

ПРОФ. ЛОКИНЦЕВ

ОПЕРАТИВНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ

1958

НАУКА, М. 1958

17 1958

Л. Л. ОКИНЧИЦ
ПРОФЕССОР I ЛЕНИНГРАДСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА



ГИНЕКОЛОГ

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать	По чьей вине
125	10 снизу	45 см	4—5 см	Корректора
175	8 сверху	по нарушенной	по поводу нарушенной	Типографии
202	14 снизу	применим	применяем	Корректора
204	22 сверху	стр. 438	стр. 181	

Окинчид. Оперативная гинекология.

НАРКОМЗДРАВ СССР
ЛЕНИНГРАД
1938 — МОСКВА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
≡ ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ≡

Л. Л. ОКИНЧИЦ
ПРОФЕССОР I ЛЕНИНГРАДСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА



ГИНЕКОЛОГ

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ

НАРКОМЗДРАВ СССР | ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ЛЕНИНГРАД | БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
1938 — МОСКВА ≡ ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ≡

Богато иллюстрированная — также и многоцветными — рисунками „Оперативная гинекология“ содержит подробное описание операций, испытанных и проверенных в клинике Л. Л. Окинчица на протяжении ряда лет. Книга предназначена для врачей и студентов старших курсов медицинских вузов.

Переплет по макету
С. И. ДРУГАНОВА

Редактор *М. С. Ихтейман*

Техн. редакторы *В. В. Гусев* и *Р. Н. Мосевич*

Сдано в производство 14/IX 1935 г.

Подписано к печати 23/III 1937 г.

Горлит № 8288. МД-45. Ленбиомедгиз № 131/л.

Тираж 10.200 экз. Формат бумаги 71 × 109.

Камской бум. ф-ки. Объем 19 печ. л.

Уч.-авт. л. вместе с атласом 58,5.

Количество печ. знаков в 1 печ. л. 58.752.

Заказ № 1773.

Цена книги с атласом 16 р., переплет 2 р. 50 к.

2-я типография ОГИЗа РСФСР треста „Полиграфкнига“ Печатный Двор" им. А. М. Горького, Ленинград, Гатчинская, 26.

Отпечатано с матриц в тип. арт. „Советский Печатник“, Ленинград, Моховая, 40. Заказ № 3772.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие	7
ОБЩАЯ ЧАСТЬ.	
Хирургическое обеззараживание и подготовка больной. Проф. Л. Л. Окинчик	9
Предварительная подготовка больной	—
Операционная комната и ее обстановка	13
Инструменты и их подготовка	16
Операционный материал и перчатки; их стерилизация	18
Материал для швов и его стерилизация	20
Подготовка оперирующего персонала	22
Приготовление больной к операции	23
Обезболивание при операциях	25
Общий ингаляционный наркоз	26
Местная анестезия	31
Инфильтрационная анестезия	32
Регионарная анестезия	—
Спинномозговая анестезия	33
Сакральная анестезия	34
Общая оперативная техника. Проф. Л. Л. Окинчик и ассист. А. И. Серебров	36
Оперативная анатомия. Ассист. А. Серебров	37
Различные пути гинекологических операций. Проф. Л. Л. Окинчик	44
Брюшностеночное чревосечение	—
Продольный разрез	45
Поперечный разрез	49
Косой разрез	50
Влагалищное чревосечение	—
Операции без вскрытия брюшной полости	52
Разрез Ш у х а р т а (Schuchardt)	53
СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.	
Операции, вызванные повреждением тазового дна вследствие травмы во время родов. Проф. Л. Л. Окинчик	55
Профилактика разрывов промежности	57
Профилактика недостаточного обратного развития матки после родов	58
Лечение травматических повреждений промежности	—
Восстановление полного разрыва промежности	61
Передняя кольпорафия	62
Операции, исправляющие положение матки. Проф. Л. Л. Окинчик	64
Операция, исправляющая положение матки одновременно с кольпорафией, Ф о з е р г и л я (Fotherhil)	65
Операция укорочения круглых связок по А л е к с а н д е р — Э д а м с у (Alexander -- Adams)	66
Укорочение круглых связок по способу Д э д л е й — М е н г е (Dudley — Menge)	68
Укорочение круглых связок по способу В е б с т е р а (Webster)	—
Прикрепление матки к мочевому пузырю по способу В е р т а (Werth)	69
Операции при опущении и выпадении матки в возрасте, допускающем деторождение [Вентросуспензия по Д о л е р и — Д ж и л ь я м у (Doleris-Gilliam)]	71

	Стр.
Операции при опущении и выпадении матки и влагалища, исключющие возможность беременности и родов	72
Прикрепление матки к передней брюшной стенке	73
Фиксация шейки матки к передней брюшной стенке	—
Подвешивание матки при помощи лоскутов из апоневроза передней брюшной стенки	74
Операция, фиксирующая матку к мысу	—
Операции при выпадении матки, производимые со стороны влагалища	—
Ректовагинальная интерпозиция матки	77
Операции, производимые при выпадении матки и влагалища в пожилом возрасте женщины, когда исключена возможность половой жизни	78
Операция полного удаления матки и влагалища	—
Операция частичного закрытия влагалища по способу Лефор — Нейгебауэра (Lefort — Neugebauer)	79
Операция неполного кольцо-перинео-клевиса по способу Лабгарта (Labhardt)	80
Оперативное лечение бесплодия. Проф. Л. Л. Окинчиц	81
Оперативное лечение бесплодия, зависящего от ненормального состояния шейки или неправильного положения матки	—
Оперативное лечение бесплодия, зависящего от заболевания труб	84
Освобождение труб от сращений	89
Искусственное создание проходимости труб	90
Пересадка трубы в матку после резекции ее	91
Оперативное лечение бесплодия посредством пересадки яичников	93
Искусственное оплодотворение	96
Оперативное лечение диспареунии	98
Оперативная стерилизация женщины. Проф. Л. Л. Окинчиц	—
Стерилизация, производимая посредством операций на влагалище	102
Стерилизация, производимая посредством операций на матке	—
Стерилизация, производимая путем операции на трубах	103
Простая перевязка обеих труб	—
Раздавливание трубы с ее перевязкой	104
Простая перерезка трубы между двумя лигатурами	105
Перерезка трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов	—
Резекция части трубы с различной обработкой остающихся ее концов	106
Экцизия трубы из угла матки с ее резекцией или удалением	107
Резекция ампулярного конца трубы	108
Погружение абдоминального конца трубы	—
Стерилизация, производимая при помощи операций на яичнике	111
Оперативное лечение фибромиом матки. Проф. Л. Л. Окинчиц	113
Брюшностеночное чревосечение при удалении фибромиом матки	117
Полное удаление матки	119
Надвлагалищная ампутация матки	121
Энуклеация фибромиом матки	123
Влагалищное чревосечение при удалении фибромиом матки	124
Полное влагалищное удаление матки	125
Надвлагалищная ампутация матки по Рикку (Rick)	127
Вылущение узла фибромиомы через влагалище	128
Удаление фибромиомы матки без вскрытия брюшины	—
Фибромиома матки и беременность	129
Оперативное лечение рака матки. Проф. Л. Л. Окинчиц	131
Радикальная операция рака шейки матки брюшностеночным путем	137
Способ удаления матки по Цвейфелю (Zweifel)	139
Некоторые особенности операции Фора (Faure) при раке матки	140
Наш метод брюшностеночной расширенной экстирпации матки	142
Радикальная операция рака шейки матки влагалищным способом	145
Радикальная влагалищная операция рака шейки матки по Штеккелю (Stoesckel)	148
Операции при неоперативном раке шейки матки	151
Операции при раке шейки матки, осложненном беременностью	152
Оперативное лечение рака тела матки	153

	Стр.
Оперативное лечение рака влагалища	154
Оперативное лечение рака наружных половых частей и влагалищного входа	156
Оперативное лечение метроэндометрита. Проф. Л. Л. Окинчиц	158
Оперативное лечение опухолей яичников. Овариотомия. Проф. Л. Л. Окинчиц	165
Влагалищная овариотомия и ее техника	168
Брюшностеночная овариотомия	170
Удаление опухоли яичника, имеющей ножку	—
Удаление интралигаментарных опухолей	172
Удаление опухолей, осложненных сращениями	173
Оперативное лечение внематочной беременности. Ассист. А. И. Серебров	174
Операции при свежес-нарушенной внематочной беременности	179
Оперативное лечение незадолго до того нарушенной внематочной беременности	180
Операции вскрытия заднего свода при нарушенной внематочной беременности	181
Операции при интерстициальной беременности	182
Оперативное лечение яичниковой беременности и беременности в рудиментарном роге	183
Оперативное лечение внематочной беременности второй половины	—
Оперативное лечение воспалительных заболеваний придатков матки. Проф. Л. Л. Окинчиц	185
Оперативное лечение туберкулезного поражения придатков матки и брюшины. Проф. Л. Л. Окинчиц	193
Оперативное лечение воспаления брюшины. Ассист. А. И. Серебров	197
Операции на наружных половых органах и влагалище. Проф. Л. Л. Окинчиц	205
Заболевания бартолиновых желез	—
Новообразования наружных половых органов	206
Слоновость	207
Папилломы вульвы	—
Опухоли влагалища	208
Операции на мочевых органах. Проф. Л. Л. Окинчиц	209
Уретро-вагинальные свищи	210
Пузырно-влагалищные свищи	212
Пузырно-шеечные свищи	214
Кольпоклевис и эпизиоклевис при влагалищно-пузырных свищах	215
Мочеточничко-влагалищные свищи и другие поранения мочеточников	216
Имплантиция мочеточника в пузырь	217
Пересадка мочеточников в кишечник	218
Соединение обоих концов нарушенного в своей целости мочеточника	220
Перевязка мочеточника	—
Вшивание мочеточника в кожу	221
Операции на почке	—
Недержание мочи без нарушения целости мочевых путей	222
Операции на различных отделах кишечного тракта. Проф. Л. Л. Окинчиц	223
Оперативное лечение влагалищно-кишечных свищей и других заболеваний прямой кишки, имеющих близкое отношение к гинекологии	—
Операции, производимые на кишках в связи с операциями гинекологическими	227
Оперативное образование искусственного влагалища. Проф. Л. Л. Окинчиц	228
Образование искусственного влагалища по Болдуину (Baldwin)	230
Образование искусственного влагалища по Попову и Шуберту (Schubert)	232
Образование искусственного влагалища по Вагнеру — Киршнеру (Kirschner)	234
Образование искусственного влагалища по Матвееву	235
Образование искусственного влагалища по Маркову	237
Оперативное лечение неправильностей в развитии наружных половых органов, влагалища и матки. Проф. Л. Л. Окинчиц	—
Операции при пороках развития наружных половых органов	—
Оперативное лечение при неправильности развития матки	239

	Стр.
Выворот матки. Проф. Л. Л. Окинчиц	241
Операция К ю с т н е р — П и к к о л и — Д ю р е	244
Оперативное лечение грыж. Проф. Л. Л. Окинчиц	—
Прерывание беременности и кесарское сечение. Проф. Л. Л. Окинчиц	249
Выскабливание матки	—
Малое кесарское сечение по З е л ь г е й м у (Sellheim), Д о р ф л е р у (Dorfler), Ф о г т у, С к р о б а н с к о м у и применяемый в нашей клинике метод	255
Влагалищное кесарское сечение	257
Кесарское сечение. Проф. Л. Л. Окинчиц	258
Классическое кесарское сечение	261
Классическое кесарское сечение с выведением матки из брюшной полости с раз- резом по передней поверхности матки	—
Классическое кесарское сечение без выведения матки с разрезом по передней поверхности	262
Классическое кесарское сечение с выведением матки наружу и с разрезом по задней стенке	263
Трансперитонеальное первичальное кесарское сечение по К р е н и г — О п и ц у (Krönig — Opitz)	—
Экстраперитонеальное кесарское сечение	264
Кесарское сечение в заведомо инфицированных случаях	265
Классическое кесарское сечение по методу А. М ю л л е р а (Müller)	—
Родоразрешение через маточно-брюшностеночную фистулу по З е л ь г е й м у	266
Кесарское сечение по способу П о р т а (Porta)	—
Операция П о р р о (Porro)	267
Операции, расширяющие костный таз. Проф. Л. Л. Окинчиц	268
Оперативное лечение тромбоза и эмболии. Ассист. А. И. Серебров	274
Оперативное лечение эмболий	275
Тромбоз и оперативное лечение его	277
Оперативное лечение гнойного воспаления грудной железы. Проф. Л. Л. Окинчиц	280
Послеоперационный период. Ассист. А. И. Серебров	282
Послеоперационный ацидоз	283
Послеоперационные боли	284
Осложнения со стороны мочевых путей	285
Осложнения со стороны пищеварительных органов	286
Инфекция в послеоперационном периоде. Ассист. А. И. Серебров	288
Осложнения со стороны легких	290
Послеоперационные паротиты	—
Шок, коллапс и вторичное кровотечение	291
Наркотики параличи	292
Предметный указатель	294
Перечень иностранных авторов	298
Указатель авторов	301

ПРЕДИСЛОВИЕ

Всякий гинеколог-хирург, являющийся руководителем определенной школы, к концу своей многолетней оперативной работы чувствует потребность поделиться своим опытом с товарищами и дать сводку тех результатов, которые он получил.

Что это действительно так, видно из многочисленных руководств по оперативной гинекологии, выходящих в Западной Европе и в Америке; у нас же литература по данному вопросу бедна, и сейчас на русском языке имеется только два крупных руководства, именно «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии» А. П. Губарева 1928 г. и «Оперативная гинекология» Д. О. Отта 1914 г. (не считая двух кратких курсов — Г. Томсона 1908 г. и Л. Л. Окинчиц 1929 г.).

Сказанное служит достаточным основанием для появления настоящего руководства, тем более что за последние годы оперативная гинекология сделала большие успехи, и многие из описанных в приведенных сочинениях методов уже успели устареть и потерять значение.

Все рисунки — из которых большинство оригинальные — исполнены ассист. А. Серебровым, а фотографии изготовлены д-ром С. Роговенко.

Настоящее руководство не содержит в себе всех оперативных методов, так как из бесчисленного множества операций нам пришлось все же остановиться только на тех, которые мы имели возможность испытать и проверить, и таким образом мы здесь представляем на суд товарищей те методы, которыми пользуется руководимая мною школа.

Проф. Л. Л. Окинчиц

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ И ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ.

Проф. Л. Л. Овчинца.

Успехи, достигнутые оперативной гинекологией за последние годы, чрезвычайно значительны; достаточно вспомнить, например, что операции при фибромиомах матки давали в 1875—1885 гг. смертность до 33%, а теперь дают ее не более 2%; описано даже несколько сотен таких операций без единого случая смерти.

Эти благоприятные результаты могут зависеть главным образом от двух причин: во-первых, от правильного соблюдения асептики и, во-вторых, от усовершенствованной техники.

Не надо, однако, думать, что асептика и оперативная техника могут в настоящее время быть доведены до такого совершенства, чтобы мы при операции вполне гарантировали больную от попадания бактерий в операционную рану. Этого мы сейчас достигнуть не можем, так как из воздуха на операционное поле всегда попадают микробы, но следует стремиться к тому, чтобы их было как можно меньше, чтобы они были не патогенны и чтобы после операции в ране не осталось условий, благоприятных для их дальнейшего развития.

Предварительная подготовка больной.

Надо сказать, что находящиеся в воздухе бактерии обыкновенно мало вирулентны, т. е. они неспособны легко проникать в ткани организма и быстро уничтожаются в ране благодаря свойствам крови и клеток, если здесь нет скопления мертвого питательного материала. А потому цель современной асептики будет состоять главным образом в том, чтобы оградить операционное поле от попадания в него вирулентных бактерий, способных легко проникать и распространяться в тканях организма, не имеющего против них стойкого иммунитета.

Для достижения указанной цели прежде всего должна строго проводиться асептическая профилактика. Она состоит в том, что при приеме больных в клинику они строго разделяются на чистых и септических, причем последними считаются не только больные с высокой температурой (вследствие стрептококкового или стафилококкового заражения, с дифтерией, гриппом и т. п.), но и все хронические больные, страдающие каким-нибудь нагноительным процессом, например фурункулезом и т. д.

Отделение таких больных должно быть полное; они должны содержаться в специальном помещении с отдельным персоналом, операционной, ванной и т. д. Тот, кто случайно касался септических больных, не должен оперировать по крайней мере два и за это время обязан себя основательно очистить ванной. Однако в жизни это не всегда, к сожалению, выполнимо, особенно когда на одном и том же лице лежит заведывание и чистым и грязным отделениями. А потому нужно поставить себе за правило производить исследование больных в резиновых перчатках; несомненное значение имеет также правиль-

ное распределение операций: сперва назначаются чистые чревосечения, затем чистые влагалищные операции и, наконец, сомнительные операции. Важно всегда назначать операции с утра, пока не пришлось еще никого исследовать или осматривать.

Вопрос о том, представляется ли данный случай совершенно чистым или он вызывает некоторые сомнения, может часто быть решен в амбулатории еще до поступления больной в гинекологическое отделение, и для того чтобы не занимать напрасно больничного места, больная должна быть подвергнута предварительному исследованию. Именно, должна быть измерена температура, чтобы исключить возможность какой-либо случайной, например гриппозной инфекции, затем должен быть осмотрен рот больной, и, в случае наличия испорченных зубов, они должны быть удалены или приведены в порядок; наконец, в тех случаях, когда больная нуждается в операции со стороны влагалища, у нее исследуется влагалищная флора, и в случае надобности она подвергается предварительному лечению и подготовке.

Что касается значения *исследования влагалищной флоры*, то в настоящее время не все придают ему одинаково важное значение. Нам все же кажется, что в тех случаях, где имеются влагалищные выделения, содержащие значительное количество кокков и лейкоцитов, другими словами — где влагалищная флора имеет третью или четвертую степень чистоты по Г о й р л и н у (Heurlin), там лучше не торопиться с операцией, а следует подвергнуть больную предварительной подготовке. Обыкновенно больная готовится нами при помощи молочной культуры болгарской палочки «МФ», которая в течение нескольких дней вводится во влагалище на тампоне. Свойство этой бактерии заключается в том, что она вырабатывает молочную кислоту и таким образом придает влагалищному секрету его нормальный характер, а кроме того она обладает высокой бактерицидностью в отношении очень многих бактерий, особенно стрептококка и стафилококка, и таким образом флора влагалища быстро очищается.

В некоторых случаях достаточным оказывается назначение в течение нескольких дней дезинфицирующих спринцеваний раствором сулемы 1 : 2000 или каким-нибудь другим веществом.

Хотя все эти исследования и предварительные мероприятия должны быть произведены до поступления больной в стационар для правильного использования койко-дней, но это не всегда удается, и у нас в запасе остается еще то время, в течение которого больная пребывает в клинике до операции.

По нашему глубокому убеждению это время должно быть не меньше двух полных суток, так как необходимо точно проверить температуру больной и проделать еще целый ряд исследований, прежде чем больная будет вполне готова к операции.

Во-первых, следует точно определить *состояние дыхательных путей*, чтобы установить наиболее подходящий способ наркоза, и всего лучше исследование это сделать при помощи специалиста-терапевта, которого желательно иметь при каждом большом гинекологическом отделении. Во-вторых, должна быть исследована моча, для того чтобы определить состояние почек, почечных лоханок и мочевого пузыря. В-третьих, надо произвести *исследование сердца и кровеносной системы*; чрезвычайная важность такого исследования явствует из того, что и наркоз и оперативный шок обыкновенно гораздо тяжелее отражаются не на пороке клапанов сердца (особенно, если оно находится в состоянии компенсации), а на мышечно-нервной недостаточности сердца, наблюдаемой при миокардитах; определить же с точностью такое состояние сердца бывает иногда чрезвычайно трудно. Для этого предложено много различных способов, но мы пользуемся обыкновенно нижеописанным приемом Ш т а н г е. Именно, больную заставляют сделать глубокий вдох, после чего она задерживает дыха-

ние, а врач в это время следит по часам, сколько секунд больная может не дышать; здоровый человек с нормальным сердцем может таким образом свободно задержать дыхание на 30 секунд; в том случае, когда больная может задержать дыхание на 15 секунд, состояние сердца считается еще удовлетворительным; задержка дыхания всего на 10 секунд считается уже плохим признаком, и в этом случае всегда приходится тщательно обсудить вопрос, оперировать ли такую больную, или нет. Кроме того, иногда мы пользуемся еще диастолической пробой Р а т н е р а, которая состоит в определении по слуху разницы в продолжительности диастолической и систолической пауз, причем первая при нормальных условиях в два с половиной раза длиннее второй, а при недостаточности сердца она уменьшается.

При исследовании сердца и сосудистой системы всегда рекомендуется определить кровяное давление, так как оно имеет известное значение и при выборе способа наркоза и при оценке влияния продолжительности операции. Еще важнее учитывать кровяное давление при пользовании обычным при гинекологических чревосечениях положением с приподнятым тазовым концом (так называемое тренделбургское положение); при повышенном кровяном давлении больная должна по возможности меньше время пребывать в этом положении или даже оставаться во время операции в горизонтальном положении.

Кроме того, имеет также значение определение состояния венозной системы, особенно в области нижних конечностей, так как при варикозном расширении вен, под влиянием какого-либо давления или неправильного положения, может развиваться тромбоз, который после операции может осложниться и дать тяжелую картину тромбофлебита или эмболии. А потому в случае варикозных расширений на нижних конечностях следует тоже избегать при операции тренделбургского положения и не применять каких-либо давящих повязок для удержания ног в определенном положении.

Наконец, в-четвертых, следует произвести некоторые исследования крови, именно: определить *скорость оседания эритроцитов* или реакцию *Ф а р е у с а* (Fahrgaeus), определить число и характер эритроцитов, количество гемоглобина, число и характер белых кровяных телец.

В заведомой мною клинике мы всегда производим реакцию скорости оседания эритроцитов по способу, выработанному *П о п о в ы м*, с некоторыми позднейшими ее усовершенствованиями. Пробирки для производства реакции мы приготавливаем сами — из имеющихся в продаже стеклянных трубок с просветом в 2 мм — на обыкновенной газовой или спиртовой горелке. Пробирки делаются длиной в 3,5 см и на них наносятся три черты: первая на высоте 5 мм от дна, вторая — 10 мм и третья на высоте 25 мм от дна; первая черта делается для отметки количества взятого лимоннокислого натрия в 5% растворе, вторая черта обозначает границу оседания эритроцитов и третья черта обозначает количество взятой крови. Пипетку для взятия крови мы тоже готовим сами из более широкой стеклянной трубки, причем, в отличие от метода *П о п о в а*, на ней не делается отметки, определяющей количество взятой крови и лимоннокислого натрия, а последний берется непосредственно в пробирку. Техника производства этой реакции у нас состоит в следующем: кровь берется из пальца после укола иглой *Франка*, причем палец должен быть предварительно обязательно обмыт на месте укола эфиром, чтобы капля крови не скатывалась и не расплывалась; в пипетку набирается кровь в несколько большем, чем нужно, количестве (капли 3), и конец пипетки опускается в пробирку, которая держится в наклонном положении под углом градусов в 45, для того чтобы взятая кровь стекала в нее самотеком. По мере стекания крови в пробирку пипетка раза два или три поднимается кверху и затем снова опускается до дна для того, чтобы смешать кровь с имеющимся в пробирке лимоннокислым натрием; такой способ смешения гарантирует от попадания пузырьков воздуха и от свертывания

крови. После того как пробирка наполнена до верхней черты, она несколько раз прокатывается между ладонями, чтобы кровь лучше смешалась с раствором лимоннокислого натрия, и затем ставится в штатив (рис. 1).

Этот способ, проверенный нами на нескольких тысячах больных, совершенно точен, не уступает способу Л и н ц е н м е й е р а (Linzenmeier) и чрезвычайно удобен тем, что для него не требуется пунктировать вену, а кровь получается из пальца, и поэтому у одной и той же больной это исследование может быть произведено несколько раз.

В настоящее время большинство гинекологов при операциях считается с этой реакцией и держится того мнения, что при оседании эритроцитов продолжительностью меньше одного часа оперировать без особых показаний не следует, так как в организме больной вероятно имеются вирулентные бактерии. На нашем операционном материале С е р е б р о в проверил значение различных сроков оседания эритроцитов в 500 случаях у подвергшихся оперативному вмешательству, связанному со вскрытием брюшной полости, причем оказалось, что среди оперированных со скоростью оседания эритроцитов меньше 60 минут было 56% осложнений и 19% смертности, среди оперированных с оседанием от 1 до 2 часов было 24% осложнений и 3% смертности, а среди оперированных с оседанием эритроцитов более 2 часов было 14% осложнений и 0,6% смертности; и мы тоже придерживаемся теперь правила не оперировать без особых показаний больных, у которых оседание эритроцитов происходит быстрее 2 часов.

Конечно, скорость оседания эритроцитов имеет значение только тогда, когда мы имеем в виду оперировать чистый случай; наоборот, если имеется гнойник и температура повышена, то оперативное вскрытие его будет тем необходимее, чем быстрее будет происходить реакция оседания.

В некоторых случаях, например там, где имеется подозрение на внематочную беременность и скорость оседания достигает низких цифр в 25 или 30 минут, в помощь этой реакции бывает очень полезно произвести подробное исследование крови. Увеличение количества белых кровяных телец и сдвиг картины крови по А р н е т у или по Ш и л л и н г у влево будет говорить за наличие воспалительной реакции, в то время как такое же ускорение оседания эритроцитов без названных изменений картины крови характерно для внематочной беременности.

Кроме того, определение числа и характера красных кровяных телец и количества гемоглобина приобретает особенно часто значение при операциях по поводу фибромиома, когда больные бывают сильно обескровлены. В этих случаях уменьшение количества гемоглобина до 20% следует уже считать серьезным осложнением операции, и ее лучше тогда без крайней надобности не делать.

Этим заканчивается предварительное исследование больной, которое ориентирует, может ли быть произведена операция, или она должна быть отложена на время для надлежащей подготовки больной, или, наконец, операция совершенно не может быть произведена вследствие имеющихся противопоказаний.

Допустим, что в данном случае операция не встречает препятствий, и мы таким образом становимся перед целым рядом вопросов, разрешение которых должно создать условия, делающие операцию наименее опасной. Именно, мы должны позаботиться об операционной комнате, об инструментах и операционном материале и об их подготовке, о материале для швов, о подготовке операционного персонала и, особенно, его рук; далее следует заняться подготовкой больной и решить вопрос о наркозе, о приготовлении операционного поля, с выборе метода операции и об общих принципах разреза и зашивания брюшной стенки. Наконец следует обдумать и точно наметить план операционного вме-

шательства и организовать послеоперационный уход за больной, предупреждая по возможности возможные осложнения.

Операционная комната и ее обстановка.

Главное требование, предъявляемое к операционной комнате, состоит в ее чистоте, в хорошем ее освещении, отоплении и достаточной вентиляции.

Для того чтобы операционная комната могла содержаться в надлежащей чистоте, ее стены, пол и потолок должны быть сделаны из такого материала, который бы надежно очищался при помощи мытья и хорошо переносил мытье. Для этого часто в операционных комнатах делаются стены из плиток, но мне кажется это не вполне целесообразным, так как такие стены хотя и хорошо моются и очень прочны, но между отдельными плитками образуются мелкие щели, где легко могут задержаться пыль и находящиеся в ней бактерии. А потому, на мой взгляд, лучше покрасить стены белой масляной эмалевой краской; поверхность таких стен получается совершенно гладкая, и они очень легко моются, но они не особенно прочны и по крайней мере один раз в два года требуют покраски. Потолок покрывается той же краской, причем стены и потолок соединяются не под прямым углом, как это принято обыкновенно, а должны образовать закругление, для того чтобы легче могла быть произведена очистка. Если пол в операционной комнате деревянный, то его следует покрыть линолеумом, который впрочем довольно скоро изнашивается, и потому лучше всего пол делать из плиток, так как в таком виде он наиболее прочен и легко моется. По середине пола — из чего бы он ни был сделан — должно быть оставлено небольшое отверстие для стока воды после мытья пола и стен.

Для того чтобы избежать загрязнения операционной комнаты, следует, входя в нее, надевать калоши, специально предназначенные для этой цели; кроме того, нельзя допускать излишнего хождения персонала по операционной комнате и строго держаться того правила, чтобы в операционной комнате не вести никаких разговоров и допускать лишь самые необходимые замечания или вопросы.

Пол в операционной комнате должен мыться после каждого операционного дня, а стены и потолок должны обмываться струей воды из гидропульта или обтираться мокрой тряпкой, намоченной на такую же щетку, какая употребляется для уборки полов, но с рукояткой значительно более длинной.

Не следует упускать из виду и других возможностей загрязнения операционной комнаты, например различных приборов и предметов, служащих для целей демонстрации, особенно в клинических учреждениях. Пояса, ремни, наркотные маски и прочие предметы должны быть подвергнуты соответственной чистке, прежде чем поступят в операционную.

Что касается освещения, то достаточно, чтобы одно из окон в операционной комнате было большое, если возможно — во всю стену, причем оно должно быть обращено на север или на запад, чтобы солнце не мешало во время операции. Искусственное освещение ночью во время операции может быть самое разнообразное — смотря по имеющимся средствам, но наиболее простым и удобным способом является сильная электрическая лампа с рефлектором, защищенная матовым стеклом и висящая над операционным столом. Очень удобны также различные способы освещения при помощи зеркал, отражающих на операционное поле свет от большой дуговой лампы, находящейся вне операционной комнаты, но все эти приспособления довольно дороги, и особой необходимости в них не вижу, так как они вполне удовлетворительно могут быть заменены упомянутой выше висящей лампой. Кроме того необходим подвижной рефлектор на ножках, с электрической лампой, который может давать свет в любом направлении. Однако на случай внезапной порчи электричества должен быть

всегда готов какой-либо другой источник света, так как экстренные гинекологические операции, например по поводу внематочной беременности, не допускают отлагательства.

Отопление операционной комнаты может быть печное, но топка должна находиться извне, чтобы не загрязнять операционной. Если же оно пароводяное или паровое, то радиаторы и трубы должны помещаться не в стенах и под полом, как это делалось одно время, а в операционной, открыто, вдоль ее стен и окон, но не слишком близко от стен, чтобы легко можно было содержать радиаторы в чистоте, обтирая их со всех сторон мокрой тряпкой. Во всяком случае отопление операционной комнаты должно быть таково, чтобы температура легко могла быть доведена до 20—25° С. В некоторых операционных комнатах применяются различные приспособления для согревания больной во время операции на столе: операционный стол, например, согревается горячей водой, проходящей по его полым частям, или он покрывается матрацем, представляющим собой большую электрическую грелку, и т. п. Если, однако, в операционной комнате поддерживается надлежащая температура, то все эти мероприятия оказываются излишними.

Следует также позаботиться о достаточной *вентиляции* операционной комнаты. В том случае, когда приходится производить под ряд несколько операций и на них присутствует много зрителей, воздух портится и загрязняется множеством попадающих в него бактерий; сюда же присоединяются пары веществ, применяемых для наркоза, и все это вредно отражается на состоянии больной, повышая возможность инфекции и вызывая склонность к асфиксии во время наркоза. На операционный персонал плохая вентиляция оказывает тоже неблагоприятное влияние, способствуя легкой его утомляемости, и потому следует озаботиться, чтобы вентиляция совершалась легко и быстро. Для этого следует пользоваться вентилятором с коротким каналом, установленным в окне или стене, с электрическим мотором, а не общей вентиляцией, применяемой для всего больничного помещения, имеющей длинные и не поддающиеся достаточной чистке каналы, где легко скопляется пыль. Но вентилятор должен гускаться в движение только в промежутках между операциями, а не во время их, так как вызываемое им движение воздуха способствует перемещению пыли и может загрязнить операционную рану; то же надо сказать относительно окон в операционной, которые не следует открывать во время операции.

Заканчивая этим описание общих требований, предъявляемых к операционной комнате, надо отметить, что чистое гинекологическое отделение должно иметь операционную, совершенно обособленную от того отделения, где находятся лихорадящие больные; в последнем надо иметь свою особую операционную комнату, снабженную отдельным персоналом, отдельными инструментами и материалом.

Что касается внутреннего расположения и устройства операционной комнаты, то в зависимости от обширности помещения и достаточности материальных средств она может быть устроена весьма различно. Наиболее целесообразно иметь в чистом гинекологическом отделении две операционные комнаты, которые могут быть приспособлены так, что в одной производятся большие операции со вскрытием брюшной полости, а в другой делаются все малые операции. Наличие двух операционных, кроме того, удобно и потому, что в том случае, когда при операции неожиданно встречаются с гноем, можно следующую операцию перенести в малую операционную, и таким образом не нарушается план операционного дня.

Кроме собственно операционной комнаты должна быть еще комната для стерилизации инструментов и материала. Она может быть соединена с операционной комнатой дверью или окном, через которое туда подаются все не-

обходимые предметы. Желательно также иметь отдельную комнату для того, чтобы наркоз начинать не в операционной, где больную могут волновать и приводить в беспокойство инструменты, операционный стол и другие предметы.

Как уже было сказано, обстановка операционной комнаты должна быть возможно более простой. Прежде всего надо иметь операционный стол; множества существующих его разновидностей, для гинекологических операций требуется стол не особенно сложный; важно только, чтобы можно было быстро и бережно придать большой возвышенное положение таза, опуская головной конец стола не больше чем на 45 градусов.

В одном из учреждений, где я оперирую, мы пользуемся столом типа Шухарта (Schuchardt) (рис. 2, 3), очень удобным, прочным и довольно простым. Его легко можно приподнимать и опускать, а также приспособлять для влагалищных операций, убрав только части, которые удерживают ноги при брюшностеночном чревосечении (рис. 4). Для поддержания ног в согнутом положении при влагалищных операциях мы пользуемся всегда ногодержателем Отта (рис. 5). В другом учреждении мы применяем в течение многих лет очень простой и дешевый деревянный стол по образцу Делаженьеера (Delagenière) с поднимающейся и сгибающейся столешницей; он оказался тоже чрезвычайно удобным (рис. 6, 7).

Кроме операционного стола необходим еще столик для наркоза, на верхней полочке которого находятся маски для наркоза, наркотическое вещество в отдельных склянках, тазик с роторасширителем и языкодержателем, тазик с марлевыми тряпочками для вытирания рта больной, шприц «Рекорд» и несколько ампул с камфорой, дигаленом, эрготином и питуитрином; на нижней полочке находятся несколько полотенец и тазик на случай рвоты (рис. 8). Рядом у головного конца операционного стола находится табурет для наркотизатора с приподнимающимся и опускающимся на винте сиденьем; при влагалищных операциях этот же табурет служит для сидения оператору; у ножного конца стола, сбоку, стоит низкая скамеечка для второго ассистента.

Затем следует стол со стеклянной столешницей для операционной сестры, который в нашем учреждении помещается с правой стороны от больной, так как у нас принято, чтобы оператор становился с этой стороны; на этом столе операционная сестра имеет материал для швов, иглы, иглодержатели и скальпели в отдельных тазиках (рис. 9). Кроме того здесь же имеется еще небольшой стеклянный столик, на котором разложены все необходимые инструменты (рис. 10). У ножного конца операционного стола, на уровне согнутых колен больной, стоит небольшой на подвижном стержне столик, куда оператор и ассистенты кладут использованные инструменты, а операционная сестра подает по мере надобности швы и марлевые тряпочки в зажимах для вытирания крови (рис. 11). Здесь же поблизости находится маленький столик с принадлежностями для туалета больной, состоящими из бутылочки с бензином и баночки с 10% йодной настойкой, мешочком со стерильной ватой и тазиком с длинным зажимом и катетером для выпуска мочи. Все эти три столика обыкновенно подвижные, на колесиках (рис. 12). Рядом у стола с инструментами находится барабан с полотенцами, большими марлевыми салфетками и марлевыми тряпочками для вытирания крови; он находится на подставке на колесиках с автоматическим ножным прибором для открывания его (рис. 13).

В некотором отдалении от операционного стола, поблизости от умывальников, стоят бутылки или эсмарховские кружки с жидким мылом и раствором нашатырного спирта для мытья рук; они находятся на специальных подставках с педалью, а подле них стоят на табурете эмалированный сосуд со стерильными щетками, сосуд для грязных щеток и небольшой барабан с марлевыми салфетками (рис. 14). Наконец, на отдельном столе находятся в мешках стерилизованные халаты, колпаки, маски и перчатки.

Для подготовки больной к влагалищной операции имеются в операционной комнате штатив для эсмарховской кружки и, кроме того, штатив с двумя эмалированными тазами для ополаскивания рук во время операции (рис. 15).

Умывальники для мытья рук персонала, принимающего участие в операции, могут устраиваться в самой операционной или в специальной подготовительной комнате. В последнем случае здесь же помещают стол для халатов, колпаков и пр. Если же умывальники устроены в операционной (их обыкновенно несколько), то они располагаются вдоль одной из ее стен. В том случае, когда стены в операционной комнате покрыты масляной краской, быстро портящейся от постоянно падающих на нее капель воды, соответствующая часть стены над умывальником покрывается металлическим полированным листом; над умывальником в стене вделано зеркало.

Часы, необходимые в операционной, должны быть в специальном белом футляре, который плотно вделывается в стену, для того чтобы за ним не скопилось пыли.

Обстановка второй операционной комнаты может ничем не отличаться от только что описанной, разве что операционный стол обыкновенно в ней более простой, да и сверх того в ней может находиться стеклянный шкаф для хранения инструментов, материалов для швов и прочих приборов.

В том случае, когда на операциях присутствуют зрители — студенты и врачи — для них устраиваются специальные скамейки в виде небольшой лестницы, на которой они стоят; эти скамейки следует отгородить от места операции небольшой перегородкой. Для посетителей операционной у ее дверей должны быть вывешены правила поведения на операции, возбраняющие: 1) посещение операционной комнаты лицами, страдающими кашлем и насморком, 2) хождение с места на место, а также запрещающие 3) приносить с собой посторонние предметы (книги, тетради, сумки и т. д.), 4) разговаривать в операционной.

Инструменты и их подготовка.

Что касается инструментов, употребляемых при гинекологических операциях, то они не представляют большой сложности. Для брюшностеночного чревосечения мы пользуемся широким зеркалом Фрича (Fritsch) или Дуайена (Doyen) для брюшной раны (рис. 16, А); зеркала эти бывают различной ширины, но достаточно в наборе инструментов иметь два размера: один более широкий — для операции с брюшной стенкой с толстым слоем жира, и другой — несколько уже, — для обыкновенных случаев. Очень удобным иногда оказывается самодержавшийся расширитель Коллена (Collin), который, во-первых, может употребляться в более простых случаях чревосечения, и благодаря ему отпадает тогда надобность в лишнем помощнике для держания брюшного зеркала; во-вторых, он необходим при некоторых операциях, как например при брюшностеночном шеечном кесарском сечении (рис. 17).

Брюшное самодержавшееся зеркало Франца в виде четырехугольной рамы (рис. 18) мы считаем неудобным потому, что отверстие в раме не всегда соответствует величине удаляемой опухоли. Далее идут скальпели, ножницы Купера, изогнутые по плоскости, и ножницы Рихтера, изогнутые под углом, хирургические, лапчатые и анатомические пинцеты короткие и длинные, двузубцы и пулевые щипцы для захватывания матки, зажимы Пейана для захватывания брюшины и зажимы Кохера для захватывания сосудов, но для этой цели нам кажутся наиболее удобными зажимы Матье с короткими изогнутыми концами. Иглодержатели существуют различных систем, и здесь имеет большое значение привычка к тому или другому из них, но мы пользуемся обыкновенно иглодержателем Геггара с зажимом или иглодержателем Отта без зажима. Игла Ревьердена, которую пропагандирует Фор, не нашла у нас

применения, так как она не может заменить собою вполне иглы с иглодержателем. Иглы употребляются нами трехгранные, полукруглой формы, но при операциях на кишках мы пользуемся тонкими круглыми иглами; игла Дешана применяется нами только в исключительных случаях: например иногда при операциях по поводу рака шейки матки (рис. 19, А, Б, В, Г). Кроме того, надо иметь толстый троакар для опорожнения кисты при оваритомии (рис. 20).

Некоторые, например клиника Франца, находят очень удобным пользоваться ножницами, пинцетами и зажимами большей длины, приблизительно в полтора раза длиннее обычных, видя преимущество их в том, что таким образом почти совершенно устраняется необходимость входить в рану рукой, и большая длина инструментов предохраняет от оставления их после операции в брюшной полости.

Для влагалищных операций мы употребляем зеркала Фритча различной величины, узкие и широкие подъемники (рис. 22), двузубцы и пулевые щипцы; кроме того, употребляются, конечно, зажимы Кохера для захватывания сосудов. Для выскабливания полости матки необходимы — набор металлических расширителей Гегара, несколько кюреток различной величины, маточный зонд и несколько зондов Плейфера для вытирания полости матки (рис. 21).

Для того чтобы сделать инструменты стерильными, их следует непосредственно перед операцией вскипятить в воде с прибавлением небольшого (1%) количества соды для предохранения их от ржавчины. Кипячение должно продолжаться не менее десяти минут, причем инструменты не следует класть в холодную воду, а надо дожидаться, пока она закипит, и тогда уже опускать инструменты в воду. Приборов для кипячения инструментов существует много; они могут нагреваться электричеством, паром, спиртом или керосином; наиболее удобным является кипятильник Лаутеншлегера, состоящий из никелированного ящика с крышкой и особым лотком, чтобы в него класть инструменты; кроме того, при нем имеются еще особые крючки для вынимания лотка с инструментами из кипящей воды (рис. 23).

После того как инструменты кипели достаточное время, они должны быть разложены операционной сестрой на специальном столике в нужном порядке и до начала операции закрыты стерильной простыней. При операции можно пользоваться сухими инструментами или они могут лежать в жидкости, лучше всего в растворе карболовой кислоты или лизола, но не в физиологическом растворе, который очень быстро теряет свою стерильность; мы пользуемся всегда сухими инструментами. Если какой-либо инструмент во время операции загрязнился, то его кладут в сторону и после предварительной тщательной очистки водой и мылом подвергают снова стерилизации. Специальной стерилизации требуют ножи, так как их нельзя класть для кипячения вместе с остальными инструментами, отчего они портятся, тупеют и получают зазубрины; некоторые их совсем не кипятят, а обтирают спиртом, но этот способ должен считаться не достаточно надежным, и лучше кипятить их отдельно, завернув каждый нож в марлевую тряпочку. В последнее время Бакал предлагает опускать ножи на полчаса в 0,5% спиртный раствор бриллиантовой зелени, что делает их абсолютно стерильными.

Иглы к шприцам стерилизуются также завернутыми в марлю или вату, чтобы они не тупились, и без мандренов, которые кипятятся отдельно и вставляются в иглы после кипячения.

После загрязнения шприца гноем его нужно сначала около часа выдержать в 3% растворе карболовой кислоты и затем лишь кипятить.

Ногтечистки и ножницы для ногтей, висящие на металлической цепочке подле умывальника, должны тоже ежедневно подвергаться стерилизации.

В последнее время, насколько можно судить по литературным данным, в Америке при операциях применяется отсасывающий аппарат, представляю-

щий собой водоструйный насос; он имеет назначение отсасывать жидкость и кровь из брюшной полости и операционной раны и, кроме большого удобства, дает громадную экономию операционного материала.

Мы тоже в течение последних двух лет пользуемся таким аппаратом конструкции инженера Н у м е р о в а. Он состоит из небольшого насоса, который прилаживают к крану умывальника (рис. 24) и соединяют длинной резиновой трубкой с бутылкой или колбой. Бутылка имеет в пробке две стеклянные трубки, из которых первая, короткая, соединена с только-что упомянутой резиновой трубкой, а вторая, длинная, достигает дна бутылки, которая соединена посредством короткой резиновой трубки с особым наконечником, вводимым в брюшную полость. При открывании крана с надетым на него насосом, благодаря получаемому в бутылке отрицательному давлению, в нее присасывается жидкость из брюшной полости.

Операционный материал и перчатки; их стерилизация.

Весьма важным обстоятельством, обеспечивающим надежную чистоту при операции, является стерилизация употребляемых при этом материала и перчаток; для этого пользуются обыкновенно паром, который этими предметами хорошо переносится. Пользоваться для стерилизации здесь можно обыкновенным автоклавом Шамберлана (рис. 25), который состоит из медного котла, окруженного кожухом, служащим вместе с тем и подставкой для него; крышка укрепляется винтами с гайками, а внизу ставится керосиновая или иная горелка.

В общих чертах *стерилизация* производится следующим образом. Открывают крышку, наливают в котел до определенного уровня воды, вкладывают металлическую решетку и ставят на нее предназначенные для стерилизации предметы; после этого привинчивают крышку и начинают нагревать аппарат, пока пар не станет выходить из крана. Тогда закрывают кран, доводят давление до одной или двух атмосфер и снова открывают кран, чтобы выпустить оставшийся воздух; когда получится уверенность, что весь воздух вышел и пар из крана идет непрерывной струей и наощупь дает ощущение сухого, — переходят к самой стерилизации, доводя давление до двух атмосфер при температуре в 134% С. При таком давлении стерилизацию продолжают полчаса и более.

Кроме названного автоклава можно пользоваться также стерилизатором Кни-Шерера (Kny-Scheerer) (рис. 26), котел которого расположен горизонтально. Он имеет то преимущество, что возможность получения предварительного вакуума лучше обеспечивает проникновение пара в толщу стерилизуемого материала, который, кроме того, получается совершенно сухим.

Для того чтобы быть уверенным, что стерилизация произведена правильно и достигнута необходимая температура, которая действовала достаточно долгое время, предлагаются различные способы. К р е н и г, например, для этого применяет небольшие металлические пластинки, плавящиеся в том случае, если температура превышает 120°. По предложению М и к у л и ч а (Mikulitz), можно пользоваться бумажными пластинками, на которых написано слово «стерильно» и которые затем пропитываются крахмалом и смазываются раствором иодистого калия, благодаря чему они темнеют, и написанное слово становится невидимым. После того как текучий пар действует в течение 20 минут при температуре в 120°, бумажка настолько бледнеет, что становится возможным снова прочитать написанное на ней слово. Многие считают такой объективный контроль совершенно необходимым, несмотря на безупречную добросовестность операционной сестры. Такие металлические кусочки или пластинки бумаги должны вкладываться не только на поверхности материала, но и в глубину его, чтобы быть уверенным в том, что пар достаточно проникает во все

отделы стерилизуемого материала. Помимо этого необходимо время от времени проверять стерильность путем посевов на те или иные среды.

Материал для стерилизации состоит из белых халатов для операционного персонала, колпаков и масок для закрывания носа и рта, из полотенец и простынь, причем простыни для покрытия передней брюшной стенки при чревосечении имеют по середине разрез в 20—30 см; кроме того, сюда же относятся рубашки для оперируемой больной, чулки и косынки. Этот материал складывается в мешки, халаты — отдельно, колпаки и маски — отдельно, по 5 или 10 штук в каждом, смотря по количеству операций; остальное белье распределяется также в отдельные мешки.

Кроме белья, стерилизации подвергается также тот материал, который специально употребляется при операции. Это — большие салфетки, состоящие из сложенной в четыре ряда марли и имеющие 20 см в ширину и 50 см в длину; салфетки эти служат для вкладывания в брюшную полость с целью отодвинуть кишки. Так как до сих пор нередко наблюдаются случаи оставления такой салфетки в брюшной полости после операции, то для избежания этого предложены различные способы. Некоторые, например, рекомендуют пришивать к одному из концов такой салфетки белую тесемку длиной в 50 см, а Гальбан (Halban) прикрепляет к концу такой тесемки еще железное никелированное кольцо, которое очень легко может быть воспроизведено на рентгеновском снимке в случае, если салфетка с кольцом забыта в брюшной полости.

При всех гинекологических операциях употребляются, кроме того, небольшие марлевые тряпочки или шарики для вытирания крови; мы пользуемся только небольшими марлевыми тряпочками, сложенными вчетверо и имеющими в длину и ширину приблизительно по 10 см, причем настоятельно рекомендуем применять их только в длинном зажиме, чем избегается возможность оставления их в брюшной полости (рис. 27).

Эти салфетки и марлевые тряпочки стерилизуются в специальных металлических барабанах (рис. 28 и 28А) или корзинках, обшитых холстом, причем они кладутся отдельными пакетами по 10 или 15 штук; один такой барабан может служить и для двух операций, если они непосредственно следуют друг за другом.

Кроме того, при гинекологических операциях, особенно влагалищных, применяются марлевые тампоны, шириной в 10 см, которые стерилизуются и хранятся в специальном небольшом барабане.

Марлевые салфетки и тампоны после их употребления в целях экономии отдаются в стирку; однако нужно иметь в виду, что даже тщательно вымытый и простерилизованный материал не должен вторично применяться в операционной для свежих ран, а может использоваться только для других целей.

Перчатки относятся тоже к тому операционному материалу, который может стерилизоваться паром. Резиновые перчатки, введенные в гинекологическую практику Дедерлейном (Döderlein), стерилизуются таким образом, что каждая перчатка предварительно обсыпается внутри и снаружи тальком, который должен заранее быть надежно обесполен; каждая перчатка обвертывается марлей для того, чтобы они не соприкасались между собою и резина не склеивалась; затем каждая пара перчаток завертывается в фильтровальную бумагу, и они кладутся в автоклав для стерилизации вместе с другим материалом.

Мы пользуемся обыкновенно при операциях толстыми черными перчатками (рис. 29), так как они дешевле и прочнее, и чувство осязания в них страдает мало; однако, если есть к тому возможность, то желательно употреблять тонкие перчатки из желтой резины.

В общем безразлично, какими перчатками пользоваться, важно, чтобы они, во-первых, не были велики, иначе оставшиеся свободными концы пальцев мешают завязывать швы и вообще стесняют при операции, и чтобы, во-

вторых, они также не были малы, так как в этом случае руки быстро немеют, и оперировать дальше становится совершенно невозможным.

Бумм (Bumm), Франц (Franz) и многие другие гинекологи рекомендуют, кроме резиновых перчаток, поверх их надевать еще нитяные перчатки (рис. 30), которые хорошо стерилизуются паром и легко надеваются на руку в резиновой перчатке, независимо от того, сырая ли она или сухая. Этот метод комбинации резиновых и нитяных перчаток введен Гепелем (Goepel), и преимущество его видит в том, что нитяные перчатки предохраняют резиновые от разрыва во время операции; кроме того, если они запачканы кровью или гноем, то легко могут быть сменены, причем резиновые перчатки могут не сниматься, а обмываются в растворе сулемы. Франц, кроме того, достоинство этих перчаток видит в том, что они не дают возможности наощупь отделять сращения и вообще манипулировать в темноте, а заставляют все делать на глазах, — так, как этого требует хирургия.

Считая нитяные перчатки чрезвычайно удобными при операциях, я, однако, предложил бы некоторое видоизменение в их пользовании. Я рекомендую начинать операцию в одних резиновых перчатках; лишь после того как будут захвачены и перерезаны все сосуды, когда будет удалена матка, опухоль и т. д. — тогда, не снимая резиновых перчаток, поверх них надевают нитяные, и перевязывают сосуды и дальнейшую часть операции производят в двух парах перчаток. По моему мнению, надевание нитяных перчаток к моменту перевязки сосудов избавляет от необходимости менять резиновые перчатки из-за соображений чистоты, и помимо того перевязывать сосуды в нитяных перчатках гораздо легче, так как резиновые перчатки к этому времени становятся скользкими, и затянуть крепко узел бывает настолько трудно, что постоянно приходится концы лигатур захватывать еще зажимом, что несомненно отнимает лишнее время.

В настоящее время пользование резиновыми перчатками является общепризнанным методом в оперативной деятельности, и поэтому там, где позволяют средства, они должны быть применены. Пара перчаток может служить для нескольких операций, в среднем от 3 до 5; если перчатки не будут случайно порваны или проколоты иглой во время операции, то они снова могут подвергаться такой же стерилизации и благополучно переносят ее несколько раз. Во многих больницах пользуются домашней починкой перчаток при помощи резинового клея и кусочков резины, взятой от старых перчаток; однако такая починка очень не прочна, и заклеенные перчатки могут годиться только для амбулаторного исследования больных.

Как уже было сказано, мы всегда при операциях пользуемся перчатками, причем их надевают также оба ассистента и операционная сестра.

Материал для швов и его стерилизация.

Материалом для швов при гинекологических операциях служат кетгут и шелк, а также проволока. За последние десять лет большинство перешло к почти исключительному применению кетгута, в виду того, что шелковые швы не рассасываются или рассасываются очень медленно и в случае нагноения вызывают таковое в окружающих тканях и поддерживают его до тех пор, пока шов не выделится, а это требует иногда очень продолжительного времени. Наблюдались случаи, когда шелковые лигатуры первое время после операции не обнаруживали никаких признаков нагноения, и только спустя полгода и даже больше они вызывали образование абсцесса и выгнаивались. Если же нагноение произойдет в кетгутовом шве, то он быстро рассасывается, приблизительно в течение недели, и воспалительные явления затихают. Из этих соображений мы сохранили шелковые швы только там, где необходимо вызвать длительную фиксацию: например при укорочении круглых связок; кроме того, мы

пользуемся шелковыми швами на коже промежности, так как они здесь съёмные и на шестой день удаляются.

Обыкновенно мы применяем *кетгут* следующих номеров: 0, 1, 3, 4; приобретаем его нестерилизованным и сами готовим следующим образом. Кетгут разматывается на отдельные нити и погружается на 7 дней в следующий раствор:

Рр. Иодистого калия	10,0
Иода чистого	10,0
Воды	1 000,0

После этого он погружается на 48 часов в эмульсию, состоящую из:

Рр. Ксероформа	5,0
Глицерина	25,0
Этилового эфира	100,0
Винного спирта 95°	500,0

Для приготовления эмульсии ксероформ растирается тщательно в ступке, с глицерином, затем прибавляют, постепенно растирая, спирт, и, наконец, добавляют эфир; приготовив эмульсию, ее взбалтывают и ею заливают кетгут. По прошествии 48 часов кетгут вынимается из эмульсии, сушится не менее суток в стерильном полотенце, после чего погружается в стерильную банку со спиртом, в котором и хранится; но на операцию он подается сухим.

Для проверки стерильности кетгута и шелка производится посев на бульоне.

Кроме кетгута своей стерилизации, применяется много различных готовых его сортов, из которых хорошей славой пользуется «кумольный» кетгут; у нас в последнее время рекомендуется кетгут, обработанный бриллиантовой зеленью, но мы не имеем еще возможности окончательно высказаться о его достоинствах.

Шелк употребляется нами № 1, 2 и 5 и готовится следующим образом. Мотки шелка моются в чистой проточной воде мыльным спиртом или зеленым мылом до скрипа, после чего опускаются в тазик с кипящей водой и кипятятся 5—10 минут; затем они опускаются в кипящий 2% раствор соды и кипятятся 3—5 минут; после этого шелк прополаскивается в чистой стерильной воде и опускается в кипящий раствор сулемы 1 : 1000, где вновь кипятится 3—5 минут; наконец он прополаскивается и кипятится 3—5 минут в чистой воде и погружается в этиловый эфир на 24 часа; во избежание сторания шелка, вследствие пропитывания его эфиром, он вновь тщательно промывается в стерильной воде и чисто вымытыми руками наматывается на стерильные стеклянные катушки, кипятится в чистой воде 3—5 минут и погружается в 1% раствор иода в спирте, в котором и хранится.

Для зашивания апоневрозов при брюшностеночном чревосечении и при наложении погружных швов на промежность мы пользуемся, кроме кетгута и шелка, *проволочным швом*. Этот же шов мы употребляем нередко для соединения краев кожной раны при брюшностеночном чревосечении; он может быть бронзо-алюминиевым, никелиновым или просто медным, причем толщина проволоки, применяемой на апоневрозе, должна быть 0,5 мм, а применяемой на промежности и коже брюшной стенки — 0,3 мм. Шов этот всегда накладывается в виде съёмного и непрерывного, и проволока должна быть так укреплена в ушке иглы, чтобы она не смецалась. Удобство этого шва, которым мы пользуемся уже около 25 лет, состоит в том, что он легко и надежно стерилизуется простым кипячением, чрезвычайно легко накладывается и, после того как раны срались, т. е. на 8—10-й день, так же легко удаляется, так что в ране не остается никакого постороннего тела, могущего нагноиться.

Подготовка оперирующего персонала.

Самым важным моментом, однако, является подготовка рук как оператором, так и всем помогающим ему персоналом. Обыкновенно пользуются для этого способом, основанным на принципе Ф ю р б р и н г е р а (Fürbringer) и А л ь ф е л ь д а (Ahlfeld), который состоит в следующем: для мытья рук брать текучую воду по возможности высокой температуры; мыло лучше употреблять жидкое — зеленое или мыльный спирт, налитый в специальный прибор с ножной педалью; можно пользоваться также и любым мылом в куске, так как только верхние его слои могут содержать бактерии.

Щетки для мытья рук лучше всего употреблять травяные, так как они дешевы, прочны и хорошо стерилизуются кипячением; можно также пользоваться волосяными щетками, но они дороже и более жестки; кипятятся щетки в простой воде в эмалированном сосуде, положенные вместе по 10—20 штук; после кипячения вода сливается, и щетки готовы к употреблению.

При мытье рук обыкновенно пользуются двумя щетками; сперва одной щеткой руки моются «начерно», а затем второй они моются «начисто»; после тщательной очистки ногтевого ложа пилочкой и мытья рук в течение 10 минут щеткой с мылом, они обтираются стерильным полотенцем и затем хорошо протираются спиртом при помощи марлевой тряпочки. Некоторые рекомендуют, кроме того, обмывать руки раствором сулемы 1 : 1000, но мы это давно оставили и не видим от того никакого ущерба. В последнее время мы стали пользоваться мытьем рук по способу С п а с о к у к о ц к о г о и вполне им довольны; он значительно дешевле, так как при нем почти не требуется мыла и щеток, а необходимо лишь небольшое количество нашатырного спирта, который идет для приготовления нужного для мытья рук раствора. Преимущества этого способа автор его видит в том, что нашатырный спирт обезжиривает кожу значительно совершеннее мыла и дает возможность спирту проникнуть в глубокие ее слои. По произведенным исследованиям действительно оказалось, что руки, приготовленные по способу С п а с о к у к о ц к о г о, дают рост колоний всего лишь в 0,4% случаев, причем к концу операции он не увеличивается, в то время как при мытье мылом и щетками рост колоний наблюдается в 2,8%.

Приготовление раствора и самое мытье рук сводится к следующему. В сосуд с горячей водой прибавляется 10% раствор аммиака или так называемый нашатырный спирт (из расчета 1 : 200 воды), после чего жидкость взбалтывается; раствору дают несколько остыть, а затем для употребления наливают в тазик. Моют руки стерильными салфетками или кусочками ваты или марли в течение 3—5 минут в двух порциях раствора; при этом первая порция через 1—2 минуты явно загрязняется, вторая же порция загрязняется мало или на вид остается вовсе чистой. После 3—5 минут мытья можно руки сполоснуть прокипяченной водой с целью освободить кожу от остатков раствора, могущего вызвать раздражение кожи; но споласкивание это не обязательно, так как опыт показывает, что руки и без последующего обмывания не портятся. Затем руки насухо вытираются стерильным полотенцем и подвергаются дублированию в течение 3—5 минут чистым или денатурированным спиртом, которым смочен кусок ваты или марли.

В самое последнее время этот способ несколько видоизменен; именно, раствор нашатырного спирта в воде наливается не в тазик, а в большую эсмарховскую кружку, установленную на подставке с педалью, и руки моются марлевой тряпочкой, которая постоянно смачивается струей из этой кружки.

Персонал, принимающий участие в операции, приступает к мытью рук одетый в нестерильные халаты с короткими или засученными до локтей рукавами; оператор и первый ассистент, кроме того, надевают резиновые передники;

после того как руки вымыты и вытерты полотенцем, надеваются на головы стерилизованные шапочки, стерилизованные халаты, рукава которых завязываются у кисти, затем надеваются маски или марлевые повязки, закрывающие рот и нос, чтобы предохранить рану от попадания в нее бактерий при разговоре или кашле. После этого надеваются перчатки, причем руки предварительно посыпаются стерильным тальком из специальной пудреницы, и на месте, где кончаются перчатки и начинаются рукава халата, повязываются марлевые стерилизованные полоски, чтобы между ними не оставалось свободного пространства (рис. 31).

Этим заканчивается подготовка оперирующего персонала. Надо помнить, что при операционной комнате должен быть свой особый младший медицинский персонал, в составе двух или трех сиделок; иметь такой самостоятельный персонал очень важно, так как он должен быть хорошо знаком с требованиями асептики и знать все особенности, применяющиеся в данной операционной.

Перейдем теперь к приготовлению к операции самой больной и операционного поля.

Приготовление больной к операции.

Подготовка больной к операции начинается обыкновенно накануне операционного дня; ей делается среди дня полная мыльная ванна, и она надевает чистое белье. Если по состоянию здоровья ванну больной сделать нельзя, то в постели все тело больной обтирается спиртом, смешанным пополам с водой; затем, если предстоит брюшностеночное чревосечение, производится бритье волос на половых частях и лобке, брюшная стенка моется мылом и на переднюю стенку живота кладется повязка, смоченная раствором сулемы 1 : 2000. В настоящее время некоторые гинекологи, например Б у м м, Ф р а н ц и др., перестали накладывать сулемовый компресс на брюшную стенку, но многие, в том числе и мы, продолжают его применять, видя в нем все же хороший способ для обеспечения чистоты операционного поля. Кроме брюшной стенки всегда производится тщательное мытье мылом наружных половых частей и влагалища, причем последнее промывается затем раствором сулемы 1 : 2000. В том случае, когда предполагается влагалищная операция, обходятся без специальной подготовки брюшной стенки, а ограничиваются только подготовкой влагалища и наружных половых частей.

Кишечник больной тоже должен быть подготовлен, чтобы во время операции кишки были по возможности пусты и не мешали. Для этого больной накануне назначается легкая пища (на обед она получает бульон с сухарем и кисель, а вечером чашку чая с сухарем); кроме того накануне утром назначается слабительное, причем мы предпочитаем каскару, грудной порошок или горькую соль, а не касторовое масло, так как оно после своего действия вызывает на некоторое время задержку стула, и, кроме того, большинство больных чувствуют к нему отвращение; некоторые гинекологи, например Ш т и к е л ь (Stickel) из клиники Ф р а н ц а, настаивают, однако, именно на касторовом масле.

В настоящее время вопрос о подготовке кишечника перед операцией находится в периоде обсуждения и пересмотра, и раздаются голоса, совершенно отвергающие всякое назначение слабительных перед операцией, так как это ослабляет организм и невыгодно отражается на послеоперационном течении. Мне, однако, кажется, что такие доводы могут приниматься в расчет только чистыми хирургами, так как им приходится оперировать в разных областях тела, часто не имеющих никакого отношения к кишечнику. Нам же, гинекологам, всегда приходится оперировать в самом близком соседстве с кишками, и для нас

чрезвычайно важно, чтобы во время чревосечения кишки были хорошо очищены и не выпирали из брюшной раны; при влагалищных же операциях предварительная подготовка кишечника еще более необходима для предотвращения неожиданной дефекации во время операции.

Вечером накануне операции больной делается обыкновенная мыльная клизма, не считаясь с тем, успело ли уже подействовать слабительное.

В тех случаях, когда имеют в виду оперировать на кишках или делать зашивание полного разрыва промежности, приходится кишечник готовить более тщательно, именно, больная переводится на легкую пищу за 3-4 дня до операции, причем кишечник ежедневно очищается мыльной клизмой, а накануне утром назначается слабительное (в этом случае наиболее подходящим является касторовое масло, так как здесь желательно на несколько дней после операции задержать действие кишечника).

Вечером перед операцией больная получает веронал в дозе 0,3, который обеспечивает хороший сон, устраняя бессонницу от волнения; утром, за полчаса перед тем как отправиться в операционную комнату, больная получает впрыскивание под кожу морфия 0,01 и атропина 0,001; затем она на тележке доставляется в операционную комнату (рис. 32).

Перед тем как приступить к наркозу, больную передевают в чистую стерильную рубашку и чулки и затем перекладывают на операционный стол, если наркоз производится в операционной комнате, или оставляют на тележке, если он производится в специально предназначенной для этого предоперационной комнате.

На операционном столе больная покрывается простыней, причем левая рука, вытянутая вдоль туловища, прикрепляется к операционному столу полотенцем или специальной повязкой для предотвращения паралича, а правая рука берется наркотизатором для того, чтобы можно было следить за пульсом больной. После того как она заснула, переходят к подготовке операционного поля, и я должен здесь подчеркнуть, что надо обязательно дожидаться, пока больная заснет, и не начинать подготовки, пока она находится еще в полубудном состоянии, так как всякое прикосновение к ней в это время очень тревожит больную и сильно мешает спокойному усыплению.

Подготовка операционного поля производится нами по методу, предложенному у нас в 1904 г. Ф и л о н ч и к о в ы м и за границей в 1908 г. Г р о с с и х о м (Grossich). Состоит он в том, что при операции чревосечения передняя брюшная стенка, лобок, наружные половые органы и верхние части бедер вытираются несколько раз марлевой тряпочкой, смоченной бензином, и после этого смазываются 10% иодной настойкой; затем больная покрывается простыней, имеющей посередине разрез приблизительно в 40 см; в верхнем и нижнем отделах брюшной стенки соответственно величине предполагаемого разреза поверх простыни кладутся два полотенца, которые укрепляются специальными зажимами. После того как окончена подготовка операционного поля, обязательно опорожняется катетером мочевого пузыря (рис. 33).

Если при операции чревосечения имеют в виду вскрыть влагалище, то оно протирается спиртом на марлевой тряпочке, взятой в длинный зажим, и затем смазывается иодной настойкой.

В том случае, когда предполагается операция со стороны влагалища, наружные половые части, внутренние поверхности бедер, промежность и область заднего прохода моются мочалкой с мылом; затем марлевой тряпочкой, намоченной на два пальца правой руки, моется мылом влагалище, причем это делается по возможности тщательно и при надобности повторяется дважды.

После того как выпущена моча, наружные половые части, промежность и влагалище обмываются марлевой тряпочкой, смоченной спиртом.

Надо сказать, что вопрос о подготовке влагалища к операции подвергался

длительному и детальному обсуждению и вызывал целый ряд разногласий. Одни (например Отт и его школа) находят, что влагалище следует мыть мылом, для чего в течение 5—6 минут его энергично трут введенными туда двумя пальцами правой или левой руки, обернутыми марлевой тряпочкой, смоченной в мыльном спирте или жидком мыле; по окончании мытья влагалище промывается раствором 1 : 2000 сулемы. Такой способ подготовки влагалища дает, по исследованиям Поволоцкий, полную его стерильность в 95%, а если к этому добавить еще последующее обтирание влагалища 10% иодной настойкой, то стерильность получается в 100% и сохраняется она в течение нескольких часов.

Другие же держатся противоположного мнения, исходя из высказанного Кронигом (Kronig) и Менге (Menge) взгляда, что нормальная влагалищная флора представляет энергичную защиту против произрастания там различных вирулентных бактерий; поэтому они считают необходимым оставить в стороне все меры механического удаления этих защитительных сил, а применение каких-либо химических дезинфицирующих средств находят даже вредным. Всякое воздержание от какой бы то ни было дезинфекции влагалища они считают показанным при чистоте его флоры первой и второй степеней; если же флора влагалища содержит много лейкоцитов и кокков, т. е. чистота его колеблется между третьей и четвертой степенями, то ограничиваются только осторожным обтиранием его тряпочкой, смоченной спиртом.

Как уже было сказано выше, мы вообще избегаем оперировать в тех случаях, когда влагалищная флора третьей или четвертой степени чистоты, и предварительно в течение некоторого времени подготавливаем влагалище; если же флора — первой или второй степени чистоты, то мы производим мытье его мылом.

После того как операционное поле подготовлено, выпускается катетером моча, и большой надеваются на ноги чулки, сшитые из холста, и специальные штаны, или же ноги и лобок покрываются простыней, а отверстие заднего прохода закрывается полотенцем, прикрепленным по бокам зажимами, а посередине шелковым швом к коже промежности (рис. 34).

При подготовке влагалища к операции полного удаления матки по поводу рака некоторые операторы сперва производят выжигание язвы термокаутером Пакелена, а Бумм, кроме того, смазывает язву и окружающие части 5% раствором азотнокислого серебра; мы же выжигания не делаем, так как считаем его опасным для мочевого пузыря, а ограничиваемся в этих случаях добавочным смазыванием влагалища 10% иодной настойкой.

Обезболивание при операциях.

При операциях обезболивание показано не только из гуманных соображений, но оно необходимо и потому, что дает оператору возможность производить все необходимые манипуляции не спеша, без помехи со стороны больного, причем устраняется всякое сопротивление со стороны мускулатуры.

Для целей обезболивания уже предложено и сейчас предлагается множество самых различных способов, начиная от ингаляционного наркоза до местной анестезии при помощи впрыскивания различных средств.

Самым старым и вместе с тем наиболее распространенным является обезболивание посредством вдыхания паров *хлороформа* или *эфира*. Хотя в последнее время широко применяется спинномозговая анестезия, но такой горячий сторонник ее, как Бумм, после долгих лет предпочтения, оказываемого спинномозговой анестезии, снова стал применять ингаляционный наркоз у легко возбудимых женщин и при длительных вмешательствах, а люмбальную анестезию оставил только для таких случаев, где вдыхание хлороформа или

эфира противопоказано, например в очень пожилом возрасте или при тяжелых поражениях легких, сердца и других органов.

На одном из последних съездов врачей за границей, когда Б р е н д о сообщил о прекрасных результатах применения спинномозговой анестезии в акушерстве, Ж. Ф о р заявил, что если бы ему пришлось подвергнуться операции, то он согласился бы на нее лишь при непереносимом условии, чтобы был применен ингаляционный наркоз; а потому он всегда и в отношении своих больных будет держаться того же правила, и спинномозговую анестезию оставляет только для таких случаев, где хлороформ или эфир противопоказаны.

Женщины вообще переносят ингаляционный наркоз лучше, чем мужчины, так как среди них реже встречается привычка к алкоголю и никотину, и у них легко и просто достигается усыпление, без труда поддерживаемое и дальше; поэтому как раз у женщин отсутствуют те препятствия к ингаляционному наркозу, которые существуют у мужчин. С другой стороны, гинекологические операции менее удобны для применения люмбальной анестезии, так как большинство из них производится в положении Тренделенбурга, а само собою понятно, что находиться долго с сильно опущенной головой и приподнятым тазом для оперируемой в полном сознании больной не может быть удобно. Кроме того, женщины гораздо легче возбудимы, чем мужчины, и поэтому у них гораздо скорее могут наблюдаться во время операции осложнения на этой почве.

Осложнения, наблюдаемые после того или другого способа обезболивания, приблизительно равны. Что же касается смертности, то она, повидимому, говорит не в пользу спинномозговой анестезии, так как статистика дает количество смертей при хлороформном и эфирном наркозе равное 1 : 4000, а при спинномозговой анестезии 1 : 1000; при последней, стало быть, смертность приблизительно в четыре раза выше, и поэтому, мне кажется, нет основания без крайней надобности пренебрегать интересами больных, и где это возможно, там следует пользоваться ингаляционным наркозом.

Единственным крупным преимуществом *спинномозговой анестезии* является то, что при ней не требуется специального наркотизатора и, следовательно, для производства операции обходятся меньшим числом помощников. Во всяком случае каждый способ обезболивания, как общего, так и местного, требует упражнения и навыка, и большинство неудач обязано не столько самому методу, сколько способу его применения, и чем опытнее наркотизатор, тем, разумеется, лучше результаты.

Общий ингаляционный наркоз. Для этой цели обыкновенно применяется хлороформ или эфир, причем каждое из этих средств имеет свои преимущества и недостатки. В зависимости от состояния больной приходится поэтому иной раз пользоваться исключительно хлороформом, а другой раз эфиром, но нередко можно применять смешанный хлороформно-эфирный наркоз.

Впервые эфир для наркоза был предложен в Америке химиком и врачом Ч а р л з о м Д ж е к с о н о м и зубным врачом В и л ь я м о м М о р т о н о м в 1846 г., а хлороформ был впервые применен для наркоза хирургом и акушером С и м п с о н о м в Англии в 1847 г. Хлороформ быстрее вызывает наступление сна и многие больные вообще предпочитают его эфиру, но надо иметь в виду, что хлороформный наркоз значительно опаснее эфирного, и при хлороформе расстояние между снотворной и смертельной дозами гораздо короче. Принято вообще считать, что хлороформ противопоказан при заболеваниях сердца, а эфир — при страданиях легких. Действительно, при вдыхании хлороформа деятельность сердца заметно ослабляется и кровяное давление резко падает, однако и при глубоком эфирном наркозе также всегда наблюдается падение кровяного давления, хотя и в меньшей степени. Кроме того, хлороформ вредно действует на почки, что клинически сказывается появлением в моче белка, цилиндров

и эритроцитов, в то время как эфир, повидимому, никакого действия на почки не оказывает. Не менее вредно хлороформ отражается на печени, причем иногда развивается даже острая желтая атрофия; поражение печени проявляется обыкновенно на второй или третий день наступлением желтухи и в благоприятных случаях исчезает через неделю; эфир в больших дозах также оказывает влияние на печень, но оно бывает выражено слабее. Зато, как уж было сказано, эфир вредно влияет на дыхательные пути, раздражая их и вызывая кашель и обильное образование слизи, а также бронхиты и пневмонии. Особенно опасен эфир для пожилых женщин и для лиц с заболеваниями легких и бронхов, поэтому здесь приходится применять чистый хлороформный наркоз; напротив, у детей и у очень молодых лиц, у которых сердце чрезвычайно чувствительно к хлороформу, прибегают к чистому эфирному наркозу.

По новейшим статистикам *смертность* от хлороформа исчисляется в 1 : 2075, а от эфира — в 1 : 5930, и я наблюдал на большом количестве операций (не менее чем в 7000 случаев хлороформного и эфирного наркоза) два случая смерти от хлороформа; в одном случае больная погибла, успев сделать всего два или три вдоха, и на последующем вскрытии у нее оказалась тимико-лимфатическая конституция; другой случай — когда больная погибла к концу небольшой гинекологической операции вероятно потому, что наркотизатор по своей неопытности дал ей слишком много хлороформа. Бронхиты и воспаления легких нам приходилось наблюдать после эфирного наркоза нередко, но они обычно оканчивались выздоровлением, в то время как Б у м м за 30 лет оперативной деятельности имел 10 случаев смерти после эфирного наркоза, причем он отмечает, что эфир опасен не во время наркоза, а значительно позднее — от восьмого до четырнадцатого дня; от паралича сердца после хлороформного наркоза он приводит тоже два случая смерти.

Исходя из только что изложенного, большинство хирургов в настоящее время совершенно отказалось от хлороформного наркоза и при ингаляционном наркозе пользуется исключительно эфиром. Мы тоже значительно ограничили применение хлороформа, но совершенно от него отказаться находим невозможным как потому, что продолжаем считать случаи с заболеванием дыхательных путей противопоказанными для эфирного наркоза, так и потому, что нередко больные не поддаются этому наркозу. В таких случаях мы пользуемся смешанным наркозом, применяя сперва небольшое количество хлороформа и постепенно вводя эфир; в дальнейшем мы поступаем в зависимости от особенностей каждого случая и прибавляем то хлороформ, то эфир в большей или меньшей степени.

Многие применяют предложенную для этой цели Б и л ь р о т о м (Billroth) заранее приготовленную смесь из хлороформа и эфира, причем эти вещества употребляются разными хирургами в различных пропорциях. Так, например, Б у м м пользовался смесью из одной части эфира и трех частей хлороформа, а в клинике П е г а м а применяется смесь из десяти частей эфира и одной части хлороформа; мы же не готовим заранее смеси, а применяем то или другое вещество из отдельных флаконов по мере надобности.

Однако, во всяком случае, — независимо от того, какое вещество применяется для наркоза, — главным достоинством хорошего наркотизатора является осторожное пользование наркотизирующим веществом, причем оно должно всегда применяться небольшими количествами по каплям. Такой способ носит специальное название *капельного наркоза*.

Для хлороформа, так же как и для эфира, можно применять одну и ту же маску, и в настоящее время имеется несколько ее образцов; мы пользуемся обыкновенно маской Эсмарха или Кирхофа (рис. 35), а в течение нескольких последних лет — маской, предложенной специально для эфирного наркоза в 1908 г. О м б р е д а н о м (Ombredanne) (рис. 36).

Устройство ее основано на том принципе, что больная выдыхает полученные ею пары эфира не в свободное пространство, а в баллон маски, и при последующем вдохе вместе с эфиром и свежим воздухом, поступающим через отверстие в маске, вдыхает насыщенный углекислотой и согретый до 30° воздух, который раздражает центр дыхания и делает сон более глубоким.

Аппарат этот устроен следующим образом: он состоит из тонкостенного металлического шара, наполненного войлоком, который с одной стороны соединен с бычачьим пузырем, служащим приемником для выдыхаемого воздуха; с другой его стороны находится металлическая пластинка, которая обозначает концентрацию паров эфира при помощи стрелки, движущейся по шкале. На верхнем конце шара находится закрывающееся при помощи привинчивающейся крышки отверстие для наливания эфира, а на нижнем конце имеется металлический рупор, соединенный с шаром винтовой нарезкой; края маски покрыты съемным резиновым чехлом. Рядом с упомянутой шкалой имеется небольшое отверстие, через которое свободный воздух приходит в соприкосновение с войлоком, пропитанным эфиром.

Опишем способ употребления маски Омбредана. Непосредственно перед началом наркоза наливают через верхнее отверстие в баллон от 50 до 100 г эфира при нулевом показании стрелки, затем маска устанавливается на лицо больной, и стрелка постепенно передвигается по пол-деления так, чтобы в течение двух минут достигнуть шестого деления; в большинстве случаев больная на 7—8-й минуте погружается уже в глубокий сон. Затем стрелка медленно перемещается назад до четвертого деления и здесь задерживается обычно на время всего наркоза, так как в большинстве случаев такое стояние стрелки бывает достаточным почти при всяком наркозе. Если в начале наркоза появляется приступ кашля, то это говорит за слишком большую дозу эфира, и стрелка в таком случае должна быть установлена на некоторое время на более низких цифрах. При чревосечениях бывает необходимо устанавливать стрелку на более высоких цифрах только при вскрытии брюшной полости и при зашивании раны; в остальное же время операции достаточно держать ее на четвертом делении.

Усыпление больной совершается чрезвычайно легко и обыкновенно не сопровождается возбуждением; во время наркоза дыхание — медленное и глубокое, и за ним можно легко следить по ритмическому сокращению бычачьего пузыря. Просыпается больная тоже быстро, особенно если перед концом операции поставить стрелку на нулевом делении и заставить больную некоторое время вдыхать воздух, насыщенный углекислотой.

Хотя этот аппарат предложен Омбреданом для ингаляционного наркоза парами эфира, но некоторые применяют смесь из хлороформа, эфира и хлорэтила в пропорции 12 : 2 : 1, а Ридель предложил под названием Ринамор подобную же смесь с примесью душистых экстрактов или одеколона, и результаты от такого наркоза получались тоже весьма благоприятные и не давали каких-либо осложнений.

Однако этот аппарат имеет некоторые недочеты. Во-первых, он довольно тяжелый и после длительной операции вызывает у больной неприятное, болезненное чувство в области лица, а во-вторых, наркотизатору трудно держать его руками, особенно при гинекологических операциях, производимых в положении Треценленбурга, тем более, что маска должна все время хорошо прилегать к области носа и рта больной. Весьма ценны поэтому предложенные усовершенствования этого аппарата в виде нагрудника для его подвешивания или в виде обруча у головного конца операционного стола, к которому подвешивается баллон аппарата, соединяющийся с маской хорошо гнущейся резиновой трубкой и фиксируемый на лице больной широкой тесьмой с пряжкой (рис. 37, 38).

После окончания наркоза аппарат подлежит чистке. Для этого отвинчивают крышку и вынимают стержень с прикрепленной к нему стрелкой, который регулирует количество вдыхаемого эфира; это делается для того, чтобы дать возможность аппарату просохнуть от остатков эфира и выдыхаемой влаги; кроме того отвинчивается металлический рупор, который очищается кипячением.

В начале наркоза больная должна быть по возможности спокойна, поэтому не следует допускать в это время присутствия родственников, которые только волнуют больную; кроме того, по возможности, наркоз должен начинаться не в операционной, а в специальной предоперационной комнате или в палате, чтобы больная не видела приготовлений к операции.

Приблизительно за четверть часа до начала наркоза больной вводится под кожу 0,01 морфия и 0,001 атропина; это ускоряет и облегчает наступление усыпления, а кроме того атропин уменьшает секреторную деятельность слизистых оболочек дыхательных путей и таким образом предупреждает возникновение аспирационных бронхитов и пневмоний и делает во время операции дыхание свободным. Накануне того дня, когда предстоит наркоз, больной, как уже сказано, дается 0,3 веронала, который вызывает хороший сон и благотворно действует на сердце.

Весьма неприятным осложнением наркоза является рвота, которая наблюдается в случаях, когда желудок перед операцией не подготовлен (например, если приходится производить операцию экстренно); поэтому в таких случаях следует сделать перед операцией промывание желудка. Если же рвота появляется у надлежащим образом подготовленной к операции больной, то зависит она от неправильной дозы наркоза, и он должен быть усилен.

При ведении наркоза наркотизатор не должен интересоваться производством самой операции, а все внимание его должно быть сосредоточено на том, как себя чувствует больная. Для этого устраивается на уровне плеч больной обруч, который покрывается простыней, так что операционное поле становится совершенно невидимым для наркотизатора. Нам, однако, это кажется нецелесообразным, так как, видя ход операции, наркотизатор знает, когда требуется дать наркоз поглубже и когда его можно ослабить.

Перед тем как положить маску на лицо, следует покрыть полотенцем или специальной повязкой глаза и рот, чтобы пары наркотического вещества не вызывали их раздражения. Кожу носа и губ можно смазать вазелином для того, чтобы не случилось раздражения или даже ожога наркотическим веществом, особенно в тех случаях, где применяется обыкновенная маска.

Для того чтобы судить о том, как больная переносит наркоз, нужно следить за состоянием пульса и зрачков. Наркотизатор одной рукой — например правой — держит маску и капельницу, а другой может следить за пульсом. По мере наступления сна пульс становится медленнее и ровнее, однако замедление пульса при неполном наркозе указывает на угрожающую рвоту; если же пульс становится частым, малым и удары его начинают выпадать, то это является опасным предвестником паралича сердца, особенно при хлороформном наркозе. Во время глубокого наркоза зрачки сужены и не реагируют на свет; если же они расширены и не проявляют реакции на свет, то это является тоже одним из очень серьезных предвестников угрожающей опасности.

Грозными осложнениями наркоза являются асфиксия и паралич сердца. Асфиксия обыкновенно наступает не сразу, и часто причиной ее бывает затруднение дыхания вследствие слишком глубокого западания языка или вследствие накопления слизи в зева. Для устранения первой причины следует взять нижнюю челюсть двумя руками в области ее углов и сместить ее так, чтобы нижние зубы располагались впереди верхних; если это не помогает, то надо язык захватить специальными щипцами (рис. 39), имеющимися на столике для нар-

коза, и вывести его наружу изо рта. Для того чтобы удержать язык от обратного западания, его можно захватить пулевыми щипцами и оставить их висеть: своей тяжестью они препятствуют языку уйти обратно. Но этот способ нам кажется слишком грубым; он оставляет царапины и ссадины на слизистой оболочке языка. Поэтому мы всегда после выведения языка прокалываем его иглой с шелковиной, за которую его легко можно удержать, не причиняя никаких повреждений; шелковина захватывается зажимом Пеана, которому даем свободно висеть.

При скоплении в зеве слизи это сказывается характерным хриплым дыханием; ее следует удалить марлевыми тряпочками, взятыми в корнцанг с зажимом.

В том случае, когда остановку дыхания не удастся устранить упомянутыми приемами, надо приступить к искусственному дыханию, которое производится обычно по способу Сильвестра, причем, прежде чем его начать, следует привести больного в горизонтальное положение с немного опущенной ззади головой, а также необходимо закрыть тщательно брюшную рану стерильными салфетками и стерильной простыней, если операция еще не закончена.

Искусственное дыхание производится следующим образом. Наркотизатор, находящийся у головного конца операционного стола, захватывает руки больной выше или ниже локтей и круговым движением отводит их от грудной клетки кверху так, чтобы плечи легли рядом с головой. Руки удерживают в таком положении около трех секунд, чтобы вызвать расширение грудной клетки или фазу вдоха; затем руки отводятся книзу и сильно прижимаются к боковой стенке грудной клетки в течение двух секунд, чтобы вызвать сдавление ее или фазу выдоха. Эта процедура методически и не спеша повторяется раз 15 в минуту, причем надо помнить, что язык должен быть вытянут изо рта. В том случае, когда челюсти сжаты, их открывают при помощи специального роторасширителя, тоже имеющегося на столике для наркоза. Таких роторасширителей предложено несколько различных систем (рис. 40).

После расширения рта можно ввести между челюстями небольшой прибор Мэйо (Mayo) (рис. 41), который удерживает рот в раскрытом состоянии и причиняет меньше травмы зубам, чем роторасширитель.

Для того чтобы раскрыть рот больной и достать язык, наркотизатор надевает себе на указательный палец металлический футлярчик (рис. 42), иначе он рискует поранить палец о зубы больной.

В некоторых случаях при более легкой асфиксии достаточно бывает ритмического потягивания языка по методу Лаборда, чем достигается рефлекторное возбуждение дыхательного центра. Иногда этим приемом удается восстановить дыхательные движения очень быстро, причем сперва начинает ощущаться некоторое сопротивление при потягивании языка, что говорит за успех и за то, что через короткое время восстановится дыхание.

В последнее время при асфиксиях во время наркоза с успехом применяется *углекислота*, введенная в практику американцами Гендерсоном (Henderson) и Хаггардом.

Применение углекислоты основано на том, что путем ее вдыхания повышается парциальное давление последней в крови, которое при асфиксии падает вследствие соединения циркулирующей в кровяной плазме углекислоты с гемоглобином крови; это в свою очередь способствует понижению возбудимости дыхательного центра и ведет к остановке дыхания.

Являясь могущественным раздражителем дыхательного центра, углекислота, кроме того, способствует более быстрому пробуждению оперированных после наркоза, улучшает дыхание, увеличивает экскурсию грудной клетки и может оказать профилактическое влияние в отношении послеоперационных осложнений.

Техника применения углекислоты чрезвычайно проста и заключается в ингаляции этого газа через нос из резиновой подушки, обычно употребляемой для кислорода, но вместо рупора на конец резинового планга надевается мягкий резиновый катетер, который смазывается вазелином и вводится в нос больной.

Обыкновенно 1—2-минутного вдыхания углекислоты бывает достаточно, чтобы дыхание возобновилось и симптомы асфиксии исчезли.

Паралич сердца обычно наступает внезапно от нескольких капель наркоза, чаще от хлороформа. Повидимому, это наблюдается у лиц с тимико-лимфатической конституцией, у которых просвет аорты уже нормального и имеются также и другие, свойственные этому состоянию, изменения, как например разращения лимфатических желез в зеве на корне языка; помочь чем-нибудь в этих случаях совершенно невозможно. Но иногда паралич сердца появляется тоже не сразу, а ему предшествуют некоторые явления со стороны пульса, которые должны быть во-время замечены наркотизатором, именно пульс делается мягким, частым и неровным. Эти изменения обыкновенно зависят от недостаточно осторожной дачи наркоза; он должен быть на время прекращен, а больной необходимо сделать подкожное впрыскивание камфоры или, в более тяжелых случаях, произвести вливание под кожу физиологического раствора с адреналином (1 : 1000); таким образом больную часто удается спасти.

Иногда, в более тяжелых случаях, приходится прибегать к специальному *массажу сердца*, состоящему в том, что на область сердца кладутся обе руки одна на другую, и грудная клетка сжимается быстрыми ритмическими движениями; некоторые предлагают производить массаж сердца со стороны диафрагмы через брюшную рану, но мы лично не имели случая для применения такого рода массажа, и поэтому высказать свое суждение не можем. Если работа сердца после примененных мероприятий совершенно восстановилась, то наркоз можно продолжать, но в дальнейшем применять следует один эфир.

Наконец, одним из нередких осложнений ингаляционного наркоза является развивающийся в послеоперационном периоде *паралич* одной из верхних конечностей. Он зависит от сдавления во время наркоза плечевого сплетения вследствие того, что рука была отведена высоко вверх, а нервный пучок при этом сильно вытягивается и придавливается плечевой костью. Во избежание этого руки не следует отводить высоко кверху, а одну, например, левую можно вытянуть вдоль тела больной и привязать к операционному столу, другую же следует согнуть в локте и оставить свободной, благодаря чему запястье можно держать на высоте головы и легко следить за пульсом.

Кроме ингаляционного наркоза хлороформом и эфиром можно в некоторых случаях, требующих кратковременного хирургического вмешательства, воспользоваться *хлорэтилом*, который применяется следующим образом. Струя хлорэтила из стеклянной ампулы направляется на обыкновенную эсмарховскую маску; больная вдыхает испаряющийся хлорэтил и необычайно быстро (через 20—40 секунд) засыпает после нескольких глубоких вдохов; пробуждение наступает тоже чрезвычайно быстро и не осложняется какими-нибудь неприятными явлениями.

Местная анестезия. В гинекологии местная анестезия находит себе широкое применение, причем для этой цели обычно пользуются открытым в 1905 г. Э й н г о р н о м новокаином, с прибавлением (по предложению Б р а у н а для удлинения действия наркотического вещества) небольшого количества адреналина. За последнее время стали пользоваться также и другими более новыми средствами, как тропокаин, тутокаин и др.

Применяется местная анестезия в гинекологической практике различными способами: в виде анестезии инфильтрационной, или в виде регионарной, либо, наконец, в виде анестезии спинномозговой, видоизменением каковой является сакральная анестезия.

Инфильтрационная анестезия, введенная в хирургию Реклю (Reclus) в 1889 г. и Шлейхом в 1891 г., применяется при производстве поверхностных кожных разрезов, например при восстановлении целостности промежности. Для этого пользуются 0,5 или 1% раствором новокаина с прибавлением адреналина; новокаин готовится на 0,7% растворе хлористого натрия. Однако раствор новокаина с адреналином непрочен и скоро портится при доступе воздуха, становясь сперва розовым, а затем коричневым; такой раствор употребляться не может, и поэтому лучше адреналин прибавлять непосредственно перед анестезией по одной капле (раствора адреналина 1 : 1000) на 10,0 анестезирующей жидкости. Для введения под кожу этого раствора применяется тонкая игла, которую вкалывают по направлению разреза; способ этот чрезвычайно прост, и здесь не требуется подробного знания топографии нервных стволов, но его недостаток в том, что он делает края разреза отечными, и после того как отек, вызванный впрыскиванием анестезирующей жидкости, спадает, наложенные швы ослабевают, и сращение происходит несовершенно.

Значительно сложнее предложенная Брауном *проводниковая* или *регионарная* анестезия, для выполнения которой требуются хорошая техника и знание анатомии тех нервных сплетений, которые предполагается анестезировать. В гинекологической практике приходится иметь дело со сплетениями, с семенным и подчревным, причем для их обезболивания пользуются таким же раствором новокаина и адреналина, как при инфильтрационной анестезии, только игла здесь берется толщиной в 1 мм и длиной в 15 см (конец иглы должен быть коротко срезан, чтобы избежать поранения сосудов и образования гематом). Для впрыскивания можно применять шприц Рекорд в 5 см³ или специальный металлический шприц Брауна, который имеет некоторые преимущества, так как хорошо переносит стерилизацию кипячением, а кроме того на его заднем конце имеются приспособления для держания его пальцами и кольцо на поршне для большей устойчивости большого пальца (рис. 43).

Прокипяченный в воде с содой шприц перед употреблением должен быть промыт дистиллированной водой, чтобы удалить щелочь, которая ослабляет обезболивающее действие раствора; игла тоже стерилизуется кипячением без мандрена, но затем она должна быть тщательно высушена и в нее следует ввести тонкую проволоку, чтобы она не засаривалась и не ржавела.

При регионарной анестезии впрыскивание производится следующим образом. Сперва иглу ведут к нижнему концу крестца в области крестцово-копчикового сочленения, отсюда по внутренней поверхности крестца параллельно средней линии доходят иглой на глубине 6—7 см до сопротивления, которое является краем второго крестцового отверстия; теперь иглу медленно выдвигают, постепенно впрыскивая около 40 см³ полупроцентного раствора новокаина. Таким образом инфильтрируется расстояние от второго до пятого крестцового отверстия и прерывается чувствительность соответственных нервных сплетений; затем игла вводится снова, проникая глубже и наталкиваясь на костное препятствие на глубине 9—10 см, соответственно верхнему краю первого крестцового отверстия; здесь снова впрыскивается около 40 см³ раствора; затем то же делается на противоположной стороне. Для получения полной анестезии необходимо сделать еще по одному впрыскиванию спереди и сзади копчика в количестве от 5 до 10 см³ раствора, чтобы вызвать потерю чувствительности в копчиковом сплетении; чтобы прервать чувствительность нервов, идущих от бедер, обезболивают полосу ткани, расположенную вокруг входа во влагалище и заднего прохода.

Анестезия наступает через 10—15 минут и держится около часа, причем в общем можно впрыснуть до 200 см³ 0,5% раствора новокаина с адреналином.

Наиболее широким распространением среди способов местной анестезии в настоящее время пользуется предложенная в 1889 г. Биром *спинномозго-*

вая или лумбальная анестезия. Сущность ее заключается в том, что анестезирующее вещество впрыскивается в поясничной области в дуральный мешок спинного мозга. Введенное вещество распространяется в цереброспинальной жидкости и действует на нервные стволы и корешки, прерывая проводимость их. В результате такого впрыскивания получается полное обезболивание нижней половины тела.

По своему действию спинномозговая анестезия является одним из видов проводниковой анестезии, но по эффекту и по обширности действия она занимает срединное место между общим наркозом и местным обезболиванием. Для получения полной потери чувствительности анестезирующая жидкость должна быть введена в субарахноидальное пространство спинного мозга, и поэтому нужно проколоть иголкой твердую мозговую оболочку, пройдя сперва между острыми отростками поясничных позвонков.

Местом для вкола иглы обычно избирается пространство между третьим и четвертым поясничными позвонками, и для того, чтобы его легче найти, больная усаживается поперек стола, свесив ноги, опершись локтями на бедра и согнув спину и голову как можно больше вперед. При этом положении отчетливо выступают остистые отростки позвонков, и искомое место легко удается определить, наложив полотенце на гребни обеих подвздошных костей и натянув его концы; место пересечения линии остистых отростков с полотенцем и соответствует четвертому поясничному позвонку (рис. 44, 45).

Инструментарий, необходимый для спинномозговой анестезии, состоит из специальной иглы Б и р а толщиной в 1—1,5 мм и длиной в 12 см с коротко срезанным концом; игла снабжена мандреном и к ней должен хорошо подходить шприц «Рекорд» в 5 см³ (рис. 46).

Первое препятствие, на которое наталкивается игла, образуется находящейся между позвонками связкой; оно часто преодолевается без труда, и игла проходит дальше, встречая следующее препятствие в виде твердой мозговой оболочки; после того как она проколота, удаляется мандрен, и через иглу начинает вытекать по каплям или струей спинномозговая жидкость; это говорит за нахождение иглы в субарахноидальном пространстве.

После того как вытекло около 2 см³ цереброспинальной жидкости, в канюлю вставляется шприц, заключающий в себе 3 см³ 2% раствора новокаина, но можно также применять и тропокаин; адреналина же прибавлять к этому раствору не следует. Спинномозговая жидкость медленно набирается в шприц до тех пор, пока он не будет совершенно выполнен, и затем так же медленно все содержимое шприца впрыскивается в спинномозговой канал; через несколько минут больная кладется на спину, причем ей может быть придано возвышенное положение таза.

Перед операцией под спинномозговой анестезией больная должна быть так же хорошо исследована и подготовлена, как и перед ингаляционным наркозом, и должны быть тщательно обследованы сердце, легкие и другие внутренние органы. Хотя вещества, употребляемые для местной анестезии, значительно слабее действуют на перечисленные органы, но все же к организму во время операции предъявляются повышенные требования, и потому здесь также необходима подготовка сердца предварительным назначением препаратов наперстянки, строфанта и др. Перед операцией за полчаса до нее следует ввести под кожу раствор морфия с атропином, так как никогда нельзя быть уверенным, что не придется перейти к ингаляционному наркозу.

Полного воздержания от пищи и питья здесь не требуется, но при этой форме обезболивания чрезвычайно важна *психическая подготовка* больной, на которую до последнего времени обращали слишком мало внимания. Больную необходимо заверить, что она не будет ощущать боли, но ошибочно ей внушать, что она ничего не будет чувствовать, так как ощущение прикосновения

сохраняется и во время операции, и таким образом этим подрывается авторитет врача и дискредитируется самый метод.

Анестезия при хорошо удавшемся впрыскивании наступает через 5—10 минут и длится около часа; неудачи наблюдаются в 9% случаев и выражаются в неполном обезболивании, что вероятно зависит от беспокойства больной во время впрыскивания или от недостаточной дозы анестезирующего вещества.

Преимущества этого способа обезбоживания сказываются в послеоперационном периоде, когда непосредственно после операции больные имеют бодрый вид и сразу могут пить и есть. Однако встречаются здесь и довольно серьезные осложнения. Иногда уже во время операции появляется рвота, и тогда приходится операцию приостановить и терпеливо ждать, пока рвота прекратится; часто рвота появляется после операции и длится обыкновенно 2—3 дня, но иногда она продолжается и две недели. Вторым осложнением являются головные боли, которые наблюдаются вообще в 6% случаев и могут быть довольно сильными, продолжаясь в 50% случаев около двух недель, а иногда и значительно дольше; кроме головных болей наблюдаются также боли в затылке, причем, по мнению Франца, в этих случаях лучше всего помогает пирамидон, а Бумм рекомендует подкожное вливание физиологического раствора. Третьим осложнением является расстройство зрения в виде поражения отводящего нерва, которое обыкновенно исчезает во время послеоперационного периода; в этих случаях рекомендуется для устранения двойного зрения забинтовать один глаз или носить очки с одним черным стеклом.

Все эти осложнения являются последствием интоксикационного менингита; встречаются они в 20—30% всех случаев и борются с ними можно только тщательным проведением техники впрыскивания. Именно, следует всегда пользоваться тонкой иглой, не двигать ею в стороны и не вкалывать иглу слишком глубоко; впрыскивание можно делать только в тех случаях, когда из иглы вытекает совершенно прозрачная жидкость без примеси крови; следует также избегать применения дезинфицирующих веществ и соды при кипячении иглы и шприца.

В этом состоят наиболее характерные осложнения, наблюдаемые при этом виде местной анестезии, но, как уже было сказано, общее количество смертных случаев здесь приблизительно в четыре раза больше, чем при ингаляционном наркозе. Например, по данным Франца, применявшего по преимуществу спинномозговую анестезию, смертельный исход наблюдался 9 раз на 6015 операций, а по статистическим данным Цвейфеля смертность достигает 1 на 1 600 случаев.

Близко к спинномозговой анестезии стоит *сакральная* или *эпидуральная* анестезия, которая была применена впервые Кателеном в 1904 г. в урологической практике, затем она введена в гинекологию Штеккелем в 1909 г. и разработана Левином.

Состоит она в том, что впрыскивание новокаина производится через отверстие, имеющееся на месте перехода крестца в копчик; это отверстие треугольной формы с вершиной, обращенной к крестцу, но иногда, вследствие неполного сращения по средней линии, оно неправильной формы. Оно ведет в крестцовый канал, где расположены нервные стволы крестцового сплетения, причем дуральная оболочка начинается на уровне второго поясничного позвонка на 8 см выше названного отверстия.

Введенное в эпидуральное пространство анестезирующее вещество не вызывает явления отравления, как при спинномозговой анестезии, но вместе с тем и район действия этого вида обезбоживания гораздо ограниченнее, и чаще получаются неудачи, именно наблюдается 10% полного и 30% неполного отсутствия обезбоживания.

Техника этого способа анестезии состоит в том, что больная укладывается на живот — с согнутыми в коленях и тазобедренных суставах ногами, — или, что нам кажется более удобным, на левый бок с приведенными к животу бедрами, и рукой ощупывается отверстие, ведущее в сакральный канал; здесь вкалывается игла как раз посредине отверстия и прокалывается покрывающая его фиброзная пластинка (делается это так, что два пальца левой руки кладутся на края отверстия и правой рукой быстрым толчкообразным движением производится вкол иглы). Обыкновенно это очень мало болезненно и не причиняет каких-либо неприятностей, тем более, что предварительно всегда производится впрыскивание морфия с атропином, чтобы при часто наблюдаемых неудачах можно было перейти к ингаляционному наркозу (рис. 47).

Если пункция произведена правильно, то вошедшая в канал игла имеет свободную подвижность, но ее никогда не следует вводить глубже чем на 4 см, и потому лучше заранее сделать на игле отметку. Игла, проникая глубже чем на 6 см, легко может проколоть дуральный мешок, и анестезирующее вещество, употребляемое при сакральной анестезии в высокой концентрации, может легко вызвать тяжелое отравление и смерть больной. Проникновение иглы в дуральный мешок распознается по вытеканию из нее прозрачной спинномозговой жидкости, и при появлении ее всегда следует воздержаться от впрыскивания анестезирующего вещества. В том случае, когда из иглы выделяется кровь, направление вкола должно быть изменено, и игла сперва должна быть несколько выдвинута обратно. Иногда игла натывается на твердое препятствие, что обыкновенно бывает вызвано изгибом сакрального канала, и этого можно избежать, наклоняя иглу вверх или вниз.

Для сакральной анестезии обыкновенно пользуются 1,5% раствором новокаина с адреналином, причем впрыскивается до 60 см³. Применяется для этого специальная игла Кренига с рукояткой и мандреном (рис. 48) или игла, употребляемая для спинномозговой анестезии. Впрыскивание должно производиться медленно, так что на вливание 20 см³ требуется от 1 до 1,5 минут, и лучше сделать небольшой перерыв после впрыскивания первой половины дозы, чтобы убедиться, что нет никаких явлений общего отравления, и затем уже впрыскивать остальное.

Обезболивание наступает обыкновенно через 20 минут и может продолжаться час и больше, но, как уже было сказано, довольно часто наблюдаются неудачи, зависящие от того, что впрыснутая жидкость выливается наружу в области отверстий между сакральными позвонками. Как осложнение этой формы обезболивания наблюдаются чувство страха, замирание сердца и неровность пульса, а также боли в крестце, но встречаются и тяжелые осложнения, кончающиеся смертью. Так, например, Ц в е й ф е л ь в 1920 г. собрал в литературе 10 случаев смерти на 4200 сакральных анестезий, и хотя, по его мнению, только в трех из них смерть может быть поставлена в связь с самым способом анестезии, и следовательно смертность должна учитываться как 1 : 1400, все же этот способ обезболивания должен быть признан более опасным, чем ингаляционный наркоз; поэтому он находит свои показания только в тех случаях, когда эфир или хлороформ противопоказаны.

Мы неоднократно пользовались этим способом анестезии при полном удалении матки и влагалища у очень пожилых женщин, а также в некоторых случаях при влагалищно-пузырной интерпозиции матки, и она протекала благополучно и была достаточна.

Заканчивая этим изложением применяемых ныне способов обезболивания, мы должны хотя бы вкратце остановиться на некоторых средствах, которые пока не успели еще найти себе широкого общего применения, но в настоящее время, повидимому, завоевывают право гражданства; упомянем здесь только о двух из этих многочисленных средств, именно об *авертине* и *перноктоне*.

Авертин представляет собой белый порошок, растворимый в воде при 37°; он применяется для наркоза путем введения в прямую кишку и вызывает через 10—15 минут спокойный сон с потерей болевой чувствительности; преимущество перед хлороформно-эфирным наркозом состоит в отсутствии психического инсульта и в легком послеоперационном течении, так как асфиксия и рвота отсутствуют и не наблюдается бронхита и пневмонии.

У взрослых вводится в прямую кишку 2,5% раствор авертина в количестве 0,08—0,1 на 1 кг веса. При нагревании раствора выше 45° он разлагается и приобретает токсические свойства.

Перноктон представляет собой 10% водный раствор натриевой соли вторичной пропил-бромпропил-барбитуровой кислоты; он нашел себе широкое применение в гинекологии и в хирургии для наркоза как при крупных, так и при мелких операциях, причем особенно широко он применяется для обезболивания родов в некоторых крупных клиниках (Б у м м).

Перноктон вводится в вену в количестве 0,1 на 12,5 кг веса больной. Впрыскивание необходимо производить медленно, по 5 см³ в течение 10 минут. Из неприятных побочных явлений следует упомянуть о состоянии возбуждения, которое, по некоторым авторам, наступает в 25%; в общем средство — довольно безопасное, и на 10 000 случаев его применения описано всего 3 смерти, да и те объясняются неправильной дозировкой.

ОБЩАЯ ОПЕРАТИВНАЯ ТЕХНИКА.

Все вышесказанное необходимо для того, чтобы удовлетворить требованиям асептики; однако не это одно решает исход операции. Как бы строго ни проводилась асептика, раневое поле к концу операции всегда будет содержать бактерий.

Правда, в большинстве случаев они мало вирулентны, и большое значение здесь будет иметь то, находятся ли защитные силы организма на должном уровне, чтобы предупредить или преодолеть инфекцию. Несомненно, что защитным силам будет нанесен тем меньший ущерб, чем быстрее будет произведена операция, поскольку длительность наркоза сокращается, брюшная полость подвергается меньшему охлаждению и из воздуха на раневую поверхность попадает меньше бактерий; однако быстроту производства операции не надо смешивать с поспешностью.

Для быстроты оперирования важно избегать лишних и ненужных движений, а для этого оператор должен быть хорошо знаком с анатомией тазовой области и должен уметь свободно в ней ориентироваться. Часы в операционной нужны только для того, чтобы по ним можно было отметить начало наркоза, начало операции и окончание ее, и лучше всего поступит оператор, если он совсем не будет смотреть на часы, чтобы напрасно не отвлекаться от операции, иначе в затянувшемся случае он начнет спешить, и от этого дело пойдет еще хуже и медленнее. Если операция, производимая по определенному плану, требует известного количества манипуляций, то один сделает ее в 20 минут, а другой в 30, и эта разница будет зависеть только от индивидуальных особенностей того или другого оператора, и в данном случае ежеминутным смотрением на часы и поспешным и беспорядочным оперированием дела не ускоришь. Да это и не имеет какого-либо практического значения, так как сейчас можно считать общепризнанным взгляд, что продолжительность операции имеет совершенно определенное влияние на ее исход; операция, продолжающаяся не более одного часа, обыкновенно не влияет на послеоперационное течение; продолжительность операции до двух часов вызывает уже сомнения, а если она продолжается до трех часов, то это в большинстве случаев отражается неблагоприятно на течении послеоперационного периода, и нередко дело кончается смертью.

Итак, операция должна быть произведена таким образом, чтобы не было никаких лишних ненужных движений, но она должна идти без ущерба для остановки кровотечения, а для этого-то и необходимо быть твердо знакомым с анатомией тазовых органов и с их сосудистой системой.

Для тщательной *перевязки сосудов* мы придерживаемся при операциях определенных правил. Сперва мы захватываем зажимами Кохера каждый сосуд в отдельности и перерезаем его, а после того как все сосуды захвачены и перерезаны, мы убираем то, что подлежит при данной операции удалению, и теперь перевязываем сосуды. Они должны перевязываться каждый отдельно, чтобы не было массовых культией, требующих толстых швов, не дающих уверенности в тщательной остановке кровотечения. По нашему мнению, этот способ имеет большое преимущество, так как лигатуры накладываются уже тогда, когда операционное поле свободно, и каждый шов ложится совершенно определенно на известный сосуд и может быть хорошо затянут, так что нет риска, что он соскользнет или ослабнет. Однако надо точно уяснить себе, что отдельно перевязывать сосуды вовсе не значит выделять каждый сосуд из окружающей его клетчатки, напротив, он перевязывается обычно вместе с той связкой, в которой проходит: например артериальная веточка круглой связки перевязывается вместе с нею, маточная артерия перевязывается вместе с идущими с нею венами и с небольшим слоем клетчатки и т. д. Делается это, во-первых, для того, чтобы не терять времени на выделение сосуда, а во-вторых и главным образом потому, что таким образом лигатура ложится на сосуд более прочно и даже в случае склероза не вызывает нарушения его целостности.

Кроме перевязки сосудов знание анатомии дает хирургу возможность ориентироваться в топографии и избежать поранения соседних органов, например мочеточников, мочевого пузыря или кишечника, а это несомненно имеет большое значение. Хотя Франц находит, что хороший хирург таковым рождается и что хирургия есть искусство, которому не всякий может научиться, но нам кажется, что основные правила оперативной техники все же можно твердо себе усвоить, причем одним из главных правил является предварительное захватывание сосудов в зажимы и их перерезка, затем следует удаление того, что требуется, и только тогда — перевязка сосудов.

Насколько нам пришлось убедиться на опыте, потеря крови при таком оперировании сводится к минимуму; молодые врачи быстро осваиваются с этим приемом и научаются относиться сознательно к делу.

Оперативная анатомия.

Ассист. А. И. Серебров.

Бесспорно, что знание анатомии лежит в основе всей хирургической техники при оперативном лечении гинекологических заболеваний. Хирургу-гинекологу необходимо хорошо быть знакомым не только с основами анатомии, но и с целым рядом анатомических деталей, знание которых особенно важно при производстве сложных хирургических вмешательств. Не задаваясь целями систематического изложения анатомии женских половых органов со всеми анатомическими подробностями, для чего мы отсылаем читателя к классическим учебникам, мы считаем необходимым дать в настоящей главе сведения, имеющие непосредственную связь с оперативной техникой. Кроме того, мы ставим себе задачей не столько рассказать читателю об этих специфических особенностях, сколько их показать, с каковой целью сопровождаем наше изложение рядом рисунков, детальное рассмотрение которых, как нам кажется, дает больше любого описания.

Снаружи *брюшина стенка* покрыта кожей и подкожной клетчаткой. Толщина последней весьма различна, достигая в среднем 5—6 см, но иногда — 10 см

и больше. В нижнем отделе брюшной стенки пальца на $1\frac{1}{2}$ —2 выше верхнего края симфиза отчетливо заметна полукруглая выпуклая книзу борозда, с боков переходящая в паховые складки, соответствующие ходу пупартовых связок. Эта борозда имеет в оперативной гинекологии то значение, что по ней делается разрез по П ф а н н е н ш т и л ю. По средней линии, не всегда на одинаковой высоте, находится пупок; его строение и топография образующих его тканей ясны из рис. 49 и 50.

В случаях, когда разрез брюшной стенки приходится делать выше пупка, его рекомендуется производить с левой стороны от пупка, так как проходящие в этой области вены и печеночная связка расположены ближе к внутреннему краю правой прямой мышцы, чем к левой.

При разрезе брюшной стенки по средней линии кровотечение бывает незначительным, и только в нижнем углу раны у симфиза обычно кровоточат проходящие здесь в поперечном направлении вены, требующие перевязки.

Строение мышечных слоев брюшной стенки явствует из рис. 51, 52, 53 и 54.

Необходимо только отметить, что в нижнем отделе влагалища прямых мышц расположены пирамидальные мышцы, которые своими медиальными краями прикрепляются к белой линии живота, а нижними, более широкими, — к лобковой кости. Поэтому при разрезе брюшной стенки для отыскивания внутренних краев прямых мышц можно пользоваться местом прикрепления пирамидальных мышц у белой линии. Как видно из рисунков, последняя образуется слиянием апоневрозов косых мышц живота той и другой стороны по средней линии и имеет ширину в пол-сантиметра.

Если брюшная стенка разрезается в поперечном направлении [по П ф а н н е н ш т и л ю (Pffannenstiel) или по Б а р д е н г е й е р у (Bardenheuer)] и следовательно в разрез попадают боковые ее отделы, то нужно иметь в виду следующие проходящие здесь сосуды: 1) *art. epigastrica superficialis inferior*, располагаясь поверхностно под кожей, идет снизу вверх к пупку; 2) *art. epigastrica profunda inferior* проходит глубоко во влагалище прямой мышцы, огибая внизу внутреннее отверстие пахового канала и, наконец, 3) *vena profunda externa* проходит в области наружного отверстия пахового канала.

Чтобы покончить с рассмотрением строения брюшной стенки, необходимо еще вспомнить строение пахового канала у женщины. Внутреннее отверстие пахового канала расположено в углублении брюшины на задней поверхности брюшной стенки за *plicae epigastricae*, которые идут приблизительно от середины пупартовых связок кверху, заключая в себе *art. epigastricae infer. profundae*. Через паховый канал у женщин проходит круглая связка в сопровождении *n. ilioinguinalis*, *n. spermaticus externus* и артерии круглой связки. Стенку канала спереди образует наружная косая мышца живота, сзади — поперечная фасция, сверху — края внутренней косой и поперечной мышц живота и снизу — пупартова связка.

Если мы вскрыем брюшную полость по средней линии, придав предварительно большой тренделенбургское положение, и отнесим кишечные петли кверху, то будем иметь перед глазами выстланную брюшиной полость таза, в которой находятся покрытые брюшиной (за исключением яичника) внутренние половые органы, причем в центре тазовой впадины оказывается дно матки. Стоит только несколько приподнять матку кверху, захватив ее дно пулевыми щипцами, чтобы отчетливо обозначились три отдела таза: передний, заключающий в себе мочевой пузырь, средний — матку с придатками и задний — прямую кишку (рис. 55). Разделяются эти отделы углублениями, находящимися спереди и сзади матки. Так как перед операцией большая обязательно катетеризируется, то переднего пространства в виде щели между передней поверхностью матки и мочевым пузырем, как это обычно описывается в учебниках анатомии, не существует, и мы видим только между маткой и лонным сочленением углубление,

дно которого образовано спавшимся мочевым пузырем и выстилающей его брюшиной. Если же мочевой пузырь опорожнен не полностью, то это пространство занято шаровидной выпуклостью, и тогда только между маткой и мочевым пузырем образуется слепой мешок брюшины. Приподнимая матку по направлению к симфизу, мы видим позади матки глубокую полость — заднее дугласово пространство, в которое вдается прямая кишка. Расположение последней весьма непостоянно. Иногда она в виде узкой, прямолинейной и короткой трубки спускается вниз по крестцовой впадине, иногда же она вместе с тазовым отрезком ободочной кишки, образуя ряд изгибов, выполняет почти все дугласово пространство. При поднимании матки отчетливее обозначается и *связочный аппарат*, именно круглые, широкие и крестцово-маточные связки, соединяющие матку со стенками таза. Расположение связок и их отношение к матке видны на рис. 56.

Ткани, образующие связки, настолько эластичны, что при операциях позволяют придавать матке самые различные положения, выводить ее в операционную рану, опускать, перемещать в различные отделы таза, а кроме того, благодаря их легкой растяжимости дают возможность пользоваться связками для покрытия культи удаленных органов, для каковых целей чаще всего используется круглая связка.

В оперативной гинекологии важное значение имеет знание строения широкой связки, сагитальный разрез которой изображен на рис. 57. Широкая связка, располагаясь по сторонам от матки, представляет собой четырехугольную пластинку, возникшую из сочетания, как ниже увидим, нескольких связок. Состоит она из двух листков брюшины, между которыми заложен слой рыхлой клетчатки с проходящими в ней сосудами и нервами. В верхнем отделе широкой связки заложена между листками брюшины труба, на заднем ее листке расположен яичник, соединяющийся с маткой при помощи яичниковой связки.

Яичниковая связка идет от угла матки, начинаясь ниже места отхождения трубы, к внутреннему краю яичника, и далее вдоль его ребра располагается в заднем листке широкой связки. Подойдя к наружному краю яичника, она входит в образование так наз. тазово-воронковой связки (*lig. infundibulo-pelvicum*), представляющей собой латеральный свободный край широкой связки между ампулой трубы и стенкой таза в области крестцово-подвздошного сочленения.

Внутренним своим краем широкая связка соприкасается с ребрами матки, а покрывающая ее брюшина переходит на переднюю и заднюю поверхности матки. Несколько выше внутреннего зева листки брюшины расходятся кпереди и кзади, переходя в брюшину тазового дна. Боковые отделы клетчатки, заложенные в толще широких связок, разделяются фасциальной пластинкой на две части: верхнюю, почти лишенную сосудов, так наз. *ala vesperilionis*, и нижнюю, которая представляет собой массивное образование с проходящими здесь сосудами, нервами и мочеточником. Эта нижняя часть широкой связки носит название *lig. cardinale* или связки *Макенрота* (*Mackenrodt*) (рис. 58).

С ней приходится иметь дело при операции *Вертгейма* (*Wertheim*) при освобождении мочеточника, который всегда легко отходит в сторону, как только эта часть широкой связки перерезается между двумя наложенными зажимами во избежание кровотечения из расположенной здесь обильной сети венозных сосудов.

Как мы уже отметили раньше, все тазовые органы, за исключением яичника, покрыты брюшиной. С точки зрения оперативной техники важно знать, что брюшина, покрывающая матку, не везде одинаково плотно спаяна с подлежащими тканями. Так в переднем кармане, в том месте, где брюшина с мочевого пузыря переходит на переднюю стенку матки, отчетливо обозначается пузырно-маточная складка брюшины (*plica vesico-uterina*), которая служит опознавательной линией для рассечения в этом месте брюшины с целью отслойки мочевого пу-

зря книзу и получения доступа к вскрытию влагалища. Перерезав ножницами брюшину по ходу этой складки, благодаря присутствию рыхлой клетчатки между шейкой матки и мочевым пузырем, легко удастся отделить пузырь от влагалища не только острым, но и тупым путем. Совершенно иначе брюшина покрывает заднюю стенку матки. Здесь она спускается на некотором протяжении и по задней стенке влагалища, будучи плотно фиксирована к подлежащим тканям. Только на уровне дна дугласова кармана она переходит на прямую кишку. Участок задней стенки влагалища, покрытый брюшиной, весьма значителен, что особенно отчетливо видно, когда матка поднята кверху, так как тогда дугласов карман углубляется, и удлиняется покрытая брюшиной часть влагалища (рис. 59). Это обстоятельство является благоприятным для производства на этом участке широких разрезов заднего свода как с целью вскрытия тазовых и трубных гнойных очагов, так и при операции удаления матки влагалищным и брюшностеночным путем.

Под брюшиной расположены клетчатка, связочный аппарат, а также сосуды и первые тазовых органов. По своему анатомическому строению клетчатка делится на *рыхлую* (служащую для выполнения углублений как между тазовыми органами, так и между этими последними и стенками таза), на волокнистые соединительнотканые образования — *связочный аппарат* внутренних тазовых органов и, наконец, на соединительную ткань — *фасции* таза.

Рыхлая клетчатка, образуя отдельные скопления, делится на несколько отделов, расположение которых в тазу схематически изображено на рис. 60.

Рыхлая клетчатка, расположенная внутри брюшной полости, сообщается с клетчаткой наружной поверхности таза тремя путями: во-первых, через *lacina vasorum* клетчатка тазовой полости вместе с сосудами распространяется в область бедра в так наз. *скарповский треугольник*; во-вторых, через большое седалищное отверстие она вместе с сосудами проникает в ягодичную область, вследствие чего здесь могут образоваться затечные парывы под ягодичной мышцей; в-третьих, наконец, она по ходу задней вены клитора проникает между ножками лобково-пузырной связки.

С точки зрения оперативной техники при удалении клетчатки при операции *Вертгейма* важно знать следующее: если приподнять пинцетом тонкую фасцию, покрывающую наружную подвздошную артерию, и рассечь ее над сосудом ножницами, то мы попадаем в слой, в котором клетчатка легко отходит от стенок сосудов, а ниже — и от мышц боковой стенки таза вместе с лимфатическими железами, расположенными на сосудах. По ходу этого сосуда клетчатку можно отделить до места вступления его под пупартову связку.

Так же легко клетчатка отделяется ниже названных сосудов от стенок таза в направлении к *spat. obturatorium*. При выделении клетчатки в этом месте нужно иметь в виду проходящий здесь запирающий нерв с сопровождающими его у стенок таза артерией и веной. При выделении клетчатки сзади, ниже места отхождения подчревной артерии, следует быть осторожным, дабы не поранить подчревную вену, задняя стенка которой плотно примыкает к стенкам таза и перевязать ее бывает чрезвычайно трудно, тем более что ее ранение сопровождается всегда сильнейшим кровотечением. Без особых трудностей также удастся отделить клетчатку в *cavum ischio-rectale*. Довольно плотно она соединена с боковой стенкой мочевого пузыря и ребром матки, и для отделения от этих органов приходится отсекал ее ножницами. На рис. 66 представлена стенка таза с удаленной клетчаткой.

Как уже было сказано выше, кроме скоплений рыхлой клетчатки, в тазу имеются соединительнотканые образования — *фасции* и *связки*.

Фасции делятся на пристеночную или париетальную, на висцеральную, покрывающую отдельные органы, и, наконец, на фасцию промежности. Тазовая фасция является продолжением поперечной фасции, выстилающей заднюю

поверхность передней брюшной стенки. Отношение ее к тазовым органам представлено на рис. 62, 63.

Там, где фасция выражена особенно хорошо, она приобретает характер связки; сюда относятся уже упомянутые круглые, основные, крестцово-маточные связки и др.

Наибольшие трудности для хирурга-гинеколога создаются при радикальной операции удаления пораженной раком матки; при этом значительная их доля выпадает на освобождение мочеточника. Поэтому мы считаем не лишним остановиться на его топографии. Мочеточник делится на абдоминальный и тазовый отрезки; границей между ними служит *lin. terminalis*, через которую мочеточник перегибается в области крестцово-подвздошного сочленения. Его отношение к *vasa iliaca* с одной и другой стороны неодинаково, а именно, с правой стороны он перегибается через сосуды в месте деления общей подвздошной артерии на наружную подвздошную и подчревную артерии, слева же это чаще происходит выше места бифуркации этих сосудов. Затем мочеточник опускается в таз, лежа медиально от подчревных артерий. В месте перегиба мочеточника через *lin. terminalis* он веретенообразно расширен (*ampulla terminalis*), а книзу от этого расширения он имеет одинаковую толщину и просвет. На своей наружной поверхности мочеточник покрыт соединительнотканнм влагалищем, которое фиксирует его к брюшине боковой стенки заднего дугласова пространства; в этом влагалище проходят петли мочеточниковых артерий.

Выше *lin. terminalis* мочеточник проходит рядом с яичниковыми сосудами (*vasa ovarica*), которые идут параллельно с ним с вентральной стороны. Пройдя пограничную линию таза, мочеточник и яичниковые сосуды расходятся, так как мочеточник направляется вниз по боковой стенке таза, образуя дугу, обращенную выпуклостью кнаружи. Затем мочеточник отходит от боковой стенки таза, перекрещивая с медиальной стороны боковую пупочную связку (*lig. umbilicalis lateralis*), запирательные сосуды (*vasa obturatoria*) и направляется вперед и внутрь. На протяжении этого косо го пути мочеточник лежит в основании широкой связки (связки Макенрота). Здесь он идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, подходит к шейке матки и на расстоянии 2—3 см от боковой части шейки перекрепчивает маточную артерию, проходя под ней. Далее мочеточник направляется кпереди и кнутри, минуя шейку матки, соприкасается с передней стенкой влагалища и тотчас же проникает в стенку мочевого пузыря. Нужно еще отметить, что та часть мочеточника, которая расположена позади места его перекрепчивания с маточной артерией, проходит под брюшиной заднего листка широкой связки, составляющей боковую стенку заднего дугласова кармана, и у худых и истощенных женщин эта часть мочеточника хорошо видна через брюшину. При операции Вертгейма этот участок мочеточника, в виду его тесной связи с брюшиной и отсутствия в этом месте рыхлой клетчатки, отсепаровывать не рекомендуется, дабы не нарушить понапрасну питание его стенок. Последнее, что нужно помнить при выделении мочеточника, это возможность кровотечения при освобождении его устья. Незначительное кровотечение бывает при рассечении над мочеточником маточных сосудов (несмотря на предварительную перевязку подчревных сосудов) и почти всегда из сосудов пузыряно-влагалищного сплетения, которые переходят с пузыря на переднюю стенку влагалища в области мочеточникового устья. Поэтому пересечение их лучше производить после предварительного наложения клемм.

Топографические взаимоотношения между сосудами матки и влагалища и мочеточником представлены на рис. 64 и 65.

Далее хирургу необходимо знать для правильного лигирования и тщательного гемостаза точное *расположение сосудов*, вернее артерий, питающих кровью тазовые органы, так как вены таза с точки зрения оперативной техники имеют

не столь существенное значение, ибо лежат в тазу в виде целого ряда объемистых сплетений вокруг них, не могут быть отдельно изолированы и перевязываются *en masse*. Только вены крупного калибра, как то: *v. hypogastrica*, *iliaca* и др., иногда перевязываются отдельно при соответствующих показаниях. Венозная сеть таза представлена на рис. 66 и 67.

Расположение артериальных сосудов более закономерно, чем расположение вен. Снабжение кровью тазовой области происходит из сосудов, берущих начало непосредственно от аорты (внутренние семенные или яичниковые артерии) и затем из сосудов, берущих начало ниже бифуркации аорты (маточные артерии).

Как видно из рис. 68 и 69, общие подвздошные артерии, образовавшиеся в результате деления аорты на уровне IV поясничного позвонка, делятся в свою очередь на уровне крестцового мыса в области крестцово-подвздошного сочленения на наружную подвздошную артерию и внутреннюю или подчревную артерию, причем последняя в снабжении кровью тазовых органов, а отчасти и наружных половых органов, играет первостепенную роль.

Начинаясь из общей подвздошной артерии, подчревная артерия спускается вниз, в полость таза, соответственно расположению крестцово-подвздошного сочленения, и выходит из таза наружу через большое седалищное отверстие. Как видно из рисунков, в полости таза она отдает от себя несколько ветвей, из коих первое место принадлежит маточной артерии (*art. uterina*). Последняя спускается по боковой стенке таза, располагаясь снаружи от яичника и под ним, как раз перед мочеточником; на расстоянии 4—5 см от места ее начала из подчревной артерии она вступает в основание широкой связки и идет в клетчатке, непосредственно над основной связкой в направлении к матке. Место, где маточная артерия вступает в основание широкой связки, имеет важное значение в оперативной гинекологии: здесь происходит перекрест артерии с мочеточником, вследствие того что артерия, идущая до сих пор латерально от мочеточника, теперь направляется к средней линии, в то время как мочеточник идет вниз и вперед. Место перекреста находится приблизительно в двух сантиметрах от бокового края матки на высоте ее влагалищной части. Направляясь отсюда почти горизонтально к надвлагалищной части матки, артерия в области перекреста дает от себя шеечно-влагалищную веточку, снабжающую кровью шейку матки и верхний отдел влагалища. Относительно последней надо иметь в виду, что место ее отхождения весьма непостоянно и она начинается от маточной артерии то выше, то ниже, вследствие чего при удалении матки и перевязке маточной артерии она иногда остается незахваченной в лигатуру и ее приходится перевязывать отдельно.

Достигнув ребра матки, маточная артерия почти под прямым углом направляется кверху вдоль бокового ребра матки, сохраняя свой извилистый характер, и, подойдя к месту отхождения яичниковой связки, делится на следующие ветви: 1) трубную веточку, идущую вдоль трубы снизу от нее; 2) яичниковую веточку, дающую несколько отдельных тонких веточек к яичнику и анастомозирующую с внутренней семенной артерией; 3) веточку круглой связки, направляющуюся вдоль нее к наружному отверстию пахового канала и анастомозирующую с *art. epigastrica inferior profunda*. На пути, вдоль ребра матки, ствол маточной артерии в нижнем отделе проходит дальше от матки, чем в верхнем, оставаясь все время обособленным от матки, не проникая в тело последней. Он отдает от себя в толщу матки более или менее значительное количество веточек, обычно не крупных по объему. При экстирпации матки нужно еще иметь в виду влагалищную артерию. Отойдя от подчревной артерии либо самостоятельно, либо общим стволом с маточной артерией (иногда даже с запирающей артерией), она идет вниз, вперед и внутрь, параллельно с маточной артерией позади мочеточника и разветвляется в двух нижних третях влагалища, давая веточки к мочевому пузырю.

дно которого образовано спавшимся мочевым пузырем и выстилающей его брюшиной. Если же мочевой пузырь опорожнен не полностью, то это пространство занято шаровидной выпуклостью, и тогда только между маткой и мочевым пузырем образуется слепой мешок брюшины. Приподнимая матку по направлению к симфизу, мы видим позади матки глубокую полость — заднее дугласово пространство, в которое вдается прямая кишка. Расположение последней весьма непостоянно. Иногда она в виде узкой, прямолинейной и короткой трубки спускается вниз по крестцовой впадине, иногда же она вместе с тазовым отрезком ободочной кишки, образуя ряд изгибов, выполняет почти все дугласово пространство. При поднимании матки отчетливее обозначается и *связочный аппарат*, именно круглые, широкие и крестцово-маточные связки, соединяющие матку со стенками таза. Расположение связок и их отношение к матке видны на рис. 56.

Ткани, образующие связки, настолько эластичны, что при операциях позволяют придавать матке самые различные положения, выводить ее в операционную рану, опускать, перемещать в различные отделы таза, а кроме того, благодаря их легкой растяжимости дают возможность пользоваться связками для покрытия культи удаленных органов, для каких-либо целей чаще всего используется круглая связка.

В оперативной гинекологии важное значение имеет знание строения широкой связки, сагитальный разрез которой изображен на рис. 57. Широкая связка, располагаясь по сторонам от матки, представляет собой четырехугольную пластинку, возникшую из сочетания, как ниже увидим, нескольких связок. Состоит она из двух листков брюшины, между которыми заложен слой рыхлой клетчатки с проходящими в ней сосудами и нервами. В верхнем отделе широкой связки заложена между листками брюшины труба, на заднем ее листке расположен яичник, соединяющийся с маткой при помощи яичниковой связки.

Яичниковая связка идет от угла матки, начинаясь ниже места отхождения трубы, к внутреннему краю яичника, и далее вдоль его ребра располагается в заднем листке широкой связки. Подойдя к наружному краю яичника, она входит в образование так наз. тазово-воронковой связки (*lig. infundibulo-pelvicum*), представляющей собой латеральный свободный край широкой связки между ампулой трубы и стенкой таза в области крестцово-подвздошного сочленения.

Внутренним своим краем широкая связка соприкасается с ребрами матки, а покрывающая ее брюшина переходит на переднюю и заднюю поверхности матки. Несколько выше внутреннего зева листки брюшины расходятся впереди и назад, переходя в брюшину тазового дна. Боковые отделы клетчатки, заложенные в толще широких связок, разделяются фасциальной пластинкой на две части: верхнюю, почти лишенную сосудов, так наз. *ala vesperilionis*, и нижнюю, которая представляет собой массивное образование с проходящими здесь сосудами, нервами и мочеточником. Эта нижняя часть широкой связки носит название *lig. cardinale* или связки *Макенрота* (*Mackenrodt*) (рис. 58).

С ней приходится иметь дело при операции *Вертгейма* (*Wertheim*) при освобождении мочеточника, который всегда легко отходит в сторону, как только эта часть широкой связки перерезается между двумя наложенными зажимами во избежание кровотечения из расположенной здесь обильной сети венозных сосудов.

Как мы уже отметили раньше, все тазовые органы, за исключением яичника, покрыты брюшиной. С точки зрения оперативной техники важно знать, что брюшина, покрывающая матку, не везде одинаково плотно спаяна с подлежащими тканями. Так в переднем кармане, в том месте, где брюшина с мочевого пузыря переходит на переднюю стенку матки, отчетливо обозначается пузырно-маточная складка брюшины (*plica vesico-uterina*), которая служит опознавательной линией для рассечения в этом месте брюшины с целью отслойки мочевого пу-

зря книзу и получения доступа к вскрытию влагалища. Перерезав ножницами брюшину по ходу этой складки, благодаря присутствию рыхлой клетчатки между шейкой матки и мочевым пузырем, легко удается отделить пузырь от влагалища не только острым, но и тупым путем. Совершенно иначе брюшина покрывает заднюю стенку матки. Здесь она спускается на некотором протяжении и по задней стенке влагалища, будучи плотно фиксирована к подлежащим тканям. Только на уровне дна дугласова кармана она переходит на прямую кишку. Участок задней стенки влагалища, покрытый брюшиной, весьма значителен, что особенно отчетливо видно, когда матка подтянута кверху, так как тогда дугласов карман углубляется, и удлиняется покрытая брюшиной часть влагалища (рис. 59). Это обстоятельство является благоприятным для производства на этом участке широких разрезов заднего свода как с целью вскрытия тазовых и трубных гнойных очагов, так и при операции удаления матки влагалищным и брюшностеночным путем.

Под брюшиной расположены клетчатка, связочный аппарат, а также сосуды и нервы тазовых органов. По своему анатомическому строению клетчатка делится на *рыхлую* (служащую для выполнения углублений как между тазовыми органами, так и между этими последними и стенками таза), на волокнистые соединительнотканые образования — *связочный аппарат* внутренних тазовых органов и, наконец, на соединительную ткань — *фасции* таза.

Рыхлая клетчатка, образуя отдельные скопления, делится на несколько отделов, расположение которых в тазу схематически изображено на рис. 60.

Рыхлая клетчатка, расположенная внутри брюшной полости, сообщается с клетчаткой наружной поверхности таза тремя путями: во-первых, через *lacina vasorum* клетчатка тазовой полости вместе с сосудами распространяется в область бедра в так наз. скарповский треугольник; во-вторых, через большое седалищное отверстие она вместе с сосудами проникает в ягодичную область, вследствие чего здесь могут образоваться затечные парывы под ягодичной мышцей; в-третьих, наконец, она по ходу задней вены клитора проникает между ножками лобково-пузырной связки.

С точки зрения оперативной техники при удалении клетчатки при операции *Вертейма* важно знать следующее: если приподнять пинцетом тонкую фасцию, покрывающую наружную подвздошную артерию, и рассечь ее над сосудом ножницами, то мы попадаем в слой, в котором клетчатка легко отходит от стенок сосудов, а ниже — и от мышц боковой стенки таза вместе с лимфатическими железами, расположенными на сосудах. По ходу этого сосуда клетчатку можно отделить до места вступления его под пупартову связку.

Так же легко клетчатка отделяется ниже названных сосудов от стенок таза в направлении к *spat. obturatorium*. При выделении клетчатки в этом месте нужно иметь в виду проходящий здесь запирательный нерв с сопровождающими его у стенок таза артерией и веной. При выделении клетчатки сзади, ниже места отхождения подчревной артерии, следует быть осторожным, дабы не поранить подчревную вену, задняя стенка которой плотно примыкает к стенкам таза и перевязать ее бывает чрезвычайно трудно, тем более что ее ранение сопровождается всегда сильнейшим кровотечением. Без особых трудностей также удается отделить клетчатку в *cavum ischio-rectale*. Довольно плотно она соединена с боковой стенкой мочевого пузыря и ребром матки, и для отделения от этих органов приходится отсекал ее ножницами. На рис. 66 представлена стенка таза с удаленной клетчаткой.

Как уже было сказано выше, кроме скоплений рыхлой клетчатки, в тазу имеются соединительнотканые образования — фасции и связки.

Фасции делятся на пристеночную или париетальную, на висцеральную, покрывающую отдельные органы, и, наконец, на фасцию промежности. Тазовая фасция является продолжением поперечной фасции, выстилающей заднюю

поверхность передней брюшной стенки. Отношение ее к тазовым органам представлено на рис. 62, 63.

Там, где фасция выражена особенно хорошо, она приобретает характер связки; сюда относятся уже упомянутые круглые, основные, крестцово-маточные связки и др.

Наибольшие трудности для хирурга-гинеколога создаются при радикальной операции удаления пораженной раком матки; при этом значительная их доля выпадает на освобождение мочеточника. Поэтому мы считаем не лишним остановиться на его топографии. Мочеточник делится на абдоминальный и тазовый отрезки; границей между ними служит *lin. terminalis*, через которую мочеточник перегибается в области крестцово-подвздошного сочленения. Его отношение к *vasa iliaca* с одной и другой стороны неодинаково, а именно, с правой стороны он перегибается через сосуды в месте деления общей подвздошной артерии на наружную подвздошную и подчревную артерии, слева же это чаще происходит выше места бифуркации этих сосудов. Затем мочеточник опускается в таз, лежа медиально от подчревных артерий. В месте перегиба мочеточника через *lin. terminalis* он веретенообразно расширен (*ampulla terminalis*), а книзу от этого расширения он имеет одинаковую толщину и просвет. На своей наружной поверхности мочеточник покрыт соединительнотканным влагалищем, которое фиксирует его к брюшине боковой стенки заднего дугласова пространства; в этом влагалище проходят петли мочеточниковых артерий.

Выше *lin. terminalis* мочеточник проходит рядом с яичниковыми сосудами (*vasa ovarica*), которые идут параллельно с ним с вентральной стороны. Пройдя пограничную линию таза, мочеточник и яичниковые сосуды расходятся, так как мочеточник направляется вниз по боковой стенке таза, образуя дугу, обращенную выпуклостью кнаружи. Затем мочеточник отходит от боковой стенки таза, перекрещивая с медиальной стороны боковую пупочную связку (*lig. umbilicalis lateralis*), запирающие сосуды (*vasa obturatoria*) и направляется вперед и внутрь. На протяжении этого косо го пути мочеточник лежит в основании широкой связки (связки Макенрота). Здесь он идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, подходит к шейке матки и на расстоянии 2—3 см от боковой части шейки перекрещивает маточную артерию, проходя под ней. Далее мочеточник направляется вперед и кнутри, минуя шейку матки, соприкасается с передней стенкой влагалища и тотчас же проникает в стенку мочевого пузыря. Нужно еще отметить, что та часть мочеточника, которая расположена позади места его перекрещивания с маточной артерией, проходит под брюшиной заднего листка широкой связки, составляющей боковую стенку заднего дугласова кармана, и у худых и истощенных женщин эта часть мочеточника хорошо видна через брюшину. При операции Вертгейма этот участок мочеточника, в виду его тесной связи с брюшиной и отсутствия в этом месте рыхлой клетчатки, отсепаровывать не рекомендуется, дабы не нарушить понапрасну питание его стенок. Последнее, что нужно помнить при выделении мочеточника, это возможность кровотечения при освобождении его устья. Незначительное кровотечение бывает при рассечении над мочеточником маточных сосудов (несмотря на предварительную перевязку подчревных сосудов) и почти всегда из сосудов пузырно-влагалищного сплетения, которые переходят с пузыря на переднюю стенку влагалища в области мочеточникового устья. Поэтому пересечение их лучше производить после предварительного наложения клемм.

Топографические взаимоотношения между сосудами матки и влагалища и мочеточником представлены на рис. 64 и 65.

Далее хирургу необходимо знать для правильного лигирования и тщательного гемостаза точное *расположение сосудов*, вернее артерий, питающих кровью тазовые органы, так как вены таза с точки зрения оперативной техники имеют

не столь существенное значение, ибо лежат в тазу в виде целого ряда объемистых сплетений вокруг них, не могут быть отдельно изолированы и перевязываются en masse. Только вены крупного калибра, как то: *v. hypogastrica*, *iliaca* и др., иногда перевязываются отдельно при соответствующих показаниях. Венозная сеть таза представлена на рис. 66 и 67.

Расположение артериальных сосудов более закономерно, чем расположение вен. Снабжение кровью тазовой области происходит из сосудов, берущих начало непосредственно от аорты (внутренние семенные или яичниковые артерии) и затем из сосудов, берущих начало ниже бифуркации аорты (маточные артерии).

Как видно из рис. 68 и 69, общие подвздошные артерии, образовавшиеся в результате деления аорты на уровне IV поясничного позвонка, делятся в свою очередь на уровне крестцового мыса в области крестцово-подвздошного сочленения на наружную подвздошную артерию и внутреннюю или подчревную артерию, причем последняя в снабжении кровью тазовых органов, а отчасти и наружных половых органов, играет первостепенную роль.

Начинаясь из общей подвздошной артерии, подчревная артерия спускается вниз, в полость таза, соответственно расположению крестцово-подвздошного сочленения, и выходит из таза наружу через большое седалищное отверстие. Как видно из рисунков, в полости таза она отдает от себя несколько ветвей, из коих первое место принадлежит маточной артерии (*art. uterina*). Последняя спускается по боковой стенке таза, располагаясь снаружи от яичника и под ним, как раз перед мочеточником; на расстоянии 4—5 см от места ее начала из подчревной артерии она вступает в основание широкой связки и идет в клетчатку, непосредственно над основной связкой в направлении к матке. Место, где маточная артерия вступает в основание широкой связки, имеет важное значение в оперативной гинекологии: здесь происходит перекрест артерии с мочеточником, вследствие того что артерия, идущая до сих пор латерально от мочеточника, теперь направляется к средней линии, в то время как мочеточник идет вниз и вперед. Место перекреста находится приблизительно в двух сантиметрах от бокового края матки на высоте ее влагалищной части. Направляясь отсюда почти горизонтально к надвлагалищной части матки, артерия в области перекреста дает от себя шеечно-влагалищную веточку, снабжающую кровью шейку матки и верхний отдел влагалища. Относительно последней надо иметь в виду, что место ее отхождения весьма непостоянно и она начинается от маточной артерии то выше, то ниже, вследствие чего при удалении матки и перевязке маточной артерии она иногда остается незахваченной в лигатуру и ее приходится перевязывать отдельно.

Достигнув ребра матки, маточная артерия почти под прямым углом направляется кверху вдоль бокового ребра матки, сохраняя свой извилистый характер, и, подойдя к месту отхождения яичниковой связки, делится на следующие ветви: 1) трубную веточку, идущую вдоль трубы снизу от нее; 2) яичниковую веточку, дающую несколько отдельных тонких веточек к яичнику и анастомозирующую с внутренней семенной артерией; 3) веточку круглой связки, направляющуюся вдоль нее к наружному отверстию пахового канала и анастомозирующую с *art. epigastrica inferior profunda*. На пути, вдоль ребра матки, ствол маточной артерии в нижнем отделе проходит дальше от матки, чем в верхнем, оставаясь все время обособленным от матки, не проникая в тело последней. Он отдает от себя в толщу матки более или менее значительное количество веточек, обычно не крупных по объему. При экстирпации матки нужно еще иметь в виду влагалищную артерию. Отойдя от подчревной артерии либо самостоятельно, либо общим стволом с маточной артерией (иногда даже с запирающей артерией), она идет вниз, вперед и внутрь, параллельно с маточной артерией позади мочеточника и разветвляется в двух нижних третях влагалища, давая веточки к мочевому пузырю.

Не останавливаясь на прочих сосудах, берущих начало от подчревной артерии, ибо при оперативных вмешательствах изолированно с ними встречаться не приходится, мы считаем, однако, необходимым обратить внимание на идущую с каждой стороны заросшую пупочную артерию, которая в виде фиброзного тяжа беловатого цвета толщиной в 2—3 мм направляется к боковым стенкам мочевого пузыря. Она иногда может ввести в заблуждение при отыскании мочеточника. Это может случиться при глубоком тазе, изобилующем жиром, когда создаются особые трудности при отыскании мочеточника. В таких случаях нужно всегда помнить, что место его перегиба через *lin. terminalis* есть самый удобный пункт для отыскания мочеточника.

Вторым источником снабжения внутренних половых органов и отчасти верхнего отдела мочеточников служат внутренние семенные артерии. Начинаясь от брюшной аорты, они спускаются в таз вместе с мочеточником. Достигнув воронко-тазовых связок (*lig. infundibulo-pelvicum*), они под названием яичниковых артерий направляются к наружному краю яичников, отдают к ним несколько веточек и далее анастомозируют с яичниковой веточкой маточной артерии. С ними приходится иметь дело при удалении придатков матки, причем, лигируя их, следует помнить, что в месте их вступления в воронко-тазовые связки они проходят вблизи от мочеточников.

Лимфатическая система тазовой области представлена на рис. 70 и 71.

Мы делим ее на 5 следующих отделов: 1) *lymphogl. lumbales*, 2) *lymphogl. iliacaе*, 3) *lymphogl. hypogastricae*, 4) *lymphogl. sacrales* и 5) *lymphogl. inguinales*. Название показывает их месторасположение. Кроме названных групп лимфатических желез, в клетчатке таза разбросано немало одиночных лимфатических желез. Удаление лимфатических желез производится при радикальной операции по поводу рака матки, причем они удаляются не изолированно, а вместе с клетчаткой, в которой они заложены, как сказано было выше.

Наконец, необходимо сделать несколько замечаний по поводу *иннервации тазовых органов*. Мы имеем в виду операцию невротомии *n. sympathici sacralis*, предложенную с терапевтической целью для уничтожения болей в запущенных случаях рака Феррари (Ferrary). *N. meso-sacralis* является продолжением *plexus caroticus*, соединяющегося с ветвями пояснично-крестцовой части симпатического нерва; он делится на ряд ветвей, среди которых имеются и маточно-влагалищные. Названные симпатические нервы располагаются кнутри от тазовой фасции, образуют два ствола по передней поверхности крестца, которые располагаются кнутри от *foramina sacralia anteriora*, спускаются по крестцу вниз и сходятся под острым углом на уровне первого копчикового позвонка, образуя *ganglion cossugeum*. В каждом стволе имеется 4—5 ганглий, связанных по длине между собой посредством межганглионарных ветвей и расположенных у медиального края крестцовых отверстий; как особенность этих стволов, следует еще отметить веточки, соединяющие в поперечном направлении каждую пару ганглий.

Схематический рис. 72 знакомит нас с иннервацией тазовых органов и показывает расположение интересующих нас симпатических узлов.

Чтобы закончить наш беглый обзор тазовой области, необходимо вкратце еще остановиться на промежности, где хирургу-гинекологу приходится оперировать.

На рис. 73 представлены мышцы промежности, описание которых можно найти в любом руководстве по гинекологии и акушерству.

Что касается фасции промежности, то она распадается на три листка, причем глубокий и передний листки расположены в переднем треугольнике промежности и входят в состав *diaphragma urogenitale*, покрывая собою кнутри и снаружи *m. transversus perinei profundus*; поверхностный листок этой фасции покрывает собою наружную поверхность мышц промежности. На рис. 74 пока-

зано кровоснабжение промежности, и, наконец, рис. 75 знакомит читателя с иннервацией промежности для ориентировки при применении местной анестезии при операциях на промежности.

Различные пути гинекологических операций.

Проф. Л. Л. Окинчик.

Остро стоявший до последнего времени вопрос о том, какой путь операций — брюшностеночный или влагалищный — лучше и бережнее для больной, теперь должен считаться окончательно решенным, так как большинство крупных хирургов-гинекологов предпочитает в настоящее время первый путь и для второго оставляет только случаи со специальными показаниями.

Еще не так давно дело обстояло далеко не так, и это понятно, ибо благодаря погрешностям техники брюшностеночное чревосечение давало большую смертность, и оперативная гинекология должна была пережить эпоху влагалищного чревосечения, блестяще разработанную у нас Д. О. О т т о м. Теперь же, благодаря развитию хирургической техники, брюшностеночное чревосечение дает одинаковую смертность, являющуюся только результатом роковой случайности. Понятно поэтому, что подчеркивавшиеся прежде выгодные стороны влагалищного метода (отсутствие шока, меньшее охлаждение брюшной полости, отсутствие брюшного рубца и опасности образования грыжи) не могли устоять перед весьма существенным преимуществом брюшностеночного чревосечения, заключающимся в возможности сравнительно быстро оперировать и в легкой доступности для глаза операционного поля.

Сейчас большинство операторов считают подлежащими влагалищному способу только такие случаи, где матка хорошо низводится и влагалище достаточно широкое, или где кроме того имеются показания к одновременному производству операции снизу, например зашивание промежности и т. п. Б у м м в своем руководстве по оперативной гинекологии говорит: «Будет ошибкой добиваться производства операции со стороны влагалища несмотря на затруднения в остановке кровотечения и возможности поранения соседних органов».

Брюшностеночное чревосечение. После того как больная уложена на операционном столе и находится под наркозом, она переводится в тренделенбурговское положение с приподнятым тазом. В исключительных, однако, случаях, когда у женщины имеется высокое кровяное давление или выраженный склероз сосудов или, наконец, когда в брюшной полости определяется жидкость (например кровь при внематочной беременности), разрез брюшной стенки производится в горизонтальном положении больной. Иначе в первом случае получился бы чрезмерный прилив крови к голове, а в последнем жидкость скоплась бы в верхних отделах брюшной полости под диафрагмой, откуда ее трудно было бы удалить.

Оператор занимает свое место, причем многие находят более удобным становиться слева от больной, так как в этом случае правая рука может действовать более свободно сверху, но мы придерживаемся такого порядка, что оперирующий становится обыкновенно справа, так как при этом удобнее пользоваться инструментами на столике у ног больной. В тех, однако, случаях, где приходится оперировать на правой половине таза, удобнее стать с противоположной, т. е. с левой стороны: так, например, при удалении пораженной раком матки во время перевязки правой подчревной артерии и при освобождении правого мочеточника, мы становимся с левой стороны, а затем для перевязки левой подчревной артерии мы переходим на правую сторону и остальную часть операции заканчиваем находясь справа от больной.

Против оператора становится первый ассистент, а рядом с ним, ближе к ногам больной, — второй ассистент, который, при возвышенном положении

ножного конца операционного стола, стоит на небольшой низкой скамейке; первый ассистент непосредственно помогает оператору, а второй держит зеркало и т. д.

При производстве гинекологических операций путем брюшностеночного чревосечения можно производить разрез брюшной стенки или по средней линии от лона до пупка и выше, или в поперечном направлении над симфизом по способу Пфанненштиля.

В настоящее время многие операторы, например Франц, Пегам и др., применяют почти исключительно поперечный разрез, находя, что преимущества его очень значительны; они считают этот разрез более физиологичным и находят, что после него сращение брюшной стенки происходит совершеннее и почти не наблюдается последующего образования грыж. Нам, однако, кажется, что грыжи брюшной стенки возникают лишь при негладком заживлении раны, когда соединенные апоневрозы расходятся, а это менее вероятно при продольном разрезе, так как при нем гораздо меньше травмируются ткани и не приходится отделять апоневрозов от прямых мышц, как при поперечном разрезе.

На очень большом количестве брюшностеночных чревосечений, в несколько тысяч случаев, где разрез делался по средней линии, мы наблюдали небольшие грыжи брюшной стенки всего в 0,12%, и во всех случаях они легко поддавались заживлению после вторичного зашивания. Если же нагноение апоневрозов происходит при поперечном разрезе, то они часто омертвевают и сморщиваются, и потому исправить образовавшуюся грыжу чрезвычайно трудно. Что грыжи брюшной стенки встречаются и при поперечном разрезе, подтверждается заявлением Бумма, который тоже широко применял этот разрез, в его «Оперативной гинекологии».

Каковы же преимущества продольного разреза? Он отличается простотой, производится и зашивается значительно быстрее, при нем ткани травмируются в наименьшей степени, делается он почти без потери крови и без поранения нервов и мышц и допускает наилучший осмотр всей брюшной полости. Легкая возможность расширить разрез выше пупка позволяет иметь достаточно места и в сложных случаях, в то время как при поперечном разрезе величина его может быть, самое большее, доведена до 12—14 см, так что через него могут быть удалены без уменьшения размеров лишь опухоли, не распространяющиеся выше пупка.

Продольный разрез. Продольный или срединный разрез производится по средней линии живота сверху вниз до верхнего края симфиза, и верхний его конец может находиться на любом расстоянии ниже или выше пупка, в зависимости от случая; если разрез приходится делать выше пупка, то последний обходят с левой стороны. Сперва разрезают кожу и подкожную клетчатку, так что открывается апоневроз мышц брюшной стенки; потеря крови из кожных сосудов обыкновенно настолько ничтожна, что накладывать лигатуры совершенно не приходится. Лишь в исключительных случаях, когда операция производится во время беременности или удаляется опухоль с воспалительными изменениями, мелкие веточки бывают расширены и дают столько крови, что их приходится перевязывать, чтобы избежать последующего образования гематом. Значительно чаще встречаются с кровотечением из маленькой вены, идущей в поперечном направлении как раз над симфизом, если кожный разрез производится слишком далеко вниз (рис. 76).

Для остановки кровотечения часто оказывается достаточным захватить сосуды в зажимы на время, пока происходит вскрытие брюшной полости, но иногда прекратившееся кровотечение может возобновиться после окончания наркоза, когда кровяное давление повышается, и может образоваться гематома. А потому лучше всякую, даже легко кровоточащую веточку перевязать, и мы делаем это обыкновенно при помощи так называемого *экономического шва*.

Состоит он в том, что берется тонкий кетгутовый шов обыкновенной длины и свободный конец нити захватывается в зажим; помощник держит зажим, которым захвачен сосуд, и также тот зажим, который наложен на конец лигатуры, а оператор обкалывает сосуд и, не снимая иглы, вытягивает нить как можно больше; затем иглой делается сперва один, а потом второй узел, и наложенная лигатура срезается у самого узла; далее свободный конец шва захватывается снова в зажим, и таким образом с помощью одной нити может быть наложено 3—4 шва, что дает возможность сберечь несколько кетгутовых нитей.

После того как кожа и подкожная клетчатка разрезаны и апоневроз брюшных мышц обнажен, он разрезается ножом (рис. 77) по средней линии, причем обыкновенно вскрывается то или другое ложе прямой мышцы (ориентироваться в том, которая из двух прямых мышц обнажена, удается легко по пирамидальной мышце в нижнем конце разреза; она прикрепляется к средней линии и идет расширяясь трехугольником вниз и наружи); края обнаженной прямой мышцы отделяются пинцетом или ручкой ножа и пальцем в сторону, и брюшина становится доступной; у полных женщин перед брюшиной лежит еще слой жировой клетчатки, который рассекается ножом (рис. 78, 79).

Теперь остается только вскрыть брюшину, что всегда должно делаться с осторожностью, чтобы не поранить петли кишек. Для этого оператор захватывает небольшую складочку брюшины по средней линии, приблизительно по середине разреза; как раз напротив этой складочки помощник пинцетом также захватывает другую складочку брюшины, и тогда оператор отпускает взятую им в пинцет брюшину, а затем снова берет складку брюшины и ее несколько приподнимает. Поступают так потому, что при первом захватывании брюшины в складку легко может попасть кишка, но этого не случится, если помощник приподнимет брюшину. Это — мелочь, на которой следует, однако, остановиться, так как поранение кишечника при вскрытии брюшной стенки встречается не так уже редко, и Пегам в своем руководстве по оперативной гинекологии тоже находит уместным остановиться на этом вопросе.

Захваченная в складку брюшина вскрывается ножом, причем отверстие делается настолько широким, чтобы в него можно было войти двумя пальцами, и края ее с каждой стороны берутся в зажимы Пеана. Затем вводят указательный и средний пальцы левой руки в нижний конец раны и ножницами Рихтера разрезают брюшину (не следует упускать из виду, что недостаточно опорожненный или приподнятый какой-либо опухолью мочевого пузыря может попасть в разрез при неосторожном его ведении); далее оператор и ассистент вводят указательные пальцы в верхний отдел раны, и брюшина рассекается ножницами по верхнему концу разреза (рис. 80, 81).

После того как брюшина вскрыта, в верхний отдел брюшной полости вводятся отграничивающие предохранительные тампоны, а наложенные на края брюшины зажимы удаляются. Что касается этих тампонов, то мы пользуемся по возможности меньшим числом их и никогда не вводим всего тампона в брюшную полость, а часть его оставляем снаружи; каких-либо нитей или тесемок мы к тампонам никогда предварительно не пришиваем, и тем не менее нам до сих пор ни разу не пришлось наблюдать, чтобы тампон был оставлен в брюшной полости. Приказать персоналу считать тампоны и ожидать, пока это будет сделано, мы считаем нецелесообразным, так как не раз нам приходилось наблюдать, что там, где это заведено, уходит много времени на отыскание какого-нибудь затерявшегося тампона, и иногда приступают даже к тщательному осмотру брюшной полости, в то время как тампон оказывается прижатым сапогом оператора или ассистента или случайно куда-нибудь брошен.

За оставление тампона в брюшной полости юридически несет ответственность только оператор, и такой довод, что он во время операции был слишком взволнован — трудностью ли случая или плохим наркозом, — не может служить

оправданием, так как хороший хирург никогда не может потерять головы и не знать, сколько он ввел тампонов и все ли удалены.

Из наблюдавшихся за последние два года в практике других гинекологических клиник четырех случаев оставления в брюшной полости полотенец, ставших предметом судебного разбирательства, повидимому, надо сделать заключение, что даже там, где ведется счет тампонам, полотенца ускользают от контроля, так как они применяются и для других надобностей. А потому мы категорически возражаем против употребления полотенец вместо тампонов, принимая в соображение и то обстоятельство, что они грубы и раздражают брюшину.

При обыкновенных чревосечениях мы вводим в брюшную полость один тампон, и только при операции удаления пораженной раком матки мы вкладываем в верхний отдел брюшной раны три тампона, по одному в каждую подвздошную ямку и один по средней линии.

После окончания операции, когда стол приведен в горизонтальное положение и брюшные внутренности могут занять свое обычное расположение, приступают к закрытию брюшной стенки, которая, как правило, зашивается наглухо. Дренаж брюшной полости нами применяется чрезвычайно редко и именно тогда, когда в брюшной полости остаются перитонизированные участки, дающие скопления жидкости, или же в тех случаях, когда приходится оперировать заведомо инфицированную больную с повышенной температурой и ускоренным оседанием эритроцитов; здесь мы дренируем сверху через брюшной разрез и в качестве дренажа применяем марлевые тампоны.

Следует несколько подробнее остановиться на способе дренирования брюшной полости, который применяется Л. Ф о р о м при операции рака матки; он пользуется в этих случаях дренажем М и к у л и ч а, и находит, что благодаря такому дренажу смертность от этой операции у него понизилась с 20 до 2,6%.

Принцип дренажа по М и к у л и ч у состоит в том, что в полость таза вводится известное количество компрессов или марлевых бинтов, которые не соприкасаются непосредственно с тазовыми стенками и кишками, а погружаются в марлевый мешок, в глубине которого прикрепляется крепкая шелковая нитка, выходящая через отверстие мешка наружу. Мешок должен быть выкроен из мягкой, но крепкой марли в виде круга, приблизительно 50 см в диаметре, и в центре его фиксируется плотная шелковая нитка, которая послужит впоследствии для извлечения мешка. Марлевый бинт, который вводится в глубину мешка первым, состоит из трех или четырех слоев и имеет 4 см в ширину и около 2 м в длину. Кроме того, надо иметь еще 5 или 6 тампонов, состоящих из 6—8 слоев марли и имеющих около 10 см ширины и 50 см длины.

Техника введения этого дренажа состоит в том, что сперва мешок захватывается длинным зажимом в том месте, где привязана шелковая нить: при последующем поднимании зажима вертикально кверху мешок опрокидывается вокруг него таким образом, чтобы получилась воронка, через нижний отдел которой выходят зажим и шелковая нить. Затем зажим опускают, придерживая шелковую нить и мешок, и направляют его в глубину таза. Расправив стенки мешка по разрезу брюшного отверстия, его выполняют сперва длинным тампоном, а затем и остальными. В течение первых двух дней после введения тампона его оставляют в покое, а затем в продолжение 4 дней вынимаются постепенно все тампоны, и на 9—10-й день удаляется мешок, после чего рана промывается и зашивается.

Зашивание брюшной стенки производится послойно и начичается с брюшины, которая предварительно захватывается четырьмя зажимами, по одному в верхнем и нижнем углу раны и по одному с каждой стороны. В качестве материала для зашивания мы применяем всегда тонкий кетгут в виде непрерывного шва, при-

чем для быстроты работы мы употребляем здесь иглодержатель Отта без зажима. При небольших разрезах брышной стенки прямые мышцы совсем не сшиваются, там же, где разрез большой или где имеется их расхождение, они соединяются несколькими узловыми кетгутowymi швами (рис. 82).

Затем приступают к зашиванию разреза апоневрозов, которые можно соединять узловыми шелковыми швами, а также непрерывным или узловыми кетгутowymi швами; мы, однако, пользуемся всегда для этой цели съёмным проволочным швом, предложенным Бухманом в 1903 г. Накладывается этот шов таким образом, что первый вкол делается в нижнем углу раны через кожу с той стороны, где вскрыто ложе прямой мышцы; апоневроз прокалывается с той же стороны снаружи внутрь на расстоянии приблизительно полсантиметра от края разреза. Далее делается вкол снаружи и выкол изнутри кнаружи в апоневроз с противоположной стороны; затем делается вкол и выкол в первый апоневроз, но они производятся с его внутренней стороны и т. д.; последний стежок делается через первый апоневроз с внутренней его стороны, и далее игла проводится через кожу по направлению изнутри кнаружи.

Таким образом один апоневроз оказывается наложенным на другой приблизительно на полсантиметра, и в области рубца получается их дубликатура. Оба конца проволоки ничем не фиксируются, а остаются свободными и только закручиваются пинцетом. Если разрез большой и превышает 15 см, то лучше шить последовательно двумя проволоками, выводя первую при окончании шва через кожу.

Неудобство этого шва заключается только в возможности соскальзывания проволоки в сторону на месте ее соединения с иглой, что затрудняет продергивание шва, поэтому лучше пользоваться специально изготовляемой для этой цели иглой, имеющей на своем заднем конце два расположенных одно за другим отверстия, благодаря чему проволока может соединиться с иглой совершенно неподвижно (рис. 83).

Как было уже сказано раньше, для этого шва можно пользоваться бронзо-алюминиевой, медной или никелированной проволокой толщиной в 0,5 мм. Кроме соединения апоневрозов, мы пользуемся им также иногда для зашивания кожного разреза, и в этом случае приходится брать проволоку тоньше, приблизительно в 0,3 мм; при наложении такого шва вкол и выкол делаются поочередно с каждой стороны на границе кожи и подкожной клетчатки (рис. 84).

Во время наложения такого шва — безразлично, на кожу или на апоневроз, — следует после каждого стежка несколько протягивать проволоку назад и вперед, чтобы убедиться в ее подвижности, но вообще надо сказать, что техника этого шва чрезвычайно проста, и достаточно наложить его два раза, чтобы ее совершенно усвоить.

Преимущества такого соединения краев разреза апоневрозов проволокой мы видим в том, что, во-первых, наложение шва совершается быстрее и в среднем наложение шва на разрез протяжением от лона до пупка требует 6—7 минут, включая и шов на брюшину и наложение зажимов Мишеля на кожу; во-вторых, при таком способе соединения апоневрозов значительно реже наблюдается нагноение брышной стенки (по статистическим данным Родильного дома им. Снегирева при наложении шелковых швов на апоневрозы нагноение их наблюдалось в 7,9%, а при применении проволочного шва — в 4,5%).

Мы пользуемся этим швом с 1908 г. и настолько довольны полученными результатами, что позволяем себе горячо его рекомендовать, причем мы вспоминаем то время, когда апоневрозы соединялись шелком и не раз приходилось наблюдать нагноение этих швов спустя долгое время после операции (иногда через 2—3 месяца или даже через год и больше) и удаление таких нагноившихся швов представляло большие трудности.

После того как разрез апоневрозов зашит, на кожу накладываются зажимы Мишеля, и если разрез большой или подкожная жировая клетчатка толстая, то кладется еще один или два шелковых узловых шва, которые захватывают края кожи и подкожную клетчатку, причем вкол и выкол делаются по возможности ближе к краю разреза (рис. 85). На зашитую брюшную рану кладется кусок марли, сложенный четверо, и он кругом приклеивается коллодием. В том случае, когда внутрибрюшное давление после операции значительно изменилось, — например после удаления крупной опухоли — на брюшную стенку помещается четырехугольный мешочек в 20 см длины и 15 см ширины, наполненный песком или дробью, и затем надевается на область живота специальный вязаный или сшитый из фланели или полотна бинт (рис. 86).

Удаление зажимов Мишеля и кожных шелковых швов производится на шестой день, а проволока снимается на восьмой день, причем больная до снятия швов — начиная со второго дня — может поворачиваться на бок и принимать полусидячее положение. Хотя удаление проволоки не представляет никаких затруднений и совершается обыкновенно легко, но здесь все же приходится соблюдать известные правила. Именно, оба конца проволоки захватываются предварительно зажимами Пеана, и она натягивается (это делается для того, чтобы выправить все случайные неровности шва); затем потягивают за верхний конец проволоки и, убедившись в том, что она подвижна, нижний конец ее обрезают у самой кожи, а за верхний конец извлекают шов. Обыкновенно это удается сделать легко и без боли, но иногда встречаются некоторые затруднения, и проволока может задержаться или даже оборваться при неосторожном потягивании.

Задержка проволоки чаще всего происходит вследствие сильного сокращения брюшных мышц у робких больных, и потому никогда не следует стараться во что бы то ни стало закончить удаление проволоки, а можно отложить это до следующего дня и дать больной успокоиться. Нам не раз приходилось убеждаться в том, что проволока удалялась затем легко и просто. В том же случае, когда проволока оборвалась, надо сделать небольшой разрез кожи в области оторванного конца, захватить его зажимом Пеана и после этого извлечь.

Однако такие случаи, где проволока обрывалась, пришлось нам видеть крайне редко, всего восемь или десять раз на несколько тысяч зашиваний брюшной раны таким способом.

Поперечный разрез. При поперечном разрезе брюшной стенки по П ф а н е н ш т и л ю кожа рассекается по направлению имеющейся у женщин складки над симфизом, так как только при этих условиях разрез не оставляет после себя заметного следа; однако некоторые гинекологи, например Ф р а н ц, рекомендуют производить разрез не в виде выгнутой книзу линии, а в виде прямой, причем для получения разреза большего размера его делают выше (рис. 87).

При рассечении подкожной жировой клетчатки мы встречаем здесь поверхностную надчревную артерию с ее веточками, и приходится накладывать лигатуры. После сделанного разреза кожа и подкожная клетчатка не отделяются от апоневроза, а последний сейчас же рассекается ножом в поперечном направлении по прямой линии.

Верхний и нижний край апоневроза захватываются зажимами Пеана и отделяются ножницами от прямых мышц, причем это отделение идет очень легко, исключая середины, где апоневрозы срастаются и образуют белую линию (рис. 88, 89).

Приподнимая верхний край апоневроза, мы таким образом открываем прямые мышцы, и между их медиальными краями становится видимой брюшина,

которую захватывают двумя пинцетами и рассекают сверху и снизу, так что получается разрез длиной около 10 см. Если разрез оказывается слишком малым для производства данной операции, то его можно несколько увеличить, продолжив разрез апоневроза в обе стороны за латеральные края прямых мышц; это дает возможность шире раздвинуть прямые мышцы и получить несколько более свободный доступ к брюшной полости, но все же и после этого максимальная величина разреза достигает не более 15 см.

Если подлежащую удалению опухоль не удастся вывести через этот разрез и нельзя уменьшить ее размеров, то в крайнем случае рекомендуется произвести добавочный срединный разрез через кожу, подкожную клетчатку и апоневроз, но это представляет значительные затруднения при зашивании брюшной стенки и часто может вести к нагноению и расхождению краев раны (рис. 90).

По окончании операции зашивают сперва брюшину, захватив предварительно ее края зажимами. Затем соединяют края апоневроза, для чего можно воспользоваться непрерывным кетгутовым швом или узловыми шелковыми или кетгутовыми швами (сшивать апоневроз проволокой при этом способе разреза брюшной стенки не представляется удобным, так как здесь получается слишком большое натяжение); на кожу накладываются зажимы Мишеля и несколько узловых шелковых швов (рис. 91).

Кроме этих двух типичных способов разреза брюшной стенки существует еще несколько модификаций, например поперечный разрез по способу К ю с т н е р а, где только кожа разрезается поперечно, а апоневроз и брюшина рассекаются продольно, но этот способ не нашел себе широкого применения. Наконец, может быть произведен большой поперечный разрез по способу Барденгейера; делается он таким образом, что разрез ведется от одной верхней передней ости подвздошной кости до другой, причем рассекаются кожа, апоневрозы, прямые мышцы и брюшина; он дает прекрасный доступ к тазовым органам, но часто вызывает осложнения после зашивания.

Косой разрез. Кроме продольного и поперечного разрезов брюшной стенки иногда приходится производить косые разрезы, например при некоторых видах укорочения круглых связок матки или при вскрытии нагноившегося параметрита.

Разрез делается параллельно пупартовой связке, приблизительно на поперечный палец выше нее; после рассечения кожи и подкожной клетчатки обнаруживается апоневроз наружной косой мышцы живота, который рассекается по ходу мышечных волокон.

Таким образом оказывается вскрытым паховой канал, и легко удается найти брюшину в области внутреннего его отверстия и при надобности можно вскрыть брюшную полость.

Влагалищное чревосечение. Еще недавно влагалищное чревосечение конкурировало с брюшностеночным, но теперь оно заняло свое определенное место и имеет точные показания. Оно производится тогда, когда одновременно предстоит какое-нибудь вмешательство со стороны влагалища, например зашивание промежности, и когда все условия для него благоприятны, именно, влагалище довольно широкое и матка хорошо подвижна. Теперь удаление опухоли придатков нами производится со стороны влагалища только в исключительных случаях, так как при брюшностеночном чревосечении операционное поле гораздо лучше доступно осмотру.

Прежде мы оперировали через влагалище все раки тела и шейки матки, теперь же оперируем таким образом только раки тела матки, а раки шейки удаляем через влагалище только в исключительных случаях, например если большая очень полная. В прежнее время мы оперировали через влагалище и случаи запущенной внематочной беременности и воспалительные изменения

придатков матки (нам пришлось однажды вместе с большими правыми придатками удалить с хорошим исходом для больной и припаявшийся к ним червеобразный отросток).

И если мы в настоящее время перешли к брюшностеночному чревосечению, то не из-за того, что недостаточно владеем влагалищным методом, а совершенно сознательно, учитывая все его преимущества. До 1916 г. у нас на 1 влагалищное чревосечение приходилось 1,2 брюшностеночных чревосечений, а в 1932 г. на 1 влагалищное чревосечение приходится 10 брюшностеночных.

Если мы имеем в виду произвести влагалищное чревосечение, то больная помещается тазовым концом на край операционного стола с согнутыми в бедрах и коленях ногами, и производится тщательная дезинфекция половых частей и кожи в области промежности и ягодиц посредством мытья с мылом и обтирания спиртом.

После этого оператор садится перед больной на специальный операционный табурет, а два помощника становятся с каждой стороны у ног больной лицом к оператору; инструменты ставятся на низком столике с правой стороны от него, и с этой же стороны становится операционная сестра со швами и материалами.

Оператор кладет во влагалище марлевый шарик со спиртом, обтирает наружные части, область промежности и заднего прохода еще раз спиртом и затем закрывает задний проход полотенцем, для чего с двух сторон прихватывает его специальными зажимами, а посредине прикрепляет его тонким швом к коже промежности; затем удаляется марлевый шарик из влагалища, оно еще раз тщательно обтирается спиртом, и приступают к операции. Здесь надо отметить, что так же, как при брюшностеночном чревосечении, после подготовки операционного поля обязательно опорожняется мочевого пузырь при помощи катетера.

При влагалищных чревосечениях мы пользуемся обыкновенно зеркалами Фрича, причем нижнее зеркало с прямой лопаткой средней ширины вводится во влагалище и им оттягивается задняя стенка, а передняя влагалищная стенка приподнимается прямым передним подъемником, и таким образом обнажается влагалищная часть матки, которая захватывается пулевыми щипцами или двузубцами отдельно за переднюю и за заднюю губы. Матка таким образом низводится, а передний подъемник заменяется двумя более узкими, которые помещаются с каждой стороны спереди и несколько сбоку. Один из помощников держит заднее зеркало и соответствующий его стороне подъемник, а второй держит другой подъемник и свободной рукой вытирает марлевыми шариками операционное поле.

В том случае, когда операция совершается на матке, брюшная полость обыкновенно вскрывается через передний свод; разрез производится в поперечном направлении в области шейки матки, где слизистая оболочка влагалищной части матки переходит в слизистую оболочку влагалища (рис. 92).

Для того чтобы разрез был достаточен для свободного выведения матки, очень выгодно к поперечному разрезу присоединить небольшой продольный разрез, идущий от середины поперечного разреза по передней стенке влагалища впереди на протяжении двух или трех поперечных пальцев (рис. 93).

Отсепаровав оба лоскута в стороны и отделив мочевого пузырь тушым путем от шейки матки настолько, чтобы свободно была доступна пузырно-маточная складка брюшины, удаляют боковые подъемники и введенным в рану более широким подъемником приподнимают мочевого пузырь кверху; обнаженная таким образом брюшина захватывается по средней линии зажимом и оттягивается несколько впереди, после чего образовавшаяся складка вскрывается ножницами.

При вскрытии здесь брюшины из опасения поранить мочевой пузырь нередко стараются рассечь ее как можно ниже; благодаря этому ножницы легко попадают под брюшину, покрывающую матку, и пузырно-влагалищная складка остается невскрытой. Чтобы этого избежать, следует мочевой пузырь в достаточной мере отделить кверху и введенным под него пальцем убедиться в том, что брюшина от него свободна. Ее надо взять в зажим по возможности высоко, но следует стараться захватить только один слой брюшины; если все-таки остается сомнение, в достаточной ли степени отделен мочевой пузырь, то можно через мочеиспускательный канал ввести в него катетер и таким образом разобраться в его положении (рис. 94).

Сделанное в брюшине отверстие увеличивается ножницами в обе стороны до ширины в три поперечных пальца, и передний подъемник перемещается в брюшную полость; таким образом становится доступной передняя поверхность матки, которая захватывается пулевыми щипцами несколько выше разреза брюшины, затем другими пулевыми щипцами матка захватывается выше на один поперечный палец, и так поступают дальше, пока не выведено во влагалище все тело матки.

В том случае, когда имеют в виду удалить матку, производят круговой разрез влагалища, охватывающий влагалищную часть матки; затем делают вспомогательный продольный разрез, отделяют мочевой пузырь и вскрывают брюшину в области пузырно-маточной складки. Далее удаляют передние подъемники, приподнимают влагалищную часть матки и приступают к вскрытию заднего дугласова пространства; для этого сперва отделяют влагалищную стенку несколько кзади и, освободив брюшину, захватывают ее по средней линии в зажим и вскрывают ножницами, расширяя разрез в обе стороны тоже на три поперечных пальца (рис. 95).

После того как вскрыто переднее и заднее дугласовы пространства, приступают к удалению матки, причем здесь, так же как при брюшностеночном чревосечении, сперва накладываются на сосуды зажимы и затем они перерезаются и перевязываются после удаления матки.

Иногда, при скоплении эксудата в заднем дугласовом пространстве, делается вскрытие брюшной полости через задний влагалищный свод. В этом случае задняя губа влагалищной части матки захватывается пулевыми щипцами, задний свод открывается двумя боковыми подъемниками и слизистая оболочка влагалища разрезается в поперечном направлении, причем разрез имеет обыкновенно небольшую величину (около двух сантиметров).

Затем стенка влагалища тупым путем несколько отодвигается кзади, и острым изогнутым корнцангом вскрывается брюшная полость, в которую вводится дренажная резиновая трубка с небольшими боковыми отверстиями; в том конце дренажа, который находится в брюшной полости, вставлен через разрезы на нем небольшой кусочек тонкой резиновой трубки так, чтобы концы ее несколько выступали и таким образом удерживали ее от выскальзывания из раны (рис. 96).

Операции без вскрытия брюшной полости. Эти операции производятся обыкновенно на шейке матки, на стенках влагалища или в области промежности.

При операциях на шейке матки надо помнить, что здесь часто приходится иметь дело с тканями, находящимися в состоянии хронического воспаления, плотными и мало податливыми. Поэтому следует накладывать на каждую губу шейки по два или три шелковых шва и только промежуточные швы применять кетгутовые, так как кетгут быстро рассасывается и ткани шейки могут разойтись, давая нередко значительные кровотечения на 6—7-й день после операции; шелковые швы здесь являются съёмными, и потому они не нагнаиваются (обычный недостаток нерассасывающихся погружных швов).

Обыкновенно мы снимаем эти швы поздно, не ранее 10—12-го дня; больные выписываются, еще имея эти швы и затем являются в клинику для их удаления.

Что касается пластических операций на промежности, то мы при них пользуемся погружным швом, который может быть или непрерывным кетгутovým, или съемным проволочным. Погружной шов мы применяем из кетгута потому, что он рассасывается, и, следовательно, не может давать поздних нагноений, но предпочтительно мы пользуемся съемным проволочным швом, который введен нами в употребление с 1908 г. и который мы с тех пор постоянно применяем.

Преимущества его состоят в том, что он легко и надежно стерилизуется простым кипячением, причем к воде не следует прибавлять соды, так как она нарушает гладкость проволоки; далее, он легко накладывается и приводит ткани к хорошему взаимному соприкосновению без затягивания их в узел и не вызывая их сдавления и омертвения; наконец, его уже на восьмой день можно удалить, и таким образом в ране не остается постороннего тела, могущего вызвать нагноение.

На нашем материале, охватывающем несколько тысяч случаев зашивания старых разрывов промежности, нагноение швов наблюдалось в 2,2%, причем по отдельным видам погружных швов получены следующие данные. Там, где был применен погружной узловый шелковый шов, нагноение наблюдалось в 14%; в тех случаях, где был применен погружной непрерывный кетгутový шов, нагноение наблюдалось в 6,4% и, наконец, там, где мы пользовались съемным погружным проволочным швом, нагноение пришлось наблюдать всего в 0,7%, причем здесь оно ограничивалось обыкновенно только наружными кожными швами.

После того как проволочный шов наложен, приступают к сшиванию краев разреза слизистой оболочки влагалища, и для этой цели мы обыкновенно пользуемся непрерывным кетгутovým швом; делается это потому, что такой шов не приходится снимать, и таким образом нет риска нарушить целостность промежности; наконец, на кожу промежности мы кладем тонкие узловые шелковые швы, так как их легко удалить после наступившего сращения.

Что касается снятия швов, то сперва удаляются шелковые на 6-й день после операции, причем накануне вечером очищается кишечник легким слабительным. Затем на 8-й день снимается проволочный шов: во влагалище вводится подъемник, и верхний конец шва отрезается у самой слизистой оболочки, а затем захватывается в зажим нижний конец шва, и он легким потягиванием удаляется; совершается это всегда без всякого труда и без боли, если при наложении была проверена его подвижность.

После влагалищных операций гораздо труднее пользоваться повязкой, чем после брюшностеночного чревосечения, так как введенный во влагалище марлевый тампон, даже смоченный спиртом, уже через 24 часа пропитывается выделениями и издает дурной запах.

Поэтому, если влагалище зашито наглухо и не требуется особого давления, чтобы предупредить кровотечение, влагалище не тампонируется, а оставляется совершенно свободным; если же операция была произведена на наружных половых частях или на промежности, то на место, занимаемое швом, кладется сложенный несколько раз кусок марли, который меняется по мере надобности.

Разрез Шухарта. Этот разрез представляет собой не самостоятельную операцию, а является только вспомогательным приемом в исключительных случаях, когда избирается влагалищный способ операции, а влагалище слишком узкое; кроме того, он служит, как правило, подспорьем при удалении

пораженной раком матки по способу Ш т е к к е л я. Разрез этот производится в области промежности обыкновенно с левой стороны, начинаясь во влагалищном входе приблизительно на 2 см отступя от середины и продолжаясь книзу и в сторону в виде изогнутой линии, огибающей заднепроходное отверстие и направляющейся к копчику (рис. 97); во влагалище этот разрез проводится кверху и при надобности может достигать влагалищной части матки. Таким образом доступ к матке со стороны влагалища становится совершенно свободным, причем разрез этот чрезвычайно мало кровоточит, и имеющиеся здесь небольшие сосудистые веточки требуют перевязки только у беременных. После операции разрез зашивается таким образом, что сперва накладывается несколько узловых глубоких кетгутовых швов, затем слизистая оболочка влагалища зашивается непрерывным кетгутовым швом, а на кожу промежности кладется несколько узловых шелковых швов (рис. 382). Если же разрез был загрязнен во время операции, то его края соединяются только 2—3 шелковыми швами, а остальное пространство тампонируется.

ОПЕРАЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТАЗОВОГО ДНА ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Во время родов, как известно, нередко наблюдается повреждение тканей в области влагалищного входа в виде трещин и разрывов, причем они могут здесь наблюдаться в любом месте, например спереди около клитора или сзади на промежности. Если они распространяются только на слизистую оболочку влагалища или на кожу наружных половых частей, то они могут служить местом для проникновения инфекции, и только по этой причине их необходимо зашить. Совсем другое значение эти разрывы приобретают тогда, когда кроме слизистой оболочки и кожи повреждаются или разрываются мышцы промежности.

Для того чтобы нам было совершенно ясно, чем в конце-концов угрожают такие разрывы, проследим шаг за шагом за теми изменениями, которые они вызывают в состоянии женских половых органов. При этом мы будем руководствоваться принятым в настоящее время делением разрывов промежности на три степени. Разрывы *первой степени*, когда повреждена только кожа промежности и слизистая оболочка влагалища; разрывы *второй степени*, когда кроме того нарушена целостность констриктора влагалища и срединного сухожильного растяжения промежности, благодаря чему уничтожается соединение между поверхностными поперечными мышцами и они расходятся, и, наконец, разрывы *третьей степени*, когда нарушена также целостность сфинктера заднего прохода.

Нас будут интересовать здесь только разрывы второй и третьей степеней, так как при них, как уже было сказано, всегда повреждены также и мышцы тазового дна.

Если мы допустим, что у больной имеется разрыв второй степени и он не был своевременно зашит, то он заживает вторичным натяжением, а на его месте образуется неправильной формы рубец. Больная может первое время совершенно не чувствовать последствий бывшего разрыва и даже может не знать, что он имел место, но спустя некоторое время начинают появляться неприятные ощущения в виде выделений из влагалища, болей после мочеиспускания, учащенных позывов к нему, а также иногда явлений недержания мочи, особенно при кашле или смехе; к этому присоединяется чувство опущения в области влагалища. Все эти жалобы зависят от того, что передняя стенка влагалища потеряла, благодаря разрыву промежности, свою естественную опору в нижнем сегменте и начала опускаться.

Стенка влагалища смещается книзу постепенно, увлекая за собой мочевой пузырь, который находится в довольно тесной связи с нею, и только нижний отдел мочеиспускательного канала остается несмещенным благодаря наличию предуретральной связки, удерживающей его на месте. Благодаря скопляющейся в мочевом пузыре моче он постепенно начинает выпячиваться, и, при недостаточности пузырно-влагалищных связей, образуется грыжа мочевого пузыря; кроме того, благодаря нарушению кровообращения, в опущенных

частях обнаруживаются застойные явления, проявляющиеся синеватой окраской слизистой оболочки влагалищного входа.

Это есть первый этап тех изменений, которые развиваются на почве бывшего разрыва промежности, и сводится он по существу своему к опущению передней влагалищной стенки.

У одних лиц описанное выше состояние появляется гораздо быстрее и может быть выражено значительно резче, у других же оно развивается сравнительно поздно; это может зависеть от разных причин, например от степени разрыва, от образа жизни и занятий, а также от состояния мускулатуры данной больной, что обуславливается ее конституцией. От этих же причин зависит и то, что у одних расстройств в половом аппарате не идут дальше, а достигнув известной степени, на этом и останавливаются, у других же они довольно быстро прогрессируют и достигают второго этапа, который по своим анатомическим изменениям состоит в следующем. Передняя стенка влагалища продолжает постепенно опускаться и влечет за собой влагалищную часть матки книзу и впереди; но так как место прикрепления передней стенки влагалища к шейке матки находится ниже, чем место прикрепления основной связки Макенрота (которая удерживает матку от опущения вниз и дает ей только возможность изменять наклонение или верзю впереди или кзади), то шейка матки, следуя за передней стенкой влагалища, перемещается впереди, а тело матки по закону рычага смещается кзади, и таким образом возникает ретроверзия матки.

Благодаря отклонению тела матки кзади сейчас же происходит нарушение кровообращения в ней, так как широкие связки прикреплены своими латеральными концами к стенке таза, а медиальными концами к ребрам матки и вместе с ней меняют свое положение. Поэтому проходящие в этих связках вены перекручиваются, в то время как артерии, имеющие более толстые и эластические стенки, страдают значительно меньше. Таким образом получается затруднение оттока венозной крови, матка набухает, становится болезненной, появляются бели и неправильные месячные, а матка из ретроверзии переходит в положение ретроверзии-ретрофлексии благодаря изменившемуся мышечному тону и давлению брюшных органов на переднюю ее поверхность.

На этом процесс может остановиться надолго, иногда на несколько лет, и только с наступлением климактерического возраста, когда все ткани полового аппарата теряют свою нормальную эластичность, начинается опущение матки, или третий последний этап, вызванный разрывом промежности. Однако нередко приходится наблюдать случаи, где опущение матки образуется раньше: зависит это тоже вероятнее всего от конституциональных особенностей данной больной, от ее образа жизни и занятий, а также от степени разрыва.

Весьма ценные и интересные данные нам удалось получить на материале, относящемся к годам гражданской войны и пережитой нами тяжелой разрухи. Из наблюдений за это время оказалось, что повышенная физическая работа, а также истощение и исхудание благоприятствуют возникновению опущения матки и ее выпадению. Так, например, мы могли отметить увеличение числа больных, жалующихся на опущение матки, приблизительно в полтора раза, причем число операций по поводу опущения влагалища и матки за это время возросло на нашем материале с 21 до 45%.

На основании данных нашей амбулатории мы на 23 000 больных имели 1035 случаев опущения матки, что составляет 4,5%, причем в 85% имелся незащитый разрыв промежности, в 13,5% опущение произошло без предварительного разрыва промежности, но в анамнезе все же имелись роды, и только в 1,5% опущение матки наблюдалось у женщин нерожавших.

Итак, мы видим, что в громадном большинстве случаев причиной опущения и выпадения матки является разрыв мышц тазового дна. Что же касается тех

случаев, где опущение матки возникло у рожавших женщин, не имевших разрыва промежности, то причины этому могли быть следующие. Во-первых, промежность могла быть повреждена на необычном месте, и в то время, как кожа и слизистая оболочка оказались ненарушенными, одна из передних ножек *m. levatoris ani* могла быть оторвана от места прикрепления к задней поверхности лонной кости. Это легко можно проверить, ощупывая названную мышцу пальцем в области нижнего отдела влагалища, причем на той стороне, где она оторвана, легко определяется седалищная кость. Устойчивость тазового дна при этом бывает нарушена, половая щель становится шире и передняя стенка влагалища начинает опускаться, благодаря чему матка приходит в положение ретроверзии и тоже смещается книзу. Во-вторых, там, где при ненарушенной промежности имелось плохое обратное развитие матки после родов, она особенно легко может принять положение ретроверзии. В этих случаях, следовательно, опущение матки начинается также с ее ретроверзии и в дальнейшем протекает как при имеющемся разрыве промежности.

Несколько особое положение занимают те случаи опущения матки, которые наблюдаются у нерожавших женщин и составляют всего лишь 1,5%; они развиваются обыкновенно в пожилом возрасте под влиянием чрезмерного физического напряжения при атрофированных тканях.

После того как мы выяснили последовательный порядок изменений в половой сфере женщины, вызванных повреждением промежности и тазового дна, мы получаем возможность использовать наиболее рационально как профилактические, так и лечебные наши мероприятия.

Профилактика здесь может состоять, во-первых, в предупреждении разрыва промежности или недостаточного сокращения матки после родов, и, во-вторых, в своевременном зашивании происшедшего разрыва.

Профилактика разрывов промежности.

Разрыв промежности при родах до известной степени лежит на ответственности акушерки, ведущей роды, и потому совершенно естественно, что она старается вывести головку как можно медленнее, чтобы не разорвать промежности. Таким образом подлежащая часть плода долго не прорезывается, и в результате акушерке удается достигнуть того, что кожа промежности и слизистая оболочка влагалища остаются целыми, но зато лежащие под ними мышцы растянуты и травмированы до крайней степени. Такое тазовое дно впоследствии, конечно, является слишком слабым, чтобы удержать внутренние тазовые органы в их правильном положении, и я поэтому считаю вполне целесообразным взгляд Д. О. Отта и его школы, рекомендуемый широко применять *рассечение промежности во время родов*.

Разрез промежности имеет то преимущество, что он обладает ровными краями, в то время как разрыв имеет очень неправильную форму и рваные края, поддающиеся гораздо труднее хорошему сшиванию и заживлению (рис. 98, 99).

Рассекается промежность в то время, когда подлежащая часть уже готова прорезаться через влагалищный вход и ткани промежности уже растянуты и напряжены, причем это делается рихтеровскими ножницами, одна бранша которых вводится между головкой и тканью промежности. Разрез проводится посредине промежности или отступя на один поперечный палец в сторону.

Зашивание такого разреза, так же как и всякого разрыва промежности, должно быть произведено не позднее чем через 24 часа после окончания родов, причем мы применяем здесь для погружного шва кетгут, так как ткани во время родов отечны, и воспользоваться проволочным швом, как мы это делаем обычно

при зашивании старых разрывов промежности, не представляется возможным, ибо металлический шов легко прорезывается.

Профилактика недостаточного обратного развития матки после родов.

Чтобы убедиться в том, насколько хорошо сокращается матка после родов и имеет ли она правильное положение, больную следует перед выпиской из родовспомогательного учреждения на 8-й или 9-й день после родов осмотреть через влагалище и повторить снова это исследование через шесть недель, когда половые органы уже успели совершенно закончить свою обратную инволюцию. Если при этом оказывается, что матка плохо сократилась и лежит в ретроверзии, то назначаются горячие влагалищные души в 50° С; матка же должна быть поставлена в правильное положение, и для его поддержания вводится во влагалище пессарий, например маточное кольцо Г о д ж е (Hodge) (рис. 100).

Здесь необходимо также отметить то большое значение, которое приобретает физкультура, применяемая в послеродовом периоде; она чрезвычайно способствует нормальной обратной инволюции матки и прочих половых органов и быстро ведет к восстановлению правильного состояния брюшного пресса.

Этим мы заканчиваем изложение профилактики разрывов промежности и вторичных ретродевиаций матки и переходим к оперативному лечению разрывов промежности.

Лечение травматических повреждений промежности.

Прежде всего мы должны здесь остановиться на вопросе, как поступать в тех случаях, когда разрыв промежности ничем не беспокоит больную и обнаружен случайно, например при исследовании ее по поводу какого-либо другого заболевания. Так как разрыв промежности, рано или поздно, обязательно приводит к выпадению матки, то больную следует осведомить о ее состоянии и настоять на зашивании промежности. При этом не заслуживает внимания отговорка, что больная еще находится в возрасте, допускающем деторождение, и что при следующих родах может снова произойти разрыв, ибо гораздо безопаснее несколько раз подвергнуться операции зашивания промежности, чем дожидаться возникновения ретроверзии матки, которая потребует операции более опасной для жизни и не вполне верной в отношении результатов.

Для зашивания старого разрыва промежности предложено довольно много различных приемов, отличающихся один от другого способом намечения лоскута освежения или способом отсепаровки его. Большинство пользуется для этого методом Г е г а р а, который состоит в том, что из слизистой оболочки влагалища вырезается лоскут треугольной формы с вершиной, помещающейся по средней линии на задней стенке влагалища приблизительно на 1—2 см книзу от заднего свода, и с основанием, расположенным в области влагалищного входа на границе слизистой оболочки влагалища и кожи промежности.

Для того чтобы облегчить себе проведение границ лоскута, слизистая оболочка у вершины треугольника захватывается зажимом Кохера, и два таких же зажима накладываются с каждой стороны у основания треугольника с таким расчетом, чтобы остающийся просвет влагалища был проходим для двух пальцев (рис. 101).

Если разрыв значительный и приходится удалять лоскут больших размеров, то накладываются еще два зажима, по одному с каждой стороны, на середине прямой линии, соединяющей верхний зажим с каждым из зажимов, наложенных во влагалищном входе. Затем скальпелем намечается граница лоскута, и он отсепаровывается, начиная с верхнего угла, причем надо стремиться, чтобы толщина его была равномерная и не превышала 2—3 мм (рис. 102).

В том случае, когда в области таза имеется застойная гиперемия и вены расширены, появляется кровотечение, которое обязательно должно быть остановлено, так как иначе легко может образоваться гематома, и швы разойдутся. Перевязку этих мелких сосудов мы производим всегда при помощи обкалывания их тонкими кетгутowymi швами.

Когда лоскут отсепарован до нижнего края, ножом проводится прямая линия, соединяющая оба нижних зажима, и лоскут отделяется. После этого приступают к наложению погружного шва, для которого до сих пор различные операторы применяют разнообразный материал; одни пользуются узловым шелковым швом, другие употребляют непрерывный или узловой кетгутový шов, мы же всегда применяем съемный проволочный шов.

Мы ввели его в употребление уже 25 лет назад и чрезвычайно довольны получаемыми нами результатами, так как ткани при нем соединяются столь же прочно, как при шелковом или кетгутovém шве, а нагноение и расхождение швов наблюдаются значительно реже.

Накладывается *съемный проволочный шов* следующим образом. Первый вкол иглы делается через слизистую оболочку влагалища у верхнего угла освежения, и шов проводится на один или два сантиметра под освеженной поверхностью по средней линии, затем он выводится наружу, игла вкалывается и выкалывается с правой стороны в области освежения на расстоянии 1 см от края разреза слизистой оболочки параллельно ему, после чего то же самое делается с левой стороны, но вкол производится на высоте выкола предыдущего стежка.

Таким образом поступают последовательно до тех пор, пока доходят до нижнего края освежения; здесь игла вкалывается в зависимости от места выкола предыдущего стежка с правой или левой стороны в области освеженного участка и выводится на кожу промежности на расстоянии 1 или 2 см от края разреза. Вколы иглы должны быть достаточно глубокие, чтобы привести в соприкосновение мышцы тазового дна (рис. 103).

После наложения шва потягивают за оба его конца для того, чтобы он выпрямился и ткани пришли в соприкосновение; концы шва ничем не фиксируются, а только слегка закручиваются пинцетом, и верхний его конец выводится из влагалища наружу.

При наложении погружного шелкового или кетгутového шва следует захватывать ткани не слишком глубоко, так как прямая кишка при значительном выпячивании задней влагалищной стенки лежит непосредственно под ней и может легко быть проколота иглой, благодаря чему шов инфицируется содержимым кишечника и нагнаивается. При наложении проволочного шва этого опасаться не приходится, так как вколы иглы делаются отступая от середины лоскута приблизительно на расстоянии 1 или 2 см.

В том случае, когда разрыв большой и опущение задней влагалищной стенки очень значительное, приходится накладывать два съемных погружных проволочных шва, причем сперва накладывается более глубокий (который проводится вышеописанным способом, но на расстоянии приблизительно 4 см от края разреза), а затем — второй, более поверхностный шов.

После того как проволочный шов наложен, приступают к сшиванию краев разреза слизистой оболочки влагалища, и мы для этой цели обыкновенно пользуемся непрерывным кетгутovým швом (такой шов не приходится снимать и нет риска нарушить целостность промежности); наконец, на кожу мы кладем тонкие узловые швы, так как их легко удалить после наступившего сращения (рис. 104, 105).

Что касается снятия швов, то сперва на 6—7-й день после операции удаляются шелковые, причем накануне вечером кишечник очищается легким слабительным. Затем на следующий день снимается и проволочный шов, сле-

дующим образом: во влагалище вводится подъемник, и верхний конеп шва отрезается у самой слизистой оболочки, а затем захватывается в зажим нижний его конец, и он удаляется легким потягиванием. Совершается это всегда без всякого труда и без боли, если при наложении была проверена подвижность проволоки.

Такой способ зашивания промежности является у нас обычным. Мы ограничиваемся им даже при значительных опущениях и выпадениях влагалища и матки, комбинируя его с операциями, исправляющими положение матки или фиксирующими ее тем или другим способом, так как считаем, что для устранения и предупреждения выпадения матки достаточно восстановить тазовое дно и придать матке правильное положение.

Многие клинки, однако, находят, что в случае значительного опущения или выпадения матки недостаточно одного восстановления промежности и сужения влагалища по только что изложенному способу, а необходимо создать надежный мышечный пласт в области тазового дна, и для этой цели предлагается сшивать передние ножки *m. levatoris ani* между собой.

Эта операция почти одновременно была произведена и опубликована Ш а ц е м (Schatz), Ц и г е н ш п е к о м (Ziegenspeck), Д ю в а л е м (Duval) и некоторыми другими, а затем анатомическая ее разработка была дана Т а н д л е р о м (Tandler) и Г а л ь б а н о м.

По мнению двух последних авторов, сложные приемы для нахождения и освобождения передних ножек названной мышцы с рассечением глубокой поперечной мышцы промежности совершенно излишни, а можно воспользоваться способом Г е г а р а для получения лоскута из задней стенки влагалища. Надо только помнить, что передняя ножка леватора прямой кишки или *m. puborectalis* тесно прилегает к боковым стенкам влагалища и легко прощупывается пальцем, введенным в него; для того чтобы ее выделить, следует захватить зажимом нижний боковой край влагалищного разреза и пальцем отделить от окружающих тканей (рис. 106).

Обе ножки леватора, покрытые тонкой фасцией, легко обнаруживаются и могут быть вытянуты впереди пинцетом, а затем они соединяются между собой несколькими узловыми кетгутowymi швами, причем надо стараться захватывать в шов значительную часть мышцы. Обыкновенно бывает достаточно 3—4 швов, чтобы соединить ножки леватора до уровня верхнего конца освеженного участка. Затем производится обычным способом сшивание краев разреза влагалища и промежности. Результаты этой операции настолько благоприятны, что некоторые, например Г а й д е н г а й н (Heidenhain), считают ее достаточной для излечения выпадения матки даже без фиксации последней (рис. 107).

Но не все авторы относятся одинаково к операции леваторопластики и многие считают ее совершенно излишней; в тех, например, учреждениях, где я работаю, она не производится потому, во-первых, что при пользовании проволочным швом ножки леватора сближаются, даже если они предварительно не были выделены из окружающих тканей; во-вторых и главным образом мы против леваторопластики, потому что по исследованиям нашей клиники при разрывах промежности в 55% случаев передняя ножка леватора оказывается оторванной с одной стороны или даже совершенно атрофированной, так что освобождать оставшиеся ее части становится бесполезным. Такие же данные получены Э. М а р т и н о м, который находит нарушение целостности этой мышцы в 50% случаев разрыва промежности во время родов.

Таким образом мы видим, что до настоящего времени нет еще единства во взглядах на тот или другой способ восстановления тазового дна, но мы можем с полной уверенностью сказать, что и простой способ зашивания промежности по методу Г е г а р а дает вполне хорошие результаты.

Восстановление полного разрыва промежности.

Говоря о зашивании разрывов промежности, мы должны остановиться также на ее полных разрывах. Хотя эти формы заставляют больную чаще обращаться к врачебной помощи из-за недержания кала или газов, которое появляется прежде чем успеет развиваться опущение или выпадение матки, но по своей сущности лечение их тоже состоит в восстановлении промежности. Отличительной чертой разрывов этой степени является повреждение в большей или меньшей мере прямой кишки, поэтому восстановление целостности промежности здесь должно состоять в том, чтобы соединить между собой разорванные концы сфинктера прямой кишки.

Для этой цели различными операторами предложено несколько способов, которые отличаются между собой или методами проведения разрезов и освежения операционного поля, или техникой наложения швов и употребляемым для этого материалом.

Основным отличием этих операций между собою является то, что одни авторы, например Кроссен, Ваткинс и Кюстнер, стремятся восстановить целостность сфинктера прямой кишки, освобождая его разорванные концы и непосредственно соединяя их между собою, другие же, например Фрич и Гальбан считают ненужным и даже невыгодным освобождать концы разорванного сфинктера, а восстанавливают его путем захватывания в шов волокон этой мышцы вместе с клетчаткой и окружающими тканями.

Способы освежения операционного поля отличаются между собой тем, что при одних производят операцию без удаления лоскута из задней стенки влагалища (проводя разрез в поперечном направлении между краем слизистой оболочки прямой кишки и влагалища и делая два вертикальных разреза на обоих его концах), при других же методах обязательно выкраивают треугольный лоскут из слизистой оболочки задней стенки влагалища. В первом случае получается некрасивый избыток ткани в области задней спайки, который, однако, со временем сглаживается и исчезает.

Что касается различных методов наложения швов и материала, который для этого употребляется, то большинство применяют здесь кетгут в виде погружных швов, не проникающих через слизистую оболочку прямой кишки. Другие же пользуются для соединения краев разреза слизистой оболочки проволокой в виде поверхностных швов, накладываемых на стенку прямой кишки со стороны ее просвета, причем длинные закрученные концы их выводятся через задний проход и, по миновании надобности, удаляются. Мы же применяем здесь всегда съемный погружной проволочный шов.

Восстановление целостности прямой кишки и промежности при разрывах третьей степени нами производится следующим образом. Прежде всего мы наметим лоскут освежения операционного поля, причем накладываем один зажим на задней стенке влагалища по средней линии приблизительно на три или четыре сантиметра выше входа во влагалище, затем накладываем с каждой стороны по одному зажиму на границе между слизистой оболочкой влагалища и кожей промежности и еще два зажима также с каждой стороны на границе между слизистой оболочкой прямой кишки и кожей промежности. Лоскут очерчивается ножом, причем на влагалище он имеет такую же треугольную форму, как при зашивании промежности по способу Гегара, а на коже промежности он очерчен двумя прямыми линиями, соединяющими с каждой стороны боковые зажимы; со стороны прямой кишки он очерчен линией, проходящей на границе между слизистой оболочкой прямой кишки и влагалища и соединяющей оба боковых зажима.

После того как лоскут очерчен, он сперва несколько отсепаровывается в области промежности от прямой кишки, а затем отделение его совершается обычным путем со стороны влагалища. Затем мы приступаем к накалыванию швов и всегда применяем здесь погружные съемные проволочные швы. Первый из них соединяет между собой края прямой кишки; он проводится сверху, и игла прокалывается через слизистую оболочку влагалища у верхнего угла освежения, проводится в области освеженного участка в глубине тканей и выводится наружу у самого края разреза слизистой оболочки прямой кишки. Затем делаются вкол и выкол иглы сначала с правой стороны вдоль края прямой кишки, причем слизистая оболочка не должна попадать в шов; такой же вкол и выкол делаются с левой стороны и т. д., пока не будет восстановлена целостность прямой кишки. Последние стежки этого шва должны идти вдоль кожи промежности, и он выводится через кожу с правой или левой стороны (рис. 108).

Второй проволочный погружной шов накладывается уже после восстановления целостности прямой кишки, и он проводится как при зашивании разрывов второй степени — сперва через слизистую оболочку влагалища, вкалывается и выкалывается далее сначала с правой, а затем с левой стороны на расстоянии приблизительно одного сантиметра кнутри от бокового края освежения; достигнув конца, шов выводят наружу через кожу промежности (рис. 109).

После этого накладывается непрерывный кетгутовый шов на разрез слизистой оболочки влагалища, а на разрез кожи промежности кладется несколько тонких узловых шелковых швов (рис. 110).

При восстановлении целостности прямой кишки мы придаем особенно важное значение погружному съемному проволочному шву, так как здесь наглядно выступают все его преимущества. Они состоят в том, что этот шов не инфицируется содержимым кишечника и благодаря этому не дает нагноения и расхождения раны, а кроме того он легко удаляется на 7—8-й день после того, как образовалось прочное сращение краев разреза. Удаление производится так же, как и проволочного шва с мышц промежности, причем во влагалище вводится небольшой подъемник, которым отодвигается передняя влагалищная стенка, затем верхний конец проволочного шва захватывается пинцетом и обрезается у самой стенки влагалища, а нижний конец берется в зажим, и шов легко удаляется.

Мне лично пришлось применить этот шов при зашивании полных разрывов промежности 24 раза, и я не видел ни одной неудачи. Если, однако, оператор не желает почему-либо воспользоваться съемным проволочным швом, то для восстановления целостности кишки следует применять кетгут средней толщины в виде узловых швов, накладываемых со стороны раневой поверхности, не прокалывая слизистой оболочки кишки. Пользоваться здесь узловыми и погружными шелковыми швами совершенно нецелесообразно, так как они не рассасываются и всегда могут дать нагноение.

Передняя кольпорафия.

В тех случаях, где разрыв промежности остается незашитым продолжительное время, начинает постепенно опускаться передняя стенка влагалища, лишенная своей естественной опоры, и тогда появляются упомянутые выше явления со стороны мочевого пузыря, сперва в виде небольших тянущих болевых ощущений при окончании мочеиспускания; постепенно эти жалобы усиливаются и наконец появляется недержание мочи при кашле или смехе.

Многие больные, руководясь характером этих расстройств, обращаются за помощью к урологу и подвергаются лечению мочевого пузыря, но успех от этого лечения весьма непродолжителен, и как только оно оставлено, те же жалобы появляются снова. Это совершенно понятно, так как причина их заключается в опущении передней стенки влагалища и потому оно должно быть сна-

чала устранено, а затем уже следует лечить шейку мочевого пузыря, если после операции на влагалища упомянутые болезненные явления не исчезают достаточно быстро сами собой.

Передняя кольпорафия производится следующим образом. Сперва захватывается передняя губа влагалищной части, и матка насколько возможно низводится книзу, выступая из влагалищного входа (это делается при помощи пулевых щипцов, наложенных как на переднюю, так и на заднюю губы влагалищной части матки). Затем в зажим захватывается передняя стенка влагалища по средней линии, отступя на один или два сантиметра вниз от наружного отверстия мочеиспускательного канала; два таких же зажима накладываются по одному с каждой стороны на влагалищную стенку приблизительно по середине между первым зажимом и пулевыми щипцами, отступя в сторону от средней линии на расстояние, равное ширине освеженного пространства (рис. 111). Растянув влагалищную стенку при помощи наложенных зажимов, намечают скальпелем границы лоскута, который имеет форму овала, и начинают его постепенно отделять ножом сверху вниз. Удалив лоскут, приступают к наложению швов из непрерывного кетгута, причем сперва накладывается непрерывный погружной шов, идущий от верхнего угла освеженного лоскута к нижнему, а затем — поверхностный, тоже непрерывный шов в том же направлении, соединяющий края слизистой оболочки влагалища (рис. 112).

Одно время мы пробовали обходиться без погружного шва, и наблюдали неоднократно довольно значительные потери крови на 6-й или 7-й день после операции, когда поверхностный кетгутовый шов успевает уже рассосаться. Эти кровотечения мы поставили в связь с отсутствием погружного шва и за последнее время снова поэтому накладываем швы в два яруса.

При наложении погружного шва игла проводится непосредственно под освеженной поверхностью, и следует помнить, что при слишком глубоком вкалывании иглы можно легко поранить мочевой пузырь. Поверхностный шов накладывается таким образом, что игла вкалывается в стенку влагалища на расстоянии полусантиметра от края разреза и проводится тоже под освеженной поверхностью для того, чтобы не оставалось свободных пустых пространств, которые могут быть причиной образования гематомы (рис. 113).

Однако не всегда удается получить хорошие, надежные результаты при устранении опущения передней стенки влагалища; нередко это опущение достигает значительной степени, и вместе с тем имеется резко выраженная грыжа мочевого пузыря или так называемая *cystocele*. По мнению Э. М а р т и н а, причиной образования грыжи является растяжение или расхождение связочного аппарата, идущего от матки к пузырю и даже к лону в виде парного образования, состоящего из двух пузырно-влагалищных связок.

Для того чтобы создать мочевому пузырю надежную опору, надо постараться восстановить правильное расположение этих связок. Операция в этих случаях начинается с того, что здесь, так же как при обычной кольпорафии, удаляют лоскут из передней стенки влагалища, затем, по предложению Б у м м а, отделяют осторожно, начиная со средней линии, сперва одну связку, а затем другую в обе стороны до бокового края освежения. Полученные пластинки обеих связок накладываются одна на другую так, чтобы получилась дубликатура, и сшиваются они между собой следующим образом: свободный край обращенной кнутри связки пришивается непрерывным кетгутовым швом к внутренней поверхности обращенной кнаружи связки на том уровне, до которого она была отделена от мочевого пузыря, а затем этим же швом прикрепляется свободный край наружной связки к внутренней стороне второй связки приблизительно на полсантиметра от края освежения (рис. 114, 115, 116). После этого зашивается обычным способом разрез слизистой оболочки влагалища по средней линии.

На нашем довольно большом материале мы могли убедиться в хороших результатах, получаемых от этой операции, причем мы не наблюдали рецидивов.

ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ МАТКИ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Закончив рассмотрение тех изменений, которые вызываются опущением передней стенки влагалища, переходим теперь к тем осложнениям, которые возникают от того, что матка из правильного положения перешла в состояние ретроверзии или ретрофлексии; это тоже может быть последствием разрыва промежности или может возникнуть вследствие плохой обратной инволюции матки после родов. Как только матка из правильного положения переходит в состояние ретроверзии (безразлично, вследствие ли разрыва промежности или от плохого ее сокращения после родов), она сейчас же переполняется кровью вследствие затрудненного оттока. Это ведет, с одной стороны, к заболеванию самой матки в виде метрита со всеми характерными для него признаками, а с другой стороны — к застойным явлениям в области таза вообще, благодаря чему теряют свой нормальный тонус как мышцы, так и связочный аппарат и клетчатка тазовой области.

Такая потеря нормального тонуса, на мой взгляд, в значительной степени обуславливает опущения и выпадения матки и объясняет, почему матка, пришедшая в положение ретроверзии после родов, в возрасте, когда она уже закончила свой рост и развитие, имеет наклонность к выпадению, в то время как матка, пришедшая в положение ретроверзии в детском возрасте, когда еще не закончено формирование организма, не имеет к этому ни малейшей склонности. Этим же, вероятно, в значительной степени объясняется и то обстоятельство, что после основательного восстановления тазового дна матка, не приведенная в нормальное положение, а оставленная в ретроверзии, не удерживается на месте, а опускается и, наконец, выпадает.

Имеем ли мы в данном случае ретроверзию первичную, т. е. находящуюся в этом состоянии с детского возраста, или неправильное положение образовалось позднее, когда развитие организма уже завершено и ретроверзия матки имеет таким образом вторичный характер, можно всегда распознать по положению передней стенки влагалища. Если при наличии ретроверзии расстояние от нижнего края симфиза до влагалищной части матки значительно меньше нормального, а передняя стенка влагалища тем не менее не отвисает и вполне соответствует этому расстоянию, то это означает, что матка приобрела неправильное положение в детском возрасте, когда развитие сосудистой системы и других отделов таза не было закончено и могло приспособиться к такому положению матки. Если же при имеющейся ретроверзии матки передняя стенка влагалища отвисает и длина ее больше, чем расстояние от симфиза до влагалищной части матки, то неправильное положение возникло уже в том возрасте, когда развитие тазовой области вполне закончено.

Чрезвычайно простой способ распознавания той или другой формы ретродевиации матки состоит в следующем. Больной, находящейся в положении для гинекологического исследования, предлагают потужиться; тогда при первичной ретроверзии не наблюдается выпячивания из влагалища передней его стенки, в то время как при вторичной ретроверзии такое выпячивание обязательно обнаружится.

Умение распознать, произошла ли в данном случае ретроверзия первичным или вторичным путем, имеет большое значение, так как от этого будет зависеть выбор лечебного метода. Именно, всякая вторичная ретроверзия, т. е. развивающаяся в зрелом возрасте больной, должна быть обязательно исправлена,

так как иначе она вызовет появление метрита и поведет к опущению и выпадению матки; напротив, первичная ретроверзия, т. е. образовавшаяся в детском возрасте, не требует в громадном большинстве случаев исправления, так как не вызывает никаких расстройств в половом аппарате.

Исправление ретродевиаций матки может состоять или в оперативном лечении, или в назначении того или другого из маточных колец, причем наиболее распространенным является кольцо Годже.

Однако надо иметь в виду, что кольцо приводит очень редко к полному излечению, и после его удаления матка снова приходит в неправильное положение. Поэтому кольцо может быть применено только в случае недавнего образования ретроверзии, при недостаточном обратном развитии матки после родов, когда можно рассчитывать, что матка, поставленная в правильное положение, хорошо сократится и сохранит это положение после удаления кольца. Иногда мы вынуждены назначать кольцо, когда операция почему-либо опасна; в таких случаях кольцо носят постоянно, сменяя его раза два в течение года.

Из операций, имеющих целью исправить отклонение матки кзади, мы приведем только те, которые применяются нами, так как мы считаем их наиболее пригодными. Надо, однако, сказать, что этих операций имеется сейчас бесконечное множество, и продолжают появляться все новые, а это служит лучшим доказательством, что до сих пор еще нет совершенно надежного способа, который предохранял бы от рецидива, не вызывал болей и не нарушал способности женщины к деторождению.

Операция, исправляющая положение матки одновременно с кольпорафией.

Эта операция, предложенная Фозергилем, по существу своему стоит близко к обыкновенной передней кольпорафии. Различие заключается только в том, что лоскут освежения имеет несколько другую форму, благодаря чему при зашивании разреза не только уменьшается поверхность передней влагалищной стенки, но вместе с тем шейка матки отодвигается кзади, а тело ее вследствие этого отклоняется вперед.

Операция эта уместна только в случае незапущенной ретроверзии, когда матка еще не успела измениться под влиянием застойных явлений и не потеряла нормального тонуса, и потому ее можно производить лишь в самом начале заболевания.

Особенности операции состоят в том, что лоскут освежения передней стенки влагалища, как уже было сказано, имеет своеобразную форму в виде треугольника, вершина которого находится приблизительно на 1 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а основание расположено в переднем своде влагалища (рис. 117).

Чтобы наметить границы лоскута, во влагалище вставляется нижнее зеркало и влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами; затем накладывается зажим на слизистую оболочку в области вершины предполагаемого треугольника, и два таких же зажима захватывают нижние углы у его основания, причем наложенные на влагалищную часть матки пулевые щипцы в это время удаляются.

После того как границы лоскута очерчены скальпелем, он отсепаровывается, и швы накладываются начиная с середины основания лоскута; по мере наложения и завязывания швов влагалищная часть шейки перемещается кзади, и матка принимает правильное положение (рис. 118, 119).

Так как эта операция не особенно надежна и ретроверзия может остаться, то больная при таком вмешательстве требует внимательного наблюдения, и в случае неудачи ей следует произвести ту или другую из операций, специально предназначенных для исправления ретродевиаций матки.

Операции укорочения круглых связок.

Для исправления вторичных, т. е. развившихся уже в зрелом возрасте ретродевиаций матки, не успевших еще осложниться явлениями опущения или выпадения матки и влагалища, мы пользуемся почти исключительно операциями, состоящими в укорочении круглых связок.

Хотя круглые связки у женщины при нормальном состоянии половых органов не оказывают никакого влияния на положение матки, так как они являются только рудиментарным образованием, оставшимся от четвероногих, но, будучи укорочены в достаточной степени, они могут служить для искусственного удержания матки в положении правильной антеверзии — антефлексии.

Впервые операция укорочения круглых связок была произведена Александром в 1881 г. и Эдмсом в 1882 г. со стороны паховых каналов без вскрытия брюшной полости, затем стали предлагаться все новые способы как со стороны пахового канала, так и путем разреза брюшной стенки или через влагалище. В настоящее время этих операций чрезвычайно много, и Кроссен в своей «Оперативной гинекологии» 1925 г. приводит 82 различных способа укорочения круглых связок.

Нет никакой возможности лично проверить все эти методы, чтобы составить себе определенное мнение о достоинствах или недостатках каждого из них, и поэтому мы позволим себе привести только те, которые применяются нами и кажутся наиболее приемлемыми.

Операция укорочения круглых связок по Александер — Эдмсу.

Как было уже сказано, операции, предложенные названными авторами, производились без вскрытия брюшной полости. Такой метод, применявшийся главным образом из боязни инфекции, имел свои слабые стороны, так как не допускал осмотра области малого таза и при наличии сращений лишал возможности устранить их.

В 1897 г. Гольдшпон (Goldspohn) предложил видоизменить эту операцию, вскрывая с каждой стороны брюшную полость, и теперь эта операция производится следующим образом. Сперва делается разрез с одной стороны в области пахового канала приблизительно на поперечный палец над пупартовой связкой длиной в 5—6 см; кровоточащие сосуды перевязываются и разрез углубляется, пока не обнаружится апоневроз наружной косой мышцы, вместе с чем становится доступным наружное отверстие пахового канала. Начиная от него, кверху рассекают апоневроз, причем разрез проводится параллельно пупартовой связке несколько отступя от нее кверху, и таким образом открываются паховый канал и лежащая в нем круглая связка (рис. 120, 121).

Последняя приподнимается пинцетом, и благодаря этому обнаруживаются внутреннее паховое отверстие и брюшина, покрывающая далее круглую связку (рис. 122). После того как брюшина вскрыта ножницами, входят пальцем в брюшную полость и ощупывают придатки и ребро матки соответствующей стороны. Затем, удалив палец из брюшной полости, прикрывают рану стерильным марлевым тампоном и приступают к операции с другой стороны. Проверив также и с этой стороны пальцем состояние придатков и матки, извлекают круглую связку из брюшной полости на желаемую длину, захватив ее зажимом, и отверстие в брюшине закрывают тонким кетгутовым швом.

Далее можно поступить двояко: либо ножницами удаляют избыток круглой связки и фиксируют оставшуюся часть к внутренней стороне нижнего края

апоневроза, либо круглую связку, сложенную втрое, не рассекая ее, помещают в паховом канале и также прикрепляют к апоневрозу. Последний способ предложен К о х е р о м и некоторыми другими; он применяется также и нами (рис. 123).

Для фиксации круглых связок мы пользуемся всегда тонким узловым шелковым швом. Затем нам остается только восстановить целостность апоневроза, но, во избежание образования грыжи, мы сперва прикрепляем несколькими кетгутowymi швами волокна поперечной мышцы к внутренней стороне нижнего края вскрытого апоневроза, а затем узловыми кетгутowymi же швами соединяем края апоневроза и зашиваем разрез кожи при помощи зажимов Мишеля.

Закончив операцию на одной стороне, проделывают и на другой стороне то же самое, именно извлекают из брюшной полости круглую связку, закрывают разрез брюшины, фиксируют круглую связку к нижнему краю апоневроза и восстанавливают целостность апоневроза и кожи.

Мы остановились прежде всего на этом способе исправления ретродевиаций матки, так как он предложен ранее всех прочих, но теперь способ этот постепенно теряет сторонников, и взамен предлагаются все новые способы фиксации матки. И действительно, операция А л е к с а н д е р — Э д э м с а имеет очень существенные недостатки. При ней невозможно глазом осмотреть операционное поле и приходится довольствоваться теми скромными данными, которые получаются при ощупывании пальцем; кроме того, здесь приходится производить два кожных разреза и два отверстия в брюшную полость.

На этом основании мы тоже оставили эту операцию и в последнее время пользуемся другими способами, но все же надо отметить, что многие гинекологи, в том числе умерший недавно лучший оператор-гинеколог Германии К. Ф р а н ц, предпочитают эту операцию другим. В случае же недостаточной подвижности матки или каких-либо изменений со стороны придатков он предложил следующим образом изменить прежнюю операцию А л е к с а н д е р — Э д э м с а, дав ей специальное название «лапаротомия Александер».

Кожа и апоневрозы рассекаются в поперечном направлении по П ф а н н е н ш т и л ю вблизи от симфиза, чтобы легко было достигнуть паховых каналов; после вскрытия и осмотра брюшной полости разделяют имеющиеся сращения пинцетом и ножницами, а также производят необходимые операции на придатках; затем листки брюшины захватываются в зажимы, и брюшная полость таким образом оказывается провизорно закрытой. Захватив нижний край вскрытого апоневроза одним или двумя зажимами, его подтягивают по направлению к пупку и в то же время отодвигают нижний край кожного разреза при помощи крючка в сторону и книзу. Далее рассекают несколькими ударами ножниц жировую клетчатку, вскрывают сперва с одной стороны паховый канал и вытягивают наружу круглую связку, захватив ее зажимом, причем покрывающий ее отросток брюшины не вскрывается и связка укорачивается внебрюшинно; то же делается и на другой стороне. После того как круглые связки фиксированы, снимаются зажимы с разреза брюшины, и таким образом легко можно проверить, достаточно ли восстановлено положение матки; наконец остается только зашить разрез брюшной стенки. Мы тоже пробовали применять эту операцию, но наше впечатление от нее не особенно благоприятное, так как она кажется нам более сложной, чем другие способы укорочения круглых связок непосредственно через разрез брюшной стенки.

Что касается отдаленных результатов, то по приводимым Ф р а н ц е м данным матка оказывается лежащей правильно спустя продолжительное время в 87% при операции А л е к с а н д е р — Э д э м с а и в 91% после операции «лапаротомия Александер»; однако Б у м м приводит один случай смерти непосредственно после этой операции, произошедший от разрыва сращений с кишкой.

Укорочение круглых связок по способу Дэдлей — Менге.

Значительно позднее, именно в 1900 г. был предложен Дэдлеем и усовершенствован Менге довольно простой способ укорочения круглых связок, состоящий в том, что обе они фиксируются на передней поверхности матки.

Производится эта операция так, что одна из круглых связок захватывается зажимом приблизительно на расстоянии 6 см от угла матки, затем пинцетом она берется в области середины этого участка круглой связки и подтягивается к передней поверхности матки. Здесь она фиксируется тонким шелковым швом в области дна матки по средней его линии; далее она, в том месте, где круглая связка была захвачена зажимом, также фиксируется тонкими шелковыми швами к углу матки на месте отхождения круглой связки (рис. 124). Полученная таким образом петля круглой связки укрепляется еще одним шелковым швом по середине между уже наложенными швами, причем в шов захватываются оба колена связки. Кроме того, накладываются еще два кетгутовых шва посередине между шелковыми швами и три или четыре таких же шва на брыжейку круглой связки по средней линии. То же делается с круглой связкой на другой стороне (рис. 125).

По полученным Менге данным результаты этой операции вполне удовлетворительные, и она подкупает своей простотой. Она, однако, имеет свою слабую сторону: матка удерживается в правильном положении за счет наиболее слабого участка круглой связки.

Укорочение круглых связок по способу Вебстера.

Эта операция предложена Вебстером в 1901 г., но широкое распространение она нашла лишь после того, как Бальди и Дартиг опубликовали свои результаты.

Состоит она в том, что обе круглые связки проводятся через толщу широких связок на заднюю поверхность матки, где и фиксируются, причем Вебстер рекомендует проводить круглую связку непосредственно под яичниковой связкой, а Дартиг предлагает проводить ее через брыжейку трубы между последней и яичником. Но так как при ретроверзии матки яичники обыкновенно опущены и в них наблюдаются застойные явления, то лучше проводить круглые связки под яичниковыми связками и таким образом приподнять яичники.

Производится эта операция таким образом, что после вскрытия брюшной полости сперва захватывается зажимом круглая связка с одной стороны на расстоянии 5—6 см от угла матки, затем со стороны задней поверхности широкой связки под яичниковой связкой делается, при помощи зажима Кохера, сквозное отверстие, выходящее спереди между круглой связкой и трубой.

Проведенный в это отверстие зажим захватывает круглую связку на намеченном выше участке и последняя выводится на заднюю поверхность матки, где и прикрепляется двумя тонкими узловыми шелковыми швами к матке по средней линии, немного отступая от дна ее книзу. То же делается с другой стороны, после чего посередине между предыдущими швами накладывается еще один узловый шелковый шов, соединяющий обе связки между собой (рис. 126, 127, 128).

Только что описанная операция чрезвычайно проста, производится без потери крови, и получаемые результаты, повидимому, не хуже, чем при других способах, так как нам не раз приходилось видеть, что, несмотря на последующие роды, матка сохраняла правильное положение. В виду этого мы среди других операций, исправляющих положение матки, отдаем ей предпочтение.

Несмотря на то, что автор операции предложил производить ее через разрез передней брюшной стенки, мы неоднократно, именно 34 раза, делали ее со стороны влагалища. В этом есть известное преимущество, так как с операцией укорочения круглых связок можно попутно произвести и переднюю кольпорафию вследствие опущения передней влагалищной стенки. Поэтому в тех случаях, когда матка была совершенно свободна, мы поступали следующим образом. Сперва мы удаляли лоскут из передней стенки влагалища, затем отодвигали кверху мочевого пузыря, вскрывали пузырно-маточную складку и в отверстие брюшины выводили матку; сначала с одной стороны, а потом с другой мы прокалывали широкую связку сзади наперед зажимом, которым захватывали круглую связку и выводили ее на заднюю поверхность матки, фиксируя ее здесь тонкими шелковыми швами. Надо иметь в виду, что прокалывать широкую связку приходится в этих случаях между трубой и яичником, как это рекомендуется Д а р т и г о м, так как пространственные отношения затрудняют прокол ее ниже — под яичниковой связкой (рис. 129 и 130). После того как круглые связки фиксированы, матка вправляется обратно в брюшную полость, разрез брюшины зашивается непрерывным кетгутовым швом и края разреза слизистой оболочки соединяются между собой, начиная от верхнего его края.

При исправлении ретродевиаций матки известное значение имеет также состояние переднего и заднего дугласовых пространств. При отклонении матки кзади кишечные петли помещаются в пузырно-маточном углублении и способствуют еще большему смещению матки и потому Г а л ь б а н вполне основательно придает чрезвычайно большое значение тому обстоятельству, чтобы каким-либо образом закрыть или выполнить пузырно-маточный карман. Для этой цели он рекомендует воспользоваться следующим способом.

Прикрепление матки к мочевому пузырю по Верту.

Так как при операциях, производимых с целью вентрофиксации матки, наблюдались иногда случаи ущемления кишек, то В е р т в 1884 г. предложил операцию, состоящую в фиксации передней поверхности матки к задней стенке пузыря только для того, чтобы выполнить пузырно-маточное углубление и таким образом избежать этих осложнений.

Впоследствии он стал применять этот способ как самостоятельную операцию для исправления ретродевиаций матки, и Г а л ь б а н является ее горячим сторонником, получая прекрасные результаты. Важно только, по его мнению, соединить дно матки с неподвижно фиксированной к мочевому пузырю брюшиной, другими словами — пришить матку высоко вверху у вершины пузыря.

Техника, применяемая Г а л ь б а н о м, чрезвычайно проста. Игла, снабженная длинной кетгутовой нитью, вкалывается в области дна матки как раз над местом выхода труб; повторными вколами игла подбирает всю брюшину передней маточной стенки и задней стенки мочевого пузыря и, наконец, выкалывается над вершиной пузыря; то же делается второй иглой с другой стороны, после чего оба шва завязываются, и дно матки ложится на вершину пузыря, а пузырно-маточное углубление оказывается хорошо закрытым. Вся операция требует всего двух швов и минимального количества времени (рис. 131, 132). Подобным же образом Г а л ь б а н предлагает производить облитерацию пузырно-маточного углубления со стороны влагалища, причем он подчеркивает, что результат может быть хорошим лишь тогда, когда захвачена брюшина высоко в области вершины пузыря.

Техника этой операции такова. После срединного разреза передней влагалищной стенки мочевого пузыря отодвигается кверху и пузырно-маточная складка брюшины вскрывается в поперечном направлении; затем дно матки

выводится во влагалище, и двумя зажимами берется нижний край брюшины, покрывающей пузырь; захватывая осторожно брюшину пузыря все выше и выше, доходят наконец до того, что она уже не подтягивается. Это означает, что достигнута брюшина, покрывающая вершину пузыря, и теперь остается только укрепить здесь дно матки. Для этой цели проводится два кетгутовых шва через дно матки в области отхождения труб, и они захватывают также и верхний отдел брюшины пузыря. Завязав эти швы, накладывают несколько ниже вторую пару швов и так далее, постепенно вправляя матку обратно в брюшную полость; когда матка вправлена, зашиваются брюшина и разрез влагалища. Отдаленные результаты этой операции Г а л ь б а н находит прекрасными.

Кроме облитерации пузырно-маточного углубления Г а л ь б а н придает также очень большое значение тому, чтобы и заднее дугласово пространство — если оно слишком глубоко — было совершенно зашито или уменьшено. Слишком большая глубина его наблюдается особенно часто при так называемом проляпсе по Ф р о р и п у (Frogip), когда брюшина заднего дугласова пространства раздвигает кишечно-влагалищную перегородку и простирается до самой промежности.

Закрытие заднего дугласова пространства совершается таким образом, что брюшина, покрывающая прямую кишку и заднюю стенку брюшной полости, соединяется с задней стенкой матки и задними листками брюшины широкими связками, начиная из глубины дугласова пространства, причем один ряд швов следует за другим до тех пор, пока это позволяет натяжение брюшины (рис. 133, 134, 135).

Мы не будем останавливаться на таких оперативных приемах, как укорочение крестцово-маточных или широких связок, так как эти операции не нашли распространения, и перейдем к третьему этапу, который развивается на почве разрыва промежности, именно к *опущению матки*, образуемому как непременно следствие ее ретродевиации.

В настоящее время можно считать общепризнанным, что опущение и выпадение матки наблюдаются почти исключительно в том случае, когда матка находится в ретроверзии. Большинство гинекологов придает этому факту неправильного положения матки решающее значение, упуская совершенно из виду, что в случае первичной — т. е. возникающей в детском возрасте ретроверзии матки — не наблюдается в течение всей жизни ни малейших признаков опущения. Это обстоятельство позволяет нам думать, что не только механические условия, вызванные положением матки, заставляют ее под давлением брюшного пресса смещаться книзу, но что здесь существуют еще кое-какие другие важные причины, способствующие этому смещению, и нам кажется, что они состоят в следующем. Во-первых, при вторичной ретроверзии матки, возникшей вследствие разрыва промежности, нарушены целостность тазового дна и поддержка для передней влагалищной стенки и мочевого пузыря, а во вторых, чему мы придаем очень важное значение, — с момента возникновения вторичной ретроверзии развиваются застойные явления как в самой матке, так и во всей тазовой области, и благодаря этому клетчатка, фасции и связки матки теряют свою нормальную эластичность и не в состоянии выдерживать давление брюшного пресса.

Под влиянием этих условий матка постепенно начинает опускаться. Пока она еще не успела выступить за пределы влагалищного входа, это состояние носит название *опущения*; после же того как влагалищная часть матки выступила из входа во влагалище, оно носит название *выпадения*, причем различают *неполное выпадение*, когда часть матки находится еще в области таза, и *полное*, когда вся матка лежит вне таза в мешке, образованном выпавшим наружу влагалищем.

Иногда, особенно у старых женщин, *portio vaginalis uteri* значительной своей частью выступает из влагалищного входа, в то время как тело матки мало смещено; зависит это от растяжения атрофированной и лишенной мышц шейки, которая легко поддается тяге пузыря и стенок влагалища и вытягивается иногда в едва прощупываемый тяж, соединяющий влагалищную часть матки с ее телом.

Лечение опущения и выпадения матки может состоять только в оперативном вмешательстве, характер которого должен отвечать целому ряду требований, в зависимости от того, способна ли больная к деторождению, или она уже достигла климактерического периода, но ведет еще нормальную половую жизнь, или же, наконец, возраст ее таков, что она не только не может иметь детей, но даже уже не живет половой жизнью.

В исключительных случаях, когда операция противопоказана по тем или другим причинам, при опущении и выпадении матки и влагалища приходится пользоваться пессариями, из которых мы отдаем предпочтение маточному кольцу Менге, имеющему съемный пелот, который препятствует кольцу менять свое положение во влагалище, и оттого кольцо это чрезвычайно устойчиво, и не требуется чрезмерно больших номеров (рис. 136).

Операции при опущении и выпадении матки в возрасте, допускающем деторождение.

Операций, предложенных для того, чтобы исправить положение матки и влагалища при их опущении и выпадении, существует очень много, можно сказать — почти бесконечное количество, и еще в 1910 г. Ван-де-Вельде насчитывал 217 различных модификаций их. Большинство этих операций исключает, однако, возможность деторождения, и у больных, желающих сохранить способность рожать, мы пользуемся только оперативным приемом, предложенным Дюлери-Джилльямом в 1901 г., — так называемой *вентросуспензией*. Техника ее следующая. Брюшная стенка вскрывается по средней линии небольшим разрезом сантиметров в 10, причем верхняя поверхность апоневроза скальпелем освобождается от покрывающей ее подкожной жировой клетчатки; по вскрытии брюшины она захватывается двумя зажимами с каждой стороны вместе с апоневрозом. Затем делается прокол апоневроза, прямой мышцы и брюшины с каждой стороны, для чего сперва производится небольшой разрез апоневроза длиной приблизительно в 1 см; от срединного края разреза брюшной стенки он находится на расстоянии 2 см, а от нижнего конца ее разреза он отстоит приблизительно на три поперечных пальца кверху. Через этот разрез прокалывают лежащую под апоневрозом прямую мышцу и брюшину зажимом Кохера и захватывают им соответственную круглую связку сантиметра на три или четыре от угла матки и выводят ее наружу. Для того чтобы облегчить себе захватывание круглой связки, ее предварительно берут пинцетом на надлежащей высоте (рис. 137).

После того как петли круглых связок выведены наружу, брюшина зашивается обычным способом и затем, согласно принятой нами технике, края апоневрозов соединяются непрерывным проволочным швом. После этого выведенные из брюшной полости петли круглых связок фиксируются таким образом, что одним тонким шелковым швом они соединяются между собой и двумя такими же швами с каждой стороны прикрепляются к апоневрозу, причем одновременно этими же швами закрываются отверстия, сделанные в апоневрозе. После того как связки укреплены, кожа брюшной раны зашивается обычным способом (рис. 138).

Видоизменение Д о л е р и состоит в том, что он предлагает проводить петли круглых связок только через толщу прямых мышц и через брюшину, не прокалывая апоневроза. Еще более консервативно предложение Б у м а, которое сводится к тому, что круглые связки проводятся только через брюшину и фиксируются швом, проводимым через апоневроз и прямую мышцу. Нам, однако кажется наиболее надежной операция в той модификации, которую мы подробно привели здесь, причем мы пользуемся еще одной технической особенностью, предложенной Л о к и е р о м (Lockyer) и, на наш взгляд, имеющей важное значение. Именно, этот автор рекомендует, прежде чем проводить круглую связку через толщу брюшной стенки, укрепить ее наружный конец шелковым швом в области места отхождения круглой связки от матки (рис. 139).

Таким образом петля круглой связки, на которой подвешивается матка к брюшной стенке, становится в два раза крепче, и кроме того латеральный участок связки удерживает матку в правильном положении антеверзии. Руководствуясь этими соображениями, мы в последнее время всегда пользуемся приведенной только что модификацией.

Описанная операция, имеет, однако, тот недостаток, что здесь существует всегда возможность ущемления кишек, которые могут проникнуть в пузырно-маточный карман между круглыми связками; в литературе, действительно, приводится несколько таких случаев.

Поэтому мы считаем чрезвычайно целесообразной предложенную Л о у р о с о м (Louros) облитерацию пузырно-маточного кармана при помощи уже описанного нами способа В е р т а. Хотя мы до сих пор ни разу не наблюдали после этой операции ущемления кишек, но тем не менее мы впредь будем поступать согласно предложению Л о у р о с а, так как сейчас всегда остается чувство тревоги за больную. Заканчивая этим описание операций, применяемых нами при опущении и выпадении матки у женщин, способных к деторождению, нельзя не упомянуть о предложенном в 1885 г. способе О л ь с г а у з е н а (Olshausen) и Келли, который является родоначальником всех позднейших модификаций. Состоит он в том, что круглые связки на месте их отхождения от матки фиксируются несколькими швами, проводимыми через апоневроз, прямую мышцу и брюшину.

В настоящее время этот способ оставлен, так как он при наступившей беременности мешает правильному развитию матки.

Предлагая операцию Д о л е р и - Д ж и л ь я м а для лечения опущений матки в том возрасте женщины, когда она еще способна к деторождению, мы должны, однако, иметь в виду, что она показана при сколько-нибудь удовлетворительной сохранности брюшной стенки; если же имеется значительное расхождение брюшных мышц и они атрофированы, то приходится прибегать к другим способам, которые в большинстве случаев исключают возможность беременности и родов.

К описанию этих операций мы и переходим.

Операции при опущении и выпадении матки и влагалища, исключаящие возможность беременности и родов.

Сюда относятся: 1) операции, производимые через разрез брюшной стенки и фиксирующие к ней матку неподвижно в области ее дна или в области шейки; 2) операции, которые для этого пользуются лоскутами апоневроза, взятыми из передней брюшной стенки; 3) операции, фиксирующие матку к симфизу или мысу и, наконец, 4) те операции, где матка укрепляется к передней или задней стенке влагалища.

Прикрепление матки к передней брюшной стенке.

Здесь на первом месте следует поставить предложенную в восьмидесятих годах прошлого столетия операцию К о х е р а, названную им *exohysteropexia*.

Производится она следующим образом. После разреза брюшной стенки по средней линии матка захватывается в области дна пулевыми щипцами и по возможности сильно вытаскивается наружу; затем зашивается брюшина, причем она в окружности матки пришивается к ней, и благодаря этому тело матки находится экстраперитонеально, яичники же остаются в брюшной полости; после этого прямые мышцы соединяются между собой несколькими кетгутowymi швами на участке, идущем кверху от матки по направлению к пупку.

Далее по методу К о х е р а апоневрозы косых мышц на протяжении от верхнего края разреза до матки сшиваются между собой, а дальше прикрепляются вокруг матки (рис. 140); в большинстве случаев здесь, однако, пользуются видоизменением, предложенным Г а р р и с о м и состоящим в том, что апоневрозы на всем протяжении сшиваются между собой, причем задняя поверхность матки тоже захватывается этими швами. Наконец, производится обычным образом закрытие брюшной полости (рис. 141).

Существует еще одна модификация этого способа, предложенная М ё р ф и (Murphy) и состоящая в том, что матка рассекается посередине, слизистая оболочка удаляется, и обе половины матки укрепляются между кожей и апоневрозом одна — справа, а другая — слева (рис. 142, 143).

Прибеденные способы являются наиболее радикальными, но в настоящее время они почти всеми оставлены, так как часто вызывают последующие боли.

К этой же категории операций, носящих название *вентрофикаций*, относится также способ, предложенный в 1890 г. Ч е р н и — Л е о п о л ь д о м (Czerny — Leopold). Состоит он в том, что после разреза брюшной стенки по средней линии матка захватывается пулевыми щипцами и приподнимается до уровня разреза; после этого накладывается первый шов, который на три или четыре сантиметра над симфизом проводится через кожу, апоневроз, прямую мышцу и брюшину с одной стороны, затем захватывает матку несколько отступя книзу от области дна и в обратном порядке выводится наружу через брюшину, прямую мышцу, апоневроз и кожу другой стороны. Таким же образом проводятся второй и третий швы; они накладываются на коже один на сантиметр выше другого и захватывают матку, первый в области дна, а второй несколько ниже по задней поверхности; брюшная рана закрывается обычным способом и уже после этого завязываются шелковые швы (рис. 144).

В таком виде этот способ предложен Л е о п о л ь д о м, а Ч е р н и внес некоторые изменения, состоящие в том, что шелковые швы проводятся только через апоневроз и брюшину, мышцы не захватываются, кожа тоже не прокалывается, так что завязываются швы над апоневрозом.

Для того чтобы достигнуть более сильного наклона матки кпереди, К е л л и и У о р р е л (Worrall) предлагают проводить шов через заднюю поверхность матки несколько ниже ее дна.

Фиксация шейки матки к передней брюшной стенке.

Об этой операции, предложенной Б у м м о м, мы говорим только потому, что она производится некоторыми хирургами, но, по нашему мнению, она не отвечает тем основным требованиям, которые мы предъявляем к операциям, исправляющим положение матки, именно она не приводит матку в правильную

антеверзию, и таким образом нарушение кровообращения и застойные явления остаются.

Производится эта операция следующим образом. По вскрытии брюшной полости по средней линии матка захватывается в области дна пулевыми щипцами и сильно оттягивается кверху по направлению к пупку; затем вскрывается пузырно-маточная складка брюшины в поперечном направлении, и пузырь отделяется от шейки матки. После этого в области шейки делается продольный разрез длиной в 2 см, причем нужно проводить его осторожно, чтобы не проникнуть в цервикальный канал. Оба края разреза шейки фиксируются с каждой стороны к брюшной стенке двумя или тремя тонкими шелковыми швами, захватывающими брюшину и апоневроз; затем восстанавливается целостность пузырно-маточной складки и закрывается брюшная рана.

Близко к этой операции по технике стоит предложенная Френкелем операция вентросуспензии матки, но так как она еще менее отвечает нашему принципу исправления положения матки, то мы на ней останавливаться не будем.

Подвешивание матки при помощи лоскутов из апоневроза передней брюшной стенки.

Операций, исправляющих положение матки при помощи лоскутов, взятых из апоневроза брюшной стенки, имеется несколько; все они очень остроумны, причем в одном случае лоскуты проводятся через толщу матки, и она остается подвешенной на них; в другом случае они проводятся через брюшину широких связок под маточными артериями и, охватив матку, фиксируются на передней ее стенке; в третьем случае они выводятся подбрюшинно вдоль круглых связок и фиксируются на передней стенке матки; в четвертом случае они проводятся через брюшину, покрывающую широкие связки и укрепляются на месте отхождения кардинальных связок и т. д.

Мы не будем здесь подробно останавливаться на описании того или другого из этих способов, так как это имело бы только теоретическое значение в виду того, что пока нет достаточного материала, который позволил бы судить о результатах, получаемых от этих методов; личного же опыта на этот счет мы не имеем.

Операция, фиксирующая матку к мысу.

Операция, состоящая в фиксации матки к мысу, предложена Элекером (Ehlecker) и производится она следующим образом. После разреза брюшной стенки по средней линии рассекается покрывающая мыс брюшина также по средней линии и обнажается хрящевая прослойка между пятым поясничным и первым крестцовым позвонками; затем через этот хрящ проводится в поперечном направлении шелковый шов, который захватывает матку по ее задней поверхности на уровне внутреннего зева. Шов этот завязывается, и еще один или два шелковых или кетгутовых шва накладываются так, что захватывают края разреза брюшины и матку. Теперь остается только закрыть небольшую раневую поверхность на брюшине в области мыса, что делается посредством тонкого кетгутового шва.

Франц рекомендует эту операцию, которая была произведена им 10 раз, причем он несколько раз фиксировал к мысу культю шейки после надвлагалищной ампутации матки; мы тоже несколько раз производили ее с успехом.

Операции при выпадении матки, производимые со стороны влагалища.

Среди этих операций имеет наибольшее распространение укрепление матки в искусственно созданном пространстве между пузырем и передней стенкой

влагалища. Эта операция, предложенная в конце прошлого столетия В е р т г е й м о м и Ш а у т а, иначе называется *interpositio uteri vesico-vaginalis*.

В некоторых клиниках, например у В е й б е л я в Вене, она признается единственно показанной при значительных опущениях матки, другие же гинекологи, например Г а л ь б а н, находят эту операцию ненадежной и приводят статистические данные, где имеются рецидивы и даже случаи смерти. Мы в настоящее время пользуемся ею только при совершенно определенных показаниях, — именно там, где мышцы брюшной стенки атрофированы и слишком слабы для того, чтобы к ним можно было фиксировать матку.

В виду того что эти условия могут иметь место не только в климактерическом возрасте, но и тогда, когда женщина еще способна к деторождению, необходимо в последнем случае одновременно с этой операцией производить стерилизацию при помощи перевязки или резекции труб, так как иначе в случае наступления беременности всегда развиваются тяжелые осложнения. Из этих же соображений рекомендуется непосредственно перед этой операцией произвести выскабливание матки, если больная еще не находится в климактерическом возрасте, так как в литературе отмечены случаи, где беременность существовала уже в момент операции.

Техника этой операции следующая. Во влагалище вводится задняя ложка зеркала, влагалищная часть матки захватывается за переднюю и за заднюю губы пулевыми щипцами и выводится наружу, причем ее сильно оттягивают книзу. Затем в зажим берется передняя стенка влагалища по средней линии, отступая на полсантиметра книзу от наружного отверстия мочеиспускательного канала, и ножом проводится линейный разрез от зажима до влагалищной части (рис. 145). Этот разрез должен быть не слишком поверхностным, чтобы можно было отсепаровать в обе стороны лоскуты влагалища, достаточно толстые и хорошо васкуляризированные. Отсепаровка производится частью скальпелем, частью тупым путем, причем в верхнем углу раны лоскуты должны быть отделены настолько, чтобы свободно закрыть помещенную под ними матку; в нижнем отделе раны при освобождении шейки матки не следует перерезывать ножки пузырно-влагалищных связок, так как они способствуют более прочному укреплению матки. После того как лоскуты отсепарованы, отделяют тупым путем мочевой пузырь от шейки матки и вскрывают в поперечном направлении пузырно-маточную складку брюшины (рис. 146, 147).

В брюшную полость вводится подъемник, отодвигающий мочевой пузырь кверху, и матку выводят во влагалище, осторожно захватывая ее пулевыми щипцами или специальными крючками, причем следует пулевые щипцы накладывать на матку, идя постепенно кверху, и в это время не надо тянуть за влагалищную часть матки (рис. 148).

После того как матка выведена, верхний край брюшины прикрепляется тонким непрерывным кетгутовым швом к задней стенке матки приблизительно в области внутреннего зева, и таким образом брюшная полость оказывается закрытой (рис. 149).

Теперь, если это необходимо, производится перевязка труб, а затем тело матки помещается между мочевым пузырем и лоскутами влагалища и последние соединяются между собой непрерывным кетгутовым швом, причем мы предварительно проводим два шелковых узловых шва в верхнем углу раны так, чтобы они захватывали край одного лоскута, матку в области дна и край другого лоскута (рис. 150).

Эти швы накладываются для того, чтобы надежнее фиксировать матку, и снимаются они нами обыкновенно довольно поздно, не ранее 15—20-го дня, когда больная уже успела выписаться из клиники.

В том случае, когда выпадение передней стенки влагалища было выражено сильно и полученные лоскуты оказываются слишком большими для

закрытия матки, с каждой стороны отрезается известный участок их с таким расчетом, чтобы лоскуты при их соединении не были слишком натянуты, иначе нарушается их питание и они могут омертветь (рис. 151).

При слишком большой величине матки В е р т г е й м предлагает оставлять часть ее непокрытой влагалищем, причем лоскуты прикрепляются к матке непрерывным кетгуттовым швом; другие рекомендуют в этом случае ампутировать матку (рис. 153).

В результате этой операции матка оказывается расположенной так, что ее тело обращено кпереди и находится между мочевым пузырем и влагалищем, а влагалищная часть резко отодвинута кзади в сакральную впадину (рис. 152).

Здесь, так же как и при всякой другой операции, исправляющей вторичную ретроверсию матки или ее опущение и выпадение, производится тщательное восстановление тазового дна; иначе легко может получиться рецидив. Кроме того, надо обращать внимание, чтобы все кровоточащие сосуды были хорошо перевязаны, иначе образуются гематома и нагноение, кончающиеся иногда смертью.

Необходимо также упомянуть об одном видоизменении этой операции, которое было предложено несколько лет назад К и л л а н д о м (Kielland) и быстро нашло себе горячих сторонников. Состоит она в том, что дает возможность шейке и влагалищной части матки располагаться по одной прямой линии с телом, что, повидимому, предохраняет от рецидива. Техника операции — следующая. Прежде всего влагалищная часть матки пулевыми щипцами оттягивается кверху, и из задней ее губы вырезается клин треугольной формы, причем разрезы, продолжающиеся на заднюю стенку влагалища, имеют такое же направление, как при обычной кольпоперинеорафии (рис. 154, 155).

Затем влагалищная часть матки отделяется пальцем и ножницами от покрывающей ее влагалищной стенки — приблизительно на протяжении 4 см. — вперед и кверху настолько, чтобы введенные под слизистую оболочку ножницы прощупывались почти по средней линии над передней губой. Шейка матки отодвигается кзади, после чего накладываются узловые кетгуттовые швы на разрез задней губы, и отдельно, не захватывая шейки, накладывается непрерывный кетгуттовый шов на верхний участок лоскута, намеченного для задней кольпоперинеорафии (рис. 156, 157).

Такой же треугольный клин вырезывается из передней губы влагалищной части матки перед тем как делать разрез на передней стенке влагалища (рис. 158).

По словам Ф р а н ц а, модификация К и л л а н д а произвела на него впечатление вмешательства, вполне обоснованного анатомически и функционально; мы же неоднократно производили эту операцию, но отметить какое-либо ее преимущество перед типичной операцией Ш а у т а — В е р т г е й м а нам не удалось (рис. 159, 160, 161).

В некоторых случаях пузырно-влагалищную интерпозицию приходится производить там, где имеется значительное удлинение маточной шейки; здесь можно одновременно сделать высокую ампутацию шейки, причем, если опущение влагалища значительное, то сперва очерчивается и отделяется лоскут из передней его стенки в виде ромба; в нижнем его отделе стороны ромба не сходятся в одной точке, а отступая от средней линии приблизительно на 1 см, переходят в круговой разрез влагалища вокруг шейки матки. Влагалище несколько отодвигается тупым путем кверху, и шейка матки ампутируется тоже круговым разрезом; ее культя обшивается слизистой оболочкой влагалища, для чего мы всегда пользуемся методом Ш т у р м д о р ф а (Sturmdorf), употребляя несколько шелковых швов во избежание последующего кровотечения вследствие слишком быстрого рассасывания кетгута (рис. 162).

Как известно, операция Ш т у р м д о р ф а предложена им для экзцизии влагалищной части матки, но мы убедились, что ею можно воспользоваться

и при высокой ампутации с удалением лоскута из передней стенки влагалища. Шов на переднюю губу шейки накладывается так, что игла вкалывается в нижнюю влагалищную стенку приблизительно на 1 см от нижнего края разреза и на полсантиметра от края срединного освежения с левой стороны. При этом надо быть осторожным, чтобы не проколоть находящийся под слизистой оболочкой мочевого пузырь. Далее игла ведется через толщу мышечной стенки шейки и выкалывается в цервикальный канал; после того как игла выведена наружу, она со стороны разреза вкалывается в край слизистой оболочки влагалища приблизительно на 2 мм от его края и немного отступя от срединного края разреза. Игла выводится и вкалывается с другой стороны в слизистую оболочку влагалища на том же уровне, но в обратном порядке; будучи выведена наружу, игла вкалывается со стороны цервикального канала и проводится через толщу мышечной стенки шейки и далее через влагалищную стенку с правой стороны на 1 см от нижнего края разреза и на полсантиметра от края срединного освежения (рис. 163).

При завязывании этого шва слизистая оболочка влагалища хорошо подтягивается к цервикальному каналу, и тогда чрезвычайно просто соединяются оба свободные края влагалищной стенки.

Техника наложения заднего шелкового шва такая же, как и переднего, а затем накладываются два боковых шелковых шва, которые проводятся через верхний край влагалищного разреза, через толщу мышечной стенки и через нижний его край. После того как эти швы завязаны, накладывается несколько промежуточных кетгутовых швов (рис. 164).

Шелковые швы удаляются здесь также довольно поздно, обычно уже после выписки больной из клиники.

Ректовагинальная интерпозиция матки.

В тех случаях, где при наличии проляпса нет грыжи мочевого пузыря, а на первый план выступает значительная грыжа прямой кишки или так называемая ректоцеле с выпячиванием заднего дугласова пространства, там совершенно бесцельно, по мнению Вейбеля, производить влагалищно-пузырную интерпозицию, а матка должна быть использована в виде пелота по отношению к прямой кишке, и для этой цели можно воспользоваться операцией, представляющей собою ректовагинальную интерпозицию матки.

В этих случаях, согласно вышеприведенному автору, ограничиваются только простой кольпорафией на передней влагалищной стенке, задняя же влагалищная стенка должна быть значительно резецирована, и та часть прямой кишки, которая участвует в выпадении, должна быть освобождена. Для этого края лоскутов влагалища широко отсепааровываются и освежение должно распространяться также и на промежность. Когда это сделано, вскрывается заднее дугласово пространство, матка выводится наружу и своим дном помещается в виде пелота в области ампулы прямой кишки таким образом, что ее передняя стенка лежит на кишке, а задняя обращена к просвету влагалища (рис. 165).

В положении такой крайней ретроверзии тело матки фиксируется к мышцам тазового дна при помощи нескольких шелковых швов и покрывается лоскутами задней влагалищной стенки после того, как избыток их удален; промежность и здесь должна быть восстановлена тщательным образом.

Для того чтобы закончить описание операций, производимых в том возрасте женщины, когда она уже неспособна к деторождению, но еще пользуется половой жизнью — операций, связанных с опущением и выпадением матки и влагалища, надо остановиться еще на тех редких случаях, где опущение влагалища развивается после того, как была удалена матка, например при фибромиоме или раке.

Некоторые клиники предлагают фиксировать здесь выпавшее влагалище по тому же принципу, как это делается при обычном выпадении матки, путем пришивания культи влагалища к брюшной стенке, но можно также произвести предложенную Снегиревым операцию *кольнопексии* (рис. 166). Состоит она в следующем. Сначала с одной стороны, параллельно пупартовой связке, делается разрез кожи и апоневрозов косых мышц живота, затем пальцем, введенным во влагалище, выщипывается в этот разрез боковой свод влагалища и прикрепляется двумя или тремя шелковыми швами к пупартовой связке; при этом надо постараться не проколоть насквозь стенку влагалища, иначе шов инфицируется, и его придется удалить. После этого зашивается разрез апоневроза и кожи, и то же самое делается с другой стороны.

Эта операция технически чрезвычайно проста, и была произведена нами несколько раз, всегда с хорошим результатом; однако случаи проляпса влагалища после удаления матки нам пришлось наблюдать настолько редко, что составить себе окончательный вывод об этой операции нельзя.

Операции, производимые при выпадении матки и влагалища в пожилом возрасте женщины, когда исключена возможность половой жизни.

В тех случаях, когда больная находится уже в возрасте, исключающем половую жизнь, можно решиться на какое-нибудь более радикальное вмешательство, но очень часто преклонный возраст вызывает такие общие изменения в организме, что приходится ограничивать продолжительность операции.

При значительном выпадении матки и влагалища в этом возрасте нам кажется наиболее целесообразной операция полного удаления матки и влагалища, но эта операция, технически очень простая, все же иногда оказывается слишком тяжелой для дряхлой старухи, и ее приходится заменять более легкими вмешательствами, как например операцией Лефора (Lefort) или недавно предложенной операцией Лабгарта (Labhardt).

Операция полного удаления матки и влагалища.

Ни в одном из руководств по оперативной гинекологии нам не удалось найти подробного описания этой операции, хотя встречаются беглые указания, что она предлагалась Мартином, Фричем (Fritsch) и некоторыми другими; Фейт (Feit) в своем кратком руководстве «Лечение женских болезней» в 1911 г. тоже рекомендует эту операцию, но он очень кратко останавливается на ее технике и совершенно не говорит о показаниях к ней. Нами эта операция стала систематически применяться с 1916 г., и в Акушерско-гинекологическом обществе в Ленинграде были сообщены полученные результаты и продемонстрированы оперированные таким образом больные.

Мы производим эту операцию пожилым женщинам не моложе 60 лет; но в исключительных случаях, когда больная не живет половой жизнью и сама настаивает на удалении матки и влагалища, мы решались делать ее женщинам в возрасте 55 лет.

Таких операций нами произведено около 50, с тремя смертельными исходами, причем смерть каждый раз зависела от воспаления дыхательных путей и слабости сердечной деятельности несмотря на то, что мы почти всегда оперировали при сакральной анестезии.

Отдаленные результаты здесь чрезвычайно хорошие: все больные могли продолжать свои обычные занятия, и ни разу не пришлось видеть даже наклонности к рецидиву.

Техника этой операции состоит в следующем. Влагалищная часть матки захватывается крепкими двузубцами и матка с влагалищем выводится наружу;

отступя на сантиметр ниже уретры и далее вниз, соответственно месту расположения девственной плевы, делается круговой разрез влагалища, и оно отсепаивается ножом до перехода на влагалищную часть (рис. 167).

Мочевой пузырь отодвигается кверху, и вскрывается брюшина в области пузырно-маточной складки (рис. 168, 169), а затем задний ее листок в области заднего дугласова пространства (рис. 170).

Матка выводится при помощи пулевых щипцов наружу, и накладываются зажимы с каждой стороны на круглую связку, на трубу, на яичниковую связку и на маточную артерию; кроме того, кладется по одному зажиму снизу на крестцово-маточную связку и на основание широкой связки (рис. 171).

После того как зажимы наложены, связки и сосуды перерезаются ножницами и перевязываются кетгутовыми швами, а брюшная полость закрывается наглухо посредством тонкого непрерывного кетгутового шва, соединяющего края брюшины переднего и заднего дугласовых пространств (рис. 172).

Два шва, наложенные на крестцово-маточные связки и основания широких связок, связываются между собой, чтобы создать более прочную поддержку для мочевого пузыря, и затем все швы коротко обрезаются.

Теперь остается только закрыть лишенный слизистой оболочки просвет влагалища, чего мы достигаем, накладывая последовательно несколько крепких кетгутовых швов, охватывающих циркулярно влагалище; каждый новый шов накладывается после того, как завязан предыдущий шов, и таких швов приходится наложить три или четыре (рис. 173).

Слизистая оболочка влагалищного входа зашивается в продольном направлении узловыми шелковыми швами, чтобы их не трудно было снять; здесь впрочем можно воспользоваться непрерывным кетгутовым швом (рис. 174).

После этой операции тазовая область напоминает собою по расположению таз мужчины (рис. 175).

Для той же цели предложена операция П. М ю л л е р а (P. Müller), которая состоит в том, что удаляются влагалище и влагалищная часть матки; так как тело матки здесь остается неудаленным, то эта операция может быть произведена лишь в том случае, когда имеется полная уверенность, что полость матки уже облитерирована, иначе выделения из матки могут вызвать опасную для жизни больной инфекцию.

Из только что приведенных соображений эта операция и не нашла себе применения.

Операция частичного закрытия влагалища.

Эта операция, предложенная Л е ф о р о м и Н е й г е б а у е р о м (Lefort, Neugebauer), состоит в том, что благодаря частичному соединению передней и задней стенок влагалища, получается сужение его просвета, и таким образом создается препятствие для выпадения влагалища и матки.

Она тоже исключает возможность половой жизни и потому может производиться только у старух, но на наш взгляд она имеет перед только что описанной операцией некоторые существенные недостатки. Именно, здесь мы лишаемся возможности в дальнейшем судить о состоянии влагалищной части матки (где может возникнуть рак, а также и другие воспалительные изменения); поэтому мы производим эту операцию только тогда, когда здоровье больной не позволяет применить более сложное вмешательство.

Техника этой операции состоит в следующем. Влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами и подтягивается вперед; благодаря этому влагалище выворачивается наружу и из его передней и задней стенок выкраивается по лоскуту в форме одинаковых четырехугольников. Верхние границы

этих лоскутов находятся сантиметра на два ниже влагалищной части матки, на передней стенке влагалища нижняя граница лоскута находится на поперечный палец от мочеиспускательного канала, а на задней стенке — в области самого выхода влагалища; ширина их равна приблизительно двум сантиметрам (рис. 176, 177).

После отсепаровки этих лоскутов верхние стороны четырехугольников соединяются между собой непрерывным или узловым кетгуттовым швом, а затем с одной и с другой стороны поочередно накладываются узловые кетгуттовые швы (рис. 178, 179).

Таким образом во влагалище получается довольно широкая перегородка, а с каждой стороны имеется по узкому ходу (рис. 180).

Операция неполного кольцо-перинео-клезиса.

Этот способ операции предложен недавно Л а б г а р т о м и встречен очень сочувственно; мы уже несколько раз имели случай применить его взамен операции Л е ф о р а, так как показания к той и другой операции совершенно одинаковы, а последняя, повидимому, имеет некоторые преимущества.

Для ее выполнения обыкновенно достаточно местной анестезии, и вся процедура операции продолжается около четверти часа, но она имеет тоже свои слабые стороны, так как и здесь очень трудно следить за состоянием маточной шейки. А потому мы считаем ее показанной только в тех случаях, когда более серьезное вмешательство представляется слишком тяжелым для больной.

Техника этой операции состоит в следующем. Начинается она с почти кругового разреза в области влагалищного входа; разрез оканчивается с обеих сторон на уровне отверстия мочеиспускательного канала, приблизительно на сантиметр от него; затем следуют два параллельных разреза длиной в 3—4 см, которые идут вдоль мочеиспускательного канала по передней поверхности влагалища; наконец производятся еще два разреза, которые, начинаясь от места окончания предыдущих, идут по боковым поверхностям влагалища, направляются несколько кверху и встречаются между собой приблизительно на уровне середины влагалища. Наметив границы лоскута, его отделяют ножом (рис. 181).

Теперь остается только соединить края полученного освежения, причем автор этого способа придает особенное значение тому, чтобы ткани были соединены в несколько этапов. Начинают с зашивания разреза на задней стенке влагалища; затем накладывают два слоя погружных кетгуттовых швов и переходят к соединению парауретральных разрезов (рис. 182).

Наконец операцию заканчивают соединением кожных разрезов влагалищного входа, а также промежности (рис. 183).

В результате остается только небольшая часть передней стенки влагалища, представляющая узкий канал, едва проходимый для карандаша, промежность же оказывается в виде массивного слоя ткани в 3—4 см толщины и около 8 см вышины (рис. 184).

Автор приводит 151 случай, где эта операция была произведена с полным успехом у женщин от 60 до 70 лет.

Этим мы заканчиваем описание операций, применяемых при смещении матки и влагалища, если оно вызвано повреждением тазового дна во время родов или недостаточным обратным развитием матки в послеродовом периоде. Мы еще раз повторяем, что нами приведены только самые ходовые операции, ибо вообще таких операций существует бесчисленное количество, и приводить все нет ни возможности ни смысла.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ.

Проф. Л. Л. Окинич

Бесплодие всегда являлось тяжелым осложнением, так как лишало женщину возможности удовлетворить естественное стремление к материнству. В последнее же время, в условиях СССР лечение бесплодия приобретает особенно важное значение. Действительно, благодаря исключительной заботе партии и правительства о матери и ребенке, благодаря оказываемой в СССР государственной помощи многодетным и повышению материального благосостояния широких масс трудящихся, становится вполне понятной актуальность стоящей перед гинекологами задачи борьбы с бесплодием.

Жалоба на бесплодие является сравнительно частой, и по материалам моей, например, амбулатории, 20% больных обращались за врачебной помощью по этому поводу. В 16% это было главной причиной, заставившей их пойти к врачу, причем в 10% случаев бесплодие являлось абсолютным и в 6% оно было относительным, так как в анамнезе имелись выкидыш или роды, осложненные каким-нибудь воспалительным процессом.

Прежде чем предлагать какие-либо способы борьбы с бесплодием, мы должны выяснить причины, которые его вызывают. В настоящее время удалось установить, что в значительной степени вина в этом падает на мужчину, так как при бесплодных браках в 25—30% муж страдает азооспермией, олигоспермией или некроспермией, и потому необходимо всегда произвести тщательное исследование спермы мужчины прежде чем принимать в отношении больной какие-либо меры для борьбы с бесплодием. Только в том случае, когда сперма оказывается нормальной и половые органы мужчины не представляют каких-нибудь изменений, могущих быть причиной бесплодия, оно может быть отнесено за счет женщины.

Если она имеет более или менее правильные месячные, то это означает, что созревание плодного яйца совершается надлежащим образом, и бесплодие находится в зависимости от ненормального состояния матки или труб; если же месячных вовсе нет или они появляются с большими промежутками, то здесь может иметь место или полное отсутствие матки и влагалища, или недостаточная деятельность яичников.

Итак, мы можем различать три отдельные группы бесплодия, находящегося в зависимости от состояния полового аппарата женщины: а) бесплодие вследствие ненормального строения шейки или неправильного положения матки; б) бесплодие, вызванное заболеванием труб, и, наконец, в) бесплодие, зависящее от недостаточной деятельности яичников. Начнем с первой группы.

Оперативное лечение бесплодия, зависящего от ненормального состояния шейки или неправильного положения матки.

Главное, почти исключительное значение среди этих неправильностей имеет здесь патологическое состояние матки, возникающее в детском возрасте; оно выражается в той или иной степени недоразвития и часто связано с аномалиями в отношении положения матки или формы и величины ее влагалищной части.

По мнению Б у м м а и др. именно эти причины являются в $\frac{2}{3}$ случаев источником бесплодия женщины.

По материалу моей амбулатории такие неправильности матки наблюдались в 7,4% случаев, причем в 79% из них больные жаловались на бесплодие абсолютное, так как ни разу не имели беременности, и 21% страдали бесплодием относительным, имея в анамнезе одну или несколько беременностей, которые, однако, все закончились ранними самопроизвольными выкидышами.

Это обстоятельство позволяет думать, что неправильное развитие матки, возникшее в детском возрасте, во-первых, в значительной мере препятствует наступлению беременности, а во-вторых, вызывает ее раннее прекращение.

Однако не все формы неправильного развития матки оказывают одинаковое влияние на бесплодие. Так, например, на основании моих наблюдений отсутствие беременности встречается значительно чаще при инфантильной матке с относительно длинной конической шейкой, а также при гиперантефлексии как инфантильной, так и гипопластической матки. В обоих случаях беременность наблюдалась здесь всего лишь в 7—8%.

Такую зависимость между формой влагалищной части матки и бесплодием нужно объяснить, вероятно, следующим образом. Относительно длинная влагалищная часть выступает далеко вперед, и наружный зев не приходит в непосредственное соприкосновение с семенной жидкостью, скопляющейся при половом сношении в заднем своде, благодаря чему затрудняется попадание сперматозоидов в цервикальный канал и матку. При наличии же чрезмерного перегиба матки впереди имеется стеноз в области внутреннего зева, который в комбинации с общим недоразвитием полового аппарата и является причиной бесплодия.

К сожалению, больные, страдающие пороками развития матки, возникшими в детстве, обращаются за помощью к гинекологу в таком возрасте, когда предупредить неправильное развитие матки уже нельзя. В раннем детском возрасте до наступления месячных, когда профилактические мероприятия могли бы оказаться наиболее продуктивными, организм девочки не обнаруживает каких-либо явных, бросающихся в глаза признаков недоразвития полового аппарата, и разве лишь тщательное наблюдение врача-педиатра может их здесь подметить.

В 1922 г. на съезде по охране материнства и младенчества в Ленинграде я выступал с докладом по этому вопросу и старался привлечь к нему внимание педиатров, а в 1923 г. на съезде в Женеве С и р е д е й (Siredey) при обсуждении вопроса о лечении ретрофлексии матки заявил: «педиатры должны приложить все старания к тому, чтобы уметь предвидеть недостаточное развитие полового аппарата».

После наступления половой зрелости и появления месячных это неправильное состояние половых органов обыкновенно проявляется в болезненных месячных; однако к гинекологу такая больная обращается значительно позднее, несколько лет спустя после выхода замуж, когда обнаруживает невозможность иметь ребенка. Это чаще всего имеет место в возрасте около 23—25 лет, а по мнению большинства рост и развитие полового аппарата заканчиваются к 20 годам, и с этого времени уже не могут принести ощутительных результатов ни профилактика, ни консервативные методы лечения в виде препаратов яичника или передней доли гипофиза, а также применение специальной гимнастики и спорта, массажа, диатермии и т. п.

Итак, гинеколог получает под наблюдение больную, у которой половой аппарат уже закончил свое развитие и имеющиеся в нем дефекты приобрели стационарный характер и потому для их устранения приходится прибегать к тому или иному оперативному приему.

Один из них состоит в том, что при инфантильной матке и ненормально длинной конической шейке влагалищная часть матки укорачивается. Способ этот практикуется довольно широко и рекомендовался Д. О т т о м; но на мой взгляд он имеет ту слабую сторону, что ампутация шейки или ее части неблагоприятно отражается на состоянии матки, способствуя ее атрофии, особенно при наличии недоразвития. Из этих соображений мы упомянутым способом не пользуемся и применять его не советуем.

Второй оперативный прием состоит в двустороннем боковом рассечении влагалищной части матки. Он предложен С и м п с о н о м еще в 1843 г. и прежде пользовался очень широким распространением, но теперь почти всеми оставлен, так как не исправляет форму влагалищной части в смысле перенесения наружного зева ближе к заднему своду и в то же время вызывает зияние цервикального канала, что способствует возникновению хронического эндоцервицита.

Наконец, третий способ предложен Д э д л е е м (Dudley) и состоит в рассечении задней губы влагалищной части матки по средней линии. Этим вполне достигается намеченная цель, так как наружный зев, приобретая форму продольной щели, перемещается по направлению к заднему своду и вместе с тем такой разрез не вызывает зияния цервикального канала.

Состоит это маленькое оперативное вмешательство, носящее название *дисцизии*, в следующем. После надлежащей дезинфекции наружных половых частей и влагалища в него вводятся зеркало Фрича и передний подъемник. Влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами таким образом, что передняя губа берется одними щипцами по средней линии, а задняя губа берется двумя щипцами, причем они накладываются так, чтобы наружные ветви их оказались несколько сбоку от средней линии; теперь передний подъемник удаляется и введенным в цервикальный канал скальпелем рассекается по средней линии задняя губа влагалищной части (рис. 185). Разрез не должен достигать заднего свода влагалища, иначе в его клетчатке может образоваться болезненный рубец. Затем с каждой стороны из толщи рассеченной влагалищной части матки вырезаются небольшие треугольные кусочки ткани. После этого несколькими кетгутовыми швами соединяются края разрезов слизистой оболочки цервикального канала с краями разрезов слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть, причем один шов кладется посредине на вершину разреза и по два или три шва с каждой стороны (рис. 186, 187).

В тех случаях, где кроме удлиненной конической шейки имеется гиперантефлексия матки или стеноз внутреннего зева, одновременно с этой операцией производится кровавое расширение цервикального канала, для чего он сперва расширяется металлическими бужами Гегара до шестого номера. Здесь надо иметь в виду, что при резкой гиперантефлексии провести расширитель через внутренний зев иногда представляется совершенно невозможным; тогда следует предварительно ввести в цервикальный канал нож и рассечь заднюю губу влагалищной части; после этого введение расширителя удается совершенно легко. Расширив, как было сказано, цервикальный канал, в область внутреннего зева вводим узкий тупоконечный нож (рис. 188), и им делаются крестообразно четыре неглубоких разреза, после чего расширение продолжается до восьмого номера. Эти разрезы делаются для того, чтобы во время расширения не могло получиться глубокого разрыва в ту или другую сторону.

Операция дисцизии задней губы влагалищной части матки была мною произведена в 126 случаях бесплодия вследствие конической шейки, и беременность наблюдалась после этого в 16%, в то время как без операции эти формы неправильного развития матки дают лишь 10% беременности; таким образом мы видим, что это оперативное вмешательство оказывает благоприятное влияние, облегчая возможность зачатия при удлиненной конической шейке, причем число наступивших беременностей возрастает в полтора раза.

Однако жалобы на бесплодие, заставляющие больных искать врачебной помощи, сравнительно часто наблюдаются и при других формах неправильного развития матки, например при ретроверзиях и ретрофлексиях матки, которые возникают также в детском возрасте. Так, например, В и н к е л ь (Winckel) считает, что 10% женщин, страдающих ретрофлексией матки, бесплодны и 4,4% всех бесплодных женщин имеют ретрофлексию; такого же в общем мнения В и н т е р и многие другие.

В этих случаях большинство предлагает оперативным путем исправить положение матки, воспользовавшись для этого брюшностеночным или влагалищным способом, упуская из виду, что ретроверзии и ретрофлексии матки бывают не только первичные, развившиеся в детском возрасте, но также и вторичные, которые образуются после родов. Л. Мейер (L. Meyer), например, на 227 случаев бесплодия имел 21 раз первичную ретрофлексию и 24 раза вторичную.

Так как мы придерживаемся того взгляда, что вторичная ретрофлексия всегда вызывает застойные явления, ведущие к хроническому метриту, в то время как первичная ретрофлексия не дает этих осложнений, то при вторичной ретрофлексии мы считаем совершенно необходимым исправлять положение матки оперативным путем. При первичной же ретрофлексии мы считаем это не только ненужным, но совершенно нецелесообразным, так как исправить ретрофлексию, развившуюся в детском возрасте (когда во время роста полового аппарата к этому положению приспособляется как связочная, так и сосудистая система), нам кажется невозможным, и в данном случае значительно лучшие результаты окажет дисцизия задней губы влагалищной части матки.

Наконец, к этой же группе относятся случаи, где матка по своей величине приближается к нормальным размерам, но находится в резкой антефлексии, и бесплодие приписывается этому неправильному ее положению. Большинство ограничивается при этом только массажем, но имеются и специальные оперативные приемы. Так, например, Сирар (Thiriar) предлагает на задней поверхности матки в области внутреннего зева иссечь небольшой кусочек ткани, имеющий на поверхности матки форму ромба и в глубину образующий пирамиду; края этого ромба соединяются в горизонтальном направлении несколькими узловыми кетгутowymi швами, и таким образом задняя поверхность матки укорачивается, а острый угол между телом и шейкой выправляется. Производится эта операция влагалищным путем.

Очень схож с только что упомянутым способ, предложенный Александровым. Различие заключается только в том, что такой же кусочек ткани вырезается не из задней, а из передней стенки матки в области внутреннего зева, и края разреза соединяются не в горизонтальном, а в вертикальном направлении; благодаря этому удлиняется передняя стенка матки, и угол между телом и шейкой сглаживается. Эту операцию можно производить как со стороны влагалища, так и путем брюшностеночного чревосечения (рис. 189).

Однако обе эти операции не находят распространения, и мы не имеем данных, чтобы судить о полученных результатах.

Все эти патологические состояния матки, которые возникают вследствие неправильного ее развития и выражаются в гиперантефлексии или ретрофлексии матки, в конической и необычно длинной влагалищной части и в других отклонениях от нормы, очень часто сопровождаются неправильными, болезненными и обильными месячными, а также эндоцервицитом, образующимся вследствие застойных явлений.

Эти изменения в свою очередь затрудняют правильное зачатие, препятствуя яйцу имплантироваться в матке, или мешая сперматозоиду проникнуть через цервикальный канал, а потому они должны быть устранены. Для борьбы с эндометритом предлагается при оперативном расширении цервикального канала одновременно производить выскабливание слизистой оболочки полости матки; эндоцервицит лечится соответственными консервативными мерами.

Оперативное лечение бесплодия, зависящего от заболевания труб.

Кроме матки очень важное и может быть не меньшее значение имеет при бесплодии состояние труб. Этим вопросом начали заниматься в конце прошлого

столетия, приблизительно с 1885 г., и разрабатывали его в Америке П о л ь к (Polk) и Д э д л е й, в Германии М а р т и н, С к у ч (Skutsch) и Г е р з у н и (Gersuny), а во Франции П о д з и (Pozzi), Д е л б е (Delbet) и Г у л л и у (Goullioud).

Однако хирургическое лечение при заболевании труб до последнего времени могло применяться очень редко. Причина в том, что для хирургического вмешательства прежде всего каждый раз должно было быть выяснено с точностью, что причина бесплодия действительно зависит от изменения в трубах, кроме того надо было определить, в каком отделе трубы нарушена ее проходимость и от чего она зависит. А между тем ответ на все эти вопросы мы имели возможность получить лишь в самое последнее время, и этого достигла современная гинекология благодаря методу продувания труб и рентгенографии матки и труб.

Что касается частоты бесплодия, зависящего от непроходимости труб, то по имеющимся сейчас статистическим сведениям (С е р д ю к о в, Ц и м м е р с м а н, Г р а ф ф и др.) она превышает 50%, однако Д у э й (Douay) полагает, что если учитывать только случаи несомненной непроходимости труб, то цифра это должна снизиться до 25%.

Продувание труб было впервые произведено в Америке в 1919 г. Р у б и н о м (Rubin), который предложил применять газ для непосредственного вдувания через матку и трубы в брюшную полость для получения пневмоперитонеума. Вскоре он начал ограничиваться вдуванием всего лишь 250—300 см³ газа, чтобы определить проходимость труб, и в 1920 г. им были опубликованы первые 70 случаев стерильности, зависевшей от непроходимости труб, и были установлены показания и противопоказания для этого метода.

С этого времени продувание труб или пертубация стала незаменимым и вполне надежным способом для определения проходимости труб, и оно нашло быстрое распространение в клиниках всего мира.

В 1932 г. Р у б и н снова опубликовал отчет о полученных им результатах, причем за 12 лет им насчитывается 3600 случаев продувания труб, и все они протекали без каких-либо осложнений. Руководствуясь результатами его наблюдений, а также сообщениями из других клиник, где этот способ применялся, и, наконец, нашим личным опытом, мы можем сделать следующие выводы.

Наиболее благоприятным временем для пертубации или инсуфляции является 4—7-й день после месячных, так как первые три дня после их окончания слизистая оболочка матки еще недостаточно восстановлена и легко ранима, а после 7-го дня слизистая оболочка труб становится полноокровной и набухшей, и легко может получиться затруднение проходимости или даже полная непроходимость, несмотря на то, что трубы совершенно здоровы.

Противопоказаны для пертубации случаи с воспалительным состоянием половых органов и не только такие, где имеется хотя бы небольшое повышение температуры, но даже, где температура пришла к норме меньше чем три месяца тому назад, или где при нормальной температуре и отсутствии болезненности имеется увеличение придатков.

Определить, с которой стороны имеется непроходимость, можно при помощи выслушивания брюшной полости во время продувания, а также на основании расположения болезненных ощущений, причем Р у б и н с помощью кинографа имел возможность определить перитубарные сращения, сужение труб и трубноматочный спазм.

Согласно полученным им данным, хорошая проходимость труб имела в 43%, неполная в 31% и полная непроходимость в 26%, что совпадает с результатами, опубликованными другими.

Р у б и н отмечает еще одно очень интересное обстоятельство, которое ему пришлось наблюдать. Из 2052 случаев, где была частичная проходимость или проходимости труб вовсе не было, в 123 наступила беременность, причем

в 27% она имела место через месяц, а в остальных случаях через промежуток времени не больше шести месяцев; 12 раз беременность наступала после того, как бесплодие до пертубации продолжалось около 15 лет. Из этого он делает заключение, что продувание труб может иметь и лечебное значение при бесплодии, судя по тому, что в приводимых им случаях, кроме пертубации, никаких других лечебных мероприятий не применялось.

В настоящее время предложено несколько различных приборов для продувания труб, и мы пользуемся в нашей клинике аппаратом Зельгейма, который является одним из наиболее простых и, нам кажется, совершенно пригодным. Состоит он из шприца вместимостью в 150 см³, манометра и тонкого металлического наконечника для введения в матку, снабженного приспособлением, препятствующим газу или воздуху выходить через цервикальный канал (рис. 190).

Этим прибором вдвигается в матку и трубы обыкновенный воздух, и мы не применяем никакого фильтра, так как считаем, что инфекция этим путем невозможна. Так как шприц имеет определенный объем, то количество одновременно введенного в брюшную полость воздуха не может превосходить 150 см³. Воздух вводится при давлении не больше 200 мм ртутн, и на основании большого опыта установлено, что такое давление не представляет опасности в отношении разрыва трубы (Рубин часто применяет при повторном продувании, если первое дало отрицательный результат, давление в 220 и даже 230 мм). Однако опасность газовой эмболии возрастает, если продувание делается под наркозом, когда можно незаметно поранить наконечником стенку матки.

Надо иметь в виду, что иногда во время продувания возникает спазм мышц матки и труб, который может дать впечатление непроходимости, и потому, если первое продувание дало отрицательный результат, надо его сейчас же повторить по крайней мере пять раз с промежутками в 2—3 минуты, чтобы дать возможность воздуху между отдельными продуваниями выходить во влагалище.

У нас в клинике пертубация обыкновенно производится следующим образом. Больная предварительно подвергается исследованию влагалищной флоры, причем к продуванию приступают только тогда, если чистота флоры — первой или второй степени; в противном случае больная отсылается домой и ей даются указания, как подготовиться для нового исследования, которое повторяют только через месяц опять же на четвертый — седьмой день после месячных.

Когда флора влагалища подходящая и нет других противопоказаний, больная укладывается на столе в положении для влагалищных операций, наружные половые части и влагалище обтираются спиртом и в вагину вводится ложкообразное зеркало. Влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами отдельно за переднюю и за заднюю губы, цервикальный канал протирается спиртом и затем в матку вводится специальный металлический наконечник, имеющий на своем свободном конце расширение, препятствующее воздуху выходить обратно из цервикального канала (рис. 191). После окончания пертубации больная помещается на кушетку и в продолжение часа спокойно лежит, а потом отправляется домой.

Признаки, которыми мы пользуемся для определения проходимости труб, состоят в следующем. Главным доказательством служит падение стрелки манометра с 200 до 100 мм, а при совершенно свободной проходимости даже ниже 60 мм; аускультация в подвздошных областях обнаруживает прохождение воздуха из ампулярных отверстий труб в брюшную полость в виде шумов, отличающихся от кишечных; в зависимости от степени и скорости прохождения воздуха меняется характер этих шумов. Исчезновение печеночной тупости, определяемое перкусией, служит доказательством того, что воздух про-

ник в брюшную полость и отделил печень от диафрагмы; для этого достаточно небольшого его количества в 60—100 см³. Проходимость труб подтверждается также болью в лопатках, плечах и руках; эти боли переносятся обыкновенно легко.

Вторым методом определения проходимости труб является рентгенография при посредстве внутриматочного введения липиодола или бромистого натрия.

В 1912 г. Л е-Л о р и е (Le-Logier) впервые применил для определения проходимости труб введение в матку изотонической жидкости, а первые попытки применения непроницаемых для рентгеновых лучей веществ были сделаны в 1913 г. Д и м и е (Dimier) в Париже, но они были вскоре оставлены вследствие смерти одной из больных от перитонита. Спустя некоторое время Т. К е н - н е д и (T. Kennedy) в Америке снова занялся этим вопросом, но он начал применять 20% раствор бромистого натрия. Наконец, в 1924 г. появилась опубликованная в Буэнос-Айресе работа Г о й з е р а (Heuser), предложившего вводить в полость матки липиодол, представляющий собой растительное масло, содержащее 40% иода; это вещество не раздражает ни труб ни брюшины.

С этого времени метод рентгенографии женских внутренних половых органов начинает быстро распространяться, и сейчас кроме липиодола в Германии для вливания в матку пользуются иодипином Мерка, а у нас раствором иода в жидком парафине. Липиодол представляет собой иод в химическом соединении с маковым маслом, а иодицин — то же вещество с сезамовым маслом.

Что касается инструментария, необходимого для определения проходимости труб этим способом, то прежде всего здесь нужен диагностический рентгеновский аппарат, что в значительной мере удорожает производство исследования; некоторое затруднение при применении липиодола и подобных ему веществ состоит также в необходимости получить достаточное давление для того, чтобы эти вещества могли проникнуть в трубы, не нарушая их целостности.

Для этой цели Б е к л е р (Béclère) предложил прибор, состоящий из шприца в 20 см³ с наконечником для резинового катетера, вводимого в матку, и прикрепленного к нему манометра с давлением не более 300 мм ртути. Однако пользоваться манометром в затемненном для рентгенизации помещении не представляется возможным, и потому в аппарате Беклера циферблат сделан из фосфоресцирующего материала, что удорожает стоимость аппарата. Впрочем Р у б и н, Г о й з е р и многие другие предпочитают руководствоваться не манометром, а давлением пальца, который быстро с этим осваивается (рис. 192).

Таким образом инструментарий может быть сведен к резиновому зонду, соответствующему ширине цервикального канала, стеклянному шприцу вместимостью в 10 см³ и двузубцам для замыкания цервикального канала после инъекции.

Но каким бы ни пользоваться инструментарием, техника внутриматочного введения липиодола чрезвычайно проста. Больную помещают на столе для получения рентгеновского снимка, зеркалами открывают влагалище и в матку вводят резиновый наконечник для вливания липиодола, причем мы в последнее время для этой цели пользуемся длинным металлическим наконечником от шприца Брауна. Он вводится до дна матки и затем осторожно выдвигается на 1—2 см; после этого в матку вливается около 2—3 см³ липиодола.

В это время обыкновенно замечается некоторое сопротивление поршня в шприце, и это нам говорит за то, что полость матки уже выполнена, трубы же начинают заполняться позднее.

Делая попытку продолжать введение липиодола, мы обыкновенно получаем болевую реакцию со стороны больной, и здесь требуется на несколько секунд прервать дальнейшую инъекцию в матку; если же при следующей попытке продвинуть поршень чувствуются затруднение и боли продолжают,

то надо совершенно прекратить дальнейшее введение липиодола, так как в громадном большинстве случаев трубы тогда оказываются непроходимыми.

В общем не приходится употреблять больше 3—5 см³ липиодола, и после окончания вливания следует на некоторое время зажать отверстие цервикального канала, перекрещивая между собой двузубцы, наложенные на переднюю и заднюю губы влагалищной части матки.

Что касается опасностей, связанных с введением липиодола в матку, то они ничтожны, если этот метод производится с должной тщательностью, и здесь может только возникнуть вопрос о возможности инфекции и о влиянии липиодола на ткани организма, на слизистую оболочку матки, на трубы и на брюшину. Однако липиодол обладает дезинфицирующими свойствами и этим предохраняет от инфекции; к тому же многочисленными исследованиями доказана абсолютная безвредность его по отношению к трубам и брюшине, причем всасывание его происходит чрезвычайно медленно, и спустя 8—10 дней после введения в матку он еще может быть определен рентгеновыми лучами, так что острое отравление организма иодом совершенно исключается.

Изображения, получаемые на снимке, могут быть следующего характера.

1. Липиодол выполняет полость матки, но совершенно не проникает в интерстициальные части труб. Это может зависеть от стеноза труб, но также может быть вызвано спазмом маточной мускулатуры; чтобы распознать, в чем тут дело, не следует повышать давления, а спокойно выжидать.

2. Липиодол проникает в интерстициальные части труб, но не распространяется дальше в истмические их части. Здесь почти без исключения дело идет о нодозном воспалении труб.

3. Липиодол останавливается на границе между истмической и ампулярной частью труб, что говорит за локализацию препятствия в этом месте.

4. Липиодол выполняет трубы, но не проникает в брюшную полость. Это говорит за существование открытого по направлению к матке гидросальпинкса, и в таком случае липиодол образует крупные закругленные массы.

5. Липиодол проникает в брюшную полость, распределяясь в виде отдельных частиц; но на снимке это не всегда, однако, ясно видно, и в таком случае Д у а й рекомендует произвести легкий массаж не снимая больную со стола, а К о т т (Cotte) производит снимок на другой день, когда матка и трубы освободились от содержимого, но в брюшной полости еще находится известное количество липиодола, которое распределяется мелкими частицами (рис. 193).

Может ли введение в матку липиодола иметь при бесплодии также и терапевтическое значение, подобно тому как это было указано относительно продувания труб — это еще не установлено окончательно, но Г о й з е р, много занимавшийся этим вопросом, сообщает о четырех случаях, где была определена полная непроходимость труб, которая исчезла после 3—6 введений липиодола, причем в двух из этих случаев впоследствии наступила беременность.

Кроме введения в матку липиодола, можно воспользоваться и 20% бромистым натрием, как это предложил К е н н е д и. Этот способ применяется С е р д ю к о в ы м при помощи прибора, состоящего из манометра и сосуда с раствором брома (рис. 194).

Оба метода определения проходимости труб, т. е. пертубацию и рентгенографию нельзя противопоставлять один другому, а надо держаться такой последовательности в их применении: сначала производится пертубация, и если трубы проходимы, то введение липиодола в матку совершенно излишне; если же при продувании труб результаты оказываются сомнительными, то здесь рентгенография является показанной. Наконец, когда при пертубации определена полная непроходимость труб, введение липиодола становится необходимым, так как оно указывает место, где труба облитерирована, и зачастую определяет способ оперативного вмешательства.

Что касается операций, производимых на трубах по поводу их непроходимости, то мы можем наметить четыре их различные группы, которые производятся каждая при наличии определенных условий.

Первая группа операций состоит в освобождении трубы от сращений, окружающих ее снаружи, причем ткани трубы находятся в относительно хорошем состоянии и могут выполнять свое назначение; эти оперативные вмешательства носят название «сальпинголизис».

Вторая группа операций носит название «сальпингостомии» и состоит в искусственном образовании абдоминального отверстия трубы.

Третья группа операций заключается в пересадке трубы в отверстие маточной стенки и называется *трубно-маточной имплантацией*.

Четвертая группа операций состоит в пересадке яичника в матку таким образом, чтобы ткань яичника непосредственно проникала в полость матки; называется этот способ *яичниково-маточной имплантацией*.

Освобождение трубы от сращений. Начнем с операции сальпинголизиса. Такое название этой операции дано Гуллиу в 1914 г., хотя уже значительно раньше она была произведена Польком четыре раза, причем два раза сопровождалась беременностью. Результаты эти опубликованы Польком в 1894 г.

Особенности оперативной техники здесь состоят в следующем. После того как вскрыта брюшная полость, поставлено брюшное зеркало и введен ограничивающий марлевый тампон, матка прокалывается толстым шелковым швом, который служит для ее подтягивания. Теперь производится осмотр придатков, причем они обычно оказываются в сращениях (и труба и яичник припаяны к заднему листку брюшины широкой связки). Яичник в большинстве случаев совершенно прикрыт распластанной над ним ампулой трубы, и для того, чтобы его освободить, приходится войти рукой со стороны заднего дугласова пространства и разъединить сращения, идя снизу вверх и изнутри кнаружи.

В этом случае, когда, освобождая придатки от сращений, мы имеем в виду принять меры против бесплодия, надо действовать особенно осторожно, стараясь не травмировать большую трубу, проходимость которой мы имеем в виду восстановить. Поэтому дальнейшее освобождение трубы от сращений должно совершаться постепенно при помощи ножниц.

Освободив трубу, проверяют состояние ее абдоминального отверстия, причем нередко оно бывает совершенно нормальное; в другом случае фимбрии оказываются склеенными между собой, и получается впечатление, что абдоминальное отверстие непроходимо; однако попытка проникнуть в ампулу трубы иногда удается чрезвычайно легко, и фимбрии свободно разъединяются. Если же отверстие плотно закрыто, то приходится прибегать к искусственному созданию его.

После освобождения трубы и яичника от сращений их опускают в брюшную полость, причем желательно, чтобы труба своим брюшным отверстием располагалась ниже яичника и таким образом было бы облегчено попадание яйца в трубу. Для этого Подз и предложил фиксировать воронку трубы к яичнику; но в этом надобности нет, судя по опытам Отта. Он впрыскивал со стороны влагалища в заднее дугласово пространство 10% взвесь мелкого угольного порошка в масляном растворе, и на другой день после впрыскивания можно было обнаружить уголь во влагалище. Из этого можно заключить, что трубы обладают способностью благодаря собственной перистальтике захватывать в брюшной полости и передвигать плотные неподвижные частицы.

Чтобы иметь возможность судить о результатах произведенной операции, важно убедиться в проходимости труб на всем их протяжении. Для этого предлагается целый ряд различных способов. Так, например, Дюэй рекомендует сделать пертубацию еще во время чревосечения, но этот способ нам кажется

слишком громоздким; другие, например Сердюков, советуют воспользоваться тонким металлическим зондом, вводимым в просвет трубы со стороны брюшного отверстия, однако и этот прием большинство считает опасным, так как этим зондом легко можно образовать ложный ход. Соломонс (Solomon) предлагает произвести через абдоминальное отверстие трубы вдвухание воздуха при помощи шприца в 10 см³. Это вмешательство менее опасно, но ввести шприц без иглы в отверстие трубы довольно трудно; чтобы фиксировать здесь шприц, не давая воздуху выйти обратно, приходится сильно сдавливать трубку и травмировать выстилающую ее слизистую оболочку. Наконец Губарев воспользовался для исследования проходимости трубы порошком графита, который он помещает в абдоминальное отверстие трубы; при проходимости трубы через сутки можно обнаружить частицы графита во влагалище.

Последний способ является надежным средством для определения проходимости трубы, но к сожалению он обнаруживает свой результат уже слишком поздно, поэтому нам кажется наиболее приемлемым метод, предложенный Соломонсом.

Искусственное создание проходимости труб. В том случае, когда абдоминальное отверстие труб оказывается стойко замурованным, приходится прибегать к той или другой из операций, относящихся ко второй группе и заключающихся в сальпингостомии или искусственном создании проходимости труб благодаря образованию постоянного отверстия на месте облитерированной воронки трубы.

Это отверстие может быть создано или на конечном отделе трубы, или на боковой ее стороне, или, наконец, трансверзально с резекцией наружной части трубы.

Первая из упомянутых операций, носящая название *терминальной сальпингостомии*, предложена А. Мартином и произведена им впервые в 1888 г. Техника ее состоит в следующем. Наружный отдел трубы насколько возможно извлекается из брюшной полости, и труба вскрывается острыми ножницами вблизи того места, где находится зарощенное абдоминальное отверстие; содержащаяся в трубе жидкость собирается на положенном вокруг нее тампоне, и слизистая ее оболочка фиксируется несколькими тонкими узловыми кетгутowymi швами к брюшине, покрывающей трубу; этих швов, обеспечивающих стойкое образование отверстия в трубе, бывает обыкновенно достаточно, чтобы справиться с небольшой потерей крови из произведенных разрезов; заканчивается операция прикреплением трубы поблизости от яичника (рис. 195, 196).

Вторая из этих операций, называемая *латеральной сальпингостомией*, предложена и произведена Скютшем в 1889 г. следующим образом. В расширенном отделе ампулы трубы поблизости от яичника делается ножницами небольшое отверстие овальной формы величиной с гривенник и тонким непрерывным кетгутowym швом обшивается через край брюшина вместе со слизистой оболочкой трубы; этот шов обеспечивает достаточный гемостаз и вместе с тем препятствует вывороту слизистой оболочки (рис. 197).

Третья из этих операций, называемая *трансверзальной сальпингостомией*, была произведена Дэдлеем в 1898 г. Техника ее очень простая и состоит в следующем. Сперва делается поперечный разрез трубы на месте ее наибольшего вздутия; наружный участок ее удаляется и производится гемостаз; затем по краю остающейся части трубы накладываются узловые швы из тонкого кетгута, которые соединяют слизистую оболочку с покрывающей трубу брюшиной (рис. 198, 199, 200).

Приведенные три разновидности операции сальпингостомии обычно и применяются. Существует еще целый ряд видоизменений, на которых нет необходимости останавливаться, так как большинство из них было произведено по одному разу по особым обстоятельствам каждого случая, так что нет возможности судить об их пригодности.

Надо заметить, что при всякой из приведенных выше операций сальпингостомии остается невырешенным вопрос о том, насколько надежно вновь созданное искусственное отверстие в трубе. Для того чтобы помешать ему закрыться, предлагается много различных способов, например введение в просвет трубы одной или нескольких кетгутовых нитей, однако все эти приемы не внушают большого доверия.

Далее вызывает некоторую неуверенность в правильной функции трубы то обстоятельство, что вновь созданное отверстие не имеет фимбрий и потому не может захватывать яйца. Для того чтобы облегчить эту возможность, Д у э й предлагает фиксировать ампулярный отдел трубы несколько ниже яичника, а К л я д о (Clado) рекомендует специальный оперативный прием, состоящий в том, что яичник фиксируется в отверстии трубы.

Так как яичник обыкновенно слишком объемист для того, чтобы здесь поместиться, то предлагается его предварительно резецировать и вшивать в отверстие трубы только ту его часть, которая прилежит к брыжейке.

Результаты, получаемые при этом, можно считать вполне благоприятными, так как из собранных и опубликованных Т ю ф ф ь е (Tuffier) 24 случаев наблюдались три беременности. Вообще же операция сальпингостомии по собранным С е р д ю к о в ы м из литературы и личным его случаям дает значительное количество беременностей; именно в 1932 г. на 288 подобных операций беременность имела место 61 раз, что составляет 21,2%.

Пересадка трубы в матку после резекции ее. Третья группа операций, применяющихся при непроходимости труб, состоит в резекции трубы и в пересадке внутреннего ее конца в матку. Она была впервые произведена Р и с с о м (Riess) и У о т к и н с о м (Watkins) в 1889 г. у женщины, у которой раньше были удалены придатки с одной стороны; через несколько месяцев после пересадки труб наступила беременность, но она, к несчастью, закончилась выкидышем.

Спустя много лет, именно в 1921 г., Ш о у (Schaw) и К у л л е н (Cullen) описали в американском журнале случай, где у женщины, перенесшей раньше операцию удаления правого пиосальпинкса, оказалась левосторонняя междуточная нарушенная внематочная беременность; ей было произведено вшивание левой трубы в угол матки и после этого она забеременела два раза, причем первый раз произошел выкидыш, а второй раз она родила в срок.

С этого времени пересадка трубы прочно утвердилась в гинекологии, и, судя по имеющимся в литературе отчетам, она производится обыкновенно при непроходимости труб, расположенной в интерстициальной или истмической части. При довольно частом двустороннем заболевании поступают двояко. Одни, например Ш т р а с м а н (Strassmann), делают с одной стороны сальпингостомию, а с другой пересаживают трубу в угол матки; другие производят резекцию дна матки и пересаживают обе трубы. Стремясь, однако, по возможности пощадить матку и сохранить ей возможность беременеть, Д у э й советует ограничивать наносимую матке травму и потому делает одностороннюю пересадку даже в том случае, когда имеется двустороннее поражение труб.

С е р д ю к о в в 1932 г. опубликовал 10 случаев имплантации труб, причем он находит наиболее целесообразным делать двустороннюю пересадку, расщепляя дно матки справа налево. Он категорически высказывается против способа имплантации, предложенного К и п а р с к и м и заключающегося в искусственном образовании отверстия в области маточного угла при помощи специального трубчатого инструмента, так как находит, что труба при этом пересаживается, так сказать, втемную.

Для того чтобы операция пересадки труб была произведена с успехом, необходимы хорошая техника оперирующего и безукоризненная асептика, а также полная уверенность в том, что имеющиеся воспалительные изменения в придатках уже совершенно затихли.

Поэтому следует приступать к операции только после того, как воспалительные явления в придатках прекратились, и больная в течение 2—3 лет проделала консервативное лечение. Перед операцией обязательно производится определение количества лейкоцитов и реакция оседания эритроцитов, и лишь в том случае, когда те и другие данные нормальны, операция допустима.

Техника операции меняется в зависимости от того, имеется ли односторонняя непроходимость труб, или придатки изменены с обеих сторон; в первом случае иссекают один угол матки и сюда пересаживают трубу, в другом случае рассекают дно матки и пересаживают обе трубы. Кроме того, здесь имеет значение, находится ли непроходимость в интерстициальной части трубы, или в истмической; в первом случае иссекается большой угол матки вместе с проходящей здесь трубой, а во втором на наружном и внутреннем концах пораженного участка трубы производится разрез и этот участок удаляется, а затем делается в матке отверстие для имплантации трубы (рис. 201).

В большинстве случаев место прикрепления круглой связки к матке остается нетронутым. Для того чтобы достигнуть гемостаза, достаточно наложить один узловый кетгутовый шов на маточную артерию по краю матки позади и несколько ниже места прикрепления к ней круглой связки. Второй такой же шов накладывается на трубную артериальную веточку, как раз у места разреза трубы на ее брыжейке.

Концы этого шва не срезаются и служат для потягивания трубы во время ее пересадки. После резекции угла матки, когда имеется уже широкий доступ в ее полость, на один из концов этого шва надевается игла, проводится через отверстие в матке и выкалывается на задней ее поверхности, отступя на полсантиметра от края разреза; затем надевается игла на второй конец этого шва, тоже проводится через отверстие в матке, но выкалывается на передней ее поверхности (рис. 202).

Затем осторожно потягивают за этот шов и конец трубы погружают в сделанное в матке отверстие; концы этого шва соединяют узлом, и таким образом труба оказывается фиксированной в матке и края ее разреза соединены.

Некоторые предлагают пользоваться отдельным крепким шелковым швом, который сперва проводится через заднюю стенку матки снаружи внутрь, затем через брыжейку трубы у ее конца и наконец снова через стенку матки изнутри наружу. Этот шов удаляется потягиванием за один из его концов после того, как труба будет фиксирована в матке.

Операция заканчивается тем, что сперва фиксируют несколькими тонкими узловыми кетгутовыми швами трубу в области ее брыжейки по передней и задней поверхности матки, а затем такими же швами, но только более толстыми, закрывают отверстие в матке.

Если была произведена резекция угла матки, то достаточно нескольких узловых швов, причем одни накладываются так, что проникают глубоко через толщу матки, а другие кладутся только на покрывающую матку брюшину, как промежуточные (рис. 203).

При пересадке обеих труб С е р д ю к о в рекомендует рассекать всю матку в области дна от одного до другого угла, затем он накладывает швы на веточки маточной артерии и далее проводит шов через толщу матки спереди в ее полость, захватывая этим швом брыжейку трубы и снова из полости матки выводит его на заднюю стенку. Потягивая концы этого шва, мы заставляем трубу погружаться своим перерезанным концом в полость матки, после чего завязываем этот шов. Теперь остается только наложить швы на разрез матки (рис. 204, 205, 206, 207, 208).

Нам кажется ненужной и опасной при могущей наступить впоследствии беременности такая значительная травматизация матки, и мы считаем возможным ограничиться резекцией обоих углов матки.

Что касается результатов, получаемых благодаря этой операции в отношении бесплодия, то по опубликованным Сердюковым в 1932 г. данным на 72 собранных из литературы случаев трансплантации наблюдалась беременность в 22—23%.

Оперативное лечение бесплодия посредством пересадки яичников. В тех случаях, когда трубы оказываются окончательно потерянными и функция их в процессе зачатия совершенно утрачена, остается еще возможность испытать ряд операций, состоящих в пересадке яичников в матку, причем вскрытие зрелого фолликула совершается непосредственно в ее полость.

Эти операции должны быть распределены на две группы. В одном случае пересаживается совершенно свободная, лишенная всякой сосудисто-нервной связи часть яичника, которая может быть фиксирована в оставшемся отрезке трубы, в резецированном углу матки или в ее полости вблизи слизистой оболочки; в другом случае весь яичник или его часть, сохраняя свою сосудисто-нервную связь, вводится в полость матки таким образом, что составляет свободный выступ на поверхности слизистой ее оболочки.

Первые опыты с пересадкой свободных частей яичника были произведены в 1895 г. Моррисом (Morris) в Америке. Операция состояла в том, что после двустороннего удаления придатков он вшил часть яичника в оставшийся отрезок трубы и через месяц наблюдал наступление беременности, которая закончилась выкидышем.

С этого времени Франком (Frank) и Байнбриджем (Bainbridge) было опубликовано еще пять случаев свободной пересадки частей яичника с последующим наступлением беременности и затем в 1922 г. Истес (Estes) сообщил о подобных же 19 наблюдениях, причем в одном из них наступила впоследствии беременность, закончившаяся срочными родами, и в одном случае произошел выкидыш.

Тюффье, занимающийся свободной пересадкой яичников в течение 30 лет, находит, что всего больше шансов на приживание обнаруживают частицы яичников при аутогенной трансплантации. Надо тщательно выбирать наиболее здоровую часть яичника, обыкновенно поблизости от брыжейки, и следует брать для пересадки небольшой его кусочек, представляющий одну четвертую или пятую часть яичника. Этот отрезок фиксируется на широкой связке вблизи оставшегося отрезка трубы, или на месте резецированного ее участка, или в полости матки, и надо стараться, чтобы пересадка производилась без излишней травматизации с минимальным числом швов.

Гомотрансплантация при получении частей яичника от вполне здоровой женщины, оперируемой, например, по поводу фибромиомы, после того как произведены все необходимые биологические реакции, может быть произведена без всякого риска для нее, но шансы на успех здесь несколько ниже.

Пересадка же гетеропластическая может быть использована только как средство для поддержания месячных после наступившей аменореи, например при двустороннем удалении яичников.

Второй способ пересадки яичника в матку, состоящий в том, что не нарушается сосудисто-нервная связь яичника с его брыжейкой, был применен впервые на женщине Пальмером Дэдлеем (Palmer Dudley) в 1899 г.; он опубликовал 9 случаев, в которых яичник был фиксирован в разрезе маточного угла. Эта операция получила название яичниково-маточной пересадки.

Особенно широко практикуется этот способ Тюффье и Истес. Первый приводит 62 случая пересадки яичников в матку с сохранением ножки, но он ни разу не наблюдал при этом наступления беременности; второй приводит 100 случаев, среди которых беременность имела место 4 раза; кроме того есть еще довольно многочисленные сообщения отдельных случаев, причем у нас

Сердюков в 1932 г. сообщил о 10 им оперированных подобным способом больных.

Он производит эту операцию в течение 10 лет, но беременности после нее не наблюдал. Однако, как видно из сообщений Пти (Petit) и некоторых других, наступление беременности после производства этой операции возможно, и она может закончиться родами живым, доношенным ребенком.

Что касается технических особенностей этой операции, то они сейчас еще не могут быть признаны окончательно установленными. Мы позволяем себе привести технику некоторых операторов, не имея возможности сделать выбор вследствие недостаточного личного опыта.

Детали операции, производимой Дуэй в госпитале Брока в Париже, состоят в следующем.

Сперва производится отделение яичника от большой трубы, причем сохраняется нетронутой его сосудистая ножка в яичниковой связке. Сосуды трубы перерезаются в зажиме и перевязываются вместе с яичниковой связкой, соединяющей внутренний край яичника с маткой (рис. 209). Затем удаляется большая труба вместе с соответствующим углом матки, причем резекция производится в виде треугольника, достигающего слизистой оболочки матки; маточная артерия перевязывается по наружному краю матки у основания круглой связки. Теперь значительная часть яичника отсекается, и остается только одна четвертая или пятая его часть в виде узкой полоски ткани вдоль его брыжейки. На нее вдоль края разреза накладывается несколько тонких узловых кетгутовых швов (рис. 210). Через внутренний конец оставшейся части яичника проводится кетгутовый шов, оба конца которого, взятые в иголки, вводятся через отверстие в углу матки в ее полость и отсюда выкалываются через стенку матки. Легкое потягивание за концы этого шва перемещает сегмент яичника в маточную полость (рис. 211). Заканчивается операция тем, что концы этого шва завязываются узлом, причем его не надо слишком туго затягивать. Если ножка яичника короткая, то происходит отклонение матки в сторону резецированного яичника. Отверстие в матке закрывается одним или двумя кетгутовыми швами настолько хорошо, что дело обходится без кровотечения и отпадает необходимость в перитонизации круглой связкой (рис. 212).

Сердюков предлагает несколько иную технику, которая, по его мнению, дает наибольшие шансы для наступления беременности. Особенности ее состоят в следующем: удаляется большая труба с соответствующим углом матки, причем вырезается довольно значительный кусок ее ткани, приблизительно достигающий середины матки. Маточная и трубная артерии берутся в зажимы и перевязываются (рис. 213). Затем острым ножом производится рассечение яичника в поперечном направлении на две приблизительно равные части; разрез ведется до брыжейки яичника, причем стараются не повредить сосуды. Раневые поверхности яичника закрываются несколькими узловыми кетгутовыми швами для предотвращения потери крови. Таким образом на месте одной железы получают две, хорошо обеспеченные кровоснабжением (рис. 214).

Следующий этап операции заключается в том, что ближе расположенная к матке часть яичника, несколько отделенная от брыжейки, поворачивается своим наружным концом по направлению к матке и погружается в ее разрез. Она вводится в полость матки настолько, что оказывается погруженной в ней (рис. 215, 216). Заканчивается операция тем, что на стенку матки накладывается ряд узловых кетгутовых швов в один этаж. Швы захватывают края разреза матки, но следует избегать попадания в шов яичниковой связки, иначе нарушается питание яичника (рис. 217). Сердюков считает такой способ производства этой операции очень простым и быстрым, и он не видел ни разу каких-либо осложнений. При проверке результатов рентгенографией оказывалось, что яичник не располагался в углу полости матки наподобие полипа,

как постороннее тело, а представлялся только в виде небольшого возвышения.

Кроме двух описанных способов пересадки яичника имеются еще несколько других, например вшивание яичника в полость матки через разрез задней стенки ее, как это делают Т ю ф ф ь е и др.

Гистологическая проверка результатов этой операции, произведенная Л е т у л л е м (Letulle), показывает, что яичники в этом положении сохраняют свою функциональную способность значительное время, но приблизительно через 10—12 месяцев их поверхность, обращенная к полости матки, обнаруживает уже некоторые признаки атрофии и покрыта слизистой оболочкой матки. Трудно решить, не является ли эта оболочка барьером, мешающим яйцу попасть в маточную полость, и сейчас еще нельзя составить себе окончательное мнение о значении этой операции в лечении бесплодия.

Нам приходится еще остановиться на гомо- и гетеротрансплантации яичников с точки зрения влияния этой процедуры на бесплодие. Нам хорошо известно, что пересадка яичников и даже подкожное введение некоторых его препаратов, например фолликулина или овариина, может вызвать появление правильных месячных у кастрированной женщины, но все же должны рассматривать трансплантат не только как орган, заменяющий собою отсутствующую железу, но и как резерв ткани, активирующей также имеющиеся у больной яичники, если они ослаблены вследствие какого-нибудь заболевания или общего недоразвития и инфантилизма.

С такой точки зрения пересадка яичников несомненно должна иметь известное значение, и С е р д ю к о в, ссылаясь на данные литературы, приходит к заключению, что яичники при наличии гомотрансплантации обнаруживают повышенную активность приблизительно в течение года; при гетеротрансплантации активность менее длительна.

По истечении срока действия пересаженных кусочков яичника можно трансплантацию повторять приблизительно через каждые 10—12 месяцев, получая снова хорошие результаты, и таким образом удастся иногда довести половой аппарат до надлежащего развития, что способствует наступлению беременности.

Что касается преимущества того или другого из этих двух способов трансплантации, то до настоящего времени взгляды на этот счет еще не вполне установились. Одни, например З е л л е р (Seller) в Германии, оспаривают целесообразность гетеротрансплантации вследствие слишком быстрого прекращения действия пересаженного яичника, В о р о н о в в во Франции широко ею пользуется, применяя для пересадки яичники обезьян (особенно из рода макаки), которые по его наблюдениям сохраняются даже дольше, чем человеческие. С е р д ю к о в находит особенно удобным у нас пользоваться яичниками коз, которые довольно легко достать; кроме того, у них редко наблюдается туберкулез. Коза, у которой берутся яичники, должна быть не старше двух лет и, предпочтительно, уже рожавшая.

При гомопластической пересадке яичника надо считаться с группой крови. Техника этой операции тоже представляет несколько разновидностей, из которых лишь две наиболее распространены. При первой яичник разрезается на мелкие кусочки, и преимущество здесь состоит в том, что частицы яичника быстро прививаются и проявляют свое действие; слабой же стороной в этом случае является слишком скорое рассасывание пересаженных кусочков.

Вторая разновидность состоит в пересадке яичника, разделенного на две части, причем они фиксируются по возможности малым количеством швов.

Этот способ, по видимому, является лучшим, и особенно он пригоден в том случае, когда производится пересадка небольших яичников, взятых, например, от козы или обезьяны. Он также очень удобен при гомотрансплантации, где

женщину, от которой берется яичник, нельзя лишить всей железы, а приходится ограничиваться частью яичника.

При выборе места для имплантации наиболее подходящей является внутримышечная пересадка, так как здесь имеется хорошее, живое кровообращение.

Производится она таким образом: делается небольшой разрез величиною в 4—5 см в области верхней трети бедра; рассекаются кожа и апоневроз, и пинцетом разъединяются отдельные пучки мышц, чтобы создать ложе для пересаживаемого кусочка железы. Если трансплантация производится одновременно с чревосечением, то яичник пересаживается в одну из прямых мышц (рис. 218).

Кусочки взятого яичника фиксируются 2—4 тонкими кетгутowymi швами, после чего апоневроз и кожа зашиваются. Эта операция легко может быть произведена под местной анестезией, но для того чтобы результат получился хороший и пересаженные части не нагноились, необходима самая тщательная остановка кровотечения из мельчайших сосудов и безукоризненная асептика.

Чрезвычайно важным вопросом при производстве этой операции является предварительная подготовка трансплантата, и лучшим методом считается непосредственное перенесение кусочков железы от донора к больной. Так обыкновенно и поступают при ауто трансплантациях; при гомотрансплантациях сделать это труднее, а потому здесь лучше оперировать одновременно на двух столах, причем каждый из хирургов делает свое дело.

Полученный для пересадки кусочек ткани не должен обмываться от крови во избежание излишней травмы.

При гетеротрансплантации тоже лучше всего производить операцию на больной одновременно с операцией на том животном, у которого берется яичник для пересадки, но здесь следует хорошо промыть взятые кусочки ткани, иначе остающиеся части фибрина мешают хорошему приживлению и образованию новых сосудов.

Однако для того чтобы трансплантация яичников давала хороший результат, необходимо в каждом случае устанавливать точные показания и помнить, что не всегда только недостаточность яичников является причиной болезненных расстройств в организме, а что у многих больных дело обстоит гораздо сложнее, и заинтересованными являются и другие железы внутренней секреции, как щитовидная, передняя доля гипофиза и надпочечник; поэтому часто приходится производить совместную пересадку этих желез.

Успех операции сказывается уже через 10—12 дней, но он может быть непродолжительным, а спустя промежутки времени в 3—5 лет на месте трансплантации уже нельзя ощупать и следов пересаженной железы, хотя благоприятное влияние на весь организм больной может еще продолжаться.

Итак, мы можем сделать заключение, что пересадка яичников, произведенная ауто-, гомо- или гетеропластически, вызывает в большинстве случаев появление правильных — по времени и количеству — месячных, уменьшает дисменорейные боли, улучшает настроение больной и увеличивает ее трудоспособность. Что же касается прямого влияния на бесплодие, то здесь сказать сейчас что-нибудь определенное едва ли возможно, так как даже в том случае, когда после длительного бесплодия после пересадки яичников и появилась беременность, никогда нельзя утверждать, что она не могла иметь место и без этой операции.

Искусственное оплодотворение.

В тех случаях, когда бесплодие зависит исключительно от импотенции мужа, а сперма его содержит в достаточном количестве живых и нормальных сперматозоидов, может быть поднят вопрос об искусственном оплодотворении.

Прежде чем решиться на это вмешательство, должно быть самым тщательным образом произведено обследование состояния половых органов женщины. Для этого надо исследовать влагалищную флору, и предпринимать искусственное оплодотворение только в том случае, когда она первой или второй степени чистоты.

Далее, надо быть уверенным в достаточной проходимости труб, для чего следует произвести продувание их. Если трубы непроходимы, то попытка произвести искусственное оплодотворение не даст никаких полезных результатов, а причинит лишь вред, так как оно представляет собой вмешательство далеко не безразличное, и описано не мало случаев, где искусственное оплодотворение осложнялось тяжелым и длительным заболеванием.

С другой стороны, так же тщательно должно быть исследовано семя мужа, и здесь не только обращается внимание на его пригодность для оплодотворения, но также определяется чистота, стерильность, так сказать, семени. Содержание в семени лейкоцитов всегда является обстоятельством, заставляющим отнестись к пригодности семени с большим подозрением.

Если все исследования окажутся благоприятными, то можно произвести искусственное оплодотворение, причем здесь принимаются следующие предпосылки. Во-первых, внутриматочное впрыскивание спермы должно производиться в наиболее подходящие для оплодотворения дни, а так как овуляция совершается приблизительно посредине между двумя менструальными периодами, то в это же время должно происходить и искусственное оплодотворение.

Во-вторых, следует предупредить и мужчину и женщину, подвергающуюся искусственному оплодотворению, что далеко не всегда зачатие наступает после однократного впрыскивания, и что его приходится повторять несколько раз; так, например, М а р и о н С и м с (Marion Simps), который в 1870 г. в первый раз произвел искусственное оплодотворение посредством введения семени в матку, только после десятого впрыскивания получил желаемый результат.

В-третьих, надо знать, что сперматозоиды довольно быстро теряют свою жизнеспособность и что окружающая температура оказывает на них свое действие, поэтому сперма по возможности должна быть добыта непосредственно перед введением в матку.

Техника искусственного оплодотворения состоит в следующем. Сперма собирается при помощи кондома, который должен быть предварительно простерилизован, как всякий резиновый предмет. В основательно обеззараженный кипячением шприц Брауна набирается 1—2 см спермы, и он осторожно вводится в полость матки. Женщина должна при этом находиться на спине с согнутыми в бедрах и коленях ногами и с приподнятым тазом.

Наконечник шприца должен быть введен в матку до дна, затем его слегка выдвигают и производят медленно впрыскивание от одной трети до половины куб. сантиметра спермы. После этого шприц удаляется, а женщина еще некоторое время, приблизительно полчаса, остается лежать с вытянутыми ногами и приподнятым тазом. Это делается для того, чтобы сперма не вытекала обратно из матки.

Хотя этот способ и не безусловно надежен, но он в подходящих случаях дает нередко хороший результат. Здесь, конечно, нельзя вычислять проценты удач или неудач, как это делает Р о л е д е р (Rohleder), так как случаи, не давшие успеха, обыкновенно не публикуются.

Если первое впрыскивание осталось безрезультатным, то следует его повторить несколько раз, причем не надо его делать чаще чем один раз в межменструальном периоде. Но нужно помнить, что эта манипуляция не безопасна вследствие могущей произойти инфекции, так как стерилизовать сперму нет возможности.

Оперативное лечение диспареунии.

Хотя чувство оргазма у женщины и не является необходимым для того, чтобы наступила беременность, и нам много раз приходилось видеть много-рожавших, которые ни разу не получали полового удовлетворения, все же это страдание нередко расстраивает нормальные семейные отношения и поэтому его нужно лечить.

Обыкновенно причина здесь лежит в психическом состоянии больной, потому и лечение должно вестись с этой стороны. Однако по мнению Н а р и а н и (Narjani) диспареуния часто наблюдается у женщин, у которых клитор отстоит слишком далеко от наружного отверстия мочеиспускательного канала; если это расстояние больше 3 см, то во время полового акта получается недостаточное механическое раздражение клитора для вызывания оргазма.

Для таких случаев Г а л ь б а н и Н а р и а н и предложили оперативный способ лечения, благодаря которому клитор приближается к отверстию мочеиспускательного канала; операция эта названа ими *klitorikathesis* и состоит в следующем. Сперва делается разрез кожи в виде острого угла, причем его вершина приходится несколько ниже верхней границы клитора (рис. 220). Затем кожа и подкожная жировая клетчатка разрезаются до надкостницы лонной кости и лоскут отделяется кверху: тогда открывается связка клитора, которая рассекается ножом у верхнего ее конца (рис. 221). Для того чтобы усилить ощущение клитора книзу, вырезается небольшой лоскут слизистой оболочки между отверстием мочеиспускательного канала и клитором, и края разреза сшиваются в поперечном направлении (рис. 222). Наконец, кожный разрез зашивается, причем треугольный лоскут кожи отодвигается кверху, а нижняя часть раны закрывается так, что в швы захватывается и периост (рис. 223).

Операция эта очень проста. Она была выполнена Г а л ь б а н о м пять раз, и результаты, по его словам, хорошие.

ОПЕРАТИВНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ

Проф. Л. Л. Обиниц

Вопрос о стерилизации женщины считался одним из наиболее спорных в медицине, так как наряду с показаниями медицинскими он затрагивает целый ряд проблем моральных, философских, юридических и социальных. Он одновременно касается как интересов отдельных личностей, так и целого общества, и кроме того он нарушает нормальное состояние организма, выключая одну из его функций, являющуюся наиболее могущественным инстинктом человека, именно функцию воспроизведения потомства.

За последние 30 лет оперативная стерилизация женщины стала во всем капиталистическом мире производиться все чаще как по медицинским, так и по евгеническим и социальным показаниям; так, например, по данным медицинской литературы, Н ю р н б е р г е р (Nürnbergger) мог собрать с 1880 по 1897 г. всего 42 случая стерилизации, между тем как с 1898 по 1918 г. насчитывается уже 1176 стерилизаций, произведенных оперативным путем.

Такое быстрое увеличение количества стерилизаций находит объяснение в условиях капиталистических стран (нищета народных масс, безработица), где эта операция производится как предохранительное против беременности средство. Мы считаем, что в условиях СССР стерилизация не может производиться по евгеническим или социальным показаниям. Хирургическая стерилизация женщины нередко наносит глубокую психическую травму и поэтому она должна иметь место только при наличии серьезных медицинских показаний; если же они не достаточны, то стерилизация в этом случае должна квалифи-

цироваться как деяние антиобщественное, антигосударственное и рассматриваться как умышленное телесное повреждение.

Ввиду сложности постановки показаний стерилизация должна предприниматься только после консультационной оценки каждого отдельного случая, причем каждый раз должен быть составлен акт, подписанный лицами, принимающими участие в консультации; акт должен храниться в учреждении. В будущем эти акты должны представить собой ценный научный материал, на основании которого можно будет учесть количество производимых стерилизаций в той или другой местности, а также характер показаний к этой операции.

Это тем более необходимо, так как в настоящее время существует еще недостаточная четкость и ясность отдельных показаний, и в дальнейшем предстоит еще более углубленная проработка вопросов, связанных с хирургической стерилизацией женщины; необходима также и более детальная выработка противопоказаний.

Это подтверждается и резолюцией, которая принята в июне 1930 г. конференцией при НКЗ РСФСР по вопросу о хирургической стерилизации женщины.

Учитывая наблюдавшееся широкое применение такой стерилизации без достаточных показаний и полагая, что оно обусловлено легкомысленным отношением как самих женщин, так и отдельных врачей к этой серьезной и ответственной операции, конференция вынесла заключение, не противоречащее высказанным нами взглядам, и предложила углубить проработку вопросов, связанных с хирургической стерилизацией женщины.

Основным положением своей резолюции конференция считает, что стерилизация женщин должна иметь место только при наличии определенных медицинских показаний, устанавливаемых в каждом отдельном случае специальной комиссией; конференция считает также необходимым более детальную выработку противопоказаний к этой операции.

Устанавливая противопоказания, приходится принимать во внимание, что операция стерилизации производится обычно со вскрытием брюшной полости, представляющим некоторую опасность для жизни больной, поэтому следует всегда сопоставлять этот риск с риском сохранения беременности, что может быть выяснено только детальным обсуждением каждого случая специалистами.

В прежние время хирургическую стерилизацию женщины считали показанной только в случае узкого таза, когда рождение живого плода оказывалось невозможным, и стерилизация производилась всегда в комбинации с кесарским сечением. Во всяком случае так обстояло дело начиная с 1819 г., когда Б л э н д е л ь (Blundell) в Англии предложил резекцию труб при кесарском сечении во избежание новой беременности. В 1830 г. он же предложил производить всем женщинам, имеющим сужение таза, стерилизацию еще до выхода зауж.

Выполнение этих предложений заставило себя, однако, долго ждать, и только в 1880 г. Л у н д г р е н (Lundgren) из Толедо произвел впервые стерилизацию на трубах по случаю узкого таза. Наконец в 1897 г. хирургическая стерилизация женщины вошла окончательно в сферу операций после того как К е р е р (Kehrer) выработал для нее специальные медицинские показания, дав ей название *автономной стерилизации*.

Производилась она в то время с большим выбором и осторожностью и всегда присоединялась к какой-нибудь другой гинекологической операции. Только позднее она постепенно стала применяться как самостоятельная операция, выполняемая независимо от каких-либо других вмешательств исключительно для того, чтобы воспрепятствовать наступлению зачатия.

Показания для хирургической стерилизации женщины сейчас довольно разнообразны, и то показание, которое прежде было единственным, именно, узкий таз, теперь потеряло свое значение. Нередко приходится наблюдать,

когда женщина три или даже четыре раза рождает с помощью кесарского сечения и не желает подвергаться стерилизации.

Здесь не место подробно останавливаться на тех заболеваниях, которые являются поводом для стерилизации, и я их коснусь только в общих чертах. Сюда относятся некоторые формы пороков сердца, туберкулез легких в определенных случаях, хронический нефрит, некоторые психические заболевания, и в общем мы можем сказать так, что всякое заболевание или ненормальное состояние больной, которое при беременности и родах угрожает ее жизни или представляет опасность для ее здоровья, является показанием для стерилизации.

Допустимо ли производить стерилизацию женщины без ведома ее или вопреки ее желанию? То, что женщина является в данном случае не единственной и не полноправной распорядительницей своей судьбы, явствует уже из приведенного постановления конференции по вопросу о хирургической стерилизации женщины, так как врачу вменяется чрезвычайная осторожность при выработке показаний с привлечением консультантов, но все это делается только по линии ограничения стерилизации. Что же касается вопроса о том, можно ли при совершенно обоснованных показаниях произвести стерилизацию без ведома женщины или вопреки ее желанию, то это решалось в разное время различно. Так, например, С п е н с е р (Spencer) полагал, что в случае кесарского сечения нет надобности доводить до сведения женщины о произведенной стерилизации; Ш а м п н е й с (Chapneys) находит необходимым считаться с мнением больной и ее мужа, а С е р в е й (Sarwey) говорит так: «Я держусь того мнения, что мы, врачи, должны предоставить женщине право высказывать свое решение относительно операций, производимых на ней».

В 1889 г. Ш а р п (Sharp) в Америке в штате Индиана произвел в первый раз стерилизацию преступников, а в 1905 г. в Швейцарии был принят закон о стерилизации умалишенных и преступников.

Огромное распространение получила стерилизация женщин в Германии со времени прихода к власти фашистов, чрезвычайно расширивших социальные показания к этой операции, что находит свое объяснение в безысходно тяжелых условиях существования населения (массовая безработица в городах, пауперизация деревни) и в отсутствии государственной охраны материнства и младенчества. Массовая стерилизация женщин проводится фашистами под предлогом «оздоровления нации» путем очищения арийской расы от «биологически неполноценных элементов».

Для нас совершенно бесспорно, что разгул расового изуверства является пережитком мрачного средневековья; подлинная борьба за оздоровление масс неразрывно связана с проведением широких социально-профилактических мероприятий.

Показания к хирургической стерилизации женщины должны всегда устанавливаться с большой продуманностью и осторожностью, так как эта операция сама по себе, как и всякая другая, представляет известную опасность, и кроме того она делает женщину неполноценной.

Все это заставляет нас ответить на вопрос, почему вообще приходится прибегать к хирургической стерилизации, когда с самых древних времен существуют различные способы для того, чтобы вызвать временное бесплодие. Средств этих действительно чрезвычайно много, и уже одно это заставляет нас предполагать, что достаточно верного до сих пор мы не имеем.

Мы останавливаемся здесь на различных буржуазных теориях (М а л ь т у с, М и л ь, Д р и з д е л ь) ограничения деторождения. Ограничимся лишь общей ссылкой, что все эти теории отражают противоречия капиталистического общества и построены на биологизации социальных явлений.

В начале этого столетия сперва К р е н и г выдвинул медицинское значе-

ние проблемы борьбы с преступным выкидышем, а. Затем Фрейд в 1905 г. В России впервые публично выступил по вопросу о предохранительных средствах Окинчик в своем докладе «Как бороться с преступным выкидышем» на Всероссийском съезде акушеров и гинекологов в 1911 г. Он определенно указывал, что в борьбе с абортom необходимо применение этих средств, а для того чтобы добиться практического осуществления, нужно их подвергнуть научной разработке.

Однако только значительно позднее, именно в 1923 г. была в Москве избрана комиссия для подробного изучения предохранительных от беременности средств. Она пришла к следующим выводам:

1) Комиссия считает допустимым назначение врачами безвредных противозачаточных средств, правильное применение которых не нарушает здоровья нормальной женщины.

2) В задачу врача-акушера-общественника входит обязанность научить женское население умению пользоваться безвредными противозачаточными средствами, когда беременность невозможна или нежелательна.

3) Наименее верными следует считать средства механические, именно мужской кондом и некоторые из женских окклюзив-пессариев, например «Грациелла», затем шапочка Меясинга, Мипса и т. п.

4) Средства химические допустимы только в виде спринцеваний, шариков или паст, но все они очень мало действительны. Впрыскивания в полость матки или смазывание ее совершенно недопустимы, как вредные и опасные для здоровья.

5) Недопустимо также вкладывание в шейку и полость матки каких-либо презервативов в виде проволоки, силикворма или шапочки со стержнем, носящей название «Стерилет».

Все приведенные выше средства дают большой ряд неудач, вынуждающих женщин прибегать к абортu, и вот это-то обстоятельство и заставляет подумать о более действительных способах стерилизации, каковыми является рентгенизация яичников, атмокаузис и хирургическое вмешательство.

Как известно рентгеновы лучи, направленные на яичник, вызывают гибель фолликулов и наступление аменореи, другими словами — получается полная кастрация женщины, что является обстоятельством совершенно нежелательным при стерилизации; поэтому в настоящее время большинство высказывается против такого способа вызывать бесплодие.

Атмокаузис или выпаривание полости матки было предложено Снегиревым и разработано в 1902 г. Пинкусом, но оно не нашло распространения из-за болезненности и недостаточной уверенности в результатах. Каутеризация или выжигание путем электрического тока выводных отверстий, ведущих из матки в трубы, была предложена Коксом (Koks) в 1878 г. и усовершенствована Дикинсоном (Dickinson) в 1912 г., но она представляет собой вмешательство, требующее большого опыта, и потому не пользуется широким применением.

Итак, переходим к изложению оперативных способов стерилизации. Они делятся на операции на влагалище, на матке, на трубах и на яичниках; кроме того, отдельно должна быть рассмотрена временная стерилизация.

Стерилизация, производимая посредством операций на влагалище.

Что касается операций, относящихся к первой группе и производимых на влагалище, то количество их чрезвычайно ограничено; можно здесь привести опубликованные в 1925 г. Цомакионом два случая, где он воспользовался имевшимся у этих больных пороком развития половых органов (двойное влагалище, разделенное перегородкой). В первом из них перегородка была сперва

удалена; у больной два раза наступала беременность, которая искусственно прерывалась, и наконец было решено больную стерилизовать. Для этой цели перегородка была восстановлена, и одно из вновь образованных влагалищ, более широкое, оканчивалось сверху слепым концом. Во втором случае, имевшем ту же неправильность развития, одна половина влагалища, тоже более широкая, была в верхнем конце зашита наглухо. Оба случая увенчались успехом, но для создания такого влагалища требовалось существование названной аномалии.

В том же году Гендли (Haendly) предложил метод стерилизации, постоянной или временной, состоящей также в образовании двойного влагалища при помощи кольпорафии. Техника операции состоит в следующем. Сперва производится продольный разрез влагалища по боковой его стенке с каждой стороны, который начинается от влагалищной части и заканчивается в области входа, отступая приблизительно на 1 см сверху от отверстия мочеиспускательного канала.

Края разрезов влагалища несколько отсепааровываются и затем соединяются швами, причем верхний край одной стороны сшивается с верхним же краем другой стороны, а нижний край одной стороны также сшивается с нижним краем другой стороны. Таким образом получаются два влагалища: одно — верхнее, которое значительно уже и в которое открывается наружный маточный зев, а другое — нижнее, более широкое и слепое в верхнем конце. Половое сношение происходит при помощи нижнего влагалища, и результаты в обоих случаях получились вполне хорошие.

Стерилизация, производимая посредством операций на матке.

Из операций, производимых с целью стерилизации на матке, мы можем привести тоже очень ограниченное количество. Сюда должны быть отнесены все случаи полного и частичного удаления матки во время беременности и родов.

Начнем с производства этой операции во время беременности. Показанием здесь является стремление быстро и радикально уничтожить настоящую беременность и окончательно предотвратить наступление новой; кроме того, когда можно заподозрить наличие микробов в матке, имеется в виду устранить возможность занесения их в ткани организма при выскабливании. Это вмешательство рекомендуется многими виднейшими гинекологами (Бумм, Мартин, Штеккель, Бар и др.) особенно горячо при туберкулезе, и Бумм советует даже одновременно удалять и яичники, чтобы устранить влияние их внутренней секреции.

Эта операция в начале беременности приблизительно до конца четвертого месяца может быть произведена со стороны влагалища, причем в большинстве случаев сперва матка освобождается от своего содержимого. Самый способ удаления матки будет изложен ниже в соответственной главе и представлен в рисунках.

В том случае, когда беременность больше четырех месяцев, приходится прибегать к брюшностеночному чревосечению, и здесь может быть произведена полная экстирпация матки, надвлагалищная ее ампутация или, наконец, частичная или фидальная экстирпация, которая удаляет часть матки вместе с плодным яйцом.

Что касается полной экстирпации, то в настоящее время она производится исключительно редко, при каких-либо специальных добавочных показаниях; гораздо чаще делается надвлагалищная ампутация матки, которая в первый раз была произведена Рейном в 1876 г. Бар (Bar) большое преимущество этой операции перед простой перевязкой или резекцией труб видит в том, что при ней прекращаются месячные, что благотворно влияет на общее состояние больной.

Следующий способ удаления матки брюшностеночным путем состоит в частичной клиновидной резекции дна матки по типу операции Келли (Kelly) и Бойтнера (Beuttner), видоизмененной для целей стерилизации Барделебеном (Bardeleben). Он исходил из того соображения, что туберкулезные бактерии нередко располагаются в области образования последа и при выскабливании матки могут быть занесены далее. Для того чтобы этого избежать, он советует клиновидно иссекать дно матки, руководствуясь при этом формой матки, которая во время первых месяцев беременности дает возможность судить о месте прикрепления яйца, причем нижний край разреза можно делать по мере надобности ниже то спереди, то сзади.

Такой способ оперирования у туберкулезных больных нашел себе применение среди многих гинекологов, и по отзывам дает вполне удовлетворительные результаты; однако надо помнить, что нередко яйцо настолько выполяет полость матки, что приходится прибегать к надвлагалищной ампутации.

Об удалении матки во время родов с целью стерилизации надо сказать, что она показана только в исключительных случаях, как, например, при имеющихся признаках инфекции во время кесарского сечения.

Из других способов стерилизации путем операции на матке можно привести еще прием, предложенный Коксом. У женщины, которая страдала полипом шейки матки, он наблюдал случай быстрого излечения бесплодия после того, как полип был удален. Это побудило его создать искусственно слизистые полипы у лиц, которые нуждались в стерилизации, и в 1902 г. он попытался это осуществить. Для этого он образовал на передней и задней губах влагалищной части матки подле наружного зева две складки, проведя небольшой продольный разрез на слизистой оболочке и отделив ее на некотором расстоянии. Затем он накладывал три тонких шелковых шва в направлении, параллельном произведенным разрезам, и получал таким образом желательные складки слизистой оболочки (рис. 224).

Стерилизация, производимая путем операции на трубах.

Наиболее распространенным способом стерилизации женщины является метод операции на трубах. В настоящее время существует уже много самых различных вариаций этих операций и продолжают появляться все новые.

Для ясности изложения мы распределим их на следующие группы:

- 1) Простая перевязка труб.
- 2) Раздавливание трубы с ее перевязкой.
- 3) Простая перерезка трубы между двумя лигатурами.
- 4) Перерезка трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов.
- 5) Резекция части трубы с различной обработкой оставшихся ее концов.
- 6) Экзекция трубы из угла матки с ее резекцией или удалением.
- 7) Резекция ампулярного конца трубы.
- 8) Погружение абдоминального конца трубы.

Простая перевязка обеих труб. Она была впервые произведена Луином в 1880 г.; техника этой операции очень проста. Иглой, снабженной шелковым или кетгутовым швом, прокалывается брыжейка у самой трубы, приблизительно между внутренней и средней ее третью, и труба перевязывается, а концы лигатуры срезаются (рис. 225).

Эта операция сначала приобрела быстрое распространение, однако уже в 1892 г. был опубликован первый случай неудачи, где после такой перевязки наступила беременность. Затем целый ряд авторов, как Писемский, Фригчи и очень многие другие, сообщили также о своих неудачах, пока в 1914 г. Одебер (Audebert) не произвел микроскопического исследования

такой трубы, перевязанной три года назад; он обнаружил на всем протяжении трубы полную ее проходимость.

В настоящее время, на основании статистических данных, неудачи при стерилизации женщин при помощи простой перевязки труб определяются в 18% по К а л л и в о д а (Kalliwoda) и в 23% по Б а ч а л л и (Bacialli), в то время как общее количество неудач при других различных способах стерилизации равняется всего 6%.

Очень близко по сути дела к этому способу перевязки труб стоит предложенная в 1921 г. Ф л а т а у (Flatau) операция, состоящая в том, что трубы на всем протяжении отделяются от брыжейки, которая обкалывается одним швом, и затем каждая труба завязывается в узел в своей средней трети (рис. 226, 227).

Этот способ был применен автором шесть раз с успехом, но он не нашел последователей.

Раздавливание трубы с ее перевязкой. Второй из названных нами способов стерилизации заключается в раздавливании трубы. Он был предложен Ф р и д м а н о м (Friedmann) в 1906 г., после того как М и к у л и ч (Mickulicz) ввел раздавливание червеобразного отростка своим энтеротриптором.

Однако неудачи, которыми сопровождалась первая попытка стерилизации этого рода, заставили на время отказаться от этого способа, и он снова был рекомендован М а д л е н е р о м (Madlener) в 1919 г. при соблюдении следующей техники. Оператор пинцетом захватывает трубу в области ее середины и подтягивает ее кверху на столько, чтобы она изогнулась в виде прямого угла; другой рукой он помещает энтеротриб таким образом, чтобы последний приходился как раз у конца первого пинцета, и теперь сдавливает обе ножки трубы и небольшой участок мезосальпинкса настолько, чтобы они были не толще листа бумаги. Затем удаляют энтеротриб, и, удерживая трубу пинцетом, перевязывают раздавленный участок крепкой лигатурой. М а д л е н е р пользуется энтеротрибом шириною в 8 мм без нарезов, а для перевязки употребляет шелк толщиной № 4 (рис. 228).

В 1932 г. М а д л е н е р опубликовал 166 таких операций без единой неудачи, причем в 30 случаях была произведена проверка на рентгенограммах через промежутки времени от 6 недель до 3 лет. Но тем не менее он все же советует в тех случаях, где требуется достигнуть безусловно верной стерилизации, пользоваться резекцией труб из углов матки и прибегать к раздавливанию их только там, где желательно ограничиться быстрым и бескровным вмешательством.

В настоящее время этот способ операции производится многими, причем он делается как брюшностеночным путем, так и со стороны влагалища, и в 1934 г. З е н г е р (Saenger) опубликовал 620 случаев без единой неудачи. Он тем не менее отмечает, что при раздавливании трубы, особенно, когда оно совершается во время беременности, легко могут произойти надрыв брюшины и полное разрушение трубы, и советует тогда захватить другой ее участок ближе к матке, и здесь осторожно произвести раздавливание.

Однако другие гинекологи [например Ф у к с (Fucks)] находят этот способ ненадежным; по наблюдениям Фукса, у больных, которым была произведена такого рода стерил. зация, можно на рентгенограммах констатировать проходимость труб.

По мнению К о и м а (Kojima), успех стерилизации по способу М а д л е н е р а обуславливается только тем, что здесь одновременно раздавливается небольшой участок брыжейки, и это вызывает глубокое изменение в кровообращении и некроз с образованием плотной рубцовой ткани.

В 1925 г. были опубликованы В а з е р о м (Waser) 225 случаев, где была произведена стерилизация по способу М а д л е н е р а, но с некоторым видоизменением, принятым в клинике В а л ь т г а р д а (Walthard). Его техника

состоит в том, что зажим, которым производится раздавливание, помещается не у основания угла, образующегося при потягивании трубы, а несколько ниже, причем он придает значение раздавливаемой большому участку брыжейки трубы (рис. 229).

Последний способ в настоящее время находит большое число сторонников, и мы его тоже придерживаемся. Так же как и М а д л е н е р, мы в тех случаях, где требуется безусловно верная стерилизация, производим резекцию части трубы, а раздавливание с перевязкой делаем там, где желательно обойтись небольшим бескровным вмешательством.

Что касается результатов, которые дает операция М а д л е н е р а или модификация В а з е р а, то они очень благоприятны, и по сборным статистикам успех равняется приблизительно 100%, именно на много сотен случаев в 1929 г. было опубликовано всего две неудачи.

Кроме приведенных способов стерилизации было предложено еще несколько близко стоящих к ним видоизменений, из которых позволяем себе привести следующие. В 1919 г. К у п п л е р о м (Cuppler) был опубликован метод, занимающий среднее положение между раздавливанием трубы и ее перерезкой. Он пользовался этим способом около 5 лет с хорошим результатом; техника здесь состоит в том, что перевязываются сосуды, питающие известную часть трубы, и последняя перерезывается, а маточный ее конец освобождается от брюшины, раздавливается и перевязывается; далее оба конца трубы перитонизируются.

Затем в 1921 г. Г а н с (Hans) описал способ двойного раздавливания трубы с перевязкой отдельно каждого участка, причем отличие здесь заключается в том, что брыжейка трубы не попадает в действие зажима. Этот способ не нашел распространения.

Простая перевязка трубы между двумя лигатурами. Эта операция, относящаяся к наиболее давним, была впервые произведена Т о м а с о м (Thomas) в 1885 г., причем труба, перевязанная двумя лигатурами, разрезалась между ними при помощи термокаутера.

В 1897 г. К е р е р стал применять ее со стороны влагалища: он производил продольный разрез по передней его стенке, вскрывал пузырноматочную складку брюшины, выводил матку и затем перевязывал трубы двумя лигатурами с каждой стороны и перерезывал их здесь (рис. 230).

Из существующих модификаций этого метода приведем только предложенные Ф а б р и ц и у с о м (Fabricius) и К о л е р о м (Kohler), состоящие в том, что перевязанные в двух местах трубы еще раз перевязываются одной общей лигатурой поверх первой и затем избыточный участок их отрезается прочь (рис. 231).

По приведенной Н ю р н б е р г е р о м статистике перерезка трубы между двумя лигатурами за период времени с 1880 по 1897 г. дала 9% неудач.

Перерезка трубы между двумя лигатурами с погружением ее концов. Приведенные способы хирургической стерилизации женщины казались не достаточно верными, и уже в конце прошлого столетия были сделаны попытки производить ее с погружением одного или обоих концов перерезанной трубы между пластинками брюшины широкой связки; пробовали также обшивать их брюшиной каким-либо другим образом.

В 1897 г. Б о й т т н е р опубликовал свой способ стерилизации, состоящий в следующем. После вскрытия брюшной полости трубы перерезывались в их абдоминальной трети; тонким пинцетом захватывалась сперва мышечная стенка трубы маточного ее отрезка, покрывающая ее брюшина осторожно отодвигалась по направлению к матке и накладывался тонкий кетгутый шов через край сначала на мышечную стенку трубы, а затем на покрывающую ее брюшину. После того как оба конца брюшины таким образом зашиты, они соединяются.

между собой третьим швом, который накладывается кругом, подобно тому как это делается при сшивании петель кишек (рис. 232).

При осмотре трубы кажутся нетронутыми, но на деле сообщение обоих концов нарушено вследствие двойной стенки из мышечного слоя и брюшины.

Способ этот технически довольно трудный, так как приходится работать на тонкой, нежной трубе, и отделить брюшину от мышечной стенки является задачей не легкой, но Б о й т н е р усматривает его достоинство в том, что стерилизация здесь в случае надобности может быть только временной и способность к зачатию восстанавливается при помощи сальпингостомии.

В 1905 г. А ш (Asch) представил свой способ стерилизации, которым он с успехом пользовался в течение нескольких лет. Техника его состоит в следующем. Труба захватывается двумя тонкими пинцетами в области маточной трети ее и перерезывается; маточный конец отделяется от брыжейки приблизительно на длину в 1 см и перевязывается тонкой шелковой лигатурой так, чтобы в нее попала и артериальная веточка, питающая трубу. Абдоминальный конец трубы не перевязывается, но у ее основания накладывается тонкий кетгуттовый шов на периферический конец артерии, после чего пластинки брюшины широкой связки раздвигаются настолько, чтобы образовать карман, в который прячется маточный конец трубы. Делается это таким образом, что непрерывный кетгуттовый шов проводится сперва через одну пластинку брюшины широкой связки, затем им захватывается труба и он выкалывается через вторую пластинку. После того как шов завязан и труба погружена между пластинками брюшины, этим же швом производится окончательная перитонизация, причем абдоминальный конец трубы не обшивается брюшиной (рис. 233).

В 1911 г. Г о ф б а у е р (Hofbauer) предложил два очень мало отличающихся друг от друга способа, причем один он применяет при операции со стороны влагалища, а второй — там, где оперирует брюшностеночным путем. В обоих случаях труба перерезывается в средней трети, и наружный конец ее перевязывается; маточный же конец — в том случае, когда операция производится через влагалище, — обшивается брюшиной круглой связки; если операция делается брюшностеночным способом, то маточный конец трубы помещается между соединенными вместе круглой и яичниковой связками (рис. 234, 235).

С этого времени было предложено еще 10 или 12 способов стерилизации по тому же принципу, например операция Ф р е й н д а, И р в и н г а (Irving) и других, но приводить их мы находим излишним, так как они мало отличаются один от другого, и нет сведений о результатах.

Резекция части трубы с различной обработкой остающихся ее концов. Уже в 1895 г. З а м ш и и в 1896 г. Л е о к о т а (Leocota) применяли резекцию части трубы, но это делалось только при кесарском сечении, и только в 1897 г. Ф р и т ш, после неудачного случая перевязки и перерезки труб, предложил еще кроме того делать резекцию ее. Для этого он советует перевязать трубу двумя лигатурами так, чтобы расстояние между ними равнялось 2 см, и затем удалить кусок трубы величиною в 1 см (рис. 236).

В 1905 г. К и р х о ф (Kirchoff) опубликовал свой способ стерилизации, который заключался в том, что после вскрытия брюшной полости проводится крепкий шелковый шов через толщу матки и она оттягивается в сторону. Брюшина, покрывающая трубу, захватывается осторожно двумя зажимами П е а н а на расстоянии около 4 см один от другого, причем первый накладывается у самого маточного конца трубы. Затем скальпелем производится поверхностный разрез брюшины между этими зажимами в продольном направлении (рис. 237). Теперь края разрезанной брюшины захватываются осторожно также двумя зажимами П е а н а, и труба выделяется из своего ложа при помощи пинцета или ручки скальпеля (рис. 238). Выделенная на всем протяжении разреза труба

резецируется, и края брюшины, начиная от угла матки, сшиваются между собой непрерывным тонким кетгутовым швом, причем разрезанные концы трубы не перевязываются, а укладываются в клетчатку между пластинками брюшины (рис. 239, 240). (Облитерация концов трубы происходит вследствие образующегося между ними довольно широкого рубца.)

За истекшие годы предложено еще несколько различных способов, которые мало разнятся от предыдущего: например операция Д ю ц м а н н а (Dutzmann) в 1911 г., отличающаяся только тем, что перерезанные концы трубы, после выделения ее из брюшины и резекции, перевязываются и затем уже прячутся между пластинками брюшины широкой связки, после чего края разреза брюшины соединяются непрерывным швом (рис. 241).

Способ Г а у х а (Nauch) почти совершенно тождествен; при нем только маточный конец трубы перевязывается, будучи выделен из брюшины, а абдоминальный перевязывается вместе с брюшиной (рис. 242, 243).

В 1925 г. Р а б и н о в и ч предложил способ, который заключается в том, что труба перевязывается двумя лигатурами на расстоянии 3 или 4 см одна от другой; затем делается разрез брюшины и труба выделяется из своего ложа и резецируется. После этого, начиная от ампулярного ее конца, непрерывным швом закрывается между пластинками брюшина трубы. Этим же швом обшивается разрез широкой связки до маточного отрезка трубы; затем игла прокалывается через стенку матки и захватывает конец трубы. При завязывании этого шва маточный отрезок трубы фиксируется к стенке матки (рис. 244, 245, 246, 247).

В течение нескольких лет стерилизация при помощи резекции труб с погружением их концов под брюшину казалась абсолютно надежной, но затем появилось в литературе небольшое число случаев, где и после этой операции все же наблюдалась беременность.

Эксцизия трубы из угла матки с ее резекцией или удалением. Названную операцию с целью стерилизации произвели с 1898 г. одновременно Н о й м а н (Neumann) и Р о з е (Rose) независимо один от другого.

По технике своей она ничем не отличается от практикуемого с 1888 г. способа Ш а у т а (Schauta), который он применял при удалении узловато измененных труб.

Операция эта производилась вышеназванными авторами следующим образом. Труба захватывалась у маточного конца зажимом П е а н а, и интерстициальная часть ее резецировалась таким образом, что по передней и задней стенке матки производились два разреза, идущих в косом направлении в толщу мышечной ее стенки. Глубина разреза соответствовала толщине матки, и обе поверхности сперва соединялись несколькими кетгутовыми швами, а затем покрывались сверху брюшиной широкой связки (рис. 248, 249).

Т о с с и г (Tossig) в 1913 г. также предложил производить иссечение конца трубы из маточного угла. Он рекомендует делать клиновидный разрез в другом направлении, не с правой и левой стороны, как при предыдущем способе, а сверху и снизу; кроме того он отделяет трубу на некотором расстоянии от брыжейки.

Разрез на матке зашивается несколькими кетгутовыми швами, после чего труба тоже закрывается двумя швами, затем погружается в брюшину широкой связки, и наконец культи маточного угла и брыжейка трубы обшиваются круглой связкой (рис. 250, 251).

В 1928 г. С е р г е е в предложил способ стерилизации, преследующий ту задачу, чтобы в случае надобности можно было восстановить возмужассть беременности. Для этого он производит резекцию маточного конца трубы на протяжении приблизительно 2 см, вырезая ее клиновидно из угла матки. Разрез этот и брыжейка трубы обшиваются несколькими кетгутовыми швами, причем

отверстие перерезанной трубы на периферическом конце не закрывается и не перитонизируется, чтобы дать возможность содержимому ее свободно выделяться.

При желании восстановить правильную функцию трубы, она может быть пересажена в матку (рис. 252, 253). Этот способ представляет собой видоизменение операции, предложенной К и п а р с к и м.

Результаты, получаемые при этих операциях, оказываются довольно непостоянными, так как описаны неоднократно случаи внематочной или нормальной беременности, наблюдавшиеся после них. Преимущество их, однако, состоит в том, что здесь возможно восстановить способность к зачатию, пересадив оставленную часть трубы в матку. Такой случай опубликован З е л ь г е й м о м.

Резекция ампулярного конца трубы. Этот способ стерилизации практиковался давно, и еще с 1899 г. С п и н е л л и (Spinelli) рекомендовал производить его через задний свод влагалища. Он был опубликован еще раньше Л ь в о в ы м в 1897 г., но типичный метод этой операции был дан лишь в 1905 г. М е р м а н о м (Mermann).

Он отделял трубу от ее брыжейки почти на всем протяжении до маточного конца, ампутировал ее абдоминальный конец и затем переводил трубу на переднюю поверхность матки так, чтобы она достигала средней линии, и фиксировал ее здесь к матке одним швом; то же он делал с другой трубой, и концы обеих труб сшивал между собою несколькими швами (рис. 254, 255). Результаты такого способа стерилизации получились, однако, очень неблагоприятные.

Погружение абдоминального конца трубы. Эта операция, производимая различными способами, как со стороны влагалища, так и путем брюшностеночного чревосечения, имеет целью вызвать бесплодие на некоторое время, чтобы затем, когда мицует в нем надобность, снова восстановить способность к деторождению.

Начнем с влагалищного способа, которым уже в 1898 г. пользовался Р ю л ь (Ruhl) для удаления абдоминальных концов обеих труб и фиксации их к влагалищной стенке. В 1900 г. М и р о н о в также рекомендовал пришивать трубы после удаления брюшного их конца в пузырьно-маточном кармане брюшины и считал это вмешательство вполне пригодным для стерилизации; однако П ф е й л ь ш т и к к е р (Pfeilsticker), который в 1924 г. ввел в этот способ некоторые усовершенствования, все же находит его ненадежным.

В 1900 г. М е н г е (Menge) предложил иной способ временной стерилизации. Состоит он в том, что при операции укорочения круглых связок по способу А л е к с а н д е р — А д а м с а, одновременно в паховый канал выводится соответствующая труба и фиксируется здесь после резекции абдоминального конца.

Вызываемое таким образом бесплодие, не являясь самоцелью данной операции, должно было лишь предотвратить наступление рецидива опущения матки. Затем Ф р и ч и М е н г е стали укреплять в паховом канале трубу, не отрезая ее абдоминального конца, но только в 1915 г. Ш т е к к е л ь (Stoeckel) воспользовался этим методом исключительно для того, чтобы вызвать временную стерилизацию.

Ш т е к к е л ь применял следующую технику. В области пахового канала несколько выше и параллельно пупартовой связке производится разрез длиной от 6 до 8 см, соответственно наружному его отверстию. После вскрытия брюшины абдоминальный конец трубы выводится в этот разрез, и посредством непрерывного кетгутового шва труба обшивается брюшиной; затем зашивается разрез апоневроза и кожи.

Существенным различием между техникой Ш т е к к е л я и М е н г е является то, что первый оставляет трубу в паховом канале, а второй выводит ее через апоневроз под кожу (рис. 256, 257).

Хотя Н ю р н б е р г е р в 1917 г. и К а л л и в о д а в 1921 г. утверждали, что стерилизация посредством пересадки абдоминального конца трубы является наиболее надежной, она оказалась не лучше остальных, так как в литературе имеется уже несколько случаев, где, несмотря на эту операцию, все же наблюдалась беременность, и первый из них опубликован К р е н и г о м.

В 1903 г. З е л ь г е й м выступил с предложением погружать трубу без укорочения ее абдоминального конца в клетчатку. В том же году П ф е й л ь - т и т к е р описал операцию, почти не отличающуюся от предыдущей. Техника ее заключается в следующем. Абдоминальный конец трубы отделяется от брыжейки, затем делается небольшое отверстие в брюшине несколько ниже круглой связки, и труба погружается своим концом в карман между пластинками широкой связки, после чего она фиксируется здесь несколькими кетгутовыми швами.

Десять лет спустя, именно в 1919 г., Т ю р е н н (Turenн) снова предложил ту же операцию, с тем изменением, что он не отделял трубу от ее брыжейки, а помещал ее абдоминальный конец в отверстие брюшины, сделанное на передней пластинке широкой связки (рис. 258, 259).

Затем Л и т т а у е р (Littauer) в 1927 г. еще раз рекомендует эту операцию, введя некоторые изменения, делающие ее более сложной; именно, он отделяет часть трубы от брыжейки, проводит ее через брюшину у основания круглой связки и фиксирует в пузырно-маточном кармане, вырезая для этого лоскут брюшины, которым он прикрывает абдоминальный конец трубы.

И эти способы стерилизации дали, однако, такое же число неудач, как и другие; оценивать же их исключительно как операции, дающие временную стерилизацию, не приходится, потому что не было повода пытаться восстановить способность к деторождению, освобождая погруженные части трубы.

Наконец, в 1921 г. Г е л л е н д а л л е м (Hellendall) была произведена пересадка абдоминальных концов трубы в переднюю брюшную стенку. Он сделал это попутно при вентрофиксации матки по способу О л ь с г а у з е н а, а в 1925 г. О л и в а (Oliva) опубликовал этот метод, как показанный в случаях операции по поводу выпадения матки, если одновременно было необходимо произвести стерилизацию.

Техника этой операции состояла в следующем. После фиксации матки тем или другим способом делался, отступя от срединного разреза брюшной стенки, небольшой разрез через брюшину, мышцы и апоневрозы с обеих сторон, и через эти отверстия ампулярные концы труб выводились под кожу; они фиксировались 1—2 тонкими шелковыми швами к апоневрозам.

Кроме того О л и в а делает еще перевязку ампулярных концов труб, надо думать, с той целью, чтобы гарантировать стерильность даже в том случае, когда трубы не удержались бы на месте и ускользнули в брюшную полость (рис. 260).

О результатах, получаемых при этой операции, говорить пока не приходится, так как она была произведена автором всего один раз.

Для того чтобы закончить изложение стерилизации на трубах надо еще сказать несколько слов о пришивании ампулярных концов труб к передней или задней стенке матки или погружения их в ее толщу.

С этой целью В и н к е л ь в 1909 г. предложил после разреза по средней стенке влагалища и вскрытия пузырно-маточной складки брюшины вывести матку во влагалище, затем отделить ампулярные части труб от брыжейки и, перевязав их брюшные концы, фиксировать их на задней стенке матки несколькими швами, причем обе трубы предварительно соединены между собой своими концами (рис. 261).

А л ь ф и е р и несколько изменил эту технику. Он, во-первых, удаляет ампулярный конец труб, а, во-вторых, проводит на задней поверхности матки

два небольших разреза в вертикальном направлении и делает здесь небольшое сквозное отверстие, идущее от одного разреза до другого. В это отверстие он и прячет концы труб при помощи шва с двумя иглами, причем сперва он проводит нить через конец трубы, а затем прокалывает иглами верхнюю и нижнюю стороны канала, сделанного на матке. Потягивая этот шов, он заставляет трубы погрузиться в этот канал, после чего завязывает шов и затем накладывает еще один шов — ближе к отверстию канала (рис. 262).

Сюда же я позволю себе отнести способ, предложенный в 1913 г. Т а р н о в с к и м. Хотя он имеет существенные отличия, но общее здесь то, что при этом способе концы труб прячутся тоже в канал, сделанный в толще матки. Различие же состоит в том, что Т а р н о в с к и й перерезывает трубы поблизости от матки и погружает периферические края разреза в толщу матки, образуя канал на передней ее стенке.

Остающиеся маточные отрезки труб он прячет в небольшие отверстия, сделанные в области углов матки (рис. 263, 264).

Как мы видим, хирургическая стерилизация женщины при помощи операций, производимых на трубах, располагает очень большим количеством различных методов, и одно это обстоятельство уже заставляет нас думать, что до сих пор нет такого способа, который давал бы полную гарантию бесплодия; и действительно, все приведенные нами методы дают известный процент неудач, который в среднем исчисляется в 6,5.

Мы не имели возможности и достаточного материала, чтобы проверить все эти способы, и до настоящего времени пользуемся обыкновенно двумя из них.

Именно там, где желательно получить возможно полную гарантию стерилизации, мы производим ее по методу К и р х о ф а, а в тех случаях, где надо сократить продолжительность операции, там мы оперируем по способу М а д л е н е р а - В а л ь т г а р д а. За 30 лет моей оперативной работы эти методы были применены лично мною, или под моим наблюдением не менее 200 раз, причем мне не пришлось видеть ни одного случая неудачи.

Этими способами стерилизации мы пользуемся также и на операциях при имеющейся уже беременности, хотя на этот счет существует несколько специальных методов; так например, Ф е р р о н и (Ferroni) предложил производить разрез матки для удаления яйца в области дна в поперечном направлении. При зашивании этого разреза в его углы вшиваются маточные концы перерезанных и перевязанных труб (рис. 265, 266).

Близко к этому стоит способ, который применяется Г р у з д е в ы м при малом кесарском сечении. Разрез матки делается также поперечный в области дна, причем концы разреза раздваиваются и иссекаются клиновидно маточные углы вместе с проходящими здесь отрезками труб; зашиваются эти разрезы совместно с маткой при помощи непрерывного кетгутового шва, а концы труб, вырезанные из матки, отсекаются, и затем трубы перевязываются и концы их погружаются в широкие связки (рис. 267, 268).

Мы неоднократно оперировали этим способом, но находим его неудобным, так как при нем наблюдается некоторая потеря крови, в то время как при операции по К и р х о ф у или М а д л е н е р у ее совершенно не бывает.

Кроме только что описанных способов А л ь ф и е р и при беременности предложил делать сперва небольшой разрез брюшины в поперечном направлении в нижнем отделе матки в области пузырно-маточного углубления. Отделив брюшину книзу, он в продольном направлении рассекает матку и через это небольшое отверстие удаляет пальцем и кюреткой плодное яйцо. Затем на стенку матки накладываются 3—4 кетгутовых шва, после чего ампулярные концы труб отделяются от брыжейки, перемещаются вперед и укладываются на поверхности матки, лишенной брюшины. Свободный лоскут брюшины покрывает со-

бою ампулярные концы труб и место разреза матки и прикрепляется несколькими швами на передней поверхности матки (рис. 269, 270).

Этот способ предложен А л ь ф и е р и в 1926 г. и в этом же году появился еще один метод, который был опубликован Г р и з о г о н о (Grisogono). Техника его такая же, как и в предыдущем случае, только форма разреза брюшины несколько иная (рис. 271).

Стерилизация, производимая при помощи операций на яичнике.

Первые попытки стерилизовать женщину посредством операции на яичниках относятся к 1889 г. В это время Г о л ь д ш п о н (Goldspohn) воспользовался операцией А л е к с а н д е р — А д а м с а для того, чтобы одновременно извлечь яичники через разрез брюшины в паховый канал и здесь их фиксировать.

В 1905 г. В а н - д е - В е л ь д е (Van-de-Welde) применил этот способ для получения временной стерилизации, но он вскоре от него отказался из-за болей, которые испытывают больные после этой операции особенно при надавливании снаружи на паховые области.

Однако Г у т б р о д (Gutbrod) в 1919 г. и В е с с е л ь (Wessel) в 1921 г. снова вводят эту операцию (причем они не наблюдали никаких жалоб со стороны больной), учитывая возможность при надобности опустить яичники в брюшную полость и таким образом вызвать беременность.

Техника этой операции состояла в следующем. Производят разрез длиной в 6—8 см параллельно пупартовой связке, и, расщепляя ткани послойно, вскрывают паховый канал. Затем по вскрытии брюшной полости яичник отыскивается и извлекается наружу, а брюшина закрывается несколькими кетгутowymi швами.

Этими швами захватывается брыжейка яичника для того, чтобы помешать ему ускользнуть обратно в брюшную полость. Таким образом яичник оказывается изолированным от трубы, и затем он покрывается апоневрозом и кожей. То же производится с другой стороны (рис. 272).

До 1929 г. В е с с е л ь произвел шесть таких операций, причем он наблюдал один случай неудачи, где больная забеременела и родила благополучно. Объясняет он здесь неудачу тем, что слишком быстро рассосался кетгутый шов.

Кроме такого способа стерилизации в 1907 г. В а н - д е - В е л ь д е сделал было попытку изолировать яичник, погружая его в клетчатку между пластинками широкой связки, но он вскоре отказался от этого, так как поверхностный слой яичника, приходя в соприкосновение с клетчаткой, резко изменяется и склерозируется, и эти изменения проникают глубже в его паренхиму.

Наконец, в 1909 г. тот же автор выступил с предложением помешать яичники в карман из брюшины, которая является для них обычной средой.

Техника этой операции изложена его помощником Л е в и - Л а н г о м (Levy-Lang) и состоит в следующем. После вскрытия брюшной полости берут матку на толстый шов и оттягивают ее кверху и в сторону, затем осторожно ножницами перерезывается фимбрия трубы, идущая к яичнику вместе с так называемой трубно-яичниковой связкой. Это должно делаться осторожно, чтобы не поранить какого-либо сосуда; если все же появится хотя бы небольшое кровотечение, то оно должно быть остановлено наложением швов. Частичное разделение этой связки уже достаточно для того, чтобы сделать яичник подвижным, и эту часть операции автор считает особенно ответственной (рис. 273).

Второй момент операции состоит в том, что яичник захватывается полной рукой, а большим и указательным пальцами той же руки берутся труба и круглая связка и все вместе приподнимается кверху. Теперь на растянутой таким образом широкой связке на передней и задней ее поверхности делаются в го-

горизонтальном направлении два разреза, по величине соответствующие длиннику яичника. Задний разрез проводится немного ниже яичника, параллельно ему (рис. 274). Яичник проталкивается сзади наперед через сделанные отверстия, и теперь приступают к наложению швов, которые со стороны задней стенки широкой связки захватывают нижний край разреза и заднюю стенку брыжейки яичника. Здесь накладываются отдельные узловые тонкие шелковые швы, а на передней стороне широкой связки швов совершенно не накладывают, так как разрезанные края прекрасно слипаются и срастаются сами собой (рис. 275).

Если возникает сомнение в надежности изоляции яичника, то следует и спереди наложить несколько швов, соединяющих край разреза брюшины вдоль яичника с верхним краем переднего разреза широкой связки. При этом не надо слишком сильно натягивать брыжейку яичника, чтобы труба не оказалась чрезмерно опущенной кзади и книзу или случайно не попала в шов.

То же самое делается и с другой стороны, и после этого можно приступить к третьему моменту операции, который заключается в том, чтобы спрятать яичники в карман, состоящий из брюшины пузырно-маточного углубления. Каждый из яичников может быть спрятан в отдельный карман, и для этого накладывается один тонкий шелковый шов в виде кисета, захватывающий круглую связку и затем переходящий на брюшину в области пузырно-маточного отдела. После того как этот шов завязан, яичник оказывается со всех сторон окруженным брюшиной (рис. 276). Затем то же делается и с другой стороны.

Мы несколько изменили этот способ операции, и разрез широкой связки спереди проводим между трубой и круглой связкой. Выведенный через толщу широкой связки кпереди яичник затем покрывается брыжейкой круглой связки, которая пришивается к брыжейке трубы спереди (рис. 277).

Если швы наложены правильно, то яичники оказываются погруженными в пространство, со всех сторон выстланное брюшиной и достаточно большое, чтобы не препятствовать совершающейся в яичнике овуляции.

На одной из оперированных больных Ван-де-Вельде мог убедиться в полной пригодности этого способа для производства временной стерилизации.

Через пять лет после произведенной таким путем стерилизации больная настолько поправилась, что было признано возможным допустить беременность; ей было снова произведено чревосечение, и яичники были освобождены от покрывающей их брюшины. От пересадки яичников обратно, на их обычное место, оператор воздержался, не желая травмировать их, так как считал, что яйцо может и при таких условиях проникнуть в трубу. И он не ошибся в расчете, так как больная вскоре забеременела и родила без осложнений.

На втором случае, где больная через некоторое время после операции стерилизации скончалась от туберкулеза, Ван-де-Вельде имел возможность проверить состояние яичников на срезах под микроскопом, и он мог убедиться, что поверхностный эпителиальный слой их совершенно не изменен.

По мнению Мюльберга, который очень неодобрительно отнесся ко всем прочим операциям временной стерилизации, описанный способ является «прекрасным образчиком физиологической хирургии», так как при миновании надобности в стерилизации могут быть восстановлены нормальные анатомические отношения.

Из других методов, предложенных также для стерилизации путем операции на яичнике, упомянем только об операции Блюмберга (Blumberg), где широкие связки вместе с яичниками заворачиваются на заднюю поверхность матки и здесь прикрепляются к ее стенке. Таким образом яичники тоже оказываются погруженными в карман, выстланный брюшиной. Этот способ был опубликован на съезде в Берлине в 1912 г., и автор сообщил о шести произведенных им таким образом операциях.

Кроме того, Л и н д и г (Lindig) в 1923 г. приводит способ временной стерилизации при помощи обшивания яичников сальником; однако до сих пор еще нет сведений о получаемых им результатах.

Этим мы заканчиваем главу о стерилизации женщины хирургическим способом. Как видно из множества приведенных операций, все они дают некоторый процент неудач, и поэтому поиски наиболее верного и вместе с тем безопасного способа еще не завершены.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОМИОМ МАТКИ.

Проф. Л. Л. Окипциц.

Фибромиома матки не представляет собой такого заболевания, которое, подобно раку или кисте яичника, требует само по себе оперативного лечения, так как она является доброкачественной опухолью, встречающейся у 20% женщин, достигших 35-летнего возраста. Она нередко развивается очень медленно, ничем не беспокоя больную, причем в климактерическом возрасте перестает расти и даже уменьшается в размерах.

Оперативное лечение фибромиом матки должно быть поэтому каждый раз хорошо взвешено, и следует принять в соображение все симптомы, ее сопровождающие.

Из них на первом месте стоят расстройства со стороны месячных, которые становятся обильнее, продолжительнее и чаще. Потери крови нередко достигают очень значительной степени, так что больные в промежутке между двумя менструациями не успевают вполне оправиться, и постепенно развивается тяжелая анемия, достигающая иногда значительных степеней.

Мне неоднократно приходилось оперировать больных по поводу фибромиомы, где количество гемоглобина равнялось не более 20%, и они хорошо переносили операцию. В таких случаях каждый раз надо сопоставить оперативное лечение с рентгенизацией яичников и, если имеется возможность рассчитывать на хорошие результаты от применения лучистой энергии, то лучше от операции воздержаться.

В последнее время здесь большую помощь оказывает нам переливание крови, и я имел несколько больных, где с успехом его применял, причем один раз при поступлении больной в клинику количество гемоглобина равнялось всего 11%, а число эритроцитов упало до 770 000. Эту больную я успешно оперировал спустя некоторое время после того, как ей было сделано дважды переливание крови, и количество гемоглобина возросло до 50%.

Надо, однако, иметь в виду, что обильные потери крови наблюдаются, как правило, при субмукозном росте опухоли, когда применение рентгеновых лучей нецелесообразно. Значительно реже они встречаются также при интерстициальных опухолях, в то время как при субсерозном росте фибромиомы наклонности к кровотечениям наблюдать не приходится.

Вторым симптомом является ощущение тяжести в животе, но этот признак далеко не всегда беспокоит больных в одинаковой степени, и нередко приходится видеть случаи, где большая опухоль, достигающая своей верхней границей области пупка, не замечалась больной и была случайно обнаружена врачом при исследовании по поводу какого-либо другого заболевания.

На третьем месте можно поставить жалобы больной на боли, которые тоже, однако, далеко не постоянны и часто совершенно отсутствуют. Зависят они от двух причин: или вследствие неудачного расположения опухоли она растягивает связки и нервы, или мышечная стенка матки болезненно сокращается, стремясь вытолкнуть узел опухоли.

Четвертая жалоба, сопровождающая нередко заболевание фибромиомой, состоит в нарушении функции мочевого пузыря. Она тоже наблюдается далеко

не всегда, зависит от роста опухоли на передней стенке матки в месте расположения пузыря и проявляется в учащенных позывах к мочеиспусканию.

Таким образом мы видим, что фибромиомы нередко не вызывают никаких жалоб и тогда не требуют лечения. На моем амбулаторном материале мне пришлось наблюдать 2400 фибромиом, что составляет 10% больных, из которых одна третья часть или приблизительно 800 больных вовсе не требовали лечения; остальные 1600 случаев подверглись таковому, причем 1400 раз оно состояло в операции и 500 раз в применении рентгеновых лучей.

При постановке показаний к лечению и при выработке плана его мы, кроме приведенных выше жалоб больной, руководствуемся еще некоторыми признаками, из которых главнейшими являются возраст больной, величина и отношение опухоли к стенке матки.

Возраст больной здесь имеет значение потому, что фибромиомы растут только до тех пор, пока женщина носит месячные; с того времени как они прекращаются, опухоль перестает расти и даже постепенно начинает уменьшаться, причем иногда это уменьшение бывает настолько резко выражено, что величина матки приближается к нормальной, и фибромиому совершенно не удается определить.

Поэтому, если опухоль обнаружена уже в молодом возрасте, предсказание относительно необходимости оперативного лечения будет всегда сомнительным, и больная должна находиться под постоянным наблюдением врача. Это значит, что она раза три в течение года должна подвергаться гинекологическому исследованию, и в случае быстрого и значительного роста опухоли операция становится неизбежной.

Если и после прекращения месячных опухоль продолжает расти, то это является всегда обстоятельством очень подозрительным, так как указывает на возможность злокачественного ее перерождения. Здесь чаще всего речь может идти о саркоматозном характере опухоли, и Брант исчисляет его в 5%, но Франц находит это отношение слишком большим и на своем материале в 1141 случай фибромиом, леченных оперативно, имел 9 сарком, что составит всего лишь 0,8%; мы на нашем материале в 1100 оперативно леченных фибромиом имели 5 сарком или 0,45%.

Кроме того возраст больной имеет еще то значение, что им мы руководствуемся при выборе между оперативным лечением и применением рентгеновых лучей. Так как мы подвергаем лечению лучистой энергией больных не моложе 40 лет, то в том случае, когда по состоянию больной можно выбирать между тем или другим способом лечения, мы считаемся с ее возрастом, и молодых женщин оперируем, а пожилых подвергаем облучению.

Величина опухоли при лечении фибромом также имеет известное значение. Если, например, матка достигает размеров не больше трехмесячной беременности, то при отсутствии каких-либо жалоб здесь лечения вовсе не требуется. Опухоли, достигающие большей величины, обыкновенно уже своим объемом причиняют некоторые беспокойства; если же они, кроме того, вызывают кровотечения, то лечение становится необходимым.

Одни в этих случаях ограничиваются рентгенизацией, в то время как другие предпочитают оперативное лечение.

Наше отношение к фибромиоме и выбор того или иного лечебного приема существенным образом зависят от способа расположения опухоли в матке. Как известно, фибромиома может находиться на поверхности матки и развиваться *субсерозно*, или же она может располагаться внутри самой стенки матки и быть *интерстициальной*, и, наконец, она может лежать в полости матки и расти *субмукозно*.

Последняя, т. е. субмукозная форма опухоли, является самой неблагоприятной, так как при ней всегда наблюдаются обильные кровотечения, и, кроме того,

она не поддается лечению рентгеновыми лучами; поэтому здесь, не считаясь с возрастом больной, показана операция.

Интерстициальные фибромиомы тоже нередко дают кровотечения, но в этих случаях можно получить благоприятный результат и от рентгеновых лучей. Таким образом здесь лечение можно устанавливать в зависимости от возраста больной и оперировать только в том случае, когда она моложе 40 лет. Для того чтобы точно установить, имеется ли у данной больной субмукозная или интерстициальная фибромиома, мы до сих пор прибегали к пробному выскабливанию полости матки и таким образом определяли наличие в ней отдельных узлов или значительных выступов, но в последнее время мы пользуемся для этого рентгенографией.

Этому способу мы отдаем предпочтение, так как выскабливание матки при фибромиоме представляет известную опасность инфекции, и некоторые, например Г а м б а р о в, категорически высказываются против него. Мы, однако, пользовались выскабливанием матки в течение долгого времени, пока не получили возможности организовать рентгеновский кабинет для диагностики, и не имели случаев инфекции. А потому мы смотрим на дело так, что там, где нет такого кабинета, следует применить выскабливание; помимо того, мы им пользуемся всегда в том случае, где является малейшее подозрение относительно ракового перерождения слизистой оболочки полости матки, которое наблюдается при фибромиомах в 2,4%.

Как известно, субсерозные фибромиомы обыкновенно не дают кровотечения и поэтому казалось бы, что они должны реже служить поводом для лечения. На самом деле оказывается, однако, что такие опухоли, связанные с маткой иногда ясно выраженной ножкой, могут давать явления перекручивания, а также ущемления кишек, и потому здесь гораздо раньше, чем при других формах фибромиомы, является показанным специальное лечение и именно оперативное удаление опухоли, а не рентгенизация. Последняя не может в данном случае принести пользы, а только ухудшит дело, так как вследствие нарушения питания опухоль легко подвергается омертвлению.

Итак, мы должны притти к тому выводу, что сама по себе фибромиома матки является таким заболеванием, которое может не потребовать никакого лечения, и что это последнее вызывается только особенностями расположения опухоли в каждом отдельном случае.

Что касается лечения, то мы уже наметили те два основных способа, которые здесь применяются: это — операция или рентгеновы лучи.

Оперативное лечение фибромиом матки применялось много раньше рентгеновых лучей; так, первое чревосечение с целью удаления фибромиомы было произведено в Америке в 1853 г. К и м б е л л о м (Kimball). По данным, приводимым С л а в я н с к и м, смертность от чревосечений при фибромиомах в 1864 г. достигала 67—80%, в 1874 г. она равнялась 52% и к 1884 г. спустилась до 33%; по статистическим сведениям Д э д е р л е й н а в 1907 г. смертность упала до 9% и к 1912 г. — до 5%.

По новейшим данным, например Ф р а н ц а, брюшностеночное чревосечение при фибромиомах дало всего 2,3%, а некоторые, например Ф л а т а у (Flatau), приводят сотни случаев чревосечений по поводу фибромиом без единой смерти.

На моем личном материале из оперированных 1100 случаев фибромиом было 13 смертей, что составляет 1,2% смертности.

Еще недавно вызывал большие споры вопрос — как оперировать при фибромиоме матки: путем ли брюшностеночного или влагалищного чревосечения. Теперь надо признать, что влагалищный метод, сыгравший большую роль в развитии оперативной гинекологии, отжил свой век, и большинство предпочитает удалять фибромиому через разрез брюшной стенки.

По данным Дэддерлейна в 1912 г. брюшностеночный способ давал 5,8% смертности, а влагалищный способ только 2,6%; по Отту первый способ давал 3,5%, а второй 1,3% смертности, а Франц приводит результаты, где брюшностеночное чревосечение при фибромиомах дало 2,3%, а влагалищное чревосечение всего 1,4% смертности. Однако к приведенным цифрам мы должны отнестись с особой критикой, так как необходимо учесть то обстоятельство, что влагалищному способу доступны не все случаи удаления фибромиом. Именно, наиболее трудные из них, как по величине, так и из-за сращений или особенностей расположения, приходится оперировать брюшностеночным способом, что, конечно, отражается на получаемых результатах.

В настоящее время смертность при том или другом способе операции сравнивалась и потому предпочитают оперировать брюшностеночным путем, так как при нем имеется возможность во время операции хорошо видеть внутренние органы таза и, что имеет немаловажное значение, становится более совершенной перитонизация.

И мне за 35 лет моей работы пришлось пережить эту эволюцию в оперативном лечении фибромиом. Так, до 1916 г. брюшностеночный способ применялся мною в 42%, а влагалищный путь — в 58%; в дальнейшем мой метод оперирования довольно значительно изменился, и теперь в 85% применяется брюшностеночное чревосечение и только в 15% влагалищное, причем последнего я придерживаюсь только в том случае, когда матка не превышает по своей величине размеров трехмесячной беременности, и где одновременно с ее удалением приходится произвести ту или другую операцию на влагалище или промежности. Что касается полученных мною результатов, то при операции через брюшную стенку я имел 1,2% смертности, а при влагалищном методе — 2% смертности.

Как уже было сказано выше, второй способ лечения фибромиом состоит в применении *рентгеновых лучей*. Впервые они были использованы с этой целью Фово-де-Курмель (Foveau-de-Courmelles) в 1904 г., а по мнению Зейфферта (Seiffert) они для этого были применены Дейчем (Deutsch) в первый раз в том же году. Основывается это лечение на том, доказанном Гальберштером (Halberstaedter) и другими факте, что ткань яичников разрушается рентгеновыми лучами, благодаря чему они атрофируются и перестают вырабатывать свой гормон, необходимый для поддержания матки и всего полового аппарата в нормальном состоянии.

Особенно много сделал для рентгенотерапии фибромиом Альберс-Шенберг (Albers-Schönberg), однако она стала на строго научную почву только после того, как Зейц (Seitz) и Винц (Wintz) точно установили так называемую овариальную или кастрационную дозу, т. е. то максимальное количество лучей, которое требуется для разрушения всех фолликулов, безразлично, в какой стадии развития они находятся. Сейчас может считаться общепризнанным, что кастрационная доза равняется 35% кожной дозы.

Для лечения рентгеновыми лучами пользуются трубками Мюллера или Кулиджа, причем фильтр применяется или алюминиевый, толщиной в 3 мм, или цинковый, толщиной в 0,5 мм. Освещаются через тубус четыре поля, соответственно расположению яичников, по два поля сзади и спереди, причем яичник получает приблизительно 35% кожной дозы, что составляет, как сказано, полную кастрационную дозу. Лечение ведется односеансным способом или производится по 1—2 освещения в промежутках в 2 недели.

По сведениям Гаусса (Gauss), на 5005 миом и метропатий, леченных рентгеновыми лучами, имеется 94,7% выздоровлений при пользовании многосеансным лечением и 99,8% при односеансном лечении; выздоровлением считалось полное прекращение месячных.

Гамбаров получил на 700 миом прекращение месячных в 95,5%, причем полное исчезновение опухолей наблюдалось в 35%.

На нашем материале Родильного дома им. проф. Снегирева на 495 миом мы имели полное прекращение месячных в 75%; в 40 случаях или в 8% пришлось прибегнуть к удалению матки из-за непрекращающихся кровотечений и обнаружившейся подслизистой миомы. У 30 больных лечение сейчас еще не закончено, и потому судить о его эффективности нельзя, а остальные 60 человек исчезли из нашего наблюдения.

Пользуемся мы обыкновенно многосеансным способом облучения, освещая четыре поля, два спереди и два сзади, причем сеансы назначаются по одному или по два через одну или две недели, так что лечение заканчивается через два месяца.

Перед началом лечения следует предупредить больную, что месячные после первого освещения могут еще прийти один или два раза, и нередко они бывают обильнее обыкновенного; можно, однако, избежать появления месячных после начала лечения, если рентгенизацию предпринять непосредственно после их окончания. Остановившись на применении рентгеновых лучей при лечении фибромиом, надо сказать еще несколько слов об их лечении радием.

Этот способ был впервые предложен несколько позднее рентгенотерапии, именно в 1906 г. попытка лечить фибромиомы введением радия во влагалище была сделана У и к х е м о м (Wickham) в Нью-Йорке и Д е г р е (Degrais) в Париже. В настоящее время этот метод применяется довольно широко в Америке, Англии и Франции, у нас же и в Германии им пользуются сравнительно редко. Происходит это оттого, что рентгеновский аппарат гораздо легче можно иметь, чем радий, и кроме того при применении этого последнего со стороны влагалища или маточной шейки действие его не может в достаточной степени распространиться на яичники. Благоприятное влияние лучистой энергии при лечении фибромиом большинство исследователей усматривает в прекращении гормональной деятельности яичников; французская же школа во главе с Р е г о (Regaud), Б е к л е р о м (Béclère) и др. находят, что главное значение принадлежит здесь воздействию лучей на ткань самой миомы.

Применяется радий для лечения фибромиом в виде его солей или в виде мезотория, и для получения аменореи требуется от 1000 до 3000 миллиграмм-часов.

Переходим теперь к *оперативному лечению* фибромиом.

Брюшностеночное чревосечение при удалении фибромиом матки.

В зависимости от условий каждого случая эта операция делится на полное удаление матки или на ее надвлагалищную ампутацию и на энуклеацию фибромиомы.

Вылущение или энуклеация опухоли показана у женщин в возрасте, не исключающем возможности деторождения, когда больная желает иметь ребенка, и для этого нет противопоказаний со стороны общего ее состояния. Эта операция все же должна производиться с некоторым ограничением, и прежде всего больная должна быть предупреждена, что может впоследствии потребоваться повторная операция, так как совершенно невозможно при первом оперативном вмешательстве заметить и удалить заложенные в матке зачатки новой опухоли, иногда имеющие величину не больше просяного зерна.

Вылущению подлежат только субсерозные опухоли и те из интерстициальных, которые не слишком значительно изменяют величину матки. Кроме того, ограничиться энуклеацией можно лишь в том случае, когда имеется только один узел или во всяком случае небольшое их число, так как иначе матке наносится слишком большая травма.

При выборе же между надвлагалищной ампутацией и полной экстирпацией матки мы руководствуемся следующими соображениями. Надвлагалищная

ампутация требует несколько меньшего времени, и при ней не приходится иметь дело с влагалищем, могущим содержать возбудителей инфекции; здесь также меньше страдает топография соседних органов, например мочевого пузыря и прямой кишки; наконец, в тех случаях, где удастся оставить небольшую часть тела матки, можно сохранить месячные.

Однако названная операция имеет и свои слабые стороны. Во-первых, оставляемая при этом способе не удаленною влагалищная часть матки может впоследствии стать местом образования карциномы; в литературе такие случаи описывались неоднократно, и, по статистическим данным О л ь с г а у з е н а (Olshausen), они составляют 0,5% всех надвлагалищных ампутаций матки, но если принять во внимание огромное число этих операций, то это отношение окажется значительно меньшим и не может умалить их преимуществ. Во-вторых, и при надвлагалищной ампутации матки не исключается возможность нагноения в культиях. Сейчас, правда, это обстоятельство не имеет того значения, как прежде, когда мы при операциях пользовались исключительно шелковым швом; тогда в случае инфекции выздоровление затягивалось надолго, пока шелковый шов, наконец, не выгнаивался; поэтому полная экстирпация имела важное преимущество, так как при нагноении в швах они легко могли быть удалены со стороны влагалища, и процесс быстро ликвидировался. В настоящее время мы пользуемся при операциях исключительно кетгутом, который быстро рассасывается, а вместе с ним исчезает и нагноение, если бы оно имело место.

Наиболее веским доводом за тот или другой из оперативных способов удаления фибромиом, конечно, являются получаемые результаты или процент смертности при каждом из них. Так, например, по статистическим данным Д э д е р л е й н а в 1912 г. экстирпация матки при фибромиоме дала 5% смертности, надвлагалищная ампутация 4,9%, а энуклеация дала 9,2% смертности; по последним данным, приводимым Г а м б а р о в ы м, смертность от полного удаления матки равна 4,8%, а от надвлагалищной ампутации матки — 2,6%; по сведениям клиники Ф р а н ц а, первая из этих операций дала 3,7% смертности, а вторая — 1,6%; на основании очень большого сборного материала Б л э к (Blaek) приходит к выводу, что средняя смертность от полного удаления матки равняется 10%, а при надвлагалищных ампутациях она достигает около 5%; по данным, полученным на моем оперативном материале, смертность при полном удалении матки равняется 1,6%, при надвлагалищной ампутации — 0,9%, а при энуклеации она достигает 2,5%.

Достоинства того или другого оперативного метода определяются также и тем, насколько операция освобождает больную от страданий. По обширным наблюдениям В и н т е р а, А б е л я и др., работоспособность восстанавливается после радикальной операции в 97%, а после одной из консервативных всего в 32%; далее Э с с е н - М э л л е р (Essen-Möller) приводит данные, по которым экстирпация матки при фибромиоме дала полное выздоровление в 94%, надвлагалищная ампутация — в 79%, а энуклеация отдельных узлов — в 60%. По результатам клиники Г а м б а р о в а оказывается, что спустя долгое время после операции больные чувствуют себя значительно хуже после консервативных миомэктомий, чем после радикальных.

По нашим же наблюдениям, какого-нибудь различия в восстановлении трудоспособности после полного удаления матки и после надвлагалищной ампутации отметить не удается.

Таким образом мы должны прийти к заключению, что операцией наиболее бережной для больной является надвлагалищная ампутация матки, и полная экстирпация ее должна производиться только в том случае, когда к тому имеются какие-нибудь специальные показания, например подозрение на злокачественное перерождение опухоли или такое состояние влагалищной части матки, кото-

рое предрасполагает к образованию рака. Наконец, удалять матку полностью следует при заболевании придатков, если во время операции обнаружен гной и желательна дренировать брюшную полость.

Полное удаление матки. Она завоевала себе прочное положение в оперативной гинекологии лишь после того, как Барденгейер (Bardenheuer) в семидесятых годах прошлого столетия установил для нее определенные технические приемы, которые сохранились и до настоящего времени.

После вскрытия брюшной полости по средней линии матка или опухоль захватывается крепкими двузубцами в верхнем своем отделе и выводится наружу. Если опухоль большая и двузубцы срываются, то полезно бывает произвести небольшой разрез на передней поверхности опухоли и края ее захватить с каждой стороны отдельно; при этом условии двузубцы хорошо держат и не срываются (рис. 278).

Рекомендуемый некоторыми авторами штопор для выведения опухоли мы не применяем, считая это грубым и совершенно излишним приемом.

Выведа матку, мы начинаем обыкновенно с правой стороны и накладываем зажимы Кохера по одному на круглую связку, на трубу и на яичниковую связку, а для того чтобы предупредить кровотечение из верхнего отдела маточной артерии, мы накладываем у самого края матки еще один общий зажим на трубу и на упомянутые связки и теперь перерезаем каждую из них отдельно между зажимами (рис. 279).

В том случае, когда имеют в виду удалить и придатки, накладывается по одному зажиму на круглую и на воронко-тазовую связки; здесь наложения отдельного зажима вдоль ребра матки не требуется, а разрез проводится между ампулярным концом трубы и яичником и воронко-тазовой связкой, захваченной в зажим (рис. 280).

После того как это сделано, ножницами продолжают разрез задней пластинки широкой связки приблизительно до уровня внутреннего зева матки, соединяют разрез передней пластинки брюшины широкой связкой с брюшиной, покрывающей круглую связку, и затем ножницами же разрезают брюшину вдоль пузырно-маточной складки (рис. 281).

Теперь приблизительно на расстоянии 1—1,5 см от маточной шейки накладвается зажим Кохера на маточную артерию. Но зажим этот с маточной артерии может легко соскользнуть и так как мы не накладываем швов на перерезанные сосуды прежде чем не будет удалена матка вместе с опухолью, то это вызовет сильное кровотечение; для предотвращения этого мы кладем всегда сюда два зажима, — один поблизости от другого. После наложения этих зажимов артерия перерезается между ребром матки и зажимами (рис. 282).

В виду того что маточная артерия дает влагалищные веточки, отходящие от нее иногда на разной высоте, приходится накладывать еще один зажим вдоль верхнего края влагалища, после чего захваченная ткань перерезывается (рис. 283).

Покончив пока с правой стороной, мы переходим на левую, перемещая сюда зеркало Дуайена, захватывая и перерезая сосуды в таком же порядке. Далее марлевой тряпочкой, обмотанной вокруг указательного пальца или взятой в зажим, отделяют мочевой пузырь от шейки матки и верхней части влагалища (рис. 284, 285).

Передняя стенка влагалища захватывается теперь по средней линии в зажим и над ним рассекается в поперечном направлении ножницами (рис. 286, 287).

Отверстие расширяется ножницами в обе стороны, пулевыми щипцами берется передняя губа влагалищной части матки и выводится наружу, после чего разрез влагалища захватывается в зажимы; затем ножницами перерезывается задняя стенка влагалища вместе с брюшиной заднего дугласова пространства и крестцово-маточными связками (рис. 288, 289).

Отдельных зажимов на крестцово-маточные связки мы обыкновенно не накладываем, так как сосуды здесь совсем не кровоточат или кровотечение очень небольшое.

В том случае когда вскрытие влагалища описанным способом не удастся, мы производим небольшой продольный разрез по передней поверхности шейки дальше книзу, пока разрез не проникает во влагалище (рис. 290).

Удалив таким образом матку, мы расширяем просвет во влагалище при помощи двух или четырех наложенных на края разреза зажимов и вводим в него небольшой марлевый тампон, смоченный спиртом (рис. 291). После этого края влагалищного разреза сшиваются одним непрерывным кетгутовым швом, начиная от одного бокового свода и кончая другим (рис. 292).

Зашив влагалище, мы перевязываем сосуды, не обрезая покамест концов лигатур, и начинаем перитонизацию культей и влагалищного разреза. Это мы делаем всегда при помощи одного длинного непрерывного кетгутового шва, начиная погружение культей с левого угла разреза, где мы накладываем шов в виде кисета. Именно, сперва мы прокалываем спереди назад брюшину пузырно-маточного кармана, подхватываем иглой боковую стенку влагалища и прокалываем брюшину заднего дугласова пространства в направлении спереди назад; далее мы ведем шов по брюшине задней пластинки широкой связки, через яичниковую связку, трубу, круглую связку и снова прокалываем в том же направлении брюшину пузырно-маточного кармана, стенку влагалища в области его левого свода и брюшину заднего дугласова пространства. В том случае когда придатки удаляются, шов совершенно так же ведется по брюшине задней пластинки широкой связки через воронко-тазовую связку, круглую связку и далее (рис. 293).

Перед затягиванием этого шва мы обрезаем концы лигатур на сосудах и при его завязывании получаем кисет, которым покрываются культя связок, трубы и маточной артерии с левой стороны. Далее мы через край обшиваем тем же швом влагалище, захватывая передний и задний края разрезов брюшины, и подходим к правому углу раневой поверхности. Здесь мы задерживаем шов, захватив его в зажим на таком расстоянии, чтобы он был достаточно длинен для завязывания, и затем обшиваем культю совершенно таким же образом, как мы это делали с левой стороны (рис. 294).

Закончив этим перитонизацию, мы при полном удалении матки, по предложению Б у м м а, обычно накладываем второй этаж посредством тонкого непрерывного кетгутового шва, захватывая при этом только брюшину (рис. 295).

После наложения этого шва мы обрезаем его концы и протираем операционное поле смоченной спиртом и хорошо отжатой марлевой тряпочкой в зажиме или такой же тряпочкой, смоченной перекисью водорода. Из брюшной полости удаляется отграничивающий тампон, если он был туда вложен, и брюшная стенка зашивается обычным способом. Спиртный тампон, введенный при вскрытии влагалища, удаляется до снятия больной с операционного стола.

Из отклонений, к которым приходится прибегать, производя полное удаление матки, необходимо привести рассечение матки на две половины. Этот способ, называемый *гемисекцией* матки, предложен Ф о р о м и К р е н и г о м в таких случаях, когда матка и ее придатки находятся в сращениях, не поддающихся разъединению.

Технические особенности здесь состоят в том, что матка насколько возможно приподнимается кверху и выводится наружу; затем делается поперечный разрез в области пузырно-маточной брюшинной складки, и мочевого пузырь отделяется марлевой тряпочкой от шейки матки и от верхнего отдела влагалища. После этого вся матка, начиная сверху, рассекается ножом на две половины, вскрывается и отсекается влагалище и затем уже перевязываются и перерезаются маточные артерии.

Этим способом действительно удается иногда в очень трудных случаях довольно легко справиться со сращениями и удалить придатки вместе с маткой.

Далее следует также упомянуть о тех мероприятиях, которые нам приходится применять в случаях, когда имеется инфицированная фибромиома. Если она располагается подбрюшинно, то удаление матки производится обычным способом, и все сводится только к тому, зашивать ли брюшную полость наглухо, или ввести тампон через влагалище или брюшную стенку. Совершенно иначе дело обстоит, когда имеется подслизистая фибромиома. Если она не является полипом на ножке, то гораздо более бережным для больной приемом окажется удаление матки вместе с опухолью, но здесь приходится предварительно тщательно зашить наружный зев со стороны влагалища, чтобы не инфицировать операционное поле и брюшину выступающими из полости матки выделениями. Некоторые, например Г а л ь б а н, рекомендуют воспользоваться в этом случае изогнутым зажимом Вертгейма во время разреза влагалища, но нам кажется более надежным зашивание зева с тщательной дезинфекцией влагалища, и мы не раз пользовались этим способом с полным успехом.

Кроме приведенного выше способа полного удаления матки и указанных особенностей, которые иногда приходится встречать, существовало еще несколько других методов, например экстирпация матки по Д у а й е н у с разрезом влагалища со стороны заднего дугласова пространства и с выведением наружу задней губы влагалищной части матки, но этот способ, так же как и другие, имеет только исторический интерес.

Надвлагалищная ампутация матки. Операция эта появилась и начала распространяться приблизительно в одно время с операцией полного удаления матки. Самое сложное здесь заключалось в обработке культи шейки матки. Сначала, по предложению К е б е р л е (Koeberle), вокруг нее накладывался жгут из проволоки и она укреплялась внебрюшинно, для чего пользовались специальными длинными иглами, предложенными Пеаном; затем проволока была заменена К л е е б е р г о м (Kleeberg) в 1876 г. на резиновый жгут. В дальнейшем Ш р е д е р (Schroeder) в 1880 г. выработал способ погружения маточной культи в брюшную полость, а Хробак (Chrobak) добавил к этому предварительное выжигание культи термокаутером.

С этого начинается уже постепенное усовершенствование надвлагалищной ампутации матки в том виде, как она производится в настоящее время.

Техника ее состоит в следующем. Первые моменты операции совершенно такие же, как при полной экстирпации матки, т. е. мы сперва с правой стороны накладываем зажимы на круглую связку, трубу и яичниковую связку, а также на маточную артерию и их перерезываем, а затем делаем то же с левой стороны. После этого разрезается ножницами брюшина по пузырно-маточной складке, и мочево́й пузырь на небольшом пространстве отделяется от шейки матки приблизительно до уровня внутреннего зева, где предполагается произвести ампутацию матки.

После того как все сосуды захвачены в зажимы и перерезаны, ножом делается разрез на матке приблизительно в области внутреннего зева сперва по передней поверхности ее в виде слегка выгнутой кверху дуги; направляется он несколько косо сверху вниз и спереди назад до середины шейки, после чего нож перемещается на заднюю поверхность матки, и разрез ведется в обратном направлении в таком же порядке. Этим разрезом заканчивается ампутация матки (рис. 296).

Здесь заслуживает специального внимания вопрос о том, следует ли при удалении матки оставлять яичники, или их убирать. На этот счет в настоящее время большинство держится того мнения, что у женщин в молодом возрасте яичники должны быть оставлены, и если оказывается невозможным сохранить оба яичника, то хотя бы один или даже часть его надо оставить. У пожилых же женщин, где менопауза уже наступила или должна в ближайшее время

наступить, яичники следует убрать, так как это предотвращает возможность впоследствии злокачественного перерождения, да кроме того это несколько облегчает операцию, так как вместо перевязки двух сосудов в области трубы и яичниковой связки требуется позаботиться только об одном сосуде, проходящем по воронко-тазовой связке.

Удалив матку, мы переходим к обшиванию ее культи и перевязке сосудов, для чего сначала накладывается крепкий кетгутовый узловый шов, проходящий через средину маточной шейки в области цервикального канала, отверстие которого предварительно смазывается иодом. Шов этот проводится так, что он захватывает переднюю лопасть шейки, минуя покрывающую мочевой пузырь брюшину, а затем и заднюю лопасть шейки вместе с брюшиной заднего дугласова кармана; его завязывают и концы берут в зажим.

Далее мы перевязываем маточную артерию с правой стороны и прячем ее между передней и задней лопастями шейки, накладывая на боковой край культи матки кетгутовый узловый шов (рис. 297); после этого обрезаются концы шва, наложенного на маточную артерию, и, если края правой стороны маточной культи прилегают один к другому недостаточно плотно, на нее кладется еще один промежуточный шов, и концы этих трех швов берутся в один зажим. Таким образом правая половина маточной культи обшита и следовало бы перейти к левой половине, но чтобы не перемещать брюшного зеркала дважды, мы перевязываем сперва с правой стороны круглую связку, трубу и яичниковую связку, а затем уже переходим на левую сторону и идем здесь в совершенно таком же порядке, как с правой стороны (рис. 298).

Описанное только что обшивание маточной культи производится далеко не всеми операторами, и многие оставляют ее совершенно нетронутой. Такой прием мы считаем не совсем правильным, ибо хотя обшивание культи несколько затягивает операцию, но оно закрывает цервикальный канал и разрезанную стенку матки, благодаря чему уменьшаются шансы внедрения инфекции.

Закончив перевязку сосудов, мы переходим к перитонизации культи, которую производим длинным непрерывным кетгутовым швом следующим образом. Сперва мы прокалываем иглу через край брюшины пузырно-маточного кармана, причем перитонизацию начинаем всегда с левой стороны; затем мы проводим шов через левый угол маточной культи, одновременно захватывая и брюшину заднего дугласова кармана, и ведем его далее по краю брюшины задней пластинки широкой связки, прокалывая яичниковую связку, трубу и круглую связку. Наконец мы снова проводим иглу через брюшину пузырно-маточного кармана, через левый край маточной культи и брюшину заднего дугласова кармана. Таким образом при затягивании шва у нас получается кيسет наподобие того, который мы имели при полном удалении матки (рис. 299, 300).

Перед завязыванием этого шва мы срезаем концы лигатур, наложенных на трубу, яичниковую и круглую связки, и погружаем эти последние в клетчатку, так что все они оказываются покрытыми брюшиной и притом фиксированными к левому углу маточной культи. Далее мы берем короткий конец этого шва в зажим, а длинным продолжаем обшивать брюшиной пузырно-маточного кармана культю матки, предварительно обрезав концы лигатур, которые были на нее наложены.

Дойдя до правого угла маточной культи, мы делаем здесь такой же кисетный шов, как и с левой стороны, и перитонизация может считаться законченной, причем мы при надвлагалищной ампутации матки ограничиваемся одним этажом перитонизирующего шва и второго обыкновенно не накладываем (рис. 301).

Такой способ перитонизации и фиксации культи имеет то большое преимущество, что получается прочное укрепление шейки матки, препятствующее ее выпадению.

Еще до окончания операции, но сейчас же после удаления матки, ее следует рассечь, чтобы обследовать полость на присутствие рака, так как в случае его обнаружения немедленно надо произвести удаление маточной шейки.

Как мы уже выше указывали, в случаях, где имеется воспалительное состояние придатков или обширные сращения, вызывающие значительное ранение пристеночной брюшины, там, в виду необходимости дренировать брюшную полость, следует производить полное удаление матки. Некоторые гинекологи предлагают, однако, и в этих случаях ограничиться надвлагалищной ампутацией матки с последующим дренажем. По Тоту (Toth) проводится это таким образом, что рассекают заднюю губу маточной культи до влагалища включительно и через это отверстие выводят из брюшной полости марлевую полоску (рис. 302 и 303).

Особая форма дренажа предлагается Г а л ь б а н о м в том случае, когда имелось межсвязочное расположение опухоли и после ее удаления осталась большая полость в боковой клетчатке; он советует здесь вводить со стороны влагалища корнцанг в боковой свод, и в месте, где он выпячивается, произвести разрез; затем в этот корнцанг захватывается марлевая полоска, которая выводится во влагалище (рис. 304).

Кроме приведенного выше способа надвлагалищной ампутации, которым мы всегда пользуемся, существует еще несколько вариаций, представляющих теперь тоже только исторический интерес, но с этой точки зрения они имеют известное значение. Первый из них представляет способ Ф о р а, названный им «decollation» и производимый по передней или по задней поверхности матки. Стоит он в том, что прежде всего проводится горизонтальный разрез на уровне внутреннего маточного зева, который отсекает тело матки от шейки; затем уже производится перевязка маточных артерий и прочих сосудов, а также связок (рис. 305).

Вторая вариация принадлежит К е л л и и заключается в том, что сперва захватывается в зажим широкая и круглая связки с одной стороны и рассекается, затем делается перевязка соответствующей маточной артерии, и тело матки отсекается; после этого перевязываются вторая маточная артерия и остальные сосуды и связки (рис. 306).

Энуклеация фибромио матки. Если в случае фибромиомы матки показано оперативное лечение, то иногда может возникнуть вопрос об удалении опухоли без нарушения функциональной деятельности матки, т. е. чтобы за маткой сохранилась способность к деторождению и чтобы продолжались правильные месячные.

Некоторые гинекологи, как например А ш н е р (Aschner), в этом отношении особенно консервативны; они находят, что удаление матки причиняет большой вред тем, что нарушает гормональную деятельность яичников и наносит ей психическую травму сознанием неполноценности. Большинство же считается только с необходимостью сохранить способность к деторождению, и в этом отношении горячим защитником энуклеации фибромиомы является Б р э н д о (Brindeau).

Он приходит к заключению, что энуклеация миомы не мешает впоследствии наступлению беременности, и последняя протекает у женщин, подвергшихся миомэктомии, без осложнений; он даже отмечает нередкие случаи, где вылушение миомы дало возможность женщине в дальнейшем забеременеть и доносить.

Из всего сказанного следует, что вылушение миоматозных узлов показано только у женщин, находящихся в возрасте, не исключающем деторождения, причем должны соблюдаться известные ограничения. Прежде всего имеют значение величина опухоли и ее отношение к стенке матки, так как при удалении узла посредством чревосечения надо по возможности обойтись без вскрытия маточной полости; кроме того принимается в расчет также и количество имею-

щихся миоматозных узлов, так как удаление многочисленных опухолей причиняет стенке матки слишком большую травму; однако описано довольно много случаев, где было удалено до 10 узлов и более, и мне лично пришлось оперировать больную, где я вылутил 13 узлов величиной от мужского кулака до горошины.

Решаясь, однако, на энуклеацию фибромиомы матки, надо всегда иметь в виду, что частота рецидивов здесь по данным литературы достигает 14%, и потому больная должна быть обязательно предупреждена, что ей впоследствии может снова потребоваться операция чревосечения.

Операция брюшностеночного удаления фиброматозного узла из матки была впервые произведена Шпигельбергом (Spiegelberg), причем в этом случае имелась опухоль на ножке; окончательно же ее техника была разработана Мартином в 1890 г.

В настоящее время эта операция производится следующим образом. Если узел опухоли располагается субсерозно и имеет более или менее выраженную ножку, то он захватывается двузубцами или рукой и приподнимается кверху, а в области ножки проводятся два полукружных разреза, сходящихся между собой в верхних и нижних точках. Разрезы проводятся в толще ножки, отступая на 1—2 см от поверхности матки, причем они должны быть настолько глубоки, чтобы проникать до опухоли; затем закрытыми ножницами Купера вылуцается из ткани матки связанная с нею часть опухоли, и разрез зашивается через край непрерывным кетгутовым швом, или, если он относительно велик, сперва накладывается несколько узловых кетгутовых швов, а затем кладется еще один непрерывный шов, захватывающий только брюшину.

В том случае, когда узел находится интерстициально в толще самой матки, сперва проводится разрез над опухолью в продольном направлении матки; длина его должна соответствовать величине опухоли, и надо быть уверенным, что он достаточно глубок и достигает ее поверхности, так как иначе не удастся вылущить узел. Обычно при достаточной величине и глубине разреза благодаря некоторому напряжению маточной стенки опухоль выступает из матки и хорошо обозначаются границы узла (рис. 307). Гальбан, однако, рекомендует рассекать узел на две половины, так как по его мнению удаление опухоли при этом условии удается гораздо легче (рис. 308). Для того чтобы выполнить свободное пространство, образовавшееся на месте ложа опухоли, и предотвратить могущее здесь образоваться скопление крови, накладывают один или несколько рядов узловых кетгутовых швов со стороны внутренней поверхности ложа, в зависимости от его величины (рис. 309).

Заканчивается эта операция соединением краев разреза матки, что делается совершенно так же, как и при вылущении субсерозной опухоли; именно, сперва накладывается ряд узловых кетгутовых швов, проникающих через всю толщу вскрытой маточной стенки, а затем поверх этих швов кладется еще один непрерывный кетгутовый шов, захватывающий исключительно серозную оболочку и покрывающий предыдущие швы (рис. 310).

В некоторых случаях, когда приходится вылуцать несколько узлов и стенка матки сильно травмирована, а опухоли находились на передней ее поверхности, можно воспользоваться брюшиной мочевого пузыря и ею покрыть пораненное место. Для этого покрывающая пузырь брюшина прикрепляется к телу матки несколькими узловыми кетгутовыми швами в области ее середины и по бокам у отхождения круглых связок (рис. 311, 312).

Влагалищное чревосечение при удалении фибромиом матки.

Как нами уже было сказано, мы в настоящее время оперируем влагалищным способом фибромиомы только в том случае, когда они по своей величине не

превышают размера матки трех месяцев беременности, причем влагалище должно быть достаточно широким и матка должна хорошо низводиться. По Файту (Veit) условия для влагалищного удаления фибромиомы устанавливаются на том основании, что матку удается легко вдавить сверху в малый таз.

Мы теперь потому так сузили рамки применения влагалищного метода в сравнении с брюшностеночным, что, благодаря усовершенствованной технике и асептике, оба способа дают одинаковый процент смертности, а в то же время брюшностеночный путь значительно проще, операции при нем производятся гораздо быстрее и, что самое главное, здесь можно хорошо видеть все операционное поле.

В виду сказанного нам сейчас не приходится прибегать к широко практикованному в прежнее время кускованию опухоли, к так называемому «могселемент» с предварительной ампутацией шейки по методу Р и ш е л д (Richardlot). Все это может теперь быть сдано в архив и потому при описании влагалищных операций удаления фибромиом мы и не будем останавливаться на этом способе.

При влагалищных чревосечениях мы здесь пользуемся тоже несколькими различными методами, именно, или удаляем всю матку вместе с опухолью, или производим надвлагалищную ампутацию по Р и к к у (Rieck), или энуклеируем фиброматозный узел, а матку оставляем.

Из 109 случаев влагалищного удаления фибромиом матки 103 раза мною было сделано полное удаление матки, причем в семи случаях с придатками; пять раз была произведена надвлагалищная ампутация матки и один раз — энуклеация опухоли.

Полное влагалищное удаление матки. Основой для этой операции послужило произведенное 8 августа 1878 г. Ч е р н и (Czerny) в Гейдельберге полное удаление матки по поводу рака; несколько позднее появилось видоизменение этого способа, разработанное Д э д е р л е й н о м и состоящее в рассечении всей матки при ее удалении на две половины.

В прежнее время, когда оперировали по возможности все случаи влагалищным способом, методика Д э д е р л е й н а в комбинации с ампутацией маточной шейки и с кускованием опухоли имела несомненные преимущества, но теперь при применении брюшностеночного способа, эти очень остроумные, но довольно сложные приемы потеряли значение. Мы ими в настоящее время совершенно не пользуемся, и они могут быть приведены только как исторические памятники оперативной гинекологии.

Что же касается техники полного удаления матки в том виде, как она производится в настоящее время, то она состоит в следующем. Тщательно подготовив наружные половые части и влагалище посредством мытья с мылом и обтирания спиртом и опорожив мочевой пузырь катетером, раскрывают влагалище ложкообразными зеркалами и низводят матку, захватив ее влагалищную часть за переднюю и заднюю губы двузубцами. Затем скальпелем делают круговой разрез вокруг шейки матки на месте, где к ней прикрепляется влагалище, и к нему добавляют еще небольшой продольный разрез по передней стенке влагалища длиной в 45 см, идущий от середины кругового разреза кпереди. Это делается для того, чтобы облегчить себе выведение матки (рис. 313).

Отделив на небольшом пространстве оба передних лоскута в сторону, отодвигают затем мочевой пузырь кверху при помощи марлевой тряпочки, обернутой вокруг пальца. После того как пузырь совершенно отделен от маточной шейки, обнаруживается пузырно-маточная складка брюшины, которая острожно захватывается в зажим и вскрывается ножницами. Иногда, прежде чем вскрыть брюшину пузырно-маточной складки, целесообразно перерезать крестцово-маточные связки и основания широких связок после наложения зажимов для того, чтобы легче низвести матку (рис. 314, 315).

При захватывании зажимом брюшины пузырно-маточного кармана надо взять только один внешний ее листок, так как при низведении матки оба листка брюшины тесно прилегают один к другому, и при неосторожном их захватывании ножницы попадают в слой между маткой и брюшиной, а брюшная полость остается нескрытой (рис. 316). Теперь тупым способом влагалищная стенка несколько отделяется по остальной окружности от подлежащих тканей, и шейка матки приподнимается кверху и вперед, после чего брюшина заднего дугласова кармана захватывается в зажим и вскрывается брюшная полость (рис. 317).

Захватив с каждой стороны в зажим крестцово-маточную связку и основанье широкой связки, мы перерезываем их ножницами, но лигатур не накладываем, а зажимы оставляем на месте, так как считаем, что при наложении швов только после удаления матки мы таким образом ускоряем ход операции и облегчаем себе перевязку сосудов.

После того как упомянутые связки перерезаны, матка становится более подвижной, и теперь обычно не представляется труда вывести ее во влагалище через передний свод. Если пулевые щипцы, которыми захватывается передняя стенка матки, срываются и возникает затруднение, то мы обыкновенно делаем на передней поверхности матки небольшой продольный разрез, и накладываем пулевые щипцы или двузубцы на его края (рис. 318).

Выведя матку, мы накладываем отдельные зажимы Кохера на круглую связку, трубу и яичниковую связку и по одному зажиму на маточную артерию сначала с одной стороны и ножницами перерезываем все связки и сосуды, так что матку с тазом теперь соединяют только связки другой стороны. После этого накладываются в таком же порядке зажимы на другую сторону, и матка удаляется (рис. 319).

Затем накладывают узловые кетгутовые швы отдельно на каждый сосуд (рис. 320) и приступают к перитонизации культи и закрытию брюшной полости, что делается в следующем порядке. Игла с длинным кетгутовым швом прокалывается сначала с правой стороны через слизистую оболочку влагалища у переднего края ее разреза на 1—2 см от его угла, затем прокалывается брюшина пузырно-маточного кармана, для отыскания коей Г а л ь б а н предлагает воспользоваться марлевой тряпочкой в зажиме: когда ее выводят из брюшной полости, то вместе с тем выступит наружу и край разреза брюшины. Далее прокалываются иглой круглая связка, труба и яичниковая связка, а также и крестцово-маточная связка, которые берутся в шов несколько выше места перевязки; после этого прокалывается брюшина заднего дугласова кармана и край разреза слизистой оболочки влагалища (рис. 321). Когда этот шов завязан, все культи правой стороны оказываются лежащими вне брюшной полости и погруженными в клетчатку (рис. 322).

Остающейся частью этого же шва мы пользуемся, чтобы соединить края разреза влагалища у его правого угла; затем новым швом совершенно так же причем в клетчатку культи левой стороны, и остается только небольшой участок влагалища, который не зашит и дает доступ к брюшной полости. В том случае, когда мы предполагаем дренировать ее, мы накладываем по 1—2 узловых кетгутовых шва на верхний и нижний края разреза влагалища, захватывая в него так же и брюшину (рис. 323). Если же дренажа не требуется, то края разреза влагалища вместе с брюшиной зашиваются наглухо (рис. 324).

Это является обычным нашим способом оперирования при удалении фиброматозной матки, но приведем вкратце и тот метод, который практикуется с предварительной ампутацией шейки и кускованием, а также и способ рассечения матки на две половины.

При первом из этих двух приемов сперва делается круговой разрез влагалища над влагалищной частью, отделяется мочевого пузырь от маточной шейки и далее перевязываются и перерезаются маточные артерии; затем шейка матки и

доступная часть ее тела отсекаются ножом, причем удаляемая часть имеет форму направленного кверху клина; края остающейся части матки захватываются крепкими двузубцами и низводятся во влагалище (рис. 325).

После этого делается снова насколько можно выше разрез на матке в таком же направлении, и остающийся ее отдел захватывается двузубцами. Так продолжают до тех пор, пока, наконец, удастся вывести во влагалище все тело матки: операцию заканчивают перерезкой и перевязкой остальных сосудов и зашиванием разреза влагалища.

Предложенная Д е р л е й н о м операция удаления (рис. 326) фиброматозной матки состоит в том, что задняя губа влагалищной части матки захватывается двумя двузубцами и производится ее разрез ножницами по средней линии таким образом, что одна бранша их вводится в цервикальный канал (рис. 327).

Затем, когда оказывается вскрытым дугласов карман, в него вводится подъемник, и разрез по задней стенке матки продолжается, причем вскрытая задняя стенка ее постепенно захватывается пулевыми щипцами, пока вся матка не окажется выведенной во влагалище (рис. 328, 329).

Теперь рассекаются ножом передняя стенка матки, а также и ее влагалищная часть, и захватываются в зажимы, перевязываются и перерезаются сосуды (рис. 330).

Удаление фиброматозной матки влагалищным путем совершается обычно без потери крови, но все же здесь приходится иметь в виду, что могут встретиться такие несчастные случаи, где какая-нибудь лигатура соскользнет или сосуд не попадет в шов, и начинается кровотечение, с которым подчас очень трудно справиться. В этом случае лучше не терять напрасно времени в поисках кровоточащего сосуда, а перейти немедленно на чрезосечение брюшностеночным способом, для того чтобы ясно видеть все операционное поле.

Здесь кроме того надо упомянуть еще об одном осложнении, которое может встретиться при удалении матки с сидящими на ней субсерозными узлами. Дело в том, что при неосторожном и слишком сильном потягивании матки вниз в этом случае один из узлов может оторваться и ускользнуть в брюшную полость, причем в дальнейшем он омертвевает и легко может вызвать перитонит.

Надвлагалищная ампутация матки. В довольно редких случаях производится надвлагалищная ампутация матки со стороны влагалища. Эта операция предложена Р и к к о м и Ф л е й ш м а н о м (Fleischmann), и техника ее состоит в следующем. После соответствующей подготовки большой влагалищная часть матки захватывается двузубцами и сильно вытягивается вперед и вниз, после чего делается в области переднего свода влагалища поперечный разрез, охватывающий в виде полукруга влагалищную часть матки и имеющий около 4—5 см в длину; от середины этого разреза проводится другой разрез, идущий по средней линии передней стенки влагалища и имеющий около 3 см в длину.

Отсепаровав лоскуты влагалища в сторону и отделив мочевого пузырь от шейки матки, мы вскрываем брюшину пузырно-маточного кармана и выводим тело матки во влагалище, после чего пришиваем тонким непрерывным кетгутовым швом край разреза брюшины на заднюю поверхность матки в области, соответствующей положению внутреннего зева. Таким образом брюшная полость оказывается закрытой и дальнейшая операция совершается внебрюшинно (рис. 331).

Затем, сначала с одной, а потом с другой стороны накладываются зажимы на круглую связку, трубу и яичниковую связку и один общий зажим ближе к ребру матки. Между ними сосуды перерезаются ножницами и теперь кладется еще по одному зажиму с каждой стороны на маточные артерии, которые тоже перерезаются (рис. 332).

Далее производится ампутация тела матки, для чего делается сперва по передней, а затем по задней стенке матки несколько выше внутреннего зева разрез, имеющий полукруглую и несколько выгнутую кверху форму; он направляется от поверхности матки косо вниз, так что культя имеет две лопасти, внутренние границы которых сходятся в области зева (рис. 333).

Перевязав все сосуды, которые были захвачены в зажимы, каждый в отдельности, мы теперь приступаем к обшиванию культи матки и сосудов; для этой цели мы сперва накладываем узловый кетгутовый шов на маточную культю в области середины и завязываем его; затем следующим швом берем заднюю лопасть этой культи с правой стороны, захватываем в него культю яичниковой связки, трубы и круглой связки, а также переднюю лопасть маточной культи, и этот шов затягиваем и завязываем; таким образом все культя связок и сосудов с правой стороны оказываются погруженными в культю матки, на которую накладывается еще один или два промежуточных шва; после этого мы переходим на левую сторону и поступаем здесь совершенно таким же образом (рис. 334).

Заканчивается операция зашиванием влагалищного разреза, причем сперва соединяются непрерывным кетгутовым швом края поперечного разреза, а затем и продольного (рис. 335).

Эта операция не имеет, однако, никаких преимуществ перед брюшностеночным чревосечением и в то же время представляет известные технические трудности, а потому она и не находит широкого распространения.

Вылущение узла фибромиомы через влагалище. Впервые энуклеация субсерозной фибромиомы через влагалище была произведена в 1840 г. Амюсса (Amussat), но в общем употребление она вошла только с 1874 г., когда Мартин опубликовал несколько своих случаев.

Эта операция возможна только в том случае, когда фиброматозный узел небольшой и матку удастся вывести во влагалище.

Первые этапы операции ничем не отличаются от только что описанной, именно, сперва делается поперечный разрез переднего влагалищного свода, к которому добавляется небольшой продольный разрез по передней влагалищной стенке; затем отделяется от шейки матки мочевого пузыря и вскрывается брюшина пузырно-маточного кармана. Далее приступают к выведению из брюшной полости матки вместе с узлом опухоли.

Здесь в каждом отдельном случае приходится поступать индивидуально, в зависимости от того, где располагается фибромиома. Если она находится на задней поверхности матки на ножке, то легче оказывается сперва вывести матку, а затем и опухоль; в том же случае, когда она выступает на передней поверхности матки, приходится сначала захватить опухоль и ее вывести во влагалище, а затем то же сделать и с маткой.

Удаление опухоли совершается так же, как и при брюшностеночном чревосечении, причем ложе закрывается послойно сперва погружными узловыми кетгутовыми швами, а затем непрерывным кетгутовым швом на брюшину, или, если узел располагался поверхностно, только одним непрерывным серо-серозным швом.

В некоторых случаях, когда фибромиома развивается из задней стенки матки, рекомендуется производить разрез заднего влагалищного свода, вскрывать задний дугласов карман и отсюда извлечь опухоль и матку во влагалище.

Удаление фибромиом матки без вскрытия брюшины.

Такое удаление опухоли возможно в том случае, когда она развивается субмукозно в полости матки или когда она образуется из влагалищной части матки.

Что касается техники оперирования в этих случаях, то она в значительной степени зависит от величины узла и от отношения его к матке. Там, где опухоль небольшая, и она находится на ножке, а маточный зев достаточно раскрыт, мы захватываем ее крепкими двузубцами и откручиваем; если двузубцы срываются, то мы делаем небольшой разрез на поверхности опухоли и накладываем их на края разреза отдельно с каждой стороны (рис. 336, 337).

После того как опухоль откручена, мы выскабливаем полость матки острой кюреткой и протираем ее подом.

Там, где опухоль значительной величины, и маточный зев недостаточно широк, чтобы узел можно было свободно извлечь, приходится рассекать шейку, и мы делаем это обычно ножницами Рихтера.

Ими мы разрезаем влагалищную часть матки до переднего свода, затем брашшу ножниц вынимаем из матки и разрезаем переднюю влагалищную стенку по передней линии сантиметра на 4—5, а мочевого пузыря отодвигаем кверху. Теперь освобожденную от пузыря переднюю стенку матки мы рассекаем ножницами кверху выше внутреннего зева настолько, чтобы в полость матки можно было свободно ввести два пальца (рис. 338).

Опухоль захватывается двузубцами, вытягивается по возможности наружу, и ножка ее перерезается ножницами, или же узел вылуцается тупым путем. После этого матка зашивается узловыми кетгутowymi швами, которые кладутся сперва на обнаженную от пузыря шейку, затем на влагалищную часть матки и, наконец, на влагалище (рис. 339).

В том случае когда опухоль развивается из влагалищной части матки и свободно вдается во влагалище, она, после обнажения зеркалами, захватывается двузубцами и выводится наружу из влагалища, причем ножка ее перерезается и обшивается кетгутом. При глубоком расположении опухоли в толще маточной стенки приходится сперва делать продольный разрез влагалища, отделять мочевого пузырь, а затем уже рассекать мышцу матки и захватывать узел двузубцами; после его удаления сперва накладываются узловые кетгутые швы, захватывающие ложе опухоли и соединяющие края разреза матки (рис. 340, 341, 342).

Если опухоль слишком велика и не может быть выведена из влагалища, то предварительно ее приходится уменьшить кускованием. Оно делается так, что из опухоли вырезаются клиновидные куски, причем на края остающейся части опухоли должны накладываться двузубцы; таким образом узел постепенно уменьшается и наконец выводится наружу.

При родившихся во влагалище субмукозных узлах надо иметь в виду возможность выворота матки, иначе при удалении опухоли можно легко вызвать перфорацию маточной стенки и перитонит.

Фибромиома матки и беременность.

Впервые внимание врачебного мира было обращено на сочетание фибромиомы матки и беременности в 1746 г. Г и л ь д е н о м (Hilden), который наблюдал случай разрыва матки во время родов вследствие присутствия фибромиомы; затем только в 1868 г. вопрос об осложнении беременности фибромиомой был подвергнут подробному обсуждению в Хирургическом обществе в Париже.

Что касается частоты этого осложнения, то, по данным статистики, фибромиомы наблюдались в петербургских родильных приютах с 1906 г. по 1913 г. всего 13 раз на 225 000 родов, что составляет 0,006%, причем оперативное удаление опухоли потребовалось один раз. По отчетам петербургского родовспомогательного заведения (ныне родильного дома им. проф. Снегирева) за время с 1899 по 1912 г. на 55 728 родов фибромиома матки наблюдалась 21 раз, что составит 0,04%, причем чревосечение не потребовалось ни разу, и роды закан-

чивались благополучно для матери и для ребенка; по сведениям Б р э н д о, клиника Б о д е л о к а имеет в среднем 0,76% родов, осложненных фибромиомой, и такие же приблизительно данные дают и другие акушерские клиники.

На основании этих сведений мы должны признать, что фибромиомы матки встречаются в учреждениях, специально предназначенных для нормальных родов, довольно редко, и только в клиниках, где скопляется патологический материал, они наблюдаются в количестве до 0,8%.

Переходя к оценке предсказаний, в случаях сочетания беременности и фибромиомы, мы должны сказать, что она у разных авторов чрезвычайно различна; у О л ь с г а у з е н а, например, создалось впечатление, что фибромиома вовсе не оказывает влияния на исход родов. По данным же Г е л л в и г а (Hellwig), почерпнутым из литературы, в 5 случаях из 100 наблюдался разрыв матки при родах, осложненных фибромиомой. Наконец, Ле - М э р (Le-Maire) указывает на статистические сведения, где смертность матерей после родов с наличием фибромиомы исчисляется в 3%, а смертность новорожденных — в 12%.

Итак, мы видим, что смертность матери и ребенка при родах, осложненных фибромиомой, значительно выше, чем при нормальных условиях и потому здесь должны быть приняты какие-либо меры.

Прежде всего следует поставить вопрос, допустима ли вообще беременность при фибромиоме матки; но на него общего ответа дать нельзя, так как здесь все зависит от величины и расположения опухоли. Иной раз она такова, что не окажет никакого влияния на течение беременности и родов, другой же раз она явится препятствием в развитии беременности и даст серьезные осложнения во время родов, и потому в последнем случае нужно уже заблаговременно выработать определенный план действия.

Там, где больная желает иметь ребенка и для этого готова подвергнуться чревосечению во время родов, мы даем беременности развиваться до срока и будем оперировать только при определенных показаниях, причем операция будет состоять в кесарском сечении с последующей надвлагалищной ампутацией матки.

Если же больная настаивает на прерывании беременности, то ей надо объяснить, что даже в ранние месяцы беременности сделать выскабливание полости матки при фибромиоме нельзя и что здесь тоже потребуются операция чревосечения с одновременным удалением и беременности и опухоли. Осложнения, наблюдаемые при выскабливании матки по поводу беременности при наличии фибромиомы, могут быть весьма разнообразны; так, например, здесь встречаются кровотечения, с которыми трудно справиться, прободения матки и особенно часто инфекция, возникающая вследствие невозможности выскоблить матку достаточно чисто, так как фибромиома очень часто образует выступы в ее полости.

Смертность при этом вмешательстве достигает больших размеров и Ф и л и п п с (Philipps) исчисляет ее в 66%.

Иногда создается положение, что больная непременно желает сохранить беременность, а опухоль такой величины, что она мешает ее дальнейшему развитию.

В подобных случаях Б р э н д о очень горячо рекомендует энуклеацию фибромиомы и, действительно, оказывается, что больные в 76% до 90% переносят эту операцию хорошо и донашивают беременность до срока.

Здесь можно привести примеры, доказывающие исключительную выносливость матки во время беременности; именно, К р е м е р у (Kroemer), Г о д и е (Gaudier) и др. при удалении опухоли пришлось вскрывать матку и децидуальную оболочку и все же беременность после тщательного наложения швов продолжалась нормально.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МАТКИ.

Проф. Л. Л. Окунц.

Рак матки до сих пор является заболеванием, этиологию которого мы не знаем, и потому лечение здесь может быть направлено не на причину болезни, а на одно из ее проявлений; в данном случае все наше стремление сводится к тому, чтобы тем или другим способом наиболее радикально удалить образующуюся раковую опухоль.

Вероятно, по этой причине результаты лечения рака еще очень не утешительны, да и самое лечение его не окончательно выработано и в настоящее время колеблется между оперативным способом и применением лучистой энергии.

Еще лет 50 тому назад рак матки считался вообще болезнью неизлечимой, и только в 1878 г. Фрейнд первый произвел удаление путем брюшностеночного чревосечения пораженной раком матки и ввел этот способ в общее употребление. Однако он давал слишком большой процент смертности непосредственно после операции, и поэтому предложенный в 1879 г. Черни влагалищный метод удаления матки быстро вытеснил способ Фрейнда.

Так дело обстояло до 1900 г., когда Вертгейм снова выступил с тщательно разработанной им техникой операцией брюшностеночного удаления пораженной раком матки вместе с тазовой клетчаткой и лимфатическими железами.

Этот способ, очень радикальный и поэтому в большой степени предохраняющий от рецидива, тем не менее давал очень высокий процент непосредственной послеоперационной смертности, доходящей до 25%; в виду этого продолжал развиваться и совершенствоваться влагалищный метод, который в то время носил название *расширенного влагалищного способа Шаута*. Главные отличительные особенности его состояли в рассечении промежности перед удалением матки для того, чтобы создать себе возможность одновременно убрать часть влагалища и значительное количество клетчатки.

Хотя этот последний способ и конкурировал с брюшностеночным методом Вертгейма, но он все же применялся значительно реже и только в последнее время снова начинает выдвигаться Штеккелем, который ввел здесь целый ряд усовершенствований.

Кроме этих двух основных способов оперативного лечения рака матки предложено еще несколько различных модификаций их. Так, например, Цвейфель сперва через разрез брюшной стенки перевязывает и перерезает все сосуды и удаляет железы и клетчатку, а затем сшивает между собой поверхность брюшины переднего и заднего дугласовых пространств; далее, зашив разрез брюшной стенки, он удаляет матку через влагалище. Другие предлагают производить операцию в обратном порядке; например Фор начинает операцию со стороны влагалища и делает на уровне его середины круговой разрез; отсепаровав сверху влагалище в виде манжетки, он закрывает ее наглухо швами и таким образом изолирует шейку матки и находящуюся на ней раковую язву; затем он переходит к операции сверху через разрез брюшной стенки. Цель как первой, так и второй модификаций состоит в том, чтобы не проводить через брюшную полость открытую инфицированную раковую язву.

Наконец, стремясь к максимальному радикализму и желая увеличить operability, Тихов и Грамматикати предложили перевязывать подчревные артерии вместо маточных и, в случае надобности, удалять мочевой пузырь после пересадки мочеточников в прямую кишку.

Вот в таком состоянии находилось лечение рака матки до начала настоящего столетия, причем абсолютное выздоровление в различных клиниках колебалось в значительной степени, завися, с одной стороны, от оперативной техники,

а с другой — от операбельности материала. Последнее обстоятельство имеет несомненно особенно важное значение, так как согласно новейшим статистическим данным Эша (Esch) и других, больные, обратившиеся за помощью при начальных формах рака, получают излечение в 60%, в то время как при запущенных случаях выздоровление наступает лишь в 10%.

Для правильной оценки результатов различных оперативных методов лечения рака матки было предложено несколько формул, из которых наибольшим распространением пользуется формула Вальдштейна.

Она имеет следующий вид:

$$A = \frac{O \cdot D (100 - M)}{100 \cdot 100}$$

Здесь A обозначает абсолютное выздоровление, другими словами показывает, сколько лиц из общего числа раковых больных, обратившихся к врачебной помощи, оказалось через пять лет в живых и свободными от рецидива; O (в процентах) обозначает операбельность, D — показывает, какой процент оперированных оказался длительно выздоровевшим на протяжении не менее пяти лет; оно называется также относительным выздоровлением; M — обозначает первичную смертность.

Что касается операбельности, то она в различных клиниках колеблется в довольно значительных размерах, так как зависит от многих причин, например от активности хирурга, а также от его оперативной техники; у Вертейма и Шаутана, по отчетам об их оперативной работе, почти одинакова и равнялась 68%, в то время как у Франца она достигла уже 80%.

Здесь большое значение имеет также степень культурности больных, т. е. то, как они следят за своим здоровьем, а также их осведомленность о первых проявлениях рака. На это обстоятельство впервые обратил внимание в начале этого столетия Винтер (Winter), который путем брошюр, популярных лекций и плакатов стремился ознакомить женщин с грозной им опасностью и дать необходимые указания, как ее избежать. В настоящее время этот способ борьбы с растущим распространением рака практикуется во всех культурных странах и по данным различных авторов дает несомненный эффект, но все же, по статистическим данным Эша, Ф. де-Эрхия (F. d'Erhia) и др., только 10% больных раком матки обращаются к врачу в самом начале заболевания, 20% являются к нему уже на границе операбельности и 70% находятся уже в состоянии неоперативном.

Происходит это по той причине, что те проявления рака, которые становятся заметными для самой больной, обнаруживаются довольно поздно, когда процесс успел уже распространиться и стал неоперативным. Так, например, Зейц на основании своих весьма тщательных наблюдений приходит к заключению, что рак может существовать от двух до трех месяцев, не обнаруживая никаких заметных признаков.

При названном способе пропаганды борьбы с распространением рака даже внимательно следящая за собою женщина может просмотреть начальные явления и упустить время. А потому в настоящее время предлагается эту пропаганду вести так, чтобы женщины не ждали появления первых признаков рака, а начиная с 25—30 лет систематически подвергались самому тщательному врачебному осмотру для выявления начальных форм рака.

Такой способ борьбы с этим заболеванием даст несомненно лучшие результаты, но исследование больной должно обязательно делаться с помощью влажной зеркала, и в каждом сомнительном случае должна быть произведена проба Шиллера (Schiller) с иодом и кольпоскопия по Гинзельману (Hinselmann).

Очень демонстративным подтверждением тому, что культурность населения имеет несомненное значение в борьбе с заболеванием раком, служит то, что в 1914 г., по материалам клиники Отта, операбельность была всего 43%, несмотря на то, что он являлся лучшим техником влагалищного метода, в то время как сейчас, согласно пятилетнему отчету Онкологического института, операбельность достигает уже 66%.

Вторым, очень важным обстоятельством при оценке результатов того или другого оперативного приема, является непосредственная смертность при операции. У Шаута она достигала 10%, а у Вертгейма 19%; по последнему отчету Франца смертность при операции рака матки путем брюшностеночного чревосечения низведена до 14%, а Бумм достиг даже снижения до 8%, причем это явилось результатом того, что он перед операцией пользовался реакцией Руге-Филппа (Ruge-Philipp) и не оперировал, если она оказывалась положительной. При влагалищном методе Штоккель в настоящее время имеет всего лишь 4% смертности, а Отт при простой экстирпации матки через влагалище приводит только 2% смертности.

Последним данным, служащим для оценки оперативного способа, является количество лиц, из числа оперированных, оставшихся здоровыми в течение пяти лет; в настоящее время это относительное выздоровление в различных клиниках колеблется в следующих пределах: оперированных по способу Вертгейма оказывается относительно здоровыми от 31 до 48%, а оперированных по Шаута-Штеккелю от 44 до 58%.

На основании приведенных данных приходят к выводу, что при оперативном лечении рака матки независимо от способа операции остаются абсолютно здоровыми через пять лет не больше 25—30%, и это обстоятельство вполне естественно заставляет искать других путей в борьбе с этим заболеванием. А потому со времени появления лучей Рентгена и радия в начале этого столетия некоторые клиники перешли совершенно на лечение рака матки только лучистой энергией; так, например, клиника Дэдэрлейна в Мюнхене, клиника Менге и Эймера (Eimer) в Гейдельберге, клиника Винца (Wintz) в Эрлангене и целый ряд других в течение более 20 лет пользуются исключительно этим методом, причем абсолютное выздоровление у них исчисляется в 24% при непосредственной смертности до 4%; среди леченных ими лучистой энергией больных было около 41% таких, которые могли бы быть оперированы, и относительное выздоровление у этой группы больных равнялось 39%, в то время как у неоперабельных оно достигало всего 9,5%.

Итак мы видим, что и лечение лучистой энергией дает результаты не лучшие, чем лечение оперативное, но оно имеет некоторые достоинства и свои недостатки: так, например, первичная смертность при лечении лучистой энергией ничтожна и равняется всего лишь 4%; при лечении этим способом удается спасти 10—15% неоперабельных больных; зато недостатки способа состоят в том, что процент относительных выздоровлений здесь несколько ниже.

Исходя из всех этих соображений, большинство клиник в настоящее время пользуется одновременно как оперативным способом, так и лучистой энергией. Однако далеко еще не достигнуто единство взглядов, и некоторые, например Фор, находят, что применение лучей Рентгена или радия после операции не только не предохраняет от рецидива, но делает его даже более частым. По мнению Франца, который к последующему облучению относится тоже отрицательно, неблагоприятные результаты здесь получаются потому, что оставшиеся в тканях после радикальной операции раковые клетки находятся в глубине таза возле его стенок или вокруг прямой кишки и около пузыря и потому только с большим трудом поддаются действию лучей.

Авторы, придерживающиеся комбинированного способа лечения, разделяют свой материал на случаи, благоприятные для операции, которые после нее под-

вергаются еще освещению рентгеновыми лучами или радием, и на случаи неблагоприятные, которые не оперируются, а непосредственно лечатся лучистой энергией, причем применение последней ведется опять-таки чрезвычайно разнообразно. Так, например, одни пользуются исключительно радием, другие только лучами Рентгена, а третьи применяют и то и другое вместе. Доза радия дается в количестве 5000—6000 мг/часов за один сеанс продолжительностью около 60 часов. Клиника В и н ц а отвергает метод протрагированного-фракционированного лечения по К у т а р у (Coutard) и пользуется исключительно лучами Рентгена, применяя их в виде 110% кожной дозы за один сеанс.

В клинике В е й б е л я в Вене, напротив, настаивают на повторном освещении рентгеновыми лучами, и в течение первого года после операции оно производится два раза, а затем еще в течение двух лет по одному разу; таким образом выздоровление удавалось повысить до 57%.

В последнее время М и к у л и ч - Р а д е ц к и й высказывается за элективную терапию рака матки, понимая под этим следующее. Часть всего материала подвергается операции, но оперируются не все больные, где операция технически еще возможна, а лишь те, где она кажется наиболее подходящей, и оперированные больные лечатся затем радием или рентгеновыми лучами; остальное же количество больных вовсе не оперируется, а подвергается исключительно лечению лучистой энергией.

Автор приводит большой сборный материал, где абсолютное выздоровление было достигнуто в 24,5% при операбельности в 34,9%, и он приходит к выводу, что для получения таких же хороших результатов следует ограничить выбор оперативных случаев не ниже 20% и не выше 40%, так как при повышении операбельности ухудшаются результаты вследствие увеличения непосредственной послеоперационной смертности и учащения рецидивов.

Для того чтобы установить, подходит ли данный случай для операции или его выгоднее лечить лучистой энергией, предложено несколько классификаций рака матки. Я позволю себе привести здесь ту из них, которая принята Международной радиологической комиссией и должна считаться наиболее законченной и разработанной. Она распределяет все случаи рака матки следующим образом:

1. Рак ограничен шейкой матки и матка подвижна.

2. Раковый процесс в большей или меньшей мере перешел на стенки влагалища и проник в одну или обе параметральные области, причем подвижность матки ограничена.

3. К этой группе относятся все случаи, которые нельзя поместить ни во вторую, ни в четвертую группу:

а) клиническое исследование обнаруживает бугристую инфильтрацию одного или обоих параметриев вплоть до стенки таза с ограниченной подвижностью матки или массивную инфильтрацию одного из параметриев с фиксацией матки;

б) имеется более или менее поверхностный инфильтрат большей части влагалища, хотя матка может быть еще подвижна;

в) имеются отдельные метастазы в тазовых железах при относительно небольшом первичном поражении;

г) имеются изолированные метастазы в нижнем отрезке влагалища.

4. Клиническое исследование обнаруживает такие изменения в тканях, которые исключают какое бы то ни было лечение:

а) в области шейки матки имеется кратерообразная язва, переходящая в инфильтрацию обоих параметриев, достигающих стенок таза;

б) раковый процесс переходит на мочевой пузырь или прямую кишку;

в) имеются метастазы вне таза.

В этой группировке в основу положена топография раковой опухоли, и она не всегда соответствует технической операбельности случая; в некоторых дру-

гих классификациях, например Д э д е р л е й н а, хотя в основу кладется именно принцип операбельности, но и там все раки шейки матки оказываются подразделенными тоже на четыре группы. Мне же кажется, что при применении комбинированного способа лечения по принципу элективности деление на четыре группы нерационально, а следует все раки шейки разбить на три группы.

К первой относятся технически хорошо поддающиеся операции случаи, соответствующие первому разряду только-что приведенной классификации; они составляют от 20 до 40% всех раковых больных и должны быть оперированы.

Вторую группу раков матки составляют те случаи, которые не должны быть оперированы, но могут быть подвергнуты лечению лучистой энергией. Сюда надо, по возможности, включить все неоперабельные случаи, так как опыт показывает, что около 15% из них удается еще таким образом спасти; поэтому в эту группу должны входить все случаи второй группы, третьей группы и отчасти четвертой группы вышеприведенной классификации.

Третью группу, согласно моему предложению, составляют случаи, которые, по расположению опухоли или вследствие общего истощения больных, не подлежат уже никакому лечению.

Этим мы заканчиваем вопрос о лечении рака шейки матки, и на основании сказанного приходится сделать вывод, что далеко не все еще окончательно установлено в отношении лечения операцией или лучистой энергией. Также и в отношении комбинированного лечения существует еще много спорных вопросов, когда и как применять облучение, до операции или после, и если пользоваться им, то употреблять ли для этого исключительно рентгенотерапию или радий; наконец даже способ оперирования в настоящее время окончательно не установлен, и так же, как 50 лет назад, брюшностеночное чревосечение продолжает конкурировать с влагалищным.

Наша клиника, на основании многолетнего наблюдения и постоянного разочарования всеми предлагавшимися до сих пор методами лечения рака, приходит к окончательному убеждению, что оно может быть только комбинированным, и мы держимся того правила, что лечение должно быть строго элективным. Операции подвергаются только те случаи, где раковый процесс ограничивается маткой или, если он перешел на влагалище и клетчатку, то те случаи, где матка сохранила свободную подвижность; другими словами, мы оперируем лишь больных, относящихся к первой и в небольшой части ко второй группам приведенной выше нашей классификации, что составляет около 20 или 30% больных раком матки вообще. Операция производится по способу В е р т г е й м а путем брюшностеночного чревосечения, но заканчиваем мы ее обыкновенно через влагалище по предложенной Ц в е й ф е л е м модификации. После операции, приблизительно через три недели, назначается один курс рентгеновского облучения, и это повторяется через полгода и затем в течение двух лет по одному разу в год. Все остальные больные направляются для лечения рентгеновыми лучами или радием.

Держась твердо убеждения, что борьба с заболеванием раком может вестись успешно только при раннем его распознавании, мы прилагаем все усилия, чтобы, с одной стороны, побудить женщин обращаться по крайней мере два раза в год в гинекологическую амбулаторию для подробного исследования, а с другой стороны — мы стремимся уловить начальные формы рака.

Для этой цели нами организована при Ленинградском гинекологическом обществе ячейка по борьбе с заболеванием раком женских половых органов, которая проводит в жизнь установленные в 1902 г. В и н т е р о м принципы. Кроме того проводится тот взгляд, что женщина не должна ждать появления первых признаков рака, а ей следует обращаться к врачу заблаговременно, чтобы возможно было уловить самые начальные формы рака, и в случае ка-

ких-либо воспалительных изменений в шейке матки предупредить развитие новообразования, назначив соответственное лечение.

Так как раковое поражение развивается почти без исключения на участках ткани, уже носящих следы перенесенного воспаления или какого-либо травматического повреждения, то наиболее верной профилактической мерой является устранение этих изменений. Для этой цели принято воспалительные эрозии лечить прижигающими веществами; однако имеются наблюдения, что такое лечение нередко способствует возникновению рака, и потому мы считаем возможным проводить его не более шести недель, а затем, если лечение не приносит пользы, мы производим ампутацию шейки.

Эта операция, по мнению Б о с с и (Bossi) и С п и р и т о (Spirito), дает прекрасные результаты, и на несколько тысяч случаев, где ими была произведена ампутация влагалищной части шейки с профилактической целью, они ни разу не наблюдали возникновения рака.

Мы тоже держимся этого правила и делаем ампутацию обыкновенно по предложенному Ш т у р м д о р ф о м способу, который описан нами в отделе о лечении метро-эндометрита.

Переходя к обсуждению тех способов, которыми в настоящее время пользуются для ранней диагностики рака матки, скажем прежде всего о *реакции Ш и л л е р а*. Она состоит в том, что подозрительная влагалищная часть матки смазывается раствором Люголя (раствор иода и иодистого калия); при этом нормальная слизистая оболочка в течение нескольких секунд хорошо окрашивается в темнокоричневый цвет, в то время как патологический эпителий лейкоплакии с склонностью к раковому перерождению не принимает окраски и остается светлым или, самое большее, приобретает слегка желтоватый цвет. Такая окраска исчезает через несколько минут, но легко восстанавливается, если снова смазать этот участок при помощи шарика, хорошо смоченного в названном растворе (рис. 343, 344).

В амбулатории нашей клиники эта проба производится в каждом случае, где возникает малейшее подозрение в том, что эрозия не вполне доброкачественна, и применяемый нами раствор состоит из 10 частей иода, 20 частей иодистого калия на 500 частей воды.

В настоящее время большое значение в ранней диагностике рака матки приобретает введенная Г и н з е л ь м а н о м *кольпоскопия*. В виду трудности получения кольпоскопа из-за границы мы изготовили в Ленинграде такой же прибор, которым производим исследования как в амбулатории, так и в стационаре, но имеющийся у нас материал еще недостаточен, чтобы высказать определенное суждение (рис. 347).

Сущность этого прибора состоит в том, что влагалищная часть матки осматривается при увеличении в десять раз, будучи хорошо освещена. При этом Г и н з е л ь м а н отмечает следующие изменения в обычном покрове влагалищной части матки: 1) лейкоплакию, 2) основание лейкоплакии, 3) образование бородавчатости (Felderung), 4) ороговевающий, атипический и карциноидный эпителий (рис. 346).

Оба эти способа исследования дают нам возможность уловить подозрительные на рак изменения в слизистой оболочке, покрывающей влагалищную часть матки, но установить с точностью их истинный характер удается только с помощью микроскопа. Для этого из подозрительного участка вырезается клиновидный кусок ткани, другими словами — производится биопсия или пробная экцизия.

Не все, однако, считают биопсию целесообразной, а некоторые, как например Ш т е к к е л ь и К ю с т н е р, находят ее даже опасной, так как она, по их мнению, иногда способствует быстрому распространению ракового процесса в глубину. Нам, однако, кажется, что в тех случаях, где найденные изменения

дают только некоторое право заподозрить раковое перерождение ткани и нет еще безусловных за это данных, там никаким иным путем не решить сомнения, и без пробной эксцизии можно легко удалить совершенно здоровую матку или же оставить такую, где несомненно есть уже могущий быть установленным при помощи микроскопа рак.

Техника биопсии чрезвычайно проста, но так как довольно часто наблюдаются случаи, где вырезанные кусочки слишком малы и не могут дать достаточно материала для получения ясной картины, здесь тоже нужна некоторая сноровка.

Влагалище открывается ложкообразными зеркалами, шейка матки тщательно обтирается шариком со спиртом, и та губа, из которой предположено произвести эксцизию, захватывается двумя пулевыми щипцами так, чтобы подозрительный участок находился между ними. Затем скальпелем вырезается из шейки матки клиновидный кусочек в виде овала, причем он обязательно включает не только подозрительную, но также и здоровую ткань, и потому он должен захватывать ее приблизительно на $\frac{1}{2}$ см. После того как кусочек вырезан, следует наложить 1—2 тонких шва на ранку, чтобы избежать кровотечения (рис. 348).

Вышеприведенный способ биопсии применяется однако не всеми. Так, например, в Онкологическом институте в Ленинграде принято брать кусочек для исследования специальным инструментом — конхотомом, употребляемым ларингологами для удаления полипов; то место, из которого взят пробный кусочек, прижигается затем карболовой кислотой, и шва накладывать не приходится. Этот способ значительно проще, требует гораздо меньше времени и не нуждается в какой-либо обстановке (рис. 345).

По окончании операции вырезанный кусочек обмывается в воде и помещается в баночку с 10% раствором формалина. Во избежание возможных ошибок баночка с препаратом должна быть обязательно немедленно снабжена этикеткой, на которой обозначены имя и возраст больной, дата произведенной биопсии, а также орган, из которого кусочек вырезан и место на нем.

Если требуется спешность, то из кусочка надо вырезать тонкую пластинку, положить ее в пробирку, наполненную на три четверти таким же раствором формалина, и осторожно подогреть на горелке до появления пузырьков (но отнюдь не кипятить); затем пластинку осторожно вынимают из пробирки, охлаждают и замораживают эфиром или жидкой углекислотой, приготавливая срезы на замораживающем микротоме. При таком способе обработки требуется не больше часа времени для постановки диагноза.

Указанные способы диагностики дают нам возможность не только вылавливать самые ранние формы рака, но и установить в каждом случае точное его распознавание; однако это становится возможным только в том случае, когда больные своевременно обращаются к врачу.

Теперь нам предстоит изложить те способы операций, которые применяются при раке шейки матки; как уже было сказано, в настоящее время все еще не сделано окончательного выбора между влагалищным и брюшностеночным методами. Однако как в том, так и в другом случае ставят себе за основное правило, чтобы по возможности широко была удалена околوماتочная клетчатка и захвачена достаточная часть влагалища, так как эти отделы являются обычно исходным местом образования рецидива.

Радикальная операция рака шейки матки брюшностеночным путем.

Высокая смертность при радикальной операции по поводу рака матки в значительной мере зависит от инфекции, которая берет начало из раковой язвы, обычно содержащей различные вирулентные бактерии, и потому является необходимой тщательная предварительная подготовка больной.

Различные клиники применяют ее в чрезвычайно разнообразной форме: В е р т г е й м, например, перед самой операцией производил выскабливание и выжигание раковой язвы; Д э д е р л е й н отказался от выскабливания, полагая, что оно лишь способствует занесению инфекции в глубину, и ограничивается промыванием влагалища раствором сулемы, смазыванием раковой язвы иодом и тампонацией иодоформной марлей; Ф р а н ц после выскабливания опухоли обрабатывал влагалище спиртом и тампонировал его; А. М а й е р и некоторые другие за 6 недель до операции облучают опухоль: Б у м м в последнее время всякой раковой больной, готовящейся к операции, производил реакцию Р у г е - Ф и л и п п а и, при отрицательном ее результате, он предварительно делал выскабливание, промывал влагалище сулемой и спиртом, язву смазывал 10% раствором ляписа и затем оперировал; там же, где получалась положительная реакция, он отказывался от операции.

На реакции Руге—Филлиппа следует несколько остановиться, так как она, повидимому, может иметь известное прогностическое значение; клиника Б у м м а, благодаря этой реакции, значительно снизила непосредственную послеоперационную смертность, и Н и к о л ь с к и й на материале Онкологического института получил также чрезвычайно благоприятные результаты.

Состоит эта реакция в том, что выделения из влагалища раковой больной смешиваются с дефибрированной кровью, полученной из вены той же больной, и из одной части этой смеси непосредственно готовится пластинка с агаром, другая же часть сохраняется от трех до четырех часов в термостате, а затем из нее готовится такая же пластинка и обе сравниваются на количество выросших колоний. Если во второй пластинке оказывается колоний меньше, чем в первой, или их совсем нет, то реакция считается отрицательной, если же во второй пластинке колоний больше, то реакция положительная (рис. 349, 350, 351).

Операция расширенной абдоминальной экстирпации матки производится обычно в тренделенбургском положении, и разрез делается по средней линии. По вскрытии брюшной полости прежде всего проверяют глазом и ощупыванием, доступен ли данный случай радикальной операции, и лишь когда он окажется операбельным, приступают к дальнейшим манипуляциям. Последовательность их у различных операторов может быть очень разнообразна. Так, В е р т г е й м, — захватив матку двузубцами или специальным зажимом, начинал операцию с отделения мочеточников, надрезая для этого задний листок широкой связки. Б у м м, Г р у з д е в и многие другие начинают с того, что освобождают придатки и накладывают попарно зажимы на одну из воронко-тазовых связок; после перерезки ее и перевязки внутренних семенных сосудов латеральный зажим удаляется, и затем с той же стороны круглая связка захватывается в зажим, перерезывается и перевязывается; далее зажим удаляется, и разрез брюшины широкой связки соединяется с разрезом брюшины круглой связки.

Матка теперь оттягивается в сторону и кпереди, отыскивается мочеточник и отсепааровывается от заднего листка широкой связки концом закрытых куперовских ножниц (рис. 352).

Когда мочеточник с одной стороны отыскан, длинным анатомическим пинцетом разделяется клетчатка и изолируются маточные сосуды вплоть до места их соединения с подчревными сосудами. В е р т г е й м, Ф е н о м е н о в и некоторые другие предлагают для отыскания маточных сосудов прибегать к так называемому туннелированию, т. е. проводить указательный палец по ходу мочеточника сзади наперед, приподнимать на палец сплетение маточных сосудов и перевязывать их, не изолируя отдельно маточную артерию (рис. 353); другие же, например Б о г у ш, вместо маточных сосудов всегда перевязывают подчревную артерию.

После перевязки маточной артерии производится вылушение лимфатических желез по ходу сосудов таза, но некоторые операторы делают это раньше, другие же — позже (рис. 354). Покончив с одной стороной, переходят на другую. Здесь делается совершенно то же, и затем разрезы брюшины передних листков круглых связок соединяются в поперечном направлении посредством разреза брюшины в области пузырно-маточной складки (рис. 355).

Мочевой пузырь отсепаровывается взятым в зажим марлевым шариком или пальцем, обернутым марлей, сперва от шейки матки, а затем и от влагалищной стенки, и вместе с тем освобождаются и устья мочеточников (рис. 356).

Отделив пузырь в достаточной степени, матку вытягивают кпереди и разрезают в поперечном направлении брюшину, образующую переднюю стенку заднего дугласова пространства. После разреза брюшины она отсепаровывается вместе с прямой кишкой от задней стенки влагалища, и теперь берут в зажимы, перевязывают и перерезают крестцово-маточные связки (рис. 357).

После этого остается еще перевязать и перерезать параметральную и паравагинальную клетчатку вплоть до боковых стенок влагалища; некоторые, например Л а ц к о, Б р а у д е и др., рекомендуют прибегать при этом к анатомической препаровке, последовательно перевязывая четыре слоя этой клетчатки вместе с проходящими здесь венами (рис. 358).

Для удаления матки теперь приходится только перерезать влагалище, и В е р т г е й м предложил делать это возможно ниже, зажав влагалище предварительно изогнутыми клеммами, чтобы избежать попадания в брюшную полость гнездящейся в раковой язве инфекции, а также чтобы не загрязнить ею брюшного разреза и не вызвать нагноения клетчатки в этой области (рис. 359).

Некоторые, однако, удаляют матку, не зажимая предварительно влагалища, и после его вскрытия вводят туда марлевую полоску.

После удаления матки приступают к перитонизации культи, и здесь различные клиники опять-таки поступают каждая на свой лад.

Одни, например, зашивают сперва влагалище наглухо непрерывным кетгутовым швом, а затем таким же швом соединяют передний и задний края разреза брюшины, начиная от левой воронко-тазовой связки и кончая на правой стороне. Этим швом захватывается брюшина передней и задней пластинки широкой связки так, чтобы закрыть культи наружной семенной артерии, круглой связки и маточной артерии, далее соединяется брюшина, покрывающая мочевой пузырь и прямую кишку, и, наконец, шов заканчивается таким же образом, покрывая культи семенной артерии, круглой связки и маточной артерии другой стороны.

Некоторые производят перитонизацию иначе; они обшивают края разреза влагалища брюшиной, а культи сосудов и клетчатку покрывают при помощи непрерывного шва, соединяющего заднюю пластинку широкой связки с передней. В этом случае при необходимости можно провести тампон со стороны таза во влагалище (рис. 360).

Наконец иногда обшивают разрезы влагалища только в срединных отделах, соединяя их с передней и задней пластинками брюшины, а в клетчатку обоих сводов вводят марлевые полоски (рис. 361, 362).

Способ удаления матки по Цвейфелю.

В виду того, что некоторый процент смертности после операции по поводу рака шейки матки падает на инфекцию, берущую свое начало вероятно из раковой язвы, Ц в е й ф е л ь предложил производить удаление матки при расширенной брюшностеночной экстирпации через влагалище, рассчитывая таким образом предохранить больную от загрязнения брюшины и клетчатки.

Состоит этот способ в том, что в конце операции, когда матка остается только соединенной с влагалищем, сшивают дно ее тремя узловыми швами с брюшиной

пузыря. Затем накладывается непрерывный шов, соединяющий брюшину, покрывающую мочевой пузырь, с брюшинным покровом прямой кишки на всем протяжении от одной боковой стенки таза до другой так, чтобы этот шов делил брюшную полость на два совершенно изолированных отдела: на нижний, где находятся обособленная матка, мочевой пузырь и прямая кишка, и на верхний, где расположены все остальные брюшные органы. После этого брюшная рана закрывается наглухо и больная переводится в положение для влагалищных операций; в рукав вводятся зеркала, шейка матки захватывается пулевыми щипцами и влагалище циркулярно разрезается сантиметра на 2—3 выше прикрепления к влагалищной части матки. Матка выводится наружу, а вместе с ней тянется и брюшинный покров мочевого пузыря; швы, соединяющие его с ней матки, срезаются, пузырная брюшина пришивается к передней стенке влагалища, а нижний отдел брюшной полости тампонируется марлевой полоской (рис. 375).

При обзоре различных модификаций расширенной абдоминальной экстирпации матки, нельзя не остановиться на тех особенностях, которые при этом применяются Ж. Л. Ф о р м.

Некоторые особенности операции Фора при раке матки.

Мы не будем давать здесь полного описания применяемого им способа, остановимся лишь на некоторых характерных особенностях.

Прежде всего он категорически настаивает на том, чтобы оператор находился по левую сторону от больной, так как считает, что такое положение чрезвычайно облегчает манипулирование в тазовой области.

Далее он советует при этой операции не вытягивать матку двузубцами, как это делается при обыкновенной экстирпации, так как часто матка может оказаться хрупкой, что создает риск ее надорвать и инфицировать операционное поле; он рекомендует захватывать ее в области того и другого ребра зажимами Кохера, которые накладываются глубоко на всю длину широких связок. Этим приемом Ф о р вместе с тем пользуется для того, чтобы с обеих сторон удалить придатки и сделать более свободным операционное поле (рис. 363, 364).

После того как взяты в зажимы, перевязаны и перерезаны воронко-тазовые связки с проходящими в них семенными артериями, а также и круглые связки, удаляются придатки, и теперь приступают к созданию предварительного гемостаза. Для этого достаточно разъединить указательным пальцем оба листка широкой связки и расщепить клетчатку, чтобы сразу же попасть на подчревную артерию, которая обычно бывает очень хорошо видна и которую легко можно нащупать указательным пальцем (рис. 365).

Перевязку подчревных артерий следует делать возможно выше, над местом отхождения маточной артерии, очень близко от места прохождения мочеточника и в дальнейшем для облегчения выделения мочеточника полезно отодвинуть его внутрь во избежание чрезмерной его травматизации. Перевязка производится иглой Дешана.

Самой важной по мнению Ф о р а особенностью является непременно применение дренажа Микулича. Пользуясь им систематически в продолжение пяти лет, он достиг прекрасных результатов, снизив непосредственную послеоперационную смертность с 20 до 2,6%. По его словам, принцип дренажа очень прост и состоит в введении в полость таза известного количества компрессов или марлевых тампонов, которые не соприкасаются непосредственно с тазовыми стенками и кишками, а погружаются в марлевый мешок, в глубине которого прикрепляется крепкая шелковая нитка, выходящая через отверстие мешка наружу. Благодаря этому тампоны лишены возможности смещаться, и их удаление не производит никакой травмы в самих тканях, которые остаются отде-

ленными от них стенками мешка; когда приходит время вынимать самый мешок, надо его потянуть за шелковую нитку, которая в свою очередь потянет за собой глубокую часть мешка, отслаивая и вывертывая его, как палец перчатки.

Что касается деталей техники, то мешок должен быть сделан из мягкой, но не слишком плотной марли и выкроен в виде круга приблизительно в 50 см в окружности; кроме того, должно быть заготовлено еще 5 или 6 тампонов различной длины, причем каждый для отличия снабжен отдельной нитью с одним, двумя, тремя и т. д. узлами, чтобы можно было их удалять в известном порядке. Самый длинный тампон вводится первым. Мешок по своей середине тоже перевязывается нитью и перед введением захватывается длинным зажимом, который поднимается вертикально кверху; мешок опрокидывается вокруг него таким образом, чтобы получилась воронка, через нижний конец которой выходят зажим и шелковая нить (рис. 366).

Захватив таким образом мешок, зажим опускают, придерживая нитку и стенку мешка, и в таком виде вводят его в брюшную полость, направляя его в самый глубокий отдел таза. Оставляя зажим на месте, чтобы избежать смещения мешка, с помощью длинного пинцета вводят сперва самый большой тампон, а затем по порядку и остальные (рис. 367).

Удаление дренажа Микулича тоже производится в известном порядке. В продолжение первых двух дней он оставляется в покое, а через 48 часов обыкновенно удаляются все тампоны, кроме самого длинного и мешка; через два дня вынимается и этот тампон, и в ране остается один мешок. Таким образом удаление тампонов производится в течение четырех дней, и кишки благодаря этому опускаются медленно и постепенно, в то время как вокруг мешка образуются защитные спайки, которые с этого момента оказываются уже достаточными, чтобы почти целиком отграничить область таза от остальной брюшной полости. Два дня следует подождать, пока эти спайки окрепнут, и на шестой день можно начать делать промывания с прибавлением перекиси водорода, которая служит для очищения раны, а кроме того, способствует отслойке стенок мешка.

Эти промывания повторяются ежедневно, и на 8-й или 9-й день пробуют слегка потянуть за нитку, чтобы составить себе представление о подвижности мешка, причем самостоятельного его отделения приходится ждать редко дольше 10-го дня. После удаления мешка уже через 4 дня рана больше ничего не отделяет (рис. 368).

Ф о р следующими словами заканчивает изложение техники применения дренажа Микулича: «Без сомнения, больные встают после операции несколько позже, чем в том случае, когда производится зашивание всей раны наглухо, но число встающих будет несколько больше, так как среди них будут и такие, которые без дренажа Микулича остались бы лежать навсегда».

После того как Ф о р в 1931 г. был в Москве и демонстрировал свой метод, а затем на русском языке вышла его книжка «Рак матки», многие из русских гинекологов начали применять предлагаемый им способ, и наша клиника тоже воспользовалась рядом его указаний. Мы, однако, воздерживаемся от дренажа Микулича, так как нам он кажется вмешательством слишком грубым, оставляющим после себя иногда в брюшной полости опасные для здоровья оперированной сращения. В этом отношении мы вполне разделяем точку зрения Г р у з д е в а, который говорит по этому поводу, что и другие гинекологи еще ранее Ф о р а практиковали при расширенной экстирпации матки систематическое дренирование брюшной полости по М и к у л и ч у, но потом оставили этот прием. С другой стороны, две смерти на 75 операций говорят еще очень мало за технику Ф о р а. К е р м а у н е р (Kermauner), например, в 1926 г. произвел 53 таких же операции без единого смертного исхода, а затем у него три случая подряд кончились смертью.

Итак, из всего изложенного относительно расширенной брюшностеночной экстирпации по поводу рака шейки матки видно, что она еще далеко не достаточно выявлена во всех деталях, и каждый оператор вносит различные отступления. Поэтому мы позволяем себе изложить тот порядок, в каком мы ее производим.

Наш метод брюшностеночной расширенной экстирпации матки.

За 4—5 дней перед операцией больная подвергается подготовке, для чего ей ежедневно вводится во влагалище небольшой тампон, смоченный культурой болгарской палочки «МФ», и таким образом удается быстро привести влагалищную флору в хорошее состояние; непосредственно перед операцией влагалище тщательно моется мылом, затем обтирается спиртом и смазывается иодом; брюшная стенка готовится обычным способом.

Оперирующий становится слева от больной, и она приводится в тренделенбургское положение, причем ей придается максимальное наклонение. Разрез брюшной стенки производится нами, как и всегда, по средней линии, только он сразу делается больших размеров и заканчивается выше пупка. Затем брюшная рана раздвигается самодержащимся расширителем Коллена, а кишечные петли отодвигаются кверху и удерживаются введенными в брюшную полость широкими марлевыми тампонами, — одним посредине и двумя по бокам. Я не допускаю применения для этой цели полотенец, так как они грубо травмируют брюшину, и кроме того, неоднократно возникали судебные дела вследствие оставления именно полотенец в брюшной полости (сосчитывание не всегда обнаруживает недостачу одного из них, раз ими пользуются также для обтирания рук, для обкладывания снаружи брюшной раны и т. д.).

Сама операция начинается с осмотра и проверки ошупыванием операбельности данного случая; придатки с обеих сторон освобождаются от могущих быть страчений, и с каждой стороны, параллельно ребрам матки, накладываются два крепких зажима, захватывающие трубы и яичниковые связки (рис. 363), а затем сначала с одной, а потом с другой стороны накладывается зажим на воронко-тазовую связку, которая перерезается ножницами и перевязывается кетгутом, а концы шва отрезаются. После этого придатки с обеих сторон удаляются, а крепкие зажимы, наложенные по бокам матки, служат для держания ее и подтягивания (рис. 363).

Теперь мы приступаем к предварительному гемостазу, для чего перевязываем сперва одну, а потом и другую подчревную артерию (рис. 365). Раздвинув осторожно клетчатку, окружающую крупные сосуды таза, и определив положение мочеочника, под подчревную артерию иглою Дешана подводится крепкий шелковый шов, и она перевязывается вблизи от места отхождения из подвздошной артерии; перевязанный сосуд не перерезывается, а концы шва отрезаются; при проведении иглы надо быть осторожным, чтобы не поранить крупных тазовых вен.

Далее захватываются в зажимы, перерезываются и перевязываются обе круглые связки, причем концы швов тоже отрезаются, а зажимы снимаются; разрезы брюшины в области круглых связок с каждой стороны соединяются с разрезом брюшины широких связок, и ножницами рассекается брюшина по ходу лузырно-маточной складки (рис. 355).

Дальнейшей и самой важной задачей является отыскание мочеочников и выделение их из клетчатки в нижнем отделе. Так как найти мочеочник в верхнем отделе таза обыкновенно не представляет труда (он идет по задней пластинке брюшины широкой связки около того места, где была произведена перевязка семенной артерии), то лучше всего проследить постепенно ход мочеочника сверху вниз, причем в случае, когда окружающая клетчатка рыхла и не носит признаков инфильтрации, не следует выделять мочеочник, чтобы не нару-

шить его питания. Для того чтобы легче следить за его ходом в нижнем отделе таза, матка сильно подтягивается кпереди и в противоположную сторону.

Подойдя к месту перекреста мочеточника с маточными сосудами, его выделяют пинцетом из клетчатки, и сосуды захватывают двумя параллельно наложенными зажимами латерально от мочеточника; перерезав сосуды и перевязав их крепким кетгутовым швом, зажим удаляют и концы шва отрезают; в этот шов входит сосудистый пучок, заключающий в себе как маточную артерию, так и ее вены (рис. 369).

Теперь мочеточник освобождают от окружающей его клетчатки до места вдернения в мочевой пузырь, и, начиная с наружной стороны, удаляют ножницами клетчатку; в это же время удаляются и лимфатические железы, если они плотны и увеличены. Это делается сперва с одной, а потом и с другой стороны, а затем марлевой тряпочкой, взятой в зажим, отделяется мочевой пузырь от маточной шейки и от стенки влагалища.

Матка после этого сильно оттягивается кпереди и берутся в зажимы хорошо обозначающиеся и напряженные крестцово-маточные связки, которые захватываются по возможности ближе к задней стенке таза; они перерезываются, и затем рассекается ножницами брюшина заднего дугласова пространства в поперечном направлении; брюшина отделяется также марлевой тряпочкой вместе с прямой кишкой от задней стенки влагалища.

Остается отделить клетчатку с боков и сзади от влагалища, после чего матка соединена с тазом только стенками рукава, и для удаления ее остается только их перерезать.

Прежде мы так и поступали; мы вскрывали влагалище по средней линии передней его стенки, вводили в него небольшой марлевый тампон, смоченный спиртом, и отсекали матку, продолжая круговой разрез рукава кзади (рис. 370).

Влагалище мы обыкновенно закрывали наглухо, соединяя переднюю и заднюю его стенки непрерывным кетгутовым швом (рис. 371). После этого мы переходили к перитонизации культи, для чего пользовались непрерывным кетгутовым кисетным швом. Наложение этого шва мы начинаем с правой стороны и для этого делаем вкол иглы сперва сзади через край брюшины у правого угла влагалища, затем подхватываем влагалище и выкалываем иглу через передний край брюшины, далее мы идем иглой по переднему краю брюшины, захватывая круглую связку кнаружи от места ее перевязки. Так же мы поступаем и с культей воронко-тазовой связки и переходим на задний край брюшины; дойдя до места первого вкола иглы, мы снова прокалываем сзади наперед брюшину, влагалище и снова брюшину. После того как этот шов наложен, мы завязываем его так, чтобы культи перерезанных связок и сосудов погрузились под брюшину; при этом шов не отрезается, а короткий конец берется в зажим, более длинным же с иглой пользуются для того, чтобы соединить края передней и задней пластинок брюшины над влагалищем и чтобы наконец обшить им с левой стороны клетчатку и связки совершенно таким же способом, как мы описали это только что для правой стороны (рис. 295).

После этого брюшина протирается марлевым тампоном, смоченным перекисью водорода, и накладывается еще один тонкий непрерывный кетгутовый шов, идущий поверх предыдущего (рис. 372).

Так поступали мы обыкновенно при этой операции, но в последнее время мы пользуемся для удаления матки следующей предложенной Ц в е й ф е л е м модификацией.

Через дно матки проводится шов, который затем захватывает край брюшины мочевого пузыря, и шов завязывается, а концы его отрезаются. После этого, начиная с правой стороны, накладывается непрерывный кетгутовый шов, который вкалывается в край брюшины снаружи от перерезанной воронко-тазовой связки и завязывается. Начиная отсюда, задний край разреза брюшины соеди-

няют с передним приблизительно до правой крестцово-маточной связки сзади и до круглой связки спереди; далее вколы и выколы спереди и сзади начинают несколько отступать от края разреза брюшины и, доходя до средней линии, они располагаются приблизительно на 3 см от него, так что матка может свободно поместиться под соединенными краями брюшины; еще дальше вколы и выколы снова постепенно приближаются к краю разреза брюшины и заканчиваются в таком же порядке, как и на правой стороне (рис. 373).

После наложения этого шва брюшная полость протирается перекисью водорода и брюшная стенка зашивается наглухо обычным способом, а больная переводится в положение для влагалищной операции.

Вставив влагалищные зеркала и наложив пулевые щипцы на переднюю и заднюю стенки влагалища, шейку выводят наружу и затем ножом делают круговой разрез влагалищной стенки так, чтобы он находился по крайней мере на 2 см отступа от раковой язвы (рис. 374).

По вскрытии влагалища матка легко выводится и удаляется шов, соединяющий ее дно с брюшиной мочевого пузыря; край брюшины захватывается зажимом и соединяется несколькими узловыми кетгутowymi швами с передней стенкой влагалища, а край брюшины заднего дугласова пространства таким же образом соединяется с задней стенкой влагалища; затем в рукав вводится тампон, смоченный культурой болгарской палочки штамма «МФ». Этот тампон оставляется на сутки, потом он сменяется, и так продолжается до 8—10-го дня, после чего тампонация влагалища прекращается. Благодаря применению тампона с болгарской палочкой заживление раны происходит быстрее и не сопровождается гнойными выделениями (рис. 375).

Изложив способ, которым мы пользуемся при операции рака шейки матки, мы должны остановиться еще на тех особенностях этой операции, которые сообщены в недавно вышедшей под редакцией Н. Петрова книге «Злокачественные опухоли», в статье Никольского, и применяются последним на большом оперативном материале Онкологического института.

Для отыскания сперва правого мочеточника, дно матки отводится влево и приподнимается правая широкая связка кверху; тогда мочеточник становится хорошо видимым через брюшину, находясь в дубликатуре широкой связки и просвечивая через ее задний листок в виде белесоватого шнура.

После того как наложены зажимы на воронко-тазовую и круглую связки, а также на широкую связку вдоль ребра матки и достигнут полный гемостаз, связки перерезаются и накладываются на них лигатуры. Затем приступают к следующему очень важному моменту, — раздвиганию листков широкой связки. Оно делается двумя указательными пальцами и должно быть произведено настолько глубоко и с таким расчетом, чтобы обнажить мочеточник от места его перегиба через безымянную линию до его примыкания к ребру матки и чтобы попутно с этим обнажить и разделение общей подвздошной артерии на внешнюю подвздошную и подчревную артерии, которые остаются при этом покрытыми тонкой просвечивающей фасциальной пластинкой.

Теперь, когда мочеточник обнаружен и видно расхождение крупных сосудов, следует приступить к выделению газовой клетчатки; для этого в расщеп широкой связки вводится зеркало, отодвигающее передний листок широкой связки кверху и обнаруживающее общую подвздошную артерию и вены по всей их длине (рис. 376). Приподнимая длинным хирургическим пинцетом фасцию, покрывающую названные сосуды, рассекают ее по всей длине тупоконечными ножницами. Тогда мы попадаем в слой, в котором клетчатка вместе с имеющимися здесь железами, сидящими на сосудах, совершенно легко отходит цельным пластом от стенок сосудов и от тазовых мышц к средней линии, отодвигаемая движением сомкнутых ножниц. При этом железы, плотно, почти неподвижно спаянные с сосудами, постепенно отходят от их стенок. Необходимо выделить клетчатку и

вокруг подвздошной артерии и вены, ибо это есть излюбленное место раковых метастазов, и отсюда обычно исходят раковые инфильтраты при рецидивах.

Теперь, когда окончено выделение желез и клетчатки и получен полный гемостаз, приступают к выделению мочеточников и мочевого пузыря, причем основной принцип, который должен при этом проводиться во всех без исключения случаях, — это выделение названных органов острым путем. Травма, наносимая мочеточнику и пузырю грубым давлением куска марли, является, вне всяких сомнений, основной причиной появления в последующем мочевых свищей.

Начиная выделение мочеточника с того места, где он обнаружен уже при расщеплении широкой связки, идут далее к ребру матки; приподнимая волокна плотной клетчатки, его окружающей, рассекают их над самым мочеточником тонкими тупоконечными ножницами, вставляя при этом одну браншу ножниц в желобок, образующийся между мочеточником и приподнятой клетчаткой. Выделение мочеточника в области его устья требует предварительной мобилизации мочевого пузыря; для этого также пинцетом приподнимают предпузырную клетчатку и сразу попадают в слой между пузырем и стенкой матки, а затем и влагалища (рис. 377).

Следующий за этим момент — рассечение крестцово-маточных связок. Вскрытие брюшины, переходящей с прямой кишки на матку, следует делать несколько ниже ее прикрепления к матке, где она лежит более свободно, и поэтому отделяется легче. Отодвинув рассеченную брюшину вместе с прямой кишкой книзу и приподнимая дно матки к лону, можно отчетливо видеть два натянутых тяжа крестцово-маточных связок вместе с окружающей их клетчаткой. Связки пересекаются как можно ниже, причем в наружной их половине приходится перевязывать артерию, без этого обычно кровоточащую.

Прежде чем приступить к перерезке влагалища, его следует выделить от соседних с ним органов с таким расчетом, чтобы иссечь 4—5 см его здоровой стенки, так как только таким образом можно избежать рецидива во влагалищном рубце. Вытягивая теперь матку в брюшную рану, захватывают переднюю влагалищную стенку двумя зажимами и, получив таким образом продольную складку влагалища, рассекают ее до получения отверстия размерами в 1—2 см. Оба зажима подтягиваются кверху, и таким образом исключается всякая возможность выхода влагалищного содержимого в брюшную полость.

Дальнейший момент операции состоит в перитонизации раны, и ее следует начинать пришиванием к влагалищу переднего и заднего листков брюшины. Влагалище обычно зашивается наглухо, причем в боковые отделы клетчатки вводятся тампоны, над которыми соединяются края брюшины. Кроме того, поверх этого шва накладывается еще поверхностный непрерывный шов.

Я позволил себе в сокращенном виде привести особые черты того способа, каким оперирует Н и к о л ь с к и й; они представляют большой интерес и заслуживают подражания.

Радикальная операция рака шейки матки влагалищным способом.

Техника этой операции, имеющей одинаковую давность с только что описанной, тоже до сих пор еще не может считаться окончательно выработанной. Она была введена Ч е р н и в 1879 г. и представляла собой простую влагалищную экстирпацию матки; со временем она была усовершенствована Ш а у т а и приобрела название *расширенной влагалищной экстирпации матки*, а в самое последнее время Ш т е к к е л ь внес в нее еще некоторые усовершенствования.

Мы не будем здесь излагать правила производства простой экстирпации матки, так как это сделано нами при описании удаления через влагалище метритной матки, а остановимся только на двух последних способах.

Перед операцией больная должна быть тщательно подготовлена, и в этом отношении разные клиники поступают различно. Одни, например, придерживаются правила выскабливать язву и выжигать ее термокаутером, другие ограничиваются мытьем влагалища с мылом и протиранием его спиртом, смазывая самую язву иодом; мы обыкновенно готовим больную в течение нескольких дней введением во влагалище тампонов с культурой болгарской палочки.

Одним из существенных усовершенствований расширенного способа Ш а у т а является подготовительный разрез промежности, который впервые был предложен Ш у х а р т о м и делается для того, чтобы облегчить доступ к тазовой полости и матке. Разрез этот начинается обыкновенно с левой стороны приблизительно на уровне середины влагалища и идет по направлению к выходу между задней и левой стенками влагалища; на промежности он направляется влево от средней линии и на два поперечных пальца от заднего прохода несколько заворачивает кнутри (рис. 378). Некоторые операторы пользуются разрезами с двух сторон, но большинство ограничивается одним разрезом, и П е г а м даже находит, что двусторонний разрез, не имея никаких преимуществ, лишь затрудняет гладкое заживление раны.

Так как такой разрез сопровождается обильным кровотечением, для остановки которого может потребоваться много времени, то рекомендуется производить его, предварительно введя несколько шприцев раствора новокаина с адреналином. Этим обыкновенно совершенно устраняется необходимость перевязки сосудов. Для того чтобы этот разрез действительно достигал цели и облегчал доступ к матке, необходимо делать его достаточно глубоким, и потому мышцы промежности должны быть разрезаны в надлежащей мере и должен быть захвачен в разрез частью также и *m. levator ani*.

Второй особенностью расширенной влагалищной экстирпации матки является образование манжетки из влагалища, которая закрывает собой раковую язву. Производится это таким образом, что влагалище открывается при помощи заднего влагалищного зеркала и двух боковых и одного переднего подъемников, затем влагалищная часть матки захватывается за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами, и матка по возможности низводится. Держа пулевые щипцы левой рукой, оперирующей оттягивает шейку матки сперва в левую сторону и на наметенной высоте производит круговой разрез влагалища сзади, справа и спереди, а затем оттягивает шейку в правую сторону и делает циркулярный разрез слева. При этом глубина разреза должна быть такая, чтобы рассеченной оказались стенка влагалища и влагалищная фасция (рис. 380).

Если разрез достаточно глубок, то влагалище легко отделяется, и это делается тупым способом с помощью марлевой тряпочки, для чего нижний край разреза влагалища захватывается зажимом и отделяется до места прикрепления его к влагалищной части матки (рис. 381).

Передний и задний края манжетки соединяются между собой крепкими шелковыми швами, которые не обрезаются, а служат в дальнейшем для держания матки; таким образом раковая язва оказывается закрытой (рис. 382).

Ш а у т а ставил неслучайным условием, чтобы манжетка делалась в самом начале операции еще до разреза промежности именно из тех соображений, чтобы обезопасить себя от инфекции из раковой язвы. Однако на основании наблюдений П е г а м а и других оказывается, что эти опасения совершенно напрасны, и разрез Шухарта, произведенный до образования манжетки, прекрасно поддается заживлению.

После закрытия манжетки следует обязательно сменить перчатки и переменить инструменты.

Теперь шелковые швы, закрывающие манжетку, захватываются в один общий зажим, и он передается помощнику для того, чтобы сильно низводить

матку, причем заднее влагалищное зеркало не удаляется, а остается, будучи только прижато низведенной и опущенной книзу шейкой; вместо трех подъемников сохраняются только два, и они помещаются спереди и несколько в сторону вправо и влево.

Оператор отделяет мочевой пузырь от маточной шейки, причем это производится обычно легко с помощью марлевой тряпочки; только иногда приходится помочь себе несколькими ударами ножниц (рис. 314). Когда мочевой пузырь достаточно отодвинут кверху и хорошо доступна брюшина пузырно-маточного кармана, последняя захватывается пинцетом или зажимом и вскрывается ножницами, а отверстие расширяется в обе стороны (рис. 316).

Помощник теперь оттягивает шейку матки кпереди и кверху, и оператор марлевой тряпочкой отделяет прямую кишку от брюшины заднего дугласова пространства. Здесь обнаруживаются крестцово-маточные связки, идущие от задней поверхности маточной шейки к стенке таза и охватывающие собой прямую кишку, а между ними определяется брюшина, которая захватывается зажимом и вскрывается ножницами; отверстие также расширяется в обе стороны.

На обе крестцово-маточные связки накладывается по одному зажиму по возможности дальше от матки, и связки перерезываются между зажимами.

Обыкновенно мы проводим всю операцию таким образом, что не накладываем лигатур сейчас же после перерезки сосуда и сперва удаляем матку, а затем уже приступаем к перевязке, так как продолжительность операции благодаря этому укорачивается и наложение лигатур значительно облегчается вследствие большей свободы действия.

После того как крестцово-маточные связки перерезаны, матка свободно опускается книзу, и теперь значительно легче вывести ее тело через разрез брюшины пузырно-маточного пространства. Когда оно уже выведено во влагалище, накладываются зажимы сначала на левую круглую связку, на трубу и на яичниковую связку, а также один зажим накладывается сверху на верхний отдел широкой связки и маточную артерию, а другой снизу на нижний отдел ее, на влагалищную артериальную веточку. Затем связки и сосуды перерезывают между маткой и зажимами и переходят к наложению зажимов с правой стороны и к удалению матки (рис. 319).

Если предполагается удалить придатки, то кроме круглой связки накладывается один зажим на воронко-тазовую связку вместо двух, которые помещаются на трубе и яичниковой связке.

После того как матка удалена, переходят к перевязке сосудов, причем выше каждого зажима накладывается отдельная лигатура, которую мы проводим обыкновенно изогнутой иглой, захваченной в иглодержатель, а не пользуемся иглою Дешана, как это делают Пегам и некоторые другие (рис. 320).

Покончив с наложением швов, мы в дальнейшем можем поступить двояко: либо поставить со стороны влагалища тампон в брюшную полость, либо зашить рану наглухо.

В первом случае мы захватываем края разреза влагалища четырьмя зажимами, накладывая один посредине спереди, один так же сзади и два с каждой стороны. Затем берем длинный кетгутовый шов и вкалываем иглу сначала в передний край влагалища на расстоянии приблизительно 2 см от правого бокового зажима; далее мы прокалываем передний край брюшины и иглой захватываем круглую связку, трубу и яичниковую связку выше наложенных здесь лигатур и проводим иглу через заднюю пластинку брюшины широкой связки, через край брюшины заднего дугласова пространства, и, наконец, через задний край влагалища, идя сзади наперед и отступя от бокового зажима тоже сантиметра на два.

Этот шов завязывается таким образом, что культи связок и сосудов помещаются внебрюшинно, причем двумя или тремя стежками того же шва, прове-

денного через передний и задний край влагалища по направлению к правому боковому зажиму, они закрываются и погружаются в клетчатку. Затем то же самое делается с левой стороны и наконец несколькими узловыми кетгутowymi швами соединяются передний срединный край влагалища с краем брюшины пузырно-маточного пространства и задний его край с брюшиной заднего дугласова пространства.

В это небольшое отверстие вводится марлевый тампон, смоченный спиртом; длина этого тампона небольшая, около $\frac{3}{4}$ метра, и после того как концы швов обрезаны, во влагалище вводится еще второй сухой тампон. Этот тампон удаляется на следующий день, а первый извлекается и заменяется новым на четвертый день.

В том случае когда предполагается закрыть влагалище наглухо, боковые швы, захватывающие края влагалища, связки и сосуды, накладываются совершенно таким же образом, а затем остающееся посредине отверстие закрывается несколькими узловыми кетгутowymi швами, проводимыми через передний край влагалища, через передний и задний края брюшины и через задний край влагалища.

Теперь остается только восстановить целостность промежности. Зашивание разреза Шухарта обыкновенно производится в два этажа, причем погружные и влагалищные швы следует применять кетгутowymi, а на кожу промежности — шелковые (рис. 379).

Что касается вопроса, какой из двух приведенных выше способов заслуживает предпочтения (следует ли вводить тампон в брюшную полость, или зашивать влагалище наглухо), — то, по нашему мнению, безопаснее для больной является введение тампона, так как и при закрытии раковой язвы манжеткой из влагалища все же не исключена возможность инфекции, и тампонация тазовой полости может предотвратить ее.

Кроме только что описанного способа расширенной влагалищной экстирпации матки при раке шейки в последнее время Штеккелем предложен и в 1931 г. подробно описан метод, отличающийся некоторыми существенными особенностями, почему мы и позволим себе привести его так, как он изложен автором.

Радикальная влагалищная операция рака шейки матки по Штеккелю.

Каждая больная подвергается предварительному облучению раковой язвы радием за 6 недель до операции, и потому предварительное выскабливание и выжигание распадающейся раковой опухоли делается только в исключительных случаях.

Специальной подготовке к операции подвергаются все больные, достигшие 40 лет или имеющие какие-либо дефекты со стороны сердца, и она заключается в назначении в течение трех дней препаратов наперстянки.

Дезинфекция операционного поля совершается так: влагалище открывается зеркалами и сперва промывается 1% спиртным раствором сулемы, а затем протирается ватными шариками, смоченными 1% водным раствором сулемы; окружающие влагалище ткани смазываются иодом; все это повторяется после введения адреналина в область промежности. Прежде Штеккель впрыскивал адреналин вместе с новокаином, но последнее время он употребляет чистый адреналин в физиологическом растворе, причем сперва вводит его в кожу промежности на месте двустороннего разреза Шухарта, а затем во влагалище на месте образования манжетки.

Штеккель придает большое значение тому, как вводится адреналин. Первый вкол иглы производится несколько ниже линии, соединяющей задний проход и седалищный бугор, и впрыскивание делается веерообразно, начи-

ная с подкожной клетчатки и кончая глубокими отделами ишиоректальной полости, причем для левого и правого разрезов Ш у х а р т а в отдельности требуется 60 см³ раствора (рис. 383).

Второй вкол иглы делается отступя на палец в сторону от задней спайки промежности, и впрыскивание производится веерообразно в горизонтальном направлении вдоль задней и боковой стенок влагалища, причем с каждой стороны вводится по 10 см³ раствора.

По мнению автора значение инъекции адреналина в том, что он нередко совершенно устраняет потерю крови при разрезе промежности.

Кроме того адреналин впрыскивается еще в области разреза влагалища для образования манжетки, и здесь, отступя на 1 или 2 см от влагалищной части, делается по четыре укола в переднюю и заднюю стенки влагалища (рис. 384); для этого приходится потратить от 30 до 60 см³ раствора адреналина, так что в общем для двух боковых разрезов и для образования манжетки требуется от 170 до 200 см³ раствора.

После того как впрыскивание закончено, захватывается стенка влагалища 4—5 зажимами (по одному сзади, спереди и с обеих сторон) на такой высоте, которая соответствует удаляемой вместе с маткой части влагалища (рис. 385). Разрез проводится несколько ниже зажимов, причем нож направлен отвесно к влагалищной стенке; он должен проникать в глубину настолько, чтобы достигнуть рыхлой ткани в пузырно-влагалищном и кишечно-влагалищном пространствах.

Когда это сделано, зажимы снимают и переключивают, захватывая верхний край влагалищного разреза, который тупым путем отделяется кверху настолько, чтобы совершенно закрыть раковую язву; теперь влагалище закрывается наглухо при помощи шелковых швов, концы которых не отрезаются, а берутся в один зажим и служат для держания и низведения матки.

Боковые разрезы, которые Ш т е к к е л ь всегда производит с левой и правой стороны, начинаются во влагалище от места циркулярного разреза и переходят на промежность, достигая линии, ведущей от заднего прохода к седалищному бугру, причем они имеют прямое направление.

Дальше идет отсепаровка мочевого пузыря от стенки влагалища и шейки матки. Ш т е к к е л ь придает большое значение тому, чтобы это делалось не тупым способом, а ножницами, причем удары ножниц должны быть очень легкими, чтобы не поранить пузыря (рис. 386). После того как отделена вся средняя часть пузыря до такой степени, что она легко может быть отодвинута кверху выше пузырно-маточной складки, уже не трудно найти место расположения мочеточников, которые покрыты небольшим слоем клетчатки и по ходу маточных сосудов образуют изгибы или колена мочеточников (рис. 387).

Для их тщательного выделения из клетчатки захватывают весь сосудистый пучок зажимом у самой матки, и при его потягивании книзу вместе опускается и мочеточник; препарируя ножницами, частью тупым путем вдоль хода сосудов, подходят с абсолютной точностью к мочеточнику, который должен быть сделан совершенно подвижным, и тогда он уйдет кверху.

Маточную артерию автор перевязывает обыкновенно в области мочеточникового колена и несколько ниже, а для того чтобы не захватить заднего отдела мочеточника в зажим, последний накладывается на сосуды так, чтобы концы его не выступали далеко (рис. 388).

Вскрытие пузырно-маточной складки, выведение тела матки и перевязка верхнего отдела широкой и круглой связок не представляют каких-либо особенностей, и теперь остается только удаление тазовой клетчатки, что является главным моментом радикального производства операции.

Для того чтобы получить хороший доступ к околоматочной клетчатке, тело матки захватывают крепкими двузубцами, и они вместе со швами, на-

ложенными на влагалищную манжетку, сильно оттягиваются в сторону, благодаря чему клетчатка противоположной стороны представляется в виде широкой пластинки (рис. 389). Вся она хорошо доступна осмотру, начиная от прямой кишки до придатков, и отпрепарированный мочеточник находится сверху над ней. Теперь, действуя все время под контролем глаза, можно спокойно резать, начиная от области прямой кишки и кончая у стенки таза и у придатков, имея все время перед собой опознавательными точками и мочеточник, и маточную артерию.

Делать перевязку сосудов здесь не приходится, разве только перевязку гемороидальной артерии, которую следует захватить заблаговременно, и таким образом при этом особенно резко выступает преимущество влагалищного способа перед брюшностеночным, так как удается захватить больше околоматочной клетчатки. При удалении ее после каждого удара ножниц берут остающуюся на матке клетчатку в зажим и его сильно потягивают, благодаря чему ткани, подлежащие перерезыванию, напрягаются, и их можно действительно радикально удалить.

Брюшная полость обыкновенно закрывается наглухо, и культы сосудов фиксируются в области углов; влагалище в среднем отделе тоже зашивается, а в боковых остается небольшое пространство для введения марлевого тампона на 3—4 дня. Восстановление боковых разрезов влагалища и промежности производится обычным способом в верхнем отделе одним рядом швов, а в нижнем отделе — в два этажа.

Через 3—4 недели после операции применяется рентгенизация.

Мы привели основные способы операции при раке шейки матки, и здесь еще раз должны сказать, что вопрос о том, какой способ заслуживает предпочтения, не может считаться решенным. Мы тоже не раз меняли наш выбор и до 1916 г. оперировали преимущественно по расширенному влагалищному способу (именно на 48 таких операций имели всего 11 брюшностеночных чревосечений); затем, по 1928 г. оба способа распределялись почти одинаково (на 33 влагалищных операции имели 36 брюшностеночных) и, наконец, последние 5 лет мы оперируем почти исключительно по способу В е р т г е й м а, причем в самое последнее время кроме того применяем модификацию Ц в е й ф е л я.

Операбильность у нас равнялась 49%, а непосредственная послеоперационная смертность в общем была равна 15%, причем для влагалищных чревосечений при раке шейки она была значительно ниже, именно, 9,8%, а при брюшностеночных чревосечениях достигала 16,5%. Абсолютное выздоровление мы на нашем материале, к сожалению, указать не можем, так как получить достаточные сведения от больных спустя продолжительное время после операции оказалось совершенно невозможным.

В настоящее время принципиальное отношение нашей клиники к раку шейки матки такое, что мы оперируем только такие случаи, которые по преимуществу принадлежат к первой группе приведенной нами выше классификации рака; другими словами, мы держимся элективного метода. После операции через три или четыре недели мы подвергаем больную облучению, причем повторяем его через полгода, и затем в течение двух лет еще по одному разу.

Те случаи, которые нами считаются неподходящими для операции, мы направляем для лечения радием.

Но здесь нам приходится еще остановиться на тех больных, которые поздно обращаются к врачебной помощи: или раковый процесс успел уже настолько распространиться, что нельзя произвести ни радикальной операции, ни лечить его радием или рентгеном, либо операция или лечение радием было сделано, но оно не дало надежных результатов, и в настоящее время имеется тяжелый рецидив. Как в том, так и в другом случае больные сильно страдают от нестерпимых болей в области таза и нижних конечностей, а иногда появляются трудно поддающиеся какому-нибудь воздействию кровотечения.

Во всех этих случаях можно оказать известную помощь больной только теми или другими паллиативным оперативным приемом.

Операции при неоперативном раке шейки матки.

Еще в начале девяностых годов Тихов и Грамматикати предложили делать перевязку подчревных артерий с целью задержать развитие ракового процесса и вместе с тем остановить кровотечение.

В последнее время к этому способу возвращаются и, например, Юбас (Jubas) предлагает при неоперативных случаях перевязывать эти артерии, притом обязательно нитяным бумажным швом, который он накладывает на артерию в двух местах (рис. 390). Мы тоже по возможности делаем всегда перевязку подчревных артерий не только для остановки кровотечения, но и во всех неоперативных случаях, и не раз получали очень хорошие результаты: раковая язва уменьшалась, очищалась и на известное время удавалось создать для больной сносное существование.

Однако, по наблюдениям Фроммольта (Frommolt), в некоторых случаях перевязка подчревных артерий оказывается недостаточно надежной, и кровотечение возобновляется, и потому он советует одновременно перевязывать и семенные артерии. Кроме того он приводит два случая, где вследствие невозможности перевязать одну из подчревных артерий, пришлось наложить лигатуру на подвздошную артерию. Техника перевязки состоит в том, что на этот сосуд накладывается два крепких шелковых шва, которые помещаются на расстоянии нескольких сантиметров один от другого. Оба случая кончились вполне благополучно, и он не видел каких-либо осложнений.

Кроме того при сильных, часто невыносимых болях, рекомендуется производить резекцию пресакрального нерва. Основанием для этого вмешательства послужило сделанное в 1897 г. Жабулэй (Jaboulay) наблюдение, что некоторые тазовые невралгии зависят от расстройства функций симпатической нервной системы; подтверждением этому послужили сделанные с полным успехом в 1921 г. Леричем (Leriche) и в 1922 г. Галлопо (Hallepeau) иссечения симпатического нерва на подчревной артерии.

Котт (Cotte) для этой цели предложил следующий способ резекции пресакрального нерва. Пучок симпатического нерва всего легче отыскивается на V поясничном позвонке; для этого находят мыс и несколько выше треугольное пространство, лежащее между обеими подвздошными артериями; затем брюшина рассекается в вертикальном направлении на протяжении 4—5 см, а кишечные петли отодвигаются подальше влево. В разрезе слева от средней линии определяются мезентериальные сосуды, а посередине находится искомый нерв. Он легко может быть отделен спереди, справа и сзади, под него подводится игла Дешана (рис. 391), и тогда мы будем видеть утолщенное образование, разделяющееся немного ниже мыса на два тяжа. Обыкновенно удаляется часть нерва, длиной в 2—4 см, и кровотечения при этом не бывает.

Заканчивают операцию, зашивая брюшину тонким непрерывным кетгутовым швом, после чего брюшная полость закрывается обычным способом.

Мы несколько раз производили эту операцию; непосредственно после нее боли прекращались, но проследить хотя бы три или четыре месяца больных мы не имели возможности, так как все это были запущенные случаи, и больные погибали в короткое время.

Кроме этой операции для устранения нестерпимых болей при запущенных карциномах матки рекомендуется в гинекологической практике Генкелем (Henkel), Шюкком (Schück) и Мартином в 1911 г. новая операция. У нас в Ленинграде она была представлена на одном из заседаний Акушерско-гинекологического общества Поленовым в 1927 г.

Техника ее состоит в том, что в области I грудного позвонка удаляются три позвоночных дужки и по возможности бескровно открывается твердая мозговая оболочка; вскрыв дуральный мешок, определяют по наружной поверхности спинного мозга ход передне-бокового тяжа и делают с каждой стороны глубокий его надрез. Затем рана послойно зашивается.

По отзывам лиц, рекомендующих эту операцию и имеющих уже десятки случаев, результаты получаются хорошие, но мы личного опыта не имеем, так как ни разу ее не производили. Во всяком случае она технически довольно сложна, так как неполная перерезка названных нервных стволов вызывает дальнейшие боли, а повреждение пирамидальных боковых стволов расстраивает движения, а между тем ориентироваться только по виду мозга довольно трудно.

Вот в общих чертах те хирургические мероприятия, которыми мы должны воспользоваться для того, чтобы облегчить муки несчастной, страдающей неоперабельным раком больной. На мой взгляд следует шире применять названные операции, а не отделяться от такой больной, как неизлечимой и напрасно занимающей больничную койку.

Операции при раке шейки матки, осложненном беременностью.

Совпадение рака шейки матки с беременностью представляет собой чрезвычайно большую редкость. Пегам, например, наблюдал его всего 25 раз на 82 000 родов, что составляет 0,003%, а по нашим данным в Родильном доме им. Снегирева за 10 лет, с 1923 г., на 183 000 родов и абортос имел место один случай рака шейки матки.

По современным взглядам, беременность влияет на течение рака матки неблагоприятно, ускоряя его распространение, и потому в каждом случае решение относительно нашего образа действий здесь должно приниматься быстро, но по своему существу оно ничем не будет отличаться от обычного. Если оперативная помощь еще возможна, то она должна быть безотлагательно применена, причем считаться приходится только с интересами матери.

Способ операции в значительной мере зависит от срока беременности. Именно, в тех случаях, когда беременность не больше трех месяцев, можно оперировать или через влагалище, или через брюшную стенку; здесь следует отметить, что благодаря беременности все ткани очень рыхлы, и поэтому удаление матки совершается легко.

Когда беременность больше трех месяцев, но плод еще нежизнеспособен, то проще и быстрее удалить матку через разрез брюшной стенки, причем ее предварительно опорожнить не нужно. В тех же случаях, когда плод уже жизнеспособен, следует сперва рассечь матку и извлечь ребенка, а затем удалить ее обычным способом, захватывая как можно больше клетчатки и убирая железы.

Там, где раковый процесс успел настолько распространиться, что оперировать уже невозможно, показано ждать до срока наступления родов или во всяком случае до конца 32-й недели, и родоразрешение произвести посредством кесарского сечения с надвлагалищной ампутацией матки, а больную следует подвергнуть в дальнейшем лечению рентгеновыми лучами или радием.

Что касается вопроса о том, делать ли влагалищное кесарское сечение или идти брюшностеночным путем, то предпочтение должно быть отдано последнему способу, так как он дает больше шансов на получение живого плода, в интересах которого здесь и производится операция. Кроме того и для матери он безопаснее, так как при брюшностеночном чревосечении не приходится непосредственно соприкасаться с раковой язвой, которая угрожает как инфекцией, так и кровотечением.

Здесь следует остановиться на применении радия в тех случаях, где имеется небольшая беременность, а рак матки уже сильно распространен и оперировать

его радикально нет возможности; ждать же до того момента, пока плод станет жизнеспособным, оказывается тоже невозможным, так как больная может погибнуть от рака раньше этого срока. В таких случаях пробовали применять лечение радием, и в литературе приводятся случаи, в которых оно не оказывало заметного влияния на плод.

Оперативное лечение рака тела матки.

Рак тела матки представляет собой заболевание слизистой оболочки его полости и не имеет склонности распространяться на цервикальный канал и влагалищную часть. Так как он находится в замкнутом пространстве и пути для его распространения гораздо менее благоприятны, чем при раке шейки матки, то он является менее злокачественным. Действительно, для того чтобы достигнуть окружающей клетчатки, он должен разрушить всю мышечную стенку матки и распространиться по лимфатическим путям, на довольно большом пространстве заложенным в самой стенке матки.

Встречается рак тела матки значительно реже, чем рак шейки, и составляет всего лишь 11% рака матки вообще. На основании всех этих данных и отношение к нему совершенно иное; он не требует расширенного способа удаления, а в большинстве случаев операция при нем сводится к простой экстирпации матки через влагалище или через разрез брюшной стенки.

Диагностика рака тела матки тоже представляет некоторые особенности; так как он наблюдается обыкновенно в более позднем возрасте (около 50 лет), то всякая неправильность со стороны месячных в это время должна быть взята под подозрение; особенно должно обратить на себя внимание, когда после наступления менопаузы и прекращения месячных иногда на несколько лет, снова появляются отделения крови. Этот признак является чрезвычайно подозрительным, однако выяснить вопрос и поставить окончательный диагноз можно только путем выскабливания матки и микроскопического исследования соскоба; иногда, правда, можно распознать характер изменений уже по макроскопическому виду соскобленных масс.

Пробное выскабливание матки с целью дифференциальной диагностики рака должно производиться обязательно под наркозом, и надо обойти ложечкой всю полость матки, иначе ограниченная раковая язва (или раковое разращение) может быть просмотрено.

Другие признаки, как например увеличение размеров матки, не имеют решающего значения, так как они могут наблюдаться и при иных заболеваниях.

Как уже было сказано, операция при раке тела матки может быть произведена или через влагалище, или через разрез брюшной стенки, причем и в том и в другом случае техника ее отвечает тому, как производится обычная экстирпация матки при фибромиоме или хроническом метрите. Не отличаясь в своих основных чертах от такой типичной операции, она, при раке тела матки, однако, имеет некоторые особенности. Прежде всего надо помнить о том, что в полости матки находится злокачественное образование, нередко инфицированное, и потому надо очень бережно относиться к стенкам матки, тем более что они в этом случае особенно хрупки. Для того чтобы их не травмировать, при операции брюшностеночного чревосечения можно воспользоваться приемом, предложенным Ф о р о м для захватывания матки во время ее удаления при раке шейки.

Этот способ состоит в том, что накладываются два крепких зажима с обеих сторон от матки на широкую связку вдоль ее ребер.

Таким образом получается возможность хорошо фиксировать и перемещать матку в любое положение, и отпадает надобность в проведении через ее тело шелковой лигатуры и в захватывании его двузубцами.

При удалении матки через влагалище следует тоже принимать некоторые меры для того, чтобы вывести матку из брюшной полости во влагалище, обходясь без разреза по передней ее стенке и не нанося глубоких повреждений при захватывании пулевыми щипцами.

Достигается это тем, что при круговом разрезе влагалища проводится еще добавочный разрез по передней его стенке длиной в 3 или 4 см; таким образом отверстие, через которое выводится матка, значительно расширяется, и тело матки удастся вывести во влагалище без особого труда. Прежде чем вывести матку, на крестцово-маточные связки, на основания широких связок, на маточные артерии и на срединные отделы широких связок накладываются зажимы, и связки перерезаются между ними и маткой; таким образом матка остается соединенной с тазовой областью только верхним отделом широких связок, круглыми связками, трубами и яичниковыми связками.

В таком виде матку удастся легко вывести через широкое отверстие во влагалище; но так как при раке тела матки нередко процесс распространяется и на грубы, то удалять приходится также и их. Для этого матка сперва оттягивается в одну, например левую, сторону и на правую воронко-тазовую связку накладывается зажим, после чего связка перерезывается между ним и абдоминальным концом трубы и яичником; после этого делается то же самое с другой стороны, и матка вместе с трубами и яичниками удаляется (рис. 392).

В приведенных деталях и состоит особенности удаления матки при поражении раком ее тела.

Нами было оперировано 63 таких больных, причем в 30 случаях операция производилась брюшностеночным путем и из них погибла одна больная, что составляет 3,3%; в 32 случаях было произведено влагалищное удаление матки, и из этих последних погибла тоже одна больная, что составит 3,1%.

Применение лучистой энергии при лечении рака тела матки не находит пока широкого распространения, и некоторые, например Франц, испытав ее в течение некоторого времени, от нее отказались, так как отдаленные результаты, полученные при лечении радием, оказались гораздо хуже тех, которые получаются при оперативном лечении.

Оперативное лечение рака влагалища.

Рак влагалища может наблюдаться как первичное новообразование и значительно чаще располагается на задней стенке влагалища и в нижней его трети. В таком виде он встречается довольно редко; например Малиновский приводит данные нескольких авторов, где первичный рак влагалища наблюдался только в 0,2—0,4%; однако другие, например Дедерлейн, наблюдали его по прежним статистическим данным в 2,5%, а Франц за 10 лет имел на 700 случаев рака шейки матки 18 раков влагалища, что составляет тоже 2,6%.

Значительно чаще рак влагалища встречается как вторичное образование, развивающееся из шейки матки и непосредственно переходящее на влагалище, но здесь не место останавливаться на этой его форме, так как этот вопрос относится к раку шейки.

По наблюдениям Клебса, среди первичных раков влагалища можно различать две самостоятельные формы, из которых одна представляет собой диффузную раковую инфильтрацию, охватывающую кольцом всю влагалищную трубку и делающую ее плотной и совершенно неподвижной, а другая является обыкновенно ограниченной опухолью, по виду своему напоминающей цветную капусту. Из этих двух форм только последняя дает некоторую надежду на успех при операции, в то время как первая в громадном большинстве случаев не может быть подвергнута оперативному лечению.

Жалобы, заставляющие больных искать врачебной помощи, появляются при раке влагалища поздно и бывают выражены слабо; более совершенно нет или они наступают очень поздно; кровянистые выделения тоже бывают только тогда, когда опухоль уже начинает распадаться. Таким образом больные долго не замечают своего страдания и обращаются к врачу уже в запущенных случаях, причем оперативное лечение бывает возможно только тогда, когда процесс еще не успел распространиться в глубину на клетчатку и отсюда по лимфатическим путям на близлежащие и отдаленные железы.

Позднее обращение больных к врачебной помощи, а также чрезвычайно быстрое распространение ракового процесса на клетчатку делают предсказание при операции рака влагалища чрезвычайно неблагоприятным. Так, например, из наблюдавшихся Ф р а н ц е м 18 случаев только 7 были доступны операции, причем непосредственная смертность достигала здесь 28%.

Что касается методики оперативного лечения рака влагалища, то в прежнее время Ш р е д е р поступал следующим образом. Он делал вокруг язвы глубокий разрез слизистой оболочки; отступя от нее на значительное расстояние в здоровой ткани и идя со стороны влагалищного входа, Ш р е д е р тупым путем удалял инфильтрированный участок, после чего раневую поверхность выжигал термокаутером.

Однако получаемые при этом способе результаты были очень неблагоприятны, и потому вскоре было признано необходимым удалять все влагалище, а также и матку. В 1895 г. О л ь с г а у з е н предложил следующий способ: промежность рассекается в поперечном направлении, и тупым путем идут между прямой кишкой и влагалищем до заднего дугласова пространства, которое вскрывается, и матка через разрез брюшины выводится кзади и удаляется вместе с влагалищем.

И этот способ давал очень плохие в отношении длительного выздоровления результаты, так как рак влагалища рано распространяется по лимфатическим путям на прямую кишку и мочевой пузырь. Поэтому в настоящее время стремятся удалить все влагалище вместе с маткой и одновременно захватить определенный участок прямой кишки, если раковая язва расположена на задней стенке влагалища, или резецировать часть мочевого пузыря, если раковый процесс гнездится на передней влагалищной стенке и переходит на него.

Производить ли экстирпацию матки и влагалища брюшностеночным или влагалищным способом — пока остается еще вопросом открытым; но так как удалить все влагалище, оперируя через разрез брюшной стенки, чрезвычайно трудно, то Г а л ь б а н рекомендует в этом случае в начале операции, или в конце ее, — когда уже перевязаны и перерезаны все маточные сосуды и связки — отделить циркулярно нижний отдел влагалища, поместив больную в положение для влагалищной операции, а затем, после удаления матки и влагалища, производить резекцию прямой кишки или удаление части стенки ее.

Для того чтобы облегчить себе доступ к кишке при удалении влагалища снизу, пользуются боковым разрезом промежности по Ш у х а р т у. Чтобы обезопасить себя от соприкосновения с раковой язвой при дальнейшей операции, разрез этот здесь следует производить уже после того, как сделан круговой разрез во влагалищном входе и нижняя треть влагалища отделена и оно защищено несколькими швами.

Резекция прямой кишки производится так, что она сперва выделяется из окружающих ее тканей и затем циркулярным разрезом перерезывается в нижнем отделе на желаемой высоте. Подлежащий удалению участок ее также циркулярно отделяется от вышележащей части кишки; после этого соединяют верхний отдел кишки с нижним узловыми кетгутовыми швами в два этажа.

Брюшная полость теперь закрывается посредством соединения брюшины, покрывающей мочевой пузырь, с краем брюшины заднего дугласова простран-

ства, и обнаженный от слизистой оболочки просвет влагалища замыкается несколькими крестовыми кетгутowymi швами.

При расположении раковой язвы на передней стенке влагалища прямую кишку резецировать не приходится, а следует обратить внимание на состояние мочевого пузыря, и, если необходимо, то удаляют пораженный участок.

По литературным данным нельзя себе составить ясного представления о длительных результатах, получаемых при этой операции, но общее впечатление весьма неблагоприятно и потому здесь казалось бы наиболее показанным лечение лучистой энергией. Однако получаемые при этом результаты тоже не блестящи; так, например, Франц из 9 неоперативных случаев рака влагалища, леченных радием, потерял двух больных от рецидива в течение первых двух лет. Нам тоже пришлось наблюдать больную, которая имела раковую опухоль на задней верхней трети влагалища величиной с серебряный рубль; после лечения радием она первое время казалась совершенно поправившейся, но спустя полтора года погибла от рецидива.

Оперировать рак влагалища нам пришлось только один раз, причем было удалено все влагалище и матка, но больная погибла от инфекции.

Оперативное лечение рака наружных половых частей и влагалищного входа.

Рак наружных половых частей и влагалищного входа встречается сравнительно редко; так, по данным Шарца из Берлинской клиники, рак вульвы наблюдался на 1147 случаев рака матки всего лишь 30 раз, что составляет 2,6%.

По отдельным органам наружных половых частей расположение рака здесь представляется в следующих отношениях:

рак больших и малых губ	52%
» клитора	38%
» бартолиновой железы	5%
» задней спайки	3%
» парауретральный	2%

Относительная злокачественность этой формы рака, стоит очень близко к раку влагалища и, по литературным данным, дает всего от 4 до 12% длительного выздоровления, причем надо заметить, что здесь наблюдаются нередко очень поздние рецидивы на шестом и даже на восьмом году в виде канкроидных узлов.

Столь резко выраженная злокачественность рака вульвы должна быть отнесена за счет чрезвычайного богатства тканей наружных половых органов лимфатическими сосудами. Они развиты здесь в виде сети мельчайших канальцев, расположенных в несколько слоев в области клитора, наружного отверстия мочеиспускательного канала, малых губ и внутренней стороны больших губ, а на наружной их поверхности они образуют более толстые стволы, уже хорошо различимые невооруженным глазом. Направление этих стволов зависит от места их возникновения, и те из них, которые начинаются из передней трети влагалищного входа, идут прямо через переднюю поверхность лобка и отсюда в стороны к паховым железам; берущие начало из задней трети входа во влагалище направляются в глубине таза к своим конечным железам. Если искусственно произвести инъекцию одной половины вульвы, то нередко можно видеть, что лимфатические пути этой половины вливаются в железы противоположной стороны.

У Кроссена мы находим такое замечание о распространении рака при поражении того или иного отдела влагалищного входа: «В том случае, когда раковый процесс гнездится на больших или малых губах, в раннем периоде болезни бывают инфильтрированы паховые железы; при локализации рака в

области клитора или наружного отверстия мочеиспускательного канала инфильтрация распространяется на глубокие железы таза».

Из всего сказанного становится вполне понятным, почему рак вульвы дает такие дурные результаты при операции. А потому приходится широко захватывать удаляемые ткани, причем разрезы проводятся на значительном расстоянии от пораженного участка и обязательно удаляются и поверхностные и глубокие паховые железы.

Относительно отыскивания и удаления глубоких тазовых желез в настоящее время нет единства во взглядах. Так, например, одни, и в их числе Ш т е к к е л ь, удаляют и ретроперитонеальные железы, для чего сперва делается чревосечение и производится вылушение подвздошных и подчревных желез, затем удаляются паховые железы и в заключение иссекается и раковая опухоль. Другие, как например К р о с с е н, находят, что выгоднее для больной ограничиться удалением только паховых желез, глубоких же тазовых желез лучше не трогать, так как это представляет собой тяжелое и длительное вмешательство, а оперируемые по поводу рака вульвы женщины обыкновенно находятся в пожилом возрасте, когда надо учитывать влияние и самой операции и продолжительного послеоперационного течения.

Техника операции состоит в том, что сначала с одной стороны, а потом с другой проводятся разрезы над пупартовыми связками на 1 см выше их и удаляется вся жировая клетчатка вместе с железами, причем это должно делаться осторожно, чтобы не поранить больших бедренных сосудов (рис. 393).

Оба разреза встречаются над симфизом, и от латеральных их концов проводятся разрезы, охватывающие собой большие и малые губы, клитор и включающие в себя пораженный раком участок, причем надо следить, чтобы разрез шел в совершенно здоровой ткани достаточно далеко от раковой язвы. Внутренние края лоскута очерчиваются так, чтобы разрезы проходили, охватывая наружное отверстие мочеиспускательного канала, но по возможности не нарушали его целости; этими же разрезами с обеих сторон охватывается влагалищный вход по внутреннему краю малых губ (рис. 394).

Обыкновенно операция состоит в удалении раковой опухоли вместе с окружающей клетчаткой вплоть до фасций и находящихся под нею мышц, но иногда процесс распространяется глубже, и может оказаться необходимым удалить часть сфинктера заднего прохода и леватора. Начинается операция с удаления паховых желез.

Операция должна производиться с тщательной остановкой кровотечения, причем надо стараться по возможности обколоть и перевязать все — даже мелкие сосуды, так как иначе это мешает хорошему заживлению.

Зашивание раны обычно не представляет затруднений, так как кожа на этих участках очень подвижна, однако в случае затруднений и чрезмерного натяжения краев раны следует выкроить лоскуты из окружающих тканей. Большой лоскут надо выкраивать на той стороне, где не было раковой инфильтрации и, следовательно, пришлось удалить меньше ткани; это делается для того, чтобы уменьшить натяжение на больной стороне, помещая этот лоскут в области лона над уретрой и частью на противоположную сторону (рис. 395). Особенно тщательно и по возможности без натяжения надо соединить лоскуты вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, так как сращение его рубцами может впоследствии сильно затруднять мочеиспускание.

Если натяжение лоскутов получается чрезмерным, то следует сделать несколько надрезов кожи параллельно краям лоскута. Эти надрезы можно оставить гранулировать или концы их надо соединить один с другим посредством узлового шва (рис. 396).

В качестве материала для зашивания и для фиксации лоскутов следует употреблять шелк, так как кетгут здесь может слишком быстро рассосаться и

вызвать расхождение краев раны. Эти шелковые узловые швы накладываются на расстоянии в 1 см один от другого, а затем кладется еще непрерывный кетгутовый шов, соединяющий края раны по всему протяжению (рис. 397).

Заканчивая этим оперативное лечение рака наружных половых органов, мы должны отметить, что и лучистая энергия имеет здесь довольно широкое применение, но в отношении результатов оба метода, по видимому, дают пока одинаково неудовлетворительные результаты.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТРОЭНДОМЕТРИТА.

Проф. Л. Л. Окунчик

В повседневной практике врачу-гинекологу часто приходится сталкиваться с больными женщинами, которые жалуются на обильные и продолжительные кровотечения, протекающие по типу менорагии или метрорагии. К означенным жалобам нередко присоединяются постоянные бели и боли в пояснице. На материале Козинского обращаемость больных с кровотечением достигает по амбулатории 7,9%, по клинике консервативных методов лечения — 11% и по клинике оперативных методов — 17,6%. По данным Снегирева, больные с маточным кровотечением составляли 18,9%, причем кровотечение на почве эндометрита занимает третье место среди других гинекологических заболеваний (на первом месте — рак матки, на втором — фибромиомы). Наблюдаются эти жалобы обыкновенно у женщин рожавших и достигших возраста, близкого к климактерию, но встречаются также у молодых, не рожавших женщин и сравнительно редко у девушек.

Кровотечения типа менорагии или метрорагии, особенно в климактерическом периоде, по Скандони (Scanzoni), являются следствием хронического воспаления матки, причем он различал две стадии заболевания: первая стадия представляет род застойного отека матки, который является последствием и спутником активной и пассивной гиперемии (стадия инфильтрации); во второй стадии наступает уплотнение в результате общего или частичного малокровия органа, вследствие сужения артериальных и венозных сосудов матки и чрезмерного новообразования соединительной ткани. По Фричу, хронический метрит заключается в гипертрофии соединительной ткани вследствие дегенеративных и воспалительных процессов в миометрии. Руге, Фейт, Кюстнер и др., на основании гистологических исследований полученных соскобов, причину кровотечений усматривают в изменении эндометрия. Применявшееся для лечения эндометрита выскабливание полости матки не всегда давало положительные результаты, и это вновь навело на мысль, что возникающее кровотечение стоит в связи не только с поражением эндометрия, но и с заболеванием мышцы. Кренг, Тейльгабер, Кивиш (Kiwisch), Мейер и др., производившие исследование удаленных — вследствие обильных кровотечений — маток, констатировали всегда более или менее сильное развитие соединительной ткани за счет атрофии мускулатуры.

Многие авторы, однако, не придают значения этим исследованиям, поскольку у женщин многорожавших, — и в возрасте близком к климактерию, — наблюдается и в норме преобладание соединительной ткани над мускулатурой. Панков показал, что изменения в мышце и слизистой, трактованные как типичные для метроэндометрита, наблюдаются в матках совершенно здоровых женщин и что у женщин, страдающих кровотечениями, в кровеносных сосудах нет каких-либо специфических изменений. «Вообще», заключает Панков, «у женщин с кровотечениями ни в соединительной ткани ни в мышцах не обнаруживается ничего такого, чего не было бы у женщин без кровотечений».

С этим положением едва ли можно полностью согласиться, тем более что при наличии кровотечения мы находим почти всегда объективные изменения в матке или в придатках. Мы считаем, что причиной кровотечения чаще всего является метроэндометрит, который может возникнуть или в результате инфекции, или вследствие застойных явлений в области таза, часто встречающихся при ненормальных бытовых условиях.

При застойных явлениях вначале происходит пропитывание ткани матки серозным выпотом. Отдельные мышечные волокна и прослойки из соединительной ткани набухают, и расширяются межклеточные промежутки. Затем в окружности сосудов образуется мелкоклеточная инфильтрация ткани за счет форменных элементов крови. Этот первый период метроэндометрита объективно характеризуется тем, что матка увеличивается в объеме, становится мягкой и несколько чувствительной при давлении; слизистая оболочка ее утолщена, причем наблюдаются гипертрофия и гиперплазия желез, а также набухание межжелезистой соединительной ткани с усиленной васкуляризацией за счет расширения и развития капиллярной сети сосудов. Означенные изменения в мышечной стенке матки и ее слизистой проявляются в усиленной секреции желез, вследствие чего появляются бели, обильнее становятся менструации и вследствие недостаточности мышц они продолжаются более длительной срок. Нередко в этом периоде наблюдается нарушение оварияльного цикла, менструации приходят чаще, что можно объяснить усиленной активной гиперемией яичника, которая и влечет за собой ускорение созревания фолликулярного аппарата и в силу этого — учащение месячных.

Во втором периоде метроэндометрита на почве мелкоклеточной инфильтрации наблюдается усиленное разрастание молодой соединительной ткани. Объективно матка увеличивается еще больше (в полтора-два раза), становится более плотной. Жалобы больных сводятся обычно к белям, болям в крестце и в пояснице и к обильным кровотечениям во время месячных; в этом периоде кровотечения нередко усиливаются вследствие того, что стенки сосудов матки начинают склерозироваться, отчего теряется их сократимость и кроме того молодая соединительная ткань вытесняет собой и приводит к атрофии мышечные элементы маточной стенки, понижая таким образом сократительную способность матки.

В процессе дальнейшего течения метроэндометрит вступает в третий период, когда вновь образованная соединительная ткань стареет, сморщивается, вследствие чего мышечные волокна, сдавливаемые со всех сторон волокнами соединительной ткани, погибают и заменяются молодой плотной рубцовой тканью; в стенках сосудов склеротические изменения прогрессируют, и сосуды совершенно теряют способность спадаться. Слизистая оболочка постепенно атрофируется, атрофируются также и железы, которые отделяют меньше секрета, зато более вязкого.

При внутреннем исследовании матка в этом периоде оказывается еще более плотной, достигая иногда хрящевой консистенции, причем она уменьшается в своем размере. Больные обычно жалуются на вязкие, тягучие бели, на нарушение месячных, которые принимают характер метрорагии.

Происхождение метрорагии в этом периоде метроэндометрита объясняется склерозом сосудов маточной стенки и тонкостью слизистой оболочки матки, а потому всякие случайные причины, вызывающие прилив крови к половым органам, могут повести к кровотечениям.

П а н к о в, Г и ч м а н (Hitschman), А д л е р, Ш р е д е р и др. видят причину кровотечения не в состоянии матки, а в функциональном расстройстве секреторной деятельности яичников. Так, Ш р е д е р, А ш о ф (Aschoff) и М е й е р причину кровотечений усматривают в наличии «персистирующего» фолликула, в то время как желтое тело полностью отсутствует.

Отсутствие желтого тела, обычно имеющегося при каждом менструальном цикле, дает возможность сделать заключение о наличии персистирующего фолликула. Следствием того, что фолликул продолжает существовать в этом состоянии дольше нормы, является и более длительное действие его на пролиферационную фазу эндометрия, которая в силу этого переходит из нормального состояния в патологическое.

Ряд авторов, исходя из учения Шредера, Гичмана и Адлера, предлагают название «хронический метрит» заменить на «метропатия», а Дедерлейн советует диагноз «хронический метрит» сохранить лишь для очень ограниченного числа случаев, где определенно можно констатировать инфекцию или ее последствия, во всех же остальных пользоваться названием «метропатия».

Не все, однако, согласны признать название «метропатия» правильным. Так, Франц пишет, что он находит это ничего не обозначающее название излишним и предлагает от него совершенно отказаться. Мы считаем, что название «метропатия» внесло только путаницу в понятия, тем более, что кровотечения могут быть, как уже было указано выше, не только в результате воспаления, но и от застойных явлений; застойные же явления в свою очередь могут быть вызваны рядом причин, из которых на первом месте, как справедливо подчеркивает Шредер, должны стоять заболевания сердца и легких, вызывающие застойные явления в большом кругу кровообращения.

Причиной кровотечений в молодом возрасте нередко являются гипоплазии полового аппарата, когда имеется недостаточность мышцы матки, что ведет к удлинению появившейся менструации. Наконец состояние вегетативной нервной системы, состояние и функция желез внутренней секреции оказывают влияние на функцию полового аппарата. Исходя из того, что как воспалительный процесс, так и застойные явления в матке оказывают влияние — как непосредственное, так и через эндокринную систему — на яичники, правильнее для всех случаев менорагии и метрорагии сохранить название — *метроэндометрит*.

Приняв такую номенклатуру, мы должны все случаи метроэндометрита распределить, в зависимости от их преимущественной локализации, на *метриты шейки* и *метриты тела матки*.

Шейка матки обычно участвует в процессе при заболевании тела матки, так как составляет с последним одно целое. Кроме того, в патологических случаях взаимная связь поддерживается тем, что шейка часто служит путем, по которому инфекция проникает в полость матки. Наблюдаемые во время родов разрывы шейки матки часто служат причиной не только метрита шейки, но и тела матки, причем при старых разрывах шейка матки достигает значительного утолщения. Такие же изменения наблюдаются иногда в шейке при распространении процесса со слизистой оболочки или с паренхимы тела матки. Нередко приходится наблюдать на шейке матки *эрозии*, которые не поддаются консервативному лечению. Во всех этих случаях прибегают к операциям, которые заключаются или в восстановлении целостности шейки, или в ее удалении.

Для восстановления целостности шейки матки применяется зашивание разрыва по способу Эмметта (Emmett). Производится эта операция следующим образом. После тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища шейка матки, по обнажении ее зеркалами, захватывается пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и оттягивается к влагалищному входу. Губы раздвигаются, и ножом намечаются границы лоскута так, чтобы внутренняя граница проходила по краю слизистой оболочки цервикального канала, а наружная — по краю слизистой оболочки влагалищной части (рис. 398). Затем очерченный лоскут удаляется, после чего переднюю и заднюю губы влагалищной части соединяют узловыми кетгутowymi или шелковыми швами (рис. 399), проникающими через всю толщу стенки шейки матки или же через слизистую оболочку влагалища и мышечную стенку, не захватывая слизистую цервикаль-

ного канала (рис. 400). Если учесть то обстоятельство, что кетгут рассасывается, а наложенные на шейку шелковые швы подлежат снятию, то способ их наложения не может иметь существенного значения. При больших разрывах и чрезмерно толстой влагалищной части шейки матки кроме кетгутовых швов обязательно нужно наложить один или два шелковых шва, так как кетгут быстро рассасывается, и разошедшиеся края раны могут дать кровотечение.

В тех случаях, когда вследствие двустороннего разрыва шейки образовался выворот слизистой цервикального канала с воспалительными ее изменениями, причем обе губы резко гипертрофированы, следует произвести ампутацию шейки по способу С и м о н - М а р к в а л ь д а (Simon-Marckwald). Он состоит в следующем. Передняя и задняя губы влагалищной части захватываются пулевыми щипцами и с каждой стороны от наружного зева проводится небольшой разрез; затем на передней губе по ее наружной поверхности делается разрез, который имеет выгнутую книзу форму и идет от одного бокового разреза до другого. Такой же разрез делается по внутренней поверхности передней губы, и из нее вырезывается клиновидный кусок; по иссечении его получают два лоскута — один, образованный слизистой влагалища, другой — слизистой цервикального канала, причем каждый из них имеет слой мышечной ткани (рис. 401). Затем накладывают узловые кетгутовые швы, соединяющие слизистую оболочку цервикального канала со слизистой оболочкой, покрывающей влагалищную часть снаружи (рис. 402). Точно так же удаляют лоскут на задней губе. После соединения краев слизистой оболочки при помощи узловых швов накладывают по два-три кетгутовых шва с каждой стороны для соединения передней губы с задней (рис. 403).

Если при наличии плотной шейки для соединения краев раны требуется большое натяжение, то следует наложить дополнительно по одному шелковому шву, ибо иначе кетгут может слишком быстро рассосаться и в результате получится расхождение краев раны, которое может повлечь за собой сильное кровотечение. Для проведения швов иглу лучше вкалывать со стороны цервикального канала. В случаях, когда имеются изменения на шейке матки, выражающиеся в частичном двустороннем разрезе с последующим выворотом слизистой цервикального канала, К р о с с е н предлагает создать нормальный наружный зев следующим способом. Шейка матки захватывается пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и низводится, затем ножом очерчивается лоскут, подлежащий удалению с той и другой стороны (рис. 404); удалив его, приступают к наложению узловых кетгутовых швов, проникающих через всю толщу (рис. 405); при помощи этих швов края освеженных поверхностей передней и задней губы соединяются (рис. 406), и в результате получается хорошо сформированная шейка (рис. 407).

В тех случаях, когда имеется значительная гипертрофия шейки матки и резко выраженный катар слизистой ее оболочки, Ш р е д е р производит операцию по предложенному им следующему методу. Шейка матки, захваченная двумя пулевыми щипцами (рис. 408), наложенными на переднюю и заднюю губы, рассекается ножом в поперечном направлении, затем скальпелем вдоль каждой губы удаляется слизистая цервикального канала с подлежащей мышечной тканью (рис. 409). В результате получают два лоскута, состоящие из слизистой оболочки влагалищной части шейки и прилегающей мышечной ткани; полученные лоскуты должны быть достаточно гибкими; они должны легко складываться, чтобы можно было без труда фиксировать слизистую лоскута к слизистой цервикального канала (рис. 410, 411).

Г а р т м а н изменил способ Ш р е д е р а: он пользуется лоскутом значительно более тонким, довольствуясь почти лишь одной слизистой оболочкой. Поскольку такой лоскут более эластичен, он может быть лучше приложен к слизистой цервикального канала (рис. 412).

В тех случаях, когда имеется упорное поражение слизистой оболочки цервикального канала, П у э й (Роуеу) предложил иссекать всю слизистую оболочку, удаляя ее в виде более или менее значительного конуса, соответственно площади поражения (рис. 413). Означенную операцию можно производить, когда имеется незначительное поражение наружного зева. По удалении части цервикального канала кровотечение останавливается простым тампонированием без наложения швов; заживление происходит вторичным натяжением.

При резко измененной и гипертрофированной шейке с наличием длительно протекающего эндоцервицита лучше шейку ампутировать и убрать слизистую оболочку цервикального канала, что достигается применением операции Ш т у р м д о р ф а, которая состоит в следующем. Шейка матки захватывается пулевыми щипцами и низводится к влагалищному входу, затем производится круговой разрез влагалищной части матки (рис. 414а), который углубляется в толщу шейки в виде конуса (рис. 414б). По отсечении конического сегмента шейки, состоящего из слизистой оболочки цервикального канала и значительной части мышечной ткани (рис. 414в), приступают к остановке кровотечения. Гемостаз должен быть самый тщательный во избежание кровотечения в послеоперационном периоде. Затем приступают к наложению швов на переднюю и заднюю губы шейки, для чего поступают так. Предварительно отделив слизистую оболочку влагалищной части шейки матки от прилегающих тканей, ее заворачивают внутрь иссеченной шейки так, чтобы края слизистой влагалища были соединены с краем разреза слизистой цервикального канала (рис. 415а); это достигается наложением шелковых узловых швов, и для этого иглу вкалывают сантиметра на два отступая от края разреза слизистой оболочки (рис. 415б), проводят через всю толщу стенки шейки матки и выкалывают в цервикальный канал; затем подхватывают край слизистой оболочки, и иглу вкалывают со стороны цервикального канала в толщу шейки матки и выкалывают на уровне первого вкола, отступая от него в сторону на расстоянии 1 см (рис. 415в). Теперь потягиванием за оба конца нити край слизистой оболочки влагалищной части фиксируется в цервикальном канале. Точно так же накладывается и второй шов на заднюю губу. По наложении двух узловых швов (рис. 416а) накладывают несколько узловых или обвивной кетгутовой шов для соединения краев слизистой оболочки передней и задней губ (рис. 416 б и в).

Л и н д е м а н и Ф р а н к для лучшего соприкосновения краев слизистой оболочки влагалища и цервикального канала советуют шов накладывать таким образом, чтобы петля его была расположена сверху (рис. 416г).

В некоторых случаях, где шейка изменена (сильно удлинена и гипертрофирована), но не вызывает подозрения в смысле ее злокачественного перерождения, показано ее полное удаление посредством высокой ампутации. Техника ее следующая. Обнажают шейку матки зеркалами, пулевыми щипцами захватывают отдельно переднюю и заднюю губы и стягивают матку книзу, затем зондом измеряется величина шейки и отмечается часть, подлежащая удалению, после чего ножом делается круговой разрез слизистой оболочки влагалища (рис. 417) до мышечной стенки шейки матки; тупой отсепаровкой шейка обнажается на подлежащую отсечению длину и круговым разрезом удаляется (рис. 418).

Если при разрезе влагалища и отсепаровке слизистой попадают кровоточащие сосуды, то они перевязываются. По отсечении влагалищной части приступают к наложению швов; сначала накладываются 4 шелковых узловых шва на переднюю, заднюю и боковые стенки, а между ними кетгутовые узловые швы (рис. 419, 420). Швы необходимо проводить со стороны цервикального канала через всю толщу шейки и через край слизистой оболочки влагалищной части матки.

Ампутация шейки является весьма ценной операцией потому, что она быстро освобождает больных от белей, болей и, благодаря удалению шейки, которая

поддерживала воспалительное состояние тела матки, излечивает метрит. Кроме того, удаление гипертрофированной шейки вызывает трофические и регенеративные изменения во всей матке, в результате чего наступают уменьшение и возвращение к норме всего органа.

Переходя к лечению *метритов* тела матки, необходимо указать, что здесь главные жалобы больных сводятся к наличию кровотечений, протекающих по типу менорагий или метрорагий, которые иногда бывают очень значительными и вызывают тяжелую анемию. Следовательно, основное внимание наше должно быть направлено на устранение кровотечения.

Если оно незначительно, то иногда достаточно бывает назначения внутрь лекарственных средств, содействующих сужению сосудов и усиливающих сократительную способность матки. При длительных кровотечениях, с наличием явлений воспаления половой сферы, применяется метод электроионотерапии путем непосредственного воздействия на половую сферу или косвенным путем за счет воздействия на грудную железу, как железу внутренней секреции. Для электроионотерапии *Полубинский* и *Егунов* советуют применять 1% раствор солей кальция (*Calcium chloratum, Calcium carbon.*), причем ионы вводятся только через кожу (абдоминально-сакральное наложение электродов). *Бродерзон* и др. прибегают к интравагинальному методу, ибо введением ионов в область шейки матки, по их мнению, достигается более энергичное действие кальция.

Учитывая то обстоятельство, что во время кровотечения влагалищное вмешательство является нежелательным из-за невозможности в условиях амбулатории соблюдать полную стерильность, а также принимая во внимание явления раздражения слизистой оболочки солями кальция, наша клиника применяет преимущественно наложение электродов на живот и крестец, причем активный электрод (смоченный в растворе кальция) накладывается на живот.

Для лечения кровотечения типа менорагии *Егунов* в предложил применять метод облучения угольными лампочками накаливания грудных желез по типу предложенной *Журавлевым* электроионотерапии грудных желез. Облучение производится при помощи линейного рефлектора, дающего, по наблюдениям *Егунова*, благоприятный эффект в 87,3%. Незначительное количество случаев, проведенных по предложенному *Журавлевым* и *Егуновым* способам, не дает возможности сделать окончательные выводы.

Немаловажную роль в лечении метроэндометритов играет возраст больной; так, если она находится в климактерическом периоде или близко к нему, то прекрасные результаты дает лечение рентгеновыми лучами и радием. Радий вводится непосредственно в полость матки и прежде всего оказывает воздействие на слизистую оболочку, а потом на яичники. Рентгенизация яичников преследует подавление функции фолликулярного аппарата. Рентгеновые лучи оказывают более бережное воздействие и потому, по мнению *Окинчица*, заслуживают предпочтения перед радием при этого рода кровотечениях, хотя французские гинекологи пользуются в этих случаях только радием. ☪

Можно считать твердо установленным факт, что маточное кровотечение, вызванное хроническим метроэндометритом, всегда поддается лечению рентгеновыми лучами, но перед тем как начать лечение необходимо произвести выскабливание полости матки и полученный соскоб подвергнуть микроскопическому исследованию для того, чтобы исключить наличие злокачественного заболевания полости матки. Выскабливание должно быть произведено тщательно, чтобы получить достаточный для исследования соскоб. *Окинчица*, *Шредер*, *Рунге*, *Кипарский* и др. подчеркивают огромное значение выскабливания с целью остановки кровотечения. Поскольку оно дает непосредственный результат, выскабливание полости матки служит не только для диагностических целей, но и для лечения, так как месячные иногда

приходят надолго в нормальное состояние. Но на выскабливание полости матки нельзя смотреть как на операцию абсолютно безобидную; следует всегда помнить, что она нередко сопровождается рядом осложнений, о которых мы подробно говорили в главе о прерывании беременности. Операцию производят после надлежащего приготовления больной; при повышенной чувствительности лучше пользоваться общим наркозом.

Операция состоит в следующем. Во влагалище вводят ложкообразное зеркало и подъемник, а влагалищная часть матки захватывается двумя пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы; подъемник удаляется, влагалищная часть матки и цервикальный канал протираются спиртом.

Полость матки измеряется обыкновенным маточным зондом, после чего расширителями Гегара производится расширение цервикального канала до 8—10 номера, затем входят в матку кюреткой небольшого размера и ею производят выскабливание, причем необходимо придерживать определенной последовательности. Именно: сначала выскабливают переднюю стенку, затем постепенно переходят на боковую, заднюю и опять на боковую стенку; отдельно выскабливают дно матки и углы ее. При производстве операции необходимо обращать внимание на наличие неровностей и узлов в полости матки. После того как вся полость выскоблена, ее протирают марлей на плейфере, а затем смазывают иодом.

Если микроскопическое исследование не обнаруживает злокачественного перерождения слизистой, то больную, находящуюся в возрасте за 40 лет, направляют для лечения рентгеновыми лучами. В более молодом возрасте лечение рентгеновыми лучами противопоказано, так как оно преждевременно вызывает прекращение деятельности яичников, и потому приходится пользоваться другими средствами.

На выскабливание нельзя смотреть как на радикальный метод лечения, поскольку при этой операции не устраняется основная причина заболевания, а потому кроме местного воздействия на слизистую оболочку матки должно быть обращено внимание и на устранение основных причин (исправление положения матки, зашивание старых разрывов и т. д.). Не следует упускать из виду и расстройств общего состояния организма, которые, как мы уже отмечали выше, играют немаловажную роль в образовании метроэндометрита.

Все же нередки случаи, когда в результате произведенного выскабливания месячные в течение года и даже дольше сохраняют свой правильный характер, а затем вновь становятся слишком обильными и продолжительными, что заставляет производить повторные выскабливания полости матки через более или менее продолжительные сроки.

Кроме того для лечения кровотечений приходится применять иногда внутриматочные впрыскивания иода, которые мы делаем при помощи шприца Б р а у н а, обматывая наконечник его тонким слоем ваты. Благодаря этому приему достигается хорошее смазывание полости матки иодом, так как он впитывается в находящуюся на наконечнике шприца вату. Означенным приемом устраняется опасность попадания иода в трубы и в свободную брюшную полость, что нередко наблюдается при обыкновенном впрыскивании.

С целью остановки кровотечения нередко приходится прибегать к назначению средств, повышающих свертываемость крови и действующих активирующим образом на плазму клеток. Прежде всего сюда необходимо отнести рентгенизацию селезенки. Механизм действия рентгенизации, согласно исследованиям М и к у л и ч а - Р а д е ц к о г о, заключается в разрушении большого количества тромбоцитов, что повышает свертываемость крови. Последнее, впрочем, достигается в значительно большей мере при помощи переливания крови. Введение в вену даже небольших количеств крови (150,0—200,0 см³) действует кровоостанавливающим образом; кроме того в организм вводится

таким путем некоторое количество красных кровяных телец, продолжающих свою функцию газообмена.

В нашей клинике с целью остановки кровотечения при воспалительном состоянии половой сферы с хорошими результатами в течение последних 10 лет применяется аутогемотерапия. Для остановки кровотечения достаточно произвести от 2 до 5 впрыскиваний. Кровь берут из локтевой вены в количестве от 5,0 до 10,0 и вводят ее в верхненаружный квадрант ягодицы.

Но иногда, несмотря на предпринятые консервативные методы лечения, кровотечение продолжается, вызывая явления резкого малокровия.

В таких случаях мы вынуждены прибегать к оперативному лечению, которое состоит в ампутации тела матки или в полном ее удалении. То и другое можно произвести через влагалище, если к этому нет специальных противопоказаний.

Суправагинальную ампутацию тела матки мы применяем в тех случаях, когда шейка и влагалищная часть матки не представляют никаких изменений. Делается она по способу Р и к к а.

Если шейка матки изменена, например гипертрофирована, и на ней имеются старые разрывы или эрозии, то мы рекомендуем производить полное удаление матки влагалищным путем. Техника операции полного удаления матки и суправагинальной ампутации по способу Р и к к а изложена выше (см. главу «Оперативное лечение фибромиом матки»).

В отдельных редких случаях нам приходится сталкиваться с кровотечением в молодом возрасте у лиц не рожавших и не имевших выкидышей или даже у девушек, причем означенное кровотечение может быть чрезвычайно упорным. Считая, что указанное кровотечение является результатом нарушения взаимодействия желез внутренней секреции, мы для лечения их прибегаем к назначению органопрепаратов, а также общеукрепляющих средств. Кроме того в означенных случаях приходится применять средства, повышающие свертываемость крови (переливание крови, аутогемотерапию и рентгенизацию селезенки).

В последнее время для лечения таких кровотечений предложено впрыскивание крови беременных женщин. Кровь от беременной женщины, предварительно обследованной на сифилис и малярию, в количестве 10 см³ вводится внутримышечно. Г у р е в и ч, применяя означенный способ лечения, получила в 85,9% положительный результат. Правда, количество проведенных ею случаев чрезвычайно мало и требует дальнейшей проверки на более обширном материале.

В случаях, когда все эти мероприятия не оказывают должного эффекта, приходится прибегать к операции, предложенной в 1911 г. Г е н к е л е м (Haenkel), — именно к резекции яичников. Он на собственном материале в 81 случай получил 76% излечений и 11% улучшений; Ф о л ь к м а н, применив резекцию яичника при ювенильных кровотечениях в 17 случаях, в 16 из них получил стойкий результат.

Означенную операцию производят путем брюшностеночного чревосечения, причем необходима резекция обоих яичников.

В исключительных случаях приходится, несмотря на молодой возраст, с целью сохранения жизни, решаться на суправагинальную ампутацию матки или на полную ее экстирпацию.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ.

Проф. Л. Л. Окунчик

Опухоли яичников занимают одно из первых мест среди других новообразований женской половой сферы. Они свойственны всякому возрасту от рождения

до глубокой старости. Новообразования эти, по предложению Пфанненшталя, делят на *паренхиматозные*, исходящие из эпителиальных клеток, и *строматогенные*, исходящие из соединительнотканых элементов.

К первой группе относятся как доброкачественные опухоли (кисты, кистомы железистые и сосочковые), так и злокачественные (раки). Ко второй группе относятся также доброкачественные опухоли (фибромы и папилломы) и злокачественные (саркомы, эндотелиомы и миксомы). К этой же группе принадлежат и редко встречающиеся опухоли (ангиомы, энхондромы и остеомы).

Кроме названных новообразований нередко приходится сталкиваться с опухолями, которые по своему клиническому течению ничем не отличаются от настоящих опухолей или новообразований; особенность их состоит в отсутствии пролиферации, в ограниченности роста, — это фолликулярные кистомы и кисты желтого тела.

Своеобразный вид опухолей представляют дермоидные кисты или по современной терминологии «кистозные эмбриомы» и тератомы. Исследования Вильса, Пфанненшталя и Боннэ (Bonnet) показали, что названные опухоли — овулогенного происхождения, причем на все количество овариальных опухолей они, по данным Дедерлейна, Липперта и др., встречаются в 10—12%.

Нередко также приходится иметь дело с новообразованиями, развивающимися из остатков зародышевой ткани, именно из паровариума или пареофорона и, по данным Ольсгаузена и Фрича, они наблюдаются в 12%.

Эти кисты, соответственно субсерозному положению паровариума, располагаются интралигаментарно между листками широкой маточной связки, но по своему клиническому течению они ничем не отличаются от настоящих новообразований яичника и требуют одинакового с ними лечения.

Злокачественным опухолям яичников (рак, саркома и др.) присущи все особенности этих новообразований в других органах, как неограниченный рост, образование метастазов, и они сравнительно быстро приводят больных к гибели.

Существенно важно учитывать, что опухоли яичников часто обнаруживают злокачественный характер, причем необходимо различать три случая. Во-первых, злокачественная опухоль может возникнуть первично и в этом случае обыкновенно поражены оба яичника; во-вторых, может образоваться злокачественное перерождение уже существующей доброкачественной опухоли; и наконец, в-третьих, злокачественная опухоль может оказаться метастазом из других органов. Реже всего встречается первичная форма; наиболее многочисленной следует считать вторичную форму, которая развивается вследствие изменения уже имеющейся опухоли.

Из злокачественных форм наиболее часто встречаются раковые опухоли; так, Мартин частоту их исчисляет в 13,6%, а Дедерлейн насчитывает их около 10%. Саркома яичников в противоположность карциноме обыкновенно развивается первично, и Пфанненшталь на 400 овариотомий нашел саркоматозное перерождение в 5,2%; у Рейна оно наблюдалось в 6,5%, а у Отта — в 4,2%; в Тюбингенской клинике на 452 овариальных опухоли оказалось 15,5% злокачественных, а Окинчиц на 350 операций по поводу опухолей яичников обнаружил злокачественный их характер в 42 случаях или 12%.

Так как злокачественный характер опухоли часто определяется только путем микроскопического исследования уже после операции, то это заставляет нас во всех случаях нахождения опухоли яичника прибегать к оперативному вмешательству, и чем раньше новообразование будет удалено, тем лучше прогноз, тем более, что рак яичника очень рано дает метастазы.

Доброкачественные новообразования яичников в виде пролиферирующих кистом по своему клиническому течению, кроме злокачественного перерождения,

представляют опасность еще своим необыкновенно интенсивным и безграничным ростом. Так, например, О л ь с г а у з е н о м, Г р у з д е в ы м и др. описаны опухоли весом в 50 кг и больше. Кисты растут так быстро, что занимают всю полость живота, оттесняя диафрагму и вызывая сдавление всех органов грудной и брюшной полости. В папиллярных кистах сосочки прорастают стенку опухоли и могут дать диссеминацию по брюшине. Наконец, опухоли яичников, имеющие ножку, могут легко перекручиваться, и это является довольно частым их осложнением; так, Р о к и т а н с к и й находил это осложнение в 13%, Т о р н т о н (Thornton) в 9,5%, а О л ь с г а у з е н в 6,5%.

Ф р е й н д первый дал правильное объяснение происхождению и значению перекручивания ножки кисты; он указал, что это не случайное явление, а что оно вполне соответствует росту и развитию опухоли. Ножка кисты по выходе ее из малого таза находится впереди опухоли, а затем, когда киста выступает в свободную брюшную полость и располагается непосредственно у передней брюшной стенки, матка и вместе с нею также и ножка опухоли помещаются позади; при таком перемещении опухоли всегда происходит перекручивание ножки на 90°, протекающее без особых явлений.

Более сильное перекручивание ножки образуется постепенно вследствие различных случайных причин, например при сильной перистальтике кишок, при дефекации, рвоте, сильном кашле и поднятии тяжестей. При этом обыкновенно наблюдается сдавление венозных сосудов ножки кисты, и отток крови затрудняется, благодаря чему опухоль быстро увеличивается в объеме и принимает синевато-красный цвет вследствие кровоизлияния в ее стенки и полости. В том случае, когда в результате перекручивания прекращается приток и артериальной крови, нарушается питание опухоли, и такое состояние сопровождается острыми перитонеальными явлениями, повышением температуры, резкой болезненностью и вздутием живота, а также рвотой.

При больших опухолях яичников нередко наблюдаются сращения с передней брюшной стенкой и салъником, которые образуются вследствие потери эпителия на соприкасающихся поверхностях; такие же сращения могут образоваться с кишками и другими органами брюшной полости.

В отдельных случаях приходится встречаться с опухолями яичников при беременности, причем последняя обычно способствует быстрому росту кисты.

Необходимо также учитывать повышенную склонность к выкидышу, который наблюдается здесь от 12 до 17%. Особенную опасность представляют собой опухоли, находящиеся во время родов в полости малого таза; они мешают прохождению плода через родовые пути и создают условия, способствующие разрыву матки, причем сами подвергаются той же опасности. Опухоли, расположенные вне полости малого таза, во время беременности и под влиянием родового акта чаще перекручиваются, воспаляются и нагнаиваются, давая до 4% нарушения своей целостности. И в послеродовом периоде довольно часто наблюдаются случаи нагноения опухолей яичников.

Из всего вышеприведенного явствует, что если распознана опухоль яичника, она должна быть удалена оперативным путем, не считаясь с ее величиной, причем беременность ни в каком случае не служит для этого препятствием.

Клинический опыт нас учит, что прерывание беременности после удаления опухоли бывает реже, если операция произведена в первые 4 месяца. При обнаружении опухоли в конце беременности или в момент родового акта лучшие результаты как для матери, так и для плода дает кесарское сечение с одновременным удалением опухоли (смертность матерей при этом равна 6,1%, а смертность детей — 5,40/0); при выжидательном же методе смертность матерей достигает наивысших цифр и равняется 65%, а смертность детей тоже очень высока, давая 40,7%.

Противопоказаниями к оперативному вмешательству при опухолях яичника являются тяжелые расстройства важных для жизни органов, например поражение сердечнососудистой системы, органов дыхания и почек.

Операция удаления опухоли яичника впервые была произведена в 1809 г. Д о у э л л о м (Dowell), и в хирургическую практику она введена С п е н с е р - В е л л с о м (Spencer-Wells) в Лондоне и К е б е р л е (Koeberlé) во Франции. У нас в России она в первый раз была выполнена в 1862 г. в Надеждинском родовспомогательном заведении (ныне Родильном доме имени проф. С н е г и р е в а) профессором А. Я. К р а с с о в с к и м.

Овариотомия послужила началом развития лапаротомии, и лишь с получением благоприятных результатов при этой операции стали переходить к более сложным чревосечениям.

В настоящее время существуют два способа удаления опухоли яичника — путем брюшностеночного чревосечения и через влагалище.

Влагалищная овариотомия и ее техника.

Эта операция впервые была предложена А т л и (Atlee) в 1854 г., но применявшие ее в последующем М а р т и н, Л е о п о л ь д (Leopold) и другие не получили хороших результатов, и она вскоре была почти совсем забыта, пока Д ю р с е н (Dührssen) и О т т вновь не ввели способа удаления овариальных опухолей через влагалище. Однако в последнее время в связи с развитием хирургической техники влагалищный метод снова почти всеми оставлен и Ф р а н ц определенно высказывается за овариотомию брюшностеночным способом, так как при нем легче и свободнее можно удалить только то, что подлежит удалению.

При влагалищной овариотомии, чтобы пройти в брюшную полость, существуют два пути: первый из них — через передний влагалищный свод, и второй — через задний влагалищный свод.

М а р т и н полагает, что максимальная величина опухоли, допускающая удаление ее через влагалище, не должна превышать размеров яблока средней величины; не следует, однако, удалять через влагалище опухоли при наличии осложнений, например при перекручивании ножки, злокачественном перерождении или воспалительном изменении их, а также опухоли больших размеров.

Из сказанного явствует, что через влагалище могут быть удалены лишь опухоли небольших размеров, когда можно оперировать с полной ясностью и уверенностью.

Что касается вопроса о том, какой избрать путь влагалищного вмешательства, именно, идти ли через передний или задний свод, то на этот счет мы не имеем еще единого ответа. Так, например, Д ю р с е н, М а р т и н, Ш а у т а и некоторые другие указывают на преимущества передней кольпотомии, а М а к к е н р о т, Б у м м и Д э д е р л е й н предпочитают заднюю кольпотомию. Преимущество последнего способа заключается в том, что при нем вскрытие брюшины требует только одного небольшого разреза, тогда как при передней кольпотомии сначала приходится отделять пузырь от маточной шейки, и он при этом может быть травмирован.

Небольшие опухоли яичников располагаются обычно в заднем дугласовом пространстве и, следовательно, их легче удалить через задний свод; подвижные опухоли, лежащие в пузырно-маточном кармане при небольших их размерах также могут быть переведены в заднее дугласово пространство и оттуда удалены. Наконец, при задней кольпотомии можно в случае необходимости создать свободный отток из брюшной полости, введя резиновую трубку через разрез заднего свода.

Техника влагалищной операции состоит в том, что больная укладывается на операционном столе с подтянутыми к животу при помощи ногодержателя бедрами. После обмывания наружных половых органов, прилегающих поверхностей бедер и нижней части живота теплой водой с мылом и щеткой, влагалище тоже следует вымыть мылом, а затем все поле операции тщательно протереть спиртом; мочевой пузырь при этом опорожняется катетером.

При *передней кольпотомии* передняя влагалищная стенка разрезается продольным разрезом, и после отделения мочевого пузыря от матки, а отчасти и от передней стенки влагалища, брюшина рассекается в поперечном направлении. По рассечении брюшины ее необходимо взять на лигатуру.

По вскрытии брюшной полости Мартин и Дюрсен рекомендуют матку выводить наружу, для чего пулевыми щипцами захватывается видимая часть матки возможно выше и подтягивается к разрезу влагалища, затем захватывается стенка матки еще выше и также подтягивается книзу. Таким образом матка выводится; при этом необходимо соблюдать осторожность, дабы возможно менее ее травмировать. После того как вывели матку, опухоль подводится в разрез раны и, если ее целиком вывести не удастся, то ее пунктируют, а затем уже уменьшенную в объеме выводят наружу. Теперь на ножку опухоли накладывают зажимы Кохера и опухоль отсекается, после чего зажимы заменяются лигатурой. Как правило, необходимо наложить отдельно узловой шов на воронко-тазовую связку, собственно яичниковую связку и трубу. Перитонизируют культю при помощи круглой связки, которая обвивным кетгутовым швом соединяется с задним листком широкой маточной связки.

По окончании перитонизации культи матка вправляется в брюшную полость; на брюшину накладывается непрерывный кетгутовый шов и такой же шов накладывается на слизистую влагалища.

Так как означенная операция является довольно сложной вследствие необходимости отделять пузырь от шейки матки, то для удаления опухолей яичника обычно пользуются задней кольпотомией.

При *задней кольпотомии* по обнажении шейки матки влагалищными зеркалами ее захватывают пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и оттягивают шейку вперед и вверх. Поперечным разрезом вскрывается задний свод — слизистая влагалища и брюшина. При разрезе слизистой оболочки заднего свода часто наблюдается довольно сильное кровотечение из влагалищной стенки, почему лучше для удобства оперирования наложить два узловых кетгутовых шва и уже после этого пинцетом захватить брюшину дугласова пространства и рассечь ее ножницами. Если опухоль располагается в заднем дугласовом пространстве, то ее удается сейчас же фиксировать в операционной ране и, в зависимости от величины опухоли, ее выводят наружу или целиком или предварительно уменьшив ее, для чего пунктируют опухоль посредством длинного искривленного троакара.

Если опухоль располагается в переднем пузырно-маточном кармане или же в полости большого таза, то надавливанием снаружи переводят ее в заднее дугласово пространство. По извлечении опухоли наружу на ножку ее накладывают зажимы, и она отрезается ножницами, а сосуды перевязываются, причем желательнее накладывать швы производить отдельно на собственно-яичниковую, воронко-тазовую связки и на трубу, дабы не произошло соскальзывания лигатуры и кровотечения. Без перитонизации, но после тщательного осмотра ножка опускается обратно в брюшную полость. Края раны зашиваются; на брюшину накладывается шов, непрерывный или кisetный кетгутовый; на слизистую свода накладывается непрерывный кетгутовый шов.

Если при выведении опухоли в брюшную полость попало содержимое нагноившейся опухоли, то лучше не зашивать свод наглухо, а соединить края брюшины несколькими швами с краем слизистой оболочки влагалищного свода.

В оставленное незащищенным отверстие вводится марлевая полоска, которая постепенно удаляется на 3—4-й день, или же вставляется дренажная резиновая трубка, обеспечивающая хороший отток.

Отрицательными сторонами влагалищной овариотомии являются недостаточный доступ к опухоли при большой ее величине и наличии спаек; загрязнение раны содержимым опухоли может вызвать как местную, так и общую инфекцию; недостаточная перитонизация культи ножки опухоли способствует образованию спаек с кишечником и сальником; невозможность исключить до операции наличие злокачественного перерождения опухоли является противопоказанием к влагалищной операции.

За последнее время влагалищный способ теряет свое значение, и большинство предпочитает оперировать брюшностеночным способом все опухоли яичников, независимо от их величины.

Брюшностеночная овариотомия.

Применительно к изложению техники брюшностеночного удаления опухолей яичника, мы должны разделить эти опухоли на три группы. К первой относятся опухоли, имеющие ножку, причем здесь следует различать случаи удаления опухоли без изменения ее объема, и случаи, где она предварительно уменьшается пункцией. К второй группе относятся опухоли, расположенные межсвязочно (интралигаментарные опухоли) и, наконец, к третьей группе относятся опухоли, осложненные сращениями с сальником, кишками, париетальной брюшиной, а также с соседними органами.

Подготавливается больная к операции чрезвсечения для удаления кисты так же, как и для всякого вскрытия брюшной полости. Перед началом операции обязательно опорожняется мочевого пузырь. Это необходимо как для определения топографо-анатомического отношения пузыря к соседним органам, так и для избежания диагностических ошибок.

Для вскрытия брюшной полости предложено два способа разреза: продольный по белой линии и поперечный над симфизом по П ф а н н е н ш т и л ю. Поперечный разрез может быть применен лишь при небольших опухолях, неосложненных сращениями, а так как трудно до операции решить вопрос, имеем ли мы опухоль, несвязанную с соседними органами, то мы настоятельно рекомендуем во всех случаях пользоваться продольным разрезом.

Длина разреза брюшной стенки всецело определяется размерами опухоли и наличием осложнений. Если опухоль не достигает больших размеров и верхняя граница ее не доходит до пупка, то и разрез не должен заходить за пупок. При наличии большой опухоли, осложненной сращениями с брюшной стенкой и при невозможности опорожнить ее содержимое, необходимо разрез продолжить за верхнюю границу опухоли с тем, чтобы можно было осмотреть брюшную полость и свободно вывести опухоль.

Удаление опухоли яичника, имеющей ножку.

После послойного вскрытия брюшной полости производят обследование ее и находящейся там опухоли; для этого, войдя рукой в брюшную полость, обращают внимание на топографо-анатомическое отношение опухоли, консистенцию, связь ее с маткой, наличие сращений и т. д.

В том случае, когда опухоль невелика и подвижна, ее захватывают рукой и выкатывают из брюшной полости. Если же имеются спайки опухоли с париетальной брюшиной или маткой, и они легко отделяются, то осторожно пилящими движениями руки разрывают сращения и затем уже выводят опухоль. Когда имеются более плотные сращения между стенками опухоли и кишками,

то необходимо разрез брюшной стенки увеличить кверху и удалить сращения ножницами под контролем зрения. Прибегать к уменьшению опухоли пунктированием невыгодно, потому что топография сращений выступает гораздо яснее, пока величина опухоли не нарушена.

Если по выведении опухоли из брюшной полости обнаружится перекручивание ее ножки, то опухоль должна быть повернута так, чтобы входящие в состав ножки образования заняли правильное положение.

После того как опухоль выведена наружу, для ясности топографии и удобства оперирования матку следует взять на лигатуру.

Теперь должны быть захвачены сосуды, которые проходят в ножке опухоли и питают ее. Выше мы уже указывали, что в состав ножки опухоли входят труба, собственно-яичниковая связка (*lig. ovarii proprium*) и воронко-тазовая связка (*lig. infundibulo pelvicum*) с проходящей в ней *arteria ovarica s. art. spermatica interna*.

Прежде чем удалить опухоль, на ножку ее накладываются три зажима К о х е р а: на трубу, собственно-яичниковую связку и воронко-тазовую связку (рис. 421). При этом, если ножка опухоли не широка, концы всех зажимов сходятся в одной точке; если же она широка и утолщена, то в этом нет надобности, так как зажимы, наложенные правильно, захватят проходящие здесь сосуды, и по отсечении опухоли ножницами выше места наложенных зажимов, кровотечения не будет. Иногда ножка на месте перекручивания может быть сильно истончена, тогда зажимы следует класть ниже, но никогда не перевязывать ножку одной лигатурой, так как она может соскочить и дать после операции кровотечения.

По удалении опухоли зажимы заменяют узловыми кетгутowymi швами. Во избежание соскальзывания лигатуры с культей воронко-тазовой и собственно-яичниковой связок необходимо шов накладывать таким образом, чтобы выкол соответствовал концу зажима, а выкол приходился у наружного края воронко-тазовой связки (рис. 422). Для предотвращения последующих сращений культи с кишками и сальником, необходимо ее перитонизировать, для чего мы пользуемся круглой связкой. Производится это следующим образом. На круглую связку накладываются два зажима К о х е р а, один у маточного конца, а другой на расстоянии 4—5 см от него; третий зажим захватывает задний листок брюшины широкой маточной связки ниже места отхождения собственно-яичниковой связки и четвертый зажим накладывается на воронко-тазовую связку; после этого концы швов, наложенных на культи, отрезаются (рис. 423).

Затем приступают к перитонизации, для чего непрерывным кетгутowym швом, начиная от угла матки, круглая маточная связка подшивается к заднему листку широкой маточной связки и к воронко-тазовой связке (рис. 424).

По окончании перитонизации осматривают второй яичник и, если в нем обнаружены изменения, то с ним поступают в зависимости от степени его поражения, возраста больной и характера удаленной опухоли.

Особенно бережного отношения к второму яичнику требует молодой возраст больной.

При злокачественной опухоли во всех случаях должны быть удалены оба яичника и матка. При папиллярных кистах, эндотелиомах, саркомах, карциномах, поскольку они обладают склонностью поражать оба яичника, необходимо их удалять. Если же на одном яичнике имеется дермоидная, серозная, или даже псевдомуцинозная киста, то принимается во внимание возраст женщины и ее желание иметь ребенка. У женщин старше 40 лет необходимо удалять оба яичника при заболевании одного из них, и в этом вопросе мы согласны с мнением П ф а н н е н ш т и л я, так как надо иметь в виду, что опухолями обыкновенно поражаются оба яичника, и потеря другого яичника здесь уравновешивается предохранением его от злокачественного его поражения.

Если у молодой женщины при осмотре второго яичника обнаруживается ретенционная киста фолликула или желтого тела, которая не достигает большой величины, мы рекомендуем не удалять ее, а, придерживаясь взглядов *Мартина*, *Шредера*, *Ольсгаузена*, прибегать к резекции яичника. Опухоль удаляется разрезом у основания по здоровой ткани яичника (рис. 425), и остающаяся часть его обшивается тонким непрерывным кетгутым швом, причем необходимо соблюдать осторожность при потягивании за нитку, так как она очень легко прорезается (рис. 426, 427).

Наблюдения *Фейта*, *Шаца*, *Мартина*, *Ольсгаузена* и наши показали, что остающегося небольшого куска яичника достаточно, чтобы сохранить овуляцию и менструацию, а также обеспечить возможность беременности.

Если после вскрытия брюшной полости и обследования опухоли нам не удастся вывести ее в отверстие брюшной раны, а сама опухоль представляется плотной или многокамерной, то лучше разрез брюшной стенки продолжить настолько, чтобы опухоль возможно было вывести целиком. Некоторые авторы рекомендуют и многокамерные опухоли пунктировать. Принимая во внимание, что при многокамерных кистах отдельные полости в большинстве случаев выполнены вязким псевдомуцинозным содержимым, которое трудно вытекает через троакар, мы считаем более целесообразным такие опухоли выводить в целом виде. Предложение *Шредера* вскрывать опухоль разрезом ножа неприемлемо уже потому, что принятые меры предохранения брюшной полости от попадания в нее содержимого опухоли обычно остаются безуспешными. Согласно утверждению *Пфанненштиля* при вскрытии полутвердых и псевдомуцинозных опухолей имеется большая опасность возможности обсеменения как брюшной раны, так и брюшной полости. При наличии однокамерной опухоли с жидким содержимым достаточно сделать небольшой разрез брюшной стенки и между его краями и опухолью поместить несколько больших марлевых тампонов с целью защитить брюшную полость от содержимого кисты. Опухоль фиксируется в брюшной ране через брюшные покровы ассистентом, затем она прокалывается толстым троакаром, который состоит из металлической трубки в мизинец толщиной; передний конец ее заострен, а на задний надевается длинная резиновая трубка, через которую содержимое кисты удаляется в таз (рис. 428). Благодаря этому давление внутри кисты уменьшается и стенка опухоли спадается; тогда стенку захватывают двумя зажимами *Кохера* у места вкола троакара и постепенно извлекают наружу, после чего троакар удаляется (рис. 429).

По извлечении уменьшенной в объеме опухоли захватывается матка, которая берется на лигатуру; затем поступают так же, как и при операции удаления опухоли, имеющей ножку (рис. 430). По окончании перитонизации культей и осмотра второго яичника брюшная полость закрывается наглухо обычным способом.

Удаление интралигаментарных опухолей.

Кисты широких маточных связок, так называемые паровариальные кисты, по мнению большинства авторов [*Винкель*, *Фишер*, *Форг* (*Forgue*), *Музалев* и др.], происходят из эмбриональных образований вольфова тела; реже такие опухоли развиваются из ткани яичника.

Паровариальные кисты обыкновенно бывают однополостные; стенка их тонка, бедна сосудами, покрыта листком широкой маточной связки; иногда они свободно располагаются у наружного края яичника. Для удаления их поступают так же, как и при операциях на опухолях придатков (рис. 431).

Удаление паровариальной интралигаментарной кисты производится сле-

дующим образом. По вскрытии брюшной полости и фиксации матки шелковой лигатурой приступают к удалению опухоли, для чего над нею, на месте наибольшего выпячивания опухоли (рис. 432), делается разрез брюшины в поперечном направлении между трубой и круглой связкой, или позади трубы, и тупым путем, рукой, производится вылушение опухоли. Руку заводят под кисту, либо впереди от нее, либо позади, а затем выводят кисту, поднимая ее кверху. Необходимо всегда стремиться извлечь опухоль без нарушения ее целостности, так как отделение клетчатки вокруг не вскрытой опухоли происходит гораздо легче. Если при вылушении киста лопнула, что бывает нередко, то необходимо извлечь кистозный мешок; при удалении его надо соблюдать осторожность и помнить о мочеточнике, который очень часто располагается близко к опухоли и легко может быть поранен. По удалении опухоли разрез брюшины зашивается непрерывным кетгутовым швом.

В случае, если мы имеем интралигаментарную яичниковую опухоль, то, во избежание кровотечения при ее вылушении, необходимо наложить зажимы К о х е р а на сосуды, питающие опухоль, а именно: на яичниковую веточку маточной артерии, идущую по собственно-яичниковой связке, на трубную веточку, идущую вдоль трубы, на внутреннюю семенную артерию, идущую к яичнику по воронко-тазовой связке.

По наложении зажимов рассекают поперечным разрезом листок брюшины широкой маточной связки и тупым путем производят вылушение опухоли. Если при освобождении яичниковой опухоли нарушен задний листок широкой маточной связки, что бывает нередко, то приходится при перитонизации круглую маточную связку подшивать к пристеночной тазовой брюшине и к ребру матки, для чего лучше прибегать к кистетному шву.

Удалив опухоль, тщательно осматривают ее ложе, чтобы убедиться в отсутствии кровотечения; если обнаружено хотя бы незначительное паренхиматозное кровотечение, необходимо наложить один-два кетгутовых шва для его прекращения. При наложении швов требуется соблюдение особой осторожности, дабы не поранить мочеточника и проходящих здесь крупных артериальных сосудов. После того как мы убедились в сухости операционного поля, зажимы заменяем узловыми кетгутовыми швами, а культы перитонизируются обвивным кетгутовым швом.

Удаление опухолей, осложненных сращениями.

В отдельных случаях при операции овариотомии приходится сталкиваться с обильными сращениями. Они встречаются там, где незадолго перед тем произошло перекручивание ножки, или же опухоль подверглась воспалительному изменению, или злокачественному перерождению.

Спайки, образующиеся в результате происшедшего перекручивания ножки опухоли, представляют нежные соединительнотканые образования, которые легко отделяются во время операции. При наличии плотных сращений опухоли с брюшной стенкой иногда трудно распознавать брюшину; в таких случаях мы рекомендуем продолжить разрез кверху за границу опухоли и уже затем приступить к отделению ее. Очень часто встречается приращение сальника к стенке опухоли; тогда лучше предварительно наложить один-два узловых шва и ниже лигатур часть сальника резецировать.

При больших сращениях с кишками необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы не поранить их стенку, для чего лучше, в согласии с мнением О л ь с т а у з е н а, не отделять опухоль от кишечной стенки, а оставить на ней часть кисты, удалив внутреннюю поверхность опухоли. Если имеется злокачественное прорастание прилегающих кишечных петель, то необходимо означенный участок кишки резецировать.

Если при отделении сращений опухоли с кишками произойдет обнажение кишки от покрывающей ее брюшины, то после остановки кровотечения необходимо наложить серо-серозный шов; при прободных ранениях накладывается трехэтажный шов на слизистую, мышечную и на серозную оболочки. При ранениях мочевого пузыря также накладываются этажные кетгуттовые непрерывные швы.

В отдельных случаях при доброкачественных опухолях сращения с соседними органами, кишками, париетальной брюшиной настолько обширны, что удалить опухоль не представляется возможным. В таких случаях по вскрытии брюшной стенки опухоль пунктируется, содержимое ее удаляется, часть стенки опухоли резецируется, а оставшаяся часть вшивается в нижний угол разреза брюшной стенки; в мешок опухоли вводится дренаж. Вшивание стенки опухоли в брюшную рану имеет неблагоприятные последствия в виде долго тянущегося заживления брюшной раны, и, кроме того, на месте бывшего дренажа часто впоследствии образуется грыжа брюшной стенки.

При удалении опухолей, осложненных нагноением, необходимо особенно тщательно следить, чтобы содержимое опухоли не попало в брюшную полость, для чего надо стремиться удалить опухоль без нарушения ее целостности, что, однако, не всегда удается, так как она обычно бывает спаяна обильными плотными сращениями с окружающими органами.

При отделении сращений опухоль нередко вскрывается и содержимое ее попадает в брюшную полость. Во избежание загрязнения брюшной полости, рекомендуется весьма тщательно защитить ее длинными марлевыми компрессами. После удаления опухоли и перитонизации культей в случае, где произошло незначительное загрязнение брюшной полости, операционное поле протирается перекисью водорода или эфиром, и брюшная стенка закрывается наглухо.

В отдельных случаях, когда в брюшную полость попадает большое количество гноя, или же операционное поле загрязнено содержимым кишечника, необходимо брюшную полость дренировать, для чего оставляют там марлевый тампон, конец которого выводят в нижний угол брюшной раны, или же производят тампонизацию по методу М и к у л и ч а.

При раковых поражениях яичника с наличием метастаза на кишках, сальнике, мочевом пузыре и париетальной брюшине приходится ограничиваться лишь пробным чревосечением. В случае, если удаление пораженного раком яичника оказывается возможным, то необходимо соблюдать особую осторожность при отделении сращений во избежание ранения кишечника или мочевого пузыря. После удаления яичников обязательно в таких случаях должна быть удалена и матка.

Смертность при операциях овариотомии при современном состоянии оперативной техники и асептики очень незначительна; она исчисляется по данным Франца — в 2,1%, Дедерлейна — 3,5%, Мартина — 9,01%, Пфанштилля — 5,1%, Окчинца — 2%. Предсказание будет зависеть от тяжести случая. Если опухоль небольшая и отсутствуют сращения, нагноение или же злокачественные изменения, то предсказание будет хорошее; хуже оно будет при злокачественных опухолях с наличием метастазов и при опухолях, осложненных большими сращениями и наличием нагноения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Ассистент А. И. Серебров.

За последнее время в литературе все чаще и чаще приходится встречаться с указаниями на то, что число случаев внематочной беременности растет. Об

этом свидетельствуют не только русские работы (Г р у з д е в, Ц о м а к и о н, Г о р и з о н т о в и др.); заслуживает внимания то, что это отмечается и западно-европейскими авторами [Р ю б з а м е н (Rübsamen), Э н г е л ь м а н (Engelmann), К р е ф е (Cräfe), Т е с т а (Testa) и др.]. Не останавливаясь на причине указанного явления, мы на основании материала нашей клиники также должны отметить, что за последние годы число случаев внематочной беременности, подвергнутых оперативному лечению, возросло в 3—4 раза, а за последние 5 лет, например, число чревосечений, предпринятых по нарушенной внематочной беременности, составляет у нас от 25 до 30% всех чревосечений, произведенных за год.

Так, за последние 10 лет в нашей клинике было произведено 2477 брюшно-стеночных чревосечений, из которых 686 по поводу нарушенной внематочной беременности, что составляет 25,7%.

Оперативное лечение внематочной беременности заслуживает серьезного внимания главным образом по причине той непосредственной опасности, которую представляет собой это заболевание для жизни больной, и потому операции внематочной беременности, являясь в большинстве случаев экстренными, должны быть отнесены к разряду неотложных хирургических вмешательств.

Это обстоятельство должно обратить на себя внимание и врачей не специалистов-гинекологов и хирургов, так как в практике всякий врач (особенно в условиях работы на периферии) может очутиться в роли вынужденного оператора. Опасность внематочной беременности заключается прежде всего в сравнительно высокой первичной смертности оперированных (от 1 до 7,5% по данным русских авторов), а затем и по своим отдаленным результатам. На нашем материале на 681 случай мы имели 12 смертей, т. е. 1,75%, но нужно принять во внимание, что даже в условиях больших городов ежегодно приходится наблюдать случаи, когда больные доставляются уже настолько обескровленными, что погибают прежде, чем успевают приготовить операционную.

Не располагая данными русских статистик по этому вопросу, могу указать на цифры К а ц а (Katz) из Венского судебно-медицинского института, где за время с 1899 по 1920 г., при вскрытии скоропостижно умерших женщин, было обнаружено в 31 случае внутреннее кровоизлияние вследствие нарушенной внематочной беременности.

Мы не будем останавливаться на критике консервативного лечения внематочной беременности, ибо в настоящее время можно считать общепринятым взглядом, что всякая внематочная беременность подлежит оперативному лечению, как только она распознана. Этому принципа придерживаемся и мы в нашей клинике. Считая совершенно правильным замечание Ф е й т а, что «недопустимо, чтобы больная с внематочной беременностью погибла только оттого, что она не подверглась своевременному оперативному лечению», мы при установленной внематочной беременности отдаем предпочтение безусловно активному, а не выжидающему методу. Приводимая Ф о р о м статистика С е с т а н а (Sestana) показывает, что в случаях отказа от операции смертность при внематочной беременности с кровотечением в брюшную полость наблюдается в 85,8%. Сказанное относится и к случаям регрессирующих форм или так называемой «закончившейся» внематочной беременности, ибо мы никогда не можем быть уверены, что эта «закончившаяся» форма не вызовет повторного внутреннего кровотечения, не осложнится воспалительным процессом, нагноением и т. п., т. е. не даст таких осложнений, которые в конце концов заставят нас так или иначе вмешаться оперативно, но при худших условиях и безусловно с худшими результатами.

Вопрос о том, может ли состояние больной в острых случаях нарушенной внематочной беременности повлиять на выбор момента оперативного вмешательства, в настоящее время большинством гинекологов решается так, что

оперировать следует немедленно независимо от тяжелого состояния больной; некоторые, например Альбертен (Alberten), рекомендуют, правда, выжидать, пока больная оправится от инсульта, но такое выжидание может оказаться слишком рискованным для больной.

Далее мы считаем необходимым остановиться на некоторых общих принципах, которых мы придерживаемся при операциях по поводу внематочной беременности. Каково должно быть наше отношение к излившейся в брюшную полость крови, как поступать со второй небеременной трубой, нужна ли пробная пункция; наконец, мы коснемся попутных операций. Что касается вопроса о том, как поступать с кровью, излившейся в брюшную полость, то на этот счет имеются весьма различные взгляды. Одни стремятся удалить по возможности всю кровь из брюшной полости, протирая последнюю марлевыми салфетками или тампонами, и исходят они из тех соображений, что оставшаяся в брюшной полости кровь является прекрасной питательной средой в случае попадания туда микробов, а сгустки крови, как инородные тела, способствуют образованию брюшинных спаек.

Проф. Груздев с целью наименьшей травматизации брюшины производит не протирание брюшной полости, а промывание большими количествами локковской жидкости, пока промывная жидкость не станет почти бесцветной, после чего последняя порция ее оставляется в брюшной полости, чтобы путем последующего всасывания восполнить кровопотерю. Другие, наоборот, оставляют излившуюся кровь в брюшной полости, мотивируя свой образ действий желанием избежать травматизации брюшины при вытирании. Некоторые к тому же считают, что оставленная кровь хорошо всасывается и таким образом является ценной для обескровленной больной. Мы обыкновенно поступаем следующим образом. Во-первых, убираем рукой по возможности все большие сгустки; что же касается жидкой крови, то удаляется только та часть ее, которая легко доступна и удаление которой необходимо уже по одному тому, что она мешает производству операции. Удаление жидкой крови производится или путем осторожного погружения в брюшную полость большого марлевого лонгета, который впитывает в себя эту кровь и удаляется к концу операции, или, что лучше, — при помощи водоструйного насоса (см. общую часть, главу об оперативной технике), что почти совершенно исключает травматизацию брюшины. Тщательного освобождения брюшной полости от крови мы не добиваемся, считая, что достигнуть этого можно только при большой затрате времени, а это будет безусловно вредно для больной, так как, во-первых, длительные манипуляции в брюшине понизят сопротивляемость последней к инфекции, нарушат ее всасывательную способность, а главное — затянут операцию и наркоз, что для обескровленной больной чрезвычайно опасно. Оставляя поэтому часть крови в брюшной полости, мы, однако, сомневаемся, что она поступит обратно в сосудистую систему в виде полноценной живой ткани, хотя способность ее всасывания из брюшины не подлежит никакому сомнению. Подвергаясь асептическому распаду в брюшной полости, эта кровь всасывается уже в измененном виде, а потому является скорее вредной, чем полезной. Действительно в послеоперационном периоде у таких больных нередко мы наблюдаем желтуху и резорбционную лихорадку с температурой до 38° в течение нескольких дней. Чтобы покончить с этим вопросом, необходимо еще остановиться на переливании крови, излившейся в брюшную полость, той же больной — в вену. Технически это прodelывается обыкновенно таким образом, что из брюшной полости кровь вычерпывается ложкой, смешивается с физиологическим раствором, к смеси прибавляется для устранения свертывания 4% раствор лимоннокислого натрия, затем смесь фильтруется через несколько слоев марли и вливается из воронки в локтевую вену во время операции. Некоторые авторы (Гэнэ — Nöhne и др.) очень довольны получаемыми результатами,

но надо знать, что в литературе описаны и смертельные случаи при подобных переливаниях. Наконец, имеются предложения собранную из брюшной полости кровь, смешав предварительно с физиологическим раствором или рингер-локковской жидкостью, вводить больной под кожу, внутримышечно или через прямую кишку. Ни одним из указанных способов переливания крови мы не пользовались из тех соображений, что, во-первых, никогда не может быть уверенности в полнейшей асептичности этой крови (особенно при наличии в анамнезе воспалительных процессов в гениталиях), во-вторых, от других способов борьбы с острыми кровопотерями (физиологический раствор, рингер-локковская жидкость, виноградный сахар) получаются вполне хорошие результаты; кроме того в особо тяжелых случаях в клинической обстановке мы располагаем более совершенным способом переливания крови от донора.

Последний способ в случаях обильных кровопотерь является несомненно самым могущественным. Здесь встает только вопрос о том, когда необходимо произвести переливание крови, и когда можно ограничиться другими замещающими жидкостями (физиологический раствор, рингеровский раствор и др.). Известный французский физиолог Р и ш е (Richet) и виднейший американский хирург К р а й л ь (Crile) опытным путем на собаках доказали, что существует известный предел кровопотерь, которые могут быть ликвидированы без переливания крови. Так, например, если собаке выпустить 75% всей крови, то животное остается в живых только тогда, когда эта кровопотеря будет возмещена переливанием крови, все же другие способы борьбы с такими кровопотерями (физиологический раствор, коллоидные вещества и пр.) не могут спасти животное от неминуемой гибели. Установлено также, что для человека острая кровопотеря более чем в 50% общего количества крови в большинстве случаев является также смертельной, если своевременно не сделать переливания крови от донора. Клинически необходимость в переливании крови определяется наличием: 1) понижения кровяного давления ниже 70 мм, 2) потери сознания при явлениях нарушенного дыхания, 3) исчезновения рефлексов (в частности корнеального рефлекса). Что касается количества переливаемой крови, то нужно сразу перелить 400—500 см³, и в случае надобности необходимо сделать повторное переливание. В виду опасности в таких случаях обратной агглютинации, переливание можно делать только от донора с одноименной группой.

Приступая к операции по поводу нарушенной внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость, каждый оператор должен мобилизовать весь арсенал средств, имеющихся в его распоряжении, для борьбы с кровопотерей, чтобы в случае нужды можно было их применить без всякого промедления.

Вторым интересным и принципиально важным является вопрос об отношении ко второй, не беременной трубе.

Как известно, существуют три различные точки зрения в вопросе о способе оперирования трубной беременности, определяющие тем самым отношение оператора ко второй не беременной трубе. Первая точка зрения сводится к тому, что ограничиваются удалением плодного яйца, стараясь сохранить трубу, в которой развилась беременность (М ю р ё, Ш т р а с м а н, О т т).

В таких случаях стенка рассекается соответственно местоположению плодного яйца; последнее удаляется, ложе выскабливается кюреткой, после чего разрез трубы закрывается швами. Если плодное яйцо расположено в ампулярном конце трубы, то, как некоторые советуют, его можно удалить кюреткой через абдоминальное отверстие трубы или просто осторожно выдавить наружу (Б р е з е), причём как в этом, так и в другом случае труба оставляется на месте. Мы считаем, что такое чересчур бережное отношение к трубе вряд ли себя оправдывает. Дело в том, что обычно стенка трубы настолько разрушена, что говорить о возможности

ее восстановления можно только в чрезвычайно ограниченном числе случаев. Кроме того, совершенно справедливо замечание Окинчиц о том, что оставление трубы, которая уже однажды послужила местом возникновения вне-маточной беременности, является для больной опасным в смысле последующего возникновения повторной вне-маточной беременности, ибо несомненно, что в результате наших манипуляций просвет трубы пострадает еще больше. Второй образ действий таков: удаляется только беременная труба вместе с плодным яйцом, другая же труба оставляется. Наконец третий прием: одновременно с удалением беременной трубы производится удаление второй трубы или стерилизация (Якобс, Риди др.).

До настоящего времени мы придерживались второй точки зрения, т. е. удаляем, как правило, беременную трубу, а вторую удаляем только в том случае, если она настолько изменена, что не только нет никаких оснований рассчитывать на ее нормальную функцию, а наоборот, — возникают опасения о возможности развития в ней повторной вне-маточной беременности. Третья точка зрения является наиболее радикальной и имеет сравнительно немногих сторонников, однако заслуживает серьезнейшего внимания. Удалять вторую трубу имеет смысл тогда, когда есть вероятность возникновения повторной вне-маточной беременности у той же больной. Мы уже имели случай отметить, что процент повторных вне-маточных беременностей значительно выше того, который приводится в литературе отдельными авторами. Происходит это потому, что все почти исчисляют процент повторных вне-маточных беременностей по количеству больных, оперированных в данном учреждении вторично, хотя бы первый раз они оперировались в другом учреждении. При этом получаются цифры не столь уж высокие, от 2,7 [Штамм (Stamm)] до 6,25% (Файнберг). Мы же считаем единственно правильным вычисление процента повторных вне-маточных беременностей по материалам одного какого-либо учреждения путем учета повторных вне-маточных беременностей, поступивших после операций, произведенных в этом же учреждении. Действительно, если вычислять процент повторных вне-маточных беременностей так, как это обычно принято, то на нашем материале он колеблется по отдельным годам от 4,4 до 5,2%. Однако, когда мы попробовали произвести действительный учет повторных вне-маточных беременностей из числа тех больных, которые оперировались у нас, то оказалось, что таковая возникла у 17,5% больных. Из сказанного мы видим, что процент повторных вне-маточных беременностей слишком велик, и подвергать этой опасности каждую женщину нет никаких оснований. Нам поэтому кажется необходимым изменить отношение ко второй трубе в сторону большего радикализма, оставляя таковую у лиц бездетных, особенно в молодом возрасте или при настойчивом желании женщины иметь детей в дальнейшем. В остальных случаях больным с вне-маточной беременностью должна быть разъяснена опасность повторной вне-маточной беременности и если они не пожелают подвергнуться риску получить таковую повторно, то произвести стерилизацию или, если в трубе есть патологические изменения — удалить ее. При этом стерилизация должна быть произведена в случаях с кровоизлиянием в брюшную полость по способу, отнимающему возможно меньше времени.

Мы обыкновенно пользуемся в таких случаях способом Мадленера (описанным в главе о стерилизации), который дает по нашему мнению вполне надежные результаты.

Далее чрезвычайно важным с принципиальной точки зрения является вопрос о пробной пункции при вне-маточной беременности. Имеются предложения пользоваться пробным проколом для уточнения диагностики чуть ли не в каждом случае вне-маточной беременности. Мы считаем, что в случаях острых кровотечений в брюшную полость он является ненужной травмой, в неясных

же случаях результаты прокола нередко также бывают сомнительны. А потому, не отрицая диагностического значения пробного прокола, надо иметь в виду, что и пробный прокол не гарантирует нас от ошибок, ибо известно немало случаев, когда при проколе получается старая черная кровь, а при последующем чревосечении оказывается опухоль яичника с кровянистым содержанием. Кроме того бывают случаи, когда при пробном проколе получается кровь вследствие попадания иглой в кровеносный сосуд. На основании сказанного мы считаем, что пробный прокол имеет относительную ценность, и что в каждом случае должна производиться тщательная оценка всех прочих полученных при исследовании данных.

Касаясь вопроса о попутных операциях, мы считаем необходимым отметить, что операция внематочной беременности требует быстроты в работе (не в ущерб, конечно, тщательности). Особенно это касается случаев экстренных, когда больная доставляется в состоянии шока. Тут надо сделать только то, что жизненно необходимо, не теряя времени на такие операции, как исправление положения матки, сальпингостоматопластику и т. п. Непоказанным мы считаем при операции внематочной беременности производство и апендектомии по поводу хронического аппендицита (особенно при привычке осматривать червеобразный отросток при всяком чревосечении), ибо хотя эта операция и относится хирургами к разряду асептических, но при наличии в брюшной полости такой хорошей питательной среды для микробов, как кровь, мы считаем подобную операцию все же рискованной в смысле последующих воспалительных осложнений.

Коль скоро оперативное вмешательство здесь будет признано необходимым, прежде всего возникнет вопрос относительно анестезии. Мы предпочитаем при этом эфирный наркоз, который является единственно приемлемым, если больная находится в состоянии шока вследствие острой кровопотери. Что касается спинномозговой анестезии, то применение таковой у этих больных с резко пониженным кровяным давлением безусловно противопоказано. Далее мы считаем, что во всех случаях с кровоизлиянием в брюшную полость операция должна производиться путем разреза передней брюшной стенки по белой линии, ибо этим путем мы создаем себе наиболее широкий доступ к операционному полю, легче можем разобраться в происшедших анатомических изменениях и удалить все необходимое. Кроме того, хороший доступ способствует более быстрому производству операции, что при кровоизлиянии в брюшную полость имеет часто решающее значение, ибо и продолжительность наркоза и операционный шок оказывают огромное влияние на исход операции.

Даже сторонники разреза по П ф а н н е н ш т и л ю (Г р у з д е в, Г э н э, Ф р а н ц и др.) при кровоизлиянии в брюшную полость предпочитают срединный разрез, рекомендуя первый только в случаях трубного аборта с небольшим кровоизлиянием. Мы этим разрезом никогда не пользуемся, не находя никаких преимуществ его перед разрезом по белой линии.

Операция при свежее-нарушенной внематочной беременности.

Техника операции при свежее-нарушенной внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость в основном состоит в следующем. По вскрытии брюшной полости из малого таза рукой извлекается матка в брюшную рану. Дно ее прокалывается иглой с шелковой ниткой, которая служит для фиксации матки в приданном ей положении. Не теряя времени на удаление крови и сгустков, ощущающих рукой придатки, находят беременную трубу и извлекают ее наружу. Иногда наощупь не представляется возможным определить состояние трубы, что чаще всего бывает при разрыве стенки ее в самые ранние сроки беременности; тогда, не теряя понапрасну времени, берут первую попавшуюся

трубу, извлекают в рану и осматривают. В случае, если она оказывается не измененной, она опускается обратно в брюшную полость, а затем осматривается вторая труба. Приступая к удалению трубы, полезно ввести в брюшную рану зеркало Фрича и Дуайена или, если оперируют вдвоем, — створчатое зеркало Коллена, чтобы сделать операционное поле более доступным. Кишечник отодвигается рукой к диафрагме и изолируется введением одного или двух больших марлевых тампонов. На извлеченную трубу накладываются два кровоостанавливающих зажима Кохера таким образом, что одним из них труба зажимается у угла матки, а второй накладывается на брыжейку трубы со стороны абдоминального ее конца (рис. 433). Концы наложенных зажимов должны сходиться в одной точке. После этого труба отсекается куперовскими ножницами и приступают к наложению узловых кетгутовых швов на маточный конец трубы и брыжейку трубы. Обычно бывает достаточно двух швов, но иногда приходится накладывать еще один дополнительный шов на брыжейку трубы при чрезмерной ее длине. Швы нужно накладывать таким образом, чтобы между ними не оставалось промежутков, иначе не все сосуды попадут в шов и будут кровоточить. Во избежание этого некоторые рекомендуют накладывать петельный шов, как это показано на рисунке (рис. 434). Перитонизацию культи трубы мы всегда производим круглой связкой, которая предварительно для этой цели захватывается двумя зажимами Пейана, затем один зажим накладывается на яичниковую связку, и один — на воронко-тазовую связку (рис. 435). После этого обрезают швы на культях и приступают к наложению непрерывного кетгутового шва. Производится это таким образом, что первый вкол делается в круглую связку у угла матки, затем прокалывается культя трубы выше места перевязки и, наконец, прокалывается собственная связка яичника, шов завязывается и дальше накладывается с таким расчетом, чтобы пришить круглую связку параллельно *hylus ovarii* (рис. 436). Заканчивается перитонизация неполным кисетным швом (рис. 437). Яичник мы всегда стараемся сохранить и только в исключительных случаях удаляем его вместе с трубой, если он патологически изменен или оставление его связано с большими техническими трудностями. По окончании перитонизации обязательно осматриваются вторые придатки, и в случае необходимости производится та или иная операция (удаление второй патологически измененной трубы или стерилизация и т. д.). Закончив операцию, удаляют из брюшной полости марлевые тампоны и, убедившись еще раз в надежной остановке кровотечения, приступают к зашиванию брюшной стенки.

Оперативное лечение незадолго до того нарушенной внематочной беременности.

Техника операции при заматочной кровяной опухоли и *haematocoele peritubaria* будет отличаться от таковой при свеженарушенной внематочной беременности тем, что здесь мы чаще встретимся при операции со всякого рода затруднениями, обусловленными образовавшимися спайками и сращениями. Если кровяная опухоль образовалась недавно и между ней и окружающими тканями нет крепких сращений, то ее удастся обыкновенно без труда выделить из таза рукой и вывести в брюшную рану. Иногда удастся вывести такую опухоль не нарушая даже целостности образовавшейся фибринозной капсулы, если последняя достаточно плотна. Как только это сделано, осматривают тщательно все образование, чтобы решить вопрос, что подлежит удалению. Здесь чаще всего приходится решать вопрос о яичнике, который, находясь в толще кровяной опухоли, бывает нередко настолько изменен, вследствие пропитывания его кровью, что оставление его сопряжено обыкновенно с техническими затруднениями. Поэтому приходится в таких случаях яичник удалять, если

второй не изменен, что должно быть установлено предварительным его осмотром. В случаях, где капсула опухоли находится в плотных сращениях с окружающими тканями или кишками, отделение ее нужно производить с большой осторожностью, дабы не нарушить целости кишек и не получить лишенных брюшинного покрова обширных участков, могущих дать иногда весьма обильное паренхиматозное кровотечение, справиться с которым не всегда бывает легко. В крайнем случае, если не удастся совершенно остановить такое паренхиматозное кровотечение (такие кровотечения наблюдались некоторыми авторами при обширных нарушениях целости брюшины заднего дугласова пространства), рекомендуется указанную полость затампонировать, выведя тампон через стенку заднего свода во влагалище, причем дня через 3—4 тампон удаляется. В случаях, когда отделение кишек от капсулы не удается, приходится в этих участках оставлять часть капсулы во избежание нарушения целости кишечной стенки.

Операция вскрытия заднего свода при нарушенной внематочной беременности.

Особняком в отношении способа оперативного вмешательства стоят случаи прервавшейся внематочной беременности с образованием осумкованных кровоизлияний (haematocele). Бывают исключительно благоприятные случаи, когда такие осумкованные кровоизлияния самопроизвольно излечиваются без оперативного вмешательства. Это относится обыкновенно к трубным абортам с небольшим кровоизлиянием в заднее дугласово пространство; если они рано попадают под наблюдение, то иногда удается установить, что позади матки опухоль под влиянием консервативного лечения мало-по-малу уменьшается, а затем под влиянием рассасывающего лечения совершенно исчезает. Но такие случаи являются единичными, ибо, повторяю, почти никогда не может быть уверенности в том, что внематочная беременность является законченной.

Как же оперировать такие осумкованные кровоизлияния? В нашем распоряжении имеются два пути, которыми мы можем пользоваться в подобных случаях — влагалищный и брюшностеночный. В свое время этот вопрос породил большую литературу, ибо каждый из этих путей имеет своих сторонников. Наша клиника в этом отношении придерживается следующих положений.

Влагалищный путь избирается нами только в том случае, если кровоизлияние осумковано в малом тазу и легко доступно через задний свод, причем имеются все основания считать данный случай давним и явно инфицированным (нагноение). Все же остальные случаи мы всегда оперируем брюшностеночным способом.

Влагалищная операция в виде задней кольпотомии производится следующим образом. Больная укладывается в положение для влагалищной операции (спинно-крестцовое); во влагалище вводятся два подъемника, располагающиеся по задней стенке влагалища справа и слева: они оттягивают промежность книзу и в стороны; влагалищная часть матки захватывается за заднюю губу пулевыми щипцами и оттягивается кверху (рис. 438). На слизистой оболочке обнаженного таким образом заднего свода скальпелем в поперечном направлении делается разрез на протяжении $1-1\frac{1}{2}$ см, ниже влагалищной части шейки матки. Затем берется острый изогнутый корнцанг и толчкообразными движениями им пробуравливается стенка заднего свода (рис. 439).

Как только корнцанг прошел через брюшину и опухоль вскрылась, из отверстия начинается обильное выделение темной и жидкой крови с примесью гноя. Тогда мы раздвигаем бранши корнцанга и в таком раскрытом виде выводим его из раны, чтобы расширить последнюю тупым путем. Разрезать стенку заднего свода ножницами или скальпелем, как это некоторыми еще рекомен-

дуются, опасно вследствие могущего произойти кровотечения из перерезанных сосудов, остановить которое будет чрезвычайно трудно. Мы никогда не входим в заднее дугласово пространство пальцем с целью извлечения кровяных сгустков, считая, что подобной манипуляцией мы рискуем вызвать кровотечение, а главное — можем разрушить спайки в тазу и способствовать тем самым генерализации инфекции. Всякое промывание вскрытой полости мы тоже считаем противопоказанным во всех без исключения случаях и ограничиваемся только введением толстой дренажной резиновой трубки (рис. 440), которую для предотвращения выпадения на сутки обкладываем марлевым тампоном. Необходимо твердо знать, что введенный дренаж может быть извлечен только тогда, когда совершенно прекратятся выделения, т. е. до полной облитерации позади маточного кармана его вынимать не следует. По введении дренажа температура обычно падает, хотя нередко длительно остается на субфебрильных цифрах, давая значительные повышения в случае закупорки дренажа выделениями.

Операция при интерстициальной беременности.

Теперь перейдем к следующей разновидности внематочной беременности — к интерстициальной беременности, ибо оперативное лечение этих форм во многом отличается от ранее описанных. Встречается эта форма беременности редко. Так, например, по сборной статистике Р о з е н т а л я на 1314 случаев таковая встретилась 40 раз. На нашем материале по данным д-ра Д е р е в я н к о (1928 г.) на 337 случаев внематочной беременности интерстициальная форма встретилась 7 раз, т. е. в 2,8%. По М а л и н о в с к о м у, во всей мировой литературе описано не более 70 таких случаев. Как правило, интерстициальная беременность, за исключением случаев умирания яйца, заканчивается разрывом плодовместилища, происходящим чаще всего в период от 1 до 3 месяцев. Разрыв обычно происходит в сторону брюшной полости и дает очень обильное внутреннее кровотечение в виду мощной васкуляризации плодовместилища. Описаны, однако, случаи разрыва плодовместилища в сторону матки с последующим выходением содержимого через естественные родовые пути [случай Б р а к с т о н — Г и к с а (Braxton — Hicks) и М э ш е (Mashe)].

Оперативное лечение интерстициальной беременности должно удовлетворять двум условиям: 1) операция должна производиться быстро, так как больная, как правило, сильно обескровлена, 2) кровотечение должно быть тщательно остановлено. Выполнить эти требования можно только при условии производства брюшностеночного чревосечения по белой линии с иссечением плодовместилища при ранних сроках беременности. В случае, если стенка матки сильно разрушена, что обыкновенно бывает при беременности свыше трех месяцев, производится надвлагалищная ампутация; у молодых особ в подходящих случаях предпочтительнее сделать дефундацию.

Операция резекции плодовместилища производится следующим образом. Наложив зажим на трубу около матки и перерезав ее, приступают к иссечению плодовместилища, для каковой цели производятся два разреза, идущие по передней и задней его стенке так, чтобы из толщи стенки матки вырезать его клином. Полученный дефект зашивается узловыми кетгутowymi швами, причем перевязанная труба погружается в шов. Если разрушение стенки матки слишком обширно, тогда приходится перерезать круглую и яичниковую связки, которые перевязываются и затем погружаются также в шов, накладываемый на стенку матки (рис. 441, 442).

Нередко дефект в стенке матки настолько велик, что приходится сперва положить два или три погружных кетгутowych шва; после этого края раны соединяются, начиная от верхнего ее угла, несколькими узловыми кетгутowymi швами, причем культи трубы, круглой и яичниковой связок погружаются

в глубину раны. Наконечник накладывается еще один непрерывный средней толщины кетгутовый шов, соединяющий собою брюшину по краям разреза.

Оперативное лечение яичниковой беременности и беременности в рудиментарном роге.

При оперативном вмешательстве по поводу внематочной беременности необходимо всегда помнить о возможности яичниковой беременности и беременности в рудиментарном роге. Топическая диагностика указанных форм почти невозможна. Обычно яичниковая беременность на 6—8-й неделе нарушается по типу наружного разрыва плодместилища, хотя описаны случаи донашивания до срока. Принципы оперирования остаются те же. В ранние сроки беременности, в случае необходимости удаления разрушенного яичника, последний удаляется вместе с трубой для лучшей последующей перитонизации культи круглой связкой (технику операции см. в главе об удалении придатковых опухолей).

Беременность в рудиментарном роге, не являясь по существу внематочной беременностью, по своим исходам часто напоминает таковую, так как обычно заканчивается нарушением целостности плодместилища в первые месяцы беременности с кровотечением в брюшную полость. Встречается она чрезвычайно редко, и в русской литературе описано всего около 30 случаев. На нашем большом оперативном материале удалось наблюдать таковую только один раз. Так как роды естественным путем при беременности в рудиментарном роге матки невозможны и беременность в большинстве случаев (50%) нарушается, то лечение возможно только оперативное. Однако надо отметить, что нарушение беременности здесь происходит значительно позже — приблизительно на 4—5-м месяце. При прогрессирующей беременности в последнее время большинством рекомендуется выжидательный метод в клинической обстановке в интересах ребенка; при происшедшем же разрыве требуется немедленная операция путем брюшностеночного чревосечения. Операцию рекомендуется проводить возможно консервативно, особенно у молодых особ, так как наступление последующей беременности в нормально развитой части полового тракта отнюдь не исключается. Удаляется только беременный рог вместе с его трубой, перитонизация культи производится круглой связкой, дистальный конец которой пришивается к дну оставшейся матки.

Наконец не следует упускать из виду, что, предпринимая операцию по поводу внематочной беременности, мы можем встретиться с внутренним кровотечением, иногда чрезвычайно обильным на почве других нарушений внутренних органов. В частности нам четыре раза пришлось наблюдать аорoplexia ovarii с значительным кровоизлиянием в брюшную полость, где мы в обоих случаях организовались наложением непрерывного кетгутового шва на дефект в яичниковой ткани.

Оперативное лечение внематочной беременности второй половины.

Если у большинства гинекологов не вызывает никаких сомнений вопрос о необходимости срочного оперативного вмешательства при распознанной внематочной беременности в первые ее месяцы, то не так просто вопрос этот решается при внематочной беременности второй половины, ибо здесь шансы на получение живого плода значительно увеличиваются. Это обстоятельство ставит перед оператором вопрос о выборе времени для оперативного вмешательства. Как во многих других вопросах медицины, так и в этом мы встречаемся с противоречивыми решениями. Одни считают, что при распознанной внематочной беременности во второй ее половине необходимо с операцией выждать до того

момента, когда можно получить жизнеспособный плод (Снегирев, Отт Пинар), а Сегон (Segond) и Фор принимают это положение с оговоркой в том смысле, что «ждать допустимо лишь при одном определенном условии, именно, если спасение ребенка не бросает ни единой тени опасности на жизнь самой матери». Представители противоположного течения (Верт, Бумм) считают, что если диагноз внематочной беременности установлен, то следует вмешаться, не считаясь с плодом и сроком беременности, ибо всегда грозит опасность разрыва плодного мешка. К тому же многие указывают, что по мере того как беременность прогрессирует, операция технически все больше и больше осложняется образованием более обширных и плотных сращений в брюшной полости. Нам кажется, что мнение, примиряющее обе вышеуказанные точки зрения, высказанное Окинчиц, является вполне приемлемым. Им выставляются следующие положения:

1) выжидание допустимо, если срок беременности близок к моменту наступления жизнеспособности плода;

2) больная должна обязательно все время находиться в лечебном учреждении под наблюдением;

3) необходимо считаться с тем, имеется ли беременность в закрытом или открытом плодovémместилище, так как при закрытом плодovémместилище и отсутствии указаний на нарушение беременности имеется меньше оснований бояться плотных сращений;

4) операция должна быть произведена ранее срока родов во избежание произвольного разрыва плодного мешка;

5) при мертвом плоде с операцией следует подождать недели 3—4 с момента гибели плода, пока не облитерируются кровеносные сосуды (исчезновение плацентарного шума в сосудах).

Что касается оперативной техники, то здесь опять-таки могут быть высказаны принципиальные установки нашей клиники, ибо «в виду крайней редкости подобных случаев отдельный оператор едва ли имеет возможность приобрести сколько-нибудь значительный опыт» (Бумм). Техника операции во второй половине беременности чрезвычайно трудна, и вполне можно согласиться с Буммом, что операция «может быть предпринята с надеждой на успех лишь тем, кто обладает хорошей техникой». Все трудности, собственно говоря, зависят от последа, и все споры вращаются вокруг вопроса, как поступать с этим органом, ибо удаление его может вызвать не только опасное, но даже смертельное кровотечение, а кроме того может быть нарушена целостность тех органов (кишечника, мочевого пузыря, сальника), с которыми послед связан. Таким образом и методы оперирования могут быть двойные: 1) или удаляют плод вместе с плодным мешком, или 2) удаляется только плод, а послед и часть плодovémместилища остаются на месте. Совершенно не представляется возможным рекомендовать придерживаться только одного какого-либо метода, ибо каждый случай бывает настолько индивидуален, что решать этот вопрос приходится у операционного стола. Нужно только знать, как поступать при выборе того или иного метода. В случае удаления плодovémместилища целиком, нужно позаботиться о том, чтобы все сосуды, питающие его, были предварительно перевязаны во избежание последующего кровотечения. Это легко удается сделать при чистой трубной беременности и может оказаться совершенно неосуществимым в тех случаях, когда питающие сосуды идут к последу из брыжейки кишечника, сальника или других органов. Если послед и плодovémместилище не удаляются, то рекомендуется край плодного мешка после извлечения плода вшивать в брюшную рану, оставляя послед на месте, с тем, чтобы он впоследствии отошел самостоятельно. В этих случаях приходится опасаться послеоперационных нагноений, изнурения больной при длительном заживлении раны и наконец септицемии. Что касается последней, то Пинар, имевший 17 подобных

операций, говорит: «надо гораздо меньше опасаться септицемии при оставлении плаценты, чем кровотечения при ее немедленном удалении».

Что делать, когда плодный мешок разрушен, когда плод находится между кишечными петлями, а послед — как это бывает нередко — частично лишь отделился и дает кровотечение? В виду того, что в этих случаях не представляется возможным вшить в брюшную рану плодный мешок, приходится идти на удаление последа, ибо оставлять его, предоставив самостоятельному рассасыванию, опасно в виду серьезной последующей инфекции. В нашей практике был один случай, когда части плода находились между кишечными петлями, а послед был плотно сращен с петлями тонких кишок и брыжейкой. Были удалены части плода (4—5 мес.) и обрывки капсулы, а послед оставлен в брюшной полости, и поставлен тампон по М и к у л и ч у, так как отделить послед не представлялось возможным и нужно было решиться на обширную резекцию кишечника; большая погибла от инфекции. Из сказанного можно сделать такой вывод, что принципиально следует стремиться к удалению всего плодного мешка и только в крайних случаях решаться на оставление его в брюшной полости.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.

Проф. Л. Л. Окинчиц.

Воспалительные заболевания женской половой сферы, возникающие вследствие инфекции, распространяющейся со стороны влагалища или берущей начало из соседних органов, составляют в среднем около 60% стационарных гинекологических больных. Значительное количество такого рода заболеваний падает на воспаление придатков, т. е. труб и яичников.

Хотя в конечном результате при этом оказываются захваченными воспалительным заболеванием и яичники и трубы, но если проследить развитие процесса, то почти всегда без исключения исходным местом внедрения инфекции являются трубы, а яичники заболевают только вторично, благодаря непосредственной близости воспалительного очага.

Возбудителем инфекции может оказаться или гонококк или один из представителей гноеродных бактерий, именно стрептококк, стафилококк или туберкулезная палочка.

Повидимому чаще других воспаление придатков обязано гонококку; О п и ц (Opitz), например, считает, что 70% всех воспалительных изменений в трубах дает гонорея. В е р т г е й м при бактериологическом исследовании гноя сактосальпинксов в 39 случаях из 111 нашел гонококка и только в 11 — пиогенного стрептококка; М е н г е из 122 бактериологически исследованных случаев в 28 нашел гонококка и лишь в 4 случаях — стрептококка; по его мнению, сравнительно нередко (в 10%) нагноение в трубах и яичниках может явиться результатом туберкулезного поражения.

Гоноройное заболевание придатков возникает восходящим путем, и прежде всего поражается маточный конец трубы. Складки слизистой оболочки набухают, покрывающий их эпителий слущивается, и соприкасающиеся обнаженной поверхностью складки слизистой склеиваются между собой, образуя затем прочные сращения и вызывая непроходимость трубы. Мышечная стенка трубы также поражается воспалительным процессом; сперва она становится отечной, затем развивается мелкоклеточная инфильтрация, что ведет к образованию соединительной ткани. Это вызывает уплотнение и утолщение стенки трубы в виде отдельных узлов и носит название *salpingitis isthmica nodosa*.

Брюшинный покров трубы также вовлекается в этот процесс: образующийся серозный и фибриновый выпот ведет к образованию спаек с прилегающими органами и к облитерации ампулярного отверстия трубы.

В таком замкнутом с обоих концов мешке скопляется гнойное содержимое, которое растягивает полость трубы, образуя пиосальпинкс, имеющий форму реторты. В такой замкнутой полости гонококки довольно быстро погибают, но тем не менее накопление гноя, благодаря наличию бактериопротеинов, еще некоторое время продолжается.

В остром периоде больные с гоноройным пиосальпинксом требуют сначала противовоспалительного лечения, а затем, по затихании острых явлений, следует осторожно переходить к рассасывающему лечению, от которого нередко удается получить хорошие результаты; так, Герман (Hermann) из клиники Кюстенера приводит случай, когда больная, страдавшая двусторонним пиосальпинксом, после консервативного лечения забеременела.

В настоящее время большинство авторов как в остром, так и в затихшем случае гоноройного воспаления придатков матки придерживается выжидательного метода лечения. В остром периоде гонококкового процесса в придатках заболевание протекает при тяжелых субъективных явлениях, но они не представляют непосредственной опасности и довольно быстро затихают, так что нет необходимости в оперативном вмешательстве. В случае же хроническом всегда следует сперва применить все имеющиеся в нашем распоряжении консервативные способы лечения, но если они не дают желательного результата и изменения в придатках, причиняют больной страдания, не давая ей заниматься своей профессией, — только тогда следует решиться на операцию.

Такой консерватизм при лечении гоноройных воспалений придатков находит себе объяснение в том, что при операции обыкновенно приходится иметь дело с плотными сращениями, и нет возможности сохранить яичники; однако необходимо установить какой-нибудь практически приемлемый предел для выжидания, и в нашей клинике придерживаются правила, которому следовал мой учитель, проф. Садовский. Он считал показанным оперативное лечение при гоноройном воспалении придатков после того, как больная три раза проделает основательно стационарное лечение.

Надо иметь в виду, что при хроническом гонококковом поражении придатков благодаря сращениям с кишками может возникнуть вторичная инфекция кишечной палочкой или гноеродными бактериями.

В том случае, когда заболевание не поддается консервативному лечению, приходится приступить к операции. Прежде всего надо наметить план операции, причем является вопрос, избрать ли влагалищный способ операции или брюшно-стеночный?

Мы уже отмечали, что в настоящее время большинство гинекологов совершенно определенно предпочитает брюшно-стеночный путь, считая его более удобным, и влагалищный способ применяют только в строго определенных случаях, где требуется одновременно произвести какую-либо операцию на промежности или влагалище, а так как при операции по поводу заболевания придатков всегда приходится иметь в виду наличие сращений, затрудняющих операцию, то предпочтение следует отдать брюшно-стеночному чревосечению.

Подготовив больную к операции обычным способом, мы приступаем к разрезу брюшной стенки. Он делается нами всегда продольно, по средней линии живота, так как здесь, ввиду возможных затруднений при операции, нередко приходится увеличивать разрез за пределы пупка.

По вскрытии брюшины, прежде чем приступить к освобождению измененных придатков, на тело матки накладывается шелковая нить, которая служит держалкой, фиксирующей матку, и этим помогает ориентироваться в нередко запутанной топографии органов. Затем приступают к разделению имеющихся сращений и выделению придатков. Если сращения рыхлые, то их отделяют тупым путем, плотные же сращения лучше разделять ножницами, причем надо

это делать крайне осторожно и постепенно, самыми легкими ударами ножниц, иначе можно поранить сращение петли кишек или вскрыть гнойник. Оба осложнения представляют большую опасность, угрожая инфекцией.

После того как сращения с кишками и пристеночной брюшиной разрушены, стараются подойти рукой сверху и сзади, со стороны дугласова пространства, осторожными пилообразными движениями отделяя придатки от пристеночной брюшины. Когда труба и яичник освобождены от сращений, накладывают зажим К о х е р а на маточный конец трубы как можно ближе к месту отхождения ее от матки. Если же в этом отделе трубы имеются упомянутые выше утолщения в виде узлов, то предпочтительнее вырезать конец трубы из толщи маточного угла так, чтобы культя трубы имела форму треугольника, и только после этого захватить трубную артериальную веточку в зажим. Затем накладывается зажим между абдоминальным концом трубы и яичником; если брыжейка трубы не инфильтрирована, то удастся этот зажим наложить так, что конец его почти достигает конца первого зажима; если же этого не удастся сделать, то кроме второго зажима кладется еще один на брыжейку трубы вдоль яичника.

После того как зажимы наложены, труба удаляется ножницами и на сосуды кладутся кетгутовые узловые швы, а небольшая ранка, полученная в углу матки на месте иссеченной трубы, закрывается одним или двумя узловыми кетгутовыми швами.

Теперь остается только описать перитонизацию культей, которую мы всегда делаем при помощи круглой связки; но сперва остановимся на одновременном удалении трубы и яичника.

В этом случае кладется один зажим на маточный конец трубы, другой — на собственную яичниковую связку и третий — на воронко-тазовую связку, после чего труба и яичник удаляются и зажимы заменяются узловыми кетгутовыми швами.

Для перитонизации культей как при удалении трубы, так и при удалении вместе трубы и яичника поступают так: берут четыре зажима и накладывают их в таком порядке, что один захватывает круглую связку у места отхождения ее от угла матки; другой захватывает круглую связку, отступя на 4—5 см от первого; третий захватывает собственную яичниковую связку у места отхождения ее от матки или, в случае удаления яичника, зажим захватывает заднюю пластинку широкой маточной связки; четвертый захватывает либо брюшину подле воронко-тазовой связки либо самую культю этой связки выше места ее перевязки.

Затем длинной тонкой кетгутовой нитью на игле обшивают культю круглой связкой, причем начинают от угла матки, соединяя круглую связку с брюшиной задней пластинки широкой связки. Конец шва здесь завязывается узлом; на свободный его конец накладывается для держания зажим, и удаляются те зажимы, которые были наложены на маточном конце круглой связки и на задней пластинке широкой связки или собственной яичниковой связке. Далее, идя через край круглой связки, ее соединяют с брюшиной брыжейки трубы при оставлении яичника, или с брюшиной задней пластинки широкой связки при его удалении и заканчивают этот шов у воронко-тазовой связки выше ее перевязки (рис. 443, 444, 445).

Мы рекомендуем производить перитонизацию культей при помощи круглой связки потому, что, используя ее для этой цели, мы не причиняем никакого ущерба внутренним половым органам женщины, так как круглые связки являются образованием рудиментарным, оказывающим влияние на положение матки только у четвероногих, и в то же время они позволяют закрыть обнаженные культю свободно, без натяжения брюшины.

В некоторых случаях, где сращения придатков с брюшиной дугласова пространства настолько плотные, что подойти сзади к трубе и яичнику нет воз-

возможности, поступают так, что на маточный конец трубы накладывается зажим и она перерезается, а затем производится разрез брюшины вдоль трубы спереди от нее. Войдя рукой в клетчатку широкой связки, стараются придатки освободить, и затем накладывают зажимы на яичниковую связку и на воронко-тазовую связку; дальше поступают так же, как мы только что описывали.

В том случае, когда имеются сращения с петлями кишок и они не поддаются легко разъединению, следует быть очень осторожным, чтобы не поранить стенку кишки. Если это случится, но ранение ограничивается только брюшинным покровом кишки, то следует восстановить целостность брюшины, наложив тонкий кетгутовый шов в поперечном направлении кишки, чтобы не сузить просвета кишки. В некоторых случаях оказывается необходимым оставить часть стенки трубы на кишке, чтобы последнюю не поранить, и если при этом произойдет вскрытие гнойника и излитие содержимого пиосальпинкса в брюшную полость, то это зло будет меньше, чем сквозное поранение кишки, тем более что гной в трубе нередко уже не содержит микробов, что доказано многочисленными исследованиями.

Там, где при вскрытии брюшной полости обнаруживается изменение придатков с обеих сторон, сначала удаляют придатки той стороны, где они более доступны и удаление их представляется более простым. Таким образом освобождается полость таза и создаются лучшие условия для удаления придатков другой стороны.

При измененных с обеих сторон придатках, имея в виду их удаление, приходится считаться с возрастом больной. Если больная находится в возрасте, близком к климактерическому, другими словами, ей уже за сорок лет, то здесь рациональнее окажется удалить оба измененных яичника, так как даже частичное их оставление часто впоследствии вызывает боли; но в том случае, когда имеется молодая больная, приходится сделать все возможное, чтобы сохранить хотя бы часть одного из яичников, даже если он носит на себе признаки хронического воспалительного процесса в виде мелкокистозного перерождения и усиленного образования соединительной ткани, так как здесь удаление яичников вызовет явления преждевременного климактерия и причинит больной более серьезные повреждения, чем то заболевание, ради которого она оперировалась.

Надо иметь в виду при оперативном лечении гоноройных придатков матки, что нередко после операции наблюдаются рецидивирующие боли и образование инфильтрата в клетчатке без повышения температуры. Клиновидным иссечением интерстициальной части трубы предупредить образование таких инфильтратов, как это доказал Ф р и ч, не удается. Причина этого заключается в том, что гоноройная инфекция находится в матке и через толщу мышечного слоя проникает в тазовую брюшину.

Значительно реже приходится наблюдать заболевание придатков, вызванное одним из гноеродных микроорганизмов, именно стрептококком или стафилококком. Отличительной особенностью таких случаев является одностороннее поражение и локализация заболевания почти исключительно в трубе, в то время как яичник остается неповрежденным.

Такой пиосальпинкс обыкновенно возникает в результате инфекции после родов или после выкидыша и сопровождается повышением температуры до высоких цифр; в то же время повышается содержание лейкоцитов в крови и ускоряется оседание эритроцитов. Все эти признаки говорят за нахождение в содержимом трубы возбудителя нагноения; но обыкновенно в том случае, когда инфекция ограничивается только трубой и не распространяется на соседние ткани, микробы довольно быстро погибают и гной становится стерильным; однако М е н г е из 71 нелихорадящих больных в 17 случаях обнаружил в гное бактерий, а из 35 лихорадящих больных у 14 гной оказался стерильным. По-

вышение лейкоцитоза тоже является довольно верным признаком того, что гной содержит возбудителей инфекции, однако исследования П а н к о в а и Г е й н з и у с а показали, что оно наблюдается и при стерильном гное.

Оперативное вмешательство при пиосальпинксе такого происхождения становится иногда необходимым как в остром периоде, когда все признаки говорят за наличие в гное вирулентных бактерий, так и в хронических случаях. Нужно, однако, иметь в виду, что оперативное вмешательство при наличии острой инфекции сопряжено с большой опасностью для больной, так как удаление такой трубы связано с риском вызвать перитонит, а опорожнение гноя со стороны влагалища сопровождается нередко очень длительным истечением гноя; по данным Ш а у т а, в 25% случаев после влагалищной инцизии приходится прибегать к последующему брюшностеночному удалению трубы. Поэтому в каждом случае острого пиосальпинкса надо прежде испытать все имеющиеся в нашем распоряжении консервативные средства, и только убедившись в их несостоятельности решиться на то или другое оперативное вмешательство.

Начнем с изложения вскрытия гнойника трубы со стороны влагалища. Пиосальпинкс значительно чаще располагается в заднем дугласовом пространстве, однако при его возникновении в послеродовом периоде, когда придатки высоко приподняты увеличенной в размерах послеродовой маткой, они могут оказаться лежащими в пузырно-маточном кармане.

Влагалищному вскрытию подлежат только первые гнойники, когда они доступны со стороны заднего свода, так как подойти к гнойнику через передний свод можно только отделив мочевого пузырь, а это представляет большие неудобства в виду необходимости в последующем дренировании.

Убедившись исследованием через влагалище, что пиосальпинкс располагается в заднем дугласовом пространстве, приступают к операции. Для этого больная помещается на операционном столе с согнутыми в бедрах и коленях ногами; после тщательного мытья наружных половых частей и влагалища мылом и обтирания их спиртом, во влагалище вводятся ложкообразное зеркало и передний подъемник; влагалищная часть матки захватывается пулевыми щипцами отдельно за переднюю и за заднюю губы, после чего зеркало и подъемник удаляются, а во влагалище вводятся два узких подъемника, которые располагаются по задней стенке несколько сбоку в ту и другую сторону. Это делается для того, чтобы открыть себе свободный доступ в задний свод.

Теперь влагалищная часть матки приподнимается кверху, и через слизистую оболочку заднего свода по средней линии вкалывается насаженная на шприц толстая длинная игла, которая направляется несколько вправо или влево, смотря по расположению гнойника. Если в шприце оказался гной, иглу не удаляют, а скальпелем делают поперечный разрез слизистой оболочки заднего свода, отступя приблизительно на полсантиметра от влагалищной части; величина разреза около 2—3 см (рис. 438). Затем вскрытая слизистая оболочка отделяется пальцем несколько кзади для того, чтобы предохранить стенку прямой кишки от ранения, и заостренным и слегка изогнутым корнцангом прокалывается сперва брюшина дугласова пространства, а затем и стенка пиосальпинкса по направлению введенной раньше иглы. При этом надо иметь в виду, что опухоль трубы имеет свою собственную стенку, которая не всегда прилегает к брюшине заднего дугласова пространства, и потому здесь нередко оказывается небольшая полость, содержащая серозную или серозно-гнойную жидкость. Она может ввести в заблуждение, симулируя вскрытие пиосальпинкса, и помочь здесь может характер гноя, полученного из иглы.

Введя корнцанг в полость трубы и получив содержащийся в ней гной, раскрывают бранши корнцанга настолько, чтобы получилось отверстие, достаточное для вставления дренажной трубки толщиной в палец; затем корнцанг в таком раскрытом состоянии выводят наружу.

Если вскрытие гнойника удалось, то выделяется довольно значительное количество гноя и опухоль спадает, но она нуждается в длительном дренировании. Для этого в сделанное отверстие вводится тем же корнцангом толстая резиновая трубка с несколькими боковыми отверстиями и крестообразным расширением на внутреннем конце. Это расширение получается обыкновенно за счет тонкой резиновой трубочки, вводимой в два боковых разреза на дренажной трубке (рис. 440). При вскрытии гнойника в трубе дренаж приходится держать очень долго, обыкновенно не менее четырех недель, так как инфильтрированные стенки трубы не спадают и запустевание полости происходит очень медленно; нередко оно совсем не происходит, и тогда приходится удалять вскрытую трубу посредством брюшностеночного чревосечения.

Предварительно следует позаботиться о том, чтобы выделяющийся через дренаж гной потерял свою вирулентность, и мы для этого пользуемся введением через дренажное отверстие культуры болгарской палочки МФ, благодаря которой гной очень быстро освобождается от стрептококков и стафилококков. После вскрытия заднего свода и опорожнения гнойника состояние больной обыкновенно значительно улучшается, и температура в течение нескольких дней опускается до нормальных цифр; однако такое благополучие может внезапно нарушиться: иногда появляется озноб с резким подъемом температуры, и в то же время совершенно прекращается выделение гноя через дренаж. Причина лежит в закупорке дренажа, и для того, чтобы устранить все эти тяжелые явления, надо взять больную на стол и переменить дренаж.

Там, где пиосальпинкс располагается высоко в пузырно-маточном кармане и добраться до него через задний свод влагалища не представляется возможным, а в то же время состояние больной вследствие гнойного процесса внушает опасение, приходится искать другого пути для того, чтобы дать гною выход.

Для этого остается только один путь сверху через брюшную стенку. План операции здесь должен быть такой, чтобы после вскрытия брюшной полости удалить пиосальпинкс, не нарушая его целостности, но обыкновенно он оказывается окруженным такими плотными и обильными сращениями, что об удалении трубы не приходится и думать. Тогда остается только опорожнить гнойник, не пытаясь разделять сращения, и выделить трубу.

Для того чтобы при вскрытии пиосальпинкса помешать гною попасть в брюшную полость, прежде чем вскрыть пиосальпинкс, его следует тщательно обложить тампонами. Затем гнойник вскрывается либо разрезом стенки трубы либо проколом, который может быть произведен любым инструментом. После того как труба вскрыта, надо в отверстие ввести дренаж; для этого можно воспользоваться марлевым тампоном или резиновой трубкой, но при данных обстоятельствах предпочтения заслуживает резиновый дренаж, так как его приходится вставлять надолго, а марлевый тампон требует частой смены. Кроме того здесь не приходится опасаться того, чтобы резиновая трубка вызвала образование пролежней в соседних органах, например в петлях кишек, так как она находится в полном мешке, имеющем стенку.

Обыкновенно проходит очень значительное время, пока полость трубы не очистится от гнойного содержимого и не запустеет.

Только в редких случаях удается после вскрытия гнойника и тщательной очистки операционного поля удалить всю стенку трубы, освободив ее от сращений с кишками. Техника оперативного вмешательства здесь ничем не отличается от той, которая описана нами при удалении гонорейных придатков матки; затруднение получается только при попытке перитонизировать культю, так как брюшина инфильтрирована и отчасти разрушена при разделении сращений и поэтому нередко приходится оставлять их неперитонизированными. Иногда при этом оказываются лишенными брюшинного покрова довольно значительные участки.

Так как операционное поле загрязнено, то закрыть брюшную рану наглухо не представляется возможным, но для лучшего стока выделений здесь обычно проводится дренаж из тазовой полости во влагалище. С этой целью помощник вводит изогнутый корнцанг со стороны заднего свода влагалища и выпячивает им брюшину заднего дугласова пространства. На месте этого выпячивания делается разрез, и корнцанг проникает в брюшную полость. Корнцанг раскрывается, и таким образом расширяется отверстие, через которое с помощью того же корнцанга из области таза во влагалище вводится резиновая трубка с боковыми отверстиями.

В брюшную рану вводится марлевый тампон, проникающий в глубину и достигающий верхнего конца резинового дренажа, и, чтобы сузить отверстие, послойно накладываются несколько швов на брюшную стенку.

В тех случаях, когда придатки матки требуют удаления с обеих сторон и одновременно имеется хронический метрит, и в то же время придатки замурованы плотными сращениями, приходится наталкиваться на большие затруднения при их освобождении из сращений; в таком случае очень хорошую услугу оказывает метод удаления матки и придатков, предложенный Ф о р о м.

Там, где шейка матки не представляет каких-либо изменений, производится надвлагалищная ампутация матки с одновременным удалением придатков. Делается это таким образом: по вскрытии брюшной полости матка захватывается двумя крепкими щипцами М ю з о, которые накладываются несколько отступя от средней линии в стороны (рис. 446); затем крепкими прямыми ножницами матка рассекается по средней линии от дна к шейке до уровня внутреннего зева (рис. 447), и таким образом матка оказывается разделенной на две половины в области тела. Крепкими щипцами захватывают одну из ее половин около внутреннего зева и поперечным разрезом на его уровне отсекают эту половину от шейки матки (рис. 448). На маточную артерию накладываете зажим и она перерезается, после чего потягиванием за отсеченную половину матки извлекают придатки, причем освобождение их от сращений начинается с середины и постепенно продолжается в сторону (рис. 449).

По отделении придатков они с соответствующей половиной матки удерживаются на ножке, состоящей из круглой и воронко-тазовой связки, которые захватываются зажимами и перерезаются (рис. 450). По удалении матки и придатков зажимы заменяются узловыми кетгутowymi швами. На культю шейки матки накладываете несколько кетгутowych швов, и затем приступают к перитонизации, причем необходимо произвести ее тщательно, применяя непрерывный кетгутový кисетный шов, а там, где вследствие большого натяжения это невозможно, — непрерывный обвивной шов.

Если является опасение септического осложнения в послеоперационном периоде, то следует поставить дренаж во влагалище, для чего заднюю стенку шейки матки рассекают и таким образом создают широкий сток во влагалище, куда вводится толстая резиновая дренажная трубка; поверх дренажа брюшина заднего дугласова пространства соединяется с брюшиной пузырно-маточного кармана. В том случае, когда имелось скопление гноя в придатках, можно в качестве дренажа воспользоваться тампоном М и к у л и ч а.

Когда и влагалищная часть матки оказывается измененной настолько, что оставлять ее нецелесообразно, приходится прибегать к операции полного удаления матки по способу Ф о р а. Операция заключается в том, что матка также захватывается двумя щипцами М ю з о в области дна, затем поперечным разрезом рассекается брюшина пузырно-маточного кармана, пальцем или марлевой тряпочкой отделяется мочево́й пузырь книзу от передней поверхности шейки и верхней части влагалища. Затем матка рассекается от дна до влагалищной стенки, которая вскрывается спереди и сзади (рис. 451).

Зажимом М ю з о захватывают сперва одну половину матки в области шейки и, подтягивая ее кверху и кнаружи (рис. 452), натягивают прикрепляющуюся к ней влагалищную стенку, которую и отсекают на месте прикрепления ее к матке. При дальнейшем потягивании за шейку матки она, будучи отделена от влагалищной стенки, поднимается кверху и обнажает таким образом маточную артерию, которую следует перевязать по возможности выше, а именно отступая кверху от места отхождения шеечно-влагалищной ветви, причем надо остерегаться поранить расположенный близко мочеточник.

В дальнейшем выделяются придатки из сращений и удаляются, после чего приступают к обработке второй половины матки и придатков. Заканчивается операция тщательной перитонизацией, для чего край брюшины пузырно-маточного кармана соединяется с разрезом передней влагалищной стенки, а край брюшины дугласова пространства подшивается к разрезу задней стенки влагалища. Это делается с помощью непрерывного кетгутового шва. Культи круглых и воронко-тазовых связок обшиваются обвивным, кетгутовым швом.

Во влагалищное отверстие, ведущее в тазовую область, вводится марлевый тампон, и над ним соединяется брюшина задней тазовой стенки с брюшиной мочевого пузыря для того, чтобы он не сообщался с брюшной полостью. Этот тампон может быть удален на 4—5-й день.

Выше мы указывали на трудность производства операции удаления придатков матки влагалищным путем, но в отдельных редких случаях все же такая операция применяется, и поэтому привожу один из способов, предложенный М ю л л е р - К е н ю (Müller-Quenu). Производится операция таким образом, что после разреза влагалищной стенки в области переднего свода и отделения мочевого пузыря от передней поверхности шейки матки вскрывается брюшина пузырно-маточного кармана и матка рассекается продольным разрезом на две половины (рис. 453). Затем одна из половин матки, которая более легко подвижна, выводится во влагалище, придатки освобождаются из сращений, накладываются зажимы на связки круглую и воронко-тазовую, на маточную артерию и на крестцово-маточную связку, и эта половина матки с придатками удаляется (рис. 454). Это создает более свободный доступ ко второй половине матки и придаткам, которые тоже удаляются. Зажимы заменяются узловыми кетгутовыми швами и, если поле операции не загрязнено, то рана зашивается наглухо; если же возможна инфекция, то разрез влагалища обшивается тазовой брюшиной и в него вводится марлевый тампон.

Делая сводку результатам, получаемым при оперативном лечении придатков матки, мы в общем должны высказаться, что они довольно хорошие и смертность небольшая, дающая колебания от 1,5 до 5%; у Ц в е й ф е л я она равна 0,93%, у Е л к и н а — 1,7—1,9%, у О к у н ч и ц а — 1,9%, у П л о т н и к о в а общий процент смертности на 250 случаев—0,8, причем благоприятные результаты, полученные им, объясняются не только тщательной перитонизацией, но главным образом введением эфира в брюшную полость (вливается от 20 до 40 см³). По его мнению, эфир действует раздражающим образом на ретикуло-эндотелиальный аппарат, активирует защитные силы организма и обладает бактерицидными свойствами.

Заканчивая этим главу об оперативном лечении придатков матки, мы должны остановиться в нескольких словах на тех осложнениях, которые иногда приходится наблюдать вследствие прорободения нагноившейся опухоли придатков в соседние органы, чаще всего в мочевой пузырь и прямую кишку, в зависимости от расположения гнойника.

Если больные придатки находятся спереди, в пузырно-маточном кармане, то стенка гнойника склеивается с покрывающей мочевой пузырь брюшиной и постепенно разрушается. Излитие гноя в мочевой пузырь проявляется внезапным падением температуры и гнойной мочой, но это не означает полного

выздоровления, так как отверстие в пузырь легко закрывается, и снова повышается температура. В таком случае приходится вскрывать гнойник сверху, затем отделить трубу от стенки мочевого пузыря и отверстие закрыть кетгутowymi швами в два этажа. Первый этаж состоит из нескольких узловых швов, причем надо стараться захватывать только мышечный слой, не прокалывая слизистую оболочку пузыря, иначе здесь легко может образоваться отложение солей; второй обвивной непрерывный шов кладется на брюшину.

Когда прободение происходит в прямую кишку, то оно гораздо благоприятнее только что описанного, так как здесь чаще приходится видеть полное заживление без оперативного вмешательства, но в том случае, когда периодически наблюдается закрытие отверстия и обострение процесса, приходится со стороны влагалища отделить стенку прямой кишки от трубы, отыскать отверстие и его зашить тоже в два этажа. Разрез заднего свода влагалища не зашивается, а в него вводится марлевый тампон.

При вскрытии гнойника в кишечник, расположенный выше, следует найти отверстие в кишку и с ней поступить в зависимости от найденных изменений; если возможно, то зашить отверстие, если нет — то резецировать пораженную петлю.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ И БРЮШИНЫ.

Проф. Л. Л. Окунчик

При измененных придатках и наличии туберкулезного поражения отдельных органов почти всегда возникает мысль о туберкулезном характере заболевания. Если тщательное клиническое и рентгенологическое исследования не обнаруживают туберкулезного очага, а примененная туберкулиновая реакция резко положительная, то, в согласии с Гейнеманом (Heunemann), процесс в придатках следует считать туберкулезным. Крениг указывает, что воспалительный придатковый процесс, протекающий с повышенной температурой и отсутствием гиперлейкоцитоза, дает основание подозревать туберкулез. То же, по его мнению, можно сказать, если в результате лечения хронического заболевания придатков световыми ваннами не получается улучшения процесса, а, наоборот, происходит даже усиление болей.

Туберкулез половых органов встречается не так редко, как это предполагали раньше. Так, согласно указанию Менге, 10% всех поражений придатков матки приходится на туберкулез, а Панков указывает даже цифру в 22%.

Поражает туберкулез преимущественно женщин в возрасте от 20 до 40 лет, что дает право допустить здесь влияние месячных, беременностей, родов и послеродового периода. При туберкулезе придатков матки необходимо учитывать, что в 75% всех случаев одновременно поражается и матка, и только в 25% случаев встречается изолированное заболевание фаллопиевых труб. Гегар, разработавший впервые вопрос о заболевании туберкулезом женского полового аппарата, считает, что оно возникает здесь первично от заражения при половом сношении, если мужчина страдает бугорчаткой яичка, и реже, если он болен только бугорчаткой легких. Согласно учению Ашофа, в отдельных случаях туберкулезная инфекция, попадая в дыхательные пути, может в них задерживаться, а по кровеносным сосудам достигает половых органов, вызывая здесь первичный очаг. Баумгартен (Baumgarten) совершенно отвергает возможность распространения туберкулезной инфекции восходящим путем со стороны влагалища. Гартман же, на основании экспериментальных дан-

ных, в отдельных случаях допускает при благоприятных условиях занесение туберкулезной инфекции вверх и распространение таким образом туберкулеза.

К мнению Г а р т м а н а присоединяется Р о с т г о р н (Rosthorn), который считает возможной инфекцию при половом сношении, во время или после родов и случайное занесение инфекций при гинекологическом исследовании. В последнее время ряд исследователей на основании клинического и экспериментального исследования приходит к выводу, что чаще приходится иметь дело с вторичной инфекцией, т. е. что в организме существует очаг, содержащий туберкулезные палочки, откуда они и заносятся в половые органы. Такими первичными очагами служат главным образом туберкулезные фокусы в легких, бронхиальных и брыжеечных лимфатических железах, откуда по кровеносным путям туберкулезная инфекция проникает в половые органы, где, согласно взгляду Ф р а н к е́, прежде всего поражаются трубы.

Необходимо также знать, что в половых органах туберкулез распространяется в нисходящем направлении: вначале поражаются трубы, а с них уже процесс переходит на матку и в редких случаях на влагалище. Туберкулез матки вызывает иногда незначительные изменения и протекает под видом простого эндометрита. Если же случай вызывает сомнение, то чаще всего думают о злокачественном заболевании, а не о туберкулезе. А м а н н и Р о с т г о р н высказывают уверенность, что если бы выскобленные кусочки прививались морским свинкам, то чаще находили бы туберкулезное поражение матки; к их мнению присоединяется М а р т и н.

Одновременно с туберкулезным поражением труб находят также изменения и в яичнике, которые обнаруживаются иногда только при микроскопическом исследовании. Так, М а р т и н при туберкулезном поражении органов в 51 % нашел поражение яичников, П о л а н о (Polano) — в 66 %.

Некоторые крупные клиницисты (Г е г а р, З е л ь г е й м, Ф е й т и др.) рекомендуют во избежание рецидивов удалять трубы, яичники и матку в случаях, где мы диагностируем туберкулезное поражение придатков и склоняемся к оперативному методу лечения.

С мнением вышеуказанных авторов можно согласиться лишь частично: применять радикальную операцию уместно там, где наступила менопауза. В возрасте же молодом необходимо ограничиться удалением только труб, тем более что эта операция нередко дает полное стойкое излечение. Во всех случаях туберкулезного воспаления придатков, прежде чем приступить к оперативному лечению, необходимо сначала подвергнуть больную выжидательному лечению, так как нередко туберкулез полового аппарата излечивается самостоятельно. Кроме того, следует учитывать, что у значительного большинства больных заболевание половых органов является вторичным и, следовательно, в организме имеется еще и первичный очаг. Необходимо поэтому предпринять общее укрепляющее лечение всего организма, и если в результате такого лечения состояние больной будет улучшаться, то от операции можно отказаться. Когда консервативный метод не дает заметного результата или состояние больной ухудшается, причем ухудшение общего состояния идет не за счет первичного очага, а объясняется наличием изменений в половом аппарате, только тогда можно предпринимать оперативное лечение. В этом вопросе мы не можем согласиться с мнением Ф р а н ц а, который считает, что как только установлен характер заболевания, во всех случаях необходимо оперировать.

Если при туберкулезном поражении полового аппарата на первый план выступают явления поражения матки в виде острого милиарного или хронического разлитого творожистого эндометрита, то необходимо применить оперативное лечение. По мнению Г е г а р а, от одного выскабливания можно ждать излечения. Другие авторы (Ш а у т а, Ф е л и н г) на выскабливание смотрят,

как на паллиативное средство, которое можно применить лишь при незначительных кровотечениях.

По нашему мнению, выскабливание может быть предпринято лишь с диагностической целью, и если в результате его выяснится наличие туберкулезного процесса, то необходимо подвергнуть большую операции удаления матки.

Операция может быть проведена или путем влагалищного чревосечения, если нет резко измененных придатков, могущих затруднить ход операции, или путем брюшностеночного чревосечения. При туберкулезном поражении придатков операцию удаления труб мы производим типично, как и при удалении пиосальпингсов. Если по вскрытии брюшной полости мы обнаруживаем макроскопически туберкулезное поражение яичника, то, в зависимости от возраста больной, удаляем или оба яичника, или только один (у достигших менопаузы удаляем оба, у молодых — лишь один, именно пораженный). Операция удаления яичника проводится обычно, как и при удалении тубоовариальных опухолей.

Когда во время операции оказывается, что опухоли труб и яичников тесно спаяны с кишечными петлями, то не следует стремиться во что бы то ни стало отделить опухоль, так как очень легко можно поранить кишку, в результате чего образуется кишечный свищ, трудно поддающийся заживлению.

Как с осложнением туберкулезного заболевания женских половых органов нередко приходится сталкиваться с туберкулезным перитонитом. Означенное заболевание чаще наблюдается в возрасте от 20 до 25 лет, сопровождаясь асцитом или протекая в виде сухой слипчивой формы.

При экссудативной форме вся париетальная и висцеральная брюшина усеяна на всем своем протяжении бугорками, в которых можно найти гигантские клетки и туберкулезные палочки. При слипчивой форме поверхность брюшины висцеральной и париетальной покрывается воспалительным фибриновым выпотом, ведущим к склеиванию и сращениям, вследствие чего образуются конгломераты слипшихся кишечных петель, причем местами возникают отдельные полости, наполненные серозным или серозно-гнойным содержимым. Туберкулезный перитонит с образованием таких осумкованных скоплений выпота Рунге выделяет в особую форму, причем он различает три разновидности: а) бугорчатую брюшную водянку, б) сухой перитонит и в) перитонит с образованием ложных кист.

В дальнейшем течении, в результате творожистого перерождения бугорков и слияния их между собой, могут образоваться полости, наполненные творожисто-гнойным содержимым. Творожистый распад может распространиться на стенку органов и повлечь за собой перфорацию кишки. В случаях благоприятного течения происходит прорастание бугорков соединительнотканью элементами, благодаря чему получается сморщивание бугорков и полное их исчезновение.

В результате такого сморщивания сальник укорачивается и становится плотным и бугристым и в виде толстого тяжа вытягивается в поперечном направлении.

При асцитической форме обычно живот больной вздут, при слипчивой форме наблюдается втягивание брюшной стенки; почти всегда наблюдаются боль и лихорадочное состояние.

До настоящего времени еще нет единства взглядов на лечение туберкулезных перитонитов. С момента удачной операции, произведенной Спенсер-Уэльсом (Spencer-Wells) в 1872 г. при туберкулезном перитоните с полным излечением, широко стали применять оперативное лечение. После работ Кёнига и Рерша (Roersch), отметивших на своем материале до 65% выздоровлений, брюшностеночное чревосечение стали широко применять при туберкулезных поражениях, несмотря на сообщение Борхгревинка

(В о г с х г р е в и н к) и В у н д е р л и х а (Wunderlich), насчитывающих в результате оперативного лечения не больше 20% выздоровлений и потому полагающих, что это вмешательство или совсем противопоказано, или имеет ограниченные показания. Большинство авторов и сейчас вполне признает целесообразность этого способа лечения в определенных случаях. Если консервативный метод дает от 30 до 40% случаев излечения, то при оперативном лечении, согласно указаниям ряда авторов (Д э д е р л е й н и др.), процент выздоровлений доходит до 70.

Разница в результатах, получавшихся при оперативном лечении туберкулеза брюшины, зависит от того, что один оперирует только экссудативные формы, а другой и экссудативные и адгезивные, при которых очень часто возникают кишечные фистулы; они образуются даже в тех случаях, где кишечник не травмировался и, согласно данным В у н д е р л и х а, процент их достигает 16. Лучший результат оперативный метод лечения дает при экссудативных формах и значительно худший при адгезивных. Так, при экссудативном туберкулезном перитоните смертность от операции вскрытия брюшной полости равна 5%, а при слипчивом перитоните достигает 11%. Исходя из этих соображений, К р е н и г приводит следующие весьма ограниченные показания для оперативного метода лечения. При адгезивных формах туберкулезного перитонита чревосечение по К р е н и г у совершенно не должно применяться; при экссудативной форме чревосечение противопоказано в тех случаях, когда у больного перед операцией имеется повышенная температура или где-нибудь в организме определяется очаг активного туберкулеза; в других случаях экссудативного перитонита, если асцит достигает значительной степени и беспокоит больную, следует сначала посредством повторных пункций удалить жидкость, и только тогда, когда это не приводит к цели, жидкость может быть удалена посредством разреза брюшной стенки.

Мы согласны с тем, что адгезивные формы не подлежат оперативному лечению, но при экссудативной форме даже при наличии высокой температуры рекомендуется производить широкий разрез брюшной стенки. Придерживаясь этого взгляда, при экссудативной форме туберкулезного перитонита мы неоднократно получали хорошие результаты. При вскрытии брюшной полости там, где удаление измененных труб и яичников не сопряжено с выделением их из спаек с кишками, мы их удаляем, в противном случае ограничиваемся лишь вскрытием брюшной полости и, по освобождении ее от жидкости, зашиваем наглухо.

При наличии изменений в яичниках у больных в возрасте более 35 лет можно их удалять, не боясь наступления климактерия, тем более что удаление яичников благоприятно отражается на течении туберкулезного процесса, во-первых, потому, что при этом обычно наблюдается предрасположение к ожирению, а во-вторых, прекращаются менструации, которые у туберкулезных больных очень часто бывают обильны и истощают их.

Слипчивые формы перитонита лучше поддаются лечению рентгеновыми лучами. К р е н и г и П а н к о в рекомендуют широко пользоваться рентгеновыми лучами для лечения туберкулезных перитонитов и особенно применять их там, где высокая температура, значительно развившийся первичный очаг и общее плохое состояние не дают возможности прибегнуть к операции. Рентгенизацию рекомендуется проводить малыми дозами и через длительные промежутки времени. При таком осторожном подходе удастся достигнуть хороших результатов. В случаях, где после операции при асцитической форме произойдет повторное скапливание жидкости, В е р н е р, О к и н ч и ц и др. рекомендуют прибегнуть к рентгенизации после операции, причем они указывают, что в результате такого комбинированного лечения можно достигнуть стойкого излечения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ БРЮШИНЫ.

Ассистент А. И. Серебров.

Из всех имеющихся классификаций воспаления серозной поверхности брюшной полости (перитонита) самой простой и удачной мы считаем ту, которая делит его на два вида: 1) ограниченный перитонит и 2) разлитой перитонит. Гинекологу приходится встречаться и с той и с другой формами.

В случаях ограниченного перитонита мы имеем дело обычно с воспалением только тазовой брюшины (*пельвеоперитонит*), которое чаще всего является результатом распространения инфекции с внутренних половых органов. Со случаями же разлитого перитонита нам чаще всего приходится встречаться в послеоперационном периоде после родов и абортот.

Разлитой перитонит в свою очередь может быть *первичным*, если инфекция заносится непосредственно в брюшную полость, например при оперативных вмешательствах, и *вторичным*, когда инфекция проникает сюда из того или иного инфекционного очага, находящегося в организме, или является последним этапом общей септической инфекции. В последнем случае мы будем иметь дело с так наз. *sepsis peritonealis*, когда при вскрытии находят лишь помутнение и сильное покраснение брюшины, а иногда тонкий фибриновый налет на ней, содержащий болезнетворных возбудителей, чаще всего высоко вирулентных стрептококков. Такой *септический перитонит* чаще всего наблюдается у родильниц. Подобную классификацию мы считаем вполне достаточной для понимания тех условий, в которых нам приходится вмешиваться оперативно.

Обращаясь к статистическим данным результатов хирургического лечения перитонита, мы будем иметь в виду только разлитую форму последнего, так как исход пельвеоперитонита обычно является благоприятным, за исключением тех редких случаев, когда последний переходит в разлитой перитонит.

К и р ш н е р (Kirschner), на основании больших статистических сводок по поводу 626 случаев перитонита его хирургической клиники, дает следующие цифры смертности: 1) гонококковый перитонит дает 20% смертности, 2) перитонит аппендикулярного происхождения — 35,2%, 2) послеоперационные перитониты абсолютно смертельны (100%). О послеродовых перитонитах, отсутствующих в хирургических клиниках, К и р ш н е р говорит только, что прогноз их крайне неблагоприятный.

Интересные данные хирургического лечения перитонитов опубликованы С. Е з е р с к о й (S. Jezierski) на материале женской клиники и З е й ц а (Seitz) во Франкфурте на Майне. За 10 лет (1913—1923) там прошло 280 перитонитов, из коих 128 разлитых и 152 ограниченных. Из 128 перитонитов 86 были оперированы, причем выздоровело 24 человека. Из 42 консервативно леченных излечен был только 1 (гонококковый).

Из 152 случаев ограниченного перитонита оперированы были 38 и из них 34 вылечены; из 114 не оперированных излечены были 108.

Кильская клиника за последние годы принципиально оперирует все случаи разлитого перитонита [Р у н г е (H. Runge)]. Из 25 случаев излечено было только 10, остальные умерли. Наконец Ш м и д т (Schmidt) приводит 22 случая оперированных перитонитов, из коих 14 окончились летально, при этом из 10 случаев перитонита после септического аборта умерло 8, из 5 случаев пuerперального перитонита умерло 3, из 5 случаев, где причиной перитонита являлись аднекситы, умерла 1 женщина, и 3 случая перитонита с невыясненной этиологией дали 2 смерти.

Из этих далеко не исчерпывающих данных мы видим, что если хирургическое лечение разлитых перитонитов дает еще очень высокий процент смертности, то консервативное их лечение абсолютно безуспешно (100% смертности).

Наша клиника, изверившись в существующих способах дренажа брюшной полости, в течение нескольких последних лет (до 1933 г.) не оперировала разлитые послеоперационные и послеродовые перитониты, и ни в одном случае, за исключением гонококковых, выздоровления не наступило. Из вышеприведенных данных следует также, что лечение разлитых гонококковых перитонитов требует оговорки в том смысле, что при уверенности в диагнозе гонококковые перитониты оперировать не следует, ибо, как показывает опыт большинства гинекологических клиник, они протекают столь безобидно, что излечиваются и без оперативного вмешательства. Показанием к операции при гонококковом перитоните является только присоединение вторичной инфекции.

Что касается способов хирургического лечения разлитого гнойного перитонита, то гинекологу не всегда удастся следовать твердо установившемуся в хирургии принципу о выключении источника инфекции.

Разумеется, если дело касается перекрученной или нагноившейся кисты или вскрывшегося в брюшную полость пиосальпинкса, то в большинстве случаев этот принцип осуществить удастся, но в случаях послеродовых перитонитов, когда источником инфекции является гнойный тромбофлебит, параметрит или, что еще хуже, метастатическая бактериемия, когда об удалении источника инфекции не приходится и думать, а зачастую при операции он и не может быть выявлен, — в таких случаях выключить его не представляется возможным. Это же касается и случаев послеоперационного перитонита.

Чтобы оперативное пособие при перитоните было эффективно, необходимо знать некоторые анатомофизиологические подробности строения брюшной полости и брюшины в частности. Помимо этого необходимо еще отдавать себе всякий раз полный отчет в том, что же происходит в организме при разлитом перитоните, на что нам прежде всего нужно обрушиться со всей силой наших хирургических мероприятий (именно хирургических, ибо консервативное лечение перитонитов с точки зрения современных взглядов на это заболевание равноценно безучастному ожиданию гибели больных).

Серьезная поверхность брюшной полости, как известно, у взрослого человека равняется поверхности его кожи, т. е. $1,4 \text{ м}^2$ по Краузе (Krause) и $1,6 \text{ м}^2$ по Фирорту (Vierort). Следовательно, при разлитом гнойном перитоните мы прежде всего имеем дело с громадной площадью поражения. Второй особенностью брюшины является ее огромная всасывательная способность. Через многочисленные устья лимфатических сосудов [так наз. *stomata* и *stigmata* Реклингаузена (Recklinghausen)], разбросанные в большом количестве по поверхности брюшной полости и главным образом на нижней поверхности диафрагмы, брыжейке, поперечной ободочной кишке и в дугласовых складках] бактерии и их токсины поступают в лимфатические сосуды, а по ним — в *cysterna chyli magna*, в *ductus thoracicus* и через него наконец в венозный угол между левыми подключичной и яремной венами. Продвижение это в брюшной полости обусловлено током лимфы в ней, направляющимся вверх к сухожильной части диафрагмы. Наблюдения Реклингаузена показали, что при смертельных перитонитах после родов на брюшине сухожильной части диафрагмы все микроскопические проявления перитонита выражены значительно резче, чем в других местах.

Указанная особенность брюшины способствует тому, что клеточный распад, бактерии и их токсины имеют возможность попадать в круг кровообращения в огромных количествах и оказывать свое губительное действие на различные органы и системы организма. Наконец важнейшей особенностью брюшины является ее сопротивляемость в отношении инфекции, которая оказалась почти такой же, какой обладает поверхность кожи при условии отсутствия травматических воздействий. Это обстоятельство способствует тому, что брюшина при известных условиях справляется сама с инфекцией, иногда весьма тяжелой.

Как же действуют на организм развивающаяся в брюшной полости инфекция и образующиеся при этом бактериальные яды? Действие их двойное: местное и общее.

Местное действие проявляется прежде всего на кишечнике и сказывается оно параличом последнего. Развивается так наз. *ileus paralyticus* — кишечная паралитическая непроходимость. Не имея возможности останавливаться на механизме образования этого интересного явления, я позволю себе указать лишь на последствия этого паралича, ибо их приходится учитывать при хирургическом лечении. Паралитическое состояние кишечника ведет к образованию ядовитых веществ в самом кишечнике (*sterkoraemia*), к стазу в его кровеносных сосудах, к вздутию парализованного кишечника, что в свою очередь способствует затруднению дыхания вследствие высокого стояния диафрагмы (больная не дышит животом), нарушению кровообращения и затруднению деятельности сердца. Кроме того, бактериальные яды местно действуют на капилляры брюшной полости, вызывая паралич их стенок [Оливерсон (*Oliverson*)], что ведет к застойной гиперемии и к пропотеванию жидкости как в брюшную полость, так и внутрь кишечника. Последнее обстоятельство вместе с наступающей рвотой способствует сильному обезвоживанию организма. Наконец развивающаяся токсемия вызывает повреждение нервных путей и нервных центров, а также влияет на функцию печени в смысле недостаточного обезвреживания ею ядов. Остается пока спорным вопрос о том, какой орган поражается первично циркулирующими в крови токсинами — сердце или вазомоторный центр. Большинство авторов, изучающих этот процесс, сходятся на том, что нарушается поступление крови из портального круга к сердцу. Киршнер в своем докладе на всегерманском съезде хирургов в 1926 г. очень образно формулировал это состояние организма следующим образом: «Организм истекает кровью в сосуды брюшной полости, а пораженное в конечном итоге сердце диким галопом мчит за истекающей кровью».

Прежде чем перейти к хирургическому лечению перитонитов, необходимо вкратце остановиться на тех защитных приспособлениях, которыми располагает брюшина в борьбе с инфекцией. Здесь должны быть отмечены бактерицидные свойства перитонического экссудата и фагоцитоз форменных элементов (эндотелиальных клеток брюшины и сосудов, лимфоцитов). Благодаря этому проникающие в кровь бактерии быстро уничтожаются, и, по исследованиям Шотмюллера (*Schotmüller*), при перитоните бактерий в крови обнаружить не удастся. Кроме того, экспериментально доказано ограничение всасывания при развившемся перитоните со стороны брюшины и вздутого кишечника [Зойлбергер (*Seulberger*)] и, наконец, большая роль в борьбе с инфекцией принадлежит печеночному барьеру, пока последний не нарушен.

Переходя к лечению перитонита, мы прежде всего должны констатировать как на основании литературных данных, так и на основании опыта большинства клиник, что всякий разлитой перитонит должен быть оперирован и возможно раньше. На этот счет никаких противоречий в настоящее время не имеется, так как многочисленные факты хирургических клиник показывают, что смертность возрастает с 25% оперированных в первые 12 часов до 70% при операции после 48 часов, протекавших с начала заболевания. В виду того, что диагностика ранних случаев перитонита слишком трудна, в последнее время все чаще и чаще раздаются голоса за производство пробной лапаротомии в подозрительных случаях. В целях ранней диагностики перитонита Бумм рекомендует пользоваться более широко перкутанной пункцией брюшной стенки для получения экссудата.

Заболевшую перитонитом нужно лечить от двух заболеваний: 1) от воспаления брюшины и 2) от паралитического илеуса, от острой кишечной непроходимости. И еще большой вопрос — которое из этих заболеваний является решающим в столь часто наступающей быстро печальной развязке. Есть много оснований

предполагать, что именно последнее, т. е. острая кишечная непроходимость, губит больную раньше, чем мы успеем подать ей помощь.

Техника операции будет в каждом отдельном случае зависеть от того, возможно ли устранить источник инфекции или нет. Перекрученная или нагноившаяся киста, вскрывшийся в брюшную полость пиосальпинкс, конечно, подлежат удалению, если это технически возможно и если состояние больной допускает такое обширное оперативное вмешательство. Эти случаи в смысле исхода заболевания более благоприятны. Совершенно иначе обстоит дело в том случае, когда источник инфекции устранен быть не может (послеоперационные и послеродовые перитониты). Каково должно быть оперативное вмешательство в этих случаях? Прежде всего в таких случаях, сообразуясь с силами ослабленного организма, оперативное вмешательство должно быть минимальным, так как преобладающая смертность в первые сутки после операции, особенно в первые 12 часов, указывает на то, что причиной смерти в таких случаях является главным образом операционный шок. Далее перед оператором встают следующие вопросы: 1) что делать с экссудатом? 2) дренировать брюшную полость или нет? 3) что предпринять с целью восстановления перистальтики кишечника? По первому вопросу нужно сказать, что хотя, как мы раньше указали, перитонитический экссудат и обладает защитными свойствами, все же надо стремиться к возможно полному его удалению. Достигнуть этого можно различными способами, но наиболее распространенными являются два: *промывание брюшной полости* и *протираание марлевыми тупферами*. При первом, мокром способе для удаления гноя требуется не менее 20 л жидкости (обычно употребляется теплый физиологический раствор). Этот способ, помимо того, что он значительно удлиняет операцию, а следовательно и наркоз, предъявляет, кроме того, большие требования к силам больной. К минусам этого способа нужно также отнести неблагоприятное влияние больших количеств промывной жидкости на брюшину и, наконец, возможность инфицирования не вовлеченных в процесс участков брюшной полости.

Протираание брюшной полости марлевыми тупферами еще больше травмирует брюшину. Поэтому мы считаем рациональным применять для удаления экссудата только водоструйный насос, который с нашей точки зрения является наименее травмирующим и, кроме того, позволяет очистить брюшную полость от гноя весьма совершенно.

По поводу последующего дренажа брюшной полости нужно сказать, что хотя этот вопрос и по настоящее время еще дискутируется, все же нужно считать окончательно установленным, что дренировать свободную брюшную полость невозможно, ибо на любой дренаж она реагирует как на инородное тело, окружая его грануляциями и сращениями [доказательства этому привел Роттер (Rotter)]. Но зато вполне целесообразно дренировать местный очаг в брюшной полости, тем более, что влияние дренажа на внутрибрюшное давление оказывается проблематичным. Поэтому, если нам при операции не удается убрать полностью первичный либо даже вторичный очаг, или нет уверенности в том, что он не будет поддерживать дальнейшего нагноения, мы считаем необходимым к такому очагу подвести дренаж.

Последний вопрос, — что предпринять с целью восстановления перистальтики, — является для разрешения самым трудным. Мы имеем здесь в виду, конечно, такой случай, когда кишечник почти весь находится в состоянии паралича, ибо если последний имеется только на ограниченном участке, то в послеоперационном периоде перистальтика может восстановиться самопроизвольно. Предпринимая операцию по поводу разлитого гнойного перитонита, мы часто находим кишечник настолько раздутым, что возникает настоятельная необходимость пунктировать его тонкой иглой в нескольких местах, дабы вызвать спадение кишек с целью осмотра брюшной полости и лучшего вправления его

при зашивании брюшной стенки. Но это является лишь паллиативной временной мерой, ибо скоро все возвращается к исходному состоянию. Более надежным мероприятием является производство энтеростомии, вернее — илеостомии для отведения газов и кишечного содержимого. Целесообразность этого мероприятия мало кем оспаривается, спор идет только вокруг вопроса о времени и месте наложения кишечной фистулы. Так, например, К и р ш н е р не рекомендует производить энтеростомию во время основной операции по поводу перитонита; он советует прибегать к ней только тогда, если в послеоперационном периоде медикаментозные средства, направленные к возбуждению перистальтики, не дают эффекта, если вздутие увеличивается и наступает рвота. Клиника Г а б е р е р а, располагающая 98 случаями илеостомии, из коих 26 были сделаны при гнойном перитоните, наоборот, стоит за первичную илеостомию. Что касается места наложения кишечного свища, то большинством рекомендуется накладывать его в нижних отделах кишечника, в виду возможности развития истощения при высокой илеостомии. Некоторые американские клиники рекомендуют накладывать свищи в нескольких местах, дренируя как тонкую кишку, так и толстую. При упорной рвоте рекомендуется наложение свища и на желудок (гастростомию). Что касается техники этой операции, то большинство пользуется при наложении свища способом В и т ц е л я (рис. 455, 456).

За последние два года нами были оперированы 3 случая разлитого гнойного послеродового перитонита с наложением кишечной фистулы. Все случаи по своему течению были явно безнадежные. В одном случае мы получили стойкое излечение, две больные погибли: одна — через 12 часов после операции (больная оперировалась при наличии крупозной пневмонии), другая на 8-й день — от сепсиса.

Хотя наш незначительный материал не позволяет делать никаких выводов, тем не менее мы для дальнейших оперативных вмешательств выработали для себя следующую методику, которой мы пользовались и в этих трех случаях.

Разрез производится по средней линии ниже пупка. Гной отсасывается, насколько возможно, при помощи водоструйного насоса. Затем длинный острый изогнутый корнцанг вводится в рану и им выпячивается боковая стенка живота немного выше гребня подвздошной кости. Над выпяченным участком делается разрез скальпелем через все слои брюшной стенки, корнцанг выводится наружу и, захватив им резиновую трубку толщиной в палец с вырезанными в ней оконцами, выводят последнюю в нижний угол раны. То же самое делается с другой стороны. Концы резиновых трубок, выведенные в нижний угол раны, связываются шелковой ниткой или, что еще лучше, скальваются между собой большой английской булавкой, что является вполне достаточным для того, чтобы они прочно держались (рис. 457).

Введением указанных дренажей мы отнюдь не преследуем цели дренирования свободной брюшной полости, что, как мы уже выше отметили, не является осуществимым, а дренаж подводим к вероятному источнику инфекции, каковым в случаях послеродовых перитонитов нередко являются трубы. Кроме того, в таких случаях дренаж является стимулом к образованию вокруг него сращений и тем самым он будет способствовать купированию инфекции в малом тазу. Мы прекрасно отдаем себе отчет в том, что перитонит может явиться результатом распространения инфекции и другими путями, но считаем, что в этих случаях подобный дренаж если и не принесет большой пользы, то во всяком случае положения больной не ухудшит.

Вполне целесообразным мы считаем такой местный дренаж и при послеоперационных перитонитах после гинекологических операций, ибо в этих случаях в тазу могут быть и бывают инфекционные очаги в виде абсцессов в клетчатке, некротическая ткань (культы), лишенные брюшины места, вследствие расхождения швов, наложенных с целью перитонизации, нагноившиеся гематомы и т. п.

Введение в таких случаях одного только дренажа через задний дугласов карман нам представляется менее эффективным.

Затем мы приступаем к энтеростомии, которую производим в нижнем отделе тонких кишек.

На схематическом рисунке (рис. 458) показано, в каких отделах брюшной стенки лучше производить энтеростомию. В наших случаях мы пользовались несколько измененной методикой американского хирурга Мэйо, заключающейся в том, что в подтянутом к разрезу брюшной стенки сальнике тупым путем делается небольшое отверстие, через которое стенка кишки фиксируется тонкими узловыми кетгутowymi швами к парцетальной брюшине, а затем двумя швами к апоневрозу. После этого кишка вскрывается остроконечными ножницами и в нее вводится резиновая трубка толщиной в карандаш, которая фиксируется к коже английской булавкой. По заявлению Мэйо фистулы, наложенные таким способом, легче закрываются самопроизвольно. Трубки мы берем длинные, сантиметров в 50, для того, чтобы изредка можно было проверить, восстанавливается ли перистальтика (в этом легко убедиться по выхождению пузырьков газа, если опустить на некоторое время конец трубки в стакан с водой). В случаях, когда желательнее наложить свищ и на толстую кишку, лучше пользоваться способом Витцеля, а трубку брать несколько пошире. В тяжелых запущенных случаях для экономии времени и сил больной некоторые рекомендуют просто вывести небольшой участок кишки наружу, фиксировав его в ране, и через некоторое время кишку вскрыть. Такой свищ самостоятельно, конечно, уже не закроется, и придется в последующем производить резекцию этого участка кишки. Что касается зашивания срединного разреза брюшной стенки, то мы закрываем ее наглухо, оставляя только нижний угол раны, где проходят резиновые трубки. Подкожная клетчатка должна обязательно дренироваться, или кожная рана совершенно не зашивается, так как клетчатка обычно нагнаивается. Произведенная операция при разлитом гнойном перитоните может дать успех только в том случае, если больной будет предоставлен соответствующий послеоперационный уход.

Здесь из поля нашего зрения не должны ускользнуть следующие моменты. Прежде всего больной нужно придать удобное положение, для чего ее следует уложить на кровать в горизонтальном положении на спине с несколько приподнятым головным концом, а под колени подкладывается круглый валик. Дренажная трубка, вставленная в кишку, ни в коем случае не должна закрываться. Мы не можем согласиться с Капицом, что этот дренаж служит только для введения слабительных смесей и питательных жидкостей, а в остальное время «дренаж следует держать закрытым». Как уже выше было указано, его назначение преследует совершенно другие цели. Следующей заботой является поднятие общего состояния больной. Памятуя о вышеизложенных расстройках кровообращения, мы обязательно применим сердечные средства, как то: повторные введения кофеина, дигалена (или гиталена), небольшие дозы камфоры, иногда (1—2 раза в сутки) вместе с пантопоном, который прекрасно сберегает силы больной.

Ясный эффект дает введение небольших доз адреналина для тонизирующего действия на сосуды (по 0,25 подкожно или одновременно с введением физиологического раствора). Кроме того, необходимо позаботиться о введении жидкости, так как организм больной обезвожен. Жидкость должна вводиться в достаточных, но не чрезмерных, количествах. 1—1½ л физиологического раствора в сутки является вполне достаточным, принимая во внимание обычно пониженную концентрационную способность почек. К физиологическому раствору можно прибавлять питательные вещества, например глюкозу. Вводить жидкость лучше всего путем капельных ректальных клизм, в тяжелых случаях рекомендуются венозные капельные вливания. В последнем случае приходится делать

венесекцию (рис. 459). Для контроля за частотой и равномерностью вытекающих капель очень удобен несложный аппарат, изображенный на рис. 460. В крайнем случае можно воспользоваться простым зажимом Мора, не сжимая им полностью просвета резиновой трубки, или, наконец, просто перевязать последнюю тесьмой, сдавив просвет настолько, чтобы жидкость вытекала по каплям.

Но самое главное внимание должно быть обращено все же на деятельность кишечника, ибо только восстановление перистальтики может окончательно ликвидировать токсемию и способствовать отведению венозной крови из портальной системы через печень к сердцу, восстановив тем самым нарушенное кровообращение. Глубоко прав Г а й д е н г а й н (Heidenhain), когда он говорит, что «большое количество больных перитонитом умирают не от сепсиса, не от нагноения, а от непроходимости». Если перистальтику удастся восстановить, очень много шансов за то, что больная будет жить, в противном случае — верная смерть. Поэтому надеяться на самостоятельное восстановление деятельности кишечника не приходится, ибо больная погибнет до этого. Поэтому же мы считаем показанной именно первичную энтеростомию во время основной операции по поводу разлитого гнойного перитонита, ибо, произведя таковую, мы уменьшаем токсемию отведением скопившихся газов, способствуем восстановлению кровообращения в кишечнике, усилению газообмена, другими словами — подготавливаем почву для восстановления перистальтики.

Какими же средствами мы располагаем для вызывания перистальтики?

Начать нужно с ректальных клизм (глицериновые, масляные, мыльные). К и р ш н е р и К е л е р очень рекомендуют клизмы из настоя fol. Sennae. Одновременно подкожно вводятся фармакологические средства, из которых на первом месте мы ставим питуитрин или гипофизин, затем физостигмин (1,5 мг) или пилокарпин (5 мг). Некоторые хирурги рекомендуют при отсутствии рвоты сразу же давать слабительное в виде oleum Ricini или ввести его через трубку прямо в кишку. Местно применяется тепло на живот, а у не особенно ослабленных больных можно назначать небольшие световые ванны только на область живота, что также возбуждает перистальтику.

В случаях упорной рвоты — промывание желудка слабощелочными растворами или введение тонкого зонда в желудок à demeure на 12—24 часа. При введении тонкого зонда заслуживает внимания предложение Б у р т а (Burt), состоящее в том, что зонд вводится через нос и продвигается до задней стенки глотки, после чего больной дается небольшое количество жидкости, при проглатывании которой зонд без всяких затруднений проходит в желудок.

По восстановлении перистальтики дренажные трубки из кишки удаляются, и свищу предоставляют закрыться самопроизвольно, причем держат его под асептической повязкой. Никаких манипуляций с дренажными трубками, введенными в брюшную полость, как то: промываний, введения антисептических средств и т. п., производить не следует. Когда это возможно, дренажные трубки сменяются на трубки меньшего диаметра, а затем по прекращении выделений их вовсе удаляют.

Резюмируя все сказанное, мы видим, что очень многие явления перитонита находятся в непосредственной связи друг с другом, и устранение одного явления ведет к улучшению других. Если, например, удастся быстро улучшить деятельность сердца настолько, что оно начинает преодолевать полнокровие брюшной полости, то сразу же уменьшается и парез кишечника; если удастся восстановить перистальтику, то это не замедлит сказаться на улучшении кровообращения и общем состоянии больной. В борьбе с развившимся острым гнойным перитонитом мы располагаем пока только единственным средством — ранней операцией. Поэтому своевременный диагноз без лишних выжиданий, постоянное совершенствование оперативной методики в лечении перитонитов,

надлежащи йпослеоперационный уход, по нашему глубокому убеждению, должны снизить столь ужасающую смертность при этом тяжелом заболевании.

Как выше было сказано, предсказание *quo ad vitam* при пельвеоперитоните нужно считать в общем благоприятным, за исключением случаев, когда последний является лишь переходной стадией к общему разлитому гнойному перитониту. Практика показывает, что в начале заболевания в острой стадии показано выжидательное консервативное лечение, так как весьма нередко организм самостоятельно справляется с инфекцией, дело до нагноения экссудата не доходит, температура падает, и вопрос об оперативном вмешательстве отпадает. Однако, если этого не происходит, если экссудат продолжает нарастать и нагнаиваться, то, во избежание дальнейшего распространения инфекции, а также вскрытия гнойника в соседние органы, показано хирургическое вмешательство. Так как в абсолютном большинстве случаев скопление гноя происходит в заднем дугласовом пространстве, то в таких случаях приходится поступать совершенно так же, как при вскрытии нагноившейся заматочной кровяной опухоли. Мы всегда предварительно делаем пункцию заднего свода тонким троакаром для определения характера экссудата, ибо при наличии серозного выпота, что чаще всего бывает при не осложненном вторичной инфекцией гонококковым пельвеоперитоните, иногда бывает достаточно выпустить его через троакар и тем самым дать толчок и к дальнейшему самостоятельному рассасыванию. Техника задней кольпотомии описана нами в главе о лечении внематочной беременности (стр. 438). Так же как и при заматочной кровяной опухоли, и здесь мы не рекомендуем входить пальцем в дугласово пространство с целью разрушения спаек, ибо наносимая при этом травма не искупается уверенностью в том, что можно этим способом добиться вскрытия всех гнойных полостей. Для дренажа нами употребляются исключительно толстые резиновые трубки, которые не удаляются до тех пор, пока гнойные выделения совершенно не прекратятся, что занимает иногда 2—3 недели. Никаких промываний гнойной полости через дренажную трубку мы не производим. Остатки выпота лечатся по общим правилам всеми видами тепловых процедур.

Теперь нам следует остановиться на хирургическом лечении параметритов. Показанием к операции служит образование абсцессов в клетчатке таза. Однако распознать образовавшиеся гнойники не всегда легко, так как флюктуация часто отсутствует, особенно если процесс протекает по типу ячеистой гнойной инфильтрации клетчатки. Вскрытие абсцессов клетчатки таза может быть произведено или через влагалище, или со стороны брюшной стенки, причем выбор пути будет зависеть от расположения гнойника. Если абсcess располагается низко, близко к влагалищу, то делается кольпотомия по общим правилам. Так как чаще всего в таких случаях приходится иметь дело с гнойниками в клетчатке широкой связки, то, вскрывая последние, нужно всегда быть чрезвычайно осторожным, памятуя о возможности поражения здесь маточной артерии и мочеточника. В случаях, когда обстоятельства вынуждают произвести переднюю кольпотомию, при образовании абсцесса между передней стенкой влагалища и мочевым пузырем, оперативное вмешательство связано с риском поранения последнего. Для ориентировки лучше всегда произвести предварительную пункцию толстой иглой, а затем, разрезав слизистую оболочку скальпелем, действовать тупым способом. При высоко расположенных параметритах, у пупартовой связки, вскрытие абсцессов производится над последней внебрюшинным разрезом передней брюшной стенки. Разрез кожи начинают отступя 3—4 см от *tuberculum pubicum* и ведут параллельно пупартовой связке на один палец выше ее косо кверху, по направлению к *spina ant. super. ossis ilei* (рис. 461). Если гнойник уже пробился через брюшную стенку под кожу, то, разрезав последнюю, пальцем обследуют полость гнойника и затем вводят дренаж. Если же гнойник расположен глубоко, то брюшная стенка

рассекается послойно, пока не доходят до предбрюшинной клетчатки. Далее следует идти тупым путем, держась все время ближе к подвздошной кости во избежание поранения брюшины, которая, впрочем, при больших гнойниках бывает обычно отеснена высоко кверху. Полость вскрытого гнойника обследуется пальцем, и при этом имеющиеся там перемычки обычно легко разрываются, а гной свободно выходит наружу.

Далее нужно решить вопрос, достаточно ли будет ограничиться дренированием гнойника сверху, или необходимо для лучшего стока гноя произвести контрапертуру во влагалище. В последнем случае поступают следующим образом. Под контролем пальца в полость вводится изогнутый корнцанг и концом его выпячивается стенка влагалища в боковом или заднем своде, смотря по расположению гнойника; при этом помощник двумя пальцами, введенными во влагалище, фиксирует стенку протыкаемого свода. Проведенным таким образом во влагалище корнцангом захватывается толстая резиновая трубка с прорезанными боковыми отверстиями и выводится через отверстие в брюшной стенке. По мере уменьшения гнойной полости и прекращения выделений дренажная трубка сверху обрезается и постепенно подтягивается во влагалище, для того чтобы полость гранулировалась сверху вниз.

В заключение считаем необходимым напомнить, что могут встречаться абсцессы под *musc. gluteus*, куда гной проникает через *foramen ischiadicum majus*, и, наконец, при паракольтите и парапроктите гнойник нередко прокладывает себе путь на промежность. В таких случаях вскрытие его производится в соответствующем месте.

ОПЕРАЦИИ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Заболевания бартолиниевых желез.

Из заболеваний наружных половых органов наиболее часто приходится прибегать к оперативному лечению при поражении бартолиниевых желез. *Бартолинит* является довольно частым спутником вульвита, причем он может возникать как на почве гоноройной инфекции, так и инфекции стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой и другими микробами; встречается он как в детском возрасте, так и у взрослых. Воспаление бартолиниевых желез может быть как односторонним, так и двусторонним; последнее чаще наблюдается при гонорее. Нередко означенное заболевание переходит в нагноение с появлением реакции в окружающей клетчатке, вследствие чего половые губы увеличиваются в объеме, достигая иногда значительных размеров; появляется сильная болезненность, не дающая возможности больным двигаться, температура обычно значительно повышена. Вовлекаются в процесс и паховые железы, которые почти всегда значительно увеличиваются в объеме и болезненны при ощупывании. Если своевременно не будет предпринято хирургическое лечение, то абсцесс вскрывается, и на этом месте образуется фистула, по заражению которой нередко появляются рецидивы. Поэтому абсцесс должен быть вскрыт разрезом со стороны кожи больших половых губ или со стороны слизистой влагалищного входа, чтобы дать гною свободный сток. Обычно после операции очень быстро все воспалительные явления проходят, но в отдельных случаях края разреза слипаются, и гной вновь скопляется в полости, заставляя прибегать к повторной операции. Во избежание этого мы оперируем гнойные воспаления бартолиниевой железы по методу В а с т е н а. Именно, на внутренней стороне абсцесса, обращенной к влагалищному входу, делается сперва у нижнего края опухоли небольшой разрез, через который вводится изогнутый корнцанг и, доведя конец его до верхнего края опухоли, на месте

выпячивания кожи ее разрезают, в образованное отверстие выводят концы кориданга, ими захватывается тонкая дренажная резиновая трубка (рис. 462) с боковыми отверстиями, и через этот разрез она вводится в полость опухоли и выводится в разрез у нижнего края ее. Резиновая трубка должна быть достаточно длинной, чтобы возможно было концы ее соединить между собой (рис. 463). Дренаж удаляется после того, как совершенно прекратятся гнойные выделения. Применение означенного метода в нашей клинике в течение ряда лет дает нам право его рекомендовать как способ, не дающий возврата и не оставляющий после себя больших рубцов.

При хроническом бартолините лучше прибегать к полному удалению железы в холодном периоде; К ю с т н е р рекомендует в таком случае делать разрез с наружной стороны больших половых губ (рис. 464), затем отпрепаровать железу и вылущить ее острым путем; Г ю г е л ь (Hügel) рекомендует проводить разрез в складке между большой и малой губами. Мы считаем, что лучшие результаты дают разрезы, проводимые в продольном направлении в области внутренней поверхности малых губ. При вылущении опухоли необходимо обращать внимание на тщательный гемостаз путем наложения ряда узловых кетгутовых швов под все ложе; края раны сближаются наложением ряда погружных кетгутовых швов; на кожу накладываются шелковые узловые швы (рис. 465, 466, 467).

Нередко в результате воспалительного процесса бартолиниевой железы или ее протока образуется в дальнейшем *ретенционная киста*, которая может достигать размеров куриного яйца. При кистовидном перерождении железа достигает иногда размеров головки новорожденного; подобные кисты обычно — многокамерные.

Для удаления кист необходимо прибегать к операции; производим мы ее следующим образом.

В продольном направлении в области внутренней поверхности малой губы проводится разрез, и опухоль вылущается тупым путем из окружающих тканей; если при отделении опухоль прорвалась, то необходимо всю стенку кисты выделить.

При выделении опухоли может быть довольно сильное кровотечение благодаря имеющимся здесь обширным венозным сплетениям; оно должно быть остановлено перевязкой отдельных кровоточащих сосудов и наложением узловых кетгутовых швов. Затем накладывают ряд погружных кетгутовых швов, и, наконец, кожная рана закрывается несколькими кетгутовыми или шелковыми швами.

Новообразования наружных половых органов.

Из новообразований на наружных половых органах встречаются доброкачественные (фибромы, фибромиомы, липомы и др.) и злокачественные (раки, саркомы и пр.). *Фибромы* здесь встречаются довольно редко; обыкновенно они развиваются на больших половых губах и исходят из более глубоких слоев, шарообразно выпячивая при своем росте большие губы и частично кожу лобка.

При поверхностном осмотре они имитируют паховую грыжу, но благодаря плотности и ясной ограниченности фибромы всегда легко диагностируются. Вследствие своей тяжести они иногда образуют ножку, состоящую из мягких тканей.

Фибромиомы здесь развиваются чаще всего из периферического окончания круглых маточных связок [по данным Л е о н г а р д а (Leonhard) — в одной трети всех случаев] и могут достигать больших размеров. При фибромиоме необходимо всегда оперировать, причем операция будет заключаться или в простой

ампутации ножки опухоли, или в ее вылущении. К ю с т н е р советует во всех случаях, где диагностирована фиброма, производить операцию; такой образ действий он рекомендует на основании своего случая, где удаленная фиброма при микроскопическом исследовании оказалась саркомой.

Липомы, встречающиеся на наружных половых органах, могут исходить из клетчатки больших половых губ или лобка и достигают иногда большой величины. Операция удаления опухоли не представляет трудности и состоит или в отсечении ножки, или в вылущении; при глубоко сидящих опухолях операция будет более трудной вследствие обычного кровотока, которое необходимо остановить наложением швов, а полость раны должна быть тщательно зашита.

Слоновость.

Слоновость наружных половых органов — очень редкое заболевание; оно обычно поражает большие половые губы, малые губы и клитор. Эти органы при слоновости могут достигать невероятно больших размеров. Так, Л о у э р с (Lauwers) удалил у одной больной опухоль, весившую 13½ кг. Поверхность опухоли бывает то гладкой, то бугристой и испещренной бороздками или трещинами (рис. 468). При слоновости наблюдается резкое изменение рогового слоя, состоящее в гипертрофии, круглоклеточковой инфильтрации кожной соединительной ткани и расширении лимфатических сосудов. По мнению ряда авторов (Г р у з д е в, Г о р и з о н т о в, П о д в ы с о ц к и й, К о з и н с к и й, Б у л ь ш и н с к и й и др.), означенное заболевание не представляется самостоятельным, а является лишь реакцией на те или иные раздражения главным образом биологической и механической природы. О. Д ж е р с и л ь д (Jersild) указывает, что оно возникает вследствие задержки лимфы в паховых и аноректальных железах; Ж е р о т а (Gerota) объясняет их происхождение полиморфной инфекцией, проникающей сюда из язв в области заднего прохода и промежности.

Случай слоновости у больной в нашей клинике мы трактовали как заболевание вторичного порядка на почве бывшего длительно протекавшего воспалительного состояния половых органов с истечением белей; наши выводы подтверждаются данными Т о м а ш е в с к о г о, указывающего, что длительно действующее раздражение вызывает иногда слоновость.

Лечение слоновости состоит в оперативном удалении опухоли. При поражении только больших губ опухоль отрезается у основания, и по остановке кровотечения и наложении погружных швов накладывают узловые шелковые швы на кожу. В случаях, когда слоновостью поражены большие и малые половые губы и клитор, приходится все это удалить, для чего у основания опухоли делается разрез наподобие двух соприкасающихся и расположенных друг к другу под углом треугольников (рис. 469); основание их лежит в области лобка, вершина — в области промежности, а боковые стороны идут по наружной и внутренней поверхностям больших или малых половых губ. Пораженная часть удаляется, края раны сближаются наложением ряда погружных кетгутовых швов, а край слизистой влагалищной стенки соединяется с кожей узловыми шелковыми швами (рис. 470).

Папилломы вульвы.

Папилломы или *остроконечные кондиломы* встречаются довольно часто. Они представляют собой разрастание соединительнотканых сосочков, покрытых плоским эпителием; эти образования располагаются отдельными группами или сплошь покрывают собой большие и малые половые губы, образуя опухоль

в виде цветной капусты. При лечении папиллом, сидящих отдельными группами, мы их соскабливаем острой кюреткой с последующим смазыванием иодом, а в других случаях производим иссечение пораженных участков с последующим наложением швов.

Опухоли влагалища.

Из *новообразований* влагалища необходимо указать на сравнительно редко наблюдаемые здесь кисты, фибромиомы, саркомы и раки. Доброкачественные опухоли, кисты и фибромиомы обычно располагаются непосредственно под слизистой оболочкой, которая истончается, причем складки ее сглаживаются.

Кисты влагалища могут происходить:

1) из желез влагалища, единично расположенных в верхнем отделе его, и тогда они не достигают больших размеров; 2) из остатков эпителия мюллеровых ходов; 3) из остатков гартнеровского хода; располагаются они по боковым стенкам влагалища, заходят далеко вверх в клетчатку и отличаются своей продолговатой формой.

Кроме вышеуказанных кист, в отдельных, более редких случаях приходится сталкиваться с опухолями, возникающими из закупоренных лимфатических сосудов, из эпителия, имплантированного во время операции или травмы и, наконец, на месте бывших кровоизлияний.

Опухоли, незначительные по величине, удаляются оперативным путем легко; если же они сидят глубоко и вылущить их не представляется возможным без нанесения большой травмы, то поступают следующим образом. Слизистую оболочку влагалищной стенки над опухолью рассекают двумя полуовальными разрезами (рис. 471) и если ее вылущить невозможно, то большую часть стенки, обращенную в просвет влагалища, отсекают, а края разреза обвивным кетгутовым швом соединяют со слизистой оболочкой влагалища (рис. 472). Полученное в результате операции углубление обычно скоро сглаживается и покрывается влагалищным эпителием.

Опухоли, сидящие в верхнем отделе влагалища и идущие глубоко в клетчатку, требуют применения брюшностеночного чревосечения и последующего удаления их по типу интралигаментарных кист.

Фибромиомы встречаются здесь исключительно редко и исходят они большей частью из соединительной и мышечной ткани мюллеровых ходов или из соседних органов; чаще располагаются на передней стенке влагалища по средней линии, сидят на широком основании и лишь в редких случаях в виде полипозного образования на ножке.

В виду возможности злокачественного перерождения необходимо всякую фибромиому удалять оперативным путем.

Операция заключается в полном вылущении опухоли и производится следующим образом. После рассечения слизистой оболочки влагалища, покрывающей опухоль, продольным разрезом края ее отсепаровываются, затем опухоль захватывается пулевыми щипцами, фиксируется потягиванием на себя и отделяется от прилегающей ткани частью тупым путем, частью ножницами (рис. 473).

После тщательного гемостаза накладывают ряд погружных узловых кетгутовых швов и на слизистую оболочку влагалища — непрерывный кетгутовый шов (рис. 473, А).

Из злокачественных новообразований в редких случаях встречаются здесь *саркома* и *рак*.

Саркомы наблюдаются и в раннем детском возрасте, протекают очень злокачественно и быстро метастазируют.

Рак влагалища, встречаясь в 0,3—0,4% раковых заболеваний всего полового аппарата, требует, как и саркома, полного радикального удаления оперативным путем, и чем раньше операция будет произведена, тем лучше результаты (см. оперативное лечение рака влагалища).

Кроме только что описанных заболеваний, во влагалище встречаются иногда отклонения в развитии в виде *перегородок*, идущих вдоль по середине влагалища. Они в виде более или менее мясистых образований располагаются на протяжении всего влагалища или частично в одном из его отделов, чаще в нижнем. Наличие перегородки может служить препятствием как для половой жизни, так, в особенности, во время родов при прохождении плода через родовые пути. Нам пришлось наблюдать случаи, где в результате родов, при двухполостной матке и двойном влагалище, произошел отрыв перегородки от задней влагалищной стенки на всем протяжении, и края раны при этом были резко травмированы; для восстановления влагалищной стенки пришлось наложить ряд погружных узловых кетгутовых швов и на слизистую оболочку — узловыые кетгутовые швы.

Для устранения подобного рода осложнений следует перегородки удалять простой перерезкой ножницами. При иссечении перегородки надо помнить, что ткани обыкновенно быстро сокращаются, и потому разрез нужно вести не у самого места перехода перегородки во влагалищную стенку, а несколько отступя от него; края разрезанной перегородки обычно соединяются обвивным кетгутовым швом (рис. 474).

Если перегородка очень тонкая, то можно ограничиться лишь одной перерезкой, но мы считаем во всех случаях необходимым края раны сблизить наложением кетгутового непрерывного шва, и тем самым закрыть входные ворота для инфекции.

ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕВЫХ ОРГАНАХ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Женские мочевые органы связаны с половым аппаратом несколько менее тесно, чем это наблюдается у мужчины, но тем не менее они гораздо чаще вовлекаются в заболевания половых органов, ибо мочевые пути у женщин нередко подвергаются травме при родовом акте.

Из заболеваний, могущих потребовать хирургической помощи, здесь, главным образом, приходится иметь в виду различного рода ранения, которые могут происходить или в связи с родами, или быть последствием гинекологических операций. Состоят они в нарушении целости мочеиспускательного канала, мочевого пузыря или мочеточников, или же ограничиваются только расстройством деятельности мочевого пузыря без его повреждения.

Поранения мочевых путей, связанные с родами, могут быть различного происхождения и распадаются они на две группы: а) в большинстве случаев поранения эти зависят от слишком длительного стояния головки плода в костном тазовом кольце, вследствие чего происходит сдавление и омертвление ущемленных тканей; б) они возникают случайно при той или другой акушерской операции. В первом случае профилактика должна состоять в правильной подаче акушерской помощи, и в этом отношении сейчас уже заметно известное улучшение, судя по тому, что, во-первых, фистулы мочевых путей стали встречаться реже, а во-вторых, не наблюдается таких огромных повреждений, как это было раньше; во втором случае профилактика сводится к более осторожному и умелому пользованию акушерскими инструментами.

Происходящие во время гинекологических операций поранения мочевых путей наблюдаются обыкновенно при полном удалении матки по поводу фибро-

миомы или, особенно, при расширенной операции рака матки. Если поранение мочевого пузыря замечено уже во время операции, то оно тут же зашивается и в громадном большинстве случаев прекрасно заживает; поранение мочеточников при гинекологических операциях тоже требует немедленного восстановления целостности, но оно значительно сложнее.

Повреждения мочевых путей могут быть исправлены только оперативным способом, и для того, чтобы операция имела успех, должны быть соблюдены некоторые правила. Во-первых, надо иметь в виду, что постоянное истечение мочи при свищах вызывает раздражение слизистой оболочки влагалища и кожи, и такие ткани плохо срастаются; потому перед операцией надо заняться их подготовкой посредством смазывания цинковой или висмутовой мазью (при этом следует заметить, что в случае длительного существования свища предсказание при операции вообще хуже, так как слизистая оболочка влагалища утолщается и становится грубой). Во-вторых, при наличии свища легко развивается воспаление мочевого пузыря, моча становится щелочной и содержит много различных бактерий, препятствующих хорошему послеоперационному заживлению раны.

Особенную трудность при операциях на мочевых путях представляет плохая доступность операционного поля, и потому здесь следует больную, лежащую на краю операционного стола с согнутыми в бедрах и коленях ногами, привести в тренделенбургское положение и в случае надобности сделать разрез промежности по Ш у х а р т у.

При зашивании свищей мочевого пузыря швы надо накладывать всегда, по крайней мере, в два этажа: один ряд на стенку пузыря и другой — на слизистую оболочку влагалища; при этом швы накладываются таким образом, что прокалывается только мышечная стенка пузыря, слизистая же оболочка его остается нетронутой (иначе проникающие насквозь швы легко могут вызвать оседание на них солей и, кроме того, могут послужить поводом для образования точечных, идущих по ходу их, свищей).

В качестве материала для швов мы пользуемся обыкновенно тонким кетгутом, накладываемым на мочевой пузырь, и тонким шелком, применяемым на слизистой оболочке влагалища.

В прежние время и сравнительно еще недавно все операции зашивания свищей производились в коленно-локтевом положении больной, причем для этой цели употреблялся большой набор различных крючков, ножниц и других инструментов. В настоящее время эта операция значительно упростилась, и ее делают на обыкновенном операционном столе при положении больной на спине с согнутыми ногами, обходясь без специальных инструментов; но надо только озаботиться, чтобы операционное поле стало хорошо доступным, а для этого, как уже было сказано, следует рассечь промежность и опустить головной конец стола.

Локализация свищей мочевых путей может быть весьма различна и соответственно этому разнообразны лечебные способы, применяемые в отдельных случаях, а потому мы и рассмотрим их отдельно.

Уретро-вагинальные свищи.

Оперативное лечение этих свищей зависит от того, имеется ли в мочеиспускательном канале только свищевое отверстие, ведущее во влагалище, или же канал частично или полностью разрушен.

В первом случае, убедившись в проходимости мочеиспускательного канала, производят расщепление слизистой оболочки уретры и влагалища в окружности свища с дополнительным разрезом слизистой оболочки влагалища по направлению к наружному отверстию уретры и к переднему своду влагалища; осве-

женные края мочеиспускательного канала сшиваются тонкими кетгутowymi узловыми швами в таком направлении, что передний край свища соединяется с задним его краем; затем сшиваются края разреза влагалища так, что один боковой край соединяется с другим, причем для этого ряда швов применяется тонкий шелк (рис. 475, 476).

В том случае, когда имеется полный дефект мочеиспускательного канала, операция восстановления его будет в значительной мере зависеть от того, в каком состоянии находится внутренний сфинктер пузыря. Если он не разрушен и целостность канала нарушена только в области двух нижних третей, то здесь можно получить хорошие результаты, применяя операцию *Ольсгаузена*; она состоит в том, что с обеих сторон вдоль разрушенной части уретры проводятся разрезы слизистой оболочки влагалища на таком расстоянии один от другого, чтобы остающаяся между ними полоска слизистой оболочки была достаточно для образования новой уретры. Она должна быть шириной приблизительно в полсантиметра так как после проведения боковых разрезов значительно суживается. Оба боковых разреза соединяются одним поперечным разрезом, несколько отступающим кзади от сохранившегося входа в уретру (рис. 477).

Затем края разреза отсепааровываются в обе стороны, и над введенным в уретру катетером образуется новый канал, причем отдельно сшиваются сперва края слизистой оболочки мочеиспускательного канала, а затем закрывается дефект влагалища (рис. 478).

По предложению *Гальбана* нижние отделы уретры могут быть восстановлены еще лучше и проще, если боковые разрезы продолжить в глубину влагалища настолько, чтобы, после их соединения поперечным разрезом, полученный лоскут влагалища был достаточной величины для образования недостающей части мочеиспускательного канала. После отсепааровки влагалищного лоскута до местоположения отверстия уретры, он загибается вперед, и края его соединяются с внутренними краями разреза влагалища до того места, где нормально располагается наружное отверстие мочеиспускательного канала (рис. 479).

Если же имеется полное разрушение всей уретры вместе с внутренним сфинктером мочевого пузыря, то здесь при ее восстановлении приходится позаботиться о том, чтобы тем или иным способом создать этот сфинктер. Для достижения этой цели предложено несколько оперативных приемов.

Одним из первых является операция, опубликованная в Журнале акушерства и женских болезней в 1894 г. *Оттом*. Она заключается в следующем. С обеих сторон от уцелевшей передней стенки мочеиспускательного канала производится удаление двух узких лоскутов влагалища шириной около 1 см; в наиболее удаленном от влагалищного входа отделе обе эти полосы дугообразно соединяются, представляя собою форму подковы с длинными ветвями и узким между ними пространством, шириной в полсантиметра отвечающим будущему каналу уретры (рис. 480).

При сшивании одной половины освежения с другой образуется трубка вновь созданного мочеиспускательного канала, внутренняя поверхность которого выстлана многослойным плоским эпителием; в толще его стенки находятся уцелевшие мышечные волокна, концы которых вновь соединены, и поэтому результат операции будет зависеть от того, насколько далеко подвинулась уже атрофия этих волокон.

Техника соединения окровавленных поверхностей будет состоять в том, что сперва накладывается ряд швов, захватывающих внутренние края их, причем игла не прокалывается через толщу слизистой оболочки, а выводится у самого края освежения. Для этих швов лучше пользоваться тонким кетгутотом. Затем кладется еще один ряд швов на влагалище, и здесь применяется обыкновенно тонкий шелк (рис. 481).

В 1904 г. Зелъгейм воспользовался для образования сфинктера мочевого пузыря мышечным лоскутом, который он получал из *m. bulbo-savernosus* и пришивал в поперечном направлении, помещая его в области перехода вновь образованной уретры в мочевой пузырь.

Далее Марциус (Martius) в 1928 г. несколько изменил этот способ, воспользовавшись для образования сфинктера не только названной мышцей, но также и *m. ischio-savernosus*, причем он укреплял их соответственно положению внутреннего отверстия мочеиспускательного канала. Хотя этим путем и можно нередко добиться хорошего держания мочи, но отпрепаровать эти мышцы, часто плохо развитые, представляется довольно трудным, поэтому предпочтения заслуживает более простой и легкий способ, предложенный Францем.

Состоит он в том, что сфинктер мочевого пузыря создается здесь из мышечных лоскутов, образованных из части передних ножек *m. levator ani*, очень хорошо определяемых со стороны влагалища. Отступя приблизительно на 3 см книзу от места прикрепления этой мышцы к лобковой кости, мы из нее выделяем пучок толщиной в карандаш и длиной около 2 см, который остается связанным с костью; оба эти мышечные пучка своими свободными концами притягиваются к середине и соединяются между собою как раз в области внутреннего отверстия уретры, будучи, кроме того, прикреплены спереди и сзади к мочевому пузырю несколькими кетгутовыми швами (рис. 482).

Это мышечное образование хорошо выполняет свое назначение, но при отпрепаровке мышц наблюдается довольно значительное кровотечение. А потому Гальбан предпочитает выделять мышечный пучок только с одной стороны или даже взамен этого пользуется для этой цели той же мышцей, но не нарушая ее целостности и соединяя обе ее ножки в срединном их отделе на месте внутреннего отверстия уретры несколькими крепкими шелковыми швами (рис. 483).

Кроме вышеописанных способов образования сфинктера мочевого пузыря и разрушенной уретры были сделаны попытки создать вновь мочеиспускательный канал иным путем. Например Волкович предлагает для этой цели при помощи надлонного разреза отсепаровать пузырь на возможно большем пространстве; затем под лонным сочленением, идя снаружи, прокалывают в тканях троакаром канал, в который выпячивается стенка мочевого пузыря введенным в него через имеющуюся фистулу изогнутым корнцангом; выпяченный участок пузыря фиксируется к коже в области наружного отверстия канала несколькими тонкими шелковыми швами, и на месте выпячивающегося корнцанга делается небольшое отверстие для оттока мочи; после этого свищ во влагалище зашивается наглухо (рис. 484).

Пузырно-влагалищные свищи.

В зависимости от степени разрушения пузыря и состояния влагалища эти свищи требуют различного способа операций. Если свищ небольшой, легко доступный, и края его не изменены рубцовыми тяжами, то зашивание его производится следующим простым приемом.

Края свища освежаются круговым разрезом и затем накладывается один ряд тонких кетгутовых или шелковых швов в таком направлении, что получается поперечный рубец; при этом игла прокалывается через слизистую оболочку влагалища, а слизистая оболочка пузыря остается нетронутой. Этот способ, хотя он и очень прост в легких случаях, не достаточно надежен и нередко дает рецидивы (рис. 485).

Гораздо чаще зашивание свища производится таким образом, что делается сперва расщепление краев его и стенка влагалища отделяется от мочевого пу-

зыря. Этот способ разработан Макенротом, Герффом (Herff) и др. и состоит в том, что сперва проводится в продольном направлении разрез влагалищной стенки, начиная на 1—2 см впереди от свища; затем разрез ведут по краю свища, охватывая его со всех сторон, и заканчивают его на стенке влагалища, отступя несколько взади от свища (рис. 486).

Теперь влагалищная стенка на всем протяжении разрезов несколько отделяется от пузыря, и на него накладывается ряд тонких кетгутовых швов. Отверстие в пузыре закрывается в поперечном направлении, причем швы не проникают через всю толщу его стенки, так что слизистая оболочка его полости остается нетронутой (рис. 487).

Если встречаются затруднения при наложении швов, то Дэддерлей и советует проводить их не снаружи внутрь, как обычно, а наоборот, вкалывая иглу сначала на границе слизистой оболочки пузыря и мышечной его стенки и выкалывая ее через влагалище. При этом каждый шов должен быть снабжен двумя иглами.

После того как стенка пузыря зашита, переходят к закрытию разреза влагалища, края которого соединяются тонкими шелковыми швами в продольном направлении (рис. 488).

Здесь надо привести также видоизменение этого способа, предложенное Фютом (Füth), которое состоит в том, что расщепление стенок пузыря и влагалища не производится в области края свищевое отверстия, а круговой разрез влагалища проводится на некотором расстоянии от него, так что вокруг свища остается ободок из слизистой оболочки влагалища шириной около половины сантиметра. Он затем заворачивается в просвет пузыря, и швы накладываются таким же образом, как и в предыдущем случае (рис. 489).

Там, где свищ находится более глубоко и он труднее доступен, производится якоробразный разрез влагалища, предложенный Атабековыми. Состоит он в том, что один полукруглый разрез проводится в области нижнего края свища, продолжаясь на некоторое расстояние в обе стороны; затем вокруг остальной части свища тоже делается разрез и от его середины впереди проводится еще один разрез (рис. 490).

При применении этого способа получается доступ к пузырю, обеспечивающий его полную подвижность и позволяющий освободить его от сращений с костями таза и даже с передней поверхностью тела матки, если вскрыть пузырно-маточную складку брюшины. В результате не только исключается возможность натяжения краев свища при его зашивании, но создаются вполне нормальные топографические отношения органов. После отсепаровки лоскутов влагалища срезаются остатки каймы по краю свища, и он зашивается обычным путем в поперечном направлении, а затем закрываются разрезы влагалища (рис. 491).

Так как успех операции вполне обеспечивается заживлением одной только раны пузыря, то в случае невозможности полного соединения влагалищных лоскутов на этом нет основания настаивать.

При более обширных свищах, когда нет достаточной подвижности тканей, а также при полном разрушении задней стенки пузыря, можно воспользоваться пластическим закрытием свища по способу, предложенному Волковичем и Кюстнером.

Производится эта операция следующим образом. Открыв влагалище зеркалами и сделав в случае надобности разрез промежности, влагалищную часть матки низводят пулевыми щипцами; через поперечный разрез, проведенный в переднем своде влагалища и заходящий в боковые своды (рис. 492), отделяют ножом задний край свища от маточной шейки; затем отделяется также и мочевой пузырь на протяжении 1—2 см. Если это легко не удается, то поперечный разрез продолжается далее вокруг шейки матки, при недостаточной подвижно-

сти которой перевязываются и перерезываются нижние части широких связок; тогда удастся всегда низвести шейку матки к влагалищному входу и отделить от нее пузырь.

Свищевое отверстие освежается дугообразным разрезом у самого его края, причем влагалище отделяется от пузыря на протяжении около 1 см; оставшиеся части слизистой оболочки влагалища вокруг края отверстия в стенке пузыря удаляются ножницами (рис. 493).

Освеженные края свищевого отверстия в стенке пузыря сами собой сближаются, и оно произвольно уменьшается; благодаря этому наложить швы не представляется особенно трудным; однако легче здесь наложить сперва все швы, а затем уже их завязать. Иногда оказывается более предусмотрительным вовсе не накладывать швов на стенку пузыря, так как при свищах значительной величины можно легко захватить в шов мочеточники. Совершенно достаточно бывает соединить края разреза влагалища с краем разреза в области влагалищной части матки, причем здесь достаточно небольшого числа швов, так как широкие раневые поверхности соединяются без всякого напряжения, и даже в таких случаях, где нижний и боковые края свища были стойко сращены с костями таза, этим способом достигался полный успех (рис. 494).

На основании большого опыта К ю с т н е р приходит к заключению, что благодаря его способу нет больше надобности производить весьма сложные операции закрытия свища при помощи вывернутой через задний свод матки, как это предлагал делать Ф р е й н д, или употребляя для этого лоскуты, взятые из влагалища или кожи влагалищного входа.

На этом основании мы и не будем входить в описание этих способов, тем более, что они сейчас всеми оставлены.

В тех случаях, когда влагалище сильно изменено рубцами и представляет собой узкий ход, а окружающая клетчатка совершенно неподатлива, — там возможность зашивания свища со стороны влагалища отпадет и придется воспользоваться способом Т р е н д е л е н б у р г а, который состоит в следующем. Через поперечный разрез над лоном отделяют прямые мышцы от их прикрепления к тазовым костям и, войдя в предпузырную клетчатку, подходят к мочевому пузырю; он рассекается в поперечном направлении на протяжении 4—5 см и, при сильно приподнятом тазовом конце операционного стола, растягивается входящим в него воздухом, что помогает отыскать свищ и делает его более доступным; края свища освежаются и соединяются кетгутowymi швами, концы которых выводятся во влагалище и отсюда завязываются.

Здесь следует тоже накладывать швы, не прокалывая слизистой оболочки пузыря, причем в качестве материала для них приходится брать тонкий шелк, так как они накладываются только в один ряд.

При зашивании произведенного в пузыре разреза оставляется небольшое отверстие посредине, через которое вводится в пузырь дренажная трубка для отведения мочи; кроме того в коже оставляются тоже с каждой стороны в углах раны небольшие незашитые пространства для дренирования предпузырной клетчатки (рис. 495).

Недостатком этого способа является возможность образования грыжи вследствие отделения прямых мышц от лонной кости и последующего дренирования предпузырной клетчатки.

Пузырно-шеечные свищи.

Некоторую особенность в отношении оперативного пособия представляют собой названные свищи, так как здесь подойти к свищевому отверстию можно лишь после отделения мочевого пузыря от маточной шейки. Лучший доступ к ним получается при разрезе переднего свода влагалища в поперечном напра-

влении; если имеются значительные сращения и пузырь мало подвижен, то к этому разрезу приходится присоединить еще небольшой продольный разрез влагалища; иногда же оказывается необходимым вскрыть брюшину пузырно-маточного кармана.

После того как мочевой пузырь хорошо отделен, свищевое отверстие в нем зашивается обычным способом. Швы (кетгутовые) накладываются в поперечном направлении таким образом, чтобы они не проникали через слизистую оболочку пузыря, причем здесь можно ограничиться одним рядом швов, так как они имеют надежную опору в маточной шейке; место, соответствующее зашитому свищу, перемещается несколько выше против неповрежденной стенки матки, и мочевой пузырь укрепляется здесь 2—3-мя узловыми швами (рис. 496). Отверстие в стенке маточной шейки, соответствующее свищу, может не зашиваться, если оно не велико, так как обыкновенно оно закрывается само собой, а затем зашивается разрез влагалища узловыми шелковыми швами.

При пузырно-шеечных свищах с обширными рубцами в клетчатке и плотными сращениями в брюшине пузырно-маточного кармана Д и т т е л ь (Dittel) рекомендует воспользоваться брюшностеночным чревосечением; пузырь в этом случае отсепаровывается от матки сверху после вскрытия пузырно-маточной складки; затем свищевое отверстие в нем закрывается обычным способом, и восстанавливается целость брюшины. Некоторую опасность здесь представляет инфекция, которая возможна вследствие попадания в брюшную полость мочи, содержащей различных микробов, и потому мочевой пузырь должен быть особенно тщательно подготовлен.

Кольпоклезис и эпикиклезис при влагалищно-пузырных свищах.

Благодаря усовершенствованию гинекологической оперативной техники мы имеем в распоряжении такие способы, которые позволяют нам справиться с очень сложными пузырно-влагалищными свищами, но тем не менее в исключительных случаях могут встретиться такие обстоятельства, когда ничего не остается кроме закрытия влагалища.

Эта операция имеет большие недостатки, так как она делает невозможной правильную половую жизнь; кроме того, задерживающаяся во влагалище моча разлагается и вызывает заболевание мочевого пузыря и восходящие пиелиты, а также способствует образованию мочевых камней.

Впервые эта операция была произведена в 1845 г. В и д а л е м (Vidal) и названа им *эпикиклезис*, причем закрытие влагалища производилось в области его входа; несколько позднее, именно в 1862 г., С и м о н изменил ее в том отношении, что стал закрывать влагалище, отступя на несколько сантиметров от входа для того, чтобы сохранить возможность половой жизни; он дал ей название *кольпоклезис*.

Первая из этих двух операций производится в том случае, когда от мочеиспускательного канала остается только небольшая наружная часть. Здесь поступают таким образом, что слизистая оболочка влагалища захватывается зажимом Пеана спереди между наружным отверстием уретры и свищом; кроме того, такими же зажимами берется стенка влагалища у самого входа сзади по средней линии и с обеих сторон. Затем проводятся два круговых разреза слизистой оболочки влагалища на расстоянии приблизительно 1 см один от другого, и ограниченное двумя этими разрезами кольцо слизистой оболочки отсепаровывается и удаляется. Полученная раневая поверхность соединяется в продольном направлении двумя рядами швов, из которых первый является погружным и накладывается так, чтобы не проникать через толщу слизистой оболочки влагалища. Материалом для этих швов является кетгут (рис. 497).

Второй или наружный ряд швов накладывается на наружный край разреза, и для этого можно воспользоваться шелком, так как эти швы удаляются после наступившего сращения разреза (рис. 498).

Вторая из этих операций отличается только тем, что круговые разрезы во влагалище проводятся как можно дальше от входа; в остальном соблюдаются те же указания.

Такое закрытие влагалища возможно, однако, только в том случае, когда сохранилась хотя бы небольшая часть уретры; там же, где она совершенно разрушена, необходимо создать искусственно сток мочи. Для этой цели Р о з е (Rose) предложил предварительно накладывать влагалищно-прямокишечный свищ, так что моча и менструальная кровь задерживаются в кишке ее сфинктером.

Невыгодная сторона этого мероприятия заключается в том, что моча здесь инфицируется еще легче содержимым кишечника, и благодаря этому заболевание пузыря и почек наблюдается чаще и протекает в более тяжелых формах.

Гораздо целесообразнее поэтому является предложение П о п о в а, Г р у д е в а и др., состоящее в том, что для создания искусственного мочеиспускательного канала пользуются способом, который С у б б о т и н предложил для лечения врожденной эктопии пузыря. Состоит он в следующем. Сперва на задней стенке влагалища на расстоянии 3 см от входа делается свищевой ход в прямую кишку; после того как края свища зарубцевались и он сделался стойким, рассекают заднюю стенку прямой кишки при положении больной на животе, и по передней стенке кишки делают дугообразный разрез, который захватывает собой свищевое отверстие и своими концами достигает заднего прохода, оканчиваясь на коже промежности. Этот разрез проводится через слизистую оболочку кишки до мышечного ее слоя, и после того как он сделан, края его в обе стороны немного отделяются. Расстояние между ножками этого разреза — около 1 см (рис. 499).

Над введенным во влагалище со стороны прямой кишки катетером накладываются сперва швы на внутренний край разреза, а затем происходит наложение наружного ряда швов, причем как для тех, так и для других применяется кетгут (рис. 500). После этого зашивается разрез задней стенки кишки, и только спустя известное время после того как получилось создание такого искусственного мочеиспускательного канала, производится закрытие влагалища. Этот способ имеет то большое преимущество, что мочевой пузырь изолирован от прямой кишки и таким образом обеспечен от инфекции.

Мочеточниково-влагалищные свищи и другие поранения мочеточников.

Свищи мочеточников сравнительно редко наблюдаются после родов, значительно чаще они являются результатом поранения их при гинекологических операциях, например при экстирпациях матки по поводу рака или фибромиомы.

Для того чтобы устранить те весьма тягостные, а нередко и опасные для жизни больной осложнения, вызванные нарушением целостности мочеточника, предлагалось очень много самых разнообразных оперативных приемов. Сюда относятся: а) восстановление связи мочеточника с пузырем со стороны влагалища, б) имплантация мочеточника в мочевой пузырь вне или внутрибрюшинным способом, в) вшивание мочеточника в тот или другой отдел кишечника, г) перевязка мочеточника и еще много других способов.

Мы начнем с влагалищных операций мочеточниковых свищей. Прежде всего здесь надо точно установить, что имеющийся свищ действительно мочеточниковый, а не пузырный. Сделать это чрезвычайно просто: следует только в мочевой пузырь через катетер влить жидкость, окрашенную, например, ме-

тиленовой синькой; если во влагалище через свищ будет выделяться окрашенная в синий цвет жидкость, то свищ несомненно пузырно-влагалищный; если же выделяемая свищем моча не окрашена, то это говорит за то, что она поступает во влагалище из пораненного мочеоточника.

В сравнительно недавнее время, когда в гинекологической хирургии еще господствовал страх перед брюшностеночными операциями, было предложено довольно много различных способов закрывать такие свищи со стороны влагалища, но теперь они почти совершенно оставлены, и потому я позволю себе привести только наиболее популярные из них.

Одной из таких операций является предложенная Макенротом. Состоит она в том, что сперва производится овальный разрез слизистой оболочки влагалища вокруг свищевого отверстия на 1 см от его края и очерченный этим разрезом лоскут отделяется приблизительно на полсантиметра; затем делается в поперечном направлении разрез влагалища в области переднего свода, и влагалищная стенка отсепаровывается вдоль разреза и вокруг того лоскута, который заключает в себе свищевое отверстие. Эта отсепаровка распространяется приблизительно на 2 см, и тогда введенным в пузырь катетером выпячивается его стенка. Она здесь разрезается ножом, и в полученное отверстие внедряется лоскут, окружающий мочеоточниковый свищ. С помощью нескольких погружных кетгутовых швов он вшивается в пузырь так, чтобы покрывающий его эпителий был обращен к полости, после чего зашиваются разрезы влагалища поверхностными узловыми шелковыми швами.

В тех случаях, когда нельзя рассчитывать на достаточное освобождение конца мочеоточника, которое позволило бы приладить его к пузырю без натяжения, или когда не удается выпятить катетером стенку пузыря в непосредственном соседстве со свищом, можно воспользоваться следующей операцией, которая предложена Шедде (Schede).

Прежде всего производится овальный разрез через всю толщу влагалищной стенки, захватывающий собой как свищ мочеоточника, так и искусственно наложенный свищ мочевого пузыря. Этот последний выгоднее производить заблаговременно, чтобы к моменту операции края его успели покрыться прочным рубцом, так как иначе отверстие в пузырь может слишком сильно сократиться или даже совершенно закрыться.

Образованный этим циркулярным разрезом лоскут должен иметь такую величину, чтобы после отсепаровки его краев он мог образовать достаточной ширины канал, сообщающий между собою мочеоточник с пузырем. Канал этот образуется благодаря соединению краев выше названного лоскута (рис. 501).

Имплантация мочеоточника в пузырь.

При нарушении целостности мочеоточников этот способ операции применяется наиболее часто и производится он или внебрюшинно, или внутрибрюшинно. Существовавший в прежнее время страх перед возможностью внесения инфекции в брюшную полость сейчас потерял значение, и поэтому теперь почти всегда избирается последний способ, как более простой и надежный. По этой причине мы и не будем излагать внебрюшинного способа вшивания в пузырь мочеоточника, а прямо перейдем к методу внутрибрюшному.

Состоит он в следующем. При свежих поранениях тот отрезок мочеоточника, который соединен с почкой, выделяется из окружающих его тканей; так как он рыхло соединен с покрывающей его брюшиной и фасциальной пластинкой, то это легко совершается тупым способом. Освобождение мочеоточника должно непременно вестись до того, пока он без всякого натяжения может быть погружен в дно пузыря. Через его конец проводится шелковая нить, которая захватывает только одну сторону его стенки и завязывается узлом на свободном конце;

затем в мочевой пузырь вводится через уретру тонкий корнцанг, которым выпячивается тот отдел пузырьной стенки, который является наиболее подходящим для имплантации мочеточника, где требуется наименьшее натяжение последнего, независимо от того, покрыт ли в этом месте пузырь брюшиной или нет.

Стенка пузыря сильно выпячивается изнутри и на вершине делается разрез на протяжении половины сантиметра; корнцанг проникает в свободную брюшную полость и раскрывается, захватывая концы шелковой нити, проведенной через край мочеточника; она втягивается в мочевой пузырь и далее через уретру выводится наружу (рис. 502).

После того как мочеточник погружен в пузырь настолько, что он выступает в его полость приблизительно на $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ см, он прикрепляется к стенке пузыря тонкими шелковыми швами, причем они захватывают толщу стенки, не проникая через слизистую оболочку как мочевого пузыря, так и мочеточника. Таких швов накладывается обыкновенно два или три (рис. 503).

Теперь остается только закрыть раневую поверхность брюшиной, — если мочеточник погружался в стенку пузыря, лишенную брюшины, — или покрыть ею мочеточник и соединить ее с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь. Выведенная через уретру нить, которая служила проводником для мочеточника, обыкновенно может быть удалена, так как, будучи фиксирована на коже бедра, она едва ли в состоянии удержать мочеточник в пузыре, если натяжение его слишком большое. После закрытия брюшной полости в мочевой пузырь вводится катетер, который там оставляется на 7—8 дней. Какой-либо уход за тем отрезком мочеточника, который связан с мочевым пузырем, совершенно излишен.

Кроме только-что описанного способа фиксации мочеточника в мочевом пузыре существуют еще несколько других приемов, из которых приведем следующий метод Сэмпсона (Sampson). Конец мочеточника расщепляется на две части на протяжении 1 см, причем каждая осторожно прокалывается иглой так, чтобы не проникать через слизистую оболочку его; в качестве материала для швов здесь лучше воспользоваться тонким шелком, так как он надежнее фиксирует мочеточник и можно использовать самый тонкий его номер. Нити, проведенные через стенку мочеточника, на обоих концах снабжены иглами. После того как мочеточник введен в пузырь, оба конца его фиксируют к пузырьной стенке, проводя через нее оба конца нитей и завязывая их узлом. Иглы, насаженные на их концах, проводятся через стенку пузыря, идя изнутри его полости кнаружи приблизительно на 0,5 см от его края (рис. 504).

В том случае, когда операция производится при уже имеющемся застарелом свище мочеточника, последний в этом месте обыкновенно расширен, и потому здесь можно фиксировать мочеточник к пузырю, не расщепляя конца мочеточника и не за счет его ткани, причем проведение швов делается совершенно так же, как это только-что изложено.

Наконец, следует еще сказать, что некоторые, например Кроссен, фиксируют мочеточник по способу Сэмпсона, но предварительно рассекают мышечную стенку пузыря до его слизистой оболочки приблизительно на расстоянии 1—2 см, так что мочеточник оказывается вшитым в пузырь по тому же типу, как это предложил Коффей (Coffey) при имплантации мочеточника в кишечник.

Пересадка мочеточников в кишечник.

Эта операция допустима только в исключительных случаях, например при удалении мочевого пузыря по поводу рака, при существовании совершенно неоперабельных пузырно-влагалищных свищей и при раковых инфильтратах, заставляющих перерезать во время операции оба мочеточника далеко от пузыря.

Для осуществления такой пересадки мочеточников было предложено очень много самых разнообразных способов, но впервые она была произведена

Шапю (Charput). Однако эти операции обладают очень существенным недостатком, заключающимся в том, что через непродолжительное время после пересадки развивается восходящий пиелит, часто приводящий к смерти. Некоторый прогресс в этом отношении достигнут при применении способа Майделя (Maydl), заключающегося в том, что в кишку пересаживается часть мочевого пузыря, в которую открываются оба мочеточника. При этом условии более совершенное замыкание мочеточников менее благоприятствует попаданию в них возбудителей инфекции. Но эта операция возможна у женщин только после удаления матки, что несомненно очень усложняет и без того весьма тяжелое вмешательство; и действительно, первичная смертность при операции пересадки мочеточников в пузырь исчисляется в 25%, а осложнение ее тяжелым, ведущим к смерти пиелитом наблюдается в 29%.

В последнее время делаются попытки предотвратить наступление пиелита специальным способом вшивания мочеточников в кишку; например, Бюдингера (Büdinger) воспользовался для этого предложением Витцеля (Witzel), которое состоит в косом образовании каналов, и вшивает мочеточник в кишку, покрывая его на некотором протяжении брюшиной; Франклин Мартин пробовал погружать мочеточник в мускулатуру кишки, а Коффепи и Мэйо стали вшивать мочеточник между слизистой оболочкой кишки и мышечной ее стенкой (рис. 505).

Повидимому, наиболее действительным оказывается последний способ, и в настоящее время большинство им и пользуется, причем показанным считается производить операцию в два темпа, так как наступающий после нее отек мочеточникового отверстия может вызвать тяжелую анурию. Сперва рекомендуется пересадить правый мочеточник в прямую кишку, а затем левый — в нижний отдел толстой кишки.

Эта операция пересадки мочеточников в кишечник была у нас предложена Тиховым и Грамматикати в первые годы этого столетия и затем усовершенствована Поповым. Производится она следующим образом. Брюшная полость вскрывается при приподнятом тазовом конце стола и затем в тазу рассекается над нижним концом мочеточника брюшина на протяжении 4 см, причем под освобожденный из окружающей ткани мочеточник проводится лигатура. От этого разреза с внутренней стороны отсекается брюшина до стенки прямой кишки, и верхняя часть обнаженного мочеточника пришивается к прямой кишке двумя швами, наложенными в продольном направлении кишки; ниже этих швов разрезается мышечный слой стенки прямой кишки до слизистой оболочки на протяжении 2 см, и в нижнем конце этого разреза делается отверстие в слизистой оболочке длиной в полсантиметра; сверху от подведенной под мочеточник и завязанной лигатуры, возможно ближе к пузырю, мочеточник отсекается в косом направлении.

Вшивается мочеточник в стенку кишки таким образом, что на 1 см от его конца он захватывается тонкой кетгутовой нитью, снабженной на обоих концах иглами; они проводятся в просвет кишки через сделанное в ней отверстие и на расстоянии в полсантиметра от края кишки выкалываются изнутри наружу; после этого швы завязываются и этим заканчивается фиксация мочеточника к кишке.

При этом Миротворцев рекомендует вшивать косо обрезанный и расплеченный в продольном направлении мочеточник так, чтобы получалось отверстие в виде косога овала, а Матусов расщепляет мочеточник по длине на 1 см и вшивает в поперечный разрез кишки так, чтобы он провисал в просвет кишки.

После фиксации мочеточника края разрезанного слоя мускулатуры кишки соединяются узловыми кетгутовыми швами над мочеточником, проходящим в косом направлении к стенке кишки.

Наконец зашивается непрерывным кетгутовым швом вскрытая над мочеточником брюшина и затем таким же образом поступают с другим мочеточником, с той только разницей, что он вшивается в кишку на 3—5 см выше первого (рис. 506).

После того как брюшина закрыта, производится зашивание брюшной стенки, и в кишку вставляется толстая резиновая трубка, обернутая марлей и сверху смазанная борным вазелином. Первая порция мочи появляется через несколько часов после операции, однако нередко наблюдается атония мочеточников, способствующая проникновению инфекции из кишечника кверху в почечные лоханки, и потому следует назначать внутрь салициловые препараты и углекислые минеральные воды. В течение всего послеоперационного периода больные выдерживаются на молочной диете, причем надо иметь в виду, что часто наблюдаются поносы, продолжающиеся первые две недели.

Для того чтобы способствовать хорошему заживлению кишечных разрезов, следует уже за несколько дней до операции готовить кишечник соответствующей диетой, для чего мы пользуемся назначением культуры болгарской палочки «МФ», давая ее три раза в день по столовой ложке.

Соединение обоих концов нарушенного в своей целостности мочеточника.

Наиболее естественным способом соединения концов мочеточника при его ранении является непосредственное их сшивание, но этот способ на практике применяется редко, так как он технически труден.

Впервые он был выполнен Тауфером (Tauffer) в 1885 г., но опубликован Шопфом (Schopf) в 1886 г. В настоящее время существует много различных вариаций соединения концов мочеточников, но все они страдают двумя очень существенными недостатками: во-первых, вследствие тонкости мочеточников невозможно достаточно прочно соединить их швами, а во-вторых, при хорошем соединении часто образуется рубцовое сужение на месте шва. Вот эти-то недостатки и вынуждают нас при малейшей возможности пользоваться каким-либо другим способом.

Из способов сшивания концов мочеточника наиболее совершенным, по нашему мнению, является прием Поджи-Бояри (Poggi-Boari) и Ван-Гукса (Van-Hook). При первом край ближайшего к мочевому пузырю конца мочеточника рассекается на сантиметр продольно и в него внедряется другой его конец, который может быть заострен. Фиксация его происходит таким образом, что вводимый конец захватывается двумя тонкими шелковыми нитями, которые вкалываются и выкалываются через наружную стенку мочеточника, не проникая в его просвет. На обоих концах каждого из этих швов насажены тонкие иглы, которые вводятся в другой конец мочеточника и выкалываются изнутри; после этого швы подтягиваются, и 1 конец мочеточника погружается в другой. Когда эти швы завязаны, накладывается еще несколько швов, закрывающих продольный разрез и соединяющих оба конца мочеточника.

При втором способе конец ближайшего к мочевому пузырю мочеточника перевязывается шелковой нитью и поверх нее обшивается тонким кетгутом; затем, отступя от его конца приблизительно на 1 см, в нем делают продольный разрез величиной около сантиметра и в него вводится другой конец мочеточника совершенно таким же способом, как было только-что изложено (рис. 507).

Перевязка мочеточника.

Этот способ операции применяется только в исключительно редких случаях, когда мочеточник оказывается пораненным на слишком большом расстоянии от пузыря и когда соединение его концов невозможно по каким-либо причинам.

Простая перевязка конца мочеточника, идущего от почки, оказывается, однако, не достаточно надежной, так как наложенная лигатура прорезывается и вызывает образование свища, и потому предлагаются другие способы его облитерации; так, например, Ш т е к е л ь предварительно перегибает мочеточник два-три раза и затем уже перевязывает всю массу вместе. Наиболее простой и действительной является модификация, предложенная К а у а с о й е (Kawasoje), которая состоит в том, что после перевязки мочеточник завязывается узлом (рис. 508).

При всех способах перевязки мочеточника, в виду возможности образования свища, следует помещать культю его внебрюшинно и с помощью дренажа создать сток мочи через разрез кожи.

Вшивание мочеточника в кожу.

Для того чтобы сделать возможным вшивание почечного отрезка мочеточника в кожу, надо освободить его на достаточном для этого пространстве из окружающих тканей. Местом для пересадки обыкновенно избирается или поясничная область, или боковая поверхность брюшной области, причем Р о в с и н г (Rovsing) рекомендует несколько выводить конец мочеточника из кожного разреза, чтобы легче было приспособить мочеприемник.

Операции на почке.

В гинекологической оперативной практике чрезвычайно редко приходится прибегать к удалению почки, и мне случилось всего три раза произвести экстирпацию почки в связи с саркомой и гипернефромой. Во всех случаях операция делалась со стороны брюшной полости, и техника ее состоит в следующем. При удалении правой почки восходящая часть толстой кишки отодвигается к середине, а при удалении левой почки то же делается с нисходящей частью кишки; затем проводится продольный разрез брюшины, отступя немного наружу от места прикрепления кишки. Разрез брюшины делается такой величины, чтобы через него удалось вывести почку в брюшную полость, для чего сперва тупым путем отодвигается жировая капсула почки, а затем последняя выворачивается наружу и отдельно перевязываются шелковыми лигатурами сосуды и мочеточник, причем Г а л ь б а н рекомендует еще одной общей лигатурой захватить сосуды, прежде чем отделить почку.

Затем культя погружается в брюшинный разрез и он закрывается непрерывным кетгутовым швом. В некоторых случаях, при наличии инфекции в почке, делается предварительный разрез через кожу поясничной области, чтобы дренировать почечное ложе. Внебрюшинное удаление почки не применяется в гинекологии, и с этим способом надо быть знакомым только в виду того, что так же производится операция при декапсуляции почки по поводу эклампсии.

В этом случае пользуются обыкновенно косым пояснично-подвздошным разрезом Б е р г м а н а. Он идет от наружного края *m. iliocostalis* немного книзу от XI или XII ребра и параллельно к ним вперед и вниз, достигая передней аксилярной линии приблизительно на два пальца над верхним краем подвздошной кости.

При проведении разреза сперва рассекается кожа и все мышечные слои, затем разрезается глубокая фасция и отодвигается брюшина по направлению к середине, после чего обнаруживается жировая капсула почки, которая тоже рассекается. Теперь становится доступной фиброзная капсула почки, которая вскрывается небольшим разрезом в области выпуклости почки, и в разрез вводится полый зонд; он проводится к тому и другому полюсу почки, а капсула разрезается по зонду и отделяется тупым способом до лоханки, после чего она удаляется. Затем зашивается отдельно фасция, мышцы и кожа (рис. 509).

Недержание мочи без нарушения целостности мочевых путей.

Кроме повреждений и свищей в области уретры, мочевого пузыря и мочеточников приходится наблюдать случаи недержания мочи у женщин без нарушения целостности мочевых путей, причем иной раз оно бывает выражено не особенно резко и проявляется только при тяжелой физической работе и напряжении брюшных мышц; в других же случаях, напротив, оно может быть весьма значительным, появляясь при кашле, смехе и даже при умеренном наполнении мочевого пузыря.

В большинстве случаев это осложнение наблюдается одновременно с разрывом промежности и развившимся вследствие этого опущением передней стенки влагалища вместе с лежащим на ней отделом пузыря; нередко это состояние ухудшается возникающей при разрыве промежности ретрофлексией матки и ее опущением.

В виду сказанного обыкновенно удается устранить недержание мочи, исправив эти повреждения половых органов тем или иным путем, например восстановлением промежности вместе с передней кольпорафией или исправлением положения матки, благодаря чему застойные явления в тазовой области исчезают. Иногда, однако, несмотря на произведенные операции, недержание мочи продолжает существовать, и тогда приходится прибегать к специальным операциям.

Из них остановимся сначала на способе, предложенном Гершуни и состоящем в том, что сперва производится круговой разрез отступя на полсантиметра от наружного отверстия мочеиспускательного канала; затем уретра освобождается из окружающих ее тканей тупым путем кверху приблизительно на 2 см, причем необходимо это делать так, чтобы в связи с уретрой осталось больше соседних тканей. После этого отверстие мочеиспускательного канала берут двумя зажимами Пеана и поворачивают на 180° вокруг оси уретры; в этом положении оно фиксируется несколькими тонкими узловыми шелковыми швами к краю разреза слизистой оболочки влагалища.

Кроме того, существует несколько различных операций, имеющих целью укрепить внутренний сфинктер пузыря. Из них некоторые, например операция Франца, нами уже описаны при изложении вопроса об искусственном образовании уретры, и потому мы здесь приведем только операцию образования сфинктера из пузырно-влагалищной фасции по способу, предложенному Гальбаном, и операцию Гебель-Штеккеля, состоящую в образовании внутреннего сфинктера пузыря из пластинок апоневроза, взятого из брюшной стенки.

Первая из них состоит в том, что сперва производится продольный разрез по средней линии передней влагалищной стенки; слизистая оболочка влагалища по обе стороны отделяется от фасции тупым путем; затем на высоте перехода шейки пузыря в мочеиспускательный канал накладывается шелковый шов, захватывающий фасцию в продольном направлении; далее нить того же шва проводится через фасцию с другой стороны в том же месте, причем игла вкалывается здесь в обратном направлении (рис. 510).

После того как шов наложен, он затягивается и завязывается, благодаря чему образуется небольшая пластинка из фасции, служащая для укрепления сфинктера пузыря. Для большей надежности рекомендуется накладывать два таких шва, чтобы образовать возможно широкую пластинку (рис. 511).

Наконец зашивается разрез влагалища непрерывным кетгутовым швом.

В особенно тяжелых случаях, когда нельзя рассчитывать на достаточность этих операций, приходится решиться на более сложное вмешательство, предложенное Гебелем для операции на мужчинах и затем перенесенное Штеккелем на женщин.

Эта операция складывается из двух моментов; первый состоит в том, что больная укладывается на краю операционного стола с согнутыми в коленях и бедрах ногами, и операция начинается со стороны влагалища; вставив в него ложкообразные зеркала и наложив зажим П е а н а на переднюю его стенку немного ниже уретры и пулевые шипцы на переднюю губу влагалищной части матки, производят продольный разрез влагалищной стенки длиной в 5 см с таким расчетом, чтобы он находился в верхнем отделе уретры и шейки пузыря. Влагалище несколько отсепаровывается в обе стороны, после чего пальцем проходят сперва с одной, а затем с другой стороны от уретры кверху настолько, чтобы проникнуть в предпузырную клетчатку у симфиза.

После этого переходят к операции сверху через брюшные покровы, для чего ноги больной выпрямляются и под них подставляется столик. Кожа живота рассекается срединным разрезом на 10—12 см кверху от лона, отсепаровывается несколько в обе стороны, и из апоневроза косых мышц живота выкраивается лоскут в 10 см длины и 2—3 см ширины. По предложению М а н д е л ь ш т а м м а, лоскут должен выкраиваться не непосредственно у лона, а отступя от него на 1—2 см, для того чтобы брюшные мышцы могли проявлять больше влияния на сокращение образуемого из пирамидальных мышц кольца, и, кроме того, вершина лоскута должна иметь заостренную форму, чтобы легче было соединить края остающихся апоневрозов.

После того как лоскут выкроен, его разрезают по средней линии на две равные части (рис. 512).

Затем каждую половину лоскута с помощью длинного изогнутого корнцанга, введенного со стороны влагалища в предпузырную клетчатку, проводят во влагалище, причем мне кажется более удобным левый отрезок лоскута проводить по правую сторону от шейки пузыря, а правый отрезок по левую сторону (рис. 513).

Теперь брюшная стенка зашивается, и снова переходят к операции со стороны влагалища, для чего ноги больной сгибаются и столик из-под них удаляется. Оба конца апоневротических лоскутов, выведенных во влагалище, соединяют между собой под шейкой пузыря, подтягивая ее несколько кверху; они укрепляются в виде кольца двумя или тремя шелковыми швами, после чего зашивается влагалище непрерывным кетгутовым швом (рис. 514).

ОПЕРАЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Проф. Л. Л. Окнищ.

Кишечник по своей топографии стоит очень близко к женским половым органам, и потому те ранения, которые половой аппарат получает во время родов, могут распространяться и на известные отделы кишек; далее, воспалительные заболевания половых органов могут легко переходить на кишечник и, обратно, заболевания кишечника могут распространяться на эти органы. Указанные особенности топографии позволяют воспользоваться тем или другим отделом кишечника для восстановления дефектов женского полового аппарата.

Оперативное лечение влагалищно-кишечных свищей и других заболеваний прямой кишки, имеющих близкое отношение к гинекологии.

Происходящие во время родов разрывы промежности с одновременным распространением их на прямую кишку зашиваются тотчас же после родов, и только в тех случаях, когда это не было сделано по какой-либо причине или наложенные швы разошлись и успел образоваться старый разрыв промежности третьей степени, — такая больная попадает в ведение гинеколога.

Как лечатся оперативным путем такие разрывы — было нами изложено в соответственном месте, и потому мы здесь этого повторять не будем, а оставимся только на оперативном лечении кишечно-половых свищей.

Небольшие ректо-вагинальные свищи, встречающиеся почти исключительно как следствие гинекологических операций, нередко заживают самостоятельно, без всякого оперативного вмешательства. Если свищевое отверстие находится в нижней части влагалища вблизи заднего прохода и не обнаруживает склонности закрыться, то продольным разрезом рассекаются вся промежность и прямая кишка до свища; таким образом свищевой ход становится лучше всего доступным, и его легко удается вырезать, причем стенки прямой кишки и влагалища в верхнем отделе свища должны быть отделены одна от другой, и затем разрез должен быть зашит таким же способом, как это делается при полном разрыве промежности.

Для этой цели мы пользуемся всегда при зашивании прямой кишки непрерывным съемным проволочным швом, слизистую оболочку влагалища соединяем непрерывным кетгутовым швом, а на кожу промежности накладываем тонкие узловые шелковые швы.

В тех случаях, когда свищевое отверстие расположено выше, его следует зашить, не разрезая промежности. Способов для этого рекомендовано несколько, но наиболее простым из них является освежение по Ш а у т а. Оно состоит в том, что по задней стенке влагалища выкраивается лоскут слизистой оболочки треугольной формы, как при перинеопластике по Г е г а р у, так что свищевое отверстие находится в области освеженной поверхности. Его зашивают погружными кетгутовыми швами так, чтобы они не проникали через слизистую оболочку кишки; я, однако, считаю здесь гораздо более надежным наложить съемный проволочный шов, соединяющий края свищевое отверстие в кишке (рис. 515).

Для этого игла сперва вкладывается через слизистую оболочку влагалища у верхнего угла освеженного треугольника, затем она проводится под окровавленной поверхностью до верхнего края свища, где она выводится; после этого делается сперва вкол и выкол иглы у края свища справа, затем такой же вкол и выкол делаются у левого края свища. Если свищевое отверстие большое, то приходится несколько раз повторить эти вколы и выколы, и только после этого игла выкалывается у нижнего края свища, проводится под освеженной поверхностью и выкалывается в коже промежности (рис. 516).

Дальше операция ведется совершенно так же, как при неполном разрыве промежности, именно, на слизистую оболочку влагалища накладывается непрерывный кетгут, а на кожу промежности — тонкие узловые шелковые швы.

Тот же результат достигается при зашивании ректо-вагинальных свищей по способу З е н г е р а. Состоит он в том, что сначала производится поперечный разрез длиной в 4—5 см на границе кожи промежности и слизистой оболочки влагалища, и последняя отделяется от прямой кишки сверху сантиметра на два выше свищевое отверстие, края которого отделяются ножом или ножницами. Отверстие в кишку зашивается погружными кетгутовыми швами в продольном направлении. Влагалищный лоскут, после того как он отсепарован, можно рассечь по длине на две половины для того, чтобы сделать свищ более доступным.

При очень больших ректо-вагинальных свищах С е г о н (Segond) рекомендует пользоваться следующим способом. После того как сфинктер прямой кишки расширен пальцами, проводится циркулярный разрез через слизистую оболочку заднего прохода немного выше границы кожи; затем отсепаровывается передняя стенка прямой кишки до свищевое отверстие, задняя же стенка кишки отделяется только на протяжении 4 см; после этого продолжают отделять переднюю стенку прямой кишки, причем постепенно доходят

до заднего дугласова пространства, не вскрывая его брюшину. Благодаря этому верхний край свища становится подвижным и получается возможность низвести его к заднему проходу (рис. 517, 518).

Этот акт операции удается сравнительно легко и быстро, после чего стенка прямой кишки резецируется в переднем отделе выше свищевого отверстия, а в заднем приблизительно на 3 см от нижнего края разреза. Затем остающийся край прямой кишки пришивается к слизистой оболочке заднего прохода (рис. 519, 520).

Дефект влагалищной стенки зашивается, причем разорванные ее части освобождаются от сращений и соединяются между собой, чем восстанавливается влагалищный канал: одновременно можно также привести в порядок нарушенную в своей целостности промежность. Затем в прямую кишку вводится дренажная трубка, завернутая в марлю и смазанная вазелином, а позади стенки прямой кишки вставляются тонкие резиновые дренажи. Из кишки дренаж удаляется на 2—4-й день, затем на 6-й день снимаются шелковые швы с заднего прохода, а на 8-й день назначается слабительное. Тонкие дренажи, поставленные в клетчатку позади прямой кишки, удаляются по мере прекращения выделений, причем заживление мы ведем при помощи введения в рану культуры болгарской палочки «М. Ф.», и оно совершается быстро (рис. 521).

В тех случаях, где свищи являются ректо-перинеальными и где, следовательно, отверстие из кишки идет на промежность, могут быть применены различные способы операции, в зависимости от того, как располагается свищ. Если он находится близко от заднего прохода, то можно ограничиться рассечением мостика ткани, лежащего между свищом и заднепроходным отверстием, и, после освежения свищевого канала, предоставить ране заживать вторичным натяжением.

Впервые эта операция попала в медицинскую литературу после того, как Людовик XIV приказал своему домашнему врачу Феликсу произвести ему рассечение такой фистулы скальпелем, и с этого времени Потт (Pott) ввел специальный метод для ее выполнения, который сохранил свое значение до сих пор и состоит в следующем. После надлежащей подготовки в свищевой ход со стороны промежности вводится легко сгибающийся желобоватый зонд, конец которого ощупывают указательным пальцем левой руки, введенной в кишку; конец зонда загибается крючком и теперь, при постоянном натяжении его, производится разрез захваченных им тканей.

Там, где свищевое отверстие находится на промежности и лежит несколько дальше от заднего прохода, можно и мостик ткани, находящийся между ним и отверстием свища, рассечь таким же способом. Здесь, однако, следует отдельно зашить слизистую оболочку кишки и заднего прохода, для чего можно воспользоваться поверхностными узловыми кетгутовыми швами; на кожу промежности накладываются узловые шелковые швы.

Кроме свищей в области заднего прохода иногда имеются трещины, которые могут возникнуть вследствие поранения слизистой оболочки кишки плотными каловыми массами, а иногда они образуются во время родов. Трещины причиняют большой жестокий страдания при каждой дефекации, и из боязни перед болью стул сознательно задерживается, что ведет наконец к привычным запорам.

В начале прошлого столетия Б у а й е (Boyer) подробно изложил сущность этого заболевания и выяснил, что боли происходят здесь вследствие судорожного сокращения мышц сфинктера; на этом основании Р е к а м ь е (Resamier) разработал специальный метод лечения, который заключается в следующем. Под глубоким, полным наркозом вводят в задний проход сначала один, потом два пальца, смазанные вазелином; затем, удалив их, вводят туда большие пальцы обеих рук, ладони располагают на ягодицах, а концы свободных пальцев через мягкие покровы охватывают седалищные кости (рис. 522).

При такой точке опоры может быть развита значительная сила для растяжения заднего прохода; растягивать следует осторожно и постепенно, чтобы не вызвать разрывов слизистой оболочки; подкожные же разрывы сфинктера, которые здесь всегда происходят, значения не имеют и быстро заживают. Когда отверстие заднего прохода будет пропускать четыре пальца, расположенные в одной плоскости, расширение можно считать законченным, и теперь остается только еще раз сделать основательное прополаскивание прямой кишки борным раствором (рис. 523).

Если кишечник был хорошо подготовлен, то можно держать большую на спине и на седьмой день дать слабительное; к этому времени сфинктер обычно начинает функционировать правильно.

Нередко также приходится наблюдать у женщин геморроидальные шишки, которые часто появляются во время беременности и затем резко увеличиваются во время и после родов; ущемляясь, они могут причинять большие страдания, потому что, кроме болей и лихорадочного состояния, они могут вызвать и все симптомы непроходимости кишек.

Для прочного излечения геморроидальных шишек необходимо оперативное лечение, которое производится или посредством перевязывания отдельных узлов лигатурами, или их выжигания термокаутером, или, наконец, их вырезывания. Предложено также несколько консервативных приемов в виде впрыскивания в отдельные шишки спирта или 50% раствора карболовой кислоты, но результаты еще не достаточно проверены.

Перевязка отдельных узлов делается так, что вершина захватывается зажимом Пейера, а в области основания слизистая оболочка разрезается по окружности и немного отделяется; затем кетгутовой лигатурой перевязывается ножка узла, и он отрезается ножницами; наконец накладывается тонкий кетгутовый шов на разрез слизистой оболочки.

Если шишки окружают заднепроходное отверстие кольцом, то для удаления их можно воспользоваться способом Уайтхеда (Whitehead), который состоит в том, что после надлежащего расширения заднего прохода и выведения всех шишек наружу делаются два круговых разреза, причем один проводится по краю слизистой — там, где она переходит в кожу, а другой — через слизистую оболочку выше узлов.

Большим и указательным пальцами левой руки оператор оттягивает узел и под контролем пальцев проводит шелковый шов на кривой игле, вкалывая его свади через слизистую оболочку кишки и выкалывая как раз на границе перехода слизистой оболочки в кожу спереди. Затем узел рассекается, доходя почти до шва, и этот шов сейчас же завязывают, сближая слизистую кишку с кожей; другой такой же шов проводится отступя сантиметра на полтора от первого и тоже завязывается. Теперь проводится еще один такой же шов между двумя первыми, и сегмент опухоли между ними удаляется ножницами, а наложенный шов тоже завязывается. Таким образом продолжают поступать дальше, и таких сегментов приходится удалить четыре или пять, причем к концу операции слизистая оболочка кишки оказывается пришитой к краю кожи заднего прохода по всей окружности. Такое предварительное наложение швов, предлагаемое Губаревым, очень облегчает и ускоряет производство операции (рис. 524, 525).

Здесь приходится еще остановиться на хотя и редко, но все же еще наблюдающихся выпадениях прямой кишки. Гинекологу с ними приходится иметь дело только тогда, когда они комбинируются с нарушением целостности тазового дна и значительным опущением заднего дугласова кармана. В таких случаях Вейбель советует производить кишечно-влагалищную интерпозицию матки, для чего сперва делается разрез на границе кожи промежности и влагалища и затем проводится продольный разрез по задней стенке влагалища.

Лоскуты влагалища отсепааровываются и освобождается та часть прямой кишки, которая принимает участие в выпадении. После этого вскрывается брюшина заднего дугласова кармана, матка выводится из брюшной полости и помещается своим дном как пелот на стенку ампулы прямой кишки, причем стенка кишки фиксируется к передней поверхности матки несколькими узловыми кетгутowymi швами, в то время как передняя ее поверхность обращена к влагалищному просвету.

После достаточной резекции избыточных частей влагалищных лоскутов матка покрывается ими и производится восстановление промежности, в которой заложено тело матки.

Операции, производимые на кишках в связи с операциями гинекологическими.

Чаще всего в оперативной гинекологической практике приходится иметь дело с заболеванием червеобразного отростка. По своей анатомической топографии он находится вблизи правых придатков матки, и потому воспалительные их изменения легко могут распространяться и на червеобразный отросток; с другой стороны, заболевание отростка может служить причиной изменений в правых придатках.

При оперативном удалении правостороннего пиосальпинкса или пиовариума нередко приходится видеть червеобразный отросток, находящийся с ними в плотных сращениях, причем они могут быть настолько неподатливы, что разъединить их оказывается невозможным. Тогда является необходимым сперва отделить отросток от слепой кишки и произвести перитонизацию его культи, а затем уже вместе с ним удалить придатки.

Кроме таких случаев аппендицит у женщин встречается вообще сравнительно часто; так, например, К р е н и г и Д э д е р л е й н в 50% своих гинекологических операций обнаруживали поражение червеобразного отростка, и одно время существовало даже стремление при каждом чревосечении удалять отросток независимо от его состояния. Операция удаления аппендикса различными хирургами производится чрезвычайно разнообразно, причем нами принята следующая техника. Разрез нами делается по средней линии, так как отросток удаляется только в связи с той или другой гинекологической операцией, затем производится основная операция и перед тем как зашивать брюшную полость осматривается отросток; если оказывается, что он подлежит удалению, то слепая кишка вместе с ним выводится наружу и обкладывается марлевыми отграничивающими тампонами, после чего одним или двумя кетгутowymi швами перевязывается брыжейка отростка и перерезается. Приподняв отросток и захватив его конец в зажим П е а н а, перевязывают его крепкой шелковой лигатурой у самого основания вблизи слепой кишки, и концы лигатуры обрезаются (рис. 526). Затем на него накладываются два зажима так, что один кладется на месте наложенной лигатуры, а другой немного отступя по направлению к концу отростка (рис. 527). После этого он отрезается ножом и зажим с его культи удаляется, а она смазывается йодом и погружается в брюшину слепой кишки одним тонким кетгутowym швом, который накладывается так, как это указано на рисунке (рис. 528). Поверх этого шва кладется еще один тонкий непрерывный кетгутовой шов, которым еще раз покрывается культя отростка, а также и культя брыжейки (рис. 529).

В значительно более редких случаях гнойные воспаления придатков и брюшины вызывают обширные сращения, и благодаря этому может возникнуть непроходимость кишек, которая требует оперативного лечения. Операция здесь состоит в том, что производится искусственное заднепроходное отверстие, обыкновенно на нисходящем отделе толстой кишки. Для того чтобы избежать

возможности инфекции и не пачкать свежую рану испражнениями, операция совершается в два момента. Сперва производится разрез брюшной стенки с левой стороны и извлекается нужная петля кишки, причем через ее брыжейку проводится стеклянная палочка, препятствующая кишке ускользнуть в брюшную полость; затем кишка обшивается пристеночной брюшиной так, чтобы она до возможности меньше выступала из брюшной полости, и для этого ведущее в брюшную полость отверстие уменьшается несколькими узловыми швами. В том случае, когда нет необходимости спешить, ждут 48 часов и затем вскрывают кишку термокаутером. Если же ждать нельзя, то операцию производят одновременно, и после того как кишка извлечена наружу, ее весьма тщательно вшивают в париетальную брюшину, а затем вскрывают кишку и разрезанную ее стенку пришивают узловыми швами к коже. Если после ликвидации воспалительного процесса проходимость кишек восстанавливается, то искусственное заднепроходное отверстие должно быть зашито.

ОПЕРАТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА.

Проф. Л. Л. Овчиниц.

Образование искусственного влагалища или *кольпопоз* имеет уже довольно длинную историю. Оно ведет свое начало приблизительно с 1810 г., когда Д ю п ю т р е н (Dupuytren) для опорожнения гематометры при врожденном отсутствии влагалища предложил образовать при помощи троакара канал в клетчатке между мочевым пузырем и прямой кишкой. Его попытки, однако, не увенчались успехом, так как этот ход быстро закрывался несмотря на введение пессария и тампонации.

Первым опытом создать настоящее искусственное влагалище надо считать операцию, произведенную К. Г е п н е р о м в 1879 г. у девушки 16 лет; он воспользовался для этого кожным лоскутом, взятым с ее бедер. Таким же способом оперировали К р е д е, Р е й н и некоторые другие, но все это кончалось неудачно главным образом из-за того, что ножка образованных лоскутов при этом перекручивалась, и приживание происходило плохо. Далее К ю с т н е р в 1888 г. воспользовался для создания влагалища слизистой оболочкой, взятой от другой больной, страдающей выпадением половых органов, а С в е ц и ц к и й (Swiesicku) применял даже слизистую оболочку животных, но и это не дало хороших результатов.

В 1892 г. В. С н е г и р е в опубликовал свой способ образования искусственного влагалища из прямой кишки; состоял он в том, что нижний отдел кишки вместе с отверстием заднего прохода превращался во влагалище, для чего проводился продольный разрез от наружного отверстия уретры и проникал через сфинктер заднего прохода; верхний отрезок кишки, перерезанной на высоте 9 см, пересаживался на место вылущенного копчика.

Эта операция наносила больной большую травму и кроме того создавала новое заднепроходное отверстие со слабым сфинктером, благодаря чему получалось резкое расстройство дефекации.

В 1904 г. американский хирург Б о л д у и н предложил образование влагалища из петли тонкой кишки, оставляемой на брыжейке для поддержания питания, и этот способ с некоторыми видоизменениями является и сейчас одним из наиболее часто применяемых.

Далее, в 1909 г. Д. П о п о в предложил свой новый метод, имеющий общую идею с операцией С н е г и р е в а; он воспользовался для образования влагалища тоже прямой кишкой, но существенное различие состоит в том, что здесь не производится удаление копчика и заднепроходное отверстие остается на своем обычном месте, а нижний отрезок прямой кишки вшивается во вновь

созданное ложе влагалища. Введение этого способа вполне заслуженно упразднило операцию Снегирева, так как эта последняя нарушала правильную половую жизнь и нормальную дефекацию, а кроме того причиняла значительную травму больной.

В следующем 1910 г. Аманн (Amann) прооперировал больную, воспользовавшись для создания влагалища передней стенкой прямой кишки; края разреза задней ее стенки сшивались между собой, и таким образом восстанавливалась целостность прямой кишки, а передняя стенка, сшитая вдоль в виде трубки, вводилась во вновь образованный канал. Эта операция была произведена еще два раза Пита (Pitha) и Тиканадзе в 1924 г., но недостатком ее является то, что здесь требуется хорошо развитая ампула.

Затем в 1911 г. появился еще один способ образования влагалища из прямой кишки, предложенный Шубертом совершенно независимо от операции Попова, так как он, по его словам, о последней не был осведомлен. Эта операция, близко стоящая к способам Снегирева и Попова, отличается от них тем, что здесь хотя и производится удаление копчика, но оно делается только для того, чтобы облегчить отсепаровку прямой кишки и ее пересадку во вновь образованное влагалище.

Как операция Попова, так и Шуберта применяются и сейчас, причем первый способ употребляется в СССР, второй в Германии, а во Франции оперируют исключительно по Болдуину. Заметим попутно, что обыкновенно операцию образования влагалища из прямой кишки принято называть операцией Попова — Шуберта (так сделал и я в моем «Кратком курсе оперативной гинекологии»), но это неправильно и на это справедливо обращает внимание Мандельштам; эти две операции нужно рассматривать как совершенно самостоятельные.

О способе Ф. Матвеева, который в 1924 г. предложил операцию образования искусственного влагалища при помощи кожных лоскутов, имеющих ножку, будет упомянуто ниже.

Мы не будем подробно останавливаться на других подобных операциях, где влагалище образовывалось из кожных лоскутов и прикреплялось к брюшной стенке посредством чревосечения (Френкель), или из круглого филатовского лоскута (Огнев, Мельник), так как оперативное вмешательство или кончалось неудачей, или представлялось слишком сложным.

Кроме вышеназванных операций, где применялся лоскут на ножке, Кришнер и Вагнер предложили в 1929 г. для образования влагалища метод пересадки кожи по Тиршу, пользуясь для этого специальным протезом из резиновой губки с проведенным внутри ее плотным стержнем. Полученные ими результаты оказались очень благоприятными.

Чтобы исчерпать перечень применяющихся ныне способов образования искусственного влагалища, следует еще остановиться на предложенном в 1926 г. Шмидтом в Праге и Марковым в Смоленске независимо друг от друга создании влагалища из мочевого пузыря; до сих пор эта операция была произведена всего четыре раза.

Изложив историю развития кольпопоза, мы видим, что в настоящее время материалом для создания искусственного влагалища могут служить или слизистая оболочка кишечника, или слизистая оболочка мочевого пузыря, или кожа.

Однако о роли мочевого пузыря в этом вопросе еще рано говорить, так как наблюдений имеется слишком мало, и потому мы должны остановить наш выбор на остальных двух методах.

Не говоря уже об опасности инфекции, иногда сопряженной с риском смерти, операции на кишечнике имеют еще ту неблагоприятную сторону, что слизистая как тонкой, так и прямой кишки выделяет очень неприятный секрет в довольно

значительном количестве, и это является всегдашним осложнением влагалища, созданного из кишечной стенки. Эти выделения раздражают окружающую кожу и очень тяготят женщину, в чем я имел не раз случай убедиться на оперированных мною больных, а такие выделения остаются на долгое время, если не навсегда.

Кроме того здесь надо учитывать психологию мужчины, когда он узнает, что влагалище создано из кишки; описаны случаи возникновения импотенции и требования развода. Наконец, надо иметь в виду, что при таком влагалище требуется большая осторожность с назначением спринцеваний, так как слизистая оболочка кишечника очень легко всасывает вводимые лекарственные вещества.

Исходя из всего сказанного, мы считаем такой способ создания влагалища не идеальным и преимущество готовы отдать методике образования влагалища из кожи. Однако в вопросе о кольпопозе есть одна сторона, которая до сих пор не может считаться окончательно разрешенной; именно, сейчас еще не выработаны точно показания и противопоказания к этой операции.

В настоящее время многие авторы, например Э д р а в о м ы с л о в и целый ряд других, отмечают, что все нападки как на этичность, так и на целесообразность этой операции постепенно стихают и что теперь она всем медицинским миром признана совершенно полноправной, поскольку она исправляет тяжелое уродство, исцеляет вечно подавленную психику больной, давая возможность половой жизни, и делает ее, по выражению одной из оперированных, «снова человеком», но нам эта точка зрения кажется не совсем правильной.

В конце прошлого столетия Р е й н высказался так по поводу этой операции: «Благородной задачей хирурга является стремление восстановить то, что не создала природа, и он (принимая во внимание психическое состояние больной с таким уродством, — состояние, ведущее часто к самоубийству) должен определенно высказаться за допустимость подобного рода оперативного вмешательства». А в 1929 г. не менее авторитетный гинеколог, именно О т т, в напечатанной им по поводу этой операции статье говорит: «Задача врача в половом вопросе состоит в том, чтобы дать женщине возможность производить детей».

И многие другие очень крупные клиницисты современности высказываются по отношению к этой операции или отрицательно, или весьма сдержанно, например К е р м а у н е р, Ф р а н ц, М е н г е и др. Нам кажется, что на нее нельзя смотреть как на ходовую операцию, показанную при всяком отсутствии влагалища, но что она должна производиться только в редких случаях; например она показана у таких женщин, у которых половое влечение выражено настолько резко, что они, будучи предупреждены об опасностях и осложнениях, связанных с этой операцией, тем не менее настаивают на ней.

Образование искусственного влагалища по Болдуину.

Мы начнем с образования влагалища из петли тонкой кишки по способу, предложенному в 1904 г. Б о л д у и н о м и произведенному им впервые в 1907 г. Состоит эта операция в следующем. Больная, у которой в течение нескольких дней подготавливался кишечник соответственной диетой и легкими слабительными и клизмами, укладывается на операционном столе так, как это принято при влагалищных операциях.

После того как наружные половые части и кожа бедер и промежности хорошо дезинфицированы, производится разрез в области влагалищного входа, причем мы делаем его в продольном направлении, отступя несколько от уретры и от задней спайки.

Другие советуют проводить разрез в поперечном направлении, боясь поранить мочевого пузырь, но нам кажется более целесообразным проводить продольный разрез, так как он отвечает нормальному расположению входа во влагалище.

Величина разреза должна быть достаточной, чтобы не получилось слишком узкого отверстия во влагалище, и для этого его делают длиной в 3 см; затем тупым путем осторожно отсепаровывают мочеиспускательный канал и пузырь от мышц промежности и прямой кишки до брюшины заднего дугласова пространства. После этого переходят к брюшностеночному чревосечению (рис. 530, 531).

Некоторые авторы, например П я т н и ц к и й, рекомендуют начинать с чревосечения, так как этим дается возможность точно установить диагноз отсутствия влагалища, а кроме того иногда можно толкнуться на слишком короткую брыжейку тонкой кишки, при которой операция может дать ее омертвление; тогда придется отказаться от этого способа создания влагалища.

После того как брюшная стенка подготовлена и произведен разрез, который мы делаем по средней линии, берут петлю тонкой кишки на расстоянии приблизительно 30 см от слепой кишки. Длина этой петли должна равняться 20 см, и на обоих ее концах накладывается по два кишечных зажима, между которыми она и перерезается, после чего все четыре перерезанных конца зашиваются в два этапа таким образом, что сперва тонкой шелковой лигатурой перевязывается конец кишки, а затем он заворачивается внутрь и сверху покрывается тонким кетгутовым брюшинным швом (рис. 532).

Здесь опять приходится отметить, что некоторыми допускаются отклонения от типичного способа, предложенного Б о л д у и н о м. Так, например, рекомендуется перерезанные концы (той петли кишки, которая служит для образования влагалища) не зашивать отдельно каждый, а соединять их вместе, делая из этого отрезка кишки полое кольцо, так называемый «бублик», для того, чтобы содержимое его при сокращениях кишки не нарушило ее целостности. Однако, на мой взгляд, это совершенно излишне, так как при низведении кишки и фиксации ее во влагалище она должна быть сейчас же вскрыта.

Кроме того различно решается вопрос о надрезе брыжейки на месте перерезки кишки. Одни советуют ее совсем не надрезать, боясь вызвать нарушение ее питания, другие же находят нужным ее надрезать, так как иначе она не имеет достаточной подвижности. Оперируя по методу Б о л д у и н а, рассекающего брыжейку до самого корня, я этого не делал, и проводил разрез сантиметра на 4—5, чтобы не повредить питающих кишку сосудов, но я не могу согласиться с модификацией К о с т а н т и н и (Kostantini), который рекомендует вовсе не рассекал брыжейку, так как при низведении кишки она легко может сдавить оставшуюся часть и вызвать непроходимость.

После того как все четыре перерезанных конца кишки защищены, восстанавливается проходимость кишечника следующим образом. Оба конца тонкой кишки помещаются рядом и сперва соединяется покрывающая их брюшина на протяжении около 8 см, затем параллельно этому шву делается разрез брюшины на обоих концах кишки. Он проникает в глубину до слизистой оболочки кишки, и один край разреза, лежащий ближе к брыжейке, соединяется с соответствующим краем разреза на другом конце кишки; для первого шва берут тонкий непрерывный кетгут, а для второго — кишечный шелк, и после наложения шва нити не обрезаются, а оставляются в марлевых салфетках для того, чтобы ими можно было закончить соединение кишек по другую сторону разреза. Теперь вскрывается слизистая оболочка обоих концов кишки, и она соединяется несколькими узловыми кетгутовыми швами по всей окружности разреза; после этого сперва оставленной шелковой нитью соединяются края разрезанной стенки кишки, а затем кетгутовой нитью сшивается брюшина по другую сторону разреза (рис. 533, 534, 535, 536, 537, 538).

Здесь надо помнить, что низводимая часть кишки с ее брыжейкой должна лежать позади восстановленной в своей проходимости части кишечника, иначе своим давлением на кишку она может вызвать непроходимость.

Закончив восстановление целостности кишечника, переходят к фиксации отделенной части кишки на место вновь образованного влагалища. В сделанный для этого между мочевым пузырем и стенкой прямой кишки канал вводится изогнутый корнцанг, которым прокалывается брюшина, и он вводится в брюшную полость. Через брыжейку того отрезка кишки, который назначен для образования влагалища, проводится соответственно середине кишки крепкая шелковая нить; концы ее захватываются введенным в брюшную полость корнцангом и извлекаются наружу так, чтобы отрезок кишки достиг влагалищного входа; отверстие в брюшине, через которое выведена кишка, может быть закрыто одним или двумя кетгутовыми швами, но это не обязательно (рис. 539).

После этого зашивают брюшную полость, и больную укладывают на край стола для того, чтобы продолжать операцию со стороны влагалища. Здесь прежде всего предстоит фиксировать кишку во влагалищном входе, и это делается так, что в стенке кишки, обращенной наружу, производится отверстие величиною в 2 см. Разрез кишки делается в продольном ее направлении, и края его пришиваются к слизистой оболочке влагалищного входа по окружности несколькими узловыми шелковыми швами (рис. 540). Некоторые советуют вскрывать кишку не тотчас после того, как она фиксирована во влагалищном входе, а делать это через один или два дня, исходя из тех соображений, что выделения кишечника загрязняют и раздражают место швов, но нам это опасение кажется необоснованным.

Кроме только что приведенного способа образования влагалища из тонкой кишки японский хирург М о р и (Mori) предложил в 1908 г. свой метод, который отличается только тем, что выделенный отрезок тонкой кишки зашивается только на одном конце, а другой, открытый, вшивается во входе во влагалище. Хотя влагалище в этом случае имеет более правильную форму, но крупным недостатком здесь является чрезмерное натяжение брыжейки, которая должна достигать влагалищного входа.

Что касается смертности при этой операции, то она держится около 20% (по Р а б и н о в и ч у — 10%), и такое большое число смертей при не жизненно необходимой операции должно считаться слишком значительным для того, чтобы признать ее допустимой.

Образование искусственного влагалища по Попову и Шуберту.

Помимо вышеописанного способа создания влагалища из тонкой кишки существует еще другой прием, где оно образуется из прямой кишки. Мы остановимся здесь только на тех вариантах, которые сейчас применяются, и первым по времени введения в оперативную гинекологию является способ Д. П о п о в а, предложенный им в 1909 г.

В настоящее время эта операция произведена у нас приблизительно 40 раз, причем к ней сделаны некоторые очень существенные и вполне рациональные поправки М а н д е л ь ш т а м м о м, оперировавшим согласно своей модификации 10 раз и потому мы и будем излагать технику этой операции так, как он ее приводит. Сперва делается в продольном направлении разрез слизистой оболочки в области влагалищного входа, и мочеиспускательный канал пальцем отделяется приблизительно на глубину одной фаланги от мышц промежности; затем производится разрез по задней полуокружности заднепроходного отверстия и отсепаровка задней стенки прямой кишки на длину в 8—9 см (рис. 541).

На этом уровне кишка освобождается по всей окружности, и задняя стенка ее делается настолько подвижной, что достаточно длинный ее кусок в 8 см свободно подтягивается к заднему проходу (рис. 542).

Теперь производится разрез по передней полуокружности заднего прохода, и кишка спереди отделяется приблизительно на 2 см кверху, после чего она зашивается 2—3 провизорными швами, а в отверстие влагалищного входа вводится изогнутый корнцанг, который проникает через задний проход и захватывает концы наложенных на кишку швов (рис. 543).

Перед протягиванием этих швов во влагалище следует расширить отверстие над промежностью настолько, чтобы оно пропускало два пальца, причем это лучше делать ножницами, удаляя достаточное количество соединительной ткани, так как иначе здесь образуется впоследствии узкое рубцовое кольцо. После того как это сделано, зашитая прямая кишка перемещается во влагалище, швы удаляются, и стенка кишки пришивается узловыми шелковыми швами к слизистой оболочке влагалищного входа (рис. 544).

Теперь приступают к перерезке прямой кишки со стороны заднего прохода для того, чтобы отделить нужную для создания влагалища часть кишки. Облегчить себе это можно тем, что после вскрытия задней стенки кишки накладываются на переднюю ее стенку со стороны внутренней поверхности два зажима, между которыми и делается разрез (рис. 545).

После перерезки кишки верхний конец той ее части, которая идет на образование влагалища, зашивается узловыми кетгутовыми швами в два этажа и отодвигается кверху, причем нет надобности фиксировать эту часть к прямой кишке и соседним тканям, как это предлагает делать П о п о в, так как выпадения влагалища возникнуть не может (рис. 546, 547).

Теперь остается только укрепить прямую кишку в области заднепроходного отверстия. Если возникнет затруднение при перерезке передней стенки кишки или от слишком значительного натяжения при подтягивании ее к заднему проходу, достаточно пришить здесь одну слизистую оболочку кишки, что всегда удается без труда (рис. 548).

Так как невозможно провести операцию совершенно асептично, то следует, во-первых, сменить несколько раз перчатки, а во-вторых, при вшивании кишки в заднепроходное отверстие надо позади ее ввести небольшой марлевый тампон, который через два дня можно заменить резиновым дренажем; удалить его следует только после того, как совершенно прекратятся выделения.

Особенности операции Ш у б е р т а состоят в следующем. Сначала при положении больной на спине с согнутыми в бедрах и коленях ногами производится круговым разрезом удаление девственной плевы, и пальцем образуется канал по задней стенке уретры глубиной в 4 см. Затем тоже круговым разрезом отделяют слизистую оболочку прямой кишки на месте перехода ее в кожу заднего прохода и, щадя сфинктер, освобождают ее частью тупым, а частью острым путем на 3 см, причем на края прямой кишки накладывается несколько узловых шелковых швов, длинные концы которых не срезаются (рис. 549).

Затем больная поворачивается на левый бок и делается продольный разрез в области копчика, начинающийся на 5 см от заднего прохода и кончающийся выше крестцово-копчикового сочленения, после чего копчик резецируется, и находящаяся под ним фасция разрезается вдоль (рис. 550).

На высоте приблизительно 12 см от заднего прохода прямая кишка освобождается пальцем по окружности, и для того, чтобы себе это облегчить, вводится в прямую кишку корнцанг, которым выпячивается ее задняя стенка. Она должна быть совершенно отделена от костной стенки таза; передняя же стенка отделяется лишь настолько, чтобы кишку можно было обхватить пальцем. В этом отделе прямой кишки, который в дальнейшем является местом ее перерезки, подводится под кишку марлевый тампон, служащий для выведения ее наружу (рис. 551).

Здесь на кишку накладываются два кишечных зажима и она перерезывается между ними, причем тот конец ее, который служит для образования влагалищных сводов, закрывается в два этажа кетгутowymi швами, а тот, который должен быть пересажен в отверстие заднего прохода, временно закрывается несколькими узловыми шелковыми швами, концы которых не обрезаются, а служат проводником, выводимым наружу через задний проход (рис. 552).

Теперь остается только зашить рану в области копчика, после чего большая снова кладется на спину, и через отверстие в области влагалищного входа нижний отдел прямой кишки перемещается во вновь образованное влагалище, а вышележащий отрезок кишки подтягивается и пришивается к коже заднего прохода (рис. 553).

Смертность от этой операции очень незначительна и едва достигает 2—3%; кроме того здесь надо заметить, что благодаря этому вмешательству представляется возможность прикрепить конец кишки в области влагалищных сводов к шейке матки, если она имеется, и таким образом восстановить способность деторождения, как это имело место в случае Вагнера.

Как на видоизменение этого способа можем указать операцию Штрассмана (Strassman), который, желая обойтись без шва у заднепроходного отверстия, оставлял там манжетку из прямой кишки в 4—5 см; Альбрехт (Albrecht) идет еще дальше, оставляя нетронутой всю прямую кишку и пользуясь для кольпопоза нижним отделом толстой кишки. Тропл (Tropl) изменяет технику операции таким образом, что сохраняет манжетку Штрассмана, но проводит продольный разрез на месте входа во влагалище и отсепаровывает оттуда прямую кишку, после чего вытягивает ее в рану и обрезает над сфинктером. Желая избежать иссечения копчика, Тис (Thies) воспользовался разрезом Шухарта и вшил анальный конец кишки во вход влагалища, а верхний отрезок подтянул и вшил в заднепроходное отверстие.

Образование искусственного влагалища по Вагнер — Киршнеру.

Переходя теперь к образованию влагалища из кожных лоскутов, мы из существующих нескольких способов остановимся лишь на тех, которые сейчас пользуются общим признанием. Таковым является способ Киршнера и Вагнера, уже упомянутый выше, где влагалище образуется при помощи пересадки кожных лоскутов по Тиршу.

Метод Тирша применялся и прежде неоднократно для образования влагалища, но операция оканчивалась полным неуспехом; так, например, в 1904 г. Гершуни пытался выстлать вновь образованный канал влагалища такими лоскутами и создал для этого специальный протез-тампон из марли, обтянутой резиной, но этот протез оказался недостаточно гибким и не способным всасывать раневые выделения, почему и не получилось приживания кожных лоскутов к соединительнотканной стенке влагалища. Таковую же неудачу потерпел и Абэди (Abadie) в 1908 г.

Операция Киршнера и Вагнера, напротив, увенчалась полным успехом, и его главным образом относят к протезу, который сооружен Киршнером из резиновой губки с проходящим в ее центре твердым каучуковым стержнем. Резиновая губка является наилучшим материалом для протеза, так как непрерывное нежное давление ее прижимает длительно кожный лоскут к соединительнотканной стенке влагалища, не вызывая в то же время расстройства питания или явлений некроза; благодаря своей эластичности губка пружинит; усиливающееся при вдохе внутрибрюшное давление передается на нее и она подается вниз, а при выдохе она возвращается в свое прежнее положение.

Техника этой операции состоит в следующем. Сперва производится разрез в области влагалищного входа, и между мочевым пузырем и прямой кишкой

тупым путем делается канал, который должен служить для образования влагалища; при этом надо стараться сделать это по возможности бескровно и без лишних лигатур.

Теперь приступают к образованию лоскута, и на это время влагалищный канал рыхло тампонируют марлей. Кожа бедра, откуда берется лоскут, обтирается бензином и затем теплым физиологическим раствором, без всякой добавочной дезинфекции и без смазывания иодом; после этого кожа обтирается и смазывается оливковым маслом. Очень остро отточенный нож кипятится только несколько минут в физиологическом растворе и тоже смазывается тем же маслом.

Самое трудное здесь заключается в получении достаточно тонкого цельного лоскута, и это требует довольно продолжительного времени. Величина лоскута должна быть в 32 см длины и 8 см ширины, и границы его предварительно отмечаются разрезом, после того как кожа уже подготовлена. Лоскут выкраивается из наружной поверхности бедра.

Здесь надо отметить, что для успеха операции очень важно, чтобы весь протез был тщательно выстлан кожей, но для этого не обязательно, чтобы он был покрыт одним цельным лоскутом; описаны случаи, где получен хороший успех, в то время как лоскут состоял из небольших кусочков кожи; надо следить также за тем, чтобы брать кусочки кожи без подкожной клетчатки.

Выкроенный лоскут помещается своей эпидермальной поверхностью на протез-губку, которая готовится обычным кипячением, раневая же его поверхность обращена наружу; края лоскута соединяются тонким кетгутовым швом.

После этого приступают к введению протеза во влагалищный канал, для чего вложенный в него тампон удаляется, и он расширяется при помощи влагалищных зеркал. Введя протез на достаточную глубину, его фиксируют несколькими шелковыми швами к краям раны.

В мочевого пузыря вводят постоянный катетер и оставляют протез на восемь дней во влагалище. На девятый день его вынимают, и вновь образованное влагалище спринцуют теплым физиологическим раствором и смазывают цинковой мазью; этой же мазью смазывается и протез, который снова вводится во влагалище на 3—4 дня. После этого протез окончательно удаляется, а влагалище, если оно обнаруживает склонность к сморщиванию, систематически расширяется влагалищными зеркалами или бужами.

Эта операция, произведенная К и р ш н е р о м и В а г н е р о м с соблюдением выработанных ими правил, дала хороший результат, и в настоящее время она горячо обсуждается в литературе, причем имеются уже несколько сообщений об удачном ее выполнении иностранными гинекологами; у нас она пока впервые произведена А л ф е р о в ы м в Архангельске.

Образование искусственного влагалища по Матвееву.

Кроме искусственного образования влагалища из кожных лоскутов по способу Т и р ш а с давних времен делались попытки создать его также из кожных лоскутов, но сохраняющих связь с тем местом, откуда они вырезаются, посредством ножки. Однако эти попытки не имели успеха и надолго были оставлены, пока в последнее время они снова не стали применяться. Например Ф р е н к е л ь (Fraenkel) в 1924 г. предложил образовать влагалище из лоскутов кожи длиной в 17 см, взятых с внутренней поверхности бедер и укрепляемых во влагалище посредством чревосечения; однако этот опыт не удался, и лоскуты частично омертвели. В том же году в журнале «Гинекология и акушерство» была напечатана работа Ф. М а т в е е в а, который сообщил о двух удачно оперированных им случаях образования искусственного влагалища

из кожных лоскутов на ножке, затем в 1934 г. он сообщает уже о восьми таких же операциях, причем во всех получен хороший результат.

Так как такой способ создания влагалища является наиболее безопасным и вместе с тем не дает неблагоприятных осложняющих явлений, о которых было нами сказано, когда мы излагали операции образования влагалища из тонкой и прямой кишки, то он должен привлечь к себе самый большой интерес.

Успех своих операций М а т в е е в приписывает тому, что при образовании влагалища из кожных лоскутов он не перекручивает их ножки, а только несколько поворачивает, что зависит от целесообразного местоположения этих лоскутов.

Привожу здесь описание техники этой операции, которую дает автор. Он вырезает три лоскута, из которых средний, длиной в 6—7 см и шириной в 4 см, образуется из слизистой оболочки влагалищного входа и кожи промежности; он имеет четырехугольную форму и ножка — или основание его — находится на 3 мм ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала. Этот лоскут отделяется от подлежащей ткани с небольшим количеством подкожной клетчатки и приподнимается, после чего частью пальцем, частью с помощью ножа образуется канал между мочевым пузырем и прямой кишкой длиной в 10—11 см и шириной в 5 см.

Затем вырезаются боковые лоскуты, которые берутся из кожи внутренних поверхностей бедер возле паховых складок почти параллельно большим губам; величина их около 10—12 см в длину и 5 см в ширину, причем их ножка находится на $\frac{3}{4}$ см выше нижней границы среднего лоскута (рис. 554).

Все три лоскута сшиваются между собой так, что они образуют трубку, которая вводится в заранее приготовленный влагалищный канал и укрепляется там несколькими швами.

Вновь образованное влагалище рыхло тампонируется марлей, и этот момент очень важен для приживания лоскутов, так как при слишком тугой тампонации может получиться некроз их, а при слишком рыхлой они прилегают неравномерно. Марлевый тампон остается во влагалище 4—5 дней, и при его удалении надо тщательно следить, чтобы лоскуты не смещались.

Автор не сомневается, что аутопластический кожно-лоскутный метод может в дальнейшем быть усовершенствован; так, например, он полагает, что для равномерного и правильного прижатия лоскутов к стенке влагалищной трубки целесообразно воспользоваться резиновой губкой, как это делает К и р ш е р. Такой цилиндр, длиной в 8 см и шириной в 3 см, покрытый сверху марлей и смазанный оливковым маслом, может не только удерживать лоскуты в правильном положении, но способствовать также удалению выделений. При дальнейшем уходе за больной возможно было бы вводить влагалищное зеркало между резиновым протезом и стенкой влагалища и в случае надобности сменять тампон, что должно в значительной мере упростить послеоперационный уход.

В дальнейшем пересаженная кожа постепенно принимает характер слизистой оболочки, не превращаясь, конечно, в таковую, но прекращаются ороговение ее и образование волос, потовые железы исчезают, и она, по выражению Ф р е н к с л я, вагинизируется.

Приведенные М а т в е е в ы м 8 случаев, оперированных им в течение 10 лет, все производят прекрасное впечатление, и то обстоятельство, что некоторые больные после операции получали интерес к жизни, работе и знанию, заставляет нас признать смысл этого оперативного вмешательства именно в такой, безопасной для жизни больной, форме.

Привожу здесь фотографические снимки с одной больной, оперированной четыре года назад, помещенные М а т в е е в ы м в его статье «Операция образования влагалища по видоизмененному кожно-лоскутному способу» (рис. 555, 556).

Образование искусственного влагалища по Маркову.

Наконец нам остается еще остановиться на образовании влагалища из мочевого пузыря. До настоящего времени таких операций в литературе описано всего три, причем одна произведена у нас П. Марковым в Смоленске в 1926 г. и две сделаны Шмидтом в Германии и опубликованы им тоже в 1926 г.

Оба эти хирурга произвели эту сложную операцию у больных, страдающих тяжелыми пузырно-влагалищными и кишечно-влагалищными свищами при сильно измененном вследствие рубцов влагалище.

В общих чертах у Маркова план операции был таков. Сперва был зашит кишечно-влагалищный свищ, для чего произведены с двух сторон разрезы промежности по Шарту, рассечены и удалены рубцы, фиксирующие стенку мочевого пузыря к прямой кишке. После этого свищ прямой кишки был зашит двухэтажным швом и задняя стенка мочевого пузыря освобождена от сращений, опущена книзу и пришита к узкой полоске сохранившегося влагалища. Этим была закончена первая операция, после чего через шесть недель произведена вторая операция, которая состояла в брюшностеночном чревосечении и заключалась в стерилизации больной, в пересадке маточной шейки в дно пузыря и в имплантации мочеточников в нижний отрезок сигмовидной кишки. Это изображено на схематическом рисунке, приведенном автором в его статье (рис. 557).

Эта очень сложная и опасная для жизни больной операция показана только в крайнем случае, когда нет другой возможности устранить имеющиеся свищи, но, как это видно из приведенной истории болезни, при удаче мочевого пузыря может служить материалом для создания влагалища, и больная может вести правильную половую жизнь.

Заканчивая этим изложение различных способов образования искусственного влагалища, мы выносим впечатление, что наиболее совершенной сейчас является модификация кожно-лоскутного метода, предложенного Матвеевым.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОСТЕЙ В РАЗВИТИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Операции при пороках развития наружных половых органов.

Из пороков развития наружных половых органов прежде всего необходимо остановиться на ригидности девственной плевы, препятствующей нормальной половой жизни, а также на полном заращении отверстия в девственной плеве.

Ригидный гимен имеет консистенцию плотной перепонки, а находящееся в нем отверстие окружено неподатливой каймой. Такое состояние наблюдается обыкновенно у пожилых девиц, у которых соединительная ткань подвергается усиленному развитию, постепенно становится плотнее и переходит в образование, напоминающее плотный рубец, не поддающийся растяжению пальцем. В таких случаях необходимо имеющееся отверстие увеличить посредством разреза или же полностью иссечь ригидный гимен с наложением узловых швов на края разреза у его основания.

В отдельных случаях при нормальном гимене попытка к половому сношению вызывает судорожное сокращение поперечнополосатой мускулатуры влагалища и тазового дна, а именно: *musc. constrictor cunni*, *transversus perinei*

sphincter et levator ani. Судороги появляются рефлексорным путем при дотрагивании до гиперэстезированного гимена в случае попытки к половому сношению или при желании врача войти пальцем во влагалище. Если больная, напрягая всю силу воли, и даст возможность ввести палец в вагину, то ясно определяется сильное сокращение мышц, сжимающих влагалищный вход и передних ножек *m. levatoris ani*.

Для устранения вагинизма С и м с предложил удалить девственную плеву, а иногда, при узости влагалища, кроме того рассечь и влагалищный вход.

Операция производится следующим образом. Девственная плева удаляется по всей окружности влагалища у самого основания (рис. 558, 559) и раневая поверхность обшивается кетгутowymi узловыми швами; мы не рекомендуем применять здесь непрерывный шов, чтобы, при преждевременном рассасывании кетгута в одном стежке, он не распустился весь, и чтобы вследствие этого не получилось заживления вторичным натяжением.

Если необходимо расширить вход во влагалище, делается небольшой разрез кожи и мышц несколько отступя в ту или другую сторону от средней линии по типу разреза Ш у х а р т а.

Полное заращение девственной плевы обнаруживается обыкновенно после наступления половой зрелости благодаря тому, что месячные не появляются, но больная периодически, соответственно сроку прихода менструации, отмечает боль внизу живота. Распознать это осложнение не представляет трудности, так как менструальная кровь, скопясь во влагалище, растягивает и выпячивает в просвет влагалищного входа девственную плеву, а иногда через нее просвечивает скопившаяся во влагалище кровь.

Растяжение влагалища скопившейся кровью может быть настолько велико, что влагалищные своды оттесняются далеко в глубину таза, матка приподнимается над лоном и прощупывается в виде маленького придатка над туго эластичной опухолью. В этом случае удается иногда определить и состояние труб, имеется ли в них образование кровяных опухолей или они еще не изменены; определить состояние матки и труб иногда удается с помощью бимануального ректального исследования.

При наличии кровяных опухолей в трубах они должны быть удалены или опорожнены от крови в виду возможности вторичной инфекции после вскрытия кровяной опухоли влагалища.

Операция при атрезии девственной плевы состоит в рассечении ее в продольном направлении, после чего скопившаяся во влагалище темная, густая кровь выпускается наружу; следует избегать вводить во влагалище с целью промывания какую бы то ни было жидкость, тем более, что сгустившаяся кровь не содержит микроорганизмов. Можно освободить влагалище от крови при помощи стерильных марлевых тампонов. По опорожнении влагалища, бимануальным исследованием проверяют данные ректального исследования, и если трубы оказываются неизменными, то заканчивают операцию обшиванием разреза девственной плевы тонкими кетгутowymi узловыми швами; если же трубы представляют собою наполненные кровью мешки, то сразу же приступают к операции брюшностеночного чревосечения.

С трубами поступают двояко: или они удаляются обычным способом, и культы их перитонизируются при помощи круглых связок, или же производится сальпингостомия каждой трубы по М а р т и н у. Содержимое трубы удаляется, слизистая трубы с покрывающей ее брюшиной соединяется наложением ряда узловых кетгутowych швов. Преимущество сальпингостомии заключается в том, что впоследствии может наступить беременность. В двух случаях при наличии наполненных кровью труб я ограничился вскрытием атрезированного гимена и освобождением от крови влагалища; при бимануальном исследовании, произведенном перед выпиской больной из клиники,

трубы не определялись. На основании этих двух случаев можно предположить, что после длительного лечения проходимость труб может восстановиться; поэтому не следует торопиться с операцией удаления труб или сальпингостомией, тем более что операцию эту можно проделать много времени спустя после первой.

Если атрезия располагается выше во влагалище и слой ткани, закрывающий кровяной мешок снизу, очень толст, то операция становится более сложной, а иногда и очень трудной. Поступают в таких случаях следующим образом. Сделав поперечный разрез в несколько сантиметров проникают пальцем в клетчатку между прямой кишкой и мочевым пузырем вплоть до кровяного мешка, после чего последний разрезают или прокалывают троакаром. Полученный таким образом канал очень трудно предохранить от заращения; во избежание этого Д э д е р л е й н советует отсепаровать верхний край разреза влагалища и соединить его обвивным кетгутовым швом с нижним краем раны (рис. 560). В случаях, где атрезия достигает такой степени, что нельзя подойти к опухоли, или же не представляется возможным предохранить полученный канал от заращения, а у больной имеются функционирующие яичники, дальнейшему накоплению менструальной крови в полости матки можно воспрепятствовать удалением матки.

Оперативное лечение при неправильности развития матки.

При заращении канала шейки матки не легко ориентироваться в положении матки, и потому приходится прибегать иногда к операции брюшно-стеночного чревосечения. Если верхний отдел влагалища свободен, а имеющееся заращение занимает лишь нижний отдел матки с последующей гематометрой, то путем введения зонда стремятся проникнуть в полость матки; затем путем расширения металлическими бужами Г е г а р а создают свободный сток скопившейся там крови; если это почему-либо не удается, то приходится прибегать к рассечению шейки матки.

Произведенное расширение бужами Г е г а р а не всегда оказывается достаточным, и нередко через некоторое время вновь появляется сужение. В таких случаях приходится прибегать к оперативному лечению. Так, при очень удлиненной и чрезмерно увеличенной шейке можно произвести ампутацию ее по способу З и м о н-М а р к в а л ь д а [Simon-Marckwald (рис. 401)] или же пластическую операцию путем бокового рассечения шейки по способу П о ц ц и (Pozzi). Операция эта производится следующим образом. Шейку матки рассекают на две отдельных губы, верхнюю и нижнюю; при разведении этих губ обнажается канал шейки, выстланный слизистой оболочкой (рис. 561). Из стенок шейки матки иссекают по клину, ограниченному двумя продольными разрезами и одним небольшим поперечным. Один из продольных разрезов проводят параллельно краю слизистой оболочки шейки, а второй — параллельно слизистой оболочке влагалища (рис. 562). После иссечения лоскута поверхность бокового разреза представляется в форме желобка; края этого желобка сшиваются наложением узловых кетгутовых швов, соединяющих слизистую оболочку влагалища с слизистой цервикального канала (рис. 563).

В результате операции шейка остается открытой и впоследствии она принимает ту форму, какая наблюдается у женщины, имевшей нормальные роды. Д у э й предлагает вместо четырех клиновидных лоскутов иссекать только два, выкраиваемых в глубине двугранного угла, образованного боковым рассечением шейки (рис. 564).

Преимущество подобного иссечения заключается в том, что оно позволяет проникнуть выше, сделать на этом уровне боковую стенку шейки более тон-

кой и тем самым достигнуть расширения внутреннего зева. Следовательно, означенную операцию можно применять не только там, где имеются сужения наружного зева, но и при сужениях со стороны внутреннего зева.

После иссечения клиновидного лоскута с той и другой стороны приступают к сшиванию слизистой оболочки влагалища с слизистой цервикального канала, накладывая узловое кетгутовое швы.

Если заращение имеется на значительном протяжении, достигая внутреннего зева, то поступают следующим образом. Влагалищная часть шейки матки захватывается двузубцами или пулевыми щипцами и низводится к влагалищному входу, слизистая оболочка влагалища рассекается продольным разрезом по средней линии, начиная немного ниже наружного отверстия уретры, до переднего свода, затем слизистая влагалища отсепаровывается в обе стороны, мочевого пузырь отделяется от передней стенки шейки и тела матки кверху, а передняя стенка тела матки и шейки вскрывается продольным разрезом. По освобождении матки от скопившейся в ней крови, во избежание возможного закрытия образованного отверстия разреза, к слизистой оболочке матки и ее шейки подшивается слизистая оболочка влагалищной стенки и таким образом создается новый вход в матку (рис. 565, 566, 567). Нужно, однако, отметить, что не всегда удается получить, при подобной операции, стойкий результат, и во избежание повторных скоплений крови в полости матки приходится иногда прибегать к периодическим расширениям вновь образованного хода.

Применяя означенную операцию, необходимо учитывать возможность зачатия, что может создать осложнения при родах и потребовать кесарского сечения. Для предотвращения беременности иногда при этой операции показуется стерилизация.

В тех случаях, когда подойти к заращенной шейке матки не представляется возможным из-за заращения влагалища на большом протяжении или при полном отсутствии его и имеется гематометра, необходимо произвести суправагинальную ампутацию матки по типу операции, производимой при фибромиомах.

В гинекологической практике иногда приходится встречаться с *недоразвитием одного рога* матки. Если такой рудиментарный рог соединен с полостью нормально развитой матки каналом, то обычно он себя ничем не проявляет, но не редко канал облитерируется и в результате получается скопление в нем крови. Как только установлено наличие рудиментарного рога, необходимо произвести операцию чревосечения и удалить его. Операция заключается в клиновидном иссечении недоразвитого рога с наложением погружных узловых кетгутовых швов и с последующей перитонизацией.

Раздвоения матки, являющиеся результатом неполного слияния мюллеровых ходов, могут быть чрезвычайно разнообразны, и часто при этом не отмечается каких-либо отклонений от нормальной физиологической функции. Так, например, *uterus bicornis Septus*, *uterus didelphus*, *uterus bicornis bicollis cum vagina septa* могут вовсе не сопровождаться какими-нибудь страданиями или расстройствами в области полового аппарата. Менструации, наступление и течение беременности, роды могут протекать нормально. Нам пришлось наблюдать женщину, у которой при *uterus bicornis bicollis cum vagina septa* были три беременности, все закончившиеся нормальными родами; правая матка и влагалище были несколько недоразвиты. Во втором случае при *uterus septus cum vagina duplice* была беременность, закончившаяся нормальными родами, а через год у нее наступила одновременная беременность обеих полостей.

Прибегают к оперативному лечению двурогой матки в тех случаях, когда имеются патологические отклонения от нормальной функции или побочные заболевания.

Чаще всего при этом приходится производить экстирпацию рудиментарного органа или же удаление существующей в матке перегородки.

Для удаления перегородки Ш т р а с с м а н (Strassmann) предлагает делать операцию следующим образом. По вскрытии брюшной полости матка захватывается пулевыми щипцами и выводится в брюшную рану; поперечным разрезом по дну матки (рис. 568) она рассекается до полости, затем ножницами срединная перегородка вырезывается (рис. 569); края мышцы сшиваются наложением узловых кетгутовых швов, причем одновременно стремятся соединить слизистую оболочку матки. На мышцу матки накладываются погружные узловые кетгутовые швы, соединяющие края раны в медиальном направлении (рис. 570), поверх них шьют непрерывным кетгутовым швом.

Несколько иначе может быть произведена операция удаления перегородки при двурогой матке следующим образом. По вскрытии брюшной полости матка фиксируется двумя шелковыми лигатурами или пулевыми щипцами, наложенными на оба рога ближе к его наружному краю; разрезом по длине матки от дна рога, несколько не доходящим до внутреннего зева, рассекается вся толща матки с той и другой стороны; таким образом отсекается клин (рис. 571) вместе с перегородкой; при наличии перегородки, идущей к шейке, она вырезается ножницами. Затем приступают к наложению узловых погружных кетгутовых швов, захватывая в них всю толщу стенки матки (рис. 572), поверх этих швов накладывается обвивной кетгутовый шов. В результате получается небольшая матка с одной полостью.

В последнем нашем случае была произведена операция Ш т р а с с м а н а при двурогой матке по поводу дисменореи; после операции боли прошли.

Которая из предложенных операций является наиболее приемлемой — решить трудно; нам кажется, что в случаях, где оба рога матки достаточно развиты, достигая пределов нормальной матки, лучше произвести операцию по предложенному нами способу, там же, где рога матки недостаточно развиты, лучше применить способ Ш т р а с с м а н а.

ВЫВОРОТ МАТКИ.

Проф. Л. Л. Овинчип.

Под *выворотом матки* подразумевается такое ее состояние, когда слизистая оболочка обращена наружу, а поверхность, покрытая брюшиной, образует воронку, прощупывающуюся в полости малого таза. Выворот матки вызывается в большинстве случаев в послеродовом периоде, как *результат применения силы* изнутри, при потягивании за пуповину или детское место, и снаружи, при надавливании на дно матки. *Самопроизвольный выворот* может наблюдаться при родах в стоячем положении, когда родившийся ребенок падает и тянет за не отделившуюся еще плаценту и при применении только лишь силы одного брюшного пресса при дефекации, рвоте, кашле и т. д.; так Ферре (Ferré) описал случай выворота матки на 6-й день после родов при дефекации, причем он отмечает, что матка все время была крайне мягка и выделялись сгустки. *Онкогенетические* вывороты бывают почти исключительно при полипах и подслизистых миомах дна матки. Возникают они вследствие того, что опухоль, располагающаяся в подслизистом слое, вызывает постоянные сокращения тела матки, которые выталкивают опухоль в полость шейки, а затем и во влагалище; родившаяся во влагалище опухоль в силу своей тяжести, а также продолжающихся сокращений матки, тянет за собой дно, которое, таким образом, постепенно выворачивается. К ю с т н е р считает, что такой выворот возможен при вялости мышечной стенки, которая, по Ф р и ч у, является результатом атрофии или жирового перерождения ее. Выворот матки встречается сравни-

тельно редко; так, в Государственном акушерско-гинекологическом институте по данным К а ц е н е л ь с о н а 1 выворот имел место на 45 000 родов. По Б р а у н - Ф е р н в а л ь д у (Braun-Fernwald) в Венской клинике на 250 000 родов не было ни одного выворота. В Родильном доме им. Снегирева по данным Р ы ж к о в а на 300 000 родов был 1 случай. К ю с т н е р отмечает, что один онкогенетический выворот приходится на 9 послеродовых. Еще реже, чем онкогенетические вывороты, встречаются так называемые *идиопатические* вывороты, которые не зависят ни от родов ни от опухолей. Г е н е считал в литературе всего 21 случай; так, Ф а л л е р т о н (Fallerton) и Ф а л л е н б е р г (Fallenberg) наблюдали такой выворот у старухи, страдавшей выпадением матки, во время тяжелой работы, О л ь с г а у з е н — у 18-летней девушки, ничем не болевшей, Л е м а н (Lesment) — у старухи с выпадением матки во время поноса и т. д. Причину идиопатических выворотов К е д р о в а видит в хроническом воспалении матки, что было подтверждено микроскопическим исследованием в одном из двух ее случаев. Следовательно, атоническое состояние матки и приоткрытый зев — что обычно наблюдается в послеродовом периоде — создают лишь более благоприятные условия для выворота; этим объясняется то, что выворот чаще наблюдается после родов. В а с и л ь е в на основании своего случая полагает, что предрасполагающим моментом к образованию выворота является фиксация шейки матки; он наблюдал выворот, где шейка матки была притянута к сводам рубцами после повторных влагалищных операций. Такой же случай приводит Г е н е, где после фиксации шейки матки при опущении влагалищной стенки произошел выворот матки. Т о р н (Thorn) считает, что именно фиксация шейки матки является этиологическим моментом выворота. По характеру выворота матки различают *неполный выворот*, когда дно матки выпячивается внутрь, но не доходит до наружного зева; *полный*, когда вывороченная матка прошла внутренний зев и находится во влагалище, и, наконец, *выворот с выпадением*, когда матка прошла половую щель и находится между бедер. Выворот матки наблюдается чаще у повторнорожавших, чем у перворожавших, ибо у последних реже встречается атония матки.

Ф р и ч указывает, что сужение шейки и сдавление ею матки могут быть настолько значительными, что развивается гангрена матки, ведущая больных к гибели. Смертность при послеродовых выворотах матки по В и н к е л ю и Ф о г е л ю достигает 22%, по Б е к м а н у — 14%, по Т о р н у — 16%, по Ф и л и п с у — 23,7%.

Ш а у т а, Ф р и ч, Ш р е д е р указывают, что в отдельных редких случаях не исключается возможность самопроизвольного вправления матки. Онкогенетические вывороты, вызванные опухолями, зачастую вправляются сами, как только опухоль удалена. Дело в том, что здесь нет ущемляющей шейки, которая подвергается обратному развитию и стягивается, а равно нет и отстающего от шейки в обратном развитии маточного тела (К ю с т н е р).

Острый выворот матки, каков бы он ни был, полный или неполный, должен быть немедленно вправлен, причем обычно вправление удается легко; его производят бимануальным способом. Под общим ингаляционным наркозом, после тщательной предварительной дезинфекции наружных половых органов, влагалища и слизистой оболочки вывернутой матки, одной рукой поддерживают край воронки выворота, а другую руку целиком вводят во влагалище. Захватив в руку тело матки, сжимают ее в течение нескольких минут, чтобы путем выжимания из ее стенок крови и лимфы уменьшить ее объем; затем стараются продвинуть тело матки через узкую часть воронки. Чтобы сильнее фиксировать воронку выворота, можно влагалищную часть матки захватить несколькими пулевыми щипцами. Рука, захватившая тело матки, будет ясно ощущать некоторое затруднение в прохождении через узкую часть. Еще до настоящего

времени нет единомыслия по вопросу, следует ли при вывороте матки вместе с последом предварительно его отделить и затем вправлять матку, как это делают Бумма и Ренар, или же лучше вправление производить, по совету Шаута, Альфельда, Рунге, вместе с последом, а затем уже его удалить. Мы согласны с мнением Вачнадзе, Бумма и Ренара, что послед необходимо удалить прежде чем приступать к вправлению выворота, так как оно лучше и тщательнее будет произведено под контролем зрения. Если ручное вправление не приводит к цели, то некоторые авторы рекомендуют прибегать к тампонаде и кольпейризу, а Кесмеркс (Kesmarsk), советуя соединять тампонаду сводов с кольпейризмом, утверждает, что при этом способе не происходит отклонения дна матки и, таким образом, давление производится исключительно на дно. Барсо́ни (Barsony) описал случай, где он применял один кольпейринтер без тампонады в течение 4 месяцев и не получил результата; с присоединением же тампонады сводов он быстро вправил матку. При хроническом вывороте матки нам кажется лучше не применять этот длительный и утомительный для больных способ, тем более что за этот срок могут произойти стойкие изменения в матке, которые заставят прибегнуть к операции удаления матки вместо консервативной операции хирургического вправления.

Вправление выворота матки хирургическим путем производится довольно просто. При неполных выворотах Сегон предложил производить боковые надрезы шейки до внутреннего отверстия, после чего края разреза захватываются зажимами, и, если их не подтягивать и не сдвигать матку с места, вправление удастся благодаря устранению ущемления в шейке. Боковые разрезы можно не зашивать. Вывороты, обусловленные родившимися опухолями, связанными с дном матки при посредстве ножки, легко выправляются после удаления опухоли.

Для вправления же полных выворотов в запущенных случаях можно применить брюшностеночное или влагалищное чревосечение. При брюшностеночном чревосечении Томаси Эверке (Everke) рекомендуют рассекать сжимающее кольцо со стороны брюшной полости, затем введенной во влагалище рукой вправить матку, после чего на место рассечения накладываются соединяющие узловые швы (кетгутные). Фор предлагает после вскрытия брюшной полости через живот захватить придатки и связки, идущие в воронкообразное углубление, и подтягивать за них матку; в это время помощник пальцем подталкивает через влагалище торчащее из шейки дно матки. По означенному методу можно произвести вправление при условии, если матка сохранила еще достаточную эластичность.

В настоящее время, после разработки влагалищного способа, достигшего наибольшей простоты, путь брюшностеночного вправления почти всеми оставлен. Нижеописанный влагалищный способ с предварительным вскрытием заднего свода и разрезом задней стенки матки впервые предложен Кюстнером в 1893 г. Широко вскрывается задний свод поперечным разрезом; пальцем входят в воронку выворота и по нему рассекают заднюю стенку матки по средней линии, не доходя до дна матки; затем производится вправление матки. В виду того, что при этом разрезе не всегда удавалось вправление, Пикколи (Piccoli), Борелиус (Borelius), Вестермарк (Westermarck), Дюре (Duret), Мариани (Mariani) и др. предложили по вскрытии заднего свода разрезать всю заднюю стенку матки вместе с шейкой и дном. Для предотвращения образования спаек в заднем своде Керер (Kehrer), Спинелли (Spinelli) и Полк (Polk) предложили рассекать переднюю стенку матки, но этот способ значительно труднее, потому что приходится производить отсепаровку мочевого пузыря от передней поверхности шейки и тела матки при значительно измененных топографических взаимоотношениях, что ведет иногда к ранению мочевого пузыря.

Операция Кюстнера — Пикколи — Дюре.

В положении для влагалищной операции наружные половые органы и влагалище тщательно моются и протираются спиртом, на маточные углы накладываются два зажима (двузубцы), при помощи которых матка подтягивается кверху и к влагалищному входу, а задняя влагалищная стенка оттягивается зеркалом Фрича. Затем задний влагалищный свод непосредственно у места прикрепления его к шейке матки рассекается поперечным разрезом (рис. 573) со вскрытием заднего дугласова пространства. В полученное отверстие вводят палец, и по пальцу рассекают по средней линии всю толщу стенки матки от шейки матки до дна (рис. 574, 575), затем приступают к вправлению (рис. 576), для чего большие пальцы фиксируются на передней поверхности матки со стороны серозного покрова, а остальными пальцами захватывают края разреза и выворачивают их кпереди. После того как матка вправлена, на разрез ее стенки накладываются кетгутовые узловые швы сначала погружные на слизисто-мышечный слой и второй этаж, поверхностный — на серозно-мышечный слой (рис. 577). По наложении швов матка вправляется через поперечное отверстие заднего свода (рис. 578, 579) в брюшную полость; и в тот же разрез вводится в заднее дугласово пространство резиновая дренажная трубка (рис. 580).

Отверстие в заднем своде уменьшают путем наложения узловых кетгутовых швов, захватывающих стенку влагалищного свода и прилегающую брюшину. Во избежание последующих кровотечений из краев раны их лучше обшить с наложением узловых швов, как это делается при обычной кольпотомии.

При вывороте матки у женщины в период климактерия, или когда имеются стойкие изменения склеротического характера, лучше прибегать к полному удалению матки.

Для этого поступают следующим образом. Захватив тело матки пулевыми щипцами, производят поперечный разрез в области переднего свода влагалища и от его середины делается разрез по передней стенке влагалища; мочевого пузыря отделяется от подлежащих частей и вскрывается переходная складка брюшины. Придатки, находящиеся у самого входа в инверсионное отверстие, захватывают у места их прикрепления зажимами и связки перерезают; основания широких связок также захватываются зажимами и отсекаются, после чего отрезается задняя влагалищная стенка вместе с прилегающей брюшиной. На культю связок (широкой, круглой и собственно яичниковой) и трубу накладываются узловые кетгутовые швы. В последующем поступают как и при обычной экстирпации матки, и брюшную полость зашивают наглухо, или же в нее вводится тампон.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ.

Проф. Л. Л. Обишчиц.

В настоящем руководстве вопрос этот не может быть разобран исчерпывающим образом во всей его широте. Разнообразные формы грыж с большим количеством способов их лечения занимают солидный отдел оперативной хирургии, куда мы и отсылаем читателя, интересующегося этим вопросом. В данной главе мы остановимся на тех формах грыж, которые часто встречаются врачу-гинекологу попутно с теми или другими гинекологическими заболеваниями. Так, чаще всего приходится сталкиваться с пупочными грыжами и грыжами белой линии живота, которые нередко являются последствием бывших беременностей и родов, тяжелого физического труда и дефектов в строении пупка (дивертикул брюшины в пупочном кольце); затем нередко встречаются с грыжами передней брюшной стенки, образовавшимися после операции чрево-

сечения вследствие расхождения апоневротического шва при зашивании кетгутом, или при нагноении шва, или при дренировании брюшной полости; кроме того приходится иметь дело с паховыми и бедренными грыжами.

Паховые грыжи представляют для гинеколога особый интерес, потому что часто возникают после многократных родов, когда брюшная стенка становится дряблой и вялой и теряет должную упругость. Нередко, однако, они наблюдаются и у женщин не рожавших. Одной из причин образования здесь грыж будет врожденная недостаточность («анатомические дефекты» по К р ы м о в у), слабость апоневроза наружных косых мышц и широкопетлистое его строение (К р ы м о в, О п п е л ь).

Если у человека имеется врожденная слабость брюшной стенки в области пахового канала, то при благоприятных условиях грыжи может не быть совсем, и обратно, — достаточно такому человеку начать заниматься физическим трудом, как врожденная слабость брюшной стенки обнаружится и быстро разовьется паховая грыжа. Правильность вышеприведенного взгляда О п п е л ь подтверждается наблюдением над лицами, которые во время Революции впервые начали заниматься физическим трудом; за это говорит также развитие повторных упорных рецидивов, не зависящих ни от способов операции, ни от техники оператора. У д а р (Oudard) и Л и н (Lean) на основании детального исследования 145 случаев рецидива грыж приходят к заключению, что иногда анатомические особенности не могут быть исправлены ни одним из обычных способов восстановления брюшной стенки. В а л ь д е й е р (Waldeyer) считает, что при всех пупочных грыжах, большинстве паховых и бедренных имеется врожденное предрасположение, которое выражается в наличии ненормально широкого грыжевого отверстия и дивертикула брюшины.

В полости грыжевого мешка можно найти тонкие и толстые кишки, сальник, мочевой пузырь, трубу, яичник и в редких случаях матку.

К наиболее частым осложнениям относится копростаз, воспаление, ущемление, ушиб и новообразование.

Какую бы грыжу мы перед собой ни имели — паховую, бедренную, пупочную, послеоперационную, учитывая возможные осложнения, мы непременно должны ее оперировать. Операция производится для того, чтобы уничтожить грыжу, придать брюшной стенке в определенном месте ту сопротивляемость, которая и должна уравновесить внутрибрюшное давление на неопределенно длительный срок, и притом сопротивляемость наибольшую, рассчитанную на самое высокое внутрибрюшное давление (О п п е л ь). При производстве операции необходимо иссекать грыжевой мешок кнутри от шейки мешка так, чтобы был уничтожен дивертикул — углубление в области брюшинного грыжевого отверстия. Надо стремиться придать брюшной стенке известное напряжение, что достигается швом складками, при котором на месте грыжевого выпячивания создается наиболее прочная брюшная стенка, способная оказать сопротивление внутрибрюшному давлению.

При производстве операции паховой грыжи поступают следующим образом. Больная находится в положении на спине с приподнятым тазом, что способствует смещению кишек, расположенных перед маткой; производят разрез кожи и подкожной клетчатки параллельно пупартовой связке на один поперечный палец выше ее. Разрез начинается от лобкового бугорка кверху и идет к передней ости подвздошной кости. Обычно пересекаются проходящие в наружном углу раны поверхностная надчревная артерия и сопровождающие ее одна или две одноименные вены, а ближе к лобковому бугорку одна или несколько ветвей наружной срамной вены, впадающей в vena saphena magna; они захватываются зажимами и перевязываются. Затем разрезается апоневроз косых мышц в том же направлении; при этом обнажается круглая связка, которая проходит по грыжевому мешку (рис. 581, 582); последний освобождается, его с большой

осторожностью вскрывают ножницами и, убедившись, что стенки его не сращены с салником или кишками, вытягивают из брюшной полости и ниже шейки на него накладывают круговой кисет (рис. 583), который туго стягивается. Выше наложенного шва грыжевой мешок отрезается и культия погружается в брюшную полость. Если грыжевой мешок небольшой, то можно ограничиться только перевязкой его и погружением в брюшную полость. После этого край внутренней косой мышцы подвешивается несколькими узловыми кетгутowymi швами к внутренней поверхности нижнего края апоневроза наружной косой мышцы (рис. 584). Края апоневроза наружной косой мышцы соединяются съёмным непрерывным проволочным швом (рис. 585), и разрез кожи зашивается обычным способом.

Бедренные грыжи у женщин встречаются в четыре раза чаще, чем у мужчин; они отличаются от паховых грыж тем, что располагаются под пупартовой связкой. Внутреннее бедренное кольцо, служащее местом выхода бедренных грыж, располагается под пупартовой связкой кнутри от больших сосудов и снаружи от круглой связки.

Прежде чем описать операцию бедренной грыжи, необходимо остановиться на анатомии бедренного канала. Пупартова связка наподобие моста соединяет верхнюю переднюю ость таза с лонным бугорком. На своем протяжении она подкрепляется еще двумя связками: во-первых, подвздошно-гребенчатой связкой, идущей от пупартовой связки к подвздошно-гребенчатому возвышению, и, во-вторых, гимбернатовой (или лакунарной) связкой, идущей от медиального конца пупартовой связки к гребню лонной кости. Этими связками пространство между пупартовой связкой и костным тазом разделяется на два отдела: на больший, расположенный латерально (*lacuna musculorum*), в котором, кроме мышц, лежит еще бедренный нерв, и на меньший, расположенный медиально (*lacuna vasorum*); он ограничен сверху пупартовой связкой, внизу — фасцией гребенчатой мышцы, расположенной на горизонтальной ветви лонной кости, латерально — подвздошно-гребенчатой связкой и медиально — вогнутым краем гимбернатовой связки.

В *lacuna vasorum* лежат бедренная артерия, располагающаяся кнаружи, и одноименная вена кнутри от артерии; влагалище обоих сосудов крепко спаяно с поперечной фасцией; таким образом эта область ограничена от брюшной полости. Пространство, расположенное медиально от сосудов до гимбернатовой связки, сообщается с брюшной полостью. У женщин, вследствие большего расстояния между гребешками подвздошных костей, это пространство больше, чем у мужчин, и этим объясняется то обстоятельство, что у женщин бедренные грыжи развиваются в четыре раза чаще. В этом месте в рыхлой жировой и соединительной ткани свободно и подвижно лежит розенмюллеровская железка, которая не может оказать сопротивления выпячивающимся кишкам.

Операция по Б а с с и н и (Bassini) производится следующим образом. Параллельно пупартовой связке и ниже проводится разрез кожи, подкожной жировой клетчатки и поверхностной фасции, после чего обнажается широкая фасция бедра, которая состоит из двух листков: поверхностного, идущего от пупартовой связки и покрывающего наподобие передника бедренную артерию и бедренную вену, и глубокого, который расположен на нижней поверхности сосудов и покрывает мышцы подвздошно-поясничную и гребенчатую. Оба эти листка образуют влагалище больших сосудов. Кнутри от сосудов широкая фасция бедра чрезвычайно тонка и называется здесь решетчатой фасцией (*fascia cribrosa*); она отпрепаровывается, чтобы получить доступ к овальной ямке. Мешок тупо выделяют, изолируют и вытягивают шейку как можно выше до подбрюшинной клетчатки; затем он вскрывается, содержимое его вправляется, шейка перевязывается и иссекается, а культия мешка опускается в глубину (рис. 586).

Пупартову связку двумя-тремя шелковыми швами подшивают к гребенчатой фасции, захватывая иглой по возможности и надкостницу горизонтальной ветви лонной кости (рис. 587). При таком подшивании гребенчатая мышца при своем сокращении будет тянуть пупартову связку книзу и этим уменьшать грыжевое кольцо. Полулунный край овальной ямки подшивается к гребенчатой фасции, кожа зашивается обычным способом. По мнению Ш м и д е н а (Schmieden) описанный способ является наилучшим.

Оперативное лечение *пупочных грыж* состоит в том, что производится сперва продольный разрез кожи живота по средней линии, начиная несколько выше грыжевого мешка, а затем он ведется вправо и влево от него и опять переходит на среднюю линию (рис. 588, 589). После того как кожа разрезана и грыжевой мешок по всей своей окружности отделен от соединения с апоневрозом брюшных мышц, он вскрывается, и обычно находящийся в нем сальник, сращенный с брюшиной, выделяется из сращений или резецируется; затем удаляется весь грыжевой мешок, брюшина отделяется от апоневроза, и последний на обеих сторонах рассекается вдоль по краю, чтобы освободить прямые мышцы. Брюшную рану зашивают послойно; на брюшину накладывается непрерывный кетгутовый шов, прямые мышцы соединяются наложением нескольких узловых кетгутовых швов (рис. 590), апоневроз сшивается съёмным проволочным швом, на кожу накладываются 1—2 узловых шелковых шва и скобки М и ш е л я.

Г р а з е р (Graser) предлагает сделать большой поперечный разрез на месте грыжи; затем вскрывается грыжевой мешок, который по освобождении находящихся там органов (кишек, сальника) резецируется вплоть до грыжевого кольца; передний листок влагалища прямой мышцы рассекается в поперечном направлении (рис. 591) и отсепаровывается по возможности тупым путем вверх и вниз. Задний листок влагалища прямых мышц рассекается вдоль, и брюшко прямых мышц отсепаровывается, после чего приступают к закрытию разреза. Для этого задние листки влагалища прямых мышц вместе с брюшиной сшиваются непрерывным кетгутовым швом (рис. 592), а края прямых мышц соединяются наложением узловых кетгутовых швов (рис. 593). Третий ряд швов (узловых шелковых или съёмных проволочных) накладывается в поперечном направлении и соединяет передние листки влагалищ прямых мышц (рис. 594) На кожу накладываются узловые шелковые швы или скобки М и ш е л я.

При пупочных грыжах применяют иногда удваивание брюшной стенки по способу М а й о, для чего поступают так. Окружив грыжу овальным разрезом, расположенным в поперечном направлении, проникают к основанию грыжевого мешка. Дойдя до последнего, отсепаровывают апоневроз от подкожной клетчатки на пространстве 5—6 см во всех направлениях от грыжевых ворот. Затем грыжевой мешок вскрывается, осматривается и вправляется содержимое его, после чего мешок резецируется вблизи шейки. Покончив с этим, расширяют грыжевое отверстие двумя небольшими поперечными разрезами, проникающими только до брюшины; последняя отсепаровывается и зашивается. Затем накладываются V-образные швы на апоневротические лоскуты таким образом, чтобы один лоскут ложился под другой (рис. 595) и верхний лоскут после этого пришивается (рис. 596).

В р е д е н изменил способ М а й о; он также очерчивает овальным разрезом кожу и отсепаровывает апоневроз от подкожной клетчатки, но дальше грыжевой мешок рассекается круговым разрезом на расстоянии около 2 см впереди от грыжевого кольца, и двумя боковыми надрезами культи грыжевого мешка разделяется на верхний и нижний брюшино-апоневротические лоскуты без нарушения целостности грыжевого кольца. По окончании необходимых манипуляций над брюшными внутренностями нижний брюшино-апоневротический лоскут двумя матрацными швами, проникающими по бокам через края грыжевого кольца, подшивается под верхний лоскут, а последний укре-

пляется на нижнем несколькими узловыми швами. Замкнув таким образом брюшную полость, приступают к апоневротической пластике. Двумя выпуклыми разрезами, доходящими до бокового края прямых мышц, вскрывается передняя пластинка влагалища обеих прямых мышц (рис. 597). Длина разреза зависит от длинника грыжевого кольца. Концы разрезов должны находиться на 2 см выше и ниже соответственных полюсов грыжевого кольца и не доходить до срединного края влагалища прямых мышц приблизительно на 1 см. Очерченные таким образом апоневротические лоскуты отделяются от подлежащих мышц, после чего один из них подшивается несколькими матрацными швами к срединному краю апоневротического влагалища мышцы противоположной стороны (рис. 598), а второй покрывает первый и удерживается в соответственном положении швами. Образующиеся при этом у верхних и нижних концов разрезов апоневротические гребни тщательно сшиваются между собой. Затем на кожу накладываются узловые шелковые швы или скобки М и ш е л я.

Пупочные грыжи, в отличие от паховых и бедренных, дают больший процент смертности, в среднем 2—3%. Причина смерти зависит главным образом от инфекции брюшной полости и ожирения сердца, часто встречающегося у этих больных. Рецидивы здесь также значительно чаще, а именно при небольших грыжах они достигают 15—20%, а при больших — 30—40%. Принимая во внимание большой процент рецидивов и опасность, связанную с операцией, Р а з у м о в с к и й считает, что оперировать нужно лишь в тех случаях, где грыжа причиняет страдания или же где уже были ущемления.

Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки с значительным расхождением прямых мышц живота требуют оперативного лечения, причем если грыжа образовалась в результате бывшего нагноения, то с операцией не следует спешить; выгоднее выждать в расчете на то, что инфекция в рубце, которая обусловила возникновение грыжи, за это время будет изжита. При операциях в ранние сроки всегда есть опасность вскрыть скрытый гнойник. Предсказание при операции грыж белой линии только тогда будет хорошее, когда имеется возможность создать поддерживающий брюшную стенку мышечный пласт.

Кожа живота при послеоперационных грыжах обычно разрезается продольным разрезом, который проводится параллельно грыжевому мешку, затем последний разрезается и освобождается от сращений с салынником, а иногда с петлями кишек и удаляется. В области грыжевого мешка отделяется брюшина, обычно спаянная с его краями, и освобождаются края прямых мышц. После этого брюшная полость зашивается послойно: на брюшину кладется непрерывный кетгутый шов, на апоневроз непрерывный съемный проволочный шов и на кожу — скобки М и ш е л я. Если поперечник грыжевого отверстия больше продольника и лежит горизонтально, то выгоднее зашивать отверстие поперечно.

При грыже белой линии и значительном расхождении прямых мышц прибегают к поперечному разрезу; при этом двумя полукруглыми разрезами обходят грыжу, затем освобождают грыжевой мешок, вскрывают его и по освобождении от содержимого и наложении швов на шейку мешка его отсекают. Брюшную полость зашивают послойно по М э й о.

Применяемый в нашей клинике проволочный шов при операции брюшно-стеночного чревосечения на нашем большом материале в течение ряда лет дает нам право рекомендовать его как дающий наименьший процент нагноения и расхождения апоневроза; почти как правило при нем совершенно не наблюдается послеоперационной грыжи.

Это и понятно, так как при проволочном шве мы всегда удваиваем апоневроз, и в этом одно из основных его преимуществ перед шелком и кетгутом; кроме того, он легко стерилизуется.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ.

Проф. Л. Л. Окинчик.

Выскабливание матки.

Впервые предложенное Рекамье (Ressamier) выскабливание матки является операцией тяжелой, сопряженной с рядом опасностей, а потому требующей к себе самого серьезного отношения; к сожалению, в последнее время у многих врачей установился взгляд на эту операцию как на весьма легкую, могущую быть произведенной чуть ли не амбулаторно. С таким взглядом необходимо вести самую серьезную борьбу; необходимо знать, что операция выскабливания матки с целью прерывания беременности является более серьезной, чем гинекологическое выскабливание, где беременность отсутствует. Главная опасность при выскабливании беременной матки заключается в том, что не исключена возможность нарушить целостность стенки матки, а иногда и соседних с нею органов, что может в конце концов привести больную к гибели. Во время беременности консистенция и толщина мышечного слоя матки резко изменяются и, несмотря на гипертрофию (в первые три месяца), он становится столь мягким и тестообразным, что иногда даже опытный оператор не может уловить момента прохождения инструмента сквозь маточную стенку. В более поздние сроки (выше трех месяцев) стенка матки, оставаясь такой же мягкой, в то же время становится значительно тоньше, что еще чаще ведет к осложнению в виде большой потери крови и перфорации матки. Для того чтобы избежать этого, необходимо прежде всего придерживаться основного правила: *не производить искусственного прерывания беременности путем выскабливания в сроки выше 3 месяцев.* Все имеющиеся у нас методы объективного исследования не дают нам возможности в ранние сроки безошибочно установить наличие беременности. Так, неоднократно наблюдаются случаи, когда незначительное увеличение и размягчение матки в предменструальном периоде принимаются за беременность. Нередко в ранние сроки может остаться нераспознанной внематочная беременность; такие случаи, к сожалению, то и дело наблюдаются за последнее время. Для того чтобы не подвергать женщину ненужной операции в одних случаях и избежать опасности, связанной с операцией выскабливания при внематочной беременности, необходимо придерживаться срока беременности, раньше которого операцию выскабливания производить нельзя. Мы считаем, что наиболее соответствующим временем для производства операции выскабливания будет срок беременности в восемь недель, установленный внутренним исследованием.

При определении срока беременности нельзя исходить только из анамнестических данных, так как при опросе о времени последней менструации мы не всегда получим верные данные. Нередко больная умышленно сообщает неправильную дату последней менструации, лишь бы подвергнуться операции аборта, так как она хорошо осведомлена о том, что беременность может быть прервана при помощи простого выскабливания только до трех месяцев, а позднее для этого уже требуется более сложное вмешательство с рассечением матки. Прежде чем приступить к операции, больная должна быть всесторонне исследована, для чего она принимается в стационар накануне; температура должна быть измерена как вечерняя, так и утренняя, а у больных, где возникает подозрение на заболевание почек, необходимо исследовать мочу; малейшее отклонение температуры от нормы требует точного выяснения причины.

При наличии жалоб больных на влагалищные выделения последние должны быть исследованы, и если обнаруживается флора, богатая микроорганизмами, то больную необходимо подвергнуть предварительному лечению; нахождение

в мазках гоноккока является противопоказанием для операции аборта, так же как и всякое острое заболевание придатков матки. Если при наличии беременности обнаруживается доброкачественная или злокачественная опухоль матки, то необходимо произвести операцию удаления опухоли. Из доброкачественных опухолей чаще всего приходится сталкиваться с фибромиомой матки, которая может представить серьезное осложнение как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Под влиянием фиброматозных узлов сократительная способность матки резко понижается, что может повести к обильному кровотечению во время операции; кроме того эти же узлы могут воспрепятствовать тщательному опорожнению полости матки (рис. 599), а нарушение целостности их капсулы послужит причиной их омертвения.

При опухолях придатков, подлежащих оперативному лечению, необходимо операцию прерывания беременности произвести одновременно, причем прибегают к операции малого кесарского сечения или сначала к выскабливанию полости матки, а затем уже к операции брюшностеночного чревосечения и удаления опухоли. Злокачественные и язвенные процессы на наружных половых органах, влагалище и шейке матки, а также наличие гнойника, независимо от величины и локализации его, служат противопоказанием для операции прерывания беременности путем выскабливания.

Назначая больную на операцию выскабливания, ее необходимо предварительно подготовить: накануне при поступлении в больницу она принимает общий душ и слабительное и волосы на наружных половых частях тщательно сбриваются. В день операции с утра больная ничего не ест; перед производством выскабливания она должна опорожнить мочевой пузырь, а оперирующий врач обязан на операционном столе произвести внутреннее исследование, чтобы точно выяснить положение матки. Наружные половые органы, лобок и прилегающие поверхности бедер должны быть тщательно вымыты щеткой с мылом. Влагалище моется обмотанной вокруг пальца марлей с мылом и прополаскивается раствором сулемы 1 : 1000, затем катетером выпускается моча; нельзя полагаться на заявление о бывшем незадолго самопроизвольном мочеиспускании: нам очень часто, несмотря на такое заявление, удавалось при введении катетера выпустить большое количество мочи.

Непосредственно перед началом операции наружные половые органы, влагалище и шейка матки тщательно протираются спиртом.

Искусственное прерывание беременности при помощи выскабливания является операцией болезненной, особенно у первобеременных, а потому отдельные авторы (Брауде, Какущкин и др.) предлагают оперировать только под общим наркозом, указывая, что больная тогда лежит спокойно и не делает из-за более резких невольных движений, могущих повлечь за собой перфорацию матки. Другие авторы, учитывая вред общего наркоза, предлагают при операции выскабливания — местную анестезию. Варшавский предлагает вводить 1% раствор новокаина в количестве 10 см³ в боковые своды (толщю широкой связки) и по 5 см³ через передний и задний своды в толщю шейки. Подзоров вводит 1/4% раствор новокаина с адреналином в количестве 60 см³ парацервикально с той и другой стороны; Жиринский, применяя метод Варшавского, увеличил количество вводимого полуцентного раствора новокаина до 60 см³. Подзоров отмечает, что во всех случаях оперирования по своему методу он наблюдал почти полную безболезненность и что, как правило, наступали расслабление шейной мускулатуры и уменьшение кровопотери.

Впрыскивание морфия в количестве 1 см³ 1% раствора под кожу за 20—25 минут до начала операции оказывает хорошее анестезирующее действие при операции выскабливания, и мы можем рекомендовать его на основании нашего опыта у повторобеременных.

Ряд авторов (Окинчиц, Фоль, Судаков и др.) указывают, что у первобеременных и у повторнобеременных с повышенной нервной возбудимостью операцию выскабливания лучше производить под общим ингаляционным наркозом; у таких больных она без наркоза может вызвать шок, а также послужить причиной перфорации матки.

На основании наших наблюдений мы можем рекомендовать производить операцию выскабливания без наркоза у многорожавших женщин при отсутствии у них повышенной чувствительности и нервной возбудимости, так как при этом матка лучше сокращается; у всех остальных лучше применять ингаляционный наркоз.

После того как больная уложена на операционном столе и наружные половые органы протерты спиртом, а на ноги надеты стерильные полотняные чулки, приступают непосредственно к производству самой операции. Во влагалище вводятся зеркало Фрича и подъемник, благодаря чему влагалищная часть шейки матки обнажается, и пулевыми щипцами захватываются ее передняя и задняя губы (рис. 600, 601, 602).

Затем подъемник удаляется, и пулевые щипцы, захватывающие переднюю губу, передаются помощнику, а щипцы, захватывающие заднюю губу, держит левой рукой сам оператор.

Такой способ фиксации матки является наиболее удобным, потому что оператор имеет возможность контролировать силу, необходимую для расширения шейки матки, и рука не устает, как в случае, когда захватывается только одна передняя губа.

Прежде чем приступить к расширению, цервикальный канал протирается зондом Плейфера с намотанным на концевую, снабженную нарезками частью тонким слоем стерильной ваты, смоченной спиртом. В нашей клинике зондирование матки, как это рекомендуют Фоль, Русин, Судаков и др., мы производим лишь в исключительно редких случаях по специальным показаниям, возникшим в момент операции (двурогая или двухполостная матка, подозрение на перфорацию и др.). Производить же зондирование во всех случаях мы считаем совершенно излишним.

Наиболее широко применяются металлические расширители Гегара (рис. 603); они градуированы таким образом, что номер означает диаметр в миллиметрах; номера бывают целые и половинные, например, № 4—4½, № 5—5½ и т. д., длина расширителя 10—15 см; он несколько изогнут, соответственно обычному изгибу матки. Отсутствие полуномеров значительно затрудняет расширение.

Обычно начинают с № 3 или № 4 и, в зависимости от срока беременности, постепенно доводят расширение до № 12 или № 14. При 6—7-недельной беременности достаточно довести до № 12, при беременности около трех месяцев оно должно быть доведено до № 14, а в отдельных редких случаях и выше (рис. 604). Недостаточное расширение канала затрудняет работу и вместе с тем служит одной из причин оставления в полости матки частей плодного яйца, заставляющих прибегать к повторному выскабливанию.

Закончив расширение, переходят к самому выскабливанию; кюретка среднего размера, без применения какого бы то ни было насилия, вводится в матку до дна, причем ее лучше всего держать двумя пальцами или как пишущее перо (рис. 605, 606). Когда кюретка достигла дна матки, приступают к ее выведению обратно, нажимая при этом достаточно энергично на стенку матки; при движении кюретки вниз опасность перфорации исключена. Затем кюретка снова продвигается ко дну матки и снова выводится по направлению к выходу из полости матки. Производя подобные скользящие движения, необходимо придерживаться известной системы, чтобы один скобок ложился рядом с другим; таким образом удается обойти всю полость матки. Обычно начинают

с передней стенки, затем переходят на боковые грани и оттуда на заднюю стенку матки. Отдельно необходимо выскабливать дно матки и углы маточной полости, для чего можно пользоваться кюреткой среднего размера. Части плодного яйца, обычно задерживающиеся в шейке матки, удаляются абортцангом. Выскабливание кюреткой производят до появления характерного «хруста», при котором оператор ощущает под острием кюретки твердую резистентную поверхность миометрия.

Если делается операция выскабливания полости матки при беременности около 3 месяцев, то после того как кюреткой нарушена целостность плодного яйца, для удаления его прибегают иногда к абортцангу. Никогда не следует забывать, что наиболее тяжелые повреждения наносятся при перфорациях именно хватающими инструментами (абортцангом, корнцангом), а потому надо придерживаться правила абортцангом не отделять части плодного яйца от стенок матки, а удалять из полости матки лишь свободно лежащие части плодного яйца. Абортцанг вводится в полость матки до дна в закрытом виде, затем, отодвинув его от дна или стенок матки, раскрывают бранши и стараются захватить части плодного яйца. После того как части плодного яйца удалены и матка достаточно сократилась и не кровоточит, а при поворочном выскабливании всюду определяется ясный маточный хруст, можно считать операцию законченной.

По окончании выскабливания полость матки протирается плейфером, обернутым на конце марлей, или полоской марли на пинцете, которая вводится до дна матки и выводится. Промывание полости матки мы считаем мероприятием ненужным, так же как и смазывание настойкой иода в чистых случаях. В результате смазывания иодом мы наблюдаем реакцию со стороны шейки, которая, сокращаясь, затрудняет в послеоперационном периоде свободный отток скапливающейся в матке крови. На основании наших наблюдений мы определенно можем сказать, что результаты послеоперационного течения при операциях прерывания беременности без смазывания полости матки иодом не хуже, чем при смазывании. В редких случаях, когда матка очень вялая и кровоточит, лучше ввести тампон, который должен быть удален не позже как через 18—20 часов.

Во время операции выскабливания иногда наблюдается довольно обильное кровотечение, являющееся результатом неполного отделения плодного яйца от маточной стенки. В таких случаях необходимо выскабливать до тех пор, пока матка не сократится и кровотечение не остановится. Если же, несмотря на тщательную проверку, в полости матки ничего не обнаруживается и у оператора имеется уверенность в полном удалении плодного яйца, а кровотечение продолжается, то применяют промывание полости матки горячей водой $t^{\circ} 50^{\circ} C$ с прибавлением иодной настойки или прибегают к тампонации матки; в толщу шейки матки мы в таких случаях вводим питуитрин, а под кожу эрготин и кладем лед на живот. Этих мер достаточно, чтобы остановить кровотечение.

К числу серьезных осложнений во время операции выскабливания необходимо отнести разрывы шейки матки в области внутреннего зева и перфорацию тела матки. Во время расширения шейки матки, когда при ригидности в области внутреннего зева применяют чрезмерное форсирование и быстро вводят расширители Гегара, иногда образуются глубокие разрывы, проникающие в параметрий (рис. 607); в результате этого в послеоперационном периоде возникают иногда тяжелые параметриты, а последующие рубцовые стенозы цервикального канала могут привести к механической дисменорее.

Частота перфораций матки при производстве операции искусственного прерывания беременности по статистике Штрассмана - Лансена, Вейля (Weil) и др. достигала 0,6—0,8%. В связи с уменьшением количества подпольных абортов у нас, в Советском Союзе, процент перфорации значительно снизился. Из имеющихся данных русской литературы мы видим, что процент

перфораций из года в год падает; так, в 1916 г., по данным Завьялова, он равен 0,5% к общему числу аборт, Тедер определяет его за 1921 г. в 0,45%, Лаптев — 1924—1927 гг. — 0,24%, Шмундак — 1924 — 1926 гг. — 0,19%, Русин — 1925—1932 гг. — 0,1%, Левин — 1928 г. — 0,1%. За 1933 г. и 3 квартала 1934 г. в Родильном доме им. проф. Снегирева операция искусственного прерывания беременности была произведена 12 764 раза и на означенное количество приходилось три перфорации, что составляет 0,023%; достигнутые результаты за последние годы объясняются более строгим подходом врачей к производству операции.

Причины перфораций необходимо ставить в зависимость от состояния маточной стенки; так, Френкель указывает, как на причину, на жировое перерождение мышечных волокон; по Выдрину, перфорация зависит от отека маточной стенки при нарушении кровообращения, что имеет место при неправильном положении матки, которое очень часто до операции просматривается. При наличии значительных изменений маточной стенки перфорация матки может случиться при оперировании даже у самого опытного специалиста.

Фиоль приводит случай, где перфорированная им матка, тотчас экстирпованная, имела совершенно нормальный вид, но размягчение ее стенок было настолько велико, что при одном прикосновении к любому месту на ее поверхности палец легко проникал насквозь.

Самым важным здесь будет во-время заметить прободение и прекратить всякие дальнейшие внутриматочные манипуляции, вне зависимости от того, осталось ли в матке плодное яйцо в целом или только часть его. Перфорация происходит обычно совершенно неожиданно; оператор чувствует, как инструмент вдруг без сопротивления уходит на большую глубину, чем это соответствует длине матки; в отдельных случаях конец инструмента можно прощупать под брюшной стенкой (рис. 608).

Надо однако иметь в виду, что иногда внезапное проникновение инструмента в глубину только симулирует прободение матки и зависит от того, что маточная стенка благодаря раздражению приходит в полное расслабление, и полость матки становится значительно больше.

Вопрос о терапии прободения до настоящего времени еще не решен; одни предлагают вести ее консервативно, другие во всех случаях диагностированной перфорации предпринимают операцию брюшностеночного чревосечения.

Когда прободение матки произошло при помощи расширителя или кюретки, и оно было сейчас же замечено, необходимо матку рыхло затампонировать и прекратить операцию; если больная не кровоточит и состояние ее хорошее, назначается полный покой и пузырь со льдом на низ живота. В том случае, когда в последующем течении у больной температура нормальна, пульс не изменен и нет никакой реакции со стороны брюшины, то можно ожидать благоприятного течения; если же имеется отклонение от нормы в виде раздражения брюшины или продолжается кровоотделение через тампон, то необходимо срочно произвести брюшностеночное чревосечение.

В случаях, когда наружу извлечены сальник или кишка, или перфорация произведена хватающим инструментом (корнцанг, абортцанг), хотя бы им ничего не было извлечено, все равно необходимо произвести операцию брюшностеночного чревосечения; то же должно быть сделано, когда имеется поранение крупных сосудов широкой связки, что сказывается образованием гематомы в той или другой подвздошной области с появлением признаков острого малокровия и учащения пульса.

Производить влагалищное чревосечение при перфорации матки мы не советуем, потому что при нем невозможно обследовать кишечник, который может быть поранен. Если после вскрытия брюшной полости обнаружен

небольшое перфорационное отверстие, то для удаления остатков плодного яйца из полости матки его увеличивают посредством продольного разреза; затем, обложив матку марлевыми компрессами, чтобы содержимое ее не попало в брюшную полость, производят выскабливание. После того как полость матки опорожнена, ее протирают спиртом; края раны, если они травмированы, освежаются, и на тело матки накладываются узловыи кетгутовые швы, поверх которых кладется непрерывный обвивной серозно-мышечный шов. Когда сальник втянут в перфорационное отверстие, его резецируют, предварительно наложив узловыи лигатуры выше места ущемления. Иногда приходится встречаться с множественным ранением стенки матки, в этом случае лучше произвести надвлагалищную ампутацию матки.

Если поранен кишечник, что, к счастью, бывает редко, приходится прибегать к операции резекции пораненной части кишки и экстирпации матки, так как в таких случаях полость матки инфицируется содержимым кишечника. Ранение кишечника при производстве операции прерывания беременности может быть чрезвычайно разнообразным и может колебаться от небольшой ссадины на брюшине, покрывающей кишечные петли, до отрыва кишки от ее брыжейки на протяжении нескольких десятков сантиметров. В одном случае в нашу клинику была доставлена больная, у которой во время операции прерывания беременности на дому была произведена перфорация матки; при операции брюшностеночного чревосечения были обнаружены множественное ранение матки, сквозное ранение сигмовидной кишки и ранение мочевого пузыря; такие случаи к счастью встречаются все же редко. Всегда, как правило, при брюшностеночном чревосечении необходимо тщательно осмотреть, нет ли ранения прилегающих смежных органов. Если имеется лишь небольшая ссадина на брюшине, ее необходимо защитить тонким кетгутовым швом, который накладывается в поперечном к ходу кишки направлении, чтобы не случилось сужения ее просвета. При наличии сквозного ранения кишки накладывается этажный шов сначала на слизистую (узловыи швы), затем на мышечный слой и, наконец, серозно-серозный непрерывный кетгутовый шов; брюшную полость в таких случаях необходимо дренировать, выводя дренаж в брюшную рану или во влагалище.

Если кишка на некотором протяжении оторвана от брыжейки, то ее следует резецировать. Операция производится следующим образом. У места, где брыжейка не отделена от кишки, накладываются кишечные клеммы с той и другой стороны (рис. 609), выше клеммы у приводящего конца кишки и ниже клеммы у отводящего конца кишка перевязывается крепким шелковым швом; между клеммами и узловыми швами кишка резецируется; на концы кишки накладывается по одному кистетному серозно-мышечному шву; лигатуры отрезаются и культя кишки погружается внутрь. Теперь приступают к созданию бокового соустья, для чего оба конца кишки приводятся во взаимное соприкосновение стороной, противоположной брыжейке (рис. 534) и накладывается непрерывный кетгутовый шов, захватывающий серозную оболочку и часть мышечной на протяжении приблизительно 8 см в продольном направлении; по окончании шва нитка не обрезается. Затем рассекают продольным разрезом параллельно наложенному шву стенки обоих концов кишки до слизистой оболочки; края разреза, находящиеся ближе к наложенному на брюшину шву, соединяют вторым непрерывным тонким шелковым швом, который тоже не обрезается; наконец разрезается слизистая оболочка кишки обоих концов, и узловыми тонкими кетгутовыми швами слизистая оболочка одной кишки соединяется со слизистой оболочкой другой кишки на всем протяжении по окружности. После этого берут нитку второго шва и соединяют им мышечные слои обоих концов кишки, заканчивая шов завязыванием нитки у начала второго шва; вслед за этим соединяют концом первой нитки серозу обоих

концов кишки, заканчивают ее у начала первого шва. На сосуды брюжейки накладываются узловые швы; во избежание захватывания в лигатуру лишних сосудов необходимо перевязывать их не en masse, а накладывать шов на каждый кровотокающий сосуд отдельно (рис. 535, 536, 537, 538 и 609).

Малое кесарское сечение влагалищное и брюшностеночное.

Не редки случаи, когда операцию прерывания беременности по серьезным медицинским показаниям приходится производить в сроки более поздние, от 3 до 5—6 месяцев. Выше мы уже указывали, что прерывание беременности выскабливанием полости матки может быть произведено при беременности до 3-месячного срока, после которого необходимо прибегать к операции малого кесарского сечения через брюшную стенку или к влагалищному кесарскому сечению. При наличии туберкулезного поражения легких и беременности свыше 3 месяцев Б у м м предложил полное удаление матки и придатков, Б о л д у и н в таких случаях рекомендует ограничиваться экстирпацией матки, но с сохранением придатков, между тем как Д ю т ц м а н ограничивается производством операции прерывания беременности и стерилизации влагалищным путем, как операцией, дающей меньший процент осложнений. Она по его методу производится следующим образом. После низведения шейки матки проводится продольный разрез по передней влагалищной стенке; слизистая оболочка влагалища отсекается с той и другой стороны, после чего мочевой пузырь отделяется тупым путем от шейки и тела матки и поднимается кверху; беловатая маточно-пузырная складка отчетливо видна на темно-синем фоне беременной матки. По вскрытии ее матка низводится пулевыми щипцами, по возможности без излишнего насилия, и полость ее вскрывается продольным разрезом длиной в 3—4 см кверху от внутреннего зева. По разведении краев разреза пулевыми щипцами, пальцем проникают через него в полость матки и выделяют плодное яйцо; децидуальная оболочка выскабливается; на разрез накладываются узловые швы. Затем приступают к стерилизации, для чего матка выводится наружу через разрез передней влагалищной стенки. Трубы перерезаются на расстоянии сантиметра от углов матки. На получающихся при разрезе двух обращенных друг к другу раневых поверхностях слегка выступают стенки трубы, которые захватываются зажимом; они возможно больше вытягиваются и отсекаются, после чего обе культи погружаются в широкую связку и фиксируются узловатым швом, поверх которого накладывается непрерывный кетгутовый шов. Выше верхнего угла раны матка захватывается пулевыми щипцами, брюшина зашивается над раной непрерывным швом. В влагалищной стенке матка укрепляется двумя узловыми кетгутовыми швами, на слизистую влагалища накладывается непрерывный кетгутовый шов. Применяв означенную операцию в 96 случаях, Д ю т ц м а н не имел ни одного случая смерти или осложнения.

Аналогичную операцию предложил К а к у ш к и н; особенность ее заключается в том, что он в переднем влагалищном своде делает поперечный разрез, и матку не фиксирует к влагалищной стенке. Свою операцию он называет *sectio caesarea vaginalis vera*, и преимущество этой операции он видит в облегчении и ускорении опорожнения беременной матки и незначительности травмы, наносимой ей.

В случаях, когда необходимо прервать беременность в сроки от 3 до 6 месяцев, мы применяем предложенную Г е й н з и у с о м (Heinsius) в 1923 г. операцию *hysterotomia vaginalis extraperitonealis*. Производится она следующим образом. По низведении шейки матки пулевыми щипцами проводится продольный разрез передней влагалищной стенки по средней линии, отступая на 1—1½ см ниже отверстия мочеиспускательного канала; оба лоскута ее от-

сепаровываются в стороны. Пузырь отслаивается от передней стенки матки кверху. Переходная складка брюшины также отслаивается от матки, что удается довольно легко благодаря имеющемуся при беременности разрыхлению ткани. Введением подъемника под мочевой пузырь мы обнажаем шейку и нижний сегмент матки; затем верхний отдел шейки матки, внутренний зев и нижний сегмент рассекаются по средней линии. Лейбчик рекомендует предварительно произвести расширение шейки матки до 10 номера дилаторами Гегара и, оставив последний номер в цервикальном канале, на нем рассекать переднюю стенку шейки матки. Наша клиника рассечение внутреннего зева нижнего сегмента тела матки производит по введенному в цервикальный канал зонду, придерживаясь следующей техники. После отсепаровки мочевого пузыря и брюшины в цервикальный канал вводится зонд, чтобы наметить место разреза и облегчить самый разрез; на месте прижатия конца зонда к стенке матки наблюдается выпячивание; фиксируя зонд в таком положении, мы ножом рассекаем стенку матки на месте выпячивания. Как только стенка матки рассечена, головка зонда показывается в просвете раны, и разрез увеличивается ножницами по мере надобности. На края разреза накладываются пулевые щипцы. В рану обычно выпячивается плодное яйцо, которое вскрывается и удаляется тем или другим способом. Во всех случаях после удаления плодного яйца мы рекомендуем кюреткой большого размера произвести выскабливание; после этого края разреза соединяются узловыми кетгутowymi швами; на слизистую оболочку влагалища накладывается непрерывный кетгутый шов (рис. 623, 624, 625, 626, 627).

Операция эта технически проста, а применение зонда значительно облегчает и ускоряет ход ее. Гентер считает, что эта операция вполне соответствует принципам хирургии, не уродует органа и сопровождается небольшой потерей крови. В том случае, где путь через цервикальный канал при наличии инфекции опасен, там необходимо производить внебрюшинное влагалищное сечение нижнего сегмента матки — *hysterotomia vaginalis extraperitonealis methodo Heinsius*. Этот же взгляд нами был высказан в 1930 г. на основании опыта применения операции Гейнзуса в 19 случаях. Мы согласны с мнением Зарницкого, что означенной операции должно быть отдано предпочтение перед другими способами прерывания беременности в сроки от 3 до 6 месяцев; в более же поздние сроки беременности необходимо применять операцию по Бумму или Дюрсену.

Операция малого кесарского сечения впервые была предложена Вальтердом для прерывания беременности в сроки 3—5 месяцев с последующей стерилизацией. Производят эту операцию таким образом, что по вскрытии брюшной полости матка выводится в брюшную рану и делается разрез по передней ее стенке; по удалении плодного яйца матка зашивается, а трубы резецируются.

Зельгейм предлагает вскрывать тело матки по задней поверхности у дна поперечным разрезом, а затем, по удалении плодного яйца, бурами Гегара сверху расширить цервикальный канал и через него во влагалище вывести тампон, который удаляется на другой день. Способ этот в настоящее время всеми оставлен, так как тампон может способствовать попаданию инфекции из влагалища в полость матки.

Дэрфлер предлагает при малом кесарском сечении производить разрез тела матки в поперечном направлении у места переходной пузырно-маточной складки брюшины над шейкой.

Фогт считает необходимым, предварительно разрезав пузырно-маточную складку и отслоив мочевой пузырь от передней стенки матки, рассечь нижний сегмент и внутренний зев. По удалении плодного яйца, на матку накладываются узловые кетгутые швы и непрерывный шов в поперечном направлении на

брюшину. Франц рекомендует рассекать тело матки в области дна, проведя разрез по средней линии.

Операция малого кесарского сечения путем брюшностеночного чревосечения у нас впервые была произведена Бекманом, а кесарское сечение со стерилизацией Скробанским, который предлагает пользоваться для вскрытия брюшной полости разрезом по Пфанненштилю, после чего матка своим поперечным размером фиксируется в брюшной ране. Затем по дну матки проводится разрез длиной в 3—4 см. По вскрытии матки плодное яйцо удаляется, а остатки децидуальной оболочки выскабливаются кюреткой большого размера; после этого накладываются швы на матку и производится стерилизация по одному из описанных выше способов.

В нашей клинике операция малого кесарского сечения производится следующим образом. По вскрытии брюшной стенки продольным разрезом матка выводится в брюшную рану и тщательно обкладывается марлевыми компрессами, чтобы обезопасить брюшную полость от попадания в нее содержимого матки. Затем по задней стенке матки делается небольшой продольный разрез, достаточный для удаления плодного яйца; пальцем, введенным в полость матки, плодное яйцо отделяется от маточной стенки и удаляется, а остатки децидуальной оболочки выскабливаются кюреткой. На разрез тела матки накладываются несколько (4—5) узловых кетгутовых швов, проникающих через всю толщу мышечной до мукозы; поверх узловых швов накладывается второй непрерывный кетгутовый серозно-мышечный шов (рис. 610, 611). После зашивания разреза матки приступают к стерилизации по способу Кирхофа (рис. 237) или Мадленера (рис. 228). Если стерилизацию предполагают произвести по способу Керера, то делают поперечный разрез по дну матки от одной трубы к другой с иссечением участков труб, проходящих в мышечной стенке матки (рис. 267).

Когда необходимо прервать беременность в сроки более 3 месяцев, но нет основания прибегать к стерилизации, тогда следует произвести операцию влагалищного кесарского сечения без вскрытия брюшной полости; эта операция вполне хирургическая и при ней обходятся без грубого расширения шейки вслепую. Селицкий еще в 1913 г. указал на преимущества этой операции перед всеми остальными способами прерывания беременности там, где требуется особенно бережное отношение к больной.

Влагалищное кесарское сечение.

Предложенная Дюрсеном в 1895 г. операция влагалищного кесарского сечения может быть применена как для прерывания беременности в поздние сроки, так и в целях устранения препятствия со стороны шейки матки для быстрого окончания родов.

Техника операции следующая. По обнажении шейки матки зеркалами на переднюю губу по бокам симметрично накладываются двое пулевых щипцов, которые могут быть заменены крепкими шелковыми лигатурами. После этого шейка матки низводится к влагалищному входу и к лону и ножницами рассекается задняя губа сантиметра на четыре вверх; брюшина дугласова пространства тупым путем отодвигается от стенки матки (рис. 612). Передняя губа шейки матки рассекается таким же образом по средней линии, и мочевой пузырь тупым путем при помощи обвернутого марлей пальца отсепаровывается вверх до пузырно-маточной складки; освободив таким образом шейку матки и нижний сегмент тела, их рассекают по средней линии ножницами. Прежде чем приступить к рассечению шейки матки, необходимо для удобства оперирования цервикальный канал расширить дилататорами Гегаара до № 12. Разрезом шейки создается достаточное пространство для извлечения

плода. После того как плод родился, послед выжимают по К р е д э, а для удаления остатков децидуальной оболочки большой кюреткой производят осторожно выскабливание полости матки. Для лучшего сокращения матки в толщу ее стенки вводится питуитрин в количестве 1 см³. По удалении последа приступают к зашиванию разреза. Начинают зашивать с верхнего угла раны, накладывая непрерывный кетгутовый шов или узловые кетгутовые же швы. Мы отдаем предпочтение узловым швам, как дающим лучшее заживление операционной раны; на слизистую оболочку влагалища накладываются также узловые кетгутовые швы (рис. 613, 614, 615, 616, 617). Если влагалищное кесарское сечение производится с целью прерывания беременности в срок после 3 месяцев или при недоношенной беременности или, наконец, при срочных родах с предстоящей перфорацией головки плода, то лучше делать эту операцию по измененному Б у м м о м следующему способу. По обнажении влагалищной части шейки матки зеркалом боковые отделы передней губы захватываются двумя пулевыми щипцами; шейка матки низводится к влагалищному входу и кзади; передняя стенка влагалища отступя на 1 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала разрезается продольным разрезом до перехода на влагалищную часть, а второй разрез переднего свода влагалища ведется в поперечном направлении; получается разрез в виде опрокинутой буквы Т (рис. 93). Края продольного разреза отсепаиваются от подлежащих тканей, мочевой пузырь отслаивается тупым путем с помощью пальца, обернутого марлей; отслоенный мочевой пузырь удерживается подъемником; после этого делается в сагитальном направлении разрез через всю толщу шейки матки, заходящий за внутренний зев по передней ее стенке. Разрез должен быть продлен вверх настолько, чтобы, не травмируя края раны, вывести плод из полости матки. После того как полость матки опорожнена, а остаток детского места и децидуальной оболочки удалены выскабливанием, на матку накладываются узловые кетгутовые швы. Слизистая влагалища зашивается непрерывным кетгутовым швом. Швы в области влагалищной части матки накладываются через толщу мышечной ткани с захватыванием слизистой оболочки.

Ш т р а с с м а н при операции Д ю р с е н а предложил до рассечения передней губы шейки матки предварительно производить дугообразный разрез передней влагалищной стенки (рис. 618); этот разрез по указанию Г е н т е р а допускает очень легкую и удобную отсепаровку мочевого пузыря. Широко применяемая операция влагалищного кесарского сечения (*hysterotomia vaginalis anterior*) не всегда дает хорошие результаты, и не редки случаи, когда шейка матки заживает вторичным натяжением; в результате получают значительно развороченная шейка и зияющий цервикальный канал (рис. 619, 620, 621, 622).

КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ.

Проф. Л. Л. Окинич.

Нередко акушеру-гинекологу приходится сталкиваться со случаями, когда при доношенной беременности необходимо большую разрешить, а между тем патологическое состояние родовых путей этому препятствует; тогда приходится прибегать к операции кесарского сечения.

Кесарское сечение еще во второй половине XIX в. давало у нас в России, по данным П о н о м а р е в а, до 81 % смертности. За последнее время, благодаря успехам асептики и антисептики и развитию хирургической техники, смертность значительно сократилась; так, если по данным П о н о м а р е в а за последнее десятилетие XIX в. смертность валовая достигала 17,6%, а редуцированная — 7,2%, то по его же данным за период с 1901 по 1924 г. она снизилась до 6,8%; по Б а к ш т у она равняется 6,1%, и только в хорошо поставленных

клиниках, по Грингиллю (Grienhill), она дает 1,7% материнской и 4,5% детской смертности. У Фан-дер-Хевен (Van der Naeven) на 375 операций кесарского сечения смертность достигала 4,8%. Введением методов внебрюшинного, шеечного и низкого разреза матки еще более снизили процент смертности.

Так, по Бентину (Benthin) она равна 3,5—5%, по Мюллеру (Müller) — 2%. По Илкевичу, Леви и Селицкому на 743 случая кесарского сечения, произведенных в московских родовспомогательных учреждениях с 1921 по 1927 г., общая смертность матерей равнялась 7,8%, редуцированная — 4,6%.

Достигнутые хорошие результаты означенной операции чрезмерно расширили круг применения ее, и не без основания в последнее время все громче раздаются голоса, призывающие производить эту операцию лишь при точно выработанных условиях и показаниях. Это тем более необходимо, что нельзя забывать еще и о послеоперационных осложнениях, к числу которых прежде всего относятся образование спаек и сращений с кишечными петлями, сальником и передней брюшной стенкой, что в дальнейшем может повести к болям, ileus'у и ограниченной подвижности матки.

По данным Сердюкова подобного рода осложнения при корпоральном (т. е. производимом на теле матки) кесарском сечении достигают 50%. Они тем чаще, чем несовершеннее шов; и раньше, когда на соединение краев разреза матки не обращали должного внимания, нередко наступала смерть от перитонита, развивающегося вследствие проникновения инфекции из полости матки на брюшину. Первым обратил на это внимание Зенгер и предложил тщательное наложение швов на стенку матки на достаточно близком расстоянии один от другого, причем швы проникали через всю толщу стенки матки; кроме того, он накладывал еще ряд швов на серозную оболочку, которую он отделял от мускулатуры матки на полсантиметра. Для глубокого шва он применял металлическую проволоку, а для поверхностного — тонкий шелк. Применение такого шва сразу заметно улучшило результаты операции. В настоящее время материалом для швов служит не проволока, а кетгут и шелк, но принцип остался тот же, именно — стремятся к возможно тщательному закрытию операционной раны тела матки. Франц рекомендует накладывать сперва непрерывный кетгутовый шов на глубокие слои мышцы матки, затем второй шов на серозный покров и поверхностный мышечный слой, и, наконец, третий шов, тоже непрерывный, на брюшину, покрывающую матку.

Мы поступаем следующим образом. На стенку матки, не захватывая слизистой, накладываются узловые кетгутовые швы, а поверх означенных швов накладывается второй серозно-серозный непрерывный кетгутовый шов. Мы применяем исключительно кетгутовый шов потому, что материал для швов очень легко может инфицироваться со стороны полости матки; если шить шелком и он нагноится, то нагноение в нем будет поддерживаться до тех пор, пока шелковинка не выгноится и не отойдет сама. Другое дело — кетгутовый шов: он быстро рассасывается и в случае нагноения оставшийся гнойничок довольно скоро выполняется соединительной тканью. С тех пор как стали тщательно зашивать разрез стенки матки, приходится значительно реже наблюдать случаи осложнения в послеоперационном периоде.

Нередко, наконец, приходится сталкиваться с самопроизвольным разрывом матки при последующих родах. Так, Гелланд (Helland) на 1605 случаев классического кесарского сечения приводит 4% разрывов матки при последующих родах. Разрывы, к сожалению, встречаются и при шеечном трансперитонеальном кесарском сечении, но значительно реже. По сборной статистике Веттервальда (Wetterwald) на 3600 цервикальных кесарских сечений разрывы наблюдались в 0,28% случаев.

Прежде чем решиться на операцию кесарского сечения, необходимо точно установить показания; их можно разделить, придерживаясь схемы Ш и ф м а н а (Schiffmann), на следующие основные группы. К первой группе относятся механические препятствия, именно: сужение таза, опухоли мягких частей родового канала, рубцовые сморщивания влагалища и шейки матки.

Ко второй группе относится предлежание последа, а именно те случаи, которые сопровождаются значительным кровотечением. К третьей группе относятся все те случаи, где в интересах матери требуется немедленное прерывание беременности (нефрит, пиелит, порок сердца).

Необходимым условием для производства операции является наличие живого ребенка; только в исключительных случаях с целью сохранить жизнь матери она может применяться и при заведомо мертвом плоде, например при абсолютном сужении таза, где роды естественным путем невозможны даже при уменьшенном плоде.

Как правило, классическое кесарское сечение должно применяться там, где родовые пути и полость матки не инфицированы (Ш а у т а и Ф е й т не рекомендуют делать эту операцию в тех случаях, где производилось внутреннее исследование); но от этого правила нередко приходится отступать, прибегая к модификации П о р р о, П о р т а (Portes) и др.

Касательно выбора метода оперирования в инфицированных случаях еще до настоящего времени нет единства взглядов. Исследования А л ь ф е л ь д а и К ю с т н е р а указывают, что главная опасность здесь заключается в заражении брюшной полости инфицированным содержимым плодного яйца. Учитывая это, ряд авторов [Б а й ш (Baisch) и др.] предложили операцию производить экстраперитонеально, на том основании, что клетчатка лучше противостоит септической инфекции. Однако исследования Ф р а н ц а, В а л ь д г а р д а и др. указывают, что лучше идти трансперитонеально, так как брюшина быстрее справляется с инфекцией, тем более что при экстраперитонеальном кесарском сечении очень редко удается так тщательно отделить брюшную полость, чтобы туда не проникло инфицированное содержимое матки и, кроме того, в первом случае травма ткани получается значительно большая. Все это дает нам право рекомендовать в таких случаях одну из модификаций кесарского сечения, а именно: операцию по П о р т у или надвлагалищную ампутацию матки.

В прежнее время уделялось большое внимание предотвращению кровопотери, которая обычно наблюдается из разреза матки. С этой целью Р е й н, Г е г а р, З е н г е р и др. предлагали накладывать резиновый жгут на шейку матки. Такое наложение жгута очень часто приводило к последующей атонии, а потому оно всеми теперь оставлено и, если возникает сильное кровотечение, предлагается помощнику зажать маточные артерии рукой.

При классическом кесарском сечении разрез матки обычно производят по передней ее стенке. В виду того, что при этом разрезе наблюдается довольно большая кровопотеря, а в послеоперационном периоде образуются сращения с передней брюшной стенкой, ряд авторов предложил рассекать тело матки в области дна. Так, П. М ю л л е р советовал разрез вести в области дна матки, производя его в сагитальном направлении, Ф р и ч делает поперечный разрез по дну. Разрезы эти, согласно наблюдениям Ц в е й ф е л я и Д э д е р л е й н а, нередко ведут за собой образование прочных спаек с кишками, а потому теперь почти всеми оставлены.

Стремление расширить показания для применения операции кесарского сечения не только для чистых случаев побудило искать путь, предохраняющий брюшную полость от загрязнения содержимым матки. Так, Ф р а н к в 1907 г. предложил брюшную полость вскрывать поперечным разрезом на два пальца над симфизом и таким же разрезом рассекать брюшину; брюшина, покрываю-

щая мочевого пузыря, надрезается непосредственно над ним, отсепаровывается сверху и сшивается с соответствующим париетальным листком брюшины передней брюшной стенки; затем мочевого пузыря отделяется от передней маточной стенки и шейки матки книзу и поперечным разрезом рассекается тело матки у самой шейки. Способ этот нередко сопровождался ранением мочевого пузыря, во избежание чего Фейт советует рассекать брюшную стенку, брюшину и нижний отдел матки в продольном направлении. Ляцко, Кюстнер, Дедерлейн предложили проникать в полость матки сбоку от мочевого пузыря внебрюшинным путем. Зелгем несколько изменил метод Франка и вскрывает брюшную полость поперечным разрезом по Пфанненштилю; затем он отсепаровывает париетальную брюшину от задней поверхности прямых мышц и от мочевого пузыря сверху, а мочевого пузыря отодвигает книзу.

По обнажении таким образом нижнего сегмента тела матки и шейки разрезают ее стенку. Выполнить означенную операцию без вскрытия брюшной полости, однако, очень трудно.

Наряду с внебрюшинным методом кесарского сечения широкое распространение получило предложение рассекать тело матки по задней поверхности. Еще в 1881 г. Конштейн (Chonstein) рекомендовал в инфицированных случаях делать разрез по задней стенке, чтобы в случае нагноения иметь возможность дренировать брюшную полость через задний свод влагалища. Полано разрез матки проводит в самом нижнем отделе, а Крэнги и Опитц разработали методику внутрибрюшинного шеечного кесарского сечения, неправильно названного трансперитонеальным (это, вернее — низкое ретро-везикальное кесарское сечение). Оба способа в послеоперационном периоде не дают сращения с кишками и передней брюшной стенкой.

Классическое кесарское сечение.

Больная укладывается на операционном столе в положении с слегка приподнятым тазом, что значительно облегчает оперирование. Брюшная стенка по белой линии вскрывается продольным разрезом, который заходит приблизительно на одинаковые расстояния вниз и вверх от пупка, обходя пупок слева; длина разреза не более 15 см; во избежание ранения матки брюшную стенку необходимо рассекать послойно. По вскрытии брюшной полости поступают двояко: либо матку выводят из брюшной полости, с целью защитить брюшную полость от попадания в нее околоплодной жидкости, или же рассечение тела матки производится на месте.

Классическое кесарское сечение с выведением матки с разрезом по передней поверхности.

При кесарском сечении с выведением матки из брюшной полости поступают следующим образом. По вскрытии брюшной полости и выведении матки брюшная полость закрывается наложением нескольких зажимов, соединяющих разрез кожи, и обкладывается марлевыми салфетками. Затем приступают к рассечению матки, для чего применяют один из предложенных разрезов — донно-поперечный разрез по Фричу, донно-сагитальный разрез по П. Мюллеру или, чаще всего, сагитальный разрез по передней поверхности матки по Зенгеру; разрез можно вести то выше, то ниже. Разрез матки должен быть достаточным для свободного извлечения плода, причем место прикрепления последа не имеет значения (рис. 637А).

После удаления плода, последа и оболочек приступают к наложению узловых кетгутовых швов, которые накладываются на довольно близком

расстоянии один от другого и захватывают всю мышечную стенку матки (рис. 628) (при наложении шелковых швов захватывают мышечную стенку только до слизистой); из наложенных швов несколько последних не завязываются до тех пор, пока не наложен крайний с конца шов, иначе не удастся его наложить правильно. Узловые кетгутовые швы надежнее непрерывного шва уже потому, что в случае прорезывания одного стежка при непрерывном шве может распуститься весь шов и повлечь за собой расхождение краев маточной раны; кроме того, при узловых швах лучше удается приладить раневые поверхности. Поверх узловых швов необходимо наложить второй непрерывный кетгутовый шов, беря в стежки поверхностный мышечный и серозный покровы, для чего ткань по обе стороны разреза захватывается валиком.

Для предотвращения атонического кровотечения необходимо большой под кожу ввести эрготин или питуитрин (в последнее время питуитрин мы вводим непосредственно в тело матки); по наложении швов на стенку матки ее погружают в брюшную полость и затем приступают к послойному зашиванию брюшной раны.

Классическое кесарское сечение без выведения матки с разрезом по передней поверхности.

При кесарском сечении с разрезом матки по передней поверхности, но без выведения ее из брюшной полости, разрез брюшной стенки располагается значительно ниже и доводится лишь до пупка; преимущество этого метода заключается в том, что здесь кишечные петли не подвергаются охлаждению, но зато труднее защитить брюшную полость от затекания в нее околоплодных вод, которые сами по себе не могут считаться совершенно безразличными. После вскрытия брюшной полости в горизонтальном положении больной, прежде чем вскрыть матку, брюшную полость тщательно обкладывают марлевыми салфетками. Ф р а н ц предлагает разрез тела матки начинать на месте перехода брюшины с матки на пузырь, причем длина разреза достигает 10—12 см. Придется ли разрез на более тонкую часть (на ее нижний сегмент и на шейку) или на более толстую, т. е. на ткань тела матки — это безразлично. В зависимости от того, как много времени прошло от начала родовой деятельности до момента операции, разрез будет приходиться или на более истонченную и растянутую часть нижнего сегмента матки, или же на более толстую часть тела матки. Венозное кровотечение из разреза обычно быстро останавливается как только плод извлечен и матка начинает сокращаться. Прежде чем разрезать стенку матки, необходимо предварительно установить ее так, чтобы средняя линия матки соответствовала разрезу брюшной стенки; нельзя забывать, что матка своим левым ребром во время беременности поворачивается вперед, и если не будет произведено некоторое перемещение ее положения, то разрез может оказаться на боковой ее поверхности, а здесь располагаются крупные артериальные ветви маточной артерии.

В области разреза обычно располагается головка, которая извлекается введенной рукой или же наложением щипцов; в случае если разрез окажется недостаточным, необходимо его увеличить ножницами. Как только плод удален, в верхний угол разреза матки вводится узкое зеркало (подъемник), которым матка прижимается к брюшной стенке; этим создается препятствие для попадания в брюшную полость крови и околоплодных вод. Послед удаляется путем давления на матку через брюшную стенку или же введенной в полость матки рукой. Всякая задержка частей плодного яйца может стать губельной и способствовать инфицированию раны и расхождению швов, а потому во всех случаях, когда возникает сомнение в целости последа, необходимо полость матки тщательно обследовать рукой. В толщу матки для лучшего ее сокращения

и избежания последующей атонии необходимо впрыснуть питуитрин; затем приступают к зашиванию ее стенки; оно также производится путем наложения двухэтажного шва, сначала узлового, а затем перитонизирующего серозно-мышечного обвивного. После этого брюшную полость освобождают от попавшей туда крови и околоплодных вод, и послойным швом она закрывается обычным способом.

Д э р ф л е р предложил производить рассечение тела матки в поперечном направлении, непосредственно на месте перехода брюшины тела матки на мочевого пузырь. Предварительно матка выводится из брюшной полости, которая тщательно закрывается. По удалении плода и детского места на стенку матки накладывается четырехэтажный шов; два ряда швов накладываются на мышцу матки и два ряда непрерывных швов — на брюшину. Произведя 206 кесарских сечений по своему методу, Д э р ф л е р получил 1,96% общей смертности при 0,49% редуцированной.

Классическое кесарское сечение с выведением матки наружу и с разрезом по задней стенке.

Учитывая частоту осложнений в послеоперационном периоде в виде сращений с передней брюшной стенкой и кишечными петлями, К о н ш т е й н предложил рассекать матку по задней ее стенке в верхнем ее отделе. П о л а н о советует, как мы указывали выше, разрезать стенку матки в самом нижнем отделе. Операция производится следующим образом. По вскрытии брюшной полости разрезом по белой линии, — начинающимся несколько ниже дна матки и доходящим до середины расстояния между пупком и лобком, обходя пупок слева, матка выводится из брюшной полости и резко наклоняется вперед. Разрез брюшной стенки закрывается сближением краев кожной раны несколькими зажимами, чтобы защитить брюшную полость от попадания крови и околоплодных вод, а также воспрепятствовать выхождению кишечника из брюшной полости; затем делается разрез по задней стенке тела матки в нижнем ее отделе длиной около 12—15 см, через который извлекается плод. По удалении плода и последа приступают к наложению узловых кетгутовых швов и поверхностного серозно-мышечного непрерывного шва. По наложении швов матка погружается обратно в брюшную полость; брюшная стенка послойно зашивается обычным способом.

Преимущества этого способа заключаются в том, что в нужный момент очень легко дренировать брюшную полость через задний влагалищный свод, а кроме того обычно не наблюдается сращений с передней брюшной стенкой и кишечными петлями.

Трансперитонеальное цервикальное кесарское сечение по способу Крениг — Опитца.

Брюшная полость послойно вскрывается по белой линии разрезом от лонного сочленения до пупка; пузырно-маточная складка захватывается пинцетом и надрезается поперечным разрезом на уровне прикрепления брюшины к стенке матки; мочевого пузырь частью тупым путем, частично ножницами отсепааривается от передней поверхности тела и шейки матки книзу (рис. 629). Затем приступают к разрезу маточной стенки в продольном направлении (рис. 630), причем необходимо учитывать, что в истмической части маточная стенка значительно истончена, а потому при рассечении надо соблюдать осторожность, дабы не поранить плод. Из вен разреза нередко возникает довольно сильное кровотечение, которое по извлечении плода само собой останавливается. В случаях, когда венозная сеть в области нижнего сегмента чрезмерно развита,

лучше отказаться от ретровезикального метода и сделать разрез по телу матки. По вскрытии полости матки приступают к извлечению плода. При тазовых предлежаниях он извлекается за ножки, при черепных — с помощью руки, введенной в матку (рис. 631) с одновременным выжиманием головки, или же путем наложения щипцов (рис. 632). По извлечении плода послед удаляется из матки сейчас же введенной в нее рукой; после этого приступают к наложению узловых кетгутовых швов, для чего мочевого пузыря отодвигается подъемником; сначала накладывают в противоположных углах раны по одному кетгутовому шву, которые служат одновременно держалками, и затем между ними кладутся узловые кетгутовые швы; стенка матки захватывается через все слои (при применении шелковых швов необходимо избегать прокалывать слизистую оболочку). Поверх узловых кетгутовых швов накладывается второй непрерывный кетгутовый шов. Затем непрерывным кетгутовым швом брюшина переходной складки сшивается с висцеральной брюшиной матки так, чтобы рана была закрыта (рис. 633, 634); по окончании перитонизации марлевые салфетки удаляются, и брюшная полость зашивается послойно наглухо.

Преимуществом этого способа являются возможность хорошо отграничить брюшную полость от попадания в нее содержимого матки, также меньшая кровоточивость при производстве разреза, лучшие шансы для заживления в виду большего покоя мышцы этого отдела матки в послеродовом периоде и лучшая возможность перитонизации, благодаря чему удается избежать послеоперационных сращений. Процент разрыва рубца после шеечного кесарского сечения при последующих родах на основании статистических данных в 5 раз меньше, чем при классическом (корпоральном) кесарском сечении. Указанные некоторыми авторами трудности извлечения головки и сильное кровотечение Г у с а к о в ы м (на его материале в 36 случаев) ни разу не наблюдались. Он рекомендует в случаях предлежания последа, когда желательнее быстро вывести головку и имеется затруднение при извлечении, войти рукой в полость матки, захватить ножку и так извлечь плод.

Экстраперитонеальное кесарское сечение.

Во время беременности одновременно с ростом матки происходит и перемещение кверху переходной пузырно-маточной складки брюшины, причем в конце беременности она смещается настолько, что представляется возможным извлечь доношенный плод между лоном и переходной складкой брюшины без вскрытия брюшной полости. С начала родовой деятельности, по мере растяжения нижнего сегмента, переходная складка еще больше перемещается кверху, создавая таким образом лучшие условия для производства операции. Следовательно при этой операции нет надобности спешить, когда имеется относительное несоответствие между головкой плода и входом в таз. Внебрюшинное кесарское сечение с полным отделением мочевого пузыря необходимо производить только тогда, когда роды начались уже некоторое время и нижний сегмент матки хорошо выражен.

Используя опыт Франка и Зельгейма, которые пытались выполнить экстраперитонеальное кесарское сечение путем отслойки брюшины от мочевого пузыря и задней поверхности прямых мышц живота, Ляцко, Дедерлейн и Кюстнер независимо друг от друга выработали иную технику доступа к матке.

Операция эта производится следующим образом. Больная кладется на стол в тренделенбургском положении, с высоко приподнятым тазовым концом; продольным разрезом по белой линии рассекаются кожа и фасция от симфиза до середины расстояния между пупком и лобком, причем необходимо соблюдать осторожность, дабы не поранить брюшину, которая часто бывает истон-

чена; затем тупым путем раздвигают предбрюшинную клетчатку рядом с пузырем слева направо и сверху до тех пор, пока ясно не обнажится мускулатура шейки матки. Чтобы лучше ориентироваться, некоторые авторы (Франк, Ладко, Кюстнер) советуют до операции ввести в мочевой пузырь 150—200 см³ 2% раствора борной кислоты, так как пузырь обычно смещен вправо вместе с ротирующей маткой или больше влево, а при наполнении пузыря ясно вырисовывается его положение; Бакшт наполняет мочевой пузырь в процессе самой операции 300 см³ жидкости; при этом, по его мнению, еще рельефнее выясняются топографические взаимоотношения. Пузырь во всех случаях отодвигается вправо, но не следует его отпрепаровывать от подлежащих тканей, так как стенка пузыря очень чувствительна и легко омертвевает. Верхний край мочевого пузыря служит опознавательным пунктом для определения пузырно-маточной складки, идущей отсюда в поперечном направлении. Пузырно-маточная складка легко отделяется от прилегающей передней стенки матки (если при этом случайно произошло поранение брюшины, то необходимо немедленно зашить рану, чтобы сохранить принцип экстрaperитонеальной операции). Для того чтобы рассечь шейку матки продольным срединным разрезом, пузырь отводится с помощью брюшного зеркала вправо и тогда в глубине вырисовывается левый мочеточник, идущий в поперечном направлении к пузырю. Разрез матки необходимо производить в продольном направлении параллельно к боковому краю пузыря (отклонение разреза к боковой поверхности матки может вызвать сильное кровотечение); разрез матки начинается у пузырно-маточной складки и продолжается отвесно вниз настолько, чтобы иметь отверстие, вполне достаточное для извлечения плода без дальнейшего разрыва ткани, что наблюдается, когда разрез слишком мал. Извлечение плода производится в положении с опущенным тазовым концом. Послед удаляется или надавливанием через брюшную стенку по Кредэ, или введенной в матку рукой. Края разреза стенки матки соединяются узловыми кетгутowymi швами, захватывающими всю толщу. После этого послойно зашивается брюшная стенка; в случаях сомнительных Дэдери и др. рекомендуют дренировать паравезикальную клетчатку через брюшную стенку, выводя тампон в нижний угол брюшной раны или через влагалище, для чего ножом предварительно вскрывается передний свод и отверстие расширяется корнцангом (рис. 635, 636, 636А).

Кесарское сечение в заведомо инфицированных случаях.

В заведомо инфицированных случаях, когда заменить кесарское сечение другой операцией нельзя, а производство ее представляется опасным вследствие возможного инфицирования брюшной полости как во время операции, так и в послеоперационном периоде содержимым полости матки, необходимо применять кесарское сечение по одному из специально предложенных методов.

Классическое кесарское сечение по методу А. Мюллера.

По вскрытии брюшной полости продольным разрезом матка выводится из брюшной полости, которая тщательно изолируется соединением краев кожной раны зажимами. Матка наклоняется вперед и книзу и вокруг брюшной раны тщательно обкладывается марлевыми салфетками. Разрезается передняя стенка матки, плод извлекается и детское место удаляется рукой. Полость матки тщательно протирается компрессом, обильно смоченным спиртом. Передняя поверхность матки также протирается спиртом; края раны зашиваются узловыми кетгутowymi швами в три этажа: первый — на мышечную оболочку, второй узловой — на серозно-мышечный слой и, наконец, накладывается обвивной поверх-

ностный непрерывный или узловый серозно-серозный шов, после чего матка погружается в брюшную полость. Линия шва на матке изолируется от брюшной полости путем пришивания париетальной брюшины к стенке матки на расстоянии 2 см по обе стороны шва (рис. 637). В образованный таким образом канал вводится полоска иодоформной марли, которая выводится в нижний угол раны; брюшная стенка зашивается послойно; на апоневроз накладываются узловые шелковые швы, на кожу — скобки Мишеля.

Родоразрешение через маточно-брюшностеночную фистулу по методу Зельгейма.

По вскрытии брюшной полости продольным разрезом по белой линии париетальная брюшина непрерывным кетгутовым швом подшивается к коже живота, чтобы защитить подкожную клетчатку; затем сагитальным разрезом (достаточно длинным, чтобы свободно извлечь плод) вскрывается брюшина, покрывающая матку, которая осторожно отсепаровывается в обе стороны и подтягивается настолько, чтобы ее тоже можно было сшить с краем кожного разреза и париетальной брюшиной. При тщательном наложении швов, что является обязательным, брюшная полость оказывается совершенно обособленной; в верхнем углу раны несколькими кетгутовыми швами матка подшивается для прочности к брюшной стенке. В участке, освобожденном от брюшины, проводится разрез по средней линии через толщу стенки матки, причем края разреза захватываются зажимами; извлечение плода производится за ножку или наложением щипцов на головку; послед удаляется рукой. Края разреза матки соединяются с краями брюшной стенки наложением узловых шелковых швов по окружности всей брюшной раны (рис. 638). Таким образом полость матки по направлению к брюшной стенке остается открытой; полость матки тампонируется через раневое отверстие полосками иодоформной марли, которые постепенно удаляются в послеоперационном периоде. Фистула матки остается незашитой вплоть до самопроизвольного заживления ее или, если она долго не закрывается, производится зашивание матки и послойное соединение краев брюшной раны.

Пауниц (Paunz) несколько изменил метод Зельгейма. По вскрытии продольным разрезом брюшной стенки он рекомендует висцеральную маточную брюшину узловыми кетгутовыми швами подшивать к париетальной брюшине; благодаря этому в брюшной ране обнажается возможно большая часть передней поверхности матки, а край париетальной брюшины остается свободным. В верхнем углу раны швы захватывают также фасцию во избежание надрыва брюшины при извлечении плода (рис. 639). Переходная пузырно-маточная складка вскрывается, пузырь несколько отсепаровывается книзу, а висцеральная брюшина сшивается с париетальной брюшиной; таким образом брюшная полость совершенно обособляется. Затем продольным разрезом вскрывается полость матки, и плод извлекается, как и при методе Зельгейма. По опорожнении матки край разреза ее непрерывным кетгутовым швом подшивается на всем протяжении к оставленному свободному краю париетальной брюшины (рис. 640). В послеоперационном периоде поступают так же, как и при операции по методу Зельгейма. Преимущество способа Пауниц заключается в том, что он более прост и не приходится прибегать к повторной операции в виду того, что здесь как рана матки, так и рана брюшной стенки гранулируют самостоятельно.

Кесарское сечение по способу Порта.

Предложенная Готшалком (Gottschalk) в 1909 г. операция кесарского сечения в заведомо инфицированных случаях была впервые произведена

Порт в 1924 г. и с тех пор привлекала внимание акушеров. Эта операция вполне может конкурировать с операцией Зельгейма, тем более что при операции Зельгейма во время извлечения плода швы могут разрываться, и вся операция по существу со всеми ее преимуществами, как операция внебрюшинная, идет на-нет.

При операции Порта, по вскрытии брюшной полости продольным разрезом по белой линии, матка вместе с придатками выводится и ей придается положение резкой антефлексии. Крауль (Kraul) предложил оставлять придатки внутри брюшины и выводить только тело матки; но если придерживаться этого совета, то в послеоперационном периоде не исключена возможность перитонита вследствие восходящей инфекции. Брюшная стенка тщательно закрывается путем наложения нескольких узловых шелковых швов, захватывающих всю толщу стенки, начиная от верхнего края разреза (рис. 641) вплоть до задней поверхности тела матки; при наложении последних швов необходимо стремиться к тому, чтобы шейка матки была плотно стянута краями брюшной раны, так, чтобы шов, тесно охватывающий матку, не лег в области шеи плода, а книзу от головки, иначе создастся препятствие для извлечения ее. После того как брюшная полость закрыта и имеется уверенность, что не осталось пространства, через которое могло бы проникнуть в брюшную полость содержимое матки, приступают к вскрытию полости матки. Она вскрывается по передней поверхности по средней линии; по извлечении плода и последа она зашивается узловыми шелковыми швами через всю толщу до слизистой оболочки включительно. По зашивании матки накладывается повязка из физиологического раствора, которая должна быть довольно тугой, чтобы удерживать матку в положении антефлексии. В случаях заживления первичным натяжением инволюция органа идет довольно быстро, и лишь на поверхности отмечается образование ложных спаек. Шелковые швы с матки снимаются на 7-й день; если же швы нагнаиваются, то они удаляются; когда рана очистится, края разреза матки освежаются и вновь соединяются узловыми швами (рис. 642). Если инфекция продолжает быстро развиваться, то матку можно удалить. Располагающиеся вне брюшины придатки вначале становятся отечными, но уже к 13—14-му дню они принимают совершенно нормальный вид, и труба может сохранить свою проходимость.

После того как рана зажила и матка уже достаточно сократилась и если температура — в пределах нормы, то приступают к погружению матки в брюшную полость, для чего по старому рубцу брюшная полость вскрывается, и разъединяются сращения между париетальной брюшиной и маточной стенкой. Матка погружается в брюшную полость, а брюшная стенка закрывается обычным способом.

Смертность при означенной операции по данным Ляцко достигает: общая — 25% и редуцированная — 11%. Принимая во внимание, что означенный способ применяется лишь в заведомо инфицированных случаях, можно считать результаты эти вполне удовлетворительными. При полном выздоровлении после операции не исключается возможность повторной беременности (рис. 643).

Операция Порро.

В септических случаях наиболее радикальным способом является операция кесарского сечения по способу Порро, предложенная им еще в 1878 г. и широко применявшаяся вначале, когда классическое кесарское сечение давало очень большой процент смертности. С развитием хирургической техники, и в частности брюшной хирургии, и с разработкой техники надвлагалищной ампутации и экстирпации матки операция Порро в том виде, как она была пред-

ложена, почти всеми оставлена. В настоящее время там, где необходимо убрать инфицированную матку, производят операцию надвлагалищной ампутации или полное ее удаление обычным способом.

Операция *P o r r o*, представляющая в настоящее время скорее исторический интерес, производилась следующим образом. После того как матка выведена из брюшной полости, она не вскрывается, а сначала париетальная брюшина непрерывным швом пришивается вокруг шейки матки, так что брюшная полость совершенно изолируется; вторым непрерывным швом над брюшиной к шейке матки подшивается апоневроз. Тело матки рассекается по передней поверхности, и плод удаляется. Резиновым жгутом толщиной с катетер захватываются широкие связки ниже придатков и матка над пузырно-маточной складкой. Жгут затягивается до отказа, и узел закрепляется шелковой лигатурой, проведенной через шейку. Над жгутом тело матки вместе с придатками отсекается и удаляется ножом или ножницами. При достаточном стягивании жгута обычно кровотечения из культи не наблюдается, но все же рекомендуется перевязать изолированно выступающие на поверхности разреза сосудистые культи; слизистая цервикального канала выжигается термокаутером, культи подшиваются к нижнему углу раны. *Гегар* предложил протыкать культи двумя спицами крест-на-крест выше жгута, чтобы тем самым воспрепятствовать преждевременному его соскальзыванию (рис. 644). Вышеописанным способом сейчас никто не оперирует, и если речь идет об операции *P o r r o*, то подразумевается обычная суправагинальная ампутация матки.

В послеоперационном периоде при операции кесарского сечения ухаживающий персонал должен придерживаться тех же правил, что и после каждого чревосечения, но особого внимания заслуживает новорожденный, для сохранения жизни которого часто только и предпринимается такое тяжелое вмешательство.

ОПЕРАЦИИ, РАСШИРЯЮЩИЕ КОСТНЫЙ ТАЗ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

В случаях, когда во время родов появляются признаки, указывающие на то, что жизни плода угрожает опасность, а препятствие для быстрого окончания родов заключается в несоответствии между размерами головки плода и тазового входа и произвести кесарское сечение не представляется возможным, там можно применить операцию расширения костного таза. Эта операция показана также в тех случаях, когда вследствие сужения таза роды затягиваются и появляются угрожающие здоровью или жизни матери признаки. Следовательно, возникает вопрос об окончании родов посредством перфорации головки живого плода, и указанная операция производится в его интересах. Преимущество операции расширения костного таза перед другими операциями, производимыми в интересах плода, в частности перед кесарским сечением, заключается в том, что для ее выполнения не требуется подвижности подлежащей части плода. Здесь нет необходимости, чтобы плодный пузырь был цел; повышение температуры также не является препятствием для операции, и таким образом имеется возможность не спешить с ней, а выжидать, тем более, что мы никогда заранее не можем учесть ни способности головки конфигурироваться, ни интенсивности родовой деятельности. Расширение костного таза производится двояким способом: или костное кольцо можно рассечь в области симфиза по хрящу, или — несколько отступя в ту или другую сторону от симфиза. Первая носит название *симфизеотомии*, а вторая — *пубисотомии*. Операцию симфизеотомии впервые предложил *Сиголь* (*Sigolt*). Хотя он представил в Парижскую академию разработанный им план операции еще в 1768 г.,

но признание она получила лишь в 1777 г., когда он в Париже впервые произвел ее с успехом как для матери, так и для плода. Эффект этой операции был настолько велик, что в честь ее автора была выбита особая медаль; но нашлись и горячие противники ее, так как при тогдашней оперативной технике она давала огромную как материнскую, так и детскую смертность. Плохие результаты этой операции привели к тому, что она скоро совсем сошла со сцены. Интерес к симфизеотомии снова возрос лишь в конце прошлого столетия благодаря трудам М о р и с а н и (Morisani). Так, в 1886 г. он на основании своих 18 случаев, произведенных за 6 лет, разрешил вопрос и о послеоперационном периоде; он доказал, что в области операционного поля происходит полное сращение симфиза и что оперированные не только не обречены на продолжительное лежание в постели и затруднения при ходьбе, но были в состоянии на 7—15-й день после операции встать и ходить. С п и н е л л и (Spinelli) из клиники М о р и с а н и в 1891 г. опубликовал еще 24 случая применения операции симфизеотомии без единой материнской смертности и без единой детской. Хорошие результаты, полученные М о р и с а н и и его учениками при операции симфизеотомии, обратили на себя внимание акушеров других стран, и уже вскоре П и н а р (Pinard) в Париже опубликовал 3 случая с благоприятным исходом.

В Германии этой операцией заинтересовался Ц в е й ф е л ь, который опубликовал 52 случая симфизеотомии со смертностью 6% матерей и 8% детей. В России эту операцию проделал впервые акад. К р а с с о в с к и й в 1892 г., и с тех пор она имеет своих защитников. На основании наблюдений М о р и с а н и, А л ь ф е л ь д а и др. установлено, что при расщеплении лонного сочленения и расхождении концов костей на 6—7 см, прямой размер входа в таз увеличивается на 1,5—2 см, что имеет большое значение при узком тазе. Эта величина считается средней для расхождения краев симфиза, допустимой для роженницы; надо иметь в виду, что она подвержена большим индивидуальным колебаниям, и в то время как у некоторых женщин расхождение симфиза даже до 9 см не влечет дурных последствий, у других и меньшая степень расхождения уже вызывает разрыв связок крестцово-подвздошного сочленения и повреждение самих сочленений. У небеременных расхождение даже на 1,5—2 см вызывает разрыв этих связок. Расхождение концов кости при операции симфизеотомии неизбежно влечет за собой разрыв прилегающих к симфизу мягких частей, что иногда вызывает сильное кровотечение или недержание мочи. Особенно значительны бывают повреждения мягких частей при этой операции у первородящих и роженец с недостаточно подготовленными родовыми путями и потому операцию симфизеотомии следует производить лишь у повторнородящих, со средними степенями сужения таза при прямом разрезе входа в таз не менее 7 см, при полном открытии маточной шейки и наличии живого ребенка.

Техника симфизеотомии состоит в следующем. Сперва делают небольшой, сантиметра на 3—4, поперечный разрез кожи над верхним краем лона, затем, оттягивая тупым крючком верхний край кожной раны, разрезают апоневроз по белой линии настолько, чтобы можно было ввести падец, который располагается по задней поверхности симфиза; под его контролем симфиз рассекается по хрящу тупоконечным ножом сверху вниз и спереди назад; такое направление разреза более соответствует анатомическим условиям. После перерезки хряща края симфиза несколько расходятся и тогда под контролем глаза рассекают *lig. arcuatum*, предохраняя мочевой канал введенным в него катетером, отдавливающим уретру кзади. Ряд авторов [М о р и с а н и, Н о в и (Novi), Г а л б и а т и (Galbiati) и др.] предлагает рассекать как связки, так и хрящ симфиза, действуя ножом снизу вверх и сзади наперед. Мы, однако, в согласии с мнением П и н а р а и Ф е н о м е н о в а, считаем, что такой

разрез является менее рациональным и попасть ножом в сочленение будет более трудно, так как сзади место спайки иногда представляет собой очень узкую щель.

По окончании операции одни придерживаются выжидательного способа ведения родов, предоставляя их естественному течению, другие же кончают роды при помощи щипцов или поворота. После того как роды закончатся, сшивается только поверхностная фасция, кожа зашивается наглухо наложением узловых шелковых швов, или же во избежание гематомы в нижний угол раны вводится предохранительный тампон; вокруг таза накладывается давящая повязка. **Ц в е й ф е л ь** настаивает на неполном закрытии раны и дренировании залонного пространства, причем нижний конец дренажа он выводит через большую губу.

Для рассечения лонного сочленения **С п и н е л л и** предложил особый инструмент — симфизеотом, состоящий из стальных параллельных пластинок, удаленных друг от друга на толщину передне-заднего размера симфиза. На пластинках нанесены деления на сантиметры; между пластинками вставляется крепкий нож с косым лезвием; с помощью особого приспособления нож может быть установлен на желаемой высоте. По обнажении симфиза параллельные ветви инструмента надвигают на симфиз таким образом, что одна ветвь помещается сзади, а другая спереди симфиза, а самое сочленение приходится в плоскости расположения ветвей инструмента. Проведя ветви инструмента на требуемую глубину, ударом по рукоятке опускают нож, и разрез совершается за один раз. Означенный инструмент представляется довольно сложным, и кроме того он требует обнажения всего симфиза. Заслуживает внимания предложенный **Н. И. С о н и н ы м**, из клиники проф. **О к и н ч и ц а**, инструмент для подкожной симфизеотомии, при помощи которого достигается максимальная быстрота и простота операции; кроме того, инструмент этот дает возможность рассекать симфиз спереди. Устройство «симфизеотома» **С о н и н а**, состоящего из ножа и щита, уясняется из рис. 645.

Ф р а н к предложил производить симфизеотомию подкожно следующим образом. Острым ножом на нижнем крае лонного сочленения производится небольшой разрез и отсюда тем же ножом разрезается симфиз, причем введенными во влагалище двумя пальцами отодвигают уретру и пузырь в сторону и контролируют введение ножа. Благодаря небольшой величине кожной раны предотвращается в некоторой степени проникновение инфекции в подкожную раневую полость.

В 1925 г. **З а р а т е (Zarate)** из Буэнос-Айреса и **О р т и ц - П е р е ц (Ortiz-Peretz)** из Гаванны предложили производить симфизеотомию подкожным способом; оба предложения почти тождественны, чрезвычайно просты технически и дают неплохие результаты.

Способ **З а р а т е** состоит в том, что операция производится остроконечным скальпелем, причем больная укладывается на край операционного стола и ноги ее сгибаются в тазобедренном и коленном суставах и сильно разводятся, удерживаясь в этом положении помощниками. Операцию лучше производить под общим ингаляционным наркозом, чтобы больная не слышала звука разрывающихся тканей, который происходит во время разреза симфиза и тягостно на нее действует, вследствие чего она может произвести произвольное движение, мешающее ходу операции.

Опорожнив мочевой пузырь, вводят во влагалище второй и третий пальцы левой руки и отталкивают кверху нижний сегмент подлежащей части, вместе с тем отодвигают уретру в правую сторону до тех пор, пока симфиз не перерезан.

После обычной подготовки наружных половых органов и смазывания кожи лобка иодом, скальпелем на полсантиметра ниже верхнего края симфиза делают вкол, проникающий в хрящ; затем разрез хряща ведут, не применяя значитель-

ной силы, по направлению книзу, пока нож не скроется весь в суставе; держа нож в наклонном книзу положении, разрезают весь хрящ и находящиеся спереди связки. Если симфиз не расходится, то это означает, что часть нижней связки еще не разрезана; в этом случае ее постепенно рассекают ножом; если и после этого концы краев симфиза не расходятся, тогда ножом рассекается связка, расположенная над симфизом. Когда симфиз и связка рассечены, нож удаляется и в продолжение нескольких минут прижимается то маленькое отверстие, которое им сделано, чтобы избежать излишней потери крови; затем на кожную рану накладывается один узловый шов (рис. 646).

Техника О р т и ц - П е р е т ц а отличается от операции З а р а т е только тем, что он для рассечения симфиза применяет специальный инструмент — симфизеотом особого устройства; на небольшую кожную рану накладывается один узловый шов (рис. 647).

Приведенные способы симфизеотомии настолько просты, что нельзя не согласиться с мнением, высказанным об этой операции авторами, считающими ее легкой и безопасной для женщины.

В послеоперационном периоде больные должны соблюдать покойное положение на спине в течение 6—7 дней. Среднее пребывание на койке должно быть не менее 20 дней, чтобы получилось весьма прочное сращение, и тогда ничто не указывает на предшествовавшее нарушение целостности костного кольца. Никаких явлений неустойчивости, ни более или менее значительной подвижности не наблюдалось, несмотря на то, что в некоторых случаях оперированные уходили домой на 10-й день.

Результаты операции с улучшением техники резко изменились; так, если прежде смертность матерей достигала 30%, то теперь по статистике Р о т а (Roth) — 2,4%, Д э д е р л е й н а — 4,0, Ф р а н к а — 0,3, по сборной статистике Д и т р и х а (Dietrich), обнимающей 500 случаев, операция эта дает 6% смертности матерей и 6,2% смертности детской.

В виду того, что при операции симфизеотомии нередко наблюдаются кровотечения и ранения прилегающих органов (уретры, мочевого пузыря), возникла мысль перенести место рассечения с сустава на кость, тем более что условия для заживления здесь значительно лучше, чем в суставе, а прилегающие органы (пузырь, уретра, клитор) и лежащее между ними и лоном венозное сплетение остаются сбоку от линии разреза и травмируются в меньшей степени. Преимущество рассечения кости заключается еще в том, что здесь расширение обеих половин таза не равномерное, как при симфизеотомии, и больше на той стороне, где делается распил. Учитывая, что затылочная часть головки более объемиста, чем лобная, мы, рассекая кость на стороне, где располагается затылок, тем самым создаем лучшие условия для прохождения головки.

Впервые расширение тазового кольца путем рассечения лобковой кости было произведено на живой в 1832 г. Г о л б и а т и (Golbiati), но широкое применение эта операция нашла лишь после разработки техники Л. Д ж и г л и (Leonardo Gigli) в 1893 г., предложившим для выполнения ее весьма целесообразную и удобную пилу. В 1897 г. В а н - д е - В е л ь д е предложил для этой операции название *гепотомия* вместо употреблявшегося прежде названия *пубиотомии*. В России первая пубиотомия сделана К и т н е р о м в 1904 г. При операции пубиотомии удается расширить прямой размер входа в таз самое большее на 2 см; исследования П р о з о р о в с к о г о, Ш в о г е р, Л о т т е ц к о г о показали, что концы распиленной лонной кости можно разводить (без опасения нарушить целостность крестцово-подвздошного сочленения) не более как на 4—7 см, причем прямой размер увеличивается на 1,2—1,8 см. Следовательно, применять данную операцию можно лишь тогда, когда имеется прямой размер входа не менее 7 см; Ф е н о м е н о в, С т р о г а н о в, Я р ц е в за низший предел считают 7,5 см для плоских тазов и 8 см для общесуженных.

После операции пубиотомии, как и при симфизеотомии, нередко наблюдаются осложнения в виде кровотечений, ранения мочевого пузыря и разрыва мягких частей; так, по сборной статистике Ш л а ф л и (Schlafli) ранение мочевого пузыря и уретры на 700 операций наблюдалось 12 раз, сквозное ранение влагалища у первородящих в 32,5% и повторнородящих в 11,9%. Общая смертность по Ш л а ф л и — 4,37% для матерей и 9,18% для детей, по Р ё м е р у (Römer) — 1,7 для матерей и 6,6 для детей; Д э д е р л е й н имел 1,3% смертности. В Родильном доме имени Снегирева, по данным Г у с а к о в а, на произведенные 63 пубиотомии (все больные — повторнородящие) была 1 материнская смерть в 1921 г. [случай с больной, доставленной с высокой (39°) температурой, очень желавшей иметь живого ребенка]; детская же смертность (2 случая) составляла 0,3%. В одном случае приступлено к операции при замедленном ритме сердечной деятельности, в другом — после операции, когда сердцебиение плода было правильное, решено было выждать произвольных родов, но внезапно сердцебиение прекратилось и, несмотря на срочное наложение шипцов, оживить ребенка не удалось. У большинства пубиотомия произведена после длительных родов при температуре от 37,8 до 38,7°, в одном случае при температуре в 39°. Пребывание больных в стационаре в зависимости от этого было более продолжительным, чем в случаях, когда температура была нормальной, не превышая 37,5°; здесь послеоперационный период укорачивался до 14 дней и в 3 случаях — до 11 дней. После операции больные обычно вставали на 8—9-й день, осложнений в походке не было, не было также и значительных кровотечений. Наблюдения нашей клиники дают нам право рекомендовать эту операцию в тех случаях, когда во время родового акта у многорожавшей стоит вопрос, перфорировать ли головку живого плода, или же произвести пубиотомию, причем кесарское сечение исключается из-за повышенной температуры.

Техника операции Д ж и г л и следующая. Разрез проводится от верхнего края лонной кости вправо или влево от симфиза косо книзу и кнаружи по направлению к большой губе вплоть до нижнего края лонной кости. Разрезом обнажается передняя поверхность кости, затем через верхний край его позади кости вводится проводник, конец которого выходит из-за кости в нижнем углу раны. К проводнику прикрепляется шелковинка, с которой соединено ушко пилы; при проведении проводника и обратном его выведении движение инструмента контролируется двумя пальцами через влагалище. При выведении через верхний край раны пилы, на нее надевают рукоятки (рис. 648) и производят перепиливание кости сзади наперед. Концы костей расходятся, и роды заканчиваются наложением шипцов или самопроизвольно. По окончании родоразрешения рана мягких частей зашивается послойно; на таз накладывается фиксирующая повязка. В а н - д е - В е л ь д е предложил разрез мягких частей и лобковой кости производить в несколько косом направлении, ведя его сверху и снаружи книзу и кнутри; начинается он кнутри от места прикрепления пупартовой связки (рис. 649). При проведении разреза надо иметь в виду, что чем ближе он будет располагаться к симфизу, тем большая опасность ранения привлекающих мягких частей.

Д э д е р л е й н в 1903 г. предложил производить пубиотомию подкожным способом, для чего он воспользовался особо изогнутой иглой, которая служит для проведения пилы (рис. 650). Он делает поперечный разрез по верхнему краю горизонтальной ветви лобковой кости над лонным бугорком вплоть до кости; длина разреза 3—4 см; отсепаровав тупым путем мягкие части, он проникает в залонное пространство указательным пальцем левой руки и выпячивает его верхушку у нижнего края лонной кости в области большой губы; проведение пальца удается легко благодаря тому, что между задней стенкой симфиза и мочевым пузырем располагается рыхлая предпузырная клетчатка. Под контролем этого пальца вводится игла Д э д е р л е й н а [тупая видоизмененная игла

Дешана (рис. 651), предназначенная для проведения проволочной пилы Д ж и г л и] и выкалывается в верхней трети большой губы; так как конец иглы умышленно сделан тупым, чтобы избежать поранения соседних тканей, то над выпячивающимся ее концом проводится небольшая разрез, через который она проникает наружу. Пилка Джигли надевается на крючок, имеющийся на конце иглы, протягивается снизу вверх, вытягивается в верхний разрез и снабжается рукоятками. Затем приступают к перепиливанию кости, которая распиливается сзади наперед, для чего необходимо от 15 до 20 движений пилы; чтобы избежать перелома пилы следует при распиливании держать рукоятки так, чтобы пила была по возможности выпрямлена и не образовала угла около кости (рис. 652). Во время распиливания кости помощники удерживают бедра роженицы в положении легкого отведения, ротируя их одновременно внутрь, во избежание излишнего расхождения концов перепиленной кости. Распиливание продолжается до тех пор, пока не прекращается сопротивление кости, что обыкновенно происходит внезапно, как только распил закончен, после чего пилку извлекают. Из ранки довольно часто появляется сильное кровотечение, которое является результатом ранения при распиливании кровеносных сосудов. Кровотечение это находится в связи с венозным переполнением тазовой области и проходит, как только заканчиваются роды, после чего на кожную ранку накладывают два узловых шелковых шва; на таз кладется фиксирующая повязка.

Б у м м для пубисотомии предложил иглу (рис. 653), оставляющую только два тонких укола, которые тотчас склеиваются, и через несколько дней их больше не видно. Операция производится следующим образом. После соответствующей обработки наружных половых органов и влагалища, большим и указательным пальцами отчетливо нащупывают поперечную ветвь лобковой кости и, оттягивая малую губу и клитор к середине, вкалывают иглу на краю большой губы под самой костью. Постепенно опуская рукоятку, ведут затем иглу вдоль задней поверхности кости вверх, и когда верхний край достигнут, сильным отдавливанием рукоятки книзу прокалывают кожу (рис. 654). Введенный во влагалище указательный палец другой руки контролирует правильный ход острия иглы, которое должно все время скользить вдоль кости и выводиться не в сторону, а ближе к симфизу. Когда острие иглы показалось, пуговка проволочной пилы вдевается в ушко. При потягивании иглы проволока вместе с ней скользит позади кости и выходит наружу через нижнее отверстие укола. Концы пилы пристегиваются к двум рукояткам, и кость распиливается так же, как это делается при распиливании по методу Д э д е р л е й н а. Если кость распилена, а концы ее не расходятся, это значит, что они удерживаются неповрежденными связками. Их нужно разорвать, и это достигается разведением бедер, после чего распиленное тазовое кольцо раскрывается с глухим треском. Производя прижатие тампоном в области обоих отверстий укола и противодействие тампоном со стороны влагалища, добиваются прекращения кровотечения из распиленной кости и мягких частей (если опоздать с прижатием, то образуются гематомы). После распилки поступают двояко: или извлекают головку щипцами, или выжидают самопроизвольного изгнания плода.

Стремление по возможности ограничить ранение мягких частей привело к оперированию при помощи укола ножом, достаточного лишь для проведения проводника с пилкой. В этом случае, по предложению Л е о п о л ь д а, Строганова, Окинчица и др., делается над лонным бугорком маленький разрез кожи ножом до кости; в это отверстие вводится наощупь проводник Д э д е р л е й н а, который продвигается по задней поверхности кости под контролем двух пальцев (рис. 655), введенных во влагалище. Проводник выводится у нижнего края лонной кости в области большой губы; на месте выпячивания делается надрез кожи; таким образом проводник обходит кость по задней поверхности, и нижний конец его выводится наружу; на него надевается

ушко пилы, и она выводится в верхнюю рану. Распил кости и дальнейшее ведение послеоперационного периода такое же, как и при пубиотомии по способу Дэдэрлейна и Бумма.

Результаты подкожной пубиотомии значительно лучше, чем открытой; по Бумму при ней 1—2% смертности матерей и не больше 6% смертности детей.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА И ЭМБОЛИИ.

Ассистент А. И. Серебров.

Тромбоз вен, развивающийся в послеоперационном периоде, нужно отнести к весьма серьезным осложнениям вследствие опасности последующих эмболий. По статистическим данным, тромбозы у женщин встречаются чаще, чем у мужчин, каковому обстоятельству вероятно благоприятствуют особенности кровообращения в малом тазу и чаще наблюдаемые варикозные расширения вен. Наиболее часто тромбофлебиты встречаются на нижних конечностях и в тазу, редко на верхних конечностях. Особенно излюбленным местом образования тромба является левая бедренная вена, что объясняется своеобразным расположением сосудов, затрудняющим отток крови по венам левой ноги. Причины тромбоза различны. Правильнее сказать, что к тромбозу ведет совокупность нескольких причин. Так, безусловно имеет значение замедление кровяного тока вследствие ослабления сердца под влиянием наркоза, потеря крови, ведущая к физико-химическим изменениям плазмы (в отношении содержания фибриногена, свертываемости, вязкости и т. п.). Что касается бактериальных влияний, то согласно исследованиям Бумма, Дэдэрлейна, Цвейфеля и др. они роли не играют, по крайней мере при обыкновенной форме послеоперационного тромбоза.

Заболевания сердца, легких, сосудистой системы (варикозные расширения), травмы сосудов при операции — все это может являться моментами, способствующими тромбозу. Поэтому бережное обращение с сосудами — важная профилактическая мера. Затем большую роль играют подготовка сердца перед операцией в необходимых случаях, ранние движения конечностей и дыхательная гимнастика для усиления кровообращения. Что касается раннего вставания, которое некоторое время было в большой моде, то его пользу нельзя еще считать доказанной, и во всяком случае в этом вопросе должна проводиться строгая индивидуализация.

Касаясь диагностики, нужно сказать, что она трудна только в начале заболевания. Существенную роль играет изменение пульса, именно ступенеобразное нарастание частоты его — признак Малера (Mahler): температура тела не постоянна, она может быть повышена, но может быть субфебрильной и даже нормальной. Далее характерным явлением нужно считать местную боль, которая чаще всего локализуется в икроножных мышцах и в паху. Более поздним симптомом является отек конечности.

Лечение тромбофлебитов может быть консервативным и хирургическим. В первом случае больная укладывается в постель с приподнятой на 30—45° конечностью, которую первые три недели держат в шине, а затем еще около трех недель между подушками. Местно применяется тепло в виде согревающих компрессов, влажных повязок. Некоторые рекомендуют в начальных стадиях пиявки на бедро и голень. Каппис рекомендует циркулярные пластырные повязки на пораженную конечность по Фишеру, указывая, что при этом способе лечения вполне допустимы движения в кровати и можно разрешить больной значительно раньше встать с постели. При тромбозе поверхностных вен бедра лучше всего сразу же выключить затромбированный участок из круга крово-

обращения, перевязав вену выше тромба, ибо хотя эмболии в этих случаях и редко наблюдаются, все же существует опасность распространения тромбоза в центральном направлении к большим венозным стволам, а кроме того, не исключается возможность генерализации инфекции, если тромб нагнаивается. В последнем случае целесообразно даже иссечь затромбированный участок вены.

Опасность тромбоза заключается в последующих эмболиях, которые могут быть не обязательно смертельными. Чаще всего приходится наблюдать легочные инфаркты с их характерными симптомами: колотьем в груди и между лопаток, сердцебиением и чувством стеснения дыхания, ускорением пульса и аритмией, кровавой мокротой и обычно повышенной температурой. Такие инфаркты легко могут повести к развитию плеврита, пневмонии и даже абсцессу легкого при инфицированном эмболе.

Лечение указанных осложнений производится по правилам обычных терапевтических вмешательств, рекомендуемых при названных заболеваниях: наркотики, сердечные, тепловые процедуры и т. д.

Оперативное лечение эмболий.

Грозным осложнением тромбоза является эмболия легочной артерии или ее ветвей, что обычно вызывает смерть в течение нескольких минут. По статистическим данным подобные, обычно смертельные эмболии чаще наблюдаются при тромбозе тазовых вен (*vv. hypogastric. iliac. commun. et spermatic. intern.*), чем бедренных, которые дают в этом отношении лучший прогноз.

Вид больных при внезапно наступившей эмболии легочной артерии довольно характерен: общая бледность с цианотическим оттенком, вздутие шейных вен вследствие застойных явлений, малый и частый пульс, учащенное дыхание; больные, страдая от недостатка кислорода, становятся беспокойными, появляется чувство страха смерти. Вскоре затем наступает потеря сознания, кислородное голодание нарастает, развивается паралич дыхания, и больная погибает. Единственным средством, могущим спасти больную, является операция Т р е н д е л е н б у р г а, заключающаяся в извлечении эмбола из легочной артерии. Эта весьма сложная операция должна быть произведена быстро, и поэтому браться за нее может лишь хирург с хорошо развитой техникой. Хотя эта операция чисто хирургическая, все же для полноты изложения мы считаем уместным дать ее описание, заимствуя его из оперативной гинекологии Б у м м а и снабдив его несколькими рисунками по Г а л ь б а н у.

Операция складывается из четырех моментов: 1) обнажение легочной артерии, 2) наложение резиновой трубки вокруг аорты и легочной артерии, отделение сосудов; 3) надрез легочной артерии и извлечение тромба; 4) зашивание легочной артерии, закрытие раны.

Т р е н д е л е н б у р г рекомендует следующие правила для лучшего проведения каждого из этих моментов в отдельности.

Первый момент операции — обнажение легочной артерии — относительно прост. Сосуд расположен большей своей частью во втором межреберном промежутке. *Ostium pulmonale* правого желудочка — у левого грудного края, под хрящом III ребра. Легочная артерия лежит внутри околосердечной сумки. Аорта и легочная артерия довольно прочно спаяны друг с другом и окружены общим перикардальным влагалищем, которое сопровождает легочную артерию до места ее разветвления и здесь переходит на париетальный листок сердечной сумки. Верхняя полая вена также окружена особым влагалищем, так что внутри перикарда, между аортой и легочной артерией с одной стороны и верхней полой веной — с другой стороны, остается удобный проход для указательного пальца — *sinus pericardii transversus*. Спереди перикард покрыт плеврами, которые позади II и III ребер сходятся. Если нужно обнажить легочную артерию,

то проникают слева на уровне II ребра в грудную клетку, вскрывают прежде всего левую плевру, а затем полость перикарда.

I момент. Начинают с поперечного разреза, на уровне II левого ребра, который проходит от грудинного края вдоль II ребра приблизительно на 10 см кнаружи. Перпендикулярно к нему ведут второй разрез впереди у левого грудинного края от рукоятки грудины на уровне I ребра до места прикрепления хряща III ребра или еще немного дальше книзу по груди. Два треугольных кожных лоскута, очерченных таким образом, отпрепаровываются с лежащими под ними частями большой грудной мышцы, кверху и книзу, обнаженное ребро у боковой конечной точки поперечного разреза быстро рассекается реберными ножницами, кусок ребра стягивается кпереди и в сторону или удаляется (рис. 656, 657).

Потом большей частью уже обнаженную плевру разрезают одним взмахом, параллельно грудинному краю на расстоянии 1 см от него, кверху до I и книзу до III ребра, осторожно избегая *art. mammaria interna* (рис. 658). Последнее (III) ребро разрезается в вертикальном направлении в области своей хрящевой части. Мягкие части растягиваются крючками в стороны, и теперь обнаруживается, ближе к середине, сердечная сумка, а в стороне — отодвинутое легкое.

На париетальном листке перикарда можно тотчас же узнать грудобрюшной нерв (*n. phrenicus*). Теперь осторожно крючковатыми пинцетами захватывают немного кпереди от грудобрюшного нерва перикардиальный листок на уровне II ребра (не выше), и рассекают его кверху и книзу, пока не обнажится вся легочная артерия, а если необходимо, то еще немного книзу по направлению к сердцу. Все это удобно можно сделать в течение двух минут (рис. 660).

II момент. Теперь речь идет о том, чтобы западающую аорту и легочную артерию подтянуть вперед к ране и содействовать сжатию сосудов. Для этого проводят сильно изогнутый, длинный пуговчатый зонд (рис. 660₁) внутрь перикарда, через синус перикарда, винтообразными движениями слева направо, позади сосудов так, что пуговка зонда появляется вновь у левого края грудины (рис. 661).

С помощью пристроенного здесь маленького винта на пуговке зонда укрепляют тонкую резиновую трубку (рис. 660₂), зонд протягивают обратно, резиновую трубку отрезают и, таким образом, она оказывается позади аорты и легочной артерии. При потягивании концов резиновой трубки кпереди и книзу можно вытянуть сосуды и сжать их частично или совсем; прекращая же потягивание, можно тотчас же прекратить и сжатие сосудов (рис. 662).

III момент. Прежде чем совершенно зажать сосуды, осторожно захватывают перикардиальный чехол легочной артерии у его переднего наружного края двумя анатомическими пинцетами и разрывают его так далеко, что стенка сосуда ясно выступает. Затем легочную артерию сильно сжимают и быстро протыкают ножом на обнаженном месте. Нож проводят в продольном направлении приблизительно на расстоянии $\frac{3}{4}$ см до места деления сосудов и, при помощи полипных щипцов (которые спереди немного притуплены, чтобы они не могли захватить стенку артерии у места ее деления), проникают ими в ствол и артериальные ветви, чтобы захватить и извлечь эмбол. Захваченный щипцами эмбол ясно ощущается, и потому обходятся маленьким разрезом меньше чем в 1 см длиной. Стенка артерии растяжима, так что и очень толстые тромбы могут быть извлечены через такое маленькое отверстие.

Чтобы работать уверенно и удалить все тромбы, надо полипные щипцы обязательно сначала вводить в ствол, а затем в правую и левую ветвь. Легче проникнуть в правую ветвь, которая является прямым продолжением ствола, чем в расположенную под углом левую ветвь.

Если эмболы удалены, то в сосудистую рану вводят зажимающий пинцет, вытягивают таким образом стенку сосуда в продолговатую складку и зажимают

артерию наложенными сбоку зажимами, по возможности шире охватывая отверстие в артерии (рис. 663).

Вместо зажимающего пинцета можно захватить края раны обыкновенным хирургическим или анатомическим пинцетом.

Разрез, извлечение эмбола и зажатие артерии не должно продолжаться больше $\frac{3}{4}$ минуты. Но для нескольких таких простых движений руки это более долгий срок, чем нужно. Большой частью достаточно 30 секунд и обыкновенно остается время, чтобы после этого провизорно отжать открытую артерию, пропустить ток крови и через несколько минут опять сдавить и повторить эту манипуляцию. Операция над артерией, в особенности захватывание зажимающим пинцетом и наложение зажима, несмотря на успешность, должна быть проведена спокойно и осторожно, так как стенка легочной артерии в отношении ломкости и разрываемости больше походит на вену.

IV момент. Над зажимом можно произвести зашивание артериальной стенки с помощью ряда густо расположенных узловатых швов из тонкого шелка, которые захватывают интиму.

Наложение шва — самая трудная часть операции, так как сердце к тому времени начинает бурно пульсировать, а легочную артерию можно привести в спокойное состояние и вытянуть кпереди при помощи повторных потягиваний резиновой трубки только лишь на несколько секунд. За зажим тянуть нельзя, ибо он может соскользнуть.

Потом следует наложение нескольких швов на перикард и закрытие наружной раны.

Так как по окончании операции сердце слабеет и легко отказывается работать, то применение возбуждающих средств необходимо. Наиболее эффективным по Лоуэну (Lawen) и Сиверсу (Sievers) является искусственное дыхание кислородом, подкрепленное инъекцией адреналина в левый желудочек, которую производят тотчас же после удаления резиновой трубки. Подобным же образом действует внутривенное вливание физиологического раствора с адреналином.

Тромбоз и оперативное лечение его.

Если сравнительно благоприятно протекают послеоперационные тромбозы, то нельзя этого сказать о послеродовых тромбофлебитах, обычно являющихся результатом септической инфекции. Большинство они лечатся также консервативно, но в последнее время в западно-европейской литературе все чаще и чаще приходится встречать сообщения о хирургическом лечении гнойных тромбофлебитов и развивающейся на этой почве метастатической бактериемии путем перевязки глубоких тазовых вен и даже полых вен. Вопрос этот, правда, не новый, ибо еще Гунтер (Hunter) в 1784 г. лечил случаи пиемии перевязкой *v. saphenae*. Затем в 1894 г. Зиппель (Sippel) предложил, а Фрейнд (W. Freund) в 1897 г. перевязал при септической пиемии затромбированную яичниковую вену, но неудачно, так как больная погибла. В 1902 г. Тренделенбург сообщил о 4 неудачах из 5 операций перевязки вен. Затем этот вопрос как-то заглох, хотя Кауффман (Kauffman) в 1920 г. собрал опубликованные в литературе 174 случая подобных операций с 55,1% смертности. Инициатором оживления интереса к этой операции нужно считать берлинского хирурга Мартенса (Martens), выступившего в 1930 г. с докладом в Берлинском акушерско-гинекологическом обществе «О перевязке вен при пиемии». Поднимая вопрос о перевязке вен при пиемии, Мартенс базируется на следующих положениях: 1) без гнойного тромбофлебита не может быть пиемии; 2) какая бы консервативная терапия при пиемии ни применялась, она будет безуспешна и смертность при ней достигает 100%; 3) перевязка вен при пиемии

будет успешна только тогда, если она будет сделана рано, на здоровом участке вены, до образования смертельных метастазов.

Оперировать М а р т е н с советует тотчас же, как только поставлен диагноз пиемии; он считает, что диагноз можно и должно ставить рано на основании анамнеза, клинического течения (ознобы), исследования крови, вагинального и абдоминального исследования.

Им было оперировано 29 случаев, из коих два были оперированы ошибочно при эндокардите. Из остальных 27 выздоровели 17, т. е. 63%. После доклада М а р т е н с а в немецкой литературе появляется целый ряд сообщений об этой операции, и в настоящее время вероятно нет ни одной крупной германской клиники, которая бы не испробовала эту операцию. На основании литературных данных за последние четыре года можно сказать, что предложение М а р т е н с а не встретило большого сочувствия среди большинства видных германских гинекологов, по крайней мере в той формулировке вопроса, какая дана Мартенсом.

Большинством авторов ранняя операция по М а р т е н с у принципиально отвергается на том основании, что еще нет единого мнения в вопросе о том, что считать пиемией, кроме того рано поставить диагноз с полной уверенностью чрезвычайно трудно (Ш т е к к е л ь, Л я ц к о, Г а м м е р ш л а г), благодаря чему при раннем вмешательстве попадутся случаи ложной пиемии или случаи пиемии, которые могли бы быть излечены и без операции [Ш е л л е н б е р г (Schellenberg), К ю с т н е р, Ф е л ь с (Fels), Г а н н е с (Hannes)]. По данным К л а у б е р г а (Clauberg) на основании большого материала Кильской гинекологической клиники, 70% случаев, которые по М а р т е н с у должны были бы подвергнуться операции, излечиваются консервативно.

Не менее спорными являются также вопросы о том, какие вены перевязывать, в каком месте, каким путем к ним подходить и, наконец, в какой период заболевания предпринимать операцию. Не имея возможности остановившись на весьма противоречивых мнениях по всем указанным вопросам, я позволю себе остановиться только на последнем вопросе.

Имеются предложения подходить к глубоким венам тремя путями: экстраперитонеально (рис. 664), трансперитонеально (рис. 665) и влагалищным путем (Т э й л о р). Последнего способа никто не применяет; что же касается первых двух, то каждый имеет своих сторонников и противников. Сторонники экстраперитонеального способа [М а р т е н с, Ш е р ш (Schurch), К о х, Ш т е к к е л ь и др.] в защиту этого метода приводят то соображение, что при нем больше гарантии от опасности развития последующего перитонита, что в случае распространения инфекции по лимфатическим и кровеносным путям в окружности тромба может быть применен дополнительно дренаж этой области (М а р т е н с), что при экстраперитонеальном способе опасность шока меньше, чем при трансперитонеальном (В а г н е р).

Приверженцы трансперитонеального метода [Б у м м, Де-Ли (De Lee), К р о с с е н, Л а ц к о и др.) в защиту последнего приводят то соображение, что при этом способе легче ориентироваться и найти тромб. Помимо этого экстраперитонеальный способ технически более сложен и кроме того при пользовании им возможны ошибки (случаи З е м м е р а, Г и н з е л ь м а н а и К е р е р а); что же касается опасности перитонита, то она невелика, ибо, по статистике Кауфмана, на 174 операции брюшностеночным путем умерло от перитонита только 4 больных.

Наконец К е р е р предлагает пользоваться комбинированным способом при перевязке вен, а именно сначала сделать пробную лапаротомию для того, чтобы установить осмотром и осторожным ощупыванием, где именно имеется тромб, а затем уже к нему более уверенно и быстро подходить экстраперитонеально, закрыв брюшную полость.

Что касается статистики смертности после операций перевязки вен, то цифры ее колеблются от 48,5 до 55,1% [Шелленберг (Schellenberg)]. Тальяферро (P. Tagliaferro) собрал из литературы последних лет 254 случая перевязки вен, из которых 137 больных выздоровели, т. е. 53,3%. Эти цифры были бы весьма ободряющими, если бы они касались действительно безнадежных случаев метастатической бактериемии, но нужно иметь в виду безусловно большое число неблагоприятно закончившихся отдельных случаев, которые обычно не публикуются, а также случаи сомнительные в смысле правильной диагностики.

Резюмируя все сказанное, мы пока теоретически на основании литературных данных должны прийти к следующим выводам:

1. До сих пор еще нет единого твердого мнения о том, какие случаи подходят под название «пиемия».

2. Под хирургическим лечением *пиемии* (или *метастатической бактериемии* по терминологии, принятой в нашей клинике) нужно понимать перевязку вен таза или нижней полой вены при наличии в них гнойных тромбов с целью воспрепятствовать попаданию инфицированного материала в общий круг кровообращения.

3. Ранний диагноз метастатической бактериемии чрезвычайно труден, а так как это обстоятельство для оперативного вмешательства имеет гораздо большее значение, чем для любого консервативного лечения, то применение «ранней операции» по Мартенсу нужно считать целесообразным. В ряде случаев это будет не ранняя операция уже наступившего тромбоза, а скорее профилактическая операция (Зоммер, Лацко).

4. Имеющиеся статистические данные различных авторов (P. Шредер, Закс, Клауберг) показывают, что больные, которые по признакам Мартенса должны были рассматриваться как страдающие пиемией, выздоравливали в 50—70% без операции. Памятуя об этом, нужно показывать к перевязке вен ставить с большой осторожностью, тем более что ознобы не могут иметь решающего значения.

5. Трансперитонеальный и экстраперитонеальный способы каждый имеют свои преимущества и недостатки. В сомнительных случаях целесообразно начинать с трансперитонеального.

6. Решаясь на операцию перевязки вен при явной метастатической бактериемии, необходимо учитывать, что можно встретиться с рассеянным тромбозом в нескольких венах вплоть до почечной вены, когда операция безусловно будет безуспешной.

Наконец нужно иметь в виду, что перевязка вен не всегда гарантирует от распространения септической инфекции из тромба по коллатералям, ибо часто септический тромбоз сопровождается периваскулярными лимфангоитами и коллатеральные вены в таких случаях являются воротами для вторичной инфекции вокруг произведенной перевязки. Э. Фельс опытным путем на животных доказал, что даже после перевязки полой вены при впрыскивании в каудальный отрезок вены иодипина или бактериальных культур, последние очень скоро могли быть обнаружены в центральном отрезке вены (коллатерали!); на этом основании он считает перевязку вен при пуэрперальной инфекции вообще иллюзорной. Поэтому некоторые американские авторы предлагают не только перевязывать вены, но и иссекать их вместе с придатками одноименной стороны, как показано на рис. 665, по Кроссену, или одновременно делать даже полную экстирпацию матки (Болдуин).

Последний автор при указанном способе оперирования получил только 30% смертности на 67 больных.

Что касается русской литературы, то сообщений о перевязке вен мы пока не встречали, за исключением критического очерка проф. Илькевича.

Считая простую перевязку вен выше места поражения нецелесообразной и неправильной, он выставляет другой принцип оперирования, а именно — комбинировать перевязку вен с дренированием их наружу. Небольшое количество случаев (три) не позволяет сделать определенного заключения об этом способе операции.

Наконец заслуживает внимания предложение Г а й м а (E. Haim), рекомендующего при септическом тромбозе тазовых и бедренных вен, сопровождающемся отеком нижней конечности, инцизию мягких частей бедра с наружной стороны. Он делает разрез на протяжении 10 см начиная от большого вертела, проникая в глубину тканей до периоста бедренной кости, и затем рану дренирует резиновыми трубками. По его заявлению, отек быстро проходит, восстанавливается нормальный тургор кожи, состояние больных субъективно улучшается, боли исчезают, температура падает, восстанавливается нормальное кровоснабжение конечности по коллатералям и значительно укорачивается срок выздоровления.

Мы однажды испробовали этот способ в клинике с хорошим результатом.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Проф. Л. Л. Окунчик.

Грудная железа при ее заболеваниях находится на попечении хирурга, но так как гнойное ее воспаление или грудница встречается обычно у рожениц в первые недели после родов, то поэтому с ней приходится часто сталкиваться и акушеру-гинекологу.

Существует несколько различных классификаций грудниц или маститов, причем различают четыре и больше форм, но нам кажется наиболее правильно выделять только две, именно *паренхиматозную* и *интерстициальную*. В первом случае инфекция распространяется из соска по молочным каналам и поражает отдельные дольки, а так как грудная железа является самой крупной железой в человеческом организме и имеет большое количество долек, то в одном случае дело может ограничиться абсцессом только одной дольки, в то время как в другой раз поражается значительное их количество.

При второй форме грудницы инфекция попадает через трещины на соске в интерстициальную ткань, расположенную между отдельными долями железы, и в этом случае нередко абсцесс может расположиться глубоко в клетчатке, отделяющей грудную железу от фасции, покрывающей грудные мышцы.

Возбудителями мастита в большинстве случаев здесь является стрептококк или стафилококк, но встречаются также и другие бактерии, как кишечная палочка и пр.

Что касается лечения мастита, то он, так же как и всякий абсцесс или флегмона, когда в толще тканей скопится известное количество гноя, должен быть вскрыт и содержимому его должен быть дан хороший сток; весь вопрос сводится, следовательно, к тому, каким образом производить разрезы. Нужно считаться с тем, что здесь мы, во-первых, имеем дело не с простой флегмоной подкожной клетчатки, а с железистым органом, имеющим множество выводных протоков, и потому рассечение тканей должно совершаться в таком направлении, чтобы не перерезать этих каналов и не вызвать затем образования молочных свищей; во-вторых, несомненное значение имеет также косметическая сторона вопроса, и надо разрезы делать так, чтобы они по возможности не обезображивали грудь.

В настоящее время хирурги держатся двух способов ведения разрезов при лечении маститов: во-первых, применяются радиальные надрезы по методу

А н г е р е р а (Angerer), идущие от соска параллельно молочным каналам к периферии груди, и во-вторых — дугообразный разрез по Барденгейеру, который проводится по нижней границе приподнятой кверху груди в области кожной складки, отделяющей ее от грудной клетки.

Существует еще один, несомненно тоже хирургический метод лечения гнойных маститов; при нем применяются небольшие проколы, через которые гной опорожняется и затем в полость гнойника вводится то или другое лекарственное вещество. Такой способ предложен, например, Розенштейном, который рекомендует опорожнить абсцесс проколом и аспирацией, а затем впрыскивать в него вуцин с новокаином; Моргенрот (Morgenroth) рекомендует после прокола гнойника и освобождения его от гноя вводить раствор риванола.

Наконец, к хирургическим методам лечения следует отнести также прокол гнойника и последующее повторное применение отсасывающей банки Клаппа (Klapp).

Большинство хирургов придерживается того взгляда, что гнойный мастит всегда должен быть широко вскрыт радиальными разрезами или дугообразно у основания железы. Войно-Ясенецкий категорически высказывается против проколов и малых разрезов, находя, что операция при мастите должна совершаться под контролем введенного в рану пальца, которым отыскиваются и вскрываются все отдельные гнойные полости.

При значительном распространении процесса приходится делать два и даже три радиальных разреза, которые в глубине сообщаются между собой и служат контрапертурами. Нередко необходимость в таком добавочном разрезе появляется уже много времени спустя после первой операции.

После разреза в рану вводятся марлевые тампоны и резиновые дренажные трубки и затем систематически производятся перевязки, которые часто приходится делать очень долгое время — до 4 и даже 8 недель; такая операция всегда ведет к обезображиванию в большей или меньшей степени груди и потере способности кормить оперированной грудной железой.

При интерстициальном расположении нагноительного процесса, когда заболевшая клетчатка лежит глубоко между основанием железы и грудными мышцами, наиболее подходящим является разрез по Барденгейеру; он действительно не оставляет после себя обезображивающих рубцов и иногда этим путем удается подойти к гнойнику значительно легче.

Таково отношение хирургов к гнойным маститам; однако мы в течение последних двух лет применяем в лазарете Родильного дома им. проф. Снегирева при лечении грудницы исключительно небольшие проколы гнойников с последующим введением в полость абсцесса культуры болгарской палочки «МФ». Поступаем мы всегда следующим образом. При появлении в области груди болезненности и красноты, сопровождающейся повышением температуры, первые день или два назначаем банку Бира и, как только появляется размягчение, производим в этом месте прокол груди скальпелем. После того как гнойник опорожняется от гноя, в гнойник вводится наконечник брауновского шприца и через него вливается культура до отказа, а затем в ранку вставляется тонкая резиновая трубка, которую мы, согласно предложению Штрамана, в последнее время заменили гусиным пером.

Перевязки производятся ежедневно, причем в полость вводится новая порция культуры болгарской палочки; тогда выделения очень быстро теряют свой гнойный характер, и при бактериоскопической проверке оказывается, что они не содержат иных бактерий, кроме болгарской палочки.

За два года мы таким образом провели около пятидесяти гнойных маститов, причем мы, как правило, все случаи лечили только таким путем и ни разу не были вынуждены переходить к радиальным разрезам. Напротив, мы имели

несколько случаев, которые вне нашего родильного дома подверглись лечению разрезами и затем, после поступления к нам, были пользованы нашим методом.

В общем наш способ лечения занимает времени не больше, чем это требуется при радиальных разрезах; самое длительное пребывание больной в лазарете до полного выздоровления за эти два года всего один раз продолжалось 53 дня. Встречались случаи, где приходилось делать несколько проколов, до семи, в разное время, но всегда сохранялась способность груди к кормлению, и все лечение с проколами и повторными введениями культуры не причиняло больным особых страданий и переносилось легко.

Здесь ниже я привожу три фотографии, из которых одна (рис. 666) представляет больную, леченную вне нашего учреждения радиальными разрезами; другая — больную во время лечения нашим способом (рис. 667), а на третьей, изображающей больную уже закончившую лечение по нашему способу, — прекрасно видно, как мало оно отразилось на форме груди, и здесь умышленно на соске оставлена капля молока, свидетельствующая о способности груди к лактации (рис. 668).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

Ассистент А. И. Серебров.

Известный германский хирург-гинеколог Франц говорит, что «судьба пациента решается на операционном столе». Спору нет — гладко прошедшая операция и хорошо проведенный наркоз являются необходимыми предпосылками для выздоровления оперированной больной, но, как мы знаем из повседневной практики, выздоровление не всегда обуславливается только гладко прошедшей операцией. Именно в послеоперационном периоде иногда приходится наблюдать совершенно неожиданные и подчас очень тяжелые осложнения, которые нередко сводят на-нет успех операции и сами по себе определяют уже дальнейшую судьбу оперированной: осложнения эти надолго затягивают выздоровление или, что еще печальнее, ведут ее к гибели. А раз это так, то этому полному опасностей периоду нами должно быть уделено особое внимание.

Правда, за последние 25—30 лет наука вообще и оперативная гинекология в частности сделали большие успехи. Достаточно, например, вспомнить, что на 2-м Пироговском съезде проф. Рейн под шумные аплодисменты присутствующих сделал доклад о 95 случаях чревосечений с послеоперационной смертностью при миомах в 24,4%. Какими блестящими казались тогда эти результаты! Теперь, когда канули в вечность доантисептический и доасептический периоды, когда миновало увлечение антисептикой (которая сводилась к господству карболки и сулемы) и все права гражданства получила асептика, смерть от операции можно считать печальным исключением. К сожалению эти печальные исключения еще встречаются у одних чаще, у других реже, но предупреждение их во многом зависит от нас и на это особенно важно привлечь внимание персонала, на попечение которого мы оставляем оперированных больных. Отсюда ясно, какое большое значение приобретает организационная сторона дела в этом вопросе, т. е. самая постановка ухода за оперированными больными.

Прежде всего каждое гинекологическое отделение должно иметь специальные палаты для оперированных больных, хорошо изолированные, отвечающие всем санитарно-гигиеническим требованиям и обслуживаемые отдельным персоналом. Желательно, чтобы эти палаты были небольшие, чтобы дать больным максимальные условия покоя. Так, в нашем послеоперационном отделении палаты рассчитаны на 2—3 койки, и только одна палата для свежее оперирован-

ных больных имеет 6 коек. Организация такой палаты для только-что оперированных больных нам кажется рациональной, так как позволяет надежнее поставит наблюдение за оперированными в течение первых суток специально выделенной для этой цели сестрой. К концу вторых суток или на третьи больные из этой большой палаты переводятся в маленькие (на 2 койки), где и остаются до выписки. Никакого ущерба от такого раннего перевода больной из одной палаты в другую мы не видим, так как при перестилке кровати больные все равно перекаладываются на коляску, в которой и отвозятся в другую палату. Необходимо только следить за тем, чтобы перекаладывание больных производилось бережно, без всякого напряжения со стороны больной. Палаты для оперированных больных должны быть расположены поближе к операционной, чтобы больную из теплой операционной можно было быстрее доставить на заранее приготовленную и обязательно нагретую постель, приняв все меры к тому, чтобы при перевозке больная была тщательно закрыта одеялом во избежание охлаждения. Как только больная доставлена в послеоперационную палату, дежурная сестра кладет к ногам больной резиновые грелки, а на живот пузырь со льдом. Так как больная находится еще под наркозом, то грелки класть лучше через одеяло во избежание ожогов, а пузырь со льдом должен быть завернут в небольшую простынку. Пузырь, назначенный с целью уменьшения болей в операционной ране, мы держим только первые 12—18 часов и притом не все время, а снимая каждый час-два на полчаса во избежание обморожения кожи живота. По истечении указанного срока пузырь снимается, если нет к его оставлению особых показаний, иначе от этого страдает перистальтика кишечника и мочевого пузыря.

На обязанности сестры, дежурящей у оперированных больных, лежит наблюдение за пульсом, дыханием, окраской лица и повязкой. У больных, подвергшихся влагалитическим операциям, необходимо периодически осматривать подкладные простынки и прокладки у наружных половых частей, если таковые применяются, дабы не пропустить возможных кровотечений. Сестра должна быть инструктирована, чтобы о всех ухудшениях в состоянии больной (падение пульса, расстройство дыхания, наружное или признаки внутреннего кровотечения) немедленно было сообщено врачу для принятия соответствующих мер.

Послеоперационное отделение или палата должны быть снабжены всеми необходимыми предметами ухода. Сюда относятся: почкообразные тазики, поильники, индивидуальные подкладные судна, грелки, пузыри для льда, газоотводные трубки, сифон для промывания желудка, сифон для клизм, подкладные валики для ног, подголовники, подставки для поднятия ножного конца кровати, аппарат Боброва для физиологического раствора, металлические и резиновые катетеры, роторасширитель, языкодержатель, шприцы, иглы, резиновые перчатки, стерильный материал, полотенца, чистые подкладные простынки, клеенчатый передник на случай промывания желудка. Также необходимы следующие медикаменты: кровоостанавливающие (эрготин), сердечные (камфора, кофени, стрихнин), наркотические (морфий, пантопон), адреналин, питуитрин, физиологический раствор в достаточном количестве, спирт, иод, эфир, баллон с углекислотой. Все перечисленные предметы должны быть выделены специально для обслуживания только послеоперационных больных в целях предупреждения переноса инфекции; они должны находиться в определенном месте наготове, чтобы в любой момент можно было их получить.

Послеоперационный ацидоз.

Прежде чем перейти к описанию методов борьбы с отдельными симптомами, отягощающими послеоперационный период, мы считаем необходимым остано-

виться на явлениях послеоперационного ацидоза, так как некоторые из них могут быть связаны именно с этим состоянием больных после операции.

Послеоперационный ацидоз, как и ацидоз вообще, характеризуется тем, что в тканях организма имеется избыточное в сравнении с нормой количество кислот, как результат нарушения правильного течения окислительных процессов. По исследованиям различных авторов, он может быть обусловлен голоданием, сильными слабительными средствами, кровотечениями, недостаточной функцией печени и почек, продолжительными операциями (особенно длительными манипуляциями в брюшной полости), наркозом (хлороформ), охлаждением больных и, наконец, психической травмой. Какие именно органические кислоты появляются в избытке в крови при послеоперационном ацидозе — окончательно не установлено, однако накопившиеся данные различных исследований позволяют установить значительную роль так называемых ацетоновых тел, что и обуславливает послеоперационную ацетонурию, которая является столь частым спутником послеоперационного ацидоза. Повидимому послеоперационный ацидоз зависит главным образом от нарушения углеводного обмена. От понижения окислительных процессов в организме под влиянием операционной травмы усвоение сахара задерживается, и в результате неполного окисления в крови появляются органические кислоты, в том числе и ацетоновые тела. Обычно послеоперационный ацидоз носит доброкачественный характер, часто протекает латентно и распознается только при систематическом исследовании мочи.

В литературе описаны, однако, и тяжелые случаи ацидоза со смертельным исходом. Клинически ацидоз может проявляться головокружением, тошнотой, головными болями, бессонницей, парезом кишечника, падением пульса, комой и др.

Что касается лечения, то оно основано на введении в организм щелочей с целью нейтрализации циркулирующих кислот (внутривенное введение 3—4½% раствора соды). Широкой популярностью пользуется введение в организм глюкозы — легко усвояемого сахара. Наилучшим методом профилактики и терапии послеоперационного ацидоза является предложенное в 1923 г. Г а л ь г и м е р о м (Thalhimer) введение инсулина вместе с глюкозой, так как только этим удается оказать непосредственное влияние на извращение процесса обмена. Большинство рекомендует применять внутривенно 5—10% раствор глюкозы в 0,7% растворе поваренной соли, а инсулин подкожно, причем Фишер рекомендует на 3 г виноградного сахара вводить 1 единицу инсулина. Однако имеются и противоречивые взгляды. Так, например, Л а б б е и Н е п в ё (Labbé и Nerveux) считают, что при недиабетических ацидозах инсулину не место.

Послеоперационные боли.

Как бы быстро и бережно ни была произведена операция у больных, всегда почти приходится наблюдать отдельные симптомы, отягощающие послеоперационный период в большей или меньшей степени. На первом месте стоит забота об устранении послеоперационных болей. Совершенно нецелесообразно заставлять больных понапрасну страдать. Мы должны внедрить в сознание больных, что задачей хирургии является не причинение страданий, а что, наоборот, эта отрасль врачебного искусства стремится избавить человека от боли. Поэтому при появлении болей мы вводим большой морфий (0,015—0,02) подкожно (еще лучше пантопон). Обычно ранее 4—6 часов с момента операции этого делать не приходится. В случае надобности введение морфия производится через 6 часов повторно, а затем обычно можно ограничиться введением морфия 1 раз в сутки на ночь. Мнение, что морфий якобы ослабляет сердечную дея-

тельность, нам кажется необоснованным. Острые боли действуют угнетающим образом на сердечную деятельность, что является не только нежелательным, но и опасным (шок!), и поэтому морфий, успокаивающий самые жестокие боли, является в таких случаях действительно сердечным средством, охраняя сердце и нервную систему от излишней и вредной затраты энергии. Наши наблюдения не подтверждают указаний и на якобы развивающийся после морфия парез кишечника.

Осложнения со стороны мочевых путей.

Много забот нередко доставляет развивающаяся после гинекологических операций ишурия. Несмотря на то, что пузырь перед операцией опорожняется и в первые часы после операции больная почти не пьет, к вечеру операционного дня, не позднее 8—10 часов после операции, она должна помочиться. Задержка мочи после гинекологических операций наблюдается даже в тех случаях, когда мочевой пузырь не подвергался непосредственной травме, что вероятно зависит от рефлекторных нервных влияний. Известную роль играет безусловно непривычка лежа мочиться, а кроме того больные часто боятся напрягать брюшную пресс из-за возможности вызвать боли или из-за боязни «расхождения швов». В таких случаях нужно сначала позаботиться устранить эти психические моменты, предложить больной попытаться опорожнить пузырь самопроизвольно и только в случае неудачи применять те или иные средства. А средств предложено не мало, но к сожалению действие их не всегда успешно. Как известно, акт мочеиспускания обуславливается как расслаблением сфинктера, так и сокращением детрузора, но такого средства, которое влияло бы на оба момента одновременно — у нас нет. Иногда самостоятельное мочеиспускание быстро восстанавливается, в других случаях ничего не помогает кроме катетеризации, и больные не мочатся до тех пор, пока им не разрешат вставать с постели. Для устранения задержки мочеиспускания рекомендуются следующие средства:

- 1) приучают до операции больных мочиться лежа;
- 2) перемена положения (повернуть на бок) или при возможности — полусидячее положение;
- 3) тепло местно (грелку на область мочевого пузыря, микроклизмы с горячей водой);
- 4) медикаментозное лечение: а) подкожное введение 3,0—5,0 Sol. 25% *Magnes. sulfuric.*, б) введение в мочевой пузырь стерильного глицерина по Франку, в) введение в полный пузырь 20 см³ 2% раствора борной кислоты в глицерине (предложено Бешом), г) впрыскивание питуитрина (внутримышечно), д) внутривенное введение 5—10 см³ 40% уротропина, предложенное Фогтом.

Мы в своей практике пользуемся введением под кожу Sol. *Magnes. sulfuric.* 25% в количестве 3,0—5,0 и часто с положительным результатом; также применяем охотно питуитрин. В случае если консервативные мероприятия не дают успеха, приходится прибегать к катетеризации с соблюдением строжайшей асептики, ибо катетеризация всегда таит в себе опасность инфекции мочевых путей. Если катетеризацию приходится применять длительно, то нужно ее производить в определенные часы не более 2—3 раз в сутки и в таких случаях всегда показано назначение больным дезинфицирующих мочевые пути средств — *Salol*, *Urotropin* и т. п.

Ведя борьбу с задержкой мочеиспускания в послеоперационном периоде, нужно помнить, чтобы судно больной подавалось всегда согретым, во избежание рефлекторного спазма сфинктера вследствие соприкосновения кожи бедер с холодным предметом.

Что касается осложнений со стороны мочевых путей, то чаще всего они протекают в форме циститов, а в случаях восходящей инфекции поражаются и почечные лоханки. Лечение их проводится по общим правилам и сводится к назначению тепла на область пузыря и почек, дезинфицирующих мочевые пути средств, болеутоляющих и, наконец, в необходимых случаях, по миновании острой стадии прибегают к промыванию мочевого пузыря и почечных лоханок.

К чрезвычайно редким осложнениям относится такое серьезное расстройство мочеиспускания, как *анурия*, которая может быть вызвана: 1) травматическим шоком с сопровождающим его падением кровяного давления и рефлекторными явлениями, 2) ранением обоих мочеточников, 3) резким обескровливанием организма, 4) глубокой септической инфекцией и интоксикацией (от чрезмерного количества хлороформа).

Вслед за такого рода *анурией* обычно быстро развиваются грозные явления *уремии*, которая и ведет больную к гибели.

Осложнения со стороны пищеварительных органов.

Весьма тягостным и сравнительно частым симптомом в послеоперационном периоде является *рвота*. Прежде чем применять те или иные мероприятия, необходимо постараться выяснить этиологию рвоты, памятуя, что она может быть результатом токсического раздражения слизистой желудка или центральной нервной системы (влияние наркоза), результатом раздражения брюшины (иногда причиной этого могут быть введенные тампоны), последствием развившегося ацидоза, начинающегося перитонита, острого расширения желудка, непроходимости кишечника и, наконец, бывает рвота и центрального происхождения. Все это должно быть учтено, дифференцировано, и только тогда можно приступить к лечению. Помимо того что рвота тягостна для больной сама по себе, она усиливает боли, обезвоживает организм, влияет на устойчивость швов; рвотные массы к тому же могут быть аспирированы и т. д. Повседневный опыт нас учит, что нет более верного средства прекратить рвоту, как оставить желудок в полном покое, т. е. ничего в него не вводить. Иногда помогают — назначение тепла (грелка на область желудка), бромистые клизмы (1,0 *NaBr* на 50,0—100,0 воды). В случаях длительной и упорной рвоты прекрасное действие обычно оказывает промывание желудка. Иногда приходится от больных слышать жалобы на мучительную тошноту уже после прекращения рвоты, и поэтому они не принимают пищи. В таких случаях нужно иметь в виду, что эта тошнота может быть от голода, и достаточно иногда бывает заставить больную съесть несколько ложек бульона с сухарем и тошнота проходит.

Очень редким и тягостным симптомом является *икота* в послеоперационном периоде, продолжающаяся иногда буквально день и ночь. Если она не является результатом начинающегося перитонита, то в течение нескольких дней она может приостановиться самостоятельно без всякого лечения. Уместно испробовать бромистые препараты, наркотики. Не мешает промыть желудок. В упорных случаях рекомендуют вприскивание новокаина в надключичную ямку с целью нарушения проводимости *nervi phrenici*.

Попутно считаю необходимым остановиться на водном режиме оперированных больных. Как уже было указано, при наличии в послеоперационном периоде рвоты мы исключаем всякое введение жидкости в желудок, а для устранения обезвоживания организма считаем целесообразным применение клизмочек из физиологического раствора. Если противопоказаний (рвота, бессознательное состояние) к введению жидкости нет, то больным через 3—4 часа можно давать пить и притом так, чтобы больная действительно утолила

жажду (несколькими глотками, а не чайными ложечками). В целесообразности этого каждый на себе легко может убедиться, если при сильной жажде попробует ее утолять чайными ложечками, как это обычно принято делать с послеоперационными больными. Мы совершенно согласны с Д и т е р и х с о м, что «физиология ощущений в этом отношении от операции не изменяется». Особенно это относится к обескровленным больным, которые нуждаются в обильном введении жидкости. К счастью нужно отметить, что у них (особенно после внематочной беременности с обширным внутренним кровоизлиянием) рвота после операции наблюдается значительно реже, чем в остальных случаях, и это повидимому является компенсаторным приспособлением и без того обезвоженного организма.

В послеоперационном периоде должно быть уделено достаточно внимания *уходу за ртом* в целях профилактики заболеваний полости рта (стоматиты, афты, молочница), околушных желез и кишечника. Поэтому особое значение приобретает *санация рта* перед операцией (удаление кариозных зубов, лечение заболеваний миндалин). Чаще всего приходится иметь дело с осложнениями со стороны кишечника, которые могут иметь и безобидный характер, а иногда они являются симптомами тяжелых осложнений (перитонит, илеус). После операций в брюшной полости *паретическое состояние* кишечника (умеренный метеоризм) — почти обычное явление. Так как большинство гинекологических операций не связано с непосредственной травмой кишечника, то в случаях асептического течения послеоперационного периода перистальтика кишечника обычно на второй день восстанавливается, и начинают отходить газы. Если же этого не происходит и к началу вторых суток явления пареза продолжают нарастать, необходимо с этим осложнением начать бороться, ибо оно крайне отягощает состояние больных, создавая мучительное *dyspnoe* и удушье вследствие растяжения живота вздутыми кишечными петлями и оттеснения вверх диафрагмы. Прежде чем приступить к ликвидации метеоризма, необходимо по возможности точно установить его происхождение, ибо без этого не всегда будет иметь успех то или иное назначаемое мероприятие. Задержка газов может быть: 1) от атонии кишечника, 2) от спазма сфинктера прямой кишки и 3) от того и другого вместе. При атонии кишечника аускультация живота дает впечатление полного затишья, причем у худощавых лиц с тонкими брюшными стенками перистальтики не заметно, больные не испытывают приступов коликообразных схваток в животе. При спазме сфинктера мы будем наблюдать совершенно обратную картину. Сообразно указанным симптомам мы и будем применять то или иное лечение. При спазме сфинктера показано назначение трубки в *rectum*, чтобы преодолеть сопротивление сфинктера прямой кишки, которое препятствует выходу газов. Для этого необходимо ввести в *rectum* трубку сантиметров на 15, чтобы она достигла своим концом *ampulla recti*. Иногда помогает назначение наркотиков (свечка с морфием, белладонной или морфий подкожно), так как спазм сфинктера часто является следствием болевого рефлекса. При атонии кишечника показаны теплые сифонные клизмы из ромашки или 1/2% содового раствора, клизмочки с глицерином (на 1 стакан воды 15,0 глицерина), тепло на живот в виде грелок или, как некоторые рекомендуют, назначение световой ванны, которая также способствует восстановлению перистальтики. Из медикаментозных средств хорошо действует питуитрин в виде подкожных инъекций. В некоторых случаях хороший эффект получается от подкожного введения атропина (0,005—0,01) или физостигмина (0,001) до двух раз в день. Если все вышеупомянутые мероприятия не дают эффекта и соответствующие симптомы дают основание заподозрить наличие механических препятствий в кишечнике (илеус) или если развивается перитонит, то единственным средством для спасения больной остается безотлагательное чревосечение.

К чрезвычайно редким осложнениям, по крайней мере в гинекологической практике, относится острое паралитическое расширение желудка, являющееся крайне серьезным осложнением, могущим привести больную в короткий срок к гибели. Борьба с этим осложнением трудно. Лучше всего при первых же явлениях применять промывание желудка 2—3 раза в сутки и менять положение больной в постели (держат на правом боку). Рекомендуются впрыскивание физостигмина, электризация блуждающего нерва.

Что касается *питания* больных, то мы придерживаемся такого порядка. Если нет рвоты, то к вечеру второго дня больная получает горячий чай или кофе, на третий день ей даются бульон, кисель, сухари, а затем она постепенно переводится на обычный стол. Само собой разумеется, что к питанию послеоперационных больных нельзя подходить с одинаковой ко всем меркой. Во многом это зависит от характера самой операции и течения послеоперационного периода. Не следует упускать из виду необходимость надежного контроля за передачами, которые приносят родственники.

На третий день мы обычно назначаем больным простую клизму, а на шестой день перед снятием швов больная получает слабительное, если к этому времени не восстановилась нормальная функция кишечника.

Инфекция в послеоперационном периоде.

Нагноение операционной раны и воспаление в культях. До сего времени наиболее грозными осложнениями в послеоперационном периоде являются *инфекционные процессы*. Чтобы бороться с этими осложнениями, необходимо непрестанно изучать источники заражения операционных ран; данные, добытые этим путем, позволяют нам построить всю работу так, чтобы эти осложнения надежно предупредить.

Основных источников заражения операционных ран три: 1) через предметы и руки, приходящие в соприкосновение с операционной раной, 2) через инфекционные фокусы в организме больной, часто находящиеся в скрытом состоянии, так называемая *фокальная инфекция*, и 3) через посредство воздуха (капельная инфекция).

Главнейшим условием всякого оперативного вмешательства является его асептическое выполнение. Помимо этого на заживление раны безусловно влияет и оперативная техника, как то: бережное и анатомическое оперирование, хороший гемостаз, отсутствие массовых лигатур во избежание некрозов и мертвых пространств, быстрота оперирования (не за счет аккуратности). Далее не менее важное влияние на асептическое заживление оказывают метод подготовки операционного поля и рук, способы зашивания операционной раны и характер швов, о чем речь была выше. Это лишней раз показывает, насколько эти вопросы должны быть тщательно продуманы, проверены и быть повседневно в поле зрения хирурга-гинеколога. Чаще всего нагноение операционной раны наблюдается в тех случаях, когда операция производилась в инфицированных тканях (гнойные опухоли придатков, рак шейки матки с распадом и т. п.). Нагноение раны может быть полным и частичным, если нагнаивается небольшой участок раны с расхождением нескольких швов. Кроме того нагноение операционной раны может быть поверхностным и глубоким. Не останавливаясь на диагностике воспалительных процессов в ране и на характере инфекции, что исчерпывающе излагается в любом учебнике общей хирургии, мы отметим только наши принципиальные установки в лечении подобных осложнений. Прежде всего раз нагноение брюшной стенки установлено, рана вся или частично (смотря по обстоятельствам) должна быть раскрыта, дабы дать сток

гною. Если нагноение произошло когда заживления еще не наступило, то бывает достаточно снять кожные швы, чтобы рана разошлась сама. Если же наступило сращение кожи, то приходится прибегать к инцизии брюшной стенки, производя таковую по рубцу. В последние годы при нагноении операционных ран мы пользуемся культурой болгарской палочки, которая у нас применяется следующим образом. В рану наливается одно-двухдневная культура так, чтобы она выполнила всю рану, и затем рана рыхло тампонируется марлей; поверх кладется сухая повязка; перевязки делаются ежедневно. Под влиянием вышеуказанного лечения рана быстро очищается и эпителизируется. Как только рана очистилась и посев с грануляций дает отрицательный результат, рану можно зашить вторично или сблизить края полосками лишнего пластыря, дабы избежать обезображивающих рубцов и последующих эвентраций. В случаях нагноения и расхождения операционной раны до апоневроза, снятие проволоки с последнего мы обычно задерживаем до 11-го дня, дабы избежать расхождения краев апоневроза, который благодаря этому, несмотря на нагноение, все же срастается. На нашем материале отчетливо выявились преимущества проволочного шва перед другими способами зашивания брюшной стенки, о чем речь была выше. После влагалищных операций также иногда наблюдаются нагноение и расхождение операционной раны. В таких случаях мы культуру болгарской палочки вводим во влагалище в количестве 15—20 см³ при помощи браучовского наконечника. Введение культуры производится ежедневно до тех пор, пока не прекратятся гнойные выделения и очищаяся рана не начнет гранулировать, что обычно происходит к 12—14-му дню.

Со времени применения в нашей клинике съемного проволочного шва на промежность при зашивании старых ее разрывов, мы крайне редко наблюдаем нагноение операционной раны, а если таковое и случается, то ограничивается лишь поверхностными швами.

К чрезвычайно редким осложнениям относится полное расхождение брюшной раны без нагноения с выходением кишечных петель. Многие видят причину подобных осложнений в понижении жизненного тонуса организма вообще, другие считают причиной нарушение питания тканей в результате малокровия или истощения, а моментами, способствующими указанному осложнению, — кашель, рвоту, метеоризм. Часто это происходит при совершенно нормальном течении послеоперационного периода — сразу же после снятия кожных швов на 6—7-й день после операции. За последние 10 лет больше чем на 2500 чрезвечений мы наблюдали 7 подобных случаев, причем в двух случаях это произошло при проволочном шве на апоневрозе. Во всех этих случаях тотчас же было приступлено ко вторичному зашиванию брюшной стенки через все слои уаловыми шелковыми швами, и всегда рана после вторичного наложения швов заживала первичным натяжением.

Несмотря на соблюдение всех требований асептики, иногда приходится наблюдать в послеоперационном периоде *изменения в культях воспалительного характера*, клинически дающие локализованную болезненность, инфильтрацию тканей, повышение температуры, расстройство самочувствия больной и т. п. Раньше, при применении шелка для перевязки сосудов и перитонизации культей эти осложнения протекали весьма длительно и тяжело, так как нагноившиеся шелковые швы не рассасывались, а гноились до тех пор, пока не находили себе где-нибудь выхода наружу. Теперь, когда нами применяется исключительно кетгут, дело обстоит совершенно иначе. Во-первых, культевые инфильтраты стали значительно реже, а если они и случаются, то обычно быстро ликвидируются, так как кетгут рассасывается и не поддерживает нагноения. Воспалительные изменения в культях могут служить исходным пунктом для распространения инфекции на близлежащие ткани, чаще всего

на брюшину и клетчатку таза, каковые осложнения протекают по типу заболеваний, характерных для данной локализации (параметриты, пельвиперитониты) и лечатся по общим правилам гинекологии. Не следует смешивать эти истинные культевые инфильтраты с так называемыми *псевдоинфильтратами*, которые почти всегда приходится наблюдать при осмотре больных перед выпиской в тех местах, где были удалены те или иные органы. Они прорываются в виде инфильтрированной ткани, но безболезненны, подвижны и являются результатом реактивных процессов в травмированных тканях, отечности и нарушенного кровообращения. Лечение они не требуют никакого.

Осложнения со стороны легких. Из других осложнений послеоперационного периода мы считаем необходимым остановиться на *легочных заболеваниях* (бронхитах, пневмониях и плевритах), но отнюдь не в смысле их лечения, каковое проводится по обычным правилам общей терапии, а в отношении их профилактики, что зависит уже непосредственно от нас, вернее от наших способов подготовки больных к операциям. В профилактике легочных осложнений играет роль целый ряд моментов. Прежде всего необходимо предварительное лечение перед операцией легочных заболеваний, устанавливаемых тщательным обследованием больных. Кроме того с целью предупреждения аспирации бронхиальной слизи во время наркоза мы всегда вводим больным перед операцией атропин (sol. Atropini sulfurici 1‰—1 см³), который способствует уменьшению бронхиальной слизи. В послеоперационном периоде к концу первых суток, если нет особых противопоказаний, мы повертываем больных в кровати для устранения гипостаза легких. Прекрасно действует в смысле усиления легочной вентиляции вдыхание углекислоты 2—3 раза в день на 3—5 минут. Необходимо заботиться об устранении болей во избежание активной задержки дыхания (отражающейся на глубине вдохов) и насильственного подавления кашлевого рефлекса. Весьма полезно применение дыхательной гимнастики — активных глубоких дыхательных движений. Образцовое санитарное состояние послеоперационных палат и тщательная их вентиляция будут завершать вышеупомянутые мероприятия. Биорекомендует для предупреждения осложнений со стороны легких внутримышечные впрыскивания эфира по следующей прописи:

Rp. Aether. puriss. pro narcosi
Ol. olivarum aa 0,5
Novocaini 0,01
M. D. S. Для впрыскивания в мышцу.
(Ol. olivarum можно заменить Ol. camphorat.)

Инъекции производятся до 3 раз в сутки.

Мы иногда применяем впрыскивания эфира в случаях послеоперационных бронхитов; получается впечатление, что они способствуют ускорению разрешения легочного процесса.

Послеоперационные паротиты. Иногда после брюшных операций приходится наблюдать одно- и двусторонние *паротиты*. Каким путем попадает инфекция в околоушную железу — гематогенным путем или непосредственно из полости рта — вопрос не вполне выясненный. Большинство, однако считает, что последний путь заражения более вероятный и более частый, а потому профилактика этих осложнений приобретает особенное значение и сводится к тщательному уходу за полостью рта чистить больным зубы, язык, полоскать рот раствором перекиси водорода). Что касается лечения, то сначала можно попытаться ликвидировать паротит консервативными мероприятиями — согревающие компрессы, болеутоляющие. Рекомендуют также применение протеинотерапии, лучей Рентгена. В случае образования абсцесса, а также распространения отека на соседние органы (гортань) — прибегают к немедленному вскрытию капсулы железы. В виду

того, что паротиты могут являться в виде эпидемического заболевания, лучше каждую такую больную изолировать от остальных.

Из прочих осложнений послеоперационного периода иногда приходится наблюдать *конъюнктивиты*, являющиеся результатом попадания в глаз эфира или хлороформа во время наркоза в результате недостаточно внимательного отношения наркотизатора к больной. Обычно они быстро проходят под влиянием примочек из физиологического раствора.

Пролежни, которые иногда образуются у крайне истощенных больных, являются, собственно говоря, не осложнением, а результатом недостаточно внимательного ухода. Поэтому чрезвычайно важна профилактика пролежней: повертывание больных, своевременная смена белья, особенно мокрого, устранение на постели складок, применение резиновых кругов, уход за кожей (обтирания наиболее уязвимых мест камфорным спиртом). В случае образования пролежня нужны асептические повязки с различными мазями (висмутовая, иодоформная), омертвевшие участки кожи удаляются; в случае же осложнения флегмонами и подкожными абсцессами последние лечатся по правилам общей хирургии.

Шок, коляпс и вторичное кровотечение.

После тяжелых оперативных вмешательств, особенно когда больная длительно находилась под наркозом, иногда наблюдается своеобразное состояние общей прострации, сопровождающееся падением кровяного давления и понижением всех вегетативных функций организма. Большинство трактует подобное состояние больных как послеоперационный *шок*. Другие отождествляют это состояние с *коляпсом*. Разграничение этих понятий встречает действительно большие затруднения на практике. Не входя в изложение теоретических соображений по поводу того и другого состояния, мы ограничимся только замечанием, что в качестве основания для разграничения шока и коляпса надо считать наличие при первом экзогенного воздействия и рефлекса через нервные пути, а по В и т и н г у (Wieting) также сохранение сознания при шоке (А н д р е е в). При состояниях коляпса, как на это обратил внимание впервые Р о м б е р г, мы имеем дело с первичным поражением сосудистой системы, именно с поражением вазомоторов. Необходимо еще отметить, что коляпс может быть вызван не только тяжелыми оперативными вмешательствами, но также внезапными обильными кровотечениями, сердечной слабостью, септическими заболеваниями, перитонитом.

Клинические явления при коляпсе и шоке почти аналогичны: общая прострация, вялость всей мускулатуры, резкая бледность, похолодание конечностей и покровов тела, холодный пот, частый малый и аритмичный пульс, поверхностное ускоренное дыхание, пониженная температура тела, понижение сухожильных и чувствительных рефлексов. Кроме того при коляпсе сознание обычно помрачено, в то время как при шоке, как сказано, сознание сохраняется. Прогноз всегда сомнителен, так как терапевтические мероприятия зачастую бессильны. Поэтому профилактика указанных осложнений приобретает весьма существенное значение и должна заключаться в предварительной подготовке сердца у слабых и истощенных больных перед операцией; во избежание внутренних кровотечений необходимо заботиться о тщательном гемостазе, следить во время операции за пульсом и кровяным давлением. Последнему обстоятельству М а к к е с с о н (Mac-Kesson) и К а п п и с придают особенное значение. Они считают, что если операция началась при нормальном пульсе и нормальном кровяном давлении, то учащение пульса выше 120 ударов в минуту и падение кровяного давления до 80 мм (систолического) и 20 мм (диастолического) являются симптомами угрожающими, и в случаях, где такое состояние не-

смотря на принятые меры продлится более получаса, больную спасти не удастся. Терапевтические мероприятия при наступлении шока или коляпса будут сводиться к следующему: больная должна быть уложена с несколько опущенным головным концом для более правильного распределения крови и устранения недостаточного притока ее к мозгу; больную необходимо обложить грелками для отвлечения крови к коже, ибо вследствие поражения вазомоторов происходит расширение сосудистой области чревного нерва, что в свою очередь ведет к понижению кровенаполнения мозга, сердца и мышц. Далее чрезвычайно важно введение сердечных средств — повторное введение *ol. camphorat.* (20%), кофеина, препаратов наперстянки, строфантина ($1\frac{1}{2}$ —1 мг). При отсутствии последнего можно пользоваться введением в вену *t-rae Strophanthi* 3—5 капель в воде. М а й е р и Г о т л и б (Mayer и Gotlieb) рекомендуют повторно вводить стрихнин, который действует возбуждающе на продолговатый и спинной мозг. Особое значение в терапии коляпса приобретает введение адреналина, как могучего сосудосуживающего сердечного средства. Вводится он или внутримышечно ($1\frac{1}{2}$ см³ $4\frac{0}{100}$ раствора) или внутривенно в тех же дозах. В виду того, что действие адреналина кратковременно и после его введения может наступить еще большее расслабление сосудов, рекомендуется повторное введение адреналина в маленьких дозах (2—3 капли). Заслуживает внимания также применение питуитрина, который действует на сосуды не так бурно, как адреналин, но более длительно. Что касается введения физиологического раствора, то большинством признается также весьма полезным, то нужно иметь в виду, что вводить его лучше внутривенно и в небольших количествах (300,0) вместе с адреналином, так как подкожное введение его вследствие нарушения процессов всасывания обычно не дает эффекта. К а п п и с рекомендует введение 5—10% виноградного сахара в количестве 300,0—500,0 вместе с инсулином (20—30 единиц).

Так как коляпс в послеоперационном периоде может быть вызван последующим кровотечением, важно во-время его распознать. Если кровотечение легче диагностировать после влагалитных операций, когда кровь может выделяться наружу, то не так легко бывает распознать внутреннее кровотечение после брюшинностеночных чревосечений, тем более что симптомы коляпса аналогичны явлениям при вторичном кровотечении.

При внутреннем кровотечении единственно верным средством является повторное чревосечение для наложения лигатур на кровоточащие сосуды. После влагалитных чревосечений иногда кровотечение удается остановить снизу тампонацией или перевязкой кровоточащих сосудов. По остановке кровотечения необходимо восполнить кровопотерю введением физиологического раствора или путем переливания крови от донора. При переливании крови мы предпочитаем пользоваться сифонным методом, предварительно взяв кровь донора путем венепункции специальной иглой (рис. 669, 670). Вопрос о послеоперационных перитонитах и тромбозе вен разобраны в специальных главах.

Наркозные параличи.

Наркозные параличи или, вернее, травматические повреждения отдельных сплетений периферических нервов являются результатом давления на нервные стволы твердых предметов (край операционного стола, приспособления для удержания конечностей) или вследствие вытяжения нервных стволов при запрокидывании и отведении конечностей. Чаще всего страдает плечевое сплетение при запрокидывании рук за голову, когда одновременно с вытяжением нервного ствола последний ущемляется между I ребром и ключицей.

Реже наблюдаются параличи и парезы nn. *radialis*, *axillaris*, *femoralis*, *tibialis* и др. Выявляются параличи обычно сразу же как только больная при-

ходит в сознание после наркоза и заявляет о невозможности двинуть конечностью или это ей с трудом удается, причем нередко имеется понижение чувствительности. В большинстве случаев паралич или парез проходят через некоторое время после массажа и физиотерапевтических процедур (электризация). Профилактика их должна заключаться во внимательном отношении наркотизатора к положению больной во время операции.

Ознакомившись таким образом с наиболее часто встречающимися осложнениями послеоперационного периода, мы должны прийти к заключению, что последний таит в себе целый ряд опасностей для больной. Нужно много уметь, такта, разумной настойчивости в уходе за оперированными больными, чтобы оказать им действительную помощь, а иногда во-время предупредить те или иные осложнения. И еще на одно чрезвычайно существенное обстоятельство нужно обратить внимание: в нашу обязанность входит поддержать в больной бодрое настроение духа, вселить в нее жажду жизни, веру в выздоровление, поддержать ее словом, лаской, заботливостью. Пусть иногда этот оптимизм будет кажущимся, пусть мы заранее уверены в том, что все наши усилия будут бессильны в спасении больной, мы не можем и не должны ни одним своим движением дать почувствовать больной о грозящей ей опасности. И если нам удастся создать вокруг больной бодрое оптимистическое настроение, уже одно это во многом облегчит ее страдания.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- А**
Авертин 35
Автономная стерилизация 99
Анестезия 31
— инфильтрационная 31
— местная 31
— проводниковая 32
— сакральная 31
— спинномозговая 26, 33
Аппарат Беклера 87
— Зельгейма 86
Апендицит 227
Асептика 9, 36
Асептическая профилактика 9
Асфиксия при наркозе 29
Атмокаузис 101
- Б**
Бартолиниевы железы 205
Беременность внематочная 174
— — интерстициальная 182
— — оперативное лечение 174
— — операции 179
— — в рудиментарном роге 183
— — яичниковая 183
Бесплодие — оперативное лечение 81
— рентгенография 87
Болгарская палочка «М.Ф.» 10, 281
Брюшина — воспаления 197
— — оперативное лечение 198
Брюшная стенка 37
Брюшиностеночное чревосечение 44
- В**
Вентросуспензия 71
Вентрофикация 73
Влагалища опухоли 208
Влагалищное кесарское сечение 249, 257
— чревосечение 50
Внематочная беременность 175
Воспаления брюшины 197
— придатков матки 185
Временная стерилизация 108
Вторичное кровотечение 291
Выворот матки 241
Выпадение матки 70
— прямой кишки 226
Выпаривание полости матки 101
Выскабливание матки 249
— — осложнения 252
— — техника 250
- Г**
Гемисекция матки 120
Геморoidalные шишки 226
Грыжи — оперативное лечение 244
- Д**
Дисцизия 83
Дренаж по Микуличу 47, 140, 174, 191
Дренирование брюшной полости 47
Дугласово пространство 39, 52
- З**
Задняя кольпотомия 169, 181
Зажим Мишеля 48
Зашивание брюшной стенки 47
Зеркало Дуаена 119, 180
— Коллена 180
— Фрича 51, 53, 180
- И**
Игла Бира 33
— Дешана 140, 151
— Кренига 35
Имплантиция мочеточника в пузырь 217
Инструменты 16
— стерилизация их 17
Искусственное влагалище 228
— — по Болдуину 230
— — — Вагнер-Киршнеру 234
— — — Маркову 237
— — — Матвееву 235
— — — Попову-Шуберту 233
— оплодотворение 96
Исследование влагалищной флоры 10
— дыхательных путей 10
— крови 11
— сердца и сосудов 10
- К**
Капельный наркоз 27
Кесарское сечение влагалищное 257
— — классическое 261
— — малое 255
— — модификация 261—268
Кишечный тракт 223
— — операции 223
Кольпоклезио 215
Кольпопексия 78
Кольпопоз 228
Кольпорафия 62, 101
Кольпоскопия 136
Кольпотомия 169
Коляпс 291
Кольцо Менге 71
— Годже 65
Косой разрез 50
Культи 288
- Л**
Лапаротомия Александер 67
Латеральная сальпингостомия 90

Липомы 207
Люмбальная анестезия 33

Малое кесарское сечение 255

Маска Омбредана 28

Массаж сердца 31

Маститы — оперативное лечение 280

Материал для швов 20

Матка — связочный аппарат 39

Местная анестезия 31

Мегроэндометрит — оперативное лечение 158

Мочевой пузырь 38

Мочевые органы — операции 209

Мочеточник 41

— вливание в кожу 221

— имплантация 217

— перевязка 220

— поранения 216

Мочеточниково-влагалищные свищи 216

Нагноение послеоперационной раны 288

Наркозные параличи 292

Наружные половые органы 237

— — — лечение неправильностей 237

— — — пороки развития 237

Новообразования половых органов 206

Обезболивание 25

— местное 31

— методика усыпления 28

— Общий ингаляционный наркоз 26

— осложнения 29

Оплодотворение искусственное 96

Оперативная анатомия 37

— техника 36

— стерилизация 98

Оп рациянная комната 13

— — обстановка ее 15

Операционные перчатки 19

Операционный материал 18

Операции без вскрытия брюшной полости 52

— исправляющие положение матки 64

— на кишечнике 223

— — мочевых органах 209

— — почке 224

— расширяющие костный таз 268

Операция Александер-Эдэмса 66

— Альфиери 110

— Бойтнера 106

— Блямберга 112

— Ван де Вельде 111

— Вастена 205

— Вебстера 68

— Верта 69

— Вертгейма 40, 41

— Вертгейма-Шаута 75

— Видаля 215

— Витцеля 201

— Гальбана 98, 211

— Гартмана 161

— Гендли 102

— Генкеля 165

— Гофбауера 106

— Груздева 176

— Долери-Джиллям 71

— Дуэй 94

— Дюцманна 107

— Дедерлейна 125, 127

Операция Дэдлей-Менге 68

— Зенгера 224

— Келли 103

— Керера 105

— Килланда 76

— Кипарского 103

— Кирхофа 105

— Киршнера 201

— Котта 151

— Кохера 73

— Кюстнера 214

— Кюстнера-Пикколи-Доре 244

— Лабгарта 78

— Лефора 78

— Линдига 113

— Лунгрена 103

— Мадленера 104, 178

— Мермана 108

— Мори 232

— Мюллера 79

— Мюллер-Кеню 192

— Окинчица 142

— Ольсгаузена 155

— Отта 211

— Попова 219, 233

— Порро 267

— Потта 225

— Рикка 125, 127, 165

— Ришелд 125

— Сергеева 108

— Симон-Марквальда 161

— Снегирева 78

— Тарновского 110

— Тихова 219

— Томаса 105

— Тренделенбурга 275

— Фабрициуса 105

— Флатау 104

— Фозергиля 65

— Фора 140, 191

— Френкеля 74

— Фридмана 104

— Цейфеля 139, 143

— Черни 145

— Шпильберга 124

— Шредера 155, 161

— Штеккеля 108, 148

— Штурмдорфа 76, 136, 162

— Шуберта 233

— Шухарта 210

— Элекера 74

— Эммега 160

Опухоли влагалища 208

— яичников 165

Опушение матки 70

Осложнения при общем наркозе 29

— — — асфиксия 29

— — — паралич сердца 31

Папилломы вульвы 207

Параметрит — лечение 204

Паротиты послеоперационные 288

Паховый канал 38

Пельвеоперитонит 197

Перевязка мочеточника 220

— сосудов 47

— трубы 105

Передняя кольпорафия 62

- Передняя кольпотомия 169
 Переливание крови 176
 Перерезка трубы 105
 Пересадка мочеточников в кишечник 218
 Перитонит 197
 Пернонтон 35
 Пертубация 85
 Подготовка больной к операции 9, 23
 — — — — психическая 33
 — — — — операционного поля 24
 — — — — персонала к операции 22
 Поперечный разрез 49
 Пороки развития наружных половых органов 237
 Послеоперационные боли 284
 — кровотечения 292
 — осложнения на мочевых путях 285
 — — — — легких 290
 — — — — пищеварительных путях 286
 — паротиты 290
 Послеоперационный ацидоз 283
 — коляпе 291
 — период 282
 — — и инфекции 288
 — шок 291
 Почка — операции на них 221
 Прерывание беременности 249
 Придатки матки 185
 — — воспалительные заболевания 185
 — — — — оперативное лечение 186
 — — — — септические процессы 186
 — — — — туберкулезные поражения 193
 — — — — рентгенизация 195
 Признак Маллера 274
 Проводниковая анестезия 32
 Проволочный шов 48
 Продольный разрез 45
 Продувание труб 85
 Проляпе по Фрорипу 70
 Промежность 43
 — восстановление 61
 — зашивание 59
 — разрывы 55
 — рассечение 57
 — травмы 53
 Пузырно-влагалищные свищи 212
 — шеечные свищи 214
 Пупочные грыжи 247
Раздавливание трубы 104
 Разрез косой 50
 — по Барденгейеру 38, 50
 — — Пфанненштилю 38, 45, 49, 67, 170, 179
 — — Кюстнеру 50
 — — Шухарту 53, 155
 — поперечный 49
 — продольный 45
 Разрыв промежности 55
 — — восстановление 61
 — — зашивание 59
 — — профилактика 57
 Рак матки 131
 — — оперативное лечение 131
 — — биопсия 136
 — — кольпоскопия 136
 — — лечение комбинированное 135
 — — лечение лучистой энергией 135
 Рак матки не подлежащий лечению 135
 — — реакция Шиллера 136
 — — влагалища 154
 — — наружных половых частей 156
 — — тела матки 153
 — — шейки матки — операции 137
 — — — — операция Окинчица 142
 — — — — радикальная операция 145
 — — — — — по Штеккелю 148
 — — — — удаление матки 139
 Рассечение промежности 57
 Расширение тазового кольца 268
 Реакция Руге-Филиппа 138
 — Фаруса 11
 — Шиллера 136
 Регионарная анестезия 32
 Резекция трубы 106
 Ретенционная киста 206
 Ринамор 28
 Роторасширитель Мэйо 30
Сакральная анестезия 34
 Сальпинголизис 89
 Сальпингостомия 89
 Святочный аппарат матки 39
 Септический перитонит 197
 Слоновость наружных половых органов 207
 Спиналномозговая анестезия 26, 33
 — — осложнения 34
 — — техника 33
 Срединный разрез 45
 Стерилизация женщины 98
 — — ее допустимость 99—101
 — — операцией на влагалище 102
 — — — — матке 102
 — — — — трубах 103
 — — — — яичнике 111
 — — временная 108
 Съёмный проволочный шов 59
Таз его отделы 38
 — иннервация 43
 — лимфатическая система 43
 — рыхлая клетчатка 40
 — сосуды 41
 — повреждения во время родов 55
 — промежность 43
 — расширение посредством операций 268
 — фасции 40
 Тазовые органы 38
 Тампоны 46
 Терминальная сальпингостомия 90
 Трансверзальная сальпингостомия 90
 Тромбозы 274, 277
 Трубно-маточная имплантация 89
 Тунеллирование 138
Угленислота при асфиксии 30
 Уретровагинальные свищи 210
Фибромиомы матки 113
 — — оперативное лечение 113, 115
 — — — — брюшностеночное чревосечение 117
 — — — — влагалищное чревосечение 124
 — — — — удаление матки 125
 — — — — энуклеация 123
 — — и беременность 129

— — лечение радием 117
— — рентгенотерапия 116
Фибромы 206
Фокальная инфекция 288
Формула Вальдштейна 132

Хлороформ 25
Хлорэтил 31
Хирургическое обеззараживание 9

Шов проволочный 48, 59
— экономический 45
Шок 291
Шприц Брауна 32

Экономический шов 45
Экцизия трубы 107
Эмболии 275
Эпидуральная анестезия 34
Эпизиоклезис 215
Эфир 25

Яичниково-маточная имплантация 89
Яичниковые опухоли 165
— — брюшностеночная овариотомия 170
— — влагалищная овариотомия 168
— — интралигаментарные 172
— — на ножке, их удаление 170
— — осложненные сращениями 173

akusher-lib.ru

ПЕРЕЧЕНЬ АВТОРОВ

в иностранной и русской транскрипциях

Abadie — Абади
 Ahlfeld — Альфельд
 Albers — Альберс
 Alberten — Альбертен
 Albrecht — Альбрехт
 Amann — Амани
 Amussat — Амюсса
 Angerer — Ангерер
 Asch — Аш
 Aschner — Ашнер
 Aschoff — Ашоф
 Atlee — Атли
 Audebert — Одебёр

Bacciali — Баччиали
 Bainbridge — Байнбридж
 Baisch — Байш
 Bar — Бар
 Bardeleben — Барделебен
 Bardenheuer — Барденгейер
 Barsony — Барсони
 Bassini — Бассини
 Baumgarten — Баумгартен
 Beclère — Беклёр
 Benthin — Бентин
 Beuttner — Бойттнер
 Billroth — Бильрот
 Blundell — Блэнделъ
 Bonnet — Боннэ
 Borchgrevink — Борхгревинк
 Borelius — Борелиус
 Bossi — Босси
 Boyer — Буайе
 Braun — Браун
 Braxton-Nicks — Бракстон-Гикс
 Brindeau — Брэндю
 Büdinger — Бюдингер
 Bumm — Бумм
 Burt — Бурт

Cestan — Сестан
 Champneys — Шампнейс
 Chaput — Шапу
 Chrobak — Хробак
 Clado — Клядо
 Clauberg — Клауберг
 Coffey — Коффей

Cohnstein — Кошштейн
 Collin — Коллэн
 Cotte — Котт
 Coutard — Кутар
 Cräfe — Крефе
 Crile — Крайль
 Cullen — Куллен
 Cuppler — Купплер
 Czerny — Черни

Degrais — Дерге
 Delageniere — Делаженьер
 Delbet — Делбе
 De-Lee — Де-Ли
 D'Erhia — Д'Эрхия
 Deutsch — Дейч
 Dietrich — Дитрих
 Dickinson — Дикинсон
 Dittel — Диттель
 Döderlein — Дедерлейн
 Dörfler — Дёрфлер
 Dowell — Доуэлл
 Douay — Дуэй
 Doyen — Дуайен
 Dudley — Дэдлей
 Dührssen — Дюрсен
 Dupuytren — Дюпюитрен
 Duret — Дюре
 Dützmänn — Дюцманн
 Duval — Дювалъ

Eimer — Эймер
 Emmett — Эммет
 Engelmann — Энгельман
 Esch — Эш
 Essen-Möller — Эссен-Мэллер
 Estes — Истес
 Everke — Эверке

Fabricius — Фабрициус
 Fahraeus — Фраеус
 Fallenberg — Фалленберг
 Fallerton — Фаллертон
 Feit — Фейт
 Fels — Фельс
 Ferrary — Феррари
 Ferre — Ферре
 Ferroni — Феррони

Fernwald — Фернвальд
 Flatau — Флагау
 Fleischmann — Флейшман
 Forgue — Форг
 Foweau-de-Courmeles —
 Фово-де-Курмель
 Fraenkel — Френкель
 Frank — Франк
 Frans — Франц
 Freund — Фрейнд
 Friedmann — Фридман
 Fritsch — Фрич
 Frommolt — Фроммольт
 Frorip — Фроруп
 Fucks — Фукс
 Fürbringer — Фюрбрингер

Galbiati — Галбиати
 Gaudier — Годие
 Gauss — Гаусс
 Gerota — Жерота
 Gigli — Джигли
 Goepel — Гепель
 Goldspohn — Гольдшпон
 Gotlieb — Готлиб
 Gottschalk — Готшалк
 Goullioud — Гуллиу
 Graser — Гразер
 Grinhill — Грингиль
 Grisogono — Гризогоно
 Gutbrod — Гутброд

Haendly — Гендли
 Haim — Гайм
 Halberstaedter — Гальбер-
 штетер
 Hallopeau — Галлопо
 Hannes — Ганнес
 Hans — Ганс
 Hauch — Гаух
 Heidenhain — Гайденайн
 Heinsius — Гейнзиус
 Holland — Гелланд
 Hellendall — Геллендаль
 Hellwig — Геллвиг
 Henderson — Гендерсон
 Henkel — Генкель
 Herff — Герфф
 Herrmann — Герман

Heurlin — Гайрлин
 Heuser — Гейзер
 Heunemann — Гейнеман
 Hilden — Гильден
 Hinselmann — Гинзельман
 Hodge — Годже
 Hofbauer — Гофбауер
 Höhne — Гэнэ
 Hügel — Гюгель
 Hunter — Гунтмер

Irving — Ирвинг

Jaboulay — Жабулэй
 Jersild — Джерсильд
 Jersuny — Герауни
 Jaboulay — Жабулэй

Kalliwoda — Калливода
 Kaltenbach — Кальтенбах
 Katz — Кац
 Kawasoye — Кауасоёе
 Kautmann — Кауфман
 Kehrer — Керер
 Kelly — Келли
 Kennedy — Кеннеди
 Kermauner — Кермаунер
 Kesmarsk — Кесмарск
 Kielland — Килланд
 Kimball — Кимбелл
 Kirchoff — Кирхоф
 Kirschner — Киршнер
 Kiwisch — Кивиш
 Kleeberg — Клееберг
 Kny-Scheerer — Кни-Шер-
 пер
 Koeberle — Кеберлэ
 Kohler — Колер
 Kojima — Козима
 Koks — Кокс
 Kostantini — Костантини
 Kraul — Крауль
 Krause — Краузе
 Kroemer — Кремер
 Krönig — Крениг

Labbe — Лаббе
 Labhardt — Лабгарт
 Landau — Ландау
 Lawen — Лоуэн
 Lawson Tait — Лоусон Тэйт
 Lean — Лин
 Lefort — Лефёр
 Le-Lorier — Ле-Лорье
 Le-Maire — Ле-Мэр
 Leocota — Леокота
 Leonhard — Леонгарт
 Leopold — Леопольд
 Lerishe — Лериш
 Lesment — Леман
 Letulle — Летулль
 Levy — Леви
 Lindig — Линдиг
 Linzenmeier — Линценмейер
 Littauer — Литтауер
 Lockyer — Локиер
 Lourgos — Лоурос
 Lungren — Лунгрэн

Mackenrodt — Макенрот
 Mac-Kesson — Маккессон
 Madlener — Мадленер
 Mahler — Малер
 Mariani — Мариани
 Martens — Мартенс
 Martin — Мартин
 Mashe — Мэше
 Maydl — Майдль
 Mayer — Майер
 Mayo — Мэйо
 Menge — Менге
 Mermann — Мерман
 Meyer — Мейер
 Mikulitz — Микулич
 Morgenroth — Моргенрот
 Mori — Мори
 Morisani — Морисани
 Morris — Моррис
 Müller — Мюллер
 Muret — Мюрё
 Murphy — Мёрфи
 Nerveux — Невё
 Neugebauer — Нейгебауер
 Neumann — Нойман
 Novi — Нови
 Nürnbergger — Нюрнбергер

Oehlecker — Элекер
 Oliva — Олива
 Olivecron — Оливекрон
 Olshausen — Ольсгаузен
 Ombredanne — Омбредан
 Opitz — Опиц
 Ortiz-Peretz — Ортиц-Перец
 Oudard — Удэр

Raunz — Паунц
 Petit — Пти
 Pfeilsticker — Пфейльштик-
 кер
 Philipps — Филиппс
 Piccoli — Пикколи
 Pinard — Пинар
 Pitha — Пита
 Poggi — Поджи
 Polano — Полано
 Polk — Польк
 Porro — Порро
 Porta — Порта
 Pott — Потт
 Pozzi — Подзи
 Pouey — Пуэй

Recamier — Рекамье
 Recklinghausen — Реклин-
 гаузен
 Reclus — Рекло
 Regaud — Рего
 Richelot — Ришелё
 Richet — Риче
 Rieck — Рикк
 Riess — Рисс
 Roersch — Рерш
 Rohleder — Роледер
 Römer — Рэмер
 Rose — Розе

Rosthorn — Ростгорн
 Roth — Рот
 Rotter — Роттер
 Rovsing — Ровсинг
 Rubin — Рубин
 Rübsamen — Рюбзамен
 Ruge — Руге
 Ruhl — Рюль
 Runge — Рунге

Sampson — Сэмпсон
 Sarwey — Сервей
 Scanzoni — Сканцони
 Schatz — Шац
 Schaw — Шоу
 Schauta — Шаута
 Schellenberg — Шелленберг
 Schiffmann — Шифман
 Schiller — Шиллер
 Schlafli — Шлафли
 Schmidt — Шмидт
 Schmieden — Шмиден
 Schorch — Шерш
 Schotmüller — Шотмюллер
 Schroeder — Шредер
 Schuchardt — Шухарт
 Schück — Шюкк
 Segond — Серон
 Seiffert — Зейферт
 Seitz — Зейц
 Seller — Зеллер
 Seulberger — Зойлбергер
 Sharp — Шарп
 Sievers — Сиверс
 Sigol — Сиголь
 Simon — Симон
 Simps-Marion — Симпс-Ма-
 рион

Sippel — Зиппель
 Siredey — Сиредей
 Skutsch — Скуч
 Solomons — Соломон
 Spencer — Спенсер
 Spiegelberg — Шпигельберг
 Spinelli — Спинелли
 Spirito — Спирито
 Stamm — Штамм
 Stickel — Штикель
 Stoeckel — Штеккель
 Strassmann — Штрассман
 Sturmdorf — Штурмдорф
 Swiecicky — Свецицкий

Tagliaferro — Тальяферро
 Tandler — Тандлер
 Tauffer — Тауффер
 Testa — Теста
 Thalhimer — Тальгимер
 Thies — Тис
 Thiar — Сириар
 Thomas — Томас
 Thornton — Торнтон
 Tossig — Тоссиг
 Tott — Тот
 Tropl — Тропль
 Tuffier — Тюффье
 Turen — Тюрени

Van-de-Welde — Ван-де-Вельде
Van-Hook — Ван-Гук
Vidal — Видаль
Vierort — Фирорт

Waldeyer — Вальдейер
Walthard — Вальтгард
Waser — Вазер

Weil — Вейль
Wertheim — Вертгейм
Wessel — Вессель
Westermark — Вестермарк
Wetterwald — Веттервальд
Whitehead — Уайтхед
Wickham — Уикхем
Wieting — Витинг
Winkel — Винкель
Winter — Винтер

Wintz — Винц
Witzel — Витцель
Woltgart — Вольтгарт
Worral — Уоррел
Wunderlich — Вундерлих

Zarate — Зарате
Ziegenspeck — Цигеншпек

akusher-lib.ru

УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Абади 234
Абель 118
Адлер 159, 160
Александр 66, 108, 111
Александров 84
Алферов 235
Альберс-Шенберг 116
Альбертен 176
Альбрехт 234
Альфелд 22, 243, 260, 269
Альфьери 110
Аманн 194, 229
Амюсса 128
Амрейх 8
Ангерер 281
Андреев 391
Арнет 12
Атабеков 213
Атли 168
Аш 106
Ашнер 123
Ашоф 159, 193

Байнбридж 93
Бакал 17
Бакшт 265
Бальди 68
Бар 102
Барделебен 103
Барденгейер 38, 50, 119, 281
Барсонн 243
Бассини 246
Баумгартен 193
Бачалли 104
Бенлер 87, 117
Бенмай 242, 257
Бентин 259
Бергман 221
Беш 285
Бильрот 27
Бир 33
Блэк 118
Блэндель 99
Блюмберг 112
Боари 220
Бовуш 138
Бодело 130
Бойтнер 103, 106
Болдуин 228, 230, 255, 279
Бонна 166

Бореллиус 243
Борхгревинк 195
Босси 136
Бракстон 182
Брант 114
Брауде 139, 250
Браун 31, 32, 87, 164, 242
Брезе 177
Брендо 26, 123, 129, 130
Бродерзон 163
Буайс 225
Бульшинский 207
Бумм 20, 23, 27, 34, 44, 63, 67, 72, 73, 81, 102, 120, 133, 138, 168, 184, 186, 199, 243, 255, 256, 258, 274, 278
Бухман 48
Бюдинггер 219

Вагнер 229, 234, 278
Вазер 105
Вагнадзе 243
Вальдейер 245
Вальдштейн 132
Вальтгард 105, 110, 260
Ван-Гук — 220
Ван-де-Вельде 71, 111, 271, 272
Ван-дер-Хевен 259
Варшавский 250
Васильев 242
Вастен 205
Ваткинс 61
Вебстер 68
Вейбель 75, 77, 134, 226
Вейль 252
Верт 69, 72, 184
Вертгейм 39, 75, 76, 121, 131, 132, 133, 135, 138, 139, 150, 185, 186, 190, 191.
Верюр 196
Вессель 111
Вестермарк 243
Веттервальд 259
Видаль 215
Вильмс 166
Винкель 83, 109, 172, 238, 242
Винтер, 83 118, 132, 135

Винц 116, 133
Витинг 291
Вигцель 201, 202, 219
Войно-Ясенецкий 281
Волкович 212, 213
Вольтгарт 256, 259
Воронев 95
Вреден 247
Вандерлих 196
Выдрин 208, 253

Габерер 201
Гайденгайн 60, 203
Гайма 280
Галлоп 151
Гальбан 8, 19, 60, 61, 69, 70, 75, 98, 121, 123, 124, 126, 155, 211, 212, 221, 222, 275
Гальберштетер 116
Гамбаров 115, 116, 118
Гаммершлаг 278
Ганес 278
Ганс 105
Гаррис 73
Гартман 161, 193, 194
Гаусс 116
Гаух 107
Гебель 222
Гегар 16, 58, 60, 61, 83, 164, 187, 193, 194, 224, 239, 251, 256, 257, 260, 268
Гейнеман 193
Гейнзиус 255, 256
Гелланд 259
Геллвич 130
Геллендаль 109
Гендерсон 30
Гендли 102
Генезиус 186
Генкель 151, 165
Гентер 256, 258
Гепюр 228
Герман 186, 190
Гершуни 85, 222, 234
Герф 213
Гильден 129
Гикса 182
Гизельман 132, 136, 278
Гичман 159, 160

Гойзер 87, 88
 Гойрлин 10
 Годже 58, 65, 130
 Гольбиати 271
 Гольдшпон 66, 111
 Горизонтов 175, 207
 Готлиб 292
 Готшальк 266
 Гофбауер 106
 Гравер 247
 Грамматикати 131, 151, 219
 Графф 85
 Гризогоно 111
 Грингиль 259
 Гроссих 24
 Груздев 110, 138, 141, 167,
 175, 176, 178, 207, 216
 Губарев 7, 90, 226
 Гуллиу 85, 89
 Гунтер 277
 Гуревич 165
 Гусаков 264, 272
 Гутброд 111
 Гэнэ 176, 178, 248
 Гюгель 206

Д
 Дартиг 68
 Дегре 117
 Дейч 116
 Делаженьёр 15
 Делбе 85
 Де-Ли 278
 Деревянко 182
 Дешан 17, 140, 142
 Джексон 26
 Джигли 271, 272, 273
 Джильям 71
 Диккинсон 101
 Димие 87
 Дигерихс 287
 Дитрих 271
 Диттель 215
 Долери 71
 Доуэлл 168
 Дриздель 101
 Дуайен 46, 119, 121, 180
 Дуэй 88, 89, 94, 239
 Дедерлейн 19, 115, 118,
 125, 127, 133, 135, 138,
 154, 160, 166, 168, 174,
 196, 213, 227, 239, 260,
 261, 264, 265, 271, 272,
 273
 Дэдлей 68, 83, 85, 90
 Дэрфлер 256, 263
 Дюваль 60
 Дюпюитрен 228
 Дюрсен 168, 169, 256, 257,
 258
 Дюцман 107, 255

Е
 Егунов 163
 Езерская 197
 Елкин 192

Ж
 Жабулэй 151
 Жерота 207

Жирицкий 250
 Журавлев 163
З
 Завьялов 253
 Закс 279
 Замшин 106
 Зарате 270
 Зарницкий 256
 Здравомыслов 230
 Зейферт 116
 Зейц 116, 132
 Зеллер 95
 Зельгейм 86, 108, 109, 194,
 212, 256, 261, 264, 266
 Земмер 278
 Зенгер 104, 224, 259, 260,
 261
 Зимон 239
 Зиппель 277
 Зойлбергер 199
 Зоммер 279

И
 Ильевич 259, 279
 Ирвинг 106
 Истес 93

К
 Какушкин 250
 Калливода 104, 109
 Кальтенбах 187
 Каппис 202, 274, 291, 292
 Кателен 34
 Кауасойе 221
 Кауфман 277
 Кац 175
 Каценельсон 242
 Кеберле 121, 168
 Кедров 242
 Келли 72, 103, 123
 Кениг 195
 Кеннеди 87
 Кеню 192
 Керер 99, 105, 257, 278
 Кермаунер 141, 230
 Кесмарк 243
 Кивиш 158
 Килланд 76
 Кимбелл 115
 Кипарский 91, 108, 163
 Кирхоф 27, 106, 110, 257
 Кишнер 197, 199, 201,
 203, 229, 234, 236
 Китюр 271
 Клапп 281
 Клауберг 278, 279
 Клебе 154
 Клееберг 121
 Клядо 91
 Кни-Шерер 18
 Козима 105
 Козинский 158, 207
 Кокс 101, 103
 Колер 105, 203
 Коллен 16, 142, 180
 Кондорсе 100
 Конштейн 261, 263
 Костантини 231
 Котт 88, 151
 Коффей 218, 219,

Кох 278
 Кохер 16, 37, 58, 67, 73, 173,
 180, 189
 Крайль 177
 Крассовский 168, 269
 Краузе 198
 Крауль 267
 Креде 228, 258, 265
 Кремер 130
 Крениг 18, 25, 35, 101, 109,
 120, 158, 193, 196, 227, 261
 Крефе 175
 Кроссен 8, 61, 66, 156, 157
 161, 218, 278
 Крымов 245
 Куллен 91
 Купер 16, 124
 Купплер 105
 Кутер 134
 Кюстнер 50, 61, 136, 186,
 206, 207, 213, 214, 228,
 238, 241, 242, 243, 260,
 261, 264, 278

Л
 Лабгарт 78, 80
 Лаббе 284
 Лаборд 30
 Ланг 111
 Ландау 187
 Лансен 252
 Лаптев 233
 Лаутеншлегер 17
 Лацко 139, 261, 264, 278
 Левен 34
 Леви 111, 259
 Левин 253
 Лейбчик 256
 Ле-Лорие 87
 Леман 242
 Ле-Мэр 130
 Леокота 106
 Леонград 206
 Леопольд 73, 168, 273
 Лериш 151
 Летюллер 95
 Лефор 78, 79, 80
 Лин 245
 Линдеман 162
 Линдич 112
 Линценмейер 12
 Липперт 166
 Литтауер 109
 Локиер 72
 Лоурос 72
 Лоусон-Тэйт 187
 Лоуэн 277
 Лоуэре 207
 Лундгрэн 99, 103
 Львов 108

М
 Мадленер 104, 110, 178, 257
 Майдль 219
 Майер 138, 292
 Макенрот 39, 41, 56, 168,
 213, 217
 Макнессон 291
 Малер 274
 Малиновский 154, 182

- Мальтус 100
 Мангейм 192
 Мандельштам 223, 229, 232
 Мариани 243
 Марков 229, 237
 Марквальд 161, 239
 Мартенс 277, 278
 Мартин 60, 63, 78, 85, 90, 102, 124, 128, 166, 168, 169, 172, 174, 186, 191, 194, 219, 238
 Марциус 212
 Матвеев 229, 235, 236, 237
 Матусов 219
 Матьё 16
 Мейер 84, 159
 Мельник 229
 Менге 25, 68, 108, 133, 185, 186, 190, 193, 230
 Мерман 108
 Мёрфи 73
 Микулич 18, 47, 104, 134, 140, 141, 164, 174, 185, 191
 Милль 100
 Минин 7, 48, 207, 251, 253
 Миронов 108
 Миротворцев 219
 Мишель 48, 49, 67, 247, 248, 266
 Моргенрот 281
 Мори 232
 Морисани 269
 Моррис 93
 Мортон 26
 Музалев 172
 Мэйо 30, 202, 219, 247, 248
 Мэше 182
 Мюзю 191
 Мюллер 79, 192, 259, 260, 261
 Мюльбергер 112
 Мюрё 98, 177
- Н**
 Мариани 98
 Нейгебауер 79
 Непвё 284
 Никольский 138, 144, 145
 Нови 269
 Нойман 107
 Нумеров 18
 Нюрнбергер 98, 105, 109
- О**
 Огнев 229
 Одебёр 104
 Окинчиц 7, 8, 9, 55, 81, 159, 160, 163, 166, 174, 177, 184, 192, 196, 206, 238, 251, 261, 270, 273
 Олива 109
 Оливекрон 199
 Ольсгаузен 72, 109, 118, 130, 155, 166, 167, 172, 173, 211, 242
 Омбретан 27
 Опитц 185, 261
 Оппель 245
 Ортиц 270
- Отт 7, 15, 46, 25, 44, 57, 82, 89, 101, 116, 133, 166, 177, 211, 230
- П**
 Панкелен 25
 Панков 158, 159, 186, 193, 196
 Паунц 266
 Пеан 16, 49, 180
 Пегам 8, 27, 45, 146, 147, 152
 Перец 270
 Петров 144
 Пивколи 243
 Пиннар 184, 269
 Пинкус 101
 Писемский 104
 Пит 229
 Плейффер 17, 251
 Плетнев 11
 Плотицков 192
 Поволоцкая 25
 Подвысоцкий 207
 Поджи 85, 89, 220
 Подзаоров 250
 Полано 194, 261, 263
 Поленов 151
 Полубинский 163
 Польк 85, 89, 243
 Пономарев 258
 Попов 11, 216, 219, 228, 229, 232
 Порро 260, 268
 Порта 260, 267
 Потт 225
 Поцци 239
 Прозоровский 271
 Пти 94
 Пуэй 162
 Пфанненштиль 38, 45, 49, 67, 166, 170, 171, 172, 174, 178, 257, 261
 Пфейльштиггер 108
 Пятницкий 231
- Р**
 Рабинович 107, 232
 Радецкий 134, 164
 Разумовский 248
 Ракитанский 167
 Ратнер 11
 Ревердён 16
 Рего 117
 Рейн 103, 166, 228, 230, 282
 Рекамье 225, 249
 Реклингаузен 198
 Рекле 31
 Ренар 243
 Рерш 195
 Рид 177
 Ридель 28
 Рикк 125, 127, 165
 Рисс 91
 Рихтер 16
 Ришэ 177
 Ришелё 125
 Ровсинг 221
 Роговенно 7
 Розе 107, 216
 Розенталь 182
- Розенштейн 281
 Роледер 97
 Ромбёрг 291
 Ростгорн 194
 Рота 271
 Роттер 200
 Рубин 85
 Руге 133, 138, 158
 Рунге 163, 197, 243
 Русин 251, 253
 Рэмер 272
 Рюбзамен 175
 Рюль 108
 Рыжков 242
- С**
 Свенцицкий 228
 Селицкий 257, 259
 Сервей 100
 Сергеев 108
 Сегон 184, 224, 243
 Сердюков 85, 88, 90, 91, 92, 94, 259
 Серебров 7, 12, 37, 274
 Сестан 175
 Сиверс 277
 Сильвестр 30
 Симон 161, 215
 Симпсон 26, 83
 Симс 97
 Сиредей 82
 Сириар 84
 Скандони 158
 Скробанский 257
 Скуч 85, 90
 Славянский 115
 Снегирев 48, 78, 101, 158, 168, 184, 228, 229, 242, 253, 272, 281
 Соломонс 90
 Сонин 270
 Спасокукоцкий 22
 Спенсер 100, 168, 195
 Спинелли 108, 243, 269, 270
 Спирито 136
 Строганов 271, 273
 Субботин 216
 Судаков 251
 Сэмпсон 218
- Т**
 Тальгимер 284
 Тальяферро 279
 Тандлер 60
 Тарновский 110
 Тауфер 220
 Тейльгабер 158
 Тесга 175
 Тиканадзе 229
 Тирш 229, 234
 Тис 234
 Тихов 131, 151, 219
 Томас 105, 243
 Томашевский 207
 Томсон 7
 Торн 242
 Торнтон 167
 Тоссиг 107
 Тот 123
 Трэнделенбург 214, 275

Гропль 234
Гедер 253
Гейлор 278
Гюрени 109
Гюффье 91, 93

Уайтхед 226
Удар 245
Уикхем 117
Уоррел 73
Уоткинс 91
Уэллс 168, 195

Фабрициус 105
Файнберг 178
Фалленберг 242
Фаллертон 242
Фареус 11
Фейт 78, 125, 158, 172, 175,
194, 260
Феликс 225
Фелинг 194
Фельс 278, 279
Феноменов 138, 269, 271
Ференвальд 242
Феррари 43
Ферре 241
Феррони 110
Филипп 133, 138
Филиппс 130, 242
Филончиков 24
Фибль 251, 253
Фирорт 198
Фишер 172, 284
Флатау 104, 115
Флейшман 127
Фовд-де-Курмель 116
Фогель 242
Фогт 256
Фозергиль 65
Фолькман 165
Фор 16, 26, 47, 120, 123,
131, 133, 140, 141, 153, 175,
191
Форг 172
Франк 11, 93, 162, 194, 261,
264, 270, 271

Франкман 219
Франц 16, 17, 20, 23, 31, 37,
45, 49, 67, 74, 114,
115, 116, 118, 132, 133,
138, 154, 155, 156, 160,
168, 174, 178, 194, 222,
230, 243, 260
Фрейнд 101, 106, 131, 167,
214, 277
Френкель 74, 229, 235, 236,
253
Фригель 190
Фридман 104
Фрич 16, 17, 51, 61, 78,
83, 104, 106, 108, 158,
166, 179, 186, 191, 241,
242, 244, 251, 260
Фроммольт 151
Фрорин 70
Фукс 104
Фюрбингер 22
Фют 213

Хаггард 30
Хробак 121

Цвейфель 34, 35, 131,
135, 139, 143, 150, 192,
260, 269, 270, 274
Цигеншпек 60
Циммерман 85
Цомакион 102, 175

Черни 73, 125, 131, 145

Шамберлан 18
Шампнейс 100
Шаю 219
Шарп 100
Шаута 75, 76, 107, 132, 133,
145, 146, 168, 187, 194,
224, 242, 243, 260
Шац 60, 172
Шварц 156
Швогер 271
Шелленберг 278, 279

Шерш 278
Шиллер 132, 136
Шиллинг 12
Шифман 260
Шлафли 272
Шлейх 32
Шмиден 247
Шмидт 197, 229, 237
Шмундач 253
Шопф 220
Шотмюллер 199
Шоу 91
Шпигельберг 124
Шредер 121, 155, 159, 160,
161, 163, 172,
242, 279,
Штамм 178
Штанге 10
Штеккель 34, 53, 102, 108,
131, 133, 136, 145, 148,
149, 157, 221, 222, 278
Штикель 23
Штрасман 91, 177, 234, 241,
252, 258, 281
Штурмдорф 76, 136, 162
Шуберг 229, 233
Шухарт 15, 53, 146, 148,
149, 155, 210, 234, 237,
238
Шюки 151

Эверке 243
Эдэме 66, 67, 108, 111
Эймер 133
Эйнгорн 31
Эленер 74
Эммет 160
Энгельман 175
д'Эрхия 132
Эсмарх 27
Эссен-Мэллер 118
Эш 132

Юбас 151

Якобс 177
Ярцев 271