. Раздел II. Момент 1.

нию проф. Кипарского, к вышеописанной операции *Hysterotomia anterior modo Heinsius*.

Примечание 2. При субсерозных или интрамурально расположенных небольших узлах производится передняя или задняя *Colpotomia* со вскрытием брюшной полости (*Colpocoeliotomia*), и узлы удаляются по типу консервативной миомэктомии, следовательно с сохранением матки.

**Консервативные операции на яичниках**

Современные знания о значении функции яичника для всего организма создали новое направление в гинекологии в сторону максимального кон-



Рис. 121. Консервативная миомэктомия. Момент 2.

серватизма при хирургическом лечении опухолей и других заболеваний яичников.

Клинический опыт показывает, что, сохраняя во время операции даже небольшую часть яичников, женщина сохраняет свой менструальный и

овариальный цикл, возможность беременеть, а в случаях, где удаляется матка, а яичники оставлены, не наступают тяжелые явления выпадения, которые обычно бывают после удаления обоих яичников.

Резекция яичника возможна при кистах желтого тела, при кистах отдельных фолликулов, ретенционных образованиях и т. д. Вылущение из

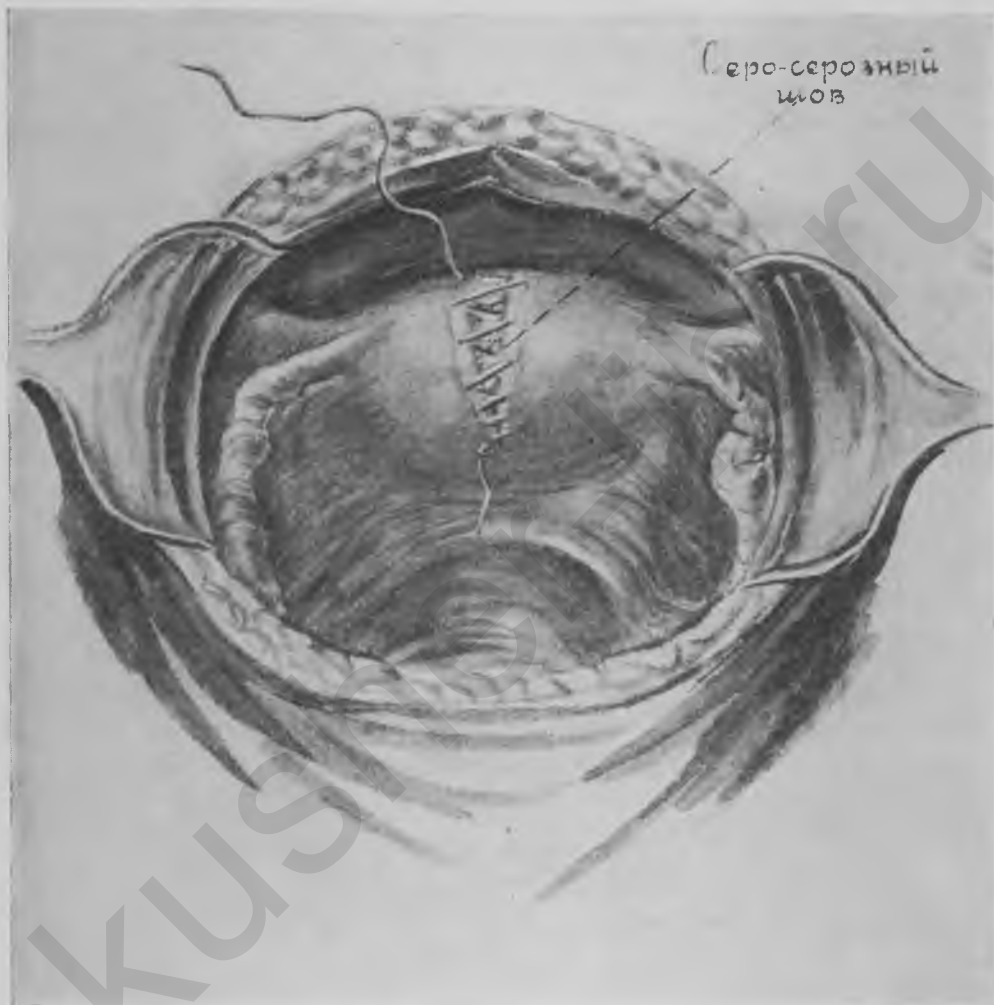


Рис. 122. Консервативная миомэктомия. Момент 3.

паренхимы яичника других кистовидных опухолей, например, пролиферирующих кистом (особенно у молодых женщин) допускается в периоде их доброкачественности, поскольку имеется уверенность в их радикальном удалении и в сохранении здорового участка функционирующих яичников.

1. Если киста небольшая, то она или вылущивается или иссекается клиновидным разрезом из паренхимы яичника, а оставшееся ложе зашивается двумя этажами тонких кэтгутовых швов (рис. 123):

а) глубокими узловыми тонкими кэтгутовыми швами—эти швы проходят через все ложе;

б) поверхностными узловыми тонкими кэтгутовыми швами.

II. Если киста достигла больших размеров, а здоровая ткань яичника частично распластана по поверхности кисты, то следует сделать надрез (осторожно, чтобы не вскрыть капсулы кисты) по поверхности кисты. Края разреза захватывают клеммами Пеана и кисту тупо вылуцчивают. Распластанную ткань яичника скручивают (в виде сигары) и прошивают узловым кэтгутом.

III. При кистах, расположенных между листками широкой связки (напр. пареоовариальных), разрезается брюшина по поверхности кисты. Края брюшины листков широкой связки захватывают зажимами и кисту тупо вылуцчивают из ложа. Яичник сохраняется. Края брюшины листков широкой связки соединяются непрерывным кэтгутовым швом по типу перитонизации. Для получения тщательного гемостаза в глубине ложа следует отдельно перевязать сосуды или подхватывать при перитонизации клетчатку дна ложа. При избытке брюшины листков широкой связки следует частично этот избыток срезать.

IV. Если киста достигла больших размеров, то делается небольшой разрез между лоном и пупком. Брюшная полость отгораживается компрессами и содержимое кисты выпускается троакаром (см. рис. 81-а). После опорожнения кисты, последняя выводится из брюшной полости наружу обычно Nélatoном. Если у ножки кисты сохранился участок здорового яичника, то можно поступить тоже консервативно, как описано выше (II).



Рис. 123. Резекция яичника. Момент 1.

### Пробная пункция через задний свод, как диагностический прием при внематочной беременности

Мы применяем пробную пункцию через задний свод в сложных, неясных случаях внематочной беременности.

Опасения некоторых авторов, что при пробной пункции можно поранить сосуды, мочеточники, кишки или занести инфекцию, хотя и могут иметь место, но только при неправильной технике.

На сравнительно большом материале нашей клиники (около 250 пункций на 650 случаев внематочной беременности) мы ни разу не имели указанных осложнений после пункции.

Необходимо: 1) дезинфицировать наружные половые органы и влагалище как перед влагалищными операциями, 2) соблюдать нижеприведенную технику, 3) по времени и месту пробная пункция должна производиться при условиях, при которых возможно немедленное чревосечение, если прокол подтвердит диагноз внематочной беременности.

### Техника пробной пункции

1) Во влагалище вводят указательный и средний пальцы левой руки и их устанавливают между крестцово-маточными связками, одновременно отдавливая ими промежность кзади.



Рис. 124. Пробная пункция по пальцам.

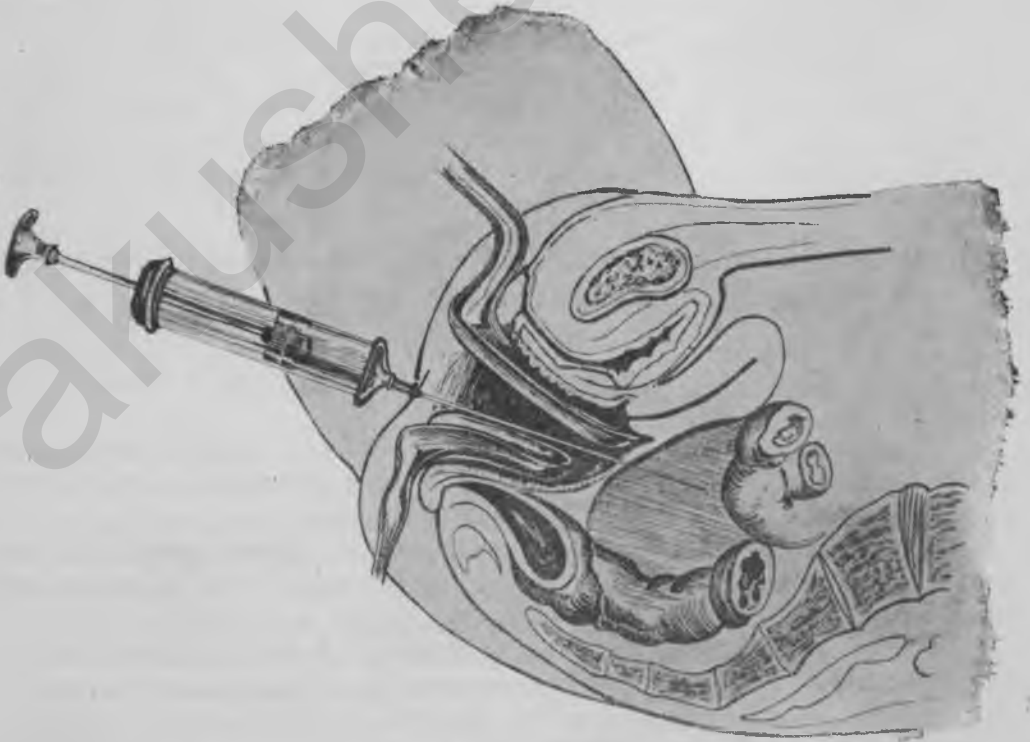


Рис. 125. Момент 2. Пробная пункция на зеркалах.

2) Правой рукой по введенным во влагалище пальцам левой руки проводится полая длинная игла (рис. 124), насаженная на 5,0 Рекордовский шприц, и между крестцово-маточными связками она вкалывается снизу и сзади вверх и вперед вдоль задней стенки матки. Или пункция производится на зеркалах следующим образом: длинный подъемник подводится под заднюю губу шейки матки, и последняя отдавливается кверху и кпереди. В задний свод вводится симоновское зеркало. Полая игла вкалывается между крестцово-маточными связками (рис. 125).

**Примечание 1.** Если опухоль подвижна, то оператор со стороны брюшной стенки низводит рукой опухоль в задний дуглас, а ассистент фиксирует ее в таком положении сверху.

**Примечание 2.** Выводить иголку нужно постепенно, одновременно насаывая поршнем содержимое.<sup>4</sup>

**Примечание 3.** Пробную пункцию мы считаем положительной, если из шприца выдавливается кровь со старыми маленькими сгусточками.

3) Техника пробной пункции через задний свод остается та же и в других патологических случаях (pyosalpinx, pyoovarium, peri-, parametritis purulenta и т. д.).

## Удаление трубы. Salpingoectomy по поводу graviditas tubaria, pyosalpinx, hydrosalpinx

Дезинфекция, положение больной, вскрытие брюшной полости и т. д., по способу, изложенному на стр. 51—64.

**Примечание.** Если чревосечение делается по поводу остро прервавшейся внематочной беременности, то во избежание затекания крови под диафрагму, вскрытие брюшной полости производится в горизонтальном положении больной, и только после гемостаза и удаления жидкой крови из брюшной полости больная переводится в положение Тренделенбурга (Trendelenburg).

### Техника операции

1. Введенной в брюшную полость левой рукой оператор выводит матку и проводит лигатуру-держалку через толщу дна матки. Держалкой матка оттягивается в противоположную от удаляемой трубы сторону и передается ассистенту.

**Примечание 1.** Если речь идет об остро прервавшейся беременности и продолжающемся внутреннем кровотечении, то введенной в брюшную полость правой рукой матку выводят наружу вместе с беременной трубой и яичником, и предварительным наложением зажимов Кохера на mesosalpinx или на рог матки и lig. infund. pelvis останавливают кровотечение. Потом матку берут на держалку, и, удалив жидкую кровь компрессами, переводят больную в положение Тренделенбурга.

**Примечание 2.** Если труба оказывается в сращениях, то в зависимости от плотности или рыхлости сращений их разъединяют тупо

или ножницами. При разделении сращений нужно держаться ближе к поверхности матки и идти снизу вверх до освобождения абдоминального конца трубы, обычно сращенного с брюшиной заднего дугласа. Весьма важно также выделить трубу из сращений, связывающих ее с яичником и *lig. rotundum*.

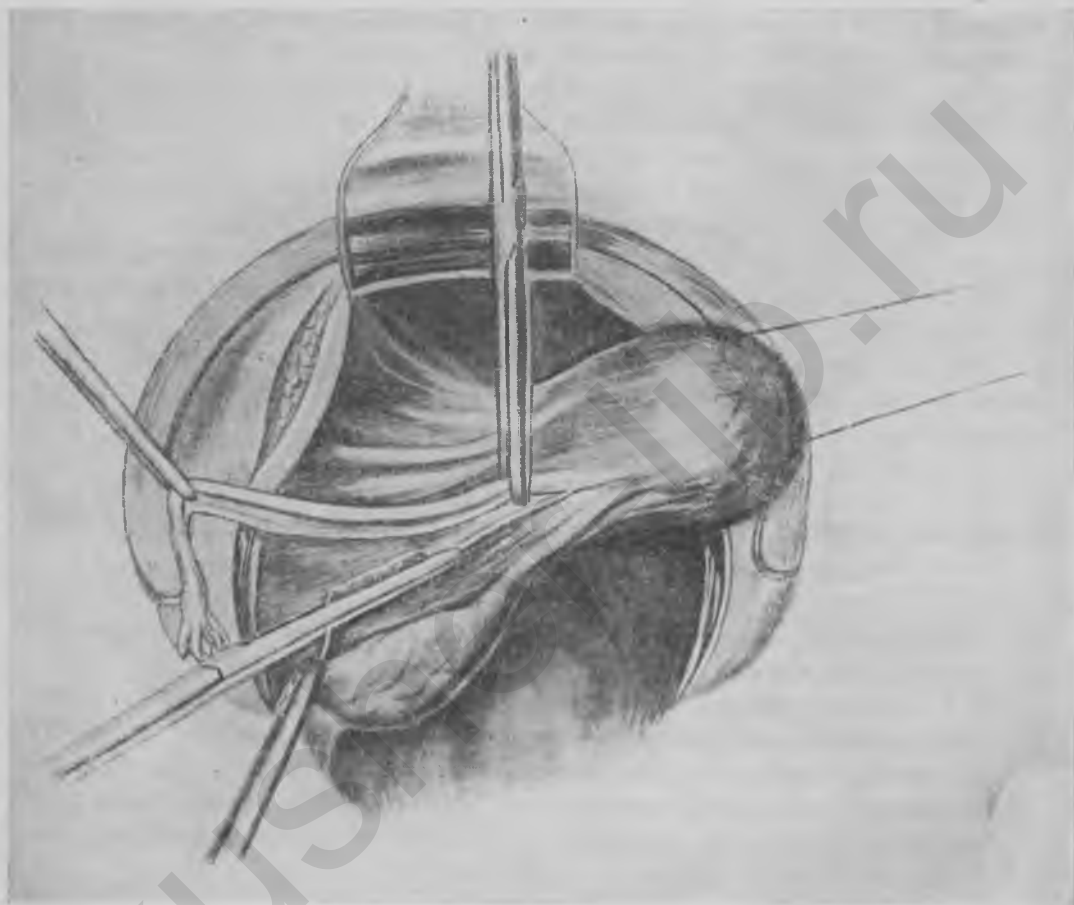


Рис. 126. Удаление трубы. Момент 2. Прим. 1.

2. Абдоминальный конец трубы приподнимается вверх пальцами левой руки или пинцетом, и накладываются два зажима Кохера на мезосальпинкс.

Примечание 1. Техника наложения указанных двух зажимов Кохера: 1-й кохер накладывается на часть мезосальпинкса у абдоминального конца трубы параллельно последней и близко от нее (чтобы больше осталось брюшины мезосальпинкса для перитонизации). Куперовскими ножницами, направленными вогнутой стороной к трубе, мезосальпинкс рассекается впереди от зажима Кохера у самой трубы. Второй зажим Кохера накладывается на мезосальпинкс, параллельно трубе, до ребра матки (в него попадает *ramus tubarius arteriae uterinae*). Мезосальпинкс пересекается поверх наложенных зажимов под самой трубой. Далее, клиновидно иссекается интраму-

ральный конец трубы по способу, указанному на стр. 123, и вся труба удаляется (рис. 126).

Примечание 2. При наложении зажима Кохера на мезосальпинкс необходимо следить за тем, чтобы не захватить спереди *lig. rotundum*, а сзади — *lig. ovarium propr.*

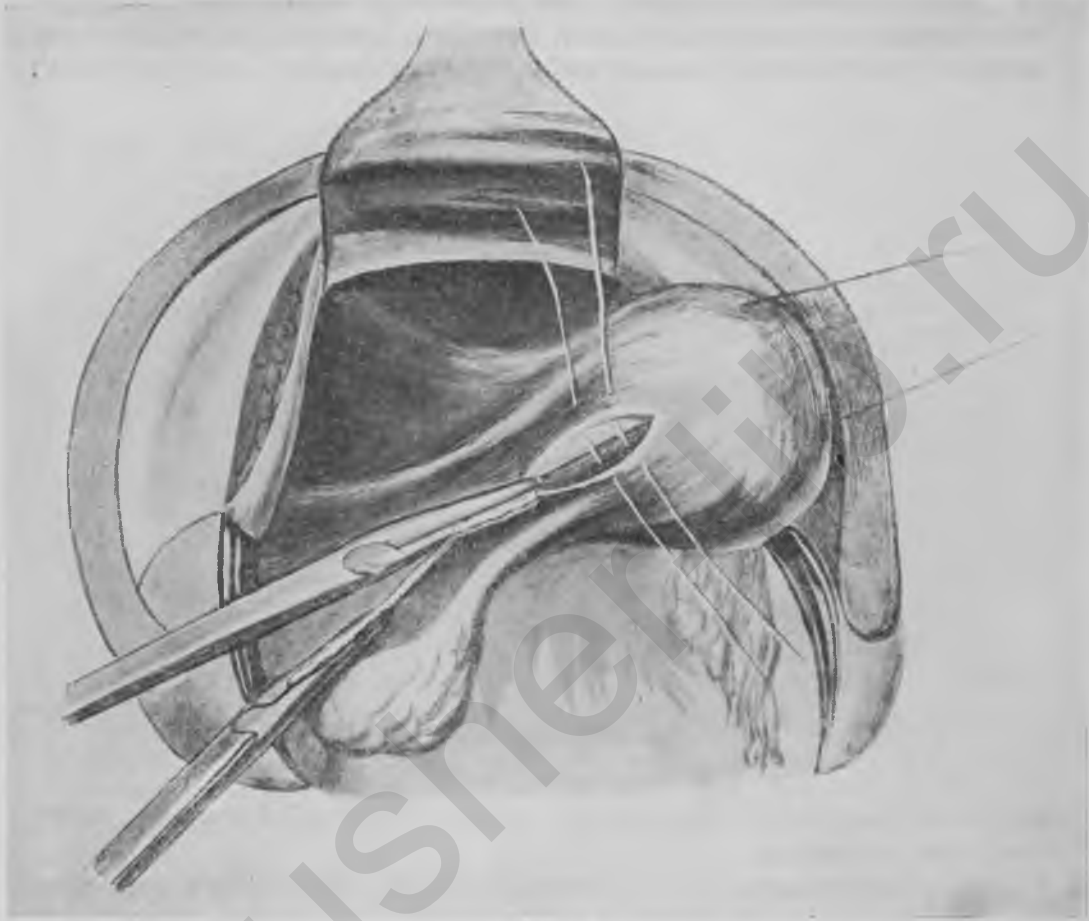


Рис. 127. Удаление трубы. Момент 3.

Примечание 3. Если вторым зажимом Кохера не захвачена *ramus tubarius arteriae uterinae* и при отсечении трубы происходит кровотечение, то нужно сосуд захватить отдельно зажимом Кохера и сейчас же перевязать.

3. На рану рога матки накладываются 2—3 узловых кэтгутовых гемостатических шва (рис. 127).

4. Культы мезосальпинкса, захваченные зажимами Кохера, обкалываются узловыми кэтгутовыми швами и завязываются.

Примечание. Техника наложения и завязывания швов культей мезосальпинкса: оператор левой рукой держит кохер с захваченной культей. Правой рукой он держит иглодержатель параллельно кохеру и иглой прокалывает спереди назад или сзади наперед всю культю по ее середине. Далее лигатура обводится сначала вокруг кончиков зажимов в виде простой петли, а потом обводится вокруг



рукояток зажимов и завязывается точно таким же образом. При затягивании оператором обведенной вокруг рукоятки лигатуры ассистент постепенно снимает зажим и сейчас же захватывает им культю, лежащую впереди завязанной лигатуры; оператор коротко срезает ножницами избыток ткани культи.

5. Перитонизацию раневой поверхности производя путем наложения непрерывного кэтгутового шва, начиная с брюшинного покрова угла матки, и далее сшивают на подобие Lembert'овского шва передний и

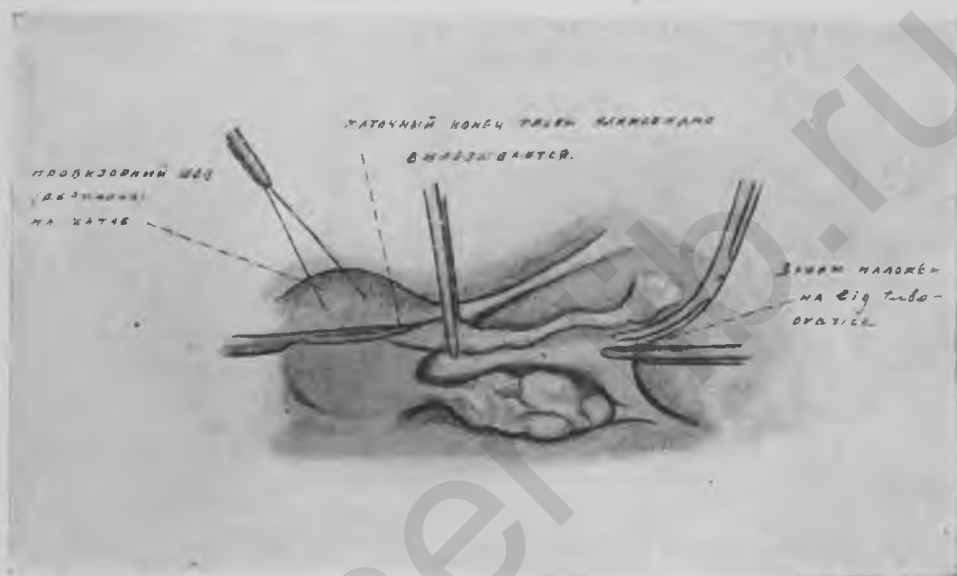


Рис. 127<sup>1</sup>. Удаление трубы.

задний листки мезосальпинкса с погружением культи. Дойдя до конца раны, шов завязывают.

Примечание 1. Если перитонизация начинается слева, то непрерывный шов начинается не с угла матки, а с культи абдоминального конца трубы.

Примечание 2. Если часть переднего или заднего лоскутов мезосальпинкса была повреждена во время разделения сращений, то приходится пользоваться для перитонизации круглой связкой.

### Замечания

1. Если операция производилась по поводу gravid. extrauterina с большим количеством крови в брюшной полости, мы перед закрытием брюшной полости тщательно, по мере возможности, удаляем все сгустки крови, во избежание образования сращений и сохранения почвы для развития инфекции.

2. Если яичник здоров, мы, как правило, его оставляем.

Если имеются показания для максимального сохранения детородной функции, то с беременной трубой, по возможности, поступаем консервативно, резецируя только беременную часть трубы, и обшиваем (см. стр. 187)

ее края. Если внематочная беременность развилась в интерстициальной части трубы, то удаляем беременную часть трубы, а дистальный конец пересаживаем в рог матки (см. стр. 188).

Более простой метод удаления трубы: кохером перехватывается *lig. tubo-ovar.*, маточный конец трубы захватывается кохером и труба прямо отсекается ножницами на всем протяжении, с рассечением мезосальпинкса под самой трубой (рис. 127, I). Кровоточащие сосуды захватываются кохерами и перевязываются. Перитонизация (рис. 127, II).

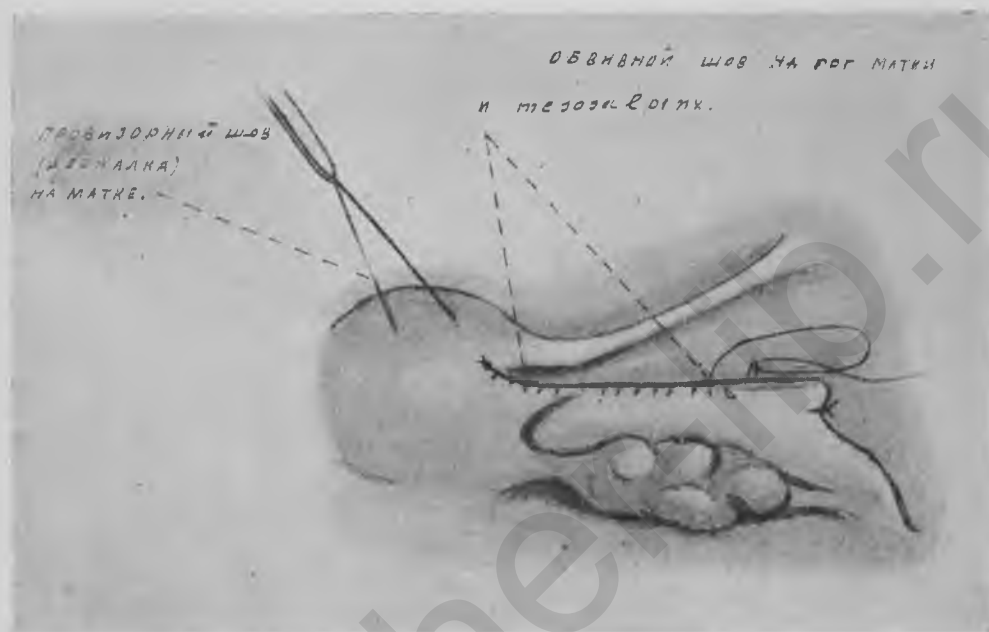


Рис. 127 II. Удаление трубы.

### Операция *Colporrhaphia ant. modo Ed. Martin*, применяемая при пролябирующем пузыре и дизурических явлениях

Дезинфекция	}	как при обычной передней пластике
1-й момент операции		
2-й " "		
3-й " "		
4-й " "		
5-й " "		

Момент 6. Слизистая передней стенки влагалища захватывается по средней линии двумя зажимами Кохера: один кохер накладывается на  $\frac{1}{2}$  см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, а другой — на  $1-1\frac{1}{2}$  см от наружного зева шейки матки (ниже области пузырной складки). (Рис. 128).

7. Разрез производится между двумя наложенными зажимами Кохера по средней линии, причем ассистент держит верхний (передний) кохер,

слегка его натягивая (осторожно, не срывать), а оператор левой рукой натягивает нижний (задний) зажим Кохера (рис. 128).

Примечание. Разрез должен захватить только стенку влагалища: следует остерегаться проводить его слишком глубоко, чтобы не поранить стенок под ней лежащего мочевого пузыря. Однако, и

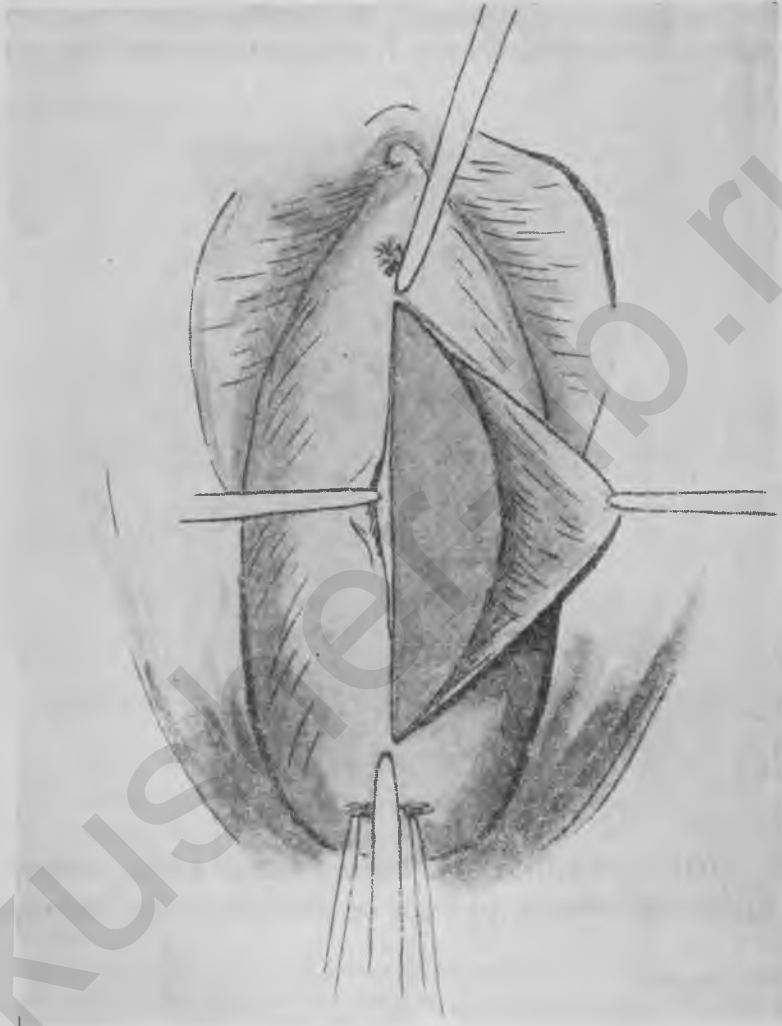


Рис. 128. Colporrhaphia anterior modo Ed. Martin. Моменты 6, 7 и 8.

слишком поверхностный разрез не рекомендуется, так как тогда лоскут нельзя отделить целиком. Следует только дойти до клетчатки, чтобы края разреза сделались подвижными.

8. Захватив поочередно края разреза влагалища пинцетом и вывернув слизистую на себя, частично скальпелем, частично тупо тупфером отсепааровывают ее от превезикальной клетчатки в обе стороны (рис. 128).

Примечание 1. Лезвие ножа нужно держать в направлении отсепааруемых лоскутов, а не на мочевой пузырь.

Примечание 2. Отсепаровывать тупым путем тупфером нужно не пузырь от прэвезикальной клетчатки, а лоскут влагалищной стенки от пузыря, таким путем пузырь травмируется менее и лучше сохраняется фасция.

9. Пузырь тупо отделяется от шейки матки снизу вверх и несколько сбоку.

Примечание. Введенным катетером проверяется, отошел ли пузырь, и насколько он отошел. Если пузырь отошел, то должны

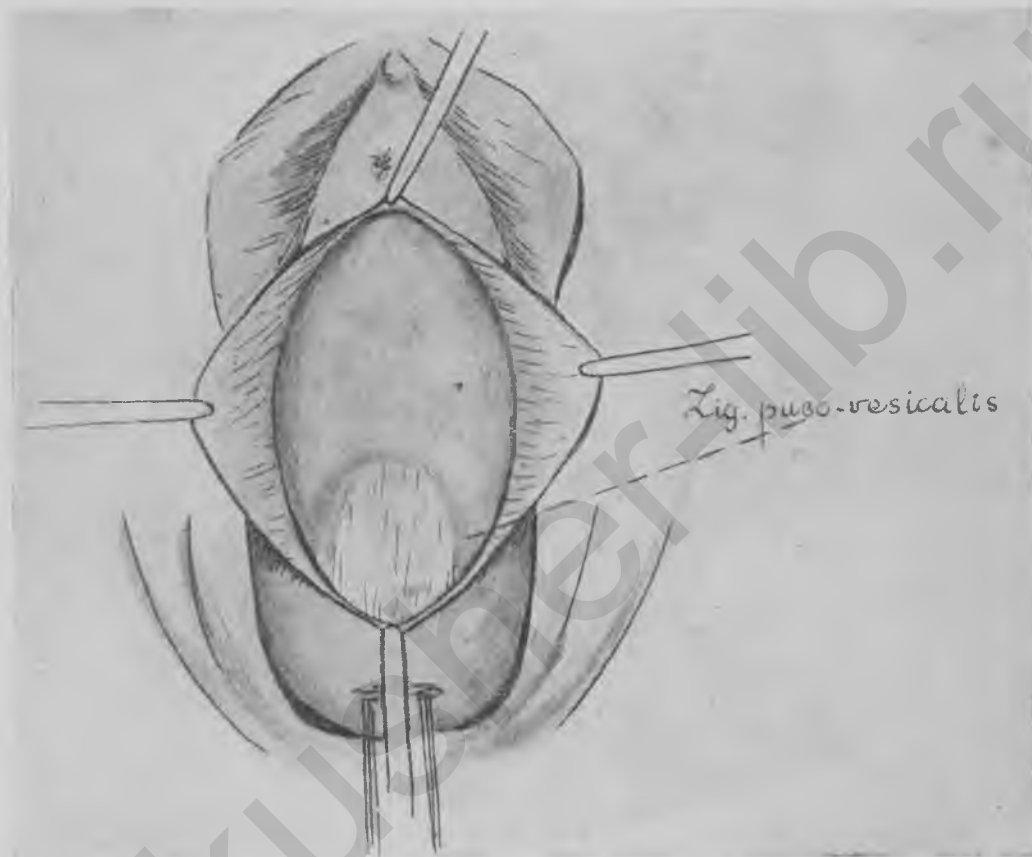


Рис. 129. Передняя пластика по Мартину. Момент 9.

быть хорошо выражены два пучка соединительной ткани, идущие от шейки матки к пузырю и дальше к лону, так наз. *lig. pubo-vesicalia*, физиологическое назначение которых—поддержать пузырь (рис. 129).

10. Наложить погружные тонкие шелковые или кэтуговые швы на заднюю и боковую стенки мочеиспускательного канала и прэвезикальную клетчатку в поперечном направлении слева направо. Швы начинают накладывать сверху на 1 см друг от друга. Техника наложения этих швов, как при обычной передней пластике (рис. 130).

11. Швы завязывают, начиная сверху.

Примечание. При наложении швов на *lig. pubo-vesic-* нужно тупым инструментом (напр. сложенным анатомическим пинцетом) отодвинуть отсепарованный пузырь кверху, что дает воз-

возможность соединить вышеуказанные соединительнотканые пучки *lig. pubo-vesicalium*. Этим удается удержать пролябирующий пузырь.

12. Погружные завязанные швы срезаются каждый в отдельности коротко.

13. Отсепарованные лоскуты слизистой влагалища захватываются по краям зажимами Кохера и по всей длине отрезаются прямыми ножницами.

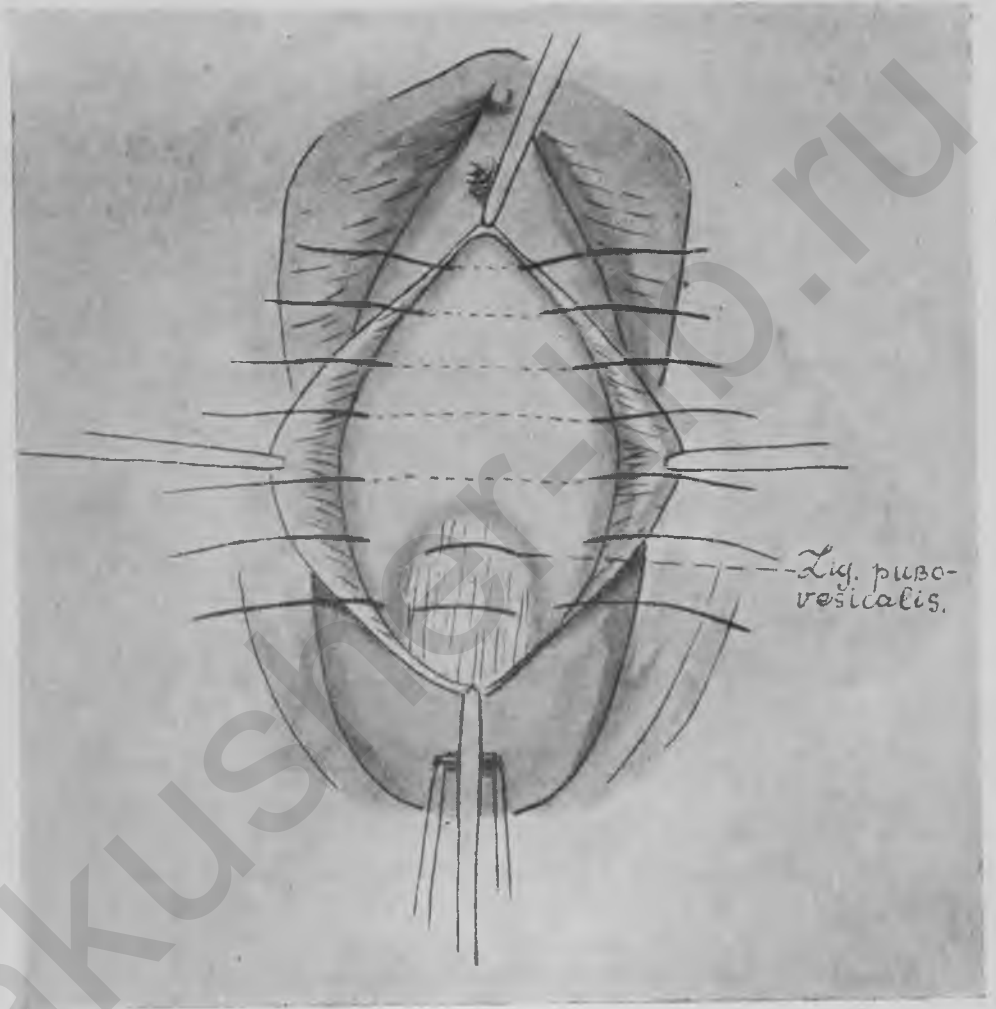


Рис. 130. Передняя пластика по Мартину. Моменты 10 и 11.

Примечание 1. При срезывании лоскутов нужно их приподнять, чтобы не поранить пузырь.

Примечание 2. Нужно хорошо соразмерить ширину отрезаемых лоскутов, для этого при срезывании не следует подтягивать их пинцетом, чтобы потом не было натяжения при соединении краев раны слизистой влагалища. Линия разреза имеет фигуру полуовала (с каждой стороны).

14. Края раны слизистой влагалища соединяются непрерывным катгутовым швом.

Примечание. Техника наложения непрерывного шва — как при обычной передней пластике (рис. 24).

15. При *Incontinentia urinae* травматического происхождения (во время родов) мы по Штеккелю накладываем, широко отсепаровав область уретры и шейки пузыря, несколько катгутовых швов на эту область, т. е. на разошедшиеся мышцы сфинктера (*m. uretro-trigonalis*), (рис. 133), чем успешно восстанавливается функция мочевого затвора. Операция называется *direkte Muskelplastik* пузыря по Штеккелю. По нашим данным более чем в 90% мы получали стойкий и удовлетворительный результат.

### Операция Гебель-Штеккеля (Goebel-Stoeckel)

Штеккелем установлено, что явления недержания мочи при чихании, смехе, быстрой ходьбе, поднятии тяжести и др. возникают вследствие трав-

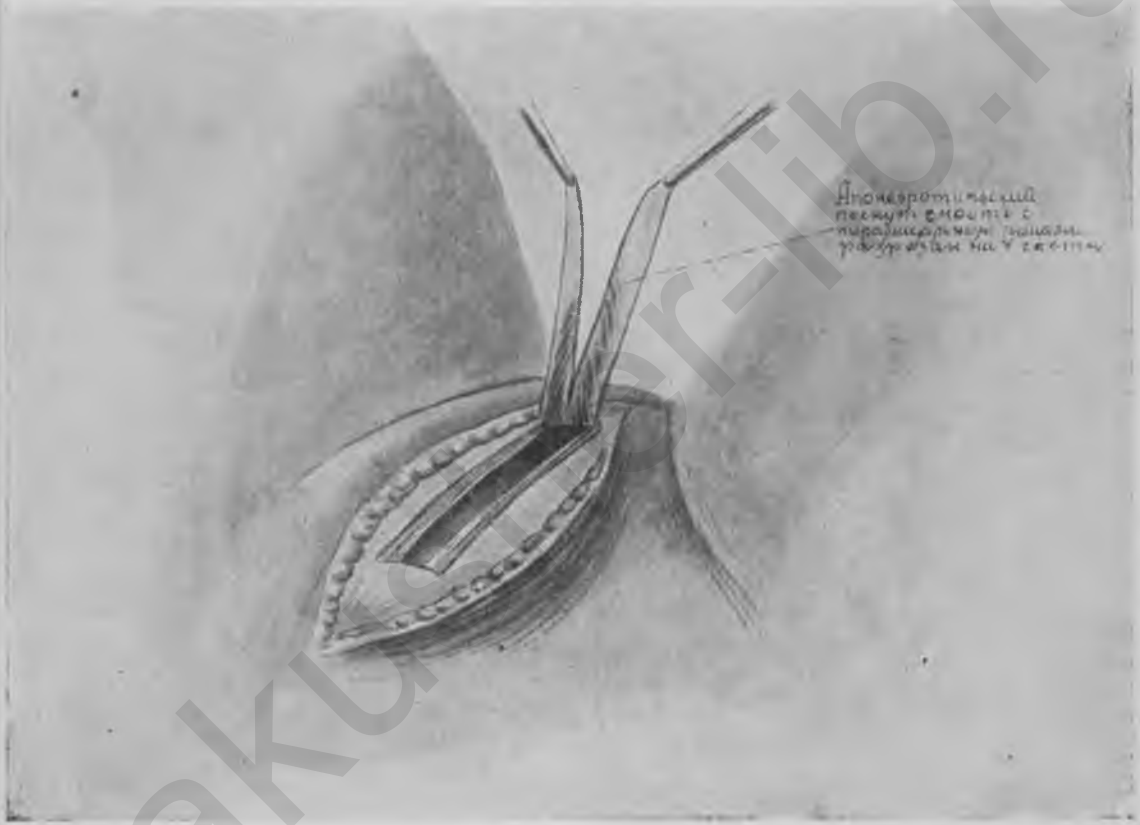


Рис. 131. Операция Гебель-Штеккеля. Момент 3.

матизации и расхождения мышечных волокон на задней стенке уретры и шейке пузыря, обусловливаемых продолжительным движением головки во время родов. Штеккель предложил восстанавливать нарушенные анатомические отношения операцией прямой мышечной пластики, имеющей целью восстановить функцию сфинктера тригонума в области шейки пузыря. Если операция прямой мышечной пластики не помогает, то приходится прибегать к пирамидальной пластике, так называемой операции Гебель-Штеккеля (Goebel-Stoeckel). Последняя применяется в более тяжелых слу-

чаях недержания мочи при наличии рубцов в области сфинктера или больших повреждениях его, после восстановления мочеиспускательного канала и шейки пузыря (напр. при фистулах), разрушенных во время родов, для замены нарушенного Sphincteris trigonalis.

### Техника операции

1) Производится разрез брюшной стенки по белой линии длиной в 12 см между пупком и лоном.

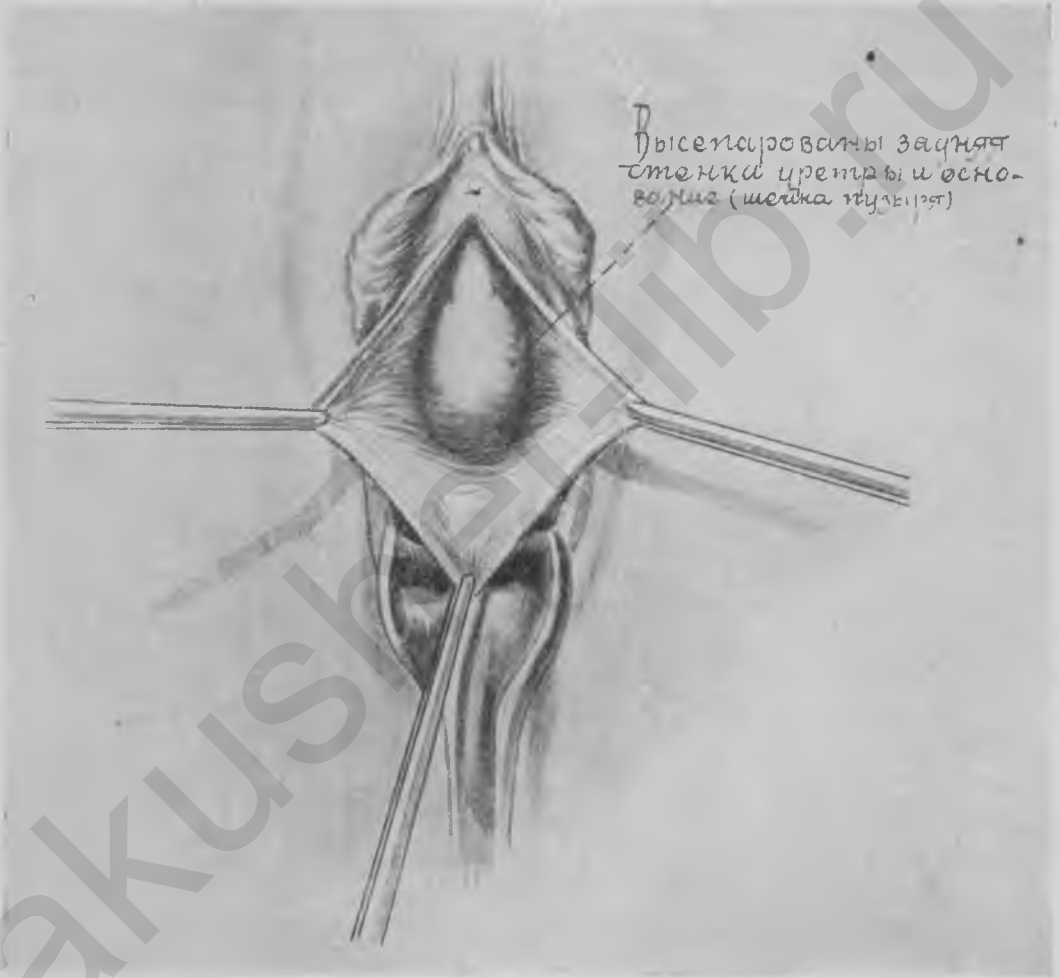


Рис. 132. Операция Гебель-Штеккеля. Момент 9.

2) Разрезается кожа, подкожная клетчатка до апоневроза. В обе стороны отсепаивается подкожная клетчатка и обнажается апоневроз шириной до 3 см.

3) Из обнаженного апоневроза вырезывается мышечно-апоневротический лоскут длиной в 10 см и шириной в 2—3 см следующим образом: на уровне 12 см от лона, поперек, шириною в 2—2½ см разрезается апоневроз. Разрез продолжается по апоневрозу параллельно с обеих сторон вниз к лону, не доходя до него на 2 см. В верхнем своем конце апоневротический лоскут отсепаивается от m. recti abdominalis,

а в нижнем конце лоскут отделяется вместе с пирамидальными мышцами, как это видно из рис. 131.

В нижнем своем конце у лона иссеченный лоскут сохраняет свою связь с апоневрозом и прямыми мышцами живота.

4) Верхний край иссеченного лоскута захватывается двумя зажимами Кохера и лоскут разрезается по всей длине прямыми ножницами по середине на две половины, которые временно заворачиваются в марлю и оставляются в ране.

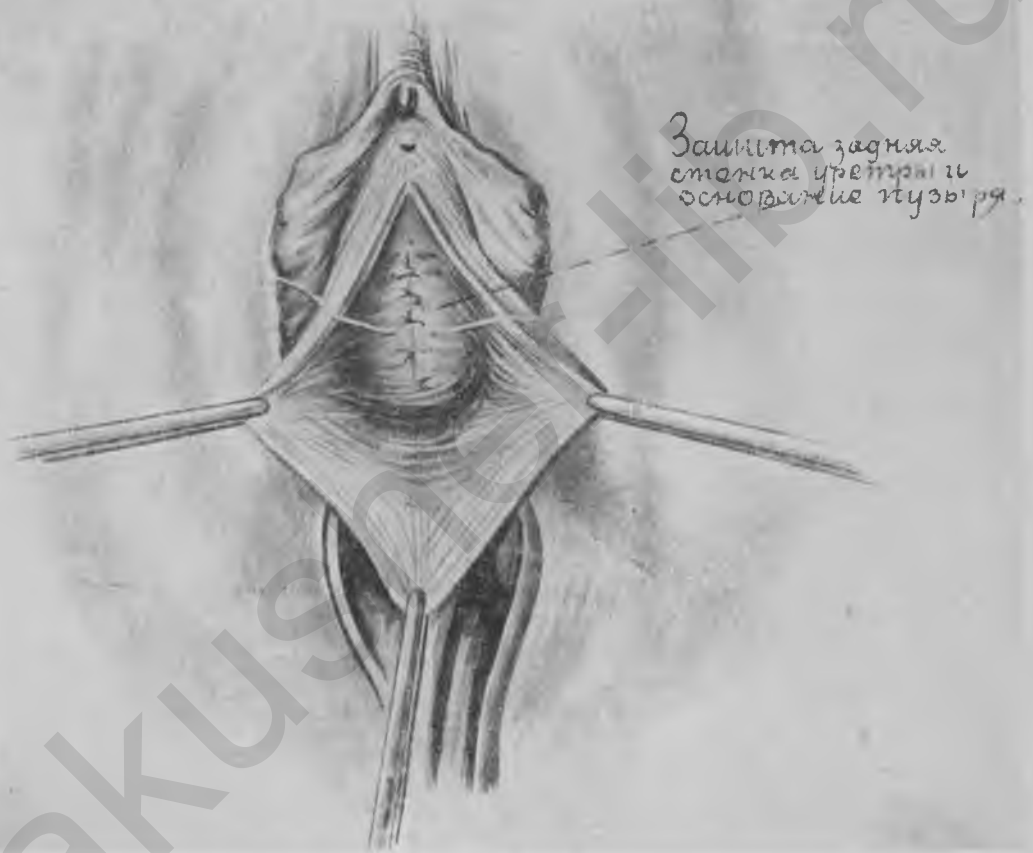


Рис. 133. Операция Гебель-Штеккеля. Момент 10.

5) Введенным в *sacum Retzii*, сбоку от средней линии пузыря, пальцем проникают в предпузырную клетчатку настолько, чтобы возможно было прощупать нижний край горизонтальных ветвей лонных костей с обеих сторон.

6) Временно в рану и в *sacum Retzii* вводится компресс, и вся рана закрывается стерильным полотенцем.

7) Больная переводится в положение для влагалищной операции. Обнажается зеркалами передняя стенка влагалища.

8) Посредине слизистой передней стенки влагалища, начиная на 1 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, проводят разрез,



который кончается, не доходя до наружного зева шейки матки на 2—3 см.

9) По обеим сторонам отсепаровывается сбоку и сзади мочеиспускательный канал и основание (шейка) пузыря до тех пор, пока не будет

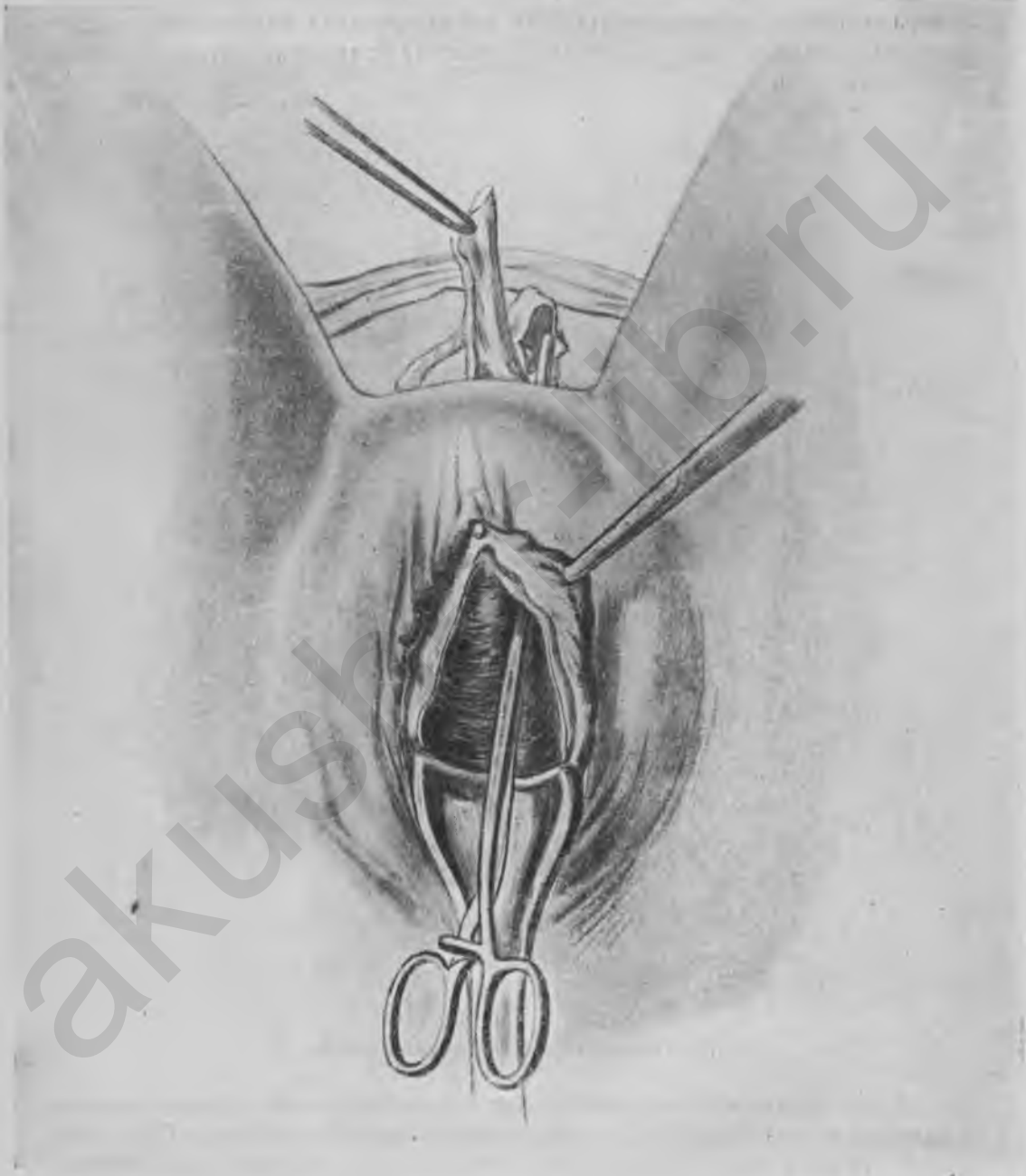


Рис. 134. Операция Гебель-Штеккеля. Моменты 11 и 12.

прощупываться нижний край горизонтальных ветвей лонных костей. Пальцы, введенные в *sacrum Retzii* — один со стороны брюшностеночной раны, а другой снизу, встречаются и отделены друг от друга фасциальной пластинкой (рис. 132).

10) На высепарованную заднюю поверхность мочеиспускательного канала и шейку пузыря накладывается ряд узловых шелковых швов, подхватывающих возможно дальше от края сбоку (direkte Muskelplastik). (Рис. 133).

11) Со стороны раны влагалища проводится длинный закрытый кривой Ришелло под горизонтальную ветвь сбоку и справа от уретры, где она была отсепарована (момент 9), и протыкается фасциальная пла-



Рис. 135. Операция Гебель-Штеккеля. Момент 13.

стинка у самой кости (момент 9). Ришелло попадает на встречный палец и приводится в верхнюю рану (рис. 134).

12) Раскрываются бранши Ришелло, захватывается верхний край левой половины иссеченного мышечно-апоневротического лоскута и проводится во влагалище (рис. 134).

13) То же проделывается с левой стороны, но уже захватывается верхний край правой половины иссеченного апоневротического лоскута и выводится во влагалище. Таким образом оба лоскута оказываются перекрещенными (рис. 135).

14) Обоиими краями мышечно-апоневротического лоскута, выведенными во влагалище, закрывают заднюю поверхность мочеиспускательного канала и шейки пузыря (рис. 136).

15) Оба мышечно-апоневротические лоскута соединяются позади шейки пузыря, причем вторично перекрещиваются и фиксируются узловыми шелковыми швами (рис. 136).

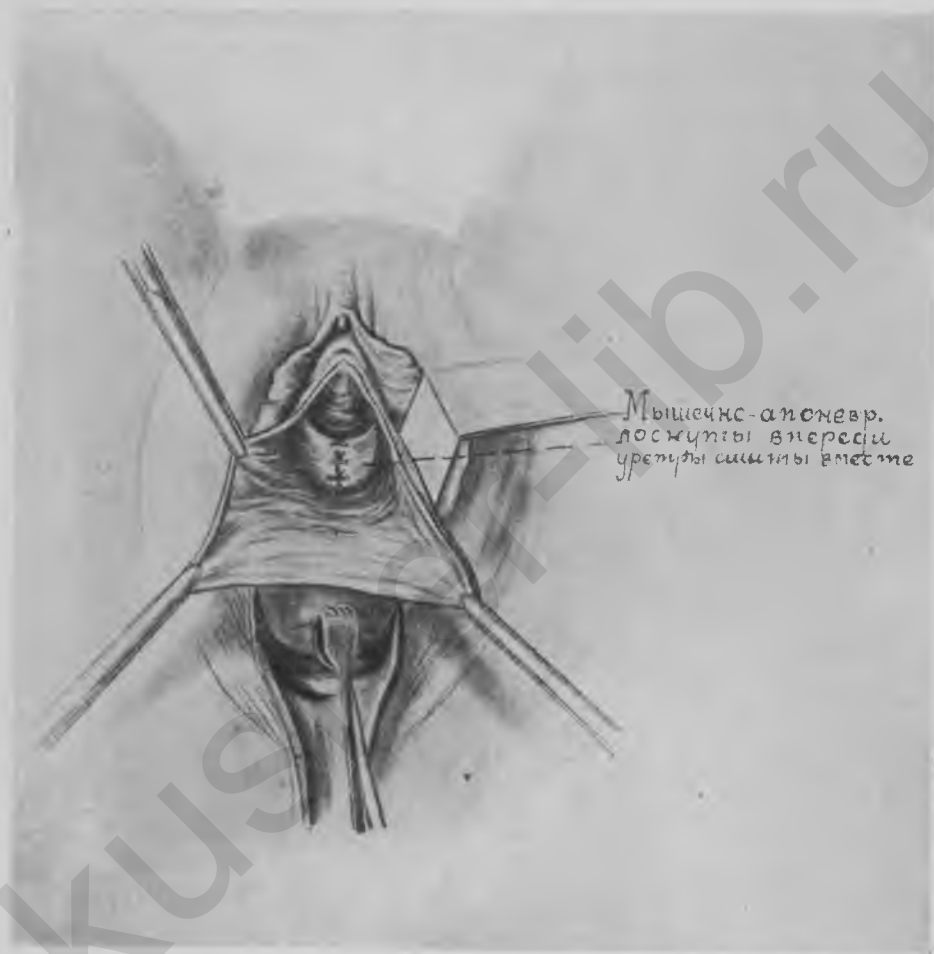


Рис. 136. Операция Гёбель-Штеккеля. Моменты 14 и 15.

16) Края слизистой передней стенки влагалища зашиваются, как при обыкновенной пластике.

17) При наличии в области жома пузыря влагалищно-пузырной фистулы, последняя предварительно зашивается *lege artis*, а потом лишь подкрепляется мышечно-апоневротическими лоскутами, как описано выше.

18) Брюшная стенка зашивается обычным образом с той разницею, что на апоневроз накладывают ряд шелковых узловых швов, близко отстоящих друг от друга преодоления натяжения.

**О пузырно-влагалищных свищах****Зашивание пузырно-влагалищных свищей*****Fistulorrhaphia vesico-vaginalis***

Успех операции пузырно-влагалищных фистул зависит не столько от величины самого дефекта, сколько от овладения техникой операции, а глав-

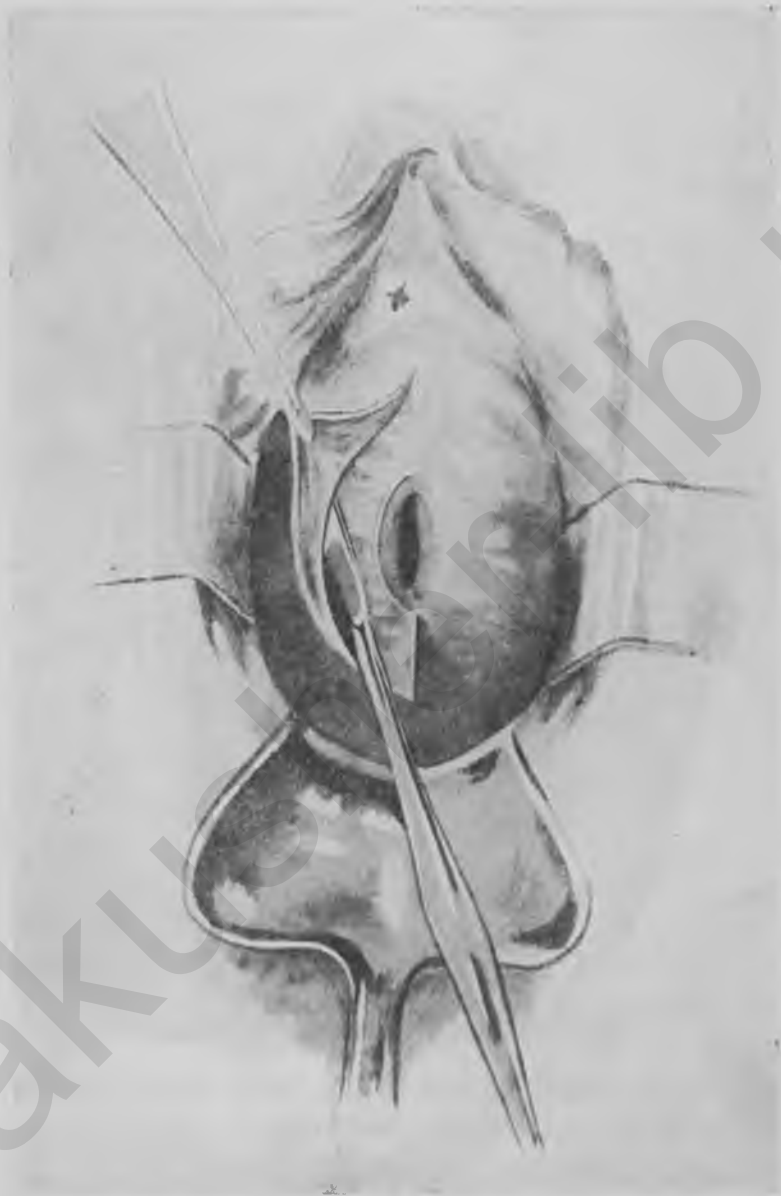


Рис. 137. *Fistulorrhaphia* путем расщепления. Момент 2.

ное от выбора и правильного выполнения метода, считающегося с анатомо-физиологическим субстратом двух смежных, но разных по функции, органов, одновременно пораженных фистулой. По краю фистулы проводится линия разреза, от которого производится расслоение двух органов, их стенок, на более или менее достаточное протяжение, чтобы свободно и отдельно,

т. е. отдельно зашить дефект в стенке пузыря и отдельно другой дефект в стенке влагалища. Принцип расслоения или расщепления, как метод фистулоррафии, обеспечивает самый большой успех. Проведение этого принципа с надлежащей техникой, вместе с тщательной подготовкой больной, обеспечивает успех операции и страхует от рецидива. Весьма важно для исхода операции выбрать удачно время для *fistulorrhaphia*. Не следует

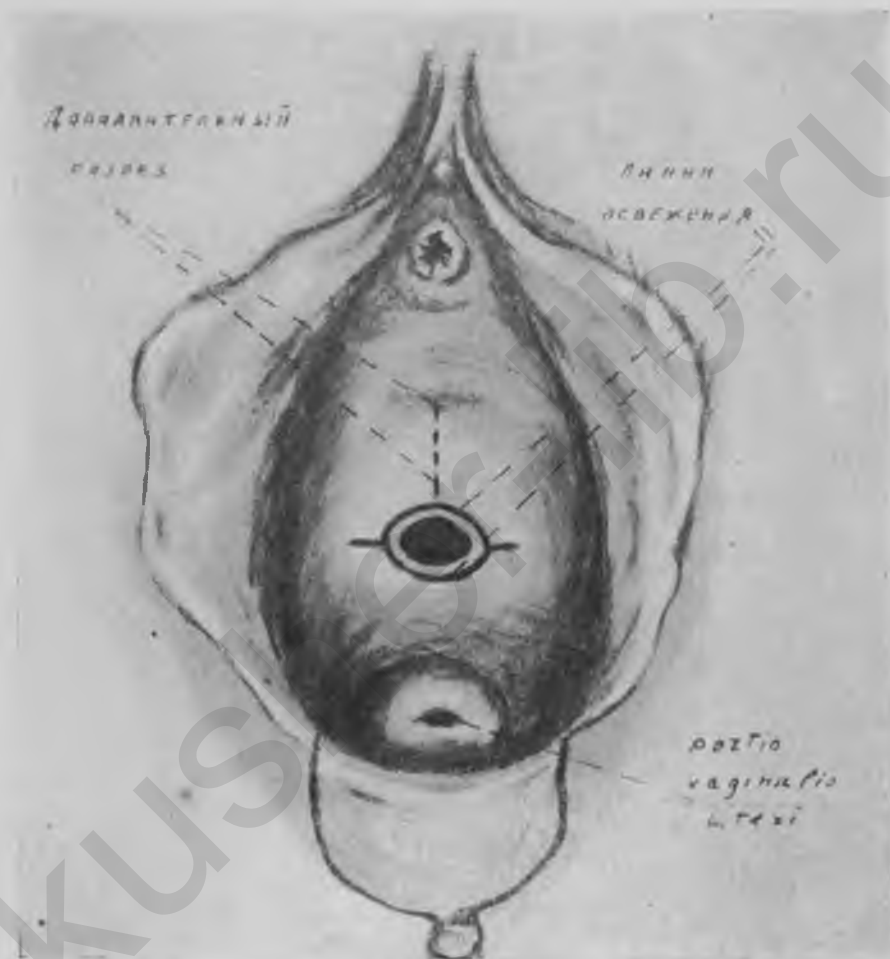


Рис. 137а. *Fistulorrhaphia vesico-vaginalis*.

оперировать раньше чем через три месяца после образования свища, т. е. только после полной ликвидации местных воспалительных процессов. Точно так же не следует оперировать раньше, чем через два или три месяца после неудачной операции *fistulorrhaphia*. Необходимо сделать все клинические и лабораторные исследования как в отношении мазков, так и в отношении функции всех мочевых путей (предварительно излечить цистит и пиелит, мочевую экзему и др.).

#### Техника операции по способу расщепления

1. Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами, захватывается пулевыми щипцами, подтягивается к гита и оттягивается книзу; фистула тогда обычно хорошо видна и доступна.

**Примечание 1.** Если фистулу трудно обнажить благодаря узости влагалища или вследствие наличия рубцов, то мы прибегаем к боковым, так называемым шухардтовским разрезам влагалища.

**Примечание 2.** Если фистула мала и ее трудно заметить глазом, то мы пользуемся наполнением пузыря раствором метиленовой синьки и, заметив место ее просачивания, там и вводим тонкий

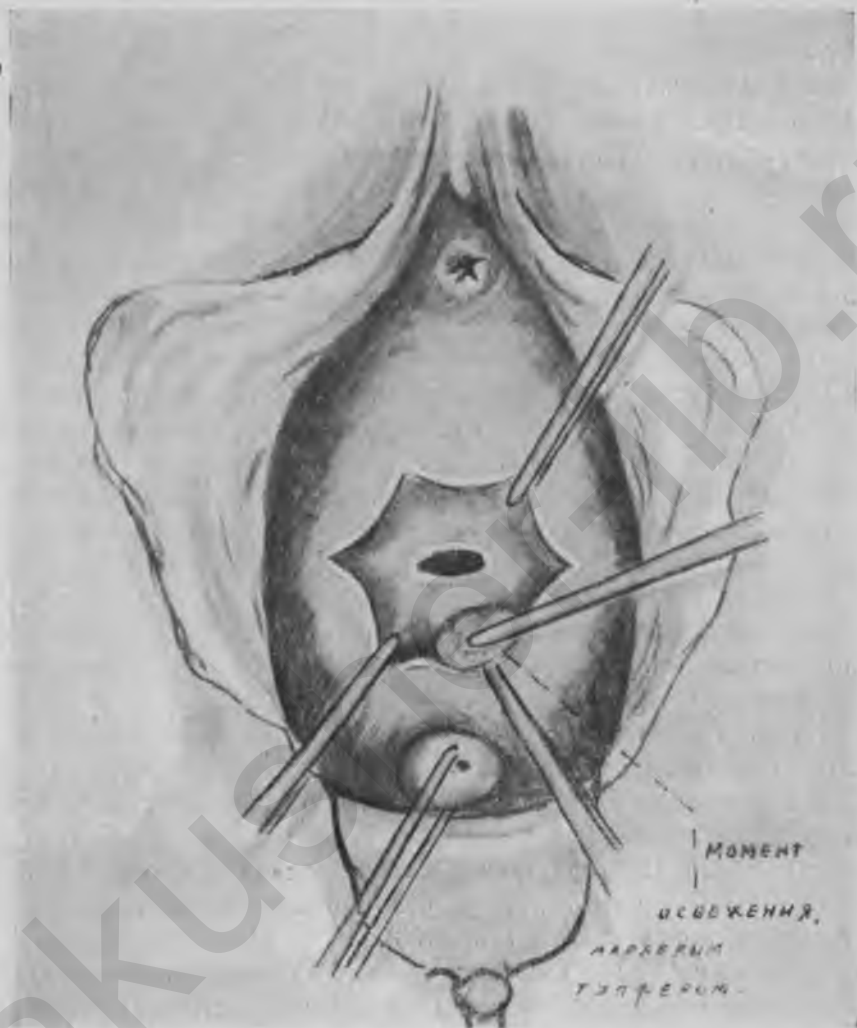


Рис. 137b. Fistulorihaphia vesico-vaginalis.

зонд через фистулу в пузырь. Чтобы не потерять фистулы во время операции, введенный зонд все время удерживается ассистентом.

2. Хорошо обнажив место расположения фистулы, приступают к освежению краев фистулы, если фистула мала и расположена продольно, следующим образом: начинают продольным разрезом на 2—3 см выше верхнего края фистулы. Далее разрез продолжают на границе между слизистой пузыря и слизистой влагалища по обеим сторонам фистулы в виде полукругов. Кончают продольный разрез на 1—3 см ниже заднего края фистулы (разрез ведется по слизистой влагалища на 2—4 мм от края самой фистулы), не рана края слизистой пузыря (рис. 137).

**Примечание.** Так освежается фистула, когда размеры ее небольшие и сама фистула очень узка и расположена щелевидно и сагитальном направлении. Если фистула расположена выше и ближе к шейке матки или к шейке пузыря, особенно при больших размерах ее, то линия разреза и дополнительные разрезы производятся точно так же, но проводятся в поперечном направлении влево и вправо, а отслойка пузыря от влагалища производится вверх и вниз (рис. 137-а).

В дальнейшем, при описании техники зашивания мочеполювых свищей, мы будем придерживаться последнего типа освежения и зашивания: вокруг фистулы проводится ножом линия разреза по влагалищной стенке почти у самого края дефекта; таким образом намечается фигура поперечного овала (или круга, в зависимости от очертания самой фистулы); с обеих сторон, начиная от линии разреза освежения краев фистулы, проводятся влево и вправо дополнительные горизонтальные разрезы по влагалищной стенке; эти небольшие (в 1—2 см) дополнительные разрезы значительно облегчают технически отсепаровку вверх и вниз влагалищной стенки от стенки пузыря (рис. 137-а, 137-б). Лигатуры, соединяющие стенки дефекта пузыря (а также края разреза влагалищной стенки) проводятся спереди назад в сагитальном направлении, и следовательно линия зашитой раны будет иметь поперечное направление. Преимущества такого способа зашивания всех пузырновлагалищных свищей несомненны: влагалище не суживается (coitus, возможные роды); небольшое укорочение при этом способе влагалища не имеет никакого значения, а главное, мышцы пузыря (его жома), имеющие в главной своей массе продольное направление, соединяются своими разорванными концами в естественном для них анатомо-физиологическом направлении, что способствует восстановлению всей функции мочевого пузыря в целом.

3. Захватив и вывернув на себя надрезанный край слизистой влагалища лапчатым пинцетом — лезвием ножа, направленного на слизистую влагалища (но ни в коем случае не на пузырь), отслаивают стенку влагалища от стенки пузыря по всей окружности фистулы, приблизительно на 2—3 мм от края последней. Если фистула большая, отслойку продолжают тупым путем на столько, сколько нужно, чтобы без натяжения наложить два яруса швов на стенку пузыря (рис. 138).

**Примечание 1.** Отслойку стенки пузыря от стенки влагалища можно делать частично ножницами, ножом, частично тупо маленьким тупфером, захваченным корнцангом; для этого нужно захватить отслоенный край стенки влагалища 2—3 кохерами, но не края фистулы пузыря.

**Примечание 2.** Нужно избегать надрывов слизистой пузыря при отслойке его, для чего следует держать лезвие ножа по направлению к стенке влагалища, а при тупой отсепаровке — отделять стенку пузыря от стенки влагалища, не захватывая края пузыря инструментами (рис. 137-б).

**Примечание 3.** После достаточной отсепаровки пузыря вокруг фистулы, края его делаются подвижными и стенки фистулы спадаются, образуя поперечную узкую щель. Если дефект большой, а задний край фистулы находится у самой шейки, то к круговому разрезу

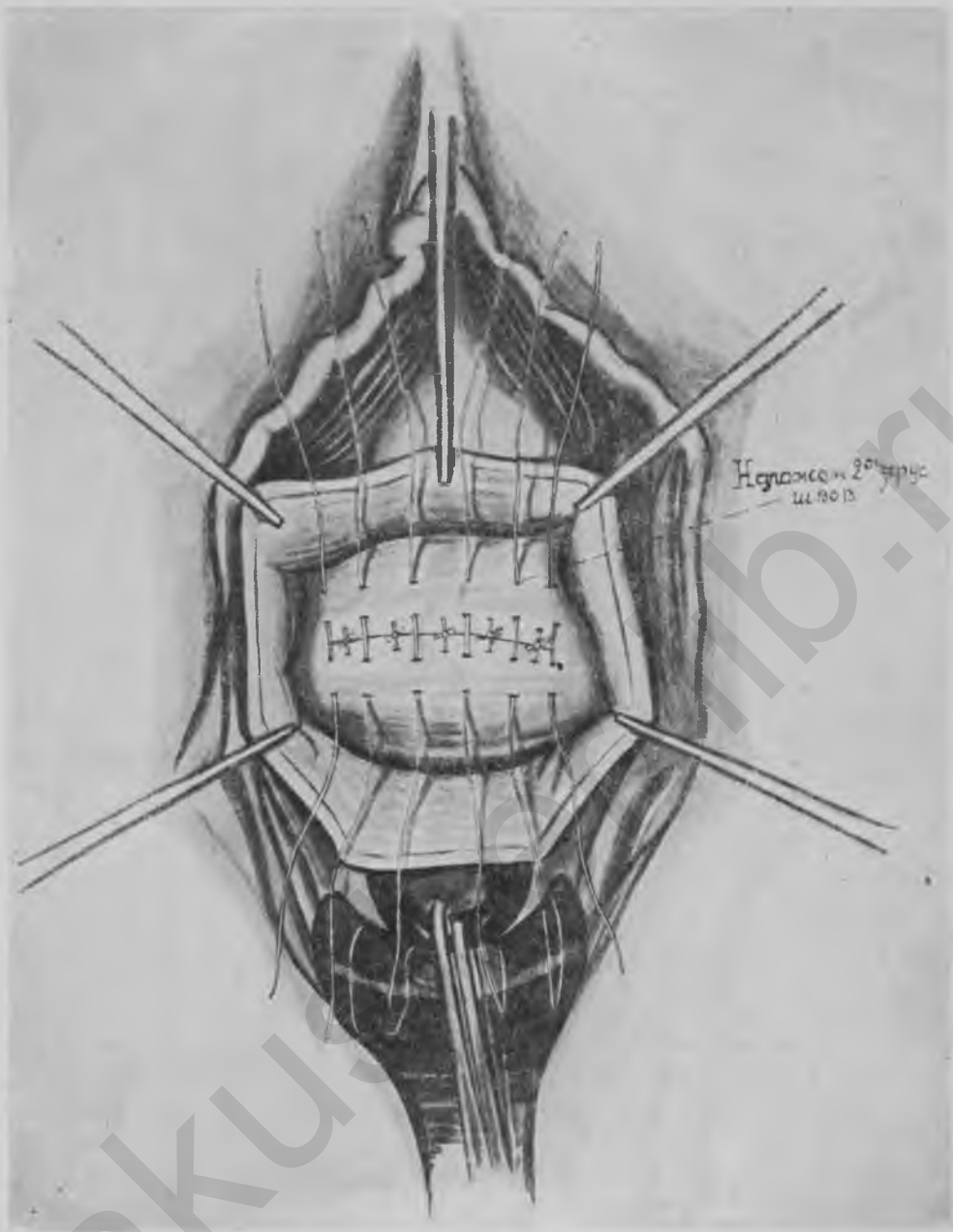


Рис. 138. Fistulorrhaphia. Момент 6.

фистулы присоединяют спереди продольный дополнительный разрез по передней стенке слизистой влагалища, начиная на 2—3 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала; задний край фистулы, т. е. задняя стенка пузыря, отсепаровывается от шейки матки, сколько нужно, до *plica vesico uterina*. Передняя стенка пузыря (а также боковые части после проведения дополнительных разрезов вправо и влево по слизистой влагалища) отсепаровываются от лонных костей. Края фистулы и стенки пузыря, отвисяющие подвижно в виде поперечной щели, зашиваются (рис. 139-а и 139-б).



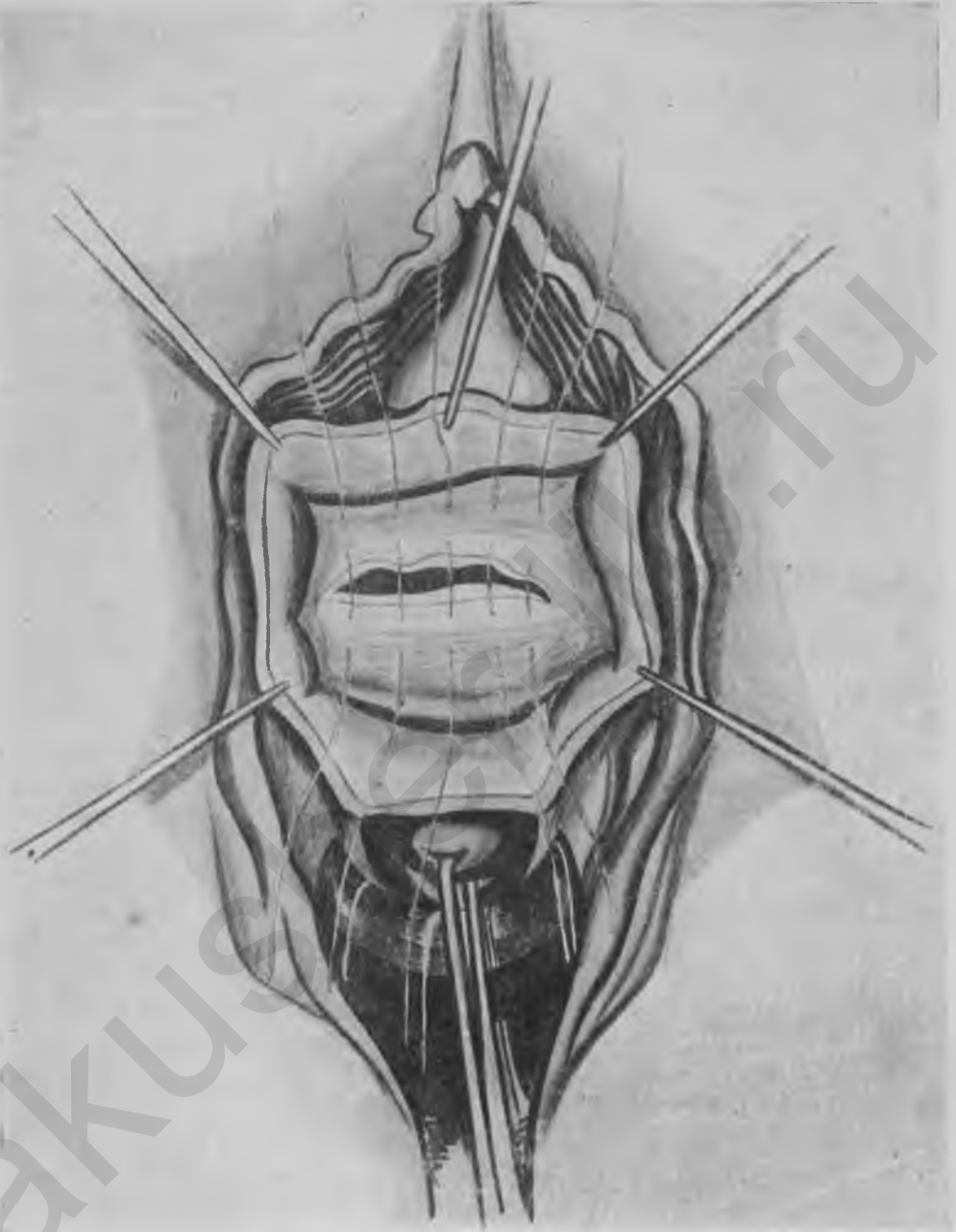


Рис. 139а. *Fistulorrhaphia*. Отслойка влагалища от пузыря вверх, вниз и в бок и наложение 1-го яруса швов. Момент 2. Примечание.

4. Накладывают в продольном направлении сверху вниз, т. е. спереди назад, 3—4 и больше, смотря по размеру, узловых шелковых или кэтутовых шва на клетчатку и мышцу пузыря следующим образом: вкол  $1-1\frac{1}{2}$  см от переднего края фистулы, выкол у ее края (отступя от нее на 3—4 мм), не прокалывая слизистую пузыря. Далее той же иглой делают вкол у самой границы заднего края (отступя от него на 3—4 мм). Фистулы, и выкол через клетчатку и мышцы пузыря, отступя на  $1-1\frac{1}{2}$  см от вкола.

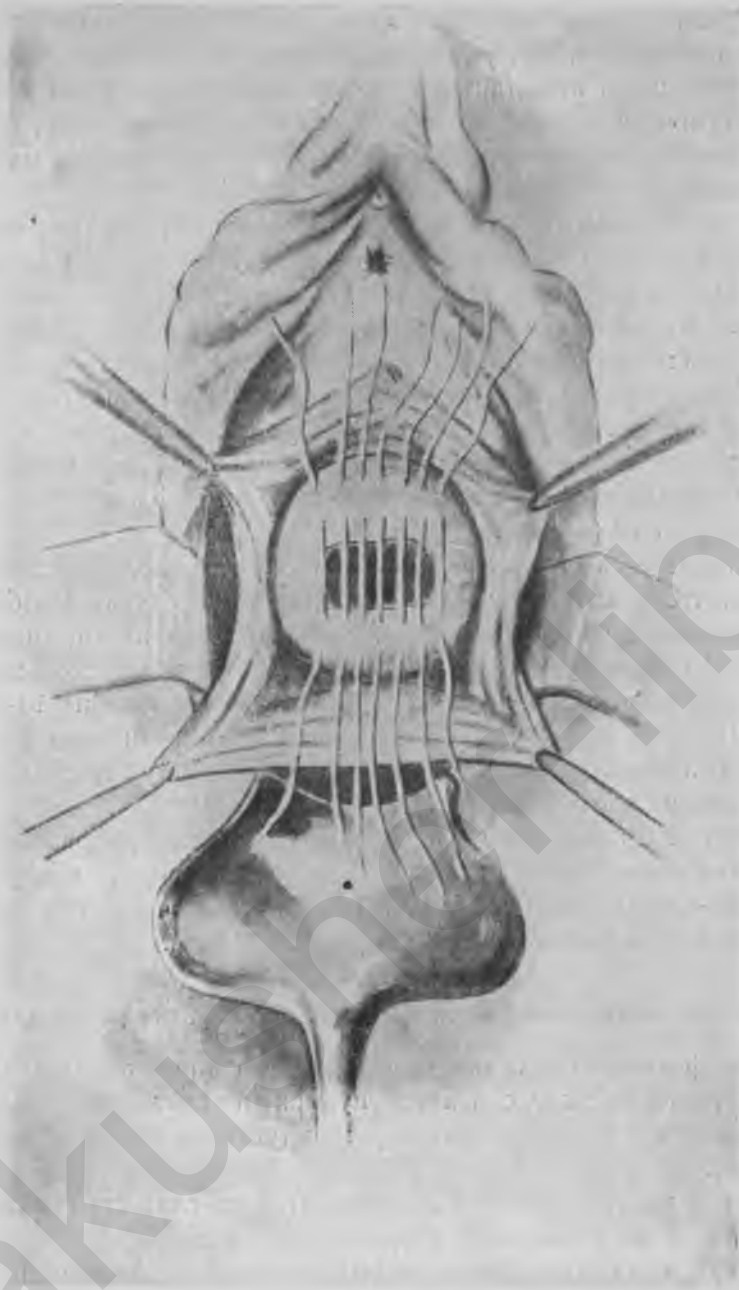


Рис. 139b. Fistulorrhaphia путем расщепления и наложение 1-го яруса швов. Момент 3.

До завязывания швов срезают осторожно по краям фистулы избыток рубцовой каемки, однако не захватывая слизистой пузыря (рис. 139-а, 139-б).

5. Швы завязываются после наложения всех швов, причем завязывать начинают со среднего, как более ответственного.

6. Швы пока не срезаются и служат держалкой при наложении 2-го яруса швов поверх первого. Лигатуры 1-го яруса коротко срезаются при завязывании швов 2-го яруса (рис. 138).

7. Слизистая влагалища тоже зашивается в продольном (сагитальном) направлении спереди назад узловыми шелковыми съемными швами; таким образом линия швов приходится в поперечном направлении влагалища.

**Примечание 1.** Если слизистой влагалища мало, то ее можно не зашивать, а затампонировать влагалище иодоформной марлей на сутки.

**Примечание 2.** Если фистула небольшая, то можно вместо узловых погружных швов наложить на стенку пузыря два кисетных шва один поверх другого, а на слизистую влагалища — узловые шелковые швы в сагитальном направлении, как указано выше.

**Примечание 3.** Мы не советуем накладывать швы в поперечном направлении в отношении длинника влагалища (т. е. слева направо), так как этим влагалище суживается, и кроме того, можно захватить мочеточник, проходящий по боковой стенке влагалища.

8. Мы вводим на 6—7 дней катетер à demeure, фиксируя его пришиванием к одной из малых губ.

**Примечание 1.** Ухаживающий персонал должен строго следить за тем, чтобы катетер не закупорился, и, в случае необходимости, следует немедленно его менять. Пузырь ежедневно промывается слабым (2%) раствором борной кислоты в течение нескольких первых дней после операции. С влагалища швы снимаются на 10-й день.

**Примечание 2.** Для контроля приходимости катетера нужно его наружный конец поместить в бутылку или „утку“ и каждые два часа выливать из нее мочу.

**Примечание 3.** В последнее время мы пробовали, по совету доц. Атабекова, не вставлять катетера à demeure после операции пузырно-вагинальных фистул, а выпускали мочу катетером или назначивали больным мочиться каждые 2—3 часа.

### Способ зашивания везико-вагинальной фистулы по Отту

1. Дезинфекция и обнажение фистулы — как при способе расщепления.  
2. На границе между слизистой пузыря и слизистой влагалища по всей окружности фистулы делается разрез (осторожно, не ранить слизистой пузыря).

3. Другой круговой разрез производится на слизистой влагалища на расстоянии 1—2 см от первого разреза.

4. Лоскут между разрезами отсепаровывается ножом и удаляется (рис. 140).

5. Накладываются в 2—3 яруса швы спереди назад на освеженную клетчатку и мышцу пузыря, и этими швами зашиваются края фистулы пузыря.

6. Накладываются швы на слизистую влагалища.

**Примечание.** Техника наложения швов, как при способе расщепления.

### Пузырно-маточношеечные свищи

При зашивании пузырношеечных свищей применяется тот же принцип разъединения (расщепления) стенки мочевого пузыря от передней стенки шейки матки.

1. Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами и передняя губа шейки матки захватывается и подтягивается двумя парами пулевых щипцов.

Примечание. Если передняя губа настолько разрушена, что она глазом (а иногда и на ощупь) не обнаруживается, то следует захватить пулевыми щипцами заднюю губу шейки или фиксировать операционное поле (для поперечного разреза) 2-мя кохерами, нало-

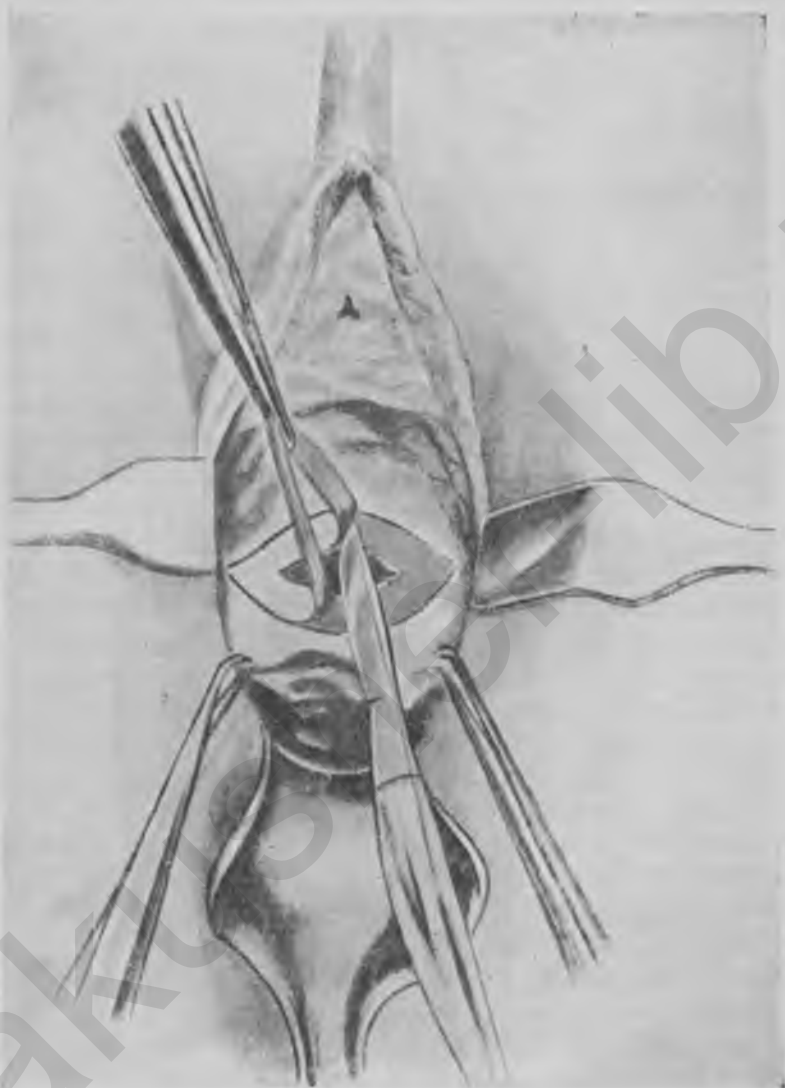


Рис. 140. Fistulorrhaphia по Отту. Моменты 2, 3 и 4.

женными на влагалищную стенку по бокам у боковых сводов. Катетером проверяют границу мочевого пузыря и чуть ниже проводят ножом поперечный разрез по стенке влагалища.

2. Проводится поперечный разрез (как при кольпотомии) по стенке влагалища на уровне пузырной складки.

3. Тупым путем и ножницами отслаивается стенка мочевого пузыря от шейки матки вверх, благодаря чему обнажается фистулезный ход как в стенке пузыря, так и в шейке матки (рис. 141).

Примечание. Отсепаровка мочевого пузыря в области расположения свищевых каналов представляет иногда значительные трудности в виду имеющих здесь обширных рубцов. Ножницами отсекают эти рубцы, держась близ поверхности стенок шейки. Случайно может быть при этом вскрыта брюшина *plic. vesic. uterinae*, которая после закрытия дефекта на стенке мочевого пузыря притрачивается несколькими катгутовыми швами к брюшине матки. Иногда

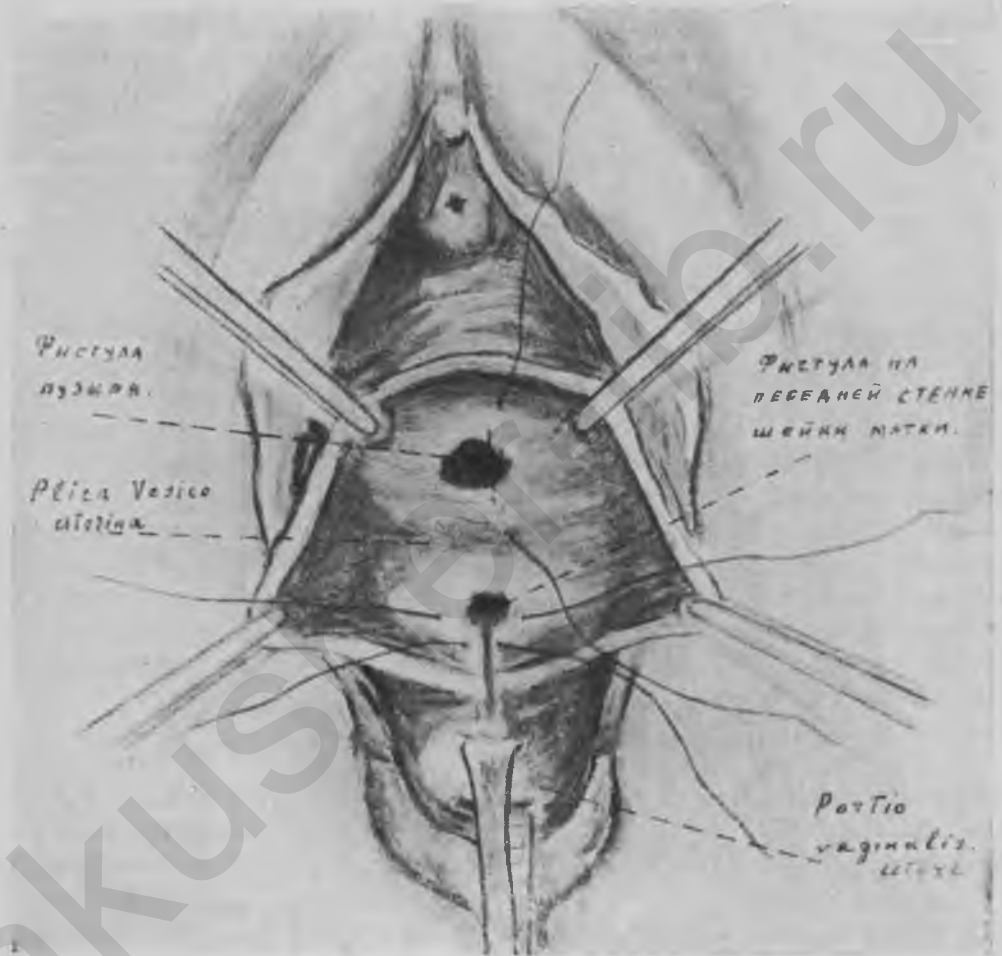


Рис. 141. *Fistulorrhaphia vesico-cervico-vaginalis*.

этот брюшинный листок можно использовать, для чего им покрывается или перекрывается уже зашитый дефект стенки пузыря для получения полной герметичности (способ *Mackenrodt'a*).

4. После достаточного освежения стенки мочевого пузыря фистула зашивается двухрусным швом, причем швы проводят через отсепарованные стенки пузыря спереди назад, но прокалывая слизистую пузыря.

5. Фистулезный ход в стенке шейки после освежения его канала (вырезания его стенок) зашивают отдельно тонкими шелковыми швами (слева направо), не захватывая слизистую оболочку цервикального канала.

**Примечание.** Иногда целесообразнее бывает для освежения и зашивания свищевого хода в стенке матки — предварительно рассечь в продольном направлении всю переднюю стенку шейки матки, начиная от фистулы.

6. Передний и задний края поперечно-рассеченной стенки влагалища соединяют несколькими узловыми швами (кэтгутовыми или шелковыми).

**Примечание.** В конце операции мочевого пузыря при всех свищах промывается 2% раствором борной кислоты.<sup>1</sup>

### Ректо-вагинальная фистула

Ректо-вагинальные свищи делятся по месту расположения и по способу зашивания на два вида. Сюда же можно отнести и ректо-перинеальные свищи.

I. Свищевое отверстие находится в нижней трети влагалища близко к промежности.

1. Продольным разрезом (ножом) рассекается вся промежность, вместе с сфинктером и слизистой кишки до фистулы. Раздвинув раневые поверхности в обе стороны, освежают широко края фистулы. В остальном наложение ярусных погружных швов и их завязывание происходит, как при полном разрыве промежности (Colporrhoeoperineorrhaphia см. стр. 95, рис. 76).

2. Швы из тонкого шелка проводят сначала в области освеженного свища (в два этажа) и сейчас же их завязывают. В дальнейшем зашивают всю остальную слизистую кишки и сфинктер апі узловыми швами слева направо, не прокалывая слизистой кишки. После соединения краев слизистой кишки, накладывают второй ряд погружных швов. Края слизистой влагалища зашивают обвивным кэтгутовым швом. На промежность — шелковые узловые швы.

**Примечание.** Если промежность несостоятельна, то поступают следующим образом: проводят сначала разрез по краям фистулы кишки. Потом проводят линию разреза и фигуру освежения по Гегару. Захватив влагалище кохером сантиметра на 3 выше фистулы (как при задней пластике), проводят линию освежения по задне-боковой стенке влагалища с обеих сторон до области выводных протоков Бартолиновой железы и по краю промежности на границе кожи и слизистой. Намеченный лоскут слизистой влагалища целиком отсепааровывается. Получается широкая освеженная поверхность, в середине которой находится отверстие фистулы (рис. 141-а).

Сначала зашивается фистула. Лигатуры из тонкого шелка проводят слева направо, захватывая широко клетчатку с боков от края фистулы, но не прокалывая слизистой кишки, и не захватывая края фистулы. При завязывании лигатур над фистулой, края ее погружаются в просвет кишки.

<sup>1</sup> Описание оперативного лечения сложных повреждений и дефектов мочеполовой системы, как например, полное отсутствие мочеиспускательного канала, полное разрушение мочевого затвора, сфинктера—trigonalis, мочеточниковые свищи и др., появится в отдельном издании ЦНИАГИ.

Лигатуры коротко срезаются, и накладывается второй ряд погружных швов. В дальнейшем операция производится по типу задней пластики.

Примечание. Если свищевое отверстие большое, особенно в ширину, то при этом способе зашивания (слева направо) самой фистулы может получиться сужение просвета кишки со всеми последствиями (например — накопление каловых масс в ampulla recti и не-



Рис. 141а. Fistulorrhaphia recto-vaginalis.

ожиданное действие кишечника в ближайшие дни после операции могут быть причиной полного расхождения шва). Поэтому при предварительном исследовании прямой кишки всегда нужно иметь в виду, не получится ли резкое сужение кишки при таком способе зашивания ректовагинальных свищей. Если эта возможность может быть налицо, то лучше зашивать свищевое отверстие самой кишки в сагитальном направлении, для чего следует стенку кишки широко отсепаровать, особенно вверх и вниз, и оба края (верхний и нижний) соединить в поперечном направлении.

II. Влагалищно-ректальный свищ находится в верхнем отделе влагалища.

Края свища освежаются таким же образом, как при пузырно-влагалищных свищах, путем отслоения стенок влагалища от стенок кишки вниз и вверх на достаточном протяжении, чтобы наложением не менее двух ярусов лигатур в сагитальном направлении на стенки кишки получить

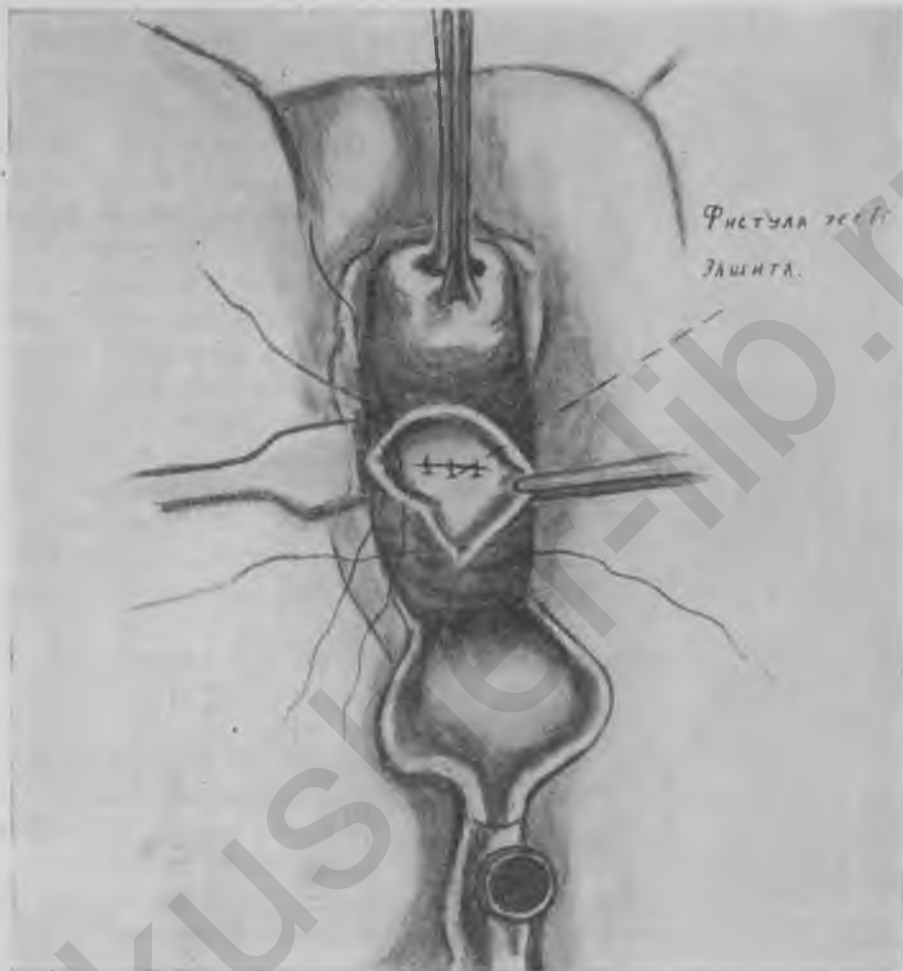


Рис. 141b. Fistulorrhaphia recto-vaginalis.

в поперечном направлении достаточно герметичное и прочное закрытие кишечного свища.

1. Скальпелем разрез ведется по влагалищной слизистой на границе слизистой кишки вокруг свищевых дефекта. С боков, начиная от линии кругового разреза, проводятся два дополнительных горизонтальных разреза в обе стороны по стенке влагалища, длиной 2 см. Глубина разреза достигает клетчатки *Septi recto-vaginalis*.

2. Захватив лапчатым пинцетом край слизистой влагалища, разъединяют скальпелем, потом тупым путем (небольшим тупфером на пене) стенку влагалища от стенки кишки вверх и вниз от краев фистулы.



После преодоления рубцовой зоны фистулы дальнейшая отсепаровка происходит легко.

**Примечание.** Если встречаются технические трудности в начале при отсепаровке, то проводится дополнительный продольный разрез по задней стенке влагиалища от нижнего края фистулы, чем процесс расщепления значительно облегчается. Таким образом передняя стенка прямой кишки с фистулезным отверстием широко обнажается (рис. 141b).



Рис. 141с. *Fistula perineorectalis*.

3. Отверстие кишки зашивается в поперечном направлении кишечной трубки. Техника зашивания та же, что при влагиалищно-пузырной фистуле. Игла вкалывается в клетчатку и мышцу кишки на 1—1½ см выше верхнего края фистулы и выкалывается немного не доходя до самого края фистулы, не захватывая слизистую кишки, потом вкалывается в клетчатку и мышцу ниже нижнего края фистулы и выкалывается на 1—2 см отступя книзу. Наложив в таком направлении все швы первого яруса, их завязывают и проводят второй ярус швов. Так же зашиваются подравненные ножницами края влагиалищного лоскута.

**Примечание.** Шейка матки смещается кпереди подъемником. Если фистулезное отверстие находится очень высоко почти у свода, то задняя губа шейки матки подтягивается двузубцем. Скальпелем проводится поперечный разрез над фистулой по шейке близ заднего свода (смотри *Colpotomia posterior*).

### Ректально-промежные свищи

Эти фистулы бывают часто воспалительного происхождения (тбс).

1. В фистулезный ход проводят желобоватый зонд или кохер в просвет кишки (рис. 141с).

2. По зонду рассекают мостик ткани впереди свища.

3. Острой ложкой очищают имеющиеся грануляции в свищевом канале.

**Примечание.** Рана не зашивается, а заживает вторичным натяжением. Если функция сфинктера не восстанавливается, то приходится сфинктер зашить по типу *proctoperineorrhaphia*.

## Суправагинальная ампутация матки с придатками по способу Фора (Faure)

### (Гистеректомия путем отсечения)

Способ Фора (Faure) ценен тем, что после первого же момента операции (отсечение тела от шейки) устраняется главное препятствие, мешающее поднятию матки вверх. Легко можно подойти к органам, предна-



Рис. 142. Суправагинальная ампутация матки по Фору (Faure). Момент 2.

значенным к удалению, т. е. к маточно-придаточному массиву, ведя оперативное вмешательство снизу вверх, начиная его с нижнего полюса.

Последнее обстоятельство имеет сугубо важное значение тогда, когда матка с придатками окружена плотными сращениями.

Гистеректомию по Фору можно проводить путем заднего или переднего отсечения.

Проводить ее путем заднего отсечения, т. е. производить разрез в области внутреннего маточного отверстия сзади, следует тогда, когда речь идет



Рис. 143. Суправагинальная ампутация матки по Фору. Момент 3.

о подвижной фиброме или двухстороннем подвижном аднексите с небольшими сращениями; матка в этих случаях легко оттягивается к лобку, и хорошо видна задняя поверхность матки в области внутреннего зева и ниже отходящие крестцово-подвздошные связки.

Если же матка и придатки фиксированы к прямой кишке и к глубоким частям крестцовой впадины, то выгоднее производить отсечение матки спереди на уровне пузырно-маточной складки.



Рис. 144. Суправагинальная ампутация матки по Фору. Момент 5.

#### Техника операции гистеректомии путем заднего отсечения

1) В положении Тренделенбурга вскрывается брюшная полость, кишки хорошо отодвигаются компрессами к диафрагме.

С помощью двузубца или штопора матка запрокидывается кпереди на лобок.

2) Большими кривыми ножницами с тупыми концами одним, двумя, тремя ударами рассекается поперек задняя поверхность матки на уровне

внутреннего зева до брюшины переднего дугласа. Этим моментом тело матки отделено от шейки (рис. 142).

3) Культия шейки захватывается щипцами Мюзе (рис. 143).



Рис. 145. Суправагинальная ампутация матки по Фору. Момент 7.

4) Культия шейки матки и канал последней в центре разреза прижигаются иодом.

5)левой рукой матка энергично подтягивается кверху, чтобы шире открыть область, разделяющую два сегмента рассеченной матки. Указательным, средним и безымянным пальцами правой руки, направленной ладонной поверхностью вверх, разрывается передний листок брюшины в области *plica ves.-ut.* Концы вышеуказанных пальцев правой руки оказываются спереди от матки, а большой палец остается сзади (рис. 144).

6) Правая широкая связка, захваченная пальцами правой руки, вместе с маточной артерией и круглой связкой отодвигается вправо к стенке таза, кнаружи от придатков.

7) Отодвинутая вправо широкая связка вместе с маточной артерией, круглой связкой и *lig. infund. pelv.* превращенная как бы в ножку, перерезается (рис. 145).

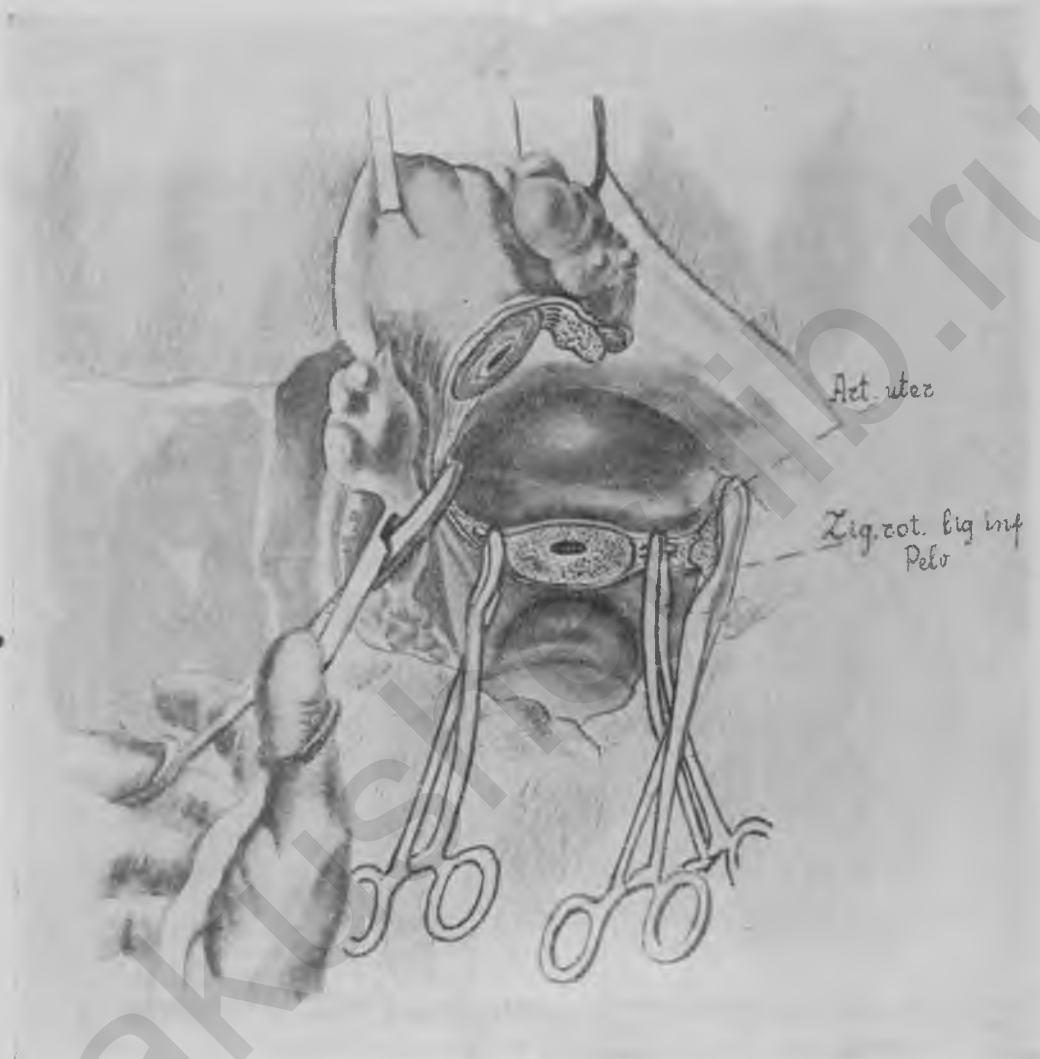


Рис. 146. Суправагинальная ампутация матки по Фору. Момент 9.

8) На перерезанную широкую связку (предварительно) накладываются два зажима:

а) изолированно на маточную артерию (рис. 146);

б) на перерезанные ткани широкой, круглой и *lig. infund. pelv.*

9) Матка вместе с правыми придатками переводится влево. Левая широкая связка, превращенная как бы в ножку, перерезается. Матка с придатками удаляется, и накладываются, как справа, два зажима. а) изолиро-

ванно на маточную артерию, б) на левую широкую, круглую и lig. infund. pelv. (рис. 147).

10) Сосуды и культи перевязываются.



Рис. 147. Суправагинальная ампутация матки по Фору. Моменты 8 и 9.

11) Производится перитонизация. Последней тщательно закрывается шейка матки.

Примечание. До перитонизации на шейку матки отдельные швы не накладываются.

12) Обычными этажными швами зашивается брюшная полость.

Примечание. Операция продолжается в руках Фора всего несколько минут, особенно если применяется игла Ревердена с педалью.

В СССР ярким сторонником и блестящим исполнителем этой операции является проф. Скробанский.

## Продувание труб

а) Продувание труб следует производить в первую неделю после окончания месячных.

б) Перед продуванием труб необходимо исследовать чистоту влагалищной флоры, особенно шеечного канала и сделать реакцию Фарреуса (Farrhaeus).

в) Противопоказаниями к продуванию труб являются: беременность, послеродовая инволюция матки, менструация, патологические кровотечения, острые и подострые воспаления тазовых органов, гнойные выделе-



Рис. 148. Продувание труб по методике проф. Мандельштама. Момент 7.

ния из половых органов (чистота влагалищной флоры 3-й степени) и ускоренная реакция Фарреуса (один час и меньше), субмукозные фибромы.

г) Наша клиника пользуется способом продувания труб, впервые предложенным Rubin'ом, по методике проф. Мандельштама.

д) Аппаратура состоит из трех маточных канюль, одной—более тонкой, толщина которой соответствует № 3 гегаровских расширителей (для небеременевших женщин с узким цервикальным каналом), другой—№ 2 более толстой, соответствующей № 4 расширителей Гегара (для рожавших женщин); на расстоянии  $3\frac{1}{2}$  см от конца канюли и начинается коническое расширение (длина конуса— $3\frac{1}{2}$  см), причем максимальное утолщение конуса соответствует в канюле № 1—шестому номеру гегаровских расширителей, а в канюле № 2—двенадцатому номеру.



Описанная канюля № 1 или № 2 присоединяется посредством резиновой тонкой кишки, надетой на отводящее короткое колено химической колбы, до половины наполненной перекисью водорода или др. и плотно закрытой резиновой пробкой, пропускающей два стеклянных колена (длинное—приводящее и вышеупомянутое короткое—отводящее). Приводящее колено посредством резиновой трубки соединяется с манометром и далее—с двойным резиновым баллоном, которым нагнетается воздух (рис. 148).

### Техника продувания труб

1. Дезинфекция наружных половых органов и влагалища, как при выскабливании слизистой матки.

2. Влагалищная часть шейки матки захватывается пулевыми щипцами, как при выскабливании слизистой матки.

3. Зеркало Симона заменяется зеркалом Фритча.

4. Шейка матки и цервикальный канал тщательно протираются сухими марлевыми шариками, затем шеечный канал смазывается иодом на щлейфере.

5. Направление шеечного канала проверяется зондом.

Примечание. До начала продувания необходимо установить положение матки бимануальным исследованием.

6. В полость матки вводятся канюли № 1 или № 2.

7. Оператор плотно прижимает правой рукой к цервикальному каналу конически утолщенную часть канюли, фиксируя шейку, а помощник нагнетает баллоном воздух, давление которого отмечается манометром. Когда давление достигает 50—60 мм, нагнетание прекращается и выжидают 1—2 минуты. Если пузырьки воздуха проходят через слой жидкости в колбе (и стрелка манометра падает), это значит, что воздух проходит в брюшную полость через канюлю. Проба положительная. Если после прекращения нагнетания воздуха стрелка манометра не падает, то давление постепенно доводится до 100—150—180 мм. Если и при таком давлении пузырьки воздуха не проходят через жидкость (при прекращении накачивания), и стрелка манометра не падает, то пробу следует считать отрицательной.

Примечание 1. Если воздух проходит мимо канюли, то обычно слышно шипение, и показываются пенящиеся пузырьки.

Примечание 2. Прохождение воздуха в брюшную полость обычно можно прослушать стетоскопом через брюшную стенку.

Примечание 3. При попадании воздуха в брюшную полость больные отмечают боль в плече и лопатке: *phrenicus symptom*, который может появиться спустя некоторое время, особенно при переходе в вертикальное положение больной.

Примечание 4. После установления проходимости или непроходимости труб, канюля удаляется. Влагалище протирается тупферами.

Примечание 5. Если трубы проходимы, то мы оставляем больных в клинике часа на два и переносим их в постель в горизонтальном положении.

Примечание 6. Мы не производим никаких операций на шейке матки по поводу бесплодия без предварительного продувания труб.

## Сальпингостоматопластика. *Salpingostomatoplastica*

Операцию *Salpingostomatoplastica* мы производим попутно при чревосечении у молодых женщин чадородного возраста, при *sterilitas*, или иногда, как специальную операцию, с целью лечения бесплодия.

У больных, у которых предполагается сделать консервативную операцию на трубах, необходимо произвести все лабораторные исследования (Фарреус—мазки, лейкоцитоз). Нормальная реакция Фарреус и нормальные количества лейкоцитов являются необходимым условием для операции *Salpingostomatoplastica*.

### Техника операции

1) Вскрывается брюшная полость. Матка берется на провизорную лигатуру-держалку и подтягивается вверх и вперед. Если трубы сращены, то их высепаровывают. В области зарощенного абдоминального конца делается продольный разрез стенки трубы, и вскрывается полость трубы.

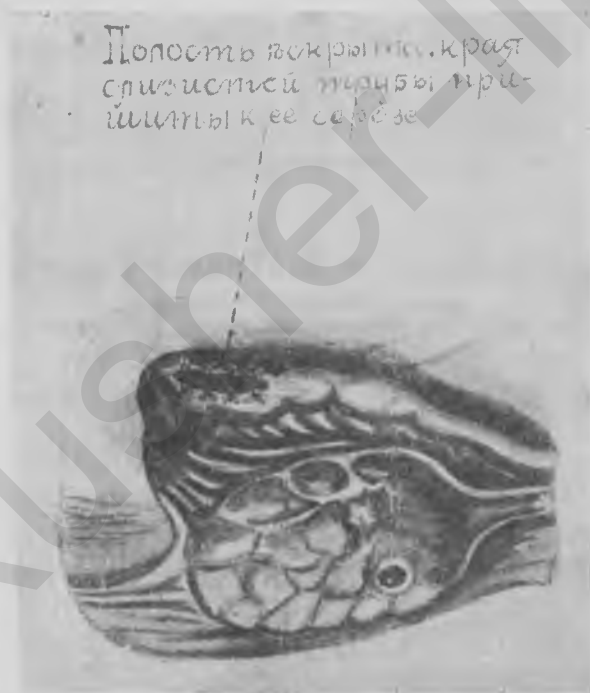


Рис. 149. *Salpingostomatoplastica*.

2) Через образовавшееся в трубе отверстие Рекордовским 5-граммовым шприцем продувается труба и проверяется ее проходимость. При проходимости труб отмечаются хорошо ощущаемые вибрации стенок и свободное прохождение воздуха через просвет трубы в матку.

3) Тонкими узловыми кэтгуговыми швами слизистую трубы пришивают к наружной поверхности серозы абдоминального конца трубы (рис. 149), стараясь не захватить мышцы трубы.

Примечание. Если абдоминальный конец сильно изменен то, труба в абдоминальном конце частично резецируется и обшивается, как в № 3 (рис. 150).

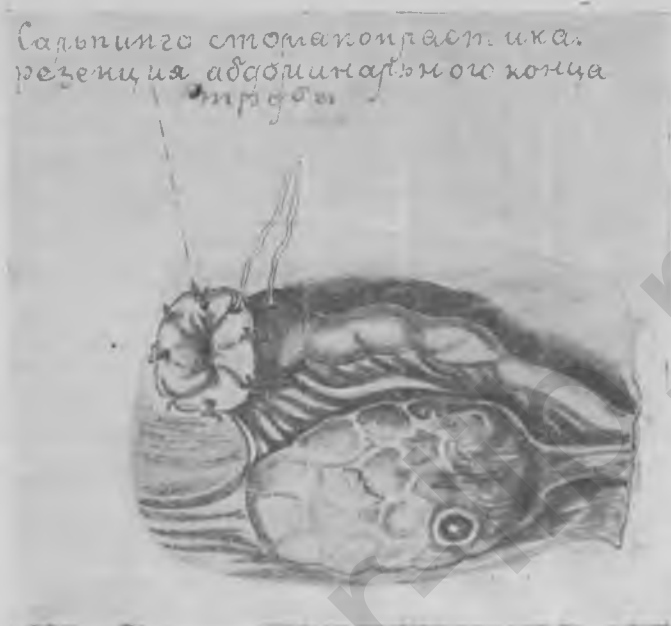


Рис. 150. Сальпингостоматопластика. Момент 3.

### Пересадка труб в полость матки

а) Пересадку труб в полость матки с целью лечения бесплодия в подавляющем количестве случаев мы делаем попутно с другими операциями на придатках, предварительно установив непроходимость труб продуванием.

б) Если же женщина, будучи поставлена в известность о серьезности операции, о небольшом проценте положительных результатов, все же настойчиво требует операции, то наша клиника, имея уже 5 случаев беременности после пересадки труб, делает чревосечение специально ради пересадки труб.

#### Техника операции

1. Вскрытие брюшной полости.
2. Матка берется на провизорную лигатуру-держалку и передается ассистенту.
3. Оператор захватывает трубу за абдоминальный конец указательным и средним пальцами и вводит в просвет канала канюлю (без иголки) обыкновенного Рекордовского 10—20-граммового шприца и нагнетает туда воздух с целью установления непроходимого участка трубы.

Примечание. При нагнетании воздуха нужно пальцами левой руки плотно прижать стенки абдоминального конца трубы к канюле шприца.

4. Если абдоминальный конец запаян, то приходится рассечь его ножом в продольном направлении, и только тогда продуть трубу шприцем, как указано в моменте 3.

5. Место непроходимости трубы не следует проверять из-за возможной травмы введением даже тонкого зонда со стороны абдоминального конца трубы, особенно это касается интрамурального ее конца.

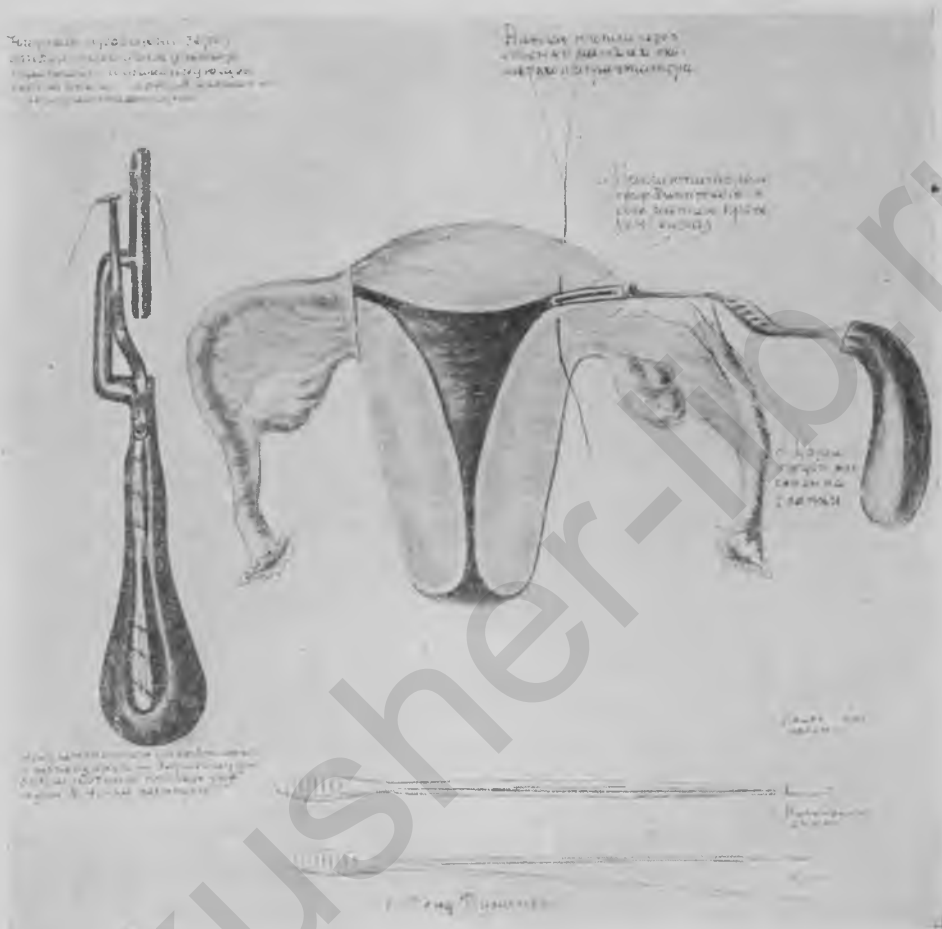


Рис. 151. Пересадка труб. Моменты 8 и 9.

6. Установив продуванием шприцем границу между проходимой и облитерированной частями трубы, последнюю в этом месте ножницами разрезают на две части: 1) проходимую латеральную, подлежащую пересадке и 2) медиальную, подлежащую удалению.

7. Маточная непроходимая часть трубы захватывается зажимом Кохера и срезается у рога матки ножницами перпендикулярно к последнему. Расщеп мезосальпинкса зашивается 1—4 швами. В канал латеральной части трубы, подлежащей пересадке, проводится закрытый зонд д-ра Туманова (рис. 151) через абдоминальный конец трубы. Конец зонда выводится из просвета отрезанной части трубы, шапочка зонда снимается, и скальпелем надрезается (расщепляется) между разошедшимися браншами зонда Туманова отрезанный конец трубы на два лоскутка.

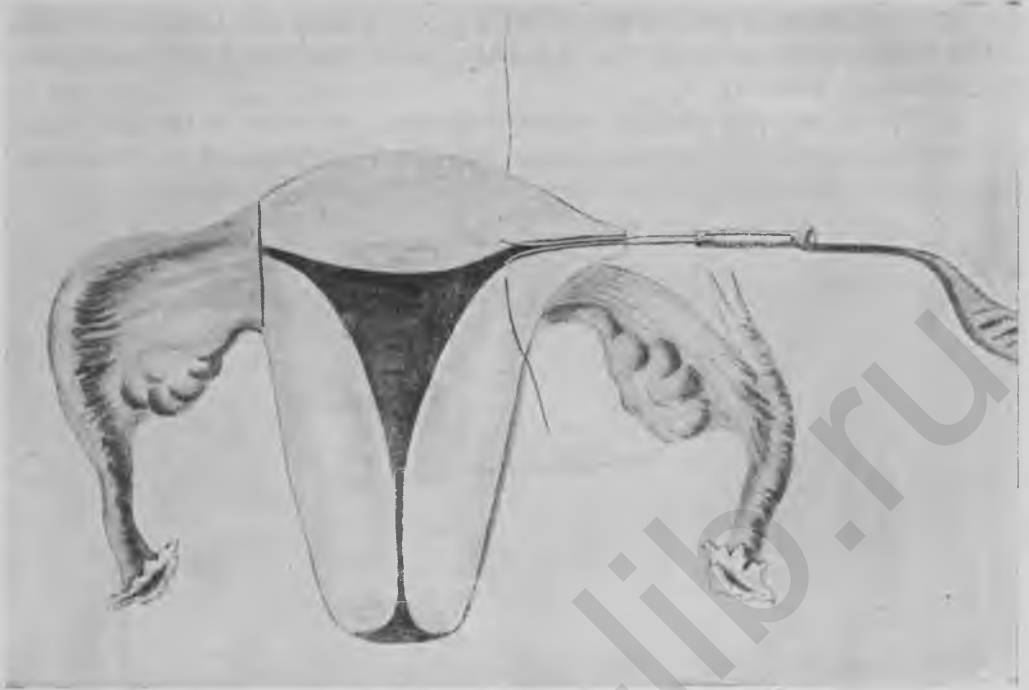


Рис. 152. Пересадка труб. Момент 10.

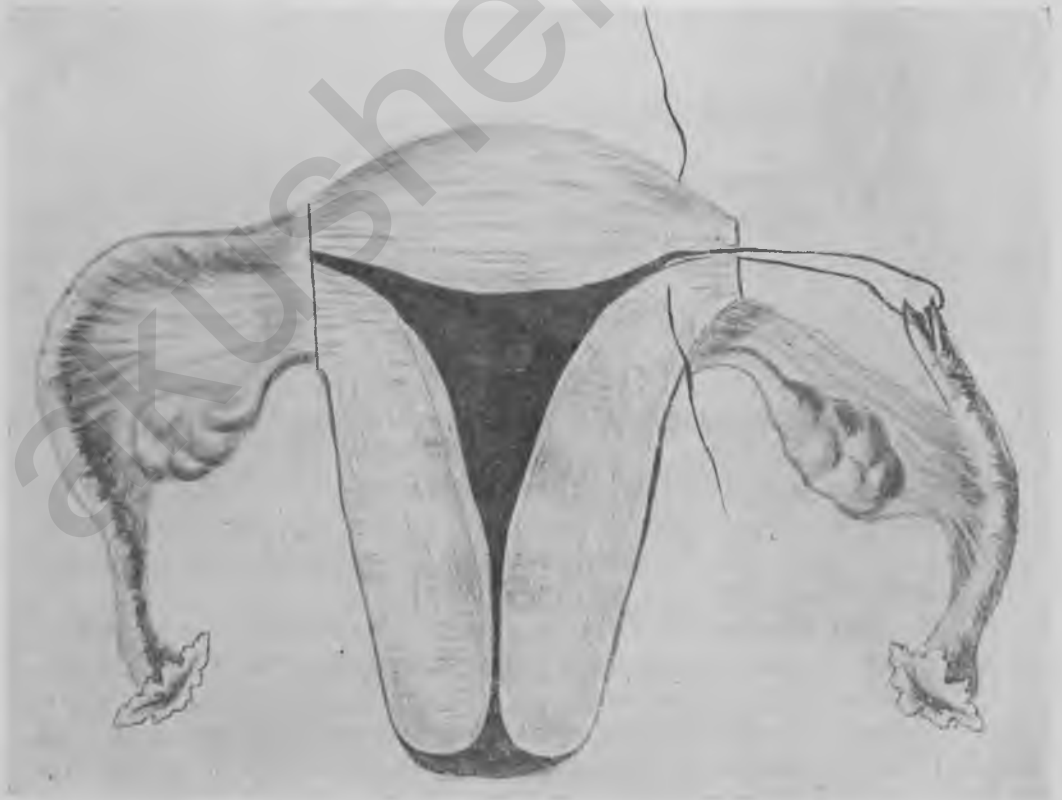


Рис. 153. Пересадка труб. Моменты 11 и 12.

8. Особым инструментом прободником (имплантатором), предложенным проф. Кипарским, или узким ножом вырезывается в роге матки, где обычно проходит интрамуральная часть трубы, цилиндрический участок

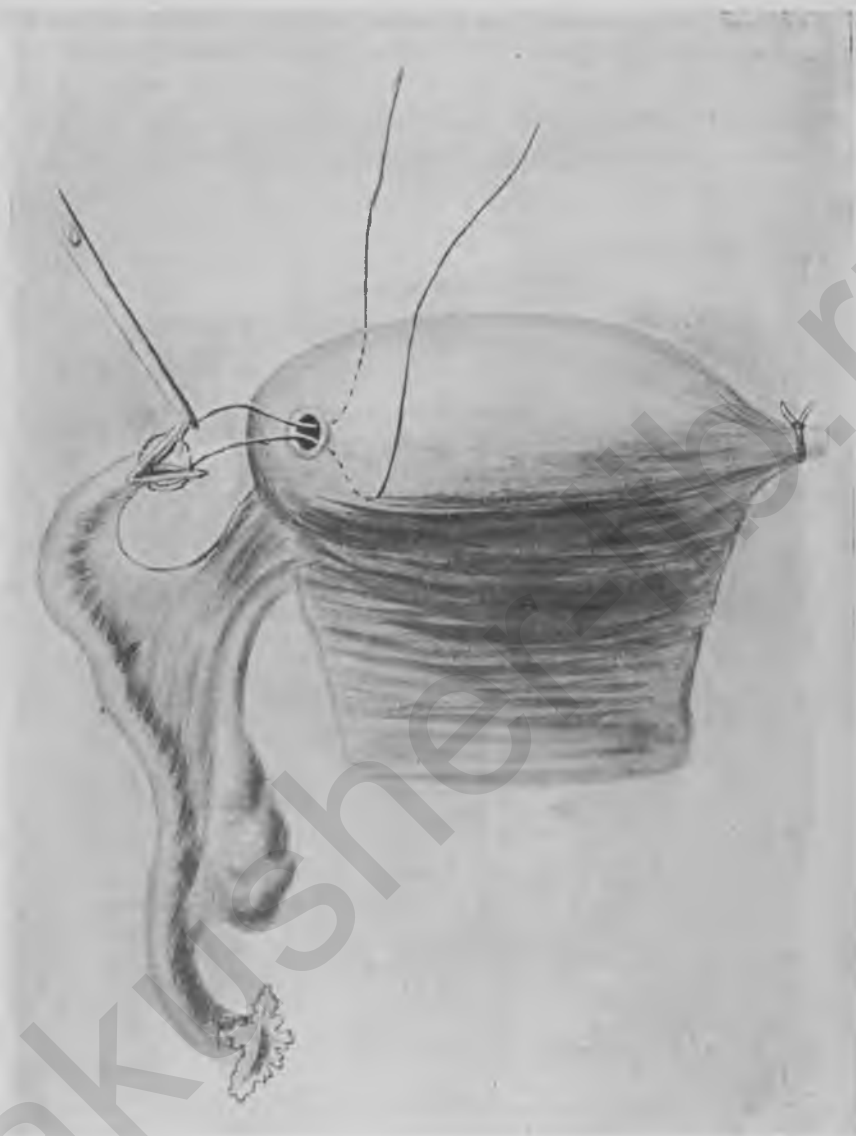


Рис. 154. Пересадка труб. Момент 13.

мышцы из стенки до просвета полости матки (или ножом на задней части стенки у рога матки).

Примечание. Имплантатор проф. Кипарского представляет собою металлическую канюлю длиной в 3 см, шириной в 6 мм., с ручкой в верхнем ее отделе. В нижнем прободающем отделе канюли, в 3—7 мм от ее острых краев, имеются два симметрично друг против друга расположенных сквозных окошечка длиной в  $1\frac{1}{2}$  см (рис. 151а).

9. Через вышеуказанную прободенную часть стенки рога матки, не вынимая канюли из полости матки, проводят сзади наперед через всю толщу стенок матки иголку с продетой в нее длинной катгутовой ниткой следующим образом: вкол делается через заднюю стенку матки и окошечки канюли, помещающиеся в полости матки, а выкол—через переднюю стенку матки наружу (рис. 151). Оба конца нитки берутся на зажим Кохера.

10. Канюля вытягивается из сделанного канала рога в полости матки вместе с лигатурой, продетой через ее окошечки (рис. 152).

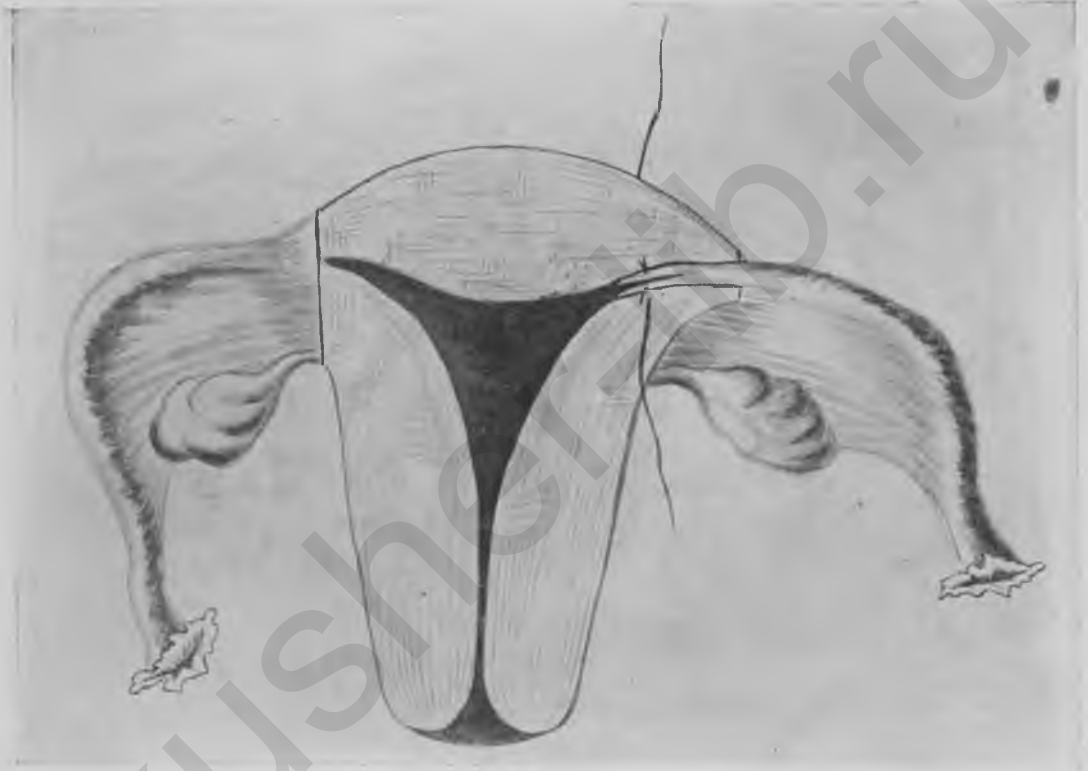


Рис. 155. Пересадка труб. Момент 14.

11. Вершина вытянутой петли лигатуры у канюли перерезывается, и каждый конец перерезанной петли продевается через ушко иголки и пришивается узлом к лоскуту расщепленного края проходимой части трубы, отрезанной от облитерированного отдела (рис. 153).

13. Короткие концы лигатур, привязанных к краям лоскутов расщепленной трубы, коротко срезаются (рис. 153).

13а. Анатомическим пинцетом захватывается край трубы с пришитыми к ней двумя нитками и подводится к каналу, сделанному прободником в роге матки (рис. 154).

14. Натягиванием наружных концов нитки, выходящих из передней и задней стенок матки, труба втягивается в полость матки на место бывшей интрамуральной части трубы (рис. 155).

15. Нитки завязываются на дне матки и коротко срезаются.

16. Сероза пересаженной трубы пришивается к серозе тела матки кругом несколькими тонкими узловыми шелковыми или кэтгутловыми швами (рис. 156).

Mesosalpinx с пересаженной части трубы пришивается к ребру матки, у места имплантации.

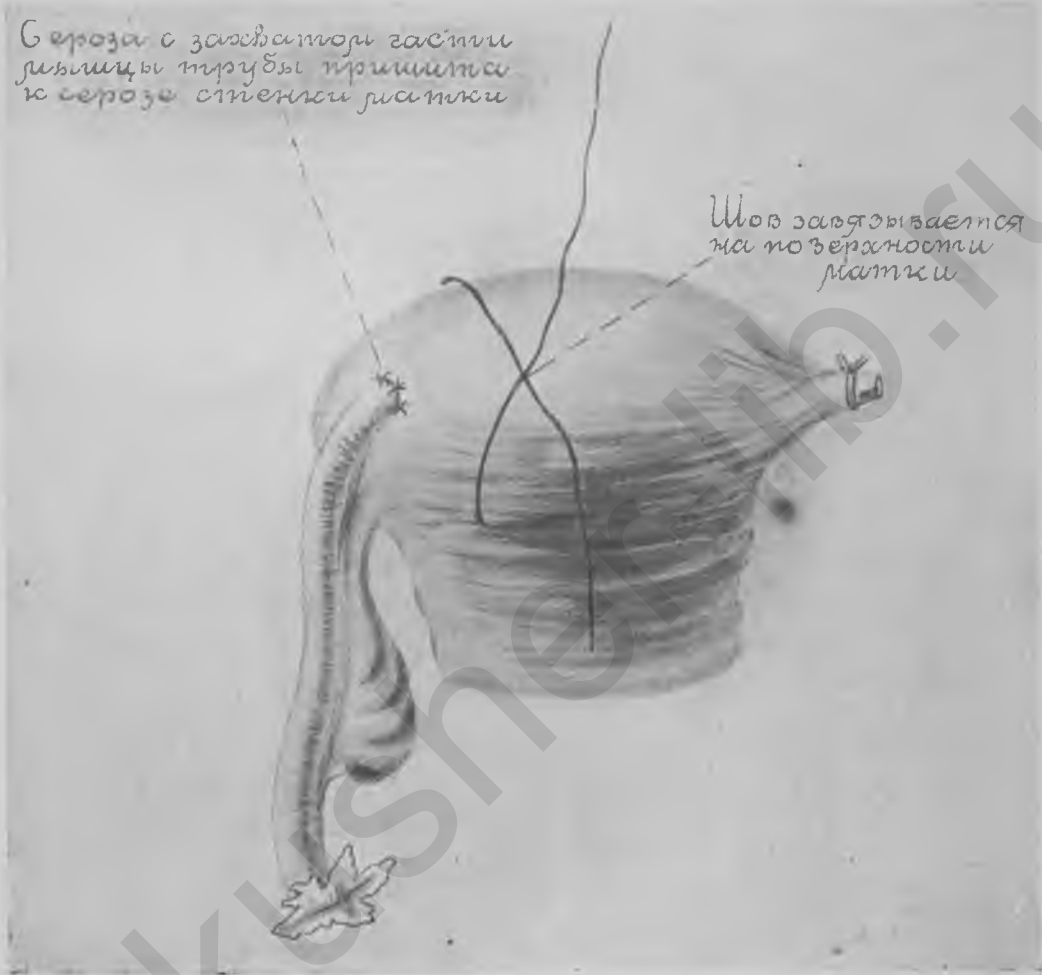


Рис. 156. Пересадка труб. Моменты 15 и 16.

## Высокая ампутация шейки матки с пересадкой сводов *Amputatio colli uteri alta*

### Общие замечания

а) Мы применяем высокую ампутацию шейки матки при гипертрофии и удлинении последней. Нужно, однако, отличать истинную гипертрофию влагалищной части от обусловленной зачастую гиперемией, отеком припуханием и т. п. В таких случаях достаточно подобных больных пользоваться постельным покоем, ихтиоловыми тампонами, горячими спринцо-



ваниями, и надобность в ампутации отпадает — можно ограничиться одной задней пластикой.

б) Мы всегда комбинируем высокую ампутацию шейки матки с задней пластикой, так как считаем основной причиной удлинения шейки несостоятельность тазового дна.



Рис. 157. Высокая ампутация шейки матки. Моменты 7 и 9.

### Техника операции

Замечания к технике операции.

Так как большинство моментов операции высокой ампутации шейки матки совпадает с моментом клиновидной эксцизии шейки матки, описание

которой приведено выше, то мы здесь ограничимся перечислением моментов, не останавливаясь на подробностях:

1. Обнажить влагалищную часть шейки матки зеркалами.



Рис. 158. Высокая ампутация шейки матки. Момент 10.

2. Захватить влагалищную часть шейки матки четырьмя парами пулевых щипцов. Удалить подъемник.

3. Удалить заднее ложкообразное зеркало, заменив его зеркалом Фритча.

4. Зондом измерить длину полости матки и наметить часть шейки, подлежащую удалению.

5. Расширить цервикальный канал дилаторами Гегара до № 10, если канал узкий, или если предварительно нужно сделать *abrasio m. c. u. t.*



Рис. 159. Высокая ампутация шейки матки. Моменты 12 и 13.

Примечание 1. Расширение канала производится по способу, описанному при операции выскабливания матки.

Примечание 2. Расширение необходимо для того, чтобы при рассечении шейки скальпелем поперек был хорошо виден цервикальный канал, если он сужен.

6. Произвести циркулярный разрез слизистой влагалищной части матки на 2—3 см выше наружного зева (область прикрепления сводов).

7. Задний, боковые и передний своды с мочевым пузырем тупо отпаровать вверх, обнажив шейку на длину, подлежащую отсечению (рис. 157).

Примечание. Если оператору не совсем ясно, отошел ли пузырь, то необходимо катетером проверить положение пузыря.

8. Ввести в боковые своды зеркала-боковики и передать их для держания ассистентам.

9. При кровотечении перевязать сосуды основания широких связок, по бокам шейки, где проходит *ramus cervicalis arteriae uterinae* (рис. 157).

10. Рассечь шейку, исходя из цервикального канала в обе стороны вверх до уровня произведенной отслойки сводов (рис. 158).

Примечание. Необходимо точно соблюдать технику рассечения боковых комиссур, описанную при клиновидной эксцизии шейки.

11. Удалить зеркала-боковики.

12. Отсечь сначала заднюю губу следующим образом: оператор захватывает пулевые щипцы с задней губой, подложив под нее со стороны заднего свода указательный и средний пальцы левой руки. Со стороны слизистой цервикального канала оператор ведет правой рукой разрез губы косо по направлению к заднему своду таким образом, чтобы косо освеженная поверхность задней губы смотрела к перерезанному заднему своду. Тремя узловыми швами слизистая цервикального канала соединяется с краем слизистой заднего свода. Лигатуры берутся на зажим Кохера (рис. 159).

13. Передняя губа отсекается следующим образом: оператор захватывает пулевые щипцы с передней губой и со стороны переднего свода накладывает на нее указательный и средний пальцы левой руки, как бы выпячивая на себя слизистую цервикального канала. Оператор ведет разрез правой рукой со стороны цервикального канала косо вверх по направлению к переднему своду таким образом, чтобы косо освеженная поверхность передней губы смотрела к перерезанному своду. Тремя узловыми швами слизистая переднего свода приторачивается к слизистой цервикального канала передней губы (рис. 159). Швы берутся на зажим.

14. Ввести зеркало-боковик поочередно (сначала с одной стороны, потом с другой) в боковые своды и наложить основные швы, образующие комиссуру наружного зева и 1—2 шва по бокам, чтобы закрыть боковые щели.

Примечание. Техника наложения и зашивания указанных в моментах 13 и 14 швов та же, что при простой клиновидной эксцизии на стр. 89.

15. Ввести во влагалище тампон, который удаляется на второй день.

16. Если швы наложены шелковые, то они снимаются на 10—12 день.

### Операция Neugebauer—Le-Fort

При полных выпадениях матки и влагалища в пожилом возрасте, когда исключена возможность половой жизни, когда нет подозрения на рак шейки или полости матки или на другое заболевание матки, целесообразно применение операции Neugebauer—Le-Fort с моей модификацией.

**Техника операции**

1. Пулевыми щипцами захватываются передняя и задняя губы влагалищной части шейки матки.

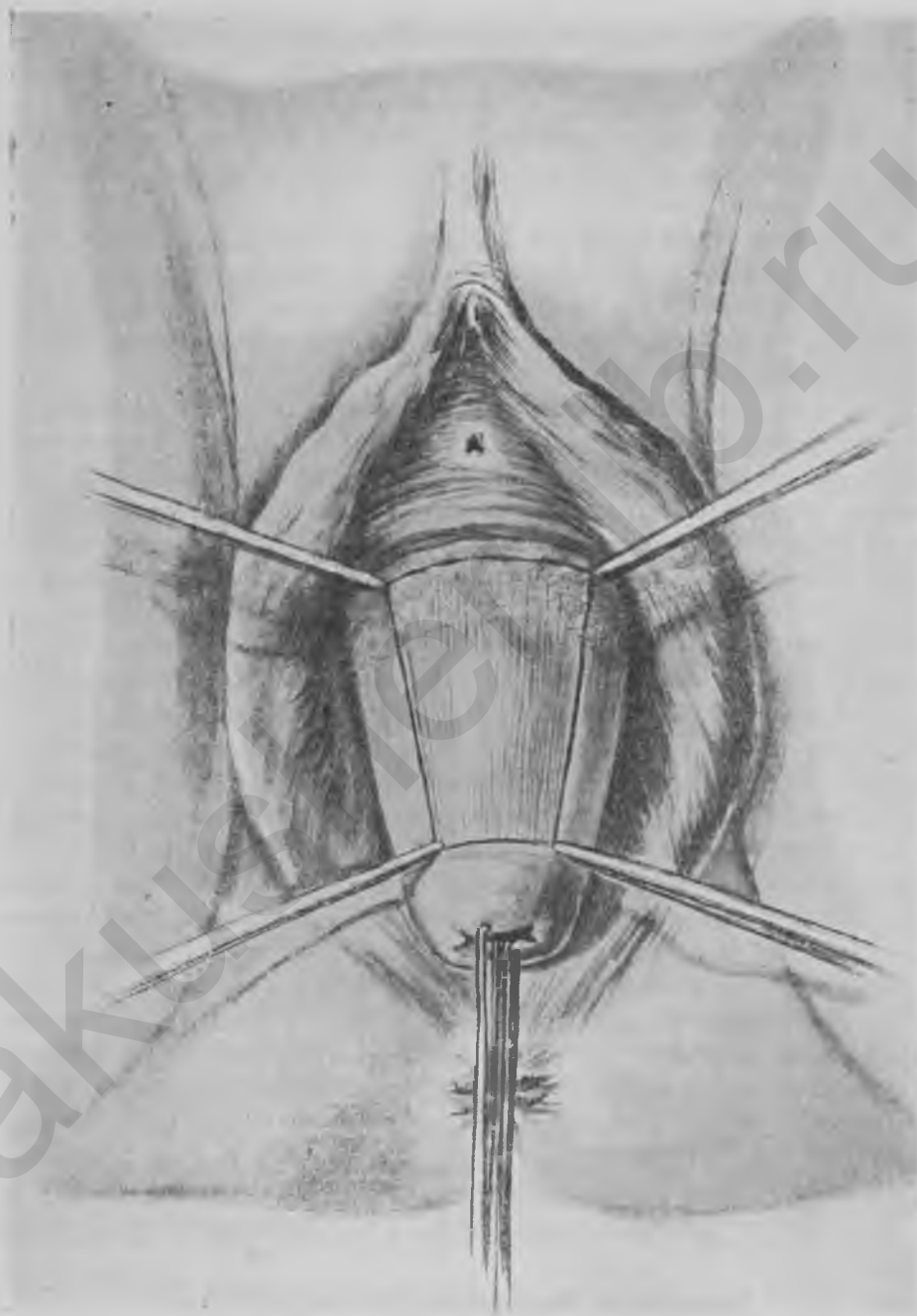


Рис. 160. Операция Нейгебауер—Лефор. Момент 2.

2. Шейка матки оттягивается книзу и вперед в направлении промежности. На переднюю стенку слизистой влагалища накладываются 4 зажима Кохера: 2 клемма на 2 см кпереди от наружного зева влагалищной части матки, отступя друг от друга в поперечном направлении на 3—4 см, и

2 клемма — на 2 см кзади от наружного отверстия мочеиспускательного канала, отступя друг от друга на 5 см в поперечном направлении.

Разрезы окаймляют прямоугольник длиной в 7—8 см и шириной в 4—5 см (рис. 160).



Рис. 161. Операция Нейгебауер—Лефор. Моменты 3 и 4.

По передней стенке проводятся четыре разреза слизистой таким образом чтобы они встретились в точках наложенных кохеров. Наметившийся разрезами лоскут отсепаровывается и удаляется.

3. Шейка матки оттягивается кпереди, к лону. На заднюю стенку слизистой влагалища накладываются, как на передней стенке, 4 клемма Кохера: два клемма — на 2 см кзади от наружного зева, отступя друг от друга в поперечном направлении на 3 см и 2 клемма — на 2 см кнутри от задней спайки и отступя друг от друга в поперечном направлении на 5 см. Четыре разреза слизистой оболочки задней стенки влагалища производятся таким образом, чтобы они встретились в точках наложения

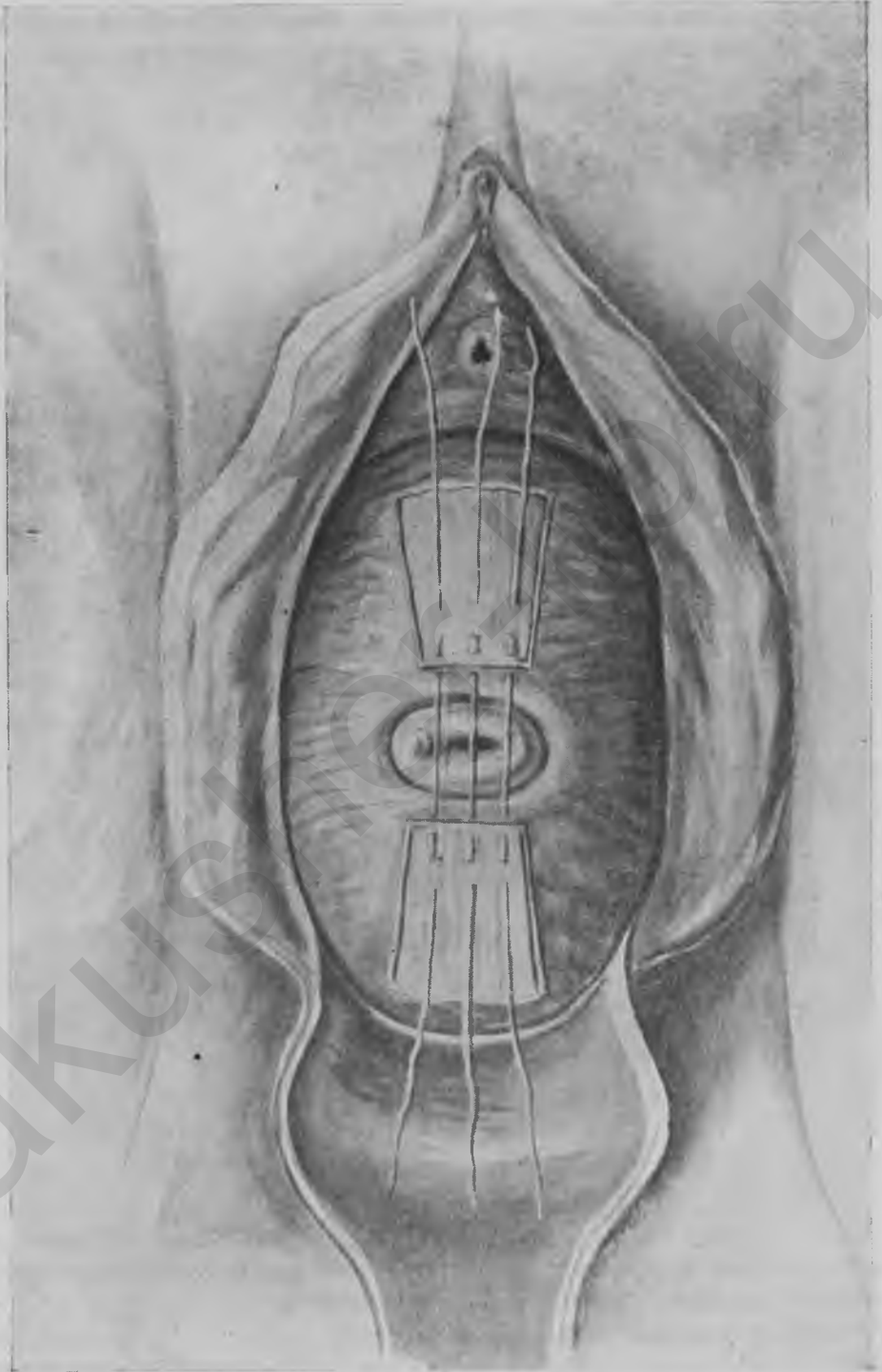


Рис. 162. Операция Нейгебауер—Лефор. Момент 5а.

клеммов. Эти разрезы окаймляют прямоугольник шириной в 4—5 см и длиной 8 см.

4. Частично острым, частично тупым путем намеченный разрезами лоскут отсепаровывается и удаляется (рис. 161).

5. Обе освеженные поверхности сшиваются между собой следующим образом:

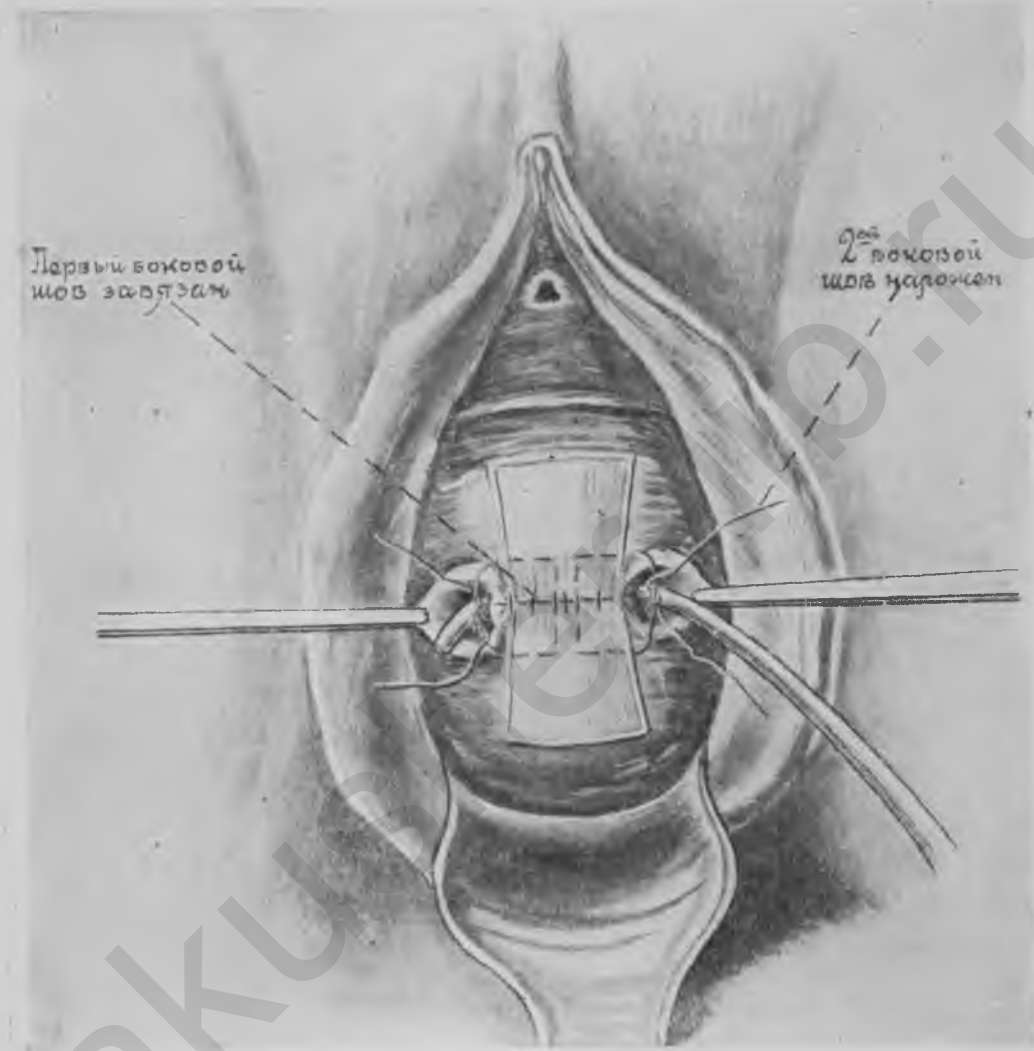


Рис. 163. Операция Нейгебауер—Лефор. Моменты 5б и с.

а) Первыми двумя-тремя узловыми кэтгутowymi швами соединяются соответствующие сводам края освеженных поверхностей прямоугольников (рис. 162).

б) При завязывании этих швов шейка уходит кверху, она как бы сидит на этих швах (рис. 162).

Чтобы случайно наглухо не зашить во время завязывания боковых швов боковых отверстий канала, советуем захватить слизистую влагалища клеммами у входов в этот канал. Боковые швы нужно завязывать медиально от кохеров (рис. 163).



с) Боковые швы накладываются по очереди на левую и правую половины освеженной поверхности следующим образом:

d) Вкол иглы со стороны слизистой, выкол в середине освеженной поверхности передней стенки. Затем вкол того же шва в середине осве-

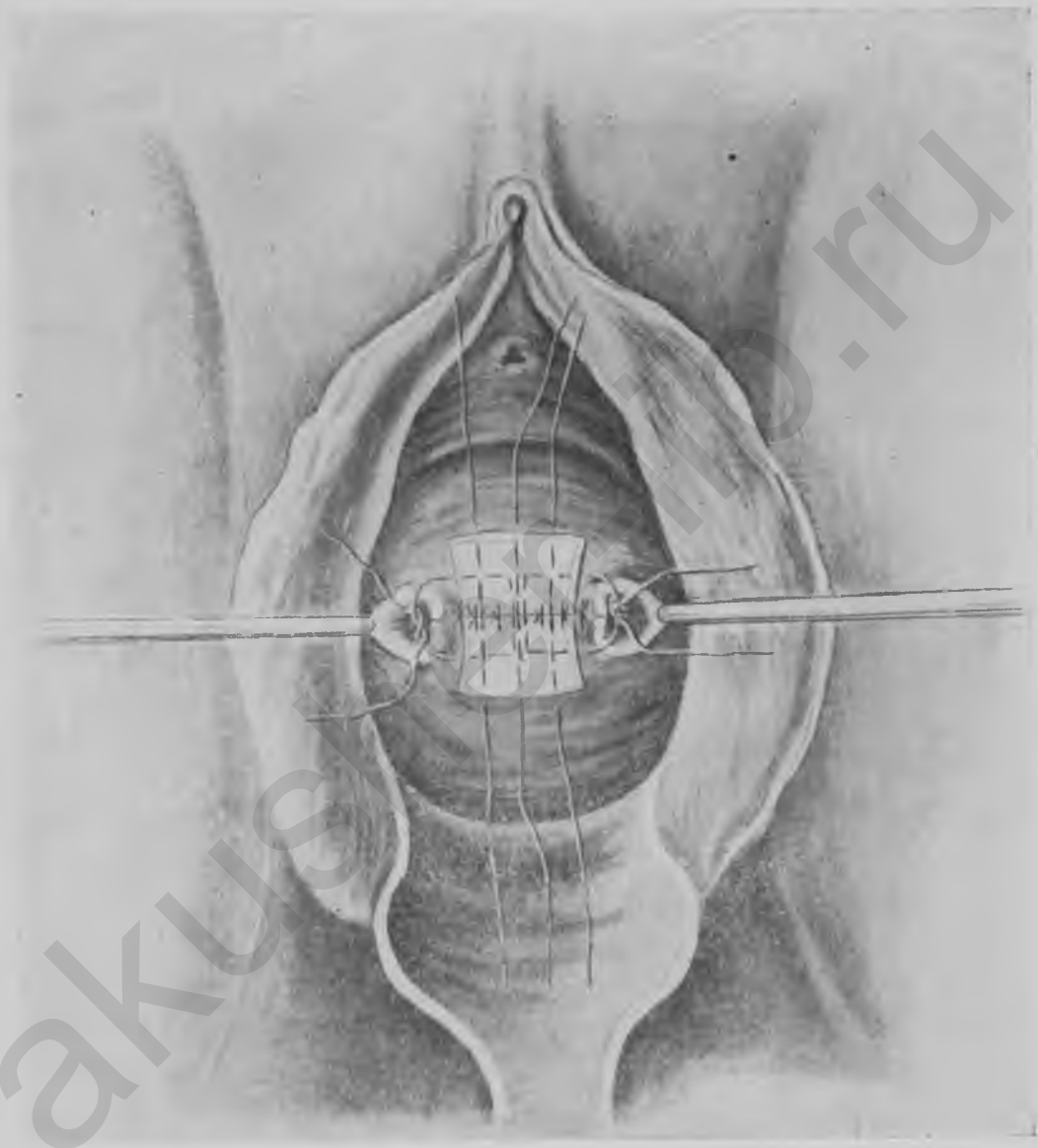


Рис. 164. Операция Нейгебауер—Лефор. Момент 5d.

женной поверхности задней стенки и выкол в край слизистой задней стенки. Таким способом подхватывается вся освеженная поверхность и получается хороший гемостаз. Как только наложены два боковых шва на правую и левую стороны освеженной поверхности, первые три наложенные и завязанные шва, служившие оператору во время наложения двух боковых катгутовых швов как бы держалкой, срезаются коротко. Боковые швы завязываются и еще не срезаются (рис. 164).

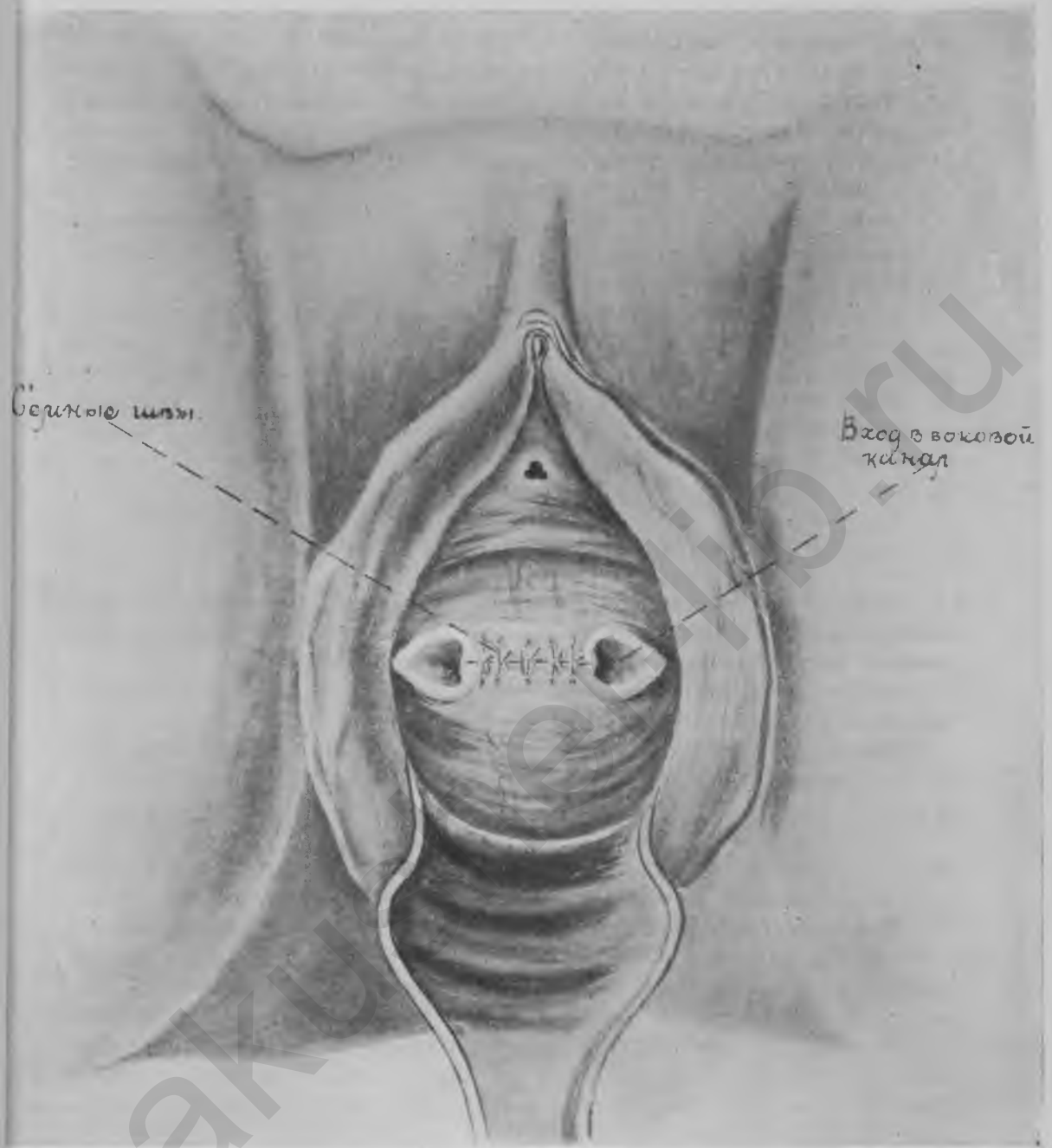


Рис. 165. Операция Нейгебауер—Лефор.

Они служат оператору держалкой при наложении следующих двух очередных боковых швов. Как только последние наложены, первые два боковых завязанных шва срезаются, и завязывается вторая пара боковых швов.

Когда описанным образом наложены все боковые швы поочередно, освеженные поверхности прилегают друг к другу, а по бокам образуются два узких канала, сообщающиеся между собой. Тремя-четырьмя узловыми шелковыми съемными швами соединяются нижние поперечные края разрезов (рис. 165).

При сильном зиянии входа во влагалище промежности мы дополнительно делаем заднюю пластику.

Примечание ко 2-му моменту.

Поперечные нижние разрезы на передней и задней стенках влагалища не должны быть проведены слишком близко от уретры, чтобы не оттянуть края уретры кзади. Это может повести к расстройству мочеиспускания после операции.

Точно так же не следует проводить разрезы слишком далеко от уретры и края промежности, так как это может служить моментом для частичного рецидива опущения.

Операцию Neugebauer—LeFort (Нейгебауер—Лефор) у терпеливых больных можно производить без всякой анестезии. Мы однако советуем в подслизистую задней стенки влагалища впрыснуть несколько кубиков  $\frac{1}{2}\%$  раствора новокаина с адреналином; операция проходит совершенно безболезненно, лучше отходит отсепарируемый лоскут, и меньше шансов на случайное вскрытие брюшины заднего Дугласа или поранение кишки.

### Операция Бейтнера (Beuttner'a)

Вопрос о применении операции Бейтнера (Beuttner'a) связан с современным консервативным направлением в гинекологии при хирургическом лечении воспалительных процессов женской половой сферы.

Мы не имеем здесь возможности остановиться подробно на принципах нашей клиники в этом вопросе.

Интересующимся мы можем рекомендовать ознакомиться с нашей работой, появившейся в Сборнике трудов Ц. Н. И. Акушерско-Гинекологического Института.

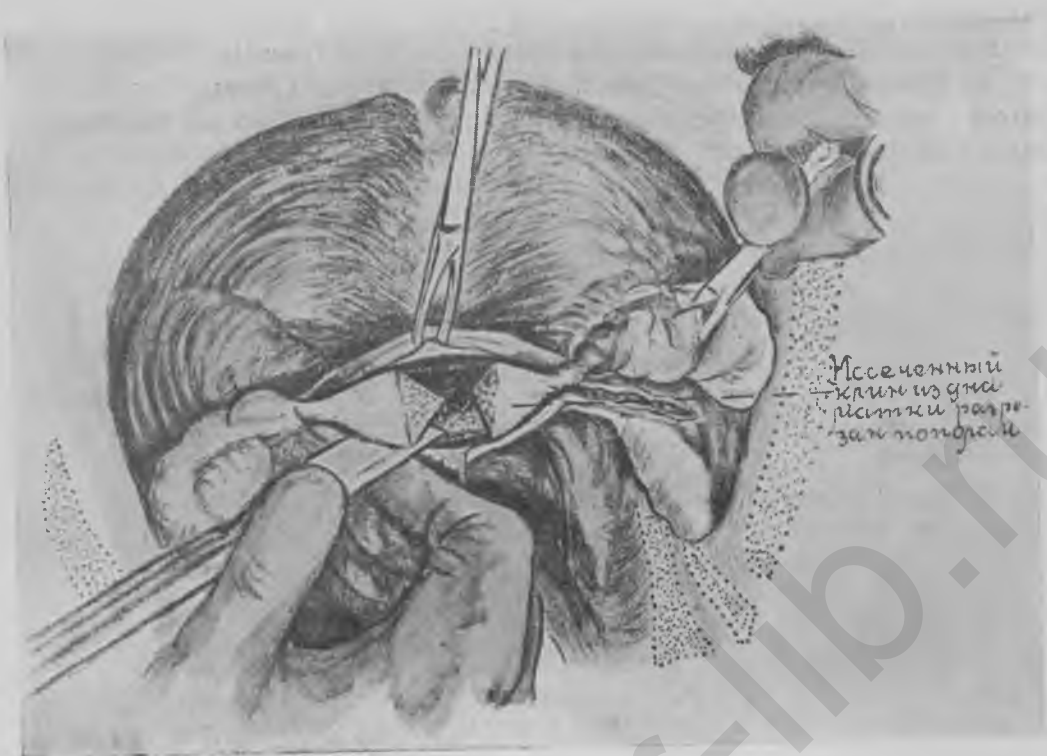
Весьма важно подчеркнуть, что при лапаротомии следует сохранить все, что представляется возможным. Особенно это важно, когда речь идет об операции у молодых женщин чадородного возраста.

Мы являемся сторонниками операции Beuttner'a потому, что она дает возможность удалять измененные и инфицированные трубы целиком вместе с клиновидно вырезанным дном матки. По этому методу удается: 1) удалять трубы, не инфицируя их содержимым окружающие ткани и органы, 2) сохранить большую часть слизистой полости матки и менструальный цикл, 3) наложить швы на мезосальпикс и матку так, что последняя сформирована более пластически, чем при удалении труб каждой в отдельности путем иссечения интерстициальных частей.

#### Техника операции

1) По вскрытии брюшной полости матка захватывается пулевыми щипцами. Параллельно поперечной оси матки производится клиновидное иссечение дна матки вместе с участком ткани, откуда отходят трубы. При вырезывании клина следует стараться не задеть ножом lig. ov. propr. (рис. 166).

2) Вырезанный клиновидный участок матки рассекается пополам. Высепаровываются трубы с обеих сторон, если они в сращениях, причем



Мусеченни  
клин издн  
рситки разр  
за и попорси

Рис. 166. Операция Бейтнера. Момент 1.



Плочи царена.  
тазова и брюшина  
зачи и та

Матка зашита  
уз роготори и изари

d. ovarium

s. ovarium

Рис. 167. Операция Бейтнера. Момент 4.

подходить к ним следует изнутри кнаружи и снизу вверх. Этот прием значительно облегчает высепаровку сращенных труб (рис. 167).

3) Mesosalpinx с обеих сторон срезается ближе к трубам. Последние вместе с клиновидно иссеченным дном матки (рассеченным на две половины, момент № 2) удаляются.

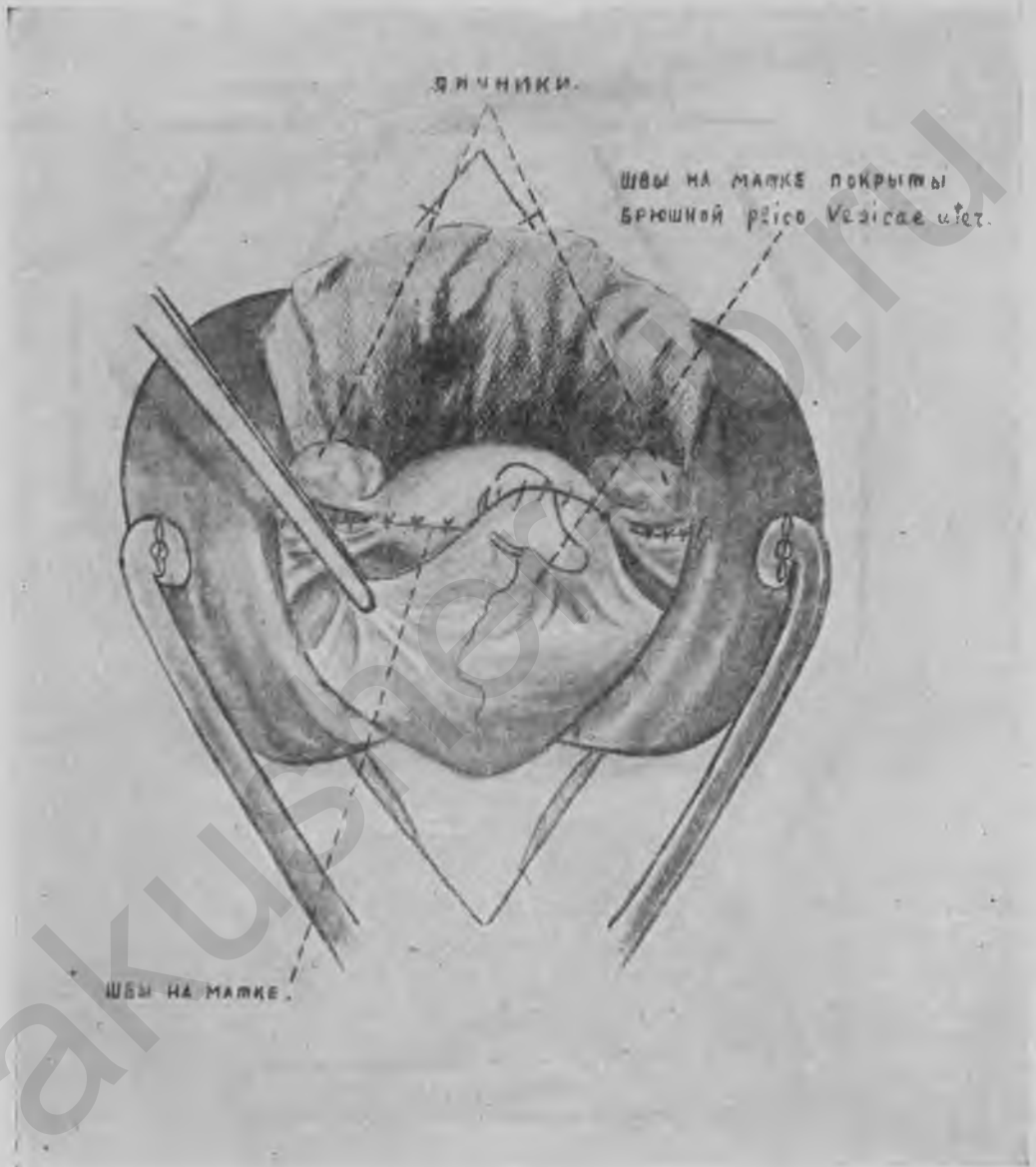


Рис. 167а. Операция Бейтнера. Момент 4. Примечание.

4) Рана на матке и края мезосальпинкса зашиваются кэтгутовыми швами. Матка принимает нормальную форму.

Примечание. Для получения хорошего прилаживания краев раны на матке советуем зашивать последнюю узловыми кэтгутовыми швами, а края мезосальпинкса соединить непрерывными кэтгутовыми швами с обеих сторон. Здесь можно использовать для перитониза-

ции круглые связки по способу Козинского (стр. 73) или перетянуть брюшину пузыря в области переходной складки поверх швов, пришив ее к задней поверхности стенки матки (рис. 167а). Дизурические явления, как правило, по нашим наблюдениям, после операции отсутствуют, если швами захватывать только брюшину маточно-пузырного свода, а не мышцу стенки пузыря.

### Operatio interpositio Александрова—Schauta—Wertheim

Операция *interpositio uteri vesico-vaginalis* предложена в России независимо от Шайта (Schauta) и Вертгейма (Wertheim'a).

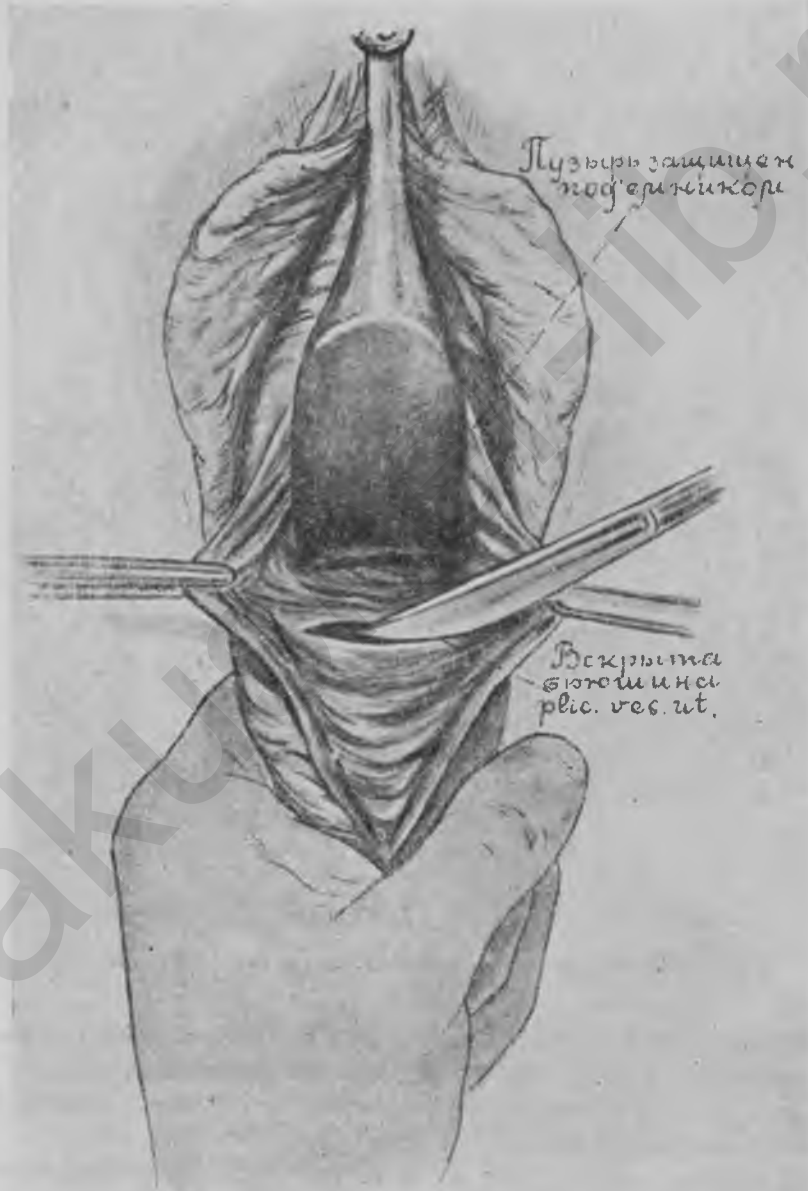


Рис. 168. Interpositio. Александров—Шайта—Вертгейм. Моменты 4 и 5.

д-м Александровым, и совершенно неправильно даже в России эту операцию называют только Schauta—Wertheim.

Операция *interpositio* основана на принципе укрепления матки ниже пузыря благодаря тому, что матка вшивается между влагалищем и пузырем так, что пузырь ложится на матку. Матка является как бы пелотом, исключая возможность выпадения и образования *cystocele*.

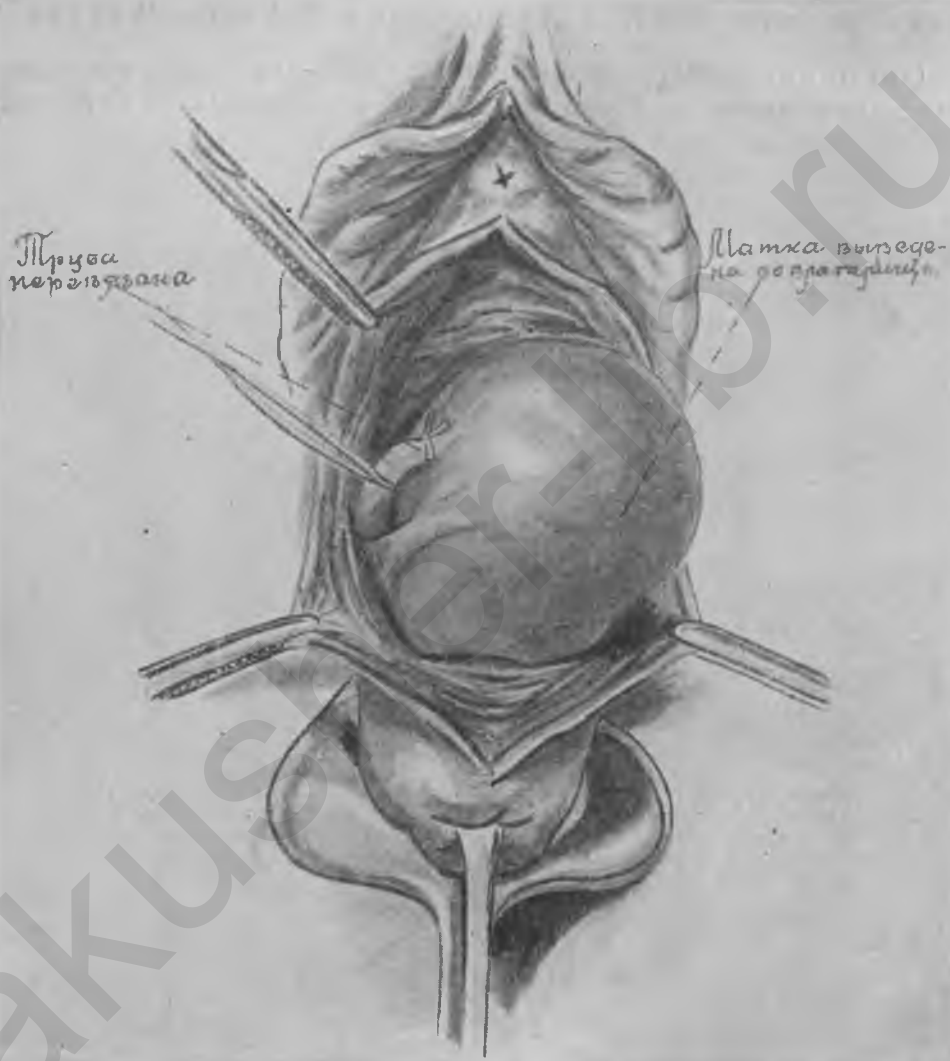


Рис. 169. *Interpositio* Александров—Шаута—Вертейм.

Операцию *interpositio* не следует применять в тех случаях, когда матка увеличена, или наоборот, атрофически уменьшена.

1) В случаях чрезмерного увеличения матки не удастся ее вшить в клетчатку переднего свода.

2) В случаях уменьшения ее размеров после операции может легко наступить рецидив опущения.

Если операция *interpositio* производится у женщин, где возможно наступление беременности, необходимо одновременно произвести стерилизацию.

## Техника операции

1) Зеркалами обнажается влагалищная часть шейки матки и, после захватывания ее пулевьими щипцами, она оттягивается книзу и вперед.

2) Производится разрез передней стенки влагалища по средней линии, начиная немного ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала до переднего свода, не доходя до наружного зева шейки на 2 см.



Рис. 170. Операция Александров—Шаута—Вергейм. Момент 7.

3) Частично остро, потом тупо передняя стенка влагалища отсепаровывается в обе стороны настолько, чтобы могла там поместиться матка.

4) Тупо отсепаровывается мочевой пузырь кверху и обнажается складка брюшины переднего дугласа (рис. 168).

5) Отсепарованный мочевой пузырь ассистент отодвигает подъемником. Оператор в поперечном направлении вскрывает брюшину *plica vesicae uterinae* (рис. 168).



6) Через вскрытый передний дуглас матка захватывается пулевыми щипцами и качательными движениями выводится из брюшной полости во влагалище (рис. 169).

7) Верхний край разреза складки брюшины переднего дугласа пришивается на задней поверхности матки в области внутреннего зева. Этим

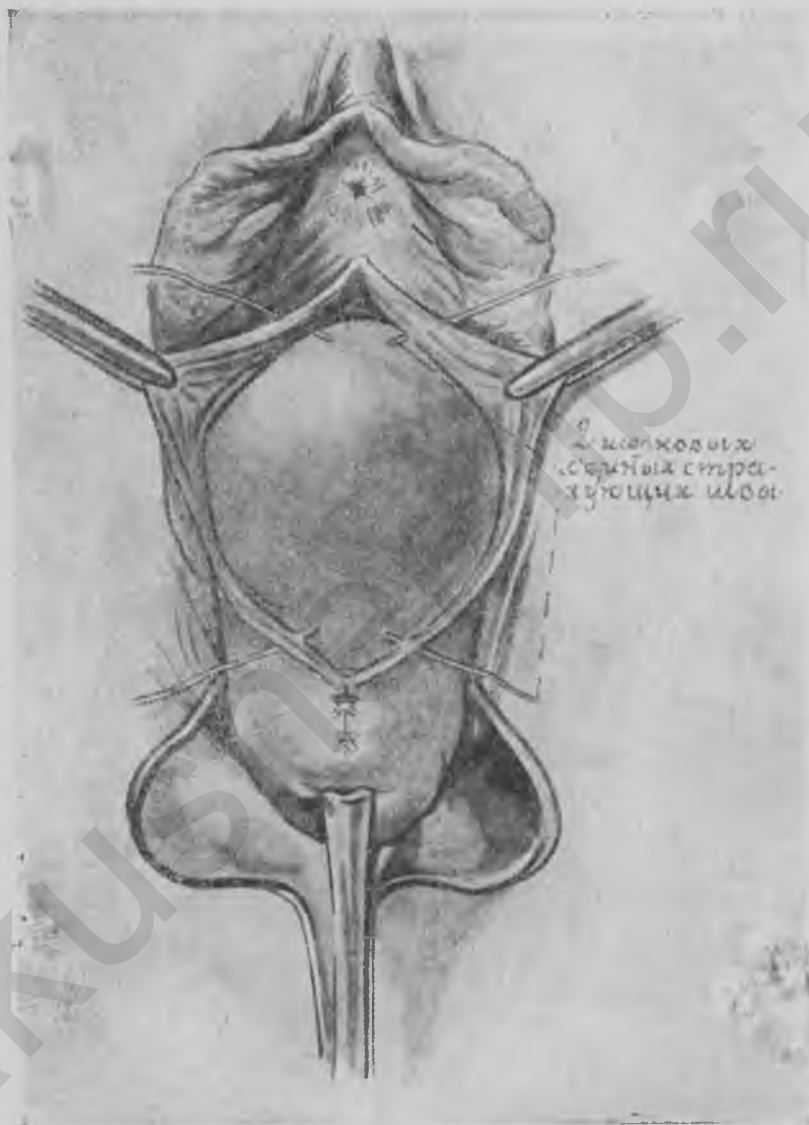


Рис. 171. Операция Александров—Шаута—Вергейм. Момент 10.

моментом операции закрывается брюшная полость, и конец операции проходит внебрюшинно (рис. 170-b).

Примечание. Если операция *interpositio* производится у женщины, где возможно наступление беременности, необходимо произвести стерилизацию после момента 6, по одному из описанных выше методов (рис. 170-b).

8) Прямыми ножницами срезается по длине от каждой половины передней стенки влагалища по лоскуту, величина которого зависит от степени

растяжения передней стенки влагалища. Нужно соразмерить так, чтобы срезы лоскуты не были слишком большими или слишком маленькими: 1) в первом случае не удастся покрыть большую часть поверхности выведенной матки, 2) во втором случае, вследствие избытка стенки влагалища, вскоре после операции будет рецидив выпадения или, сейчас же после операции, возможна гематома в клетчатке передней стенки влагалища.



Рис. 172. Операция Александров—Шаута—Вертгейм. Момент 9.

9) Матка помещается между мочевым пузырем и лоскутами разрезанной передней стенки влагалища и пришивается к последней кругом узловыми катгутowymi швами (рис. 172).

10) До наложения указанных в моменте № 9 узловых катгутowych швов следует наложить два съёмных шелковых шва следующим образом: вкол через край левой половины передней стенки влагалища и переднюю поверхность матки и выкол — через край правой половины влагалища (рис. 171).

Два шелковых шва завязываются после пришивания матки к обеим половинам передней стенки влагалища узловыми катгутowymi швами.

Примечание 1. Можно не закрывать всей передней поверхности матки влагалищной стенкой, если это не удалось из-за недостатка тканей. Это никакого значения не имеет для заживления или инфекции.

Примечание 2. Целесообразно, ввиду возможности образования гематомы в клетчатке передней стенки влагалища, в нижние углы раны ввести две турундочки из иодоформной марли, которые удаляются на третьи сутки (рис. 172).

Введение турундочек устраняет возможность образования гематом, послеоперационный период протекает более гладко.

Примечание. Одновременно с операцией *interpositio* делается дополнительно *Colporperineographia*.

## Полная влагалищная экстирпация матки. *Exstirpatio uteri per vaginam*

### Общие замечания

1. Больная укладывается в спинногрудном положении на стол, специально приспособленный для влагалищных операций.

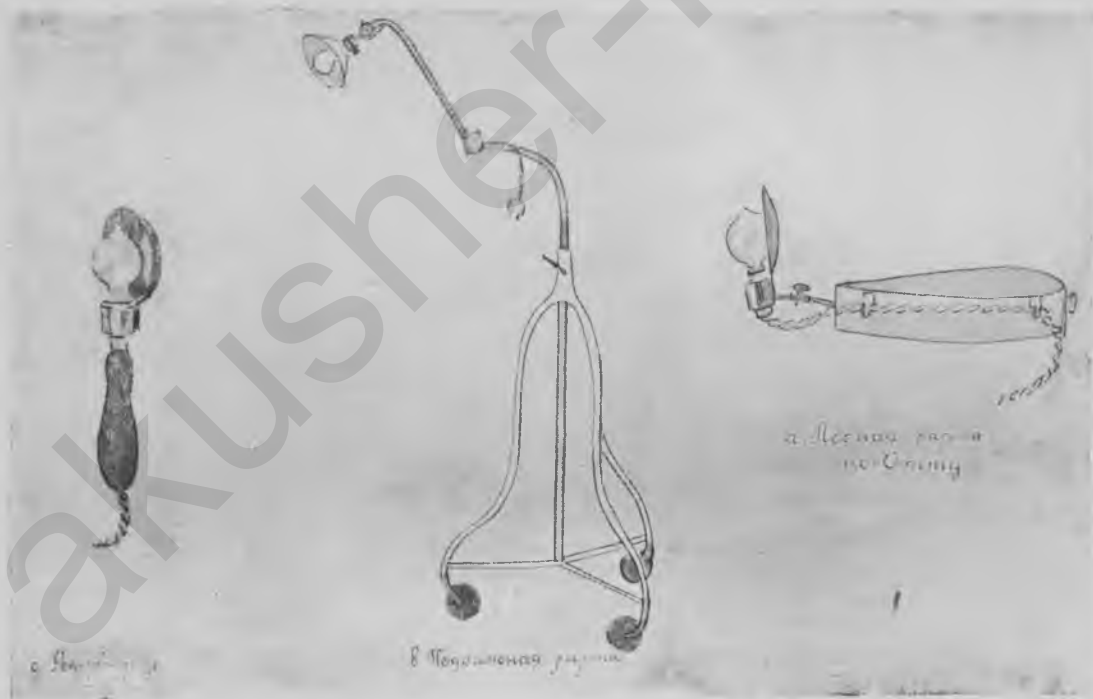


Рис. 173. *Exstirpatio uteri per vaginam*. Момент 3.

Примечание. Область крестца несколько больше обычного выдвигается вперед от ножного края стола.

2. Головной конец стола опускается вниз (ножной конец—вверх) настолько, что туловище больной образует с горизонтом угол в  $30^\circ$  и получается положение по типу Тренделенбурга (*Trendelenburg*) при чревосечении.

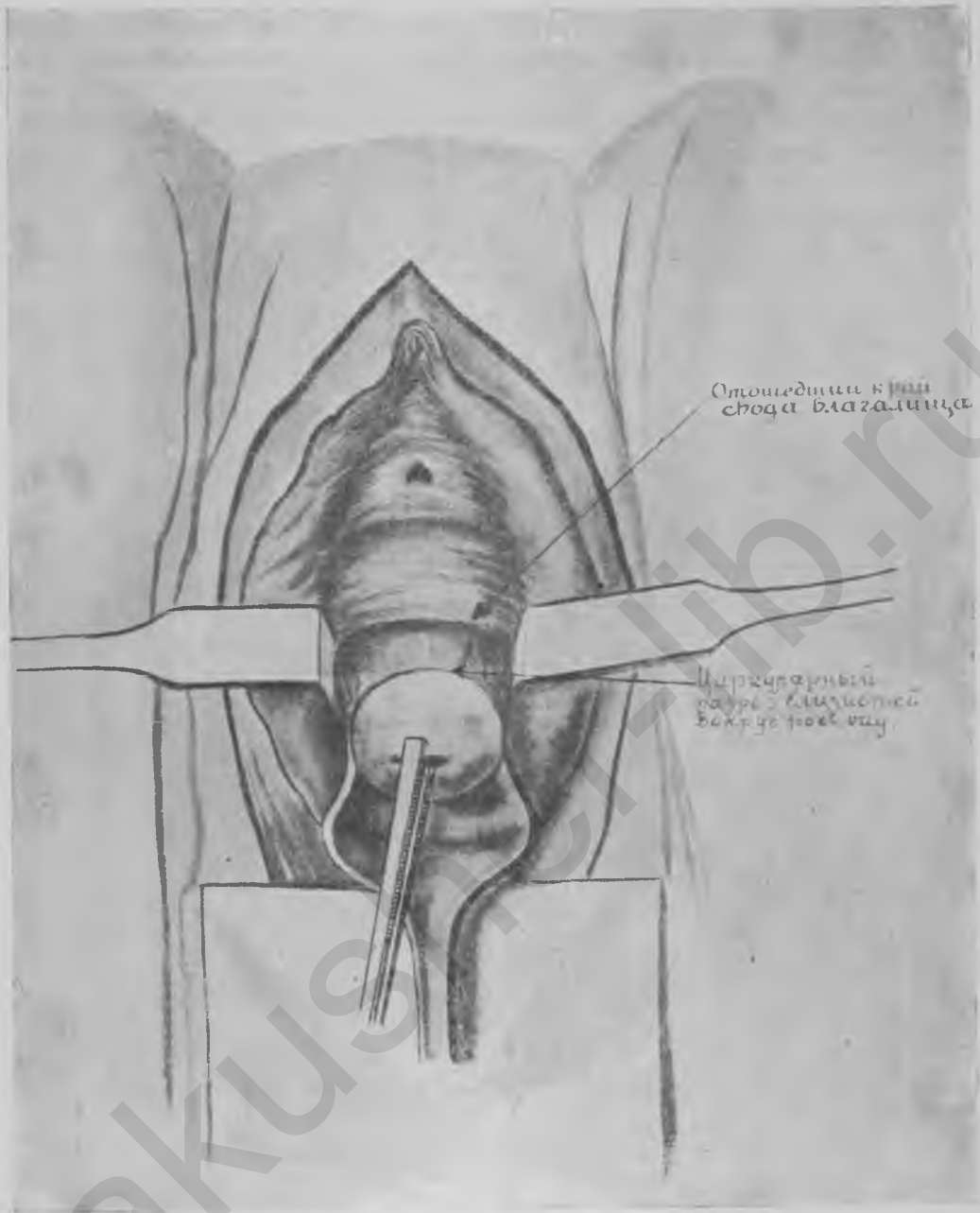


Рис. 174. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 3.

Примечание. Этим приемом достигается отхождение петель кишок к диафрагме при вскрытии дугласа и освобождение нижнего отдела брюшной полости. Указанное положение больной делает операционное поле более доступным для осмотра и манипуляции.

3. Необходимо позаботиться о хорошем освещении операционного поля. Для целей искусственного освещения мы пользуемся электрической лобной лампочкой проф. Отта (рис. 173), весьма удобной тем, что она не дает тени и концентрирует свет в требуемом месте на некоторой глубине, что особенно важно при влагалищных операциях.

4. Можно также пользоваться подвижной лампой на стойке, но необходимо менять ее положение во время операции справа или слева от оператора (рис. 173).

Дезинфекция брюшной стенки, наружных половых органов и влагалища — по методам, описанным выше (стр. 16—20).

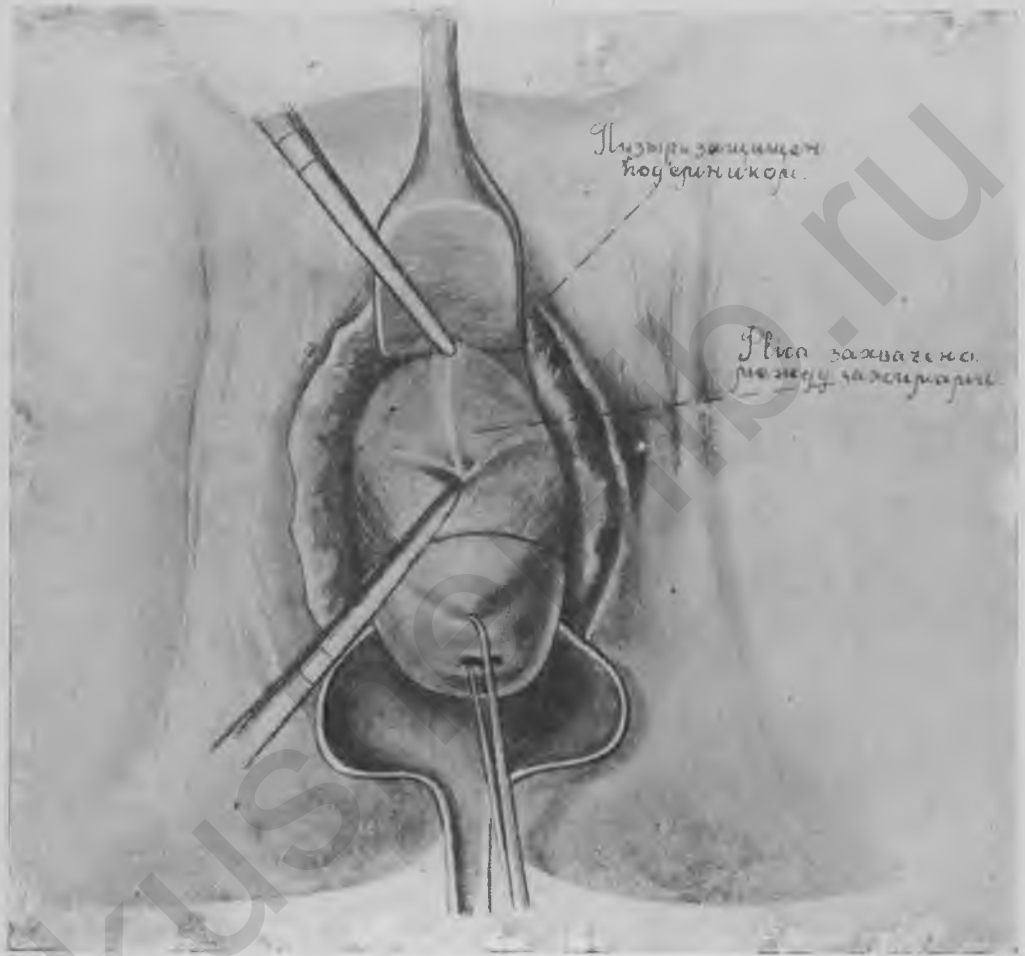


Рис. 175. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 8.

### Техника операции

1. Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами.
2. Передняя и задняя губы захватываются двумя двузубцами по средней линии и оттягиваются по направлению к вульве легкими качательными или круговыми движениями.
3. В боковые своды вставляют по одному боковому зеркалу, которые передаются ассистенту.

**Примечание.** Подробности о технике выполнения указанных трех моментов изложены выше, при операции ампутации шейки матки.

4. Катетером устанавливается нижняя граница пузыря (пузырная складка).

5. Оттянув левой рукой двузубцами шейку матки на себя, оператор производит циркулярный разрез слизистой вокруг маточной шейки (рис. 174).

Примечание 1. Разрез на передней губе приходится на уровне пузырной складки, а на задней—на месте прикрепления заднего свода.

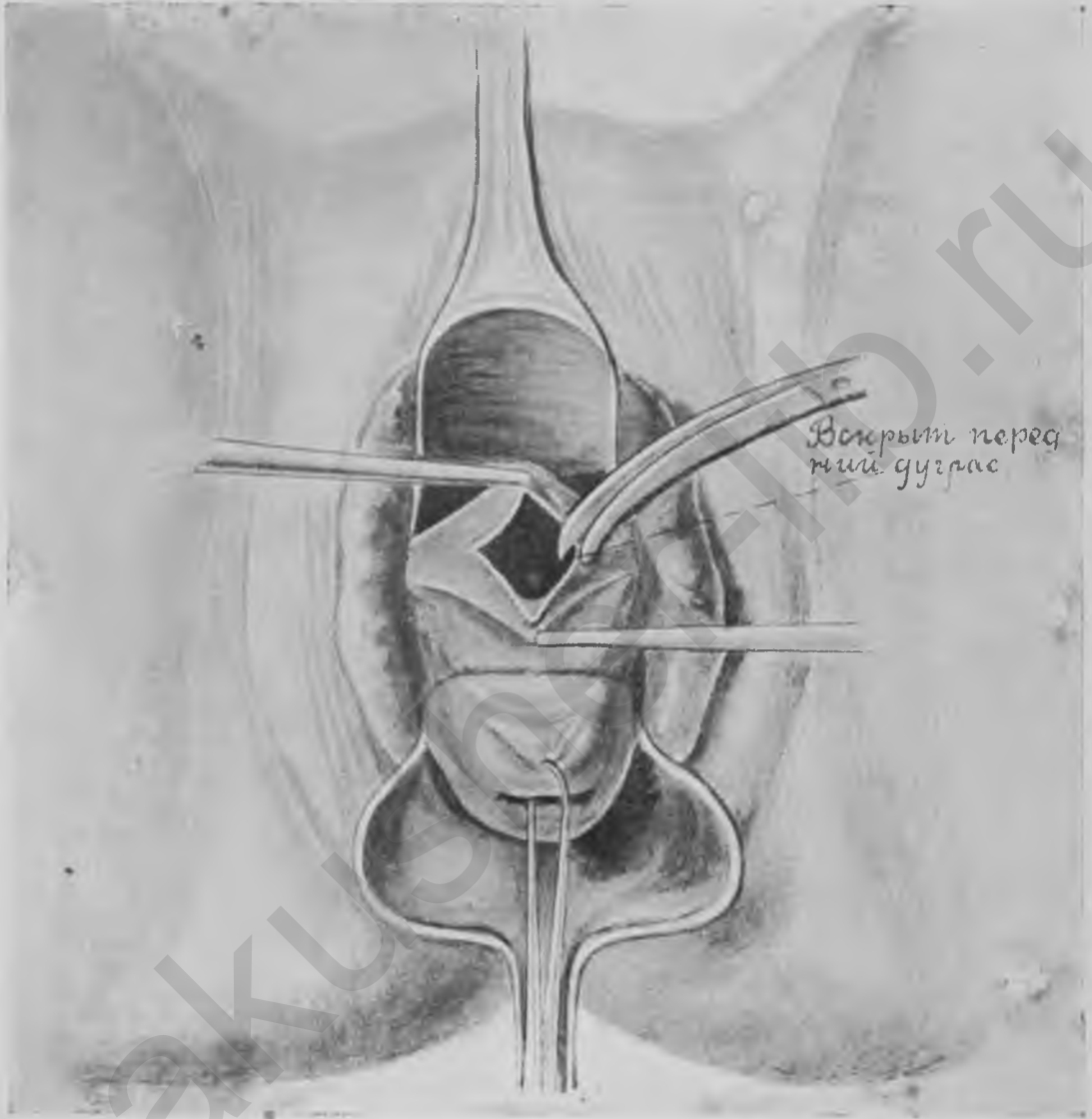


Рис. 176. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 9.

Примечание 2. Разрез должен быть не поверхностный и достаточно глубокий, чтобы вскрыть паравагинальную клетчатку. Края разреза должны стать подвижными.

Примечание 3. Зеркало из боковых сводов удаляется.

6. Тупо, при помощи тупфера мочевого пузыря отслаивается снизу кверху, причем боковые отделы его отодвигаются вместе со сводами.

7. На отселарованную слизистую переднего свода нужно наложить провизорный шелковый шов и взять его на зажим.

Примечание 1. Цель наложения указанного шва двоякая: 1) подтянув его кверху, можно узнать, насколько отошел пузырь, и 2) при вскрытии переднего дугласа легко приторочить край брюшины к краю слизистой переднего свода.



Рис. 177. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 10.

Примечание 2. Если нет уверенности в отслойке пузыря, нужно это проверить катетером (иногда приходится осторожно подсекать клетчатку куперовскими ножницами от стенки шейки).

8. После того, как пузырь отошел, вводится переднее плоское зеркало (подъемник) с целью обнаружения *plicae vesico uterinae* и предохранения пузыря от повреждения (рис. 175).

Примечание 1. Введенный подъемник передается 1-му ассистенту, который должен держать его все время в таком положении,

в каком он был передан ему оператором (ни в коем случае нельзя передвинуть).

Примечание 2. Plica узнается по своему белесовато-синему цвету.

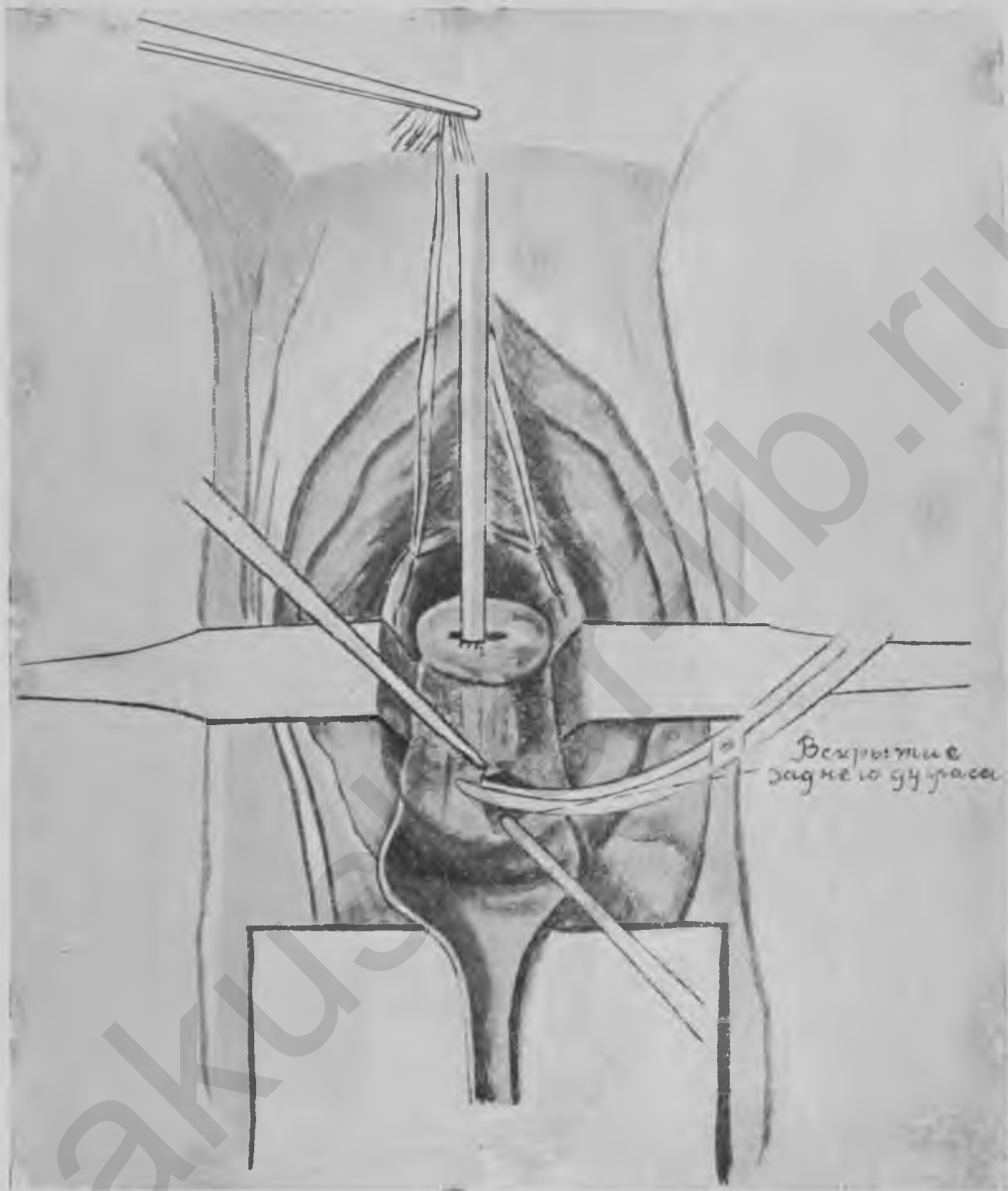


Рис. 178. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 12.

9. Plica vesico-uterina захватывается между двумя зажимами Кохера в продольном направлении на расстоянии  $1\frac{1}{2}$ —2 см друг от друга и вскрывается кулеровскими ножницами, направленными своей вогнутой поверхностью к шейке матки (но не к пузырю). Разрез брюшины расширяется ножницами или тупо растягивается введенными пальцами (рис. 176).

10. Край брюшины приторачивается 3—4 провизорными шелковыми швами к краю слизистой переднего свода, который легко достается, если потянуть за провизорный, раньше наложенный шов (рис. 177).



Примечание. Швы-держалки завязываются и берутся на зажим Кохера.

11. Во вскрытый передний дуглас вставляется подъемник и по нему длинным анатомическим пинцетом вводится в брюшную полость тампон,

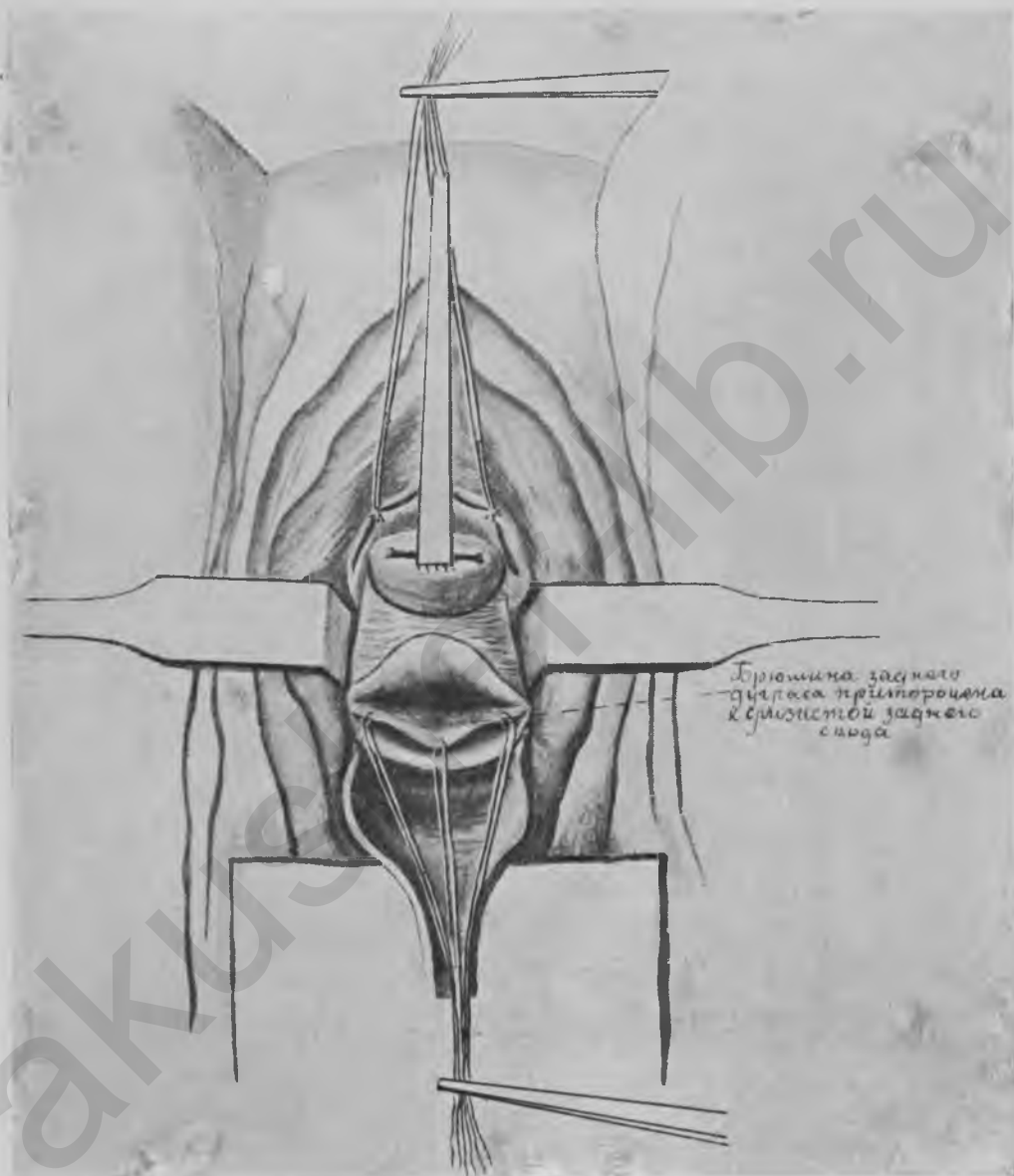


Рис. 179. Exstirpatio uteri p' r. vaginam. Момент 13

снабженный ниткой, захваченной надежно закрываемым зажимом Кохера. Подъемник из переднего дугласа удаляется.

12. Оттянув сильно двузубцы вверх и передав их ассистенту, оператор двумя зажимами Кохера захватывает продольно складку брюшины заднего дугласа и вскрывает ее куперовскими ножницами в поперечном направлении между зажимами, держа ножницы вогнутой поверхностью к шейке матки, чтобы не поранить кишки. Чтобы вернее вскрыть брюшину

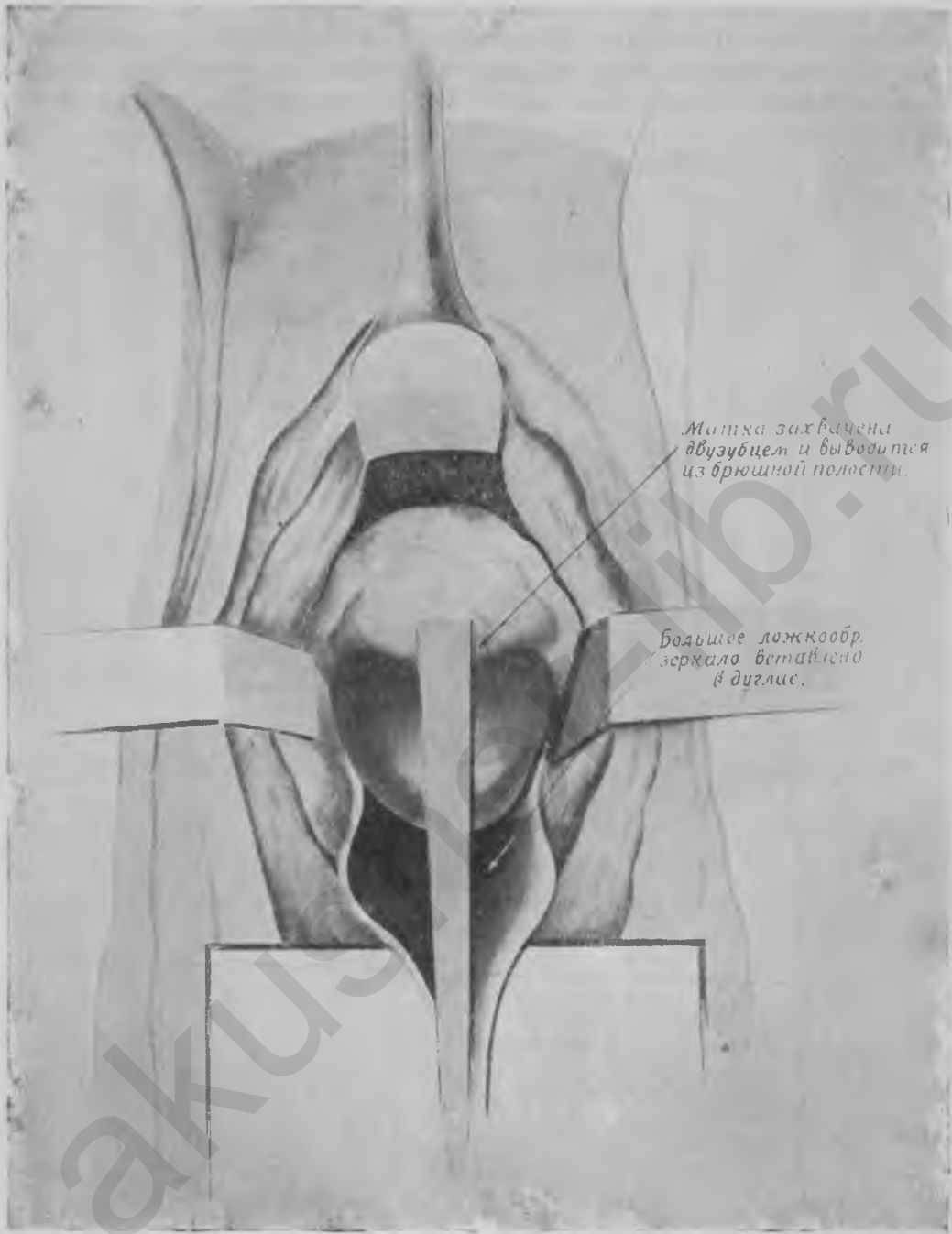


Рис. 180. Exstirpatio uteri per vaginam. Моменты 15 и 16.

заднего дугласа, режут по более подвижной части свода в области задней поверхности шейки матки (рис. 178).

13. Расширив рану разрезанной брюшины заднего дугласа в обе стороны ножом или введенными пальцами, необходимо приторочить ее края к краю слизистой заднего свода 3—4-узловыми провизорными швами (рис. 179).

14. В задний дуглас вставляется большое заднее зеркало, а в брюшную полость анатомическим пинцетом вводится второй на лигатуре тампон.

15. Зеркало из заднего дугласа удаляется и во влагалище вводится зеркало Фритча. Опустив двузубцы книзу и оттягивая их, оператор вводит

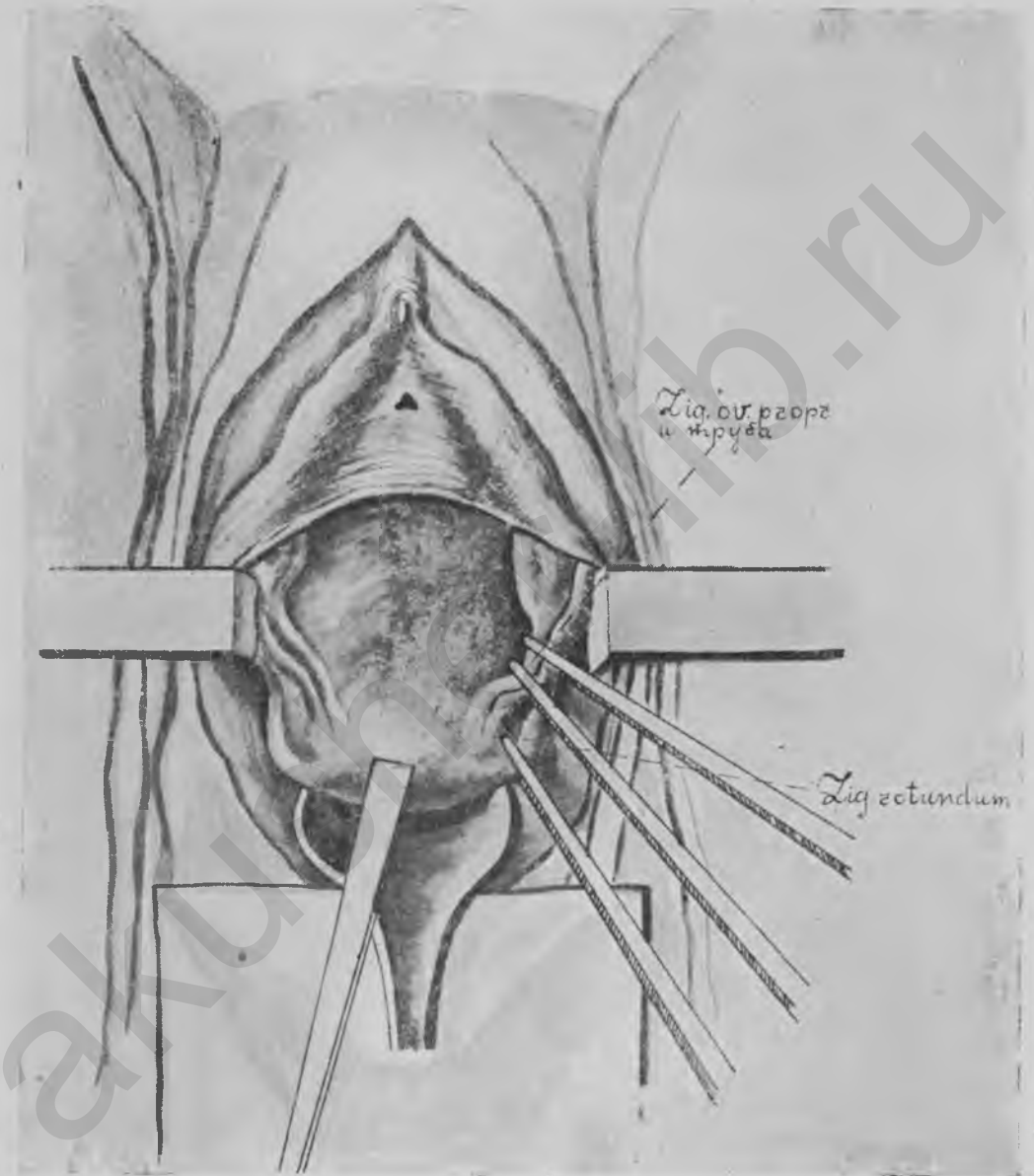


Рис. 181. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 16, прим. 2 Момент 18.

подъемник в передний дуглас для предохранения пузыря от травмы и для более легкого вывихивания матки (рис. 180).

16. Подъемник передается ассистенту, а оператор захватывает пулевыми щипцами или двузубцем переднюю поверхность тела матки и постепенно вывихивает матку качательными движениями, для чего необходимо во все время выведения матки перекладывать пулевые шипцы или

двузубцы ближе к дну матки до полного выведения ее вместе с придатками наружу из брюшной полости (рис. 180).

**Примечание 1.** При вывихивании матки оператор должен левой рукой приподнять рукоятку двузубцев и вывести в задний свод влагалищную часть шейки матки, чем облегчается вывихивание матки.

**Примечание 2.** Выведенная матка задней своей поверхностью обращена вверх и вперед, по бокам видны трубы и яичники. Передняя поверхность матки с *lig. rotundum* смотрит книзу (рис. 181).

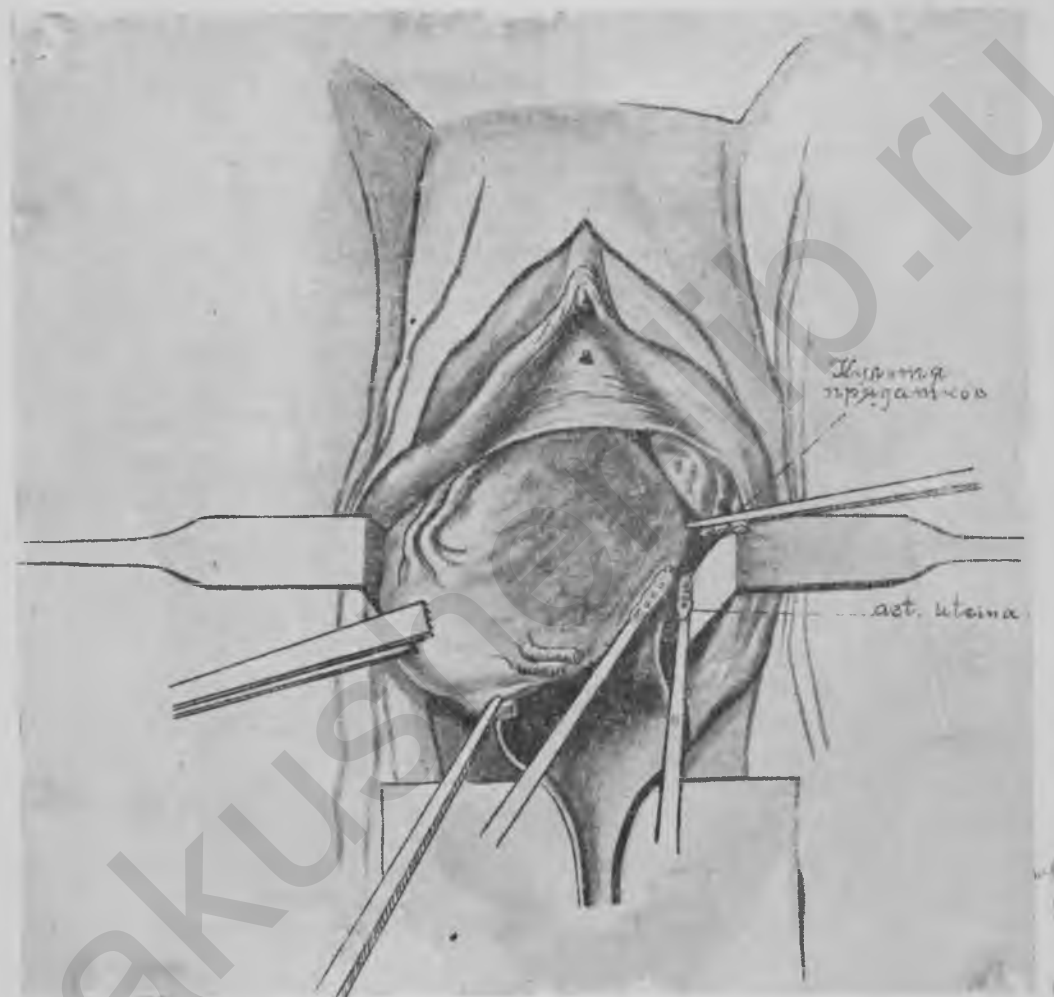


Рис. 182. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 19.

17. Двузубцы с влагалищной части шейки матки снимаются.

18. Оттянув сильно двузубцы, наложенные на дно матки, в правую сторону и передав их ассистенту, накладывают зажимы Кохера, один на трубу и *lig. ovarium proprium*, другой на *lig. rotundum*, и рассекают ткани ножницами впереди медиально от зажимов (рис. 181).

19. Тупо тупфером на корнцанге отсепаровываются придатки и отодвигаются от ребра матки несколько ниже внутреннего зева, обнажаются *artt. и ven. uterinae*, которые захватываются зажимами Кохера перпендикулярно к шейке матки и перерезываются (рис. 182).

Примечание. Для удобства последующей перевязки *arteriae uterinae* нужно при перерезывании захваченной культи следить за тем, чтобы показался кончик кохера и чтобы культя несколько отошла от шейки.

20. Оттянув сильно матку за двузубцы в левую сторону, здесь продельвают то же, что указано в моментах 18 и 19 (рис. 183).

21. Теперь матка держится только на соединительной ткани крестцово-маточных, частью широких связок. Под контролем указательного пальца



Рис. 183. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 20.

левой руки, введенного через передний дуглас и выведенного через вскрытый задний дуглас, накладываются поочередно два зажима Кохера и, после рассечения крестцово-маточных связок с обеих сторон ножницами, матка удаляется.

22. Все культи (*arteriae uterinae*, *lig. ovar. propr.*) с трубой, *lig. rotundum* и *lig. sacro-uterin.*, захваченные кохерами, перевязываются узловыми длинными катгутowymi швами хирургическим узлом (рис. 184).

Примечание 1. Швы, наложенные на *art.* и *venae uterinae* и на крестцово-маточные связки, по их завязывании, сейчас же срезаются.

Примечание 2. Швы, наложенные на придатки, берутся в зажимы Кохера и пока не отрезаются.

Примечание 3. Чтобы при зашивании брюшной полости не перепутать левых придатков с правыми, следует для памяти с одной стороны наложить на лигатуры пепан, а с другой — кохер, или с одной срезать лигатуры коротко, с другой длинно (рис. 184).

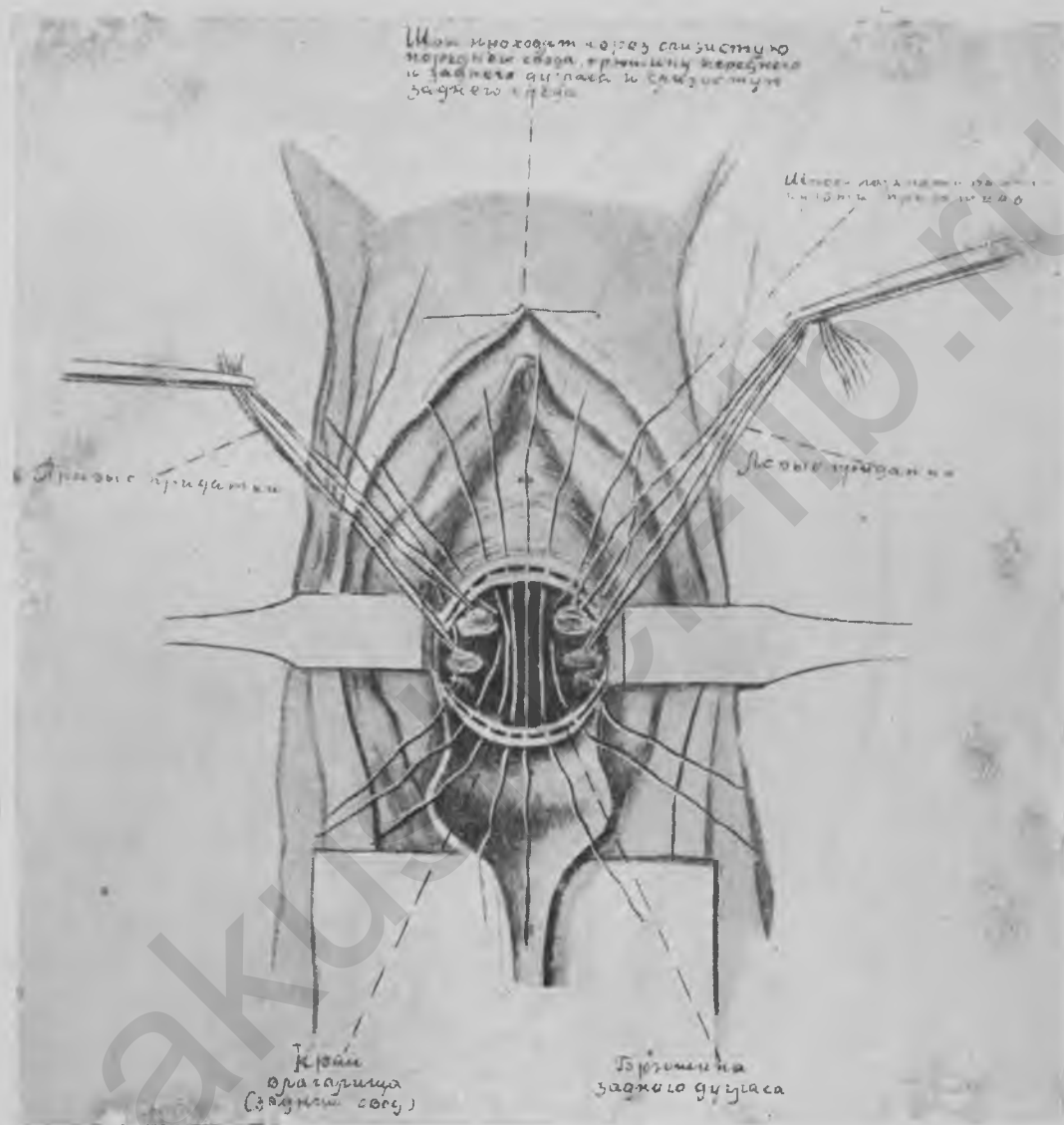


Рис. 184. Exstirpatio uteri per vaginam. Моменты 23 и 24.

Примечание 4. Техника перевязки культей: оператор левой рукой захватывает зажим Кохера, положенный на культю arter. uterinae, слегка его натягивает и, поворачивая его по продольной оси на себя на  $90^\circ$ , проводит через середину культи на тупой игле длинный узловый кэгутовый шов. Передав кохер ассистенту, удерживающему его под руками оператора левой рукой, оператор завязывает шов спереди от кохера. Далее—ассистент поворачивает кохер

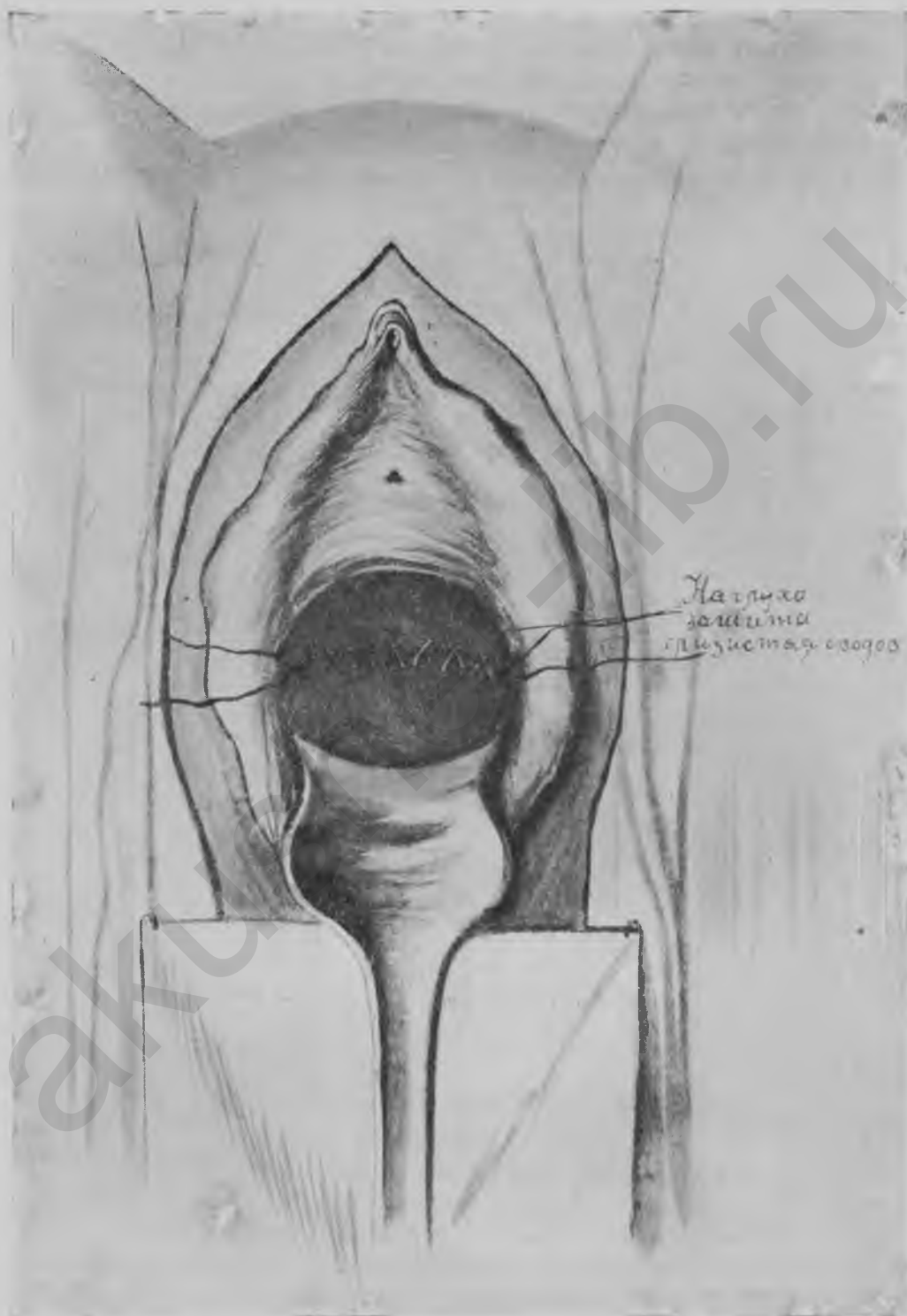


Рис. 185. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 24. Прим. 2.

на 180° от себя, а оператор, переводя обе нитки на другую сторону культи, завязывает второй раз шов и уже позади Кохера сейчас же срезает его ножницами.



Рис. 186. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 24. Прим. 3.

Примечание 5. Когда оператор второй раз затягивает шов, ассистент снимает кохер.

Примечание 6. Во избежание поранения сосуда при проведении шва через культи arter. uterinae лучше пользоваться иглой Deschamps или крутой, но тупой иглой.

Примечание 7. Техника перевязывания остальных культей такая же, как культи arter. uter., с той только разницей, что здесь можно пользоваться простой крутой иголкой.



Примечание 8. После удаления матки и перевязывания культей операционное поле представляется в следующем виде: arteria и terina и крестцово-маточные связки с обеих сторон перевязаны и швы коротко срезаны. Культы придатков перевязаны. Швы наложены на придатки.

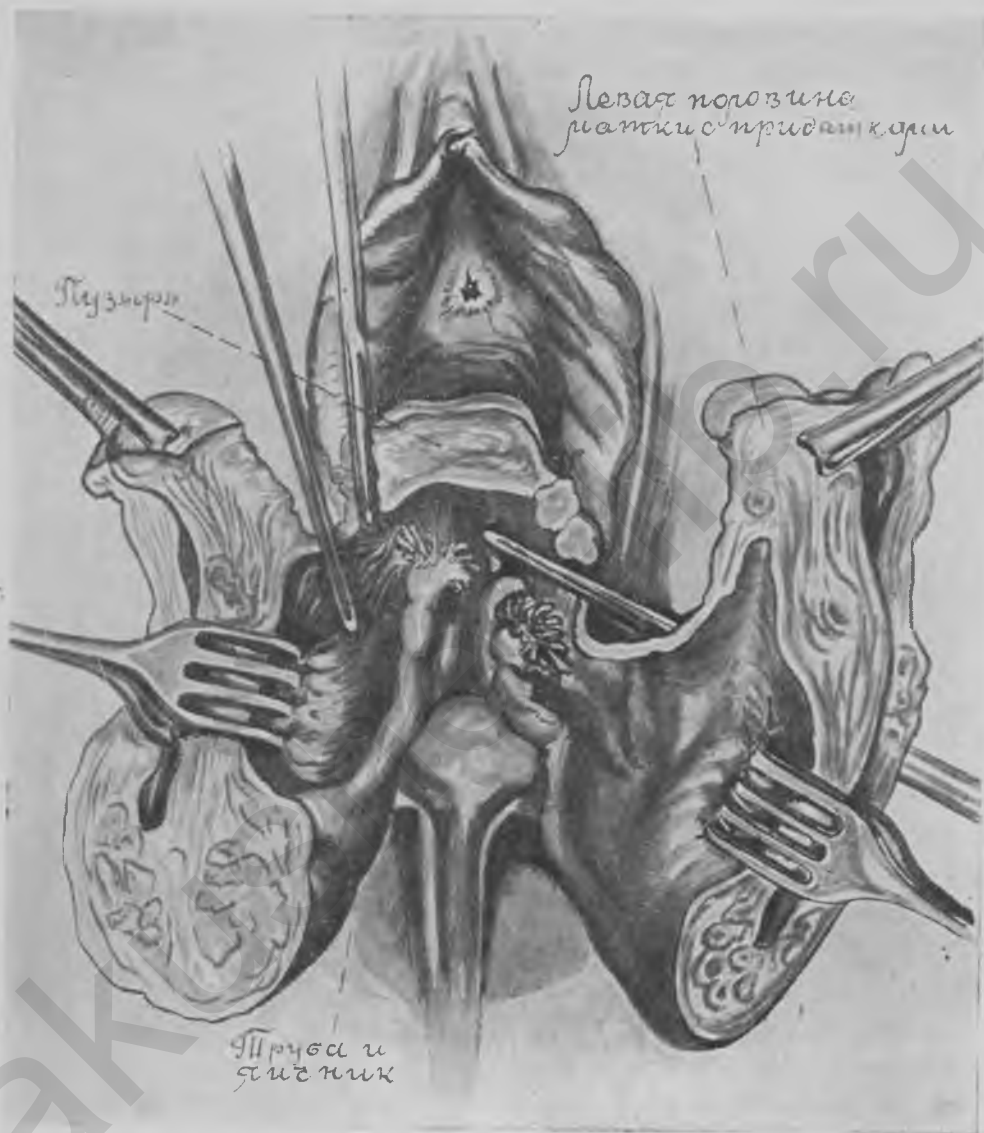


Рис. 187. Exstirpatio uteri per vaginam. Момент 24. Прим. 3.

Брюшина переднего дугласа приторочена четырьмя кэтгутовыми швами к слизистой переднего свода. Брюшина заднего дугласа приторочена к слизистой заднего свода. Остается зашить брюшину и края слизистой влагалища таким образом, чтобы культы придатков остались внебрюшинно.

23. В боковые своды вставляются зеркала (боковики). Жажимами Кохера захватываются боковые края раны слизистой влагалища.

24. С левого угла раны накладывается непрерывный кэтгутовый шов или узловые швы, причем вкол делается через верхний край слизистой влагалища.

лица с подхватыванием всей клетчатки, а выкол сбоку в нижний край слизистой. Шов завязывается и его короткий конец передается ассистенту. Второй ассистент держит длинный конец непрерывного шва, а оператор делает вкол со стороны слизистой переднего свода и брюшины переднего дугласа. Далее швом подхватываются культя левых придатков кзади от наложенной на них лигатуры, и угла выкалывается через брюшину заднего дугласа и слизистую заднего свода, после чего ассистент затягивает шов. Далее, продолжая проводить непрерывный шов через слизистую переднего свода, брюшину переднего дугласа и брюшину заднего дугласа в слизистую заднего свода, и дойдя до места правых придатков, оператор подхватывает последние так же, как и левые, и завязывает шов в правом углу раны, подхватывая сбоку клетчатку. Рациональнее и технически легче накладывать обвивной шов, если предварительно наложить по одному шву с каждой стороны, захватывающему свод и культя придатков (рис. 184).

Примечание 1. По мере затягивания непрерывного шва срезаются по пути провизорно наложенные узловые шелковые швы.

Примечание 2. Если желают дренировать брюшную полость, то вместо непрерывного шва накладывают узловые катгутовые швы, причем техника завязывания брюшины и слизистой сводов с подхватыванием культей придатков остается такой же, как при непрерывном шве, с той только разницей, что посредине оставляется отверстие в  $1\frac{1}{2}$ —2 см ширины, куда вводят (едва заходя в брюшную полость) толстый конец иодоформного тампона. Последний остается во влагалище пять суток. Рис. 185 изображает наглухо зашитое влагалище.

Примечание 3. Если матка усеяна субсерозными узлами, или если она сама по себе большая, то перед ее вывихиванием, после вскрытия сводов, разрезается по средней линии передняя или задняя стенка матки, начиная от наружного зева по направлению к дну матки. Разрезом вскрывается сначала канал шейки матки, потом и ее полость. Крайя разреза перехватываются и подтягиваются крепкими двузубцами. Указанным разрезом облегчается вывихивание матки, так как выводятся отдельно обе половины матки, и более надежно захватываются края разреза у самого дна. На рис. 186 видно начало рассечения пополам по задней стенке матки. На рис. 187 видно, что матка рассечена и выведены обе ее половинки отдельно. При значительном размере опухоли можно прибегнуть к методу кускования.

## Colpotomia posterior

(Myomectomy, Cystectomy, Sterilisatio vaginalis)

1. Дезинфекция.
2. Обнажение влагалищной части шейки матки зеркалами, как при выскабливании полости матки.
3. Задняя губа захватывается двузубцем или двумя парами пулевых щипцов, оттягивается вверх кпереди и передается ассистенту.
4. Двумя зажимами Кохера захватывается посредине между крестово-маточными связками задняя стенка влагалища в том месте, где она

по отношению к шейке подвижна. Образовавшаяся между наложенными зажимами Кохера складка рассекается куперовскими ножницами, направленными вогнутой стороной к задней стенке шейки матки и перпендикулярно к складке. Разрез производится широко раскрытыми браншами ножниц так, чтобы сразу вскрыть слизистую влагалища и брюшину заднего дугласа (рис. 188).

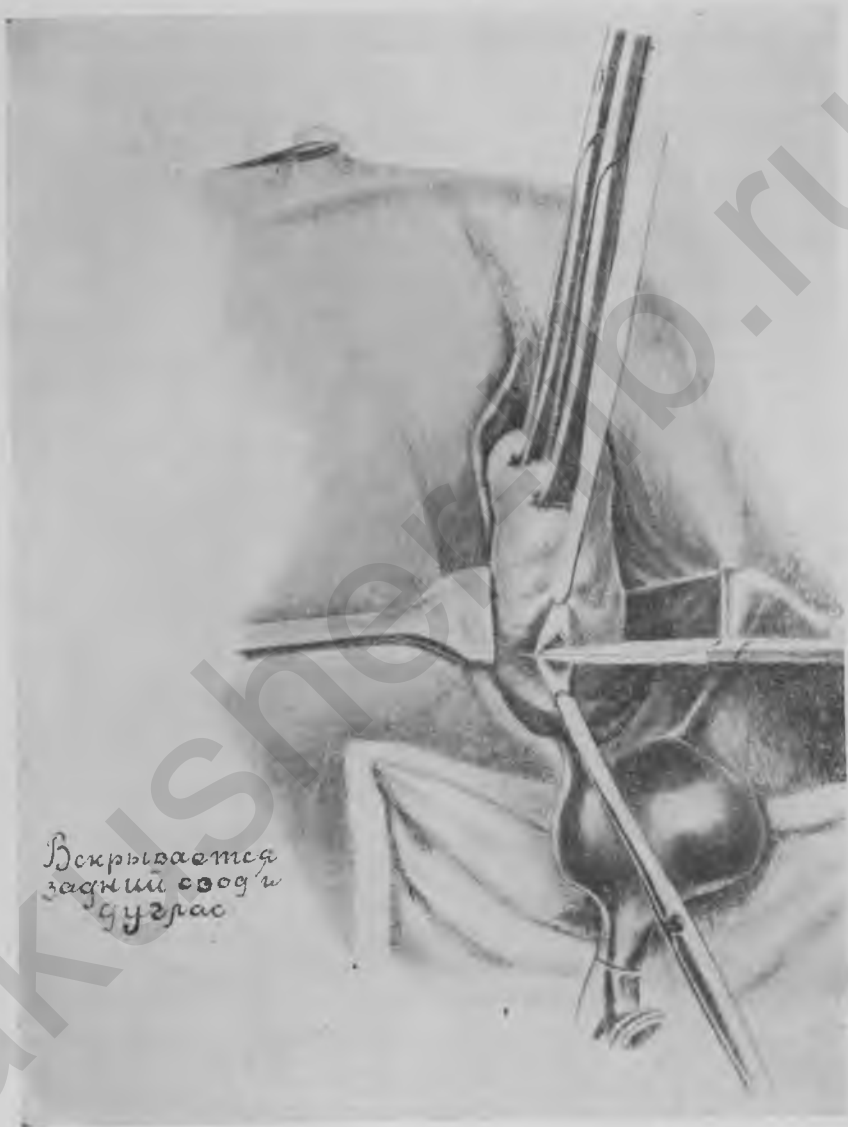


Рис. 188. Colpotomia posterior. Момент 4,

**Примечание.** Зажимы Кохера накладываются на заднюю стенку влагалища под прямым углом и на расстоянии 2-х см друг от друга. Кохера должны захватывать стенку влагалища массивно, в противном случае брюшина не вскрывается и уходит вверх.

5. Оба края брюшины заднего дугласа несколькими провизорными швами приторачиваются к соответствующим краям слизистой заднего свода. Швы-держалки передние и задние берутся отдельно на зажимы (рис. 189).

Разрез удлиняется ножницами в обе стороны или лучше растягивается двумя пальцами.

6. В задний дуглас вводится плоское широкое или ложкообразное зеркало, и передние провизорные держалки передаются ассистенту.



Рис 189. Colpotomia posterior. Момент 5.

7. В брюшную полость анатомическим пинцетом вводится тампон, оканчивающийся на одном конце ниткой, захваченной кохером.

8. Дальнейший ход операции зависит от того, для какой цели производится colpotomia.

а) При кисте яичника на ножке оператор со стороны брюшной стенки сверху низводит опухоль в задний дуглас (часть поверхности кисты видна через кольпотомическое отверстие) и передает ассистенту для фиксирования.

При значительных размерах кисты оператор захватывает капсулу 2-мя парами пулевых щипцов и вскрывает ножом ее полость между ними.

**Примечание.** Чтобы жидкость кисты не изливалась в брюшную полость, нужно перевести больную в горизонтальное или даже приподнятое положение верхней части туловища.

Постепенно спавшиеся в виде мешка стенки кисты, захваченные длинными зажимами Кохера, выводятся из брюшной полости. Ножка кисты после наложения зажимов Кохера перерезывается по общим правилам, и опухоль удаляется. Брюшина вокруг и вдоль культи ножки захватывается длинным зажимом Кохера и культи перитонизируется. Если труба распластана на стенке опухоли, то и она удаляется вместе с кистой.

б) При низко расположенных интралигаментарных кистах с выпяченным задним сводом, можно опухоль удалить *per colpotomiam posteriorem* без вскрытия брюшной полости.

С этой целью ведется поперечный разрез по выпячивающейся стенке слизистой влагалища заднего свода. На края разреза накладываются по три-четыре провизорных шва, которые передаются ассистентам. Оператор пальцами тупо отслаивает через разрез нижний сегмент кисты, как можно выше. В разрез вставляется большое ложкообразное зеркало. Пулевыми щипцами захватывается нижний отдел кисты. Полость последней вскрывается. Путем постепенного отслаивания и подтягивания стенки спавшейся кисты, она целиком вылушивается и удаляется. При случайном поранении брюшины во время вылушивания опухоли, дефект ее зашивается немедленно несколькими кэтгутовыми швами. Ложе дренируется марлевым тампоном. Во влагалище вводится дополнительно 2-й тампон. Тампоны удаляются на третий день.

с) При фиброме на ножке (на задней стенке матки) или субсерозной фиброме они вставляются оператором сверху со стороны брюшной стенки в кольпотомическое отверстие и, захваченные двузубцем, вылушиваются по способу, изложенному при консервативных миомэктомиях (стр. 143); ложе опухоли зашивается как описано.

д) При надобности произвести стерилизацию *per colpotomiam* — пальцем, введенным в брюшную полость через кольпотомическое отверстие, рога матки поочередно с придатками вставляются в отверстие, и стерилизация производится по одному из описанных выше способов.

9. Снимаются провизорные швы, соединявшие отдельно передние и задние края брюшины и сводов, и накладываются узловые кэтгутовые швы или непрерывный кэтгутовый шов, проходящий через слизистую переднего свода, брюшину переднего дугласа, брюшину заднего дугласа и слизистую заднего свода. Во влагалище вводится тампон на сутки.

**Примечание.** При кольпотомии по поводу тазовых нагноений (придатков, эксудативных пери-параметритов, гематоцеле и т. д.) техника остается та же, как выше описано, с той разницей, что предварительно перед разрезом заднего свода через него в гнойный очаг вкалывается между крестцово-маточными связками полая толстая длинная игла на шприце (рис. 190, пробный прокол шприцем).

Появление при насаживании в шприце гноя указывает, что игла находится в гнойном мешке. Игла не вынимается, а по ней остроконечным скальпелем делается прокол, который потом расширяется кривым зажимом Ришело

(Riche lot). Если гнойник расположен высоко, то нужно разрезать поперек слизистую влагалища и, войдя пальцем в клетчатку между задней стенкой матки и кишкой, ориентироваться относительно местоположения гнойника.

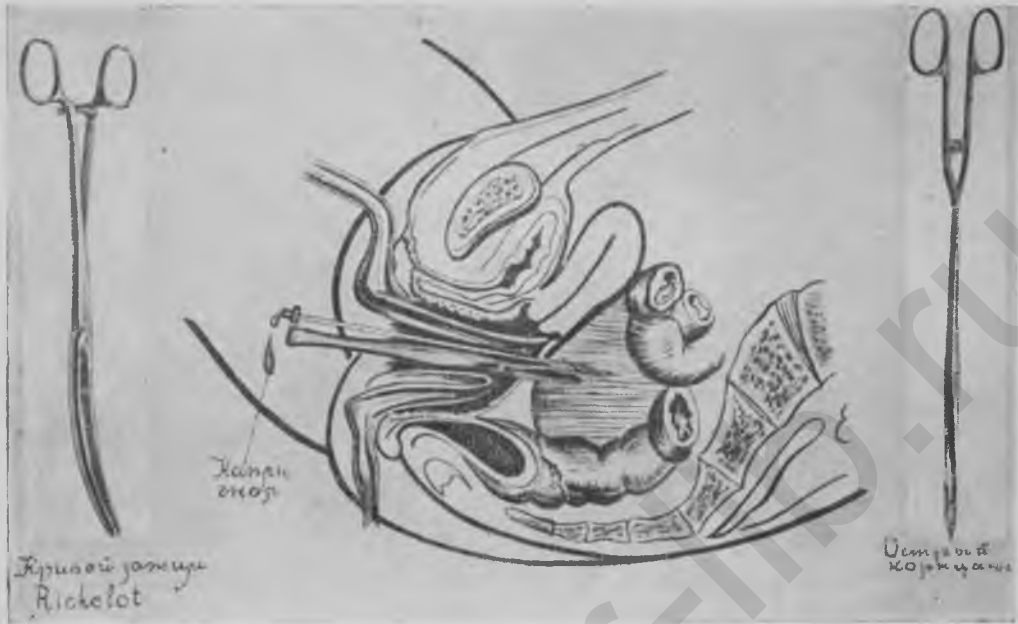


Рис. 190. Colpotomia posterior. Вскрытие свода под контролем полой иглы.

Капсула последнего разрезается ножом или протыкается изогнутым остро-конечным Ришемо (рис. 190). После выпуска гноя полость и влагалище дренируются иодоформной марлей. При надобности через день в полость гнойника вводится резиновый дренаж.

## Colpotomia anterior

(Myomectomy, Cystectomy, Sterilisation vaginalis)

1. Дезинфекция
2. Обнажение зеркалами влагалищной части
3. Захватывание ее щипцами
4. Отсепаровка пузыря
5. Вставление подъемника для предохранения пузыря от ранения
6. Захватывание plicae vesico-ut. кохерами
7. Вскрытие дугласа куперовскими ножницами (рис. 191).

Как при операции экстирпации матки per vaginam

Примечание. Разрез слизистой свода делается не круговой, как при экстирпации, а поперечный, полукружный штрассмановский на границе мочевого пузыря или продольный посредине слизистой передней стенки влагалища по Бумму (рис. 192).

8. Выведение матки с придатками и производство операции (myo-  
mectomia, cystectomy, sterilisatio) по описанным выше способам.

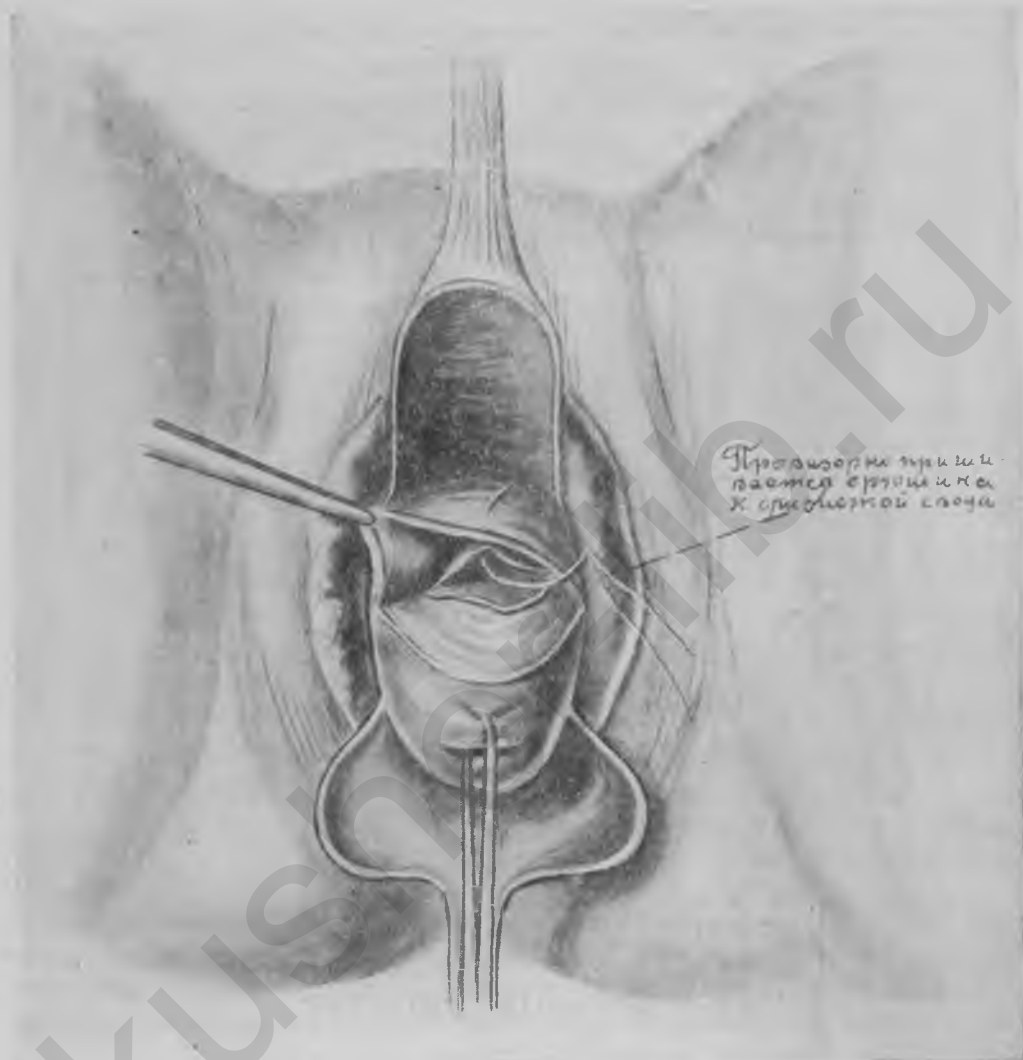


Рис. 191. Colpotomia anterior. Момент 7.

9. Матка вправляется в брюшную полость.
10. Зашиваются края разреза брюшины и слизистой переднего свода.
11. Вводится тампон во влагалище.

### Хирургическое лечение рака матки

Проблема лечения рака матки является одной из труднейших проблем современной гинекологии.

Наука пока еще не вырвала у природы ее тайны и не установила еще этиологии злокачественных новообразований. В целом вопрос о лечении рака матки еще долго будет оставаться спорным, а наши мероприятия—еще недостаточно совершенными.

Клиника Дедерлейна (Döderlein), приводя свои ободряющие результаты лечения рентгеном и радием, отдает облучению предпочтение перед хирургическим лечением.

С другой стороны, Франц, Фор и др., видя в радиации одно из благодетельнейших современных приобретений, все же думают, что

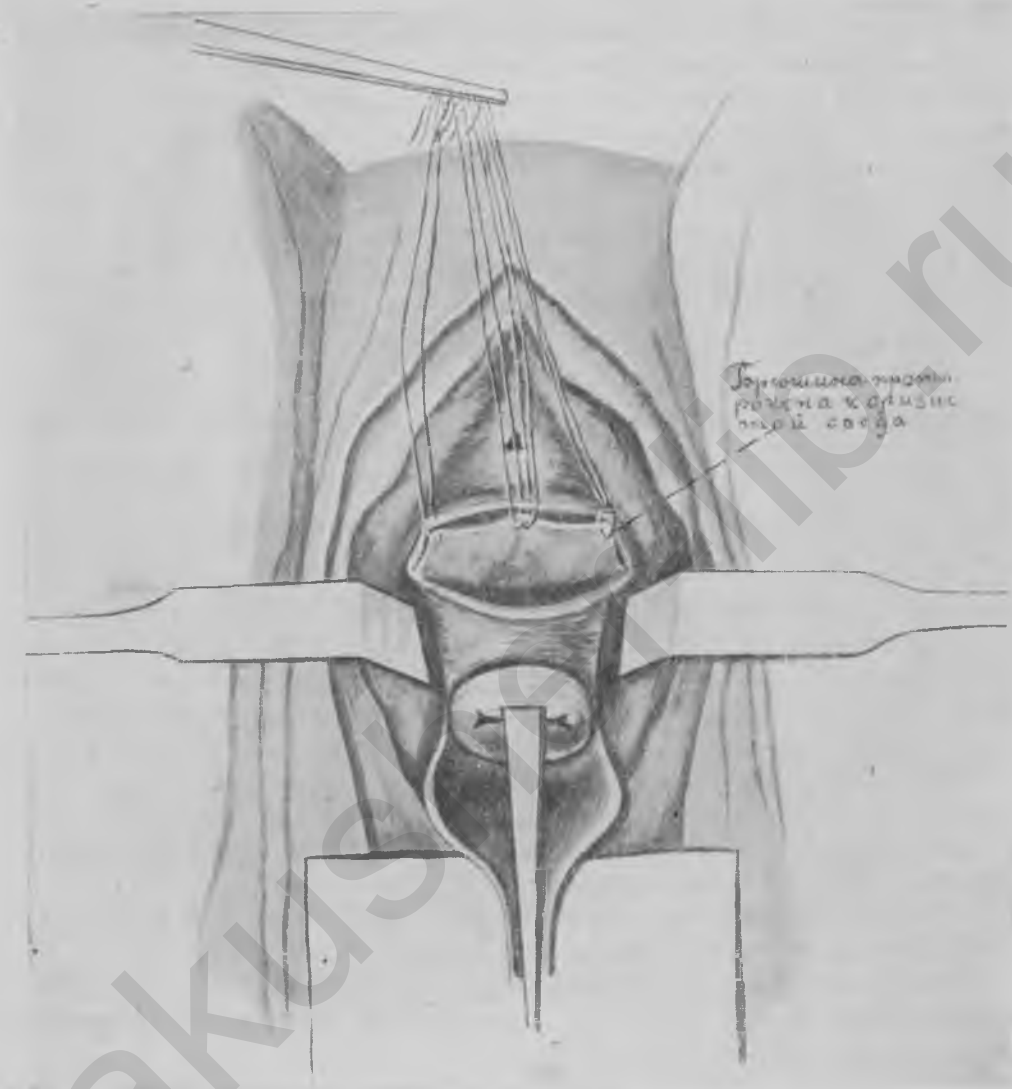


Рис. 192. Colpotomia anterior. Момент 7. Примечание.

в области применения радия при операбельных формах рака матки последнее слово еще не сказано. До сих пор еще не научились точно его дозировать. Это еще дело будущего. И авторы, приводя свои цифровые данные лечения рака матки расширенной полной экстирпацией, отдают при операбельных формах преимущество хирургическому способу лечения. Попытку некоторых клиник лечить рак матки радием предварительно, незадолго до операции, следует считать весьма целесообразной, так как 2—3 сеанса радия до операции (4—5 недель) вызывают гиперемии и разрыхление тканей, делают операционное поле менее инфицированным



(язвенные дефекты закрываются) и создают лучшие условия для радикальной операции. Нужно, однако, иметь в виду, что радий, примененный длительно и задолго до операции, вызывает рубцовые изменения в клетчатке и создает при операции технические трудности.

В настоящее время лечение рака матки проводится элективно: или только хирургическим методом, или только лучистым, или комбинацией того и другого. Эти все методы лечения имеют свои показания,

Наша клиника отдает преимущество хирургическому методу перед лучистым при операбельном раке тела матки, а при раке шейки матки проводит лечение комбинированно, и, не отрицая целесообразности предварительного облучения, считает нужным профилактически в отношении рецидива применять радий или рентген спустя некоторое время (не позднее месяца) после операции. Приведенное выше положение основывается на том, что пока меры применения радия и техника приложения непосредственно к параметрическим и железистым участкам несовершенны.

## Расширенная полная экстирпация матки по способу Вертгейма (Wertheim)

### Предварительная подготовка к операции

Исследования Липмана (Lipman), Барта (Barth), Ганнеса (Hannes) показали, что расширенная полная экстирпация матки является примером такой операции, при которой почти всегда ткани заведомо инфицированы стрептококками, стафилококками и другими видами бактерий. Раковый распад служит для них достаточно хорошей почвой для размножения.

Указанное обстоятельство побуждает по мере возможности заняться соответствующей предоперационной подготовкой больных с раком шейки матки.

За несколько дней до операции вводится больной ежедневно во влагалище на 1 час тампон, смоченный 1% раствором *Arg. nitric.*

Помимо тампонов, мы применяем спринцование два раза в день с *sim Acid. lactic.* (1 чайную ложку на 4 стакана воды).

Непосредственно перед самой операцией раковый распад на шейке соскабливается острой ложечкой с последующим прижиганием пакеленом (*Raquelin*) и мытьем сулемой.

**Примечание 1.** При захватывании пораженной шейки двузубцем, последний часто срывается, благодаря хрупкости или распаду тканей. Иногда приходится несколько раз менять место захвата, пока не будет найден участок здоровой ткани; или на своды на границе поражения накладывают вокруг шейки несколько пулевых щипцов.

**Примечание 2.** Для более удобной манипуляции ложкой, следует захватить ее всей рукой.

**Примечание 3.** Если раковая инфильтрация велика и ложка проникает в инфильтраты параметрия или в параректальную, паравезикальную клетчатку, то случай следует считать иноперабельным.

**Примечание 4.** При прижигании пакеленом следует хорошо огрести от ожога стенки влагалища боковыми зеркалами.

Примечание 5. После прижигания пахленом, влагалище вымывается сулемой, оператор и ассистент меняют перчатки. Сменяется также инструментарий.



Рис. 193 Операция Вертгейма. Момент 1.

#### Техника операции

Дезинфекция брюшной стенки, положение больной, вскрытие брюшной полости—как при обычной экстирпации матки.

Примечание. Ввиду особой важности хорошего обнажения операционного поля, весьма целесообразно пользоваться зеркалом Франца (рис. 46).

### Моменты операции

1. Захватить тело матки тупыми щипцами Mainzer'a или Küstner'a или захватить боковые участки широких связок у ребер матки крепкими кохерами (рис. 193 и 194).



Рис. 194. Операция Вертгейма. Момент 4.

Примечание. Не следует захватывать тела матки двузубцами, повреждающими ткани матки и вскрывающими почти всегда инфицированную полость матки.

2. Матка оттягивается сильно в сторону и передается для держания ассистенту (рис. 193, 194).

3. Накладываются по 2 зажима на *lig. inf. pelv.* и *lig. rotund.* справа (если оператор стоит слева). Связки рассекаются между зажимами. Культи сразу перевязываются и лигатуры коротко срезаются (рис. 195).

4. Производится разрез переднего листка брюшины широкой связки от культы *lig. rotund.* до культы *lig. inf. pelv.* Края переднего и заднего листков разрезанной широкой связки захватываются двумя зажимами (рис. 195, 196).

5. Тупо пальцем или тупфером листки широкой связки разъединяются. Постепенно отслаивается клетчатка от стенки таза к матке и обнажаются крупные сосуды и мочеточники.



Рис. 195. Операция Вертгейма. Моменты 3 и 4.

**Примечание.** Чтобы сохранить топографию и не травмировать мочеточников, следует с переднего листка широкой связки отодвигать клетчатку спереди и кнутри, а от заднего листка — сзади и кнутри по направлению к ребру матки.

6. Матка сильно оттягивается в сторону ассистента и на другой стороне прodelывается все указанное в моментах 3, 4 и 5.

7. Матка оттягивается вверх и несколько кзади, и куперовскими ножницами рассекается *plica vesico-uterina* от *lig. rotundum* одной стороны до *lig. rotundum* другой (рис. 198).

8. Тупо тупфером с большой осторожностью (особенно если имеется инфильтрация тканей, легко поранить пузырь) пузырь отодвигается до границы верхней трети влагалища. Если при этом отдельные пучки соеди-



Рис. 196. Операция Вертгейма. Момент 4.

нительной ткани затрудняют отсепаровку пузыря, то их следует перерезать куперовскими ножницами.

9. Теперь следует найти и проследить *arter. uterina* и мочеточники на всем их протяжении в малом тазу. Этот момент является самым существенным и ответственным во всей операции. Его легче выполнить, если хорошо представить себе следующую топографию сосудов и мочеточников в малом тазу (рис. 198).

На уровне крестцово-подвздошного сочленения *arter. iliaca communis* делится на медиальную ветвь *arter. hypogastr.* и латеральную *arter. iliac. ext.*, образуя здесь сосудистый угол, над которым распола-

гается мочеточник параллельно *vasa ovarica*, несколько медиально от них. Далее мочеточник опускается в полость малого таза, подбрюшинно подходя к основанию крестцово-маточной связки. Далее он вступает сзади

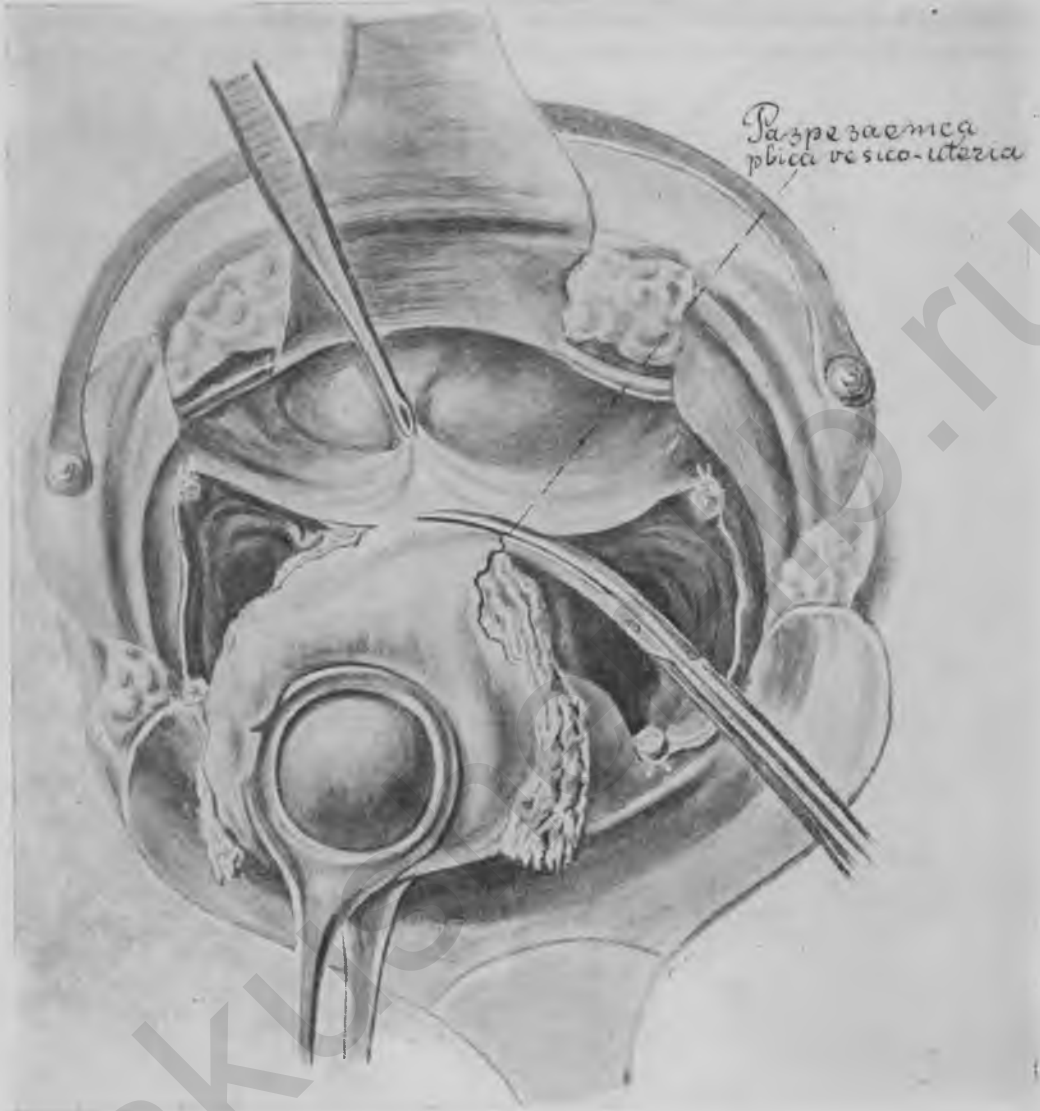


Рис. 197. Операция Вертгейма. Момент 7.

в толщу широкой связки у ее основания, проходя латерально от *art. uter.* и сзади (находясь от места перекреста с *art. ut.* на 1—2 см расстояния от ребра матки) ложится косо на передне-боковую стенку влагалища.

*Art. uterina* отходит, как правило, от середины передней поверхности *art. hypogastrica* и направляется к ребру матки горизонтально кнаружи от мочеточника. На уровне внутреннего маточного зева на  $1\frac{1}{2}$ —2 см латерально от ребра матки *art. uterina* встречает мочеточник и пересекает его, располагаясь сверху и кпереди от него. Далее *arter. uterina*, отдав ветку *ram. cerviclis* к шейке и верхней трети влагалища, поднимается на уровне внутреннего зева вверх по ребру матки. Сопро-

вожающие *arteriam uterinam* *venae uterinae* пересекают мочеточник по задней его поверхности или охватывают его сзади и спереди.

Для нахождения *arter. uterinae* и обнажения мочеточника, нужно матку оттянуть сильно в сторону оператора. Фактически поиски *arter. uterinae* и мочеточника происходят одновременно. Необходимо, однако, отметить, что мочеточник лучше искать по прослеженной *arter uterin.*,

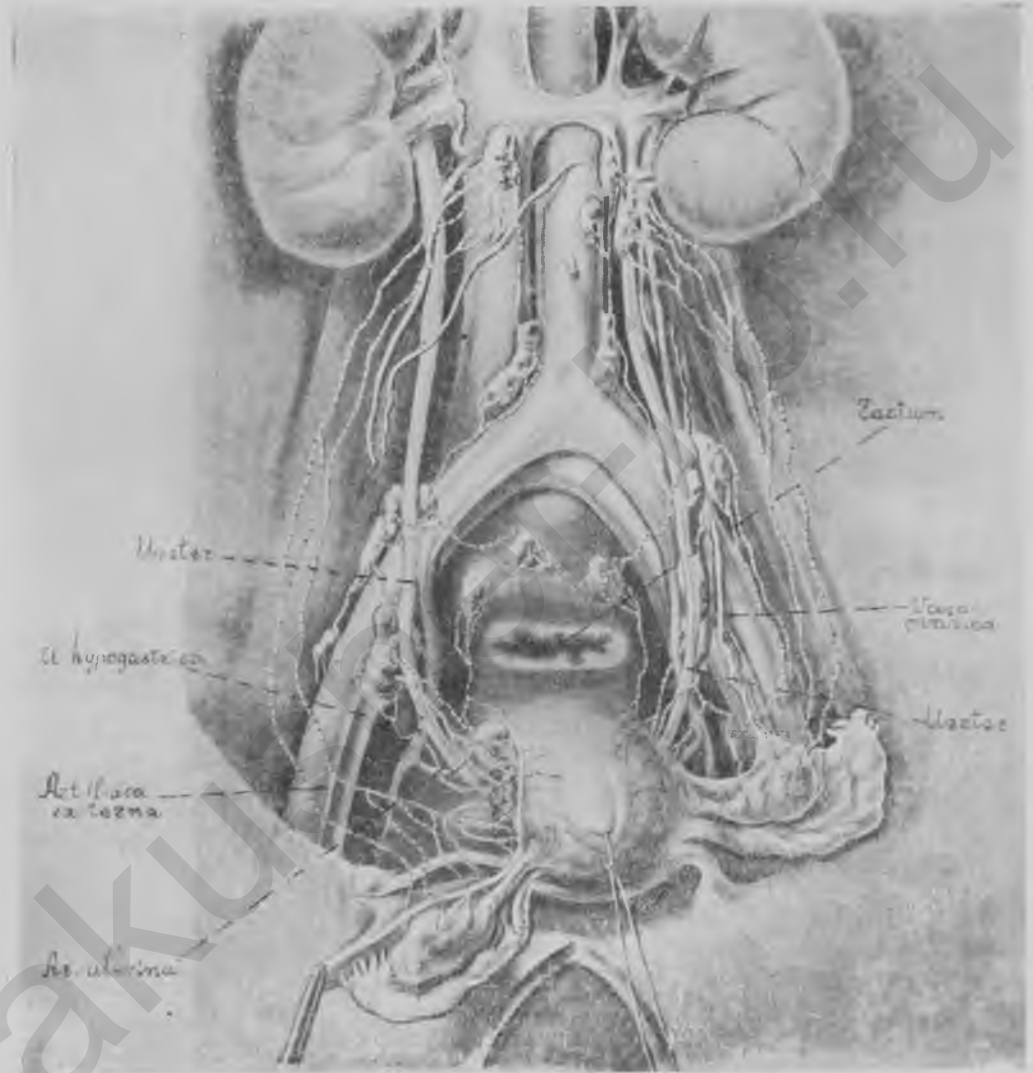


Рис. 198. Топография мочеточников и сосудов в малом тазу. Момент 9.

а не наоборот. Высепарованная *art. uterina* (особенно при операции Schauta-Stoeskel) захватывается у места ее отхождения от *art. hypogastrica*, перевязывается, и лигатура коротко срезается. Медиальную культю перерезанной *art. uterinae* тупо отодвигают к ребру матки (рис. 199).

Отодвинув тупфером мочевой пузырь далеко вниз от шейки матки и сбоку от стенки влагалища, мы видим место проникновения мочеточника в пузырь. Натянув захваченный зажимом Кохера задний листок брюшины,

легко обнаружить мочеточник на протяжении 6—8 см. Он легко узнается по своей желтовато-белой окраске и по своим перистальтическим движениям.

10. Оператор переходит на правую сторону (если раньше он стоял слева), перевязывает *atr. uterina* и обнажает мочеточник слева точно так же, как справа.



Рис. 199. Операция Вертгейма, Момент 11.

11. Матка сильно оттягивается вверх и вперед, и брюшина рассекается сзади от перевязанной культи *lig. infund. pelvicum* одной стороны до культи *lig. infund. pelvicum* другой стороны (осторожно, не ранить мочеточника). Тупо тупфером, держась середины крестцово-маточной связки, отодвигают влагалище от прямой кишки. Крестцово-маточные связки перерезаются между наложенными зажимами и перевязываются. Лигатуры коротко срезаются (рис. 199).

12. Иглой Дешампа выделенный мочеточник берется на толстую лигатуру, и под контролем глаза иссекается вся околослагалищная и параметральная и параректальная клетчатка с обеих сторон.



Примечание. Технически невозможно выделение всех лимфатических желез, но клиника все же считает необходимым удаление увеличенных желез пинцетом или ножницами. Обычно легко удается вылущить железы. При наличии плотных сращений желез со стенками сосудов, удаление их связано с большой опасностью поранения крупных сосудов.<sup>1</sup>

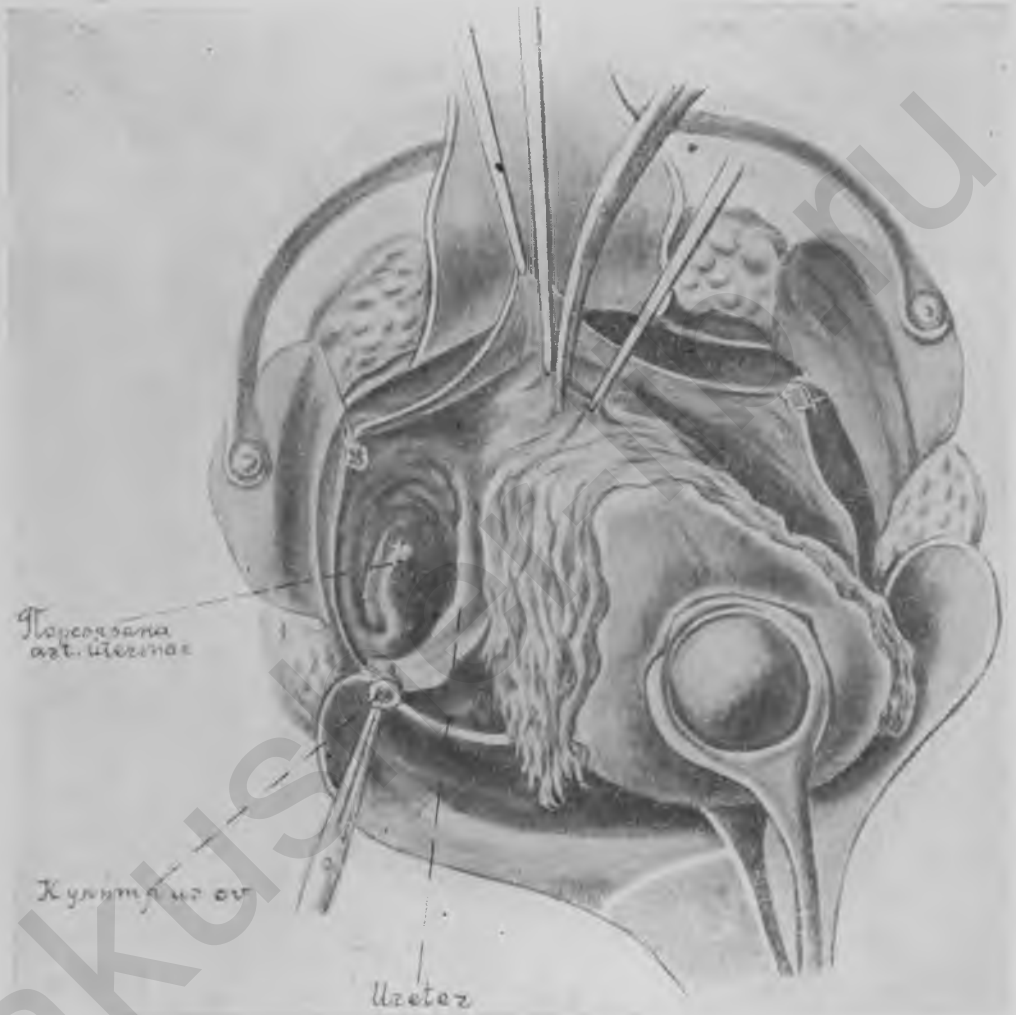


Рис. 200. Операция Вертгейма. Момент 13.

13. Передняя стенка влагалища вскрывается ножницами (техника та же, что при простой тотальной экстирпации матки, см. стр. 129), и матка циркулярно отсекается от средней трети влагалища. Края раны влагалища смазываются иодом, и сверху вводится в полость влагалища иодоформный тампон.

Примечание. Во избежание инфицирования операционного поля, следует перед вскрытием влагалища перетянуть влагалищную

<sup>1</sup> Отсепаровку желез от сосудов следует делать не спеша короткими ударами тупоконечными ножницами.

трубку выше места предполагаемого разреза двумя крепкими шелковыми лигатурами или положить соответствующие клеммы (рис. 200).

14. Перитонизация с погружением культей производится, как при обычной полной экстирпации матки, с той только разницей, что дренируется через влагалище брюшная полость или брюшина зашивается наглухо поверх тампона, выведенного из параметральной клетчатки с обеих сторон во влагалище. Марлевый дренаж оставляется на 3—5 суток (рис 201).

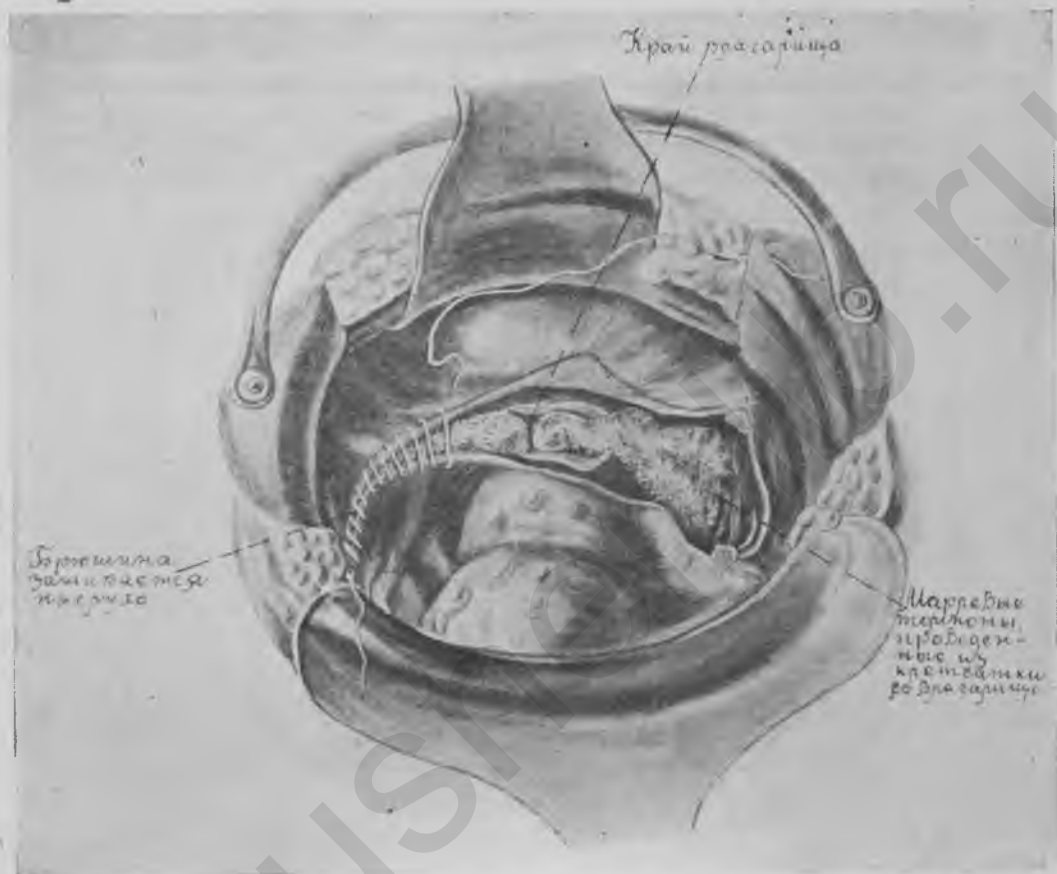


Рис. 201. Операция Вертгейма. Момент 14.

Примечание. Если брюшины мало и перитонизация затруднена, то для покрытия дефектов сшивают брюшину *plica vesico-uterin.* с серозой прямой кишки или *fl. Sigmoid.*, предварительно заполнив все имеющиеся по бокам полости полосками марли, концы которых выводятся во влагалище.

С целью снижения процента первичной смертности после операции Вертгейма (Wertheim'a) внимание гинекологов было направлено на отыскание мер предохранения от соприкосновения органов брюшной полости и брюшины с инфицированным операционным полем. К этой цели шли разными путями и достигнуты прекрасные результаты от следующих мероприятий: 1) Тампон Микулич—Фора. 2) Операция Вертгейм—Цвейфель (Wertheim—Zweifel). 3) Расширенная влагалищная экстирпация по Шаута—Шухардту—Штекелю (Schauta—Schuchardt—Stoeckel).

### 1. Тампон Микулич—Фора (Milkulicz—Fauré)

Парижский хирург-гинеколог Фор горячо рекомендует тампон Микулича, от применения которого он достиг прекрасных результатов—первичная смертность 2,66‰, а без тампона Микулича—от 11 до 20‰. Фор рекомендует его применять во всех случаях операций по поводу рака матки и в септических случаях, когда делают чревосечение по жизненным показаниям.

#### Техника приготовления и введения тампона по Микулич—Фору

1) Кусок в 50×50 см из мягкой, но не очень редкой и не очень густой марли прошивается в центре крепкой толстой шелковой ниткой.

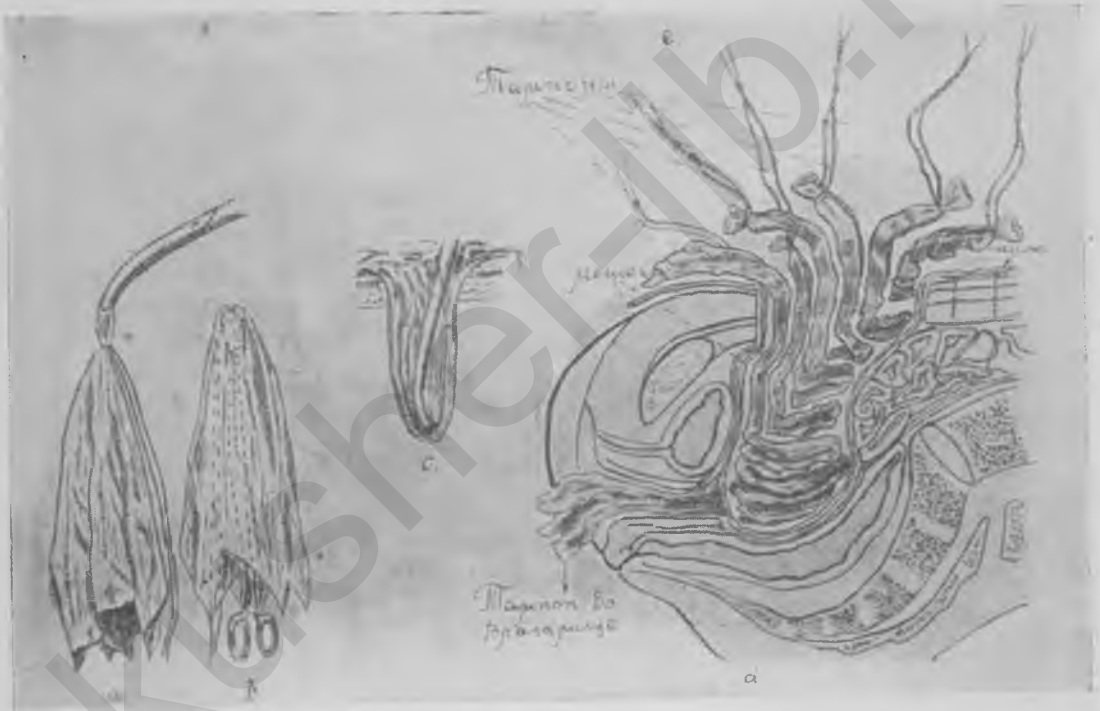


Рис. 202. Тампон по Микулич--Фору.

На месте, прошитом ниткой, компресс захватывается длинным зажимом (рис. 202а). Последний поднимается кверху, получается мешок, открытый книзу, а поверх его лежит нитка (рис. 202б).

2) Края открытого конца компресса удерживаются рукой вокруг рукоятки зажима. Зажим и нитка оказываются внутри мешка (рис. 202б). В таком виде компресс вводится в самый глубокий отдел малого таза (большая должна лежать в положении Тренделенбурга, чтобы малый таз был свободен от кишек). Слепой конец мешка тампонирует и покрывает края раны (отверстия) влагалища. Своими боковыми стенками он отгораживает кишечник от малого таза (рис. 202), а через открытый конец мешка в него вводят 5 мягких марлевых тампонов длиной в 1 метр, шириной в 3—4 см. Верхние концы тампонов прошиваются каждый в отдель-

ности шелковой ниткой (рис. 202). Чтобы не перепутать тампонов и самого мешка, следует прошивать их нитками разных цветов. Мы поступаем в клинике таким образом, что нитка мешка остается без узла, а концы ниток тампонов завязываются одним, двумя, тремя, четырьмя, пятью узлами в порядке их введения (рис. 202). Зажим, которым захвачен центр мешка, остается в глубине таза до введения последнего тампона, после чего он удаляется. После введения всех тампонов, как это видно на рис. 205, в нижнем углу брюшной раны торчат пять концов тампонов, края мешка, пять ниток от тампонов и нитка мешка.

3) Брюшная стенка, как обычно, зашивается послойно узловыми кэт-гутовыми швами до местонахождения концов тампонов и мешка. Последний узловой шов у стенки мешка накладывается шелковый и завязывается непосредственно у его стенки.

4) В нижнем углу раны под дренажем (у самого лона) накладывается 1—2 узловых шва. Отверстие, ведущее в полость мешка—тампона, должно пропускать два пальца. На брюшную рану накладывается обычная повязка.

5) Через влагалище вводится один иодоформный тампон таким образом, что он встречается с слепым концом мешка, введенным сверху (рис. 202). Остальная часть влагалища тампонируется простой марлей.

6) На вторые сутки удаляются влагалищные тампоны. На третьи сутки удаляются из мешка первые три тампона (с 5, 4, 3 узлами).

7) На пятые сутки удаляются из мешка остальные два тампона.

8) 3—4 дня ежедневно мешок промывается 3% раствором перекиси водорода или риванолом.

9) На 8-й или 9-й день удаляется мешок.

10) Последующие несколько дней полость промывается перекисью водорода или риванолом. Обычно через 3—4 недели полость заполняется и рана закрывается.

Примечание. Если после удаления мешка гнойного выделения мало, то полость наполняется стерильным жидким вазелином и заживление наступает гораздо быстрее.

## 2. Операция Вертгейм—Цвейфель

Особенность этой операции заключается в том, что начинается она с чревосечения, но перитонизация производится до вскрытия сводов влагалища. Матка и клетчатка удаляются через влагалище.

1) Все моменты операции Вертгейм—Цвейфель до вскрытия сводов влагалища продельваются, как при операции Вертгейма (см. стр. 235—242 до момента 13).

2) Поверх матки, придатков и высепанной клетчатки производится тщательная двойная перитонизация.

Примечание. В клетчатке ниже закрытой брюшины находятся также обе держалки, которыми провизорно были взяты выделенные мочеточники.

3) Больная переводится в положение, как для влагалищной операции.

4) Обнажается зеркалами влагалищная часть шейки матки и захватывается двузубцами.

5) В верхней трети влагалища делается круговой разрез слизистой (область сводов) и вскрываются своды.

6) Матка вместе с роговыми у боковых стенок таза отсекается ножницами под контролем глаза (ассистент подтягивает слегка держалки мочеточников).

7) Края раны слизистой влагалища в центре сшиваются узловыми кэтгутовыми швами. В боковые части клетчатки малого таза через оставленные отверстия вводятся марлевые дренажи.

8) Влагалище тампонируется.

9) В мочевого пузырь вводится катетер à demeure. Влагалищные тампоны удаляются на 2-е сутки, а дренажи на 4-е сутки.

**Расширенная влагалищная радикальная экстирпация матки по способу Шаута—Шухардт—Штеккеля (Schauta—Schuchardt—Stoeckel)**



Рис. 203. Инфильтрация раствором новокаина шейки матки по Штеккелю. Момент 13.

Абдоминальная экстирпация раково-пораженной матки, впервые проделанная с успехом в 1882 году Фрейндом (Freund), не сразу получила

широкое применение. Понадобились десятилетия упорного труда, чтобы обоснованная анатомически и разработанная технически расширенная тотальная абдоминальная экстирпация матки получила право гражданства и явилась могучим оружием в борьбе с раком матки.

Радикальной влагалищной расширенной экстирпации матки, повидимому, суждено было проделать, и ею действительно был проделан такой же путь. Простая влагалищная экстирпация раково-перерожденной матки, как дающая в подавляющем большинстве случаев рецидивы, уступила свое место операции Вертгейма.



Рис. 204. Инfiltrация новокаина шейки матки по Штеккелю.

Только после доказанной Шаутой возможности обнажения мочеточников и удаления параметрия при влагалищной экстирпации матки снова к ней вернулись.

Влагалищно-прямешностный разрез Шухардта с целью расширения подступа к операционному полю весьма существенно облегчает проведение расширенной радикальной влагалищной операции.

Опубликованный Штеккелем материал о полученных прекрасных результатах, благодаря дальнейшей разработке им техники расширенной влагалищной экстирпации, особенно в связи с предварительным предоперационным применением радиолечения,— ставит эту операцию по отдаленным результатам в один ряд с операцией Вертгейма (Wertheim'a) а в отношении первичных результатов она превосходит операцию Вертгейма в несколько раз. По данным нашей клиники, первичная смертность — 1,9%.

Противопоказаниями к этой операции являются узкий таз, недоступность матки.

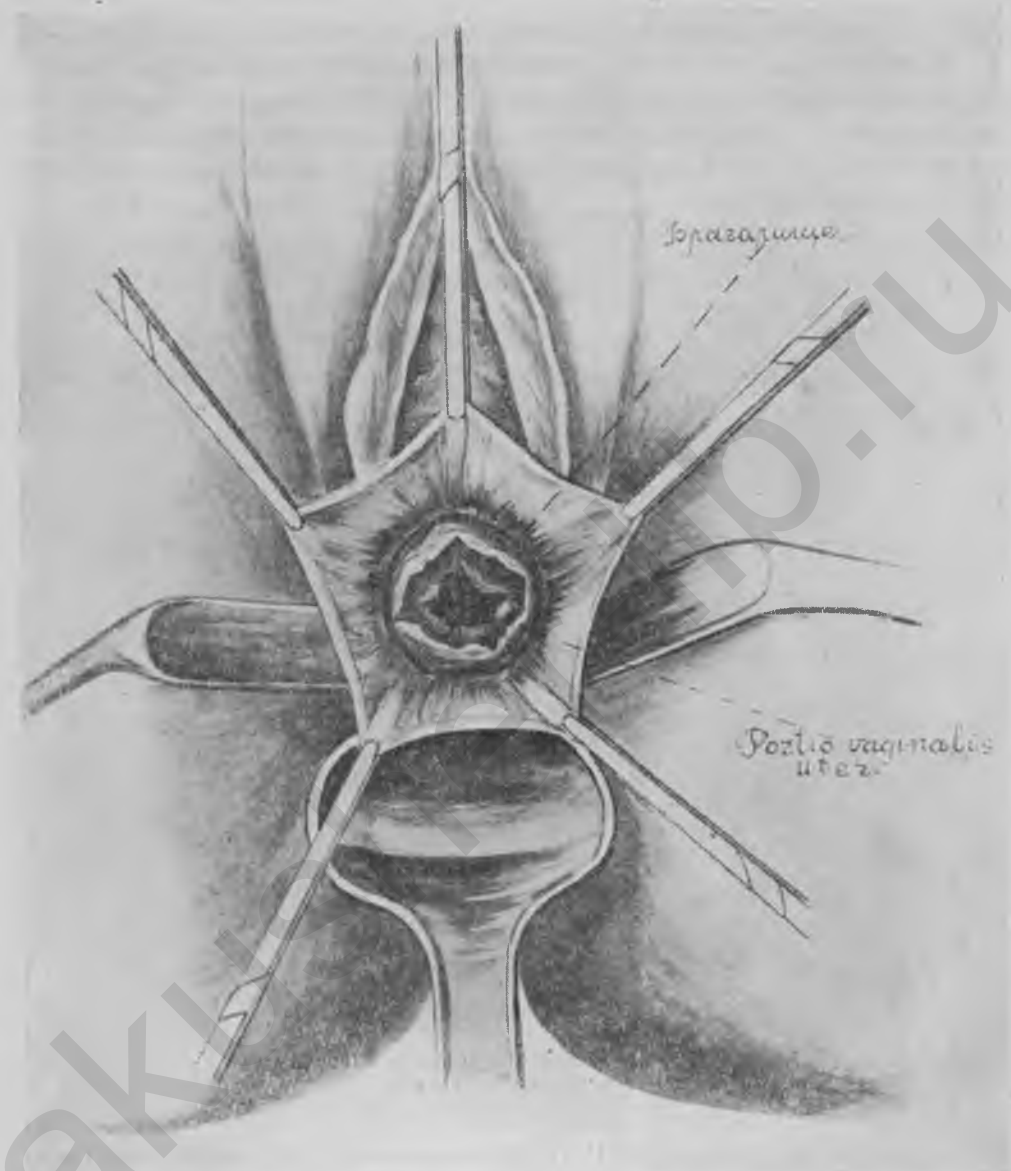


Рис. 205. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Момент 2.

#### Техника операции

а) Подготовка больной к операции (см. стр. 234). Расширенная полная экстирпация матки.

б) После прижигания язвы шейки пакеленом (Raquelin), с целью уменьшения кровопотери во время операции, по предложению Штеккеля паравагинальная и параметральная клетчатка инфильтрируются 50 кубиками  $1/2\%$  раствора новокаина с прибавлением 2 капель  $1\%$  раствора адреналина (рис. 203, 204).

1. Зеркалами оттесняются нижние 2 трети стенок влагалища настолько, чтобы видно было начало прижатой части шейки матки.



Рис. 206. Операция Шаута—Духардт—Штеккеля. Момент 3.

2. В том месте, где латеральная слизистая стенка влагалища нависает над шейкой (т. е. ниже границы верхней и средней трети влагалища), она захватывается кругом зажимами Кохера.

3. По слизистой влагалища выше наложенных кохеров проводится круговой разрез (рис. 206).

4. Кохера постепенно снимаются и ими захватывается верхний свободный край кругового разреза, который отсепаровывается от пузыря, сводов



до шейки и оттягивается по направлению к области вульвы (кпереди вниз). (Рис. 206).

Примечание. Отсепаровку слизистой влагалища вниз следует делать осторожно (не ранить пузырь). Лучше рассекать паравезикулярную клетчатку ножницами или ножом.

5. Отсепарованная слизистая влагалища имеет вид вывернутой перчатки. Края образовавшейся манжетки зашиваются несколькими шелковыми



Рис. 207. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Моменты 5 и 7.

швами, которыми изолируется *portio vagin. uteri*. Швы захватываются клеммами и служат в дальнейшем держалкой (рис. 207).

6. Поверхность манжетки и швы вытираются спиртом. Меняются инструменты, дезинфицируются руки или меняются перчатки.

7. Производится двухсторонний влагалищно-промежностный разрез по Шухардту или Штеккелю (рис. 207).

Примечание. Техника Шухардт—Штеккелевского разреза: разрез ведется по ниже-боковой стенке влагалища, продолжаясь вниз по направлению к *tuber. ischiad.*

8. Отсепаровка пузыря от передней стенки влагалища и от шейки матки. Отодвинуть пузырь вверх тупфером следует после рассечения пре-везикальной клетчатки ножницами (рис. 208).

Не следует отсепаровывать пузырь слишком вверх, как это принято при обычной передней кольпотомии, так как трудно будет обнажить место проникновения мочеточника в пузырь.



Рис. 208. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Момент 8.

9. Отсепаровка бокового (Zirfel по Штеккелю) края пузыря, прилегающего к матке, и обнажение мочеточника.

Швы, наложенные на манжетку, оттягиваются книзу в сторону. Частично тупо, частично легкими ударами ножниц удастся отодвинуть вверх край пузыря и приступить к обнажению мочеточника. Отодвинув подъемником отсепарованной край пузыря вверх и латерально, удастся обнажить сосуд, идущий к пузырю *art. vesicalis superior*. Когда отодвинута *art. vesicalis superior* латерально, становится видной *arteria uterina*, которую обычно удастся проследить до *art. hypogastrica*, где она и захватывается зажимами. Идя вдоль *art. uterina*, мы неизбежно обнажаем мочеточник на

протяжении 3—4 см. Под него проводится провизорно, с целью контроля, толстая шелковая лигатура, которая берется на зажим (рис. 209, 210, 211).

10. Швы манжетки оттягиваются в противоположную сторону и на этой стороне предельвается все указанное в моменте 9.

11. Пузырь отсепаровывается выше; обычно легко, как при простой экстирпации матки, вскрываются оба дугласа и через передний дуглас вывихивается тело матки. Захватываются *lig. rotundum* и *lig. inf. pelvic.*

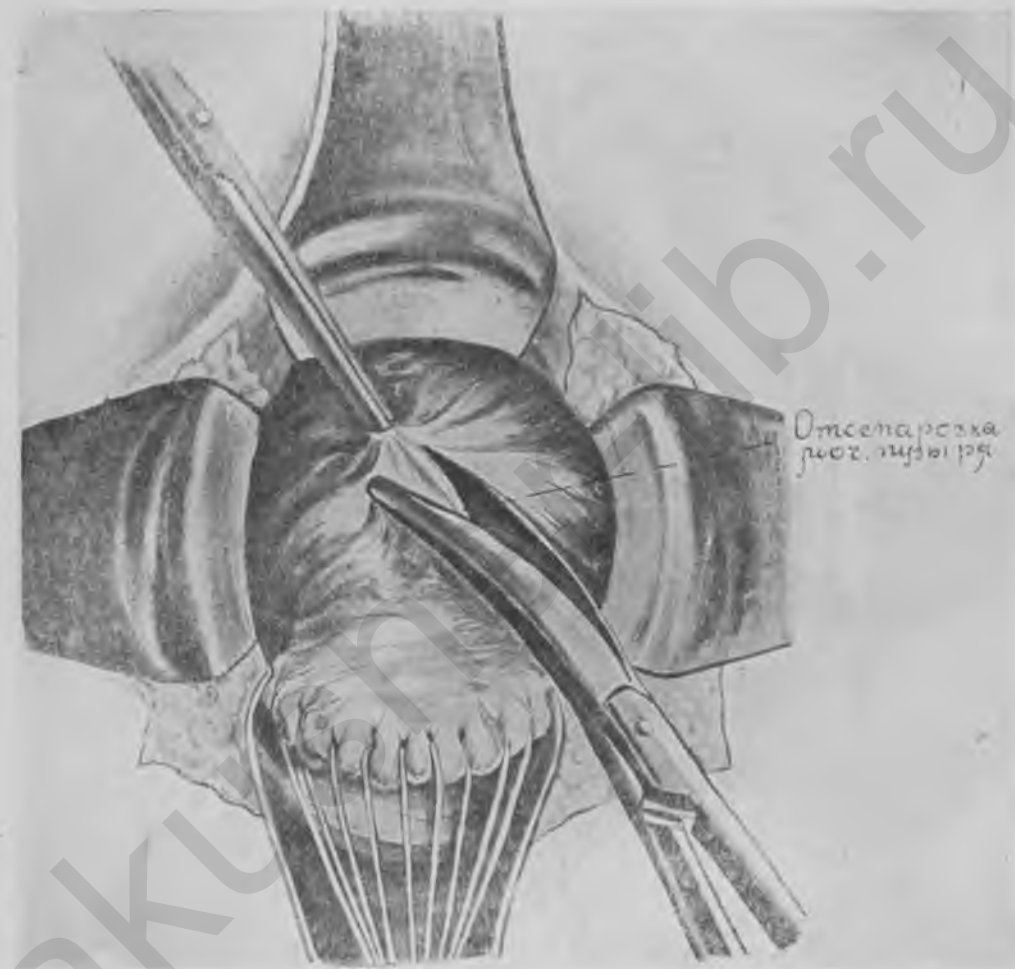


Рис. 209. Операция Шаута—Лухардт—Штеккеля. Момент 9.

(или *lig. ovar. prorg.* и маточный конец трубы при оставлении придатков) клеммами и перерезываются ножницами, клетчатка иссекается у самых костей таза под контролем глаза (ассистент слегка оттягивает мочеточник провизорной лигатурой), матка отрезается ножницами от крестцовых связок и удаляется (рис. 212).

Примечание. С целью удаления возможно большего количества паравагинальной, парацервикальной, паравезикальной и параметральной клетчатки, ассистент оттягивает мочеточник за провизорную лигатуру—держалку в свою сторону, а матку в противоположную сторону,—а оператор иссекает клетчатку, держась ближе к стенкам

таза. Манипуляция мочеточником производится при помощи провизорной держалки.

12. Брюшная полость и стенка влагалища зашиваются, как при обычной тотальной экстирпации, с введением на 5 суток марлевого дренажа



Рис. 210. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Момент 9.

в боковые отделы клетчатки малого таза перед введением туда же трубочки радия, которая через сутки удаляется.

13. Влагалищно-промежностные разрезы зашиваются обычно с их дренированием с обеих сторон.

### Операция на поврежденных во время операции мочеточниках

Гинеколог-хирург, занимающийся тазовой хирургией, должен знать, как ему поступить в случаях ранения мочеточника во время операции.

Мочеточник может быть ранен, благодаря оттеснению его латерально или медиально межсвязочными опухолями, экссудатами, или же вследствие того, что он замурован в патологически измененных тканях



Рис. 211. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Момент 9.

(раковая инфильтрация, adenomyosis externa, воспалительный экссудат и др.).

Характер вмешательства хирурга при ранении мочеточника зависит от места повреждения мочеточника.

Если мочеточник поврежден далеко от мочевого пузыря, и возможность пересадки его почечного конца в пузырь отпадает, следует при наличии 2-й здоровой почки высепаровать почечный конец мочеточника вверх на 6—8 см, перевязав его перерезанный край кэтгутовой лигатурой (рис. 213а) и завязав его узлом Кавасойе (Kawasoje) по Штеккелю (Stoesckel). Только одна шелковая или кэтгутовая лигатура без добавочного

узла по Штеккелю—Кавасойе может вести к затекам мочи в подбрюшинную клетчатку, ибо мочеточник своими перистальтическими движениями может развязать и сбросить лигатуру, или же стенка мочеточника может прорезаться и образуется фистула.

Так как указанным способом перевязки мочеточника выключается почка то его применяют только там, где до операции была установлена нормальная функция второй почки. Во всех случаях, где в силу характера пато-

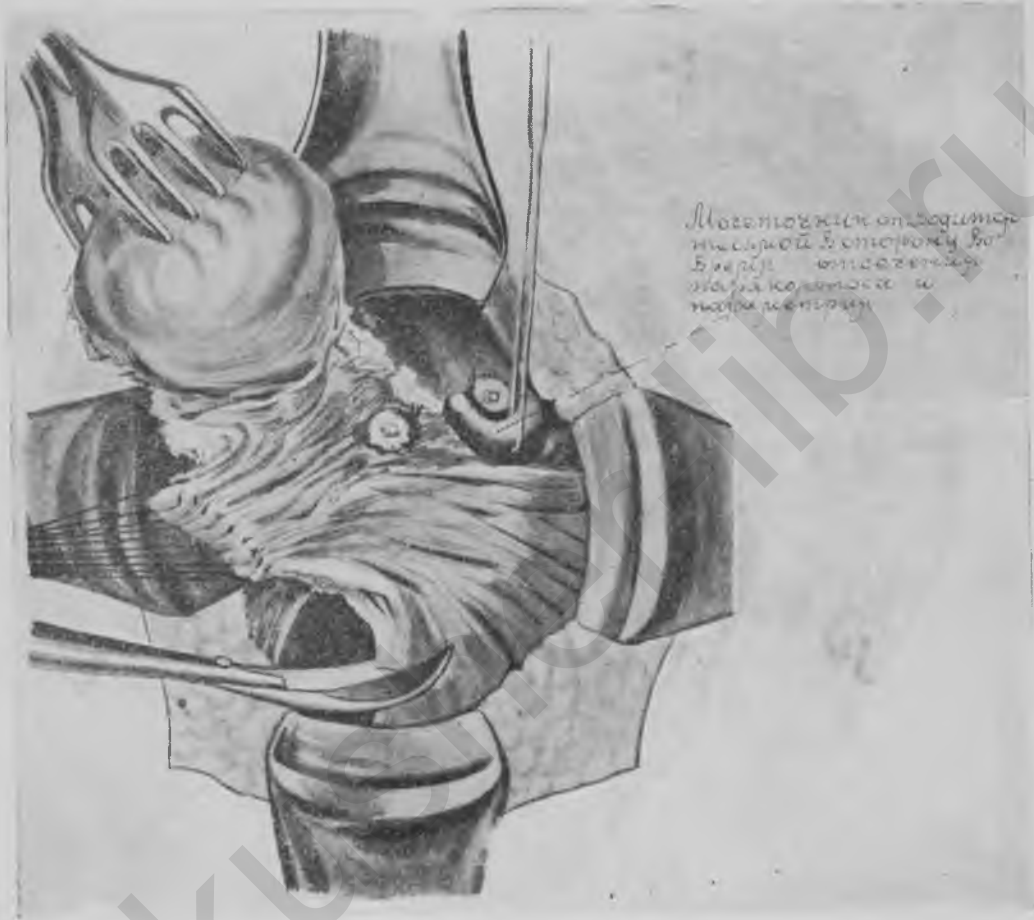


Рис. 212. Операция Шаута—Шухардт—Штеккеля. Момент 11.

логического процесса можно ожидать поранения мочеточника во время операции, следует до операции произвести функциональную пробу почек. За 12 лет в нашей клинике имело место 7 случаев перевязки мочеточников во время операций (на более 4000 операций чревосечения). Во всех случаях мы поступили указанным выше образом (перевязка по Штеккелю—Кавасойе). Послеоперационный период протекал гладко. Больные долго находятся под нашим наблюдением.

Они чувствуют себя здоровыми.

Можно еще применять *uretero-ureterostomia* по Van-Hook'у, которая ясна из прилагаемого при сем рисунка (рис. 214) или *Nephrectomia*. Мы в нашей клинике ни разу не производили при поранении мочеточника далеко от пузыря этих операций.

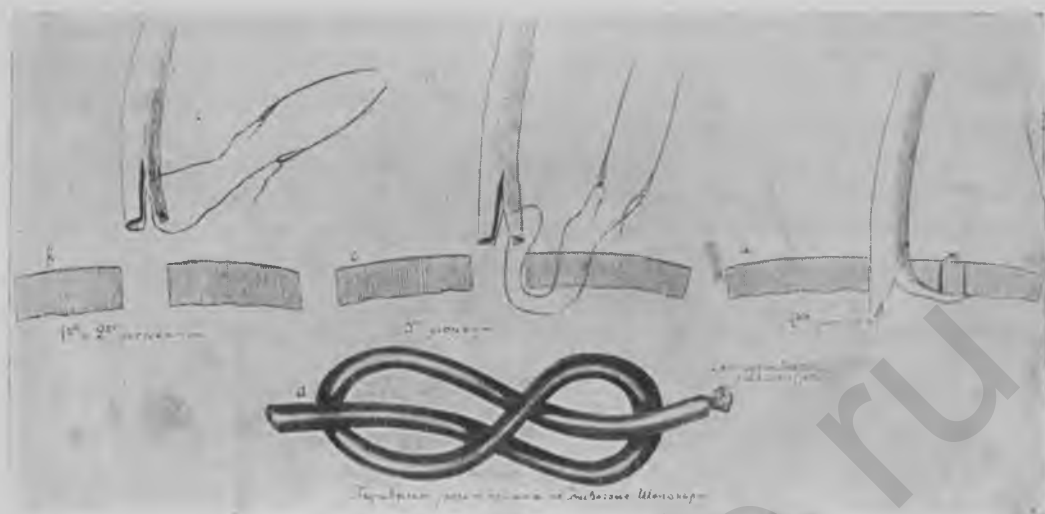


Рис. 213. Пересадка и перевязка мочеточника.

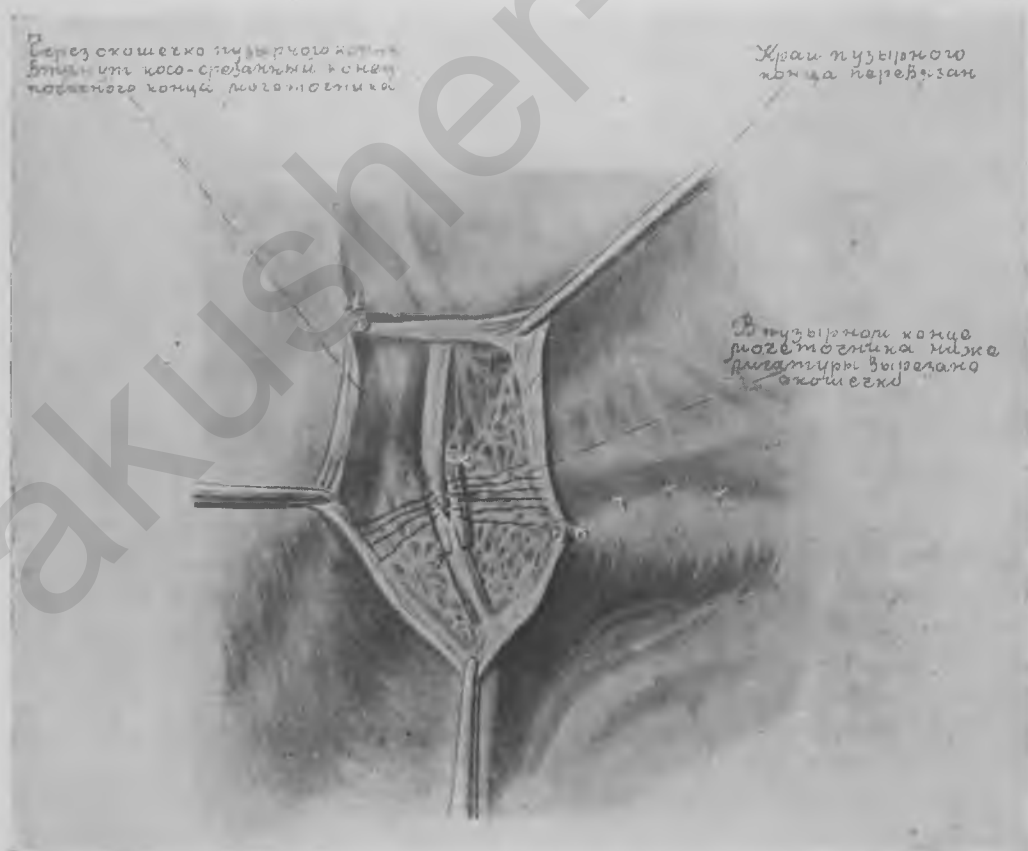


Рис. 214. Uretero-Ureterostomia по ван-Гуку (Van-Hook).

Если мочеточник поврежден близко от его впадения в мочевой пузырь, то необходимо сделать пересадку мочеточника в пузырь (при пересаживании не должно быть натяжения).

Мы предпочитаем способ Франца (Franz'a), как дающий очень хорошие ближайшие и отдаленные результаты, и как простой по техническому выполнению.

### Техника операции. Пересадка мочеточника в пузырь по Францу (Franz)

1) Периферический конец почечной части мочеточника после отсепаровки его от брюшины рассекается по длине на  $\frac{1}{2}$  см на два лоскута (рис. 213b).

2) Через каждый лоскут проводится длинная катгутовая нитка (рис. 213b), концы которой вдеты в две иголки.

3) Иголки с нитками вводятся в просвет пузыря через сделанное в его задней боковой стенке остроконечными ножницами отверстие вблизи от его верхушки (подбрюшинно) и выкальваются через стенку пузыря на расстоянии  $\frac{1}{2}$  см друг от друга (рис. 213c).

4) Швы завязываются на наружной поверхности задней стенки пузыря по той и другой стороне всаженного мочеточника (рис. 213d).

5) Мочеточник дополнительно фиксируется к стенке пузыря несколькими швами.

**Примечание 1.** Чтобы не было напряжения в местах соединения мочеточника со стенкой пузыря, следует до вскрытия последнего ножницами ввести в пузырь через мочеиспускательный канал катетер и им выпятить заднюю его стенку вблизи верхушки. Этим способом пузырь приближается к мочеточнику. Выпятившуюся часть пузыря следует фиксировать 3—4 швами к боковой части тазовой фасции или клетчатки (вне брюшины).

**Примечание 2.** После того, как мочеточник введен в пузырь и фиксирован вышеуказанными швами, следует брюшину *plicae vesico-uterinae* пришить к париетальной брюшине боковой стенки таза. Этими швами также уменьшается напряжение в местах соединения пузыря со всаженным мочеточником и предупреждается возможное его отхождение от пузыря.

### Операция пересадки мочеточников в толстую кишку по способу Коффей-Майо. *Uretero-entero-anastomosis modo Coffey—Mayo*

Одним из тяжелых страданий женщины являются пузырно-влагалищные свищи.

Благодарной задачей гинеколога-хирурга является — успешно закрыть свищ пластической операцией.

К сожалению, иногда встречаются такие формы мочеполювых свищей, когда последние обширны, когда стенки пузыря и влагалища представляют рубцовую массу, сращенную с костями таза, когда вся уретра разрушена, а емкость пузыря крайне редуцирована.



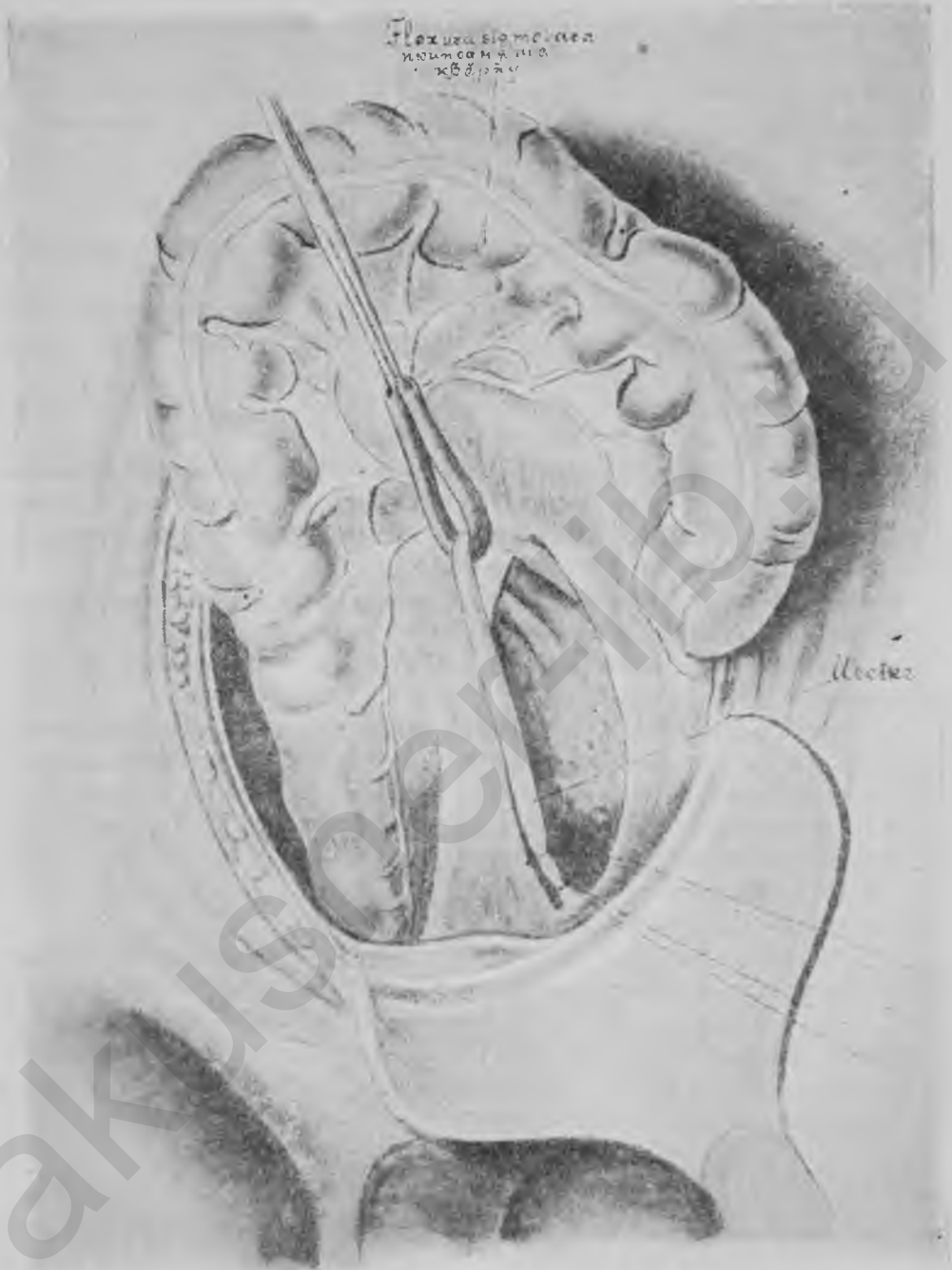


Рис. 215. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 1 и 2.

Такие случаи приходится признавать иноперабельными. Такие свищи бывает трудно или даже невозможно закрыть пластической операцией и приходится прибегать к *ultimum refugium* — к пересадке мочеточников в толстую кишку.

Следует особо подчеркнуть, что операция пересадки мочеточников в кишку является операцией серьезной, сложной, далеко не безопасной, дающей в опытных руках первичную смертность от 10 до 20%.



Рис. 216. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 2 и 3.

Отдаленные результаты тоже оставляют желать лучшего. Таким больным всегда угрожает опасность заболевания пиелитом, пиелонефритом и гибель от уросепсиса.

К операции пересадки мочеточников в кишку следует прибегать после неудачных попыток закрыть свищ пластической операцией и при полной уверенности, что эти больные не являются латентными носителями уросепсиса. Таких больных до операции пересадки следует клинически длительно наблюдать и лабораторно тщательно обследовать (кровь на резервную щелочность — А. R. на мочевины, остаточный азот и т. д.).

В настоящее время конкурируют два метода пересадки мочеточников в кишку: Тихова и Coffey-Мауо. Вернее будет сказать, что приоритет в вопросах методики пересадки мочеточников в кишку на протяжении принадлежит проф. Тихову и его школе. Метод Coffey-Мауо, базирующийся на данных анатомии и физиологии, является дальнейшим усовершенствованием метода Тихова.

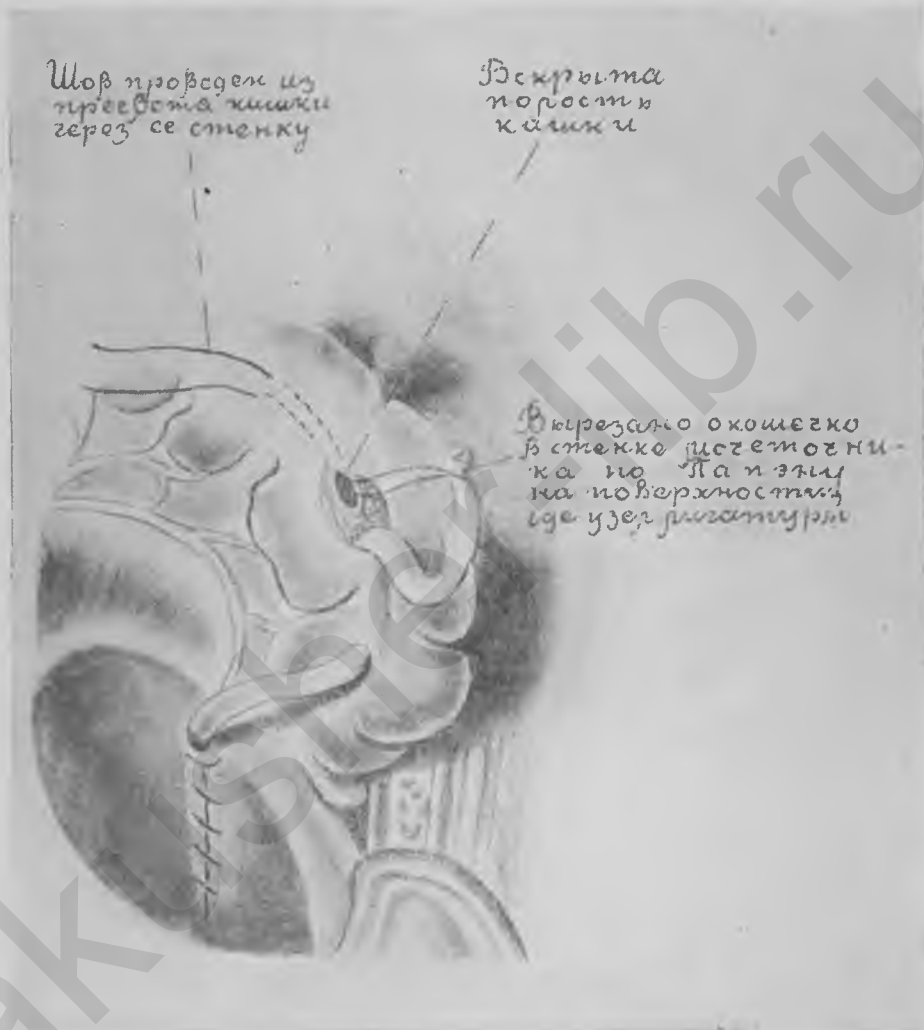


Рис. 217. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 4.

Метод Coffey—Мауо в эксперименте на собаках дал исключительно хорошие результаты.

Материалы Coffey, Мауо, Вальтерс (Walters) и др. говорят о том, что операция Coffey—Мауо дает лучшие результаты, чем метод Тихова, и в настоящее время она является методом выбора.

#### Подготовка к операции

- 1) Аутовакцинация — 6 впрыскиваний через день.
- 2) За 5 дней до операции ежедневно после очистительной клизмы — клизма из *Kalii hypermangan.* 1:10000.



Рис. 218. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 5, 8.

- 3) За два дня до операции слабительное. Внутрь *Salol*, *Benzonaphthol* 0,3.
- 4) Диета — в течение трех дней до операции только протокваша.
- 5) В день операции *T-rae opii* 5 к. и *Bismut. subp.* 0,5.
- 6) Перед началом операции тампонация *recti*.

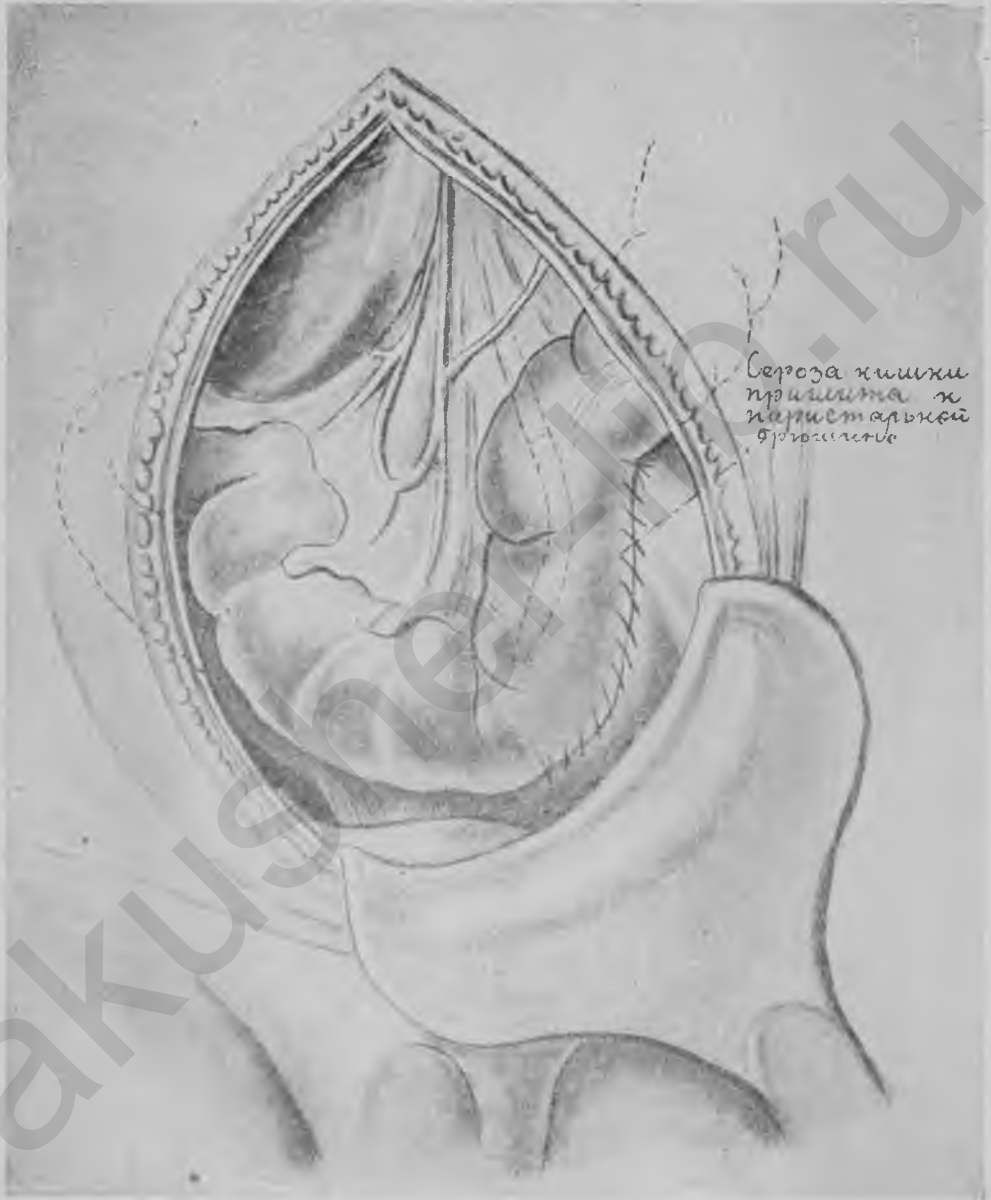


Рис. 219. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 8.

### Техника операции

#### Моменты операции:

- 1) *Flexura Sigmoidea* приподнимается кверху и вправо. Приподнимается и вытягивается *lig. infund. pelvici*; хорошо становится видным мочеточник под *lin. innominata*. Над мочеточником надрезают брю-

шину, и мочеточник, не травмируя его, отсепааровывают (от *lin. ino-  
minat.*) вниз до его впадения в пузырь. При высепаровке мочеточника  
следует сохранить его *adventitia* (рис. 215).

2) Под мочеточник подводится игла Deschamps'a. Мочеточник  
вытягивается вместе с окружающей его клетчаткой, и на его нижний



Рис. 220. Пересадка мочеточника в кишку. Момент 9.

конец у самого впадения в пузырь накладываются две лигатуры из кэтгута на 1 см друг от друга. Между лигатурами мочеточник перерезывается. Оба зияющие отверстия перерезанного мочеточника смазываются иодом. Пузырный конец мочеточника покрывается брюшиной при зашивании непрерывным кэтгутом расщепа широкой связки. Длинный проксимальный почечный конец мочеточника вместе с несрезанными концами наложенной

на него лигатуры приподнимается кверху и находится вне широкой связки (рис. 216).

3) В стенке flexurae sigmoideae в области taeniae на 10 см выше перехода ее в rectum делается поперек разрез серозы и мышечной стенки кишки шириной в 2 см.



Рис. 221. Пересадка мочеточников в кишку. Момент 9.

Тупым инструментом по направлению книзу прокладывается канал между мышечной и слизистой стенкой кишки длиной в 3 см. Внизу в слепом конце канала разрезается поперек сероза и мышца стенки кишки. Получается канал с двумя сквозными отверстиями.

Через образованный канал за нитки лигатуры, наложенной при перерезке мочеточника, протягивается почечный конец последнего (рис. 216).

4) Близ узла наложенной лигатуры ножницами вырезывается окошечко в стенке мочеточника по Папэну (Papin). (Рис. 217).



Рис. 222. Операция Рикка. Момент 2.

5) Вскрывается слизистая кишки, край которой фиксируется зажимами. Нитки наложенной лигатуры вдеваются в две иголки, которые проводятся через отверстие из просвета кишки через ее стенку насквозь и завязываются на серозе кишки (рис. 217, 218).



6) Зашиваются оба отверстия и отдельно мышца и сероза кишки над мочеточником. С целью фиксации последнего следует подхватить клетчатку мочеточника.

7) Меняется весь инструментарий и перчатки оператора и ассистентов.

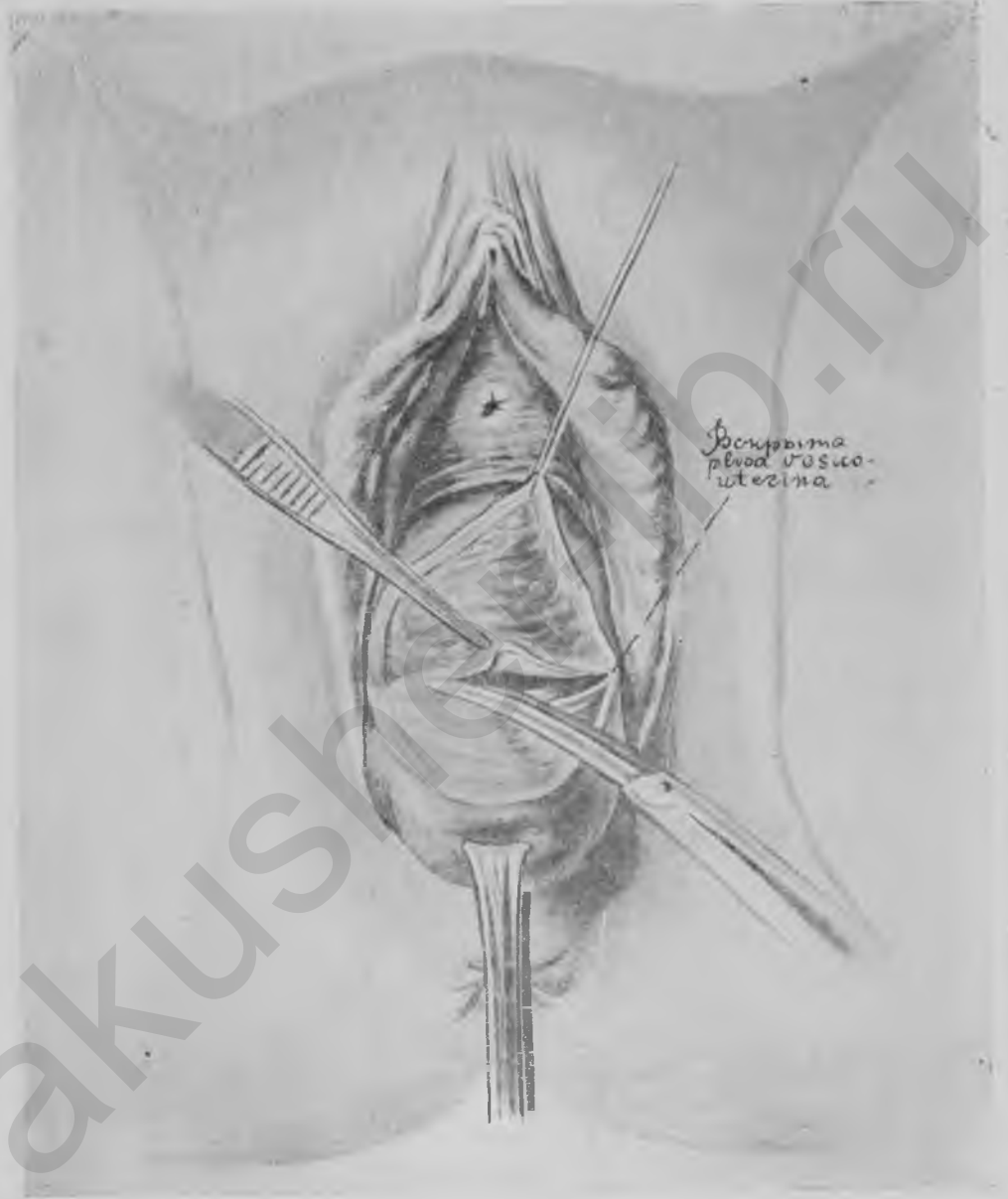


Рис. 223. Операция Рикка. Момент 3.

8) Обнаженная часть мочеточника покрывается париетальной брюшиной, которая пришивается к серозе кишки (рис. 219).

9) Справа продельваются все указанные моменты, как слева (рис. 220, 221).

Примечание. Пересадка справа в *rectum* делается на уровне перехода *recti* в *S-romamum*.

10) По окончании пересадки меняются инструментарий и перчатки.

11) В *rectum* вводится дренажная трубка.

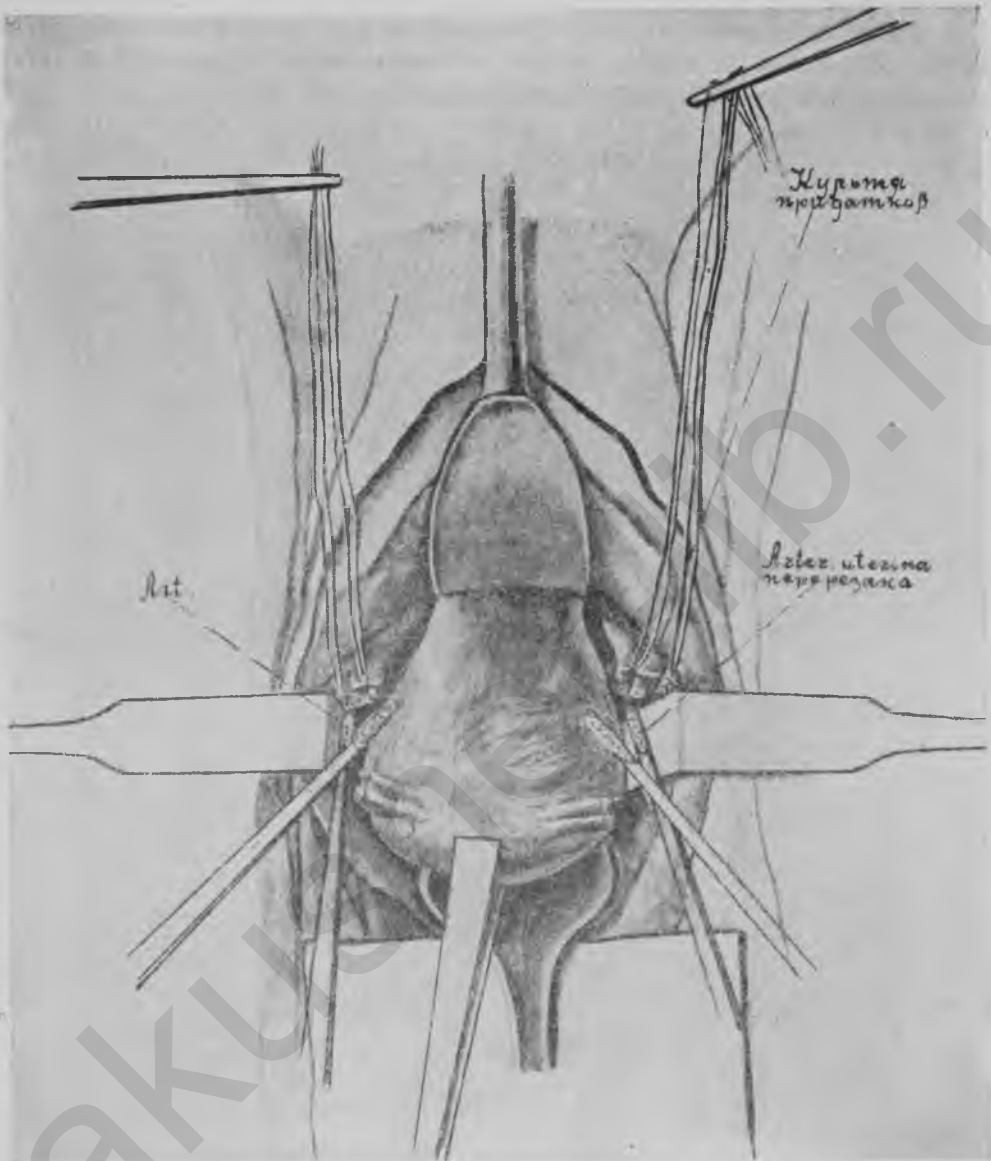


Рис. 224. Операция Рикка. Моменты 4 и 5.

Примечание 1. В случае сильной рвоты после операции следует делать промывание желудка.

Примечание 2. Полезно через дренажную трубку делать промывание нижнего отрезка кишки через день раствором. *Kalii hypermang.* 1:10000 небольшими порциями.

## Надвлагалищная ампутация матки per vaginam Операция Рикка

Операция Рикка (Riesck) применяется для удаления матки с опухолью небольшой величины взамен абдоминального чревосечения, когда последнее почему-либо противопоказано.



Рис. 225. Операция Рикка. Моменты 6—8.

### Техника операции

1) Влагалищная часть шейки матки захватывается пулевыми щипцами и оттягивается книзу.

2) Производится полуциркулярный разрез слизистой влагалища ниже пузырной складки (рис. 222).

3) Тупо отодвигается пузырь кверху, и обнажается складка брюшины переднего дугласа, которая вскрывается (*Colpotomia anterior*). (Рис. 223).

4) В брюшную полость через вскрытый дуглас вводится подъемник и обнажается передняя поверхность матки, которая по средней линии захватывается пулевыми щипцами или двузубцем и качательными движениями выводится из брюшной полости во влагалище (рис. 224).

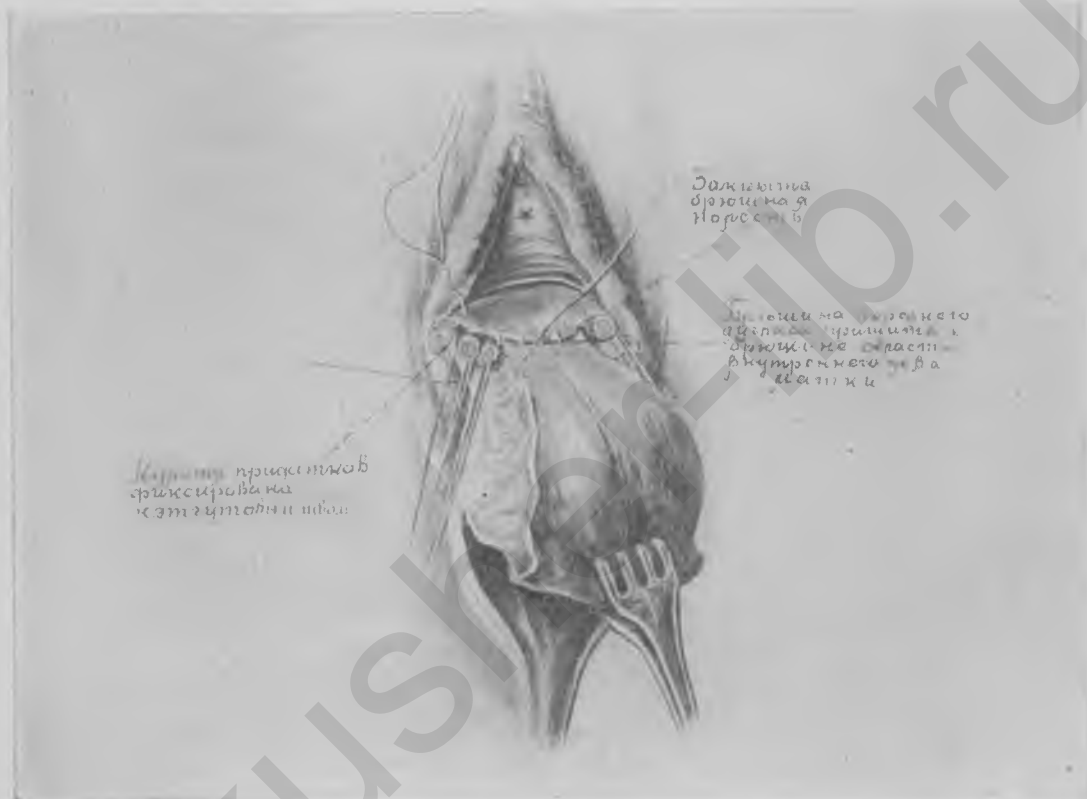


Рис. 225а. Момент 7. Операция Рикка.

5) Накладываются клеммы с обеих сторон на *lig. rotundum*, маточные концы труб и *lig. ovarium proprium*. Между клеммами ткани пересекаются. Дистальные культы придатков и связок тупо по ребрам матки отодвигаются вниз и перевязываются (рис. 224).

6) Передний край вскрытой брюшины переднего дугласа пришивается к брюшине задней поверхности матки в области внутреннего зева, и брюшная полость закрывается наглухо. Операция в дальнейшем проходит внебрюшинно (рис. 225).

7) *Arter. uterinae* обнажается, с обеих сторон захватываются клеммами, перерезаются и перевязываются (рис. 225).

8) Матка несколько выше перевязанных *art. uterinae* суправагинально ампутируется клиновидно скальпелем (рис. 225). На края раны

шейки матки накладываются узловые кэтгутовые швы (не захватить краев слизистой влагалища). (Рис. 226).

Примечание. Завязанные края раны шейки и культы придатков и связок лежат внебрюшинно. Культы фиксируются к боковым частям шейки матки.

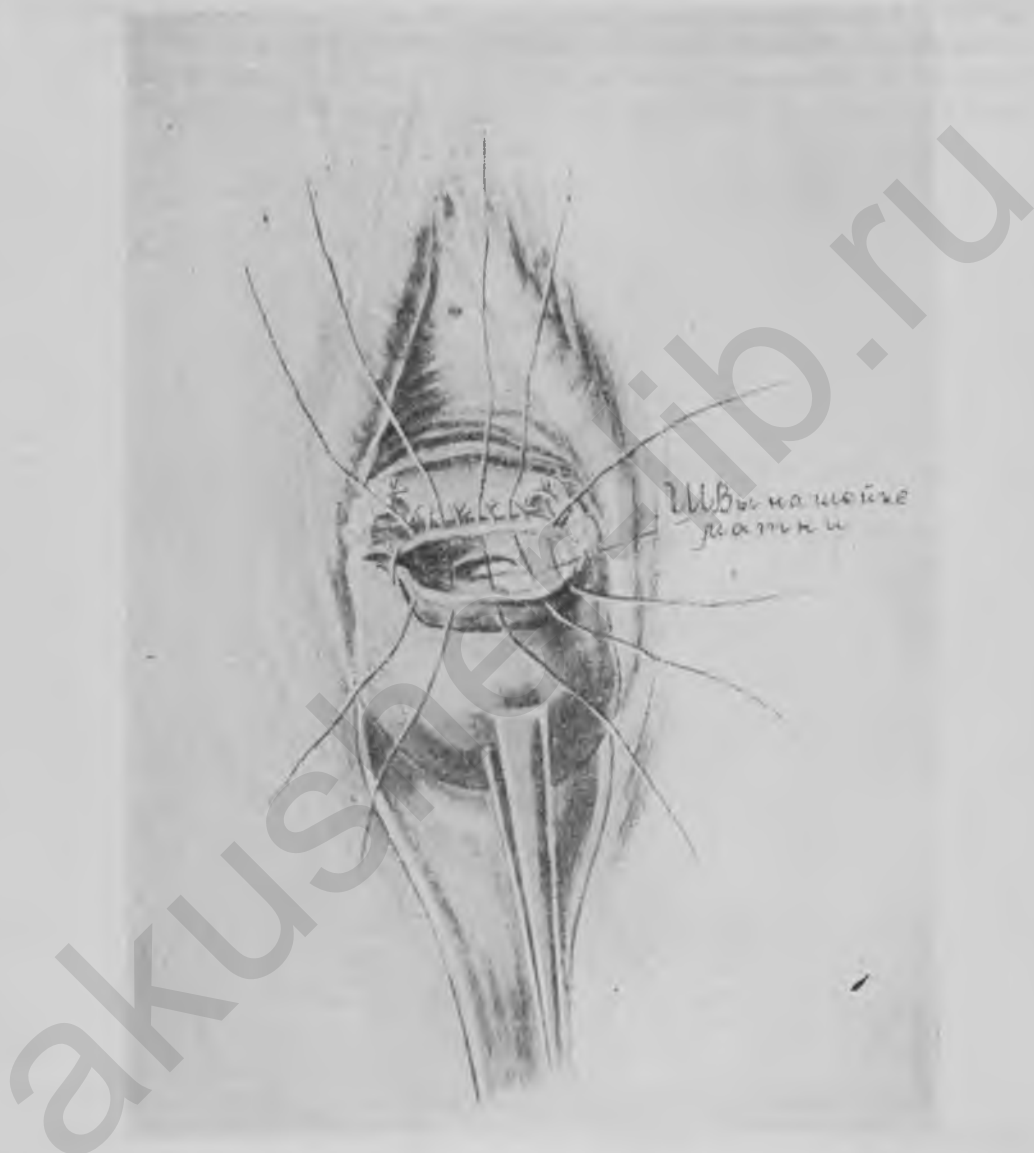


Рис. 226. Операция Рикка. Момент 8.

9) Края раны слизистой передней стенки влагалища соединяются узловыми кэтгутовыми швами (рис. 227).

Примечание. Во избежание возможности образования гематомы в клетчатке переднего свода после операции, советуем последний дренировать рыхло 2-мя иодоформными турундочками по бокам. Во влагалище вводится тампон, который удаляется на следующий день утром. Турундочки удаляются на третьи сутки.

## Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки по Попову—Мандельштаму. Colporoesis modo Popoff

Больные с атрезией или аплазией влагалища сильно страдают (описаны преступления и самоубийства на этой почве) от сознания своего уродства, лишаящего их возможности супружеской жизни.



Рис. 227. Операция Рикка. Момент 10.

Больные с аплазией влагалища обычно настойчиво требуют хирургической помощи, несмотря на предупреждения, что последняя является сложной, далеко не безопасной и может дать больной только возможность жить половой жизнью, но не стать матерью.

Попытки старых гинекологов создать канал путем расщепления тканей между пузырем и прямой кишкой — кончались неудачами благодаря рубцеванию запустевшего канала.

Попытки покрытия стенок канала путем аутопластики или трансплантации за счет лоскутов кожи или слизистой тоже кончались неудачно. Только идея, выдвинутая проф. Снегиревым, об использовании для искус-



Рис. 228. Colpopoiesis по Попову. Момент 1.

ственного влагалища отрезка кишки позволила получить права гражданства двум конкурирующим между собой методам: 1) Балдина — образование влагалища из тонкой кишки и 2) Попова и Шуберта — из нижнего отрезка прямой кишки.

Оба метода имеют недостатки: способ Балдина выполняется путем лапаротомии и резекции тонкой кишки и даже при хорошей технике

выполнения дает большой процент смертности от 11 до 22%. В известном проценте случаев наблюдается *ileus*.



Рис. 229. Colporrhesis по Попову. Момент 2. •

Способы Шуберта<sup>1</sup> и Попова дают незначительный процент смертности, но иногда дают ректо-вагинальные фистулы при неправильной технике. Школа проф. Кипарского и его учеников, имеющая сравнительно большой материал Colporrhesis по способу Попова (с 1926 года около

<sup>1</sup> Шуберт при этой операции резецирует копчик.



35 случаев), считает, что осложнения, наблюдавшиеся при этой операции, можно было объяснить исключительно недостаточно выработанной методикой в смысле подготовки больных к операции и техникой выполнения последней.



Рис. 230. Colpopoiesis по Попову. Момент 4.

Совершенно прав проф. Мандельштам, который в Arch. für Gynäk. u. Obst. Bd. 138, 1929 г. утверждает, что в модифицированном им и проф. Кипарским и проф. Козинским виде, операцию Попова следует считать нетрудной, типической и даже элегантной операцией.

### Подготовка больной к операции

На протяжении четырех дней больная, кроме простокваши (биологическая очистка кишечника: вытеснение *b. coli* бактериями молочно-кислого брожения), чая и кофе без сахара ничего не получает. Каждый день ставится после очистительной клизмы — клизма *Kalii hypermangan.* 1:10000. За два дня до операции дается два раза слабительное — *Ol. ricini* 25,0.



Рис. 231. Colporrhesis по Попову—Мандельштаму.  
Моменты 5 и 6.

Такого рода диета, хотя и ослабляет больных, но абсолютно необходима, так как она хорошо дезинфицирует кишечный тракт, от чего во многом зависит исход операции.

### Техника операции

1) После соответствующей дезинфекции наружных половых частей производится циркулярно-овальный разрез в области *humer'a*. Разрез начинают  $\frac{1}{2}$ —1 см отступя от наружного отверстия мочеиспускательного канала, по бокам у основания малых губ, и кончают, не доходя на 3 см до заднепроходного отверстия. Указанным разрезом окаймляется лоскут, подлежащий отсепаровке и намечается *introitus* искусственного влагалища (рис. 228).

2) Лоскут, окаймленный разрезом, отсепаровывается и удаляется. Уретра сзади отсепаровывается тупым путем на 3 см. Освеженная поверхность (будущий *introitus* влагалища) закрывается маленьким тампоном (рис. 229).

3) Заднепроходное отверстие (сфинктер) расширяется ректальным зеркалом, и прямая кишка промывается 3% раствором перекиси водорода и досуха вытирается маленькими марлевыми тупферами (рис. 229).

4) После удаления ректального зеркала производится циркулярный разрез слизистой прямой кишки на границе кожи. Этим разрезом прямая кишка отделяется от сфинктера и заднего прохода. При этом разрезе следует максимально щадить и не травмировать сфинктера. Края стенки рассеченной кишки захватываются четырьмя кохерами (рис. 230).

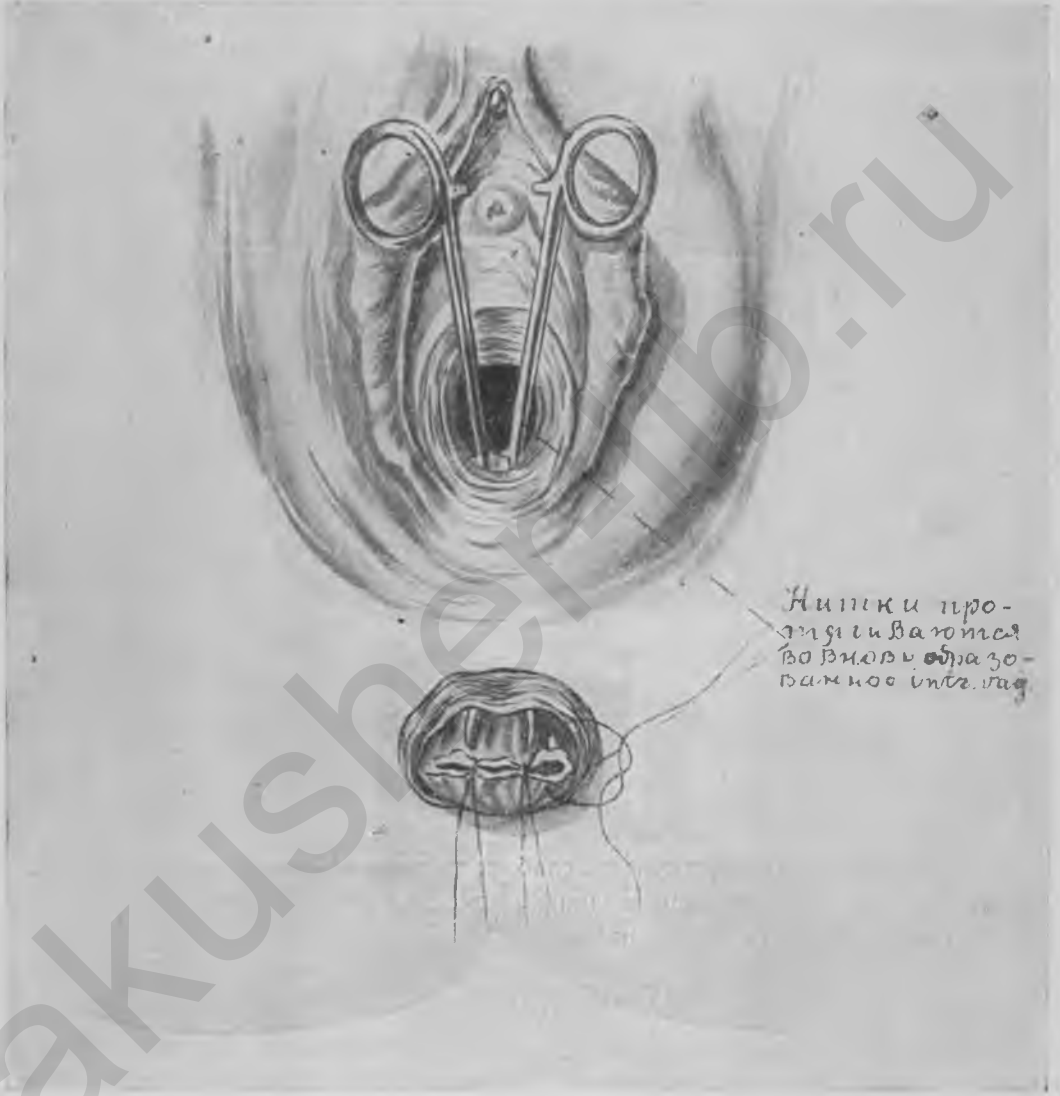


Рис. 232. Colpopoiesis по Попову—Мандельштаму. Моменты 7 и 8.

5) Тупым путем задняя поверхность стенки прямой кишки (но пока не передняя) отсепаровывается от копчика и крестца в глубину на 9—10 см. В области Spina ischiі отсепаровка бывает иногда довольно трудной благодаря наличию плотной соединительной ткани. В этом месте подчас приходится делать отсепаровку частично ножницами. Для гемостаза временно в клетчатку позади отсепарованной задней поверхности кишки вводится тампон (рис. 231).

6) Передняя полуокружность кишки отслаивается от сфинктера вглубь только на  $2\frac{1}{2}$ —3 см. Об этом очень важно помнить во время операции, так как далекая отсепаровка (больше 3 см) поведет к нарушению питания и некрозу искусственного влагалища (рис. 231).

7) Нижние края циркулярно отсепарованной прямой кишки провизорно соединяются 3—4 шелковыми швами.

8) Через освеженную поверхность (будущий introitus) закрытым изогнутым кохером протыкается соединительная ткань над промежностью. Отверстие широко расширяется раскрыванием браншей воткнутого кохера.



Рис. 233. Coloproctosis по Попову—Мандельштаму.  
Момент 11.

Последним захватываются шелковые провизорные лигатуры, соединяющие края прямой кишки, и протягиваются через отверстие во вновь образованный introitus (рис. 232).

9) Меняются перчатки.

10) Провизорные швы снимаются, и края прямой кишки (будущего искусственного влагалища) пришиваются к краям кожи освеженного входа во влагалище шелковыми швами. Меняются перчатки.

11) В заднепроходное отверстие вводится зеркало, обнажающее заднюю поверхность отсепарованного нижнего отрезка прямой кишки. Двумя кохерами захватываются самые глубокие (на расстоянии 9 см) места мобилизованной задней поверхности стенки прямой кишки, которая должна постепенно подтягиваться без натяжения из anus'a (рис. 233).

12) В местах наложения кохеров (для подтягивания) задняя поверхность кишки вскрывается по всей ширине поперек.

13) Передняя поверхность кишки рассекается из вскрытого просвета кишки. Чтобы не запутаться, целесообразно двумя кохерами наметить на передней стенке кишки место предстоящего рассечения ее. Края рассеченной передней стенки прямой кишки тупо отделяются друг от друга на 1—2 см. После рассечения всей кишки, будущий анальный отрезок закрывается компрессом. Меняются перчатки (рис. 234).

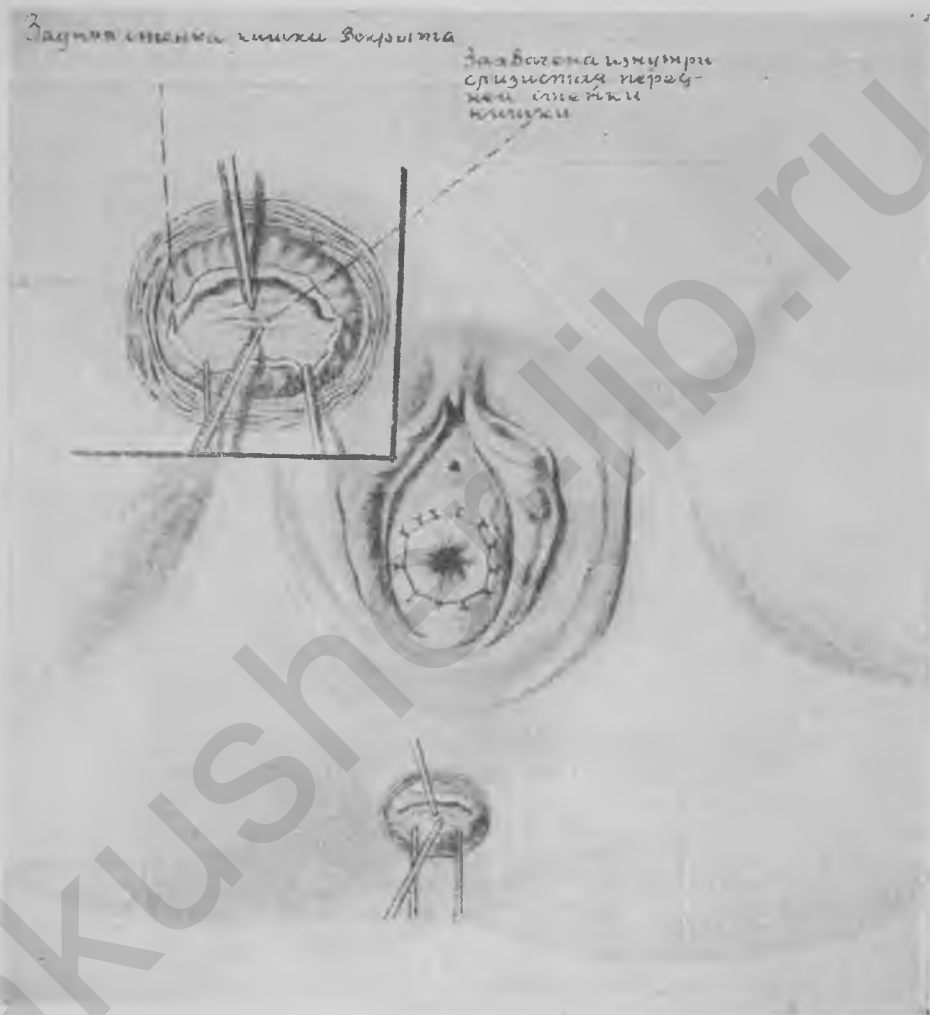


Рис. 234. Colpopoiesis по Попову—Мандельштаму. Моменты 10, 12 и 13.

**Примечание.** Для облегчения этого момента операции ассистент вводит мужской катетер через мочеиспускательный канал в пузырь и выпячивает *sept. vesico-rectale* в разрез задней стенки кишки. В месте выпячивания слизистой стенка кишки захватывается двумя кохерами и надрезается.

14) Двумя этажами кэгуттовых швов (1-й этаж узловые, 2-й этаж — непрерывный) соединяются задние (верхние) края вновь образовавшегося влагалища, чем создается как бы купол его сводов. Швы коротко срезаются (рис. 235).

15) Удаляется тампон, находившийся все время позади задней поверхности кишки и компресс. Обычно кровотечения не бывает. Края верхнего отрезка прямой кишки после мобилизации его передней части подтягиваются к заднепроходному отверстию и сфинктеру и пришиваются к последнему и к коже апис'а частыми узловыми шелковыми швами (рис. 236).

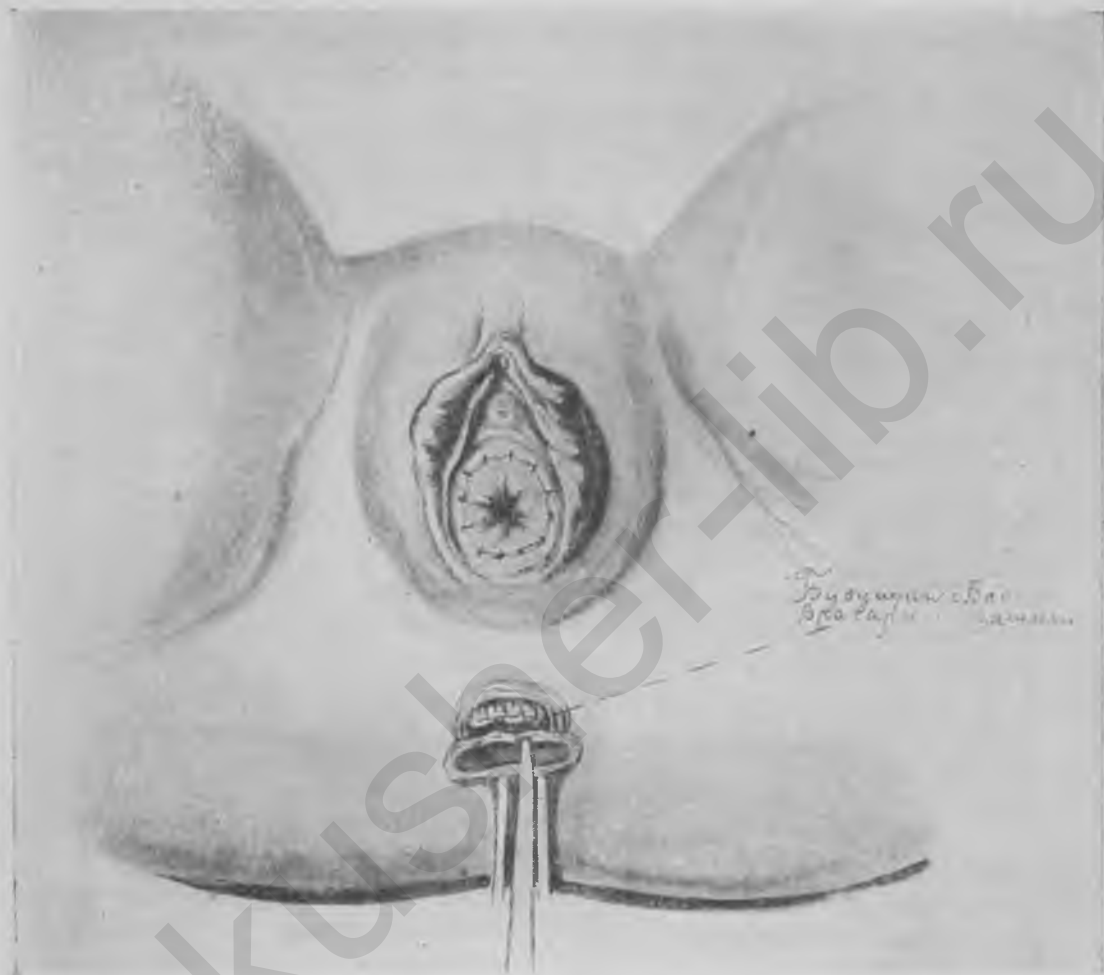


Рис. 235. Colporoesis по Попову—Мандельштаму. Момент 14.

16) Во время подтягивания кишки к заднепроходному отверстию в клетчатку между кишкой и крестцом вводятся по бокам две иодоформные турундочки.

17) Во влагалище вводится тампон, густо пропитанный вазелином. Лучше тампон вложить в мужской кондом. Последний смазывается вазелином и вводится во влагалище на три дня.

18) В прямую кишку вводится резиновая дренажная трубка, обмотанная иодоформной марлей, пропитанной вазелином. На 3 сутки удаляется из прямой кишки дренажная трубка и вытягиваются из клетчатки введенные иодоформные турундочки наполовину и подрезаются. Если на-

гноения нет, то их можно вовсе удалить. После операции вводится на 4—5 дней катетер à demeure в мочевой пузырь.

19) До 7—8 дня после операции больная получает легкую пищу.

Примечание 1. При наложении швов при приторачивании краев кишки к anus'у, а также раньше к introitus'у, следить за симметрией, чтобы не произошло перекрута кишечных трубок.

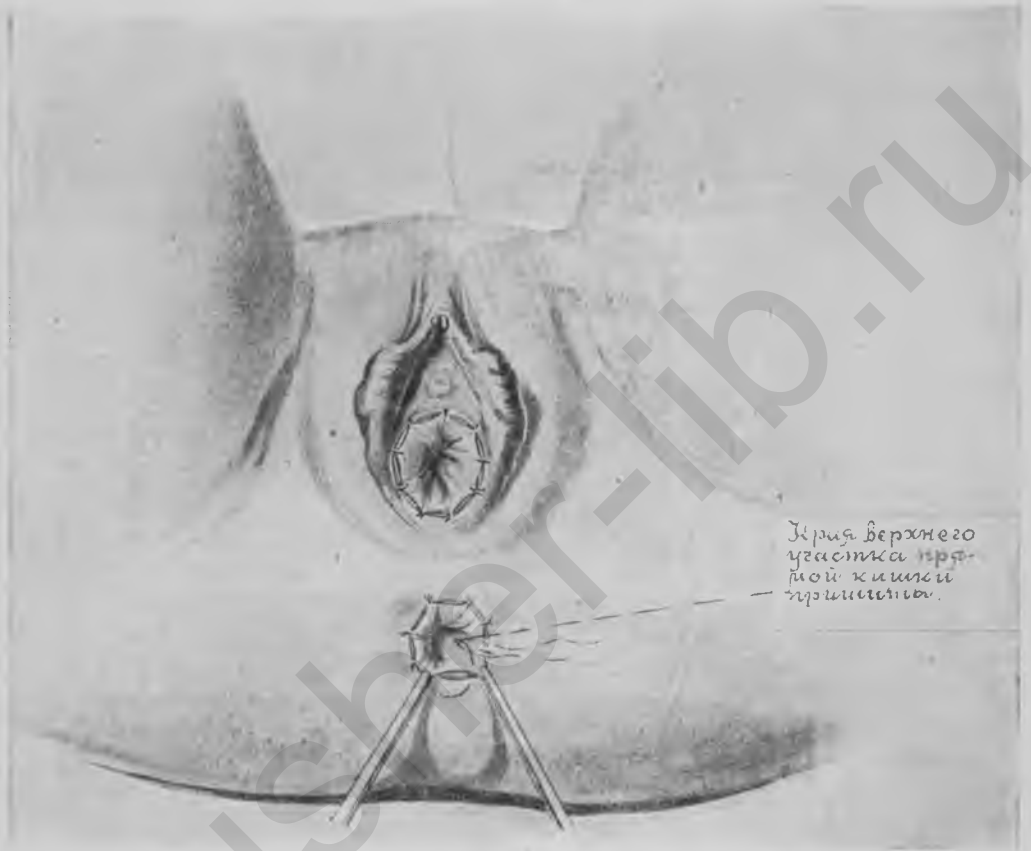


Рис. 236. Colporrhoeisis по Попову. Момент 15.

Примечание 2. Не вводить зря пальцев в кишку, а если пришлось, то следует менять перчатки.

Примечание 3. Спринцовать новообразованное влагалище раствором сулемы противопоказано (отравление), о чем следует больную предупредить.

### Кишечная хирургия в гинекологии

Оперативная гинекология и оперативная хирургия, являясь крупнейшими самостоятельными отделами медицинских знаний, еще в настоящее время сохранили общность интересов в некоторых своих частях. Чем больше указанные дисциплины идут вперед в своем развитии, чем больше совершенствуется техника операций, тем чаще гинеколог в процессе той или иной операции вынужден стать хирургом, а хирург гинекологом.

Одним из пограничных отделов, с которыми гинекологу приходится часто иметь дело, является кишечная хирургия. По своему топографическому положению половой аппарат тесно связан с кишечником, и воспалительные заболевания, новообразования и т. д. часто переходят с одного на другой, и в конечном результате получается комбинированное заболевание этих органов.

Нет ни одной кишечной операции, которую гинекологу не пришлось бы производить при вскрытии брюшной полости, предпринятом по поводу того или иного сложного гинекологического заболевания.

Мы ниже затронем небольшую часть вопроса о кишечной хирургии в гинекологии и приведем только технику тех полостных операций на кишечнике, которые гинекологу наиболее часто приходится производить, а именно: кишечный шов, резекцию кишки и удаление червеобразного отростка.

### Кишечный шов

Воспалительные и новообразовательные процессы полостных органов половой сферы ведут часто к образованию спаек и сращений с кишечником. При разделении последних во время операции, нередко часть поверхности кишки травмируется и может быть лишена брюшинного покрова. Обнаженное от брюшины место может где-нибудь припаяться и дать целый ряд неприятных послеоперационных осложнений (ileus, перфорация, стриктура и т. д.). Всякий дефект на поверхности кишки должен быть восстановлен наложением одноярусного кишечного шва по Lembert'у. Если при разрезе брюшной стенки на почве сращения кишечных петель с париетальной брюшиной или при разделении очень плотных спаек был вскрыт просвет кишки, необходимо наложить немедленно двухярусный кишечный шов. Мы накладываем два шва по Черни (Zserny). Если ранение или дефект серозного или мышечного покровов незначителен, то можно наложить кишечный непрерывный или узловый шов в продольном направлении кишки (рис. 237).

При дефектах и вскрытии кишки больше 3 см следует всегда наложить непрерывный шов в поперечном направлении, т. е. перпендикулярно к длинной оси кишки (рис. 238). Зашить сколько-нибудь значительную рану в продольном направлении кишки рискованно — может получиться сужение или перфорация кишки. Особенно это касается толстой кишки, где часто скопляются плотные каловые массы.

### Техника наложения кишечного шва

1. Повреждение кишки без вскрытия ее просвета.

1) Поврежденная кишка извлекается из брюшной полости и обкладывается марлевыми компрессами.

2) Одноярусный шов Лемберта (Lembert) накладывается кишечной или обыкновенной прямой иглой следующим образом: выкол на расстоянии 8 мм от края раны; иглой захватывается серозный и отчасти мышечный слой (но не слизистая), выкол миллиметра на два от того же края; затем выкол на другом краю брюшинного дефекта миллим. 2 от края, а выкол миллим. 8 от края раны.



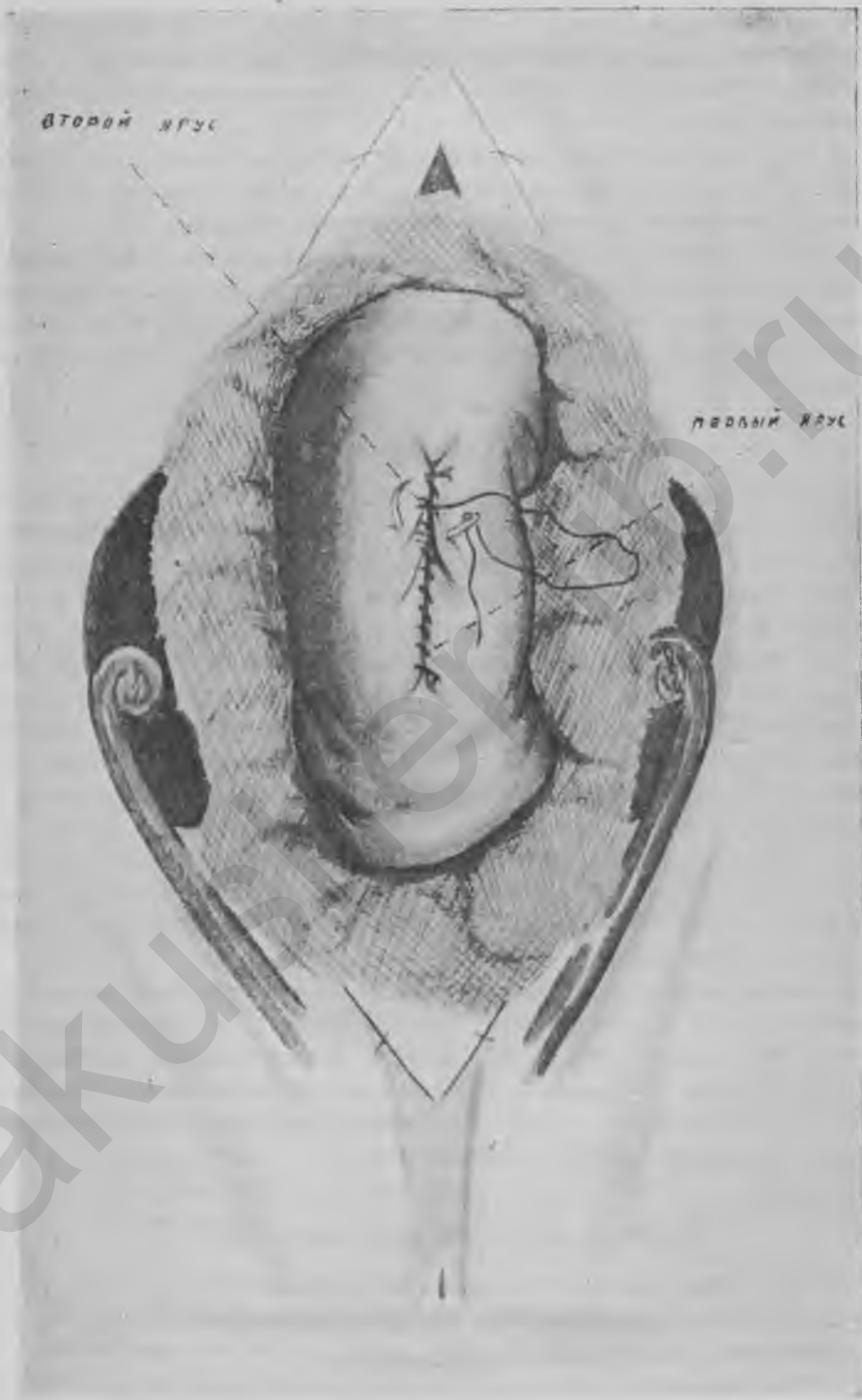


Рис. 237. Кишечный шов.



Рис. 238. Кишечный шов.

II. При вскрытом просвете кишки мы накладываем шов по Черни следующим образом:

- 1) Кишка извлекается из брюшной полости и обкладывается марлевыми компрессами.
- 2) Накладывается первый шов: вкол иглы на расстоянии 2—3 мм от края раны в серозную оболочку. Дальше игла проводится сквозь серозный и мышечный слой (но не через слизистую) и выкалывается в плоскости разреза кишки. Затем вкол делается в плоскость разреза противоположного края раны кишки в мышечный ее слой, и выкол, после проведения сквозь мышечный и серозный слой, отступя 2—3 мм. от края раны (рис. 242). Второй шов накладывается по Lembert'у, как описано выше (рис. 238).

### Резекция кишки

Вопрос о резекции кишки в процессе производства гинекологической операции решается положительно, если кишка поранена на таком большом протяжении, что простой кишечный шов недостаточен, или когда злокачественное новообразование органов половой сферы прорастает стенку кишки и новообразование признано операбельным. Если речь идет о ранении кишки, требующем резекции, то последнюю необходимо произвести немедленно, как только ранение замечено. К резекции приступают только в последний момент операции, если она делается по поводу прорастания новообразования стенки кишки.

В таких случаях сначала освобождается все новообразование, которое вместе с припаянной кишкой выводится из брюшной полости, после чего последняя резецируется.

#### Техника резекции кишки

- 1) Подлежащая резекции кишка выводится из раны и обкладывается теплыми марлевыми салфетками, смоченными в физиологическом растворе. Такими же салфетками ограждается брюшная полость.
- 2) Путем поглаживания указательным и средним пальцами подлежащей резекции части кишки, вытесняется кишечное содержимое в здоровые отделы кишки.
- 3) Отступя от места ранения или дефекта кишки сантиметра на 4 накладывают с каждой стороны кишечные зажимы Doyen'a (рис. 239).

Примечания: а) Кишечные зажимы накладываются по два с каждой стороны близко друг к другу и косо, чтобы удалить больше с выпуклой поверхности кишки, чем с брыжеечной.

б) Кишечные клеммы необходимо наложить на безусловно здоровую часть кишки; соединяемые отрезки резецируемой кишки должны быть здоровы, чтобы они в достаточной мере снабжались кровью брыжеечными артериями. Лучше удалить несколько лишних сантиметров здоровой кишки, чем сшивать подозрительный, не жизнеспособный отрезок кишки.

с) Вместо кишечных зажимов Doyen'a, можно пользоваться обыкновенными тупыми длинными зажимами, на которые надевают

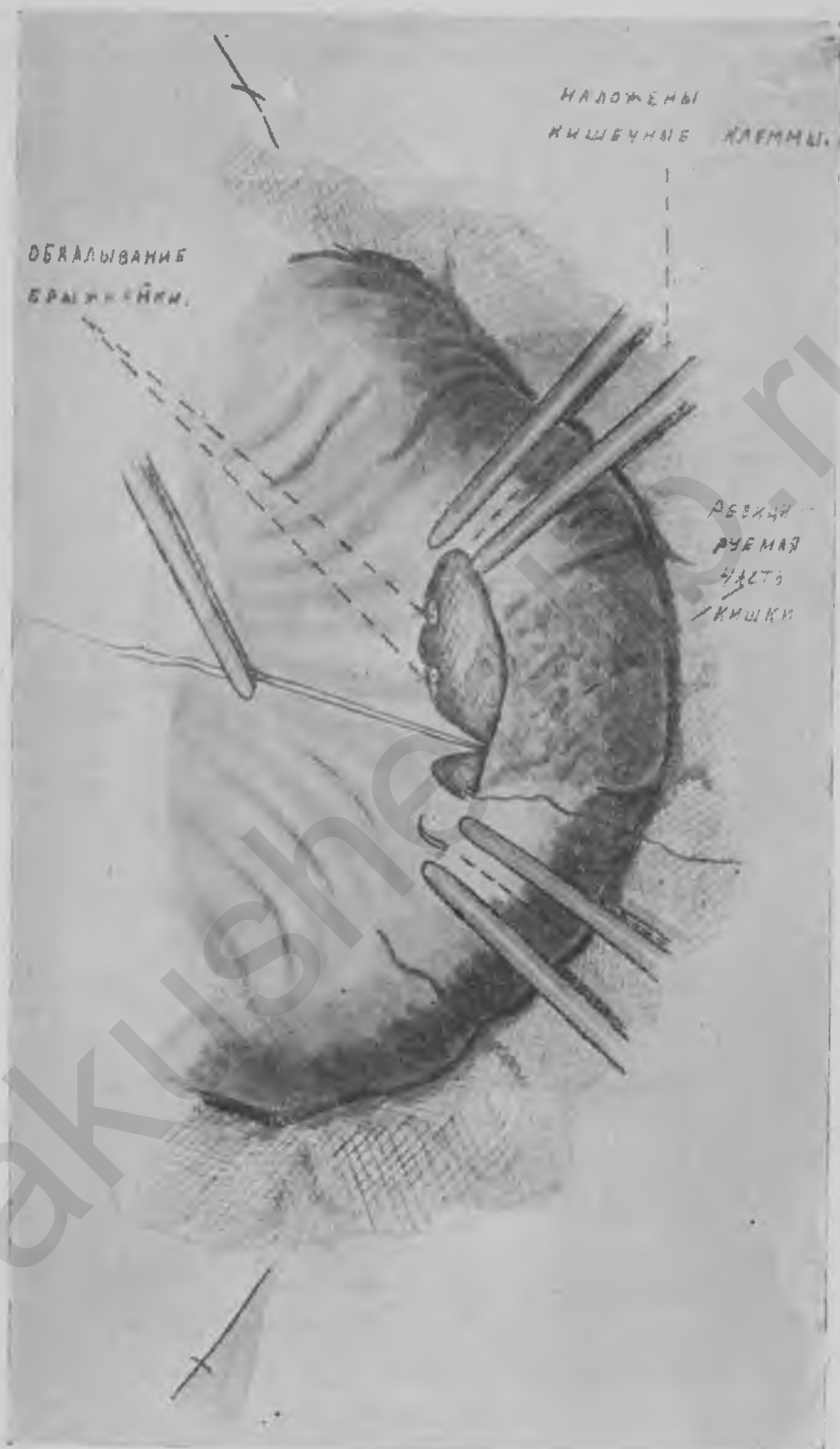


Рис. 239. Резекция кишки.

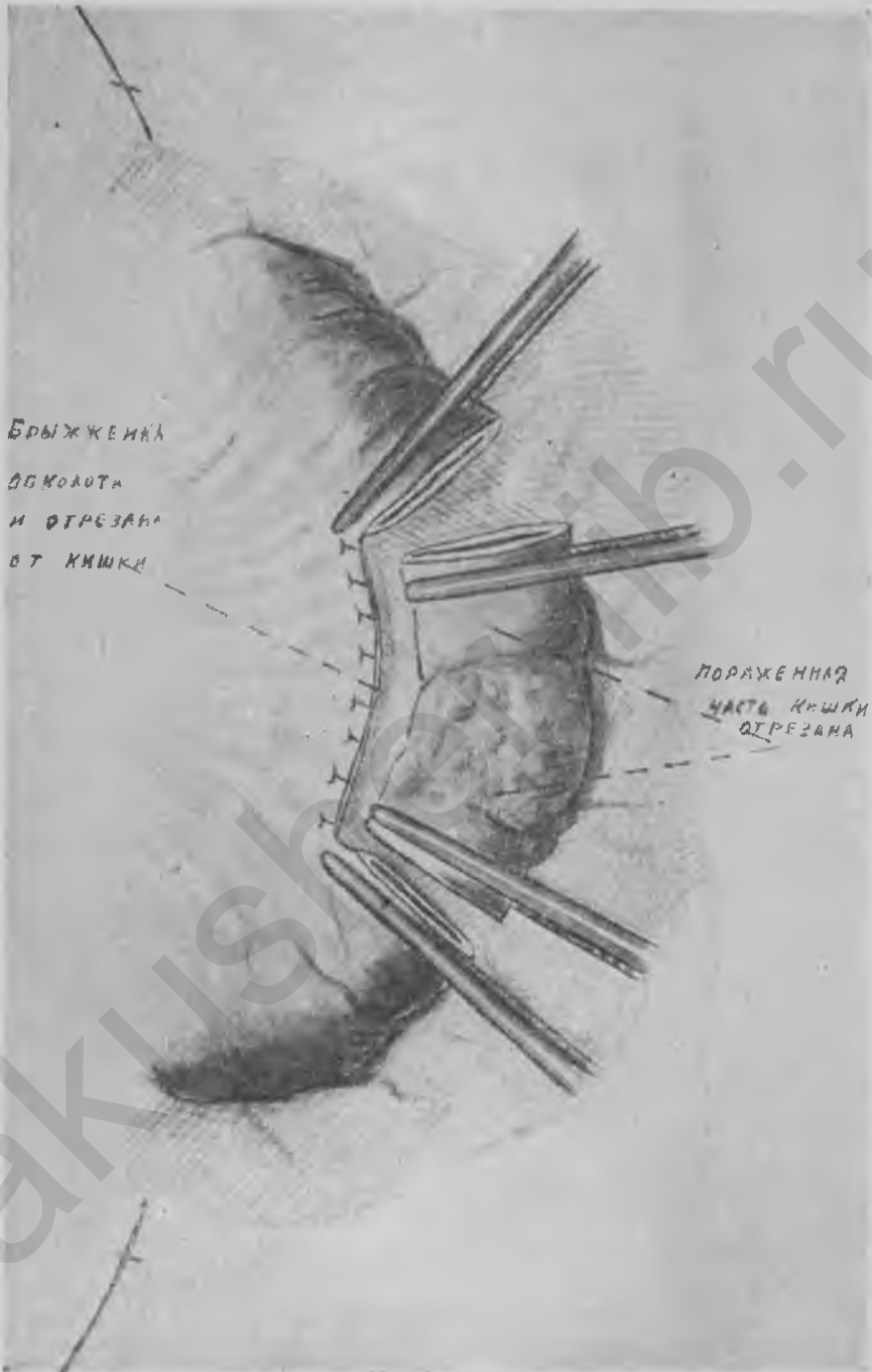


Рис. 240. Резекция кишки.

КИШЕЧНЫЙ ЗАЖИМ С ОТКРЫТЫМИ  
КРАЯМИ ПРОСВЕТА КИШКИ ОТВЕРНУТЫ  
В СТОРОНЫ И СБЛИЖЕНЫ СЕРВИЗНЫМ  
ПЕРЕКРЕСТОМ ЗАДНЯГО ПОЛУКРУГА.

1. ЗАДНИЙ  
ПОЛУКРУГ  
2. ЗАЖИМ  
3. ПЕРЕКРЕСТОМ  
4. ЗАДНЯГО ПОЛУКРУГА  
5. 03.

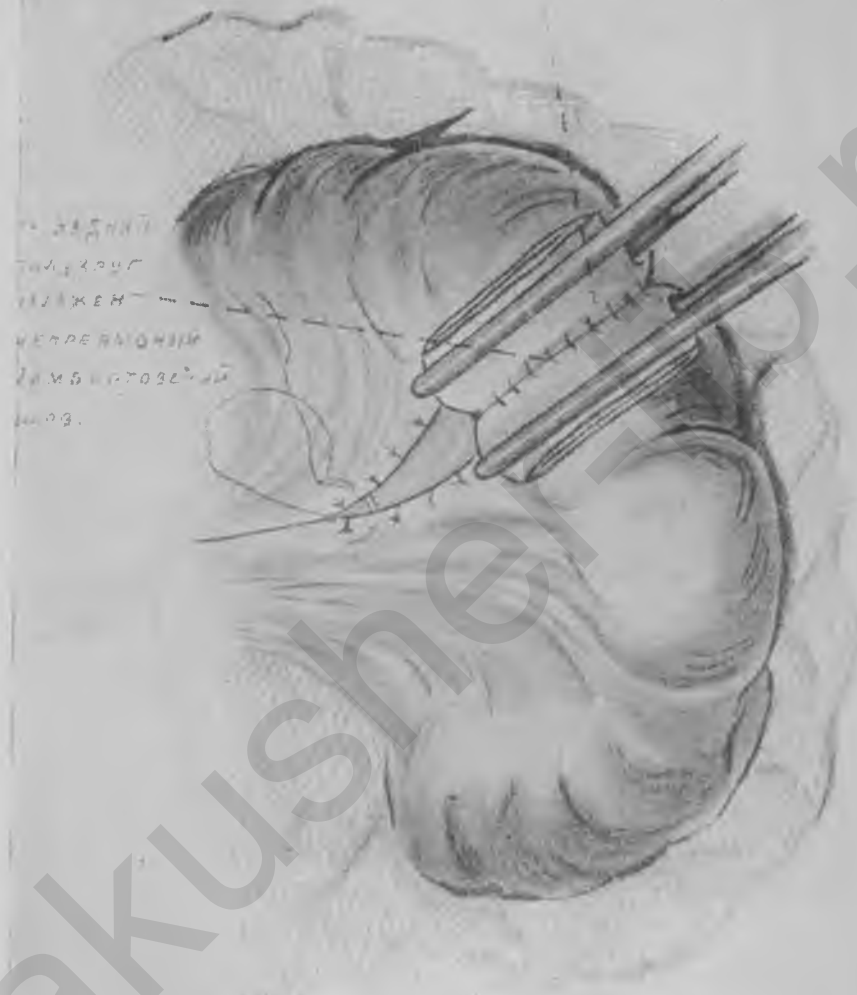


Рис. 241. Резекция кишки.

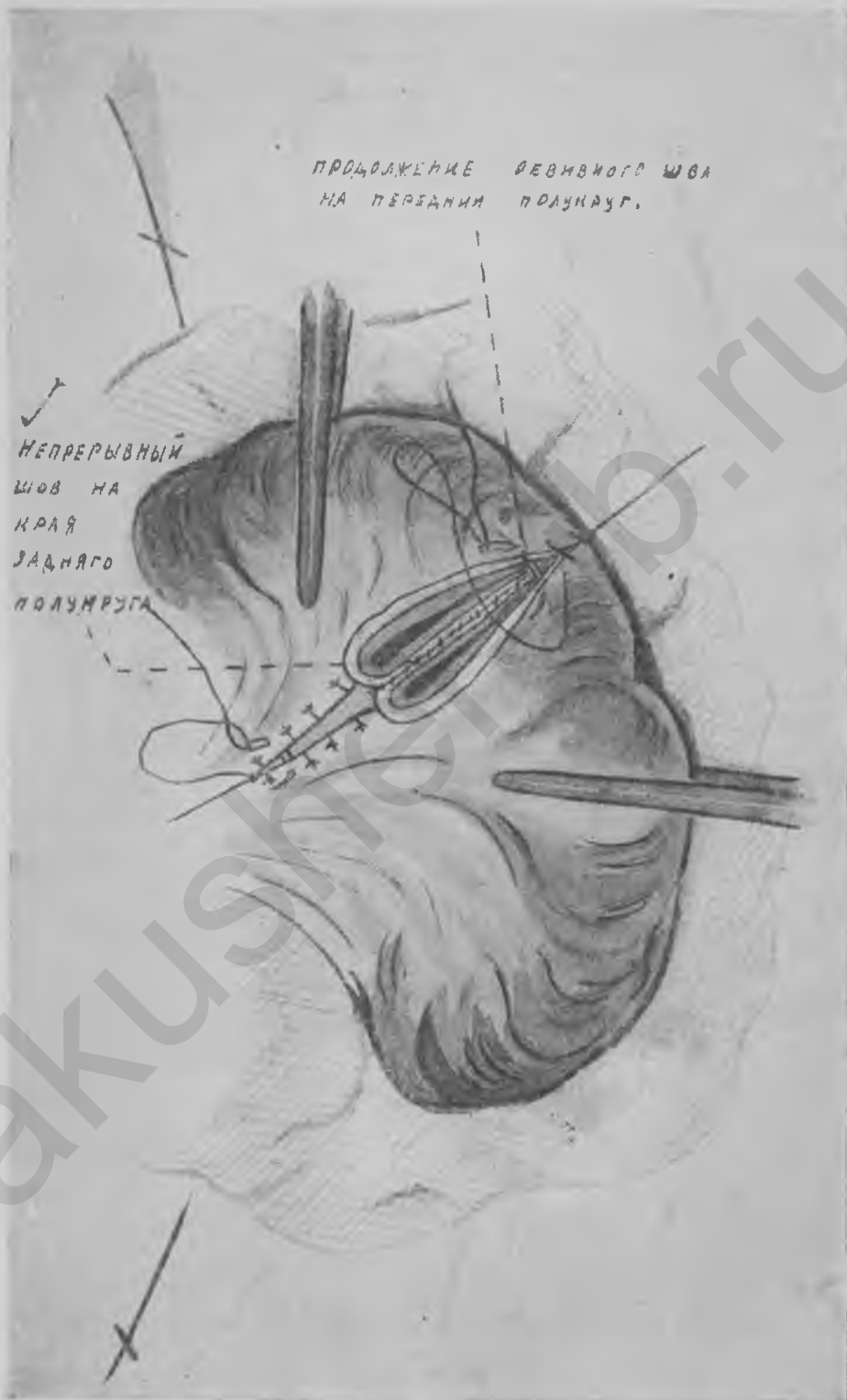
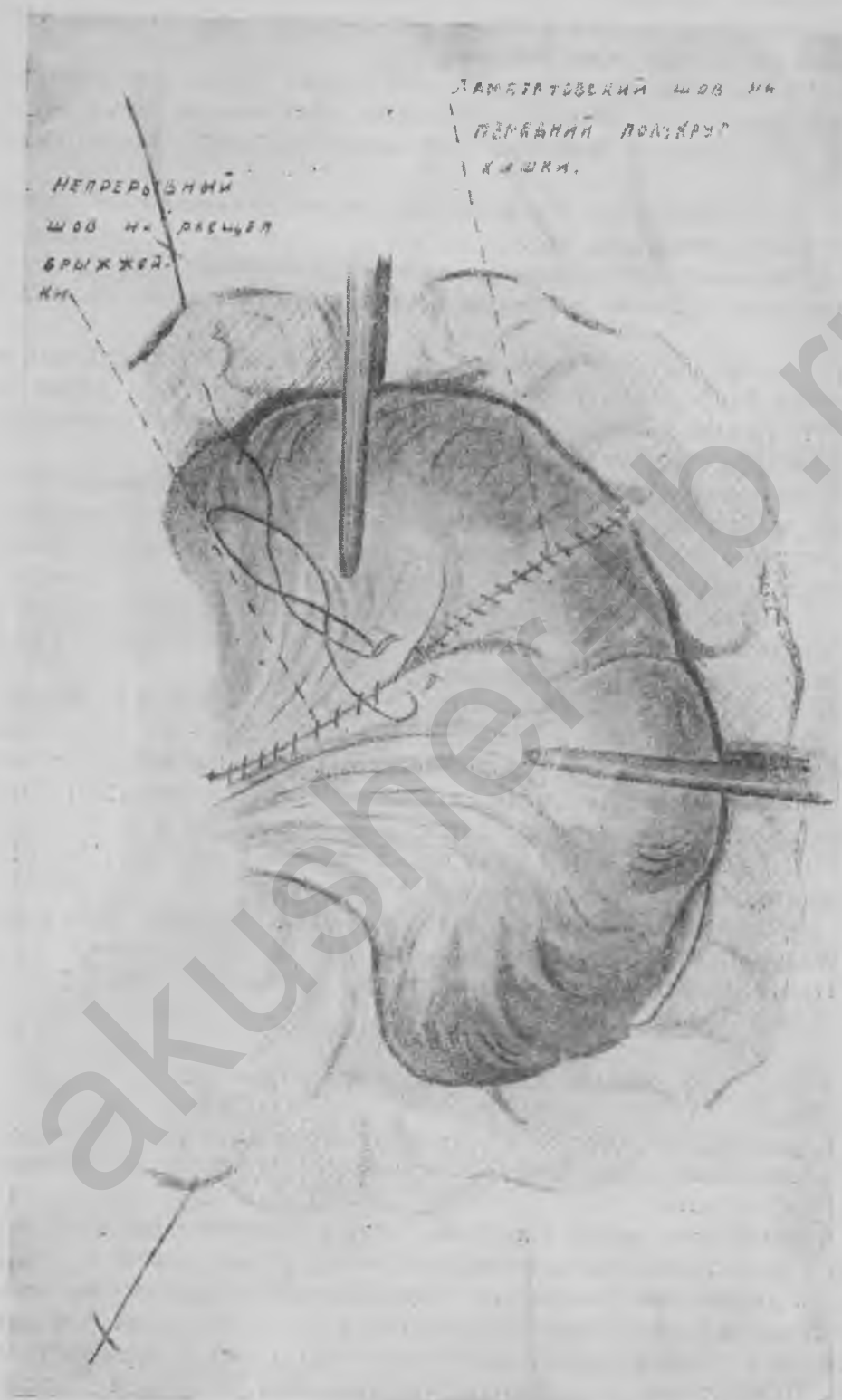


Рис. 242. Резекция кишки.



Непрерывный  
шов на ранах  
брюшной  
киш.

Ламбертовский шов на  
первый полурез  
кишки.

Рис. 243. Резекция кишки.



резиновые дренажные трубочки, или стягивают кишку куском асептического бинта из мягкой марли, конец которого захватывается кохером, проткнутым через брыжейку.

4) На брыжейку резецируемой части кишки, близко и параллельно ей, накладывают ряд лигатур (не следует перевязывать брыжейку en masse), не захватывая брыжейки остающейся здоровой части кишки (рис. 239).

5) Обколота швами брыжейка отделяется ножницами от резецируемой части кишки (рис. 240).

6) Удаляемая часть кишки на границах отделенной брыжейки отсекается поперек прямыми ножницами с каждой стороны между зажимами. (рис. 240).

7) Накладывают, повернув концы рассеченной кишки в обе стороны, непрерывный Лембертовский шов (не прокалывая слизистой) на задние поверхности (задний полукруг) соединяемых отрезков кишки. Сшивание делается отступя от краев ран на 3—4 мм (рис. 241).

8) Наложённые кишечные зажимы с обеих сторон переносятся несколько дальше от краев. До переноски зажимов нужно пальцами вытеснить кишечное содержимое далеко в просвет кишки, в сторону от одного и другого зажима.

**Примечание.** Переноска зажимов дальше от краев ран с обеих сторон делается для того, чтобы они не мешали сшиванию соединяемых отрезков кишки.

9) Непрерывным швом сшивают края заднего полукруга разрезанной кишки, прокалывая всю их толщу (все три слоя). Этим же швом переходят на передние края (передний полукруг) отрезков кишки, причем выкол и выкол делают по типу 1-го шва по Черни (см. стр. 281). Этим швом закрывается просвет кишки (рис. 242).

10) На переднюю поверхность кишки (передний полукруг) накладывается непрерывный лембертовский шов (рис. 243).

**Примечание.** После наложения вышеуказанных швов кишка оказывается зашитой двумя циркулярными швами по Черни.

11) На отверстие брыжейки накладывается обвивной шов.

### Удаление червеобразного отростка

Червеобразный отросток и правая труба близко лежат друг к другу, и воспалительные процессы легко распространяются с appendix'a на правые придатки и обратно.

Аррепдестомия является наиболее частым хирургическим вмешательством в оперативной гинекологической работе. В нашу задачу не входит касаться диагностики аппендицита, дифференциальной диагностики между правосторонним аднекситом и аппендицитом, вопросов показаний и противопоказаний к удалению червеобразного отростка и выбора времени к операции. Нужно только подчеркнуть, что гинеколог, вскрывши брюшную полость для операции на женских половых органах, должен в конце операции проверить состояние appendix'a. Если последний оказывается измененным, необходимо его удалить. Мы не можем согласиться с Кренигом

ЗАЖИМ ПОЛОЖЕН НА  
ОСНОВАНИЕ  
БРЫЖЖЕЙКИ  
ОТРОСТА.

ЗАЖИМ ПОДТЯ-  
ГИЗАЕТ КОНЕЦ  
БРЫЖЖЕЙКИ.

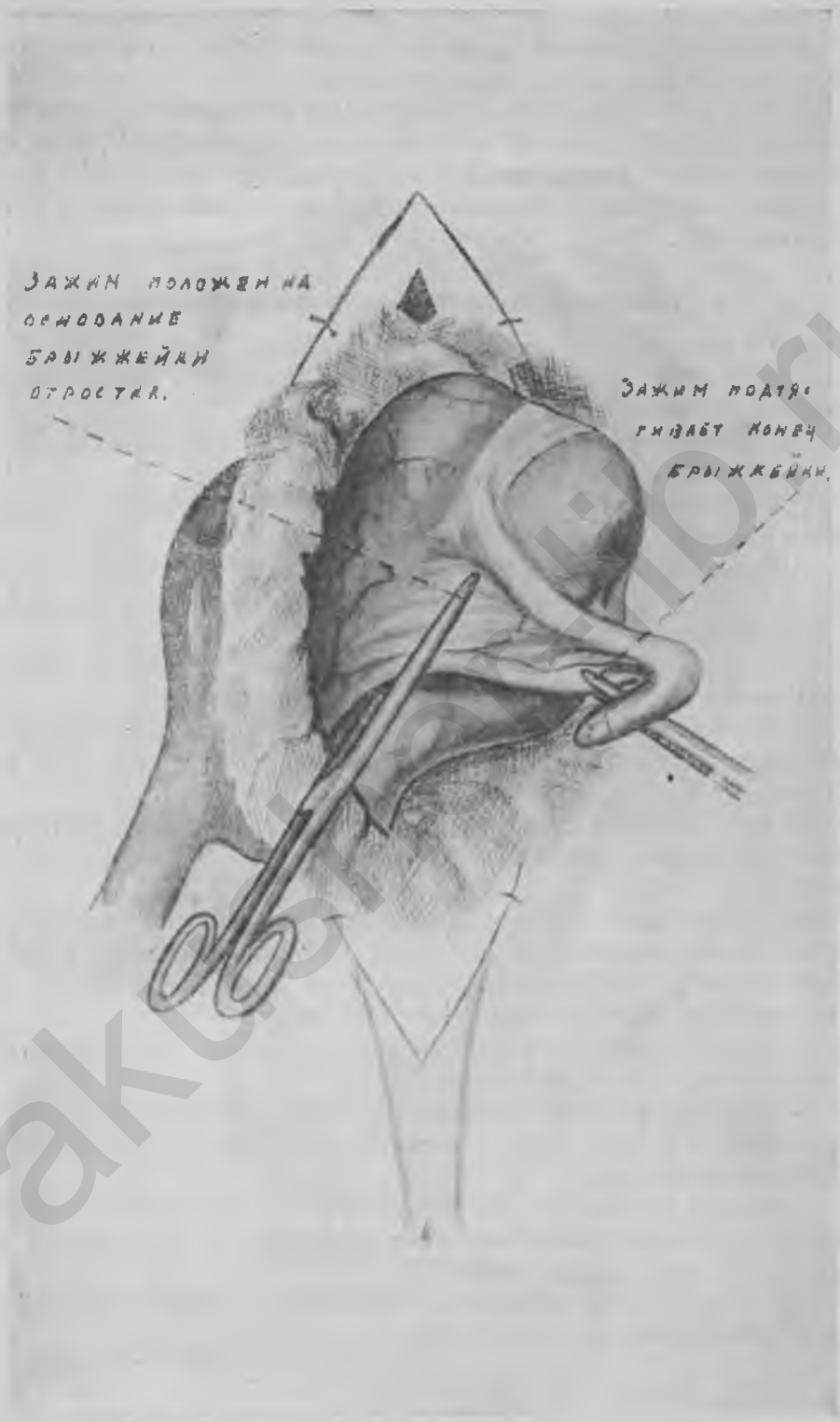


Рис. 244. Appendectomia.

(Krönig), что appendix подлежит всегда удалению, независимо от его состояния.

Хирург, вскрывающий брюшную полость у женщины по поводу appendicit'a, должен осмотреть правые придатки.

С этой целью мы считаем более целесообразным, во всех случаях вскрытия брюшной полости у женщин по поводу appendicit'a, разрез брюшной стенки делать по середине или по Lenander'у, так как обычный разрез в области точки Мак-Бурнея (Mac-Burney) не дает возможности осмотреть придатки матки.

### Техника удаления червеобразного отростка

1) Из брюшной полости извлекается слепая кишка, которая легко узнается по taenia, haustra. Легко находят appendix по расположению его основания у начала taeniae coeci.

Примечание. При наличии сращений необходимо их разделить ножницами и освободить appendix.

2) Слепая кишка и червеобразный отросток помещаются в марлевые салфетки и отгораживаются от брюшной полости.

3) Брыжейка свободного конца appendix'a захватывается кохером, которым appendix подтягивается кверху, второй кохер накладывается на основание брыжейки (рис. 244).

4) Брыжейка рассекается ножницами поверх второго кохера. На культю накладывается узловый кэтгутовый шов (рис. 245).

5) На основание отростка у самого его перехода в coecum накладывают, предварительно выдавив в просвет его содержимое, два зажима, отступя друг от друга на 3 мм (рис. 245).

6) Нижний кохер снимается, и то место, где остались зазубрины от удаленного кохера, обхватывается и перевязывается кэтгутовой нитью (рис. 246).

6а) Накладывается в окружности 2 см от основания appendix'a кисетный шелковый шов, проходящий через серозный и мышечный слои стенки слепой кишки (но не через слизистую). (Рис. 247). Кисетный шов еще не завязывается, и оба его конца берутся на зажим.

7) Appendix рассекается ножом между кохером и перевязанной кэтгутовой нитью. Культя смазывается иодом.

8) Ассистент вдавликает культю appendix'a анатомическим пинцетом по направлению в просвет coeci, а оператор одновременно затягивает и завязывает кисетный шов.

9) Поверх завязанного кисетного шва накладывается непрерывный лембертовский шов. Этим же швом погружается перевязанная культя брыжейки и отростка (рис. 248).

10) Слепая кишка опускается в брюшную полость и последняя закрывается, как обычно (см. стр. 64—67).

### Операция удаления геморoidalных шишек

По окончании вагинальных операций иногда приходится удалять попутно геморoidalные узлы, при наличии показаний.

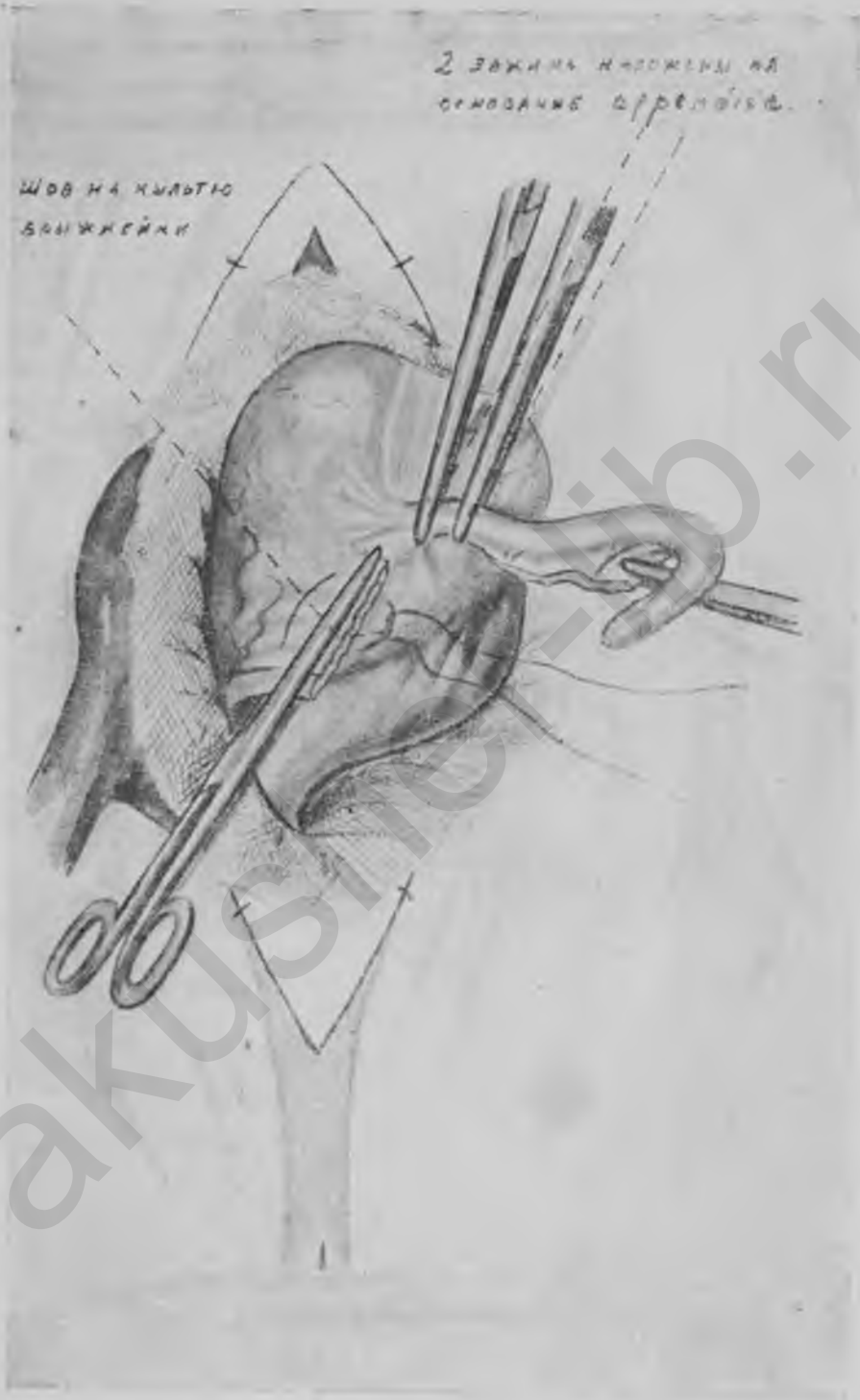


Рис. 245. Appendectomia

НАЛОЖЕН КИСЕТНЫЙ  
ШОВ.

РАЗМОЖЖЕННАЯ ЧАСТЬ  
ОБЪЕЗНАЧЕНА И ДЕРЕВЯЗЫ-  
ВАЕТСЯ. КЭТГУТ ЛИГАТ.

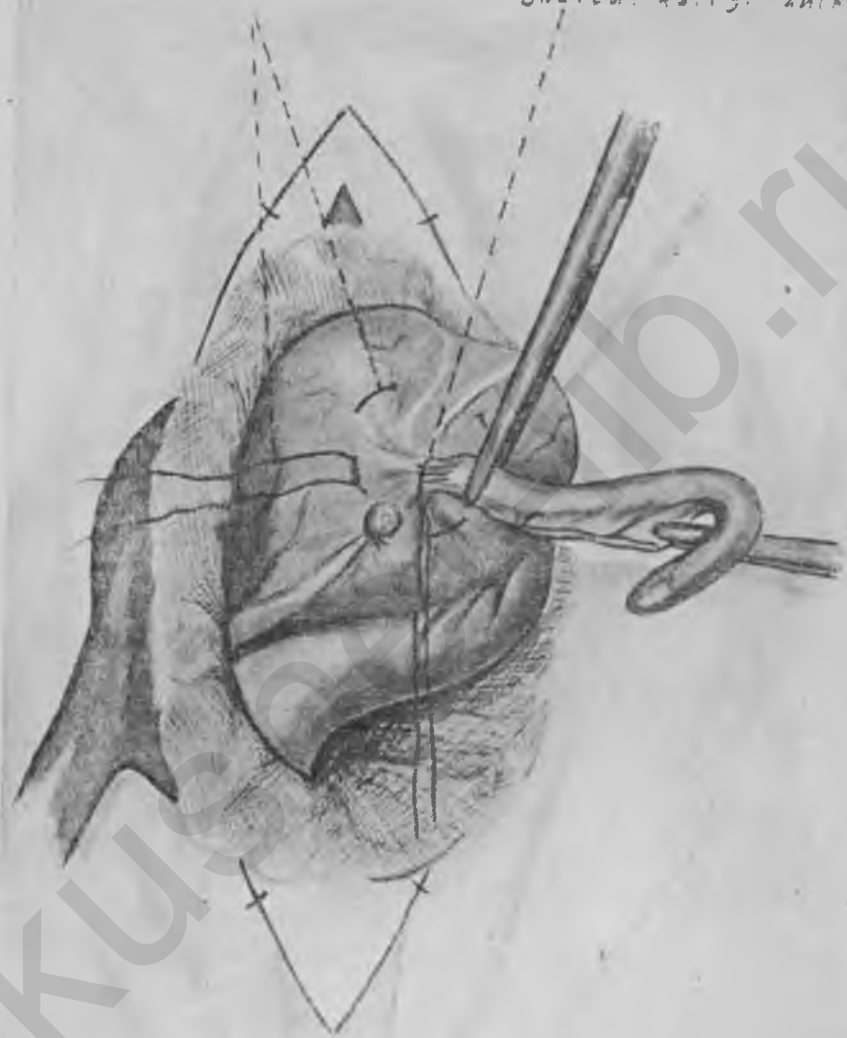
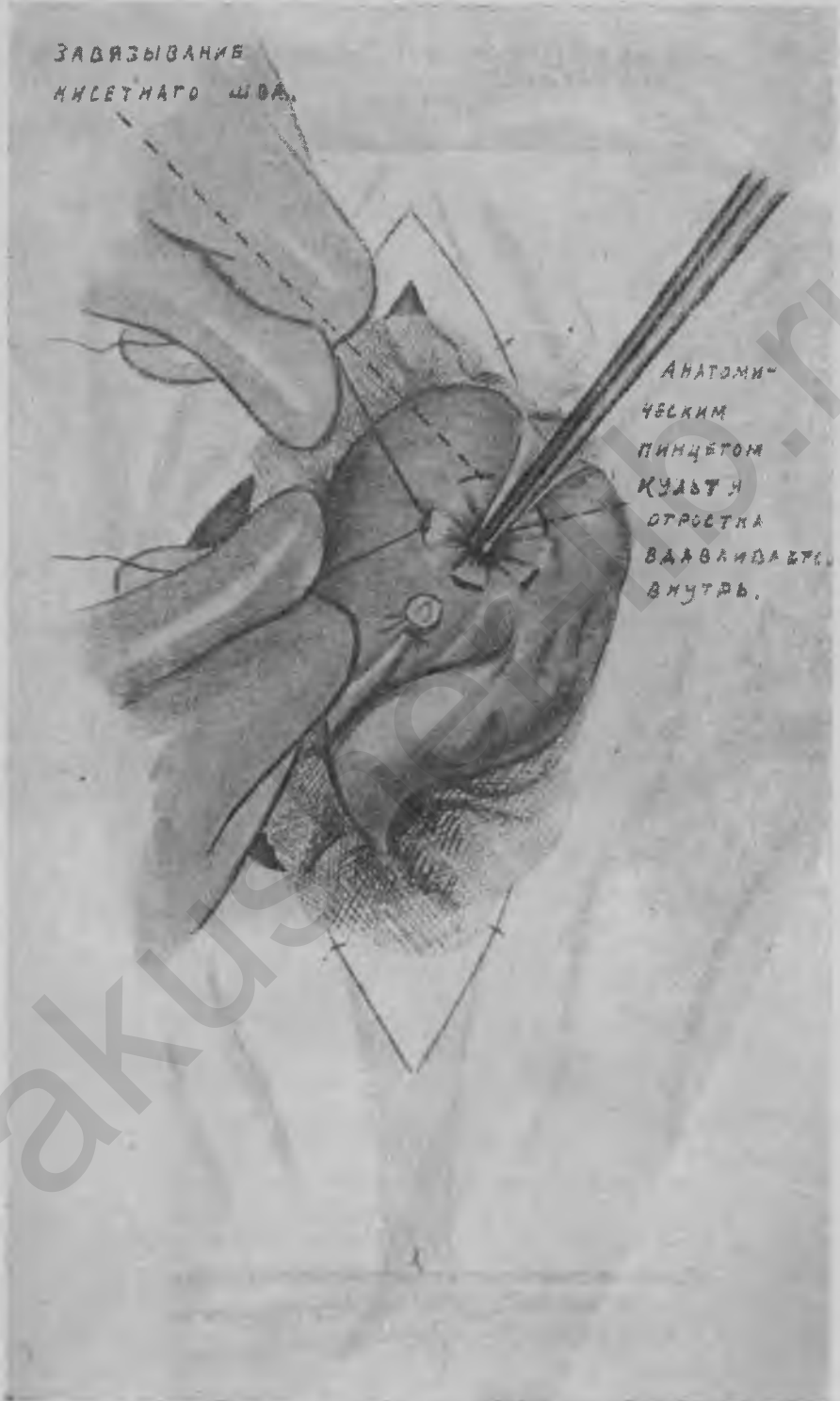


Рис. 246. Appendectomia. Момент 6.

ЗАВЯЗЫВАНИЕ  
КИШЕЧНОГО ШВА.



АНАТОМИ-  
ЧЕСКИМ  
ПИНЦЕТОМ  
КУЛЬТУ  
ОТРЕЗКА  
ВДАВЛИВАЕТСЯ  
ВНУТРЬ.

Рис. 247. Appendectomy. Момент 9

ЧЕТЫРЕХЪЗНАЧНЫЙ ЛАМБЕРТОВСКИЙ ШОВ НА  
СВЕСИИТ.



Рис. 248. Appendectomia.

### Подготовка больной к операции

За два дня до операции дается ОI. гiсiнi 30,0, жидкая пища и про-  
стокваша. Утром и вечером клизмы.

В день операции утром ставят теплую клизму.

### Техника операции

1) После соответствующей дезинфекции наружных половых органов влагалища и области заднего прохода, больная укладывается в положение, как для влагалищных операций (лежа на спине с согнутыми и прижатыми к животу ногами).

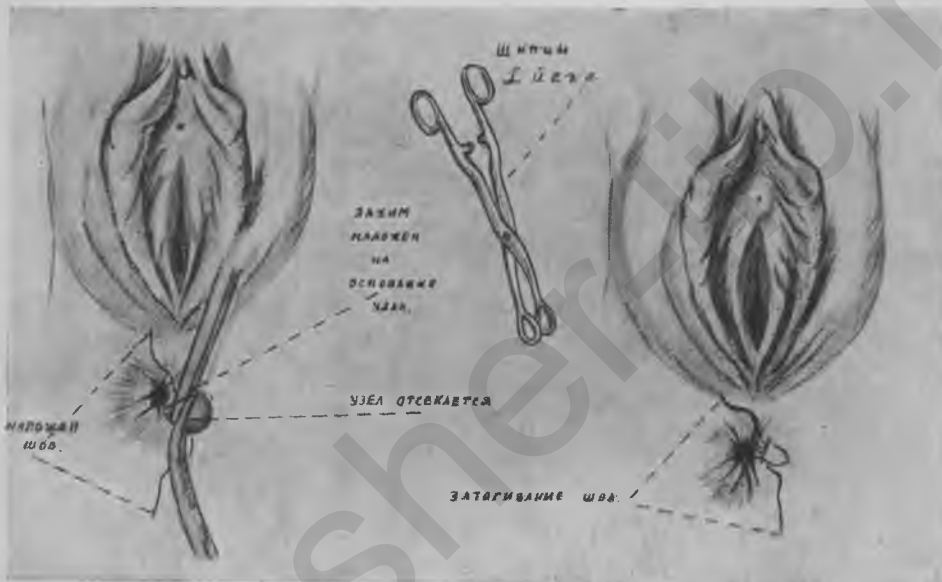


Рис. 249. Удаление геморроидальных шишек.

2) Кишечным зеркалом растягивается сфинктер (осторожно, его не травмировать).

3) По удалении из кишки зеркала поочередно на геморроидальные узлы накладываются окончатые щипцы Люэра (Lüer), которыми шишки подтягиваются.

4) На основание натянутой шишки накладывается зажим — ангиотриб или хорошо зажимающий кохер по касательной линии окружности, на границу соединения слизистой и кожи заднего прохода, как видно на рисунке 249.

5) Поверх наложенного кохера проводится крестообразно кэтгутовый шов, но пока не завязывается (рис. 249).

6) Ножницами отсекается узел впереди наложенного кохера (рис. 249).

7) Ассистент медленно снимает кохер, а оператор затягивает наложенный крестообразный шов. Последний соединяет края раны слизистой и кожи на месте разможенной кохером полоски (рис. 249). Такой метод наложения швов не дает после операции болезненности в области заднего прохода на почве стриктуры.