

А.С. ПЕРСИАНИНОВ

ОПЕРАТИВНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ

Экспериментальному

А.С. ПЕРСИАНИНОВ

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ИСПРАВЛЕННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ



МОСКВА. „МЕДИЦИНА“. 1976

Л. С. ПЕРСИАНИНОВ. Оперативная гинекология. М., «Медицина», 1975, 576, ил.

Во втором издании руководства обобщены достижения отечественных и зарубежных авторов, и широко использован личный опыт автора в области оперативной гинекологии. В руководстве описаны техника различных гинекологических операций, источники ошибок, возможные осложнения, их профилактика и лечение. Изложена техника брюшностеночного кесарева сечения и операции при разрывах матки. Приводятся также описание урогинекологических операций, а также операций на кишечнике, применяемых в гинекологической практике.

Подробно представлены общие вопросы, связанные с оперативным вмешательством: организация хирургической работы, анатомия органов малого таза, предоперационная подготовка, показания и противопоказания к операциям, выбор метода обезболивания, ведение больных в послеоперационном периоде.

Руководство рассчитано на акушеров-гинекологов, хирургов и урологов.

SUMMARY

This manual is a revised and expanded edition of a book published in 1971. The second edition includes latest achievements of Soviet and foreign investigators, the author's personal experience in surgical gynaecology has also been made use of. The manual deals with the technique of various gynaecological operations, causes of errors, possible complications, their prophylaxis and treatment. Technique of abdominal Caesarian section is described, as well as that of ruptured uterus surgeries. There are descriptions of uro-genital and intestinal surgeries used in gynaecological practice.

Treated in detail are general problems connected with surgical intervention, such as the institutional surgical set-up, pelvic anatomy, operative preparation, indications and contraindications for a surgery, the choice of anaesthetic, post-operation care of patients.

The manual is intended for obstetricians and gynaecologists.

II 51900-443 — 205-75
039(01)-76

© Издательство «Медицина» Москва 1975

Предисловие

Хирургический метод лечения в сложной и многогранной работе акушера-гинеколога имеет весьма важное значение. В нашей стране операции производятся в городских, районных и участковых больницах.

Благодаря большим успехам в области оперативной техники и анестезиологии, асептики и антисептики операция стала широкодоступным методом при осуществлении лечебно-профилактических мероприятий в случаях заболевания гениталий.

Хирург должен помнить, что просто техническое выполнение оперативных вмешательств и стремление к овладению только техникой являются вульгаризацией и упрощенчеством. Не отвага и бесчувственность при умении держать нож в руках обеспечивают успех операции, а знания и искусство хирурга.

Многие гинекологические операции могут обусловить в последующем значительные нарушения в женском организме, сопряженные с удалением того или иного органа или его части. Они могут привести к нарушению менструальной или детородной функции, а в некоторых случаях даже к невозможности половой жизни. Поэтому, решая вопрос о целесообразности хирургического лечения, необходимо правильно оценивать показания и противопоказания к гинекологической операции, а при выполнении ее избегать необоснованного и тем более неразумного радикализма, особенно при вмешательстве на яичниках.

В настоящем руководстве большое внимание уделяется показаниям к операции и технике оперативного вмешательства с учетом хирургической анатомии. В отдельных разделах после описания однотипных операций излагаются источники ошибок, возможные осложнения, их профилактика и лечение.

В руководстве обобщены достижения отечественных и зарубежных авторов, принципы сохраняющей и восстановительной отечественной хирургии, широко использован и личный опыт автора в области оперативной гинекологии.

В книге много иллюстраций, помогающих благодаря зрительному восприятию усваивать описание техники операции. Многие рисунки являются комбинированными и позволяют ясно представить последовательность этапов операции. Помимо оригинальных рисунков, использованы иллюстрации из отечественных и зарубежных руководств по оперативной гинекологии.

Основной нашей целью при написании данной книги было оказание широкой массе врачей помощи в овладении современными оперативными методами лечения.

На первое издание этой книги (1971) опубликовано несколько положительных рецензий. Подготавливая настоящее, второе, издание, мы учли замечания рецензентов и читателей, а также внесли некоторые добавления, связанные с развитием оперативной гинекологии.

Мы с благодарностью примем все замечания по данному изданию.

I

Предоперационная подготовка больных

В гинекологической практике хирургический метод лечения имеет важное значение в оказании помощи больным женщинам. Большие успехи в области оперативной гинекологии достигнуты в настоящее время благодаря высокой хирургической технике и анестезиологии при соблюдении ставших давно обычными в повседневной практике асептики и антисептики. Операция стала широкодоступным методом при осуществлении комплекса лечебно-профилактических мероприятий по поводу заболеваний гениталий.

Однако возможность и умение выполнить операцию не должны являться ведущим моментом при выборе хирургического метода лечения. Действия врача при решении вопроса об оперативном лечении должны быть направлены на то, чтобы не только успешно выполнить ту или другую операцию и, следовательно, избавить больную от заболевания или страдания, вызванного патологическим процессом в данный момент, но и не причинить хирургическим вмешательством ущерба оперированной в дальнейшем. Эту возможность неблагоприятных последствий всегда нужно иметь в виду, и поэтому, прежде чем решиться на операцию, необходимо основательно взвесить, насколько она необходима и оправдывается ли тяжестью и условиями данного случая возможное отрицательное влияние оперативного вмешательства.

При решении вопроса о целесообразности хирургического лечения необходимо дать правильную оценку показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству, от чего во многом зависит успех операции.

Показания к операции

Учитывая возможные неблагоприятные последствия операции, а иногда и летальный исход, необходимо тщательно продумать и строго обосновать показания к операции, четко отразив их в записях истории болезни.

Плановое хирургическое вмешательство в большинстве случаев предпринимается после систематического консервативного лечения, если последнее может быть применено. При необходимости оказания неотложной помощи вопрос о показаниях также должен быть обоснован, и в большинстве случаев следует записать показания к операции в историю болезни до операции, исключая лишь такие ситуации, когда «промедление смерти подобно».

Как показывает практический опыт, иногда кажется, что срочная операция необходима, а когда врач начинает производить запись в истории болезни до оперативного вмешательства, то показания к нему отпадают. Чем меньше опыт врача, чем меньше его теоретическая подготовка, формирующая клиническое мышление, тем шире он ставит показания к операции.

При решении вопроса о показаниях следует прежде всего подумать о необходимости оперативного вмешательства. Вполне понятно, что показаниями к операции могут быть самые разнообразные заболевания и аномалии развития женских половых органов. Поэтому, не касаясь в деталях вопросов о показаниях, нужно сказать, что заключение о показаниях определяется следующим положением: если данное состояние (заболевание) представляет опасность для жизни или здоровья женщины и эта опасность может быть устранена только с помощью операции, то хирургическое вмешательство является показанным и обоснованным.

При этом необходимо учитывать противопоказания к операции, которые могут вытекать из сопутствующих заболеваний других систем организма, резко нарушающих состояние больной. Наиболее часто такими заболеваниями являются тяжелые поражения сердечно-сосудистой системы, болезни печени, почек и других органов и систем, резко нарушающих общее состояние организма. При неизбежности оказания неотложной помощи по жизненным показаниям приходится решаться на рискованные операции, учитывая смертельную опасность данного заболевания, требующего хирургического лечения. В остальных подобных случаях вопрос о возможности и целесообразности операции должен решаться при консультации с другими специалистами (терапевтами, урологами и др.).

Если нет специальных показаний, то не следует оперировать при реакции оседания эритроцитов выше 20—30 мм по Панченкову, увеличенном количестве лейкоцитов и при острых инфекционных заболеваниях. При пролежнях (язвах) на влагалищной части матки или на слизистой оболочке влагалища, а также при III—IV степени чистоты влагалищных выделений, особенно перед влагалищными операциями, следует предварительно провести лечение. Решив вопрос о необходимости оперативного вмешательства, необходимо учитывать, что, помимо высокой хирургической техники, успех операции зависит от тщательности обследования и выполнения большого и рационального комплекса лечебно-профилактических мероприятий до операции, во время нее и в послеоперационном периоде.

Обследование больной

Исход оперативного вмешательства может в значительной степени зависеть от состояния органов и систем организма. Поэтому при обследовании нельзя упустить даже малейшие анатомические и физиологические изменения у больной, готовящейся к операции, и, если таковые обнаруживаются, надлежит принять все возможные меры, чтобы компенсировать недостаточные функции организма.

Длительность предоперационного периода чрезвычайно переменчива: у некоторых больных при оказании неотложной помощи она исчисляется минутами, у других, при плановых операциях, — несколькими днями.

В период предоперационной подготовки выясняется и уточняется общее состояние больной: выявляются сопутствующие заболевания; определяется функциональная неполноценность органов и систем; проводятся

мероприятия, направленные на устранение или уменьшение функциональной неполноценности; выясняются возможные противопоказания к операции; выбирается метод обезболивания; проводится психопрофилактическая и общесоматическая подготовка больной к операции и обезболиванию.

Выполнение указанных задач требует значительного времени. Однако следует избегать длительного пребывания больной в предоперационном периоде в стационаре, если не требуется проведения специальных лечебных мероприятий, так как у ряда больных это может вызвать психическую травму; кроме того, многие виды обследования и предварительного лечения могут быть выполнены в условиях объединенного лечебного учреждения в женской консультации или в поликлинике.

Плановое обследование в поликлинических условиях проводится без торопливости, оно не обременительно для больной. При установлении какого-либо сопутствующего заболевания (заболевание носоглотки, бронхит, кариозные зубы, трихомонадный кольпит, эндоцервицит, эрозия шейки матки и др.) больная подвергается соответствующему лечению.

Каждая больная перед операцией должна быть обследована терапевтом; в случае необходимости в поликлинике проводятся консультации квалифицированных специалистов по другим смежным дисциплинам.

В процессе обследования в поликлинике, женской консультации или стационаре независимо от вида клинической патологии у каждой больной, требующей хирургического вмешательства, производят общий анализ крови и мочи, исследование на сахар, определяют группу крови и ее резус-принадлежность, делают ЭКГ, рентгеноскопию органов грудной клетки, определяют артериальное давление, производят коагулограмму, бактериоскопические исследования влагалищных выделений.

При наличии сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов или других систем организма применяют дополнительные методы обследования в необходимом объеме.

При гинекологических заболеваниях к дополнительным методам обследования относятся следующие.

При воспалительных заболеваниях женских половых органов проводят бактериоскопические и бактериологические исследования выделений (мазок) из уретры, шеечного канала и влагалища; определяют чувствительность к антибиотикам. При подозрении на туберкулез половых органов производятся дополнительные цитологические, бактериоскопические и бактериологические исследования. Делают обзорную рентгенограмму таза, гистеросальпингографию, биопсию эндометрия, ставят туберкулиновые пробы.

При дисфункциональных кровотечениях показаны детальное исследование свертывающей системы крови, цитологические исследования влагалищных мазков и определение других тестов функциональной диагностики и экскреции половых и других гормонов.

При кровотечении в детородном возрасте (меноррагии, метроррагии), климактерическом периоде и менопаузе показано раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием соскобов.

При подозрении на нарушения со стороны эндокринной системы больные нуждаются в дополнительных эндокринных, генетических и рентгенологических (снимок области турецкого седла и др.) исследованиях.

При бесплодии необходимы гистеросальпингография и дополнительные эндокринные исследования, если имеется подозрение на наруше-

ние функции эндокринной системы (эксекреция половых и гонадотропных гормонов, основной обмен, поглощение йода-131 щитовидной железой, белковосвязанный йод крови, эксекреция с мочой 17-кетостероидов и др.).

При пластических операциях на влагалище и шейке матки определяется степень чистоты влагалищной флоры, проводятся бактериоскопические, а при необходимости и бактериологические исследования выделений из уретры, влагалища и мочевого канала.

При фибромиомах матки производится зондирование полости матки, гистеросальпингография, особенно при подозрении на субмукозные узлы или если предполагаются консервативно-пластические операции. Целесообразно обследовать и состояние эндометрия путем аспирационной биопсии или с помощью диагностического выскабливания. При наличии кровотечений и анемии у больной необходимо тщательное обследование сердечно-сосудистой системы и крови (электрокардиограмма, коагулограмма, тромбоэластограмма, функциональные пробы сердечной деятельности, повторные анализы крови).

При опухолях яичников, учитывая возможность их метастатического характера, показано тщательное обследование молочных желез и желудочно-кишечного тракта (рентгеноскопия и рентгенография желудка и кишечника, ректороманоскопия). С целью дифференциальной диагностики между опухолями яичника и матки или опухолями экстрагенитального происхождения используют зондирование полости матки, газовую рентгеногинекографию, ультразвуковую диагностику, кульдоскопию или лапароскопию, цистоскопию при подозрении на малигнизацию, а также эндокринные методы исследования и биопсию эндометрия, особенно при подозрении на гормонпродуцирующие опухоли яичника.

Если производится эвакуация асцитической жидкости, ее отсылают на цитологическое исследование (выявление атипических клеток).

При внематочной беременности, если диагноз неясен, используются биологические реакции на беременность (реакция Ашгейма — Цондека, Фридмана, реакция Галли — Майнини — Алпатова на лягушках, определение хориального гонадотропина), кульдоскопия, гистологическое исследование кровянистых выделений (пленок) на наличие элементов децидуальной оболочки.

При наличии резистентности или выпячивании заднего свода производится пункция через задний свод.

При раке матки проводят цитологическое исследование выделений из матки на атипические клетки, биопсию и отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки, хромоцистоскопию и ректороманоскопию. С целью определения метастазов в лимфатических узлах может быть использована и лимфография.

При мочеполовых свищах все больные должны подвергаться тщательному урологическому обследованию с целью выяснения топографии свища, величины его центрального отверстия и состояния верхних отделов мочевой системы. Производят цистоскопию, хромоцистоскопию, цистографию, экскреторную урографию и, при наличии показаний, катетеризацию мочеточников.

При аномалиях развития половых органов (аплазия влагалища, пороки развития матки) обследуют мочевыводящую систему, костный таз и пояснично-крестцовый отдел позвоночника, учитывая частую аномалию их развития, а в ряде случаев проводят также исследования на половой хроматин и изучение генотипа. Если предполагается операция кольпопоза из сигмовидной кишки, производят рентгенологическое

обследование толстого кишечника с целью выяснения длины и подвижности сигмовидной кишки и ее брыжейки.

При направлении больной на операцию из поликлиники врач должен учитывать, что при отсутствии необходимости в неотложной помощи наиболее благоприятным временем являются первые дни после окончания менструации.

Выбор метода операции

После тщательного выяснения общего состояния женщины, функции важнейших систем ее организма и установления диагноза заболевания гениталий окончательно решается вопрос о необходимости и возможности оперативного вмешательства.

Следующей задачей является правильный выбор метода операции. При этом врач должен индивидуализировать и выбор операции, учитывая характер заболевания, наличие сопутствующих патологических процессов в организме, возраст больной, условия ее жизни и труда. Например, при фибромиоме матки у молодой женщины более целесообразна консервативно-пластическая операция с сохранением детородной и менструальной функции; у женщины в возрасте, близком к климактерию, уместнее надвлагалищная ампутация матки, а при одновременном поражении шейки матки (эрозия, разрывы или эндоцервицит) более показана экстирпация матки. Совершенно необоснованно будет выполнение по поводу бесплодия операции на конической шейке матки (расширение цервикального канала, дисцизия) при непроходимости маточных труб.

Учитывая наличие сопутствующих экстрагенитальных заболеваний или пожилой и старческий возраст больной, а также тяжесть состояния больной во время операции в результате острой кровопотери или шока, приходится избирать более простой, легче и быстрее выполнимый метод оперативного вмешательства из числа применяемых для лечения данного заболевания.

Однако акушер-гинеколог не должен в целях ускорения и упрощения операции отказываться от основных моментов, составляющих сущность операции, которую он применяет.

В своей оперативной деятельности акушер-гинеколог должен стремиться в пределах целесообразности и возможности соблюдать принципы восстановительной и сохраняющей хирургии; стараясь в меньшей степени нарушить естественные функции женского организма.

Выбор метода обезболивания

При гинекологических операциях успешно применяется как общее, так и местное обезболивание. Большое распространение получило современное общее обезболивание благодаря использованию новых наркотиков, анальгетиков, мышечных релаксантов, нейролегических, ганглиоблокирующих и антигистаминных средств, созданию новых наркотических аппаратов, совершенствованию видов и методов наркотизации; широко используется эндотрахеальный наркоз. Все это позволяет обеспечивать максимальную эффективность наркоза при минимальном вреде для больной.

По своей безвредности современное общее обезболивание стало приближаться к местному.

Развитие анестезиологии в нашей стране не противопоставляет методы общего и местного обезболивания, а предусматривает правильное их сочетание и выбор способа анестезии в зависимости от состояния оперируемой, характера заболевания и вида хирургического вмешательства.

В настоящее время анестезиология выделилась в самостоятельную клиническую специальность. Об этом свидетельствует ее быстрый рост в последние два десятилетия. За этот период сформировались квалифицированные кадры врачей-анестезиологов и медсестер-анестезистов.

Для контроля за течением наркоза и состоянием оперируемых больных анестезиолог использует различную контрольно-диагностическую аппаратуру, которая в сочетании с клиническими данными позволяет целенаправленно управлять глубиной обезболивания и корректировать ее, управлять параметрами легочной вентиляции, показателями гемодинамики, щелочно-кислотным равновесием, водно-электролитным балансом и т. д.

Применение электроэнцефалографии, оксигеметрии, капнометрии, электрокардиографии, изучение данных щелочно-кислотного состояния, электролитных соотношений и других специальных биохимических показателей позволяют специалисту-анестезиологу своевременно выявлять у оперируемых больных нарушения со стороны жизненно важных функций организма и осуществлять их коррекцию.

Казалось бы, что имеющиеся достижения в области анестезиологии исключают возникновение тяжелых осложнений в связи с применением обезболивания. Однако подобное утверждение является неправильным, так как далеко не у каждой больной возможно предупредить возникновение дыхательных или гемодинамических нарушений, особенно при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии. Кроме того, оперативные вмешательства стали производить теперь тем гинекологическим больным, которым раньше отказывали в операции в связи с наличием у них тяжелой экстрагенитальной патологии, возрастных изменений со стороны органов дыхания и кровообращения.

Расширение показаний к оперативному вмешательству у ослабленных больных безусловно способствует увеличению частоты осложнений в связи с обезболиванием, но характер этих осложнений стал менее опасен и у большинства больных они могут быть устранены рациональным применением комплексной фармакологической терапии. В этом отношении можно утверждать, что новая ступень достижений в области анестезиологии означает новый шаг вперед в оперативной гинекологии при меньшем операционном риске для больных.

Как свидетельствует наш опыт, риск операции и опасность наркоза значительно уменьшаются, если квалифицированный хирург работает в полном контакте с анестезиологом. Независимо от того по хирургическим или анестезиологическим причинам наступило ухудшение в состоянии оперируемой больной, борьба с возникшим осложнением в первую очередь является обязанностью анестезиолога. Занятый выполнением ответственного момента операции, оперирующий хирург не может оказать помощь больной, например сделать все необходимое для остановки кровотечения. Поэтому, условия работы в операционной, где выполняются сложные и травматические гинекологические операции на органах малого таза, настоятельно требуют от анестезиолога знания осложнений хирургического профиля. С другой стороны, хирург должен знать основные принципы современной анестезиологии, чтобы своими действиями не ус-

ложнять работу анестезиолога, а своевременно включаться в борьбу с возникшим осложнением.

Современная анестезиология в последние годы обогатилась большим количеством новых фармакологических средств. Число их столь значительно, что неспециалисту-анестезиологу трудно освоить применение новых препаратов. Среди них — ингаляционные анестезирующие средства (фторотан, ротилан, трихлорэтилен), нейроплегические (аминазин, пропазин), антигистаминные (пипольфен, супрастин), ганглиоблокирующие (арфонад, пентамин, гигроний, гексоний), нейролептические (дроперидол, седуксен), препараты общеседативного воздействия (триоксазин, андаксин, эленгум), спазмолитического эффекта (но-шпа), а также анальгетики (фентанил и др.).

Наличие этих препаратов, различных по своему действию, позволяет рационально сочетать их с ранее широко применявшимися анестетиками — эфиром, закисью азота, циклопропаном. В настоящее время преимущественно используются комбинированные виды общего обезболивания, когда сочетание малых доз анестетиков, анальгетиков и общеседативных средств дает возможность достичь адекватной глубины обезболивания без увеличения их токсического эффекта.

На данном этапе развития анестезиологии в основном применяется комбинированный наркоз. Это стало возможным благодаря широкому внедрению в анестезиологию современного эндотрахеального наркоза с применением мышечных релаксантов, искусственной вентиляции легких. Метод трахеальной интубации, мышечные релаксанты и искусственная вентиляция легких является основой развития современной анестезиологии. Эндотрахеальный наркоз в оперативной гинекологии — наиболее распространенный метод общего обезболивания. Его достоинства и преимущества перед другими видами общей анестезии сводятся к тому, что глубина наркоза при этом поддерживается на поверхностном (III₁) уровне, он нетоксичен, достигается тотальная мышечная релаксация, представляется возможность осуществлять управляемую искусственную вентиляцию легких. Для достижения тотальной мышечной релаксации а, следовательно, и для поддержания миопаралитического апноэ используются мышечные релаксанты депполяризующего (листенон, миорелаксин, дитилин) и недеполяризующего (тубарин, диплацин) действия. Указанный вид обезболивания создает наиболее оптимальные условия для хирурга, а в случае возникновения какого-либо осложнения служит одновременно и методом оказания реанимационной помощи.

Наркоз масочным способом в оперативной гинекологии занимает еще большой удельный вес среди всех применяемых видов обезболивания. Поэтому особенно важно, чтобы техника его исполнения соответствовала современным достижениям анестезиологической службы. Масочный наркоз должен проводиться врачом-анестезиологом или специально обученной медсестрой-анестезистом аппаратным способом, с воздухопроводом и подачей кислорода. Эфирно-воздушный наркоз с помощью примитивной маски применяться не должен, так как является весьма опасным. При этом методе наркоза наибольшая опасность заключается в «асфиксии», наркоз приобретает нередко удушающий характер и весьма токсичен.

Хирург-гинеколог должен учитывать, что целый ряд операций совершенно не требуют столь сложного обезболивания, каким является многокомпонентный эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких. Малые по объему внутрисполостные операции, вмешательства на промежности и влагалище вполне могут быть

выполнены под местной анестезией. Неоправданное применение эндотрахеального наркоза там, где вполне возможна местная анестезия, чрезмерное увлечение «ультрасовременными» видами обезболивания при операциях, не требующих тотального мышечного расслабления и управляемого дыхания, таят в себе большую опасность, так как в этих случаях риск от наркоза превышает риск от оперативного вмешательства. Такой неправильный подход к внедрению сложных методов обезболивания повышает опасность развития осложнений и может необоснованно дискредитировать эндотрахеальный наркоз.

Необходимо исходить из того, что по целому ряду причин сложные методы обезболивания могут оказаться недоступными в той или иной обстановке и единственным доступным методом обезболивания может явиться местная инфильтрационная анестезия. Следовательно, хирург обязан владеть необходимыми навыками выполнения местной анестезии, знать ее основные принципы, разработанные А. В. Вишневским и его школой.

Местная анестезия применяется по методу ползуцкого инфильтрата, разработанному А. В. Вишневским, или проводниковой анестезии по В. С. Фриновскому. Спинальная, перидуральная и сакральная анестезия при гинекологических и особенно акушерских операциях применяется редко и лишь в отдельных учреждениях.

Разумное сочетание наркоза с дополнительной новокаиновой блокадой рефлексогенных зон, как показывает наш многолетний опыт, позволяет обеспечить полноценное обезболивание и нормальное течение послеоперационного периода при наиболее травматичных операциях благодаря устранению неблагоприятных рефлекторных реакций из рефлексогенных зон в малом тазу.

В настоящем руководстве мы не касаемся вопросов организации анестезиологической службы, применения аппаратуры и техники обезболивания. Все эти вопросы широко освещаются в ряде руководств и монографий, изданных в нашей стране за последние годы. Вопросы анестезиологии применительно к нашей специальности нашли отражение в монографии Л. С. Персианинова и Г. П. Умеренкова «Обезболивание при акушерских и гинекологических операциях» (1965). К этим руководствам мы отсылаем читателя.

В настоящее время, когда задачей современной анестезиологии является не только устранение боли, но и регуляция жизненно важных функций организма, выбор метода обезболивания представляет известную сложность. При выборе обезболивания необходимо учитывать как характер заболевания, так и общее состояние больной, ее возраст, состояние высшей нервной деятельности и наиболее важных органов и систем организма.

Большое значение имеет оснащенность учреждения современной аппаратурой для наркоза, наличие хорошо подготовленных опытных анестезиологов и, наконец, длительность операции.

Общепризнанным является положение: каждой больной — свое обезболивание. Общее обезболивание при оперативных вмешательствах в современных условиях должно обеспечивать следующие компоненты:

1. Выключение сознания.
2. Обезболивание, или арефлексию, — выключение патологических рефлексов из области оперативного вмешательства, что достигается выключением или угнетением соматических и висцеральных рефлексов.
3. Релаксацию — достаточное расслабление мышц, обеспечивающее наилучшие условия для выполнения операции.
4. Регуляцию дыхания.

5. Регуляцию кровообращения.

Обезболивание не должно представлять опасность для оперируемых. Его целью является предотвращение чрезмерных раздражений и истощения центральной нервной системы в результате воздействия на нее болевых и условных раздражителей перед операцией и во время оперативного вмешательства. Кроме того, применяемый метод обезболивания должен создавать наиболее благоприятные условия для выполнения оперативного вмешательства.

В акушерской практике, помимо указанных условий, при выборе обезболивания и назначении различных лекарственных средств как перед операцией, так и во время оперативного вмешательства необходимо еще учитывать влияние метода обезболивания и различных средств, применяемых при этом, на плод и новорожденного, а также на сократительную деятельность матки (см. главу XVIII).

Выбор метода обезболивания с учетом особенностей высшей нервной деятельности

Операция является большим событием и вызывает у многих больных чувство беспокойства и страха перед хирургическим вмешательством, в период усыпления при масочном наркозе и во время операции, производимой под местной анестезией. Страх перед болью, перед наркозом, а также переживания, связанные с удалением органов и последствиями этого для менструальной и детородной функции, для семейной жизни, сопровождаются эмоциями, выраженными в той или иной степени. Хорошо известно влияние психических факторов на физиологические отправления организма. Эмоциональные переживания, их глубина и тяжесть тесно связаны с особенностями высшей нервной деятельности оперируемых.

Кеннон в книге «Физиология эмоций» пишет: «Сокращение кровеносных сосудов, сопровождающееся побледнением кожи, выступание холодного пота, прекращение слюноотделения, в результате чего „язык прилипает к гортани“, расширение зрачков, волосы дыбом, учащенный пульс, ускоренное дыхание, дрожание и судорожное сокращение мышц — все это хорошо знакомые нам изменения, сопутствующие боли и таким сильным эмоциям, как страх, ужас и глубокое отвращение».

Клинические наблюдения показывают, что под влиянием эмоций перед операцией у больных учащается пульс, дыхание становится более поверхностным, кожные покровы то бледнеют, то краснеют. В лаборатории, руководимой К. М. Быковым (1935), были показаны резкие изменения газообмена под влиянием эмоций. Возбуждение вегетативной нервной системы под влиянием страха и беспокойства ведет к изменению и уменьшению углеводного обмена, снижению щелочного резерва крови; одновременно повышается содержание сахара в крови и выделение его с мочой. Следует учитывать, что в возникновении болевых ощущений, а также в появлении чувства страха перед операцией имеет большое значение условнорефлекторный компонент, связанный с представлениями о боли, опасностях наркоза и оперативных вмешательств.

Выраженность реакций организма у больных зависит от состояния высшей нервной деятельности. Сильный — уравновешенный тип способен к интенсивному возбуждению и торможению, легко может подавить, затормозить неприятные эмоции. Это обычно спокойные, иногда флегматичные люди с большой силой воли, хорошо владеющие собой. У них может быть применен любой вид как местного, так и общего обезболивания.

Противоположную группу составляют больные со слабым — тормозным — типом высшей нервной деятельности. Это обычно слабовольные, мнительные, объятые страхом и тревогой женщины. Малейшие раздражения физического или психического характера вызывают выраженную, а иногда тяжелую реакцию. Операция для этой группы женщин, обычно с истощенной нервной системой, является дополнительной психической травмой. Поэтому в предоперационном периоде и во время операции у подобных больных необходимо устранять всякие раздражения и обеспечить покой центральной нервной системе. Простая местная анестезия здесь неуместна. Применение седативных и снотворных средств, комбинированного общего обезболивания или сочетания местной анестезии с медикаментозным сном позволяет с успехом проводить операцию больным этой группы.

Помимо указанных двух групп больных, существует ряд промежуточных категорий. Выбор метода обезболивания у таких больных производится с учетом общего состояния и особенностей высшей нервной деятельности. При противопоказаниях со стороны внутренних органов для глубокого наркоза используется комбинированное обезболивание, местная анестезия в сочетании с умеренной нейроплегией или поверхностным наркозом, наркоз, потенцированный нейроплегическими средствами.

Применяя для обезболивания наркоз с целью предупреждения развития шоковых и других реакций, особенно при тяжелых и длительных операциях, необходимо блокировать шокогенные зоны дополнительным введением раствора новокаина или сочетать с наркозом применение ганглиоблокирующих, нейроплегических и других средств. Последнее возможно при наличии хорошо подготовленного анестезиолога.

Выбор метода обезболивания в зависимости от возраста

В детском возрасте при выборе обезболивания необходимо считаться с большой эмоциональной возбудимостью и неадекватной реакцией детей на внешние раздражители, связанные с процессом обезболивания и оперативного вмешательства. В младшем возрасте (до 5 лет) целесообразно использовать базис-наркоз.

П. К. Дьяченко и В. М. Виноградов рекомендуют усыплять детей прямо в палате. В прямую кишку через нелатоновский катетер вводят 5% раствор тиопентала из расчета 25—30 мг сухого вещества на 1 кг веса ребенка (например, 3-летнему ребенку — 6 мл 5% раствора тиопентала). Через 10—15 мин наступает легкий сон и ребенок доставляется в операционную. Сразу же начинают ингаляцию кислорода (2—3 л в минуту). Перед интубацией в вену вводят еще некоторое количество 1—2% раствора тиопентала и дитилин.

После интубации наркоз осуществляется закисью азота или эфиром. Дети хорошо переносят эфирно-кислородный наркоз. Применение эфира при масочном наркозе вызывает лишь непродолжительную стадию возбуждения. Поэтому эфирный наркоз масочным методом применяется в детском возрасте и как самостоятельный вид обезболивания.

У больных пожилого и старческого возраста наркоз, особенно глубокий, может быть противопоказан из-за возрастных изменений в легочной ткани и в связи с патологией сердечно-сосудистой системы. Внутривенное введение барбитуратов у таких больных может вызвать осложнения, так как наркотик у них медленно выводится из организма в связи с понижением обмена и функции печени. В данной группе больных не следует

применять и спинномозговую анестезию, которая часто сопровождается резким снижением артериального давления.

Применение нейролепгических препаратов (аминазина и др.) в пожилом и старческом возрасте не противопоказано, но требует осторожности (разовая доза не должна превышать 25 мг). Вводить аминазин в вену следует дробно (капельным методом или медленно в смеси с 50 мл 40% раствора глюкозы), чтобы проверить чувствительность больной к препарату и избежать резкого снижения артериального давления.

П. К. Дьяченко и В. М. Виноградов (1962) рекомендуют назначать с целью премедикации производные фенотиазина с антигистаминным действием (дипразин, этизин) в дозах не более 25 мг.

Наиболее приемлемой в пожилом и старческом возрасте у гинекологических больных является местная анестезия в сочетании с легкой или умеренной нейроплегией или поверхностным наркозом (эффир, закись азота). При отсутствии выраженных анатомических и функциональных изменений со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, печени и почек целесообразно использование современного общего обезболивания с блокадой новокаином рефлексогенных зон в малом тазу.

При операциях у больных пожилого и старческого возраста независимо от вида обезболивания следует с целью обеспечения компенсаторных механизмов вводить внутривенно комплекс лекарственных веществ, включающих глюкозу, аскорбиновую кислоту, витамин В₁, насыщать организм кислородом и полностью возмещать кровопотерю переливанием крови или макромолекулярных растворов. Положение Тренделенбурга является нежелательным для людей пожилого и старческого возраста, поэтому от него лучше воздерживаться. Если все же приходится переводить больную в положение Тренделенбурга, то оно используется по возможности кратковременно и с наименьшим углом наклона операционного стола.

Выбор метода обезболивания при шоке, терминальных состояниях и перитоните

В акушерско-гинекологической практике часто приходится встречаться с острыми кровопотерями, связанными с прерыванием внематочной беременности, предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенного детского места, пузырным заносом, родовым травматизмом и, наконец, с кровотечением в раннем послеродовом периоде, не поддающимся консервативным мероприятиям.

Акушер-гинеколог часто вынужден оказывать неотложную оперативную помощь с целью остановки кровотечения в условиях резкого обескровливания. У многих больных острая кровопотеря сочетается с шоком (при разрывах матки и родовых путей, при травматических акушерских операциях и т. п.). При выборе обезболивания при операциях у женщин с явлениями острой кровопотери и шока необходимо учитывать тяжесть общего состояния, величину острой кровопотери, наличие кровотечения в данный момент.

Острая кровопотеря, особенно при продолжающемся кровотечении, требует немедленного вмешательства. При такой ситуации наркоз имеет преимущество перед местной анестезией, так как дорога каждая минута для спасения жизни женщины, истекающей кровью. Однако следует учитывать возможность тяжелых последствий действия наркоза у резко обескровленных больных. Если же возникает необходимость оперировать больных, находящихся в тяжелой стадии шока и агональном состоянии, то

следует учитывать, что большие дозы наркотиков ведут к повторной и уже смертельной травме угасающего организма вследствие чрезмерного углубления торможения центральной нервной системы и еще большего снижения уровня окислительных процессов (В. А. Неговский, Л. С. Персианов, В. А. Покровский и др.). Такое действие оказывает глубокий эфирный наркоз, довольно широко применяемый в акушерско-гинекологических учреждениях. При наличии анестезиолога рекомендуется применение эндотрахеального эфирно-кислородного наркоза с релаксантами короткого действия. Если невозможно применить эндотрахеальный наркоз, при терминальных состояниях более целесообразно оперировать под местной анестезией либо сочетать ее с поверхностным эфирно-кислородным наркозом или с наркозом закисью азота, чем применять глубокий масочный наркоз.

Независимо от вида наркоза мы считаем целесообразным применять новокаиновую блокаду рефлексогенных зон в малом тазу. Последнее мероприятие прерывает импульсацию в центральную нервную систему из области операции и травмы, если таковая имела.

Наши наблюдения, а также сообщения В. А. Покровского, А. А. Тереховой и др. указывают на целесообразность использования местной анестезии при операциях у больных с острой кровопотерей и шоком.

При тяжелом шоке и большой острой кровопотере противопоказаны глубокий ингаляционный наркоз, люмбальная анестезия, внутривенные виды наркоза.

При сепсисе, разлитом перитоните могут быть применены местная анестезия и наркоз с использованием закиси азота или смеси эфира с кислородом.

Целесообразно сочетать местную анестезию с кратковременным и поверхностным наркозом, используя его во время наиболее сложных этапов операции. Такой метод обезболивания выбирают с тем, чтобы не увеличивать степень интоксикации организма и не ухудшать и без того тяжелое септическое состояние больной.

Выбор метода обезбоживания в связи с объемом и длительностью оперативного вмешательства

Длительность и тяжесть операции имеют большое значение при решении вопроса о выборе обезбоживания. И. С. Жоров делит операции по их длительности на кратковременные — до 30 мин, средней длительности — от 30 до 90 мин и длительные — свыше 90 мин.

Длительная операция при сохранении сознания больной является тяжелым испытанием для ее психических и физических сил и может привести к истощению центральной нервной системы оперируемой. Уравновешенные больные с сильной волей спокойно переносят операцию под местной анестезией длительностью 2—3 ч, оперативное вмешательство не вызывает у них возбуждения и выраженных изменений рефлекторной деятельности.

У больных слабовольных, мнительных, со слабым тормозным типом высшей нервной деятельности при длительных операциях под местной анестезией могут возникать выраженные или тяжелые реакции. Исходя из этого, при длительных операциях целесообразнее применять общее обезбоживание или сочетание местной анестезии с поверхностным наркозом, добавленным в наиболее травматичные моменты операции; может быть использована местная анестезия в сочетании с умеренной нейроплегией.

Применяя наркоз при длительной операции, необходимо сочетать несколько наркотических средств в небольших дозах, чтобы избежать вредного влияния на организм большой дозы какого-либо одного наркотика. Чем длительнее операция, тем более безвредным для организма должно быть наркотическое вещество.

Весьма важное значение имеет объем оперативного вмешательства, его травматичность. Например, пластические операции при опущениях и выпадениях матки и влагалища являются довольно длительными, но малотравматичными и могут быть с успехом выполнены под местной анестезией. Простая типичная экстирпация матки требует меньше времени, чем указанные пластические операции, но тяжесть ее и травматичность во много раз больше. Поэтому при экстирпации матки уместнее будет своевременное общее обезболивание.

При длительных и тяжелых операциях наиболее целесообразно комбинировать современное общее обезболивание в сочетании с мышечными релаксантами, позволяющими значительно уменьшить дозу наркотиков.

П. К. Дьяченко и В. М. Виноградов (1962) указывают, что при обширных чревосечениях наиболее целесообразно использовать закись азота, особенно при рискованных операциях у лиц пожилого возраста и больных, страдающих, кроме сопутствующих заболеваний сердца, недостаточностью функции печени и почек. Авторы считают хорошим дополнением к закиси азота внутривенное капельное введение местных анестетиков (0,25% раствора новокаина или 0,1% раствора ксикаина, приготовленных на 5% растворе глюкозы), которое они начинают перед разрезом кожи и продолжают до завершения наиболее травматичных этапов операции.

Мы считаем, что при подобных операциях необходимо блокировать новокаином поколенные зоны в малом тазу, что доступно любому хирургу-гинекологу. Указанное мероприятие позволяет прервать импульсацию из области обширной операционной раны в центральную нервную систему и уменьшить количество затрачиваемого наркотика.

При кратковременных операциях целесообразно использовать сомбрин, эпантол и другие средства этого же типа.

Общие противопоказания к различным методам обезболивания

Прежде чем рассматривать вопрос о выборе метода обезболивания при различных видах оперативного вмешательства, мы считаем целесообразным привести перечень общих противопоказаний при различных методах.

Каждая больная должна быть осведомлена о методе обезболивания, который предполагается применить во время операции. Нежелание больной подвергнуться тому или иному виду обезболивания является противопоказанием к его применению, если не удастся добиться согласия больной.

Противопоказания к ингаляционному наркозу следует рассматривать, исходя из его метода и глубины. Ингаляционный масочный наркоз, широко применявшийся в прошлые годы, используется и в настоящее время, чаще всего в виде эфирно-кислородного наркоза. Обычно противопоказаниями к такому наркозу являются острые инфекционные заболевания дыхательных путей, пневмонии, туберкулез, бронхиальная астма; заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения, поражением миокарда и резкими склеротическими изменениями сосудов; за-

болевания печени и почек; тяжелые нарушения со стороны эндокринной системы (гипертиреоз, диабет, недостаточность надпочечников). Все эти противопоказания особенно серьезны при глубоком наркозе и длительных операциях. Глубокий наркоз нельзя применять также при шоке, интоксикации организма (сепсисе, кахексии) и терминальных состояниях независимо от используемого метода.

В настоящее время внедрение в практику эндотрахеального наркоза позволило исключить многие противопоказания к эфирно-кислородному обезболиванию. Сочетание интубационного метода с применением наркотических веществ, ганглиоблокаторов, нейроплегических средств и миорелаксантов, а также новокаиновой блокады рефлексогенных зон позволяет использовать минимальные количества наркотиков и проводить неглубокий наркоз.

Управляемое дыхание с активным выдохом предупреждает возникновение гипоксии и гиперкапнии. Исходя из этого, противопоказаниями к применению эндотрахеального наркоза являются острые фарингиты, ларингиты, трахеобронхиты, злокачественные новообразования и туберкулез гортани, стеноз гортани, искривления трахеи и другие механические препятствия для интубации, а также отсутствие специалиста-анестезиолога и аппаратуры.

При эндотрахеальном наркозе с целью уменьшения дозы затрачиваемого эфира его комбинируют с закисью азота и анальгетиками. У ряда больных эфир применяется лишь в начале наркоза, а затем наркоз поддерживается закисью азота.

Внутривенный, чаще всего барбитуровый, наркоз противопоказан при длительных операциях, шоке и коллапсе, заболеваниях печени и почек, выраженной анемии и дыхательной недостаточности.

И. С. Жоров (1959), имеющий большой опыт применения внутривенного наркоза, считает, что во избежание передозировки барбитураты должны применяться в чистом виде лишь при кратковременных операциях (20—30 мин). Неингаляционные вневенные виды наркоза (подкожный, внутримышечный, прямокишечный и др.), по мнению И. С. Жорова, следует применять только в качестве базис-наркоза; пользоваться же ими для достижения полного наркоза недопустимо из-за опасности передозировки.

Умелое сочетание положительных качеств различных видов современного общего обезбоживания позволяет значительно улучшить течение наркоза, устранить тягостные ощущения удушья и возбуждения, сократить период усыпления. Главное же заключается в том, что неблагоприятное влияние общего обезбоживания на организм больных при этих условиях минимально. Правильно проведенный современный наркоз не таит в себе опасности и по своей безвредности для организма приближается к местной анестезии.

Противопоказания к местному обезболиванию (местной анестезии по А. В. Вишневному и В. С. Фриновскому) немногочисленны. В период до применения современного общего обезбоживания местная анестезия по А. В. Вишневному имела явные преимущества перед наркозом. В гинекологических отделениях, где владеют методом местной анестезии, она являлась господствующим методом обезбоживания и применялась при чревосечениях в 90—96% случаев (П. В. Маненков, В. А. Покровский, В. П. Михайлов, Л. С. Персианинов и др.). Это свидетельствует о том, что противопоказания к местной анестезии встречаются редко.

Все акушеры-гинекологи считают противопоказанным местное обезбоживание у больных, страдающих психическими и судорожными заболе-

ваниями (А. И. Тимофеев, И. Ф. Козлов, В. В. Дьяконов, П. В. Маненков и др.). Вполне понятно, что при судорожных заболеваниях (эпилепсия, эклампсия) операция под местным обезболиванием применяться не должна, так как в случае судорожного припадка создаются условия, исключющие возможность оперативного вмешательства (нарушение асептической обстановки и т. д.). Кроме того, сама операция может спровоцировать приступ судорожной болезни.

У лиц с ненормальной нервно-психической деятельностью установить должный и тем более длительный контакт между врачом и больной не всегда возможно, что препятствует проведению местного обезболивания. Также можно сказать и в отношении детей до 10-летнего возраста.

Острые кровопотери, требующие немедленного вмешательства, служат противопоказанием к местному обезболиванию, так как в подобных случаях «промедление смерти подобно». Сюда могут быть отнесены сильнейшие кровотечения при предлежании плаценты, разрыв беременной трубы при наличии острого и резко выраженного малокровия, сильнейшее кровотечение при разрывах матки (обычно при повреждениях маточной артерии), случаи тяжелейших кровотечений при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Вопрос о применении местного обезболивания при прервавшейся внематочной беременности вызывает некоторые разногласия. Так А. И. Тимофеев, И. Ф. Козлов, В. В. Дьяконов и др. считают резкое раздражение брюшины на почве внутрибрюшного кровоизлияния при внематочной беременности противопоказанием к местному обезболиванию, в то время как П. В. Маненков, В. А. Покровский, Г. М. Новиков и др. высказываются за применение местной анестезии и при внематочной беременности.

По нашему мнению, в вопросе о применении местного обезболивания при прервавшейся или прерывающейся внематочной беременности не может быть как полного отрицания, так и абсолютного утверждения приемлемости местной анестезии. Решение о целесообразности местного обезболивания в подобных случаях прежде всего зависит от тяжести кровопотери и количества крови в брюшной полости. При острой кровопотере, когда на периферических артериях нет пульса и в брюшной полости имеется большое количество (1,5—2 л) крови местная анестезия неуместна, поэтому целесообразнее дать больной наркоз. Те хирурги, которые при внематочной беременности, сопровождающейся острыми кровоизлияниями, методом выбора считают местную анестезию, обычно не достигают полного обезболивания и, пользуясь малозаметной реакцией со стороны больной, находящейся в состоянии шока, подтягивают матку и беременную трубу в брюшную рану и только после этого производят полную анестезию. В результате такого обезболивания в рану «выпирает» кишечник, операционное поле заливается кровью и операция производит тяжелое впечатление.

При внематочных беременностях большой давности с наличием большой, до пупка, заматочной кровяной опухоли и плотной капсулы, спаиванной с соседними органами и тканями, очень трудно провести местное обезболивание. В таких случаях его не всегда можно осуществить, если исходить из принципа, что операция должна протекать безболезненно. В итоге можно сказать, что в случаях резкого обескровливания, а также при внематочных беременностях большой давности более приемлемым является общее обезболивание — целесообразен поверхностный наркоз, проводимый эндотрахеальным методом с применением миорелаксантов. Совершенно другое дело, когда больная с внематочной беременностью находится в

удовлетворительном состоянии и в брюшной полости — не более литра крови; в этих случаях мы вполне можем провести местную анестезию и безболезненно выполнить операцию.

Некоторые гинекологи высказываются против местной анестезии при воспалительных опухолях придатков матки. Противоположной точки зрения придерживается П. В. Маненков, который считает местную анестезию показанной и при огромных опухолях со сращениями.

В большинстве случаев при воспалительных опухолях или кистах яичника с наличием сращений можно осуществить местное обезболивание, производя шаг за шагом инъекции раствора новокаина, постепенно разделяя спайки с последующим выведением опухоли в рану. Если опухоль спаяна на большом протяжении с соседними органами, ввести под ее основание раствор новокаина не удастся и малейшее потягивание за опухоль вызывает боль, что несовместимо с понятием обезболивания и требует применения наркоза.

Сторонник местной анестезии В. А. Покровский считает, что местное обезболивание противопоказано больным с большим отложением жира на брюшной стенке, так как у тучных женщин трудно достигнуть полного расслабления брюшных мышц. Мы не разделяем этой точки зрения, так как никогда не наблюдали, чтобы местная анестезия осложняла течение операции у таких больных. Мы считаем применение местной анестезии у тучных больных целесообразным еще и потому, что у них обычно имеются значительные изменения в ряде органов, в силу чего они плохо переносят наркоз.

Противопоказанием к местной анестезии служит угрожающий разрыв матки в родах. В данном случае необходим глубокий наркоз, который является не только способом обезболивания, но и средством, ведущим к расслаблению тетанически сокращенной матки, понижению ее тонуса и выключению родовой деятельности. Наркоз в данном случае предупреждает наступление катастрофы, т. е. предотвращает переход угрожающего разрыва в совершившийся.

Противопоказано местное обезболивание и больным, которые категорически отказываются от него и требуют применения только наркоза. Впрочем, в больницах, где широко производится местное обезболивание, такие случаи обычно не встречаются. Если же некоторые больные и проявляют вначале страх перед хирургическим вмешательством под местной анестезией, то соответствующая психопрофилактическая подготовка и общение с оперированными, которым применялось такое обезболивание, легко устраняют этот страх и женщины охотно соглашаются на операцию под местной анестезией.

Однако необходимо помнить, что во всех случаях больная должна быть осведомлена о методе обезболивания и он может быть применен только с ее согласия.

Исходя из всего изложенного, мы подразделяем противопоказания к местному обезболиванию на абсолютные и относительные.

К абсолютным противопоказаниям к местному обезболиванию относятся

1. Психические заболевания.
2. Судорожные заболевания (эклампсия, эпилепсия).
3. Острые кровопотери, требующие немедленного вмешательства для остановки кровотечения (сильнейшее кровотечение при предлежании и отслойке плаценты, повреждение артериальных сосудов при разрыве матки).

4. Угрожающий разрыв матки в родах.

Относительными противопоказаниями к местному обезболиванию являются:

1. Большие опухоли, исходящие из тазовых органов, при обширных сращениях с окружающими органами.

2. Внематочная беременность с массивным кровоизлиянием в брюшную полость. Старая внематочная беременность с обширным спаечным процессом.

3. Детский возраст.

4. Отказ больного от местного обезболивания.

Краткий перечень противопоказаний к местному обезболиванию показывает, насколько широко оно может применяться. Особенно целесообразно прибегать к местной анестезии у истощенных, обескровленных больных, у женщин преклонного возраста и у лиц с сопутствующими заболеваниями легких, сердца, печени, почек и т. п.

К спинномозговой и перидуральной анестезии имеется много противопоказаний, что ограничивает применение этих видов обезболиваний в широкой практике.

Противопоказания к спинномозговой анестезии:

1. Заболевания центральной нервной системы.

2. Деформация позвоночника.

3. Гипотония (максимальное артериальное давление ниже 100 мм).

4. Выраженная гипертония.

5. Экзема кожи спины.

6. Гнойничковые заболевания.

7. Шок и внутреннее кровотечение.

8. Выраженный склероз сосудов.

9. Пожилой возраст.

10. Кахексия.

11. Перенесенный инфаркт миокарда.

Противопоказания к перидуральной анестезии:

1. Гипотония (максимальное артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.).

2. Деформация позвоночника.

3. Резкое истощение и кахексия.

4. Тяжелые токсические заболевания.

5. Шок и резкое обескровливание.

6. Наличие гнойников в области предполагаемого укола.

7. Декомпенсированные пороки сердца.

8. Тяжелые формы нефрита.

9. Резкое возбуждение и психическая неуравновешенность.

10. Необходимость оказания неотложной помощи (невозможность выжидания в течение 30—40 мин до наступления полной анестезии).

Выбор метода обезболивания

*при акушерских и гинекологических операциях
у женщин с экстрагенитальными заболеваниями*

Анестезия у больных с патологией сердечно-сосудистой системы применяется в зависимости от характера и тяжести заболевания. При компенсированных пороках сердца, нестойкой гипертонии, слабо выраженных явлениях артеросклероза могут быть использованы различные методы общего обезболивания, регионарная и местная анестезия по А. В. Вишневско-

му. Предпочтение тому или другому методу обезболивания отдается в зависимости от склонности хирурга, объема и локализации оперативного вмешательства. От спинномозговой анестезии у больных с патологией сердечно-сосудистой системы целесообразно воздержаться.

При сердечно-сосудистой недостаточности (одышка при незначительной нагрузке, увеличение печени, отеки, застойные явления в легких, асцит и др.), стойких нарушениях сердечного ритма, расстройствах мозгового кровообращения, выраженной стенокардии, перенесенных ранее инфарктах миокарда операции обычно производятся только по жизненным показаниям. Если имеется возможность, больную необходимо тщательно готовить в предоперационном периоде под наблюдением терапевта и анестезиолога.

После перенесенного инфаркта, если приступы стенокардии повторяются редко и купируются с помощью тех или иных препаратов, операция по строгим показаниям может быть произведена. При свежем очаге в миокарде оперативное вмешательство противопоказано.

П. К. Дьяченко и В. М. Виноградов (1960) у больных с патологией сердечно-сосудистой системы предпочитают эндотрахеальный наркоз закисью азота с кислородом при соотношении 1:1. Такую пропорцию газов эти авторы поддерживают после того, как вслед за интубацией в течение 3—5 мин осуществляется гипервентиляция легких высокими концентрациями эфира и восстанавливается самостоятельное дыхание после окончания действия дитилина. Капельное внутривенное введение местных анестетиков является хорошим дополнением к закиси азота.

Применяя для введения в наркоз 2% раствор тиопентала, следует использовать минимальные дозы препарата (0,2—0,25 г) и медленно вводить его на фоне избыточной подачи кислорода.

У больных с патологией сердечно-сосудистой системы показано осторожное применение эфира, закиси азота с кислородом. Хлороформ, хлорэтил, трихлорэтилен противопоказаны, так же как спинномозговая анестезия и управляемая гипотония с ганглиоблокаторами (Е. Н. Мешалкин и В. П. Смольников, 1959).

При гипотонии противопоказаны релаксанты, пентотал, Е. Н. Мешалкин и В. П. Смольников при гипотонии начинают наркоз с эфира и затем в момент появления признаков возбуждения добавляют около 2 мл 2,5% раствора пентотала. При гипертонии следует избегать препаратов, вызывающих сильное повышение или падение артериального давления. При коронарной болезни на состояние больных весьма отрицательно действует внезапное и длительное падение артериального давления. Исходя из этого, не следует быстро вводить в вену так называемые литические смеси и пентотал; большие дозы релаксантов типа тубокурарина могут оказаться опасными для больных.

Передозировка любых наркотических веществ, а также глубокий наркоз могут сопровождаться при выраженном атеросклерозе сильным падением артериального давления с последующим коронарным и церебральным тромбозом.

При выраженных заболеваниях сердечно-сосудистой системы вводный наркоз должен быть мягким и осторожным. У больных с сердечной недостаточностью местная анестезия и легкий наркоз эфиром, закисью азота с кислородом наименее опасны.

В случае анемии предпочтительнее использовать эфир. Закись азота опасна при анемиях уже в концентрациях 50—60%; применение дитилина, если нельзя сделать переливание крови, противопоказано, так как при

анемии можно ожидать значительного уменьшения содержания псевдохолинэстеразы (Е. Н. Мешалкин, В. П. Смольников).

Анестезия у больных с сопутствующими заболеваниями органов дыхания имеет свои особенности. При острых воспалительных процессах в органах дыхания имеются явные противопоказания к оперативному вмешательству и оно производится лишь по жизненным показаниям. При этом наиболее приемлема местная анестезия, внутривенный наркоз, а затем ингаляционный наркоз закисью азота с помощью маски. Целесообразно сочетать наркоз и местную анестезию.

При бронхиальной астме простые и недлительные операции могут быть выполнены под местной анестезией или при сочетании ее с умеренной нейроплегией. При более тяжелых и длительных операциях показан наркоз, который целесообразно начинать с применения закиси азота и затем переходить на эфир. Перед наркозом необходимо вводить умеренные дозы ваготонических (атропин) и антигистаминных (дипразин, пропазин) средств. Интубация трахеи не противопоказана, но ее следует производить на фоне достаточно глубокого (III₂) эфирного наркоза. Интубационная трубка должна хорошо фиксироваться, так как движения ее в гортани могут вызвать спазмогенные рефлекссы. Из мышечных релаксантов обычно используется дитилин, так как миорелаксанты длительного действия могут утяжелить течение астматического приступа. Тиобарбитураты лучше не применять. Спинномозговая анестезия противопоказана.

При хронической эмфиземе, сопровождающейся гипоксией, применяют местную анестезию и наркоз смесью эфира с циклопропаном.

У больных туберкулезом легких применяют местную анестезию, низкую спинальную анестезию и наркоз, который начинают с введения небольших доз тиопентала с последующей осторожной интубацией. Поддерживают наркоз закисью азота и используют мышечные релаксанты. Наркоз целесообразно сочетать с новокаиновой блокадой рефлексогенных зон.

Больных туберкулезом в неактивных формах можно оперировать под любым видом обезболивания.

Анестезию при заболеваниях печени следует проводить после подготовки, улучшающей функцию этого органа. При обезболивании используют препараты, обладающие наименьшей токсичностью в отношении печени. Предоперационная подготовка заключается в назначении внутривенных вливаний глюкозы (40—50 мл 40% раствора в течение 5—7 дней) с одновременным введением инсулина по 5 ед. на инъекцию, а также витаминов В₁ и С. П. К. Дьяченко и В. М. Виноградов особенно рекомендуют инъекции витаминов В₁₂ (до 1000 мкг в день) с целью повышения резистентности печени к наркотикам, гипоксии, а также для нормализации белкового и нуклеинового обмена и регенерации. Целесообразно также назначение метионина.

Премедикация при заболеваниях печени обычно заключается в применении промедола и атропина. Фенотиазиновые препараты назначать не следует.

Хорошим методом обезболивания при заболеваниях печени является местная анестезия. Спинномозговая анестезия большинством авторов считается опасной из-за гипотонии, ведущей к кислородному голоданию печеночных клеток, но неридуральная анестезия может быть использована. При обширных вмешательствах, требующих наркоза, используется комбинированное обезболивание (эндотрахеальный наркоз). Из релаксантов применяется дитилин. При желтухе следует избегать барбитуратов,

применяя их в небольших дозах при вводимом наркозе. При использовании тиопентала необходимо учитывать, что этот препарат разрушается главным образом в печени. Общая доза его при вводимом наркозе не должна превышать 0,5 г, а введение следует производить медленно. Наркоз поддерживается чаще всего ингаляцией закиси азота с кислородом. Из мышечных релаксантов предпочтение следует отдать дитилину, поскольку другие препараты разрушаются в печени и при недостаточности ее процесс их разрушения может задерживаться, что приведет к чрезмерно глубокой и длительной кураризации. Однако необходимо помнить, что при заболеваниях печени и дитилин действует сильнее и дольше обычного (низкий уровень псевдохолинэстеразы). Целесообразно сочетать наркоз с местной анестезией. Хорошо переносят больные с поражениями печени наркоз циклопропаном. Эфир, хлороформ и особенно флюотан (фторотан) оказывают на этот орган токсическое действие.

Весьма трудна задача анестезиолога при обезболивании у больных, страдающих заболеваниями почек. У этих больных необходимо избегать всех наркотических веществ, которые могут вызвать гипоксию и гиперкапнию; нежелательно применение препаратов, приводящих к падению артериального давления.

При нефрозе, хроническом гломерулонефрите наилучший эффект дают местная анестезия и наркоз циклопропаном. Барбитураты длительного действия противопоказаны, так как, подобно всем релаксантам, за исключением дитилина, они выделяются через почки. Эфир применяется лишь при кратковременных операциях. При нефросклерозе лучше всего использовать местную анестезию. Больным уремией показаны местная анестезия, наркоз циклопропаном или эфиром. Мышечные релаксанты из-за возможности длительного апноэ должны применяться с большой осторожностью. Предпочтение следует отдать дитилину. При одностороннем поражении и хорошей функции другой почки, при нагноительных процессах, опухолях, туберкулезе почек могут быть использованы наркоз и местная анестезия как в отдельности, так и в сочетании.

При эндокринных заболеваниях выбор обезбоживания осуществляется с учетом индивидуальных особенностей больной. При гипертиреозе можно использовать местную анестезию в сочетании с умеренной нейроплегией или потенцированный наркоз. Все препараты, повышающие функцию симпатической нервной системы (адреналин, прессорные амины и др.), противопоказаны.

При диабете необходима тщательная подготовка больной к операции. Содержание сахара в крови не должно превышать 150 мг%. Ацетонурия также должна быть излечена. При срочной подготовке к операции больных с выраженной ацетонурией показано внутривенное введение 500 мл 10% раствора глюкозы с добавлением 50 ед. инсулина (1 ед. инсулина на 1 г глюкозы). Однако даже хорошо проведенная подготовка не может застраховать анестезиолога от возможности диабетического криза во время операции или в послеоперационном периоде. Местная анестезия по А. В. Вишневскому у больных диабетом является лучшим методом обезбоживания. При необходимости прибегнуть к наркозу предпочтение следует отдать закиси азота, которую можно дополнять эфиром или циклопропаном. Большие количества эфира нежелательны ввиду его гликогенолитического действия. Хлороформ, флюотан и трилен противопоказаны. При эндотрахеальном наркозе можно использовать барбитураты в дозах, не превышающих 0,5 г, и любые мышечные релаксанты. При ведении наркоза, а также в послеоперационном периоде необходимо

постоянно контролировать содержание сахара и ацетона в моче. У тяжелобольных эти анализы следует производить через каждые полчаса. Вместе с тем анестезиолог должен знать важнейшие признаки диабетической комы: гипергликемической (голод, судороги мышц, пот, конвульсии с положительным симптомом Бабинского) и гипогликемической (жажда, судороги брюшной мускулатуры, хриплое дыхание, обезвоживание и гипотония глазных яблок, арефлексия).

При эпилепсии следует предварительно подготовить больную барбитуратами, а во время операции использовать комбинированный наркоз эндотрахеальным методом с применением любых наркотиков и релаксантов.

У больных с кахексией независимо от того, чем она обусловлена, следует очень осторожно применять наркотики. У истощенной больной опасно введение даже 0,15 г пентотала или обычных доз морфина. Мышечные релаксанты должны вводиться в уменьшенных дозах. В подобных случаях показана местная анестезия или неглубокий современный наркоз в сочетании с местной анестезией.

Выбор метода обезболивания при акушерских операциях

Обезболивание при акушерских операциях в зависимости от вида патологии и характера вмешательства осуществляется с помощью местной анестезии по А. В. Вишневскому, регионарной анестезии и наркоза. При родоразрешающих операциях и живом плоде противопоказано применение препаратов, которые могут вызвать асфиксию у плода и депрессию у новорожденного. Флюотан (фторотан) при акушерских операциях из-за опасности для плода относительно противопоказан. Не следует вводить перед родоразрешением морфин, промедол и барбитураты.

В некоторых странах, в частности в США и Западной Европе, при операциях у беременных и рожениц используют спинномозговую анестезию и ее разновидности. Reed (1954) и de Carle (1954) считают спинальную анестезию методом выбора при кесаревом сечении, так как она способствует сокращениям матки.

В акушерской практике в нашей стране спинальная анестезия применяется очень редко, ибо при ней число осложнений у беременных вследствие свойственной им вазомоторной неустойчивости больше, чем у небеременных женщин.

Искусственный аборт, влагалищное кесарево сечение обычно производятся под местной анестезией, но могут быть выполнены при наркозе закисью азота, усиленном в случае необходимости триленом, а у некоторых очень возбудимых больных — при внутривенном наркозе сомбревином (эпантолом). Хорошие результаты дает введение в наркоз барбитуратов с последующим поддержанием его закисью азота.

Рассечение промежности в родах, зашивание разрывов промежности, влагалища и шейки матки непосредственно после родов хорошо выполняются под местной анестезией или под наркозом закисью азота с кислородом.

При наложении акушерских щипцов, повороте плода на ножку, извлечении плода за тазовый конец целесообразно применять эфирный наркоз или наркоз закисью азота с добавлением эфира. Во время наркоза создаются наиболее благоприятные условия для родоразрешения и уменьшаются рефлекторные реакции со стороны плода. При повороте и извлечении плода за тазовый конец перед операцией вводят спазмолитические препараты (атропин, дипрафен и др.) или используют парацервикальную

новокаиновую блокаду. Флюотан (фторотан) при акушерских операциях большинство анестезиологов считают противопоказанным из-за опасности для плода и расслабляющего действия на матку. Циклопропан оказывает выраженное депрессивное влияние на плод, поэтому применять его при акушерских операциях следует весьма осторожно. При наложении выходных акушерских щипцов можно использовать и пудендальный новокаиновый блок.

Краниотомия может быть произведена под любым неглубоким наркозом, поскольку эту операцию предпринимают, как правило, при мертвом плоде. Обычно для краниотомии достаточно бывает наркоза закисью азота. Другие плодоразрушающие операции (декапитация, спондилотомия, эвисцерация), требующие внутриматочного вмешательства, следует производить при достаточном расслаблении матки. Здесь уместен наркоз эфиром, фторотаном, циклопропаном, проводимый масочным методом. Допустим также эндотрахеальный наркоз с применением мышечных релаксантов.

При ручном отделении плаценты и обследовании матки используется масочный наркоз закисью азота или эфиром.

В случае угрожающего разрыва матки независимо от метода операции необходим глубокий, обычно эфирный наркоз. Последний является не только методом обезболивания, но и способом, выключающим родовую деятельность, что предупреждает разрыв матки.

При операциях у беременных и рожениц с тяжелыми формами позднего токсикоза применяется эфирный наркоз как таковой или в сочетании с умеренной нейроплегией. Весьма целесообразно проведение неглубокого наркоза закисью азота и эфиром эндотрахеальным методом с использованием мышечных релаксантов. Местное обезболивание ввиду возможности судорожных припадков противопоказано.

Кесарево сечение производят под местной анестезией или сочетают ее с умеренной нейроплегией. Местная анестезия наиболее благоприятна для плода и сократительной деятельности опорожненной матки. При наличии болевых ощущений добавляют поверхностный наркоз закисью азота с кислородом, а после извлечения плода оперируемой вводят промедол или пантопон.

При кесаревом сечении применяют и современный наркоз эфиром или закисью азота эндотрахеальным методом (см. главу XVIII).

Во время операций по поводу разрыва матки, отслойки нормально расположенной плаценты и некоторых других можно применять различные виды современного наркоза и местную анестезию как самостоятельно, так и в различных сочетаниях в зависимости от состояния больной и объема оперативного вмешательства.

Обезболивание при гинекологических операциях

При пластических операциях на влагалище и промежности применима местная, в частности и проводниковая анестезия, сочетание местной анестезии с умеренной нейроплегией или поверхностным наркозом закисью азота и эфиром. Операции на шейке матки, кольпотомия и гистеротомия успешно выполняются под местной анестезией, но можно использовать масочный наркоз эфиром или закисью азота, а также сочетание местной анестезии с поверхностным наркозом.

При влагалищных операциях с вскрытием брюшной полости (ампутация и экстирпация матки и др.), а также при зашивании мочеполовых и

ректо-вагинальных свищей применимы различные методы местного и общего обезболивания как в отдельности, так и в различных сочетаниях.

В руководимых нами клиниках при влагалищных чревосечениях и фистулоррафии обычно применяется как общее обезболивание, так и местная анестезия с пресакральной анестезией по А. В. Вишневскому в сочетании с умеренной нейроплегией или кратковременным поверхностным наркозом во время отдельных этапов операции: при выведении матки через кольпотомное отверстие до анестезии новокаином круглых и воронко-тазовых связок; при выделении из рубцовой ткани свищевого отверстия и т. п.

При таких операциях на придатках матки, как удаление подвижной кисты яичника, трубы при хроническом прерывании внематочной беременности, а также при оперативных вмешательствах по поводу неправильных положений матки применимо местное обезболивание, обычно в виде местной анестезии по А. В. Вишневскому.

Ампутация матки при хорошей ее подвижности и небольших размерах опухоли (до размеров головки новорожденного), консервативная миомэктомия и простая экстирпация подвижной матки успешно могут быть выполнены под местной анестезией, которую целесообразно сочетать с умеренной нейроплегией или поверхностным наркозом закисью азота с кислородом. При этих вмешательствах оправданным является и эндотрахеальный наркоз с использованием эфира или закиси азота с кислородом.

При трубно-яичниковых воспалительных опухолях, малоподвижных и больших по размерам опухолях придатков матки, фибромиомах матки с интралигаментарным или забрюшинным расположением узлов, шеечных фибромиомах, наружном эндометриозе с поражением придатков и тазовой клетчатки, а также при операциях кольпопозеза из сигмовидной кишки наиболее целесообразно применять комбинированное общее обезболивание с интубацией трахеи и миорелаксантами.

Наиболее длительной, травматичной и технически сложной из всех гинекологических операций является расширенная экстирпация матки при раке шейки. В настоящее время при этой операции показан эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами. Учитывая, что при этом вмешательстве подвергаются сильнейшему раздражению все рефлексогенные зоны малого таза, мы, как правило, тщательно блокируем их новокаином. Если имеются противопоказания к эндотрахеальному наркозу, можно применять различные методы местного обезболивания, но при этом необходимо тщательно выполнять анестезию и сочетать ее с умеренной нейроплегией или поверхностным наркозом в наиболее травматичные моменты операции.

При расширенной вульвэктомии по поводу рака наружных половых органов могут использоваться различные методы общего и местного обезболивания, но предпочтение следует отдать эндотрахеальному наркозу, учитывая тяжесть вмешательства и обычно пожилой возраст оперируемых.

В приведенном перечне показаний имеется известная схематичность и сказывается склонность авторов к применению тех или иных методов обезболивания.

Несомненно, что при выборе вида обезболивания важно и то, каким методом лучше всего владеют в данном учреждении.

Обычный масочный и к тому же глубокий наркоз уступает местной анестезии, но плохая местная анестезия хуже наркоза. Современный эндотрахеальный наркоз является большим достижением в анестезиологии, но требует соответствующей аппаратуры, хорошо подготовленного анестезиолога.

лога, умело сочетающего различные наркотики и другие лекарственные вещества, которые обеспечивают наилучшую регуляцию функций организма в период оперативного вмешательства.

При современном комбинированном наркозе контроль за его глубиной и состоянием организма представляет немалую трудность. В этом отношении существенную помощь анестезиологу оказывают объективные методы контроля за функцией основных жизненно важных органов и систем (электрокардиография, электроэнцефалография, оксигеметрия и др.).

Хорошо проводимый эндотрахеальный наркоз — прекрасный метод обезболивания. Однако и он не лишен недочетов и может таить в себе известные опасности и осложнения, которые особенно возрастают при недостаточном оснащении аппаратурой и отсутствии квалифицированных анестезиологов. С этим нельзя не считаться, выбирая метод обезболивания.

Совершенно не оправдано применение такого сложного метода, как эндотрахеальный наркоз, при подвижной кисте яичника с длинной ножкой, неосложненных пластических операциях при опущении влагалища и т. п. То же можно сказать и по поводу спинномозговой или перидуральной анестезии, если эти методы обезболивания, далеко не безразличные для организма больных, применяют при простых и недлительных операциях.

Беспрепятственная и спокойная работа хирурга является важным условием, но самое главное — это обеспечение безопасности больной.

Подготовка больной к операции

Длительность и особенность предоперационной подготовки больных весьма переменчивы. Некоторые больные не нуждаются в продолжительном пребывании в стационаре и на 2—3-й день после поступления могут быть оперированы, если произведены обязательные для всех исследования, нет сопутствующих заболеваний и необходимости в добавочных исследованиях по поводу патологического процесса, требующего хирургического лечения.

Ряд больных нуждаются в специальной подготовке к операции при наличии нарушений деятельности тех или иных систем организма. При неполноценности функции какой-либо из систем, пользуясь консультацией квалифицированного специалиста, лечащий врач проводит комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию выявленных нарушений или улучшение нарушенных функций и лечение сопутствующих заболеваний.

Самое серьезное внимание необходимо уделить подготовке сердечно-сосудистой системы больных, которым предстоит операция. В этом нуждаются женщины, не только страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но и находящиеся в климактерическом и старческом возрасте, а также подвергающиеся операции по поводу злокачественных опухолей матки и придатков, страдающие анемией в результате повторных кровотечений. Необходимо очень серьезно относиться к подготовке сердечно-сосудистой системы у больных с фибромиомами матки, которые сопровождались длительными кровотечениями и вторичной анемией. Отсутствие должной подготовки (сердечные средства, повторные трансфузии крови, внутривенное введение по 20 мл 40% раствора глюкозы и др.) может привести к печальным последствиям во время операции или в послеоперационном периоде.

В процессе подготовки сердечно-сосудистой системы больных рекомендуются инъекции раствора азотнокислого стрихнина 1:1000 по 0,5—1 мл в течение 5—8 дней или сердечные средства внутрь по рекомендации терапевта и внутривенные введения 40% раствора глюкозы по 20 мл в течение 4—5 дней. Эти мероприятия тонизируют сердечную мышцу, способствуют лучшему течению послеоперационного периода, являются одним из средств профилактики послеоперационного тромбоза и эмболии.

С целью профилактики осложнений со стороны органов дыхания больную необходимо научить правильно дышать, что имеет большое значение для послеоперационного периода. Широко используется дыхательная гимнастика. При наличии хронического бронхита, эмфиземы легких проводят до операции лечение, характер которого зависит от клинической картины (отхаркивающие, сердечные средства и др.). Острый бронхит является противопоказанием к плановым операциям.

Подготовка ротовой полости. В полости рта всегда присутствуют различные микроорганизмы, в том числе и патогенные. Их особенно много у лиц, страдающих кариесом зубов и хроническим тонзиллитом. В послеоперационном периоде при тяжелом состоянии больных, у которых сопротивляемость организма резко нарушена, патогенные формы микроорганизмов могут активизироваться и вызвать такие осложнения, как стоматит, паротит, пневмония и др. Поэтому рекомендуется до операции провести санацию полости рта: ликвидировать кариес пломбировкой либо удалением пораженного зуба или его остатков; рыхлые или набухшие миндалины в течение нескольких дней смазывать раствором йода в глицерине. При наличии гнойных крипт лечение проводит отоларинголог.

Подготовка желудочно-кишечного тракта. Диета больной в предоперационном периоде должна быть питательной, но не обильной. Следует заботиться о правильном и ежедневном опорожнении кишечника. При запорах назначают очистительную клизму. Накануне операции дают легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, кашу), вечером — сладкий чай с сухарем. Вечером назначают клизму. Если больная страдает запорами, то в середине дня накануне операции ей дают слабительное, а вечером делают клизму. Раньше обычно клизму делали и утром в день операции, за 2 ч до ее начала. Назначение слабительных всем больным, идущим на операцию, в настоящее время не применяется, так как после слабительных отмечается застой в брыжеечных сосудах и нарушение абсорбции газов из кишечника, тонус кишечной стенки понижается и под влиянием слабительных и последующего голодания истощается антитоксическое действие крови. В крови накапливаются кислые продукты обмена, возникает ацидоз, что может сопровождаться рвотой, вздутием кишечника, задержкой мочи.

Этим и объясняется, что в последние годы слабительные как мероприятия подготовки к операции применяются лишь в единичных случаях, при переполненном кишечнике и при операциях на толстом кишечнике (кольпопоз из кишки, разрывы промежности III степени, кишечно-влагалищные свищи и пересадка мочеточников в сигмовидную или прямую кишку). При перечисленных операциях на толстом кишечнике в течение 3—4 дней до операции необходима легкая беспшлаковая диета (бульон, кефир, сливочное масло или сметана, сладкий чай, фруктовые соки). За 2 дня до операции назначают клизму, накануне операции дают слабительное (30 г касторового масла или сульфат магния). В день операции утром ставят больной сифонную клизму. За 2 дня до операции больной назначают сульфат магния по 0,5 г 3 раза в день.

В день операции за 2 ч до ее начала больной дают стакан сладкого чая.

Подготовка печени. Подготовка этого органа имеет большое значение, в связи с многогранностью ее функции, а также потому, что вынужденное в день операции и в первые дни после нее строгое ограничение питания или голодание приводит к исчезновению запасов гликогена в печени и уменьшению сахара крови.

Недостаточность же гликогена особенно резко сказывается на состоянии истощенных и ослабленных больных. Поэтому в профилактических целях подобным больным до операции проводят курс инъекций глюкозы в сочетании с аскорбиновой кислотой.

За 12 ч до операции мы вводим 50 мл 40% раствора глюкозы, а во время операции производим капельное внутривенное вливание 300—500 мл 5% раствора глюкозы. Учитывая значительную чувствительность печени к кислородному голоданию, необходимо обеспечивать достаточную оксигенацию до и во время операции.

При стойком понижении функции печени большие и травматичные операции производить рискованно. Весьма желательно определение функциональной способности печени, особенно если в анамнезе есть указания на перенесенные заболевания печени, а также у истощенных и ослабленных длительным страданием больных.

Большое внимание в предоперационном периоде следует уделять функциональному состоянию почек, потому что не только сама операция, но и подготовка к ней, включающая переливания крови, введение других жидкостей и лекарственных веществ, являются дополнительной функциональной нагрузкой для почек. Поэтому перед проведением подобных мероприятий необходимо учитывать состояние почек, данные произведенных анализов и функциональных проб.

Профилактика витаминной недостаточности повышает сопротивляемость организма и способность тканей к регенерации и другим репаративным процессам. У ряда больных при поступлении в стационар может наблюдаться витаминная недостаточность. Кроме того, данные литературы показывают, что обильное подкожное и внутривенное введение глюкозы или физиологического раствора может ускорить наступление витаминной недостаточности. Поэтому в процессе предоперационной подготовки, особенно при вливании глюкозы и физиологического раствора, необходимо назначать больным тиамин, рибофлавин, аскорбиновую и никотиновую кислоты. Витамин К назначают при нарушениях в состоянии свертывающей системы крови.

Подготовка к операции больных, страдающих диабетом. Если больная до операции подвергалась лечению инсулином, то в течение 2—3 дней перед операцией дозировку его повышают на 20 ед. или меньше в день, распределяя инсулин дробными дозами 3—4 раза в день. За 2—3 ч до операции больная получает 20 ед. инсулина и внутривенно ей вводят 30—40 мл 40% раствора глюкозы. В предоперационном периоде из диеты исключают мясо и молоко во избежание ацидоза. Повторно исследуют мочу и кровь на сахар.

Если больная диабетом перед операцией не лечилась инсулином, то за 2—3 дня до оперативного вмешательства, а также в день операции ей назначают по 20 ед. инсулина дробными дозами 3—4 раза в день.

Подготовка больных к влагалищным операциям. Подготовка направлена на то, чтобы добиться соответствующей степени чистоты влагалищного отделяемого (переход IV и III степени чистоты в I и II степень). При пролежнях на шейке матки или на стенках влага-

лица пластические операции по поводу опущения или выпадения матки следует производить только после полного заживления пролежней.

При III—IV степени чистоты влагалищных выделений в течение нескольких дней назначают тщательные влагалищные спринцевания дезинфицирующими растворами (раствор марганцовокислого калия и др.). Чем чище влагалищное содержимое, тем лучше послеоперационное течение и заживление швов.

В случае пролежней на стенках влагалища или шейки матки назначают постельный режим, вправляют выпавшую матку и стенки влагалища, производят его спринцевания и применяют тампоны, обильно пропитанные жировыми мазями или эмульсиями стрептоцида, синтомицина. При вялом заживлении целесообразно введение 0,25% раствора новокаина в окружности пролежня и под его основание.

Хорошо помогает заживлению пролежней масло облепихи.

Лечение пролежней занимает 2—3 нед. Если предполагается влагалищная экстирпация матки при ее выпадении, можно не дожидаться полного заживления пролежней, которые иногда бывают больших размеров, а ограничиться достижением II степени чистоты влагалищных выделений.

При выпадении матки с большим цистоцеле могут наблюдаться изменения со стороны мочи. После вправления матки и постельного режима функция мочевого пузыря быстро нормализуется. Рекомендуются промывание мочевого пузыря 2% раствором борной кислоты или раствором азотнокислого серебра в концентрации 1 : 10 000—1 : 5000. Одновременно нужно, особенно при наличии ректоцеле, следить за ежедневным опорожнением кишечника; в случае необходимости ставят очистительную клизму.

Подготовка больных с мочеполовыми свищами. Она состоит в ликвидации воспалительных явлений в половой и мочевой системах, переводе реакции мочи из щелочной в кислую, так как кислая среда препятствует развитию микробов. Целесообразно назначение нитрофуранов.

В случае наличия камней в мочевом пузыре или во влагалище их удаляют. Л. К. Савицкая с успехом использует электрогидравлический метод камнедробления. С помощью электрогидравлического разряда, создаваемого аппаратом УРАТ-1 или УРАТ-2 отечественного производства, удается без всяких осложнений раздробить камень, заполняющий всю полость мочевого пузыря, при наличии большого пузырно-влагалищного свища и микроцистис.

При мацерации кожи, дерматитах и изъязвлениях в области наружных половых органов и внутренней поверхности бедер, возникающих в результате постоянного истечения мочи, хорошее действие оказывают ежедневные сидячие ванны с теплым раствором марганцовокислого калия и смазывание пораженных поверхностей (после их осушивания) пастой Лассара или цинковой мазью. Влагалищные спринцевания производят 2% раствором борной кислоты или раствором марганцовокислого калия.

При значительных слизистых выделениях и некротических налетах на стенках влагалища перед спринцеванием его промывают 2% раствором пищевой соды, которая способствует отторжению слизи. После спринцевания во влагалище вводят 2—5% эмульсию синтомицина, стрептоцида или 10% мазь алоэ. Затем наружные половые органы смазывают пастой Лассара или цинковой мазью, которые обладают вяжущими свойствами и способностью, долго удерживаясь на коже, предохранять ее от мацерации при подтекании мочи.

При изъязвлениях во влагалище и инкрустации их солями, помимо спринцевания, пораженные места обрабатывают крепким раствором марганцовокислого калия. А. М. Мажбиц рекомендует при изъязвлениях и нагноениях в области вульвы припудривать их порошком белого стрептоцида.

Чтобы перевести щелочную реакцию мочи в кислую назначают салол внутрь по 0,5—1 г 3 раза в день, а также пенициллин по 200 000 ЕД 2 раза в день внутримышечно или внутрь, учитывая, что он является сильной двуосновной кислотой и выводится из организма с мочой, повышая ее кислый титр.

Иногда не удается перевести щелочную реакцию мочи в кислую. В этих случаях, если произведена тщательная санация мочеполовой системы, операция откладывать не следует.

При стойкой инфекции мочевых путей наряду с местным лечением назначают антибиотики, нитрофураны, сульфаниламидные препараты с учетом чувствительности к антибиотикам флоры мочи.

Диета больных с мочеполовыми свищами должна быть разнообразной, богатой витаминами, без острых приностей. Мясная пища способствует окислению мочи.

Ослабленным больным, помимо полноценной диеты, назначают общеукрепляющее лечение (витамины, алоэ).

Подготовка больных к операции при раке шейки матки и некротизированных субмукозных рождающихся опухолях матки. У этих больных распадающиеся опухоли имеют обильную микробную флору. Поэтому до операции, чтобы не травмировать опухоль и не вызвать кровотечение, целесообразно производить осторожные орошения влагалища и опухоли перекисью водорода, затем раствором фурацилина 1 : 5000 и присыпать порошком сульфаниламидных препаратов (стрептоцид и др.).

Резко ослабленным и анемизированным больным производят повторные переливания крови и плазмы по 150—200 мл.

Психопрофилактическая подготовка имеет очень большое значение в общей предоперационной подготовке и должна начинаться в женской консультации или поликлинике и завершаться в стационаре. При этом необходимо подготовить больную как к операции, так и к обезболиванию во время хирургического вмешательства.

Хорошо известно, что все больные в ожидании предстоящей операции испытывают страх за свою жизнь, боясь неблагоприятного исхода вмешательства, боли во время операции и в послеоперационном периоде. Это состояние усугубляется переживаниями, связанными с удалением того или иного органа, с нарушением какой-либо из функций организма. Задачей психопрофилактической подготовки является снятие или по крайней мере ослабление этих отрицательных эмоций.

Одни больные, боясь болей, настаивают на наркозе. Другие, наоборот, просят применить местную анестезию, так как боятся не проснуться после наркоза. Больную необходимо убедить в целесообразности выбранного для нее вида обезбоживания. Если же она не согласна, нужно принять во внимание желание больной, так как всякое насилие над ее волей является добавочной психической травмой. Вполне понятно, что у больных, ожидающих операции, мнение о том или ином виде наркоза складывается из ряда впечатлений и наблюдений за ранее оперированными. Но впечатления эти могут быть ложными, проводимые аналогии — неправильными. Ясность в этот вопрос может внести только врач.

Страх больных перед обезболиванием, боязнь за свое сердце и другие тяжелые эмоции отрицательно сказываются на сопротивляемости организма различным вредным воздействиям, снижают порог болевой чувствительности, приводят к бессоннице, лишая организм благотворного охранительного торможения корковых клеток, и способствуют разлаживанию нормальных взаимоотношений между процессами возбуждения и торможения в коре и подкорке. В свою очередь нарушения деятельности коры головного мозга сказываются на отправлениях тех или иных систем организма. Это приводит к наслению новых расстройств на тот болезненный процесс, который имелся ранее.

Создать тесный контакт между лечащим врачом и больной, завоевать ее доверие, устранить причины, волнующие больную, снять или резко уменьшить страх перед операцией, укрепить уверенность в благополучном ее исходе — вот основные вехи на пути психопрофилактической подготовки в предоперационном периоде. Эта подготовка должна проводиться в порядке беседы с больными в палате на общие темы об операции и методах обезболивания с акцентом на безопасность оперативного вмешательства. Беседа должна подкрепляться примерами благоприятного исхода операции у соседней по палате.

Иногда больные проявляют интерес к послеоперационным осложнениям, если они были у кого-либо из оперированных, и высказывают опасение о возможности подобных осложнений у них. Необходимо найти исчерпывающее объяснение, позаботившись вместе с тем о том, чтобы не нанести психической травмы тяжелобольной, о которой идет речь и которой может стать все известно. Беседы ведутся с больной в индивидуальном порядке. У женщины должно быть ясное представление о сущности операции. Необходимо убедить ее в неизбежности оперативного вмешательства, снять страх перед ним. Проводить такую подготовку, когда операция не связана со значительными нарушениями в организме и не сопряжена с удалением того или иного органа, сравнительно легко. Значительно труднее объяснить женщине необходимость удаления матки, яичников или почти всех внутренних половых органов, например при раке шейки матки. В этих случаях требуется исключительно чуткий подход к больной, умение найти отдельные моменты, смягчающие тяжесть психической травмы, подчеркнуть неизбежность предстоящей операции в целях сохранения здоровья, а часто и жизни женщины.

Беседуя с такими больными, нельзя полностью информировать их о предстоящей операции, связанной с потерей того или иного органа. Нужно выбирать наиболее благоприятные варианты, приближающиеся к истине, но отнюдь не нарисованные мрачными красками. Следует остановиться на вопросах сохранения менструаций, способности беременеть и рожать, возможности половой жизни (при удалении матки или яичников и т. д.).

В процессе подготовки больной к обезболиванию из анамнеза выявляют, не перенесла ли она раньше какие-либо операции с применением анестезии. Если оказывается, что больная уже получала наркоз, то следует поинтересоваться, как она его перенесла, какие впечатления остались после наркоза, как реагировала на морфин, эфир или другие медикаменты. Если ранее производилась местная анестезия, нужно расспросить больную, чувствовала ли она боль и как реагировала на нее. Все это поможет правильно выбрать вид и метод обезболивания. После принятия окончательного решения об обезболивании следует в общих чертах рассказать больной о характере его, порядке проведения, медикаментозной подготовке. Нужно позаботиться о том, чтобы ни одна инъекция или другое мероприятие не ока-

зались для больной неожиданным. Следует также кратко рассказать об обстановке в операционной.

Беседу с больной об общем обезболивании и подготовку к нему проводит анестезиолог, который должен хорошо знать о методе предстоящей операции, общем состоянии больной и проводимой подготовке. Готовясь к проведению обезбоживания, анестезиолог должен иметь ясное представление о физическом состоянии больной, ибо операция, особенно если она сложная и длительная, может потребовать мобилизации резервных сил организма, перестройки и приспособления к новым условиям. Исход операции может в значительной степени зависеть от состояния отдельных органов и систем организма. Лечащий врач и анестезиолог не должны упустить даже малейшие анатомические или физические изменения у больной, готовящейся к операции. Если же они обнаруживаются, надлежит принять все меры, чтобы компенсировать нарушение функции организма.

Несмотря на успешно проведенную психопрофилактическую подготовку, некоторые больные накануне операции плохо спят и поступают в операционную усталыми и измученными. Часть женщин плохо поддаются психопрофилактической подготовке и продолжают испытывать страх и боязнь перед предстоящей операцией и ее последствиями. В подобных случаях с целью устранения перенапряжения и срыва высшей нервной деятельности, помимо психопрофилактической подготовки, в течение 2—3 дней и более мы назначаем больным внутрь бромистый натрий, бехтеревскую микстуру, элениум и др.

Накануне операции всем больным дают на ночь снотворное (барбитал 0,1—0,2 г, люминал 0,1 г), а при наличии болей — промедол (1 мл 1% или 2% раствора) или анальгин (0,5 г). Целесообразно вместе со снотворным назначить внутрь пипольфен или димедрол (0,03—0,05 г). Обычно эти назначения согласуются с анестезиологом.

II

Операционный блок и организация хирургической работы

Накопленный опыт показывает, что в современных условиях при широком применении хирургических методов лечения в гинекологических больницах и отделениях, нельзя ограничиваться помещением из одной или двух операционных комнат, а необходимо создавать операционный блок.

Операционный блок

В состав операционного блока, кроме операционных комнат, должны входить следующие подсобные помещения: предоперационная, стерилизационная, материальная, комната для подготовки больной к операции и обезболиванию.

Предоперационная предназначена для мытья рук операционной сестры, хирурга и его помощников, а также для мытья загрязненных инструментов. В этой комнате, которая расположена перед операционной, имеются раковины с кранами горячей и холодной воды, оснащенные смесителем. Над раковинами находится зеркало.

На отдельном столике в специальных кастрюлях или тазиках с крышками лежат простерилизованные щетки для мытья рук, мыло, ножницы для ногтей и корнцанг для взятия щеток. В предоперационной должны быть также тазы на специальных подставках для мытья рук, столики для бутылей с растворами и песочные часы.

Помимо этого, в предоперационной размещается вешалка для фартуков из непромокаемых тканей и шкаф для матерчатых чулок — бахил, которые надевают хирург и его помощники.

Для других лиц, входящих в операционную, необходимо иметь специальные резиновые галоши или матерчатые бахилы и бикс с простерилизованными марлевыми масками.

Стерилизационная служит для стерилизации белья, мягких материалов (марлевых салфеток, тупферов), перчаток, инструментария и растворов. Помещение должно быть достаточно большим, чтобы в нем разместились все необходимые аппараты и приборы для стерилизации указанных материалов.

Материальная должна быть изолирована от остальных помещений операционного блока. В ней хранятся инструменты, марля, вата, белье и другие материалы, предназначенные для операции; все это подается через

особую дверь или окно. Проход через материальную в остальную часть операционного блока не разрешается.

Комната для подготовки больной к операции позволяет избавить женщину от созерцания обстановки операционной, что может вызвать отрицательные эмоции и чувство страха. В этой комнате осуществляют подготовку больной к операции и обезболиванию.

Желательно иметь для хирурга и его помощников отдельную комнату, где они могли бы переодеться в предназначенные для операции костюмы: полотняные брюки и сорочки для мужчин, хлопчатобумажные платья для женщин. При этой комнате желательно иметь душ.

Операционная. В операционном блоке целесообразно иметь две операционные комнаты, одна из которых используется для оперативных вмешательств у инфицированных больных.

Если во время операции неожиданно обнаруживают, что больная инфицирована, то после операции необходимо произвести тщательную дезинфекцию в операционной.

Основные требования, предъявляемые к операционной, — это возможность поддержания в ней надлежащей чистоты, хорошее освещение, отопление и достаточная вентиляция.

В операционных комнатах стены и потолок окрашиваются белой масляной (эмалевой) краской, чтобы их легко было мыть. Стены и потолок в операционной должны соединяться не под прямым углом, а образовывать закругление, благодаря чему их легко очищать. Стены могут быть не окрашены, а облицованы гладкими плитками. Пол должен быть выложен плитками (допускается покрытие линолеумом, но это менее целесообразно). Посередине пола устраивается отверстие для стока воды после мытья стен и пола. Пол следует мыть после каждого операционного дня. После каждой операции его протирают влажной тряпкой. Генеральную уборку — мытье пола, стен и потолка — в операционной производят не реже одного раза в неделю.

Стены и потолок следует обмывать струей воды из гидропульта или обтирать мокрой тряпкой, намотанной на такую же щетку, какая употребляется для мытья полов, но с более длинной палкой. При уборке операционной следует подвергать соответствующей чистке различные приборы и предметы оборудования. Периодически помещение операционной надо обеззараживать с помощью кварцевой лампы.

Обстановка операционной должна ограничиваться лишь самым необходимым: операционный стол, стол для операционной сестры, столик для анестезиолога и наркозный аппарат, запасной сестринский столик, табуретки и подставки для хирурга и ассистентов, специальная подставка для размещения ампул при введении жидкостей и крови, передвижной рефлектор на стойке для добавочного освещения, тазы для использованных тушфферов, салфеток и инструментов, электроотсос.

В современных операционных необходимо предусматривать место для размещения аппаратуры, регистрирующей жизненно важные функции больной и контролирующей глубину наркоза (электроэнцефалограф, электрокардиограф или кардиоскоп и т. п.).

Для освещения во время операции лучше всего пользоваться бестеневой лампой и передвижным рефлектором. Некоторые хирурги не признают естественного освещения, однако последнее более гигиенично и менее утомительно для глаз, поэтому отказываться от него не следует. В операционной должно быть одно большое окно, выходящее на север или, что менее жела-

тельно, на запад; это предохраняет помещение от перегрева в летнее время. Следует предусматривать и устройство для аварийного освещения. В современных условиях в операционных осуществляется подводка для кислорода и закиси азота.

Температура в операционной должна поддерживаться на уровне 20—25°. Наилучшие условия для работы обеспечиваются при наличии установки для кондиционирования воздуха. Если такой системы нет, устанавливается в окне или специальном канале (отверстии) стены нагнетающий электрический вентилятор, который включается в перерыве между операциями. Менее благоприятные условия для вентиляции создаются при открывании окон (фрамуг), что также возможно лишь в промежутках между операциями.

Для присутствующих на операции зрителей (студенты, врачи) устраиваются специальные скамейки, расположенные в виде лестницы (амфитеатром); эти скамейки должны быть отгорожены от места операции, лучше всего специальной перегородкой из прозрачной массы.

Присутствующие в операционной должны быть осведомлены о том, что не разрешается: 1) посещать операционную лицам, страдающим катаром верхних дыхательных путей; 2) переходить в операционной с места на место; 3) принести с собой посторонние предметы (книги, тетради, сумки и т. п.); 4) разговаривать в операционной.

Лицам, работающим в септическом отделении, вход в операционную запрещен. Не разрешается младшему и среднему медицинскому персоналу совмещать работу в операционной с работой по уходу за инфицированными больными и в отделении гнойной хирургии.

После окончания работы и уборки операционную закрывают на ключ.

Инструменты и их подготовка

При гинекологических операциях применяются многие инструменты, которые мало отличаются от обычных хирургических. Гинекологи предпочитают оперировать длинными инструментами, которые позволяют не заслонять руками операционное поле и производить манипуляции в глубине таза под контролем зрения. Применение коротких инструментов в подобных условиях чрезвычайно затрудняет выполнение операции и увеличивает опасность оставления этих инструментов в брюшной полости.

Необходимо иметь отдельные наборы инструментов для гинекологических операций, производимых как путем чревосечения, так и через влагалище. Основной список наборов должен находиться в шкафу для инструментов с указанием их числа.

Для рассечения и разделения тканей применяются острые скальпели и ножницы, прямые и изогнутые. Ножницы должны быть различной длины, тупоконечные и с острыми концами (рис. 1).

С целью захватывания тканей применяются хирургические и анатомические пинцеты (длинные и короткие), пулевые щипцы, крепкие щипцы Дуайена и щипцы Мюзо (рис. 2). Наиболее многочисленными инструментами в наборе являются кровоостанавливающие зажимы Пеана, Кохера и Микulichа, а также различные длинные зажимы, которые в наборах следует иметь десятками. При добавлении во время операции к набору инструментов кровоостанавливающих зажимов их также надо брать десятками, что облегчает последующий контроль наличия инструментов при зашивании брюшной полости.

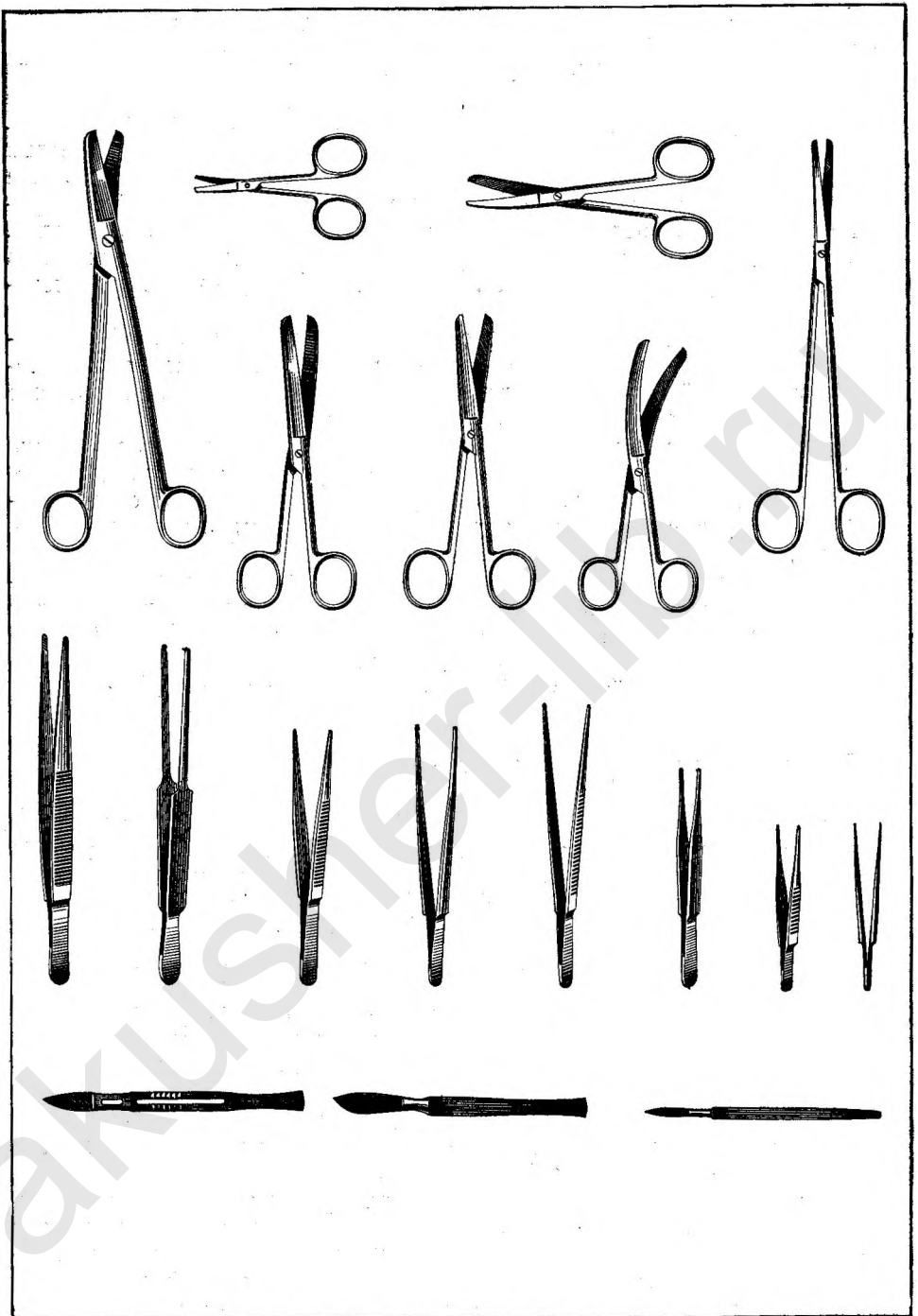


Рис. 1. Ножницы, пинцеты, ножи.

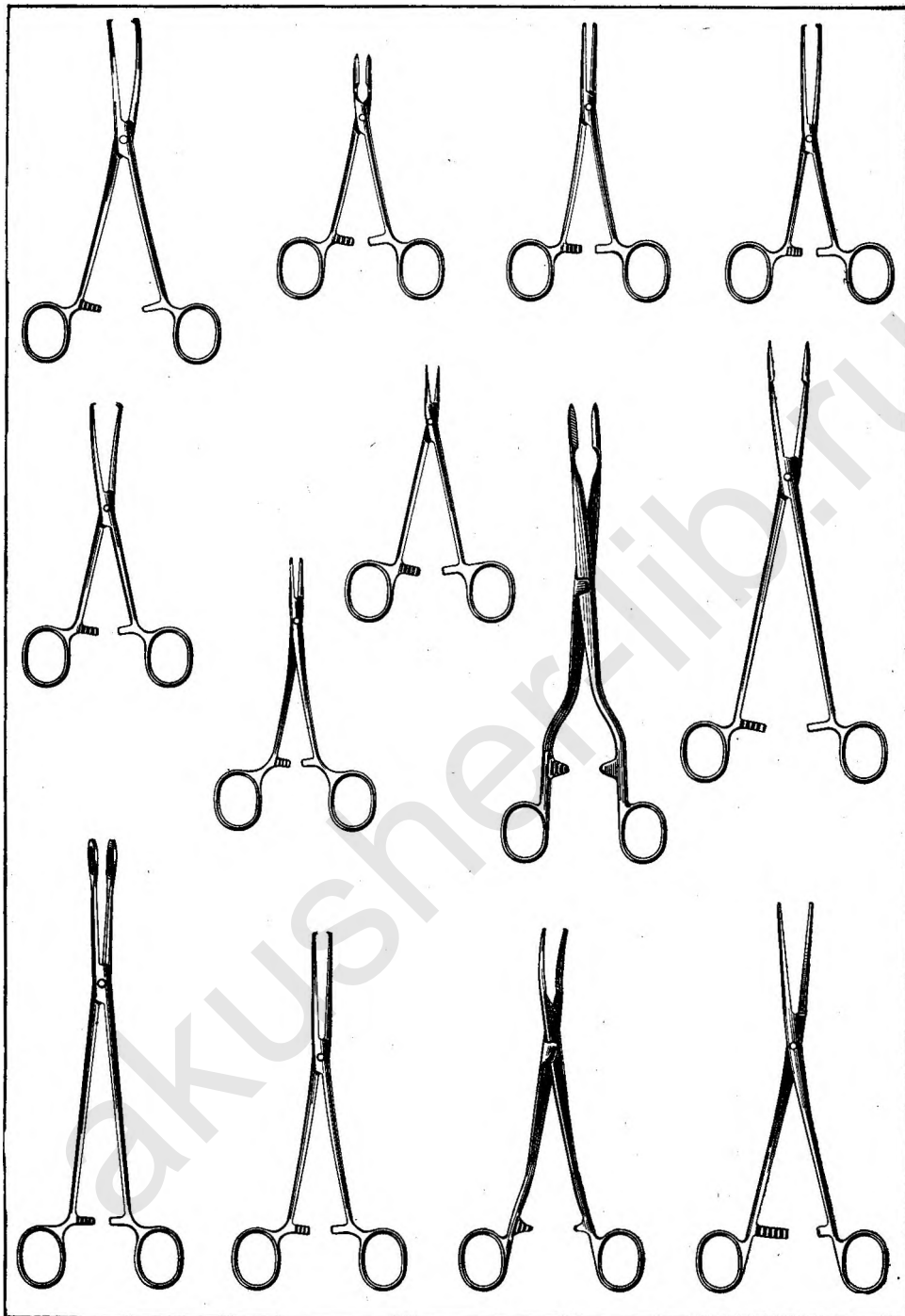


Рис. 2. Щипцы и зажимы.

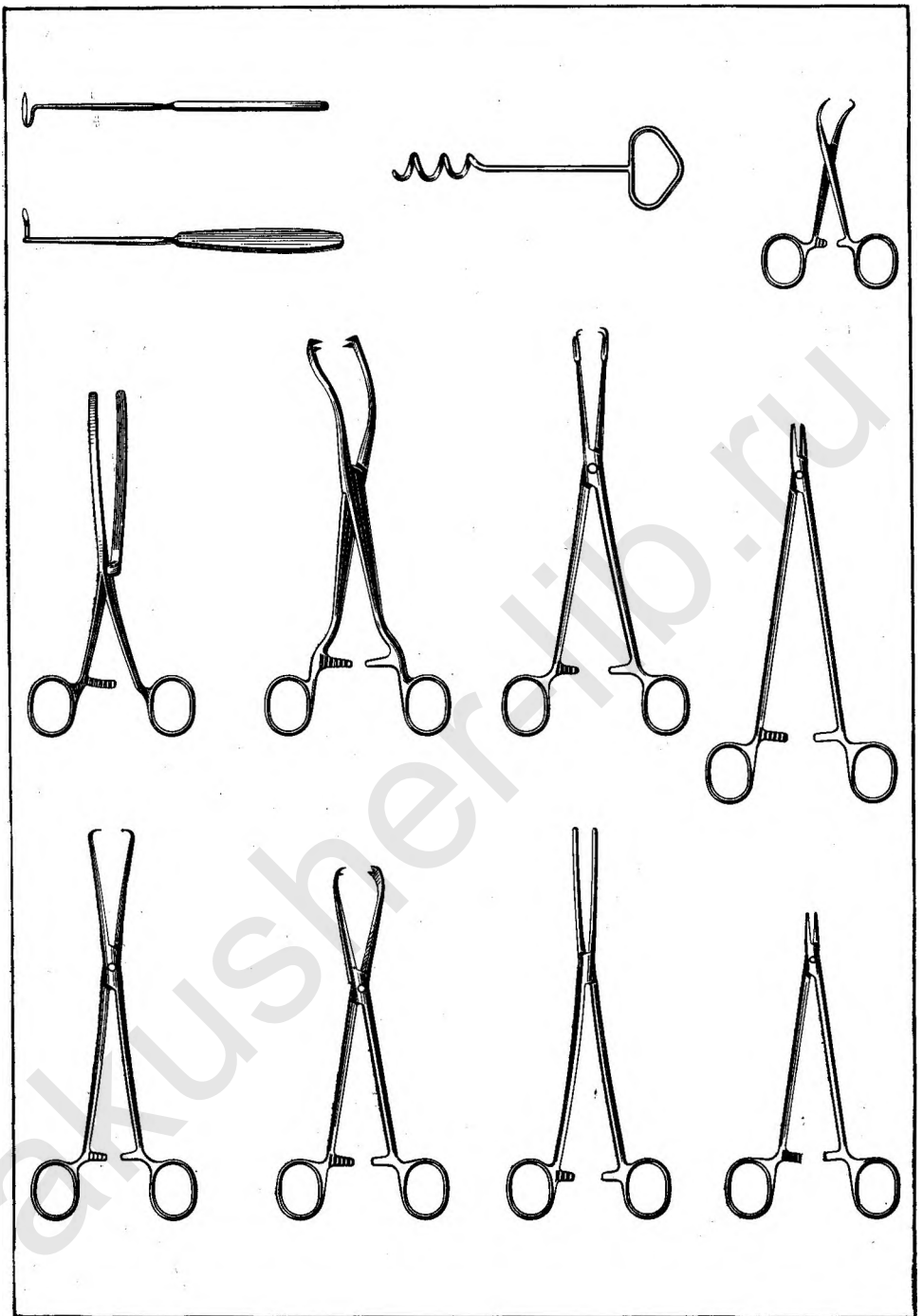


Рис. 3. Игла Дешампа, штопор, щипцы, зажимы, иглодержатели.

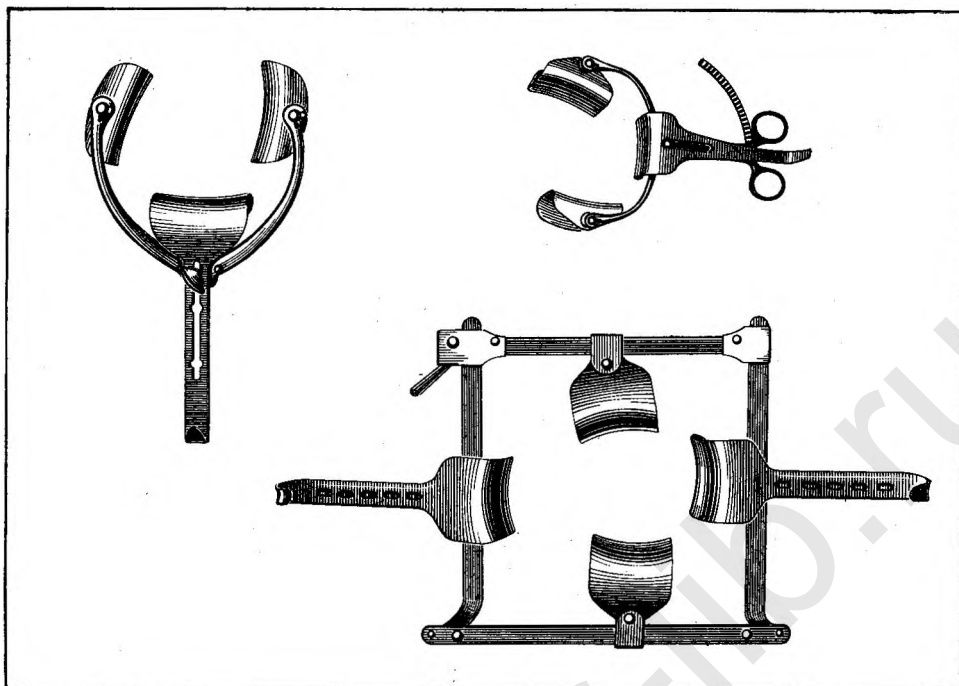


Рис. 4. Брюшные зеркала.

Для тупферов используются длинные прямые и изогнутые корнцанги. Длинный иглодержатель Гегара наиболее приемлем при гинекологических операциях. Применяются режущие и круглые иглы разных размеров; некоторые из них должны быть крепкими и круто изогнутыми, особенно при пластических операциях на шейке матки и зашивании ее культи (рис. 3). При операциях на маточных трубах по поводу бесплодия и других операциях рационально применение атравматических игол.

Иглы Дешампа (две) целесообразнее применять тупые; желательно иметь их для правой и левой сторон, особенно при лигировании подчревной артерии.

Для расширения брюшной раны используют самодержащиеся зеркала (Штеккеля, Франца и др.), а также зеркала Фрича, Дуайена различной длины и ширины, для раздвигания краев раны — острые и тупые крючки (рис. 4, 5).

В наборе инструментов для чревосечения должны быть всегда кишечные зажимы (два), металлические катетеры (мужской и женский), маточный зонд, шприцы и иглы к ним.

При операциях по поводу кистозных опухолей необходимо иметь троакар с резиновой трубкой и наконечник для отсасывающего аппарата.

В набор для влагалищных операций должны входить влагалищные зеркала различной длины и ширины, подъемники и другие инструменты (кровоостанавливающие зажимы, пулевые щипцы, иглодержатели и т. д.).

Для выскабливания матки необходимы влагалищные зеркала, пулевые щипцы, металлические расширители Гегара или виброрасширитель, маточ-



Рис. 5. Зеркала влагалищные и брюшные, крючки, подъемники.

ный зонд, длинные пинцеты, кюретки разных размеров, абортцанг, вакуум-аспиратор.

Стерилизация инструментов производится непосредственно перед операцией кипячением в воде с прибавлением 1% раствора соды (для предохранения от ржавчины) или автоклавированием. Шприцы и иглы к ним стерилизуют кипячением в дистиллированной воде, так как даже незначительная примесь щелочей может разрушать некоторые гормональные (например, питуитрин) и другие препараты. Кипятить следует 40—45 мин. Режущие инструменты (скальпели, ножницы) не кипятят, а погружают в спирт на 30 мин и затем вытирают стерильной марлей.

После операции инструменты моют щеткой в мыльной воде, кипятят в 1% растворе двууглекислой соды, тщательно вытирают и сортируют. Хранят их в инструментальном шкафу.

Для экстренных операций может быть использован специальный стерильный набор инструментов, который хранится в хорошо закрытом стерилизаторе или завернутым в стерильную простыню. Длительность хранения такого набора не должна превышать 20—44 ч.

После стерилизации инструментов сестра раскладывает их на операционном столе в определенном порядке и закрывает стерильной простыней. В процессе операции загрязненные инструменты заменяются другими, что чаще производится на определенном этапе операции при одновременной смене перчаток и белья вокруг операционной раны.

Операционный материал, белье, перчатки и их подготовка

Халаты, колпаки и марлевые маски для участвующих в операции (хирурга и его ассистентов, операционной сестры), простыни, полотенца, а также рубашка, чулки и косынка для больной стерилизуются в отдельных биксах и мешках в автоклаве.

Стерилизации подвергается также материал, используемый при операции: марлевые салфетки, тупферы и тампоны. Большие салфетки из сложенной в четыре ряда марли, имеющие 20 см в ширину и 50 см в длину, вводят в брюшную полость с целью ограждения верхнего ее отдела от загрязнения и для отодвигания кишечных петель и сальника. Большие и малые салфетки складывают пачками по 10 штук и стерилизуют вместе с тупферами в металлических биксах в автоклаве.

Резиновые перчатки лучше стерилизовать в автоклаве: при кипячении в стерилизаторе они сильно растягиваются и труднее надеваются на руки.

Перед стерилизацией в автоклаве чистые и сухие перчатки пересыпают внутри и снаружи стерилизованным тальком и заворачивают в марлевую салфетку. Парно сложенные в бикс перчатки стерилизуют в автоклаве в течение 20—30 мин под давлением 1—1,5 атм.

Материал для швов и его стерилизация

При гинекологических операциях используется разнообразный материал для швов: шелк, кетгут, капрон и металлические скобки для соединения краев кожной раны. Металлические скобки стерилизуются кипячением вместе с инструментами.

Стерильность шовного материала особенно кетгута, имеет очень большое значение для исхода операции. Поэтому необходима не только тща-

тельная его стерилизация, но и систематическая проверка его стерильности бактериологическими методами (посевами) как после приготовления, так и в дальнейшем. Операционная сестра имеет специальный журнал для записи даты и результатов исследования шовного материала на стерильность.

Для гинекологических операций используется кетгут и шелк. Шелк стерилизуют в автоклаве в течение 15 мин под давлением 2 атм. После этого его погружают в 96° этиловый алкоголь, в котором шелк и хранится. Льняные нити, лавсан или капрон стерилизуют кипячением.

Стерилизация кетгута много сложнее, так как он не выносит кипячения и пара.

Стерилизацию можно производить несколькими способами.

1. Сухой способ стерилизации нитей кетгута в парах йода (по Ситковскому) заключается в следующем:

а) кетгут опускают в эфир на 12—24 ч;
б) стандартную нить кетгута разрезают на три части и тщательно протирают марлевым тампоном, смоченным в растворе неокрашенной сулемы 1 : 1000;

в) нити, обработанные сулемой, опускают в 2% водный раствор йодистого калия (кетгут № 0 и 1 на 30 с, № 2, 3, 4, 5 — на 1 мин);

г) кетгут сматывают в колечки, нанизывают их на длинные нити и в два ряда подвешивают в стерильную стеклянную банку с притертой крышкой. Расстояние от кетгута до дна банки 60—70 мм. На дно банки предварительно насыпают сухой йод. Обязательно следует учитывать величину банки и сохранять необходимую концентрацию паров йода. Расчет на 20 пакетов сухого кетгута: на банку емкостью 3 л требуется 40 г йода, на банку емкостью 5 л — 60 г йода;

д) пробку банки заливают парафином (поверх стерильной марлевой салфетки);

е) ежедневно банку встряхивают для обеспечения свободного доступа паров йода во все промежутки между витками кетгута;

ж) кетгут тонкий (№ 0 и 1) готов через 3 сут, № 2, 3, 4 — через 4 сут, № 5 — через 5 сут.

з) по истечении срока стерилизации нити кетгута перекладывают в сухую стерильную банку (в чистой операционной); в это время берут посев на стерильность.

2. Стерилизация нитей кетгута в спиртовом люголевском растворе может производиться двумя способами.

Первый способ: а) сухие нити кетгута не длиннее 1 м свертывают в колечки и заливают эфиром на 12—24 ч;

б) эфир сливают. Кетгут заливают на 8—10 сут спиртовым люголевским раствором (спирта чистого 96° 1000 мл, йодистого калия 10 г, чистого йода 10 г);

в) кетгут повторно заливают свежим люголевским раствором еще на 8—10 сут;

г) на 16—20-е сут от начала стерилизации кетгут подвергают бактериологической проверке и при благоприятных результатах выдают в операционную;

д) хранят кетгут в люголевском растворе. При употреблении раствор меняют каждые 7—10 сут.

Второй способ: а) кетгут, намотанный на стеклянные катушки, погружают в сосуд с раствором следующего состава: йода чистого 2 г, йодистого калия 8 г, глицерина 4 г, 96° спирта 100 мл на 7 дней;

б) кетгут переносят в новую банку с таким же раствором на 7 дней. После этого кетгут посылают на посев в лабораторию;

в) при отрицательном ответе в отношении роста бактерий его переносят в свежий раствор того же состава, в котором и хранят. Таким кетгутом можно пользоваться через 7 дней.

Способ стерилизации кетгута в водном люголевском растворе:

а) сухие нити кетгута не длиннее 1 м свертывают в колечки и заливают эфиром на 12—24 ч;

б) сливают эфир и заливают на 8—10 сут водным раствором Люголя (дистиллированной воды 1000 мл, йодистого калия 20 г, йода чистого 10 г);

в) через 8—10 сут жидкость сливают и заменяют свежим водным люголевским раствором на 8—10 сут;

г) через 16—20 сут от начала стерилизации водный люголевский раствор сливают и кетгут заливают 96° спиртом на 4—6 сут, после чего берут посев на стерильность;

д) хранить кетгут следует в 96° спирте;

е) при употреблении кетгута раствор спирта необходимо менять через 7—10 сут.

Заготовка и хранение кетгута. 1. Заготовка кетгута возлагается на строго ограниченное число операционных сестер под постоянным контролем старшей операционной сестры и заведующего операционной.

2. Местом подготовки кетгута к стерилизации служит чистая операционная. Персонал моет руки, как перед операцией, надевает стерильные халаты и маски.

3. Стерилизация кетгута и его хранение производится в широких стеклянных банках с притертыми пробками.

4. В одну банку можно помещать не более 500 м однородной кетгутовой нити (20 пакетов в стандартной заводской упаковке).

5. При применении влажного способа стерилизации кетгута уровень раствора должен быть на 3—5 см выше уровня кетгута.

6. Банки с кетгутом хранят в отдельном темном шкафу.

7. Каждая порция кетгута подвергается обязательному бактериологическому контролю. Посев берут из каждой банки от разных нитей кетгута в 6 пробирок: три — на бульон и три — на среду Тароцци. Заключение лаборатории бережно сохраняется.

8. На банку с кетгутом, допущенную к употреблению, наклеивают этикетку, на которой проставляют номер кетгута, дату начала и конца стерилизации, дату и номер бактериологического анализа.

9. Учет заготовки, расхода кетгута и данных бактериологического анализа ведут в специальном журнале по форме:

№ п/п	Номер кетгута	Дата стерилизации		Количество пакетов кетгута	Дата и номер бактериологического анализа	Результаты анализа	Кетгут в работе
		начало	конец				

Подготовка оперирующего персонала

Лица, занимающиеся хирургической деятельностью, должны беречь свои руки. Контактруя с инфицированными больными (перевязки, осмотр), необходимо работать в перчатках. Операционные сестры и санитарки не должны выполнять какой-либо другой работы, чтобы не загрязнить свои руки.

Подготовка рук хирурга и операционной сестры может осуществляться различными способами. Раньше был наиболее распространен следующий способ. Коротко остригают ногти и в течение 10 мин моют руки текучей водой с мылом, используя две щетки. Руки необходимо мыть методически, обращая особое внимание на ногтевые ложа и внутренние поверхности пальцев. Одной щеткой моют руки до локтей, другой — до средней трети предплечья. После мытья водой с мылом руки насухо вытирают стерильной марлевой салфеткой или полотенцем и обрабатывают 70° спиртом в течение 3—5 мин, используя с этой целью стерильную марлевую салфетку, обильно смоченную спиртом. На обработанные таким образом руки надевают резиновые перчатки. Если перчатками не пользуются, то после обработки рук спиртом кончики пальцев и ногтевые ложа смазывают 10% настойкой йода.

Этот способ обработки рук используют и в настоящее время, но чаще применяют способ Кочергина — Спасокукоцкого: моют руки в двух тазках марлевой салфеткой в растворе нашатырного спирта. Раствор приготавливают следующим образом. В бутылку с горячей водой прибавляют аммиак (нашатырный спирт) из расчета 1 мл 10% раствора аммиака на каждые 200 мл воды. После этого жидкость взбалтывают и дают ей немного остыть, а затем наливают в тазы для мытья рук. Руки моют по 3 мин в каждом из тазов с раствором. Затем вытирают их стерильной салфеткой или полотенцем и обрабатывают 3—5 мин чистым или денатурированным спиртом, которым смочена марлевая салфетка.

В последнее время для подготовки рук с большим успехом используется специальный раствор диоксида. Хирург моет руки текучей водой с мылом 1—2 мин, вытирает их насухо полотенцем, затем моет руки 5 мин марлевой салфеткой в тазике, наполненном раствором диоксида, вытирает их стерильным полотенцем и обрабатывает спиртом. Применять настойку йода при обработке рук диоксидом нельзя: могут быть ожоги кожи.

Этот способ весьма эффективен и удобен. Раствор диоксида можно использовать повторно в течение 2—3 дней, так как благодаря своим бактерицидным свойствам он сохраняет стерильность. С целью повторного использования раствор диоксида из тазика сливают в сосуд, в котором он сохраняется до следующего мытья рук.

Персонал, участвующий в операции, приступает к мытью рук в нестерильных халатах с короткими или засученными до локтей рукавами. Хирург и первый ассистент надевают, особенно при влагалитических операциях, клеенчатые передники. После того как руки вымыты и обработаны спиртом, оперирующий персонал надевает стерильные колпаки, маски и халаты, рукава которых завязываются у кистей, а затем перчатки.

III

Хирургическая анатомия при гинекологических операциях

Хирургическая деятельность — не просто техническое выполнение оперативного вмешательства, поэтому стремление к овладению только техникой является вульгаризацией и упрощенчеством.

В операционной повседневно идет борьба за жизнь и здоровье человека. В акушерско-гинекологической деятельности от искусства и знаний хирурга зависит жизнь не только женщины, матери, но и ее будущего ребенка.

Хирург должен хорошо знать и отчетливо представлять себе особенности патологического процесса, требующего оперативного вмешательства, уметь разобраться в отклонениях от типичной картины заболевания, вовремя распознать осложнения в процессе операции и суметь быстро изменить ее план и свой образ действия.

Один из хирургов прошлого столетия сказал: «Истинный, настоящий хирург — тот, кто, вечно изобретательный и вечно находчивый Одиссей, может создавать и что-либо новое, — конечно, не новый бандаж или нож какой-нибудь, — кто, наконец, в самых трудных обстоятельствах может выигрывать сражения, не созывая военных советов» (Diffenbach).

Ясное представление о хирургической анатомии является одним из важнейших звеньев в системе знаний хирурга-гинеколога. Зная четко основы хирургической анатомии, гинеколог не растеряется при сложном, атипичном расположении органов, сумеет разобраться в изменившихся анатомо-топографических соотношениях и с честью выйдет из затруднительной ситуации, не нанося большой добавочных и неоправданных повреждений.

Знание анатомии лежит в основе всей хирургической техники. «Во время операции хирург должен чувствовать себя так, как будто он перелистывает страницы хирургической анатомии, а завершение каждой такой операции является ему наградой» (Mitra). При отсутствии знаний анатомии, опасность повреждений соседних органов и тканей возрастает.

В настоящей главе мы приводим анатомо-топографические сведения, имеющие непосредственное отношение к оперативной технике при гинекологических операциях.

Подробное изложение анатомии и топографии женских половых органов имеется во всех классических учебниках и руководствах, к которым мы и отсылаем читателя.

Анатомия брюшной стенки

Где бы мы ни разрезали брюшную стенку, везде встречается одинаковое расположение тканевых слоев: кожа, подкожножировая клетчатка, фасция, мышца, предбрюшинная клетчатка и брюшина. Лишь рассекая белую линию, между брюшками прямых мышц, мы можем достичь брюшины, не разрезая мышц.

Толщина подкожной жировой клетчатки весьма различна и достигает у женщин в среднем 5—6 см, но нередко 10 см и более. На передней брюшной стенке примерно на 3—4 см выше лона имеется ясно видимая полукруглая борозда, переходящая в паховые складки. По этой борозде (складке) производится поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю.

У женщины нередко встречается значительное развитие подкожной жировой клетчатки и при разрезе образуется глубокая рана. Накопление жира является наиболее значительным ниже пупка, и брюшная стенка иногда нависает над лоном. Однако в области надлобковой складки прослойка жира бывает значительно меньше, поэтому, если характер операции позволяет, целесообразнее делать надлобковый разрез, а не продольный разрез по белой линии живота.

При разрезе следует учитывать, что верхний жировой слой, прилегающий к коже, отделяется от нижнего слоя жира, лежащего на апоневрозах, тонким фасциальным листком. Он иногда бывает утолщен и может быть ошибочно принят за апоневроз мышцы, а при его рассечении снова вместо мышцы виден слой жировой клетчатки.

По средней линии живота находится пупок, высота расположения которого над лоном далеко не всегда является постоянной. Строение и топография пупка показаны на рис. 6.

Если рассматривать внутреннюю поверхность передней брюшной стенки в области пупка (рис. 7), то мы увидим четыре анатомических образования. Они играют большую роль в период внутриутробного развития. Это пупочная вена, артерия и уракус. После полного зарращения они представляют собой тяжи соединительной ткани. Артерии образуют две *lig. vesicalia lateralia*, уракус — *lig. vesicale medium* и пупочная вена — *lig. teres hepatis*, которая приподнимает брюшину в виде сильно развитой складки и идет вправо от пупка. Поэтому, чтобы не поранить вены и печеночную связку, расположенные ближе к внутреннему краю правой прямой мышцы, при удлинении разреза выше пупка его необходимо обходить слева.

Следует учитывать, что уракус иногда может частично оказаться проходимым, поэтому при разрезе брюшной стенки его лучше не перерезать, а если это происходит, то следует перевязать нижний отрезок уракуса шелковой лигатурой.

Строение мышечных слоев передней брюшной стенки показано на рис. 8 и 9.

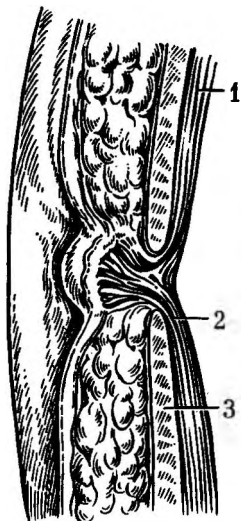
Срединный продольный разрез, часто применяемый в акушерско-гинекологической практике, проходит через кожу, подкожную жировую клетчатку, апоневроз брюшных мышц по белой линии, поперечную фасцию живота, предбрюшинную клетчатку и брюшину.

Разрезая апоневроз, в большинстве случаев вскрывают сбоку от белой линии влагалище одной из прямых мышц живота, и после рассечения фасции обнажается мышечная ткань. В верхней части разреза, ближе к пупку, прямые мышцы раздвинуты и при разрезе не повреждаются. В области пупка ширина белой линии 24—30 мм, а иногда и больше. В противопо-

Рис. 6.

Топография пупка.

1 — соединение *lig. umbilicales*; 2 — *Lig. teres hepatis*; 3 — *linea alba*.



ложность этому по направлению к лону прямые мышцы тесно прилегают друг к другу при разрезе апоневроза их легко поранить, если не соблюдать известную осторожность.

Следует учитывать, что ближе к лону над прямыми мышцами расположены пирамидальные мышцы, которые также при некоторой осторожности легко отделять по средней линии друг от друга с помощью ножниц или скальпеля. Если хирург, делая продольный разрез, точно придерживается средней линии, меньше травмируются мышцы и операционная рана имеет более гладкий и чистый вид.

После разделения прямых мышц в нижней части разреза становятся видны предбрюшинная клетчатка и жир, так как здесь задний листок влагалища

прямой мышцы отсутствует, а поперечная фасция живота в области средней линии очень тонка и в виде отдельного слоя обнаруживается не всегда. Задняя стенка влагалища прямой мышцы хорошо выражена выше пупка и в среднем на 5 см ниже его, заканчивается полукруглой линией дугообразной формы, обращенной выпуклостью вверх. Ниже полукруглой линии к прямой мышце прилегает тонкая поперечная фасция.

Рассечение предбрюшинной клетчатки у тучных женщин представляет известные трудности, так как приходится сначала пройти через слой жира, чтобы подойти к брюшине.

После рассечения тонкой поперечной фасции целесообразнее тупо отодвинуть в сторону лоскуты жира, что помогает избежать кровотечения. После этого рассекают брюшину. Следует учитывать, что по мере приближения к лону возрастает возможность повреждения мочевого пузыря при разрезе брюшины. Приближение к мочевому пузырю дает о себе знать довольно плотным прикреплением клетчатки к брюшине, от которой клетчатка отделяется с трудом, что сопровождается кровотечением. Поэтому рассечение брюшины в нижней части разреза брюшной стенки следует производить под контролем зрения и с большой осторожностью.

Делая разрез по белой линии у верхнего края лона, мы вскрываем *sacchus graevesicale Retzii*, которая сообщается с предбрюшинной клетчаткой передней брюшной стенки. Это следует учитывать при введении зеркал и стремиться к тому, чтобы они не попадали между брюшиной и брюшной стенкой, так как это может привести к образованию позади лонного сочленения полости, простирающейся до шейки мочевого пузыря.

Выше полукруглой линии поперечная фасция плотно сращена с брюшиной и их рассекают вместе. Вследствие плотного прилегания брюшины к задней стенке влагалища прямой мышцы выше полукруглой линии брюшину после разреза оттягивают в сторону, что является результатом опоясывающего действия апоневротических волокон влагалища прямой мышцы. Поэтому при зашивании брюшины в этой области создаются известные трудности по сравнению с зашиванием брюшины ниже полукруглой линии, где вследствие отсутствия задней стенки влагалища прямых мышц натяжения брюшины не бывает.

Удлиняя разрез брюшной стенки выше пупка, его обходят слева и разрез производят по белой линии. При этом рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и плотную сухожильную пластинку, состоящую из плотно соединенных между собой передних и задних листков влагалища прямой мышцы, сросшейся с ними поперечной фасцией и плотно спаянной брюшиной. Рассекая апоневроз, при разрезе, заходящем выше пупка, нужно держаться вблизи последнего, чтобы разрезать только сухожильную пластинку. Если же отклоняются дальше в сторону от пупка, то рассекают влагалище прямой мышцы, а затем и внутренний край левой мышцы. После этого необходимо рассечь задний листок влагалища, чтобы добраться до брюшины. обнажение мышцы может представить затруднения, так как ее сухожильные перемышки в области пупка тесно срастаются с передним листком влагалища прямой мышцы; край ее при надобности отделяют с помощью ножа.

При разрезе передней брюшной стенки по средней линии кровотечение бывает незначительным; чаще лишь в нижнем углу раны, у ложа, кровоточат проходящие здесь в поперечном направлении вены, требующие лигирования.

Производя надлобковый поперечный разрез брюшной стенки, необходимо помнить, что в боковых ее отделах проходят следующие кровеносные сосуды:

- 1) надчревная поверхностная артерия, идущая под кожей снизу вверх по направлению к пупку;
- 2) надчревная нижняя (глубокая) артерия, проходящая глубоко во влагалище прямой мышцы и огибающая внизу внутреннее отверстие пахового канала;
- 3) *a. circumflexa ilei* — ветвь бедренной артерии, проходящая в области наружного отверстия пахового канала (рис. 8);
- 4) наружная срамная артерия, которая отходит также от бедренной артерии и поднимается вверх медиально от наружного кольца пахового канала.

Расположение указанных сосудов очень важно учитывать при поперечном разрезе брюшной стенки, не увеличивая его без необходимости, а если сосуды приходится пересекать, то необходимо обеспечить надежный гемостаз, чтобы предупредить возникновение гематом в тканях и межфасциальных пространствах передне-боковой стенки живота, особенно при перерезке глубокой надчревной артерии.

В оперативной гинекологии приходится выполнять операции в области пахового канала, поэтому мы даем краткое описание его строения.

Внутреннее отверстие пахового канала находится в углублении брюшины на задней поверхности передней брюшной стенки за *plicae umbilicales laterales genitales*, которые идут приблизительно от середины паховых связок кверху, заключая в себе глубокую надчревную артерию. Через паховый канал у женщин проходит круглая связка в сопровождении подвздошно-пахового, наружного семенного нервов и артерии круглой связки.

У здоровых людей передняя стенка пахового канала образована апоневрозом наружной косой мышцы живота и волокнами внутренней косой мышцы, а верхняя стенка канала — нижним краем поперечной мышцы живота. Заднюю стенку пахового канала образует поперечная фасция, а нижнюю стенку, имеющую вид желоба, — паховая связка за счет загнутых кзади и кверху волокон.

Внутреннее паховое кольцо представляет собой отверстие в поперечной фасции диаметром 1—1,5 см; оно расположено на 1—1,5 см выше середины паховой связки и приблизительно на 5 см кверху и кнаружи от наружного пахового кольца.

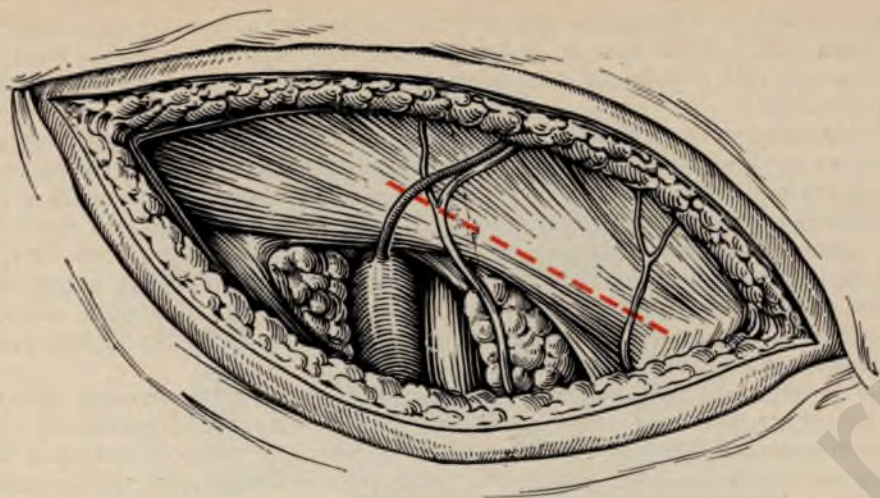


Рис. 10. Вследствие неправильного проведения разреза обнажена область, лежащая ниже паховой связки. Правильное направление разреза обозначено пунктиром.

Через внутреннее кольцо пахового канала у женщин проходит круглая связка, увлекая за собой поперечную фасцию, которая образует воронкообразное выпячивание наподобие пальца перчатки. Если при операции потянуть за круглую связку, то в искусственно образованную воронку вместе с поперечной фасцией втягивается брюшина, прикрывающая внутреннее кольцо пахового канала. Этот участок брюшины, представляющий собой мешковидное выпячивание, носит название *processus vaginalis peritonei*.

При разрезах в области пахового канала следует учитывать возможность ошибок, связанных с неправильным направлением разреза. Если последний произведен выше пахового канала, например при операции внебрюшинного укорочения круглых маточных связок, то ошибка не влечет за собой плохих последствий и легко может быть исправлена. Для этого следует отсепаровать апоневроз в латеральном направлении и обнажить вход в паховый канал, прикрытый мочком жировой ткани. Жировая клетчатка при этом отодвигается к лобковому бугорку, который, так же как и хорошо выраженная паховая (пупартова) связка, служит ориентиром при отыскании входа в паховый канал.

Серьезной ошибкой, которая может привести к ранению больших кровеносных сосудов с возникновением сильного кровотечения, воздушной эмболии и т. п., является проведение разреза ниже паховой связки (рис. 10). Под этой связкой расположено основание бедренного треугольника, ограниченное с медиальной стороны лакунарной связкой, с латеральной — подвздошно-гребешковой связкой, которая является более плотным участком подвздошной фасции. Последняя делит все пространство, заключенное между паховой связкой, подвздошной и лобковой костями, на два отдела: большую мышечную лакуну и меньшую сосудистую лакуну. Через мышечную лакуну проходят *m. iliopsoas*, *n. femoralis* и *p. sutaneus femoris lateralis*, если последний располагается вблизи бедренного нерва или является его ветвью. Через сосудистую лакуну проходят бедренные сосуды; при

этом артерия в сопровождении пояснично-пахового нерва располагается снаружи (на 2 см кнутри от середины паховой складки), вена — снутри. Вена и артерия окружены общим влагалищем, в котором они разделены перегородкой.

Бедренные сосуды не выполняют сосудистую лауну целиком, а лишь в пределах двух наружных ее третей. Внутренняя треть сосудистой лауны, которая расположена между бедренной веной и лаунарной связкой и носит название внутреннего бедренного кольца, выполнена жировой клетчаткой, лимфатическими сосудами и лимфатическим узлом Пирогова. Спереди внутреннее бедренное кольцо, имеющее у женщин ширину в среднем 1,8 см, ограничено паховой связкой, сзади — подвздошно-лонной связкой и начинающейся от нее гребешковой фасцией, снутри — лаунарной связкой, снаружи — влагалищем бедренной вены.

Со стороны париетальной брюшины внутреннему бедренному кольцу соответствует овальная ямка, расположенная под паховой связкой. В случае выпячивания брюшины в области внутреннего бедренного кольца и выхождения внутренностей образуется бедренная грыжа. Путь, прокладываемый при этом грыжей, называется бедренным каналом. Он треугольной формы, длиной 1—2 см. Стенками канала являются серповидный отросток широкой фасции спереди, гребешковая фасция — сзади и снутри, влагалище бедренной вены — снаружи.

При операциях в области бедренного канала (бедренные грыжи, удаление лимфатических узлов и др.) следует учитывать расположение кровеносных сосудов: кнаружи лежит бедренная вена, сверху — нижняя надчревная артерия, медиально — запирательная артерия, если она отходит от нижней надчревной артерии. Грыжевые ворота при этом окружены кольцом из сосудов, которое раньше называли «венцом смерти» (*corona mortis*) из-за опасности повреждения запирательной артерии.

Анатомия области таза

После вскрытия брюшной полости при положении больной с приподнятым тазом (положение Тренделенбурга) кишечные петли и сальник отходят к диафрагме и органы, расположенные в полости таза, становятся хорошо видны.

При современном общем обезболивании с применением релаксантов создаются хорошие условия для обзора области таза и без придания больной наклонного положения с опущенным головным концом операционного стола.

При осмотре полости таза мы видим, что она выстлана брюшиной, которая покрывает внутренние половые органы, за исключением яичников. В центре таза расположена матка, дно которой хорошо видно при нормальных анатомо-топографических соотношениях. Если матку, захватив ее в области дна пулевыми щипцами или с помощью лигатуры, приподнять кверху, становятся отчетливо видны три отдела таза с углублениями спереди и сзади матки.

В среднем отделе размещается матка с придатками, в переднем — мочевого пузыря, в заднем — прямая кишка (рис. 11, 12).

Если мочевого пузыря наполнен, то между ним и передней поверхностью матки имеется только щелевидное пространство, исчезающее после опорожнения мочевого пузыря, так как он спадается и видно лишь углубление между маткой и лонным сочленением, выстланное брюшиной.

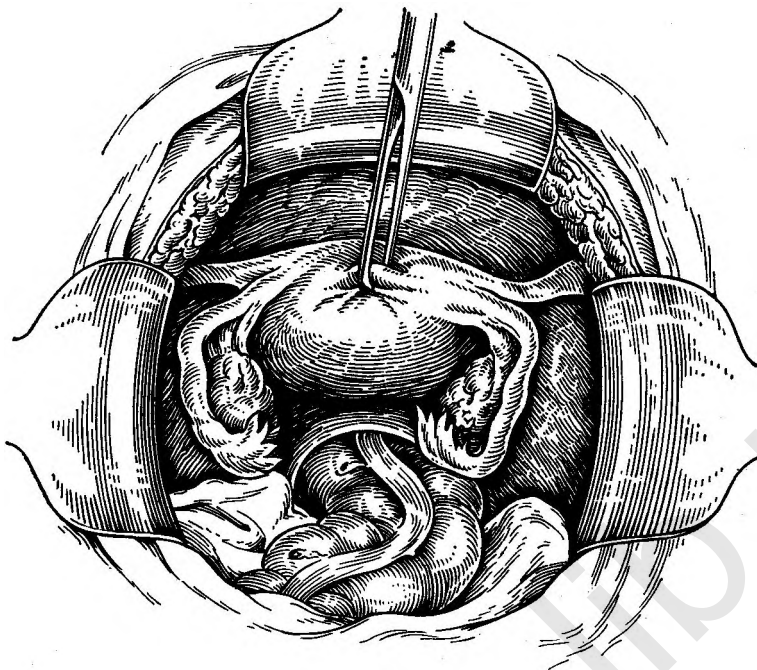


Рис. 11. Вид тазовых органов сверху. Матка приподнята пулевыми щипцами.

Сжавшийся мочевой пузырь, покрытый брюшиной, составляет дно указанного углубления. При неполном опорожнении или постепенном наполнении мочевого пузыря он начинает обозначаться в виде шаровидной выпуклости и между ним и маткой возникает углубление, описываемое в учебниках анатомии как пузырно-маточное пространство (углубление или карман).

При смещении матки к лону позади нее становится видно глубокое прямокишечно-маточное углубление, ранее обозначавшееся как дугласов карман, а в настоящее время называемое прямокишечно-маточным пространством. В это углубление выступает прямая кишка, которая имеет вид узкой и короткой трубки, спускающейся вниз по крестцовой впадине.

У некоторых женщин прямая кишка вместе с тазовым отрезком сигмовидной кишки, образуя несколько изгибов, выполняет все прямокишечно-маточное пространство.

От дна матки и выше и несколько кзади места отхождения круглой связки отходят маточные трубы. Они расположены в верхнем отделе широкой связки между ее листками. По выходе из стенки матки каждая из двух труб имеет сначала горизонтальное направление, но, подходя к нижнему полюсу яичника, труба проходит впереди него, затем огибает верхний его край, закрывая вместе со своей брыжейкой яичник. Обычно длина трубы 10—12 см. При отхождении от матки она тонкая, а затем постепенно расширяется и заканчивается на брюшном конце воронкой, имеющей отверстие диаметром от 0,5 до 1 см и больше, окруженное большим количеством бахромок (фимбрий). Фимбрии подходят к яичнику и как бы охватывают его.

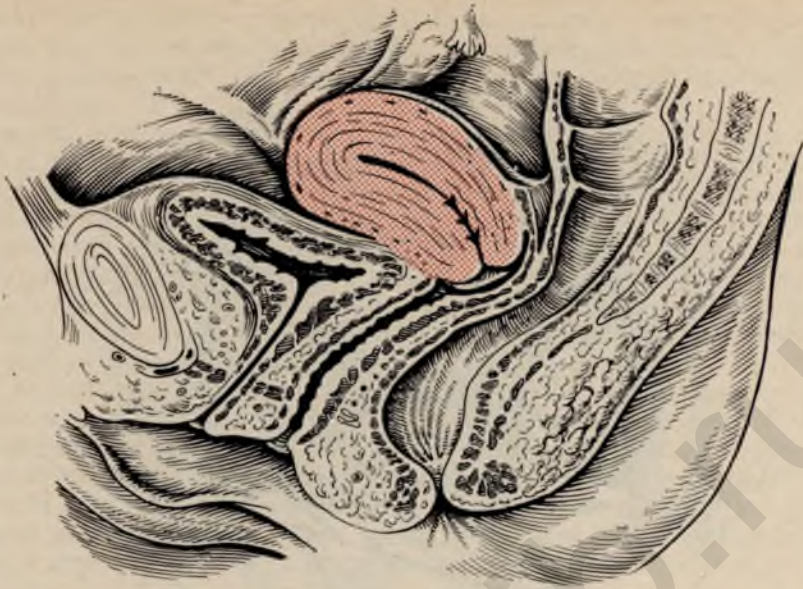


Рис. 12. Вид тазовых органов на сагиттальном разрезе.

Маточные трубы отличаются большой подвижностью. Во время беременности и при больших опухолях матки и яичников они подпимаются далеко вверх за пределы безымянной линии таза, а при опущении матки трубы лежат глубоко в прямокишечно-маточном пространстве.

Подвижности маточных труб способствует их брыжейка (*mesosalpinx*), представляющая собой дубликатуру брюшины, соединенной с широкой связкой.

Яичники расположены по боковым стенкам таза в особом углублении пристеночной брюшины (*fossa ovarica*), позади широкой связки матки, по бокам и кзади от нее. Положение яичников подвержено значительным колебаниям. Посредством собственных связок яичники прикрепляются с одной стороны к углу матки, а с другой — с помощью подвешивающей связки яичника к боковой стенке таза. Небольшая часть яичника лежит между листками широкой связки, а большей его отрезок выступает в брюшную полость, не будучи покрыт брюшиной. Яичник имеет овоидную форму, длина его 3 см, ширина 2 см и толщина 1—1,5 см. Правый яичник нередко больше левого. С задним листком широкой связки он соединен посредством короткой брыжейки (*mesovarium*), которая представляет дубликатуру брюшины, охватывающую край яичника в виде каймы. Через этот участок яичника, называемый его воротами, проходят сосуды и нервы.

Яичниковый придаток (*parovarium*) расположен параллельно трубе в виде тонкого канальца, от которого отходят почти перпендикулярно к нему 10—12 более узких канальцев, идущих в направлении ворот яичника и имеющих вид гребешка.

Околяичниковый придаток (*paroophoron*) располагается кнутри от яичниковых сосудов у боковой стенки таза, ниже прикрепления брыжейки яичника. Состоит он из слепых канальцев и отличается слабым развитием.

Из придатков яичника нередко развиваются кисты, причем кисты из яичникового придатка чаще бывают межсвязочными, а из околожичникового придатка — имеют ножку и располагаются латеральнее яичника, поэтому при удалении кисты удается полностью сохранить яичник и маточную трубу.

При операциях на придатках матки благодаря наличию мезосальпинкса труба легко может быть удалена без повреждения яичника. При удалении яичника, обычно вместе с маточной трубой, следует учитывать их близкое соседство с мочеточником, который проходит у медиальной и задней сторон яичниковой ямки, где обычно расположен яичник. Брюшной конец трубы очень часто лежит непосредственно на мочеточнике, отделяясь от него лишь складкой брюшины (*plica ureterica*).

Чтобы избежать повреждения мочеточника при наложении зажимов и лигатур на подвешивающую связку яичника, необходимо учитывать, что мочеточник проходит непосредственно возле этой связки, параллельно ей и с внутренней ее стороны (рис. 13). Кроме того, следует оттянуть подвешивающую связку яичника вверх к брюшной ране и накладывать зажим не перпендикулярно трубе, а параллельно ей, захватывая лишь яичниковые сосуды, проходящие в толще связок, а не продвигая концы зажима глубоко в направлении хода мочеточника. Последний можно также проследить по мочеточниковой складке брюшины или наблюдая за червеобразными движениями мочеточника, просвечивающего через брюшину ниже его перегиба через подвздошные сосуды у пограничной линии таза.

При изолированном отсечении трубы от мезосальпинкса, например при внематочной беременности, следует сохранять участок ткани у ворот яичника, чтобы не лишить его притока крови, а при отсечении трубы от матки необходимо следить за тем, чтобы не пересечь собственную связку яичника, что приведет к прекращению притока крови к нему с медиальной стороны из ветвей маточной артерии.

Все органы, расположенные в тазу, покрыты брюшиной, за исключением яичников. Необходимо учитывать, что брюшина, покрывающая матку, не везде одинаково спаяна с подлежащими тканями.

Брюшина, выстилающая пузырно-маточное углубление, переходит с задней стенки мочевого пузыря на переднюю стенку матки приблизительно в области внутреннего зева, образуя пузырно-маточную складку (*plica vesico-uterina*).

Обычно по этой складке рассекают брюшину с целью отслойки мочевого пузыря книзу и получения доступа к влагалищу, если производят экстирпацию матки. После рассечения брюшины по направлению пузырно-маточной складки обнажается довольно рыхлая клетчатка, которая позволяет легко отделить мочевой пузырь от шейки и влагалища не только острым путем, но и с помощью тупфера. Если разрез производят выше пузырно-маточной складки, то встречаются с плотным прикреплением брюшины, которую приходится отделять острым путем от передней стенки матки, пока не удастся подойти к слою рыхлой клетчатки. По задней стенке матки брюшина спускается на заднюю стенку влагалища, плотно прикрепляясь к подлежащим тканям. В области дна прямо-кишечно-маточного углубления брюшина переходит на прямую кишку.

Благодаря тому что брюшина покрывает значительный участок задней стенки влагалища, в частности область его заднего свода, создается благоприятная возможность для широких разрезов заднего свода влагалища при экстирпации матки во время брюшностеночного и влагалищного чере-

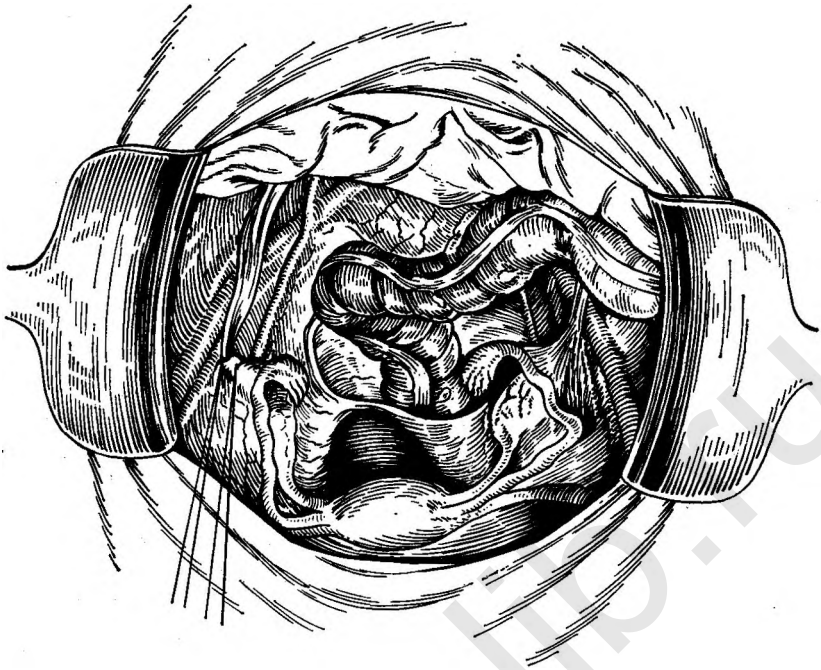


Рис. 13. Вид тазовых органов со стороны брюшной полости. Справа видны соотношения между подвешивающей связкой яичника (перевязана лигатурами) и мочеточником.

восечения, пункции через задний свод, вскрытия и дренирования гнойных очагов в малом тазу.

Под брюшиной расположены клетчатка, связочный аппарат, сосуды и нервы тазовых органов.

Связки матки благодаря эластичности ткани, из которой они образованы, позволяют смещать матку во время операции в различных направлениях в области таза и выводить ее в операционную рану.

Растяжимость связок используется и при перитонизации культей удаленных органов; чаще всего используют круглую связку и брюшинные листки широких связок.

Широкая связка представляет собой дубликатуру брюшины, расположенную по сторонам от матки. Брюшина, плотно соединяясь с передней и задней поверхностью матки в виде двух листков, переходит у ребра матки в широкую связку, идущую к боковым стенкам таза, где она продолжается в париетальную брюшину, облегающую стенки таза (рис. 14, 15). Между брюшинными листками широкой связки заложен слой рыхлой клетчатки с проходящими в нем сосудами и нервами.

Боковые отделы клетчатки, заложенные в толще широких связок, разделяются фасциальной пластинкой на две части: верхнюю, почти лишенную сосудов, и нижнюю, представляющую собой массивное образование с проходящими здесь сосудами, нервами и мочеточником. Эта нижняя часть широкой связки носит название *lig. cardinale*, или связка Макенродта. Она представляет собой скопление соединительной ткани на уровне внутреннего маточного зева (рис. 16).

При радикальной операции по поводу рака шейки матки со связкой Макенродта приходится встречаться при отсепаровке мочеточника, который легко отходит в сторону лишь после пересечения этой связки между зажимами. Нижнюю часть этой связки, расположенную на уровне внутреннего зева, сначала рассекают при влагалищной экстирпации матки и манчестерской операции, а затем культы этих связок сшивают над передней поверхностью шейки или фиксируют к культе влагалища.

Рассечение же связки Макенродта без предварительного наложения зажимов обычно сопровождается кровотечением из расположенной здесь обильной сети венозных сосудов.

Рыхлая клетчатка таза образует отдельные скопления, расположение которых в тазу схематически изображено на рис. 16.

Клетчатка полости таза соединяется с клетчаткой наружной поверхности таза тремя путями: через сосудистую лауну на область бедра и скарповский треугольник; через большое седалищное отверстие вместе с сосудами в ягодичную область; по ходу задней вены клитора между ножками лобково-пузырной связки.

При удалении клетчатки во время расширенной экстирпации матки следует учитывать, что очень важно попасть в слой, в котором клетчатка легко отделяется от стенок крупных сосудов таза и от мышц боковой его стенки вместе с лимфатическими узлами, расположенными на сосудах. Для этого необходимо, приподняв пинцетом покрывающую наружную подвздошную артерию тонкую фасцию, рассечь ее над сосудом ножницами и отделить клетчатку по ходу подвздошной артерии до места ее вхождения под паховую связку. В дальнейшем без особого труда клетчатку отделяют от наружной подвздошной вены и подчревной артерии в направлении к запирающей ямке. Выделяя клетчатку, необходимо учитывать направление проходящего здесь запирающего нерва и одноименных вены и артерии, расположенных у стенки таза.

Выделяя клетчатку ниже подчревной артерии, нужно соблюдать большую осторожность, чтобы не повредить подчревную вену, которая проходит в костном желобке и перевязывать которую бывает очень трудно, ранение этой вены сопровождается сильным кровотечением.

В подвздошно-прямокишечной ямке клетчатка выделяется без особых трудностей, но с боковой стенкой мочевого пузыря и ребром матки клетчатка плотно соединена и ее приходится после наложения зажимов отсекал ножницами.

Кроме скоплений рыхлой клетчатки, в тазу имеются фасции, которые делятся на пристеночную, или париетальную, висцеральную, покрывающую отдельные органы, и на фасцию промежности. Тазовая фасция является продолжением фасции, выстилающей заднюю поверхность передней брюшной стенки (рис. 17).

Подвешивающий аппарат матки, труб и яичников состоит из связок, соединяющих их со стенками таза и отчасти между собой. О широкой маточной связке сказано выше. Под передним листком широкой связки идет круглая маточная связка в направлении от трубного угла матки к внутреннему отверстию пахового канала, проходит через него и веерообразно разветвляется в толще большой половой губы. Круглая маточная связка — парное образование. Она состоит из гладких мышечных пучков и соединительной ткани, имеет диаметр от 3 до 5 мм и длину 10—15 см, причем по мере удаления от матки диаметр связки уменьшается. На объем, длину и другие свойства круглых связок оказывают влияние беременность, опухоли матки и придатков.

При операции на круглых связках или использовании их для перитонизации следует учитывать, что кровеносные сосуды, анастомозирующие между собой веточки маточной и наружной срамной артерии и вены, идут вдоль круглой связки по ее пижнему краю и прокол их вызывает кровотечение.

Собственная связка яичника — парное короткое образование, идущее от угла матки ниже отхождения маточной трубы к внутреннему полюсу яичника и далее вдоль его ребра к заднему листку широкой связки. При перевязке культи этой связки необходима особая тщательность, так как она короткая и лигатура может соскользнуть.

Подвешивающая связка яичника, или воронко-тазовая связка, представляет собой парное образование, исходящее из латеральной части широкой связки между ампулой трубы и стенкой таза в области крестцово-подвздошного сочленения. Эта связка достаточно хорошо удерживает ампулярный конец трубы и яичника в подвешенном состоянии. В подвешивающей яичник связке проходят яичниковые артерия и вена. При наложении зажимов и лигатуры на эту связку необходимо учитывать расположение мочеточника, который идет параллельно яичниковым сосудам над общей подвздошной артерией. Кроме того, необходимо учитывать, что с подвешивающей яичник связки лигатура может соскользнуть при дальнейших манипуляциях во время операции, что сопровождается кровотечением в брюшную полость или быстрым нарастанием гематомы под брюшиной. Поэтому мы предпочитаем после перевязки культи подвешивающей связки яичника сразу же обрезать концы лигатуры, не беря их в зажим, а перед перитонизацией осматриваем надежность лигирования и, если возникает необходимость или имеются сомнения в надежности лигатуры, снова перевязываем культю подвешивающей связки яичника.

Крестцово-маточные связки — парные. Они заложены под брюшиной и отходят от задней поверхности матки немного ниже внутреннего маточного зева, дугообразно охватывают прямую кишку и заканчиваются на внутренней поверхности крестца, сливаясь с тазовой фасцией.

При операциях, связанных с пересечением крестцово-маточных связок (расширенной экстирпации матки и др.), необходимо учитывать, что их внутренние поверхности довольно интимно соединяются с боковыми стенками прямой кишки и последняя должна быть тщательно отсепарована от связок в области их соединения. При воспалительных инфильтратах, спаечных процессах и опухолях матки и придатков к крестцово-маточным связкам может быть смещен мочеточник; если этого не учитывать, он может быть захвачен в зажим, лигатуру или перерезан.

Наибольшие затруднения при ряде гинекологических операций возникают из-за опасности повреждения мочеточника.

Мочеточники на всем протяжении от почек до мочевого пузыря лежат позади брюшины и делятся на два отрезка: абдоминальный и тазовый, границей между которыми является безымянная, или терминальная, линия. Абдоминальная часть мочеточников не требует особого рассмотрения.

Мочеточники перегибаются через терминальную линию таза в области крестцово-подвздошного сочленения, проходя над подвздошными сосудами. При этом слева мочеточник проходит над общей подвздошной артерией. Справа он перегибается через сосуды ниже деления общей подвздошной артерии на наружную подвздошную и подчревную артерию. После этого мочеточник опускается в таз, проходя медиально от подчревной артерии.

Наружная поверхность мочеточника покрыта соединительнотканым влагалищем, фиксирующим его к брюшине боковой стенки прямокишечно-маточного углубления; в этом влагалище проходят мочеточниковые артерии, имеющие характерный петлистый вид.

Мочеточник проходит вначале параллельно ходу яичниковых сосудов, располагаясь медиально от них. При нормальном расположении яичников их свободный край лежит на мочеточнике. Спускаясь вниз от терминальной линии, мочеточник идет по боковой стенке таза и отдаляется от яичниковых сосудов, при этом он образует дугу с выпуклостью кнаружи. Затем мочеточник отходит от боковой стенки таза и идет по заднему листку широкой связки.

Пупочная артерия проходит параллельно мочеточнику и кнаружи от него. Иногда указанную артерию принимают за мочеточник. В области перехода мочеточников из широкой связки в параметрий они идут параллельно натянутым крестцово-маточным связкам. Повреждение мочеточника в этом месте возможно при радикальной операции по поводу рака шейки матки.

После того как мочеточник отошел от боковой стенки таза вперед и внутрь, он лежит в основании широкой связки и идет на протяжении нескольких сантиметров вместе с маточной артерией, затем подходит к шейке матки и на расстоянии 2—3 см от ее ребра перекрещивает маточную артерию, которая проходит над мочеточником (рис. 18, 19). Проходя на протяжении этого пути в косом направлении от стенки таза к шейке матки, мочеточник залегает в толще связки Макенродта, и без рассечения ее между двумя зажимами его не следует пытаться выделить, так как это может привести к травматизации мочеточника и появлению кровотечения, затрудняющего все манипуляции.

После перекреста с маточной артерией мочеточник идет кпереди и кнутри, минуя шейку матки, соприкасаясь с передней стенкой влагалища, и входит в мочевой пузырь. При операции экстирпации матки следует учитывать близость мочеточника к шейке матки и к передней стенке влагалища. Поэтому наложением клемм на парацервикальную и паравагинальную клетчатку, а также отсечение матки от влагалища могут быть произведены лишь при достаточной отсепаровке мочеточников и влагалища, чтобы они отошли ниже и в сторону от места предполагаемого разреза или наложения клемм. Кроме того, следует учитывать, что при простой экстирпации матки мочеточник в области перекреста с маточной артерией находится от шейки матки на расстоянии примерно 2 см, а на дальнейшем пути к мочевому пузырю он приближается к шейке матки и соприкасается с передней стенкой влагалища (рис. 20, 21). Это необходимо учитывать и предупреждать повреждения мочевого пузыря и мочеточников достаточной отслойкой мочевого пузыря от влагалища, накладывая затем клеммы на клетчатку непосредственно у ребра шейки матки и влагалища.

Мочеточник выше места перекреста с маточной артерией проходит под брюшиной заднего листка широкой связки и эта часть мочеточника у многих женщин хорошо видна через брюшину. Этот участок мочеточника плотно соединен с брюшиной, не окружен рыхлой клетчаткой; при радикальной операции по поводу рака матки в этой области мочеточник отсепаровывать не рекомендуется, чтобы бесцельно не нарушать питание его стенок. При отсепаровке мочеточников в области их устьев следует помнить о возможности кровотечения из сосудов пузырно-влагалищного сплетения, которые переходят с пузыря на переднюю стенку влага-

лица в области устья мочеточников. Пересекать эти сосуды нужно после предварительного наложения клемм.

Если возникают трудности при отыскании мочеточника, всегда следует помнить, что он легче всего обнаруживается в месте перегиба через пограничную линию таза.

С точки зрения оперативной техники весьма важно учитывать аномалии расположения мочеточника вследствие патологических процессов. Так, опухоли и воспалительные мешотчатые образования труб и яичников могут в области подвешивающей связки яичника так близко подойти к мочеточнику, что недостаточно опытный хирург при первом же разрезе этой связки может перерезать и мочеточник. Особенно опасны в этом отношении межсвязочные опухоли, исходящие из матки или ее придатков. Следует иметь в виду, что межсвязочные опухоли смещают мочеточники кнутри или кнаружи от их обычного расположения и в направлении к тазовому дну или же приподнимают их вверх.

Межсвязочные опухоли и воспалительные инфильтраты могут охватывать мочеточник, который при этом лежит среди патологически измененных тканей. В подобных ситуациях необходимо или сначала отыскать мочеточник, или тщательно и внимательно производить выделение опухоли, не захватывая в зажимы и не перерезая неясных по происхождению тканей.

Следует помнить и об аномалиях развития мочеточников: двойных или расщепленных мочеточниках, отсутствии одного из них, что сочетается с отсутствием и почки на этой стороне.

Вполне понятно, что при влагалищных операциях после низведения шейки матки книзу или выведения матки наружу через кольпотомное отверстие изменяются соотношения между маточной артерией и мочеточником, а также расположение его по отношению к матке и влагалищу.

При низведении шейки матки с помощью кулевых щипцов по направлению к вульве место перекреста маточной артерии с мочеточником несколько перемещается в дистальном направлении (рис. 22). При этом извилины маточной артерии исчезают, обращенный кпереди угол между артерией и мочеточником становится более острым. Если матка вывернута через переднее кольпотомное отверстие и дно ее обращено наружу (рис. 23, А), то маточная артерия максимально растягивается и место ее перекреста с мочеточником перемещается по направлению к мочевому пузырю. При выведении матки через заднее кольпотомное отверстие соотношение между маточной артерией и мочеточником несколько иное (рис. 23, Б).

Учитывая сказанное, при влагалищных операциях следует помнить, что мочеточник будет лежать далеко от операционного поля, если мочевой пузырь отсепарован и удерживается с помощью зеркала, а при наложении клемм, лигировании сосудов и отсечении тканей от матки надо держаться как можно ближе к ее боковой стенке.

Операция проходит более планомерно, с малой кровопотерей, если хирург хорошо знает систему кровоснабжения половых органов женщины и окружающих их тканей и органов. Наибольшее значение имеют артерии, снабжающие органы таза, так как вены образуют ряд сплетений вокруг органов (рис. 24, 25) и перевязываются обычно *en masse*. Лишь такие крупные вены, как наружная и внутренняя подвздошные, иногда перевязываются изолированно.

Внутренние половые органы женщины снабжаются кровью из сосудов, отходящих непосредственно от аорты (яичниковые артерии), и из

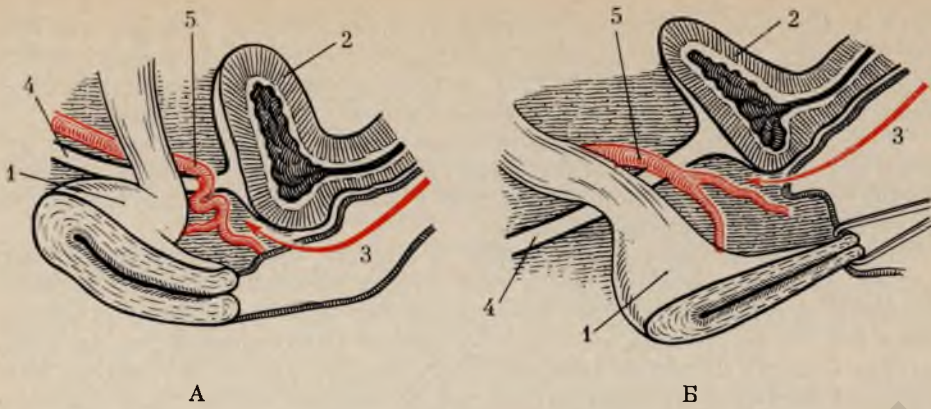


Рис. 22. Нормальные (А) и изменившиеся (Б) соотношения между мочеточником и маточной артерией при смещении матки книзу во время влагалищной операции. Стрелками показан путь к операционному полю.

1 — матка; 2 — мочевого пузыря; 3 — влагалище; 4 — мочеточник; 5 — маточная артерия.

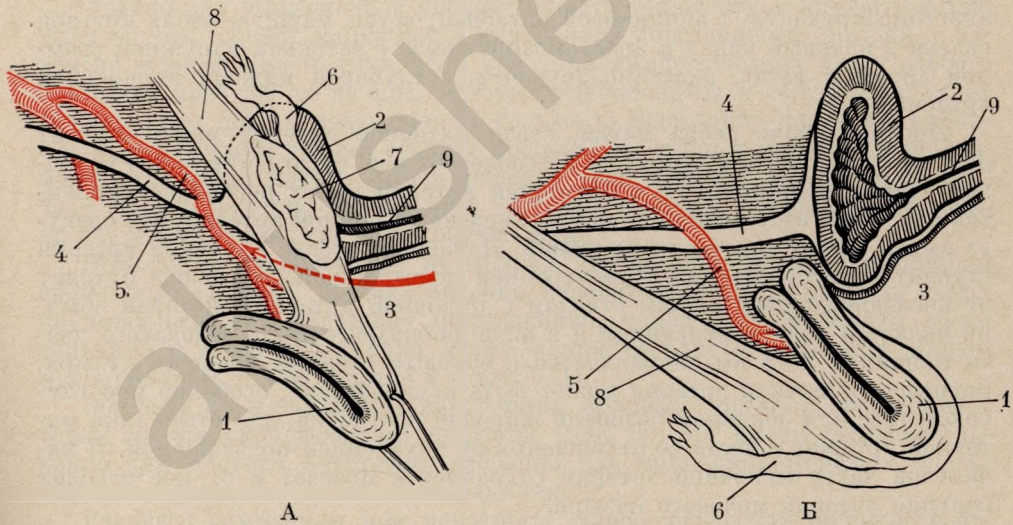


Рис. 23. Соотношения между мочеточником и маточной артерией во время операции при выведении матки через переднее (А) и заднее (Б) кольпотомное отверстие.

1 — матка; 2 — мочевого пузыря; 3 — влагалище; 4 — мочеточник; 5 — маточная артерия; 6 — маточная труба; 7 — яичник; 8 — подвешивающая связка яичника; 9 — мочеиспускательный канал.

сосудов, берущих начало от внутренних подвздошных артерий (маточные артерии). При ряде операций обнажается область бифуркации общих подвздошных артерий (рис. 26, 27), которые образуются в результате деления брюшной части аорты на уровне IV поясничного позвонка.

В области крестцово-подвздошного сочленения общие подвздошные артерии разделяются на наружную и внутреннюю, или подчревную, артерии. Последняя имеет важнейшее значение в кровоснабжении внутренних и отчасти наружных половых органов.

Внутренняя подвздошная артерия в области крестцово-подвздошного сочленения спускается в полость таза, отдает несколько ветвей, включая маточную артерию, и выходит из таза наружу через большое седалищное отверстие. На расстоянии 4—5 см от ее начала из внутренней подвздошной артерии отходит маточная артерия. После отхождения от внутренней подвздошной маточная артерия спускается по боковой стенке таза кнаружи от мочеточника. Она вступает в основание широкой связки и направляется к средней линии, перекрещиваясь здесь с мочеточником, который идет в этом месте вниз и вперед. Место перекреста маточной артерии с мочеточником находится примерно на расстоянии 2 см от матки на уровне ее внутреннего зева. Отсюда маточная артерия направляется к надвлагалищной части матки, отдавая шеечно-влагалищную веточку, снабжающую кровью шейку матки и верхнюю часть влагалища. Место разделения маточной артерии на основную—восходящую—ее часть и нисходящую—шеечно-влагалищную ветвь весьма непостоянно, поэтому последняя при перевязке маточной артерии во время экстирпации матки иногда остается не захваченной в лигатуру и приходится ее перевязывать отдельно.

Маточная артерия, подойдя к матке, направляется почти под прямым углом кверху и идет вдоль боковой стенки матки у ее ребра до уровня отхождения собственной связки яичника. В этом месте маточная артерия делится на три ветви: трубную ветвь, отдающую веточки к яичнику и анастомозирующую с яичниковой артерией; ветвь, идущую вдоль круглой связки в паховый канал и анастомозирующую с веточкой наружной срамной артерии; ветвь, анастомозирующую с глубокой нижней надчревной артерией.

Проходя вдоль ребра матки, ствол маточной артерии внизу отстоит дальше от матки, чем вверху, и обособлен от нее, он отдает в толщу маточной стенки мелкие веточки. Маточная артерия имеет несколько вариантов при своем отхождении от внутренней подвздошной артерии, что следует иметь в виду при ее лигировании. Далеко не всегда маточная артерия отходит непосредственно от внутренней подвздошной. Чаще она отходит от последней одним общим стволом с пупочной артерией, которая обычно является облитерированной и в виде фиброзного тяжа беловатого цвета толщиной 2—3 мм направляется к боковым стенкам мочевого пузыря. Заросшая пупочная артерия может быть использована, особенно при глубоком тазе или обильном развитии жировой клетчатки, для отыскания маточной артерии в месте ее отхождения от внутренней подвздошной. В начальной части пупочной артерии сохраняется просвет и от нее отходит верхняя артерия мочевого пузыря.

Редкой аномалией маточной артерии является ее отхождение от внутренней подвздошной общим стволом с запирающей, нижней пузырной и геморроидальными артериями. Встречается, хотя и редко, двойная маточная артерия.

Учитывая возможность этих вариантов отхождения маточной артерии, нужно, прежде чем перевязывать ее, проследить ход артерии до места пе-

рекреста с мочеточником. После обнаружения маточной артерии ее перевязывают при расширенной экстирпации матки кнаружи от мочеточника у места отхождения от внутренней подвздошной артерии, избегая ненужной, а иногда и нежелательной перевязки какого-нибудь другого сосуда, например, пузырной артерии. В некоторых случаях верхняя пузырная артерия представляет собой остаток некогда сильно развитой пупочной артерии. Иногда от верхней пузырной артерии отходит нижняя пузырная артерия и если перевязать первую, то это сопровождается, как и при отдельном лигировании нижней пузырной артерии, односторонним нарушением притока артериальной крови к мочевому пузырю.

Маточная вена, проходящая под мочеточником, может явиться источником довольно сильного кровотечения. Отодвинув мочеточник, эту вену легко перевязать, если она не была перевязана раньше.

Вторым источником снабжения кровью внутренних половых органов и частично верхнего отрезка мочеточника являются яичниковые артерии. Они начинаются от брюшной аорты и спускаются в таз вместе с мочеточником.

Дойдя до подвешивающих яичники связок, яичниковые артерии направляются к наружному краю яичников, отдают к ним ряд веточек и анастомозируют с яичниковой веточкой маточной артерии. При лигировании яичниковых артерий следует учитывать близкое расположение их к мочеточнику при вступлении в подвешивающую связку яичника, о чем говорилось выше.

Лимфатическая система тазовой области состоит из пяти скоплений лимфатических узлов: поясничного, наружного и внутреннего подчревных, крестцового и пахового (рис. 28, 29). Помимо этих групп, в клетчатке таза рассеяны одиночные лимфатические узлы. Лимфатические узлы удаляют при радикальной операции по поводу рака матки вместе с клетчаткой, в которой они бывают заложены.

Обычно при этом сначала удаляют вместе с клетчаткой лимфатические узлы по ходу общей, наружной и внутренней подвздошных артерий, а затем из запирающей ямки. При удалении лимфатических узлов особого внимания требуют те из них, которые расположены в сосудистых углах (буфуркация общих подвздошных сосудов). Выделение клетчатки вместе с лимфатическими узлами следует производить очень осторожно и по возможности тупым путем. Лимфатические узлы лежат в большинстве случаев непосредственно на больших артериях и венах, поэтому легко можно повредить стенку сосуда, особенно вены.

Небольшие кровотечения из мелких вен останавливают при помощи временного тампона. Мелкие артерии перевязывают. При ранении таких крупных вен, как наружная подвздошная, немедленно зажимают сосуд пальцами и затем приступают к наложению сосудистого шва или другим мероприятиям, о чем сказано в главе VIII.

Вопросы и нервации внутренних половых органов женщины с точки зрения хирургической анатомии (рис. 30, 31) имеют большое значение для местной анестезии, особенно для нейрохирургических операций при гинекологических заболеваниях.

Главным симптомом при некоторых гинекологических операциях являются боли, которые в большинстве случаев объясняются определенными изменениями во внутренних половых органах. Только у некоторых женщин патологии со стороны гениталий не находят и врачи их не считают больными. Нейрохирургические операции при гинекологических операциях представлены в главе IX.

Анатомия тазового дна и области промежности

В пространстве, ограниченном половыми губами, различают преддверие влагалища, вход во влагалище и ладьевидную ямку. Преддверие влагалища треугольной формы и ограничено с боков внутренними краями малых половых губ, а сзади — передним краем отверстия влагалища. Вверху преддверия влагалища расположено наружное отверстие мочеиспускательного канала, а над ним клитор, состоящий из двух кавернозных тел, прикрепленных к нисходящим ветвям лонных костей.

Вход во влагалище представляет по существу его наружное отверстие, отделенное от полости влагалища девственной плевой или ее остатками. Ниже девственной плевы в углу, образованном внутренней поверхностью нижней трети малой губы и наружной поверхностью девственной плевы, находятся отверстия выводных протоков больших желез преддверия, которые заложены в толще нижней трети больших половых губ.

В боковых отделах преддверия, подковообразно охватывая вход во влагалище, находятся луковицы преддверия, расположенные под основанием половых губ. Они представляют собой объемистые кавернозные тела. Луковицы, сходясь кверху, суживаются и охватывают сверху мочеиспускательный канал. Венозные сплетения луковиц и клитора анастомозируют между собой. Травмы или разрезы, захватывающие эти венозные сплетения, всегда сопровождаются сильным кровотечением, остановка которого обеспечивается лигированием сосудов. При пластических операциях следует учитывать расположение наружных отверстий протоков больших желез преддверия, чтобы не разрезать их и затем не закрыть при наложении швов или лигатур на кровоточащие сосуды.

Выход из малого таза закрыт фасциями и мышцами, натянутыми в поперечном направлении и расположенными черепицеобразно одна над другой. В тазовом дне имеются отверстия для мочеиспускательного канала, влагалища и заднего прохода.

После удаления с наружных половых органов кожи и подкожной жировой клетчатки обнажается тонкая, легко рвущаяся поверхностная фасция промежности. По бокам эта фасция постепенно переходит в подкожную фасцию внутренней поверхности бедра. Часть поверхностной фасции промежности, становясь более плотной, образует влагалище самого наружного слоя мышц тазового дна, включающего наружный и внутренний сфинктеры анального отверстия, луковично-пещеристую мышцу (*m. constrictor cunni*), поверхностную поперечную мышцу промежности и седалищно-пещеристую мышцу (рис. 32).

Наружный слой мышц тазового дна сливается своими сухожилиями в прочное фиброзное образование — сухожильный центр промежности.

Под первым слоем мышц тазового дна располагается мочеполовая диафрагма, имеющая треугольную форму (*trigonum urogenitale*) и представляющая собой крепкую фасциально-мышечную пластинку, натянутую в области лонной дуги. В переднем отделе мочеполовой диафрагмы находится мочеполовая жом. В заднем отделе располагается поперечная глубокая мышца промежности, связанная с мышцами поверхностного слоя и леваторами.

Третий слой мышц тазового дна (тазовая диафрагма) составляет парная мощная мышца, поднимающая задний проход и состоящая из трех хо-

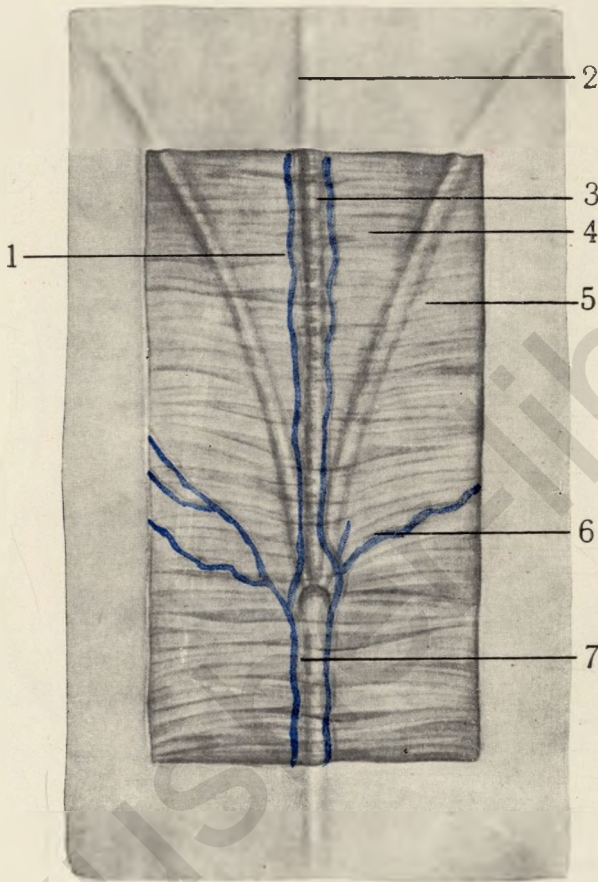


Рис. 7. Топография пупка. Вид со стороны задней брюшной стенки после снятия листка брюшины, покрывающей эту область.

1 — край пупочного кольца; 2 — *lig. teres hepatis*; 3 — *v. supraumbilicales*; 4 — нижний край *fasciae umbilicalis*; 5 — анастомоз *h. v. epigastrica*; 6 — *lig. umbilicale lateralis*; 7 — *lig. umbilicale medium* (по бокам *vv. paraumbilicalia*).

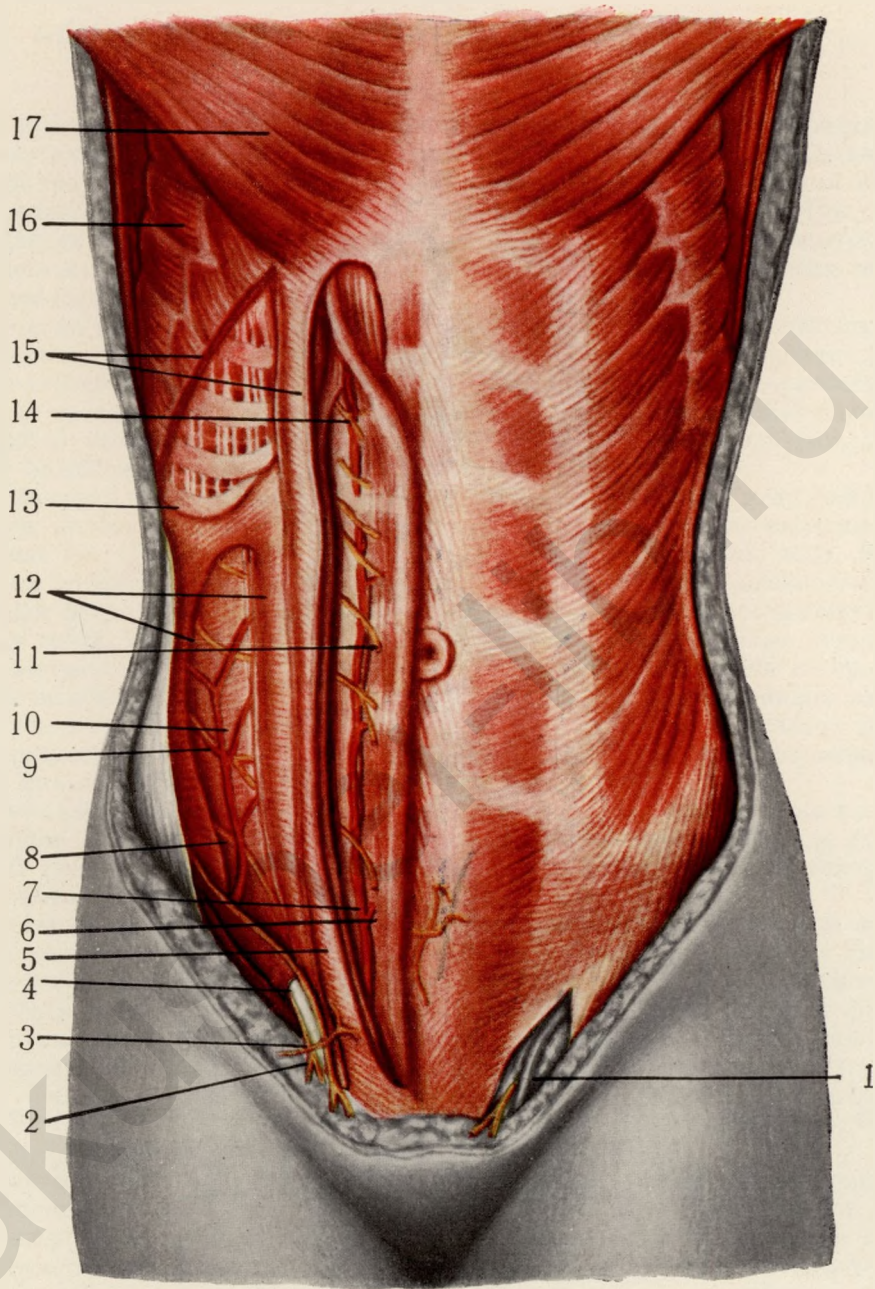


Рис. 8. Топография мышц, сосудов и нервов передней брюшной стенки.

1 — круглая связка и жировая клетчатка пахового канала; 2 — *ramus cutaneus n. iliohypogastrici*; 3 — *n. genitalis*; 4 — *n. ilioinguinalis*; 5 — латеральный край вскрытого переднего влагалища прямой мышцы; 6 — *n. intercostalis XII*; 7 — *a. epigastrica inferior*; 8 — *n. iliohypogastricus*; 9 — мышечная веточка *a. circumflexo ilei profundae*; 10 — *m. transversus*; 11 — *n. intercostalis X*; 12 — *m. obliquus internus*; 13 — *costa X*; 14 — *a. epigastrica superior*; 15 — *m. obliquus externus*; 16 — *m. serratus anticus*; 17 — *m. pectoralis major*.

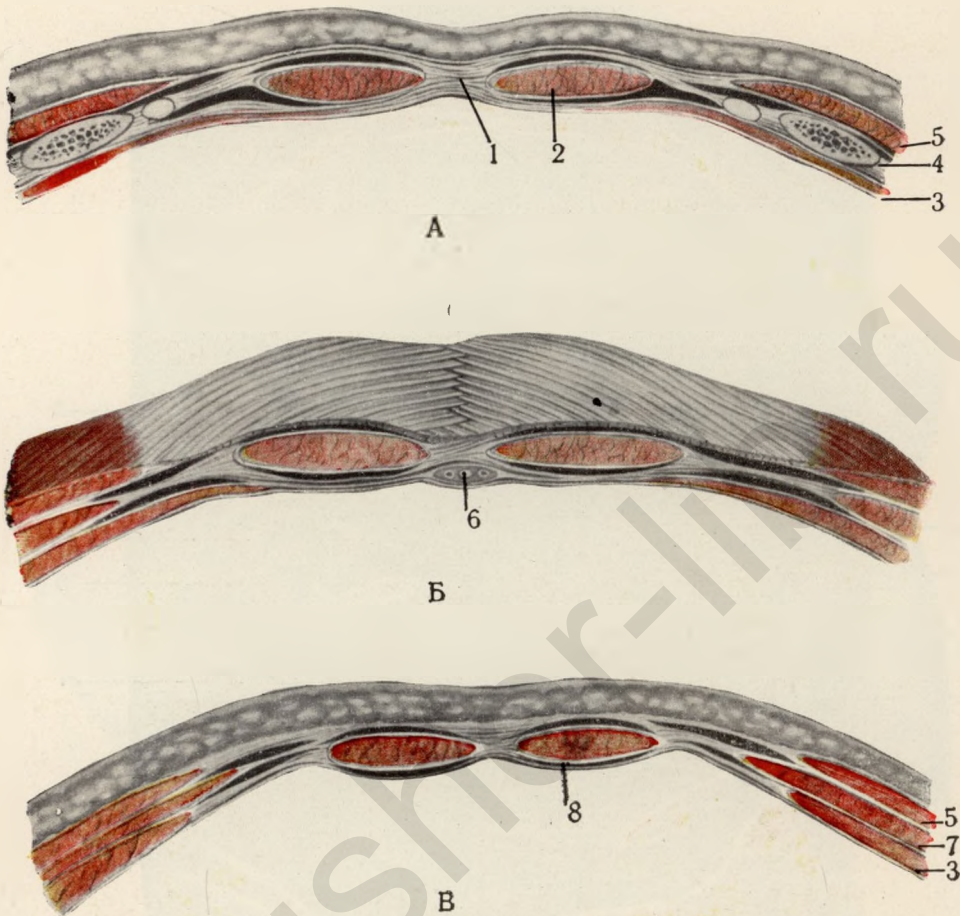


Рис. 9. Поперечный разрез передней брюшной стенки на следующих уровнях.

А — на уровне хрящевого конца IX ребра. Влагалище прямой мышцы простирается до реберной дуги. Задняя стенка влагалища прямой мышцы состоит только из мускульной пластинки. Б — на уровне выше пупка. Аponeвроз *m. obliqui externi* и передний листок апoneвроза *m. obliqui interni* образуют переднюю стенку влагалища прямой мышцы. Задний листок апoneвроза *m. obliqui interni* и апoneвроз *m. transversi* соединяются для образования задней стенки влагалища прямой мышцы. Видно, как переплетаются сухожильные пучки апoneвроза *m. obliqui externi* и *m. obliqui interni* одной и другой сторон в области белой линии. Сзади к белой линии тесно прилегает *lig. teres hepatis*. В — на уровне ниже полукруглой линии. Отчетливо виден соединительнотканый листок, делящий подкожную жировую клетчатку на два слоя, при сильном развитии он может имитировать передний листок апoneвроза брюшных мышц. Апoneвроз — *m. obliqui externi, interni* и *transversi* образуют переднюю стенку влагалища прямой мышцы, а задняя стенка образуется *fascia transversalis*. Черным закрашены пре- и ретромышечные пространства, которые позволяют ориентироваться в возможных затеках при нагноении брюшной стенки. 1 — *linea alba*; 2 — *m. rectus abdominis*; 3 — *m. transversus abdominis*; 4 — ребро IX; 5 — *m. obliquus abdominis externus*; 6 — *lig. teres hepatis*; 7 — *m. obliquus abdominis internus*; 8 — *fascia transversalis*.

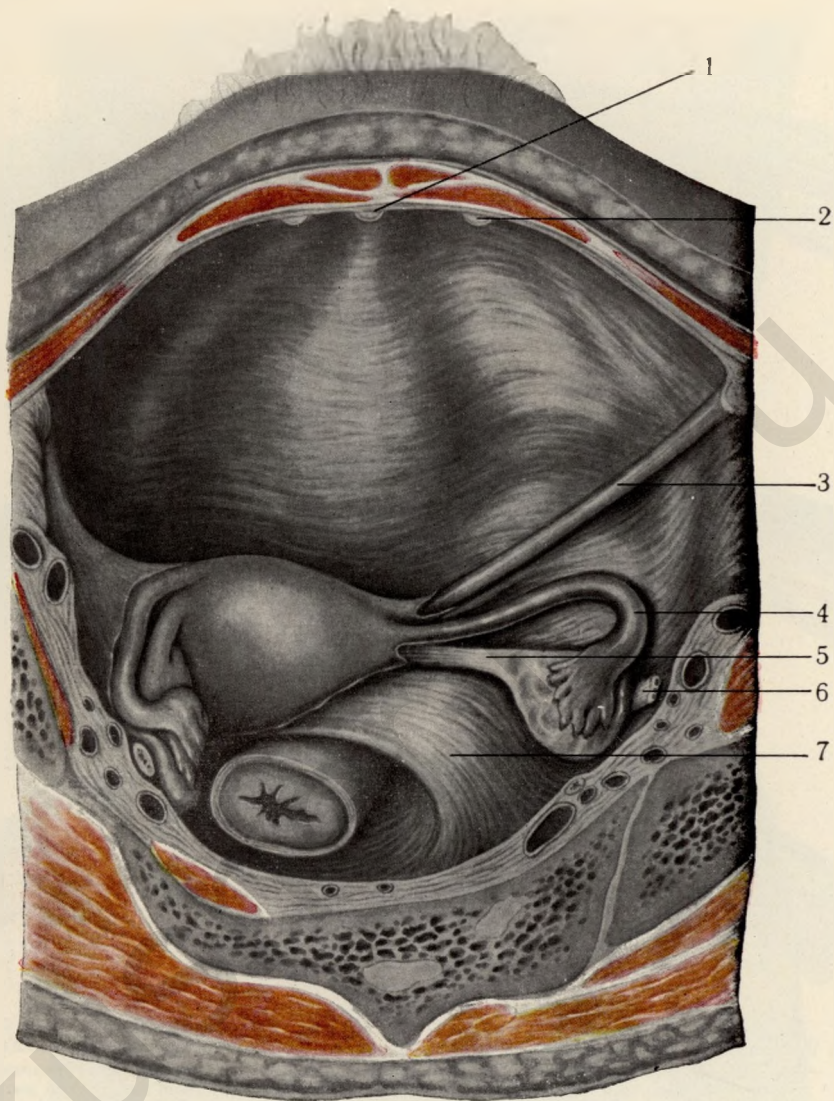


Рис. 14. Расположение связок матки в тазу (брюшина, их покрывающая, удалена).
 1 — *lig. umbilicale medium*; 2 — *lig. umbilicale laterale*; 3 — *lig. teres*; 4 — маточная
 труба; 5 — *lig. ovarii proprium*; 6 — *lig. suspensorium ovarii*; 7 — *lig. sacrouterinum*.

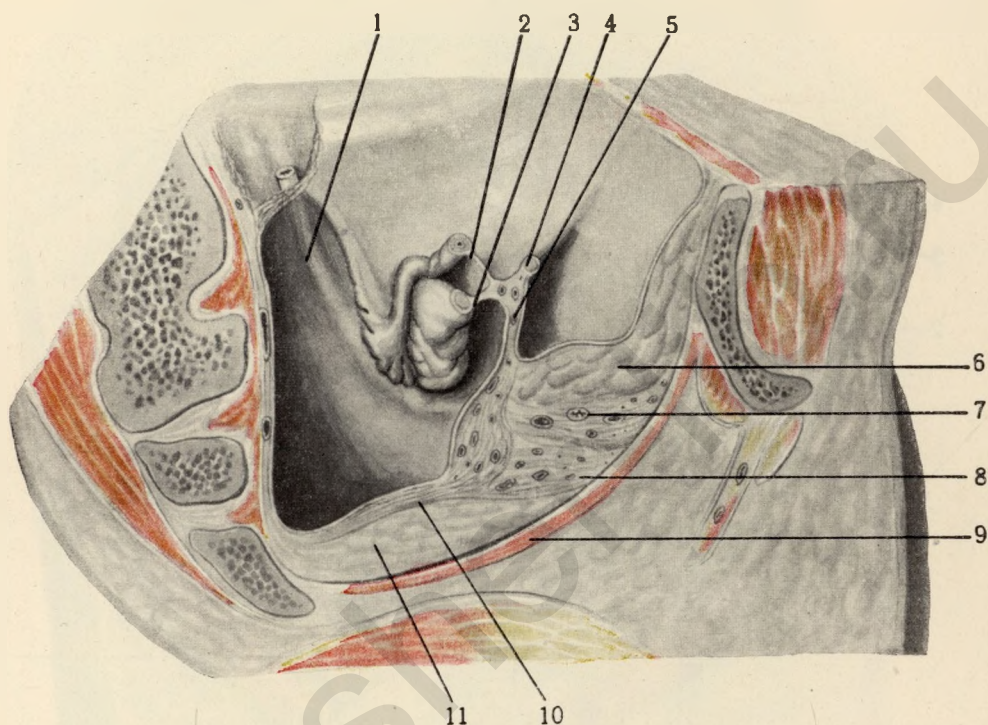


Рис. 15. Латеральный, сагиттальный разрез женского таза (левая половина).

1 — *plica ureterica*; 2 — *mesosalpinx*; 3 — *mesovarium*; 4 — *mesometrium*; 5 — *lig. latum*; 6 — подсерозное околопузырное пространство; 7 — мочеточник, проходящий в толще *lig. vesicouterinum*; 8 — *lig. vesicouterinum* и проходящая под этой связкой соединительнотканная основа; 9 — *m. levatoris ani*; 10 — *lig. sacrouterinum*; 11 — жировая клетчатка в окружности прямой кишки.

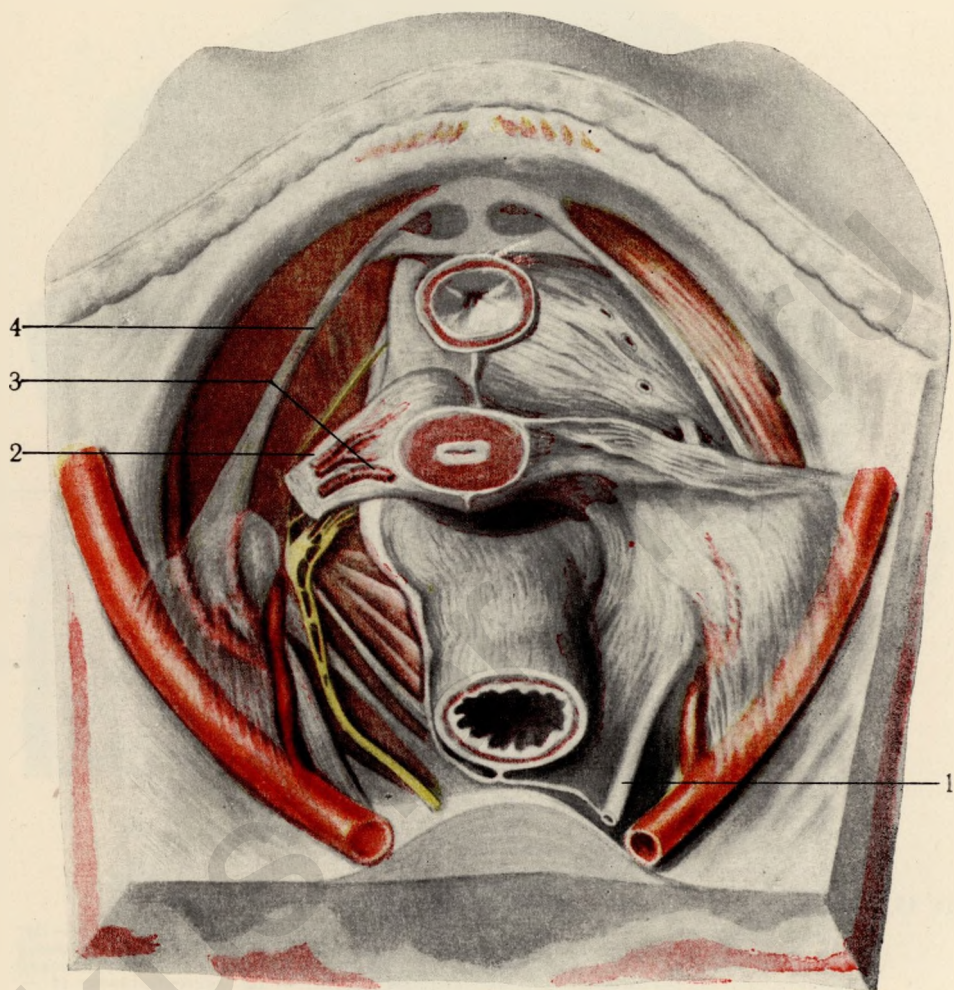


Рис. 16. Дно таза после удаления органов.

1 — соединительнотканый листок мочеочника; 2 — *lig. Mackenrodt*; 3 — *a. uteri*; 4 — *arcus tendineus m. levatoris ani*. Слева под разрезом *lig. Mackenrodt* виден *gangl. Frankenhäuser* и проходящий *n. hypogastricus*.

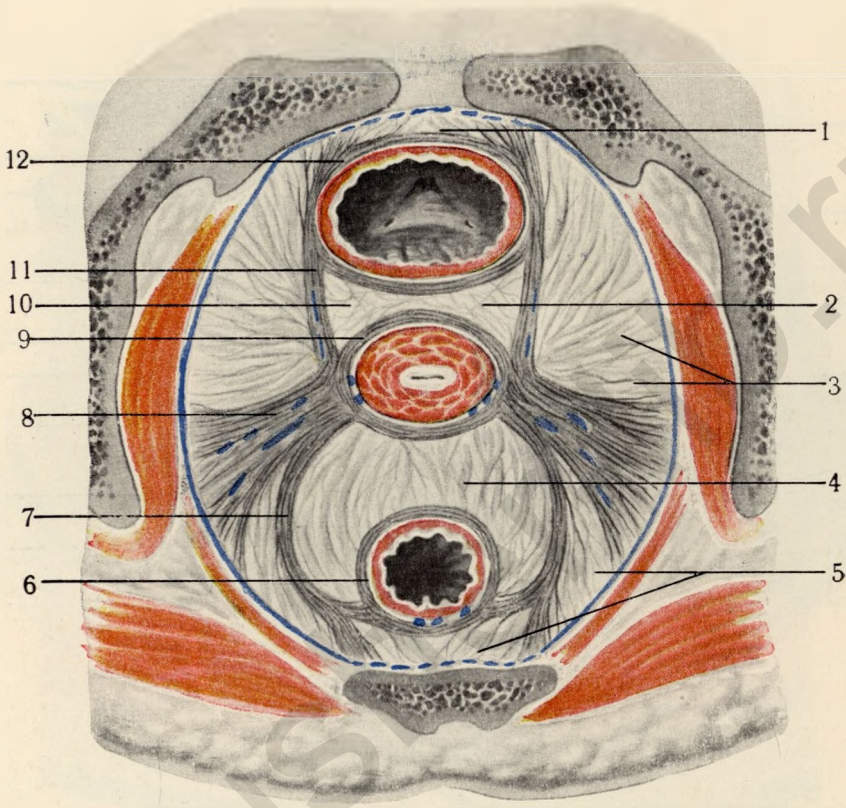


Рис. 17. Расположение рыхлой клетчатки в тазу при поперечном разрезе таза (схема).

1 — *cavum Retzii*; 2 — *subserosium praecervicale*; 3 — *subserosium paravesicale*; 4 — *subserosium rectovaginale*; 5 — *subserosium pararectale*; 6 — *fascia recti*; 7 — *lig. sacrouterinum*; 8 — *subserosium parauterinum (lig. Mackenrodt)*; 9 — *fascia cervicalis*; 10 — *lig. vesicouterinum*; 11 — *fascia vesicalis*; 12 — *lig. pubo-vesicale*.

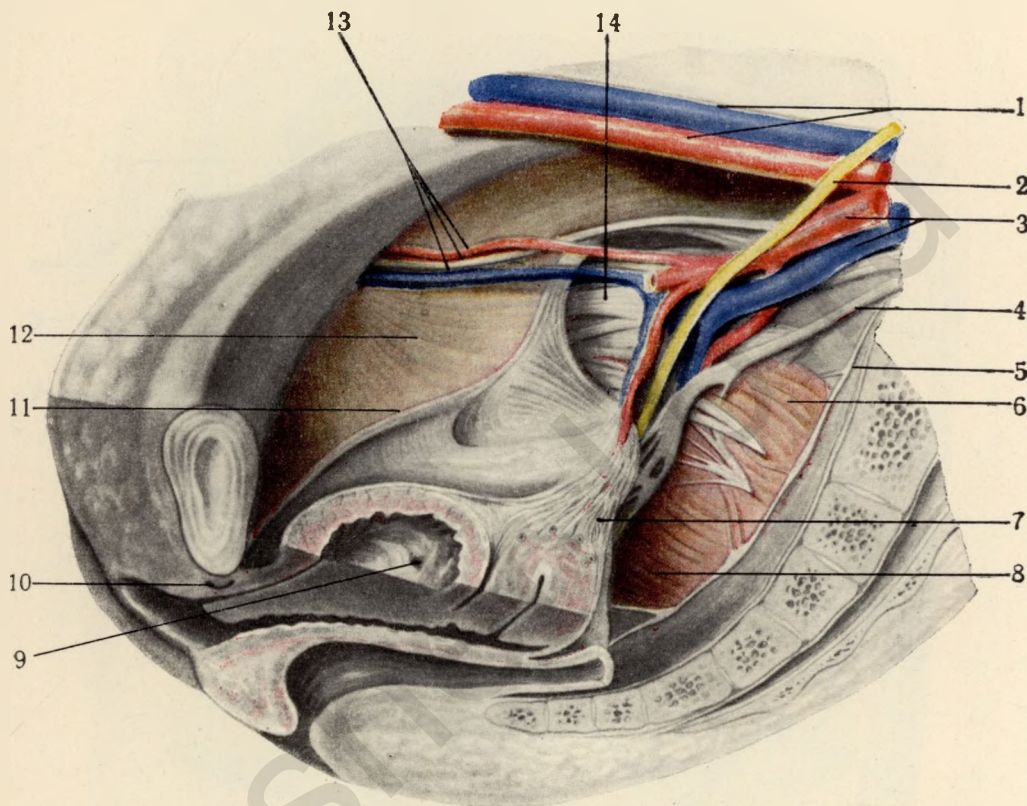


Рис. 18. Сагиттальный распил таза (правая сторона) после удаления крестчатки.

1 — *vasa iliaca externa*; 2 — *ureter* на протяжении от *lig. terminalis* до сращения его с *lig. Mackenrodt*; 3 — *vasa iliaca interna*; 4 — *plexus hypogastricus*; 5 — пограничный ствол *n. sympathici*; 6 — *m. piriformis*; 7 — *lig. Mackenrodt*; 8 — *m. coccygeus*; 9 — пузырь с устьем мочеочника; 10 — *v. dorsalis clitoridis*; 11 — *arcus tendineus m. levator ani*; 12 — *fascia obturatoria*; 13 — *vasa obturatoria n. obturatorium*; 14 — *plexus lumbo-sacralis*.

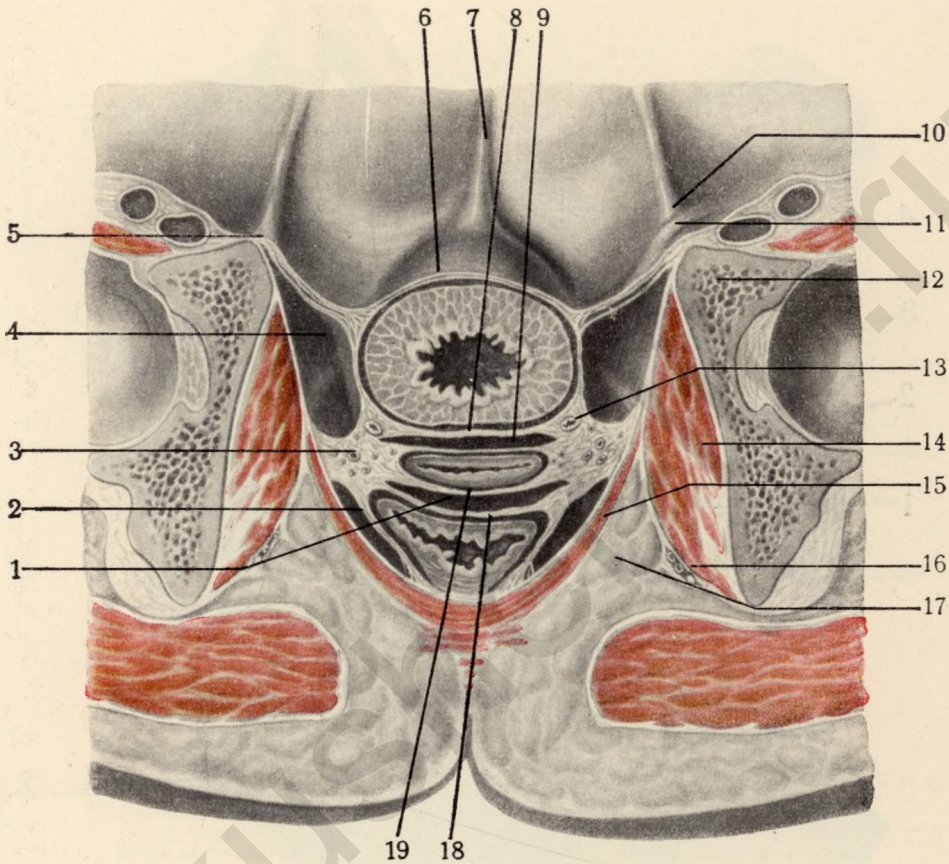


Рис. 19. Фронтальный разрез таза

1 — *spatium rectovaginale*; 2 — *spatium pararectale*; 3 — основание широкой связки; 4 — *spatium paracervicale*; 5 — *lig. umbilicale laterale*; 6 — *fascia vesicalis* и брюшина, покрывающая мочевой пузырь; 7 — *lig. umbilicale medium*; 8 — *fascia vesicalis*; 9 — *spatium vesico-vaginale*; 10 — место перекрещивания *lig. teres* с *lig. umbilicale laterale* (11); 12 — *arcus tendineus m. levatoris, ani*; 13 — *ureter*, проходящий в толще пузырно-маточной связки; 14 — *m. obturator internus*; 15 — *m. levator ani*; 16 — *arteria, vena et nervus obturatorius*; 17 — жировая клетчатка в *fossa ischiorectalis*; 18 — *fascia recti*; 19 — *fascia vaginalis*.

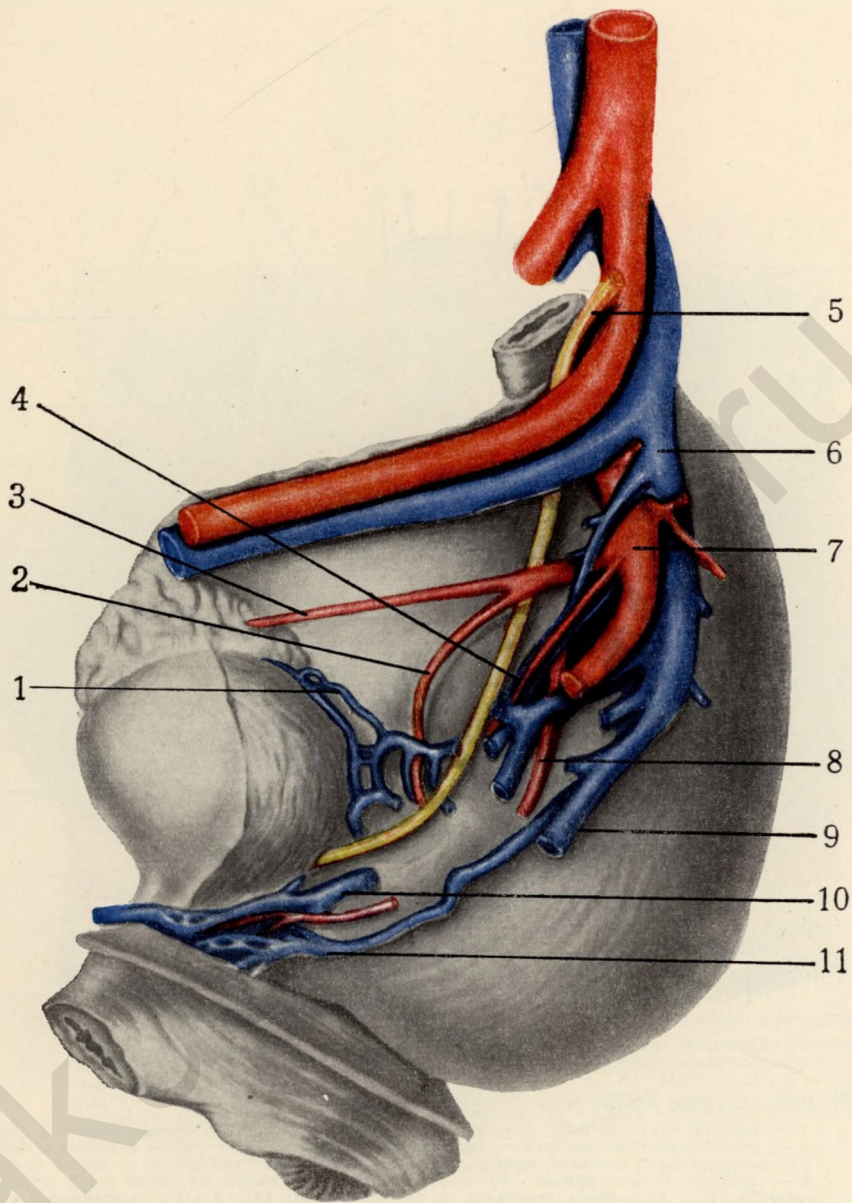


Рис. 20. Топографические взаимоотношения между сосудами таза и мочеточником.

1 — глубокие маточные вены; 2 — *a. uterina*; 3 — *lig. umbilicale laterale*; 4 — *a. vaginalis*; 5 — *ureter*; 6 — *a. sacralis lateralis*; 7 — *a. iliaca interna*; 8 — *a. pudenda interna*; 9 — вены стенки таза (*v. gluteae*); 10 — влагалищные вены (краниальный участок); 11 — влагалищные вены (каудальный участок).

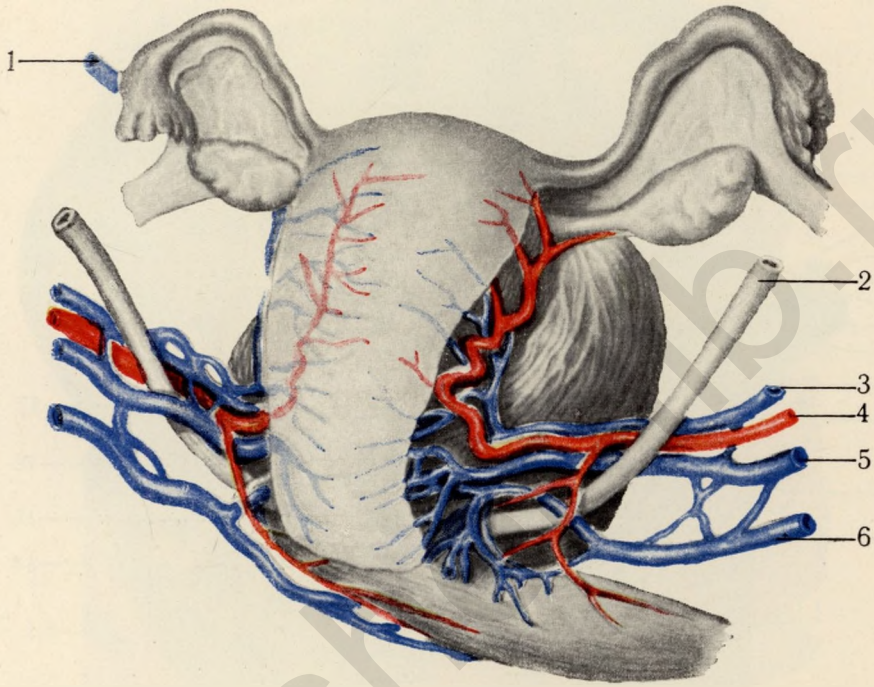


Рис. 21. Топографические отношения между мочеточником и сосудами матки и влагалища.

1 — *v. ovarica*; 2 — мочеточник; 3 — верхние вены матки; 4 — *a. uterina*; 5 — глубокие маточные вены; 6 — каудальный участок влагалищных вен.

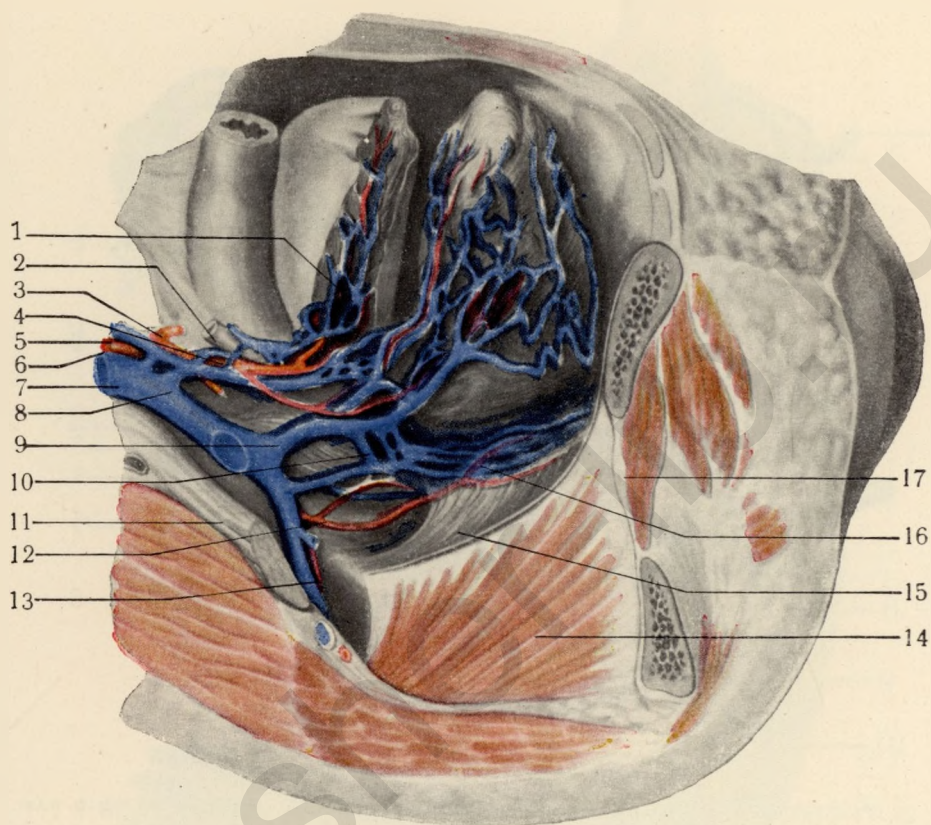


Рис. 24. Сагиттальный разрез таза, идущий несколько латеральнее tuberculum pubicum. Сосуды пузыря, матки и влагалища правой стороны.

1 — plexus uterinum; 2 — ureter; 3 — a. obturatoria; 4 — a. uterina; 5 — вены мочевого пузыря; 6 — общий ствол a. uterinae et obturatoria; 7 — v. iliaca media; 8 — глубокие маточные вены; 9 — отводящие вены plexus vesicalis; 10 — отводящие вены plexus vaginalis; 11 — plexus sacralis; 12 — a. vaginalis; 13 — vasa pudenda; 14 — m. obturator internus (на разрезе); 15 — m. obturator internus (сверху); 16 — plexus vaginalis; 17 — canalis obturatorius.

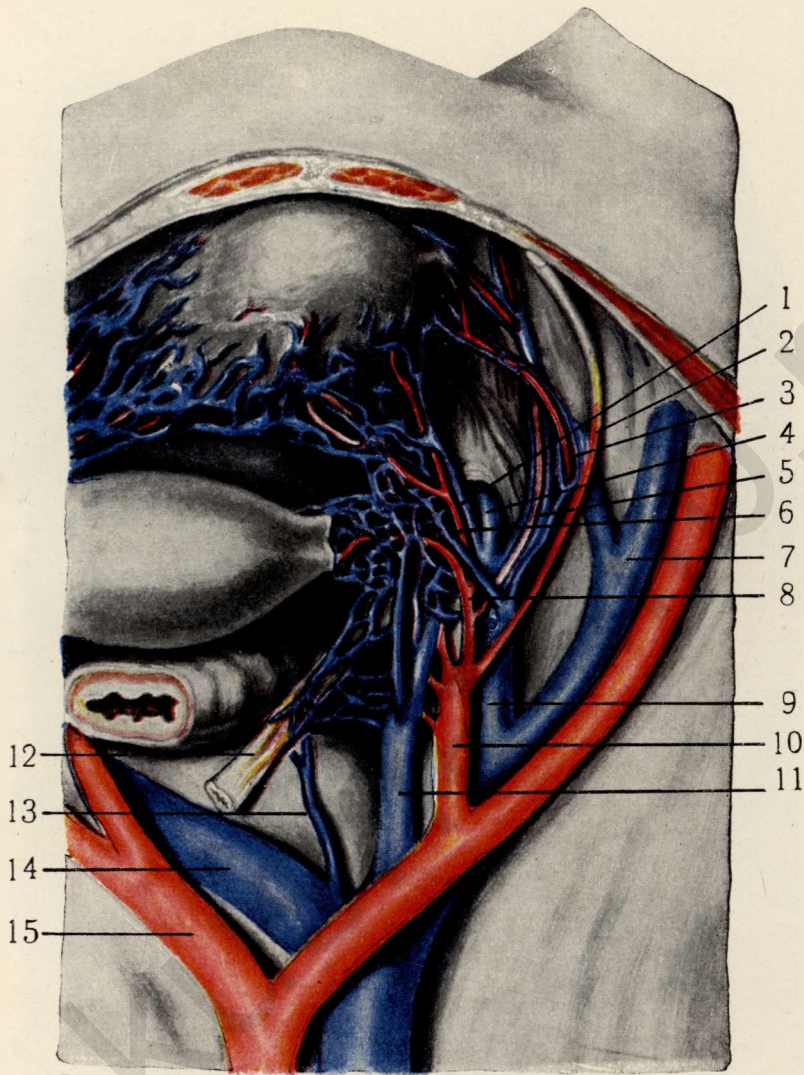


Рис. 25. Крупные сосуды таза.

1 — *v. vesicalis*; 2 — *lig. umbilicale laterale*; 3 — *vasa vesicalis superior*; 4 — *v. glutaetae*; 5 — *a. obturatoria*; 6 — *a. vesicalis inferior*; 7 — *анастомоз между v. obturatoria u iliaca externa*; 8 — *a. uterina*; 9 — *v. iliaca media*; 10 — *a. iliaca interna*; 11 — *v. iliaca interna*; 12 — *ureter*; 13 — *v. sacralis media*; 14 — *v. iliaca communis sinistra*; 15 — *a. iliaca communis sinistra*.

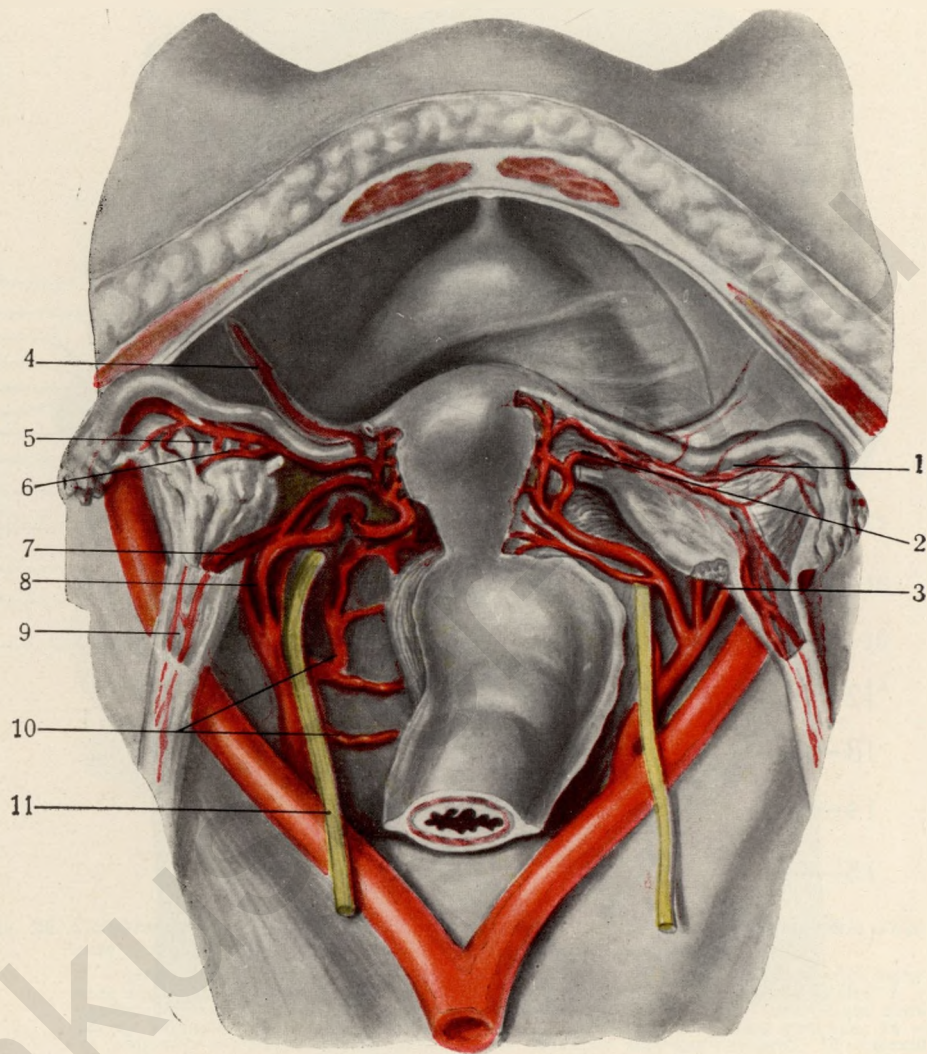


Рис. 26. Топография сосудов матки, трубы, яичника и круглой связки. Ход нижней части мочеточника.

1 и 5 — *ramus tubarius* (краниальная веточка); 2 и 7 — *ramus ovaricus*; 3 — *ramus cervici-vaginalis*; 4 — *ramus lig. teres*; 6 — *ramus tubarius* (каудальная веточка); 8 — *a. uterina*; 9 — *a. ovarica*; 10 — *a. sacralis lateralis*; 11 — *ureter*.

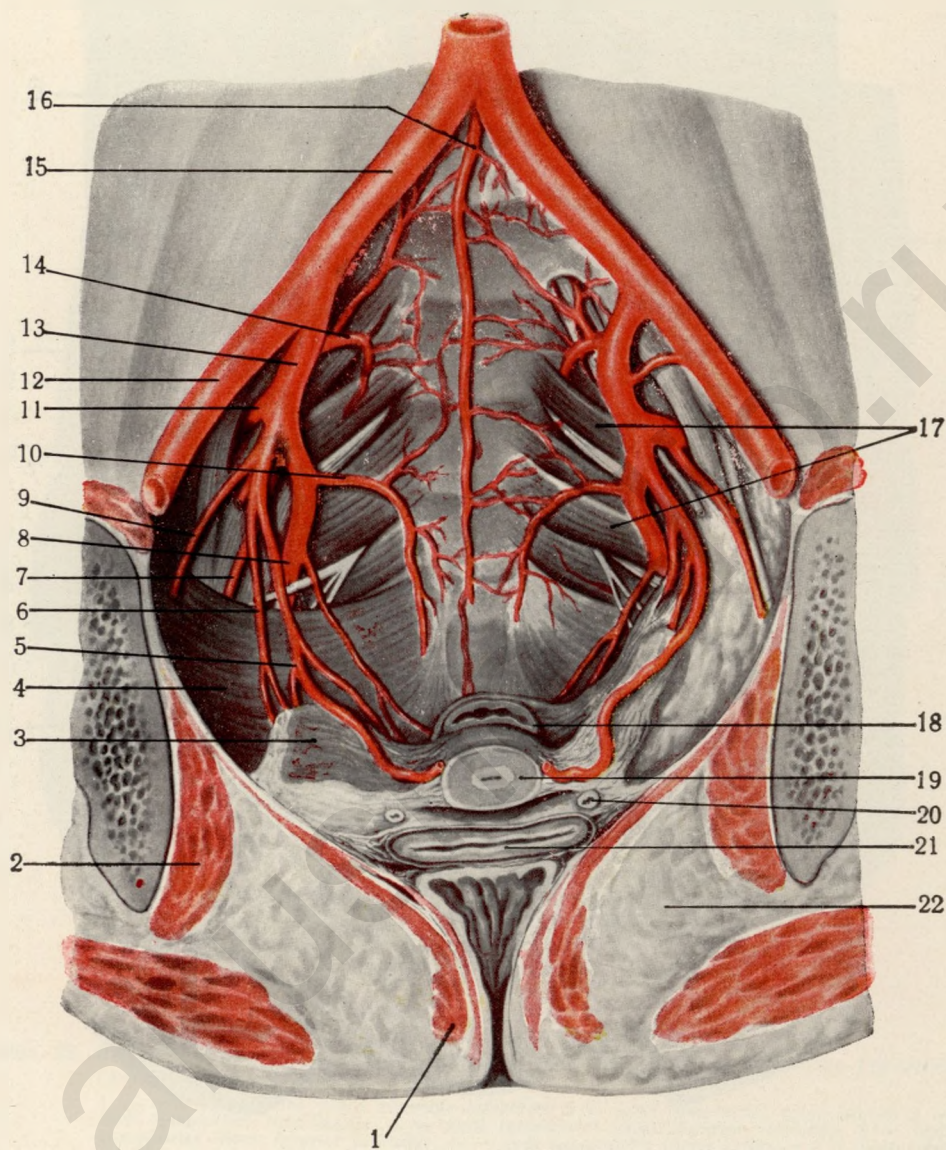


Рис. 27. Косой разрез таза. Сосуды пояснично-сакральной области. Ветви внутренней подвздошной артерии.

1 — *m. sphincter ani*; 2 — *m. obturator internus*; 3 — *lig. Mackenrodt*; 4 — *m. levator ani*; 5 — *a. uterina*; 6 — *a. vaginalis*; 7 — *a. pudenda*; 8 — *a. glutaeae inferior*; 9 — *a. obturatoria*; 10 — *a. sacralis lateralis*; 11 — *a. glutaeae superior*; 12 — *a. iliaca externa*; 13 — *a. iliaca interna*; 14 — *a. sacralis lateralis*; 15 — *a. iliaca communis*; 16 — *a. sacralis media*; 17 — *m. periformis*; 18 — *rectum*; 19 — *cervix*; 20 — *ureter в толще lig. vesicouterinum*; 21 — *vagina*; 22 — *жировая клетчатка fossa ischiorectale*.

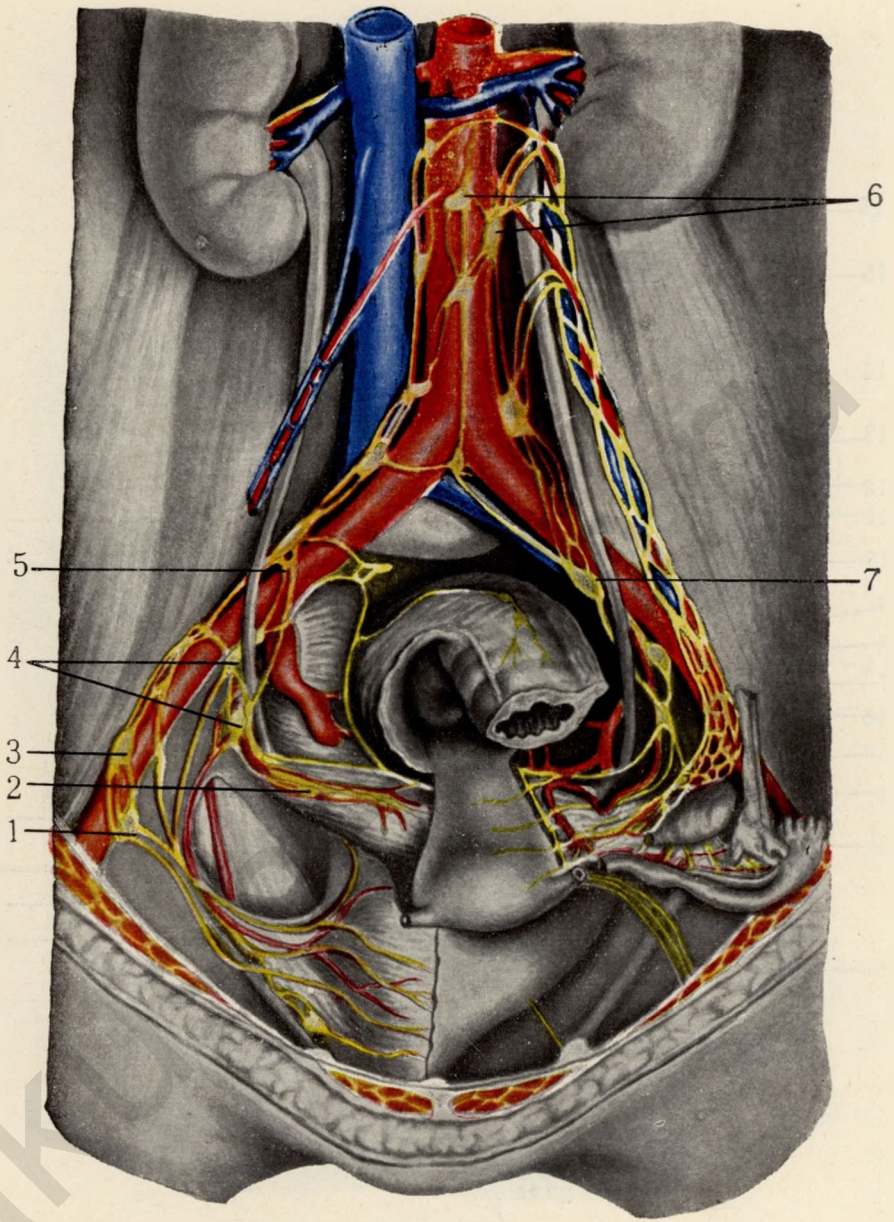


Рис. 28. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы мочевого пузыря, матки, придатков и прямой кишки. Топография абдоминальной части мочеточника.

1 — *nodi lymphatici iliaca inferior mediales*; 2 — *nodi lymphatici parauterina*; 3 — *nodi lymphatici iliaca inferior laterales*; 4 — *nodi lymphatici iliaca interni*; 5 — *nodi lymphatici iliaca superior laterales*; 6 — *nodi lymphatici aorticae*; 7 — *nodi lymphatici iliaca superior mediales*.

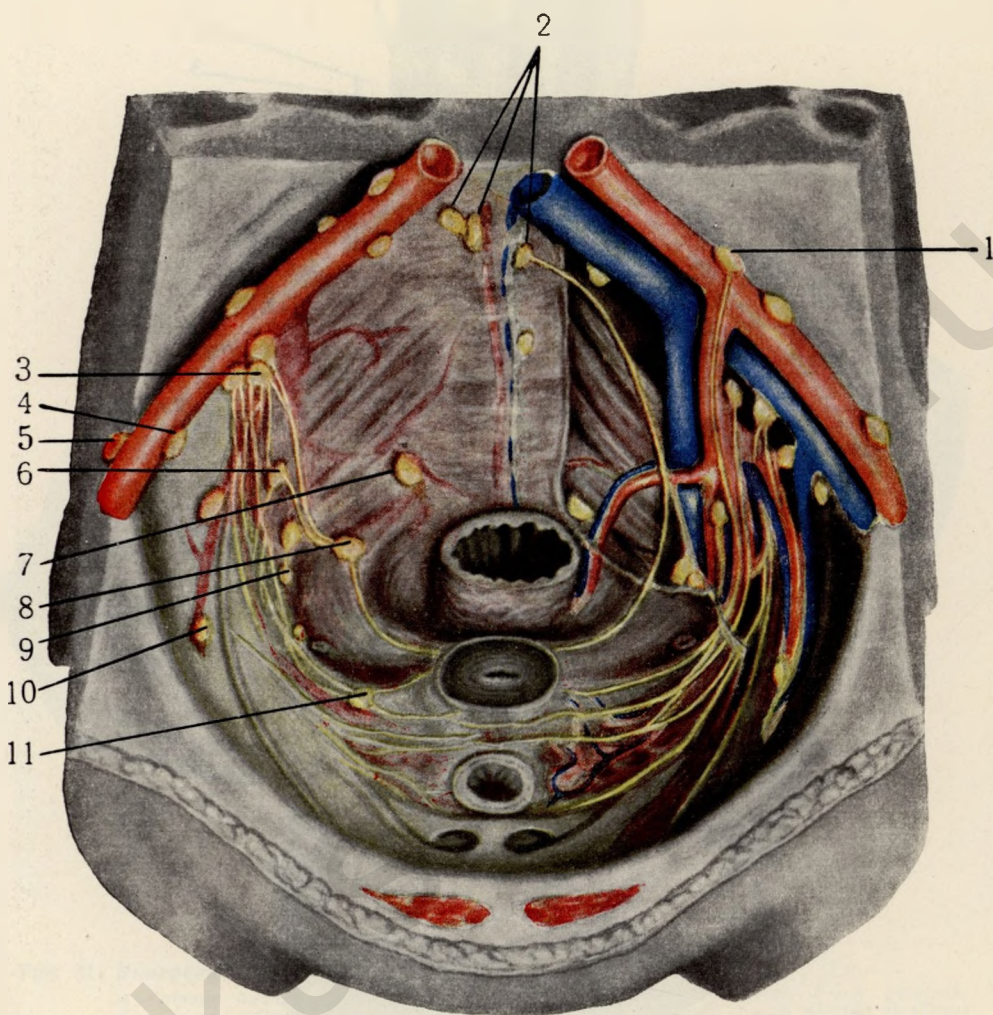


Рис. 29. Лимфатические сосуды и лимфатические узлы шейки и влагалища (средней трети и верхней трети).

1 — *nodi lymphatici iliaca superior laterales*; 2 — *nodi lymphatici promontorii*; 3 — *nodi lymphatici interiliacae*; 4 — *nodi lymphatici iliaca inferior mediales*; 5 — *nodi lymphatici iliaca inferior laterales*; 6 — *nodi lymphatici iliaca inferior*; 7 — *nodi lymphatici sacrales*; 8 — *nodi lymphatici iliaca interni (глубокие)*; 9 — *nodi lymphatici puboischidica*; 10 — *nodi lymphatici obturatoria*; 11 — *nodi lymphatici parauterina*.

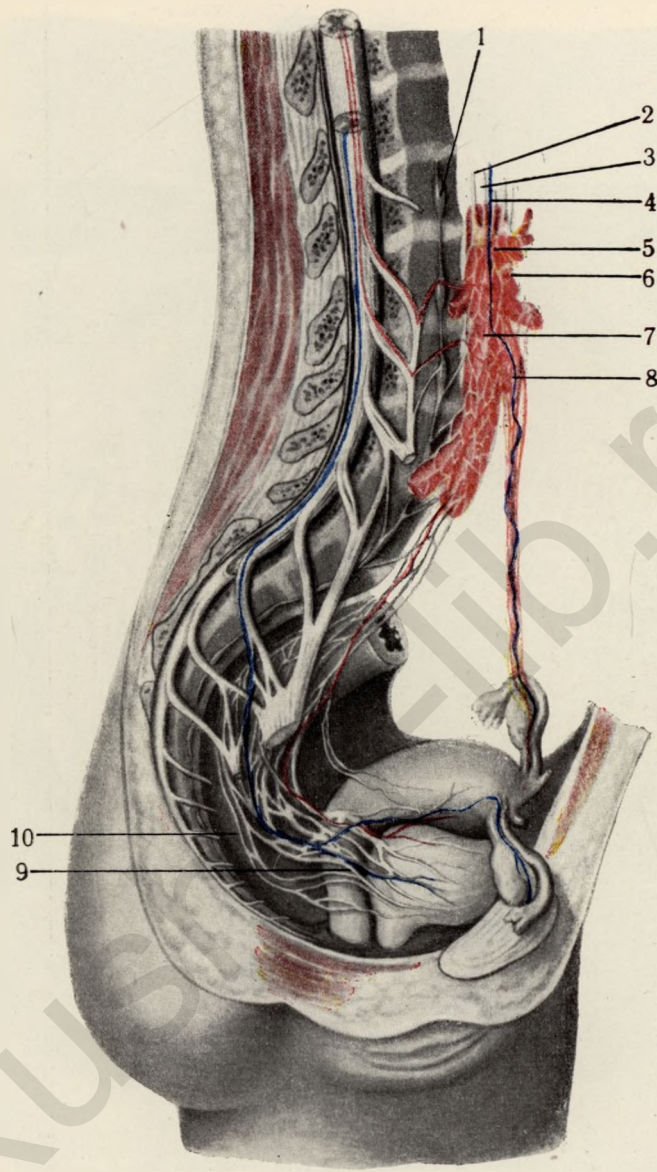


Рис. 30. Иннервация тазовых органов. Сагиттальный разрез сделан правее средней линии.

1 — пограничный ствол симпатического нерва; 2 — *n. splanchnicus*; 3 — *n. phrenicus*; 4 — *n. vagus*; 5 — *gangl. coeliacum*; 6 — *gangl. renale dexter et gangl. mesentericum inferior*; 7 — *gangl. genitale dexter*; 8 — *gangl. mesentericum inferior*; 9 — *gangl. Frankenhauser*; 10 — *n. pelvicus*.

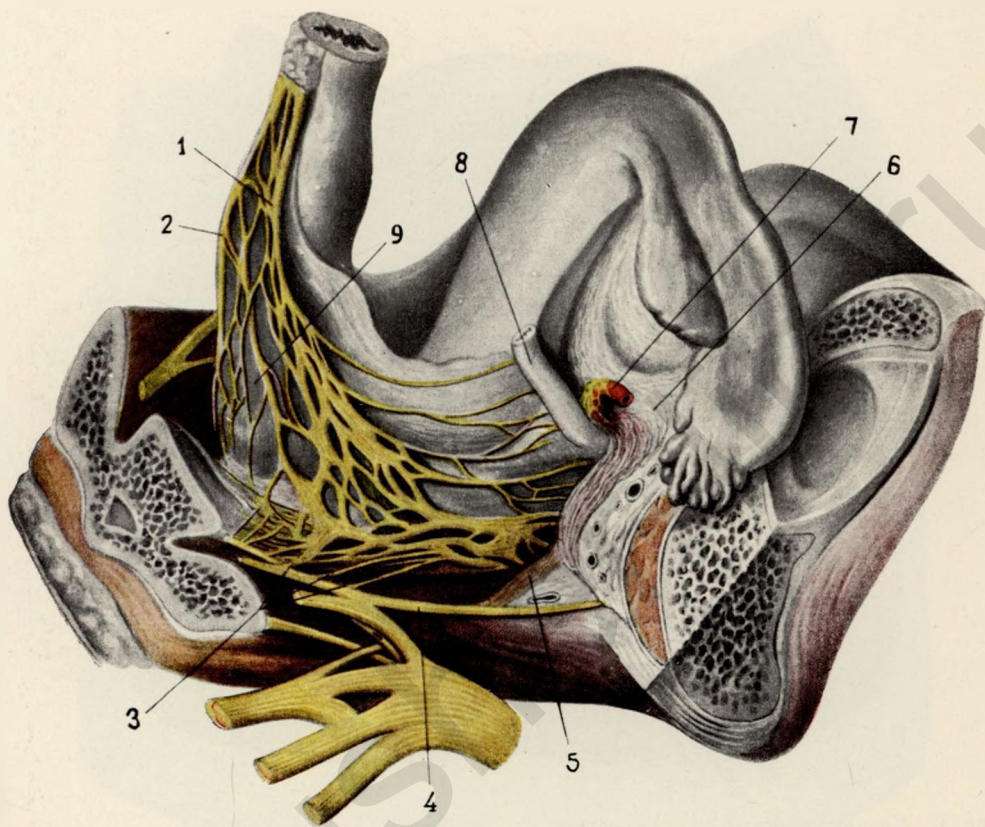


Рис. 31. Иннервация тазовых органов.

1 — plexus hypogastricus dexter; 2 — plexus hypogastricus sinister; 3 — n. pelvici;
 4 — n. pudendus; 5 — m. levator ani; 6 — lig. Mackenrodt; 7 — a. uterina et plexus
 uterinus; 8 — ureter; 9 — rectum.

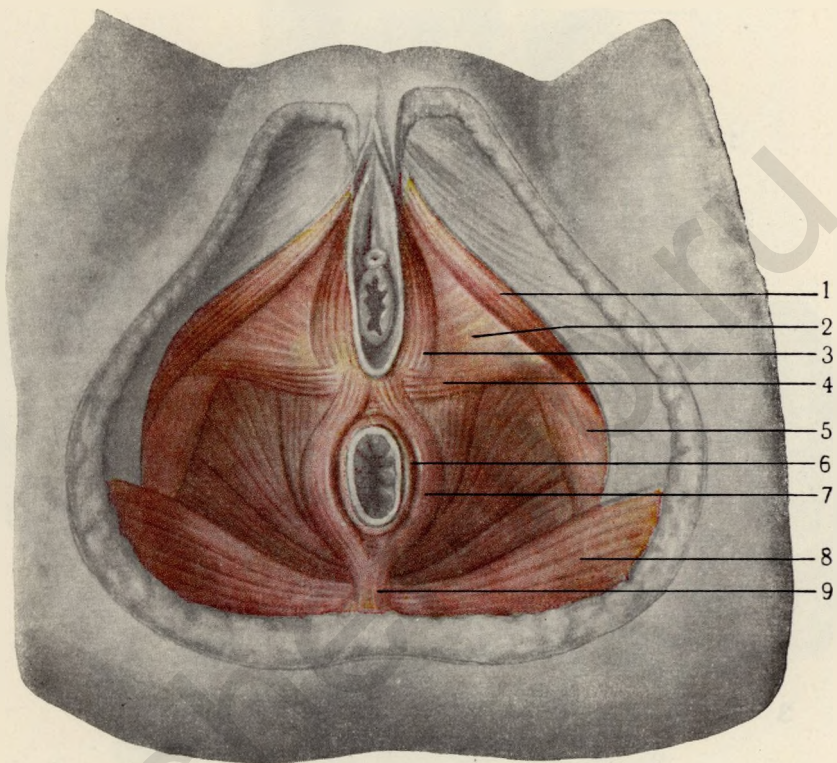


Рис. 32. Мышцы женской промежности.

1 — *m. ischiocavernosus*; 2 — *diaphragma urogenitale*; 3 — *m. bulbocavernosus*; 4 — *m. transversus perinei superficialis*; 5 — *m. obturator internus*; 6 — *m. sphincter ani internus*; 7 — *m. sphincter ani externus*; 8 — *m. gluteus maximus*; 9 — *lig. anococcygeum*.

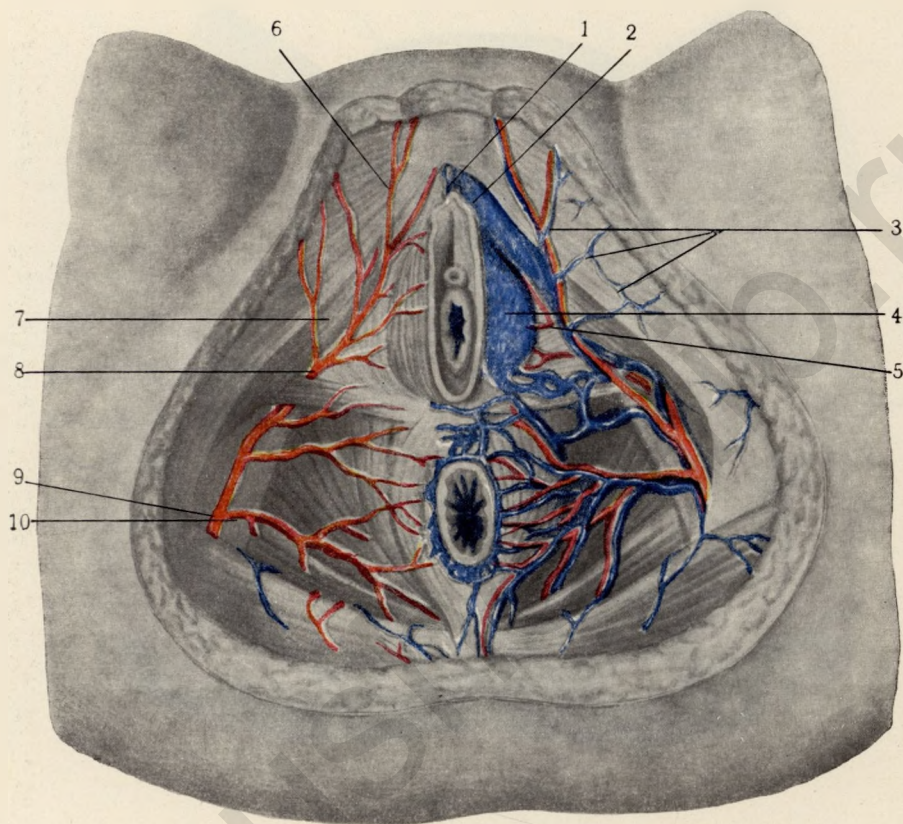


Рис. 33. Кровеносные сосуды промежности.

1 — vasa dorsalia clitoridi; 2 — crus clitoridis; 3 — vasa pudenda externae inferior; 4 — bulbus vestibuli; 5 — a. bulbi vestibuli; 6 — a. pudenda externae superior; 7 — m. ischiocavernosus et crus clitoridis; 8 — a. perinei; 9 — a. pudenda interna; 10 — aa. rectales inferiores.

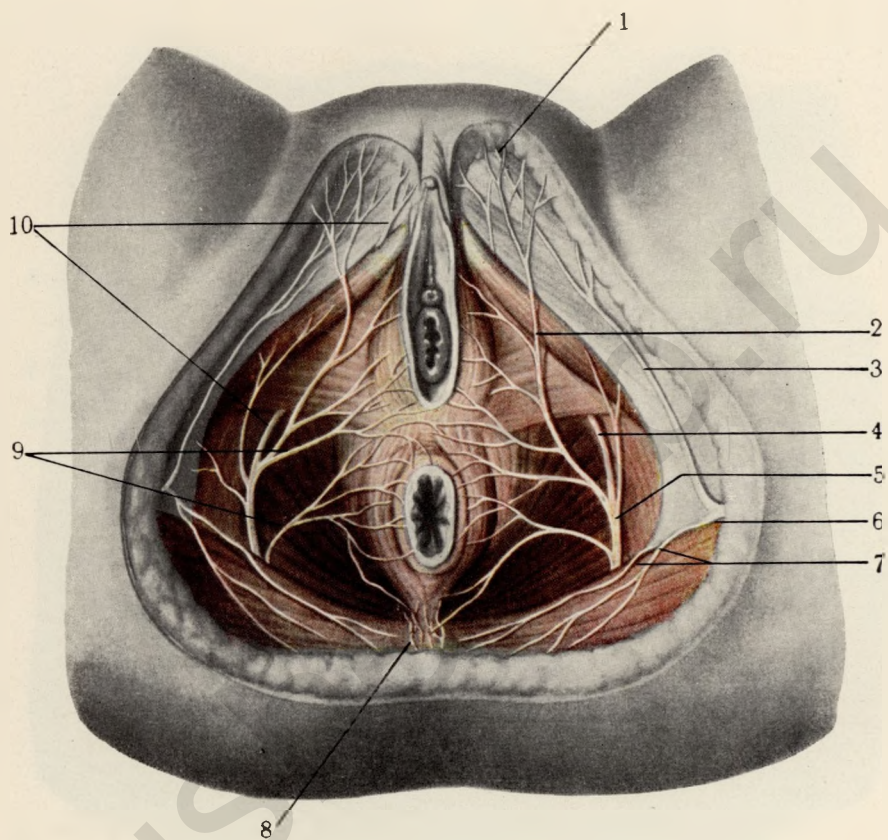


Рис. 34. Иннервация промежности.

1 — *n. ileoinguinalis*; 2 — *n. perinei (n. labialis posterior)*; 3 и 6 — *ramus perinealis n. cutanei femoris posterior*; 4 — *n. dorsalis clitoridis*; 5 — *n. pudendus*; 7 — *n. clunium inferior*; 8 — *nn. apococcygei*; 9 — *nn. rectales inferiores*; 10 — *n. dorsalis clitoridis*.

рошо развитых мышц: лобково-копчиковой, подвздошно-копчиковой и седалищно-копчиковой. Весь мышечный массив тазовой диафрагмы имеет форму опрокинутой вниз чаши или купола, вогнутой поверхностью обращенного вверх, а выпуклой — вниз. Посередине этого купола имеется полая щель, через которую выходят наружу мочеиспускательный канал, влагалище и прямая кишка.

Верхняя и нижняя поверхности тазовой диафрагмы покрыты верхней и нижней фасциями диафрагмы таза. Между боковыми стенками таза и мышцами его диафрагмы с каждой стороны находятся пространства, которые имеют форму призмы с вершиной, обращенной вверх. Каждое из этих пространств выполнено жировой клетчаткой с проходящими в ней нервами и сосудами и носит название седалищно-прямокишечной ямки.

Основным сосудом, снабжающим кровью промежность, наружные половые органы и конец прямой кишки, является нижняя срамная артерия, отходящая от внутренней подвздошной артерии. Внутренняя срамная артерия выходит из полости малого таза через большое седалищное отверстие, вступает в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки, разветвляясь на множество ветвей (рис. 33). Лобок и большие половые губы снабжаются кровью из наружной семенной артерии и ветвей наружной срамной артерии. Вены в области тазового дна образуют сильно развитую сеть с обильными анастомозами и венозными сплетениями.

Иннервация осуществляется наружным срамным нервом и его многочисленными ветвями (рис. 34), а также наружным и внутренним семенными нервами, веточками заднего кожного нерва бедра. Лобок иннервируется конечными ветвями подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов, исходящих из поясничного сплетения.

С целью регионарной анестезии в области наружных половых органов необходимо главным образом блокировать срамной нерв.

Ствол этого нерва при его вхождении в седалищно-прямокишечную ямку на внутренней стороне восходящей ветви седалищной кости на 2—3 см выше седалищного бугра труднодостижим. Поэтому обычно при пудендальном блоке раствор новокаина вводится в седалищно-прямокишечную ямку по направлению к седалищному бугру, блокируя многочисленные ветви срамного нерва.

Лимфа из области наружных половых органов, промежности и нижнего отдела влагалища отводится в поверхностные паховые лимфатические узлы, расположенные выше и ниже паховой связки. Это необходимо учитывать при операциях по поводу рака наружных половых органов, чтобы удалить регионарные лимфатические узлы, в которых вследствие обилия лимфатических сосудов часто наблюдаются метастазы раковой опухоли.

При вспомогательных поверхностных влагалищно-промежностных разрезах во время операции или при эпизиотомии во время родов рассекают кожу и слизистую оболочку вульвы, край фасциальной пластинки мочеполовой диафрагмы и лежащую под ней мышцу, сжимающую вход во влагалище, а также поперечную мышцу промежности. При этом обнажается клетчатка седалищно-прямокишечной ямки. При рассечении стенки влагалища становится видна паравагинальная клетчатка и обнажается лобково-копчиковая часть леватора.

При глубоких влагалищно-промежностных разрезах рассекают стенку влагалища до влагалищной части шейки и перерезают часть леватора. При этом возникает широко зияющая рана. Прямую кишку отодвигают в

противоположную сторону и создают широкий доступ к внутренним половым органам.

Производя влагалищно-промежностные разрезы при гинекологических операциях, необходимо учитывать возможность значительного кровотечения, особенно из венозных сплетений. Кровотечение из вен бывает особенно выраженным у беременных, а также при наличии варикозного расширения геморроидальных вен и венозного влагалищного сплетения.

При рассечении входа во влагалище разрез следует делать с таким расчетом, чтобы выводной проток большой железы преддверия и луковица преддверия остались снаружи от разреза.

При зашивании разреза нужно обращать внимание на то, чтобы ткани были тщательно соединены швами в их естественном положении. Это легко осуществляется, если края разреза малых половых губ, захватив двумя зажимами, притягивать друг к другу, создавая условия для правильного соединения рассеченных тканей. Сначала сшивают края влагалищной раны, накладывая по мере необходимости и погружные швы на рассеченные ткани.

Неправильное сшивание тканей в области влагалищно-промежностных разрезов нарушает заживление, а расхождение краев раны обнажает клетчатку седалищно-прямокишечной ямки, увеличивая возможность дальнейшего обширного нагноения.

Анатомии тазового дна необходимо учитывать и при зашивании свежих и старых травматических повреждений, следя за соединением соответствующих разорванных тканей, особенно мышечных групп и, в частности, сфинктера заднего прохода, если таковой нарушен. Щель между леваторами при разрывах промежности нередко увеличивается, и чтобы мышцы соединить, их необходимо выявить путем пальпации или с помощью отсепаровки. Иногда вместо сближения разошедшихся леваторов соединяют пласты клетчатки и над ними накладывают швы на кожу. Эффективность такой операции будет ничтожна.

IV

Общие положения при гинекологических операциях

Общие положения оперативной техники

Оперативная гинекология является частью общей брюшнополостной хирургии и тесно с ней связана. Гинеколог, оперируя в брюшной полости, производит вмешательство непосредственно на женских половых органах, которые анатомически тесно связаны с мочевым пузырем, прямой кишкой и мочеточниками. При воспалениях, опухолях и травмах в патологический процесс могут вовлекаться не только гениталии, но и другие органы брюшной полости. Нередко воспалительный процесс или злокачественная опухоль с первичной локализацией в мочевом пузыре, аппендиксе или в том или ином отрезке кишечника переходит на женские половые органы, поражая их вторично, что в ряде случаев диагностируется лишь во время операции.

Из сказанного ясно, что гинеколог должен хорошо знать брюшнополостную хирургию, особенно основы общей хирургии, раздел неотложной хирургической помощи и оперативную технику при таких операциях, как аппендэктомия, резекция кишки и сальника, ушивание мочевого пузыря при его ранении или травме и т. п.

Непременным условием для хирурга и его помощников, включая операционную сестру, является предохранение операционной раны от занесения микробов руками, инструментами, материалами (марлевыми шариками, салфетками, материалом для швов), путем капельной инфекции при разговоре или кашле во время операции. Все это достигается строжайшим соблюдением асептики и антисептики при подготовке к операции и во время нее.

Большое значение в исходе операции имеет бережное отношение к тканям во время оперативного вмешательства, тщательный гемостаз и хорошая перитонизация культи и клетчаточных пространств.

Размозжение краев раны и тканей в глубине, нарушение питания раневых поверхностей способствуют возникновению воспаления с последующим нарушением процессов заживления. К развитию инфекции предрасполагают недостаточно тщательный гемостаз, образование гематом и скопление раневого секрета, а также наложение массовых лигатур с образованием толстых культи.

Плохая перитонизация культей и клетчаточных пространств благоприятствует развитию инфекции и возникновению спаек с соседними органами и тканями. Это связано с тем, что клетчатка, особенно подкожная жировая, обладает меньшей сопротивляемостью инфекции и травме, чем брюшина, которая легко справляется с операционной травмой и небольшим количеством бактерий, попадающих на нее во время операции.

Бережное обращение с тканями и заключается в том, что хирург должен щадить их всеми способами: по возможности меньше касаться руками раневых поверхностей, доставать иглу из раны не рукой, а пинцетом; избегать грубого тупого раздвигания тканей при разрезе брюшной стенки, отделения мочевого пузыря, выделения мочеточников и т. п. Если хирург знает топографическую анатомию области оперативного вмешательства, то разделение тканей в нужном слое с помощью ножниц или ножа происходит легко, быстро и более бережно, чем тупфером или пальцами оперирующего. Нередко недостаточно опытный хирург прибегает к разделению тканей тупым путем из-за боязни повредить тот или иной орган, если он использует нож или ножницы. Однако часто травмирование соседних органов, разрыв капсулы гнойника или опухоли происходит именно при тупом раздвигании тканей вследствие того, что при опухолевом или воспалительном процессе они могут быть сильно изменены и легко разрываются. Разделение же тканей острым путем, с использованием гидравлической препаровки (в соответствующий слой или спайки вводится раствор новокаина или какой-либо другой), осуществляется бережнее. Разделение тканей тупым путем следует резко ограничивать и производить его по возможности осторожно. М. С. Александров в целях уменьшения травмы рекомендует разделять рыхлые сращения тупфером, смоченным стерильным вазелиновым маслом.

Образования больших культей можно избежать захватыванием в зажим небольших участков тканей. Следует учитывать, что большая кулея выше наложенной лигатуры в дальнейшем некротизируется и будет служить очагом размножения микробов. Если кулея после перевязки оказалась большой, то часть ее выше лигатуры срезают ножницами. Обычно лигатуры с захватыванием большого количества ткани некоторые хирурги накладывают для быстроты оперирования, а чаще — из-за недостаточного знания топографической анатомии и оперативной техники. Прежде всего нужно стремиться к сохранению здоровья больной, а быстрота оперирования не должна являться самоцелью.

Тщательный гемостаз при гинекологических операциях должен предупреждать не только анемию больной, но и плохое заживление операционной раны. Нередко нагноения в подкожной жировой клетчатке бывают связаны с плохим гемостазом и наличием последующих гематом, которые в послеоперационном периоде являются очагом развития инфекции.

Особенно тщательно следует лигировать даже мелкие сосуды в подкожной жировой клетчатке и брюшной полости у женщин с острой кровопотерей и низким артериальным давлением. В конце операции или в послеоперационном периоде при восстановлении нормального уровня артериального давления мелкие сосуды начинают кровоточить, образуются гематомы.

Хирург-гинеколог всегда должен стремиться к тщательному гемостазу, не успокаивая себя тем, что во время операции кровотечение из небольших сосудов вследствие образования тромбов остановится само по себе. Повышение артериального давления в послеоперационном периоде, а также

кашлевые толчки, рвота и т. п. при плохом гемостазе приводят к тому, что эти сосуды начинают кровоточить и образуются гематомы.

Перитонизация культи при гинекологических операциях в большинстве случаев хорошо осуществляется с помощью брюшины переднего и заднего листков широкой связки, брюшины пузырно-маточного углубления и круглых связок. При обширных спаечных процессах, некоторых опухолях, эндометриозе, после удаления заматочной кровяной опухоли и других вмешательствах брюшины в малом тазу может оказаться недостаточно для перитонизации культи, клетчаточных пространств и дефектов на брюшинном покрове. В таких случаях целесообразно использовать для перитонизации кусок резецированного сальника, которым покрывают область, подлежащую перитонизации. Кусок сальника пришивают отдельными кетгутowymi швами над областью, подлежащей перитонизации.

Свободная пересадка лоскута сальника с целью перитонизации и гемостаза при паренхиматозных кровотечениях широко и с успехом использовалась в хирургических и гинекологических клиниках Казани, Новосибирска (Н. И. Горизонтов), а также С. С. Гирголавом и многими другими хирургами. Мы в течение 30 лет с успехом используем свободный лоскут сальника для перитонизации и остановки паренхиматозного кровотечения, если в этом возникает необходимость.

Неповрежденная брюшина, как известно, обладает большой сопротивляемостью инфекции. Исходя из этого, оправдано стремление хирургов щадить брюшину и охранять ее от излишних раздражений и повреждений при вытирании тупферами и салфетками, а также при различных манипуляциях в брюшной полости. Чтобы не повредить и не охладить серозную оболочку кишечных петель, их с помощью влажной марлевой салфетки смещают в верхний отдел брюшной полости и прикрывают стерильным мягким полотенцем или большими марлевыми салфетками. Мы предпочитаем пользоваться большими марлевыми салфетками, концы которых остаются выведенными наружу, и на них накладываем длинные крепкие зажимы.

Продолжительность операции, несомненно, имеет значение для ее исхода и течения послеоперационного периода. Однако в настоящее время этому не следует придавать решающего значения. Стремясь к быстроте оперирования, нельзя допускать спешку, забывать о разумной осторожности, пренебрегать бережным обращением с тканями, упускать из виду необходимость тщательного гемостаза и перитонизации. Быстрота оперирования, основной целью которой является уменьшение продолжительности операции, не обеспечивает наилучшего ее исхода и благоприятного течения послеоперационного периода. Более того, погоня за быстротой оперирования нередко приводит к тяжелым осложнениям, из которых наиболее часто встречаются ранения мочевого пузыря, кишечника и перерезка мочеточника. Иногда при неоправданной спешке хирург удаляет тот или иной орган (например, яичники), а затем выясняется, что его можно и нужно было сохранить.

Быстрота и ловкость хирурга в известной степени зависят от особенностей его характера, способностей к оперативной деятельности. Поэтому при прочих равных условиях два хороших хирурга-гинеколога могут выполнять однотипную операцию, затрачивая на нее различное время в силу того, что один из них склонен к большей медлительности при оперативном вмешательстве. Быстроту оперирования должна обеспечивать планомерность выполнения заранее продуманного хода оперативного вмешательства с учетом анатомического принципа оперирования. Опыт, знание

топографической анатомии и возможного ее изменения при патологическом процессе, а также определенная система манипуляций при оперативном вмешательстве обеспечивают необходимую быстроту. При этом хирург не производит лишних движений, планомерно и последовательно выполняет типичные манипуляции; при столкновении с патологическим процессом он по возможности создает условия (рассекает спайки, разделяет ткани и органы и т. п.), приближающиеся к нормальным топографическим соотношениям.

Быстрота оперативного вмешательства обеспечивается также достаточным количеством помощников, удобной их расстановкой и слаженной работой хирурга, ассистентов и операционной сестры. При чревосечении целесообразно иметь двух ассистентов, особенно при больших абдоминальных операциях. При сложных влагалищных операциях необходимо участие трех ассистентов, так как два из них заняты держанием зеркал, а один помогает при манипуляциях хирурга. Держать зеркала могут и сестры или акушерки, если нет достаточного количества врачей. Некоторые влагалищные операции можно выполнять с двумя помощниками.

Большое значение во время операций имеет постоянный контроль операционного поля зрением. Все, что перевязывается и перерезается, должно быть отчетливо видно. При измененных топографических соотношениях это особенно важно, поэтому, если неясно, какие ткани захвачены в зажим, необходимо это уточнить; только убедившись в правильности произведенной манипуляции, можно приступить к дальнейшим действиям. Нельзя оперировать и «в темную», на ощупь. Это чаще всего сопровождается осложнениями (повреждение мочевого пузыря, кишки, перерезкой мочеочника и т. п.). Большой помехой для выполнения оперативного вмешательства является кровотечение, так как кровь, заливающая операционное поле, не позволяет четко выполнять необходимые манипуляции. Всегда следует стремиться оперировать бескровно, что достигается перерезкой предварительно зажатых сосудов и оперированием в анатомических слоях.

Хирург всегда должен заранее продумать предстоящий план операции, а во время операции придерживаться определенной последовательности при выполнении отдельных ее этапов. При сложных топографических взаимоотношениях, когда нарушена обычная анатомия и топография, следует внимательно осмотреть область операции, разобраться в расположении гениталий и попытаться в известной степени восстановить анатомические соотношения, идя от более простых и доступных манипуляций к более сложным (разделению спаек, рассечению видимых связок, если удаляется матка или придатки).

Придерживаясь такой методики, удается достигнуть более простой ситуации, когда хирург без труда ориентируется в расположении матки, придатков, их сосудов и связок. Если же этого не выполнить, то попытки сразу наложить зажимы на подвешивающую связку яичника или у ребра матки могут привести при рассечении и лигировании к повреждению мочевого пузыря, мочеочника или прямой кишки, интимно спаянных с маткой, придатками и их связками или смещенных со своего обычного места опухолями. Знание анатомии и топографии в области операции, планомерность, последовательность, четкость и осторожность при выполнении оперативного вмешательства свидетельствуют об опытности хирурга и обеспечивают необходимую быстроту операции.

Продолжительность операции зависит также от опытности и ловкости ассистентов и операционной сестры. Операционная сестра должна знать основные этапы операции и, следя за их выполнением, подавать соответ-

ствующие инструменты, шовный материал, которые должны быть заранее подготовлены и разложены в определенном порядке на ее столе. Сестра все время убирает от раны ненужные в данный момент инструменты, использованные тупферы. Ассистент должен быть активным помощником хирурга и обеспечивать ему наиболее благоприятные условия для манипуляций в ране, хорошо открывая операционное поле. Ассистент должен знать и понимать ход операции, предугадывать действия хирурга и помогать ему в их выполнении, не дожидаясь указаний. Являясь помощником, ассистент не должен брать на себя функции хирурга, что при чрезмерной инициативности мешает хирургу следить за ходом оперативного вмешательства, нередко нарушает его планомерность и заставляет наблюдать за действиями помогающих лиц. Чем труднее и сложнее операция, тем важнее слаженная работа всех ее участников и ведущая, направляющая роль хирурга.

Дренирование брюшной полости в настоящее время применяют очень редко. Брюшную полость обычно закрывают наглухо. При разрыве мешотчатой гнойной опухоли придатков вопрос о необходимости дренирования следует решать индивидуально, исходя из состояния больной, количества излившегося во время операции гноя, наличия лихорадки (острый или хронический процесс) и того, насколько была загрязнена гноем брюшная полость. Если в придатках матки был старый процесс, гной из мешотчатой опухоли может не содержать бактерий, и в этом случае вопрос о необходимости дренирования отпадает. При остром гнойном процессе и общем хорошем состоянии больной, удалении излившегося гноя и мешотчатой опухоли брюшную полость можно закрыть наглухо или использовать только резиновый трубчатый дренаж, выведенный во влагалище через кольпотомное отверстие в заднем своде. Вполне понятно, что при решении этого вопроса большое значение имеет защита верхнего отдела брюшной полости от затекания гноя и тщательность перитонизации культи и участков, лишенных брюшины.

У больных истощенных, ослабленных длительным лихорадочным течением процесса и пожилых при излитии гноя в брюшную полость, особенно в случае распада раковой опухоли или разрыва матки при пиометре, дренирование через брюшную рану и влагалище будет уместным, так как надеются на защитные силы организма особенно не приходится. Дренажи могут применяться и при плохо останавливаемом паренхиматозном кровотечении, когда марлевый тампон способствует остановке кровотечения и препятствует образованию гематомы, а марлевая или резиновая полоска и резиновый дренаж обеспечивают отток излившейся крови.

В качестве дренажей чаще всего применяются резиновые трубки с несколькими отверстиями на конце, который подводится к области, требующей дренирования. Иногда используются полоски резины, обычно вырезанные из перчаток, которые не позволяют слипаться раневому отверстию и препятствуют скоплению крови и воспалительного экссудата в ране. Хороший отсасывающий эффект дает комбинированный дренаж, состоящий из марлевой полосы, обернутой перчаточной резиной, за исключением конца, подведенного к месту скопления жидкости (гноя и др.), и второго конца, выведенного наружу. Подобный тампон не обрастает грануляциями и с ним на большом его протяжении не срастаются сальник, брюшина и кишечные петли. Такой комбинированный тампон имеет хорошие дренажные свойства и легко извлекается, когда в нем минует необходимость.

Тампон Микучича в настоящее время применяется исключительно редко и может быть использован при обширном инфицировании

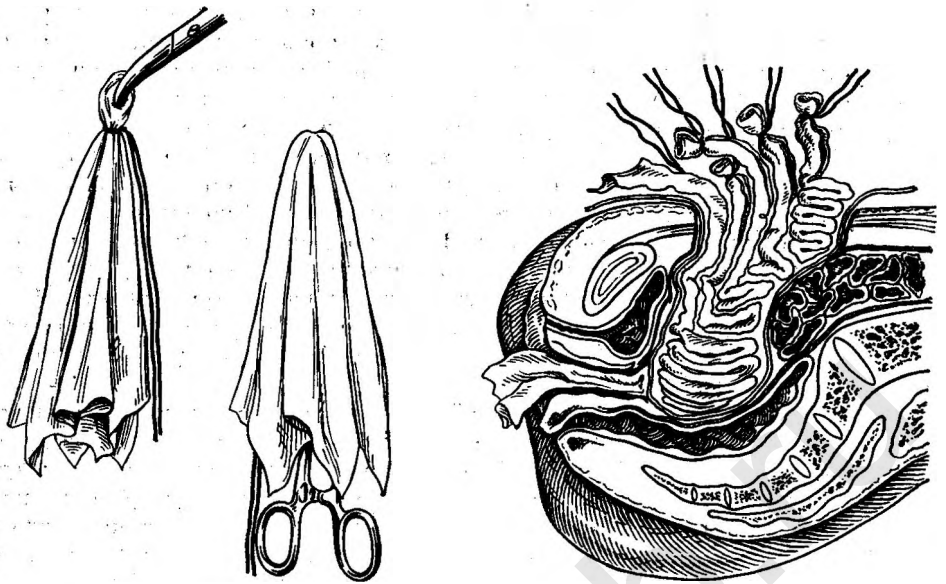


Рис. 35. Тампонада по Микуличу. Мешок тампона вводят при помощи корнцанга и последовательно заполняют марлевыми бинтами.

брюшной полости и в тех случаях, когда целесообразно отграничить ее верхний отдел от области таза. Тампон Микулича состоит из большой марлевой салфетки или марлевого мешка с прикрепленной к нему в центре крепкой двойной шелковой ниткой, свисающей наружу (рис. 35). В полость мешка вводят несколько марлевых полос, имеющих на конце нитки с узлами, по числу которых определяется порядковый номер полоски. Первую марлевую полоску вводят на дно мешка, затем последовательно размещают другие. Концы полосок и нитку, идущую от дна мешка, выводят наружу, обычно в нижней трети раны, но с таким расчетом, чтобы нижний угол раны был зашит и марлевый тампон со всех сторон окружала брюшина. Заполняя полость и соприкасаясь с инфицированной тканью, марлевый тампон способствует склеиванию инфицированных поверхностей, отграничению и локализации воспалительного процесса.

Тампон Микулича удаляют по частям. Сначала, начиная с 3-го дня, поочередно удаляют марлевые полоски, причем первую выводят последней. Затем медленным потягиванием за нитку, привязанную ко дну мешка, его извлекают. Для облегчения и уменьшения болезненности при удалении мешка в его полость вливают перекись водорода, вазелиновое масло или мазь Вишневского. Благодаря тому что тампон Микулича извлекается постепенно, в течение 3—4 дней, происходит постепенное заполнение раны в направлении из глубины к поверхности, что предупреждает образование глубоких карманов.

Дренажирование брюшной полости через задний свод влагалища производится следующим образом. По окончании манипуляций в брюшной полости помощник вводит корнцанг или длинную изогнутую клемму под контролем пальца в задний свод влагалища и поднимает его кверху, выпячивая стенку влагалища и брюшину прямокишечно-маточного кармана. По указанию хирурга помощник перемещает

конец корнцанга так, чтобы он занял положение в середине заднего свода. После этого над корнцангом скальпелем или ножницами вскрывают наибольшим разрезом задний свод, корнцанг вводят в брюшную полость и, раздвигая его бранши, расширяют отверстие. Конец дренажной трубки или марлевой полоски захватывают корнцангом и извлекают из брюшной полости во влагалище. Второй конец марлевой полоски укладывают рыхло в прямокишечно-маточном углублении.

Переливание крови, противошоковых и кровозамещающих жидкостей при гинекологических операциях применяется очень часто. Практически каждой больной, которую укладывают на операционный стол, сразу же начинают внутривенное капельное введение кровезамещающих жидкостей (5% раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли и др.). При налаженной системе для внутривенного вливания легко вводить любые лекарственные вещества, кровь или противошоковые жидкости, если в этом возникает необходимость. Почти каждая брюшностеночная лапаротомия и многие влагалищные операции должны сопровождаться капельным переливанием крови. Кроме противошокового эффекта, трансфузия крови необходима для восполнения кровопотери во время операции при кровотечении из перерезанных сосудов и потери из системы кровообращения определенной массы крови, остающейся в удаляемых органах, например при больших по объему опухолях матки и придатков.

Методика и техника чревосечения у женщин

Операция вскрытия брюшной полости (чревосечение) может быть произведена двумя путями. Наиболее распространенным в настоящее время является брюшностеночное чревосечение, или лапаротомия (laparotomia), производимая путем разреза брюшной стенки. Влагалищное чревосечение: кольпотомия, кольпоцелиотомия (colpotomia, colpoceiotomia) — выполняется путем разреза влагалищного свода.

Хирург-гинеколог должен владеть техникой как брюшностеночного, так и влагалищного чревосечения, хотя последнее в настоящее время используется только при определенных показаниях и условиях у небольшого числа оперируемых больных.

Положение Тренделенбурга. Особенности расположения в глубине малого таза внутренних половых органов, прикрытых сверху сальником и кишечником, малая подвижность матки, не позволяющая вывести ее в брюшную рану, заставили хирургов искать наиболее удобного положения больной во время операции. Таким явилось наклонное положение с приподнятым тазом и опущенным головным концом операционного стола (положение Тренделенбурга). Благодаря такому положению при наклоне туловища под углом 30—45° и более по отношению к горизонтальной плоскости (при операциях по поводу рака матки) кишечные петли и сальник отходят в верхний отдел брюшной полости и органы таза становятся хорошо видимыми и доступными для хирургического вмешательства под контролем зрения. Для того чтобы больная не соскальзывала в силу тяжести к головному концу операционного стола, ножной конец его отгибают на 45—50° и большую укладывают на столе с согнутыми в коленях ногами. Простыней, свернутой в виде полосы, полотенцами или широкими

полотняными бинтами ноги больной привязывают к столу в области голеностопных суставов и выше колена. Концы бинтов завязывают у края стола. Иногда пользуются напличниками, прикрепляя их винтами к головному концу стола. Напличники должны иметь мягкую подстилку, чтобы предупредить чрезмерное давление на плечи больной. Левую руку больной фиксируют в вытянутом вдоль туловища положении при помощи широкого полотняного бинта, подведенного под спину и привязанного к правому краю операционного стола. Правую руку укладывают на специальный столик для внутривенных вливаний.

Тренделенбургское положение далеко не безразлично для состояния больной. Поэтому, как только в нем минует необходимость, следует переводить больную в горизонтальное положение на операционном столе. Переводить больную из горизонтального положения в наклонное и обратно нужно медленно, избегая резких рывков, чтобы организм мог постепенно приспособиться к изменению положения.

Положение Тренделенбурга противопоказано при наличии в брюшной полости асцита, крови, гноя, содержимого кистомы, так как возможно затекание жидкости в брюшинные карманы у печени и селезенки, увеличивается опасность распространения инфекции или элементов злокачественной опухоли. Скопление кровяных сгустков в брюшинных карманах замедляет процесс выздоровления при внематочной беременности и других заболеваниях. Только после удаления жидкости из брюшной полости можно перевести больную в положение с приподнятым тазом.

В процессе зашивания брюшины больную переводят в горизонтальное положение, чтобы органы брюшной полости (кишечник, сальник и др.) заняли нормальное положение и из брюшной полости вышел избыток воздуха, попавший туда во время операции.

Тренделенбургское положение особенно сказывается на функциях сердечно-сосудистой системы и дыхания. Данные литературы и клинические наблюдения указывают на изменения дыхания, пульса, артериального и венозного давления у больных, лежащих на столе с опущенным головным концом. Под действием силы тяжести происходит смещение брюшных органов к диафрагме; при этом затрудняется ее движение и уменьшается глубина дыхания. Введение тампонов, отодвигающих брюшные органы от органов малого таза, еще больше ограничивает дыхательные движения диафрагмы. Тренделенбургское положение приводит к увеличению венозного притока крови к сердцу под действием силы тяжести (гидростатический эффект). Inglis и Brooke (1956) считают, что при наклоне головного конца операционного стола у больных под действием силы тяжести венозный отток крови от мозга к сердцу затруднен. Образуется застой крови и происходит замедление кровотока в головном мозге. Lucas и Milne (1953), а также И. С. Жоров (1964) полагают, что у больных в тренделенбургском положении развивается дыхательный ацидоз в результате ухудшения вентиляции легких.

У здоровых людей в тренделенбургском положении А. П. Зильбер (1961) отмечал урежение пульса и незначительное увеличение систолического давления при неизменном диастолическом и рассматривал эти изменения гемодинамики как ее улучшение.

Хорошо известно, что при гиповолемии в результате кровопотери, шока и коллапса положение с опущенным головным концом стола является целесообразным и обычно с успехом используется в акушерско-гинекологической практике. Однако улучшение кровообращения при гиповолемии наблюдается до тех пор, пока сердце справляется с притекающим объе-

мом крови; при нарушенной сердечной деятельности указанное положение больной может привести к ухудшению гемодинамики. Внешнее дыхание при тренделенбурговском положении ухудшается, и тем больше, чем длительнее операция. Исходя из этого, положение Тренделенбурга считают противопоказанным лицам, страдающим сердечной недостаточностью, пожилым больным с резко выраженным склерозом сосудов головного мозга и больным с ограниченными дыхательными резервами.

Постуральные реакции кровообращения и дыхания у лиц пожилого и старческого возраста более выражены, труднее управляемы и поэтому опасны. Особенность постуральных реакций дыхания связана с наличием эмфизематозных изменений, увеличивающих остаточный воздух и снижающих жизненную емкость легких; чаще могут возникать гипоксемия и гиперкапния. Вследствие склеротических изменений стенок сосудов ухудшается регуляция величины просвета сосудов в старческом возрасте.

В венах головы и шеи нет клапанов, поэтому при положении Тренделенбурга застой крови в голове в сочетании с поражением сосудистой стенки и повышенной свертываемостью крови в старческом возрасте может приводить к нарушениям мозгового кровообращения. Фиброзные и склеротические изменения, эмфизема легких часто ведут к поражению правой половины сердца, что также снижает его приспособительные реакции и может вредно отразиться в случае увеличения венозного притока крови к сердцу при этом положении.

Плохо переносят тренделенбурговское положение тучные больные, поэтому у них следует применять его с большой осторожностью, только в случае крайней необходимости, стремясь к кратковременному его использованию и минимальному наклону головного конца стола.

Мало изучен вопрос о влиянии на организм положения Тренделенбурга при различных методах обезболивания. Глубокий наркоз (стадия III₃) при операциях в положении Тренделенбурга сопровождается резко выраженной гиповентиляцией, при которой глубина дыхания снижается более чем на 40% и при возврате больных в горизонтальное положение не достигает исходной величины. Постуральные изменения гемодинамики при глубоком наркозе извращены: минутный и ударный объемы снижаются, артериальное давление падает, венозное — резко возрастает, возникает тахикардия. Чем больше угол наклона стола, тем сильнее выражены нарушения гемодинамики (А. П. Зильбер, 1961).

Причину нарушений гемодинамики нельзя усматривать только в тренделенбурговском положении. Необходимо учитывать также изменение сосудистого тонуса и барорецепции под влиянием наркотиков.

При выраженном угнетении сосудистого тонуса во время глубокого наркоза гидростатический эффект проявляется сильнее, так как нарушается активное распределение крови в организме. При подобных условиях перевод больной из горизонтального положения в тренделенбурговское резко увеличивает венозный приток к сердцу, и если оно не успевает пропустить всю притекающую кровь в артериальную систему, происходит увеличение уровня венозного давления, измеренного в локтевой вене. Давление тем выше, чем глубже наркоз. В то же время при глубоком наркозе происходит снижение уровня артериального давления.

Следует учитывать и непосредственное действие глубокого наркоза на миокард, снижающее его компенсаторные возможности.

Таким образом, постуральные реакции кровообращения и дыхания резко выражены при положении больных с опущенным головным концом операционного стола и при глубоком наркозе. Чем больше угол на-

клона стола, тем сильнее выражены нарушения гемодинамики, которые при определенных условиях опасны.

Для нормализации кровообращения требуется принятие активных мер.

Применяя положение Тренделенбурга при спинномозговой анестезии, необходимо учитывать, что оно резко усиливает постуральные реакции кровообращения вследствие нарушения сосудистого тонуса.

А. П. Зильбер на основании своих клинико-физиологических исследований и наблюдений показал, что перевод в положение Тренделенбурга при местной анестезии и недлительном поверхностном наркозе сопровождается постуральными реакциями, которые проявляются в умеренном повышении артериального и венозного давления при незначительном урежении пульса. В этом случае наблюдается улучшение гемодинамики, связанное с увеличением венозного притока крови к сердцу. Незначительная артериальная и венозная гипотония и тахикардия могут наблюдаться в течение нескольких минут после возврата в горизонтальное положение. Минутный и ударный объем сердца увеличены и состояние гемодинамики может считаться удовлетворительным. Такой характер постуральных реакций объясняется тем, что при местной анестезии и поверхностном наркозе не нарушены компенсаторные, приспособительные реакции организма и он хорошо справляется с некоторыми расстройствами в системе кровообращения и дыхания, возникающими у больных в положении Тренделенбурга. Несколько иное положение создается при потенцировании наркоза нейроплегическими средствами или при сочетании нейроплегии с местной анестезией.

Нейроплегические препараты изменяют характер постуральных реакций. Если в положении Тренделенбурга при поверхностном наркозе или при местной анестезии наблюдается улучшение гемодинамики, то введение нейроплегических средств сопровождается иными явлениями. В результате угнетения барорецепции и сосудистого тонуса активное перераспределение крови и гемодинамика в значительной степени регулируются только благодаря работе сердца. Избыточный венозный приток нарушает деятельность сердца, ударный и минутный объемы снижаются. Вместо обычного повышения артериального давления наблюдается артериальная гипотония при выраженной венозной гипертонии. Возврат в горизонтальное положение вызывает уменьшение венозного притока крови к сердцу и нарушение периферического кровообращения.

Применяя в течение ряда лет при наркозе и местной анестезии аминазин в дозах от 25 до 50 мг, вводимых дробно и медленно, мы не наблюдали резкого извращения постуральных реакций со стороны гемодинамики и дыхания при положении больной с опущенным головным концом операционного стола. Однако, учитывая особенности многостороннего действия аминазина на организм и возможность ортостатического коллапса, мы строго индивидуализировали вводимые дозы препарата; перевод больной в положение Тренделенбурга и из него в горизонтальное осуществляли медленно, поэтапно, по возможности уменьшали угол наклона операционного стола; во время операции обеспечивали обильное насыщение крови кислородом, производили капельное вливание крови и кровозамещающих жидкостей. Одновременно вели тщательное наблюдение за постуральными реакциями дыхания и кровообращения с учетом их изменений при умеренной или поверхностной нейроплегии.

Достижения современного общего обезболивания позволяют успешно производить операции на органах малого таза при горизонтальном положении больной на столе.

При операциях в глубине малого таза положение Тренделенбурга является необходимым в случае применения масочного наркоза и местной анестезии. Однако, учитывая наличие при таком положении постуральных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания, особенно нежелательных у лиц пожилого и старческого возраста, при гипертонической болезни, кардиосклерозе, болезнях сердца и у тучных больных необходимо ограничивать время пребывания в таком положении и угол наклона операционного стола. Сердечная недостаточность, выраженный склероз сосудов мозга, гипертоническая болезнь с высокими цифрами артериального давления, нарушения дыхания являются противопоказаниями к применению положения Тренделенбурга.

При отсутствии противопоказаний не следует увеличивать угол наклона стола более чем на 30° и нужно стремиться сократить время пребывания больной в этом положении до минимума, тщательно наблюдая за ее состоянием, особенно за гемодинамикой и дыханием.

Достижения современного общего обезболивания и внедрение в практику гинекологических учреждений эндотрахеального наркоза позволяют успешно оперировать на органах малого таза в горизонтальном положении больной на столе, так как релаксация брюшной стенки и диафрагмы позволяет легко сместить кишечник и сальник в верхний отдел брюшной полости. Лишь иногда при оперировании в глубине малого таза возникает необходимость кратковременно наклонить операционный стол на $10-15^\circ$.

Методика и техника брюшностеночного чревосечения

При брюшностеночном чревосечении хирург стоит слева от больной и производит разрез правой рукой от симфиза по направлению к пупку. Подобное положение хирурга наиболее удобно при операциях на органах малого таза. Первый ассистент становится прямо против хирурга. В его задачу входит активная помощь хирургу: он вытирает кровь, помогает лигировать сосуды, поддерживает пинцетом ткани при их отсепаровке и т. п. Второй ассистент стоит рядом с первым, ближе к ножному концу стола, и его основной задачей является раздвигание раны брюшной стенки с помощью крючков, зеркал и подъемников; кроме того, он удерживает в определенном положении тот или иной орган (матку, яичник) или их опухоли, захваченные зажимами.

Стол с инструментами и другими материалами находится по правую руку хирурга. Операционная сестра должна стоять за своим столом лицом к операционной ране. При таком положении она может следить за ходом операции и своевременно подавать все необходимое.

Большое значение имеет правильное размещение на столе инструментария. На ближнем к хирургу конце стола раскладываются отдельными группами короткие и длинные зажимы, скальпель, ножницы, далее иглодержатели, иглы, шовный материал, зеркала, запасные инструменты, а на противоположном конце — марлевые салфетки и шарики, прикрытые стерильной простыней. Если операционная сестра раскладывает в определенном порядке инструментарий и материал, а также следит за этим порядком на своем столе в процессе операции, добавляя и заменяя необходимые инструменты при их загрязнении, то это способствует планомерному выполнению оперативного вмешательства.

У головного конца операционного стола размещается наркозный аппарат и стоит анестезиолог, который обеспечивает проведение общего обезболивания и контроль за состоянием больной. У столика, на котором лежит правая рука больной, находится помощник анестезиолога (сестра или врач), который по его указанию начинает и продолжает в течение всей операции внутривенное введение жидкостей, лекарственных веществ и крови, помогает при ведении наркоза.

Освещение операционного поля лучше всего осуществляется бестеневой лампой, подвешенной к потолку над операционным столом. С целью освещения тазовых органов лампе придается наклонное положение. При недостаточном освещении или вместо подвесной лампы могут быть использованы рефлекторы, свет которых направляют на область операционного поля.

Подготовка операционного поля. В операционную больная доставляется из предоперационной, где ей выпускают мочу катетером, сбрасывают волосы на лобке, надевают стерильную рубашку, на голову — косынку, под которую подбирают волосы. Больную, доставленную в операционную на каталке, укладывают на операционный стол, покрытый стерильной теплой простыней, на ноги надевают стерильные полотняные чулки.

Кожу брюшной стенки для удаления грязи и обезжиривания протирают тупферами, смоченными бензином или эфиром, затем вытирают сухим тупфером, после чего дважды протирают спиртом (70°) и смазывают 5% йодной настойкой. Особое внимание следует уделять обработке пупка.

Кожу дезинфицируют далеко за пределами предполагаемого разреза. Границы области дезинфекции брюшной стенки вверху находятся выше пупка на 5—6 см и более, а внизу заходят на переднюю поверхность бедер. Дезинфекцию брюшной стенки начинают с области предполагаемого разреза, а затем все более удаляются к периферии. Второй раз подготовка операционного поля проводится в той же последовательности, выполняется тщательно и бережно. При смазывании нужно следить, чтобы йод не затекал на кожу спины, крестца и в паховые складки больной, так как это может вызвать в послеоперационном периоде болезненный дерматит.

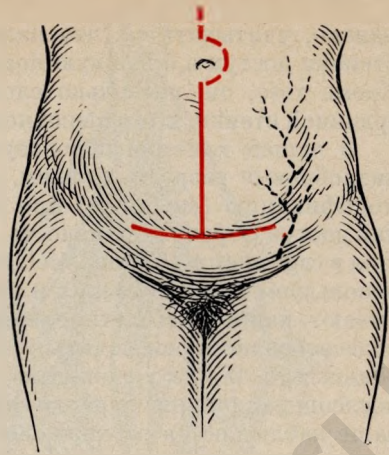
После дезинфекции операционного поля живот покрывают стерильными простынями и полотенцами. Одной простыней закрывают ноги и таз до верхнего края лона, а другой — верхнюю половину туловища с головой. Пупок оставляют открытым для ориентировки при проведении разреза. После этого с каждой стороны кладут пеленки или широкие полотенца, ограничивая область разреза. Простыни и полотенца (пеленки) скрепляют цапками, причем они остаются под отогнутыми краями пеленок, лежащих сбоку. Целесообразно еще положить по сложенному вдвое полотенцу выше и ниже открытого операционного поля, так как эти области быстро загрязняются в процессе хирургического вмешательства кровью и другими жидкостями, вытекающими из брюшной полости. Смена этих полотенец производится быстро и обеспечивает необходимую чистоту в окружности операционной раны.

Разрезы брюшной стенки

В гинекологической практике при брюшностеночном чревосечении чаще всего применяют продольные разрезы брюшной стенки по средней линии на протяжении от лона до пупка (рис. 36). В части случаев разрез, начатый от лона, продолжают выше пупка, обходя его слева. Размер разреза зависит от характера и сложности оперативного вмешательства,

Рис. 36.

Продольный и поперечный (надлобковый) разрезы брюшной стенки. Пунктиром показано направление продольного разреза по средней линии при удлинении его выше пупка.



но разрез всегда должен быть достаточной величины, чтобы хорошо было видно операционное поле и не затруднялись манипуляции хирурга. Малый разрез не только усложняет работу хирурга в глубине брюшной полости, но и создает опасность повреждения органов и тканей из-за плохого обзора. При стремлении хирурга к неоправданному уменьшению величины разреза часто нарушается асептика и оперативное вмешательство превращается в грубый акт, наносящий вред больной и не дающий удовлетворения хирургу.

Из сказанного, конечно, не следует, что разрезы брюшной стенки должны быть всегда большими. Чрезмерно большой разрез способствует охлаждению и высушиванию обнаженных кишечных петель, которые к тому же нередко выпячиваются в рану, а их вправление, особенно многократное, может сопровождаться травмированием серозной оболочки кишок.

В гинекологической практике есть операции, требующие разрезов сравнительно малой величины (вентросуспензия и вентрофиксация матки, простая киста яичника и т. п.). При других операциях (например, при удалении больших злокачественных опухолей матки и яичников) приходится вести разрез значительно выше пупка.

Продольный срединный разрез прост по технике, производится быстрее, ткани меньше травмируются, кровотечение бывает незначительным. Этот разрез создает хороший доступ к органам таза, облегчает манипуляции при оперативном вмешательстве в глубине таза, осуществляемые под контролем зрения. В сложных случаях, при больших опухолях, особенно злокачественных, продольный разрез легко можно увеличить, продолжив его выше пупка.

Для малоопытного хирурга продольный срединный разрез является наиболее подходящим при любых условиях.

Недостаток продольного разреза — более частое возникновение послеоперационных грыж, чем при поперечном надлобковом разрезе, особенно при нагноении в области операционной раны.

Некоторые гинекологи (М. С. Александров и др.) применяют почти при всех операциях поперечный надлобковый разрез (см. рис. 36), что, по нашему мнению, не всегда оправдано.

Преимущества поперечного разреза над лоном хорошо известны: шов более прочен, так как различные слои тканей рассекаются в противоположных направлениях, и дает хороший результат в косметическом отношении, оставаясь в дальнейшем почти незаметным.

Поперечный надлобковый разрез уместен при небольших и несложных оперативных вмешательствах: простой и дермоидной кисте яичника, небольших по величине подвижных фибромиомах матки и т. п. Приходится,

однако, учитывать то, что надлобковый разрез ограничивает в известной степени доступ в брюшную полость, его трудно при надобности расширить. Кроме того, он несколько сложнее, чем срединный продольный разрез брюшной стенки, и его выполнение требует некоторого навыка.

В нашей клинике используются как продольный, так и поперечный надлобковые разрезы, причем, производя последний, мы применяем нашу модификацию (см. ниже) при разрезе апоневроза и получаем более широкий доступ в брюшную полость, чем при типичном разрезе, который предложил в свое время Pffannenstiel. Обычно надлобковый поперечный разрез мы используем при небольших и несложных операциях. Кроме того, как показывают наши многолетние наблюдения, поперечный надлобковый разрез целесообразно производить у ослабленных, истощенных (при кахексии) больных, а также у пожилых и тучных женщин, так как у последних в послеоперационном периоде при продольных разрезах брюшной стенки чаще наблюдаются расхождение швов раны, эвентрации и грыжи. При поперечном надлобковом разрезе у больных указанной группы мы не наблюдали эвентраций и послеоперационных грыж. У тучных женщин при разрезе по надлобковой складке толщина брюшной стенки обычно значительно меньше, чем при рассечении тканей по белой линии, и доступ в брюшную полость получается достаточным для операций, не требующих очень широкого доступа, на что указывалось выше.

Продольный разрез в большинстве случаев производят от верхнего края лона до пупка. Длина разреза зависит от характера операции. Кожу фиксируют пальцами левой руки над лоном и по средней линии острым скальпелем рассекают ее и подкожножировую клетчатку. При жирной брюшной стенке клетчатка не всегда разрезается до апоневроза, особенно в верхнем и нижнем углах раны. Поэтому подкожную клетчатку рассекают добавочно на таком же протяжении, как и кожу, чтобы рана не приняла форму воронки. После этого жировую клетчатку осторожно отсепа- ровывают от апоневроза, чтобы обнажить белую линию и прилегающие к ней участки апоневроза прямых мышц живота.

Обнаженный участок апоневроза в поперечнике составляет 3—4 см, что облегчает дальнейшие манипуляции в ране, особенно при обильном развитии клетчатки.

Кровоточащие сосуды захватывают зажимами и перевязывают тонким кетгутом. Тщательный гемостаз при рассечении кожи и подкожной жировой клетчатки обеспечивает не только «чистоту» раны во время операции, но и хорошее заживление в послеоперационном периоде.

Сменив после разреза кожи скальпель, рассекают апоневроз, отступя от средней линии влево на 0,5—1 см. Нужно обращать внимание на то, чтобы не поранить мышцу, расположенную под апоневротическим листком. Разрез можно произвести, особенно при тонкой брюшной стенке, и иначе. Сначала скальпелем делают небольшой разрез апоневроза в средней части раны, а затем, поддерживая край разреза хирургическими пинцетами, продолжают его с помощью ножниц. Но как бы ни производился разрез апоневроза, он должен быть такой же величины, как и кожный, чтобы рана не превращалась в воронку.

При разрезе апоневроза обычно вскрывают передний листок влагалища одной из прямых мышц. Концами сомкнутых ножниц отодвигают эту мышцу в сторону, обнажая при этом ее медиальный край (рис. 37). Отделять мышцу следует у верхнего угла раны, так как в области пупка прямые мышцы несколько расходятся и ширина белой линии составляет 18—20 мм, суживаясь книзу до 2 мм. При отодвигании мышцы сухожиль-

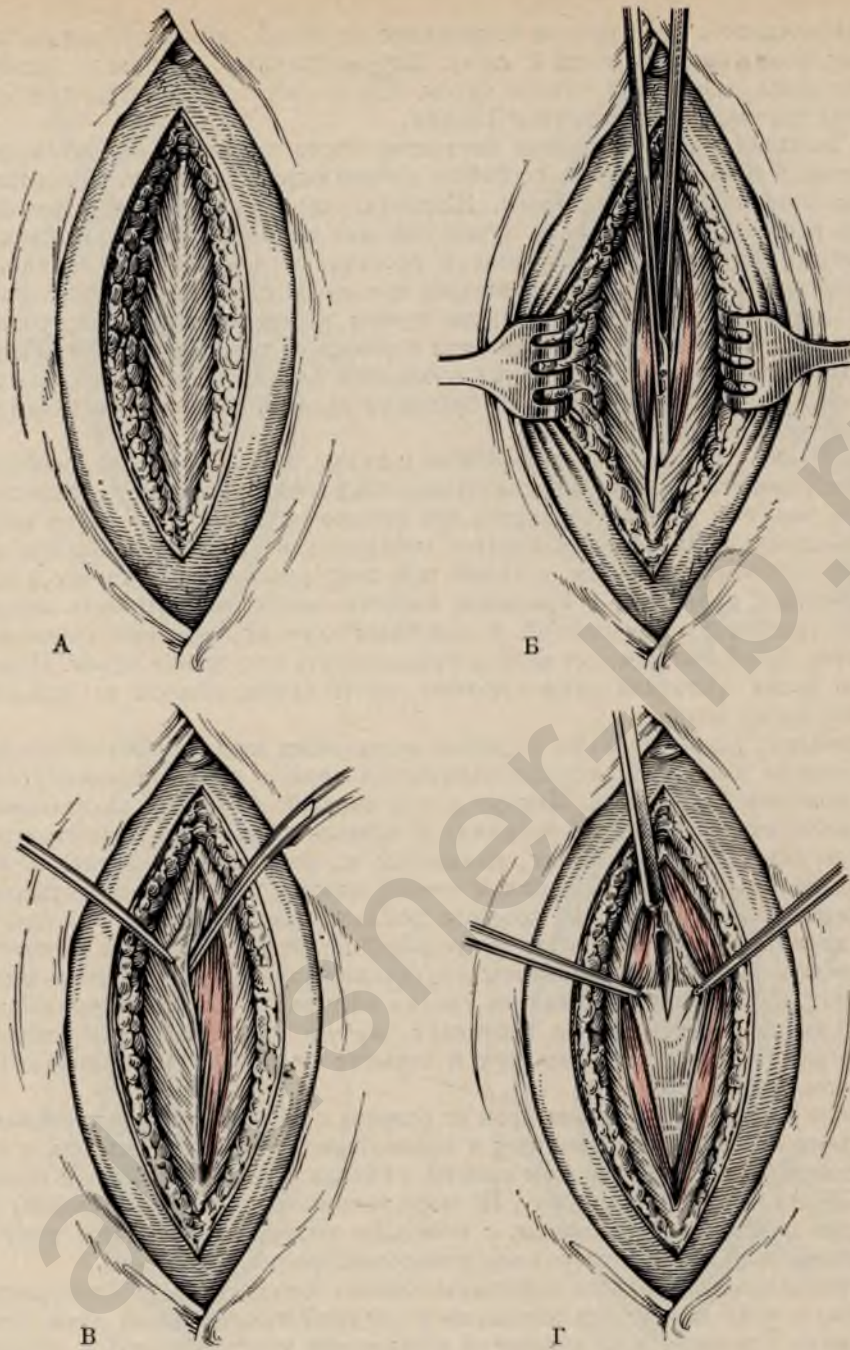


Рис. 37. Продольный разрез брюшной стенки. Разрез кожи и жировой клетчатки (А), рассечение апоневроза (Б), отделение в сторону от белой линии прямой мышцы (В), вскрытие брюшины (Г).

ное соединение с апоневрозом натягивают по белой линии и бережно надсекают, идя в направлении к лону. Пирамидальные мышцы в нижнем отделе раны раздвигают тупым путем. После этого обнажается предбрюшинная клетчатка и поперечная фасция.

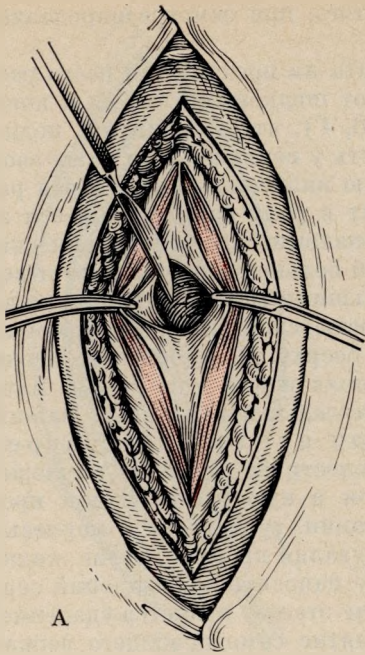
У женщин предбрюшинная клетчатка часто достигает значительного развития и может мешать, особенно начинающему хирургу, ориентироваться при вскрытии брюшины. Жировую клетчатку вместе с фасцией можно рассечь ножом. Однако лучше сначала приподнять тонкую фасцию пинцетом под контролем зрения и рассечь ее ножницами, начиная с верхней трети разреза по направлению к лону. После этого жировая клетчатка легко может быть отодвинута тупым путем в сторону от средней линии; при этом обнажается брюшина и разрез ее не представляет затруднений. У тучных женщин следует соблюдать большую осторожность, так как сначала жир мешает, а затем брюшная полость оказывается вскрытой раньше, чем это предполагалось.

Брюшину следует вскрывать ближе к пупку, так как нередко, особенно при фибромиомах матки, межсвязочных опухолях придатков и неопорожненном мочевом пузыре верхушка его высоко поднята и его легко поранить. Большую осторожность следует соблюдать во время разреза брюшины при вздутом кишечнике, а также при повторных чревосечениях и воспалительных процессах в брюшной полости, чтобы не разрезать стенку кишки, сращенную с брюшиной. В подобных случаях приходится начинать вскрытие брюшины там, где можно предполагать отсутствие спаек. Нередко при таких условиях разрез делают выше пупка, выходя за пределы бывшего ранее разреза.

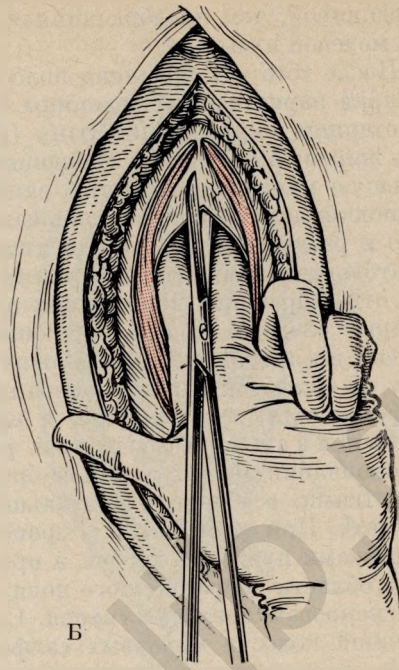
Брюшину вскрывают при хорошей релаксации мышц брюшной стенки или, если не применяется эндотрахеальный наркоз, при тренделенбурговском положении больной. Хирург и его первый ассистент захватывают анатомическими пинцетами брюшину и приподнимают ее в виде складки, которую осторожно рассекают скальпелем на небольшом участке. Чтобы не прихватить вместе с брюшиной стенку кишки, брюшину захватывают анатомическими пинцетами, которые должны находиться на расстоянии 2 см друг от друга. При этом целесообразно, чтобы хирург и ассистент поочередно переложили пинцеты, захватывающие и приподнимающие брюшину. Если была прихвачена стенка кишки, то во время указанной манипуляции, когда хирург отпускает взятую им в пинцет брюшину, кишка выскользывает из пинцета и отходит от брюшины, приподнятой пинцетом помощника.

После вскрытия брюшины края ее разреза с обеих сторон захватывают длинными зажимами, раздвигают и продолжают разрез скальпелем, а затем ножницами под контролем зрения, сначала по направлению к пупку (рис. 38, А), а потом к симфизу. По мере увеличения разреза брюшины на его края накладывают зажимы, с помощью которых раздвигают рану и производят дальнейший разрез под контролем зрения.

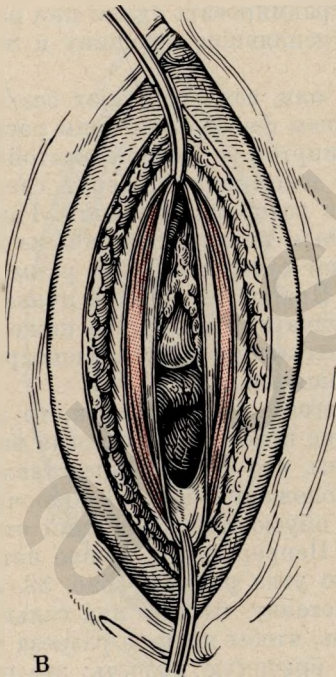
Первоначальный разрез брюшины можно продолжить и следующим образом: в рану вводят указательный и средний пальцы левой руки, приподнимают брюшину и рассекают ее ножницами между пальцами, отодвигаями сальник и кишечные петли (рис. 38, Б). Расширяя разрез брюшины по направлению к лону, следует всегда помнить о мочевом пузыре. Поэтому необходимо, подтягивая с обеих сторон пинцетами или зажимами брюшину, рассекать ее лишь до тех пор, пока она просвечивает, отодвигая при этом замкнутыми ножницами рыхлую предбрюшинную клетчатку. Следует учитывать, что предпузырная клетчатка более плотно соединена



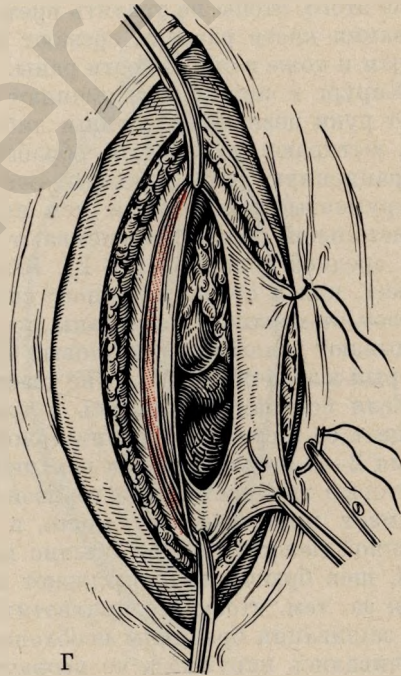
А



Б



В



Г

Рис. 38. Продольный разрез брюшной стенки. Брюшина вскрыта скальпелем (А) и разрез ее продолжен с помощью ножниц (Б); верхний и нижний углы разреза брюшины взяты зажимами (В) и подшиты к краю кожного разреза и салфеткам (Г).

с брюшиной, чем предбрюшинная. Кроме того, при осмотре определяется сам мочево́й пузырь.

После того как брюшная полость вскрыта на протяжении всего разреза, края париетальной брюшины подшивают шелковыми швами к коже и полотенцам, окружающим рану (рис. 38, В, Г), чтобы защитить подкожную жировую клетчатку. В брюшную полость у верхнего угла раны вводят большую марлевую салфетку, защищающую кишечные петли. Края раны приподнимают согнутыми пальцами, вводят в рану самодержашее зеркало и раздвигают ее. Хирург тщательно знакомится с топографическими и патологическими соотношениями у данной больной и отгораживает верхний отдел брюшной полости еще двумя большими марлевыми салфетками, которые следует вводить в брюшную полость, складывая их гармошкой, причем последняя складка должна лежать сверху. Целесообразно вводить одну из салфеток в центр операционного поля и две — по бокам. Концы салфеток остаются снаружи, и на них накладывают длинные зажимы.

З а ш и в а н и е б р ю ш н о й р а н ы п р и п р о д о л ж н о м р а з р е з е. По окончании манипуляций в брюшной полости ее осушают марлевыми салфетками, особенно в ректально-маточном и пузырно-маточном пространствах. При этом, как и в процессе операции, тушферами и марлевыми салфетками нужно не тереть, а промокать, удаляя кровь и другие жидкости из области операционного поля, чтобы не наносить повреждений серозным покровам органов и тканей. Следующим этапом является удаление из брюшной полости марлевых салфеток и снятие самодержашего зеркала.

На края разрезов брюшины накладывают по 2—3 зажима и только после этого, чтобы не тратить времени и не травмировать ткани при разыскивании краев разреза, срезают швы, прикреплявшие брюшину к полотенцам и коже в окружности раны.

Хирург и помощники сменяют перчатки или, если работают без них, моют руки дезинфицирующим либо стерильным физиологическим раствором, вытирают их насухо, обрабатывают спиртом и йодной настойкой. Операционную рану обкладывают свежими полотенцами, берут свежие инструменты, заменяя все, чем пользовались во время операции. Разрез париетальной брюшины зашивают непрерывным петлистым швом из кетгута средней толщины (№ 2). Швы начинают с верхнего угла раны (от пупка), идя в сторону лонного сочленения. При разрезе выше пупка на отрезок от верхнего угла раны до уровня пупка или несколько ниже накладывают узловатые кетгутовые швы, захватывающие и края апоневроза, который в этой области плотно соединен с брюшиной.

Если больная находилась в тренделенбурговском положении, то возвращать ее в строго горизонтальное положение целесообразно после наложения 2—3 стежков шва в верхнем углу раны, что нередко представляет некоторые трудности. При горизонтальном положении больной кишечник занимает присущее ему место, а сальник опускается в нижний отдел брюшной полости, где он обычно находится. Непрерывный, лучше петлистый, шов брюшины продолжают до нижнего угла разреза (рис. 39, А), следя за тем, чтобы не прихватить в шов стенку кишки или сальник. При зашивании брюшины необходимо следить, чтобы края ее разреза выворачивались наружу, а не вворачивались в брюшную полость; это предупреждает в известной степени сращения с передней брюшной стенкой. Если кишки выпячиваются в рану, их следует удерживать с помощью широкого шпателя («подопшвы») или марлевого тушфера (на корнцанге). Мы при этом нередко применяем следующий прием: хирург вводит в брюшную полость два или три пальца левой руки, оттесняя ими кишеч-

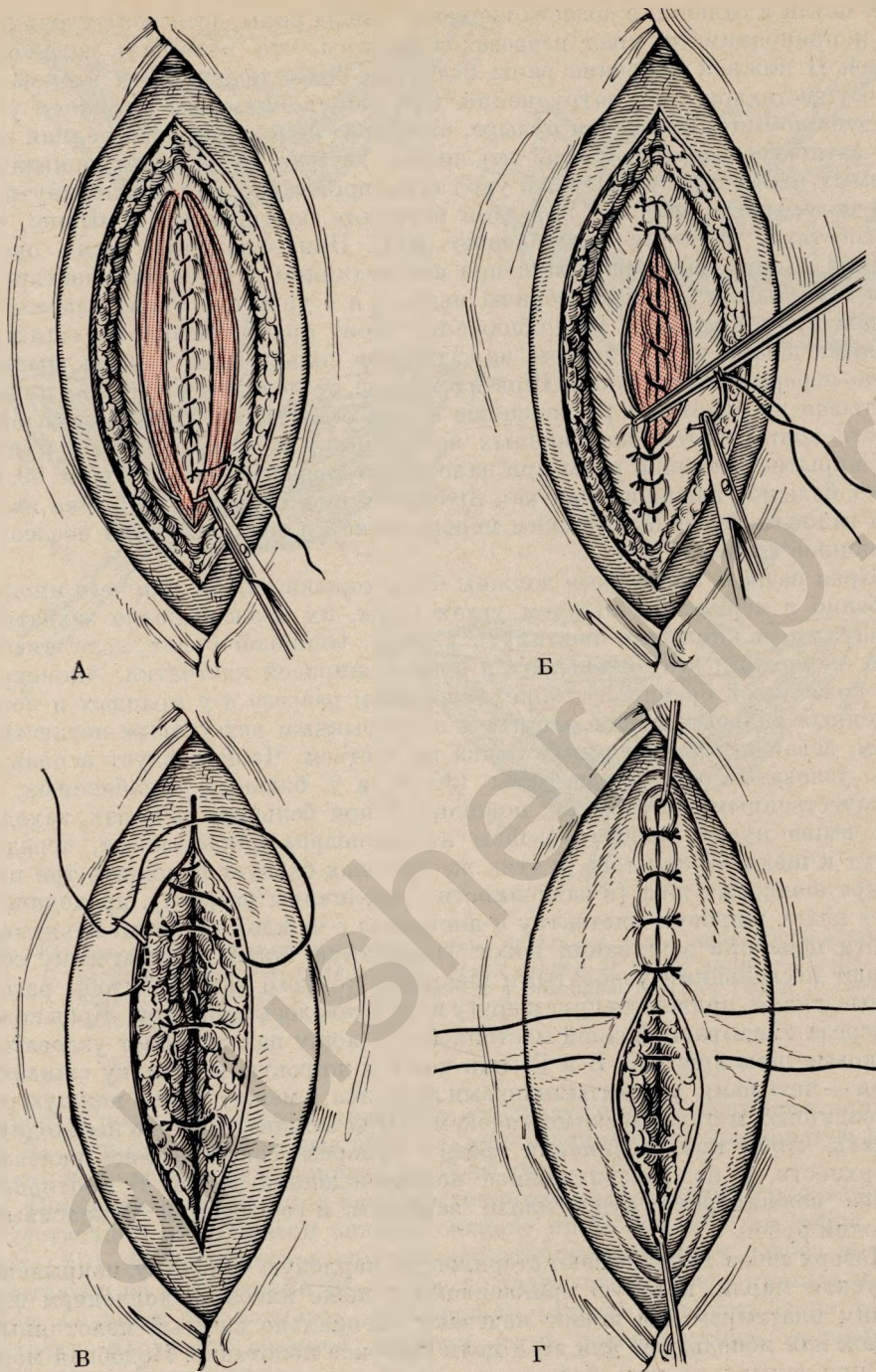


Рис. 39. Послойное зашивание продольного разреза брюшной стенки.
 А — брюшины; Б — прямых мышц живота и апоневроза; кожи (после наложения швов на клетчатку) непрерывным подкожным кетгутовым швом (В) или наложением на кожу шелковых швов (Г).

ные петли и сальник в область верхнего отдела раны, ассистент удерживает и приподнимает края разрезов брюшины, что облегчает наложение швов. В нижней половине раны брюшина более подвижна и зашивание ее осуществляется без затруднений. При зашивании раны в нижнем углу следует помнить о мочевом пузыре, чтобы его не прошить. Последний шов мы затягиваем петлей и этой же ниткой кетгута производим зашивание прямых мышц живота. Первый укол иглы производят со стороны внутренней поверхности мышцы, при этом брюшину подтягивают к мышце, что способствует лучшему заживлению раны. При обнажении лишь одной прямой мышцы, как это бывает при внесрединном рассечении апоневроза, шов захватывает с одной стороны мышцу, а с другой — ткань влагалища второй прямой мышцы. При обнажении обеих прямых мышц их сшивают редкими швами друг с другом, не затягивая сильно швы, так как мышцы легко перерезаются ниткой. Шов на мышце не доводят до уровня пупка; учитывая их некоторое расхождение в этой области, не следует связывать вместе концы нитей, наложенных на брюшину и мышцу вблизи пупка.

Закрытие брюшной раны при наложении швов на апоневроз (рис. 39, Б) имеет большое значение, так как прочность апоневротического шва является важным профилактическим мероприятием в возникновении послеоперационной грыжи.

Края разреза апоневроза должны быть хорошо видны, для чего иногда, особенно в верхнем и нижнем углах раны, их целесообразно захватить зубчатыми зажимами и подтянуть в рану. Ошибкой будет, если вместо края апоневроза иглу вкалывать в пласты жировой клетчатки. Апоневроз при податливой брюшной стенке, небольшом разрезе и у молодых и истощенных больных можно зашить и непрерывным кетгутовым петлистым швом, делая петли через два стежка на третьем. Чаще следует использовать узловатые кетгутовые швы (№ 3), а у больных ослабленных, со злокачественными опухолями, пожилых и при больших разрезах, заходящих выше пупка, узловатые швы на апоневроз накладывают, чередуя кетгут и шелк. Кроме того, у этих же больных следует наложить три или четыре шелковых шва (в зависимости от величины разреза), проходящих через кожу, жировую клетчатку и апоневроз с каждой стороны. Завязывают эти швы при зашивании кожи. Подкожную жировую клетчатку соединяют несколькими узловатыми швами из тонкого кетгута, чтобы рассеченные ткани прилегли друг к другу и не оставалось карманов. Края кожи у разреза смазывают йодной настойкой. На кожу накладывают узловатые шелковые швы (рис. 39, В и Г) или кожу и жировую клетчатку сшивают тремя — четырьмя узловатыми швами из шелка, а между ними кожную рану соединяют металлическими скобками. При зашивании кожи необходимо следить, чтобы при соединении краев ее разреза соприкасались раневые поверхности, а не завернувшаяся неповрежденная кожа. В противном случае кожная рана будет плохо заживать и образуется некрасивый, широкий рубец.

Поверх швов накладывают стерильную марлевую салфетку, покрывают ее куском марли, которую приклеивают к коже клеолом, коллодием или липким пластырем. На живот надевают специально сшитый полотняный бандаж или используют для этой цели широкое полотенце. Подобная мера особенно оправдана при больших разрезах, у пожилых и ослабленных больных, так как способствует уменьшению напряжения в области швов при входе, кашле, движениях и т. п.

Металлические скобки снимают на 7-й день, шелковые швы — на 8-й день после операции. У истощенных, ослабленных, тучных и пожилых

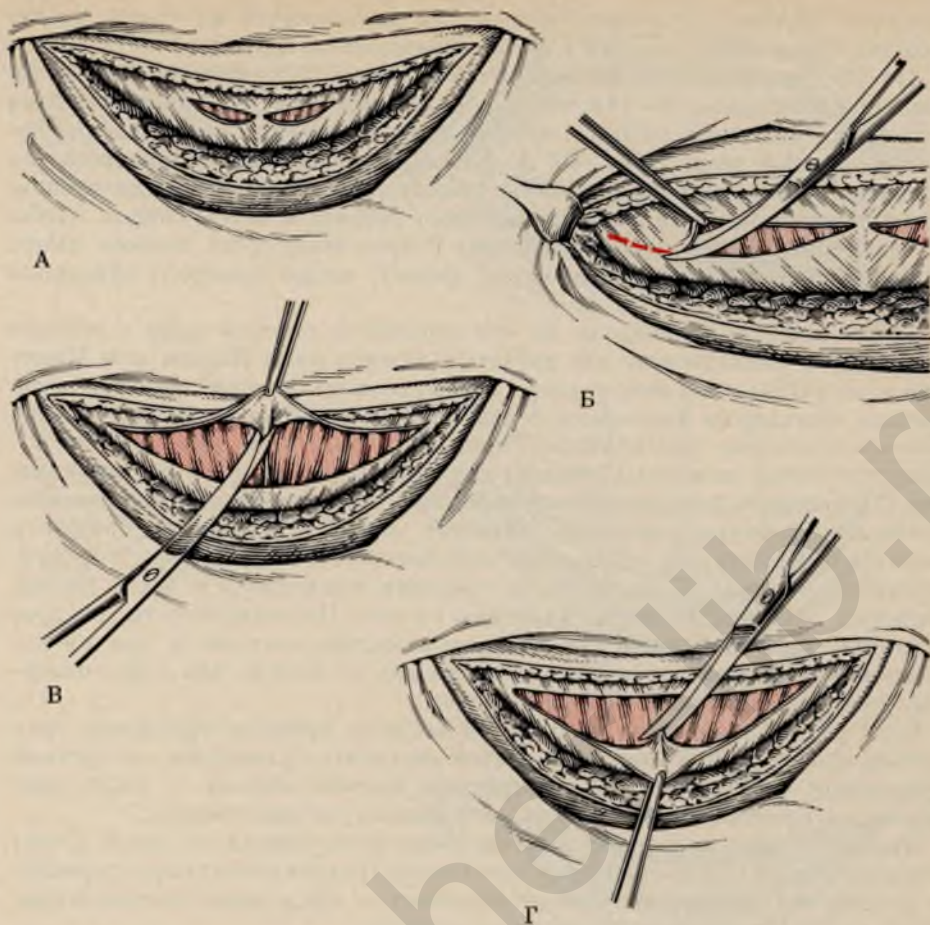


Рис. 40. Поперечный разрез брюшной стенки. Рассечена кожа, подкожная клетчатка и сделаны надрезы апоневроза с обеих сторон от белой линии (А и Б). Апоневроз по средней линии отделяется с помощью ножниц (В) и от пирамидальных мышц (Г).

больных шелковые швы снимают не все сразу, причем начинают снимать на 9—10-й день, а основные швы, захватывающие кожу, подкожную клетчатку и апоневроз, задерживают до 11-го дня.

Поперечный разрез при брюшностеночном чревосечении производят по естественной надбровковой кожной складке примерно на 3 см выше лона (рис. 40). В большинстве случаев достаточным является разрез кожи и клетчатки на протяжении 10—12 см, до латеральных краев прямых мышц. При больших же размерах поперечного разреза перерезают не только веточки наружной срамной артерии, но и поверхностную надчревную артерию с обеих сторон.

Скальпелем рассекают кожу и жировую клетчатку до апоневроза. Производят тщательный гемостаз, лигируя многочисленные сосуды тонким кетгутом. Особенно важно хорошо лигировать сосуды в правом и левом углах раны; при значительной пульсации перерезанных сосудов

их лучше перевязывать при обкалывании окружающей их ткани, предупреждая образование гематом в послеоперационном периоде.

По обе стороны от белой линии скальпелем разрезают апоневроз до мышц на протяжении 3—4 см, через образовавшиеся отверстия изогнутыми ножницами удлиняют разрез в одну и другую сторону соответственно величине кожной раны (рис. 40, А, Б). При рассечении апоневроза его отслаивают от подлежащей мышцы сомкнутыми ножницами или небольшим тупфером по линии предполагаемого разреза и затем следят, чтобы не травмировать при разрезе мышцы. Разрез апоневроза должен иметь несколько изогнутую (дугообразную) форму, концы которого обращены вверх.

После разреза апоневроза на его верхний и нижний края в области белой линии накладывают два зубчатых зажима типа Кохера или Микулича и отслаивают апоневроз вверх и вниз от подлежащих прямых мышц. Сначала ножницами подсекают соединительнотканную прослойку между апоневротическими влагалищами прямых мышц (см. рис. 40, В, Г). При этом концы изогнутых ножниц должны быть обращены по направлению к мышцам и хирургу. Нужно следить, чтобы не высекать в апоневротическом лоскуте отверстий. Мышцы легко отслаиваются концами сомкнутых ножниц или с помощью небольшого туго сложенного тупфера. Отслаивать мышцы на большем протяжении приходится у белой линии, уменьшая отслойку по мере удаления от нее. По возможности следует сохранять перфорирующие веточки кровеносных сосудов, а при их повреждении обкалывать и перевязывать их как на мышце, так и на апоневрозе, чтобы в дальнейшем не было гематом.

Если разрез апоневроза приходится вести за пределы наружного края прямых мышц, то при этом приходится рассекать сухожилия внутренней и наружной косых мышц и поперечной мышцы живота, а мышечные волокна внутренней косой и поперечной мышц тупо расслаивать.

Прямые и пирамидальные мышцы легко разделяются по белой линии тупым путем. Тупыми крючками или специальными изогнутыми зеркалами раздвигают рану и вскрывают брюшину в продольном направлении, так же как при срединном продольном разрезе.

В течение многих лет мы применяем надлобковый разрез с дугообразным рассечением апоневроза выше уровня кожного разреза, что создает хороший доступ в брюшную полость по сравнению с типичным разрезом Пфанненштиля.

Разрез по надлобковой складке имеет дугообразную форму. Длина его в зависимости от характера операции колеблется от 8 до 10 см и более. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, разрез последней целесообразно проводить не перпендикулярно апоневрозу, а несколько косо в сторону пупка; при этом оставшуюся клетчатку на отрезке апоневроза у лона не отделяют от него, что уменьшает кровотечение из раны и способствует лучшему ее заживлению. После перевязки кровотокащих сосудов верхний край раны (кожу вместе с подкожной жировой клетчаткой) отделяют от апоневроза с помощью марлевого тупфера и ножниц на протяжении 4—5 см и отодвигают вверх в сторону пупка с помощью полукруглого зеркала или тупых широких крючков. Обнаженный апоневроз рассекают дугообразным разрезом, середина которого расположена в 5—6 см над лонем, а концы направлены вверх (рис. 41). После рассечения апоневроза по средней линии захватывают края разреза зажимами и с помощью ножниц или тупфера, зажатого в кориданг, отделяют апоневроз от подлежащих мышц вниз до лона и вверх до пупка. При этом пирамидальные мышцы

Рис. 41.

Разрез апоневроза в нашей модификации. Кожа с подкожной жировой клетчаткой отделена от апоневроза вверх на 4—5 см. Дугообразный разрез апоневроза производится на 5—6 см выше лона.

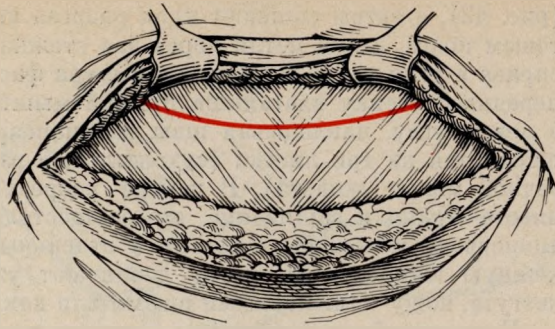
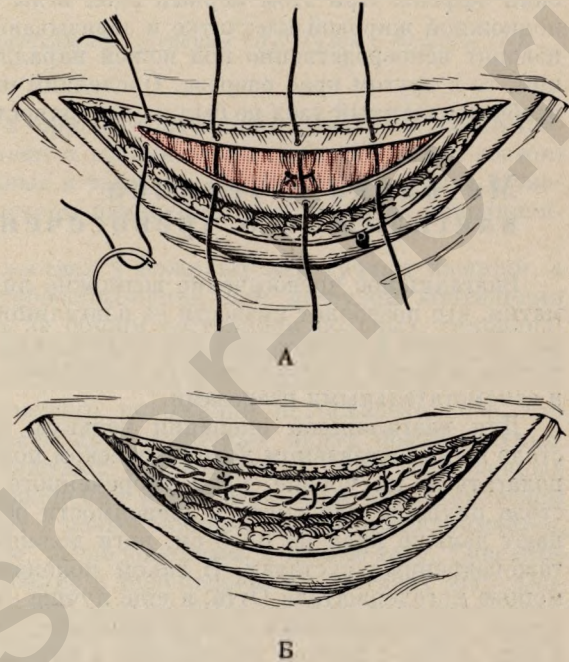


Рис. 42.

Послойное зашивание брюшины, мышцы и апоневроза (А и Б) при надлобковом поперечном разрезе.



остаются соединенными с нижним доскутом апоневроза. Апоневротическая ткань по средней линии глубоко вдается между прямыми мышцами в виде узкой полоски, ее необходимо подсекать изогнутыми ножницами, направляя концы их в сторону, противоположную апоневрозу, и следя за тем, чтобы не повредить его. Полукруглыми зеркалами или широкими тупыми крючками отсепарованный апоневроз отодвигают в сторону лона и пупка. Прямые мышцы разъединяют в продольном направлении с помощью пальцев. Брюшину рассекают в продольном направлении с теми же предосторожностями, что и при срединном разрезе брюшной стенки.

Зашивание брюшной раны при поперечном надлобковом разрезе. Брюшину и мышцы зашивают непрерывным кетгутовым швом, как и при продольном разрезе брюшной стенки, апоневроз — в поперечном направлении. На апоневрозе первый узловатый шов из кетгута накладывают по середине разреза и два таких же шва — по бокам

(рис. 42), а затем сшивают края разреза апоневроза непрерывным кетгутовым швом, делая петли через два стежка. Непрерывный шов начинают справа в углу раны, захватывая все три фасциальных листка, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, и заканчивают его в левом углу, накладывая швы на апоневроз, который здесь также расщепляется на три листка (сухожильные расширения двух косых и поперечной мышц живота). В центре разреза апоневроз имеет вид одного пласта ткани и зашивание его осуществляется легко и просто. Разрез апоневроза может быть зашит и отдельными кетгутowymi швами. Подкожную жировую клетчатку зашивают узловатыми швами из тонкого кетгута, кожу — шелковыми швами или накладывают скобки.

При надлобковом разрезе с успехом можно применять подкожный непрерывный шов из тонкого кетгута, который дает прекрасный косметический эффект. При этом первый вкол иглы делают в правом углу раны в подкожной жировой клетчатке и завязывают узел. Затем вколы иглы производят непосредственно под кожей параллельно ее поверхности то в одном, то в другом крае разреза. Последний шов нужно наложить поглубже, чтобы завязанный узел не был на поверхности кожи.

Методика и техника влагалищного чревосечения

Влагалищное чревосечение возможно лишь при хорошей подвижности матки, что позволяет низвести ее влагалищную часть ко входу во влагалище. Важным условием при указанном виде чревосечения является достаточная ширина и растяжимость влагалища, хотя этого можно достигнуть и вспомогательными разрезами.

Для влагалищной операции больную укладывают на операционном столе в так называемом литотомическом положении: ягодицы должны располагаться на уровне края укороченного операционного стола (часть стола опущена или снята в зависимости от его конструкции) или выступают дальше края на 6—8 см, ноги должны быть согнуты в коленных и тазо-бедренных суставах. В таком положении ноги удерживаются с помощью ногодержателя Отта, а еще лучше — с помощью специальных подставок, прикрепляемых к операционному столу. Очень удобны подставки в виде лотка с мягкой подстилкой, в котором хорошо укладывается верхняя часть голени.

Бедра должны быть согнуты под углом к животу, но не прижаты к нему, чтобы не ограничивать экскурсий диафрагмы, не стеснять грудную клетку и не снижать жизненную емкость легких.

Наш многолетний опыт показывает, что такое положение при влагалищных операциях больные переносят значительно лучше, чем положение Тренделенбурга. По данным А. П. Зильбера (1961), поструральные реакции дыхания и кровообращения при сохранении компенсаторных механизмов организма не сопровождаются нарушением кровообращения и дыхания.

Учитывая, что более выраженные изменения кровообращения наблюдаются при возвращении больной в горизонтальное положение, ноги ее следует опускать медленно.

По нашему мнению, выраженные реакции со стороны кровообращения и дыхания связаны не столько с положением больной на операционном столе и методом обезболивания, сколько с общим состоянием оперируемой

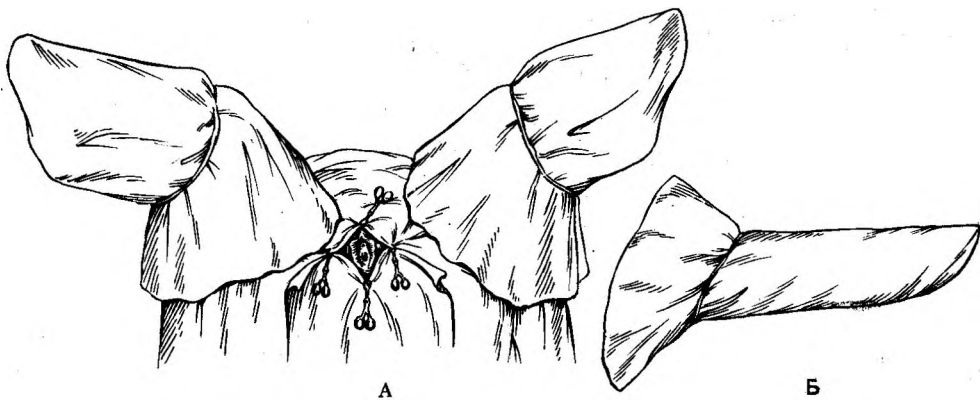


Рис. 43. Больная подготовлена к влагалищной операции (А). Чулок с воланом (Б).

и способностью ее организма к приспособительным реакциям, компенсирующим те или иные воздействия и возникающие патологические состояния (кровопотеря, шок, обширные и тяжелые повреждения органов и тканей, гипоксия, коллапс при быстром изменении положения на операционном столе).

При оперативных вмешательствах у пожилых или тучных женщин, а также при недостаточности кровообращения или легочной вентиляции необходимо тщательно следить за общим состоянием больных, гемодинамикой и дыханием. Мы систематически производим обильное насыщение крови кислородом, возмещение кровопотери и осторожное медленное выведение больной из литотомического положения в горизонтальное, что позволяет с успехом оперировать при различных видах обезболевания. При этом мы не наблюдали тяжелых осложнений и резко выраженных постуральных реакций кровообращения и дыхания. При литотомическом положении больной таз образует с позвоночником угол и приподнимается, что облегчает доступ к органам, расположенным в малом тазу. Свисание же ягодиц и недостаточное сгибание в тазо-бедренных суставах затрудняют действия хирурга. Рука больной должна быть согнута в локтевом суставе, предплечье и кисть располагаются на груди. Вторая рука, чаще левая, укладывается на специальном приставном столике и используется для введения лекарственных веществ и крови. Мочу выпускают катетером. Кожу верхней части внутренних поверхностей бедер, ягодиц и области лонного сочленения, а также наружные половые органы и влагалище протирают тупферами, смоченными спиртом, и смазывают 5% йодной настойкой. Эту процедуру лучше осуществлять, когда больная уже находится под наркозом. Если операция производится под местной анестезией, то при дезинфекции наружных половых органов и области ануса манипулировать следует осторожно; нельзя допускать затекания спирта и йодной настойки в область ануса. Верхнюю часть влагалища и шейку матки целесообразно дезинфицировать после анестезии в области вульварного кольца.

На ноги больной надевают полотняные стерильные чулки. Целесообразно использовать «чулок с воланом» по модели Новосельской (рис. 43), который закрывает внутреннюю поверхность бедра. При отсутствии чулок используют простыни. Под таз больной подкладывают небольшую стерильную простыню, которая должна свисать почти до пола. На низ живота

кладут полотенце или небольшую простыню. Простыни и полотенца скрепляют папками с таким расчетом, чтобы наружные половые органы находились в центре прямоугольника, образованного простынями (рис. 43).

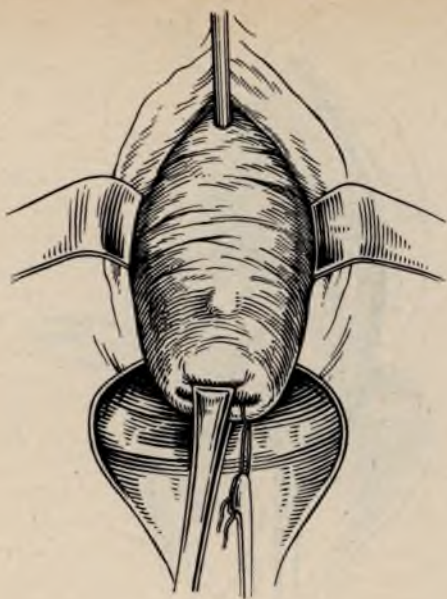
Хирург садится на вращающуюся табуретку, высота которой изменяется с таким расчетом, чтобы глаза хирурга находились на уровне операционного поля. Помощники хирурга стоят слева и справа от него. При сложных влагалищных операциях целесообразно иметь третьего помощника, который садится рядом с хирургом слева от него. Операционная сестра и стол с инструментами должны находиться справа и несколько сзади от хирурга.

Передняя кольпотомия (colpotomia anterior) является более сложной, чем задняя, так как на пути от стенки влагалища к брюшине расположен мочевой пузырь. Во влагалище вводят ложкообразное зеркало и подъемник, захватывают пулевыми щипцами или щипцами Мюзо шейку матки и низводят ее ко входу во влагалище или наружу, что позволяет приблизить своды влагалища и облегчает манипуляции хирурга. При длинном и узком влагалище сначала вводят длинное зеркало, а затем заменяют его коротким.

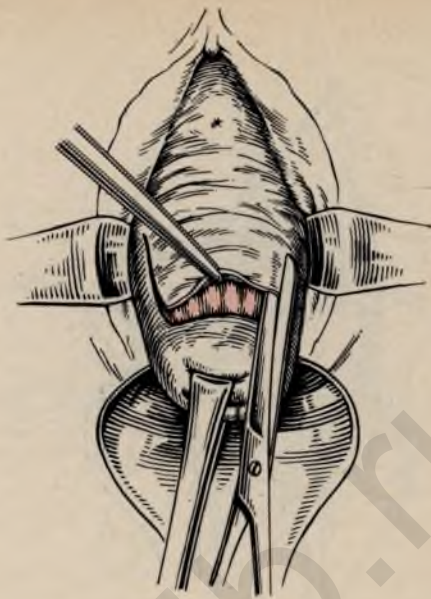
Разрезы при передней кольпотомии могут быть различные: продольный, поперечный, Т-образный и лоскутный, что чаще всего связано с характером оперативного вмешательства. Лоскутный разрез типа подковообразного создает хороший доступ для оперативного вмешательства. При этом разрезе мочевой пузырь меньше травмируется, так как отслаивается только от шейки матки, оставаясь в присущем ему соединении со стенкой влагалища. При поперечном разрезе, а также в той части подковообразного разреза, которая имеет поперечное направление, разрез производят на уровне, где проходит последняя поперечная складка стенки влагалища и начинается гладкая поверхность слизистой оболочки влагалищной части шейки матки. При сомнениях в расположении нижней границы мочевого пузыря, особенно при опущениях и выпадениях матки и влагалища, в мочевой пузырь вводят мужской металлический катетер, клюв которого пальпируют пальцем через влагалищную рану. Поперечный разрез имеет дугообразную (полулунную) форму и, если необходимо, его легко превратить в языкообразный лоскутный разрез при помощи двух добавочных боковых разрезов. Во время разреза следует отодвигать и растягивать подъемником переднюю стенку влагалища, особенно при наличии опущения.

Если шейка матки низводится лишь в небольшой степени; а нужно произвести продольный срединный разрез, рассекают хорошо видимую часть передней стенки влагалища, а затем накладывают у верхнего угла раны зажимы по краям разреза и с их помощью оттягивают книзу влагалищную стенку. Помощники при этом раздвигают боковыми зеркалами (подъемниками) половую щель и передним подъемником растягивают стенку влагалища.

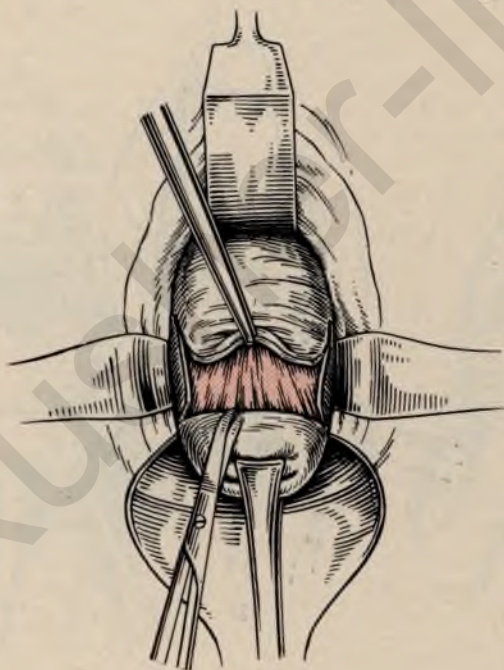
Независимо от его формы разрез стенки влагалища проходит через всю ее толщу до фасции, имеющей белый цвет; фасцию рассекают по линии разреза. При поперечном или подковообразном разрезе нижний край его захватывают двумя зубчатыми зажимами (типа Кохера) и приподнимают языкообразный лоскут; при этом ясно становятся видны соединительнотканые волокна пузырно-влагалищной перегородки. Эти волокна рассекают концами изогнутых ножниц у самой шейки матки (рис. 44, 45), чтобы не поранить мочевой пузырь. После рассечения волокон указательным пальцем правой руки, обернутым маленькой марлевой салфеткой,



А



Б



В

Рис. 44. Передняя кольпотомия. Металлическим катетером определяется нижняя граница мочевого пузыря (А); разрез стенки влагалища и фасции (Б); начало отделения мочевого пузыря от шейки матки (В).

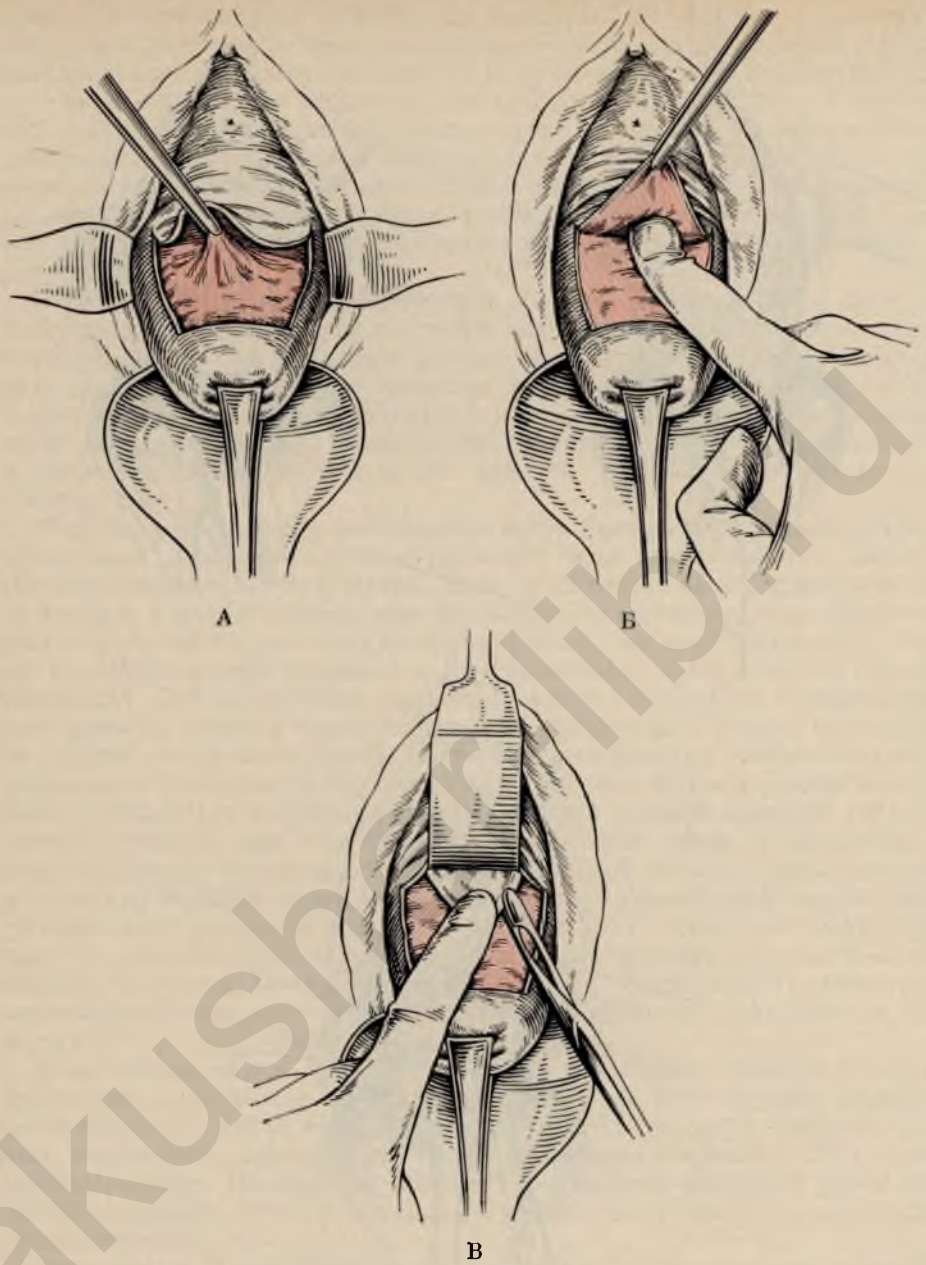
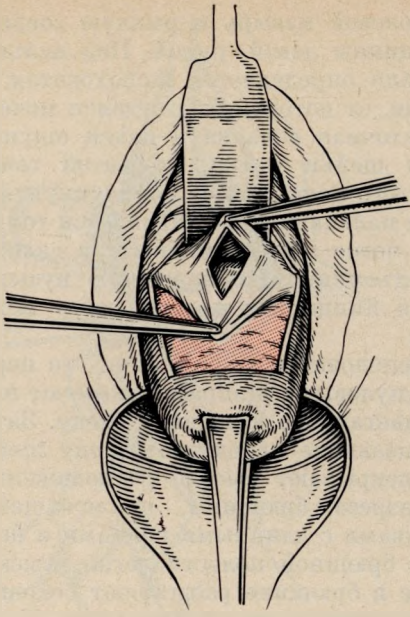
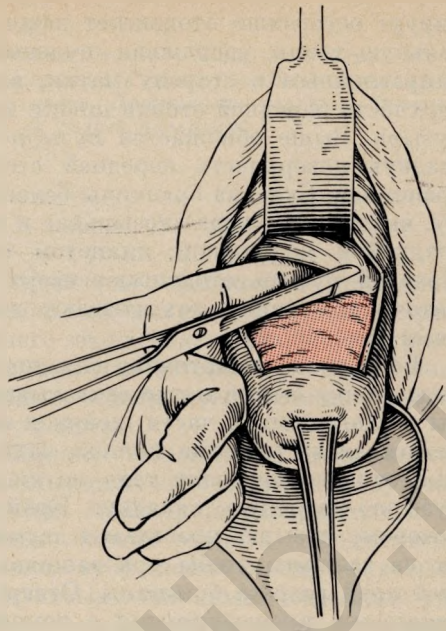


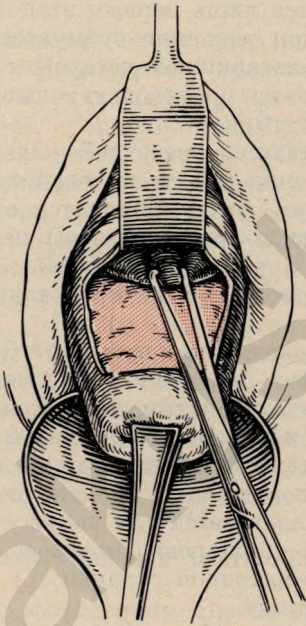
Рис. 45. Передняя кольпотомия. Стенка мочевого пузыря приподнята, видны нерас-
сеченные соединительнотканые волокна пузырно-шеечной перегородки (А);
отделение мочевого пузыря от шейки матки (В); обнажение пузырно-маточ-
ной складки брюшины (В).



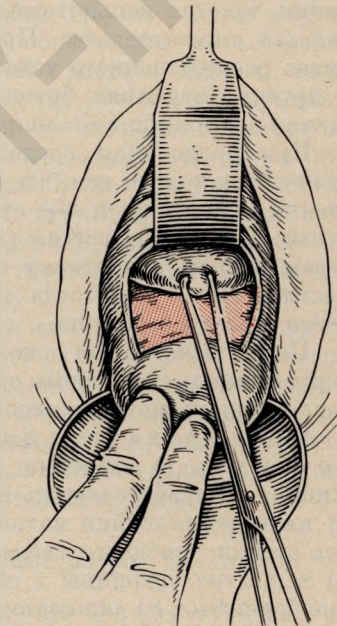
А



Б



В



Г

Рис. 46. Передняя кольпотомия.

А — вскрыта пузырьно-маточная складка брюшины; Б — ножницами увеличивают разрез брюшины; В — обнаженный участок тела матки захвачен пулевыми щипцами; Г — пальцами отодвигают шейку матки назад в глубь влагалища.

хирург осторожно отодвигает вверх мочевой пузырь и рыхлую соединительную ткань, удерживая пулевые щипцы левой рукой. Под пальцем, направленным в сторону матки, вначале определяется шероховатая поверхность передней стенки шейки матки, от которой был отделен мочевой пузырь. Выше обнажается пузырно-маточная складка и палец ощущает гладкую поверхность передней стенки шейки матки, покрытой тонкой брюшиной. Складка брюшины белесоватого цвета, имеет полулунную форму, выступает в виде «козырька» и при пальпации представляется тонкой, гладкой и подвижной; пинцетом она легко приподнимается в складку. Мочевой пузырь отодвигают вверх подъемником; обнаженную пузырно-маточную складку захватывают двумя пинцетами и вскрывают между ними (рис. 46, А).

Если пузырно-маточная складка расположена очень высоко, то переднюю стенку шейки матки захватывают пулевыми щипцами, снимают щипцы с влагалищной части шейки и отодвигают ее к заднему своду. Затем, потягивая за пулевые щипцы, захватывающие переднюю стенку шейки, еще сильнее низводят тело матки и вскрывают высоко расположенную пузырно-маточную складку. Край разреза брюшины, прилежащей к мочевому пузырю, прошивают двумя швами с длинными концами и берут их на зажимы, чтобы при зашивании брюшной полости легко отыскать этот край разреза брюшины. Отверстие в брюшине расширяют боковыми разрезами, производимыми с помощью ножниц по пальцу (рис. 46, Б), введенному в ранее сделанное отверстие, и приступают к намеченной операции, так как кольпотомия обычно является лишь первым этапом оперативного вмешательства. При консервативном удалении субмукозного или низко расположенного узла фибромиомы, влагалищном кесаревом сечении и других операциях брюшину не вскрывают; производят только разрез стенки влагалища и отсепаровку мочевого пузыря.

При продольном срединном разрезе техника передней кольпотомии отличается только тем, что приходится отсепаровывать мочевой пузырь от стенки влагалища в обе стороны от разреза, что выполняется острым и тупым путем. Мы всегда (независимо от вида обезболивания) перед разрезом вводим под стенку влагалища 0,25% раствор новокаина, как при местной анестезии; тогда отсепаровка мочевого пузыря происходит очень легко и почти бескровно.

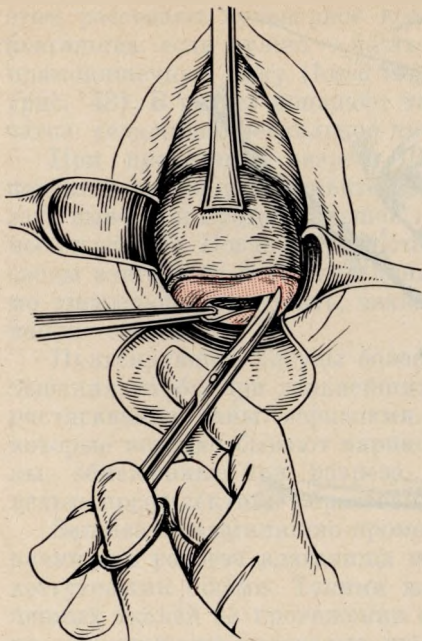
После выполнения основного этапа операции край пузырной брюшины непрерывным кетгутовым швом подшивают к передней стенке матки, а на разрез влагалищного свода накладывают узловатые кетгутовые швы.

Последовательность выполнения передней кольпотомии: 1) введение зеркал во влагалище и наложение пулевых щипцов на шейку матки; 2) замена длинного заднего зеркала коротким; 3) низведение шейки матки в преддверие влагалища или наружу; 4) разрез стенки переднего свода влагалища; 5) отсепаровка мочевого пузыря; 6) вскрытие брюшины в области пузырно-маточной складки; 7) зашивание брюшины; 8) зашивание разреза влагалища.

Задняя кольпотомия (*colpotomia posterior, colpocoeliotomia posterior*) также является вспомогательным этапом операции, создающим доступ в брюшную полость через ректально-маточное пространство при некоторых операциях, например удалении небольших опухолей, расположенных в прямокишечно-маточном углублении, экстирпации матки через влагалище и т. п., а также для опорожнения осумкованных гнойников в малом тазу и с целью дренажа в других случаях (о чем будет сказано в соответствующем разделе).

Рис. 47.

Задняя кольпотомия. Рассечена стенка влагалища в области заднего влагалищного свода. Понижницами вскрыта брюшина и ее разрез увеличен.



Некоторые гинекологи применяют продольный и крестообразный разрез заднего свода влагалища, но мы, как и многие другие авторы, при задней кольпотомии отдаем предпочтение поперечному разрезу.

Задняя кольпотомия как первый этап операции производится следующим образом. Влагалище раскрывают с помощью заднего зеркала и подъемника. Заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами, подъемник удаляют, а шейку низводят и оттягивают к лону. Длинное заднее зеркало заменяют коротким. Двумя узкими плоски-

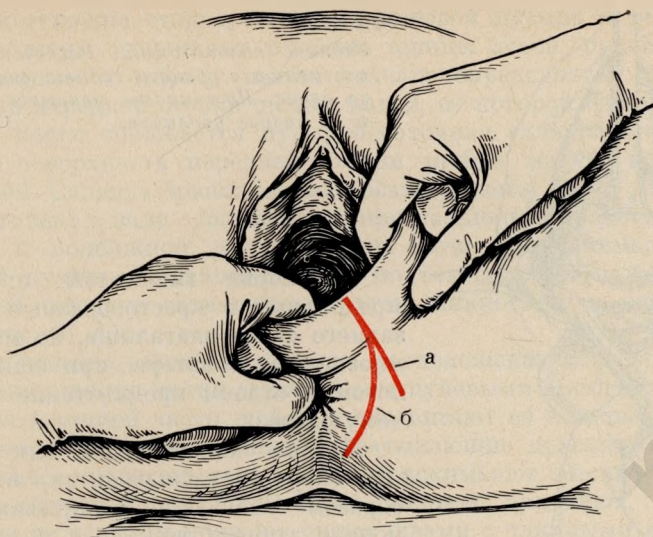
ми «зеркалами-боковиками» широко обнажают область заднего свода влагалища. Скальпелем производят поперечный разрез заднего свода. Пинцетом захватывают брюшину прямокишечно-маточного кармана и вскрывают ее ножницами (рис. 47), расширяя в обе стороны до крестцово-маточных связок. Край разреза брюшины сшивают двумя или тремя швами с нижним краем разреза стенки влагалища. Если нужно увеличить разрез при задней кольпотомии, перерезают и крестцово-маточные связки, предварительно лигируя их и сшивая перед закрытием раны.

После окончания операции отдельными кетгутовыми швами зашивают брюшину и разрез стенки влагалищного свода.

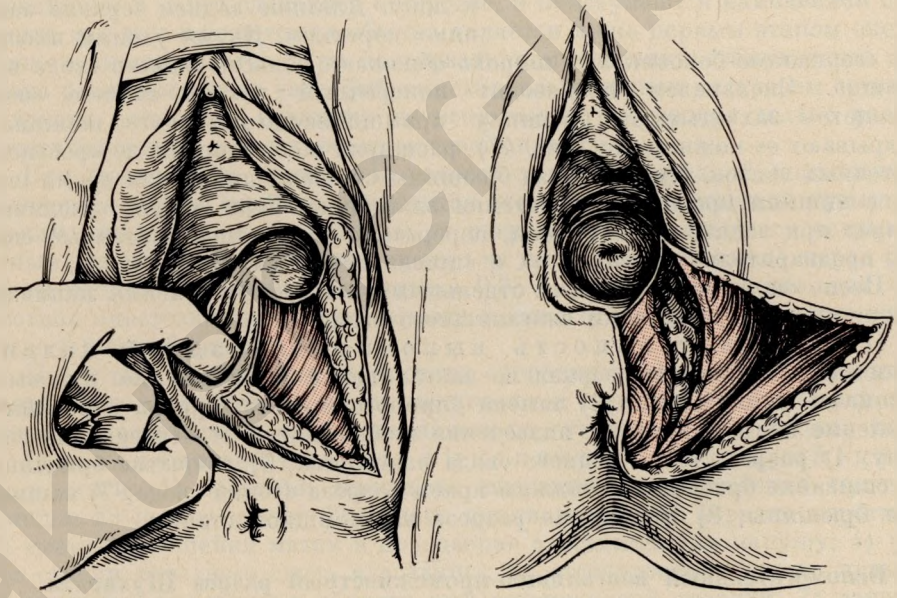
Последовательность выполнения задней кольпотомии: 1) введение зеркала во влагалище и захватывание пулевыми щипцами шейки матки; 2) замена длинного заднего зеркала коротким и удаление подъемника; 3) низведение шейки матки и оттягивание ее к лону; 4) разрез стенки заднего свода влагалища; 5) вскрытие брюшины; 6) сшивание брюшины с нижним краем разреза стенки свода; 7) зашивание брюшины; 8) зашивание разреза влагалищной стенки.

Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез Шухардта

Этот разрез применяется при узком влагалище или его рубцовых изменениях с целью создать хороший доступ в глубину влагалища. Разрез может быть и не особенно глубоким, напоминающим эпизиотомию. Однако чаще для хорошего доступа к операционному полю используют глубокий влагалищно-промежностный разрез. При этом хирург и ассистент слегка растягивают указательными пальцами половую щель, чтобы наметить линию предполагаемого разреза, глубина которого будет зависеть от особенностей каждого случая. Линия разреза намечается отступя на 3—4 см от задней спайки влево и дугой огибает заднепроходное отверстие. При



A



Б

В

Рис. 48. Промежностно-вагинальный разрез.

А — линии глубокого разреза (б) и более поверхностного (а). Видны анатомические соотношения при более поверхностном (Б) и глубоком (В) разрезе.

этом рассекают вульварное кольцо, кожу промежности, боковую стенку влагалища, если нужно — часть левого леватора и вскрывают седалищно-прямокишечную ямку (*fossa ischiorectale*). Прямая кишка остается справа (рис. 48). В разрез попадают также *m. bulbocavernosus* и жировая клетчатка седалищно-ректальной ямки.

При проведении разреза Шухардта необходимо следить, чтобы не поранить наружный сфинктер заднего прохода, прямую кишку, не разрезать выводной проток большой железы преддверия влагалища и кавернозное сплетение. После разреза становятся хорошо доступными шейка матки, своды влагалища и его передняя стенка. Кровотечение из раны необходимо тщательно остановить, захватывая зажимами и перевязывая кровотокающие сосуды.

Пульсирующие сосуды более целесообразно перевязать после их обкалывания, чтобы при дальнейших манипуляциях не стащить лигатуры при растягивании раны зеркалами. Тщательно следует лигировать и вены, которые нередко бывают варикозно расширены. Крупные варикозные узлы, обнаженные при разрезе, целесообразно по возможности иссечь с целью профилактики образования тромбов.

Зашивать влагалищно-промежностный разрез необходимо тщательно, начиная с разреза влагалища и хорошо соединяя края раны узловатыми кетгутowymi швами. Такими же швами соединяют глубокие слои рассеченных тканей на протяжении всего разреза. На разрез кожи промежности накладывают узловатые шелковые швы.

Очень редко приходится прибегать к двустороннему разрезу Шухардта.

Источники ошибок и их предупреждение при брюшно- стеночном чревосечении

*Опасность манипуляций в ране
при обильном развитии жировой клетчатки*

Обилие жировой клетчатки при послойном разрезе стенки и ее зашивании затрудняет действия хирурга и создает неясность в области операционного поля. Поэтому после рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки рану необходимо раздвигать тупыми широкими крючками, обеспечивая хороший ее обзор. При зашивании апоневроза следует четко определять края его разреза, захватив их зажимами в верхнем и нижнем углах раны. Предбрюшинная клетчатка у тучных женщин может быть принята за сальник, в результате чего при попытках ее отделения можно подрвать брюшину и вызвать кровотечение из нижней надчревной артерии. Если же при вскрытии брюшины сальник, ранее подхваченный пинцетом вместе с брюшиной или спаянный с ней, принимают за предбрюшинный жир и продолжают его рассекают, то сальнику при этом наносится значительная травма. Знание анатомии и последовательное рассечение поперечной фасции, отодвигание в сторону от средней линии жировой клетчатки позволяют обнажить брюшину и вскрыть ее под контролем зрения. Нередко у тучных женщин брюшина очень тонкая и рвется при потягивании ее зажимами или прорезается при наложении швов. Поэтому необходимо обращаться с брюшиной бережно и не тянуть ее сильно в направлении от пупка к лону, учитывая, что подвижность брюшины у пупка более ограничена, чем в нижнем отделе раны.

Опасность манипуляций при слишком тонких брюшных покровах

У истощенных женщин брюшная стенка может быть резко истончена. Во время беременности ширина белой линии увеличивается с 2 до 9 см. У многорожавших женщин нередко имеется такое расхождение прямых мышц живота, что при разрезе их нельзя увидеть; апоневроз резко атрофирован, тонкий и дряблый. При подобных анатомических изменениях и резком истончении брюшной стенки хирург первым же разрезом может не только сразу вскрыть все слои брюшной стенки, но и поранить кишки, сальник или высоко расположенный мочевой пузырь. Если тонкая брюшная стенка натянута над большой кистой или другой опухолью, то при первом разрезе может быть вскрыта полость кистомы и ее содержимое попадает в брюшную полость, загрязняя ее или способствуя диссеминации злокачественных элементов опухоли. Поэтому при тонких брюшных покровах необходимо соблюдать большую осторожность при разрезе всех слоев.

Повреждение кишечника или сальника при вскрытии брюшины

Когда брюшину берут в складку перед ее вскрытием, можно захватить стенки кишки или сальник и при разрезе брюшины повредить их или даже вскрыть просвет кишки. Чтобы этого не произошло, хирург захватывает анатомическим пинцетом небольшую складку брюшины и приподнимает ее вверх; после этого ассистент захватывает такую же складку напротив. Затем хирург отпускает взятую им в пинцет брюшину, вновь захватывает и приподнимает ее. После этого то же проделывает ассистент. При подобной манипуляции захваченные вместе с брюшиной кишки или сальник соскальзывают и при разрезе брюшины не повреждаются. Можно также перед разрезом складки брюшины, приподнятой между пинцетами, прощупать ее пальцами. Следует учитывать, что и при наложении зубчатых зажимов на кровотокающий сосуд предбрюшинной клетчатки может быть захвачена стенка кишки и на серозной ее оболочке появляются следы повредивших ее зубчиков (рис. 49).

Если повреждена кишка без вскрытия ее просвета, накладываются швы, восстанавливающие целостность кишечной стенки. При вскрытии просвета поврежденную петлю кишки выводят из брюшной полости и зашивают по всем правилам хирургии. При ранении сальника в разрез может попасть кровеносный сосуд, и тогда надежный гемостаз является необходимым мероприятием.

Из всего сказанного ясно, что даже при сомнении в повреждении кишки или сальника необходимо их тщательно осмотреть, а обнаружив повреждение — принять необходимые меры.

Опасности при сращениях брюшной стенки с органами брюшной полости

Сращения обычно наблюдаются у женщин, перенесших ранее лапаротомию или воспалительные процессы в брюшной полости, при злокачественных процессах яичников, наружном эндометриозе. При повторных лапаротомиях, особенно осложнившихся инфекцией, разрез кожи и клетчатки следует делать большего размера, чтобы начинать вскрывать апо-

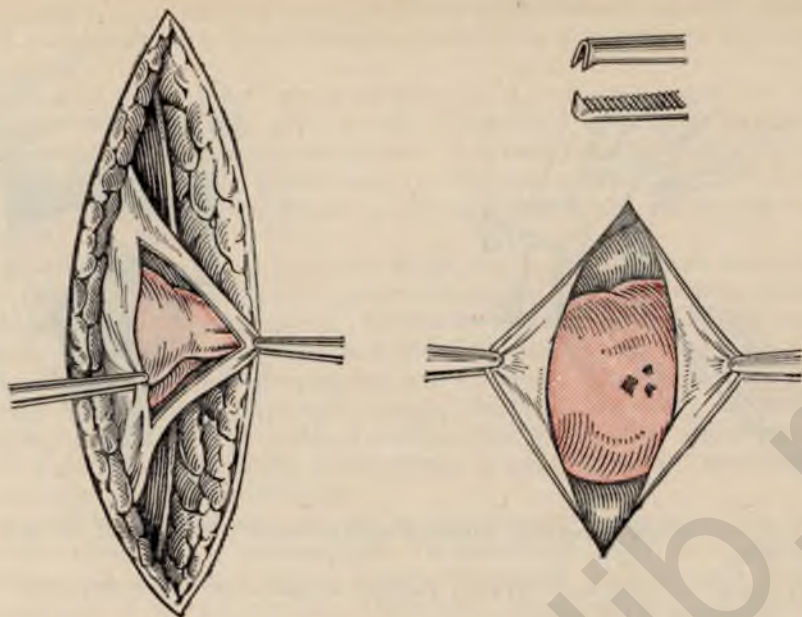


Рис. 49. При захватывании складки брюшины хирургическим пинцетом подхвачена стенка тонкой кишки. Справа показано повреждение кишечной стенки и видны зубчики пинцета, обусловившие повреждение.

невроз и брюшину в верхнем углу раны, где ткани не изменены. При наличии послеоперационной грыжи под кожей и клетчаткой оказывается брюшина с лежащими или сращенными с ней кишечными петлями.

Если брюшина патологически изменена, утолщена или плотно спаяна с кишечником, приподнять ее пинцетом не удастся. Брюшину следует рассекать лишь там, где она подвижна, что чаще бывает в верхнем отрезке раны. После того как найден свободный от сращений доступ в брюшную полость и брюшина вскрыта, осторожно под контролем зрения увеличивают разрез, постепенно и бережно отделяя острым и тупым путем с гидравлической препаровкой сращенные петли кишок и сальник. Сальник можно рассечь между двумя лигатурами, если он не отделяется и мешает доступу в брюшную полость. Если при отделении кишечных петель произошло повреждение их стенок, необходимо наложить швы или произвести другие вмешательства, зависящие от степени повреждения. Поэтому гинеколог должен владеть техникой кишечного шва и, если нужно, произвести резекцию кишки и наложить боковой анастомоз или конец в конец.

Повреждения мочевого пузыря могут наблюдаться при его переполнении, если верхушка пузыря высоко поднята опухолями матки и придатков или сращена с передней брюшной стенкой. Обязательным профилактическим условием является опорожнение мочевого пузыря непосредственно перед операцией. Вскрытие брюшины следует начинать ближе к пупку и разрез продолжать по направлению к симфизу под контролем зрения, а в сомнительных случаях — при пальпации верхушки пузыря. Иногда мочевой пузырь разрезают вместе с брюшиной при излишней то-

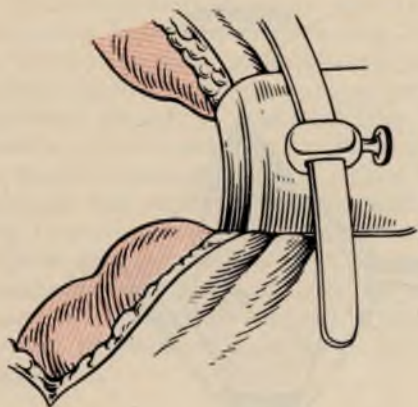


Рис. 50. Петля кишки ущемлена боковым подъемником раздвижного брюшного зеркала.



Рис. 51. Ложка надлобкового зеркала введена неправильно и располагается не под брюшиной, а над ней.

ропливости и в погоне за быстротой операции, забывая о сказанном выше. При повреждении пузыря накладывают швы, о чем будет сказано в соответствующем разделе. Незамеченное повреждение мочевого пузыря приводит к тяжелым осложнениям.

Другие осложнения

При введении раздвижного брюшного зеркала может быть ущемлена петля кишки (рис. 50). Если это останется незамеченным, то может возникнуть необходимость резекции ущемленного отрезка. С целью предупреждения ущемления кишки или сальника при введении зеркала края раны следует приподнять, а раздвинув зеркало — проверить, нет ли ущемления кишки. Если это произошло, следует уменьшить раздвижение зеркала и вывести ущемленную часть кишки или сальника, которые при этом обычно еще не успели пострадать. При введении зеркала над лоном ложка может пройти между брюшиной и брюшной стенкой, что приведет к обширной отслойке брюшины и вскрытию *cavum Retzii* (рис. 51). Во избежание подобной ошибки необходимо вводить ложкообразное зеркало так, чтобы захватить и брюшину. Профилактикой подобного осложнения является также подшивание брюшины к краям лапаротомной раны в нижнем углу.

Повреждение кишки при зашивании разреза брюшной стенки может произойти при вздутии кишечных петель или выпячивания их в рану при плохом обезболивании. Поэтому зашивание брюшины следует производить осторожно, приподнимая края разреза наложенными на них зажимами и защищая кишечные петли с помощью пальцев левой руки хирурга или инструмента («подожвы» и др.). Обезболивание при зашивании брюшины должно быть полноценным. При зашивании помощник, затягивая швы, все время проверяет, не подцепилась ли стенка кишки или сальник.

Необходимо учитывать, что иглой можно проколоть кишку, подшивая мышцу к апоневрозу у белой линии, если вколы иглы делать неосторожно и глубоко.

Оставление инструментов и операционного материала в брюшной полости является тяжелым осложнением, которое может быть предотвращено при соответствующей организации работы в процессе подготовки к операции, при ее проведении и неослабном внимании персонала на протяжении всего оперативного вмешательства.

Оставление в брюшной полости салфетки, полотенца или инструмента обычно является несчастной случайностью при недостаточном внимании персонала в силу разных причин. К ним относятся такие осложнения при операции, как сильное, с трудом останавливаемое кровотечение, разрыв опухоли, содержимое которой опасно для здоровья больной, и т. п.; спешка во время экстренных операций, когда больной угрожает смертельная опасность; нарушение душевного равновесия у хирурга вследствие служебных и бытовых коллизий, приводящее к притуплению бдительности и рассеянности во время операции.

Совершенно непростительно, когда оставление инородных тел связано с самонадеянностью и чрезмерной уверенностью хирурга и операционной сестры, не обеспечивающих соответствующей организации работы в операционной и не уделяющих внимания мероприятиям, предупреждающим оставление инородных тел в брюшной полости. Мероприятия эти таковы:

1. Большие марлевые салфетки и инструменты всегда сосчитываются операционной сестрой перед стерилизацией и при выкладывании на инструментальный столик в процессе подготовки к операции. Набор инструментов должен быть стандартным и список его прикрепляется к шкафу для инструментов. Если возникает необходимость в добавлении зажимов, то их берут десятками. Большие марлевые салфетки связываются по 10 штук. Количество небольших полотенец, выложенных на стол сестры, также точно подсчитывается.

2. Салфетки или полотенца вводят в брюшную полость не более чем на $\frac{2}{3}$ их длины и на концы накладывают крепкие длинные зажимы типа Микулича, прицепляют металлические кольца и т. п.

Мнение о том, что опасно оставить в брюшной полости полотенце меньше, чем оставить марлевую салфетку, правильно только в известной степени. Мне пришлось однажды извлечь из брюшной полости пленку, оставленную там хирургом при удалении большой кисты яичника, разорвавшейся в момент выведения ее в рану.

3. Во время операции после вскрытия брюшной полости кровь выбирают только тупфером, зажатым в крепкий корнцанг, причем в корнцанг или щипцы захватывают только один тупфер и при загрязнении его передают сестре вместе с корнцангом. Если в порядке исключения для вытирания крови или другой жидкости пользуются большими салфетками, то сестра строго следит за их удалением или прикрепляет к ним зажимы.

4. В брюшной полости необходимо оставлять при операции меньше зажимов, перевязывая каждый перерезанный сосуд или связку. Исползованные инструменты передают сестре или она сама их удаляет, чтобы они не накапливались вокруг операционной раны. Все запасные инструменты должны находиться только на столе у операционной сестры, которая и подает их по мере надобности.

5. Перед зашиванием брюшной полости сестра сосчитывает инструменты, большие марлевые салфетки (чистые и использованные) и полотенца, сообщая о результатах хирургу. Всегда нужно придерживаться следующего правила: брюшная полость может быть закрыта только при полной уверенности в том, что в ней ничего не оставлено.

Источники ошибок и их предупреждение при влагалищном чревосечении

Затруднения при разрезе стенки влагалища возникают, если начинающий хирург производит разрез слишком поверхностно или, наоборот, очень глубоко. При правильном рассечении стенки влагалища края ее расходятся. Если этого не произошло, необходимо дополнительно осторожно рассечь стенку влагалища в местах, где разрез оказался поверхностным, иначе при отсепаровке доскута, особенно при продольном разрезе, стенка влагалища будет рваться и хирург не попадет в нужный слой. При слишком глубоком разрезе можно не только рассечь фасцию, лежащую между стенкой влагалища и мочевым пузырем, но и поранить последний. При инъекции новокаина под стенку влагалища разрез и отсепаровка его стенки осуществляется легче и уменьшается опасность повреждения мочевого пузыря.

Опасность ранения мочевого пузыря может возникнуть при разрезе стенки влагалища и последующей отсепаровке ее от мочевого пузыря или отделении его от шейки матки.

При поперечном разрезе переднего свода, если линия разреза проходит выше последней поперечной складки слизистой оболочки влагалища, можно рассечь и мочевой пузырь. Анатомические взаимоотношения в этой области могут быть резко нарушены при опущении и выпадении стенки влагалища с наличием цистоцеле, а также при рубцовых изменениях. В подобных случаях даже захватывание передней губы шейки матки пулевыми щипцами, а не только поперечный разрез может привести к повреждению мочевого пузыря. В подобных случаях шейку вначале лучше захватить за заднюю губу и максимально низвести ее в преддверие влагалища или наружу, а подъемником сместить переднюю стенку влагалища вместе с мочевым пузырем к лону и только после этого произвести разрез. В сомнительных случаях в мочевой пузырь целесообразно ввести мужской металлический катетер и, осторожно пальпируя его клюв, определить нижнюю границу мочевого пузыря.

При попытках тупым путем отсепаровать мочевой пузырь от шейки матки без предварительного рассечения между ними соединительнотканых волокон можно пальцем или тупфером расслоить мышечную оболочку мочевого пузыря и даже разорвать его слизистую, вскрыв полость пузыря. Поэтому обязательно вначале рассекают соединительнотканые волокна между шейкой матки и мочевым пузырем, после чего легко происходит отслойка его в рыхлом слое клетчатки от шейки матки. Палец хирурга должен быть направлен в сторону матки. Вначале отслойку производят по средней линии шейки, ясно ощущая ее плотную ткань, а затем осторожно, чтобы не вызвать кровотечения, сдвигают вверх мочевой пузырь и сбоку у шейки матки. При этом, если нужно, дополнительно надсекают у самой шейки соединительнотканые волокна, идущие к ней от мочевого пузыря. После этого он легко смещается до пузырьно-маточной складки брюшины. Ошибкой обычно является чрезмерно осторожное, чтобы не повредить

мочевой пузырь, рассечение ткани шейки. Иногда же безрассудно смелый хирург, не зная анатомии, попадает не в надлежащий слой клетчатки между шейкой матки и мочевым пузырем, а травмирует непосредственно его стенку. Следует учитывать, что пузырь соединен с передней поверхностью шейки довольно рыхло и отделение его в надлежащем слое при отсутствии сращений происходит без затруднений.

Затруднения при нахождении пузырно-маточной складки брюшины возникают в том случае, если хирург из опасения поранить мочевой пузырь старается рассечь эту складку как можно ниже; в результате рассекаются ткани передней поверхности матки и манипуляции происходят под ее серозным покровом, а пузырно-маточная складка остается не вскрытой. Затруднения в отыскании пузырно-маточной складки наблюдаются и тогда, когда ее отодвигают тупым путем очень высоко и полулунная граница складки теряется. В этом случае необходимо ориентироваться в расположении границы мочевого пузыря путем пальпации его и гладкой брюшины между пузырем и стенкой матки. При необходимости в пузырь вводят катетер и с его помощью ориентируются в анатомических соотношениях.

Затруднения при задней кольпотомии наблюдаются иногда лишь при вскрытии брюшины. Следует учитывать, что после разреза стенки влагалищного свода хирург встречает тонкий слой предбрюшинной клетчатки, которую нельзя сдвигать в сторону, а следует захватить тупым зажимом, подтянуть к себе брюшину и вскрыть ее ближе к матке. Используя продольный или крестообразный разрез в заднем своде влагалища, не следует забывать о прямой кишке.

Операции на наружных половых органах и влагалище

Вылущивание кисты большой железы преддверия влагалища (бартолиновой железы)

Ретенционная киста большой железы преддверия влагалища может быть величиной с куриное яйцо и крупнее и обычно наполнена жидкостью серовато-желтого или темно-кофейного цвета, чаще слизеподобного характера. Иногда содержимое кисты представляет гнойную массу. Ввиду того что в содержимом кисты могут находиться микробы, операцию целесообразно производить в холодном периоде при соответствующей картине крови и I—II степени чистоты влагалищного секрета. При наличии гнойных белей больная должна перед операцией пройти курс лечения в амбулаторных условиях.

Во многих руководствах рекомендуют линейные разрезы, производимые то снаружи, то внутри от малой половой губы (рис. 52). Однако при линейном разрезе, особенно сделанном внутри от малой половой губы, слизистая оболочка настолько истончена, что вскрывается и капсула кисты или последняя разрывается в самом начале вылущивания, что приводит к затруднениям при выделении капсулы и может инфицировать область операционного поля. Целесообразно применять овальный разрез кожи над кистой снаружи от малой половой губы (рис. 53). При этом значительная часть капсулы и кожи остается на поверхности удаляемой кисты, что сокращает процесс выделения и уменьшает опасность разрыва капсулы.

Разрез производят осторожно до клетчатки, окутывающей капсулу кисты. Если разрез сделан правильно, то края кожной раны расходятся до 0,5 см. Лоскут кожи, оставшийся на кисте, захватывают гладкими (овариальными) щипцами и слегка подтягивают к разрезу, что облегчает вылущивание и удаление кисты целиком.

Сращения капсулы кисты с окружающими тканями бывают плотными и вылущивание следует производить острым путем после инъекции раствора новокаина под кожу, так как гидравлическая препаровка облегчает этот этап операции.

Края разреза кожи захватывают зажимами и разводят в стороны; это приводит к выявлению соединительнотканых тяжей, которые надсекают остроконечными изогнутыми ножницами, одновременно отодвигая надсеченную клетчатку тупфером. Осторожно и постепенно вылущивают всю

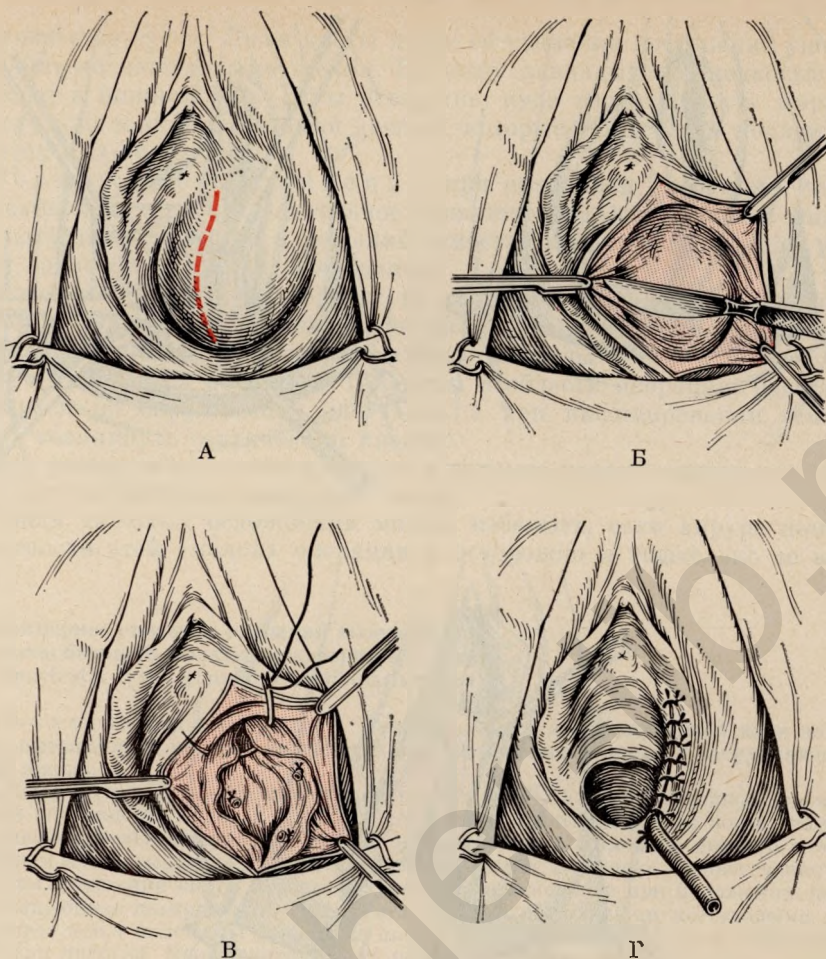


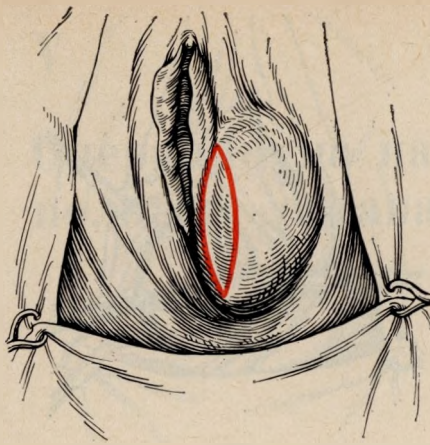
Рис. 52. Удаление кисты большой железы преддверия влагалища.

А — линия разреза; Б — отсепаровка кисты; В — наложение погружных кетгутовых швов; Г — наложены шелковые швы на разрез кожи.

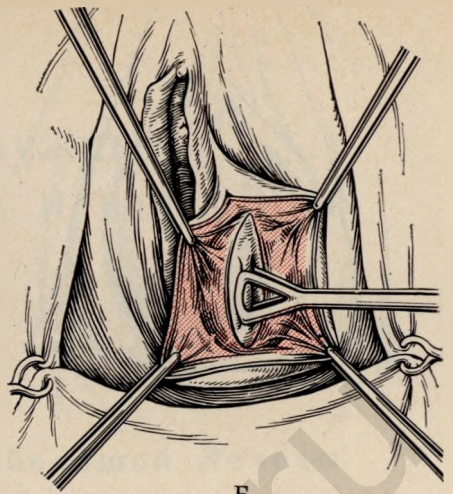
кисту и удаляют ее вместе с выводным протоком. При этом следует помнить, что на ниже-заднем полюсе находится остаток железы той или иной величины, который необходимо удалить. Вылущивание кисты большой железы преддверия влагалища должно быть тщательным, и при этом следует держаться у ее границ, тщательно лигируя кровотокающие сосуды.

Такая небольшая операция требует от хирурга терпения и осторожности, чтобы не разорвать капсулу кисты большой железы преддверия влагалища и не поранить сосуды, особенно в глубине раны, в частности венозное сплетение (*bulbus vestibuli*).

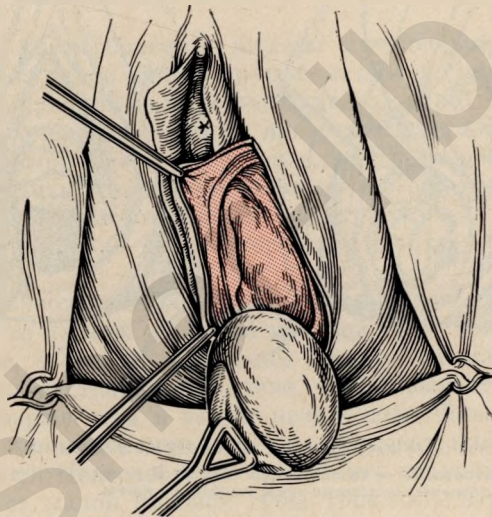
При разрыве капсулы содержимое кисты вытекает и загрязняет операционное поле, капсула спадается, что затрудняет ее удаление. После удаления остатков содержимого из капсулы кисты и области операционного



А



Б



В

Рис. 53. Удаление кисты большой железы преддверия влагалища.

А — овалный разрез кожи; Б — овалный лоскут захвачен овариальными щипцами; В — закончена отсепаровка кисты из окружающих ее тканей.

поля через образовавшееся отверстие всю полость кисты заполняют марлевой полоской, на отверстие накладывают 2—3 шва, подхватывая и марлю. Швы используют как держалки и продолжают вылушивание капсулы, которую необходимо удалить полностью. Значительное кровотечение при вылушивании кисты и удалении самой железы с ее выводным протоком останавливают наложением зажимов и тщательным лигированием. Более крупные веточки сосудов, особенно в глубине раны, следует обколоть и

перевязать кетгутом. Ложе кисты после ее удаления постепенно ушивают погружными кетгутовыми швами. На кожу накладывают шелковые швы, оставляя в нижнем углу раны отверстие, куда вводят узкую марлевую полоску или тонкий резиновый дренаж, которые через 2 дня меняют: удаляют их к 5—6-му дню.

Возможные осложнения при описанной операции — это разрыв капсулы кисты и значительное кровотечение. Осторожное и тщательное вылушивание кисты и хороший гемостаз предупреждают или уменьшают возможность таких осложнений.

В послеоперационном периоде на стороне операции нередко появляется отек вульвы, исчезающий через несколько дней. Если хирург не соблюдает всех правил, то, помимо разрыва капсулы кисты и кровотечения, могут образоваться обширные гематомы в области операции, распространяющиеся по окружающей клетчатке, а при инфицировании гематомы может возникнуть септический процесс.

Как редкое исключение известно и ранение прямой кишки, что иногда приводит к образованию калового свища.

Таких тяжелых осложнений можно избежать, если хирург помнит о серьезности этой «малой» операции и осторожно и тщательно ее выполняет.

Примерное описание операции вылушивания кисты большой железы преддверия влагалища (enucleatio cystis glandulae vestibularis major)

Показания к операции. Наличие кисты, деформирующей вход во влагалище, вызывающей чувство неловкости в области половой щели и затрудняющей половую жизнь.

Операция. После дезинфекции спиртом и 5% йодной настойкой кожи внутренней поверхности бедер и промежности сделан овальный разрез кожи длиной 5—6 см над опухолью снаружи от малой половой губы. С помощью ножниц и отчасти тупфером киста выделена из окружающей клетчатки и удалена. Кровотечение в процессе вылушивания кисты и после ее удаления остановлено при наложении зажимов и последующем лигировании. Ложе кисты ушито погружными кетгутовыми швами. На разрез кожи наложены узловатые шелковые швы, в нижний угол раны выведена марлевая полоска. Продолжительность операции 20 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Описание препарата. Удаленное образование представляет собой кисту величиной 6×3×3 см с густым слизисто-гнойным содержимым.

Вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища

Абсцесс большой железы вскрывают продольным разрезом, который производят параллельно малой половой губе, снаружи или внутри от нее. После опорожнения абсцесса полость его промывают фурацилином и дренируют марлевой полоской или тонкой резиновой трубкой, так как без этого отверстие закрывается и снова скапливается гной.

Л. Л. Окинчич рекомендует вскрывать такой абсцесс двумя небольшими разрезами; один делают на внутренней стороне абсцесса, обращенной к влагалищному входу, у нижнего края, другой — над концом корня канга, введенного через нижнее отверстие и выпячивающего кожу верхнего полюса капсулы абсцесса. Через образованные отверстия с помощью корня канга проводят длинную резиновую трубку и концы ее соединяют между собой (рис. 54). Дренаж удаляют после прекращения гнойных выделений.

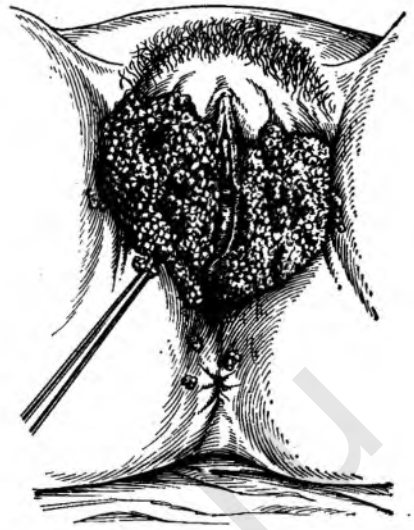


Рис. 54. Абсцесс большой железы преддверия вскрыт двумя небольшими разрезами, через которые проведена резиновая дренажная трубка.

Рис. 55. Острые кондиломы вульвы. Группу кондилом приподнимают пинцетом и срезают у основания.

Рану в послеоперационном периоде ежедневно промывают перекисью водорода и затем фурацилином (1 : 5000). При рецидивировании абсцесса большой железы преддверия влагалища показано ее удаление в холодном периоде.

Удаление остроконечных кондилом

Остроконечные кондиломы вульвы удаляют с помощью хирургической диатермии (электрокоагуляции) или оперативным путем, чаще всего под наркозом.

Перед операцией в течение нескольких дней больной назначают тепловатые сидячие ванны со слабым раствором марганцовокислого калия по 10—15 мин. После ванны наружные половые органы осушают марлевыми салфетками или мягким полотенцем и припудривают порошком резорцина, смешанным с борной кислотой (поровну). При отсутствии обильных выделений можно ограничиться только припудриванием резорцином с борной кислотой.

В процессе обследования больной и подготовки к операции необходимо попытаться выявить причину, способствующую появлению кондилом (гонококки, трихомонады, вирусы и т. п.) и провести мероприятия, направленные к ее устранению. Перед операцией сбивают волосы на наружных половых органах и лобке, обильно смазывают их 5% йодной настойкой. После этого, обнажив влагалище зеркалами, смазывают его стенки и шейку матки 5% настойкой йода.

Каждую бородавку или группу кондилом приподнимают пинцетом и состригают куперовскими ножницами или бритвой у самого основания (рис. 55), на месте перехода кондиломы в кожу. На коже остается неболь-

шая поверхностная ранка, кровоточащую поверхность которой обычно смазывают 5% раствором марганцовокислого калия. Им можно ежедневно смазывать раневую поверхность и в послеоперационном периоде; при этом образуется корка, под которой идет эпителизация. Следов от операции обычно не остается. При значительном кровотечении из ранки накладывают шелковые швы.

Так же срезают кондиломы на стенках влагалища и шейке матки. Кровоточащие ранки обшивают кетгутowymi швами. Следует иметь в виду, что небольшие кондиломы, оставленные во влагалище, после операции обычно исчезают сами. Таким больным после операции назначают спринцевания теплым дезинфицирующим раствором. Большие же кондиломы на стенках влагалища срезают ножницами или соскабливают острой кюреткой.

При значительном разрастании остроконечных кондилом во время беременности их следует удалять в области вульвы, обеспечив хорошее общее обезболивание. Обычно выкидыш при этом не наступает. После удаления кондилом и остановки кровотечения область операции смазывают стерильным вазелиновым маслом и накладывают давящую працевидную повязку.

Операции на девственной плеве

Рассечение девственной плевы. Операции на девственной плеве производят при ее полном заращении или выраженной ригидности, препятствующей половой жизни. Оперативное лечение применяют, если не удастся достигнуть растяжения плевы под наркозом до такой степени, чтобы можно было ввести четыре пальца. Вначале вводят во влагалище указательный палец правой руки и оттягивают край девственной плевы кзади, затем вводят средний палец. Раздвигая пальцы, расширяют отверстие и вводят сначала указательный, а затем и средний пальцы левой руки. Эту манипуляцию во избежание повреждений производят не торопясь, осторожно и постепенно. При безуспешности пальцевого растяжения ригидной девственной плевы, а также при ее решетчатой или двухкончатой форме показано рассечение или иссечение.

Рассечение ригидной девственной плевы производят скальпелем в нижне-наружном отделе (рис. 56). Разрез следует доводить до основания плевы. Края раны растягивают, кровоточащие сосуды лигируют, а на края разреза, растянутые в продольном

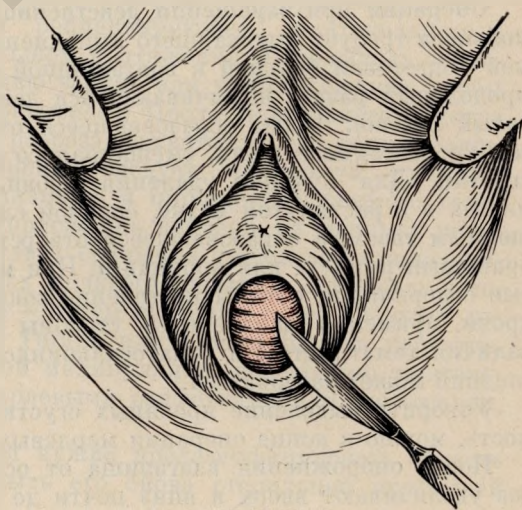


Рис. 56.

Рассечение ригидной девственной плевы.

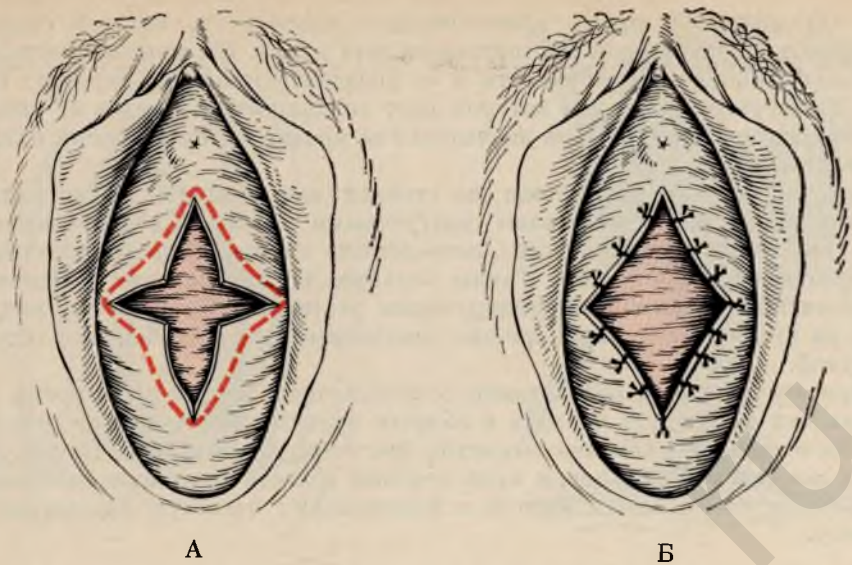


Рис. 57. *Иссечение девственной плевы.*

А — проведен крестообразный разрез. Пунктиром обозначена линия иссечения; Б — обшивание краев иссеченной девственной плевы отдельными швами.

направлении, накладывают отдельные швы из тонкого кетгута. В послеоперационном периоде целесообразно смазывание входа во влагалище стерильным вазелиновым маслом.

Иссечение девственной плевы выполняют следующим образом: сначала производят крестообразный разрез, а затем иссекают края раны между углами разрезов, как это показано на рис. 57. Можно произвести иссечение и с помощью овального разреза, приподнимая плеву хирургическим пинцетом. Края иссеченной девственной плевы обшивают узловатыми швами из тонкого кетгута.

Операция при заращении девственной плевы с образованием гематокльпоса требует строжайшего выполнения правил асептики. После обычной подготовки больной к влагалищной операции производят небольшой продольный разрез выпячивающейся девственной плевы, имеющей синеватый оттенок. Через образовавшееся отверстие медленно вытекает густая кровь темного цвета, смешанная со слизью, и выделяются кровяные сгустки. Для лучшего удаления крови, скопившейся во влагалище, а иногда и в растянутой матке, больной следует придать положение с опущенным тазом, а образовавшееся отверстие раскрыть введенными в него браншами пинцета или корнцанга. При медленном опорожнении растянутые содержимым органы постепенно сокращаются. Спешить с удалением крови, применяя давление со стороны брюшной стенки, особенно при наличии гематометры и гематосальпинкса, нельзя, так как при этом последний может разорваться.

Ускорить выделение кровяных сгустков, если в этом будет необходимость, можно в конце операции марлевым тупфером, зажатым в корнцанг.

После опорожнения влагалища от основной массы содержимого разрез увеличивают вверх и вниз почти до основания девственной плевы и

тщательно обшивают края разреза тонкими кетгутowymi швами. Если этого не сделать, обнаженные раневые поверхности срастаются и может снова возникнуть гематокольпос.

После удаления крови влагалище нельзя ни промывать, ни спринцевать или тампонировать из-за опасности вызвать восходящую инфекцию. Истечение содержимого гематокольпоса в небольшом количестве продолжается в течение нескольких дней после операции. Больной в кровати придается приподнятое положение туловища; 2—3 раза в день производится туалет наружных половых органов с целью удаления крови. На 3—4-й день после операции при благополучном течении больной разрешается вставать. На 6-й день следует проверить, нет ли слипания противоположных краев разреза. Если слипание имеется, его устраняют разведением краев раны пальцем или спинкой пинцета и обильно смазывают края стерильным вазелиновым маслом. Выписывают больную на 8—9-й день, убедившись, что края раны не слипаются. При выписке больной рекомендуют прийти на осмотр к врачу через месяц.

Операции при заращении влагалища

Операция при заращении влагалища с образованием гематокольпоса. Сущность операции заключается в опорожнении влагалища, а иногда и матки от содержимого и восстановлении непрерывности слизистой оболочки влагалища на всем его протяжении. Если же на стенках влагалища остаются дефекты слизистой оболочки, раневые поверхности слипаются и наступает рецидив.

При заращении в нижней трети влагалища гематокольпос выпячивается в половую щель и операция выполняется без особого труда. Производят поперечный разрез в области наибольшего выпячивания и после опорожнения влагалища от содержимого увеличивают отверстие путем вырезания участков полукруглой формы из верхнего и нижнего краев разреза. После этого отдельными кетгутowymi швами тщательно циркулярно обшивают края разреза. При заращении влагалища в верхних его отделах операция является более сложной и чревата опасностью повреждения мочевого пузыря, мочеиспускательного канала или прямой кишки.

Такая опасность возрастает при рецидивирующем гематокольпосе и сращении стенок влагалища на большом протяжении. В подобных случаях влагалище раскрывают с помощью зеркал или тупых крючков, чтобы подойти к нижнему полюсу гематокольпоса. После тщательного осмотра намечают линию предполагаемого разреза, захватывая его концы зажимами Кохера. Если возникают сомнения, следует произвести пункцию толстой иглой и, убедившись по наличию в шприце содержимого гематокольпоса в том, что место его расположения найдено, не вынимая иглы, сделать разрез. При обширных участках сращения стенок влагалища приходится ориентироваться в границах мочевого пузыря с помощью катетера, а в границах прямой кишки — путем введения через анальное отверстие в ее просвет расширителя Гегара или пальца руки в перчатке. Если нужно прибегнуть к последней манипуляции, необходимо тщательно защитить область операции марлевыми салфетками или полотенцем, а затем сменить перчатки.

После ректального исследования нужно продезинфицировать область заднепроходного отверстия и закрыть его снова стерильной простыней или полотенцем.

Приняв все предосторожности, производят поперечный разрез в области атрезии над нижним полюсом гематокольпоса. После освобождения влагалища от содержимого отверстие расширяют с помощью ножниц в поперечном направлении и края раны влагалища сшивают циркулярно отдельными кетгутовыми швами; при этом восстанавливается проходимость влагалищной трубки и непрерывность слизистой оболочки влагалища.

На 5-й день после операции, когда уже прекращается выделение крови, скопившейся при гематокольпосе и гематометре, производят осторожно влагалищное исследование пальцем, чтобы убедиться в отсутствии слипания стенок влагалища между собой. Если слипание произошло, его устраняют при осторожном разведении стенок влагалища пальцем или небольшими узкими зеркалами. Стенки влагалища обильно смазывают стерильным вазелиновым маслом и вводят марлевую полоску, пропитанную этим же маслом. Через день марлевую полоску заменяют свежей. На 9-й день проводят повторный осмотр влагалища. При хорошем состоянии швов и отсутствии слипания стенок влагалища больную выписывают на 10-й день после операции, рекомендовав ей явиться на повторный осмотр через месяц.

Примерное описание операции по поводу гематокольпоса (colpostomia)

После соответствующей подготовки с помощью крючков Фарабефа раскрыто влагалище и обнажен нижний полюс гематокольпоса. В области наибольшего выпячивания перегородки нижней трети влагалища произведен поперечный разрез длиной 3—4 см. Из отверстия стала выделяться струей тягучая темно-красная жидкость. После опорожнения влагалища от содержимого в рассеченное отверстие введен корнцанг и при раскрытии его рана несколько расширена. Края раны захвачены зубчатыми зажимами и с помощью ножниц разрез увеличен в поперечном направлении с обеих сторон. Края раны между верхним и нижним отрезками влагалища тщательно соединены узловатыми кетгутовыми швами. Продолжительность операции 30 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Операция при частичном заращении влагалища. Сужения влагалища при его заращении или рубцовых изменениях подлежат оперативному лечению, если они резко выражены, препятствуют половому акту, наступлению беременности или рождению ребенка.

В зависимости от расположения сужения влагалища и его особенностей характер оперативного вмешательства меняется. При иссечении обширных рубцов, расположении сужения вблизи сводов влагалища возможны повреждения мочевого пузыря и прямой кишки. Большие дефекты на стенках влагалища смогут вызвать необходимость пластической

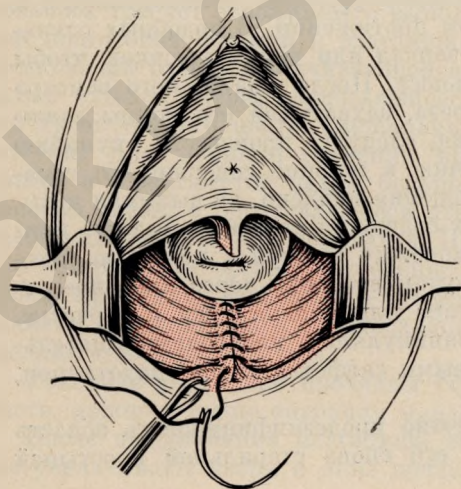


Рис. 58.

Продольная перегородка влагалища рассечена и частично удалена. Края разреза обшиты кетгутовым швом.

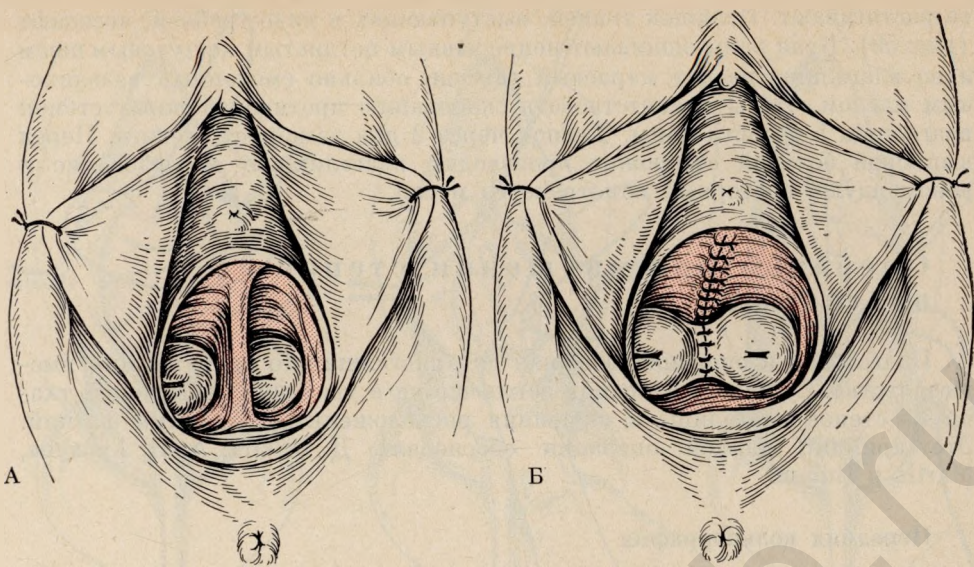


Рис. 59. *Рассечение и иссечение продольной перегородки влагалища при двойной матке.*

А — во операции; **Б** — после нее.

операции с добавочными разрезами, пересадкой стебельчатого лоскута из соседних тканей и т. д. Подобные операции доступны лишь опытному хирургу, тем более что их нельзя выполнять по схеме, а приходится строго индивидуализировать в зависимости от особенностей случая.

Наиболее типичной и простой из них является операция с рассечением относительно тонкой перегородки при наличии в ней хотя бы маленького отверстия, иногда пропускающего только пуговчатый зонд. Вводят зонд в отверстие и расширяют его скальпелем в поперечном направлении, идя к центру влагалища. Несколько расширив отверстие, определяют пальцем расположение перегородки в отношении стенок влагалища и постепенно увеличивают разрез, все время контролируя свои действия зрением, а если нужно, пальпацией по линии предполагаемого разреза. Величину разреза сообразуют с шириной влагалища выше и ниже места сужения. Швы в подобном случае обычно накладывают в циркулярном направлении.

Рассечение продольной перегородки влагалища. Продольные перегородки встречаются при раздвоении влагалища и могут находиться на всем протяжении от входа до сводов или разделять часть влагалища, чаще всего в нижнем отделе. Продольная перегородка, особенно разделяющая часть влагалища, в родах может препятствовать продвижению предлежащей части плода. В этом случае ее рассекают по средней линии и при возможности накладывают на края раны непрерывный петлистый шов из кетгута (рис. 58).

При операции у небеременной женщины производят обычную дезинфекцию наружных половых органов, промежности и влагалища. Последнее раскрывают боковыми зеркалами и обнажают перегородку, которая при растяжении влагалища становится хорошо видимой. Прямыми ножницами под контролем зрения перегородку рассекают по всей длине и отрезки

ее растягивают. Излишек тканей, выступающих в виде гребней, иссекают (рис. 59). Края раны зашивают непрерывным петлистым кетгутовым швом и во влагалище вводят марлевый тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом, чтобы препятствовать склеиванию противоположных стенок влагалища в области раны. Тампон через 2 дня заменяют свежим. Перед выпиской больной осторожно производят влагалищное исследование и рекомендуют повторный осмотр через месяц.

Операции при опущении стенок влагалища

Подготовка к операции обычная для влагалищного оперативного вмешательства. Сущность операции заключается в удалении избыточной ткани из стенок влагалища и сшивания расположенных под ними фасций. Этот принцип данной операции обосновали Д. О. Отт, А. П. Губарев, Martin и Vumm.

Передняя кольпоррафия

Обычно пластическая операция на передней стенке влагалища — передняя кольпоррафия (*colporrhaphia anterior*) — сочетается с оперативным вмешательством по восстановлению промежности и тазового дна или с одновременным исправлением положения матки.

Влагалище раскрывают с помощью ложкообразного зеркала и плоского подъемника. Сначала вводят ложкообразное зеркало в косом направлении, раздвигая наружные половые органы. Затем поворачивают зеркало и постепенно продвигают по задней стенке влагалища, надавливая на нее. При быстром введении зеркала сразу до шейки матки и резком его смещении к задней стенке влагалища клювом зеркала можно повредить эпителиальный покров влагалищной части шейки матки.

После введения ложкообразного зеркала с помощью подъемника обнажают шейку матки и захватывают ее пулевыми щипцами или щипцами Мюзо.

При большом опущении и цистоцеле целесообразно сначала подтянуть шейку пулевыми щипцами за заднюю губу, подъемником сместить нависающую переднюю стенку влагалища и мочевого пузыря в сторону лона и лишь после этого захватить пулевыми щипцами переднюю губу шейки матки. Длинное ложкообразное зеркало заменяют коротким: можно ввести во влагалище марлевую салфетку под шейку матки и низвести ее книзу. При небольшом опущении стенки влагалища и расположении матки на нормальном уровне низведение шейки производится с трудом. В этом случае захватывают длинными зубчатыми зажимами стенку переднего влагалищного свода и низводят его книзу, отталкивая шейку матки во влагалище.

После максимального низведения шейки матки книзу передняя стенка влагалища выворачивается и поперечные ее складки сглаживаются. Отступив на 2 см ниже отверстия мочеиспускательного канала, накладывают зубчатый зажим на переднюю стенку влагалища, от которого в последующем начинается разрез. При передней кольпоррафии чаще всего удаляют овальный лоскут из передней стенки влагалища (рис. 60). Хирург сначала намечает границы лоскута, верхний угол которого должен быть на расстоянии не менее 2 см от наружного отверстия мочеиспус-

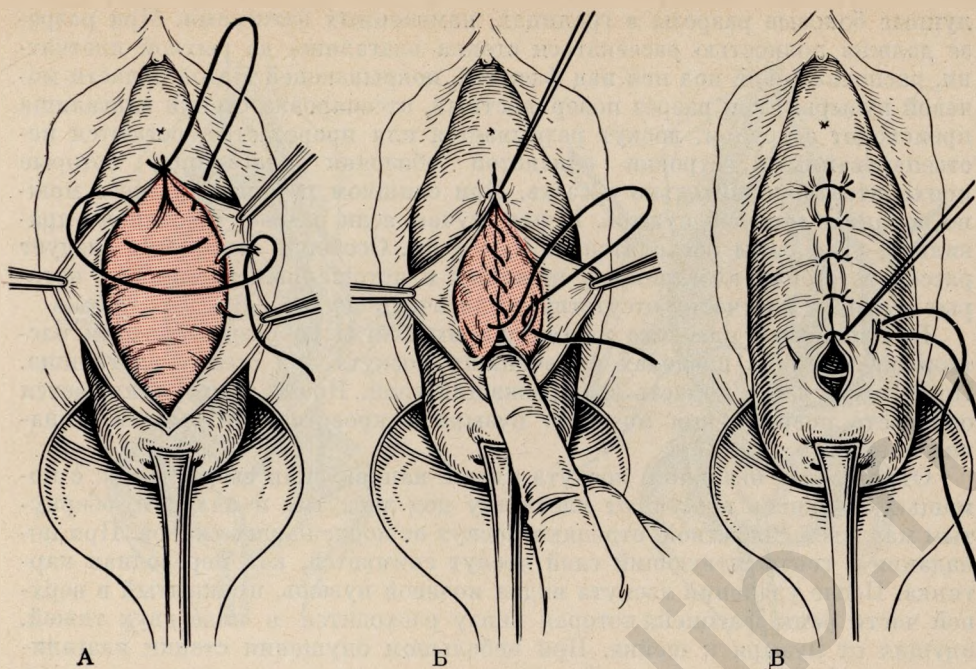


Рис. 60. Передняя кольпоррафия. После удаления ромбовидно-овального лоскута производят ушивание фасции над мочевым пузырем (А и Б); на разрез стенки влагалища накладывают узловатые кетгутовые швы (В).

тельного канала, нижний — на уровне перехода переднего свода во влагалищную часть шейки матки. Ширину лоскута определяют на глаз в соответствии с избытком растянутой влагалищной стенки. Для удобства при разрезе целесообразно в середине предполагаемой боковой границы лоскута с каждой стороны захватить стенку влагалища зубчатым зажимом. Этот прием особенно необходим при небольших опущениях, когда передняя стенка влагалища не выворачивается наружу и манипулировать приходится в преддверии влагалища. В подобных случаях поочередно между зажимами натягивают стенку влагалища и рассекают ее в намеченных границах.

Лоскут не должен быть очень широким, так как его легко увеличить при дополнительной отсепаровке краев разреза путем иссечения узких полосок из стенки влагалища. Не следует также забывать, что стенка влагалища после отсепаровки лоскута всегда несколько сокращается. Если же лоскут окажется слишком большим, то при зашивании разреза влагалищной стенки возникает натяжение ее, которое ведет к прорезыванию швов и расхождению краев раны. Подобное осложнение в послеоперационном периоде нередко сопровождается кровотечением и заживлением вторичным натяжением раны. Края разреза влагалищной стенки должны соединиться без всякого натяжения.

Отсепаровку лоскута начинают у зажима, наложенного в 2 см от отверстия мочеиспускательного канала, рассекая стенку влагалища в виде треугольника с вершиной у зажима. Скальпелем отсепаровывают этот треугольный участок и захватывают его зажимом. Затем проводят полу-

лунные боковые разрезы в границах, намеченных зажимами. При разрезе должна полностью рассекаться стенка влагалища до рыхлой клетчатки, расположенной под ней над фасцией, покрывающей в этой области мочевого пузыря. Если разрез поверхностный, отсепаровка стенки влагалища происходит с трудом, лоскут разрывается или прорезается, остаются неотсепарованными островки слизистой оболочки влагалища, которые приходится дополнительно срезать. При слишком глубоком разрезе можно поранить мочевой пузырь. В том случае, если разрез выполнен правильно, края раны расходятся на 0,5—1 см. Особенно осторожно следует рассекать стенку влагалища у пожилых и истощенных женщин, у которых жировая клетчатка отсутствует или очень скудна.

При передней пластике влагалища мы всегда до разреза вводим раствор новокаина в пределах намеченного лоскута под стенку влагалища. После этого легко попасть в надлежащий слой. Кроме того, уменьшается опасность повреждения мочевого пузыря и кровотечения бывает незначительным.

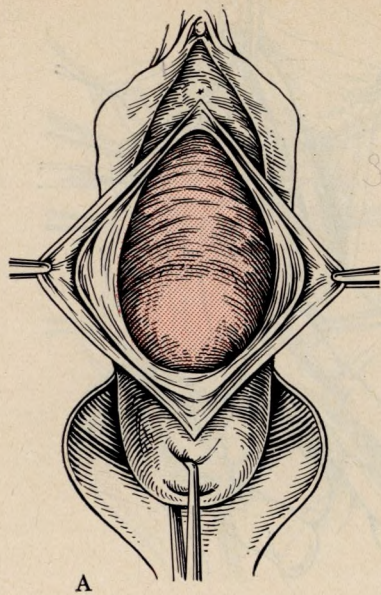
Отсепаровка овального лоскута идет в направлении сверху вниз: с помощью скальпеля подсекают клетчатку под лоскутом и пальцем, обернутым марлевой салфеткой, отделяют лоскут от подлежащих тканей. При попадании в соответствующий слой лоскут снимается, как переводная картинка. После удаления лоскута виден мочевой пузырь, прикрытый в верхней части раны фасцией, которая книзу расходится в виде двух тяжей, идущих от пузыря к шейке. При небольшом опущении стенки влагалища дальнейшей манипуляцией является отсепаровка скальпелем краев влагалищной раны от подлежащей фасции на 1—2 см и лигирование кровоточащих сосудов. На влагалищную фасцию накладывают непрерывный или узловатые кетгутовые швы; при этом следует помнить о расположенном под фасцией мочевом пузыре. Шить начинают с верхнего угла раны, подхватывая иглой внутренний слой стенки влагалища и фасцию, в основном у краев раны. Следует учитывать, что фасция наиболее растянута и истончена у средней линии; по мере же удаления от нее фасция бывает плотнее и крепче.

На края влагалищной раны накладывают непрерывный кетгутовый шов, затягивая его при каждом стежке и следя, чтобы соприкасались раневые поверхности, а не слизистая оболочка влагалищной стенки.

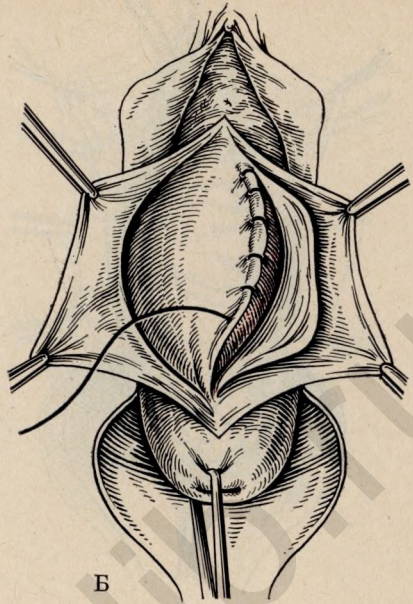
Передняя кольпорафия при наличии цистоцеле (cystocele). На передней стенке влагалища намечают и отсепаровывают овальный лоскут, как указывалось выше. После этого, как рекомендовал Wimm, рассекают фасцию над мочевым пузырем по средней линии, отсепаровывают ее в обе стороны и сшивают узловатыми кетгутовыми швами в виде дубликатуры (рис. 61).

Мы считаем наиболее целесообразным метод, который предложил Martin. После удаления овального лоскута из передней стенки влагалища (рис. 62) подсекают соединительнотканые волокна между шейкой матки и мочевым пузырем: последний острым и тупым путем отодвигают по направлению к лону до пузырчаточной складки брюшины (как при передней кольпотомии).

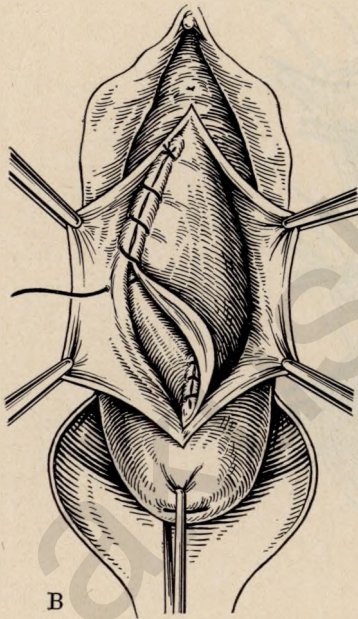
Мочевой пузырь смещают в сторону лона с помощью подъемника. При этом ясно обозначаются ножки фасции, идущей от пузыря к шейке матки. Убедившись, что мочевой пузырь отделен и отодвинут с передней поверхности шейки матки, приступают к наложению узловатых швов, которыми сшивают ножки фасции между собой, подхватывая по средней линии и ткань шейки (рис. 63). С помощью 2—3 швов частично ликвидируется



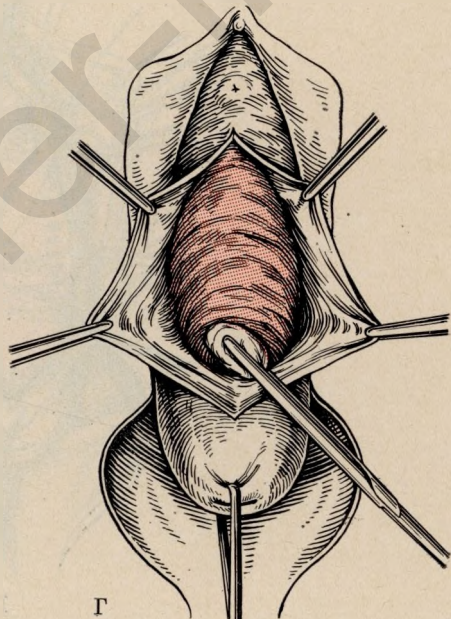
A



Б



В



Г

Рис. 61. Передняя кольпоррафия по Бумму.

Влагалищная фасция выделена и рассечена, оба лоскута атсепарованы (А). Их сшивают, накладывают один лоскут на другой (Б и В). При цистоцеле вначале выделяют и атсепаровывают от шейки матки мочевой пузырь (Г).

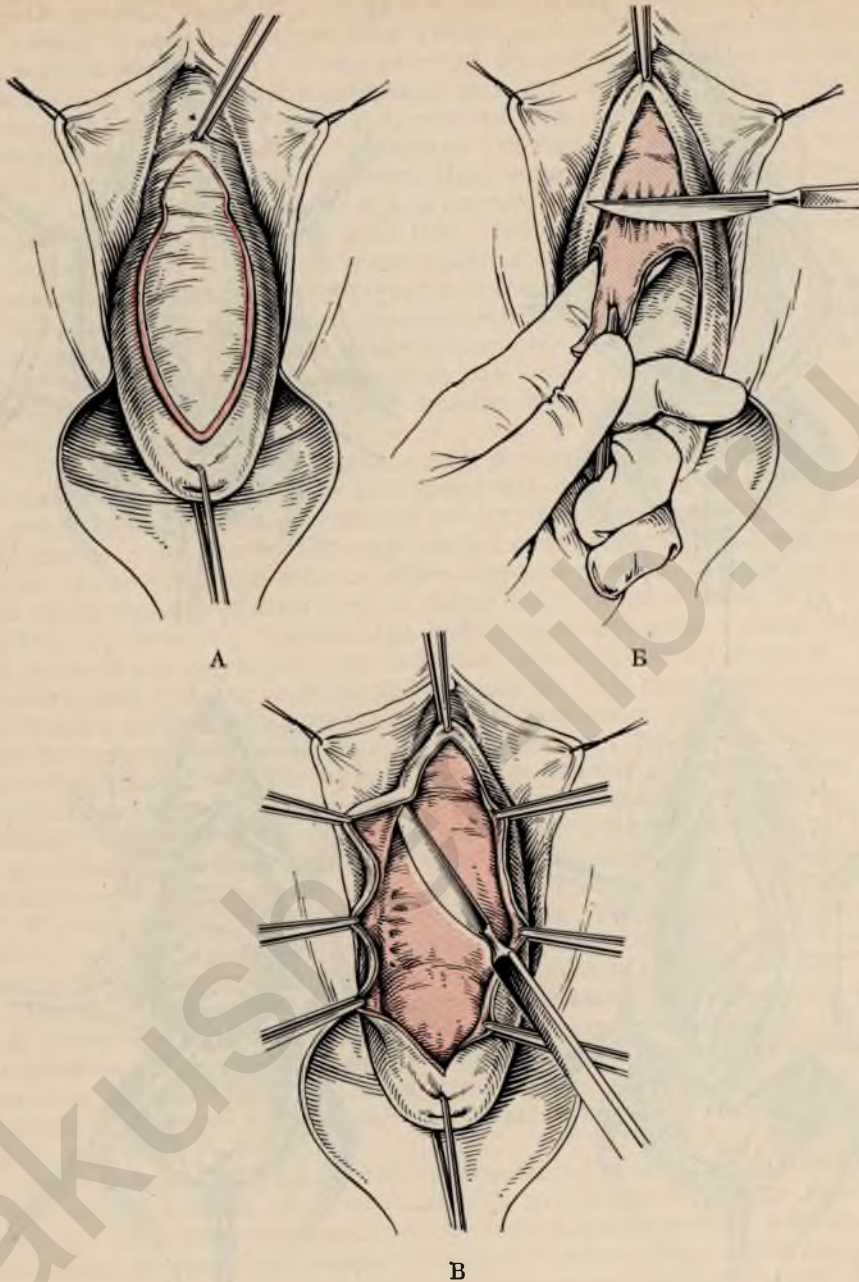


Рис. 62. Передняя кольпоррафия по Мартину.

А — границы овального лоскута; Б — отсепаровка лоскута; В — отделение краев влажной раны от подлежащей фасции.

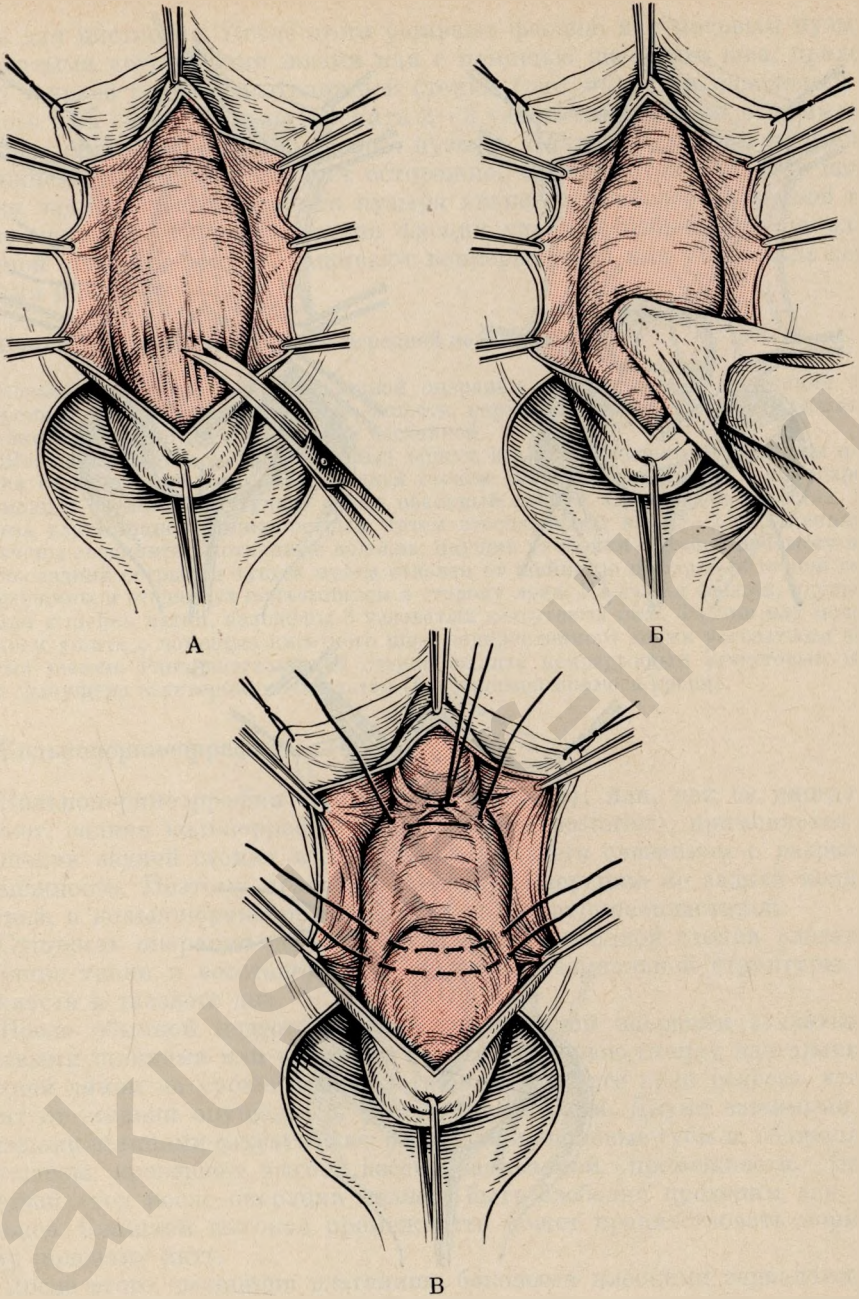
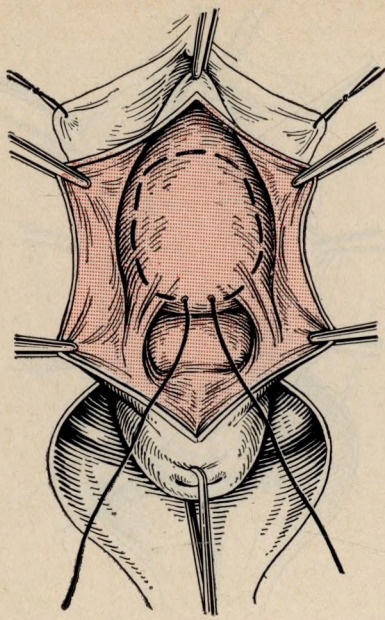
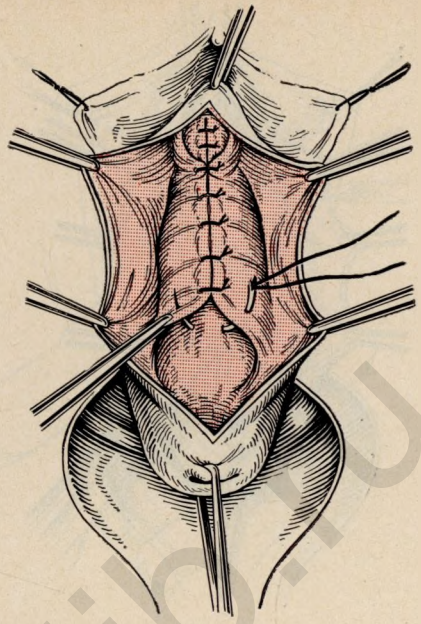


Рис. 63. Передняя кольпоррафия по Мартину.

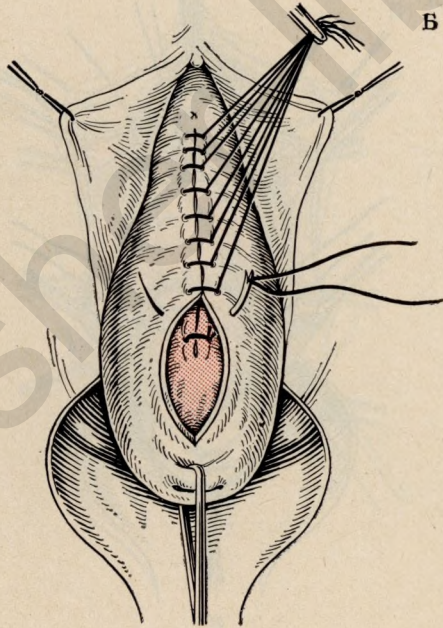
Отделение мочевого пузыря от шейки матки (А и Б) и ушивание фасции с подхватыванием ткани шейки матки (В).



А



Б



В

Рис. 64. Передняя кольпоррафия при цистоцеле. Ушивание фасции наложением кистетного шва над мочевым пузырем (А) и второго этажа узловатых швов (Б). Разрез влагалищной стенки зашивают узловатыми швами (В).

ложе для цистоцеле. После этого ушивают фасцию над мочевым пузырем узловатыми кетгутowymi швами или с помощью кисетного шва, проходящего у краев разреза влагалищной стенки (рис. 64). При наложении кисетного шва следует его подкрепить 2—3 узловатыми швами, если имелось большое опущение стенки мочевого пузыря. Накладывать швы на фасцию в нижнем отделе раны следует осторожно, так как отделенная от шейки матки задняя стенка мочевого пузыря является наиболее оголенной и ее легко поранить. После спивания фасции удаляют избыток ткани влагалищной стенки и рану ее зашивают непрерывными или узловатыми кетгутowymi швами.

Примерное описание операции передней кольпоррафии

Больная уложена для влагалищной операции, произведена дезинфекция кожи внутренней поверхности бедер, промежности, наружных половых органов, влагалища и шейки матки спиртом и 5% йодной настойкой.

Шейка матки обнажена с помощью зеркал, захвачена пулевыми щипцами и низведена во вход влагалища. Из передней стенки влагалища выкроен и отсепарован с помощью скальпеля и тупым путем овальный лоскут. Произведен гемостаз. Край разреза влагалищной стенки острым путем отсепарованы на 1,5—2 см. Ножницами рассечены соединительнотканые волокна, идущие от шейки матки к мочевому пузырю, последний острым и тупым путем отделен от шейки до пузырно-маточной складки брюшины и отодвинут подъемником в сторону лона. На ножки фасции, идущей от пузыря к шейке матки, наложены 3 узловатых кетгутowych шва. Фасция над мочевым пузырем ушита с помощью кисетного шва, подкрепленного двумя узловатыми кетгутowymi швами. Рана влагалищной стенки зашита непрерывным кетгутowym швом. Моча выпущена катетером, моча чистая (без видимой примеси крови).

Кольпоперинеоррафия

Кольпоперинеоррафия (colporrhaphia posterior), или, как ее иногда называют, задняя кольпоррафия (colporrhaphia posterior), применяется при опущении задней стенки влагалища, чаще всего связанном с разрывами промежности. Поэтому правильнее назвать операцию не задней кольпоррафией, а кольпоперинеоррафией, или кольпоперинеопластикой.

Сущность операции состоит в удалении из задней стенки влагалища излишка ткани и восстановлении мышечно-фасциальной структуры промежности и тазового дна.

После обычной подготовки для влагалищной операции захватывают пулевыми щипцами или зубчатым зажимом заднюю стенку влагалища по средней линии на уровне предполагаемого верхнего края разреза, что зависит от степени опущения и растяжения стенки. Два зажима или пулевыми щипцами захватывают обе большие половые губы и, сближая инструменты, проверяют высоту восстанавливаемой промежности. Влагалищный вход после операции должен быть свободно проходим для двух пальцев. Слишком высокая промежность может препятствовать нормальному половому акту.

После этого, расширив влагалище боковыми плоскими зеркалами, намечают границы лоскута, который имеет форму треугольника с вершиной у зажима, наложенного на заднюю стенку влагалища, и основанием на промежности у задней спайки между зажимами на половых губах (рис. 65). Некоторые хирурги сразу производят разрезы по намеченным границам лоскута или у его основания и начинают отсепаровку лоскута со стороны промежности (рис. 66). При этом середину края разреза влагалища захватывают зажимами, приподнимают и продолжают отсепаровку снизу вверх с помощью куперовских ножниц, выпячивая лоскут пальцем, введенным

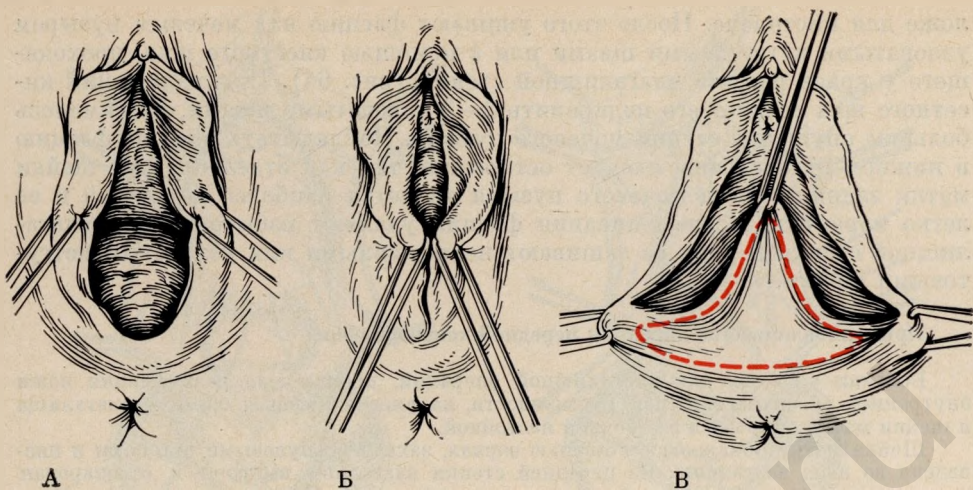


Рис. 65. Кольпоперинеопластика.

А — пулевыми щипцами намечено основание иссежаемого лоскута; Б — сближением пулевых щипцов определена высота восстанавливаемой промежности; В — зажимом захвачена вершина лоскута на задней стенке влагалища. Пунктиром очерчены границы лоскута.

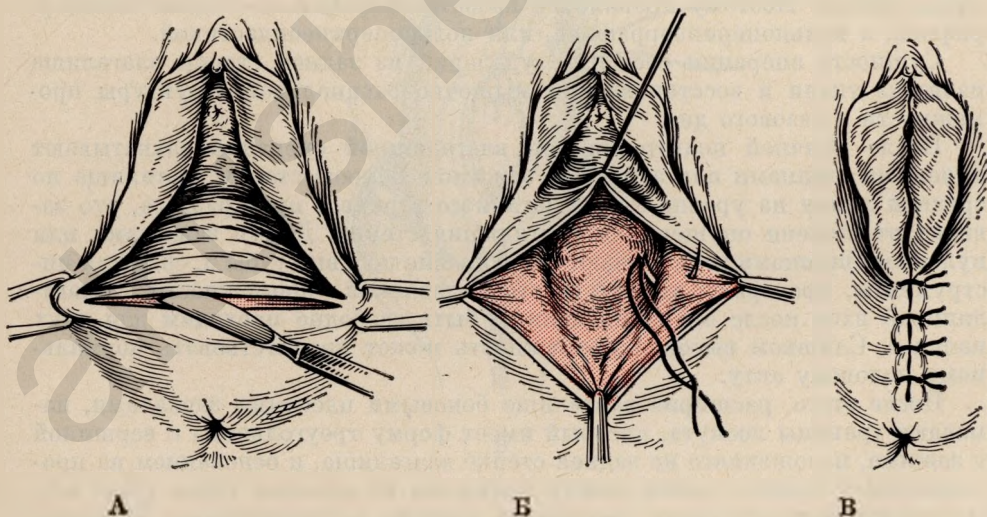


Рис. 66. Кольпоперинеопластика.

А — скальпелем проведен разрез на границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности; Б — наложение погружных швов; В — зашивание кожи промежности.

во влагалище. После отсепаровки до предполагаемой высоты накладывают зажим у вершины лоскута и иссекают его ножницами.

Мы, как и многие другие, предпочитаем начинать отсепаровку со стенки влагалища. Вначале небольшими разрезами намечаем верхний угол разреза и затем, растягивая стенку влагалища между зажимами, делаем боковые разрезы справа и слева. Если лоскут намечен большой (например, при rectocele), то приходится в складке влагалищной стенки соответственно расположению *sagunculae myrtiformes* наложить по линии предполагаемого разреза еще по одному зажиму. Сблизив эти зажимы, убеждаются, что удаление намеченного лоскута не приведет к сужению влагалища. Без наложения этих зажимов иногда лоскут выкраивают слишком большой и чрезмерно суживают влагалище. Хорошо в этих случаях помогает и гидравлическая препаровка (введение раствора новокаина под стенку влагалища). Если разрез правильно произведен, края раны расходятся. Следует учитывать, что при слишком глубоком разрезе легко поранить стенку прямой кишки. Особая осторожность необходима при рассечении рубцов, так как в этих местах стенка влагалища может быть резко истончена. Произведя боковые разрезы, начинают отсепаровку верхушки лоскута и захватывают его зажимом Пеана. Осторожно натягивая лоскут на указательный палец левой руки, хирург только скальпелем продолжает отсепаровку лоскута, все время контролируя его толщину. По мере отсепаровки на боковые края лоскута накладывают пеаны, которые помогают растягивать лоскут и проводить отсепаровку под контролем зрения.

Отсепаровка лоскута при задней пластике производится только острым путем, иначе можно проникнуть глубоко в параректальную клетчатку и повредить варикозно расширенные вены и даже стенку прямой кишки. После отделения лоскута влагалищной стенки почти до его основания (пока не отойдет прямая кишка) проводим между зажимами полулунный разрез на 1,5—2 см ниже границы между слизистой оболочкой влагалища и кожей промежности. Поддерживая хирургическим пинцетом край разреза в центре его, начинаем отсепаровку скальпелем. Лоскут должен быть тонким, иметь вид прозрачной пластинки; при дальнейшей отсепаровке по средней линии его соединяют с отсепарованной частью со стороны влагалища, а затем срезают по краям основания треугольника. Края разрезов влагалищной стенки отделяют от подлежащей ткапи на 1—2 см, что способствует сближению этих краев при наложении швов.

Применяя в течение многих лет подобную отсепаровку лоскута, мы считаем, что она более приемлема, так как позволяет все время контролировать действия хирурга и уменьшает опасность повреждения прямой кишки.

После удаления лоскута лигируют кровоточащие сосуды, чаще всего расширенные вены, затем накладывают швы на леваторы, которые близко подходят к боковым стенкам влагалища. В большинстве случаев не выделяют леваторы из фасций, соединяя мышцы вместе с покрывающими их фасциями. Шивают леваторы отдельными швами из толстого кетгута с помощью большой и крутой иглы. Ориентировавшись в расположении леваторов и прямой кишки, последнюю спинкой пинцета или пальцем левой руки оттягивают к средней линии и производят вкол иглы под леватор со стороны кишки с выколом снаружки. Затем вдевают в иглу другой конец нити и захватывают тем же способом леватор противоположной стороны. Этот шов, как и последующие, не завязывают, а концы нитей берут в за-

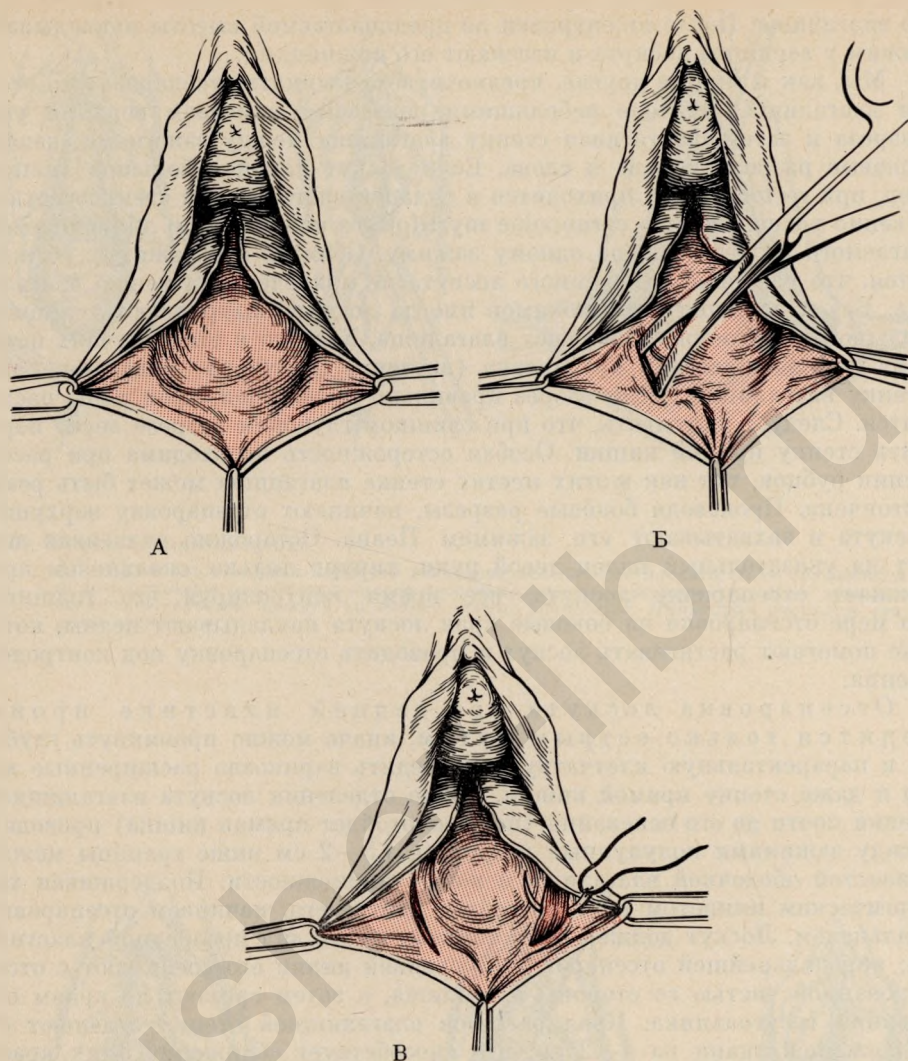


Рис. 67. Кольпоперинеопластика.

Отсепаровка (А и Б) и наложение швов на изолированную мышцу, поднимающую задний проход (В).

жим. При потягивании за первый шов леваторы становятся более видимыми и следующие два, реже три шва накладываются уже более легко. Для того чтобы в ране не было пустых пространств, при наложении некоторых швов на леваторы или одного — двух добавочных погружных швов на клетчатку влагалища вблизи к основанию треугольной раны следует в шов захватывать клетчатку, расположенную не только по бокам прямой кишки, но и непосредственно над ней. Края влагалищной раны зашивают непрерывным кетгутовым швом почти до задней спайки. Затем завязывают швы, соединяющие леваторы. При этом первый узел может расходиться, и его следует поддерживать анатомическим пинцетом во время завязывания шва. Затем продолжают непрерывный шов с влага-

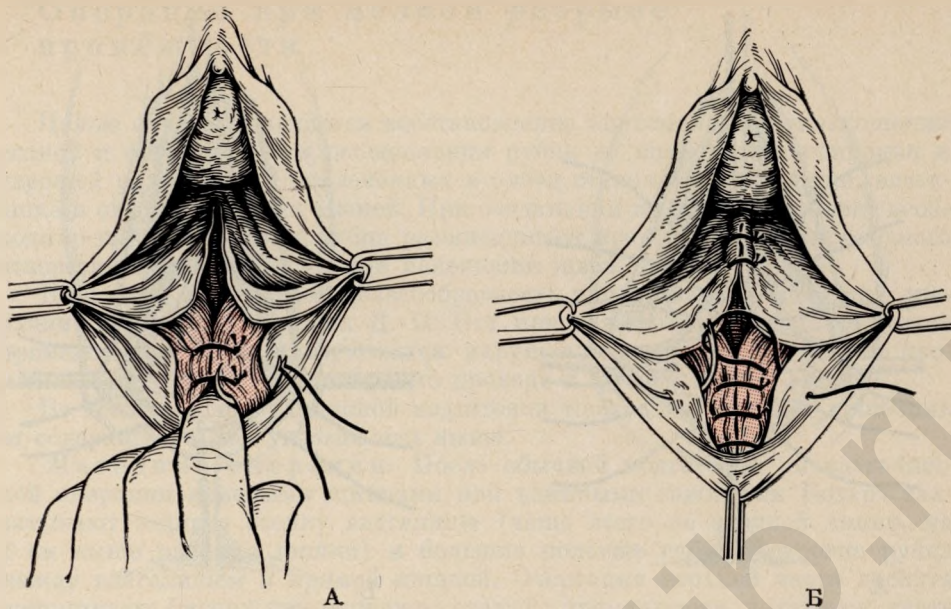


Рис. 68. Кольпоперинеопластика.
Наложение швов на леваторы (А и Б).

лица на подкожную клетчатку, вкалывая иглу первый раз со стороны влагалища и выкалывая ее в верхнем углу раны промежности. Узел этого шва оказывается погруженным в клетчатку. На кожу промежности накладывают узловые шелковые швы или скобки. У молодых и крепких женщин может быть применен и подкожный шов из тонкого кетгута. Во влагалище вводят на сутки марлевый тампон, смоченный вазелиновым маслом.

Кольпоперинеорафия с изолированным сшиванием леваторов. Изолированное сшивание леваторов применяют при резких степенях выпадения влагалища, так как при наложении швов на мышцы, поднимающие задний проход, без их отсепаровки швы захватывают лишь пучки поверхностной и глубокой поперечных мышц промежности и только частично глубже лежащие леваторы. Последние при этом сближаются, но не соединяются, особенно если имеется значительное их истончение и растяжение.

Сшиванию леваторов должно предшествовать их выделение после вскрытия над ними влагалищной фасции. Однако, как советует И. Л. Брауде, выделять мышцы полностью из их фасциальных оболочек не следует: это сопровождается усилением венозного кровотечения, усложняет гемостаз и может нарушить функциональное единство мышцы и ее фасции.

После отсепаровки лоскута из задней стенки влагалища, как и при предыдущей операции, сбоку от прямой кишки, оттеснив ее к середине, производят небольшой разрез (рис. 67) влагалищной фасции. Пальцами или концом сомкнутых ножниц расширяют разрез соответственно направлению леваторов, обнажая мышечные пучки. После этого, оттесняя пальцами или шпателем прямую кишку кзади, накладывают кетгутовые швы

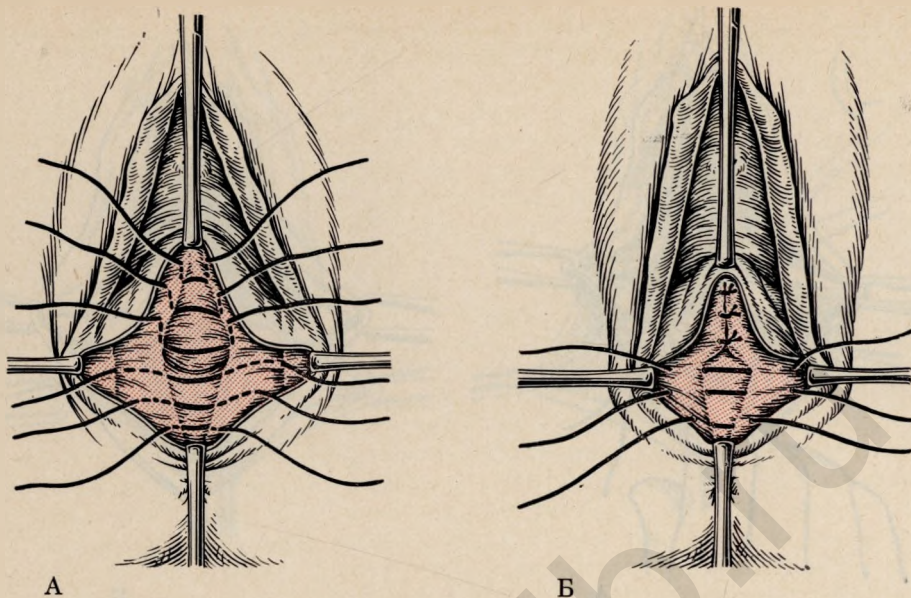


Рис. 69. Кольпоперинеопластика при ректоцеле. Лоскут отсепарован и начато наложение погружных швов (А и Б).

на леваторы (рис. 68), стягивая их над прямой кишкой. Второй ярус швов накладывают на влагалищную фасцию и мышечные пучки, лежащие более поверхностно. После этого зашивают рану влагалища и промежности узловатыми швами.

При выраженном ректоцеле, дивертикуле прямой кишки, возникающем при нарушении целостности фасциальных оболочек влагалища и прямой кишки, кольпоперинеоррафия имеет свои особенности. Из задней стенки влагалища выкраивают большой треугольный лоскут с вершиной у заднего свода влагалища. После отсепаровки лоскута обнажается фасция влагалища и прямой кишки. Погружными швами соединяют эти фасции и мышечно-фасциальную основу промежности (рис. 69). Затем накладывают швы на рану влагалища и промежности. По окончании операции выпускают мочу с помощью катетера и во влагалище вводят марлевый тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом или синтомициновой эмульсией.

Примерное описание операции кольпоперинеоррафии

После обычной подготовки к влагалищной операции наложены зажимы по углам предполагаемого треугольного лоскута, вершина которого находится по средней линии задней стенки влагалища. Скальпелем между зажимами произведены боковые разрезы влагалищной стенки и начата отсепаровка лоскута острым путем по направлению сверху вниз. После того как лоскут полностью отсепарован над стенкой прямой кишки, произведен разрез полукруглой формы на коже промежности между зажимами, наложенными на половые губы, и закончена отсепаровка лоскута скальпелем в направлении снизу вверх. На леваторы вместе с окружающими их фасциями наложено три кетгутовых шва. Клетчатка между влагалищной стенкой и кишкой соединена двумя кетгутовыми швами. Рана влагалищной стенки зашита непрерывным кетгутовым швом. На кожу промежности наложены шелковые швы.

Операции при полном разрыве промежности

Целью операции является восстановление анатомических соотношений тканей и органов путем расщепления рубца до полного разъединения и хорошей подвижности вовлеченных в рубец стенок прямой кишки, влагалища и окружающих их тканей. При соединении выделенных тканей необходимо найти в глубине рубца разошедшиеся края жома заднепроходного отверстия и соединить их при наложении швов.

Наш опыт показывает целесообразность использования методики операции, которую предложил Д. О. Отт при зашивании полных разрывов промежности, характеризующихся нарушением целостности не только промежности, но и сфинктера заднего прохода и прямой кишки (рис. 70).

Во время предоперационной подготовки тщательно очищают кишечник от содержимого, как указывалось выше.

Методика операции. После обычной подготовки к влагалищной операции пулевыми щипцами или длинными зажимами Кохера захватывают заднюю стенку влагалища (чаще всего по средней линии, на 2 см выше разрыва кишки) и большие половые губы на уровне рубца между влагалищем и прямой кишкой. Очертания верхней части лоскута напоминают фигуру при неполном разрыве промежности, а нижнюю часть удлиняют кзади так, чтобы лоскут охватывал частично кишку и окаймлял ее переднюю разорванную часть. Это удлинение кзади, как пишет Д. О. Отт, имеет целью шире захватить область разорванных задних мышц промежности и сфинктера, а образовавшаяся выемка для переднего отдела кишки проходит на границе ее слизистой оболочки и кожи и имеет целью восстановить кишечную трубку. Фигура освежения напоминает контуры бабочки с раскрытыми крыльями. Несомненно, при этой операции необходимо индивидуализировать фигуру и площадь освежения, величину лоскутов по бокам заднего прохода; чем больше повреждение сфинктера, тем ниже должны спускаться эти концы, которые своими внутренними краями соприкасаются со слизистой оболочкой прямой кишки. Не следует очень широко захватывать в лоскут кожу промежности по бокам кишки, чтобы избежать натяжения тканей при наложении швов. Для этого нижнюю часть крыльев бабочки необходимо скашивать по мере приближения к заднему проходу.

Наметив скальпелем наружные контуры фигуры освежения, приступают к расщеплению рубцовой ткани, соединяющей края стенки влагалища со слизистой оболочкой прямой кишки. Острым скальпелем осторожно надсекают рубец и начинают отделение задней стенки влагалища от передней стенки прямой кишки. Чтобы не повредить при этом стенку кишки, скальпель следует держать параллельно последней и не наклонять его острие в направлении стенки кишки, которая при рубцовых изменениях может быть к тому же резко истончена. Отделение влагалища от прямой кишки производят до тех пор, пока не выйдут за пределы рубца. Только при этом условии соприкасающиеся стенки влагалища и кишки приобретают полную подвижность и швы накладываются без натяжения тканей. Расщеплять рубцовую ткань необходимо и в области, прилегающей к сфинктеру заднего прохода, чтобы в последующем можно было соединить далеко разошедшиеся его края, сшивая их без натяжения.

После этого отсепааровывают оставшуюся часть намеченного лоскута и удаляют его. Вначале накладывают узловые швы из тонкого шелка,

реже кетгута, на разрыв кишки. После завязывания швы лежат вне просвета кишки. Мы предпочитаем накладывать швы из тонкого шелка, не прокалывая ими слизистую оболочку кишки. Первые 1—2 шва следует наложить на стенку кишки выше места разрыва, а последующие — в направлении от верхнего угла разрыва до нижнего края концов освежения (рис. 71), опущенных по бокам кишки. После завязывания швов прежняя фигура освежения промежности в виде бабочки превращается в треугольник и разрыв из полного переходит в неполный.

Хирург и помощники меняют перчатки, инструменты и обкладывают область операционного поля свежими стерильными полотенцами или пеленками.

После того как зашита кишка на всем протяжении ее разрыва, приступают к наложению швов на концы жома заднепроходного отверстия. Концы кольцевой мышцы после разрыва сокращаются и уходят в глубину тканей. Их захватывают лигатурой из кетгута с помощью небольшой круто изогнутой иглы, которую вкалывают и круто выкалывают у края раны этой же стороны; то же производят на другой стороне, после чего шов завязывают, соединяя концы разорванного сфинктера. Целесообразно этот шов накладывать в виде восьмерки и подкреплять его вторым, более поверхностным швом. После этого накладывают несколько погружных тонких кетгутовых швов, соединяя мышечный слой стенки прямой кишки с окружающей клетчаткой. Затем зашивают освеженные поверхности влагалища и промежности, накладывают швы на леваторы, так же как при обычной кольпоперинеоррафии или неполном разрыве промежности.

Существует и другой, менее принятый метод зашивания прямой кишки, который применял И. Л. Брауде. Зашивание начинают с верхнего угла разрыва. Тонкую шелковую лигатуру проводят со стороны слизистой оболочки кишки справа и выводят наружу со стороны подслизистого слоя; на другой стороне иглу вкалывают со стороны подслизистого слоя, а выводят со стороны слизистой оболочки. При завязывании узла он лежит на слизистой оболочке в просвете кишки. Длинные концы лигатуры остаются в просвете кишки и концы ее свисают из заднего прохода. Следующие швы накладывают таким же образом и концы их в виде пучка свисают из заднепроходного отверстия (рис. 72).

В послеоперационном периоде лигатуры прорезываются и постепенно выходят наружу.

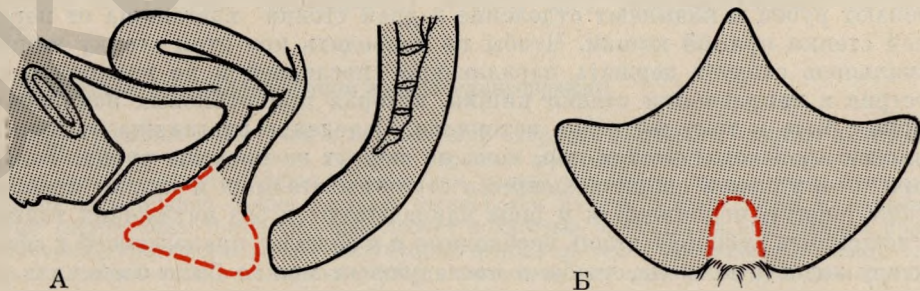


Рис. 70. Схематическое изображение полного разрыва промежности.
А — сагиттальное сечение; Б — изображение en face.

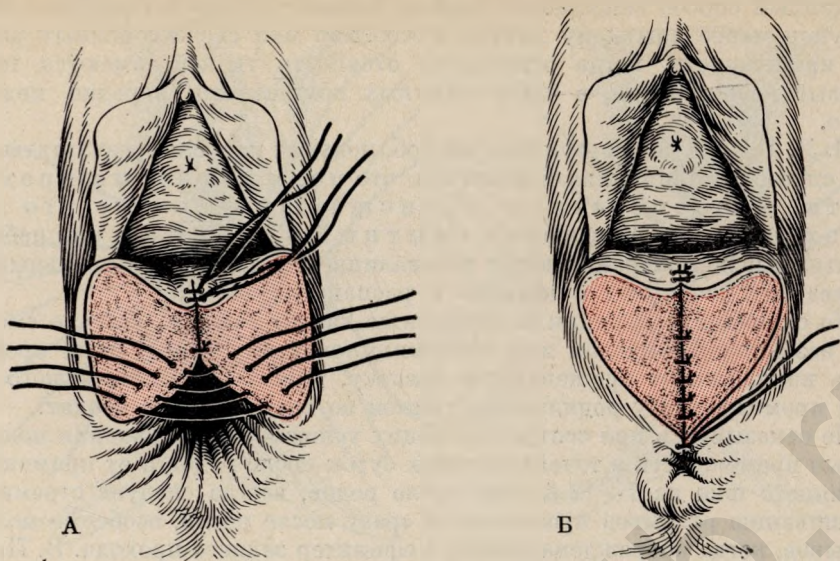


Рис. 71. Восстановление полного разрыва промежности.

А — наложение швов на разрыв кишки; Б — вид полного разрыва промежности после зашивания разрыва кишки.

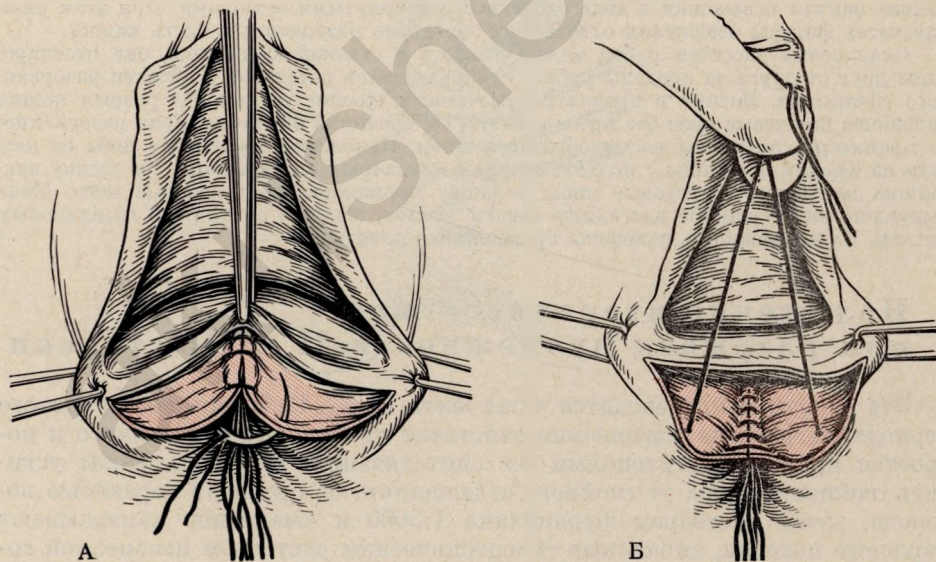


Рис. 72. Зашивание старого полного разрыва промежности по Брауде.

А — освеженные края разорванной стенки кишки соединяют тонкими шелковыми швами так, чтобы узел лежал в просвете кишки; Б — концы разорванного жома захвачены лигатурой.

Данный способ зашивания разрыва кишки технически проще и более доступен менее опытному хирургу, особенно при свежих полных разрывах промежности, когда отмечается отечность тканей, имеются после родовые кровотечения, а число опытных помощников нередко недостаточно.

И. Л. Брауде, используя этот способ, получал хорошие результаты. Мы этот способ не применяли и полагаем, что полный разрыв промежности, в частности и происшедший только что при родах, должен зашивать опытный хирург, так как неблагоприятный исход операции ведет к инвалидности, тяжелым моральным переживаниям женщины и нередко к распаду семьи.

По окончании операции во влагалище вводят тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом или синтомициновой эмульсией, и на промежность накладывают працевидную повязку. При зашивании свежего разрыва промежности у роженицы тампон во влагалище не вводят.

Не отказываясь при соответствующих условиях от наложения швов на разрыв промежности в течение первых суток после родов и от применения вторичного шва на 7—12-й день после родов, всегда следует стремиться к зашиванию разрывов промежности сразу после родов, особенно полных разрывов, когда повреждена кишка и сфинктер заднего прохода. В. П. Михайлов, А. А. Терехова (1960) и К. М. Пичугин (1960) сообщают о благоприятных результатах применения вторичного шва, что рекомендуем и мы.

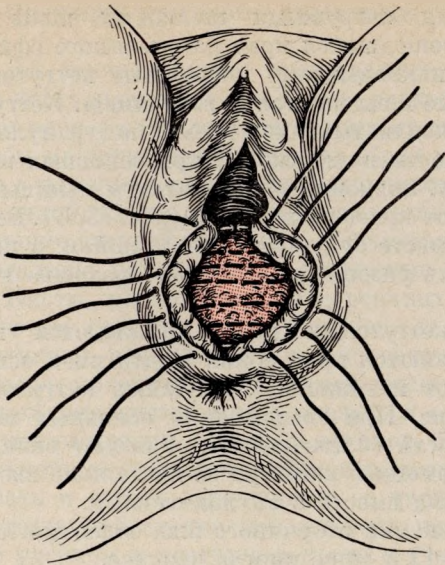
Примерное описание операции зашивания полного разрыва промежности

После обычной подготовки к влагалищной операции наложены зажимы на заднюю стенку влагалища на 2 см выше верхнего угла разрыва кишки и на большие половые губы на уровне рубца между влагалищем и прямой кишкой. Скальпелем намечена фигура освежения в виде бабочки с развернутыми крыльями. При этом нижняя часть фигуры освежения охватывает переднюю разорванную часть кишки.

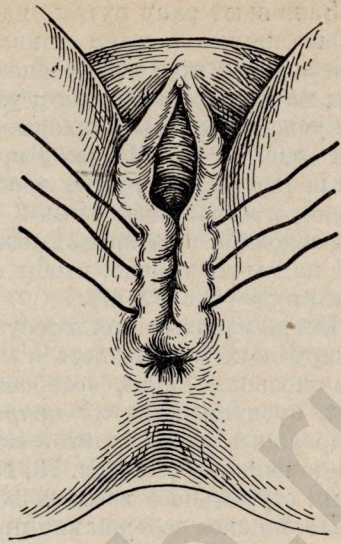
Скальпелем рассечен рубец между кишкой и стенкой влагалища, они отсепарованы друг от друга за пределы рубца. Рубцовая ткань рассечена в области разорванного сфинктера. Лоскут в пределах намеченных границ удален. На разрыв кишки наложены шелковые швы без прокалывания ее слизистой оболочки. Края разорванного сфинктера соединены восьмиобразным швом. Наложены погружные швы из кетгута на фасции и мышцы с подхватыванием мышечных слоев кишки. На стенку влагалища наложены кетгуттовые швы, на кожу промежности — шелковые швы. Моча выпущена катетером. Во влагалище введен тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом. На промежность наложена працевидная повязка.

Наложение вторичного шва при разрывах промежности II и III степени

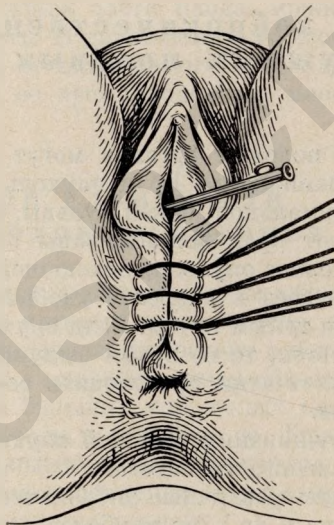
Эта операция производится чаще всего на 7—12-й день послеродового периода, когда рана совершенно очистится от гнояного отделяемого и покроется яркими грануляциями без эпителизации. Для того чтобы ускорить очищение раны от гнояного отделяемого, ее орошают перекисью водорода, затем раствором фурацилина 1:5000 и ежедневно накладывают марлевые полоски, смоченные гипертоническим раствором поваренной соли. Перед операцией влагалище промывают перекисью водорода, удаляя ее стерильным вазелиновым маслом, а затем наружные половые органы смазывают йодной настойкой до границы грануляций. Последние не следует травмировать или соскабливать во избежание осложнений.



А



Б



В

Рис. 73. Наложение вторичного шва при разрыве промежности.

А — наложение узловатых кетгутовых швов с подхватыванием тканей под грануляциями; Б — на кожу промежности наложено три основных шелковых шва, проведенных через кожу, подкожную клетчатку и мышцы; В — при завязывании основных швов образуются складки кожи в виде валиков.

Зашивают рану путем наложения погружных шелковых швов на разрыв кишки, а затем сшивают разошедшиеся края разорванного сфинктера заднего прохода. После этого накладывают погружные кетгуттовые швы на мышцы и фасции и узловатые швы на стенку влагалища. Кетгуттовые узловатые швы накладывают с подхватыванием тканей под грануляциями (рис. 73, А). На кожу промежности накладывают три основных шелковых шва, проведенных через кожу, подкожную клетчатку и мышцы, со вколom и выколom иглы на 2—3 см от краев грануляций (рис. 73, Б). Верхний основной шов накладывают на месте будущей задней спайки, а нижний на таком уровне, чтобы сблизить разошедшиеся при разрыве края сфинктера (рис. 73, В).

После завязывания погружных кетгуттовых швов сближаются гранулирующие поверхности и приближаются края кожи. Подтягивая основные шелковые швы, освобождают от натяжения погружные кетгуттовые швы, предупреждая их прорезывание. При завязывании основных швов латарельные части каждой поверхности сближаются и образуют складки в виде валиков (см. рис. 73, В). С помощью катетера во влагалище вводят 10 мл стерильного вазелинового масла вместе с антибиотиками.

Постельное содержание при наложении вторичного шва более длительное. Основные швы снимают на 11—12-й день, иногда позднее.

Ведение послеоперационного периода требует большого внимания при операциях по поводу полного разрыва промежности, о чем будет сказано в соответствующем разделе.

Операции при доброкачественных опухолях наружных половых органов и влагалища

В области наружных половых органов могут встречаться фибромы, фибромиомы, липомы и папилломы. Если опухоль на ножке, последнюю отсекают на границе с нормальной кожей вульвы, перевязывают кровоточащие сосуды и соединяют края кожной раны отдельными шелковыми швами. При отсутствии ножки опухоли, исходящей чаще из большой половой губы, производят разрез в наиболее удобном месте над опухолью и вылуцивают ее острым и тупым путем. Если опухоль расположена вблизи уретры или прямой кишки, то во время вылуцивания необходимо отсепаровку окружающей клетчатки производить осторожно, чтобы не повредить указанные органы.

Кровотечение при вылуцивании большой опухоли может быть значительным и требует тщательного гемостаза.

Во влагалище могут быть различные доброкачественные новообразования (фибромы, фибромиомы и др.), но наиболее часто встречаются кисты, происходящие обычно из рудиментов гартнеровских ходов. Кисты небольших размеров, не препятствующие половому акту и не вызывающие каких-либо жалоб со стороны женщин, не требуют лечения. Кисты значительных и больших размеров удаляют хирургическим путем. При фибромах производят вылуцивание опухоли, учитывая во время операции особенности случая и выбирая наиболее удобное место для разреза. Вылуцивая опухоль из окружающих тканей, следует держаться все время у стенки опухоли, чтобы не повредить органы, расположенные непосредственно у стенки влагалища (уретру, мочевой пузырь, прямую кишку) и смещенные опухолью в ту или иную сторону.

Операции при кисте влагалища

Это вмешательство представляет нередко большие трудности. Наиболее легко вылущивается киста, расположенная у входа во влагалище. При этом разрез влагалищной стенки производят над кистой с таким расчетом, чтобы не вскрыть ее капсулы. Край разреза захватывают зажимами, а затем с помощью скальпеля или ножниц и пальца, обернутого марлевой салфеточкой, кисту осторожно вылущивают из окружающих тканей. Кровоточащие сосуды лигируют, обкалывая наиболее крупные из них. На рану влагалища накладывают кетгутовые швы.

Кисты, расположенные в верхних отделах влагалища, своим верхним полюсом нередко заходят глубоко в паравезикальную и параметральную клетчатку, располагаясь в непосредственной близости от уретры, мочевого пузыря, мочеточника и прямой кишки. В подобных случаях операция вылущивания кисты может оказаться очень сложной и чреватой опасностями повреждения соседних органов. При удалении подобной кисты, если дальнейшее ее вылущивание становится трудным и опасным, можно перевязать и отсечь выделенную ее часть и зашить рану влагалища. Разрез влагалищной стенки над нижним полюсом кисты производится в наиболее удобном и доступном месте с учетом топографических взаимоотношений. Иногда приходится оперировать, контролируя границы уретры и мочевого пузыря с помощью катетера как при вылущивании кисты, так и при наложении швов.

Во время родов, если киста может препятствовать вставлению или продвижению подлежащей части плода, можно проколоть кисту и выпустить из нее жидкость. В дальнейшем жидкость обычно накапливается и освобождение кисты от содержимого не исключает рецидива и необходимости операции, но во время родов это мероприятие является оправданным.

Операции при слоновости наружных половых органов

Слоновость наружных половых органов встречается очень редко, поражая большие и малые половые губы, клитор, которые иногда достигают значительных размеров. Операция состоит в последовательном и постепенном иссечении опухоли с одновременным обкалыванием кровоточащих сосудов. При поражении больших или малых половых губ разрезы производят у основания опухоли и отрезают ее. Тщательно лигируют кровоточащие сосуды, погружными швами из кетгута соединяют глубокие слои тканей. Край кожной раны соединяют шелковыми швами. На область вульвы накладывают пращевидную повязку.

Если слоновостью поражены большие и малые половые губы и клитор, приходится иссекать все эти части. Л. Л. Окинчиц рекомендует в подобных случаях производить разрез в виде двух соприкасающихся и расположенных друг к другу под углом треугольников (рис. 74, А). Основание треугольников лежит в области лобка, вершина — в области промежности, а боковые стороны идут по наружной и внутренней поверхностям больших или малых половых губ. После удаления опухоли производят тщательный гемостаз и сближают края раны погружными кетгутовыми швами. Слизистую оболочку влагалища соединяют с кожей по линии их разреза узловатыми шелковыми швами (рис. 74, Б).

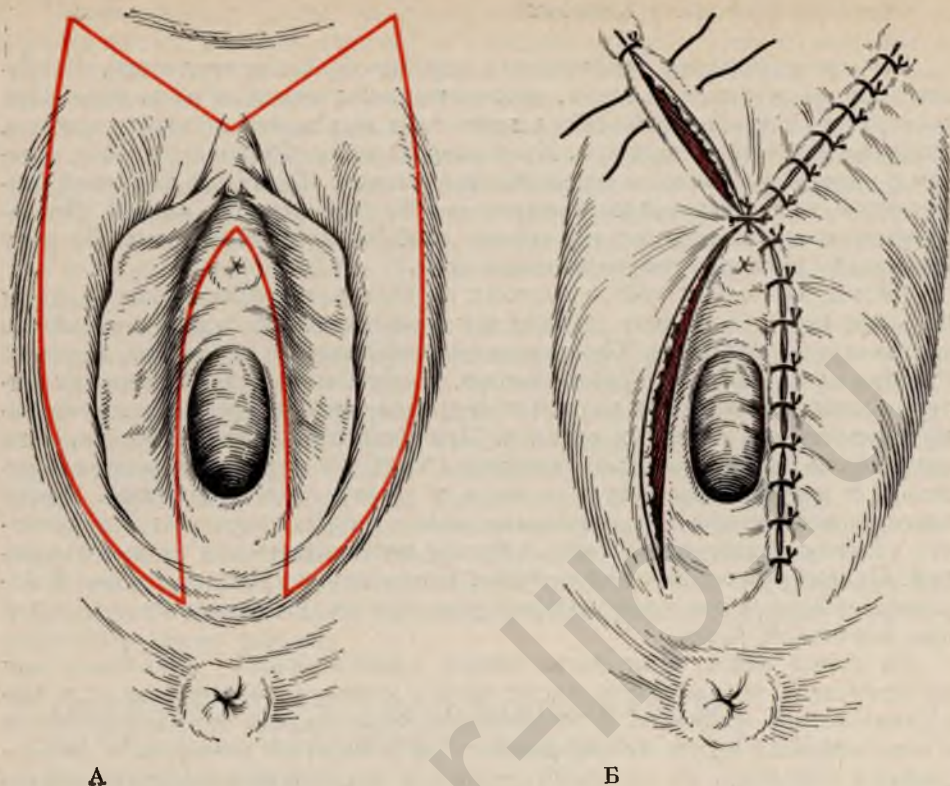


Рис. 74. Операция при слоновости наружных половых органов.

А — форма разреза при поражении половых губ и клитора; Б — наложение шелковых швов, соединяющих края раны.

При операции по поводу слоновости необходимо учитывать возможность сильного кровотечения, поэтому опухоль не удаляют сразу, а каждый отсеченный участок немедленно обкалывают и лигируют сосуды. Следует строго соблюдать правила асептики, учитывая склонность раны к нагноению.

Операции при злокачественных опухолях наружных половых органов

В ходе операции по поводу рака вульвы приходится прибегать к иссечению всей вульвы и удалению регионарных лимфатических узлов. После операции применяют глубокую рентгенотерапию.

При удалении лимфатических узлов поступают по-разному. Одни предлагают сначала удалять паховые, подвздошные и подчревные узлы, а в конце операции иссекать и вульву. Другие считают возможным ограничиться удалением вульвы и паховых лимфатических узлов. Чаще применяют последний вариант операции с последующей лучевой терапией.

Операция начинается с удаления паховых лимфатических узлов. Сначала с одной стороны, а затем с другой — производят разрезы кожи и под-

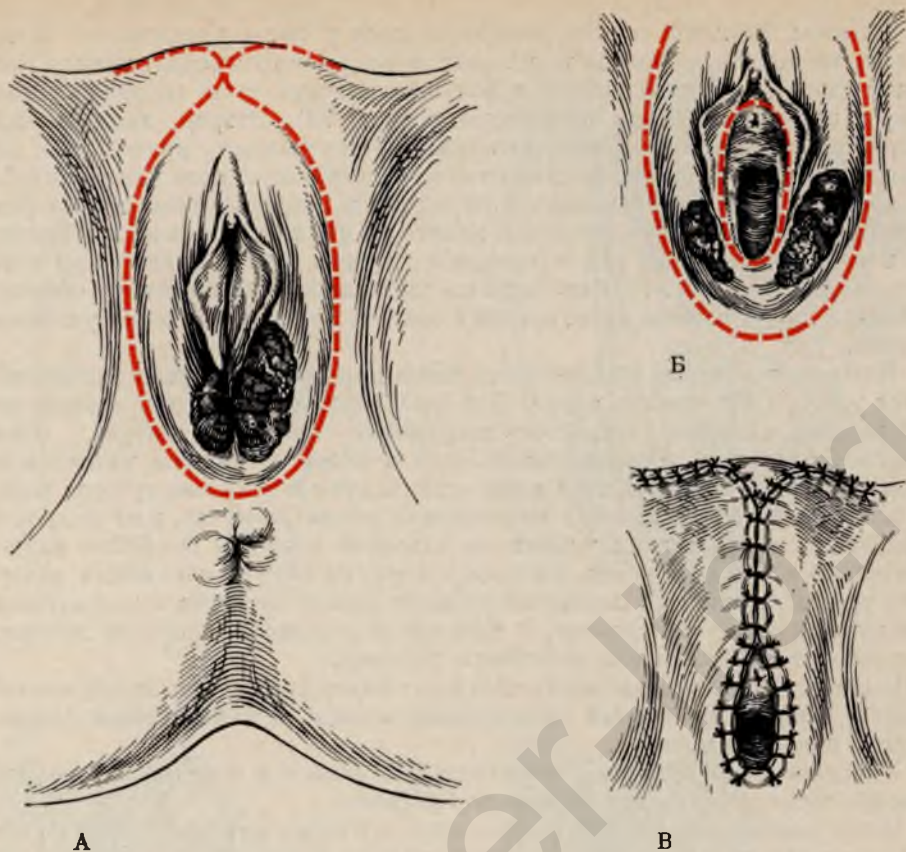


Рис. 75. Операция удаления вульвы по поводу рака.

А — наружная линия разреза; кожные разрезы, идущие вдоль паховых связок, сходятся над лоном, а затем выше головки клитора расходятся в стороны, широко охватывая клитор и большие губы с обеих сторон; разрезы снова сходятся посередине промежности; Б — внутренняя линия разреза; разрез окружает циркулярно или в виде овала преддверие влагалища, охватывая его по внутреннему краю малых губ так, чтобы наружное отверстие мочеиспускательного канала оставалось внутри от разреза; В — закрытие раны после иссечения всей вульвы с окружающей ее подлежащей клетчаткой, поверхностными и глубокими железами, а иногда и фасции с подлежащим мышечным пластом.

кожной клетчатки над пупартовыми связками. Разрезы идут вдоль пупартовых связок и на 1 см выше их, начинаясь несколько кнаружи от середины связки и сходясь над лоном. При разрезе обнажается наружная косая мышца живота. Кровоточащие сосуды лигируют. Рану расширяют крючками, острым и тупым путем выделяют клетчатку вместе с лимфатическими узлами над пупартовой связкой и ниже нее. Это следует делать осторожно, чтобы не поранить больших бедренных сосудов. При этом обнажается широкая фасция и серповидный отросток, ограничивающий наружное отверстие бедренного канала. В глубине овальной ямки видны решетовидная пластинка и выходящие через нее вены. Приподняв клетчатку вместе с лимфатическими узлами, отсекают ее ножницами и лигируют кровоточащие сосуды. Раны над пупартовыми связками зашивают, оставив открытым участок над лоном.

Разрезы брюшной стенки, соединившиеся у лона, продолжают книзу и они, расходясь вновь выше головки клитора, широко охватывают в пределах здоровых тканей клитор и большие половые губы справа и слева. Разрез заканчивается на промежности (рис. 75). Второй, циркулярный разрез проводят вокруг входа влагалища по внутреннему краю малых половых губ, обходя наружное отверстие мочеиспускательного канала, чтобы не повредить его. Раковую опухоль удаляют в пределах, намеченных разрезами, с окружающей клетчаткой вплоть до фасции, а иногда и с фасцией и находящимся под ней мышечным пластом. Кровотечение при этом бывает значительное. Его необходимо останавливать обкалыванием и лигированием кровоточащих сосудов по мере отсечения участков тканей.

Благодаря хорошей подвижности кожи в области операции зашивание раны удается без особого труда. Для уменьшения натяжения тканей целесообразно наложить несколько погружных швов из кетгута. Края разрезов слизистой оболочки влагалища и кожи соединяют узловатыми шелковыми швами. Если края раны стягиваются с большим трудом, можно или сделать надрезы кожи параллельно краям лоскутов, или выкроить лоскуты из окружающих тканей на здоровой стороне. Особенно важно тщательно и без натяжения соединить лоскуты вокруг наружного отверстия уретры, так как ее смещение рубцами может привести в дальнейшем к нарушению мочеиспускания. В нижний угол раны, оставив его незашитым, вводят марлевую или резиновую полоску.

По окончании операции выпускают мочу катетером, во влагалище вводят тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом, и накладывают працевидную давящую повязку.

Удаление паховых лимфатических узлов вместе с клетчаткой, как это описано выше, производят по методу Губарева.

Более радикально выполняется операция удаления паховых и бедренных лимфатических узлов по методу Дюкена, предложенному в 1934 г. Чаще производят двухэтапную операцию: радикальную вульвэктомию и через 20—40 дней удаление лимфатических узлов по методу Дюкена. Для операции по методу Дюкена больную укладывают в горизонтальном положении на спине с несколько разведенными ногами. Длинный вертикальный разрез кожи (около 20 см) проводят через середину пупартовой связки, пересекая ее. Верхний конец разреза находится на 6—8 см выше пупартовой связки, а нижний достигает вершины скарповского треугольника (рис. 76, А), у основания которого он должен проникать до апоневроза косой мышцы живота.

Кожу отсепааровывают в латеральную сторону почти до передне-верхней ости подвздошной кости и в медиальную — до джимбернатовой связки (рис. 76, Б). При отсепааровке кожных лоскутов на внутренней их поверхности оставляют небольшое количество жировой клетчатки, чтобы не увеличивать риск их омертвения. Затем рассекают фасцию соответственно границам операционного треугольника «абв», ограниченного пунктиром на рис. 76, Б. Точка «а» соответствует передне-верхнему краю остистого отростка подвздошной кости, точка «б» — лобку, точка «в» расположена на палец ниже вершины скарповского треугольника. Рассечение производят с каждой стороны по направлению, указанному стрелками (рис. 76, Б).

Рассекая основание треугольника (сторона «аб»), разрезают поверхностную фасцию по линии, слегка выпуклой кверху от остистого отростка подвздошной кости, до середины лобка, перевязывают подкожные сосуды, удаляют фасцию косой мышцы, отделяют предлобковую клетчатку, кото-

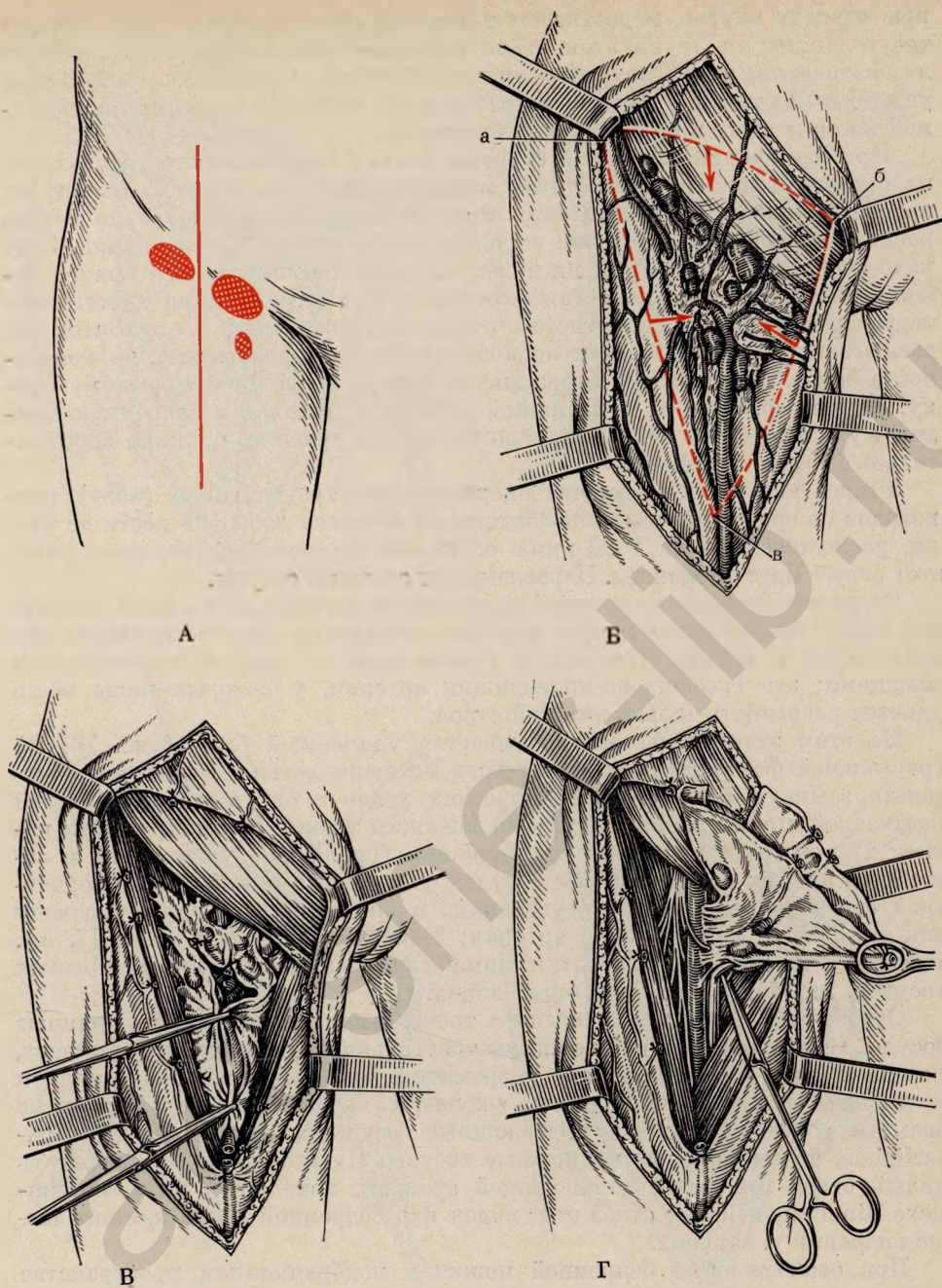


Рис. 76. Экстирпация паховых лимфатических узлов (по Ducuing).

А — вертикальный разрез кожи; Б — операционный треугольник абе; В — удаляемый блок образует замкнутый пакет лимфатических узлов с окружающей клетчаткой; Г — ножка удаляемого блока тканей, идущая к сосудам скарповского треугольника.

рую отводят внутрь, и достигают таким образом основания скарповского треугольника; часто на этом этапе операции уже встречаются крупные лимфатические узлы, покрытые пахово-абдоминальной клетчаткой. Такие узлы бывают также у передне-верхнего края остистого отростка подвздошной кости и реже в предлобковой клетчатке.

При рассечении наружной стороны («ав») операционного треугольника разрезают до мышцы фасцию, покрывающую портняжную мышцу от передне-верхнего края остистого отростка подвздошной кости до точки, расположенной на 1 см ниже вершины скарповского треугольника. Этот разрез производят, отступя на палец кнаружи от внутреннего края портняжной мышцы. Поверхностные сосуды *a. circumflexa ilium superficialis* перевязывают наверху у остистого отростка подвздошной кости. Затем перевязывают некоторые ветви подкожных вен, расположенных на поверхности бедра. Край фасции отбрасывают внутрь к нервно-сосудистому пучку, отделяя фасцию от портняжной мышцы. Проникая в бедренную впадину, удаляют *fascia cribriformis* до бедренной артерии, а также дополнительные ветви *v. saphena*.

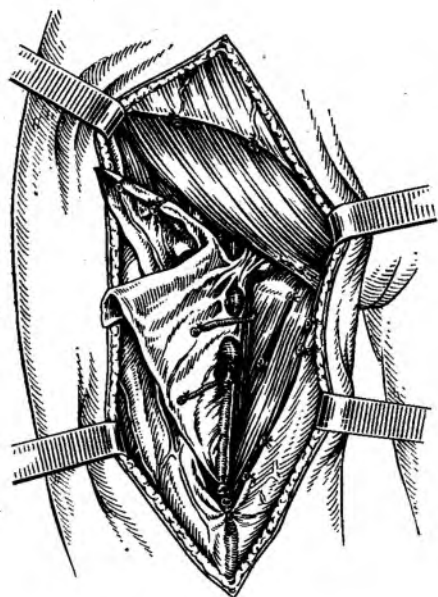
Разрез внутренней стороны операционного треугольника («бв») производят по средней приводящей мышце от отростка лобковой кости до точки, расположенной на 1 см ниже основания скарповского треугольника; этот разрез идет до мышцы. Перевязывают срамные сосуды.

Отделяют фасцию от средней приводящей мышцы до большой бедренной вены. Перевязывают один или два сосудистых ствола, которые располагаются в промежутке между гребешковой и средней приводящими мышцами; это гребешково-приводящие артерии, у которых чаще всего удается распознать только нижний ствол.

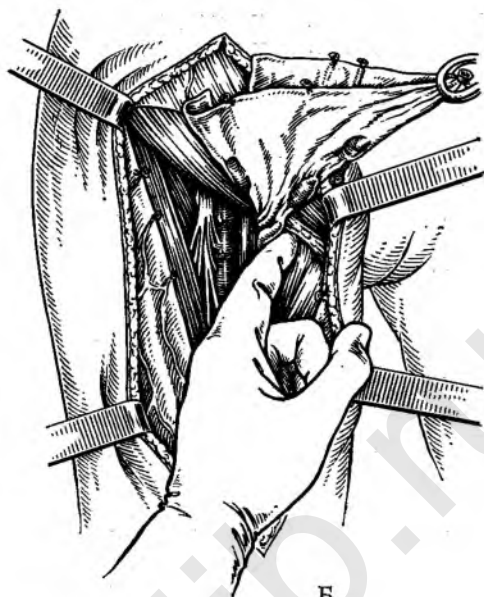
На этом этапе четко вырисовывается удаляемый блок (рис. 76, В) треугольной формы, фасциальные края которого легко соединить и образовать замкнутый пакет лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой, прикрепленной к глубжележащим тканям с помощью двух ножек: 1) ножки скарповского треугольника (рис. 76, Г), удлинённой и состоящей из всех поверхностных сосудов, уже перевязанных в периферической части операционного треугольника и впадающих в бедренную вену или выходящих из бедренной артерии; 2) бедренной ножки (рис. 77, А), состоящей из жировой клетчатки, лимфатических узлов и лимфатических сосудов, идущих через бедренный канал.

Освобождая ножку скарповского треугольника, рассекают крупные сосуды. Со стороны нижней вершины треугольника пинцетом подтягивают, перевязывая и последовательно разрезая на уровне бедренной артерии и вены, нижние наружные срамные сосуды, *v. saphena*, верхние наружные срамные сосуды, наружные подвздошные сосуды, *a. circumflexa ilium superficiale*, абдоминальные подкожные сосуды. Нужно также перевязывать малый ствол гребешково-приводящей артерии, исходящей из *a. circumflexa ilium superficiale*; ствол этот виден над бедренной веной немного выше впадения *v. saphena*.

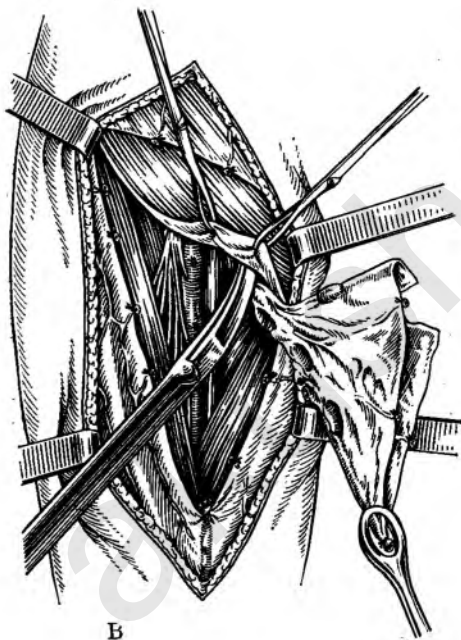
При освобождении бедренной ножки в подбрюшинном пространстве удаляют только близлежащие узлы, которые клинически могут не выявляться. Исходя из этого, не нужно открывать широкий доступ в тазово-подбрюшинную область и рассекать паховую связку. Жимбернатову связку также не разрезают, а лишь «отодвигают» пальцем (рис. 77, Б); это позволяет не нарушать сосудистые анастомозы между сосудами эпигастрия и запирательными сосудами, а также не травмировать мелкие сосуды в подбрюшинной клетчатке.



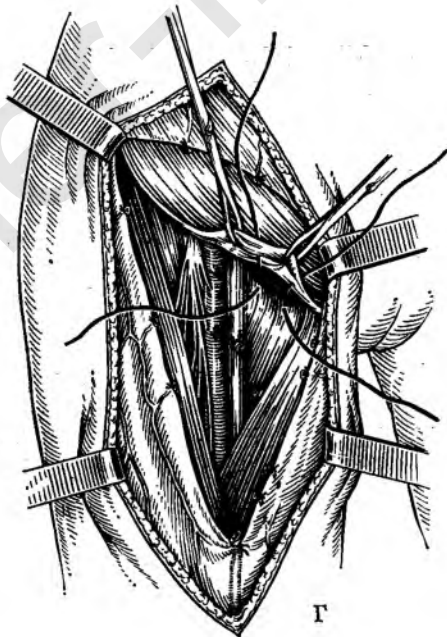
А



Б



Б



Г

Рис. 77. Экстирпация паховых лимфатических узлов (по Discing).

А — бедренная ножка удаляемого блока тканей; Б — жимбернатовоа связка отделяется пальцем; В — освобождение ножки концами тупых ножниц; Г — ушивание бедренного кольца.

Пинцетом приподнимают край удаляемого блока тканей и концами тупых ножниц освобождают бедренную ножку (рис. 77, В), удаляя узел Клоке (Cloquet) и участок подбрюшинной клетчатки, иногда содержащий небольшие лимфатические узлы. Во время иссечения не следует проникать очень глубоко внутрь, так как в область малого таза можно попасть очень легко, скользя по безымянной линии. На наружной стороне ножки следует обратить особое внимание на бедренную вену, поранить которую в этом месте очень опасно.

Закрытие бедренного кольца производят с помощью двух или трех швов, закрывая отверстие, через которое проходила бедренная ножка, как и при ушивании бедренной грыжи (рис. 77, Г). После этого тщательно проверяют гемостаз во избежание последующей гематомы и накладывают слегка давящую повязку. В отлогих местах раны вводят дренажные трубки.

Возможным осложнением при операции является кровотечение. Можно поранить бедренную вену; если ранение произошло в скарповском треугольнике, можно попытаться наложить боковой шов, а при разрыве вены выше приходится перевязывать сосуд. Следует избегать повреждений анастомозов между эпигастральными и запирательными сосудами.

Вторичные осложнения — это гематомы при плохом гемостазе.

Заживление первичным натяжением наступает редко в результате лимфореи и некроза краев кожной раны с нагноением. Не рекомендуется закрывать рану наложением частых швов. Швы с кожи снимают на 8—9-й день после операции.

Операция при краурозе наружных половых органов

К оперативному лечению крауроза вульвы приходится прибегать при выраженных явлениях заболевания и безуспешности консервативной терапии. Операция состоит в иссечении вульвы в пределах здоровых тканей с удалением половых губ и части промежности, причем величина операции зависит от распространенности поражения. Вокруг вульвы и по внутреннему краю малых половых губ делают циркулярные разрезы. Вверху последний разрез делают над уретрой с таким расчетом, чтобы не повредить ее.

В пределах между разрезами удаляют кожу с жировой клетчаткой. Производят тщательный гемостаз. Рану суживают наложением погружных кетгутовых швов. Края разреза кожи и слизистой оболочки входа во влагалище соединяют узловатыми шелковыми швами.

VI

Операции на шейке матки

Биопсия шейки матки

Биопсия (biopsia, excisio explorativa) является диагностическим методом, позволяющим своевременно поставить диагноз, если возникает подозрение на рак шейки матки, и определить его гистологическую форму, что имеет значение для прогноза и выбора метода лечения.

Биопсия может быть произведена инструментом типа конхотома, скальпеля или электродом в виде петли при использовании аппарата для электрокоагуляции.

Наиболее абластичный способ биопсии — применение диатермической петли, чтобы биопсия не способствовала распространению опухоли в окружающие ткани.

При использовании для биопсии скальпеля или ножниц А. И. Серебров рекомендует после изъятия кусочка опухоли прижечь ткань крепкой карболовой кислотой. Нейтрализация карболовой кислоты, если она попадает на здоровые ткани, производится 96° спиртом.

При подозрении на рак шеечного канала биопсию производят ложечкой Фолькмана или кюреткой.

После дезинфекции вульвы, кожи промежности и влагалища последнее раскрывают с помощью зеркал, а шейку матки осторожно протирают спиртом. Шейку захватывают пулевыми щипцами; участок для биопсии должен оставаться свободным и находиться между щипцами. Скальпелем проводят два разреза навстречу друг другу с таким расчетом, чтобы вырезаемый кусочек имел клиновидную форму (наподобие дольки мандарина) с основанием наружу и с вершиной в толще ткани, а главное, захватывал подозрительный участок (язву, разрастания и т. п.) и здоровую ткань (рис. 78). Не следует захватывать пинцетом эпителиальную поверхность вырезаемого кусочка; нужно брать его после проведения разрезов за глубокие слои тканей. Величина кусочка при биопсии по ширине его поверхности должна составлять около 1 см.

Незначительное кровотечение останавливают тампоном, влажным или накладывают на рану 1—2 кетгутых шва с помощью крутой и крепкой иглы. Если биопсия проводится в амбулаторных условиях, лучше наложить швы.

При биопсии из шейки матки не рекомендуется накладывать швы, если имеется подозрение на рак, так как опухолевидные клетки с поверхности легко имплантировать с ниткой в толщу ткани шейки матки. Для остановки кровотечения целесообразнее применить электрокоагуляцию.

Вырезанный кусочек отмывают от крови и кладут в баночку с 10% раствором формалина или 96° спиртом. Соскоб из шеечного канала соби-

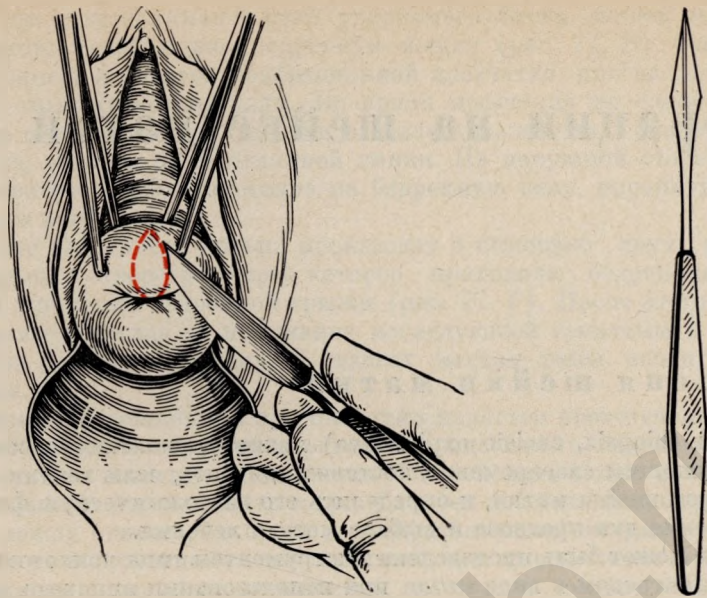


Рис. 78. Биопсия. Из передней губы маточного зева вырезают клиновидный кусочек ткани.

Рис. 79. Нож для скарификации шейки матки.

рают в пробирку и заливают 10% раствором формалина. В направлении для исследования указывают фамилию, имя и отчество (не инициалы) больной, возраст, предполагаемый клинический диагноз, откуда взят кусочек для биопсии, номер истории болезни. В истории болезни или амбулаторной карте производят запись о сделанной биопсии и указывают, откуда взят кусочек для исследования.

Ошибки при биопсии могут быть следующие: 1) берется очень маленький кусочек ткани; 2) во время вырезывания при захватывании пинцетом за поверхность кусочка сдирается эпителиальный покров и на исследование отсылается соединительная ткань, что не позволяет поставить гистологический диагноз; 3) неудачно выбирается место для биопсии; 4) неправильно оформляется запись в истории болезни и в направлении в лабораторию.

Во избежание указанных ошибок необходимо серьезно относиться к биопсии и выполнять ее, как указано выше, ибо подтверждение или отрицание клинического диагноза имеет огромное значение для здоровья, а нередко и жизни больной. В случае подозрения на рак шейки матки целесообразно брать кусочек из йоднегативных участков при пробе Шиллера или из наиболее подозрительных участков, выявленных при кольпоскопии.

Неправильное указание в сопроводительной записке фамилии, имени и отчества больной может внести путаницу, чреватую тяжелыми последствиями.

Особенно серьезно и внимательно необходимо оформлять документацию и следить, чтобы биопсированный кусочек не был спутан с другим, если биопсия производится у двух или более женщин в один и тот же день.

Скарификация шейки матки

Скарификация шейки матки в сочетании с другими лечебными (физиотерапевтическим и прочими) мероприятиями может быть применена при хроническом эндоцервиците с наличием множественных поверхностных яйцевидных железистых кист (ovulae Nabothi).

Шейку матки обнажают с помощью зеркала, захватывают пулевыми щипцами и смазывают спиртом и 5% йодной настойкой. Специальным скарификатором (рис. 79) или остроконечным скальпелем прокалывают кисты, из которых выделяется густое слизистое содержимое. Проколы, обычно множественные, производят на глубину 0,5—1 см. Деформированная и увеличенная шейка матки уменьшается по мере опорожнения кист, причем некоторые из них достигают величины крупной горошины и несколько больше. После скарификации шейку обрабатывают перекисью водорода, осушают тупфером, смазывают йодной настойкой. С целью остановки кровотечения влагалище тампонируют стерильным марлевым бинтом, который удаляют через 6—8 ч.

Пластика при старых разрывах шейки матки

Пластическая операция при старых, чаще всего боковых, разрывах шейки матки применяется, если нет резкой гипертрофии шейки или сильно выраженной деформации ее, препятствующих ее формированию.

Противопоказаниями служат наличие беременности, подозрение на злокачественное перерождение вывороченной слизистой оболочки шеечного канала, острые и подострые воспалительные процессы гениталий.

При хронических воспалительных процессах матки, придатков, и особенно при эндоцервиците, необходимо до операции провести консервативное лечение, включая физиотерапевтические методы (электрофорез, индуктотермию, грязевые влагалищные тампоны и др.). Из местных процедур для шейки матки целесообразно применить тампоны с эмульсией синтомицина или стрептоцида после орошения раствором фурацилина 1:5000.

Операцию производят, если влагалищная флора будет доведена до I или II степени чистоты. При наличии гнойных выделений и загрязненной влагалищной флоре операцию делать нельзя, так как заживление раны обычно нарушается и послеоперационный период осложняется воспалительными процессами или кровотечением из разошедшихся краев раны.

Техника операции по методу освежения — операция Эммета (*trachelorrhaphia*). После обычной подготовки к влагалищной операции с помощью зеркала обнажают шейку матки и обе ее губы захватывают пулевыми щипцами. Подъемники извлекают, а длинное заднее зеркало заменяют коротким. Шейку низводят ко входу во влагалище. Пулевыми щипцами растягивают маточный зев, чтобы была видна область разрыва шейки, и острым скальпелем намечают границу освежения. Последняя должна проходить у самого края слизистой оболочки шеечного канала, не затрагивая ее, на границе слизистой оболочки, покрывающей снаружи влагалищную часть (рис. 80). После этого в намеченных границах ножом срезают лоскут, состоящий в основном из рубцовой ткани. Толщина лоскута должна быть около 3 мм.

При разрывах, доходящих почти до свода влагалища, разрез в верхнем углу раны следует проводить осторожно и сразу лигировать кровоточащие

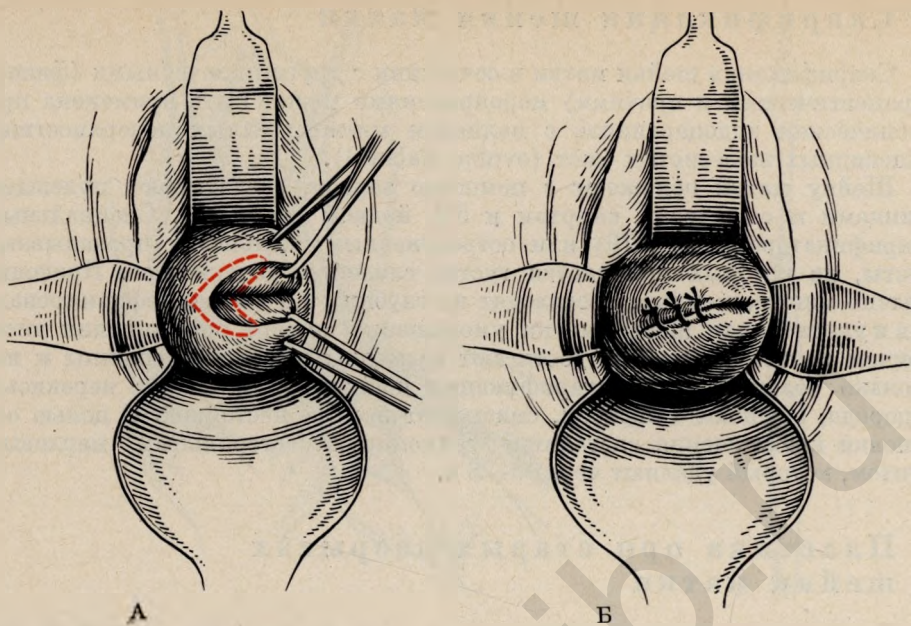


Рис. 80. Старый разрыв шейки.

А — пунктиром намечены границы освежения краев разрыва; Б — освеженные края разрыва соединены узловатыми швами.

сосуды. В области удаленного лоскута не должно оставаться ни одного неосвеженного клочка, который может препятствовать заживлению раны.

После удаления лоскута накладывают узловые швы из кетгута № 3, стараясь не прокалывать слизистую оболочку шеечного канала. Учитывая ригидность тканей шейки матки, следует шить «с выколом», захватывая в шов слизистую оболочку, покрывающую шейку, и мышечный слой. С левой стороны удобнее вкалывать иглу снизу вверх, а с правой стороны — сверху вниз.

Если разрез шейки двусторонний, следует произвести освежение с обеих сторон, а затем приступить к наложению швов сначала на одной, а затем на другой стороне.

При расположении разрыва на задней или передней стенке шейки техника зашивания разрыва та же. Однако, если разрыв передней стенки находится высоко, приходится предварительно сделать поперечный разрез по переднему своду, отсепаровать мочевой пузырь отодвинуть последний подъемником в сторону лона и только после этого приступить к освежению области разрыва и наложению швов.

При глубоких боковых разрывах шейки матки отсепаровка лоскута у влагалищного свода может сопровождаться значительным кровотечением из артериальных веточек. Необходимо лигировать пульсирующий сосуд путем обкалывания и на верхний угол раны наложить 1—2 шва из капрона, которые не снимают, или шелка, но последний приходится снимать на 12-й день.

Заживление раны на шейке матки идет вяло. При какой-либо травме (например, при coitus) или физическом напряжении возможно расхождение

ние краев раны и кровотечение, иногда сильное, для остановки которого требуется вторичное наложение швов.

Исходя из этого, больной разрешают вставать не ранее 8-го дня после операции и выписывают ее не ранее 10-го дня. Половая жизнь разрешается через 3—4 нед после выписки из больницы и не ранее окончания первой после выписки менструации.

Техника операции по лоскутному методу. Зашивание разрыва шейки матки с иссечением рубца приводит к потере ткани, что у женщин с узкой недоразвитой шейкой может сопровождаться еще большим сужением ее. Это следует помнить при оперативном лечении молодых женщин детородного возраста. Учитывая сказанное, в подобных случаях более оправданной нужно считать пластику шейки по «лоскутному методу», что рекомендует и И. Л. Брауде. При этом способе расщепляют рубец острым ножом, производят разрез параллельно слизистой оболочке шеечного канала. После того как расщепление верхнего и нижнего краев разрыва произведено, получают четыре освеженные поверхности: две на передней и две на задней губе шейки матки (рис. 81). Отдельными кетгутowymi швами (№ 3) сшивают освеженные края слизистой оболочки шеечного канала так, чтобы узлы этих швов лежали внутри шеечного канала. Второй ряд узловатых швов из кетгута, капрона или шелка накладывают на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки и ее мышечный слой; при этом узлы должны быть обращены в сторону влагалища.

Возможные осложнения

1. Шейку не удается низвести ко входу во влагалище. Это может быть связано с наличием выраженных воспалительных инфильтратов и спаек, нарушающих анатомо-топографические соотношения. В этом случае приходится оперировать в глубине влагалища и под наркозом.

Иногда причиной недостаточного низведения шейки может явиться применение слишком длинного заднего зеркала. Последнее необходимо лишь для дезинфекции влагалища и шейки, а перед низведением шейки длинное зеркало заменяют коротким.

2. Кровотечение из веточек маточной артерии. Обычно оно наблюдается при больших разрывах шейки и глубоком иссечении тканей в верхнем углу раны. Поэтому разрез тканей у свода влагалища следует производить осторожнее, а если возникает артериальное кровотечение, необходимо лигировать пульсирующий сосуд путем обкалывания, не успокаивая себя тем, что при наложении швов на рану кровотечение останавливается или бывает незначительным, прекращаясь благодаря последующей тампонаде влагалища.

Если этого не учитывают, могут наблюдаться кровотечения в послеоперационном периоде или расхождение швов со вторичным заживлением раны, что по существу приводит к безуспешности оперативного вмешательства.

Примерное описание операции Эммета

Показан и я. Наличие старого двустороннего разрыва шейки матки после оперативного родоразрешения, эктропион.

Операция. После соответствующей подготовки шейка матки обнажена с помощью зеркал и захвачена за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами. Подъем-

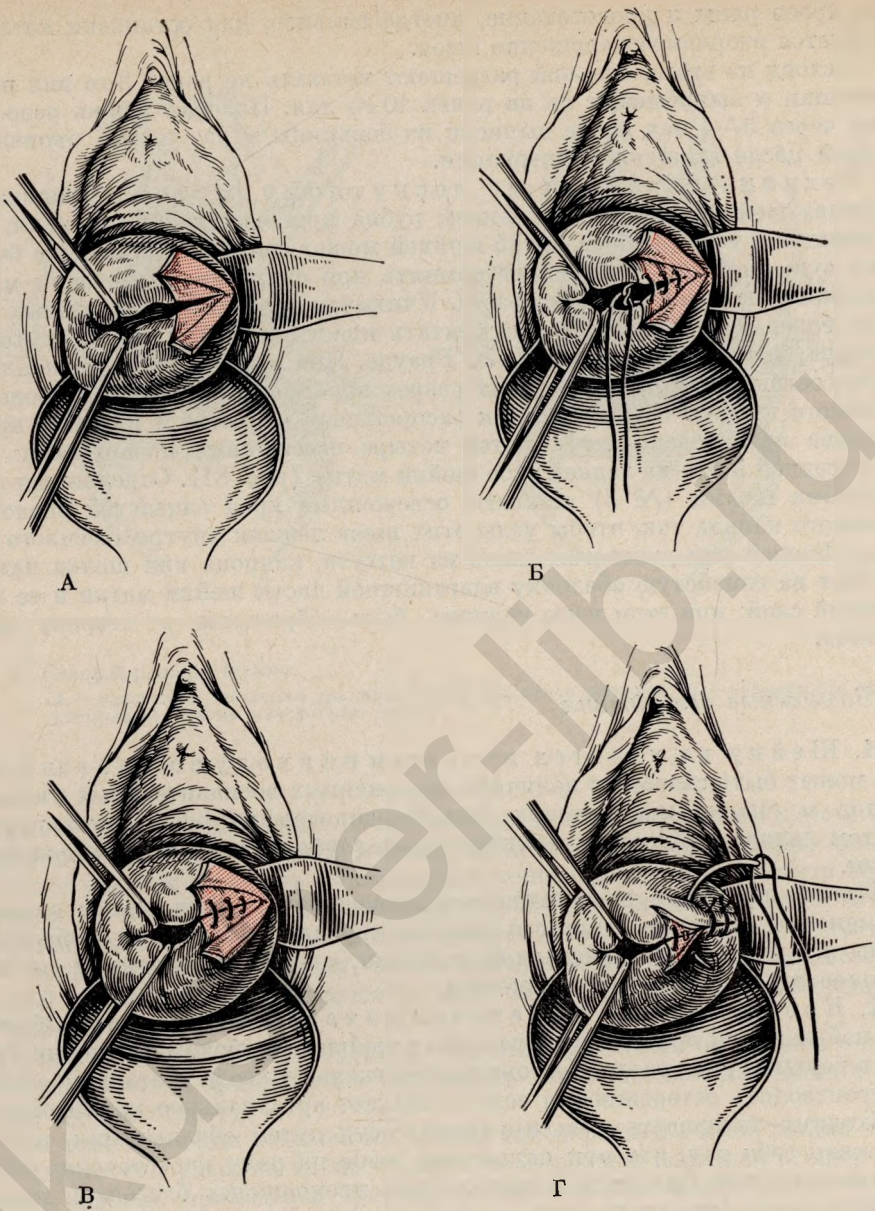


Рис. 81. Лоскутный метод операции при старом разрыве шейки матки.

А — вдоль рубца на месте разрыва произведены разрезы параллельно слизистой оболочке шеечного канала; получились четыре освеженные поверхности; Б и В — наложение швов на края слизистой оболочки шеечного канала с расположением узлов в нем; Г — соединение швами наружных лоскутов.

ник (переднее зеркало) извлечен, заднее длинное зеркало заменено коротким и шейка низведена ко входу во влагалище. Острым скальпелем намечен лоскут в области разрыва справа на передней и задней губах шейки матки. Рубцовая ткань иссечена. То же произведено и в области разрыва слева. Освеженные поверхности защиты отделены кетгутовыми швами. Влагалище осушено марлевым тупфером. Пулевые щипцы сняты и во влагалище введен тампон, обильно смоченный стерильным вазелиновым маслом.

Продолжительность операции 25 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Ампутация шейки матки

Применяются различные методы ампутации шейки матки в зависимости от степени ее поражения и гипертрофии: клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки, высокая ампутация шейки, конусовидная ампутация и диатермоконизация.

Ампутация шейки матки показана при резко выраженной деформации шейки вследствие множественных разрывов, при хроническом эндоцервиците с гипертрофией и соединительнотканном перерождении шейки, а также при хроническом эндоцервиците с наличием рецидивирующих шеечных полипов, при фолликулярной гипертрофии, лейкоплакии, эритроплакии, рецидивирующей или длительно не заживающей эрозии шейки матки. Иногда ампутация шейки матки производится как один из этапов операции при выпадениях матки.

Высокая ампутация шейки матки применяется при значительной фолликулярной гипертрофии (аденоме шейки), выраженном удлинении шейки матки, выступающей из половой щели, и глубоких разрывах шейки, сопровождающихся эктропионом.

Конусовидная ампутация шейки матки целесообразна при хронических эндоцервицитах с рецидивирующими шеечными полипами и рецидивирующими эрозиях шейки. Клиновидная ампутация шейки показана при умеренной фолликулярной гипертрофии и других заболеваниях, не требующих высокой ампутации шейки матки.

У молодых женщин при раке *in situ* может быть применена диатермоконизация при помощи электроножа или ножевая конусовидная ампутация, причем первая более целесообразна. Подготовка к ампутации шейки матки такая же, как и к пластической операции Эммета (см. выше).

Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки

Сущность клиновидной ампутации влагалищной части шейки матки по типу операции Шредера (*amputatio portionis vaginalis cuneiformis*) заключается в клиновидном иссечении обеих губ шейки матки.

Техника операции. Больную укладывают в положение для влагалищной операции. После дезинфекции спиртом и 5% йодной настойкой операционного поля, влагалища и шейки матки удаляют слизь из шеечного канала с помощью зонда, обернутого тонким слоем ваты или марли, смоченной 10% раствором соды. Затем шеечный канал смазывают 5% йодной настойкой.

Шейку матки обнажают с помощью зеркал, захватывают отдельно за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Перед низведением шейки длинное заднее зеркало заменяют коротким. В боковые своды вводят два прямых зеркала, которые обеспе-

чивают лучший доступ к операционному полю и предохраняют при дальнейших манипуляциях от случайного ранения боковой стенки влагалища (рис. 82). Зондом измеряют длину полости матки и намечают часть шейки, подлежащую удалению. Затем хирург берет левой рукой пулевые щипцы, которыми захвачена задняя губа шейки матки. Щипцы, наложенные на переднюю губу, он передает ассистенту и скальпелем симметрично рассекает поперек влагалищную часть шейки матки. Разрез проводится из шеечного канала в обе стороны снаружи по направлению к боковым сводам. Рассечение можно производить ножницами, одна бранша которых вводится в шеечный канал, а другая остается снаружи. Рассечение не должно идти дальше боковых сводов, соответствия величине части шейки, подлежащей удалению. После этой манипуляции влагалищная часть шейки оказывается разделенной на две равные части. Переднюю половину шейки клиновидно отсекают с таким расчетом, чтобы разрез слизистой оболочки шеечного канала проходил на 1,5—2 мм глубже, чем наружная часть клина, и несколько отсепаровывают слизистую оболочку влагалища кверху. Благодаря этому хорошо формируется наружный зев и не образуется в последующем эктропион. Сразу после клиновидного отсечения передней половины шейки матки с помощью трех отдельных кетгутовых швов формируется передняя губа маточного зева. Первый шов проводят по средней линии, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки влагалищного свода и выкалывая через слизистую оболочку шеечного канала. Шов не завязывают, а берут на зажим. Пользуясь этим швом как держалкой, накладывают по бокам от него два шва, которые проводят несколько радиально с вколom со стороны слизистой оболочки влагалищного свода.

Для хорошей кооптации раневых поверхностей и более надежного гемостаза швы следует накладывать так, чтобы часть нити, проходящая через ткани, не была видна. Сначала следует завязывать центральный шов, а затем боковые. Ассистент во время завязывания швов сближает пинцетами края разрезов слизистых оболочек шеечного канала и переднего свода влагалища. При выполнении этого этапа он манипулирует над руками оператора, чтобы не мешать при завязывании швов. Концы всех ниток берут на зажим и передают помощнику.

Затем клиновидно отсекают заднюю губу. Довольно значительное кровотечение при ампутации задней губы останавливают с помощью лигирования кровоточащих сосудов. После этого накладывают также три кетгутовых шва, вкалывая иглу со стороны цервикального канала и выкалывая в области заднего свода. Наложив все швы, их завязывают и берут на зажим. После этого приступают к наложению швов на боковые участки разреза. На наружный угол раны накладывают зажим Кохера, и растянув рану с помощью этого зажима и центральных швов, накладывают и завязывают боковые швы с одной стороны, а затем — с другой. Прекратив натяжение за нити швов, проверяют, хорошо ли соприкасаются края раны, не видно ли клетчатки и нет ли кровотечения. В случае необходимости накладывают добавочный шов или лигируют кровоточащий сосуд.

После этого отрезают лигатуры, выпускают мочу катетером, осушают влагалище тупфером и тампонируют его марлевым бинтом, обильно смоченным эмульсией синтомицина, стрептоцида или стерильным вазелиновым маслом. Этот тампон удаляют на следующее утро.

В послеоперационном периоде производят гигиенические подмывания и следят за функцией кишечника и мочевого пузыря. Вставать больной разрешают не ранее 8-го дня после операции, а выписывают ее на 10—12-й день.

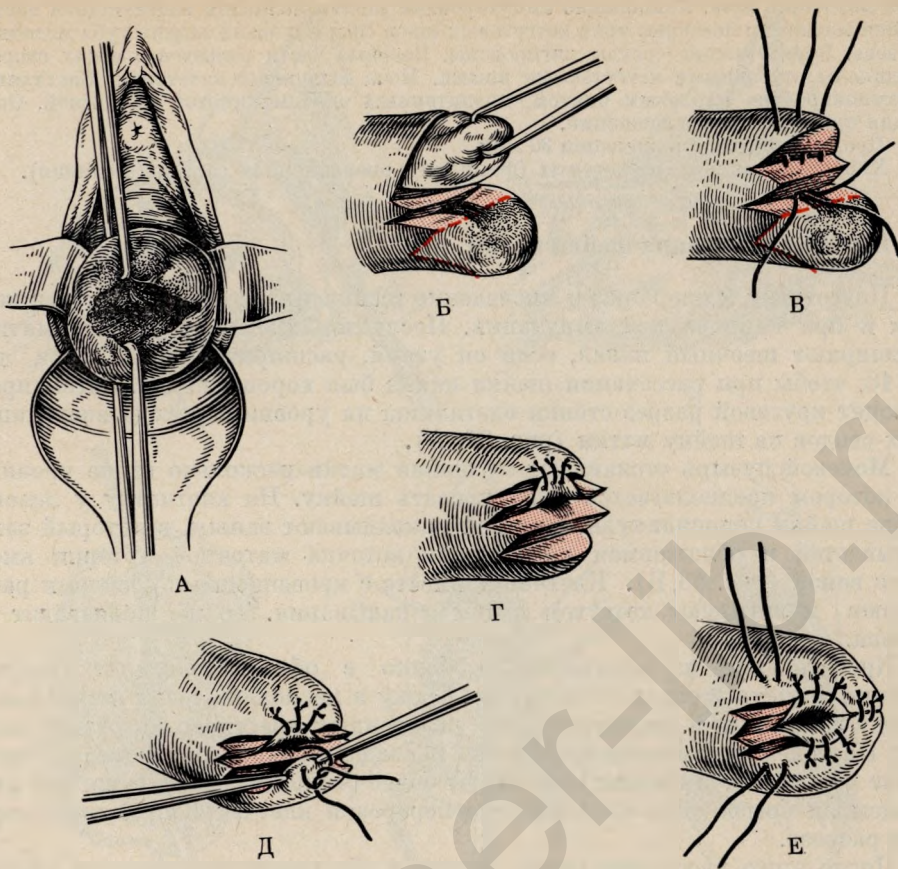


Рис. 82. Клиновидная ампутация гипертрофированной и воспалительно измененной шейки матки.

А, Б и В — иссечение клиновидных кусочков из передней и задней губ шейки матки; Г и Д — наложение узловатых швов для образования передней и задней губ шейки матки; Е — наложение швов на боковые стороны разреза.

Выписывая больную после ампутации шейки матки, ее не осматривают в зеркалах, так как это может привести к излишней травме и расхождению вяло заживающей раны. Контрольный осмотр производится через месяц после операции.

Больной рекомендуют воздержаться от половой жизни в течение месяца после выписки из больницы.

Примерное описание операции клиновидной ампутации влагалищной части шейки матки (*amputatio portionis vaginalis cuneiformis*)

Показания. Деформация шейки матки вследствие множественных разрывов, эрозивный эктропион.

Операция. После обычной подготовки к влагалищной операции шейка матки обнажена в зеркалах, захвачена отдельно пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и низведена ко входу во влагалище. Введены боковые зеркала. Шейка рассечена прямыми ножницами и скальпелем в обе стороны, не доходя до боковых сводов. Клиновидно отсечена передняя половина шейки несколько ниже границы переднего свода влагалища. Тримя отдельными кетгутовыми швами вновь образована передняя

губа маточного зева. Клиновидно ампутирована задняя половина влагалищной части шейки матки и с помощью трех кетгутовых швов сформирована задняя губа маточного зева. Кровотокающие сосуды лигированы. Боковые части разрезов с обеих сторон соединены отдельными кетгутовыми швами. Моча выпущена катетером. Влагалище затампонировано марлевым бинтом, пропитанным синтомициновой эмульсией. Операция проходила без осложнений.

Продолжительность операции 30 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Высокая ампутация шейки матки

Подготовку к операции и низведение шейки матки производят так же, как и при клиновидной ампутации. После зондирования полости матки расширяют шеечный канал, если он узкий, расширителями Гегара до № 10, чтобы при рассечении шейки канал был хорошо виден. Затем производят круговой разрез стенки влагалища на уровне перехода влагалищных сводов на шейку матки (рис. 83, А).

Мочевой пузырь отслаивают от шейки матки несколько выше уровня, на котором предполагается ампутировать шейку. На клетчатку у левого ребра шейки перпендикулярно к ней накладывают зажим, в который захватывается и обнаженная нисходящая веточка маточной артерии вместе с веной (рис. 83, Б). Клетчатку вместе с кровеносными сосудами пересекают и лигируют кетгутом путем обкалывания. То же производят и справа.

Кровотечение из клетчатки, особенно в области боковых сводов, должно быть тщательно остановлено. Сбоку и несколько сзади пересекают между зажимами и лигируют часть удлиненных крестцово-маточных связок. Постепенно выделяя шейку при последовательной перерезке и перевязке клетчатки, операцию выполняют более бескровно и надежно, чем перевязывая брызжущие сосуды после перерезки клетчатки при циркулярном разрезе.

После этого рассекают шейку матки в обе стороны, исходя из шеечного канала, до намеченного уровня ампутации (рис. 83, В). Затем, оттягивая переднюю губу, отсекают ее скальпелем, проводя разрез со стороны цервикального канала косо и наружу по направлению к переднему своду. При этом косо срезанная поверхность имеет вид «kozyрька» и ее наружный край как бы нависает над цервикальным каналом, что предотвращает в дальнейшем выпячивание слизистой оболочки шеечного канала (рис. 83, Г). После отсечения передней половины шейки матки стенку влагалища отсекают на 1,5—2 см от шейки. Отдельными кетгутовыми швами соединяют передний край влагалищной раны с передним краем слизистой оболочки шеечного канала. При этом швы должны проходить через толщу мышечного слоя шейки над освеженной поверхностью, но не захватывать слизистую задней стенки шеечного канала, что может привести к его закрытию. Швы завязывают, начиная со среднего, затем отсекают заднюю половину шейки матки в косом направлении изнутри наружу. Накладывают швы, как и на переднюю половину шейки, и затем зашивают боковые части разреза таким же образом, как и при клиновидной ампутации шейки матки (рис. 83, Д). Зондом определяют проходимость шеечного канала. Проверяют тщательность гемостаза. Выпускают мочу катетером и влагалище осушают марлевым тупфером, а затем тампонируют марлевым бинтом, обильно пропитанным эмульсией синтомицина или стерильным вазелиновым маслом. Тампон удаляют на следующее утро.

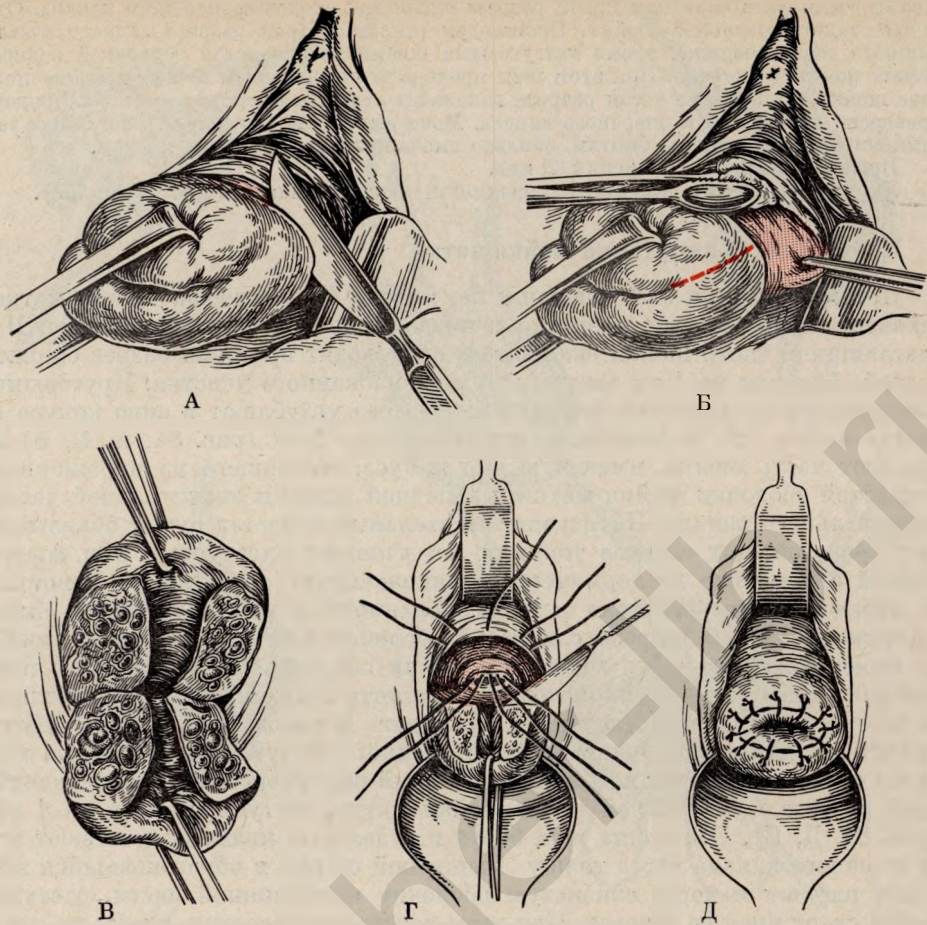


Рис. 83. Высокая ампутация шейки матки.

А — циркулярный разрез стенки влагалища на уровне его сводов; Б — мочевой пузырь отодвинут кверху и зажим наложен на нисходящую ветвь маточной артерии и одноименной вены; В — шейка с фолликулярной гипертрофией рассечена пополам в горизонтальном направлении; Г — клиновидно отсечена передняя половина шейки; край влагалищной раны соединен швами с краем слизистой оболочки шейечного канала; Д — вид шейки матки после окончания операции.

Примерное описание операции высокой ампутации шейки матки (amputatio colli uteri alta)

Показания. Фолликулярная гипертрофия и удлинение шейки матки.

Операция. Шейка матки захвачена пулевыми щипцами и низведена ко входу во влагалище. Зондированием проверена длина полости матки (11 см). Шеечный канал расширен до № 10 дилатора. На уровне перехода влагалищных сводов на шейку матки произведен скальпелем круговой разрез стенки влагалища. Мочевой пузырь и все своды с помощью марлевого тупфера отодвинуты кверху немного выше уровня, намеченного для ампутации. Слой клетчатки у боковой стенки шейки захвачен зажимами, рассечен и лигирован. Нисходящая веточка маточной артерии вместе с веной перевязана отдельной кетгутовой лигатурой. Скальпелем шейка рассечена боковыми разрезами на две половины до намеченного уровня ампутации. Косым разрезом отсечена передняя половина шейки. Край разреза стенки влагалища несколько отсепарован кверху. Передний край влагалищной раны отдельными кетгутowymi

швами соединен с передним краем разреза слизистой оболочки шеечного канала. Отсечена задняя половина шейки. Произведен гемостаз. Край разреза заднего влагалищного свода соединен тремя кетгутowymi швами со слизистой оболочкой задней стенки шеечного канала. При этом швы проходили под раневым ложем в мышечном слое шейки. На боковые части разреза наложены отдельные кетгутowe швы. Зондом проверена проходимость шеечного канала. Моча выпущена катетером. Влагалище зампонировано марлевым бинтом, обильно смоченным вазелиновым маслом.

Продолжительность операции 30 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Конусовидная ампутация шейки матки

При выполнении этой операции по методу Штурмдорфа шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. На влагалищной части шейки скальпелем производят круговой разрез ее слизистой оболочки на 1 см выше границы пораженного участка. Круговыми движениями остроконечного скальпеля разрез углубляют в виде конуса в толщу шейки по направлению к внутреннему зеву (рис. 84, А, Б, В) и удаляют часть шейки, имеющую вид конуса, состоящего из пораженной слизистой оболочки шейки матки, мышечной ткани и значительной части цервикального канала. Производят тщательный гемостаз путем обкалывания кровоточащих сосудов тонкими кетгутowymi лигатурами или коагуляцией с помощью диатермического наконечника (рис. 84, Г). Гемостаз во избежание кровотечения в послеоперационном периоде должен быть тщательным. Край разреза слизистой оболочки влагалищной части шейки отсепааровывают от ее мышечной ткани скальпелем на 1,5—2 см или больше, чтобы ее край можно было соединить с краем слизистой оболочки шеечного канала. После этого переходят к наложению швов. Швы применяют длинные и чаще всего из крепкого кетгута, но некоторые хирурги используют шелк или капрон. Первый шов проводят через передний край разреза влагалищной части шейки матки, отступя от него на 1 см (рис. 84, Д, Е). Оба конца шва берут в отдельные иглы, выкалывают их из шеечного канала через толщу мышечной стенки в образовавшейся воронке наружу и через слизистую оболочку влагалищной части, отступя 2—2,5 см от края ее разреза. При этом необходимо следить, чтобы не прошить мочевой пузырь, так как это может привести к возникновению пузырно-влагалищного свища. При подозрении на низкое расположение мочевого пузыря, особенно при опущении, необходимо катетером проверить нижнюю его границу и, если потребуется, до проведения шва отделить сверху мочевой пузырь от шейки матки на требуемом расстоянии. При завязывании шва отсепаарованную слизистую оболочку влагалищной части втягивают в воронку до края слизистой оболочки шеечного канала, покрывая раневую поверхность спереди. Таким же образом накладывают второй шов на задний край разреза слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, покрывая ею раневую поверхность воронки сзади. После этого накладывают отдельные кетгутowe швы для соединения краев разреза слизистой оболочки с обоих боков шейки, проводя их через дно раны (рис. 84, Ж, З).

В настоящее время конусовидная ампутация шейки матки применяется чаще, чем клиновидная, так как имеет следующие преимущества: вместе с частью шейки удаляется почти вся слизистая оболочка шеечного канала; требуется меньшее количество швов, чем при клиновидной ампутации; после операции шейка матки имеет правильную форму и вновь образованный канал шейки полностью выстилается здоровой слизистой оболочкой.

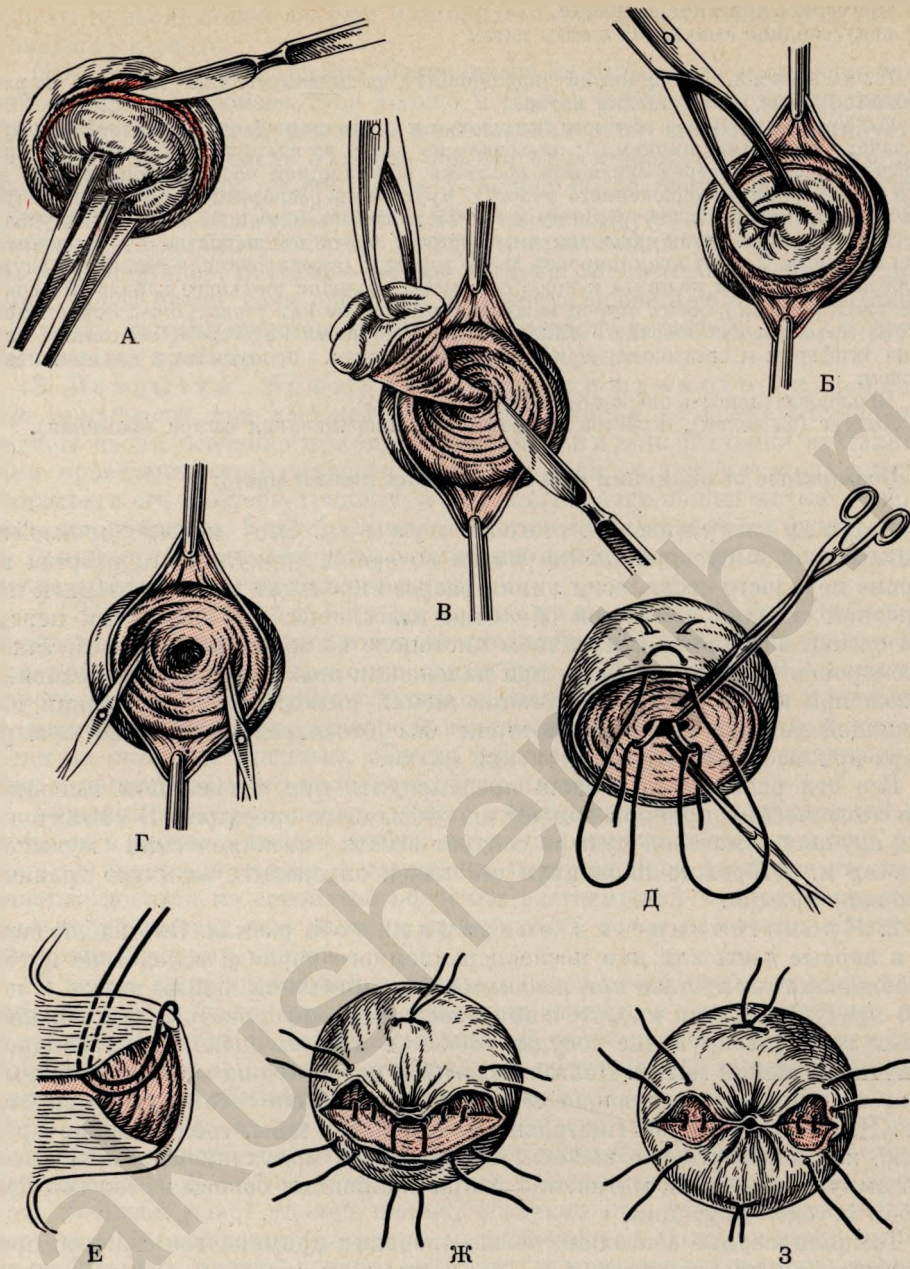


Рис. 84. Конусовидная ампутация шейки матки.

А — кругового разреза на шейке матки; Б и В — иссечение мышечного конуса из стенки шейки; Г — гемостаз; Д и Е — наложение шва через передний край влагалищной раны; Ж — при завязывании лигатуры передний край влагалищной раны втянут в воронку и закрыл спереди раневую поверхность культи; наложен шов через задний край влагалищной раны и боковые швы; З — вид шейки после завязывания заднего шва.

Примерное описание операции конусовидной ампутации шейки матки

Показания. Хронический эндоцервицит, рецидивирующий полипоз цервикального канала, эрозия шейки матки.

Операция. После обычной подготовки к влагалищной операции шейка матки захвачена пулевými щипцами и низведена ко входу во влагалище. Скальпелем произведен круговой разрез слизистой оболочки влагалищной части шейки матки на 1 см выше границы пораженного участка. Круговыми разрезами ножа разрез углублен по направлению к внутреннему зеву. Часть шейки, имеющая вид конуса, удалена. Гемостаз. Слизистая оболочка влагалищной части отсепарована от мышечного слоя шейки на 2 см от края широкой части воронки. Отсепарованная слизистая двумя U-образными швами подшита к краю слизистой оболочки шеечного канала. На боковые части разреза с обеих сторон наложены отдельные кетгуттовые швы. Зондом проверена проходимость шеечного канала. Моча выпущена катетером. Влагалище осушено тупфером и затампонировано марлевым бинтом, пропитанным вазелиновым маслом.

Продолжительность операции 20 мин.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Возможные осложнения при ампутациях шейки матки

1. Повреждения мочевого пузыря. Это может произойти при высокой ампутации шейки матки во время циркулярного разреза на уровне переднего свода, если линия разреза проходит выше последней поперечной складки слизистой оболочки влагалища; при опущении передней стенки влагалища с наличием цистоцеле во время как разреза, так и отсепаровки мочевого пузыря; при наложении шва на переднюю половину шейки при конусовидной ампутации шейки матки; при обкалывании нисходящей веточки маточной артерии без отсепаровки мочевого пузыря вверх при высокой ампутации шейки матки.

Все эти осложнения можно предупредить при правильном выполнении технических приемов каждой из указанных операций. В сомнительных случаях в мочевой пузырь следует ввести металлический мужской катетер и, осторожно пальпируя его клюв, определить нижнюю границу мочевого пузыря.

2. Кровотечение из операционной раны. Оно наблюдается в первые часы или дни послеоперационного периода вследствие плохо выполненного гемостаза при любом методе ампутации шейки матки. С целью предупреждения кровотечения необходимо лигировать путем обкалывания все пульсирующие сосуды, особенно при высокой и конусовидной ампутации шейки матки. Нельзя надеяться на то, что наложение основных швов на рану и последующая тампонада влагалища остановят кровотечение. Необходимо также тщательно накладывать швы, соединяющие края раны, как в области освеженных поверхностей при клиновидной и высокой ампутации шейки матки, так и при зашивании боковых разрезов при любом методе ампутации.

Тампонирующее влагалища после операции применяется с целью предупреждения кровотечения при перемещениях больной, кашле, рвоте и т. п., а не с целью остановки кровотечения, которое наблюдается при окончании операции.

Кровотечение в послеоперационном периоде может быть значительным, а иногда и угрожающим. При небольшом кровотечении во влагалище осторожно вводят ложкообразное зеркало, удаляют пинцетом с марлевым тупфером сгустки крови и тампонируют влагалище марлевым бинтом на 12—24 ч, подводя к области кровотечения гемостатическую губку. При сильном кровотечении шейку обнажают с помощью зеркал и ли-

гируют пульсирующие сосуды или обкалывают кровоточащие участки разошедшейся раны.

Осмотр в зеркалах шейки матки после ее ампутации в послеоперационном периоде производится только в случае необходимости (кровотечение, воспаление), так как вяло заживающая рана легко травмируется. Поэтому и при выписке больную обычно не осматривают в зеркалах, назначая контрольный осмотр через 4—6 нед после операции. Необходимо учитывать, что на 10—12-й день после операции ампутированная шейка матки имеет характерный вид: ткани отечные, видны уколы от игл и следы кровоподтеков, местами—концы лигатур, значительно гнойное отделяемое. Через месяц, если операция выполнена правильно и с соблюдением асептики, ампутированная шейка приобретает хороший вид, заметны лишь следы операции.

3. Вскрытие брюшины прямокишечного кармана. Это происходит при высокой ампутации шейки во время отсепаровки заднего свода, особенно при опущениях матки и задней стенки влагалища. При проведении циркулярного разреза в области заднего свода следует учитывать его нижнюю границу, а при отсепаровке шейки матки—соблюдать осторожность. Если брюшина окажется поврежденной и будет вскрыта брюшная полость, отверстие в брюшине необходимо немедленно зашить непрерывным швом из тонкого кетгута.

4. Закрытие или сужение шеечного канала. Это может произойти при наложении швов на слизистую оболочку канала, если иглой прокалывают одновременно слизистую противоположной стенки шеечного канала. Необходимо тщательно следить, чтобы этого не произошло, и, оканчивая операцию, проверить зондом проходимость шеечного канала. Если он оказался зашитым, обычно приходится распустить центральный шов и накладывать его снова, соблюдая правила.

Сужение шеечного канала может наблюдаться при конусовидной ампутации в случае слишком глубокого иссечения конуса из шейки матки, идущего до внутреннего зева, а также при недостаточной величине отсепарованного лоскута из слизистой оболочки влагалищной части шейки, который не покрывает всю раневую поверхность после иссечения слизистой оболочки шеечного канала.

С целью предупреждения указанных осложнений необходимо не доходить до внутреннего зева при иссечении конуса, а отсепарованные лоскуты из слизистой оболочки влагалищной части шейки, прежде чем пришивать, нужно примерить, втягивая их пинцетом до вершины воронки (края слизистой оболочки шеечного канала).

5. Перелом иглы при наложении швов. Наложение швов на ригидные ткани шейки матки требует применения крепких изогнутых режущих игл. В случае использования тонких игл при попытках проколоть большой пласт тканей шейки, особенно при торопливости или недостаточной опытности оператора, иглы ломаются. Отломок иглы, особенно небольшой, иногда нелегко отыскать и приходится излишне травмировать ткани.

Поэтому следует использовать только крепкие иглы достаточной длины и при значительной толщине пласта ткани проводить иглу осторожно. Если не удастся провести иглы через всю толщу стенки шейки, следует шить с выколом, т. е. выкалывая иглу в рану, и затем снова сделать вкол и вывести иглу в шеечный канал.

Круговая диатермоэксцизия (электроконизация)

Эта операция в последнее время стала применяться широко, вытесняя конусовидную ампутацию шейки матки с помощью обычного ножа. Обычно при электроконизации используют электрод Гаймса, усовершенствованный С. С. Роговенко, предложившим и специальную резиновую манжетку (рис. 85) для предохранения стенок влагалища от ожогов во время операции.

Электрод Роговенко состоит из двух металлических трубок — длинной и перпендикулярно к ней припаянной короткой, между концами которых дугообразно натянута никелиновая проволока, имеющая диаметр сечения 0,5 мм (рис. 86). Трубки покрыты изолирующим материалом (резиной или фторопластом).

Особенно важно обращать внимание на хорошую изоляцию конца длинной трубки, чтобы режущая проволока выходила из нее на расстоянии 2—3 мм от конца трубки. В противном случае при операции произойдут ожоги ткани в области внутреннего зева.

Электрод стерилизуется в так называемом тройном растворе, который готовят по следующей прописи:

Formalini 20,0
Natrii bicarbonici 15,0
Acidi carbonici 3,0
Aq. destill. 1000,0

Резиновые трубки кипятят обычным способом.

Больную укладывают в положение для влагалищной операции. Следует учитывать, что при подготовке влагалища нельзя его обрабатывать спиртом, чтобы не вызвать ожогов тканей при электроконизации.

Во влагалище вводят резиновую манжетку. Электрод-конизатор вводят в шейчный канал в передне-заднем размере, включают ток (2А), электрод осторожно продвигают дальше, на желаемую глубину, и медленно поворачивают на 360° вокруг своей оси. При этом из шейки матки вырезается конус, подобный таковому при операции по методу Штурмдорфа (см. рис. 84).

Обычно кровотечения после электроконизации не наблюдается, а если оно возникает, то кровоточащие сосуды лигируют путем обкалывания. Швы после электроконизации можно наложить, как при конусовидной ампутации шейки, но это не обязательно. Если швы не накладывают, А. И. Серебров рекомендует ввести во влагалище на сутки обильно смоченный вазелиновым маслом тампон.

По данным С. С. Роговенко, из 369 прослеженных больных только у 18 возникла необходимость в небольших дополнительных диатермохирургических вмешательствах. Ни одна больная не жаловалась на бесплодие; 30 больных забеременели после электроконизации.



Рис. 85.

Резиновая влагалищная манжетка Роговенко.

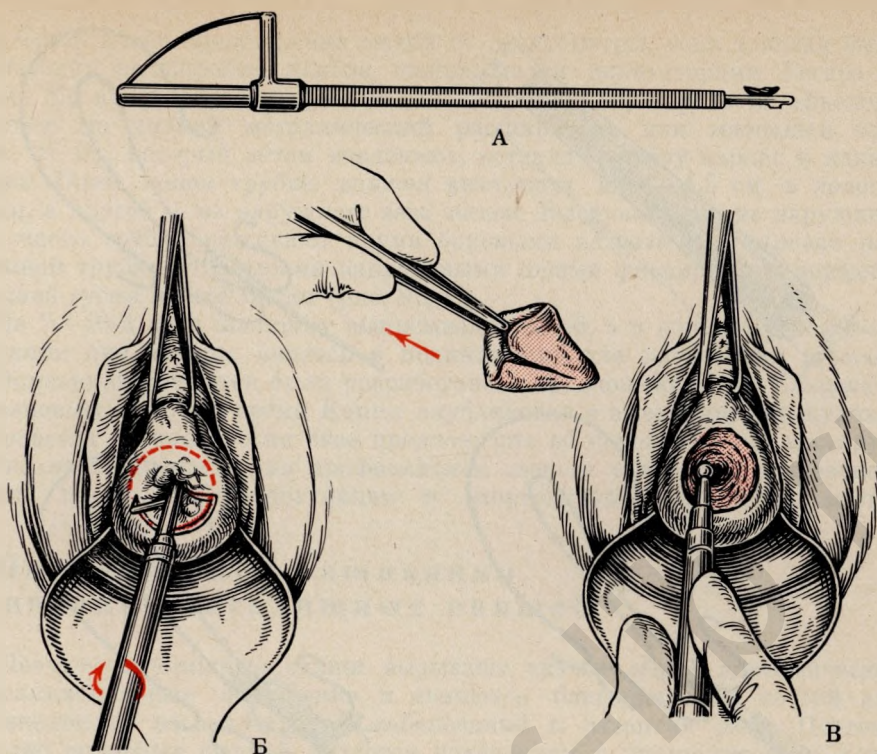


Рис. 86. Круговая диатермоэксцизия.

А — электрод-коцизатор Гаймаса, усовершенствованный С. С. Роговенко; Б — электрокоагуляция шейки; В — гемостаз с помощью шарикового электрода.

Операция при заращении шеечного канала

Обычное расширение шеечного канала при его заращении сопровождается в большом проценте случаев повторными атрезиями. Применение аллопластических каркасов позволяет получать хорошие результаты при операциях по поводу заращения шеечного канала. Каркас предохраняет от сокращения и сращения раневых поверхностей.

По методике, описанной В. И. Ельцовым-Стрелковым, непосредственно перед операцией подготавливается трубчатый каркас из айволон (капрон). С этой целью вырезают длинную полоску из айволон шириной 30 мм и толщиной 1 мм. Эту полоску наматывают на расширитель Гегара № 5 или 6 с таким расчетом, чтобы витки полоски заходили один на другой на 5—10 мм. После того как расширитель Гегара будет покрыт айволон на протяжении 8—10 см, полоску закрепляют марлей, намотанной на айволон в один ряд на всем протяжении. Расширитель с намотанным на него айволон опускают в кипящую воду на 20—30 мин, где он размягчается и «сваривается», превращаясь в единую трубку. После извлечения расширителя снимают марлю. Айволон, превратившись в трубку, снимается с расширителя. Концы трубки обрезают с таким расчетом, чтобы

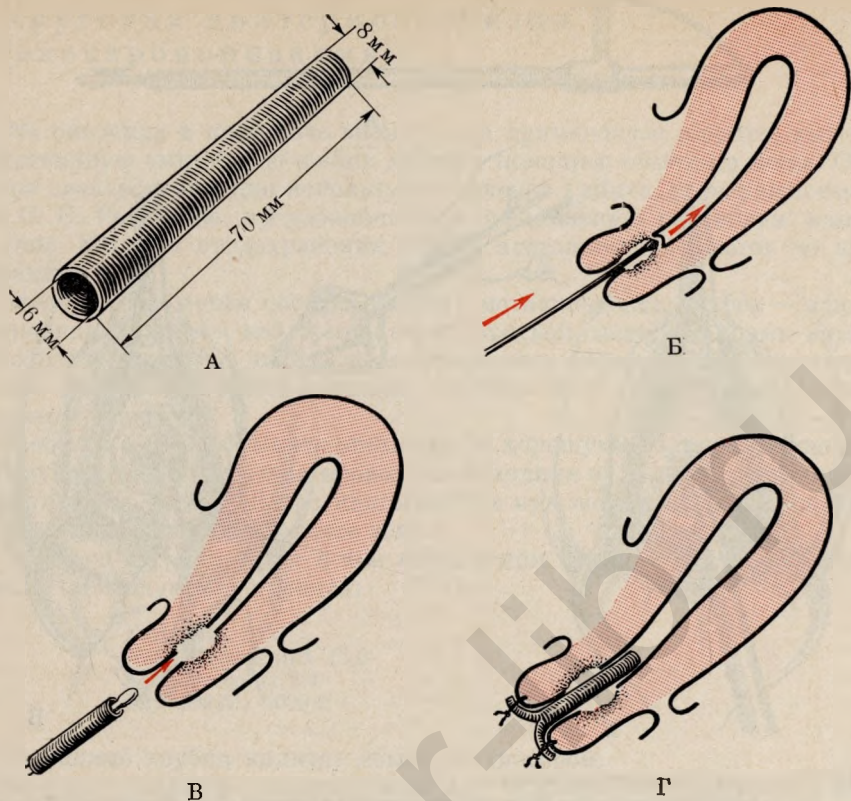


Рис. 87. Операция при заращении шейечного канала (по Ельцову-Стрелкову).

А — размеры трубки (каркаса) из айвалона; Б — восстановление проходимости шейечного канала с помощью маточного зонда; В — введение в канал шейки матки айвалонного каркаса, надетого на расширитель Гегара; Г — правильное введение и фиксация каркаса в канале шейки.

длина ее была равна 6—7 см; внутренний диаметр трубки обычно составляет 5—6 мм, толщина стенки — 1,5—2 мм (рис. 87, А).

Стерильную подготовленную трубку надевают на простерилизованный расширитель, диаметр которого на 1 мм меньше диаметра полости трубки, и кладут на стерильный стол операционной сестры до момента введения в шейечный канал.

Женщину укладывают на операционный стол и подготавливают для влагалищной операции. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и максимально низводят. Маточным зондом проверяют длину и направление проходимой части шейечного канала. Учитывая положение тела матки и направление канала ее шейки, легким усилием проталкивают зонд по предполагаемой оси канала шейки матки в сторону полости матки и восстанавливают проходимость шейечного канала (рис. 87, Б). В неосложненных случаях это обычно удается без особых затруднений. Иногда с помощью зонда не удается восстановить проходимость канала шейки матки и приходится использовать узкий скальпель, чтобы проникнуть в полость матки. При этом необходимо тщательно проверить положение матки и манипулировать скальпелем очень осторожно, чтобы не сделать ложный

ход. Сразу после опорожнения матки от гематометры, если таковая была, производят расширение канала шейки матки дилататорами Гегара до № 10. Во вновь образованный канал вводят трубку-каркас из айволона, надетую на тонкий металлический расширитель или маточный зонд (рис. 87, В), который затем извлекают, оставляя трубку-каркас в канале шейки. Один конец трубки должен выступать на 1—1,5 см в полость матки, а другой — из наружного зева матки. Выступающую из наружного зева часть трубки рассекают двумя боковыми разрезами и отрезки рас-сеченной трубки отдельными капроновыми швами фиксируют к передней и задней губам шейки матки (рис. 87, Г).

На 7—10-й день женщину выписывают домой, а в конце 4-й нед после операции она должна явиться в поликлинику для извлечения каркаса.

Описанная операция была разработана и предложена В. И. Ельцовым-Стрелковым. В то же время Kantor опубликовал в американском журнале акушерства и гинекологии свое предложение об использовании пессария-грибка из поливинила для профилактики стеноза и заращения шеечного канала после электрокоагуляции и электрокоагуляции шейки матки.

Операция при зашивании шеечно-влагалищных свищей

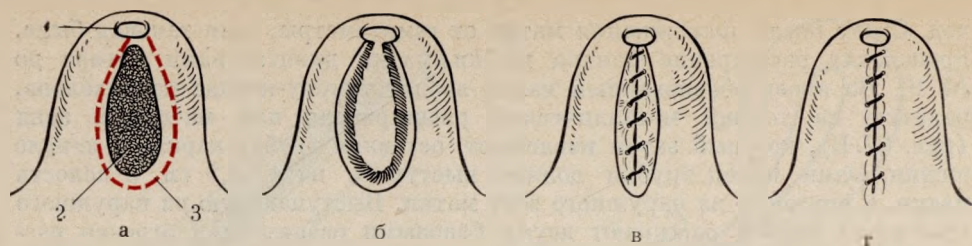
Шеечно-влагалищные свищи вызывают значительные анатомические и функциональные нарушения и являются благоприятной почвой для возникновения воспалительных заболеваний и развития рака. Поэтому наличие подобных свищей является показанием к хирургическому лечению. Однако операции по применявшимся ранее методикам, предусматривающим зашивание шеечно-влагалищных свищей, сопровождались большим числом рецидивов и часто хирургическое лечение сводилось к ампутации шейки матки.

В последние годы И. К. Вачнадзе (1965) предложил более целесообразную методику зашивания шеечно-влагалищных свищей, а затем В. И. Ельцов-Стрелков (1967) еще больше усовершенствовал метод оперативного лечения, сочетая его с применением аллопластических материалов. Последний метод с успехом применяется и в нашей клинике.

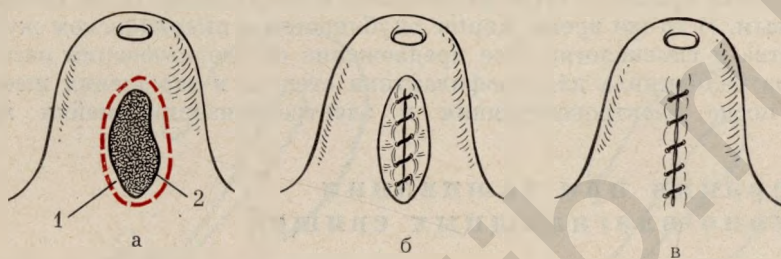
Наличие обширных рубцовых изменений и нередко большой размер свища являются основными затруднениями при выполнении операции и могут неблагоприятно сказываться на ее результатах. Поэтому при зашивании шеечно-влагалищных свищей необходимым условием является расщепление рубца между оболочками, покрывающими шейку матки со стороны влагалища и шеечного канала в области свища, с выделением мышечного слоя. Благодаря этому создается необходимая подвижность указанных слоев стенки шейки матки. Излишки слизистой оболочки иссекают.

Методика операции по Вачнадзе

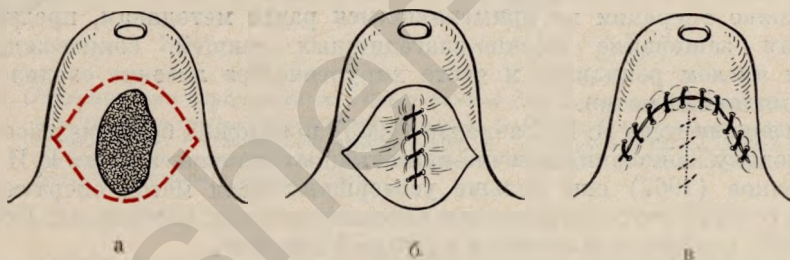
После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами и производят расширение шеечного канала дилататорами Гегара до № 6—7, затем шейку низводят ко входу во влагалище и отводят к лону. С помощью зеркал широко раскрывают влагалище, чтобы сделать доступными для обозрения и манипуляций заднюю стенку шейки матки и прилегающий к ней свод влагалища.



А



Б



В

Рис. 88. Зашивание шейечно-вагинальных свищей по Вачнадзе.

А: а — наружный зев (1), свищ (2) и линия разреза (3) с рассечением мостика ткани до наружного зева; б — расщепление тканей в окружности свища; в — швы на мышечную часть стенки; г — швы на слизистую оболочку влагалищной части шейки. Б: а — пунктиром обозначена линия разреза с сохранением наружного зева (1), 2 — свищ; б — первый ряд мышечно-мышечных швов; в — второй ряд швов на слизистую оболочку шейки. В: а — линия разреза при лоскутном методе; б — первый ряд швов на мышцу; в — первый ряд перекрыт лоскутом из заднего свода влагалища.

В зависимости от формы и расположения свища методика несколько изменяется.

Обширные свищи, расположенные своим наибольшим размером вдоль оси шейки матки, зашивают в продольном направлении. При наличии тонкого мостика ткани между нижним краем свища и наружным маточным зевом эту перемычку рассекают; при наличии толстой перемычки ее оставляют. Овальным разрезом по окружности свища расщепляют рубцы

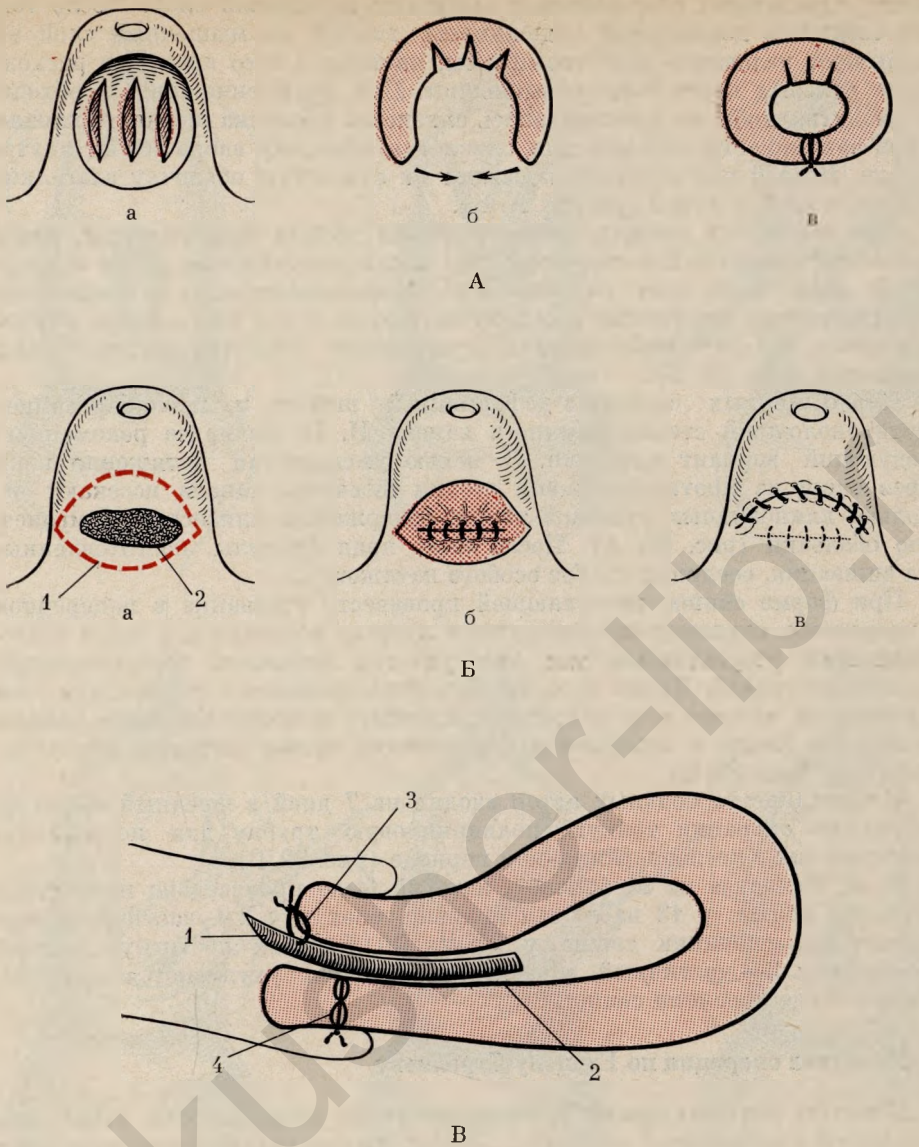


Рис. 89. Зашивание больших шеечно-вагинальных свищей по Вачнадзе.

А: а — иссечение клиновидных кусочков ткани из стенки шеечного канала, противоположной расположению свища; б — вид шейки матки на поперечном разрезе после иссечения клиновидных кусочков ткани; в — свищ зашит; Б — лоскутный метод зашивания свища в поперечном направлении: а — пунктиром указана линия разреза (1) свища (2); б — первый ряд швов на мышцу; в — второй ряд швов на слизистую оболочку шейки; В — дренирование после ушивания свища: 1 — поливиниловая трубка; 2 — внутренний зев; 3 — фиксирующий трубку шов; 4 — ушитый свищ.

между слизистыми оболочками и выделяют мышечный слой. После того как создалась достаточная подвижность тканей, на мышечный слой накладывают узловые кетгуттовые швы, начиная с того края, где расхождение раневых краев было наименьшим. При наложении швов необходимо следить, чтобы не прокалывалась слизистая оболочка шеечного канала, а при завязывании каждого шва слизистую оболочку вворачивают внутрь канала. Второй ряд швов накладывают на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки (рис. 88, А, Б).

При обширных свищах, расположенных вблизи заднего свода, автор применяет лоскутный метод операции: после расщепления рубца и выделения мышечного слоя на последний накладывают швы в продольном направлении по отношению к оси шейки матки, а над ним создают второй ряд швов за счет мобилизованной слизистой оболочки заднего свода влагалища (рис. 88, В).

При обширных свищах с деформацией шейки и пролабированием противоположной стенки шеечного канала И. К. Вачнадзе рекомендует следующий вариант методики. С целью уменьшения натяжения швов через свищ из противоположной стенки шеечного канала иссекают несколько клиновидных участков ткани, содержащих слизистую и мышечную оболочки (рис. 89, А). После этого края фистулы, подготовленные для сшивания, соединяются без особого натяжения.

При форме свища, позволяющей произвести ушивание в поперечном направлении, операция производится в лучших условиях и с более благоприятными результатами, так как удается избежать нежелательного натяжения тканей. Кроме того, трофические процессы в тканях при этом нарушаются меньше и не наблюдается резкого сужения шеечного канала. Зашивание свища в поперечном направлении производится по лоскутному методу (рис. 89, Б).

У большинства больных автор вводил на 7 дней в шеечный канал по окончании операции тонкую поливиниловую трубку для постоянного дренирования в послеоперационном периоде (рис. 89, В).

И. К. Вачнадзе из 21 больной, которой было произведено продольное ушивание свища, у 13 наблюдал полный успех и у 2 — частичный; при поперечном ушивании свища у 33 из 36 больных достигнут полный эффект и у 2 — частичный. Результаты лечения ухудшаются при длительном существовании свища.

Методика операции по Ельцову-Стрелкову

Больную подготавливают и укладывают на операционном столе, как для любой влагалищной операции. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами за переднюю губу, максимально низводят ко входу во влагалище и отводят к лону. Шеечный канал в области перемычки между свищом и наружным маточным зевом расширяют дилататорами Гегара до № 8 или 9. Затем перемычку рассекают скальпелем или ножницами по средней линии. С помощью скальпеля осторожно расслаивают шейку матки от наружного зева до верхнего края свищевого отверстия (рис. 90, А, Б). Внутренний слой тканей шейки при этом состоит из слизистой оболочки шеечного канала и части мышечной оболочки.

Затем с большой осторожностью (опасно поранить основные веточки маточной артерии, идущие к шейке) продолжают расслоение тканей шейки на 1—2 см выше верхнего края свища, но не заходя выше внут-

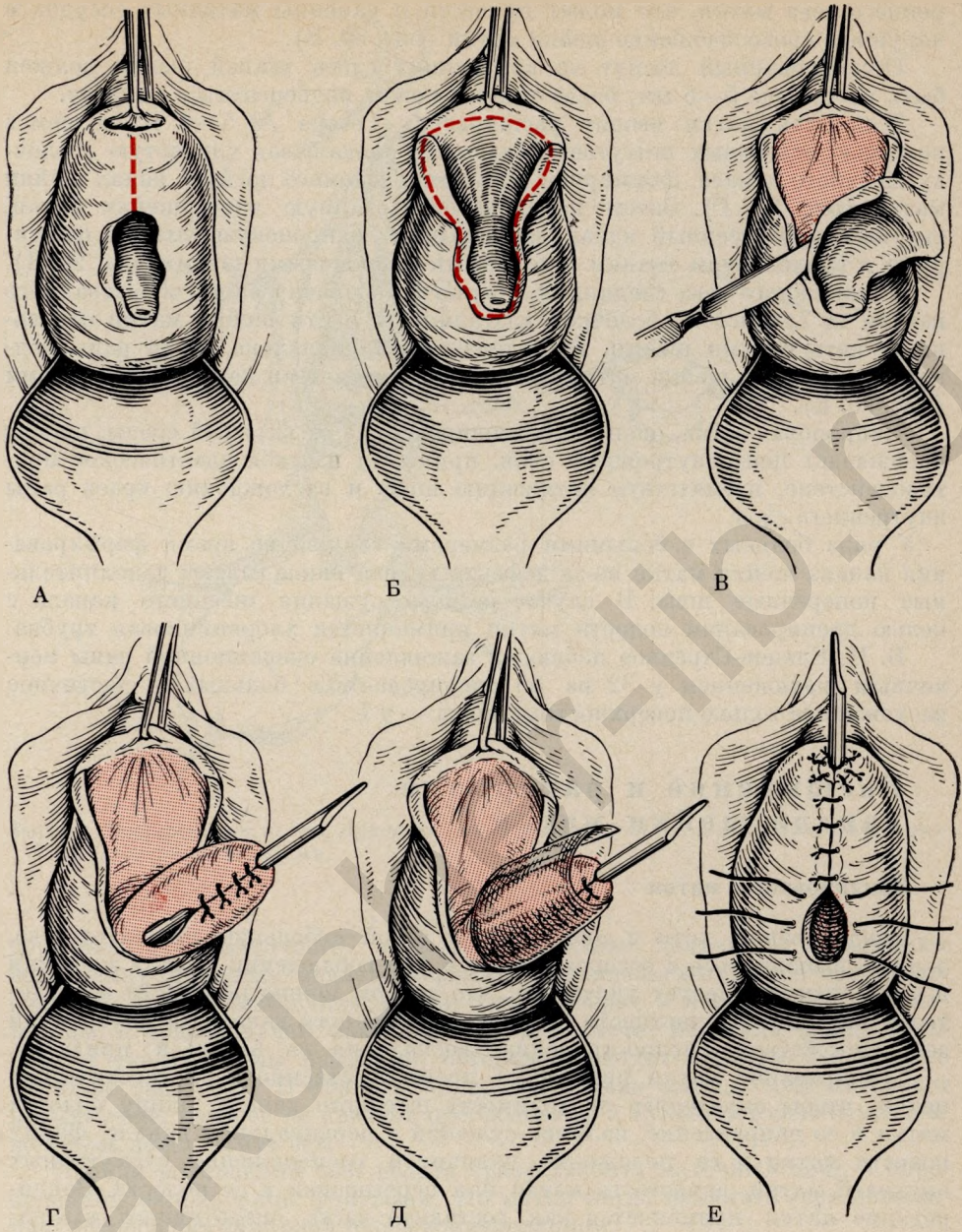


Рис. 90. Зашивание шеечно-вагинального свища по Ельцову-Стрелкову.

А — пунктиром обозначена линия разреза перемычки между наружным зевом и свищом; Б — перемычка рассечена; В — скальпелем расщеплена шейка матки; внутренний лоскут состоит из слизистой оболочки шеечного канала и части мышечного слоя, отделенных до уровня верхнего края свища; Г — на расширителе Гезара формируется канал шейки матки из отсепарированного лоскута; Д — на вновь образованную часть шейки накладывают капроновую сетку с целью укрепления швов; Е — у наружного зева в радиальном направлении наложены швы, соединяющие слизистую оболочку канала со слизистой влагалищной частью шейки матки. Разрез задней поверхности шейки зашивают кетгутовыми швами в продольном направлении.

ренного зева матки, что может привести к ранению маточных сосудов и нарушить кровоснабжение шейки матки (рис. 90, В).

Отсепарованный лоскут из внутренних слоев тканей шейки должен быть не тоньше 5—6 мм; более тонкий может подвергнуться некрозу.

В полость матки вводят расширитель Гегара № 5—6 и на нем с помощью отдельных кетгутовых швов, не прокалывая слизистую оболочку шеечного канала, формируют из отсепарованного лоскута канал шейки матки (рис. 90, Г). Затем на вновь образованную часть шейки матки, окружающую шеечный канал, накладывают капроновую сетку и фиксируют к подлежащим тканям отдельными капроновыми швами (рис. 90, Д).

У наружного зева соединяют слизистую оболочку вновь образованного канала со слизистой оболочкой влагалищной части шейки матки отдельными кетгутовыми швами, расположенными радиально. Края раны задней поверхности шейки матки соединяют отдельными кетгутовыми швами (рис. 90, Е).

Капроновая сетка, полностью изолированная от внешней среды, прочно удерживает швы внутреннего слоя, принимая на себя эластическое противодействие, препятствуя натяжению швов и расхождению краев раны внутреннего слоя.

У ряда больных с большими размерами свищей во время формирования канала шейки матки из-за дефекта тканей накладывают дополнительные поперечные швы. В случае резкого сужения шеечного канала с целью дренирования полости матки применяется хлорвиниловая трубка.

В. И. Ельцов-Стрелков наблюдал заживление операционной раны первичным натяжением у 32 из 45 оперированных больных и частичное расхождение только поверхностных швов — у 7.

Расширение и раскрытие канала шейки матки

Зондирование матки

Зондирование, хотя и представляет собой небольшое вмешательство, должно выполняться с осторожностью и при соблюдении правил асептики и антисептики. Следует учитывать, что зондом можно перенести возбудителей инфекции, в частности гонореи, из шеечного канала за внутренний зев, способствуя распространению воспаления на матку и придатки.

Зондирование матки применяют преимущественно с диагностической целью, чтобы определить проходимость шеечного канала, длину полости матки и ее направление, наличие сужений в цервикальном канале, форму полости матки и ее положение, наличие и расположение субмукозных опухолей матки, двурогость матки или перегородки в ее полости. Зондирование матки применяется как составная часть оперативного вмешательства при ее выскабливании, а также при расширении и ампутации шейки матки.

Противопоказаниями к зондированию являются беременность, острые и подострые воспаления половых органов, гнойные выделения из шеечного канала, распадающаяся раковая опухоль шейки матки.

Техника. Наружные половые органы обмывают дезинфицирующим раствором. Влагалище протирают тупфером, смоченным спиртом. С помощью зеркала обнажают шейку матки, протирают ее спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. После этого пулевыми щипцами захватывают

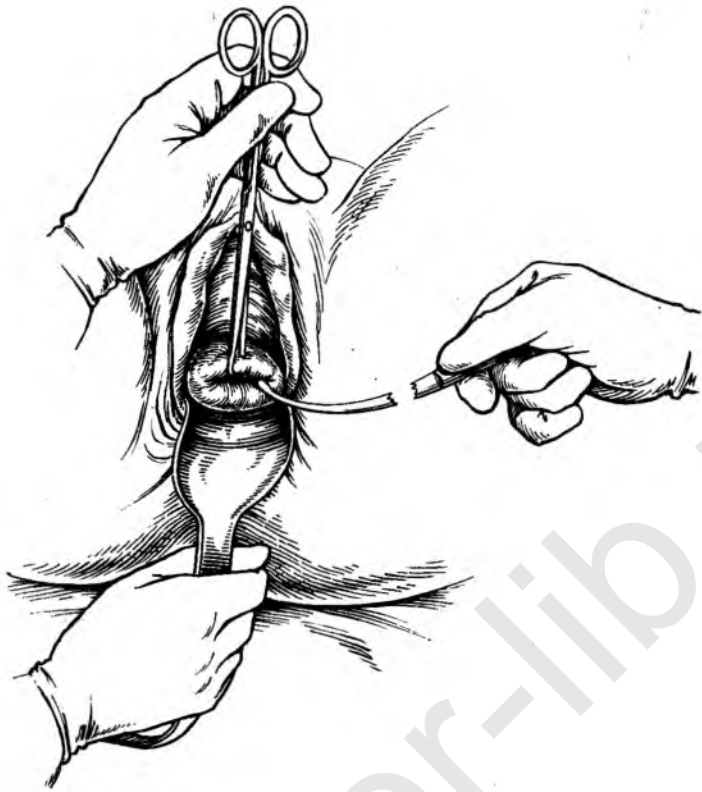


Рис. 91. Зондирование матки. Рукоятка зонда лежит свободно между большим и указательным пальцами.

переднюю губу маточного зева, затем удаляют подъемник и передают помощнику рукоятку заднего зеркала. Цервикальный канал протирают спиртом. После низведения шейки хирург берет в левую руку пулевые щипцы, а правой рукой, захватив зонд как писчее перо или между большим и указательным пальцами, осторожно вводит в матку без всякого насилия (рис. 91). В области внутреннего зева иногда зонд встречает препятствие, которое не следует преодолевать, а нужно осторожными движениями зонда найти зев.

Пройдя внутренний зев, нельзя сразу вводить маточный зонд в определенном направлении, учитывая, что матка могла изменить свое положение, которое она занимала перед зондированием.

Если матка находится в положении *anteflexio-versio*, изгиб зонда должен быть направлен вверх и впереди, при ретрофлексированной матке — кзади и вниз. Иногда приходится даже увеличивать изогнутость зонда, сделанного из мягкого металла. Длина полости матки определяется в сантиметрах по шкале, имеющейся обычно на передней поверхности зонда.

При перегибе матки впереди под острым углом следует потянуть шейку пулевыми щипцами, чтобы несколько выпрямить угол, и только после этого осторожно ввести зонд. Если врач перед зондированием не опреде-

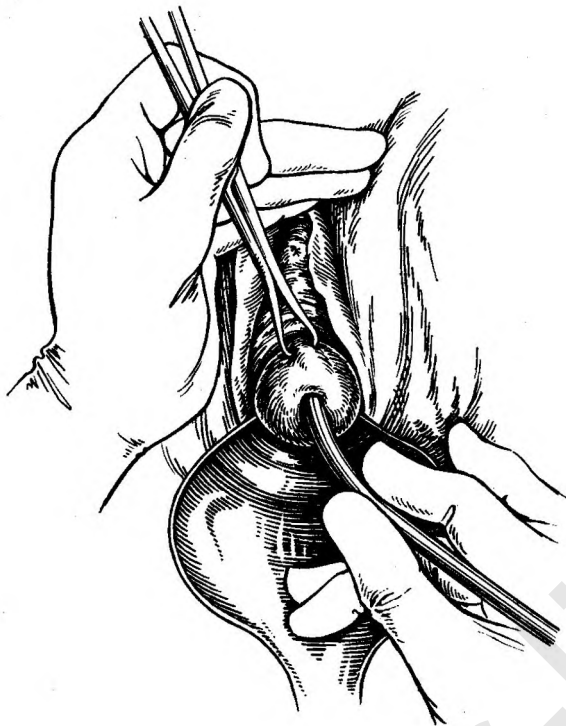


Рис. 92.

Расширение шейки матки металлическими бужами.

лит положение матки или будет с усилием преодолевать препятствие, то это может привести к образованию ложного хода или сквозному прободению стенки матки. Подобное осложнение может наблюдаться при введении зонда с усилием, если в шеечном канале имеется сужение на каком-либо его участке.

При стенозе шеечного канала обычный маточный зонд может не проходить. В таком случае берут последовательно более тонкие пуговчатые зонды. После того как один из тонких зондов пройдет без насилия через шеечный канал и будет определено направление по-

лости матки, берут более толстый зонд, а затем обычный маточный зонд. Зондирование рекомендуется производить в стационаре, и только в исключительных случаях, при строгом соблюдении асептики, оно может быть выполнено в условиях поликлиники.

Расширение шеечного канала

Расширение шеечного канала может быть выполнено тупым или острым путем. Наиболее часто производится расширение шеечного канала тупым путем с помощью металлических расширителей Гегара. Диаметр каждого следующего номера больше предыдущего на 0,5—1 мм; цифра на рукоятке дилатора соответствует величине его диаметра в миллиметрах.

Техника. С соблюдением правил асептики влагалище и шейку матки обнажают при помощи зеркал и протирают спиртом. Двумя пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки, несколько низводят ее в направлении ко входу во влагалище и шеечный канал протирают спиртом. Шеечный канал не следует смазывать настойкой йода, так как это может затруднить последующее его расширение (И. И. Яковлев).

Некоторые авторы (И. И. Яковлев) рекомендуют накладывать пулевые щипцы на переднюю и заднюю губы шейки матки, что позволяет выпрямить шеечный канал, облегчает расширение его бужами Гегара и уменьшает опасность перфорации. Подобный метод захватывания шейки матки, несомненно, целесообразнее при ретрофлексии и гиперантефлексии. После фиксации влагалищной части матки пулевыми щипцами путем осто-

Рис. 93.

Электрический вибродиллятор.
А — общий вид прибора; Б — нако-
лечники.

рожного (без насилия) введения маточного зонда в ее полость определяют положение и размеры матки.

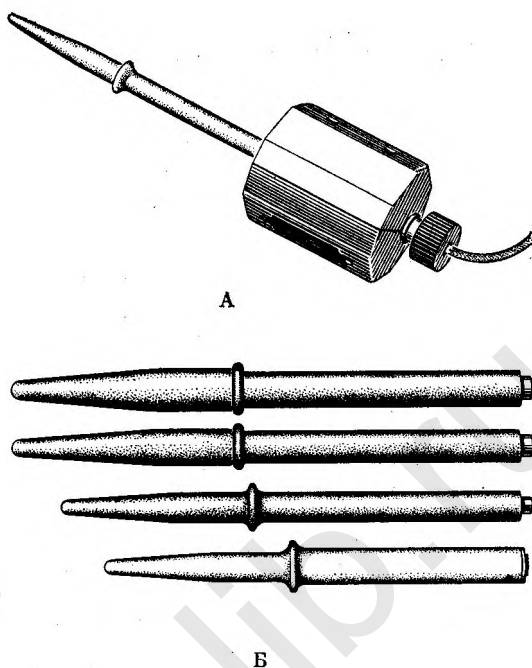
Хирург, удерживая левой рукой пулевые щипцы, приступает к расширению шеечного канала. Расширители Гегара поочередно берут тремя пальцами правой руки, как карандаш или смычок, и вводят в шеечный канал в направлении полости матки с учетом ее расположения (рис. 92). Вводить расширители следует медленно, и при физиологической антефлексии матки ручку опускают книзу. Конец расширителя должен несколько выйти за

внутренний зев, но необходимо следить, чтобы он не прошел до дна матки. Первые номера расширителей вводятся свободно, а в дальнейшем ощущается сопротивление во внутреннем зеве, которое нужно осторожно преодолеть, не совершая бурвящих движений. С целью предупреждения при этом внезапного «проваливания» расширителя глубоко в матку свободными IV и V пальцами правой руки упираются в промежность и их пружинящее действие как бы страхует от резкого проскальзывания расширителя на опасную глубину.

Извлекать расширитель следует медленно и сразу же вводить следующий, не давая внутреннему зеву сократиться. Если один из очередных расширителей провести через внутренний зев не удастся, то нельзя прибегать к насилью, а нужно возвратиться к предыдущему расширителю и, введя его, оставить на минуту в шеечном канале. Последующий расширитель войдет после этого легко.

При беременности до 10 нед достаточно расширить шеечный канал бу-
жками до № 12; введение расширителей больших размеров может привести к продольным разрывам шейки матки, которые иногда остаются незаметными для глаза и проникают в параметрий. При беременности 11—12 нед расширяют канал шейки бужом Гегара до № 14. Начинающие хирурги нередко недостаточно расширяют шеечный канал, останавливаясь на № 9—10 расширителей. Это осложняет последующее выскабливание, которое приходится производить малыми кюретками, или приводит к травмированию шейки при попытках введения кюретки больших размеров.

Кроме использования расширителей Гегара, в последние годы А. Ф. Жаркиным и А. М. Ивановым был предложен вибродиллятор, который, по данным Э. И. Мелкса, О. Д. Мацпановой и А. В. Зубеева, снижает травматизм шейки матки. Расширение производится очень быстро и почти безболезненно.



Электрический вибродиллятор, сконструированный А. Ф. Жаркиным и К. А. Шелковским (рис. 93), состоит из ручного массажного вибратора, на якорь которого навинчиваются металлические наконечники с оливобразными утолщениями на концах. К прибору прилагаются три типа наконечников длиной 120 мм с диаметром оливо 3, 7 и 12 мм. Оливу вибрирующего металлического наконечника, простерилизованного кипячением, осторожно продвигают по цервикальному каналу за внутренний зев, после чего наконечник медленно извлекают. В полость матки после применения наконечника № 1 проходит кюретка № 3, после наконечника № 2 — кюретка № 5, после наконечника № 3 — кюретка № 6. Расширение шейки матки происходило в течение 3—10 с и не сопровождалось болезненностью. Осложнений авторы при этом не наблюдали.

Э. И. Мелкс отмечает значительное уменьшение болезненности при использовании электромехановибратора с коническими расширителями. Этот прибор он использовал с амплитудой от 0,1 до 2 мм, с частотой 50—200 Гц.

О. Д. Мацпанова (1965) сообщает об использовании при 2000 искусственных абортов виброрасширения цервикального канала и маточного зева. Для сравнения метода виброрасширения с обычным расширением шейки дилтаторами Гегара были, помимо данных клинического наблюдения, использованы плетизмография, пневмография, электрокардиография и регистрация биопотенциалов мозга. Полученные данные показывают, что применение вибрационного расширителя позволяет расширять шейку матки в течение 5—20 с при незначительной болезненности или полном ее отсутствии. Реакции со стороны сердечной деятельности и дыхания были незначительными. Возбуждение в коре головного мозга при виброрасширении не достигает высшей стадии развития последующего тормозного процесса, как это наблюдается при расширении шейки матки дилтаторами Гегара.

Рассечение шейки матки

Расширение острым путем (рассечение шейки матки — *discisio colli uteri*) наружного зева применяется очень редко. К подобной операции прибегают при бесплодии у женщин с конической шейкой матки после того, как все остальные причины бесплодия исключены. В некоторых случаях применяется рассечение шейки матки и при болезненных менструациях, хотя обоснования данной операции по этому поводу весьма сомнительны.

Обычно одновременно с дисцизией производят поверхностное выскабливание слизистой оболочки матки, устраняя возможную гиперплазию эндометрия.

Операция показана при отсутствии воспалительных процессов половых органов и чистоте влагалища I—II степени.

Дисцизию производят по обеим сторонам маточного зева или посередине задней губы.

Техника операции. После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами отдельно за переднюю и заднюю губу. Если предполагается выскабливание слизистой оболочки матки, то после расширения шеечного канала сначала производят выскабливание, а затем приступают к дисцизии.

Боковое рассечение. Пулевыми щипцами разводят вверх и вниз губы маточного зева. Ножницами или скальпелем (рис. 94, А), как при кли-

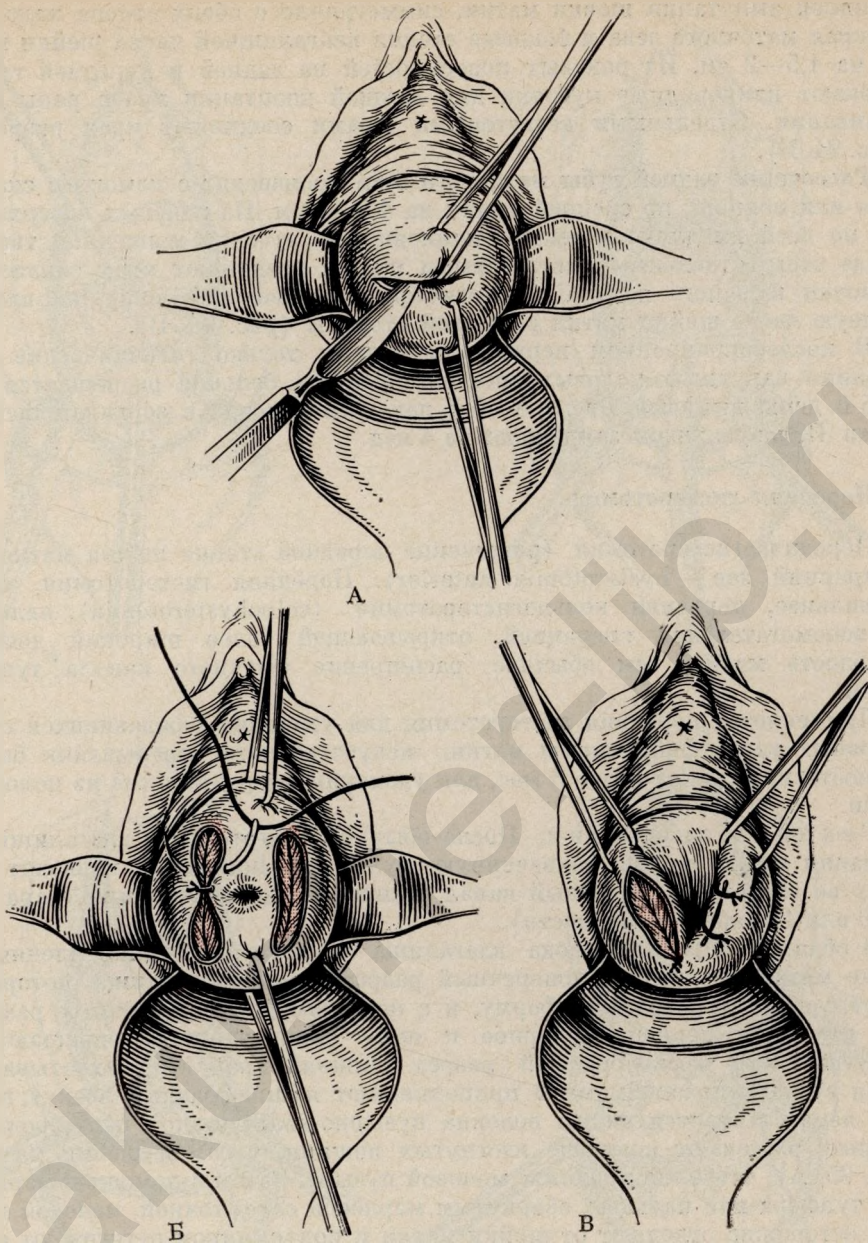


Рис. 94. Дисцизия шейки матки.

А — в цервикальный канал введен скальпель для рассечения боковой стенки шейки;
 Б — наложение швов на раневую поверхность; В — дисцизия задней губы влагалищ-
 ной части шейки.

новидной ампутации шейки матки, симметрично с обеих сторон надсекают края маточного зева и боковые стенки влагалищной части шейки матки на 1,5—2 см. Из раневых поверхностей на задней и передней губах иссекают клиновидные кусочки для лучшей кооптации краев раны при зашивании. Отдельными кетгутowymi швами соединяют края разрезов (рис. 94, Б).

Рассечение задней губы маточного зева производят с помощью скальпеля или ножниц, по средней линии на 1,5—2 см. Из раневых поверхностей по всей их длине иссекают клиновидные кусочки мышечной ткани. После этого отдельными кетгутowymi швами соединяют края слизистой оболочки шеечного канала и слизистой, покрывающей снаружи влагалищную часть шейки матки с каждой стороны (рис. 94, В).

В послеоперационном периоде назначают только гигиенические обмывания наружных половых органов. Вставать больной разрешается на 3—5-й день, выписывают на 8—9-й день без осмотра в зеркалах шейки матки. Половую жизнь запрещают на 4 нед.

Передняя гистеротомия

Передняя гистеротомия (рассечение передней стенки шейки матки за внутренний зев — *hysterotomia anterior*). Передняя гистеротомия, или, правильнее, передняя кольпогистеротомия (*colpohysterotomia*), является вспомогательной операцией, открывающей более широкий доступ в полость матки, чем обычное расширение шеечного канала тупым путем.

Применяется передняя гистеротомия для удаления рождающихся субмукозных узлов фибромиомы матки, искусственного прерывания беременности при сроках более 3 мес, для удаления инородных тел из полости матки.

Техника операции. После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки, захваченную пулевыми щипцами, низводят ко входу во влагалище. Шеечный канал расширяют дилататорами Гегара до № 10 или 14 (при беременности).

В области переднего свода влагалища на месте его прикрепления к шейке матки производят поперечный разрез стенки влагалища, который имеет слегка дугообразную форму, и с помощью двух добавочных разрезов, имеющих перпендикулярное к нему направление, превращают в лоскутный или языкообразный разрез. Нижний край его захватывают двумя зубчатыми зажимами и приподнимают языкообразный лоскут; при этом ясно становятся видны волокна пузырно-влагалищной перегородки, которые рассекают концами изогнутых ножниц у самой шейки матки (рис. 95, А), чтобы не поранить мочевого пузыря. Затем с помощью марлевого тупфера или пальцем, обернутым марлевой салфеточкой, мочевого пузыря осторожно отделяют от шейки матки и подъемником оттягивают его несколько выше внутреннего маточного зева. При этом обнажается пузырно-маточная складка брюшины, которую также отодвигают кверху. Переднюю стенку шейки матки, начиная от наружного маточного зева, разрезают прямыми ножницами по средней линии с одновременным рассечением внутреннего зева (рис. 95, Б) и открывают доступ для введения в полость матки двух пальцев. Операция производится внебрюшинно, а если случайно при отсепаровке мочевого пузыря была вскрыта брюшная полость в области пузырно-маточного пространства, то необходимо сразу закрыть отверстие в брюшине тонким кетгутом.

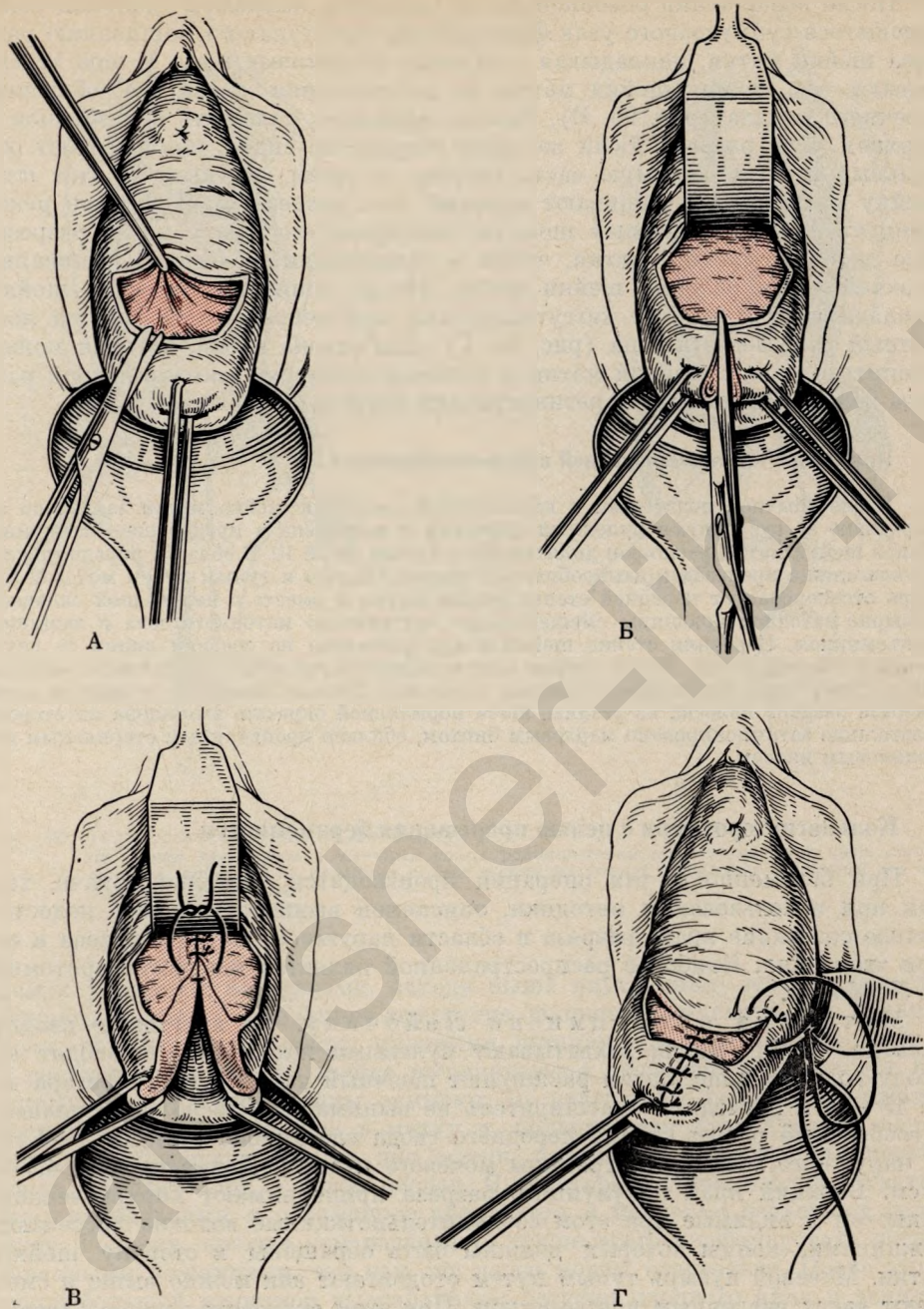


Рис. 95. Передняя кольпогистеротомия.

А — начато отделение мочевого пузыря от шейки матки; Б и В — рассечение шейки матки и наложение швов; Г — зашивание разреза влагалища.

После выполнения основной части операции, например удаления рождающегося субмукозного узла фибромиомы, приступают к зашиванию разреза шейки матки, накладывая отдельные кетгутовые швы. В шов захватывают всю толщу шейки матки, за исключением слизистой оболочки шеечного канала (рис. 95, В). Важно правильно наложить первый шов в верхнем углу разреза. Если же край разреза не виден, накладывают отдельный шов на видимую часть разреза, а затем, стягивая за этот шов шейку матки книзу, зашивают верхний угол разреза. З. Я. Гендон рекомендует наложить первый шов, не завязывая его сразу после разреза, еще до опорожнения матки, чтобы в дальнейшем облегчить зашивание верхней части разреза шейки матки. После зашивания разреза шейки накладывают отдельные кетгутовые швы или непрерывный шов на лоскутный разрез влагалища (рис. 95, Г). Для оттока крови, которая может скопиться между шейкой матки и мочевым пузырем, в нижний край разреза целесообразно ввести резиновую или марлевую полоску.

Примерное описание передней кольпогистеротомии

После обычной подготовки к влагалищной операции шейка матки захвачена за переднюю ее губу двумя пулевыми щипцами и низведена в преддверие влагалища. Канал шейки матки расширен дилататорами Гегара до № 10. В области переднего свода влагалища произведен языкообразный разрез. Острым и тупым путем мочевой пузырь отсепарован от передней стенки шейки матки и вместе с переходной складкой пузырно-маточной брюшины смещен выше внутреннего маточного зева и защищен подъемником. Передняя стенка шейки матки рассечена по средней линии за внутренний маточный зев. Разрез шейки матки зашит отдельными кетгутовыми швами. На разрез стенки влагалища наложены отдельные швы из кетгута и в нижний край разреза введена полоска из резины. Моча нормальной окраски, выпущена катетером. Влагалище затампонировано марлевым бинтом, обильно пропитанным стерильным вазелиновым маслом.

Кольпогистеротомия с целью прерывания беременности

При беременности эта операция производится несколько иначе, так как при использовании методики, описанной выше, отмечалось недостаточное срастание краев разреза в области наружного маточного зева и он при этом зиял. Наиболее распространенной является кольпогистеротомия по Лейбчику.

Методика операции по Лейбчику. Во влагалище вводят зеркало. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Затем расширяют шеечный канал бужами Гегара до № 13—14 и последний расширитель не вынимают. После этого делают дугообразный разрез стенки переднего свода влагалища, отступя 2—3 см от наружного зева, ниже границы мочевого пузыря. Длина разреза 4,5—5 см. Верхний край полулунного разреза приподнимают хирургическим пинцетом и видимые при этом соединительнотканые волокна рассекают ножницами, концы которых должны быть обращены в сторону шейки матки. Мочевой пузырь тупым путем отодвигают как можно выше и смещают вверх введенным подъемником. При этом становится видна блестящая маточно-пузырная складка брюшины, которую осторожно тупым путем отодвигают вверх и берут на подъемник. Указанная складка ощущается пальцем как тонкая скользкая ткань.

Ориентируясь на расширитель, рассекают скальпелем переднюю стенку шейки матки в направлении сверху вниз, не доходя 2 см до наружного зева (рис. 96). Расширитель из шеечного канала извлекают и разрез

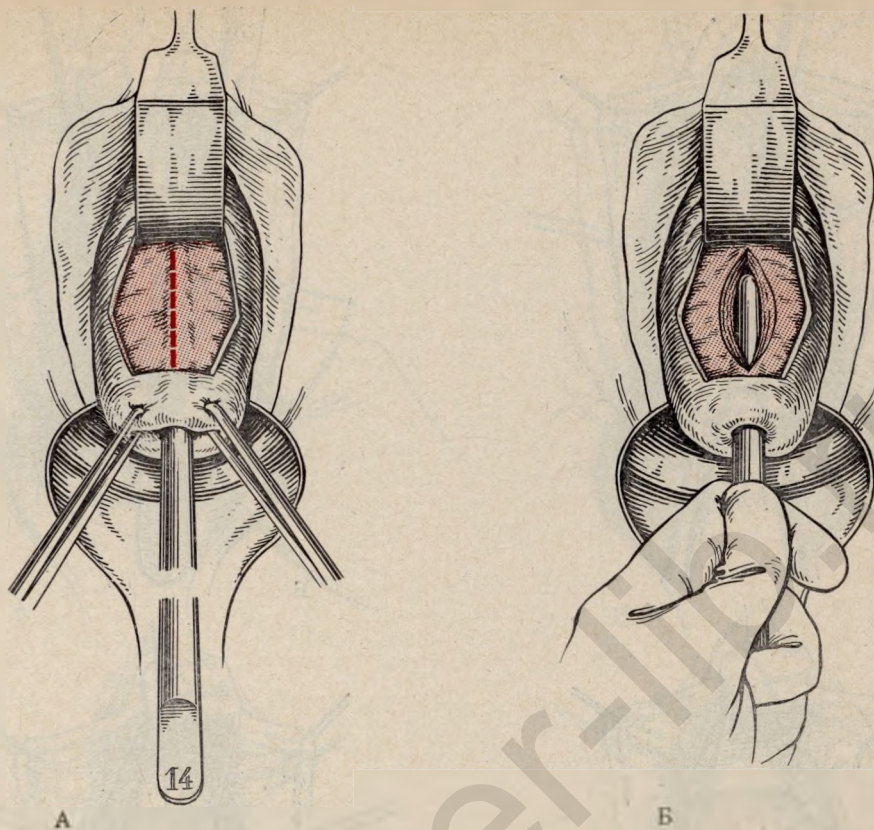
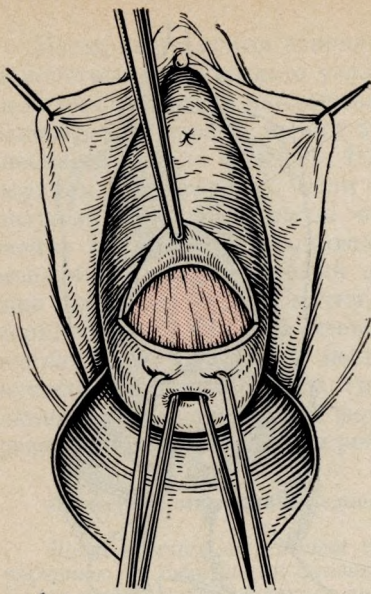


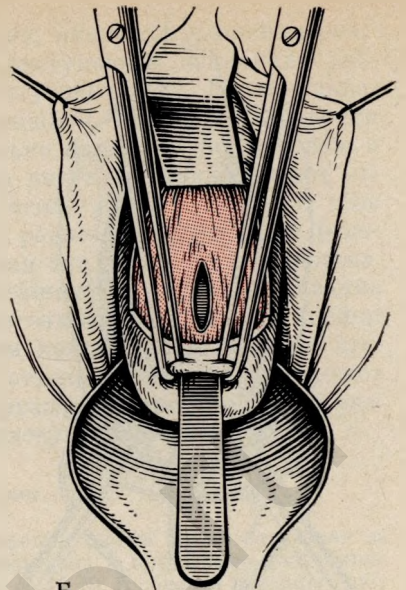
Рис. 96. Кольпогистеротомия по Лейбчику.

А — над введенным в шейчный канал расширителем обозначена пунктиром линия разреза шейки; Б — передняя стенка шейки рассечена, наружный маточный зев остается сохраненным.

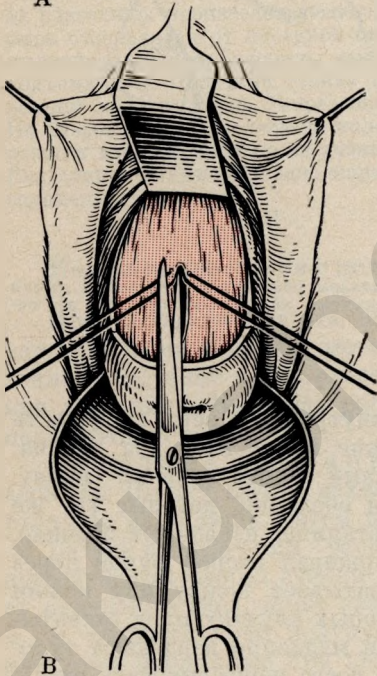
шейки удлиняют ножницами, заходя выше внутреннего зева на область нижнего сегмента. Созданное отверстие должно пропускать два пальца. Края разреза захватывают пулевыми щипцами и подтягивают книзу. В раневое отверстие на шейке выпячиваются оболочки, которые тут же вскрывают. Пулевые щипцы снимают, из влагалища извлекают зеркало. Хирург вводит два пальца в матку и, поддерживая второй рукой через переднюю брюшную стенку дно матки, захватывает ножку или ножки плода, удаляет плод, а затем послед. В некоторых случаях плод захватывают не пальцами, а с помощью абортанга и медленно извлекают туловище. Головку, прежде чем извлекать, лучше всего перфорировать остроконечными ножницами, так как она легко может оторваться. После этого тупой большой кюреткой выскабливают остатки плодного яйца и децидуальной оболочки, тщательно проверяя кюреткой углы полости матки. Разрез шейки матки зашивают узловатыми кетгутowymi швами, начиная с верхнего угла раны. В толщу стенки шейки вводят 1 мл метилэргометрина или питуитрина (3 ед). Несколькими швами фиксируют мочевой пузырь к шейке матки. Разрез стенки влагалища зашивают непрерывным кетгутovým швом.



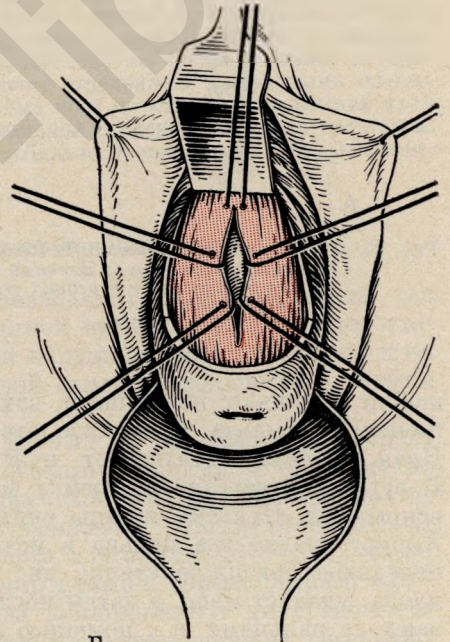
А



Б



В



Г

Рис. 97. Влагалищное кесарево сечение по Лейбчику — Гендону.

А — полулунный разрез на границе слизистой оболочки переднего свода и влагалищной части шейки матки; Б — рассечение шейки матки на металлическом расширителе; В — наложение провизорной лигатуры под верхним углом разреза.

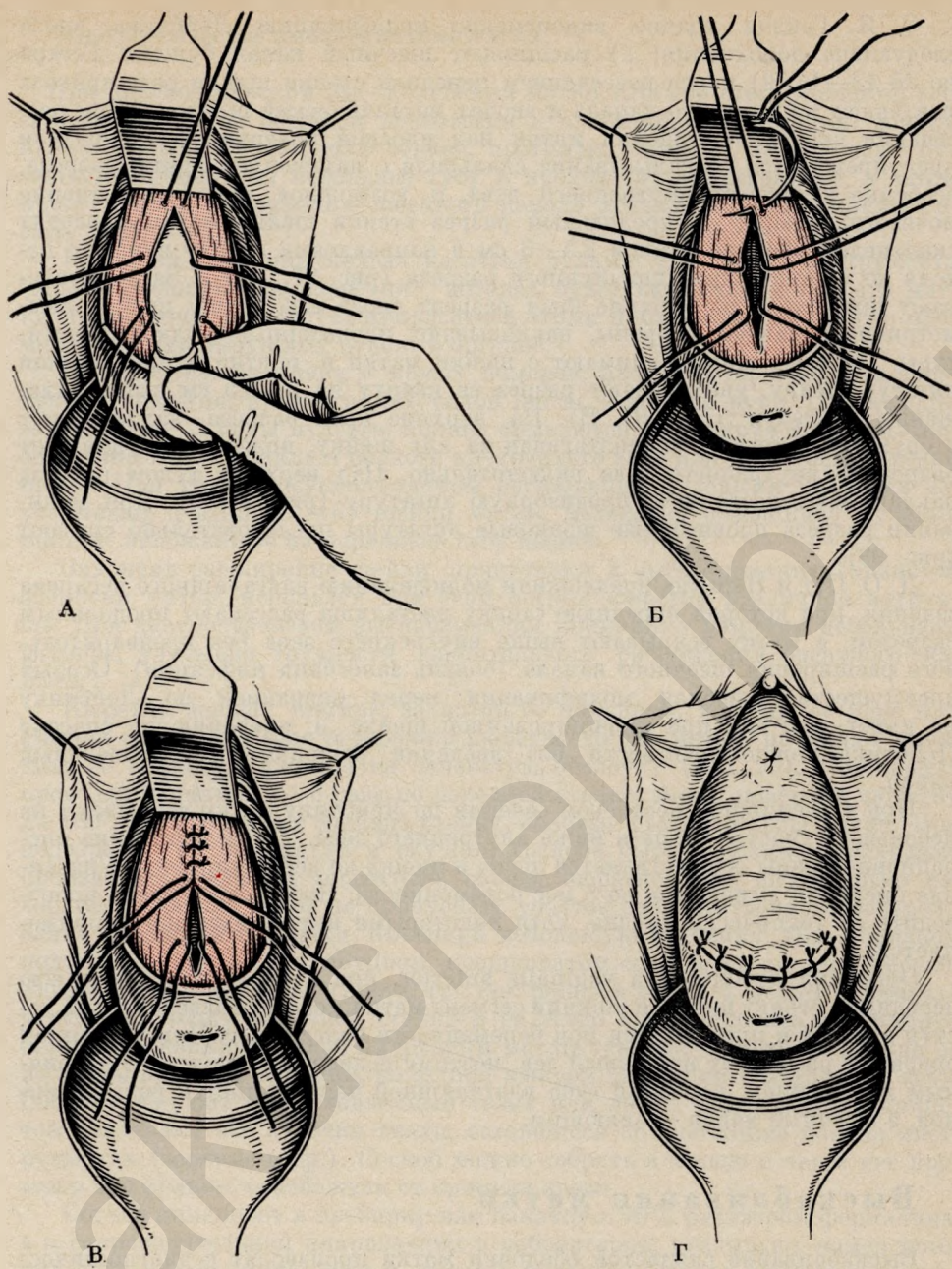


Рис. 98. Влагалищное кесарево сечение по Лейбчику — Гендону.

А — извлечение плода за кожу; Б и В — наложение кетгутовых швов на разрез шейки матки; Г — соединение швами краев полукруглого разреза влагалищной стенки.

З. Я. Гендон удачно видоизменил модификацию Лейбчика, внося следующие дополнения: 1) расширяют шеечный канал бужами Гегара до № 13—14; 2) перед рассечением передней стенки шейки расширитель извлекают из шеечного капала и вводят металлический шпатель. При рассечении скальпелем шейки матки над плоской поверхностью шпателя предупреждается соскальзывание скальпеля с намеченной линии разреза, особенно в области внутреннего зева, и возможное при этом ранение мочевого пузыря; 3) продольный разрез стенки шейки матки проводят скальпелем вначале длиной 2,5—3 см в направлении сверху вниз, не доходя до нижнего края полукруглого разреза (рис. 97, А, Б). Затем извлекают шпатель и на верхние края разреза через всю толщу шейки, симметрично с каждой стороны, накладывают провизорные шелковые лигатуры. Пулевые щипцы снимают с шейки матки и, подтянув при помощи лигатур шейку, увеличивают разрез ее кверху на 2—2,5 см выше наложенных лигатур (рис. 97, В). На верхние края разреза накладывают вторую пару лигатур и, подтягивая за них шейку, ножницами удлиняют разрез до внутреннего зева включительно. Над верхним углом разреза накладывают последнюю провизорную лигатуру (рис. 97, Г). При зашивании разреза провизорные шелковые лигатуры последовательно срезают (рис. 98).

Д. О. Отт и Heinsius предложили модификацию влагалищного кесарева сечения, при которой переднюю стенку влагалища рассекают продольным разрезом, а матку вскрывают выше внутреннего зева без предварительного расширения шеечного канала (боязнь занесения инфекции). Особых преимуществ подобная модификация перед операцией по Лейбчику не имеет, так как при инфицированной шейке и операцию по способу Лейбчика можно произвести без введения расширителей в шеечный канал.

При влагалищном кесаревом сечении по Лейбчику матку вскрывают на небольшом участке выше и ниже внутреннего зева. Тогда зашивание операционной раны осуществляется легко и шейка не деформируется. Указанная операция выполнима до 5 мес беременности. Позже этого срока производить ее технически трудно, хотя некоторыми акушерами она и применяется.

Операция *hysterotomia vaginalis anterior*, при которой рассекают всю переднюю стенку шейки и нижний сегмент матки, создает более широкий доступ в матку и применяется при беременности более 6 мес. При указанной операции рассекают наружный зев, поэтому если шейка заживает вторичным натяжением, передняя губа влагалищной части остается развороченной, а шеечный канал — зияющим.

Выскабливание матки

Выскабливание слизистой оболочки матки производят с диагностической целью для выяснения причины маточных кровотечений, дисфункциональных нарушений и при подозрении на злокачественные опухоли матки (аденокарциному и хорионэпителиому). Операция выскабливания слизистой оболочки матки применяется с терапевтической целью при плацентарных и децидуальных полипах, гиперплазии и полипозе эндометрия, при неполных выкидышах. Выскабливание беременной матки производят с целью прерывания беременности при сроках до 12 нед, однако наиболее благоприятный срок 7—9 недель.

Диагностическое выскабливание матки

При диагностическом выскабливании матки (*abrasio uteri probatoria seu explorativa*) после обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки обнажают с помощью зеркал, протирают спиртом, захватывают пулевыми щипцами за переднюю губу и производят зондирование, а затем приступают к расширению шеечного канала металлическими бурами Гегара до № 8—10.

Во время операции нельзя касаться руками той части инструмента (зонда, расширителя, кюретки), которая будет вводиться в полость матки. Кроме того, не следует прикасаться этими инструментами к коже промежности или наружных половых органов.

Расширитель, начиная с малых номеров, вводят осторожно, без чрезмерного насилия, продвигая его силой кисти, а не всей руки. При использовании грубой силы пулевые щипцы срываются, травмируя шейку матки; возможна также травма в области внутреннего зева или прободение стенки матки. При трудно осуществляемом расширении пулевыми щипцами захватывают и заднюю губу шейки матки, передавая помощнику пулевые щипцы, наложенные на переднюю губу шейки.

Закончив расширение шейки, приступают к выскабливанию слизистой оболочки матки, используя при этом острые кюретки различной величины. При диагностическом выскабливании применяют кюретки небольшого размера, учитывая трудности значительного расширения шеечного канала.

Кюретку держат «легко», захватив ее пальцами, как писчее перо или смычок скрипки. Введя осторожно кюретку до дна матки, начинают выводить ее обратно, нажимая на слизистую оболочку (рис. 99). Постепенно проводят кюреткой 2—3 раза по передней стенке, затем, повернув кюретку на 180°, выскабливают заднюю стенку, боковые стенки и углы матки. При подозрении на рак матки и скудном соскобе выскабливание необходимо производить особенно тщательно, обходя кюреткой всю внутреннюю поверхность матки, чтобы не пропускать участок злокачественного перерождения слизистой оболочки, имеющий небольшую величину. При обильном подозрительном на рак хрупком, крошковатом соскобе не следует выскабливать стенки матки до хруста, так как раковая опухоль может проникать через всю толщу маточной стенки и ее легко перфорировать, инфицируя брюшную полость. Соскоб из полости матки удаляют кюреткой, выводя ее из матки время от времени, но не при каждом движении к маточному зеву. Соскоб собирают в подставленный тазик или лоток, одновременно пинцетом извлекают все кусочки ткани, оставшиеся во влагалище или на инструментах (зеркале и др.). Соскоб можно собрать в марлю и через нее промыть под краном, освобождая от примеси крови.

Соскоб помещают в пробирку или баночку с 10% раствором формалина, а в сопроводительном направлении в лабораторию указывают номер истории болезни, фамилию, имя и отчество больной, возраст, предположительный диагноз, откуда получен соскоб и дату выскабливания.

При подозрении на аденокарциному матки применяют так называемое раздельное выскабливание. Вначале производят выскабливание слизистой оболочки шеечного канала, не заходя за внутренний зев. Полученный соскоб собирают в отдельную пробирку. Затем выскабливают стенки матки и соскоб собирают в другую пробирку. Особенно тщательно следует выполнять выскабливание в области трубных углов, используя для этого маленькую кюретку.

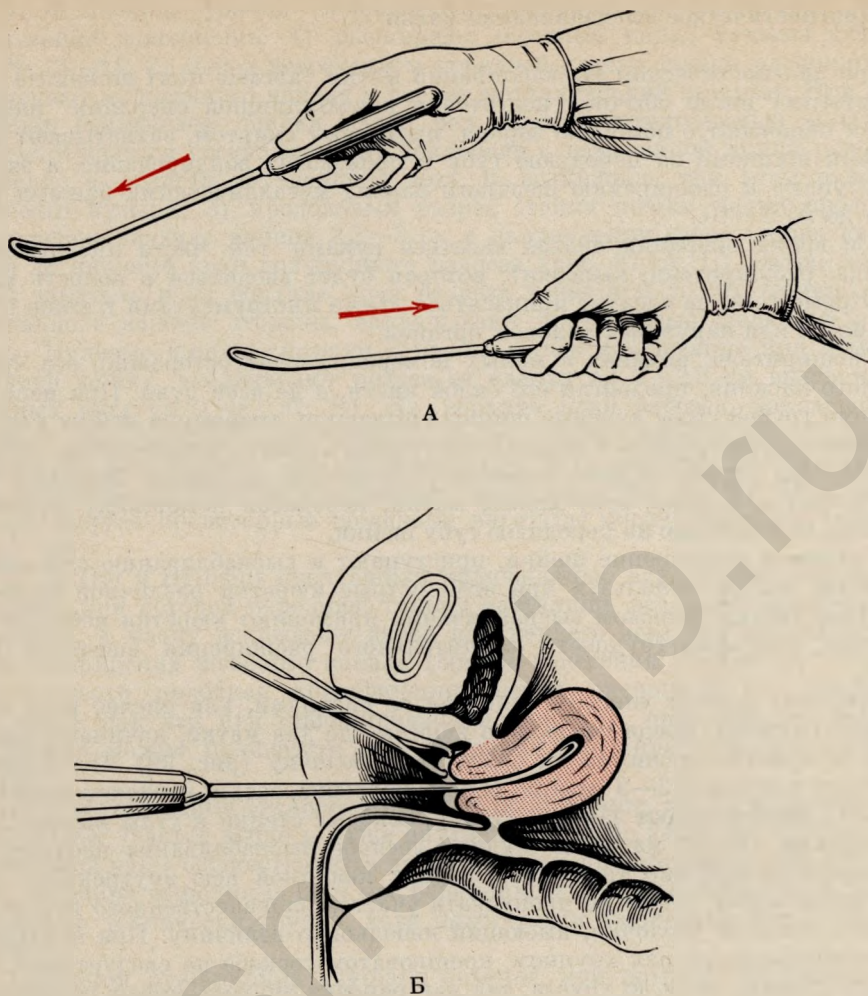


Рис. 99. Выскабливание матки.

А — положение кюретки в руке врача при выскабливании во время введения в матку (вверху) и при выведении кюретки из полости матки (внизу); Б — положение кюретки в полости матки.

В последнее время некоторые врачи при диагностике опухолей матки используют гистерографию и гистероскопию, определив местоположение опухоли, применяют придельную биопсию.

Во время выскабливания стенок матки могут быть выявлены плотные выпячивания (бугристость), указывающие в большинстве случаев на наличие субмукозных фибромиом матки. В этих случаях выскабливание следует производить осторожно, так как слизистая оболочка нередко бывает атрофична, вследствие чего легко повреждается капсула узла, способствуя его инфицированию и некрозу.

Выскабливание слизистой оболочки матки с терапевтической целью производят более энергично, удаляя весь эндометрий до базального слоя; при этом слышен характерный хруст. Соскоб, как правило, отсылается на гистологическое исследование.

Выскабливание матки с целью прерывания беременности

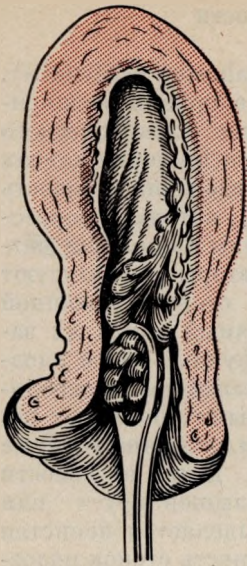
Эта операция называется искусственным абортом (*abortus artificialis*). После обычной подготовки беременной к влагалищной операции расширяют шейчный канал с помощью дилататоров Гегара или электрического вибродилататора по методике, описанной выше. После расширения канала шейки матки приступают к выскабливанию, начиная с введения в полость матки до ее дна тупоконечной большой кюретки (№ 6), которой производят раздробление плодного яйца и удаление его по частям из полости матки. При сроках беременности 11—12 нед некоторые авторы рекомендуют левую руку оперирующего держать на дне матки со стороны брюшной стенки. При низведении частей плодного яйца в шейчный канал их захватывают абортцангом и удаляют (рис. 100). Когда крупные части плодного яйца удалены, матка несколько сокращается. Дальнейшее выскабливание производят кюретками меньших размеров, которыми проверяют последовательно все стенки внутренней поверхности матки, особенно трубные углы. После полного опорожнения матка сокращается, длина ее полости уменьшается и при скольжении кюретки по матке слышен хруст или скрип. Соскоба при этом не получается и из матки выделяется пенистая кровянистая жидкость в небольшом количестве. Поверхность стенок полости матки некоторые хирурги протирают марлевой полоской, смоченной настоем йода. Многие акушеры отказались от этого и протирают лишь шейный канал, опасаясь попадания йода в трубы и последующего сальпингита.

Искусственный аборт методом вакуум-аспирации

До 1960 г. как в Советском Союзе, так и за рубежом наиболее распространенным методом искусственного прерывания беременности в сроки до 12 нед считалось инструментальное (кюретками) удаление плодного яйца. Особого внимания заслуживает новый, более бережный способ прерывания беременности, предложенный в нашей стране Э. И. Мелксом, Л. В. Розе (1960) и А. В. Зубеевым (1961). Указанные авторы рекомендуют искусственное прерывание беременности производить с помощью вакуум-аппарата и тупых наконечников с боковым отверстием вблизи торца. Этими наконечниками заменена травмирующая кюретка (рис. 101).

А. В. Зубеев рекомендует брать наконечник, соответствующий сроку беременности в неделях: при сроке 8 недель — № 8, при сроке 10 недель — № 10 и т. д. (рис. 102). Накопленный опыт показывает, что целесообразнее брать номер наконечника на единицу или две больше срока беременности в неделях.

Э. И. Мелксом и Л. В. Розе были разработаны две разновидности инструментария. Для прерывания беременности сроком до 9—10 нед они рекомендовали трубку с закрытым торцом и боковым отверстием вблизи торца. При сроках беременности от 9 до 12 нед авторы рекомендовали применять металлические цилиндры с закрытым торцом и боковым отверстием; внутри трубки наконечника имеется механическое устройство для размельчения плотных частей яйца (рис. 103). Это механическое устройство (шнек) приводится в действие при помощи гибкого вала и электромотора, который включается нажимом педали во время движения наконечника от дна матки в направлении к шейке. Применение указанного механического устройства позволяет производить вакуум-аспирацию частей плодного яйца при меньшем расширении шейного канала. Однако в широкой практи-



ке обычно применяют более простую аппаратуру, используя наконечники без пинка.

Операция искусственного аборта методом аспирации состоит из двух моментов: расширения канала шейки матки и удаления плодного яйца путем вакуум-аспирации.

В нашей клинике в результате изучения нового метода прерывания беременности пришли к выводу, что расширение шеечного канала следует производить на 1—2 мм больше диаметра вводимого наконечника во всех случаях искусственного аборта независимо от срока беременности и от того, рожала женщина или нет.

При этом мы руководствовались следующими соображениями. Между наконечником и стенкой канала шейки матки при расширении его, превышающем диаметр наконечника, образуется пространство, через которое в полость матки будет поступать воздух, необходимый для создания разности давления в системе аппарата и матки и, следовательно, для удаления содержимого беременной матки. Возможность инфицирования матки уменьшается, так как при наличии дополнительного пространства вводить наконечник в матку и выводить из нее можно будет меньшее число раз.

При операции, производимой без достаточного расширения шеечного канала, больше травмируется внутренний зев (чаще приходится вводить и выводить наконечник), и, как нам кажется, эта травма не меньше наносимой расширителями, особенно при беременности 6—9 нед. Подобный срок беременности, по нашим данным, наблюдался у 80% женщин и применения расширителя Гегара до № 10 было достаточно. Шейка же может быть травмирована чаще всего дилататорами диаметром 11—12 мм. Нами установлено также, что при недостаточном расширении шеечного канала чаще наблюдается оставление частей плодного яйца, особенно в трубных углах, из-за неудобства манипуляций; при недостаточном расширении шейки матки может наблюдаться спазм внутреннего зева, а производимые манипуляции при введении и выведении наконечника ведут к усилению раздражения нервных окончаний (особенно области внутреннего зева), усиливают сокращения спастического характера, способствуя образованию гематомы.

Травмы в области внутреннего зева как самого узкого места при прохождении наконечника являются одной из причин повреждения миометрии, который обнаруживался при гистологических исследованиях содержимого, полученного при аспирации.

Методика искусственного прерывания беременности вакуум-аппаратами заключается в следующем. После расширения канала шейки матки в полость ее вводят наконечник и соединяют с электроотсосывателем, удостоверившись, что он создает отрицательное давление. Для поступления воздуха, который создает разность давления в системе аппарата и полости матки, необходимо периодически выводить наконечник из шейки матки до появления нижнего края его бокового отверстия. После того как наконеч-



Рис. 101. Внешний вид вакуум-аппарата в собранном виде.

ник введен в полость матки, в системе аппарата и полости матки создают отрицательное давление: 0,4—0,6 атм (300—440 мм рт. ст.) или 0,6—0,8 атм (440—580 мм рт. ст.) в зависимости от модели аппарата, и содержимое беременной матки поступает в резервуар, соединенный резиновой трубкой с наконечником. Во время аспирации боковое отверстие наконечника обращают к стенке матки и делают движения (не скользящие!) от дна к внутреннему зеву и по кругу (на 360°). Операция считается законченной, если через стенку прозрачного пластмассового наконечника или контрольную трубку (при металлическом наконечнике) видно, что содержимое из полости матки больше не поступает, а рука хирурга через наконечник

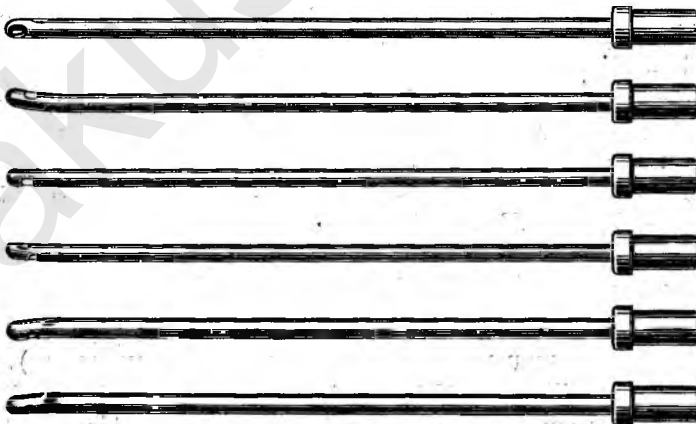


Рис. 102. Наконечники металлические от вакуум-аппарата Зубеева.

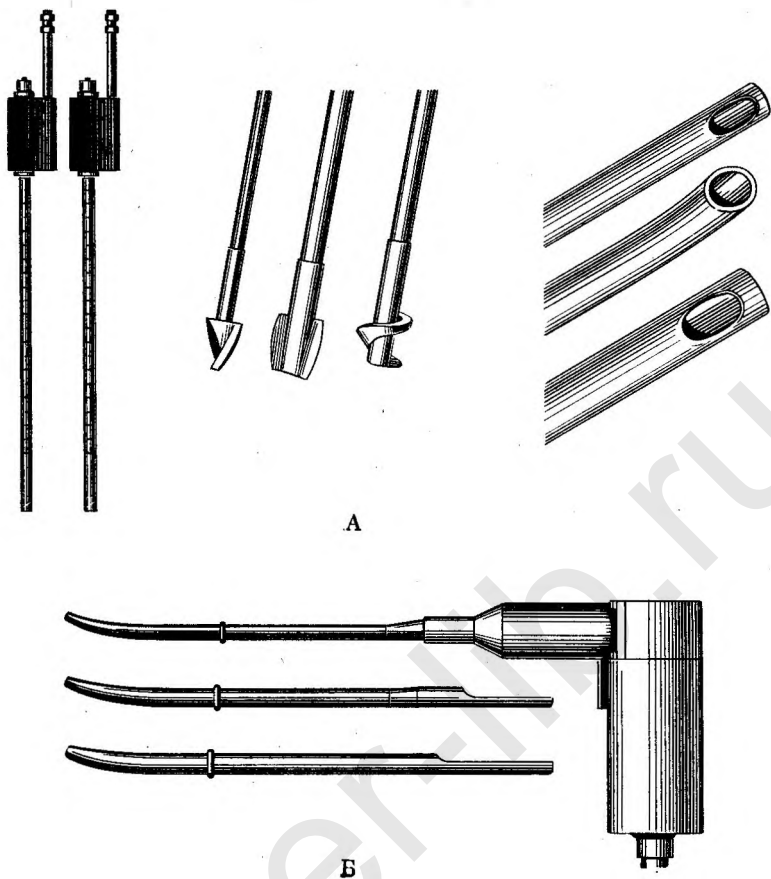


Рис. 103. Наконечники металлические с размельчающим устройством от вакуум-аппарата Мелкса — Розе и электровибратор.
 А — наконечники и их детали; Б — электровибратор с коническими расширителями.

ощущает стенки сократившейся матки. При прохождении содержимого через резиновую трубку и наконечник оперирующий также испытывает своеобразное ощущение.

Метод вакуум-аспирации имеет ряд преимуществ перед выскабливанием матки кюретками, так как меньше травмирует матку, операция протекает быстрее, менее болезненно и сопровождается меньшей кровопотерей. Метод вакуум-аспирации в последнее время стали использовать с успехом и для удаления из матки пузырного заноса.

Выскабливание матки при неполном выкидыше

Наиболее распространен инструментальный метод удаления остатков плодного яйца при выкидыше (кюретаж или вакуум-аспирация). При этом не требуется, чтобы шейка матки была широко открыта; при недостаточном ее раскрытии можно расширить шейный канал с помощью металлических расширителей. Обычно при неполном выкидыше нет необходимости

в применении обезболивания, так как наиболее болезненная часть операции — расширение шейки — отпадает.

Инструментальный метод по сравнению с пальцевым менее опасен в смысле заноса инфекции в матку из влагалища, требует меньше времени и напряжения во время манипуляций.

Основным недостатком инструментального метода является опасность повреждения стенки матки, вплоть до ее прободения. Повреждение стенки матки может сопровождаться кровотечением. Кроме того, при инструментальном опорожнении матки довольно трудно бывает решить вопрос, все ли куски плодного яйца удалены.

Бережное выполнение операции и практический опыт врача помогают избежать указанных осложнений.

Большую подготавливают и укладывают на операционный стол для влагалищной операции. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Абортагном удаляют части плодного яйца, лежащие в шеечном канале. После этого большой тупой кюреткой производят выскабливание матки, обходя последовательно все ее стенки в направлении от дна к внутреннему зеву. При манипуляциях с кюреткой соблюдают те же правила, что описаны выше при искусственном аборте. После удаления большой кюреткой задержавшихся в матке частей плодного яйца она сокращается и кровотечение прекращается или становится незначительным. Опирующийся берет кюретку меньших размеров, осторожно вводит ее до дна матки и, прижимая к ее стенке, последовательно проверяет переднюю, правую, заднюю и левую стенки, а также углы матки, отделяя от них остатки оболочек. После удаления всех остатков плодного яйца слышится характерный хруст — звук, возникающий при движении кюретки по мышечной оболочке матки; соскоба больше не получается, а из матки выделяется небольшое количество пенистой кровянистой жидкости. Выкабливание матки на этом заканчивается. Снимают пулевые щипцы, смазывают шейку матки настойкой йода, протирают влагалище марлевым туффером и удаляют зеркала.

Части плодного яйца при неполном выкидыше могут быть удалены и с помощью вакуум-аспирации, если нет подозрения на криминальный аборт с перфорацией матки.

Прободение матки при операциях

Наиболее серьезным осложнением при выскабливании матки с целью прерывания беременности (искусственный аборт) является перфорация матки.

Чрезвычайно важна профилактика прободений матки. Одним из условий предупреждения перфорации матки при искусственном аборте является отказ от прерывания беременности путем выскабливания при сроках ее свыше 12 нед.

Перед операцией аборта необходимо произвести двуручное исследование с целью определения величины и положения матки. Отсутствие представления об этом не позволяет врачу правильно избрать направление при введении инструмента и решить вопрос, на какую глубину его следует вводить. Нередко причиной перфорации матки при незнании ее положения являются резко выраженные антефлексия и ретрофлексия. Поэтому, как правило, непосредственно на операционном столе производят двуручное исследование, определяя величину и положение матки. Чтобы избежать прободения передней стенки матки при ретрофлексии, шейку ее захватывают

вают пулевыми щипцами за переднюю губу и сильно подтягивают ее ко входу во влагалище по направлению к лонному сочленению; при этом сглаживается угол между телом и шейкой, выпрямляется шеечный канал (И. Л. Брауде).

А. М. Агаронов рекомендует при ретрофлексии матки захватывать пулевыми щипцами заднюю губу шейки, а при антефлексии — переднюю. Важно в конечном счете хорошо низвести шейку ко входу во влагалище, что выпрямляет шеечный канал, и вводить инструменты в матку с учетом ее положения. Так, при ретрофлексии расширители и кюретку вводят в положении с наклоном кзади (книзу) и поднятием рукоятки вверх. При антефлексии рукоятку нужно наклонять книзу, а конец инструмента направлять вверх.

Следует избегать грубого, форсированного расширения шеечного канала, а также использования расширителей более № 12 при беременности до 10 нед. При несоблюдении этого правила шейка матки надывается по расширителю. Разрыв чаще захватывает боковую стенку с той или другой стороны, причем наружная поверхность влагалищной части шейки остается неповрежденной. В разрыв иногда вовлекаются веточки маточных артерий, что сопровождается сильным наружным кровотечением или образованием гематомы между листками широкой связки.

Необходимо избегать применения большой силы при введении расширителя, потому что он, преодолев сопротивление внутреннего зева и быстро проскальзывая в полость матки, легко может проткнуть ее стенку. Чувствуя сильное сопротивление в области внутреннего зева, нужно взять расширитель предыдущего номера и, введя его в шеечный канал, оставить в нем на минуту, а затем извлечь и тут же ввести расширитель следующего номера. Лучше всего пользоваться расширителями с полуномерами. Весьма облегчает расширение шеечного канала местная анестезия. Мы обычно, применяя последнюю, не сталкиваемся с трудностями при выполнении этого этапа.

Если чрезмерное расширение шеечного канала чревато повреждением шейки, то и недостаточное расширение таит в себе известную опасность. Неопытный хирург, стараясь оградить беременную от болезненных ощущений, недостаточно расширяет шеечный канал, а затем вынужден пользоваться кюреткой малого размера, в результате чего может быть повреждена растянутая и истонченная стенка матки при неудаленном плодном яйце. В других случаях оперирующий берет большую кюретку и, стараясь провести ее в матку при недостаточном расширении шеечного канала, вынужден с силой ее проталкивать, травмируя стенки шейки. При этом плодное яйцо удаляется мелкими кусками, операция затягивается, кровотечение бывает больше, чем обычно. В результате страдания оперируемой увеличиваются, оперирующий начинает нервничать, спешить, что может только увеличивать опасность прободения матки.

Тщательное соблюдение ряда предосторожностей и умелое пользование инструментами в процессе операции, о чем говорилось выше, предупреждают прободение матки.

Прободение матки при аборте в условиях больницы происходит при внутриматочном применении инструментов (рис. 104). Перфорация матки может быть произведена любым инструментом и даже просто пальцем. А. С. Маджугинский, Х. И. Барский, Е. А. Чернуха, Ренан и др. указывают, что чаще всего повреждения матки при аборте наносятся кюреткой, более редко — абортными щипцами и наименьшее число перфораций производится расширителями. Особенно опасно применение дилататоров с

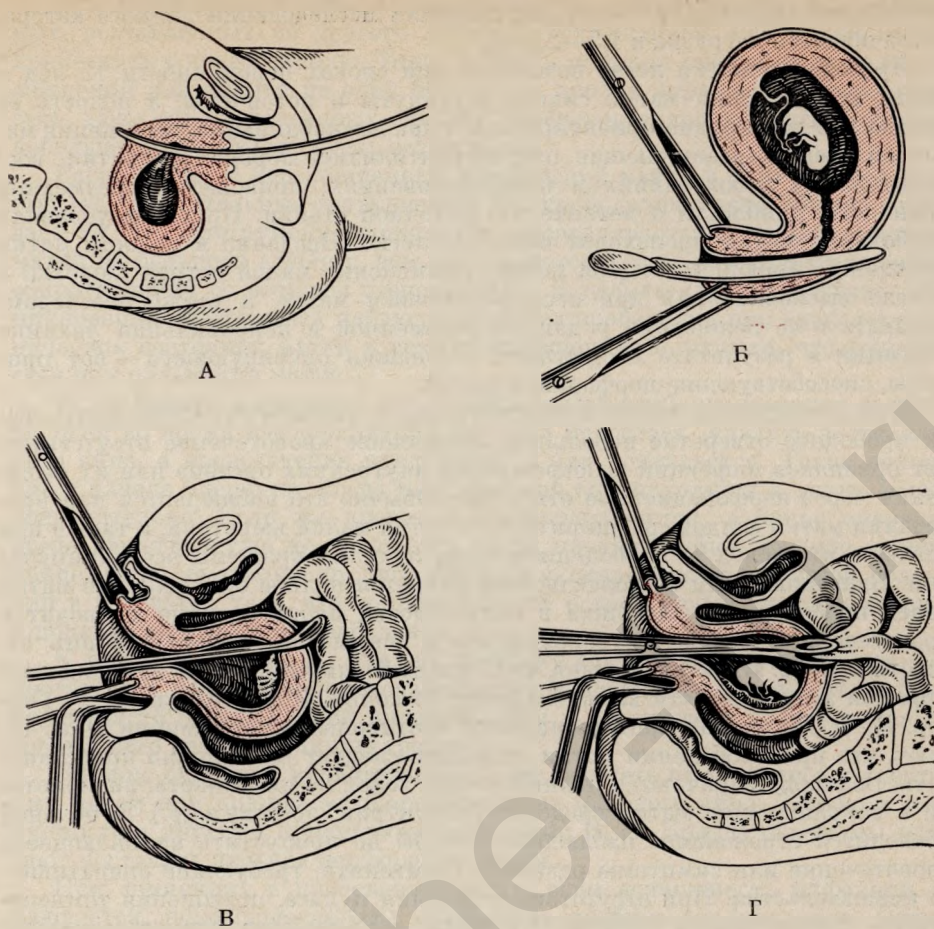


Рис. 104. Прободение матки.

А — зондом; Б — расширителем; В — кюреткой; Г — абортными щипцами.

острыми концами, маленьких кюреток и корнцанга, который ни при каких условиях не должен использоваться для удаления из матки частей плодного яйца. Абортцангом следует пользоваться лишь для удаления частей плодного яйца, уже раздробленного и отделенного от стенки матки. При сроках беременности до 10 нед обычно вхождение в полость матки абортцангом излишне и он применяется для удаления частей плодного яйца, низведенных кюреткой в шейный канал. Из различных модификаций абортцангов лучшими являются щипцы Кипарского и Зенгера с круглыми тупыми концами.

Кюретки малых размеров следует применять лишь после того, как большая часть плодного яйца удалена, матка сократилась и стенки ее стали плотными. До этого используются тупоконечные кюретки больших размеров, которыми плодное яйцо разрушается и отделяется от стенок матки.

И. Л. Брауде указывает, что при нормальной беременности в первые месяцы требуется изрядное усилие, чтобы маточным зондом произвести

прободение матки. Для этого, как показали исследования данного автора, затрачивается нагрузка в 1,5—2,5 кг.

Прободение матки легче возникает при сроках беременности 12 нед и выше, когда стенки матки сильно растянуты и истончены, а полость ее велика и в ней трудно ориентироваться при выскабливании. Изменения маточной стенки, возникающие при инфантилизме, пороках развития, воспалительных заболеваниях и новообразованиях, приводят к чрезмерной хрупкости, дряблости и истончению маточной стенки. При этих условиях прободение матки происходит особенно легко. Введение в полость матки корнцанга, имеющего острый конец, применение малой острой кюретки в начале выскабливания при несократившейся матке, а также неосведомленность о ее положении у данной беременной и неправильная техника операции в результате неопытности и спешки оперирующего — вот причины, способствующие перфорации матки.

При прободениях матки консервативное лечение можно применять, если прободное отверстие небольшое, внутреннее кровотечение отсутствует, нет признаков инфекции и повреждения внутренних органов или их выпадения через перфорационное отверстие. Обычно это наблюдается при прободении матки зондом, расширителем, иногда малой кюреткой, а также при условии, что вслед за прободением были сразу прекращены все манипуляции. Благоприятным обстоятельством является полное опорожнение матки перед прободением. Задержка в матке частей плодного яйца приводит к кровотечению, мешает ее сокращению и закрытию перфорационного отверстия. И. И. Яковлев считает, что опытный клиницист при наличии перфорации может довести выскабливание до конца. И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, И. Ф. Жордания придерживаются противоположного мнения. Они считают, что при прободении матки операцию следует немедленно приостановить. Больной назначаются полный покой, холод на низ живота, антибиотики и сокращающие матку средства (питуитрин, эрготал и др.). За больной проводится строжайшее наблюдение, чтобы не пропустить начинающееся кровотечение или симптомы развития перитонита, требующие оперативно-го вмешательства. При отсутствии учащения пульса, повышения температуры и отрицательном симптоме Щеткина — Блюмберга в гипогастральной области можно продолжать консервативное лечение. Прогноз в этих случаях обычно благоприятный. Если в прямокишечно-маточном углублении и образуется небольшое скопление крови в виде заматочной кровяной опухоли, то она быстро рассасывается. Сильные сокращения маточной мускулатуры способствуют закрытию перфорационного отверстия, что препятствует проникновению инфекции из матки в брюшную полость. Если в перфорационном канале ущемляется сальник, это сопровождается образованием спаек. Если оперирующий не уловил момент, в который произошло прободение, и продолжает выскабливание или вводит абортцанг либо большую кюретку в матку, то он может через прободное отверстие попасть в брюшную полость и повредить внутренние органы. В этих случаях консервативный метод лечения чрезвычайно рискован и применяться не должен.

Из большого перфорационного отверстия обычно бывает кровотечение, при заживлении образуется широкий рубец, который при последующей беременности таит в себе угрозу разрыва матки. Попадание инфекции в брюшную полость или повреждение внутренних органов (кишки) может вызвать общий перитонит, развитие которого предупреждает операция, произведенная вслед за прободением матки. Поэтому в подобных случаях и особенно при выпадении через перфорационное отверстие кишки или сальника показано немедленное чревосечение.

При перфорациях матки, произведенных «чужой рукой», т. е. у больных, доставленных из другого лечебного учреждения, необходимо также прибегнуть к чревосечению. Такая тактика поможет спасти от тяжелых осложнений или смерти не одну больную и вполне оправдывает вмешательство, даже если в некоторых случаях перфорационное отверстие окажется небольшим и не будет других осложнений.

Распознавание неосложненных перфораций матки в ряде случаев представляет значительные затруднения. На прободение матки обычно указывает то, что инструмент неожиданно «проваливается», уходит в полость матки на большую глубину, чем это соответствует ее длине, и не встречает сопротивления со стороны стенок матки. В редких случаях глубокое проникновение инструмента наблюдается и без прободения при внезапном атоническом состоянии матки и резком увеличении ее полости, что распознается при пальпации матки.

И. Л. Брауде указывает, что подозрение на прободение матки возникает, если во время выскабливания кюретка перестает удалять части плодного яйца, а кровотечение продолжается или усиливается. Такое положение в начале операции, когда плодное яйцо еще находится в матке, весьма подозрительно. Если же кровотечение продолжается в конце операции, когда кюреткой уже не удаляются части плодного яйца, то либо опорожнение матки не закончено, либо кюретка экскурсирует в брюшной полости или в клетчатке таза, что сопровождается острой болью, явлениями шока и подкрепляет диагноз прободения.

К приводимому И. Л. Брауде симптому следует относиться с осторожностью, так как в начале выскабливания неопытный врач может не сразу найти место прикрепления плодного яйца и начавшееся кровотечение вызовет у него необоснованную тревогу.

В конце операции кровотечение может зависеть от атонического состояния матки при полном ее опорожнении от плодного яйца. Только в совокупности с другими признаками описанные И. Л. Брауде симптомы помогают поставить диагноз перфорации матки.

При сомнениях в прободении матки, если возможность инфекции исключается, некоторые авторы применяют пробное зондирование. Однако при небольшой величине перфорационного отверстия можно его и не обнаружить. Не исключена возможность и новой перфорации матки при настойчивом стремлении отыскать подозреваемое прободное отверстие. Пробное зондирование противопоказано при инфицировании полости матки.

Исходя из сказанного, можно считать, что ценность пробного зондирования невелика. При перфорации зондом, расширителем или малой кюреткой прободное отверстие мало, осложнения обычно отсутствуют, и, так как ведение большинства этих больных является консервативным, пробное зондирование может лишь ухудшить положение. При осложненных перфорациях диагноз чаще всего не вызывает особых затруднений, а поскольку в этих случаях применяется чревосечение, то предварительное зондирование беспредельно.

И. Л. Брауде в тех случаях, когда имеется серьезное подозрение на перфорацию матки, а консервативное лечение представляет опасность, рекомендует вместо пробного чревосечения производить заднюю кольпотомию, позволяющую разрешить вопрос о прободении и закрыть прободное отверстие.

Несомненно, задняя кольпотомия имеет преимущества перед чревосечением, особенно в инфицированных случаях. Однако в акушерско-гинекологической практике чаще прибегают к чревосечению, техника которого бо-

лее знакома широкой массе врачей. Кроме того, при чревосечении осмотр матки и других органов брюшной полости, а также вмешательства на них при повреждениях осуществляются проще и лучше, чем при кольпотомии.

При осложненных прободениях матки, которые сопровождаются выпадением внутренних органов (сальника, кишки и др.), сильным кровотечением или шоком, диагноз нетруден. В случае обильного кровотечения можно обнаружить свободную жидкость в брюшной полости или быстро увеличивающуюся гематому в широкой связке.

Явления шока — бледность кожных покровов, холодный пот, падение пульса и артериального давления — возникают вслед за прободением и чувством сильной боли, связанной обычно с раздражением тазовой брюшины при повреждениях, наносимых инструментами или натяжением брыжейки кишечника при извлечении петли кишки. Если манипуляции инструментами в брюшной полости прекращаются, явления шока уменьшаются и, будучи слабо выраженными, могут остаться незамеченными или объясняются болевыми раздражениями при аборте и кровопотерей.

Неосложненная перфорация матки может пройти для больной незамеченной, что нельзя не учитывать. На совершившуюся перфорацию может указывать извлечение из матки кусочков жировой ткани, свидетельствующих о повреждении сальника, брыжейки или жировых отростков толстой кишки.

Трудно диагностировать прободение матки, если уже развились явления воспаления брюшины и анамнез не дает ясных указаний на возможность перфорации. При тяжелом состоянии больной и перитоните, вызванном прободением матки или другим процессом, показано с лечебной целью чревосечение, при котором уточняется и диагноз.

В тех же случаях, когда воспаление захватывает не всю брюшину, правильная диагностика играет очень важную роль. При обычном воспалительном процессе в пределах малого таза наиболее разумным является консервативное лечение, а к операции прибегают лишь при образовании экссудата, к тому же не у всех больных.

При воспалении же, вызванном перфорацией матки, наилучшие результаты дает оперативное лечение.

Дифференциальной диагностике помогает анамнез. Если до выскабливания матки воспалительного процесса не было, перитонеальные явления возникли непосредственно вслед за выскабливанием и быстро развиваются, нужно думать о перфорации. Однако такое развитие заболевания наблюдается не всегда. Явления могут нарастать медленно или же бурно развиться сразу после выскабливания, во время которого произошел прорыв в брюшную полость пиосальпинкса.

При неясности в диагнозе между воспалением и перфорацией матки, вызвавшей перитонеальные явления, когда состояние больной не внушает серьезных опасений и прободение представляется сомнительным, придется занимать выжидательную позицию. Применяется консервативное лечение (покой, холод на живот, антибиотики и т. п.) и проводится строгое наблюдение в условиях, допускающих выполнение операции при нарастающих перитонеальных явлениях.

С подобным положением нам пришлось неоднократно сталкиваться при внебольничных абортах, вызванных введением в матку различных жидкостей (мыльный раствор и т. п.). Такие больные поступали с начавшимся или неполным абортом и перитонеальными явлениями, которые при консервативном лечении уменьшались или исчезали в течение 6—12 ч.

Операции при истмико-цервикальной недостаточности

«Несостоятельность» шейки матки и внутреннего зева во время беременности, начиная с 15—16 нед, проявляется в прогрессирующем раскрытии шеечного канала; возможно и выпячивание оболочек плодного яйца в шеечный канал, что в дальнейшем и приводит к аборту.

Клинические наблюдения и новейшие исследования показали, что при истмико-цервикальной недостаточности может быть эффективным только оперативное вмешательство.

Для устранения истмико-цервикальной недостаточности предложены различные методы хирургического лечения, проводимого как во время беременности, так и у небеременных женщин. Palmer (1959) производил до наступления беременности трахелоистмиопластику, сущность которой заключалась, после рассечения стенки влагалища и смещения кверху мочевого пузыря, в иссечении овального лоскута в области истмуса и закрытии образовавшегося дефекта швами из хромированного кетгута. Цервикальный канал при этом не вскрывается. Lash (1963) предложил иссекать участок от наружного зева до истмуса включительно. Эти операции не получили широкого распространения из-за опасности разрыва матки по рубцу во время беременности и родов.

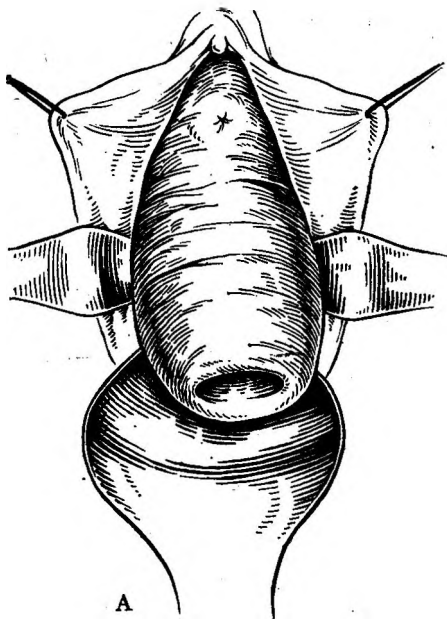
Shirodkar (1956) предложил оперативное лечение истмико-цервикальной недостаточности во время беременности. Операция заключается в наложении циркулярного шва (из нейлона) на шейку матки в области внутреннего зева после рассечения стенки влагалища и смещения мочевого пузыря кверху.

McDonald рекомендовал накладывать кيسетный шов в области перехода слизистой оболочки влагалища на шейку матки с многократным прокалыванием стенки влагалища без ее предварительного рассечения.

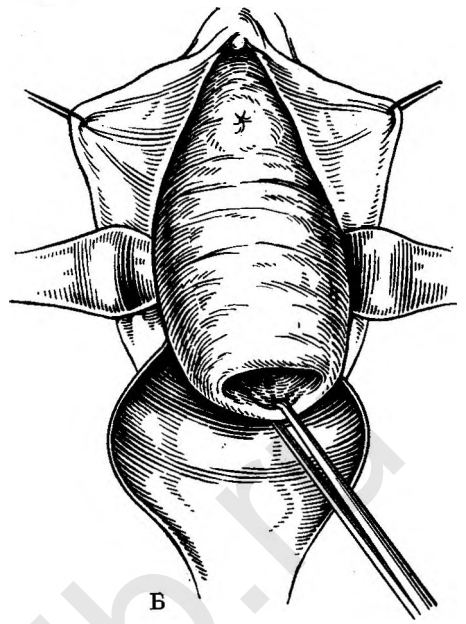
Shirodkar сообщил о 20% неудачных операций. У McDonald из 70 оперированных женщин родили в срок 33. Ряд авторов, применявших операцию Широкара, получили положительные результаты у 65% оперированных.

А. И. Любимова (1965) применила разработанную ею методику операции для устранения истмико-цервикальной недостаточности у 205 беременных; положительный результат получен у 90,7% женщин; у 9 беременность закончилась преждевременными родами, у 11 — абортами на 20—27-й нед. У 165 женщин были самопроизвольные роды, у 20 применено кесарево сечение (узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание).

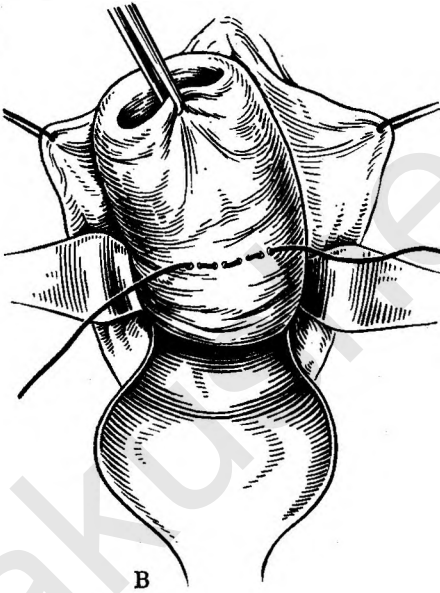
Методика Любимовой. Шейку матки обнажают с помощью зеркал, захватывают щипцами Мюзо и подтягивают кпереди (рис. 105). При выпячивании плодного пузыря он смещается кверху вместе с предлежащей частью. Под контролем пальца в области прикрепления крестцово-маточных связок на шейку матки накладывают шелковый шов, которым фиксируют нить медной проволоки диаметром 0,2 мм, заключенную в полиэтиленовую оболочку. После этого шейку матки смещают книзу и кзади, свободный конец проволоки перемещают в передний свод и фиксируют второй шелковой лигатурой, наложенной на уровне первого шва. Концы медной проволоки завязывают тремя узлами. При этом цервикальный канал суживается в области внутреннего зева примерно до № 4 расширителя Гегара (рис. 106). Операция производится под пресакральной новокаиновой анестезией (200 мл 0,25% раствора новокаина).



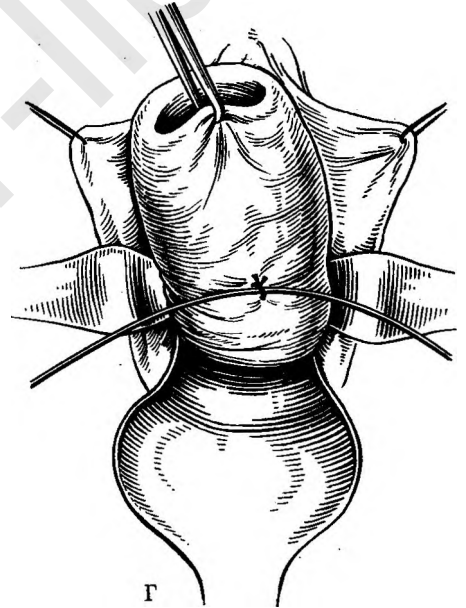
А



Б



В



Г

Рис. 105. Наложение кругового шва при устранении истмико-цервикальной недостаточности по Любимовой.

А — шейка обнажена в зеркалах, виден широко открытый наружный зев матки; Б — задняя губа шейки матки захвачена пулевыми щипцами; В и Г — шейка подтянута вперед и в области прикрепления крестцово-маточных связок на нее наложен шелковый шов, которым фиксируется нить медной проволоки в полиэтиленовом чехле.

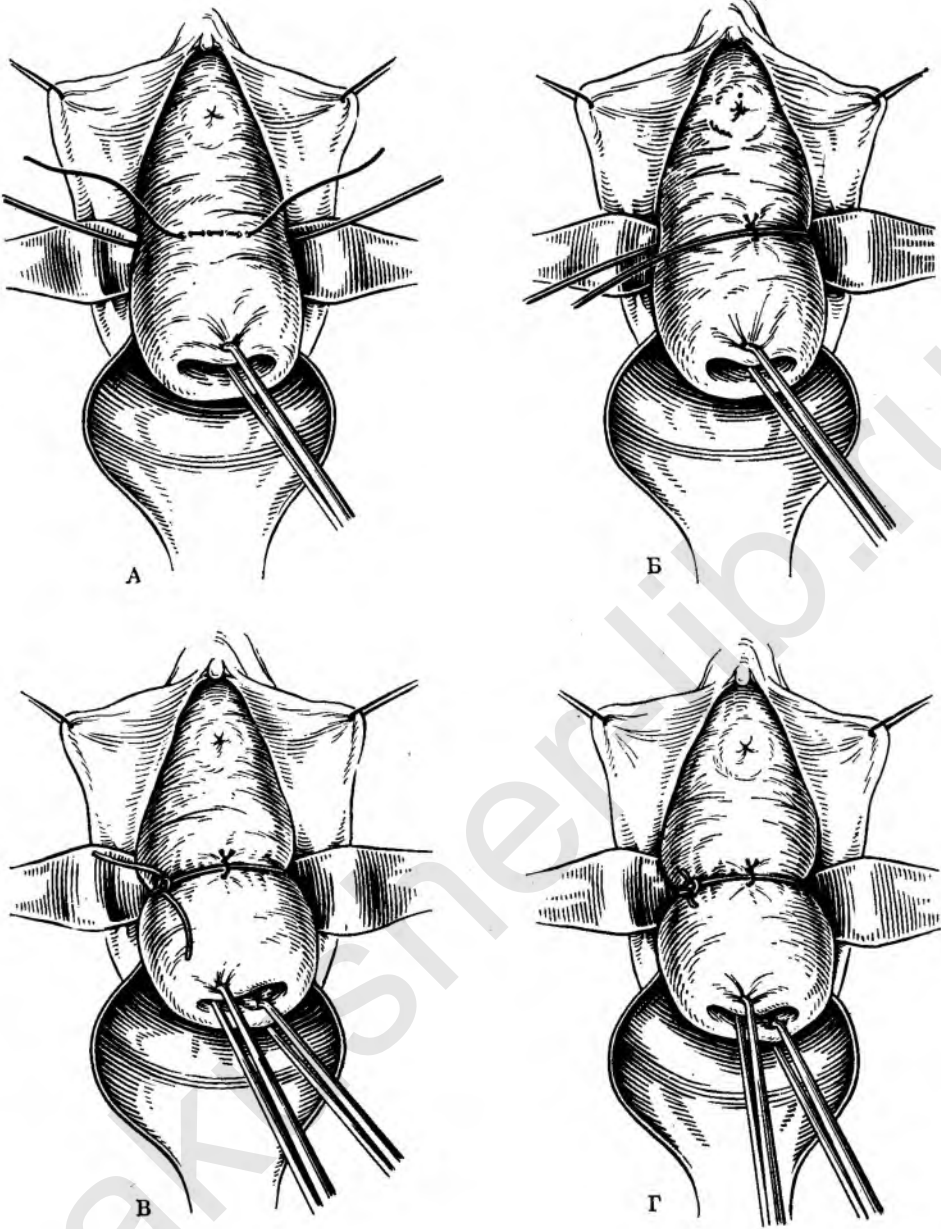


Рис. 106. Наложение кругового шва при устранении истмико-цервикальной недостаточности.

А — передняя губа шейки матки захвачена пулевыми щипцами, шейка низведена книзу и назад, в переднем своде наложен второй шелковый шов на уровне первого; Б — свободный конец нити медной проволоки перемещен в передний свод и фиксирован здесь с помощью шелкового шва; В — свободные концы проволочной нити затянуты и завязаны тремя узлами; Г — вид шейки после наложения кругового шва.

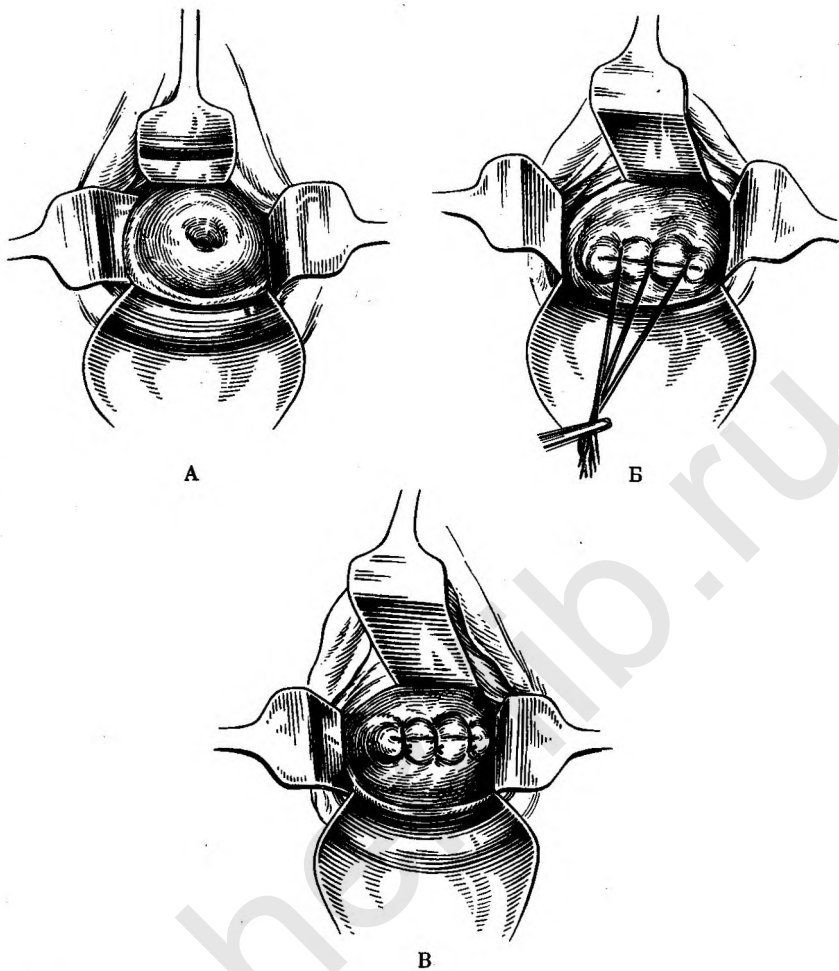


Рис. 107. Наложение шва по Szendi.

А — вид шейки матки до операции; Б — наложены кетгутовые швы; Б' — вид шейки после операции.

По описанной методике круговой шов располагается выше, чем при операциях, предложенных ранее, что позволяет сузить цервикальный канал ближе к внутреннему зеву. Разрезом и многократных прокалываний стенки влагалища не делают, мочевой пузырь не отслаивают. Расслабление кругового шва можно устранить подкручиванием проволоки.

Мы считаем, что операцию по методике Любимовой целесообразнее выполнять не под местной анестезией, а под наркозом, чтобы предупредить сокращения маточной мускулатуры как во время операции, так и в первые часы после нее.

Оперированную перевозят в палату и укладывают на кровать, ножной конец которой приподнимают. Назначают свечи с опиум 2 раза в день, внутримышечные инъекции сернокислой магнезии (по 10 мл 20% раствора) 2 раза в день в течение 2 суток; во влагалище с помощью резинового катетера ежедневно вводят синтомициновую эмульсию. На 3-й день после

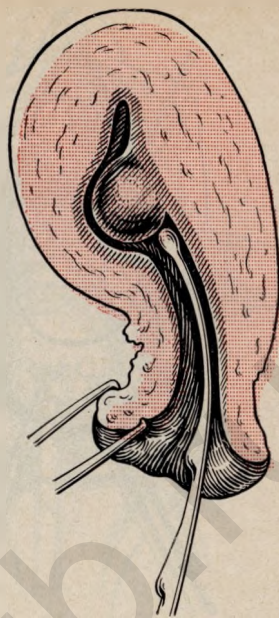
Зондирование матки, с помощью которого распознана подслизистая фибромиома.

операции больной разрешают вставать и ходить, а на 12-й день после оперативного вмешательства ее выписывают.

Мы наблюдали ряд благоприятных для матери и ребенка исходов беременности после операций по методике Любимовой при истмико-цервикальной недостаточности. Однако в области наложения шелковых лигатур у 3 женщин были отверстия как на задней, так и на передней стенках шейки. Эти отверстия до 1 см в диаметре в родах увеличивались в направлении наружного зева. Не исключается возможность и других осложнений при наложении кругового шва (прокол всей стенки шейки и плодных оболочек, разрыв в области внутреннего зева и нижнего сегмента при возникновении отверстий на месте наложения лигатур и др.). Конечно, возможность этих осложнений не должна быть основанием для отказа от наложения кругового шва, преимущества которого также неоспоримы. В последнее время для хирургического лечения истмико-цервикальной недостаточности предложен метод Сценди. Szeñdi иссекает в виде ободка шириной 1,5—2 см слизистую оболочку в области наружного зева с последующим наложением кетгутовых швов, при котором сшиваются передняя и задняя губы шейки матки и последняя превращается в мешок (рис. 107).

А. И. Любимова с соавторами (1967) не иссекают слизистую оболочку со стороны цервикального канала, а соскабливают кюреткой, что уменьшает кровотечение и длительность операции. Кетгутовые швы обычно рассасываются к 8—10-му дню, а губы шейки матки в области наружного зева плотно срастаются. Авторы применили метод Сценди при истмико-цервикальной недостаточности у 81 женщины; из них у 70 беременность закончилась срочными и преждевременными родами жизнеспособным плодом.

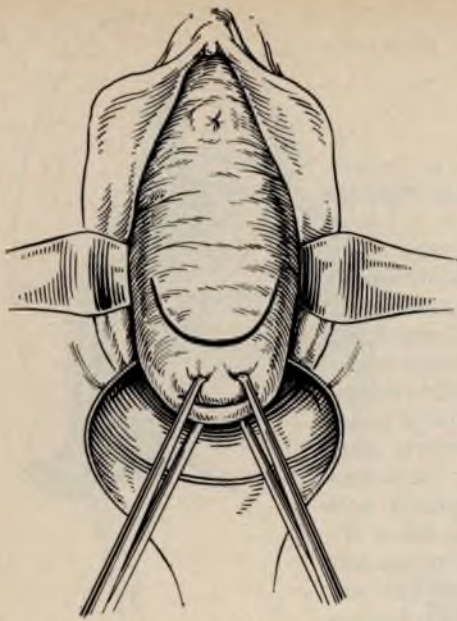
Метод Сценди привлекает своей простотой, и есть основания полагать, что он найдет широкое распространение.



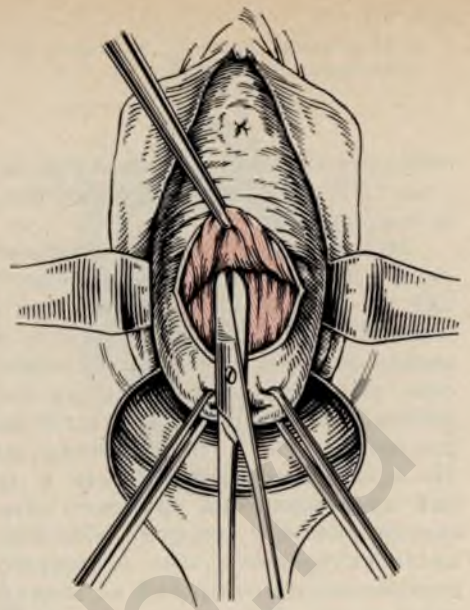
Удаление полипов матки (полипэктомия)

Полипы могут исходить из слизистой оболочки шеечного канала и представляют собой чаще всего небольшие выросты слизистой округлой или удлиненной формы (слизистые и аденоматозные полипы). Реже встречаются фиброзные полипы. Это узлы фибромиомы, имеющие ножку. Все полипы подлежат удалению и обязательному гистологическому исследованию.

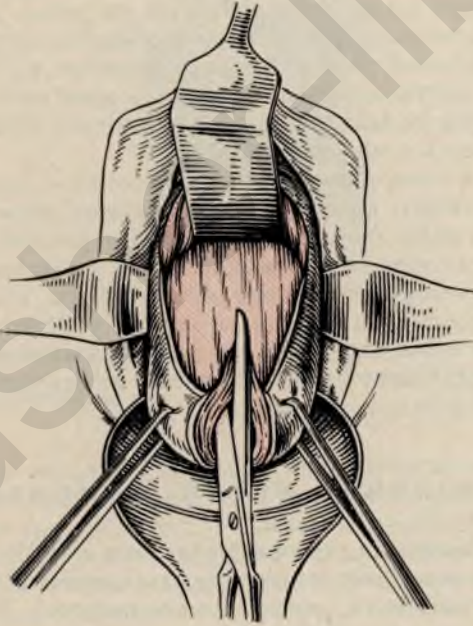
Техника полипэктомии. После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами. Если полип имеет тонкую ножку и выступает во влагалище или виден в шеечном канале, его удаляют путем откручивания. При мелких слизистых полипах целесообразно захватить ножку корнцангом и открутить полип, вращая его вокруг продольной оси в одну и ту же сторону. Место отхождения полипа



А



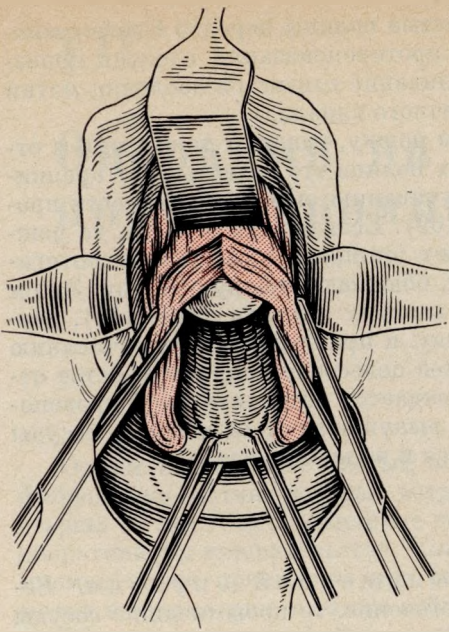
Б



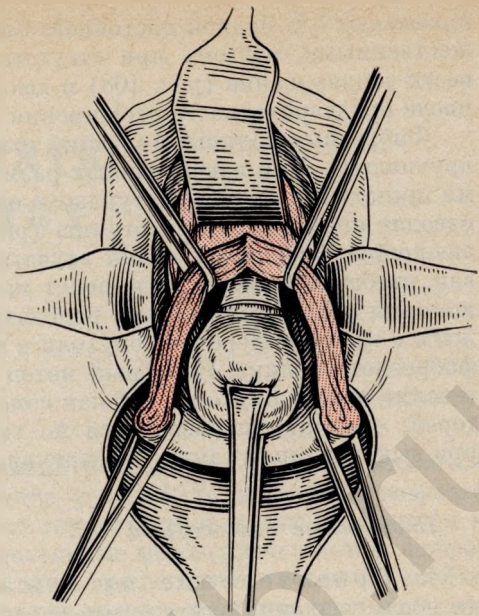
В

Рис. 109. Кольпогистеротомия.

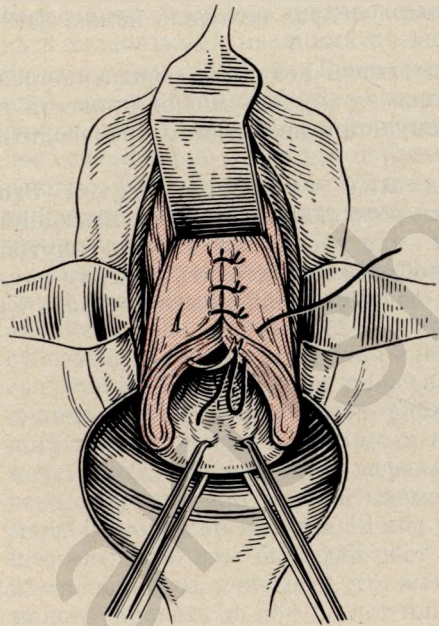
А — разрез передней стенки влагалища; Б — отсепаровка пузыря от шейки матки;
 В — рассечение передней стенки шейки матки.



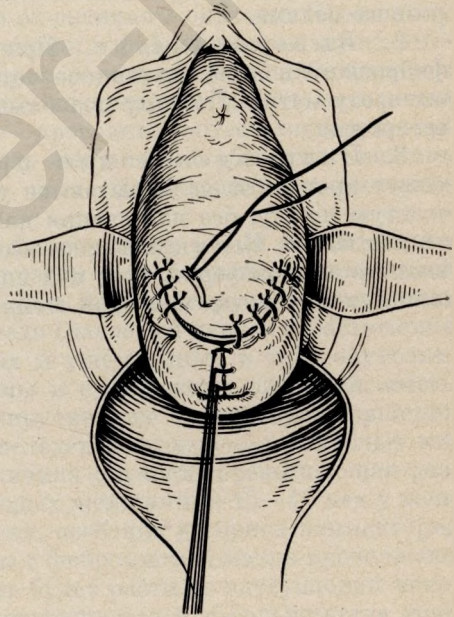
А



Б



В



Г

Рис. 110. Кольпогистеротомия.

А — шейка рассечена, виден нижний полюс фиброзного полипа; Б — фиброзный полип на толстой ножке; проведен круговой разрез через капсулу полипа; В — зашивание разреза передней стенки шейки матки; Г — зашивание разреза стенки влагалища.

смазывают 5% йодной настойкой. Слизистые полипы нередко бывают множественными, поэтому при отсутствии противопоказаний следует произвести зондирование (рис. 108) и выскабливание слизистой оболочки матки после предварительного расширения шеечного канала.

Фиброзные полипы, имеющие тонкую ножку, удаляют также путем откручивания. При значительных размерах полипа его захватывают крепкими щипцами и затем приступают к откручиванию; при необходимости производят переднюю гистеротомию (рис. 109). Если ножка толстая, то рождающийся фиброзный полип захватывают щипцами и, слегка их потягивая, чтобы не произвести выворот матки, обнажают ножку опухоли. Затем концами изогнутых ножниц надсекают капсулу опухоли (рис. 110), держась у границы перехода опухоли в ножку, и приступают к откручиванию фиброзного полипа. Подобный метод более целесообразен, чем простое отсечение ножки опухоли, так как сопровождается незначительной кровопотерей: операция производится по типу вылущивания опухоли, а сосуды при выкручивании также перекручиваются и не кровоточат.

Возможные осложнения

1. Кровотечение из ложа вылущенной опухоли. Если после удаления опухоли имеется кровотечение, то кровоточащие сосуды или участки ткани необходимо лигировать путем обкалывания кетгутом. Иногда приходится тампонировать на 6—12 ч полость матки или растянутого шеечного канала в зависимости от того, откуда исходила ножка фиброзного полипа.

2. Выворот матки. При значительной величине рождающегося фиброзного полипа энергичное потягивание за опухоль может привести к вывороту матки. Поэтому подобные манипуляции необходимо производить осторожно.

3. Повреждение или прободение стенки матки. Это может произойти, если пытаются удалить рождающийся полип, имеющий толстую ножку, без надсечения капсулы или рассекают ее у вытянутой стенки матки. Как указывалось выше, необходимо надсекать капсулу опухоли по ее периферии, а не над ножкой, часть которой может состоять из вытянутого участка маточной стенки.

VII

Операции на матке при фибромиомах

Одним из наиболее частых показаний к операции на матке является фибромиома матки, которая встречается у 15—17% женщин в возрасте старше 30 лет. Однако наличие только опухоли не является показанием к оперативному вмешательству. Консервативные методы лечения при фибромиомах матки приемлемы при отсутствии предраковых состояний шейки матки и эндометрия, а также субмукозных узлов и величине опухоли у молодых женщин до размеров матки в 12 нед беременности, у больных после 45 лет — в 15—16 нед. При отсутствии лечебного эффекта, особенно при нарастающей анемии, консервативное ведение больной следует ограничивать несколькими месяцами независимо от величины опухоли. Кроме того, не менее чем у 25% из общего числа женщин с фибромиомами матки имеется «бессимптомная» опухоль, за которой рекомендуется наблюдение с осмотром 3—4 раза в год. У этих женщин следует исследовать гормональное соотношение и при его нарушении — проводить соответствующую коррекцию. Особое внимание следует уделять женщинам с «бессимптомными» фибромиомами в возрасте после 40 лет, когда чаще возникают дисгормональные состояния.

Показаниями к операции при фибромиомах матки являются: наличие выраженных симптомов — меноррагии и метроррагии со вторичной анемией; боли, связанные с некрозом узла или перекручиванием ножки субсерозной опухоли, а также в результате сдавления нервов и растяжения связочного аппарата при межсвязочных и ущемленных в тазу опухолях; наличие субмукозных узлов фибромиомы и субсерозных опухолей, имеющих тонкую ножку и склонных к перекручиванию и некрозу; нарушения мочеиспускания или акта дефекации вследствие сдавления опухолью мочевого пузыря или прямой кишки; величина опухоли, превышающая размеры беременной матки в 12 нед у молодых женщин и в 15—16 нед у женщин после 45 лет; быстрый рост опухоли, особенно в период климактерия или менопаузы, учитывая, что женщины с фибромиомой матки продолжают менструировать до 53—55 лет и опухоль будет расти до наступления менопаузы, после чего рост фибромиомы прекращается и у большинства женщин она начинает уменьшаться в размерах; подозрение на злокачественное перерождение опухоли; шеечные фибромиомы матки.

Показанием к удалению опухоли с оставлением матки могут быть повторные выкидыши или бесплодие у женщины при исключении других его причин.

Противопоказаниями к оперативному лечению фибромиомы матки являются: тяжелые формы заболевания сердечно-сосудистой систе-

мы, легких, дыхательных путей, болезни почек, острые и подострые инфекционные заболевания брюшины и органов малого таза, болезни обмена и др. При острых инфекционных заболеваниях (катар верхних дыхательных путей, грипп и др.) операцию откладывают до выздоровления.

В зависимости от анатомических особенностей опухоли, ее величины, множественности узлов и их расположения, а также от возраста женщины могут быть применены надвлагалищная ампутация матки, полное удаление ее брюшностеночным или влагалищным путем, консервативно-пластические операции с удалением только узлов опухоли и сохранением детородной функции женщины или с частичной резекцией матки и сохранением только менструальной функции.

При рождающихся субмукозных узлах обычно удается их удалить путем энуклеации через влагалище, прибегая в необходимых случаях к кольпогистеротомии.

Решая вопрос о выборе метода операции — надвлагалищной ампутации или экстирпации матки, — следует руководствоваться тем, что обе операции являются радикальными при оперативном лечении фибромиомы матки, если опухоль локализуется в области тела матки. Однако каждый из этих методов имеет свои показания.

Надвлагалищная ампутация матки заключается в удалении тела матки на уровне внутреннего зева в области надвлагалищной части шейки матки. Эта операция является более простой в техническом отношении, чем полное удаление матки, требует меньшего времени, проходит асептичнее, так как не вскрывается влагалище, где могут содержаться возбудители инфекции. При надвлагалищной ампутации меньше нарушается топография соседних органов, мочевого пузыря и прямой кишки, сохраняется архитектура влагалища, уменьшается возможность опущения и выпадения его стенок. Существует мнение, что при сохранении шейки матки медленнее наступают явления выпадения при угасании функции яичников и лучше сохраняется влажность влагалища благодаря наличию слизистого отделяемого из шейки.

Против оставления шейки матки приводится довод, что в оставленной культе шейки может развиться злокачественная опухоль, в частности рак. Однако реальная опасность возникновения рака в культе шейки матки является ничтожной и при отсутствии на шейке патологических изменений, подтвержденных кольпоскопией и цитологическим исследованием, надвлагалищная ампутация может быть применена.

При экстирпации матки чаще наблюдаются повреждения мочевого пузыря, мочеточников, возникновение гематом и послеоперационных инфильтратов. Эта операция технически более сложная и продолжительная. При удалении матки по поводу фибромиомы неизмененные яичники и маточные трубы следует сохранять у женщин в возрасте до 50 лет. Удаление яичников сопровождается резко выраженным ангионевротическим синдромом, особенно при сопутствующих заболеваниях (гипертоническая болезнь и др.). Удаление маточных труб сопровождается частичной денервацией оставленных яичников и увеличивает нарушение их функции.

Экстирпация матки показана при шейчных фибромиомах, патологических изменениях на шейке матки (эрозии, разрывы, эктропион, эндоцервицит и т. д.), при гангренозном распаде опухоли, сопровождающемся зловонными выделениями, при подозрении на злокачественное перерождение фибромиомы матки. Экстирпацию матки применяют при атипических фибромиомах и при невозможности гемостаза, чтобы обеспечить тампонаду малого таза и последующий дренаж через влагалище.

В настоящее время надвлагалищная ампутация и экстирпация матки производится брюшностеночным путем. Влагалищный путь при фибромиомах матки используется при вылуцовании рождающихся субмукозных узлов, у больных с чрезвычайно обильным развитием жировой клетчатки при небольших размерах опухоли, а также при распадающейся инфицированной опухоли. В последнем случае, если опухоль имеет большие размеры или матка фиксирована в тазу спаечным процессом и шейку невозможно низвести в преддверие влагалища, применяют комбинированный брюшностеночно-влагалищный метод. При этом вначале производится чревосечение и экстирпация матки до момента, когда вскрывают влагалище и отсекают матку. Затем перитонизируют раневую поверхность в малом тазу и зашивают рану брюшной стенки. После этого переходят к манипуляциям через влагалище; циркулярным разрезом в области влагалищных сводов отсекают и удаляют матку.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков (*amputatio uteri supravaginalis sine adnexis per abdomen*)

При этой операции брюшную полость вскрывают продольным срединным разрезом или поперечным надлобковым, размеры которых соотнобуются с величиной опухоли. Разрез париетальной брюшины следует начинать у пупка и осторожно продолжать книзу, так как при фибромиомах мочевого пузыря передко смещается кверху и его можно рассечь, если не учитывать эти топографические особенности. В брюшную рану вводят зеркала, кишечные петли смещают в верхний отдел брюшной полости и прикрывают их марлевыми салфетками.

Тщательным осмотром и пальпацией определяют топографические соотношения в малом тазу. Если имеются спайки, их предварительно разъединяют острым и тупым путем. Матку, лучше опухоль, захватывают крепкими щипцами и выводят в рану. Некоторые хирурги пользуются специальным штопором, который ввинчивают в верхний полюс опухоли. Опухоль следует проводить через брюшную рану, повернув ее наименьшим размером, и, подтягивая, слегка раскачивать из стороны в сторону. Ассистент в это время надавливает на края раны, как бы выжимая опухоль из брюшной полости. Все эти манипуляции следует производить осторожно,

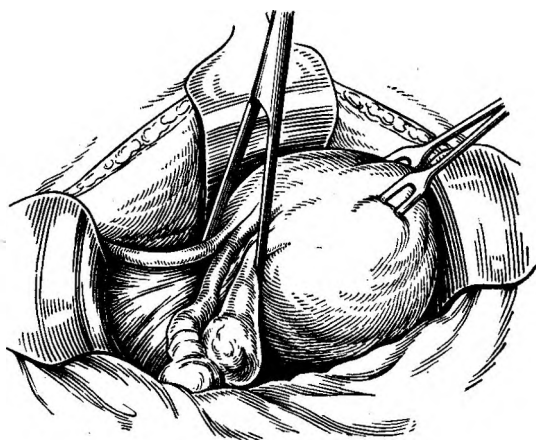


Рис. 111.

Надвлагалищная ампутация матки. Наложение зажима у ребра матки на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника.

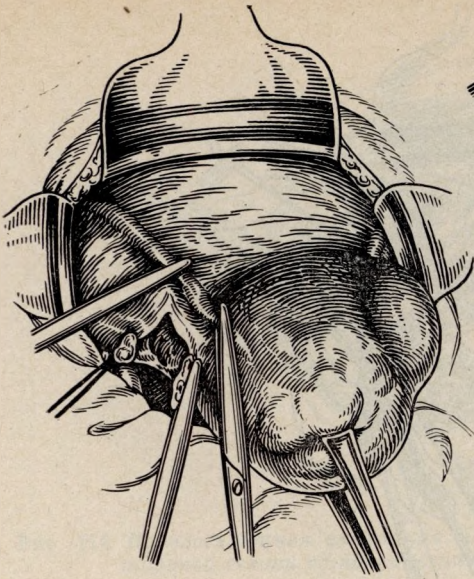
чтобы не нанести травму соседним органам. В некоторых случаях, при затруднениях с выведением матки в рану, следует предварительно рассечь натянутые круглые связки, что облегчает последующее выведение в рану матки, деформированной опухолью. Иногда при больших размерах опухоли сначала следует вывести ее из брюшной раны, а потом расширить рану с помощью зеркал.

После выведения опухоли в рану еще раз осматривают топографические соотношения с соседними органами и определяют состояние труб и яичников. С обеих сторон непосредственно у ребра матки накладывают крепкие прямые зажимы, захватывающие круглые связки, трубы и собственные связки яичников (рис. 111), чтобы не было кровотечения из матки после их перерезки.

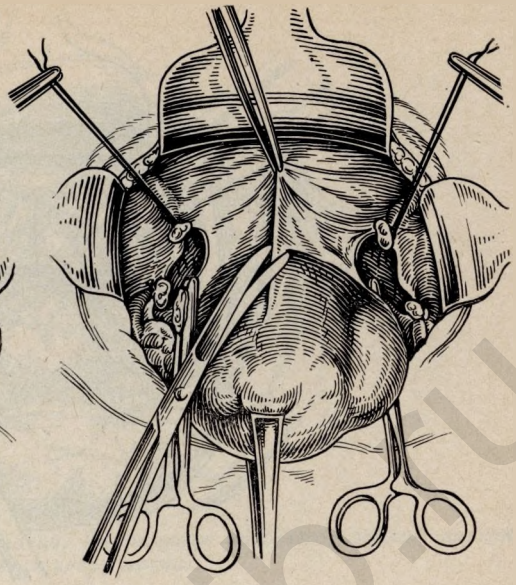
При небольших размерах матки концы зажимов, расположенные у самого ребра матки, не должны заходить ниже границы пузырно-маточной складки брюшины, чтобы не захватить стенку мочевого пузыря. При больших размерах опухоли и резких деформациях матки круглые связки могут располагаться на значительном расстоянии от маточных труб и собственных связок яичников. В подобных случаях приходится накладывать отдельные зажимы на круглые связки и придатки непосредственно у стенки матки. Параллельно этим зажимам накладывают с промежутком в 1—1,5 см другие — на круглые связки, трубы и яичниковые связки, и производят рассечение их ножницами между наложенными зажимами. Рассекать ножницами можно только до конца зажима, после этого ткань можно надрезать на протяжении 0,5—1 см у конца зажима перпендикулярно к его длиннику (рис. 112), что способствует лучшему наложению лигатуры. Между культями круглых связок и придатков иногда остаются мостики брюшины. Их перерезают ножницами, не накладывая зажимов, если в этих участках ткани нет видимых сосудов. После рассечения перевязывают кетгутom круглые связки, проводя иглу с ниткой через ткань у нижнего ее края; длинные концы ниток берут в зажимы, чтобы использовать их при перитонизации в качестве держалок. Культы придатков лигируют путем обкалывания; во избежание соскальзывания лигатур концы ниток сразу же коротко обрезают, так как случайные потягивания за лигатуры во время дальнейших манипуляций могут привести к выскальзыванию культи из лигатуры и последующему кровотечению.

После отсечения круглых связок и придатков передний листок широкой связки и брюшину пузырно-маточного пространства у переходной складки приподнимают пинцетом и, подтягивая за лигатуры культя круглых связок, отслаивают их сомкнутыми ножницами от подлежащих тканей по линии предполагаемого разреза и рассекают ножницами (рис. 113). Брюшину следует рассекать, отступя несколько книзу от места ее плотного прикрепления к телу матки, как раз в том месте, где под ней имеется рыхлый слой клетчатки, расположенный между мочевым пузырем и шейкой. Обычно брюшина у переходной складки легко отслаивается от подлежащих тканей и имеет вид тонкого, просвечивающего листка. Край разреза брюшины вместе с мочевым пузырем осторожно слегка смещают книзу с помощью марлевого тупфера, зажатого в корнцанг. Иногда волокна клетчатки между мочевым пузырем и шейкой приходится подсекать кончиками ножниц у самой шейки матки.

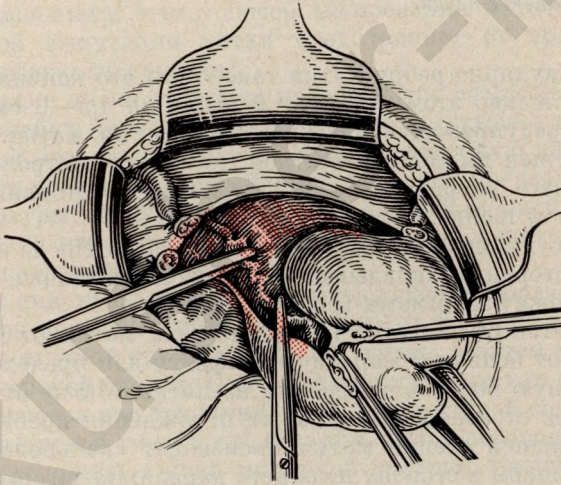
Поддерживая пинцетом задний листок широкой связки, надрезают его вдоль ребра матки до уровня внутреннего зева, стараясь не поранить кровеносные сосуды (рис. 114). Матку оттягивают в левую сторону и на маточные сосуды справа на уровне внутреннего зева накладывают крепкий



А



Б



В

Рис. 112. Наделазалищная ампутация матки.

А — отсечено тело матки от придатков, наложены зажимы на круглую связку; Б — вскрыта брюшина в области пузырно-маточной складки; В — на восходящую ветвь маточной артерии наложено два зажима.

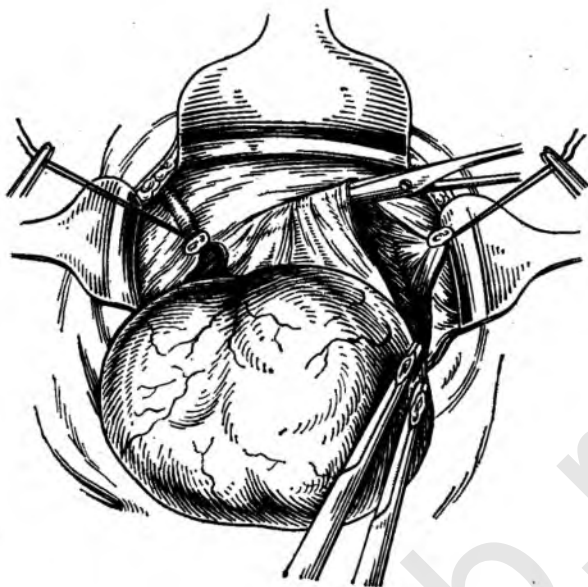


Рис. 113. Надвлагалищная ампутация матки. Брюшина в области пузырно-маточной складки отслаивается сомкнутыми ножницами от культи правой круглой связки к культе левой.

зажим перпендикулярно ребру матки так, чтобы его кончики касались последнего. Параллельно этому зажиму и выше на 1,5—2 см накладывают контрклипму, предупреждающую кровотечение из матки. Если сосудистый пучок окружен рыхлой клетчаткой, то ее под контролем зрения надсекают, чаще всего впереди сосудов, и осторожно отодвигают тупфером по направлению к шейке.

Маточные сосуды пересекают между зажимами. После этого матку отводят в правую сторону, накладывают зажимы на маточные сосуды слева и перерезают их между зажимами (рис. 112, В).

Следующим этапом является отсечение тела матки от шейки. Позади матки укладывают большую марлевую салфетку для предохранения от падений в брюшную полость выделений из матки. Матку оттягивают к лону и начинают ее отсечение выше места отхождения крестцово-маточных связок. Разрез задней стенки матки производят скальпелем в косом направлении с наклоном в сторону шеечного канала. Затем матку оттягивают вверх и кзади, рассекая переднюю стенку несколько выше культей сосудистых пучков. Разрез проводят также в косом направлении с наклоном лезвия скальпеля книзу в направлении шеечного канала. Благодаря этому из шейки матки высекается небольшой клин. Культю шейки захватывают пулевыми щипцами и смазывают йодом (рис. 115). На края культи шейки накладывают 3—4 отдельных кетгутовых шва, наблюдая за тем, чтобы не прошить край мочевого пузыря, который следует защищать с помощью широкого зеркала. На концы лигатур накладывают зажимы, используя их в качестве держалки.

Мы обычно сосудистый пучок после отсечения тела матки лигируем кетгутом, а при очень мощной маточной артерии — шелком или капроном. Лигатуру проводим через ткани шейки матки у самого ребра и перевязываем.

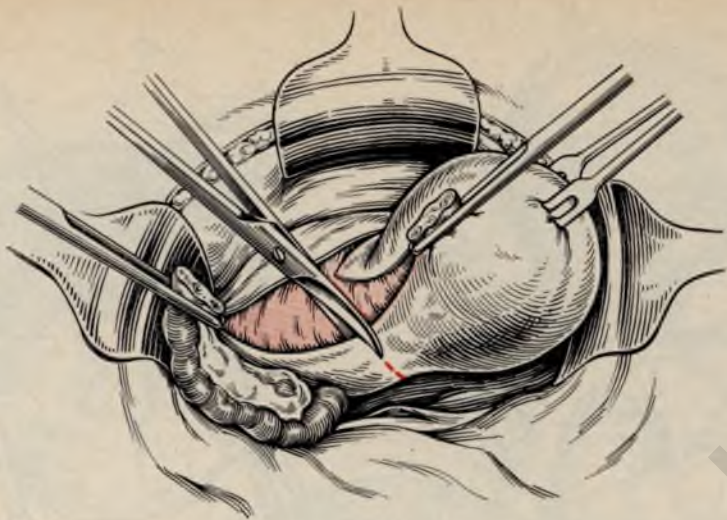


Рис. 114. Надвлагалищная ампутация матки. Ножницами надсекают задний листок широкой связки по направлению к ребру матки.

ваем сосудистый пучок, как бы приторачивая его к шейке. По нашим многолетним наблюдениям, этот способ лигирования маточных сосудов при надвлагалищной ампутации матки предохраняет от прокола сосудов и обеспечивает надежный гемостаз.

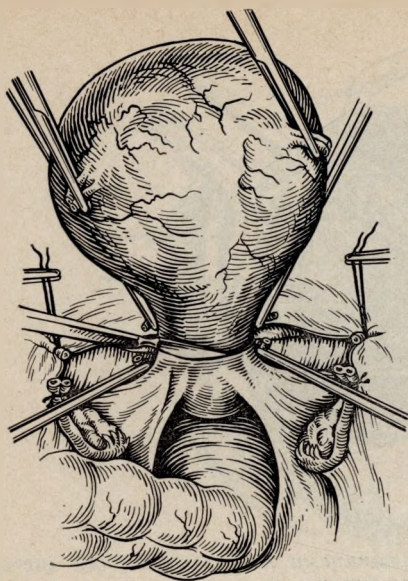
Если отсечение матки от шейки производится без иссечения клина, тогда на культю шейки накладывают отдельные кетгутовые швы в два этажа.

Из брюшной полости удаляют салфетку, введенную для профилактики, и приступают к перитонизации культи, проверив предварительно, хорошо ли лежат лигатуры на культиях, особенно на собственной связке яичника. При сомнениях в надежности лигатур следует наложить новые, захватив указанную связку зажимом Кохера.

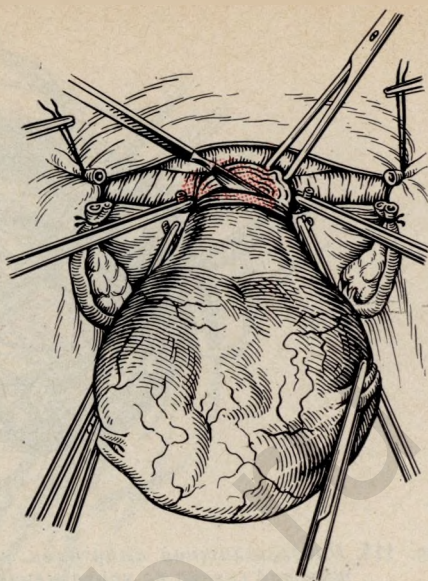
Перитонизацию культи производят следующим образом. Непрерывный кетгутовый шов проводят справа через край заднего листка широкой связки, брюшину маточной трубы и круглой связки, а затем через край переднего листка широкой связки. При затягивании этого как бы кисетного шва культи погружаются под брюшину. Этой же лигатурой сшивают 1—2 стежками листки широкой связки, следя за тем, чтобы не проколоть сосудистый пучок. Затем подшивают край пузырной складки брюшины к задней поверхности стенки шейки и покрывают ее культю как бы чепцом. При этом коротко срезают один за другим швы, наложенные на культю шейки матки. Во время прокалывания пузырной брюшины необходимо следить, чтобы не прошить мочевого пузыря, так как это может привести к образованию свища. Шов продолжают на левую сторону, сшивая листки широкой связки и погружая кисетным швом культю круглой связки и левых придатков (рис. 116).

Для облегчения перитонизации зажимами Кохера захватывают край пузырной брюшины и задний листок широкой связки, а круглую связку подтягивают за оставленную на ней лигатуру.

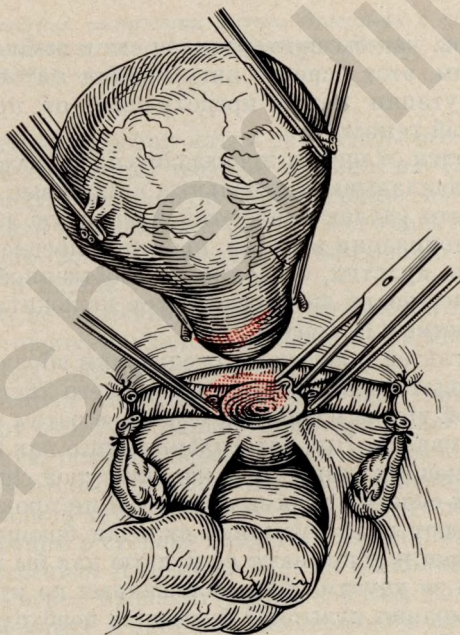
Культи придатков можно перитонизировать несколько иным способом, который мы часто применяем: непрерывный кетгутовый шов проводим че-



А



Б



В

Рис. 115. Надвлагалищная ампутация матки.

А — косой разреза по задней стенке матки выше культи сосудистых пучков; Б — такой же разреза передней стенки матки; В — тело матки клиновидно отсечено от шейки матки.

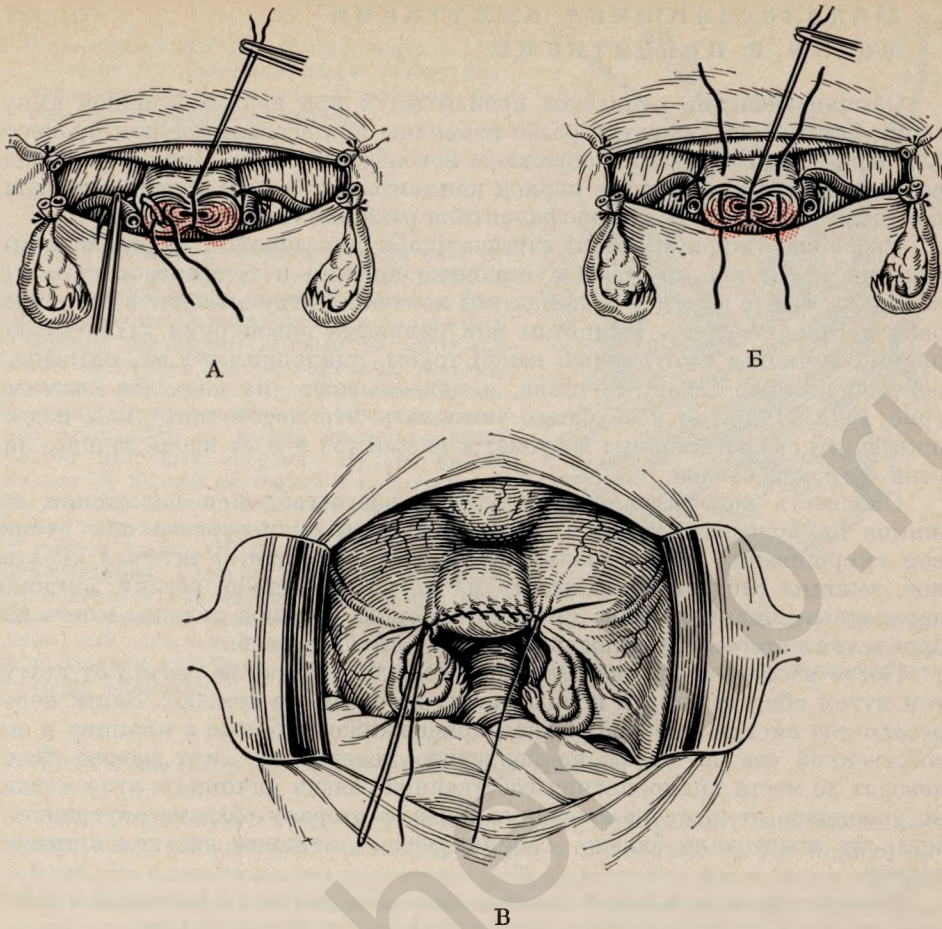


Рис. 116. Надвлагалищная ампутация матки.

А — наложение швов на маточные сосуды слева; справа сосуды перевязаны; Б — наложение швов на культю шейки матки; В — перитонизация культи шейки и придатков закончена.

рез брюшину круглой связки, маточной трубы и собственной связки яичника, если она расположена далеко от трубы. Затем несколькими стежками прошиваем задний листок широкой связки, отступя 1 см от края его разреза, и последним стежком прошиваем ткань шейки. При завязывании этого шва листок широкой связки собирается гармошкой, культя придатков погружаются под брюшину и приторачиваются к шейке матки. После этого покрываем культю шейки матки пузырной брюшиной, подшивая ее к задней поверхности шейки, и переходим на другую сторону, погружая культю левых придатков матки так же, как и правых. Этот способ применим при хорошо выраженном заднем листке широкой связки, который не был травмирован при выделении его из спаек. Срезаем концы непрерывного шва. Осушаем марлевыми туфферами малый таз, особенно прямокишечно-маточное углубление, удаляем салфетки из брюшной полости и зашиваем послойно рану брюшной стенки.

Надвлагалищная ампутация матки с придатками

Обычно удаление придатков производится при надвлагалищной ампутации матки, если придатки резко изменены при воспалительном процессе или эндометриозе, а также поражены новообразованием. При оперативном вмешательстве у женщин в период климактерия, а тем более менопаузы придатки удаляют в целях профилактики рака яичников.

Операцию (*amputatio uteri supravaginalis cum adnexis*) начинают с выделения придатков из спаек с помощью ножниц и тупфера, зажатого в корнцанг. После выделения придатков из спаек матку выводят в брюшную рану и отводят влево. Пинцетом или пальцами левой руки захватывают правый яичник и ампулярный конец трубы, приподнимают их, натягивая подвешивающую связку яичника, и накладывают на нее два зажима (рис. 117). При этом необходимо учитывать, что мочеточник ниже подвешивающей связки яичника вступает в малый таз и идет вдоль заднего листка широкой связки.

Опасность повреждения мочеточника возрастает при наложении зажимов на подвешивающую связку яичника и ее перерезке при рубцовом сморщивании или воспалительной инфильтрации. Учитывая сказанное, зажимы следует накладывать на подвешивающую связку яичника параллельно нижнему краю яичника и концы зажимов должны иметь направление в сторону круглой связки, а не в глубину таза.

После рассечения подвешивающей связки яичника ее лигируют кетгутом путем обкалывания и концы лигатуры сразу же срезают. Затем перерезают оба листка широкой связки, придерживаясь ближе к яичнику и его собственной связке, чтобы не повредить мочеточник. Этот разрез сзади доводят до места прикрепления собственной связки яичника к углу матки, не уклоняясь от этого направления книзу в сторону области внутреннего зева, где мочеточник близко соприкасается с задним листком широкой связки.

Если необходимо удалить и левые придатки матки, то пересекают и перерезывают подвешивающую связку яичника, как указано выше.

Мы обычно накладываем зажимы одновременно на подвешивающую яичник и круглую связки, пересекаем сначала первую, а затем круглую связку справа, лигируем их и перерезаем листки широких связок.

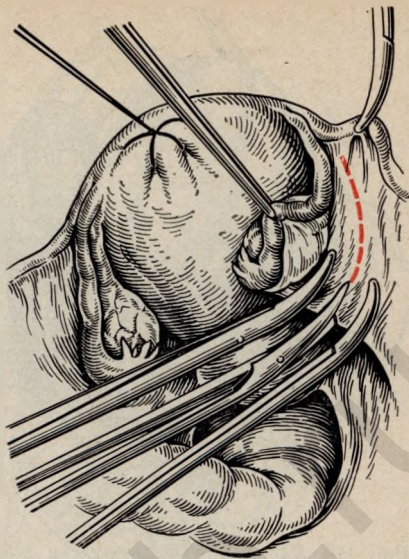
Дальнейшие манипуляции производят так же, как описано при надвлагалищной ампутации матки без придатков.

Примерное описание операции при надвлагалищной ампутации матки с удалением правых придатков

Произведен срединный продольный разрез брюшной стенки от лона до пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружена множественная фибромиома матки, состоящая из интерстициальных и субсерозных узлов, из которых один расположен справа между листками широкой связки. Матка с узлами фибромиомы соответствует 14-недельной беременности. Левые придатки матки без изменений, справа придатки в спайках распластаны над межсвязочным узлом опухоли матки и в яичнике имеются мелкие фолликулярные кисты. Опухоль выведена в брюшную рану и отведена вправо. На круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника слева наложены клеммы и между ними указанные образования рассечены и культы их лигированы кетгутом. Матка отведена в левую сторону. На подвешивающую яичник и круглую связку наложены парные клеммы, между ними эти связки рассечены и лигированы кетгутом. Над межсвязочным узлом фибромиомы рассечена брюшина между круглой связкой и трубой. Узел выделен из клетчатки, на кровоточащие сосуды наложены кетгутовые лигатуры. Перерезана брюшина пузырно-маточного пространства у пе-

Рис. 117.

Надвлагалищная ампутация матки с придатками. На подвешивающую связку яичника наложены зажимы. Пунктиром обозначено направление разреза.



реходной складки и мочевого пузыря на 2 см тупым и острым путем отсепарован от шейки матки. Задний листок широкой связки и брюшины рассечен по ребру опухоли до нижнего ее полюса. Наложены зажимы на маточные сосуды на уровне внутреннего зева, сосудистые пучки рассечены между зажимами и после этого тело матки вместе с опухолью отсечено скальпелем от шейки несколько выше культи маточных сосудов. Культи шейки смазана 5% йодной настойкой и зашита тремя кетгутowymi швами. Маточные сосуды лигированы кетгутом и при этом подтянуты к ребру культи шейки. Произведена тщательная перитонизация. Удалены салфетки из брюшной полости и она осушена марлевыми тупферами. Брюшная рана зашита послойно наглухо: на брюшину и мышцы наложен непрерывный кетгутый шов, на апоневроз — узловатые кетгутые и шелковые швы, на подкожную клетчатку — узловатые кетгутые швы, на кожу — три шелковых шва и скобки Мишеля.

Тотальная экстирпация матки

Непосредственно перед чревосечением мочу выпускают катетером, протирают спиртом влагалище и шейку матки и смазывают ее 5% йодной настойкой. Во влагалище вводят стерильный марлевый тампон, конец которого выводят из влагалища и берут на зажим. Перед вскрытием влагалища тампон удаляют.

У девственниц влагалище и шейку матки не дезинфицируют.

Операцию (exstirpatio uteri totalis) начинают так же, как и надвлагалищную ампутацию матки без удаления придатков или с придатками. При оставлении придатков накладывают отдельные зажимы на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника, поочередно с одной и другой стороны; связки рассекают и лигируют (рис. 118). При удалении придатков зажимы накладывают на подвешивающие яичники и круглые связки. Разрезают у ребра матки листки широких связок, учитывая конфигурацию матки и опухоли (рис. 119).

Затем дугообразно рассекают от одной круглой связки до другой брюшину пузырно-маточного углубления у переходной складки. Мочевой пузырь отделяют от шейки матки и отодвигают его до области влагалищного свода. Пузырь следует отделять очень осторожно, особенно при склерозировании или инфильтрации клетчатки. С этой целью пинцетом приподнимают край разреза брюшины вместе со стенкой мочевого пузыря, концами изогнутых ножниц подсекают волокна клетчатки непосредственно у шейки матки и маленьким плотным тупфером, зажатым в корнцанг, осторожно смещают мочевой пузырь книзу от шейки матки и переднего свода влагалища. Край разреза пузырной брюшины одним или двумя швами подшивают к нижнему углу раны брюшной стенки и мочевой пузырь за-

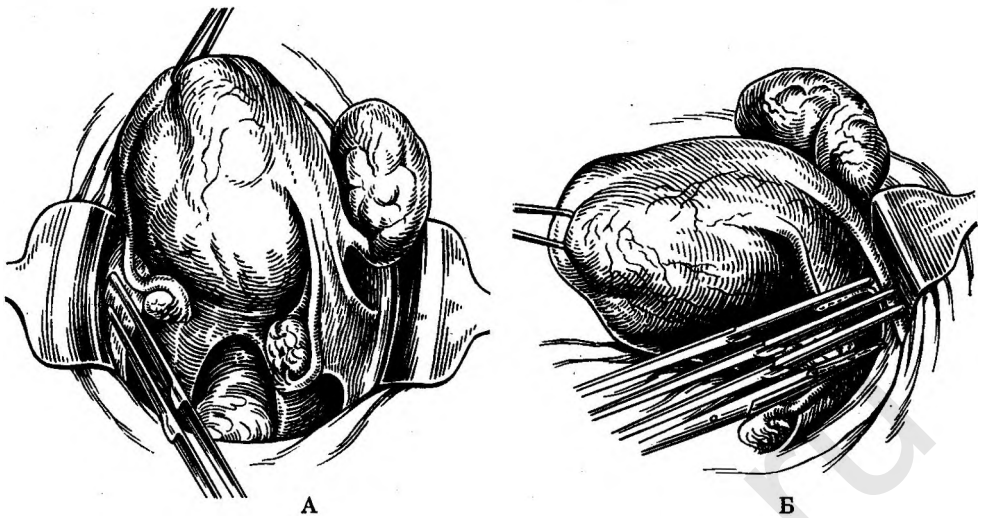


Рис. 118. Экстирпация матки при фибромиоме.

А — наложение зажимов на подвешивающую связку яичника, если предполагается удаление придатков; Б — наложение зажимов на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника, если придатки не удаляют.

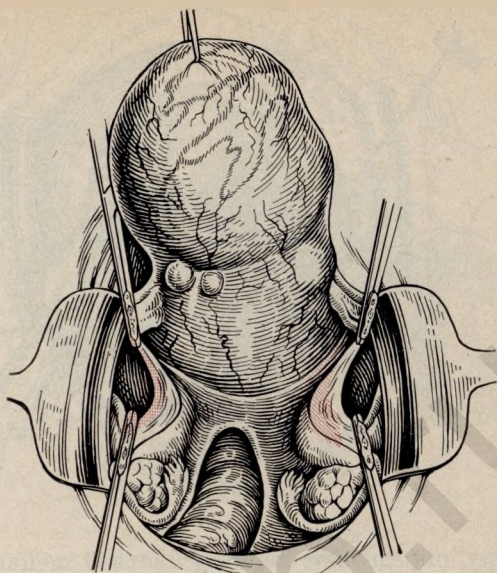
щипцами зеркалом, введенным со стороны лона. Затем оттягивают матку влево и выделяют по возможности из клетчатки сосудистый пучок по направлению к ребру матки, надсекая предварительно задний листок широкой связки до уровня внутреннего зева. Если хорошо виден и выделен ствол маточной артерии, его перевязывают кетгутовой или шелковой (при мощном развитии артерии) лигатурой, подведенной под него, на игле Дешампа. При этом нужно действовать очень осторожно, чтобы не поранить мочеточник, перекрещивающийся с маточной артерией в основании широкой связки. До перерезки ствола маточной артерии на него, отступя от лигатуры на 1—1,5 см в сторону матки, накладывают крепкий зажим и осторожно пересекают артерию кончиком ножниц, а затем срезают концы лигатуры.

Учитывая возможность травмирования мочеточника при отсеивании ствола маточной артерии, на сосудистый пучок накладывают зажим перпендикулярно артерии у ребра шейки матки там, где основной ствол делится на восходящую и нисходящие ветви (рис. 120). Контрклипму накладывают на сосуды значительно выше по ребру матки вплотную к ее шейке. Сосудистый пучок перерезают, сразу лигируют и концы лигатуры срезают. Если влагалищная веточка маточной артерии не попала в зажим и после пересечения сосудистого пучка начинает кровоточить, обычно пульсирующей струйкой, ее вместе с цервикальной клетчаткой осторожно захватывают в зажим и лигируют путем обкалывания, но не захватывая ткань шейки. После этого перевязывают сосудистый пучок с другой стороны.

Захватывание зажимами сосудистого пучка происходит легко и без осложнений, если мочевой пузырь отделен в достаточной степени, отведен книзу с помощью широкого зеркала, а задний листок широкой связки рассечен у ребра матки до уровня внутреннего зева. При рассечении заднего листка необходимо следить за расположением мочеточника.

Рис. 119.

*Экстирпация матки без придатков.
Придатки отсечены от матки.*



При инфильтрации и склерозировании клетчатки, а также при отсутствии большого опыта в оперативной технике при гинекологических операциях перевязывают не ствол маточной артерии, а отдельно ее восходящую и нисходящую ветви.

После лигирования маточных сосудов матку оттягивают к лону и на крестцово-маточные связки у места их отхождения от матки накладывают зажимы в перпендикулярном направлении к ретракторам, чтобы не захватить мочеточник. В наложении контрклипм нет необходимости, кровотечение при пересечении ретракторов бывает незначительным. Крестцово-маточные связки перерезают ножницами и лигируют кетгуттом, срезая сразу концы лигатур.

Мочевой пузырь, если он окажется недостаточно отделенным от переднего свода влагалища, отсепааровывают дополнительно и отводят книзу с помощью зеркала.

На окологречную клетчатку непосредственно у ребра шейки накладывают зажим, клетчатку пересекают со стороны шейки и сразу же лигируют, прокалывая иглой у самого носика зажима, чтобы не повредить мочевой пузырь или мочеточник.

Многие хирурги сразу после перевязки ретракторов приступают к выделению шейки матки из окружающей ее клетчатки, как бы вылуцивая ее из капсулы и не лигируя пласты парацервикальной клетчатки. Однако наш опыт показывает, что целесообразнее предварительно лигировать окологречную клетчатку, так как кровотечение после перерезки без лигирования труднее останавливать и скорее можно поранить мочевой пузырь или мочеточник. Кроме того, при фибромиомах матки часто встречается хорошее развитие сосудистых анастомозов и кровотечение может быть обильным.

Для того чтобы решить, выделена ли шейка матки до сводов (тампон из влагалища к этому времени удаляют), шейку спереди и сзади охватывают большим и указательным пальцами и, переходя постепенно к влагалищу

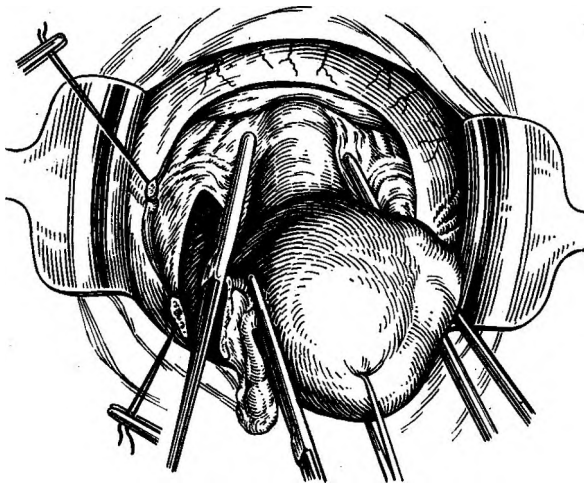


Рис. 120.

Экстирпация матки с придатками. Наложение зажима у ребра шейки на маточные сосуды; латеральное зажимов видны мочеточники, идущие к мочевому пузырю.

щу, определяют переход плотной шейки матки в мягкие своды влагалища. При беременности и в родах вследствие размягчения шейки матки этот прием обычно оказывается несостоятельным.

Под матку и выделенную часть влагалища подводят марлевую салфетку, чтобы влагалищное содержимое не попало в брюшную полость. Убедившись в достаточном выделении шейки, матку оттягивают вверх, а отсепа- рованный мочевой пузырь отодвигают зеркалом вниз, обнажая стенку влагалища в области переднего свода.

Передний влагалищный свод захватывают пулевыми щипцами и вскрывают по средней линии кончиками изогнутых ножниц (рис. 121). Через образовавшееся отверстие во влагалище вводят узкий марлевый тампон, концы которого сухие, а середина смочена спиртом. Тампон удаляют на операционном столе сразу после окончания оперативного вмешательства. Область сводов влагалища и влагалищную часть шейки матки смазывают 5% йодной настойкой или обрабатывают спиртом. После вскрытия переднего, а иногда и бокового свода последовательно отсекают матку от влагалищных сводов, начиная от первоначального отверстия. Край разреза влагалища захватывают длинными зажимами.

Влагалище зашивают, не прокалывая слизистую оболочку его стенки, отдельными кетгутовыми швами. Концы их берут в зажим, проверяют гемостаз и осушают область операционного поля в малом тазу. При подозрении на инфекцию, а также при кровоточивости тканей культю влагалища не зашивают полностью.

Прежде чем приступить к перитонизации культей, заменяют марлевую салфетку, подведенную под матку перед вскрытием влагалища, моют руки или сменяют перчатки.

Перитонизацию мы начинаем с кисетного шва в области культей придатков и круглой связки, затем сшиваем листки широкой связки, подтягивая их за наложенные зажимы. После этого сшиваем задний и передний листки брюшины, подхватывая 2—3 стежками культю зашитого влагалища. Непрерывный шов продолжаем и на другую сторону, сшивая листки широкой связки и заканчивая кисетным швом погружение культей придатков и круглой связки. Если круглые связки достаточно длинные, то их можно, не захватывая в кисетный шов, погрузить между листками широкой

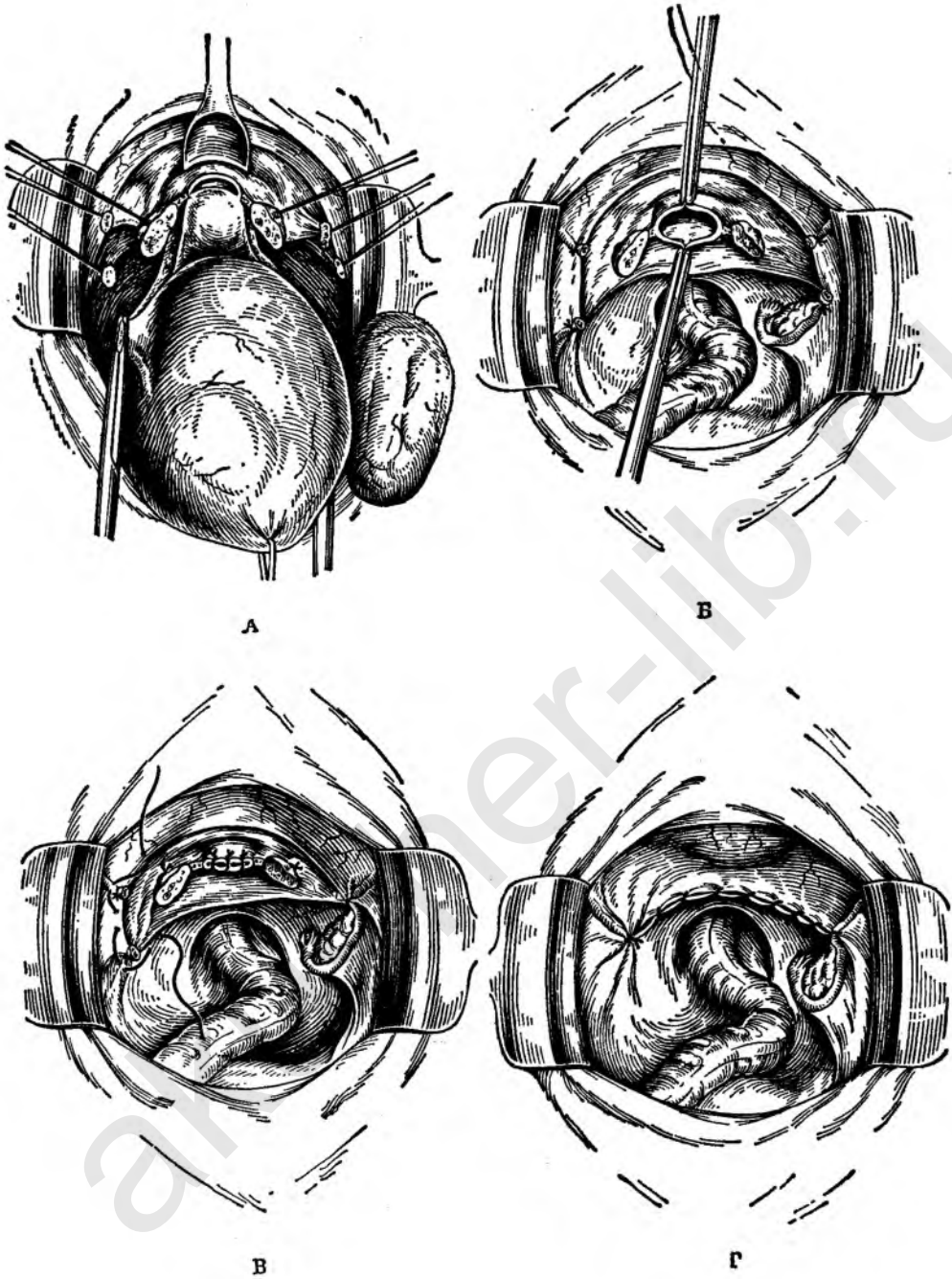


Рис. 121. Экстирпация матки.

А — вскрыт передний свод влагалища; Б — матка отсечена; В — начало перитонизации; Г — перитонизация закончена.

связки и подшить к углам влагалища, что уменьшает возможность его последующего опущения или выпадения.

При сложных пространственных взаимоотношениях и больших размерах опухоли иногда сначала производят ампутацию, а затем удаляют шейку матки, заканчивая операцией как и при обычной экстирпации.

Примерное описание операции тотальной экстирпации матки с придатками

Брюшная полость вскрыта послойно срединным продольным разрезом от лона до пупка. При осмотре обнаружено, что тело матки представляет собой плотную бугристую опухоль, состоящую из конгломерата узлов, соответствующих величине матки при 14-недельной беременности. Придатки слегка увеличены, плотной консистенции, окутаны спайками, припаяны к заднему листку широких связок. В обоих яичниках имеются множественные мелкие фолликулярные кисты.

Придатки выделены из спаек. На круглые и подвешивающие яичники связки с обеих сторон наложены зажимы, связки перерезаны и лигированы кетгутотом. Ножницами перерезаны оба листка широкой связки в верхнем отделе параллельно собственной связке яичника и по направлению к углу матки. Кровоточащие сосуды лигированы. Рассечена у переходной складки брюшина пузырьно-маточного кармана и мочевого пузырь отсепарован тупым и острым путем от шейки матки до влагалища. Обнажены маточные сосуды с обеих сторон и взяты на зажимы непосредственно у ребра матки. Сосудистые пучки перерезаны между зажимами и перевязаны ниже уровня внутреннего зева матки. После перевязки маточных сосудов захвачены зажимами пучки парацервикальной клетчатки с влагалищной ветвью маточной артерии. Взяты на зажимы, перерезаны и лигированы кетгутотом крестцово-маточные связки. Дополнительно отсепарован мочевой пузырь от переднего свода влагалища и последний вскрыт ножницами. Во влагалище введена марлевая полоска, смоченная спиртом, и при этом своды и влагалищная часть шейки матки протерты спиртом. Своды на границе с шейкой рассечены и препарат удален.

Влагалище зашито наглухо отдельными кетгутотыми швами. Произведена перитонизация культи и раневой поверхности в малом тазу. Извлечены салфетки из брюшной полости и произведен ее туалет. Сменены перчатки, белье, инструменты и материал.

Брюшная рана зашита послойно наглухо: на брюшину и мышцы наложен непрерывный кетгутотый шов, на апоневроз — узловатые швы из кетгута и шелка. Подкожная жировая клетчатка соединена тонкими кетгутотыми швами, на кожу наложены шелковые швы. На область раны положена повязка-наклейка. На операционном столе выпущена катетером чистая моча и из влагалища удалена марлевая полоска.

Описание удаленного препарата. Удаленный препарат представляет собой матку с придатками. Матка имеет бугристую неправильную форму и увеличена до размеров 14-недельной беременности. На разрезе в теле матки определяется конгломерат субсерозных и интерстициальных узлов различной величины. Шейка матки деформирована, на ней имеются глубокие боковые разрывы с эктропионом слизистой оболочки мочевого канала и множественные наботковы железки.

Трубы утолщены, ампулярные концы их запаяны. Яичники плотной консистенции, с множественными фолликулярными кистами.

Операции при атипических фибромиомах матки

Множественность узлов фибромиомы и их величина не имеют большого значения при операции, если опухоль поражает только тело матки, шейка представляет как бы своеобразную ножку опухоли и нет обширных сращений. При этом опухоль вместе с телом матки при достаточном разрезе брюшной стенки легко выводится в рану и операция надвлагалищной ампутации или экстирпации матки протекает типично, как описано выше.

Весьма осложняют операцию подбрюшинные фибромиомы матки, чаще всего исходящие из шейки матки или нижнего сегмента, а также межсвязочные опухоли, растущие из бокового отдела матки.

При шеечной опухоли матка смещается вверх, шейка матки деформируется, влагалище оказывается удлиненным и суженным, а влагалищная часть шейки матки при опухоли, растущей из задней стенки, смещена вверх, прижата к симфизу и едва достигается при исследовании пальцами, задний влагалищный свод выпячивается.

При больших размерах шеечной опухоли или фибромиомы, исходящей из задней стенки нижнего сегмента матки и растущей вверх, отслаивается брюшина от позвоночника и расслаиваются листки брыжейки сигмовидной кишки.

Межсвязочные опухоли смещают матку в сторону, противоположную локализации опухоли, и смещают мочеточник, который может прилегать непосредственно к одной из стенок опухоли. Мочевой пузырь при шеечных и подбрюшинных опухолях, исходящих из передней стенки матки, изменяет конфигурацию, может быть распластан на опухоли и смещен кверху.

При операции по поводу атипических фибромиом матки хирург часто встречается с большими техническими трудностями, опасностью повреждения мочевого пузыря, мочеточника, прямой и сигмовидной кишок и трудно останавливаемым кровотечением в глубине таза при выделении фибромиомы из межсвязочного и забрюшинного пространства. Опасность кровотечения возрастает при больших размерах опухоли, обильном развитии сосудов, особенно венозных анастомозов, стенки которых нередко разрываются при наложении зажимов.

Нередко сосудистый пучок не удается пережать или перевязать до выделения опухоли вследствие его расположения в глубине таза или на задней поверхности опухоли. Попытки выделить опухоль без перевязки маточных сосудов сопровождаются сильным кровотечением, угрожающим жизни больной.

Атипические, особенно шеечные, фибромиомы должен оперировать только опытный хирург, готовый к борьбе с острой кровопотерей.

Техника операции при атипических фибромиомах матки. Брюшную полость вскрывают срединным продольным разрезом, верхняя граница которого должна быть выше уровня верхнего полюса опухоли. Брюшину следует вскрывать у пупка и отсюда осторожно продолжать ее разрез в сторону лона под контролем зрения, чтобы не разрезать высоко смещенный мочевой пузырь. Иногда вследствие высокого стояния мочевого пузыря разрез брюшной стенки приходится продолжать вверх, обходя пупок с левой стороны.

После вскрытия брюшной полости необходимо тщательно ориентироваться в анатомо-топографических соотношениях между опухолью и соседними органами. При шеечной опухоли тело матки обычно не увеличено и с отходящими от него придатками в области дна находится над опухолью, расположенной под брюшиной. Натянутые и сильно измененные круглые связки распластаны на опухоли. Если опухоль больше увеличена на одной из сторон, то дно матки смещается вверх и в сторону меньшей части фибромиомы.

Крепкими щипцами захватывают дно матки и отводят в левую сторону. На правую круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника накладывают зажимы и контрклипмы. Если труба и собственная связка яичника расположены на большом расстоянии друг от друга, то их захватывают отдельными зажимами. Круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника рассекают ножницами между зажимами и сразу перевязывают отдельными кетгутовыми лигатурами. Затем матку отводят в правую сторону и также захватывают зажимами левую круглую связку,

маточную трубу и собственную связку яичника, перерезают их и перевязывают кетгутом. Если яичник изменен, его удаляют вместе с трубой, накладывая зажимы на подвешивающую связку яичника и сразу же лигируя ее после перерезки.

После этого производят небольшой разрез брюшины пузырно-маточного углубления на передней стенке матки в том месте, где брюшина будет подвижной. По линии предполагаемого разреза сначала брюшину следует отслоить от подлежащей клетчатки с помощью сомкнутых изогнутых ножниц. Концы ножниц должны быть обращены к брюшине, через которую они обычно хорошо просвечивают. Разрез брюшины имеет дугообразную форму и идет от одной культи круглой связки до другой.

На восходящие ветви маточных артерий накладывают зажимы, сосуды перерезают и лигируют. Затем приступают к отделению мочевого пузыря от передней стенки опухоли тупым и острым путем. При обильном развитии сети кровеносных сосудов и расположении маточных сосудов на задней стенке опухоли сосудистый пучок недоступен для лигирования до выделения опухоли из окружающих ее тканей, а последнее часто сопровождается сильным кровотечением и большой кровопотерей. Поэтому в подобных случаях целесообразно отсепаровать и перевязать шелковой лигатурой внутренние подвздошные (подчревные) артерии, не перерезая их, а затем приступить к отделению мочевого пузыря от опухоли. По мере отделения мочевого пузыря от опухоли ее захватывают на освобожденном участке крепкими щипцами или ввинчивают штопор и подтягивают опухоль к брюшной ране, особенно осторожно отделяя мочевой пузырь по бокам опухоли, где могут находиться смещенные мочеточники.

Отделив мочевой пузырь до переднего влагалищного свода, прослеживаем ход мочеточника до впадения в мочевой пузырь, выделяем сосудистый пучок и перевязываем его шелковой лигатурой, подведенной под маточные сосуды иглой Дешампа. При этом нужно следить, чтобы в лигатуру не попал мочеточник. Каждый тяж, идущий к опухоли, следует внимательно рассматривать, прежде чем взять его в зажим и особенно перевязать или перерезать. При этом необходимо помнить о мочеточнике и о кровеносном сосуде. Рассекаем задний листок широкой связки и брюшину над опухолью сзади, следя, чтобы не повредить прямую или сигмовидную кишку и мочеточник. После этого вылуциваем нижний полюс опухоли до сводов влагалища и матку удаляем, как описано выше при ее экстирпации.

При межсвязочной опухоли, исходящей обычно из ребра матки, рассекают круглую связку между наложенными на нее зажимами и перевязывают кетгутом. Если придатки подлежат удалению, то перерезают и лигируют подвешивающую связку яичника. При оставлении яичника перевязывают его собственную связку; маточную трубу чаще удаляют.

Перевязывая подвешивающую связку яичника, необходимо тщательно следить, чтобы не повредить мочеточник, который опухолью может быть отодвинут к боковой стенке таза и приближен к указанной связке. Подвешивающую связку яичника перед наложением зажима приподнимают за покрывающую ее брюшину и тщательно осматривают. Иногда при рассматривании на свет хорошо виден сосудистый пучок и проходящий ниже и сбоку от него мочеточник. Над передне-верхним полюсом опухоли приподнимают пинцетом подвижную брюшину и вскрывают ее небольшим разрезом. Под контролем зрения разрез расширяют параллельно круглой связке, отсложив предварительно брюшину от опухоли. Опухоль захватывают на освобожденном участке крепкими щипцами и приступают к ее выделению

тупым путем, с помощью тупфера, сомкнутых ножниц или 1—2 пальцев руки. В случае необходимости подсекают ножницами плотные тяжи в параметрии после их тщательного осмотра, помня о мочеточнике и крупных сосудах таза. При выделении межсвязочной опухоли ее все время подтягивают кверху, вращая из стороны в сторону. Выделяя опухоль из окружающих тканей, необходимо держаться вплотную к опухоли и все время помнить о мочеточнике. Если его расположение неясно, иногда мочеточник приходится предварительно отсепаровать или проследить его ход. Если опухоль широким основанием соединена с маткой или последняя имеет множественные узлы, производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки после перевязки сосудистого пучка и отделения мочевого пузыря.

При забрюшинном расположении опухоли, исходящей из задней стенки матки, необходимо осторожно вскрыть брюшину над ясно видимым полюсом опухоли и отслаивать постепенно брюшинный покров, обращая внимание на то, чтобы не повредить толстую кишку, брюшинные листки которой могут быть расслоены и раздвинуты интимно прилегающей к ней опухоли. Кишку следует осторожно отделять под контролем зрения, оттягивая ее пинцетом от опухоли. Если отделение задерживают волокна соединительной ткани, их осторожно подсекают кончиками ножниц непосредственно у стенки опухоли, а в некоторых случаях и с тканями стенки, если имеется риск повредить мышечную оболочку кишки.

При склерозированной клетчатке выделение подбрюшинных опухолей может сопровождаться риском повреждения соседних органов или сильным кровотечением, если сосудистый пучок не удастся перевязать до выделения опухоли, а сосудистая сеть, особенно венозная, чрезвычайно развита. В таких случаях можно, обнажив хорошо доступный полюс опухоли и вскрыв над ним брюшинный покров, произвести энуклеацию узла опухоли или ее большей части. С этой целью производят полулунный или циркулярный разрез капсулы опухоли и захватывают ее крепкими щипцами. Потягивая за опухоль и вращая ее из стороны в сторону пальцами, введенными в разрез капсулы, или сомкнутыми ножницами, постепенно вылуцчивают опухоль из ее капсулы. Кровоточащие сосуды капсулы при этом лигируют.

После удаления опухоли топографические соотношения упрощаются и можно ориентироваться в расположении смежных органов. Определив местоположение мочеточников и толстой кишки, часть капсулы, не связанную с ними, резецируют. Проверяют гемостаз в оставшейся части капсулы. Если необходимо удалить матку, то после энуклеации опухоли или ее большей части эта задача значительно облегчается и удаление производится по соответствующим правилам. После удаления межсвязочных и подбрюшинных опухолей необходимо перевязать все кровоточащие участки тканей, не забывая о возможности повреждения мочеточника, толстой кишки и мочевого пузыря при наложении лигатур. При тщательно осуществленном гемостазе производят перитонизацию раны, подхватывая клетчатку со дна ее.

Если имеется паренхиматозное кровотечение, которое не удается остановить обкалывающими швами, на кровоточащую поверхность накладывают гемостатическую губку.

Для того чтобы в подбрюшинных пространствах не скапливались кровь и раневой секрет, при удалении больших опухолей целесообразно использовать бестампонное дренирование по Брауде (см. описание при операции по поводу рака шейки матки).

Примерное описание операции при шеечной фибромиоме матки

Продольным разрезом по белой линии живота от лона до пупка вскрыта послонно брюшная полость. При осмотре обнаружено, что неувеличенное тело матки располагается над большой опухолью (15×12×11 см), исходящей из задней губы шейки матки и расположенной забрюшинно. Придатки матки нормальные; на круглые связки, маточные трубы и собственные связки яичников наложены зажимы, между ними связки и трубы отсечены у ребра матки и лигированы кетгутот. Вскрыта брюшина пузырярно-маточного пространства у переходной складки и мочевого пузыря отсепарован от шейки матки до влагалища. Рассечена брюшина над задней поверхностью опухоли и она частично освобождена из забрюшинного пространства. Пучки маточных сосудов, расположенные по передней поверхности опухоли, выделены из клетчатки, лигированы шелком с помощью иглы Дешампа и между лигатурами перерезаны. Добавочные лигатуры из кетгута наложены на ветви маточных вен, которые при наложении зажимов разрывались. После этого тупым путем и при помощи ножниц прямая кишка отделена от задней поверхности опухоли и она выделена из клетчатки таза до стенки влагалища. Мочевой пузырь отсепарован дополнительно до свода влагалища и последний вскрыт ножницами. Во влагалище введена полоска, смоченная спиртом. Матка отсечена от влагалища в области его сводов. Культи влагалища зашита кетгутотвыми швами. Произведены гемостаз и перитонизация культей и раневой поверхности. Брюшная стенка зашита послонно наглухо.

Описание удаленного препарата. Препарат представляет собой удаленную матку. Тело матки нормальной величины и консистенции, расположено над опухолью, исходящей из задней губы шейки матки. Опухоль на разрезе состоит из грубоволокнистой ткани беловатого цвета и окружена толстым слоем тканей маточной стенки. Вес опухоли вместе с маткой 3 кг.

Препарат отослан в лабораторию для гистологического исследования.

Экстирпация матки без придатков через влагалище

Показаниями к экстирпации матки через влагалище (*exstirpatio uteri per vaginam sine adnexis*) являются субмукозные рождающиеся фибромиомы матки; родившиеся во влагалище некротизированные опухоли, соединенные со стенкой матки широким основанием; резко выраженное ожирение брюшной стенки у женщины с фибромиомой матки, подлежащей оперативному лечению. Влагалищная экстирпация матки при фибромиоме, не превышающей размеров головки новорожденного, может быть применена у женщин старческого возраста, а также у истощенных и ослабленных больных, у которых брюшностеночное чревосечение протекает тяжелее как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

Техника операции. После тщательной дезинфекции влагалища и родившейся опухоли производят сначала вылушивание фибромиомы целиком или частично, особенно при ее омертвлении. Опухоль захватывают крепкими щипцами, надсекают ножку капсулы непосредственно у стенки фибромиомы и выкручивают ее. Если опухоль соединена с маткой широким основанием, рассекают капсулу и удаляют фибромиому путем кускования, следя за тем, чтобы не повредить стенку матки. Частичное иссечение производят путем вырезания клиновидных кусков, обращенных основанием клина кнаружи, а вершиной — внутрь опухоли. Затем шейку матки захватывают пулевыми щипцами и смазывают шеечный канал 5% йодной настойкой.

При расположении рождающейся опухоли в шеечном канале шейку матки обнажают зеркалами, захватывают двумя пулевыми щипцами за переднюю губу и низводят ко входу во влагалище.

При низведении шейки вытягиваются крестцово-маточные и кардинальные связки, а мочеточники, мочевого пузыря и маточные артерии от-

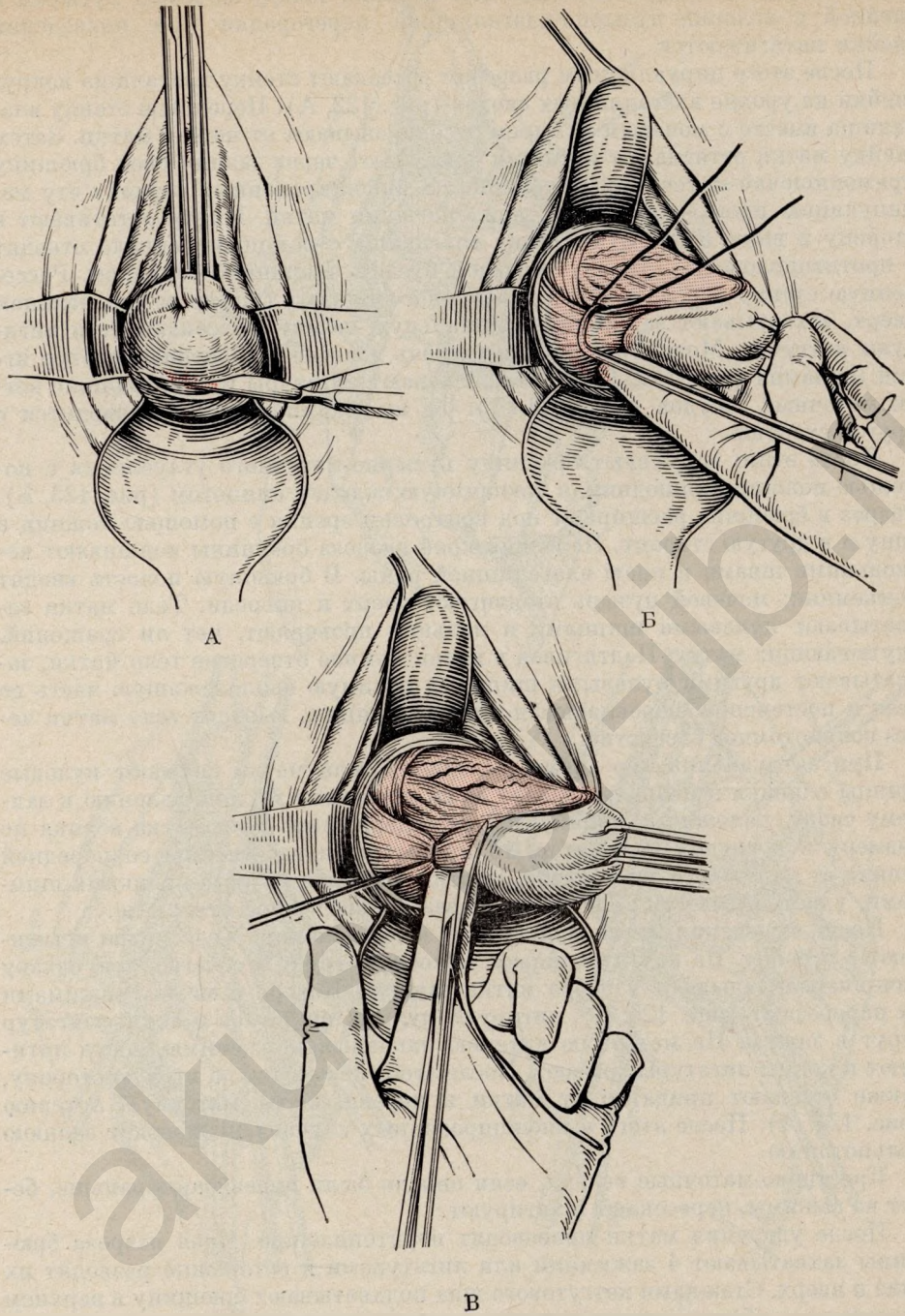


Рис. 122. Удаление матки через влагалище.

А — циркулярный разрез стенки влагалища; Б и В — лигирование и перерезка кардинальных связок.

ходят кверху. Соединительнотканнные волокна между мочевым пузырем и шейкой и волокна пузырно-влагалищной перегородки при низведении шейки натягиваются.

После этого циркулярным разрезом рассекают стенку влагалища вокруг шейки на уровне влагалищных сводов (рис. 122, А). Переднюю стенку влагалища вместе с мочевым пузырем отсепааровывают от шейки матки. Затем шейку матки оттягивают к лону и вскрывают через задний свод брюшину прямокишечно-маточного углубления. В инфицированных случаях эту манипуляцию производят позже, при отсечении матки. Матку оттягивают в сторону и вниз, а боковую стенку влагалища с помощью зеркала отводят в противоположную сторону; мочевой пузырь защищают зеркалом. Рассеченную стенку бокового свода влагалища смещают тупфером или пальцем вверх, захватывают зажимом кардинальную связку, рассекают ее и лигируют кетгутом. Можно эти связки рассечь и после наложения лигатур иглой Дешампа (рис. 122, Б, В). Накладывают лигатуры на нисходящие ветви маточных сосудов (рис. 123, А). Та же манипуляция производится с другой стороны.

После этого вскрывают брюшину пузырно-маточного углубления с помощью ножниц, приподнимая брюшинную складку пинцетом (рис. 123, Б). Разрез в брюшине расширяют под контролем зрения с помощью ножниц в одну и в другую сторону. Передний край разреза брюшины подшивают несколькими швами к краю влагалищной раны. В брюшную полость вводят подъемник; мочевой пузырь отодвигают вверх и кпереди. Тело матки захватывают пулевыми щипцами и пальцем проверяют, нет ли сращений, окутывающих матку. Подтягивая в кольпотомное отверстие тело матки, захватывают другими пулевыми щипцами видимую выпележащую часть ее тела и постепенно, перекладывая пулевые щипцы, выводят тело матки через кольпотомное отверстие.

При затруднениях во время выведения тела матки снимают пулевые щипцы с шейки и пальцем заводят ее во влагалище по направлению к заднему своду, наложив на шейку лигатуру-держалку. Если матка велика по размеру и с трудом выводится, то прибегают к рассечению ее передней стенки от наружного зева до дна. Подтягивая края разреза крепкими щипцами, удается вывести тело матки через кольпотомное отверстие.

После выведения матки приступают к ее удалению. Тело матки оттягивают в сторону. На круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника накладывают у ребра матки зажимы Кохера и между зажимами их перерезают (рис. 123, В); лигируют культю придатков и концы лигатур берут в зажим. На маточную артерию накладывают зажимы, сосуд лигируют и концы лигатуры срезают. После этого переходят на вторую сторону, также отсекают придатки от матки и перевязывают маточную артерию (рис. 124, А). После этого в инфицированных случаях производят заднюю кольпотомию.

Крестцово-маточные связки, если они не были перевязаны раньше, берут на зажимы, пересекают и лигируют.

После удаления матки производят перитонизацию. Края разреза брюшины захватывают 4 зажимами или лигатурами и осторожно разводят их вниз и вверх. Стежками кетгутового шва подхватывают брюшину в верхнем правом углу вблизи культи придатков матки и круглой связки, а затем — в нижнем углу через задний край брюшины возле культи основания широкой связки. Такой же шов проводят и на левой стороне (рис. 124, Б). Перед завязыванием этих швов ассистент осторожно подтягивает культю придатков и связок за длинные нити лигатур в боковую сторону и затем завязы-

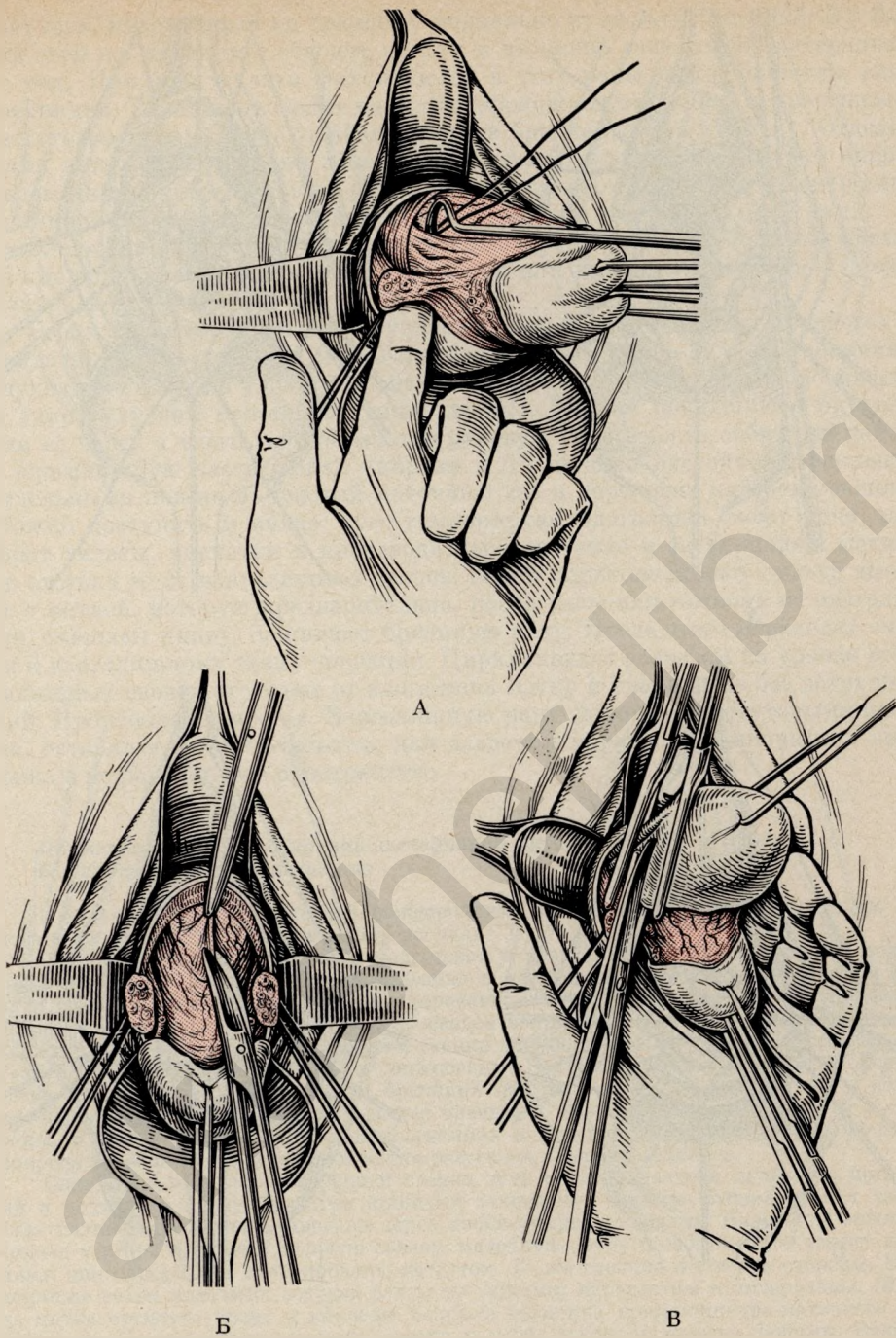
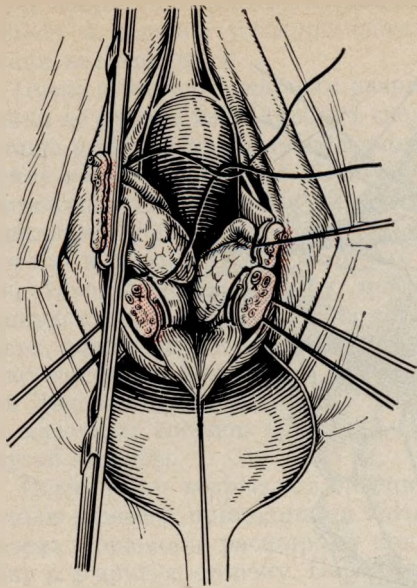
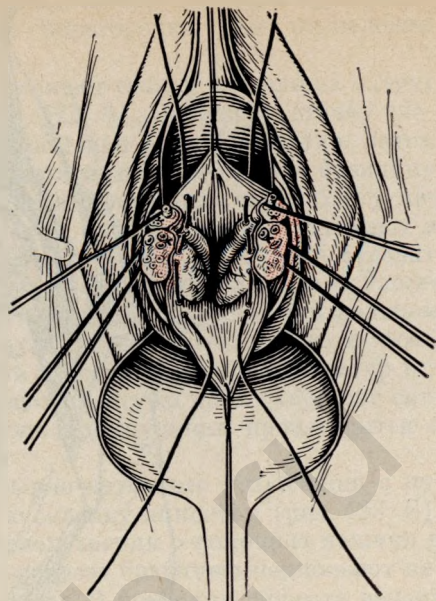


Рис. 123. Удаление матки через влагалище.

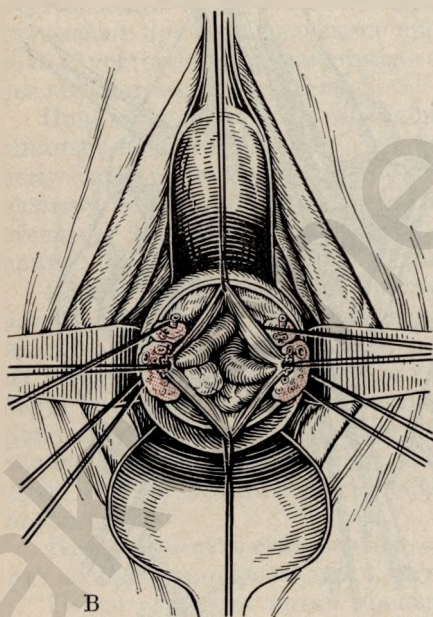
А — лигирование маточных сосудов; Б — вскрытие брюшины в области пузырно-маточной складки; В — тело матки выведено из брюшной полости через переднее кольпотомное отверстие и производится отсечение правых придатков от матки после наложения зажимов на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника.



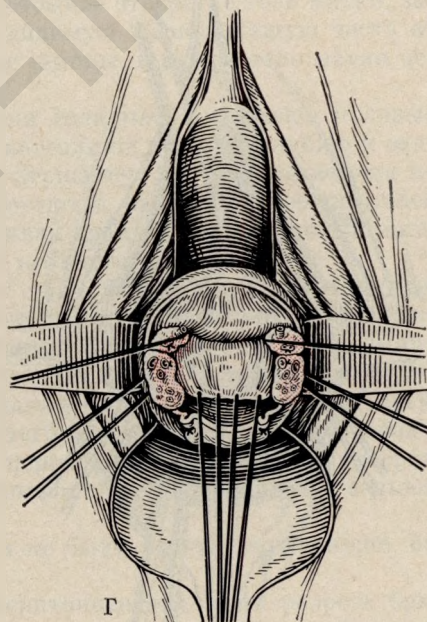
А



Б



В



Г

Рис. 124. Перитонизация культи и зашивание разреза брюшины после влагалищной экстирпации матки без удаления придатков.

А — лигирование культи правых придатков; Б — проведены лигатуры через край брюшины с одной и другой стороны кнутри от культи связок и маточной трубы; В — лигатуры завязаны; Г — зашит разрез брюшины. Культи придатков и связок остались внебрюшинно.

вает шов, наложенный на брюшину медиально от культи (рис. 124, В). Затем этой же лигатурой обводят культи и вторично завязывают латерально от них. При этом культи фиксируются в углу раны и расположены внебрюшинно. То же производят на противоположной стороне и непрерывным кетгутовым швом сшивают края разрезов брюшины (рис. 124, Г). Отдельными кетгутовыми швами зашивают рану влагалища. Если случай инфицированный или гемостаз не удалось осуществить тщательно, в центр влагалищной раны вводят резиновую или марлевую полосу на 2—3 дня.

Влагалище тампонируют до следующего утра марлевым бинтом, обильно смоченным синтомициновой эмульсией или вазелиновым маслом. Мочу выпускают катетером.

В результате технических трудностей, при воспалительных процессах в придатках и клетчатке со склерозированием тканей или большой величине опухоли иногда не удается произвести влагалищную экстирпацию матки. В таких случаях можно поступить двояко. Удалив родившуюся опухоль или ее часть и тщательно обработав раневую поверхность, шейечный канал и влагалищную часть шейки спиртом и 5% йодной настойкой, зашивают отдельными швами наружный маточный зев и переходят на чревосечение. Можно поступить и иначе: туго тампонируют влагалище, моют руки, меняют халаты, перчатки и производят чревосечение и экстирпацию матки, не отсекая ее от влагалищных сводов. Затем перитонизируют культи вместе с маткой, которую предварительно, после удаления тампона из влагалища, смещают книзу. Зашивают брюшную рану. После этого переходят снова к влагалищному этапу операции. Циркулярным разрезом на уровне влагалищных сводов отсекают от влагалища матку и удаляют ее без затруднений. Производят гемостаз. Влагалищную рану зашивают кетгутовыми швами, оставив в центре отверстие для введения марлевого тампона или дренажа в подбрюшинное пространство.

Примерное описание операции экстирпации матки без придатков через влагалище

Показан и я. Субмукозная рождающаяся фибромиома матки на широком основании с явлениями некротического распада.

Операция. После обычной подготовки к влагалищной операции шейка матки захвачена пулевыми щипцами и низведена в преддверие влагалища. В шейечном канале виден нижний полюс гангренизированной опухоли. Произведен циркулярный разрез влагалищной стенки на уровне сводов влагалища. Мочевой пузырь острым и тупым путем отсепарован от передней стенки шейки матки. Кардинальные связки захвачены зажимами, пересечены и лигированы. Наложены лигатуры на нисходящие ветви маточных сосудов. Вскрыта брюшина пузырно-маточного углубления у обнаженной перед этим переходной складки брюшины. Разрез брюшины расширен в стороны. В брюшную полость введен подъемник и мочевой пузырь отодвинут вверх и впереди. Передняя стенка шейки матки рассечена за внутренний зев.

Видимая в ране часть передней стенки тела матки захвачена пулевыми щипцами и подтянута книзу. Другими щипцами захвачена видимая выпшележащая часть тела матки и последняя выведена через кольчатомное отверстие. Наложены зажимы справа у ребра матки на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника; они перерезаны и лигированы кетгутом. То же сделано и с левой стороны. Восходящие ветви маточных сосудов взяты на зажимы, перерезаны и лигированы. Шейка матки оттянута вверх и впереди, вскрыта брюшина прямокишечно-маточного углубления. На крестцово-маточные связки у ребра матки наложены зажимы. Связки перерезаны и лигированы. Матка без придатков удалена. Произведена перитонизация с оставлением культи внебрюшинно. На разрез влагалища наложены отдельные кетгутовые швы. В центре влагалищной раны оставлено небольшое отверстие и в подбрюшинное пространство введена на 2 дня марлевая полоска. Выпущена катетером моча, имеющая нормальную окраску. Влагалище затампонировано марлевым бинтом, обильно смоченным раствором фурацилина 1 : 5000.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков через влагалище

Надвлагалищная ампутация матки влагалищным путем (*amputatio uteri supravaginalis per vaginam*) редко производится как самостоятельная операция.

Обычно эта операция является сопутствующей при опущениях влагалища, фибромиоме матки и некоторых других.

Техника операции. После обычной подготовки к влагалищной операции производят подковообразный разрез в области переднего свода влагалища и переднюю кольпотомию. Через кольпотомное отверстие выводят матку. Между зажимами пересекают круглые связки, маточные трубы и собственные связки яичников, как при влагалищной экстирпации матки. Зажимы заменяют лигатурами. Восходящие ветви маточных сосудов перерезают у ребра матки на уровне внутреннего зева и лигируют. Передний край вскрытой брюшины пришивают отдельными кетгутовыми швами к брюшине задней поверхности матки в области внутреннего зева. Отдельными швами сшивают у ребра матки и оставшиеся отверстия в брюшине, захватывая листки широких связок справа и слева. Брюшная полость при этом закрывается наглухо.

Клиновидно отсекают тело матки от шейки немного выше культей сосудистого пучка. Разрез шейки со вскрытым ее каналом смазывают 5% йодной настойкой. Культю шейки зашивают отдельными кетгутовыми швами. На разрез влагалища накладывают кетгутовые швы. Выпускают мочу катетером и влагалище на 10—12 ч тампонируют марлевым бинтом, смоченным вазелиновым маслом.

Примерное описание операции надвлагалищной ампутации матки без придатков через влагалище с одновременной передней кольпоррафией и кольпоперинеоррафией (*amputatio uteri supravaginalis sine adnexis per vaginam, colporrhaphia anterior et colpoepineorrhaphia*)

После подготовки больной к влагалищной операции из передней стенки влагалища выкроен и отсепарован овальный лоскут, вершина которого отстояла на 2 см от наружного отверстия уретры, а нижний край соответствовал линии перехода переднего свода на шейку матки. Мочевой пузырь острым и тупым путем отделен от шейки матки. Обнажена и вскрыта переходная складка брюшины. Тело матки захвачено пулевыми щипцами и выведено наружу. Матка неправильной бугристой формы, увеличена до размеров 7-недельной беременности. Наложены зажимы с обеих сторон у ребра матки на верхние отделы широкой связки, включающие маточную трубу, круглую и собственную связки яичника. Эти связки и труба перерезаны и лигированы кетгутом. Перерезаны между зажимами и перевязаны маточные сосуды на уровне внутреннего зева. Передний край вскрытой брюшины пришит отдельными кетгутовыми швами к брюшине задней поверхности шейки в области внутреннего зева. Отдельными швами закрыты отверстия в брюшине, при этом захвачены листки широких связок с обеих сторон у ребра матки. Тело матки клиновидно отсечено от шейки выше культей сосудистых пучков. Разрез шейки смазан 5% йодной настойкой и зашит тремя кетгутовыми швами. На фасцию, покрывающую мочевой пузырь и пузырно-печечные связки, наложены узловатые кетгутовые швы, что устранило выпячивание мочевого пузыря. На рану стенки влагалища наложены непрерывный и два узловатых кетгутовых шва. Из задней стенки влагалища выкроен и отсепарован большой треугольный лоскут с основанием на границе между кожей промежности и слизистой оболочкой влагалища. Леваторы с покрывающими их фасциями соединены тремя кетгутовыми швами.

На рану влагалища наложен непрерывный кетгутовый шов, на клетчатку и мышцы промежности — узловатые кетгутовые швы и на кожу промежности — узловатые шелковые швы. Во влагалище введен тампон с вазелиновым маслом. Моча выпущена катетером, чистая.

Консервативно-пластические операции при фибромиомах матки

В настоящее время консервативно-пластические операции стали применяться значительно чаще. Этому способствовала разработка методики и техники операций, наличие более мощных средств для предупреждения развития инфекции. Большое значение имело стремление оперируемых и врачей сохранить детородную или хотя бы менструальную функцию. Исследования и наблюдения последних лет показывают, что такое стремление является оправданным, так как удаление тела матки ускоряет наступление периода угасания функции яичников.

Отрицательной стороной консервативно-пластических операций является возможность развития новых узлов фибромиомы, так как остается матка, а иногда и мелкие зачатки имеющихся узлов, недоступные определению путем осмотра и пальпации. Об этом должна быть предупреждена женщина, которой предлагается консервативно-пластическая операция. Обычно молодые женщины охотно соглашаются на эту операцию. Данные литературы и наш опыт показывают, что после консервативно-пластических операций многие женщины способны беременеть и рожать и у них длительно сохраняется нормальная менструальная функция.

При консервативных операциях может быть произведена простая энуклеация одного или нескольких узлов фибромиомы матки, дефундация матки с сохранением нижних $\frac{2}{3}$ ее и большей части слизистой оболочки, высокая ампутация тела матки с сохранением ее нижнего сегмента и части слизистой оболочки полости, а также более сложная консервативно-пластическая операция по методике Александра, при которой не только удаляются узлы, но также иссекается капсула и часть гипертрофированных тканей маточной стенки. После такой операции матка приобретает нормальную форму и величину, а рецидивы (развитие новых узлов опухоли) встречаются значительно реже.

Энуклеация узлов фибромиомы матки путем чревосечения

Энуклеация, вылушивание узлов опухоли путем чревосечения (*myomectomy conservativa per abdomen*) производится при наличии единственного или небольшого числа узлов, чаще всего субсерозных или интерстициальных. При субмукозных узлах, соединенных широким основанием со стенкой матки, а также при узком влагалище может быть произведена энуклеация узла при чревосечении, если нет некроза и инфицирования. До операции целесообразно произвести метрографию или биконтрастную рентгенопельвеографию, чтобы ориентироваться в расположении узлов.

Техника операции. После того как произведено чревосечение, тщательно осматривают и пальпируют матку, выбирая наиболее целесообразное место для разреза ее стенки. При субсерозных узлах на ножке скальпелем отсекают ее от стенки матки. Однако при этом следует учитывать, что в состав ножки входит часть тканей маточной стенки и если ножку отсечь у самой стенки матки, то образовавшуюся рану трудно стянуть швами: они часто прорезаются и рана плохо заживает. Поэтому разрез на ножке опухоли проводят ближе к узлу, не затрагивая его капсулы. После отсечения узла ткани сокращаются и излишек их легко удалить с помощью ножниц. Производят тщательный гемостаз и рану на стенке матки зашивают отдельными кетгутowymi швами.

Примерное описание операции энуклеации узла фибромиомы матки абдоминальным путем

Поперечным надлобковым разрезом вскрыта брюшная полость. При осмотре оказалось, что на передней поверхности матки имеется один узел фибромиомы размером 8×7×6 см, расположенный интерстициально. Придатки без изменений. Над узлом, в месте наибольшего истончения стенки матки, произведен продольный разрез длиной 5 см с рассечением стенки матки и капсулы опухоли. Последняя захвачена пулевыми щипцами и с помощью ножниц вылучена из капсулы. Капсула частично иссечена. Произведен гемостаз. Ложе опухоли ушито узловатыми кетгутовыми швами. На разрез маточной стенки наложены узловатые швы из кетгута. Затем наложен непрерывный кетгутовый серозно-мышечный шов, покрывающий первый ярус швов. Произведен туалет брюшной полости и рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Наложена повязка-наклейка.

При интерстициальных узлах над опухолью в месте наибольшего выпячивания стенки матки производится небольшой разрез, проникающий через брюшину, мышцу матки и капсулу опухоли (рис. 125, А). Мы чаще всего применяем в области тела матки продольные или косые разрезы, в нижнем сегменте — поперечные. С. Н. Давыдов, учитывая архитектуру сосудов матки, теснейшим образом связанную с расположением мышечных и нервных волокон, рекомендует производить в области дна и трубных углов поперечные разрезы, в теле матки — косые, идущие снизу вверх к средней линии, а в области перешейка — поперечные или дугообразные.

Обнаженную от тканей часть узла захватывают крепкими щипцами и приступают к вылучиванию опухоли тупым и острым путем с помощью ножниц, подтягивая узел и вращая его из стороны в сторону (рис. 125, Б, В).

Если разрез окажется недостаточным, его увеличивают, рассекая по углам ножницами. После вылучивания узла, а иногда и во время этого производят тщательный гемостаз и внимательно пальпируют матку на предмет выявления нераспознанных ранее других узлов или места наиболее целесообразного разреза для энуклеации узлов, выявленных при первоначальном осмотре.

Нередко из первого разреза удается подойти к другому узлу, что позволяет избежать дополнительной травмы матки. После удаления опухоли раневое ложе ушивают отдельными швами из кетгута в пределах мышечной оболочки.

При глубокой ране в маточной стенке накладывают швы в два ряда, чтобы между ними не оставалось мертвых пространств, способствующих образованию гематом и плохому заживлению раны (рис. 125, Г). После этого накладывают серозно-мышечный непрерывный петлистый шов из кетгута (рис. 125, Д, Е).

При субмукозных узлах разрез стенки матки более целесообразно провести также над узлом, затем произвести его энуклеацию или отсечение ножки, так же как при субсерозных узлах, имеющих ножку. При ушивании раны после вылучивания субмукозного узла швы не следует проводить через слизистую оболочку, а нужно подхватывать только подслизистый слой. Гемостаз и ушивание раневого ложа должны быть тщательными, чтобы предупредить кровотечение в сторону полости матки. Затем зашивают разрез стенки матки над узлом погружными отдельными кетгутовыми швами и перитонизирующим серозно-мышечным непрерывным швом из кетгута.

Техника удаления субмукозных узлов через влагалище описана на стр. 195.

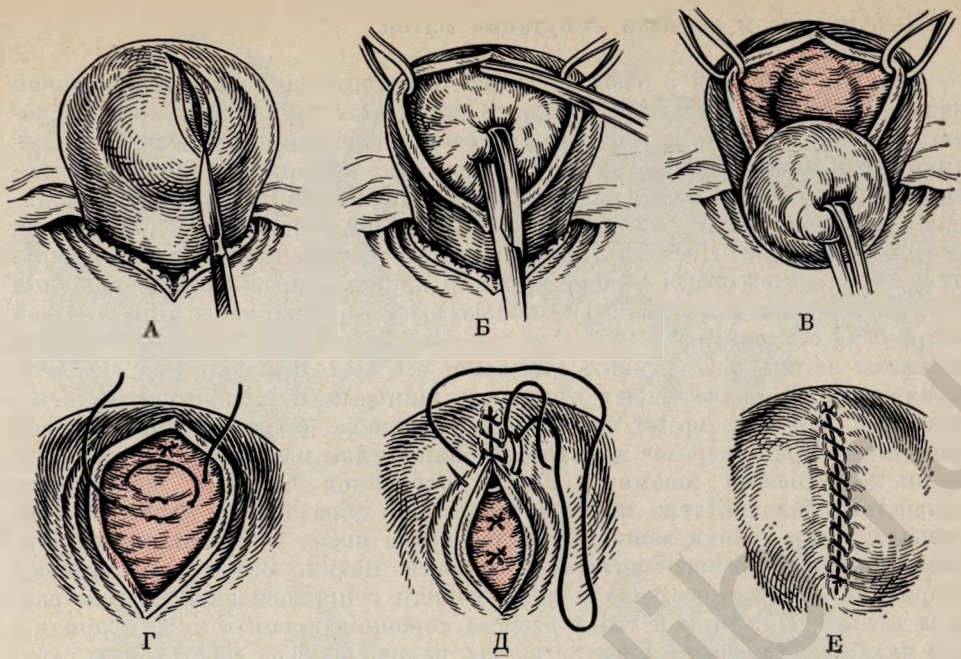


Рис. 125. Энуклеация узла фибромиомы матки.

А — разрез капсулы узла; Б — узел захвачен щипцами; В — узел вылуцен; Г — швы на мышцу маточной стенки; Д — соединение краев разреза маточной стенки; Е — операция на матке закончена.

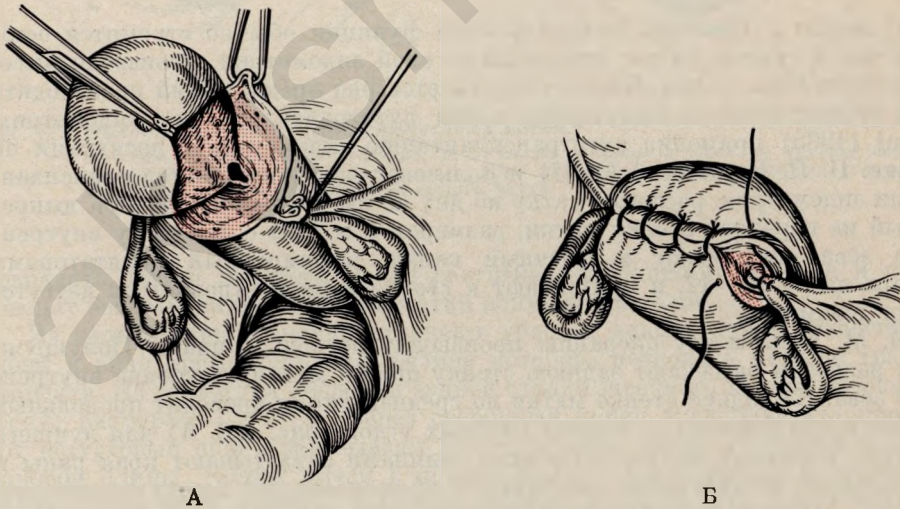


Рис. 126. Дефундация матки при фибромиоме, расположенной в области ее дна.

А — отсечение опухоли вместе с дном матки после отделения придатков; Б — зашивание разреза матки.

Дефундация и высокая ампутация матки

Техника операции в известной степени напоминает методику обычной надвлагалищной ампутации матки. В некоторых случаях опухоль располагается только в дне матки и при иссечении фибриомы удается сохранить связь матки с придатками. Однако чаще операцию начинают с отделения придатков от матки, наложив предварительно зажимы на восходящие ветви маточных сосудов на уровне, выше которого предполагается иссечь дно матки. После лигирования этих сосудов производят дефундацию матки путем иссечения небольшого клина, направленного вершиной к полости матки, и на уровне несколько выше культи восходящих ветвей маточных сосудов (рис. 126). При высокой ампутации матку клиновидно иссекают из нижнего сегмента или выше его из тела матки (рис. 127, А). Края разрезов захватывают пулевыми щипцами и слизистую оболочку вскрытой полости матки или шеечного канала смазывают 5% йодной настойкой. Края разрезов культи тела или шейки матки сшивают отдельными кетгутowymi швами. С целью сохранения большей поверхности слизистой оболочки тело матки отсекают без образования клина. В этом случае культю шейки зашивают в два яруса швов. Отдельными кетгутowymi швами закрывают отверстие полости матки. Затем накладывают второй ярус кетгутowych швов для лучшего соприкосновения краев разреза культи. При этом в углах разреза хорошо закрепить культю придатков матки с помощью концов лигатуры, наложенной на собственную связку яичника и маточную трубу (рис. 127, Б), или добавочным швом, захватывающим брюшину над культями придатков. Перитонизацию производят так же, как и при надвлагалищной ампутации матки (рис. 127, В). Однако при дефундации требуется больше брюшины для перитонизации, поэтому мочевого пузыря приходится отслаивать вниз больше, чем при типичной надвлагалищной ампутации. При перитонизации могут быть использованы и петли круглых связок (рис. 127, Г).

Аутотрансплантация эндометрия

С целью сохранения менструальной функции обычно стремятся оставить часть стенки матки, содержащую слой эндометрия, производя высокую ампутацию матки. Кроме того, имеется ряд предложений производить при надвлагалищной ампутации матки аутотрансплантацию эндометрия. Kraul (1935) применял аутотрансплантацию эндометрия с лоскутами на ножке. Н. П. Верхацкий (1937) использовал лоскутный метод трансплантации эндометрия, рассекая матку по дну на две половины. Лоскут, выкроенный из передней стенки матки, размером 3×2 см с ножкой у внутреннего зева, погружают в шеечный канал, расширенный дилататорами Гегара до № 10—12, и пришивают к стенке канала отдельными кетгутowymi швами.

Э. М. Каплун эту операцию производит несколько иначе. Полукруглым разрезом рассекают заднюю стенку шейки матки на уровне внутреннего зева. На задней стенке матки по средней линии проводят продольный разрез и два боковых в сторону трубных углов (рис. 128, А) для лучшего доступа в полость матки. Пулевыми щипцами захватывают края раны и из передней стенки матки выкраивают прямоугольный лоскут эндометрия вместе с тонкой пластинкой мышечного слоя размером 4×2 см. После этого производят типично надвлагалищную ампутацию матки на уровне внутреннего зева, несколько выше «ножки» трансплантата, чтобы его не

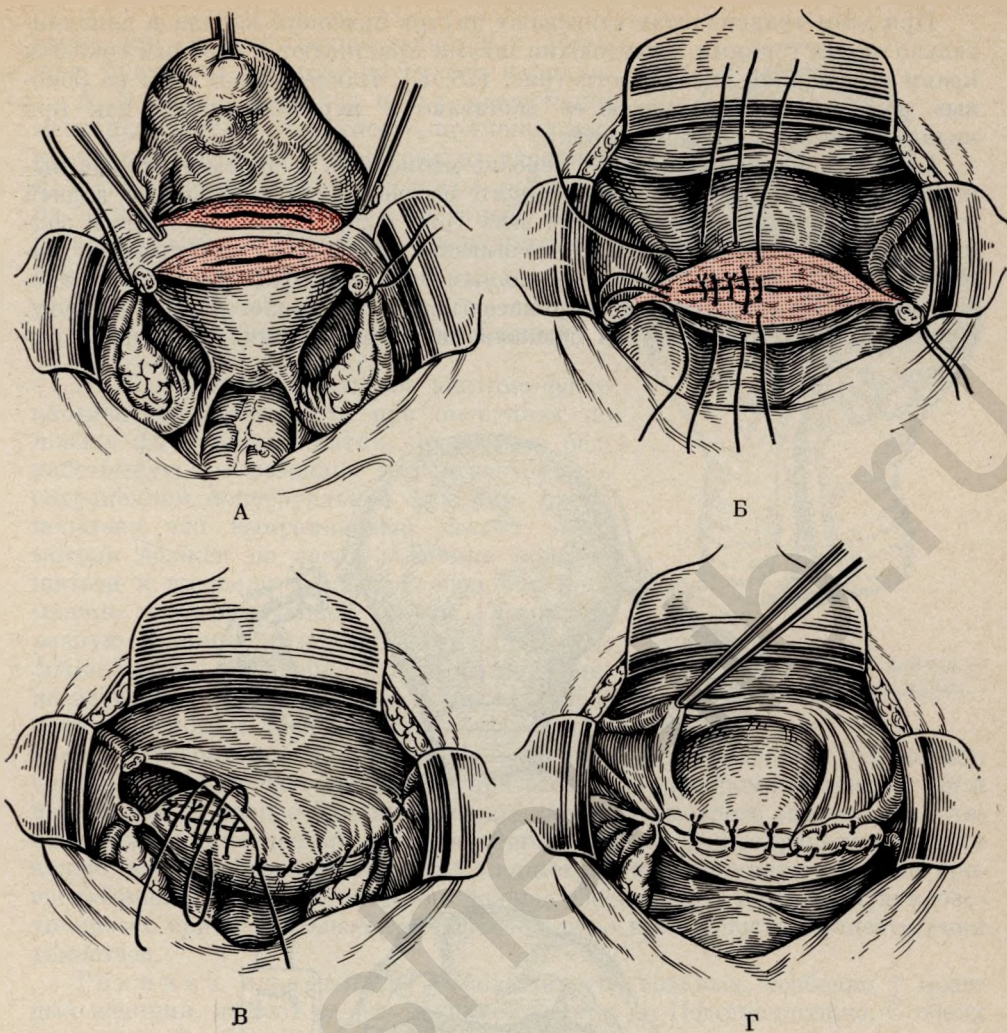


Рис. 127. Высокая надблагалищная ампутация матки.

А — тело матки высоко отсечено; Б — схема наложения швов на культю шейки матки; В — перитонизация культи; Г — подшивание петель круглых связок к матке поверх лигатур, которыми зашита матка.

повредить. Затем шейчный канал растягивают браншами зажима и производят боковые надрезы шейки матки изнутри кнаружи.

Из задней стенки шейки иссекают участок эндометрия с мышечным слоем в виде прямоугольника, размер которого несколько меньше трансплантата. Из слизистой оболочки задней стенки шейчного канала иссекают лоскут размером 3×2 см. Через свободный конец трансплантата проводят кетгутовый шов и завязывают его так, чтобы концы нитей были одинаковой длины. Концы нитей с помощью двух игл проводят у нижнего края свежего участка слизистой оболочки через всю толщу задней стенки шейки матки и завязывают кетгутовый шов на наружной поверхности шейки.

При этом трансплантат втягивают внутрь шеечного канала и дополнительно двумя тонкими кетгутowymi швами пришивают к верхним боковым краям освеженной поверхности (рис. 128, Б). Накладывают швы на боковые разрезы шейки, культю ее зашивают и перитонизируют, как при надвлагалищной ампутации матки.

С. Б. Голубчин выкраивает серозно-мышечный и эндометриально-мышечный лоскуты путем клиновидного иссечения из передней и задней стенок матки вблизи внутреннего зева (рис. 129). Края переднего и заднего серозно-мышечных лоскутов сшивают отдельными кетгутowymi лигатурами над мышечно-эндометриальным лоскутом, благодаря чему раневые мышечные поверхности соприкасаются, тесно прилегая друг к другу. Производится гемостаз путем обкалывания кровоточащих сосудов. Пери-

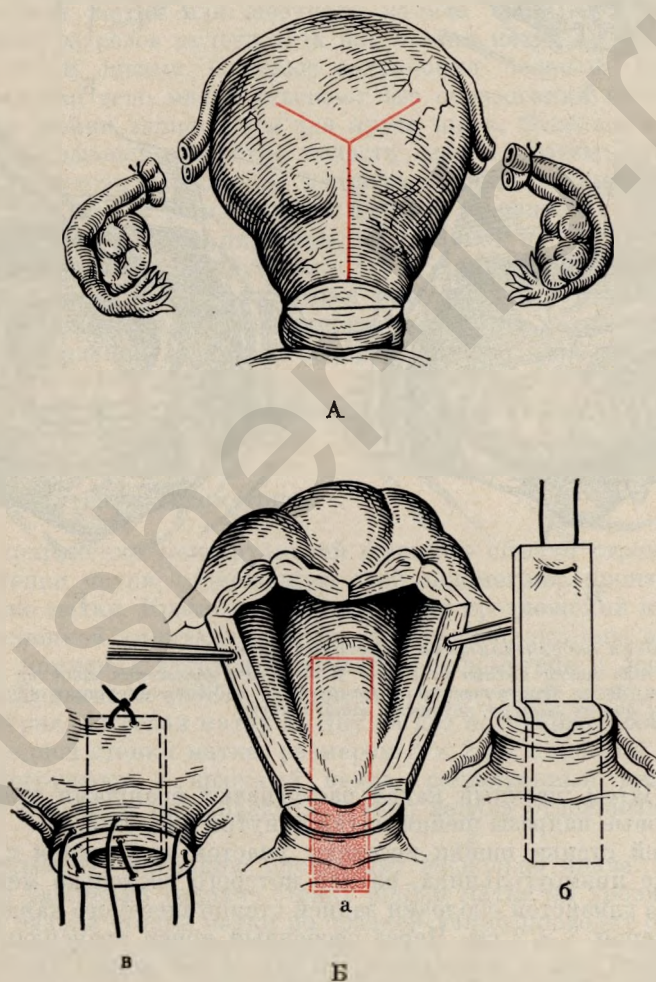


Рис. 128. Аутогрансплантация эндометрия по Каплуну.

А — разрез задней стенки матки; Б — выкраивание прямоугольного лоскута эндометрия: а — лоскут выкраен, тело матки ампутировано; б — пришивание лоскута к освеженному участку шейки; в — наложение швов на культю шейки.

топизация культы осуществляется с помощью брюшины пузырно-маточного кармана.

А. Э. Мандельштам с целью увеличения менструирующей поверхности применил выкраивание лоскутов эндометрия из передней и задней стенок матки. Лоскуты остаются на ножке и погружаются в шеечный канал с таким расчетом, чтобы их освеженные поверхности соприкасались.

Миомэктомия по методике Слепых

А. С. Слепых, учитывая анатомо-физиологические особенности при операциях по поводу фибромиомы матки, предложил разработанную им методику миомэктомии с сохранением менструальной функции. Автор полагает, что выкраиваемый лоскут эндометрия должен по своей величине приближаться к площади слизистой оболочки нормально менструирующей матки. Учитывая разную функцию и строение слизистой оболочки шейки, перешейка и тела матки, целесообразно травмировать слизистую оболочку шейки и перешейка и следует выкраивать эндометрий из тела матки, а не из области, близкой к перешейку. Операция может быть выполнена при всех видах фибромиом тела матки и перешейка. В процессе ее выполнения следует осмотреть эндометрий, чтобы избежать оставления измененных его участков. Для сохранения лоскута важно, чтобы сформированная из эндометрия культа имела хорошее кровоснабжение. Методика операции должна обеспечивать наименьшую кровоточивость при ее производстве и наибольшую возможность осуществления гемостаза.

Техника операции. У большинства больных, особенно у молодых женщин, делают разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. С обеих сторон, как обычно, отсекают от матки придатки и круглые связки (рис. 130). Вскрывают пузырно-маточную складку брюшины и отсепаровывают мочевой пузырь от шейки матки. Если спереди имеется перешеечный узел, то его полностью обнажают. Как можно выше лигируют и пересекают восходящие ветви маточных артерий. Затем обязательно из задней стенки матки отсепаровывают серозно-мышечный языкообразный лоскут размером 7×5 см и толщиной 3—4 мм. Через этот лоскут по крестцово-маточным связкам осуществляется кровоснабжение сформированной культы матки. Отгораживают тело матки от брюшины и тазовой полости большой салфеткой. Фронтальным донным разрезом вскрывают полость матки. Поскольку при фибромиомах топография полости матки часто изменяется, чтобы попасть в нее, разрез надо производить строго от одного маточного конца трубы до другого, разрезая попадающиеся подлежащие узлы. По вскрытии полости рассекают ребра матки до уровня лигирования маточных сосудов; при этом передняя и задняя стенки матки разворачиваются, как лопасти. Эндометрий осматривают и скальпелем выкраивают на передней и задней стенках трапециевидные мышечно-слизистые лоскуты разных размеров (рис. 131). На задней стенке намеча-

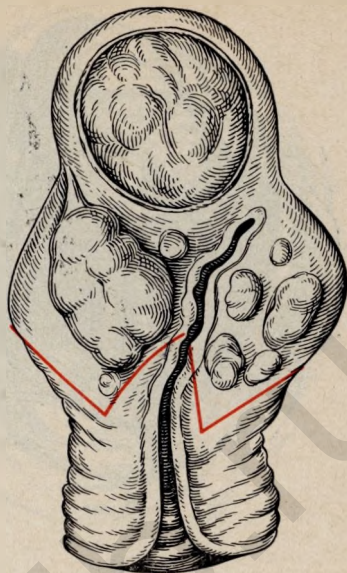
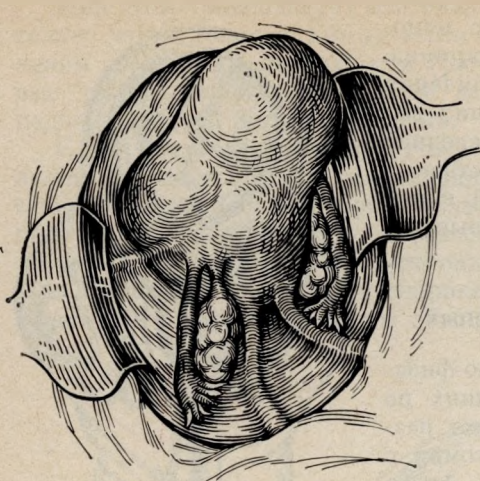
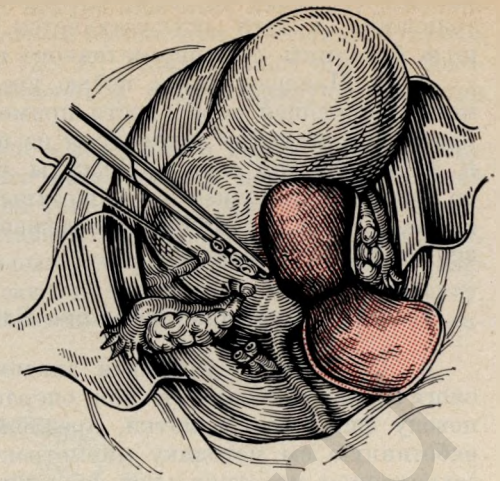


Рис. 129.

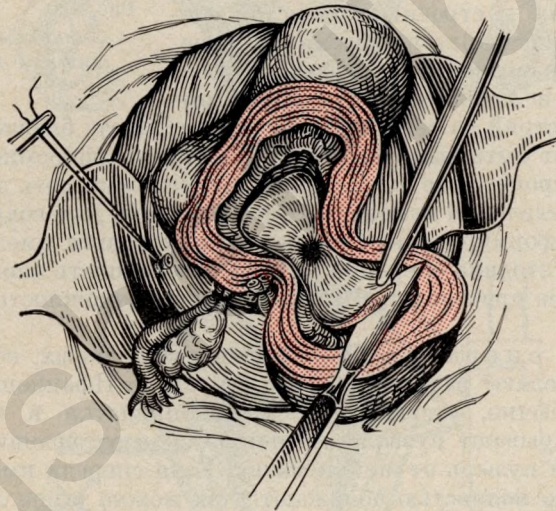
Лоскутный метод надвлагалищной ампутации матки.



А



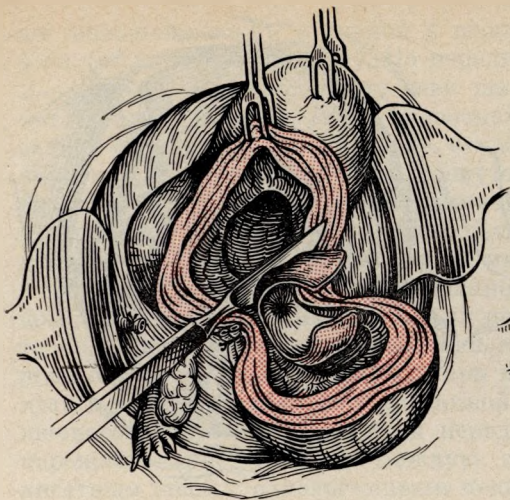
Б



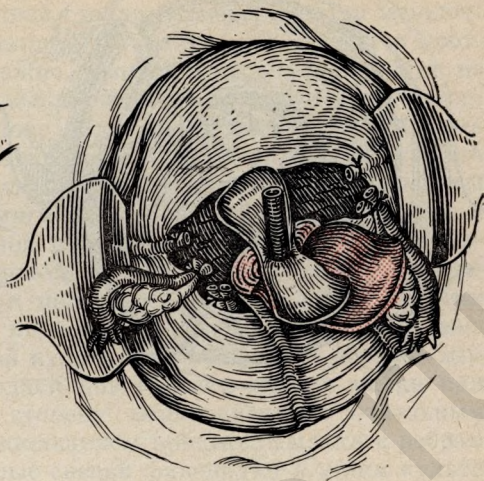
В

Рис. 130. Миомэктомия по Слепых.

А — фибромиома матки; четко видны маточно-крестцовые связки; Б — придатки и круглые связки отсечены от матки, маточные сосуды лигированы на уровне внутреннего зева. Отсепарован серозно-мышечный лоскут от задней поверхности матки; В — полость матки вскрыта фронтальным донным разрезом, продолженным вниз по ребрам матки. Намечены эндометриально-мышечные лоскуты на обеих стенках со стороны полости матки. Начата отсепаровка эндометриального лоскута из задней стенки полости матки.



А



Б



В

Рис. 131. Миометрэктомия по Слеху.

А — оба эндометриальных лоскута мобилизованы до уровня внутреннего зева матки; Б — произведено максимальное иссечение пораженного миометрия до уровня внутреннего зева с сохранением указанных лоскутов. В цервикальный канал и влагалище введен резиновый катетер; В — на катетере начато формирование полости культи матки путем сшивания мышечно-эндометриальных лоскутов между собой мышечно-мышечными швами.

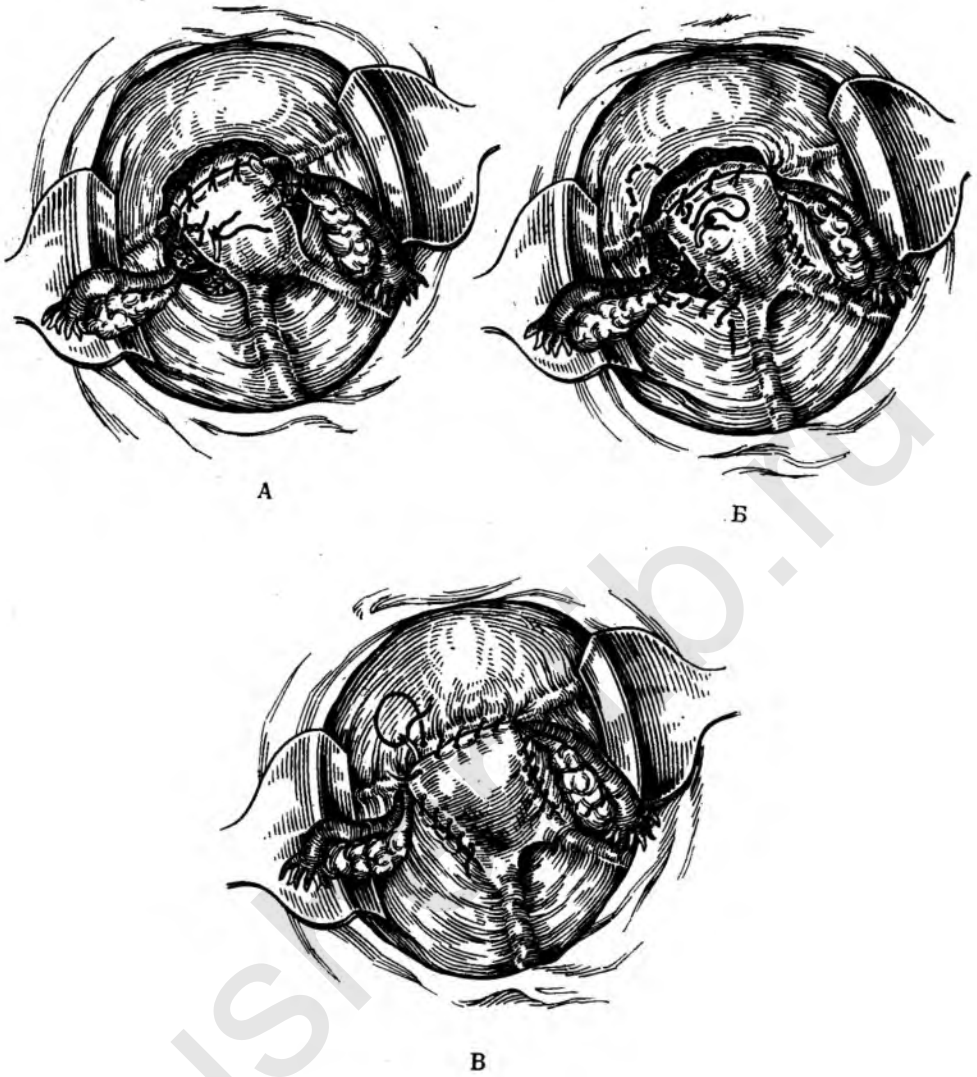


Рис. 132. Миометрэктомия по Слепых.

А — полость культи матки сформирована и перекрыта серозно-мышечным лоскутом с наложением между ними гемостатических швов; Б — начало перитонизации: расщепленный задний листок широкой связки ушит непрерывным швом с погружением в кистевый шов культи правой придатков; круглые связки фиксированы у ребер культи матки; В — последний этап перитонизации маточно-пузырной складкой. Окончательный вид внутренних гениталий в конце операции.

ют большой лоскут шириной у вершины примерно 3—4 см и высотой 4 см (от внутреннего зева). На передней стенке размеры лоскута меньше: 2—3×2 см. К внутреннему зеву ширина выкраиваемых лоскутов соответственно сужается. Если невозможно выкроить основной лоскут из задней стенки, что бывает редко, его выкраивают из передней. После отсепаровки слизисто-мышечных лоскутов, толщина которых должна быть около 3—4 мм, производят максимальное иссечение пораженного узлами миометрия обеих стенок матки. Для удобного формирования полости культи матки оно производится на мягком резиновом катетере, вводимом в шеечный канал со стороны брюшной полости. Края лоскутов экстраэндометриально сшивают узловатыми швами из тонкого кетгута, в результате чего формируется новая маточная полость. Узловатыми кетгутowymi швами обеспечивается гемостаз при подшивании серозно-мышечного лоскута к задней стенке сформированной культи матки; края же серозно-мышечного лоскута подшивают к передней поверхности культи матки или перешейка (рис. 132, А). Каждую сторону перитонизируют отдельным кисетным швом с одновременным подшиванием придатков матки к ребрам культи (рис. 132, Б). При этом круглые связки фиксируют к углам культи матки и пузырно-маточной складкой перекрывают область предыдущих швов (рис. 132, В). После окончания операции культи матки, придатки и круглые связки принимают вид, приближающийся к нормальному виду внутренних половых органов. Продолжительность операции в среднем 1 ч 30 мин. По указанной методике оперировано 76 больных. Показаниями к операции служили быстрый рост и большие размеры опухоли, менометрорагии, режущие дизурические расстройства и боли.

Из 58 больных, бывших под наблюдением после операции, нормальный менструальный цикл имелся у 53; у 2 больных после операции менструации не появились, у 3 установились лишь после гормонотерапии.

Противопоказаниями к аутотрансплантации эндометрия являются подострые воспалительные процессы и гнойные заболевания в придатках матки, полипоз эндометрия, эндоцервициты, эрозии шейки матки, наружный эндометриоз.

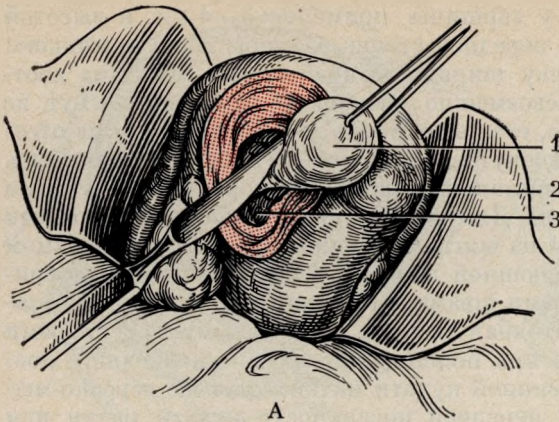
Консервативно-пластические операции при фибромиомах матки по Александрову

Сущность методики консервативно-пластических операций по Александрову заключается в выкраивании различной величины лоскутов из стенки матки (в зависимости от расположения узлов и их величины) и последующем сшивании этих лоскутов с таким расчетом, чтобы воссоздать матку, по форме и внешнему виду сходную с нормальной. При этом всегда необходимо оставлять часть слизистой оболочки матки для сохранения менструальной функции, а по возможности сохранить и детородную функцию. Удаление узлов производят с обязательным иссечением капсулы и небольшой части окружающей ее мышечной ткани (рис. 133). В случае необходимости не следует опасаться вскрытия полости матки. При наличии подслизистых узлов фибромиомы и неизменной наружной поверхности М. С. Александров рекомендует рассекать матку по передней или задней ее стенке или по дну. После вскрытия полости матки удаляют подслизистые узлы опухоли, стенки полости осторожно проверяют кюреткой и смазывают вазелиновым маслом. Проверяют проходимость шеечного канала и зашивают разрез маточной стенки отдельными кетгутowymi швами, наложенными в два этажа. В ряде случаев сохраненные части

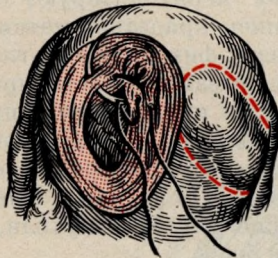
Рис. 133.

Иссечение узлов фибромиомы матки по Александрову.

А — рассечена над субмукозным узлом задняя стенка матки; узел (1) захвачен пулевыми щипцами и иссечен; видна вскрытая полость матки (3) и интерстициальные узлы (2); Б — восстановление полости матки наложенными узловатыми швами на ее мышечный слой. Пунктиром указана линия разреза при иссечении интерстициальных узлов.



А



Б

матки приходится сшивать под контролем катетеров, введенных в полость или шейчный канал. При сильном растяжении опухолью маточной стенки и гипертрофии ее излишек стенки перед зашиванием разрезов удаляют (рис. 134 и 135). Перитонизацию в области передней стенки и дна матки производят с помощью брюшины пузырярно-маточного углубления и передних листков широкой связки. При больших дефектах серозного покрова стенок вновь образованной матки может быть произведена свободная пересадка резецированного куска сальника, что мы с успехом используем в течение ряда лет при гинекологических операциях, когда перитонизация иным путем не может быть выполнена.

М. С. Александров в некоторых случаях прибегал и к сшиванию тела матки с разъединенной с ней шейкой при иссечении узлов опухоли в области внутреннего зева или при шейчной форме фибромиомы. При подобной операции необходимо обращать особое внимание на правильность наложения соединяющих швов между телом и шейкой матки с тем, чтобы полость матки являлась непосредственным продолжением шейчного канала. Наложение этих швов производят под контролем катетера, введенного в полость матки и шейчный канал. Иногда при подобной операции приходится перевязать одну из маточных артерий. М. С. Александров сообщает о 3 женщинах, у которых наступила беременность и произошли срочные роды после описанной операции.

При неизмененном теле матки и поражении шейки ее удаляли полностью и оставшуюся часть матки сшивали с влагалищем.

По данным М. С. Александрова (1958), из 957 больных, перенесших консервативно-пластические операции при фибромиомах матки, менстру-

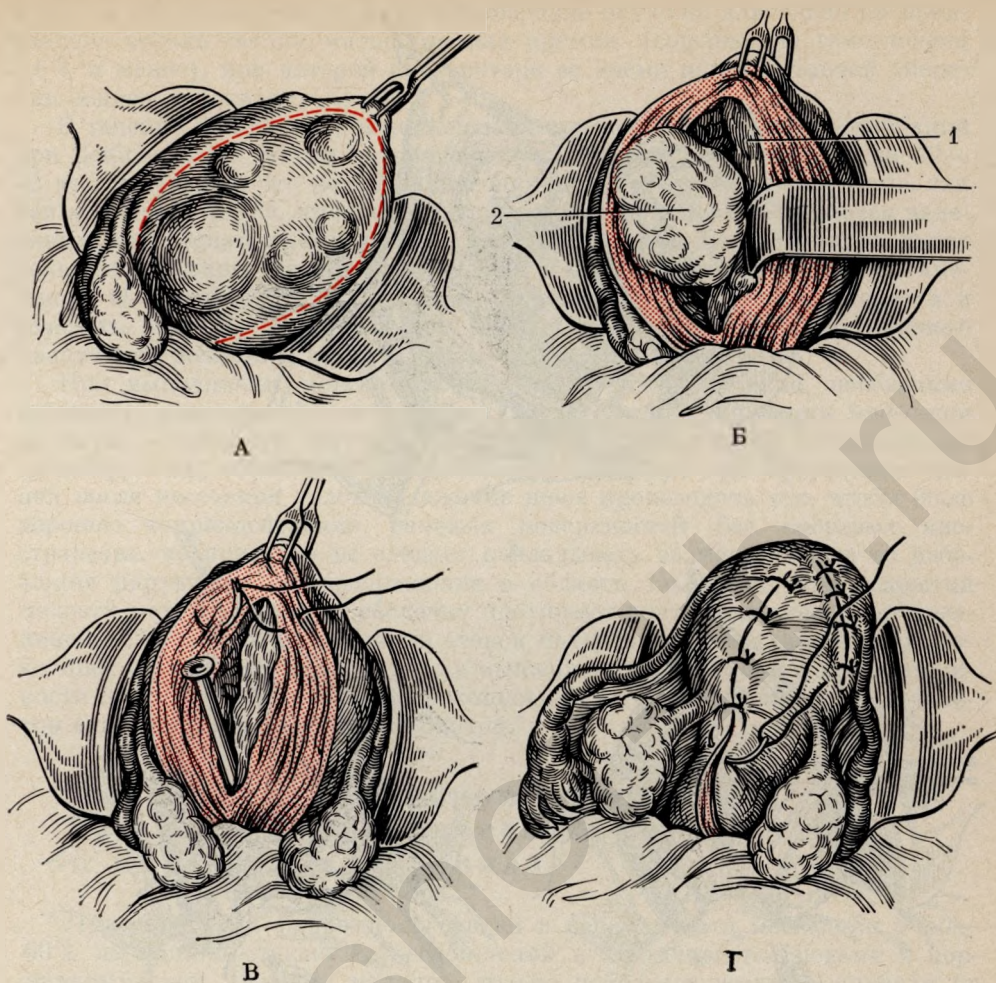


Рис. 134. *Иссечение задне-боковой стенки матки и удаление субмукозного узла по Александрову.*

А — пунктиром обозначена линия иссечения задне-боковой стенки матки с узлами опухоли; Б — сохраненная часть слизистой оболочки матки (1), виден субмукозный узел (2); В — субмукозный узел удален, в полость матки введен катетер и начато наложение швов; Г — матка сформирована, заканчивается наложение швов.

альная функция сохранилась у 96,4%, причем у 81,7% женщин менструальный цикл протекал нормально. Детородная функция теоретически была сохранена у 48,2% оперированных. Возможность наступления беременности не исключалась у 210 женщин, из которых 57 (27,1%) действительно беременели в дальнейшем. Рецидивы опухоли через 3 года после консервативных операций и позднее М. С. Александров отмечает у 2,6% больных. Послеоперационные осложнения наблюдались в 12,7% случаев и на 1075 операций был один летальный исход. При радикальных операциях, по данным М. С. Александрова, летальность отмечалась в 0,5% и послеоперационные осложнения — в 10,6% случаев.

Противопоказаниями к консервативно-пластическим операциям при фибромиомах матки являются значительные воспалительные изменения

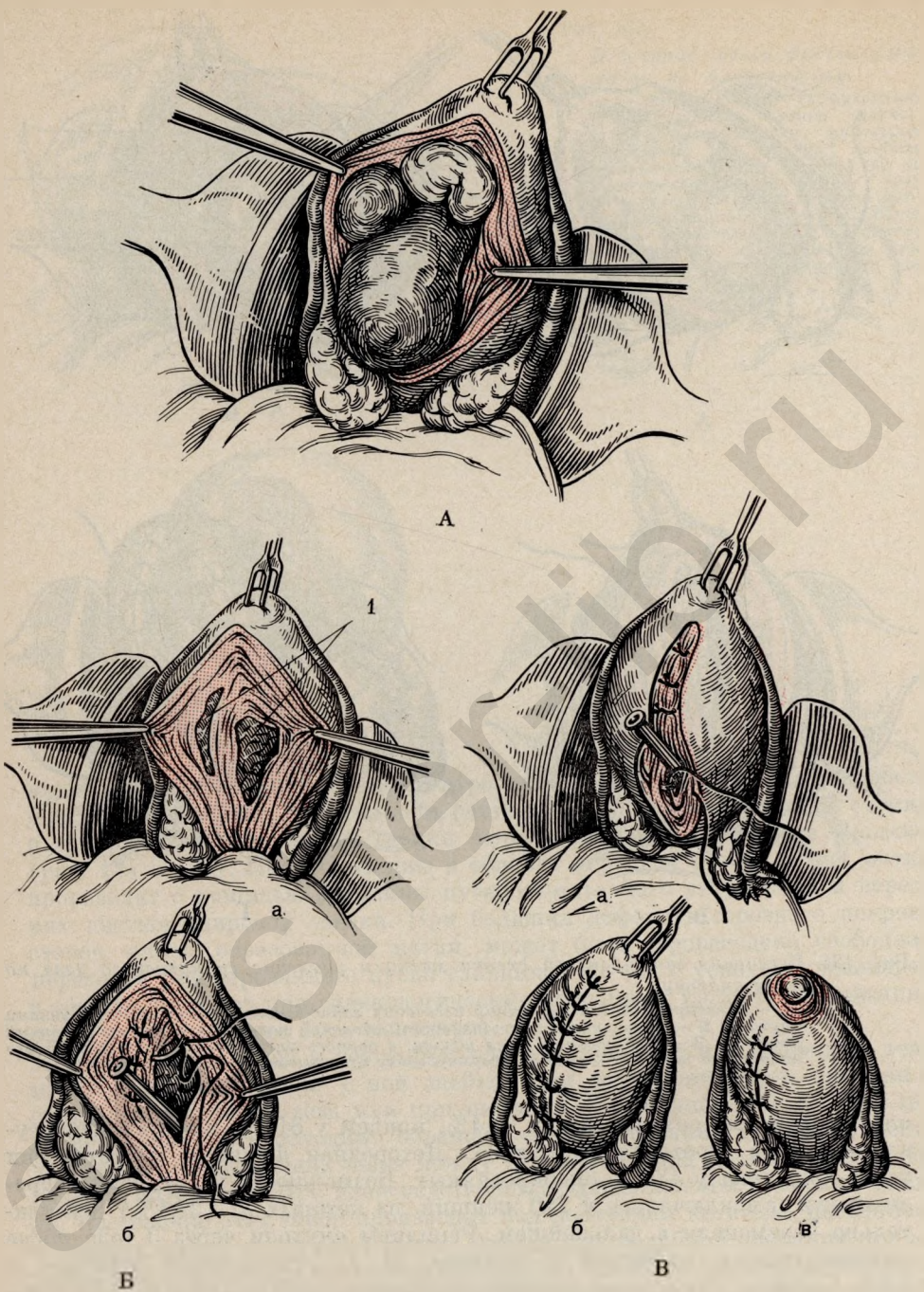


Рис. 135. Пссечение субмукозных и субмукозно-интерстициальных узлов фибромиомы матки по Александрову.

А — рассечена задняя стенка матки, видны субмукозный узел на ножке и два субмукозно-интерстициальных узла; Б — полость матки вскрыта в двух местах (а), начато наложение швов (б); В — на разрез задней стенки наложен второй ряд швов (а), затем наложен третий ряд (б) и иссечен интерстициальный узел в области дна матки (в).

в малом тазу, злокачественное перерождение опухоли, длительно не заживающие эрозии шейки матки, резкая анемия (содержание гемоглобина 6,6% и менее), при которой кровопотеря во время консервативной операции опасна для жизни.

В течение 30 лет мы применяем консервативно-пластические операции при фибромиомах матки у молодых женщин, преимущественно до 40—42 лет, и считаем, что подобная методика целесообразна и оправдана, так как удаление органа, имеющего функциональное значение, является калечащей, уродующей операцией. Сохранение менструальной функции имеет большое значение для психики больной и полноценной деятельности яичников. О значении же сохранения детородной функции не приходится и говорить. Еще К. Ф. Славянский писал: «Не следует забывать высшего назначения женщины перед лицом природы — быть матерью».

При выполнении консервативно-пластических операций необходимо соблюдать тщательнейшую асептику во избежание попадания инфекции из матки в брюшную полость; нужно бережно обращаться с тканями, не травмируя их; обеспечивать тщательный гемостаз; при соединении тканей после иссечения узлов наложение швов производить так, чтобы было хорошее соприкосновение раневых поверхностей без «мертвых пространств», но при этом не следует накладывать излишних швов во избежание нарушения кровообращения в области операции. При вскрытии полости матки слизистую оболочку протирают спиртом и смазывают вазелиновым маслом. При спивании стенок матки после гемостаза накладывают швы на мышцу матки, затем на мышечно-серозный слой и при возможности непрерывный шов для перитонизации на серозный покров с подхватом верхних слоев мышечных волокон.

Операции при фибромиомах матки во время беременности, в родах и послеродовом периоде

При сочетании фибромиомы матки и беременности последняя у 50—60% женщин протекает без осложнений и заканчивается родами в нормальный срок. Поэтому наличие только доброкачественной опухоли не является показанием к операции или искусственному прерыванию беременности. Аборт при сочетании фибромиомы матки и беременности представляет опасность для женщины, так как обычно сопровождается кровотечением. Опасность перфорации матки при измененных анатомо-топографических соотношениях и большой величине матки возрастает. Кроме того, нарушение кровообращения в опухоли и ее повреждение при выскабливании матки способствуют возникновению омертвения узла, развитию инфекции и тромбозу. Послеоперационный период при искусственном аборте затягивается, сопровождаясь пониженной сократительной способностью матки со всеми вытекающими отсюда последствиями. Безуспешность консервативных мероприятий при остановке кровотечения во время аборта или в послеоперационном периоде может привести к необходимости чревосечения и удаления матки.

Оперативное вмешательство при сочетании фибромиомы матки и беременности показано и целесообразно в следующих случаях: если предшествующие беременности прерывались самопроизвольными выкидышами, причиной которых была фибромиома; при большой величине опухоли, препятствующей развитию беременности до нормального срока; при не-



А



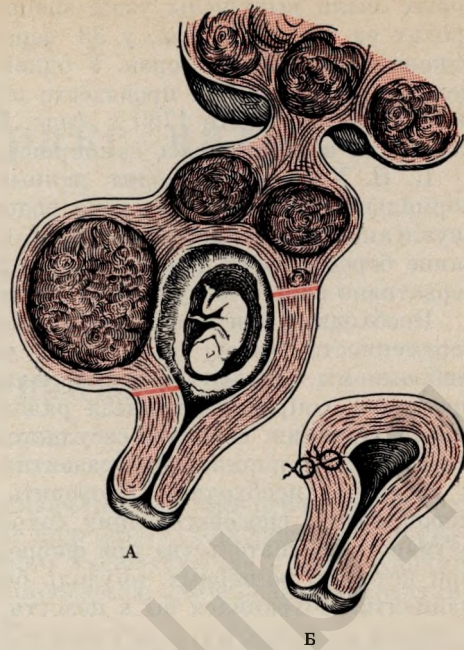
Б

Рис. 136. Энуклеация фибромиомы матки при пятимесячной беременности.
А — опухоль (справа) и тело беременной матки (слева) выведены из брюшной полости во время операции; Б — опухоль, удаленная путем энуклеации.

Рис. 137.

Асимметричная резекция беременной матки при множественной фибромиоме.

А — красными линиями показаны места разрезов при иссечении опухоли; Б — заднюю стенку, оставшуюся более длинной, перегибают и пришивают к передней короткой стенке двумя рядами швов.



крозе опухоли и разрыве ее капсулы с кровоизлиянием в брюшную полость; при перекручивании ножки субсерозного узла опухоли или всей матки во время беременности; при подозрении на злокачественное перерождение опухоли; при ущемлении фибромиомы матки в малом тазу и сдавлении соседних органов. Наличие шейной фибромиомы или межсвязочных опухолей, препятствующих родоразрешению через естественные родовые пути, является показанием к операции непосредственно перед родами или при появлении родовой деятельности.

Решая вопрос о консервативной миомэктомии, всегда следует учитывать возможность не только прерывания беременности во время или после операции, но и то, что особенности расположения узлов опухоли, неожиданные осложнения при операции могут заставить врача применить дефундацию, ампутацию или даже экстирпацию матки, лишив женщину навсегда детородной функции. Поэтому при сочетании беременности и фибромиомы операция производится по строгим показаниям.

Клинические наблюдения показывают, что операции на беременной матке могут не нарушать течения беременности, если матка относительно мало травмируется и вмешательство производится бережно и осторожно.

Весьма важно хорошо произвести гемостаз, так как кровотечение из ложа опухоли чрезвычайно неблагоприятно сказывается на сохранении беременности. Вполне понятно, что прогноз консервативной миомэктомии в смысле сохранения беременности бывает более благоприятным при расположении узлов вблизи наружной поверхности матки.

При операции во время беременности в целях сохранения ее не следует стремиться к обязательному удалению всех узлов, ограничиваясь энуклеацией лишь тех из них, которые по своей величине и расположению препятствуют развитию беременности. Мы производим консервативную миомэктомию с учетом приведенных выше положений. Из 42 женщин, у ко-

торых были вылучены узлы фибромиомы во время беременности при сроках ее 16—25 недель, у 33 беременность продолжала развиваться и закончилась родами в срок. У одной женщины нам пришлось при 20-недельной беременности произвести энуклеацию интерстициально-субсерозного узла, весившего 1760 г (рис. 136). Беременность протекала без осложнений и закончилась самопроизвольными родами в срок.

К. Н. Удалова приводит данные о сохранении беременности и ее нормальном развитии до срока родов у 26 из 35 женщин, подвергшихся энуклеации фибромиомы матки. М. С. Александров указывает на донашивание беременности до срока родов у 15 из 20 женщин, перенесших консервативно-пластическую операцию в период беременности.

Необходимо учитывать, что в этиологии преждевременного прерывания беременности имеет значение не только, а иногда не столько наличие фибромиомы, сколько функциональные нарушения нейродинамических процессов, сопровождающиеся рядом гормональных расстройств, изменениями функции сердечно-сосудистой системы и т. д. Поэтому с целью сохранения и нормального развития беременности как до операции, так и после нее необходимо проводить ряд общепринятых консервативных мероприятий, способствующих сохранению беременности. «Идеалом оперативного вмешательства при фибромиомах у беременных является такое, при котором, во-первых, опухоль была бы удалена, половой же аппарат пациентки сохранился бы в целости, во-вторых, при котором бы остались в живых не только мать, но и ребенок» (В. С. Груздев).

Однако не всегда удается ограничиваться энуклеацией узлов опухоли и тогда следует, учитывая молодой возраст женщины, стремиться удалить по возможности меньшую часть матки, производя ее дефундацию или высокую ампутацию.

Учитывая особенности беременной матки, сочность и податливость ее стенок, можно с успехом применять асимметричную резекцию матки, сохраняя в той или иной степени одну из стенок матки, менее пораженную узлами опухоли. Оставшуюся более длинной одну из стенок матки перегибают и сшивают с более короткой противоположной стенкой (рис. 137). Место перегиба является дном будущей матки. И. Л. Брауде, описывая асимметричную резекцию матки, рекомендует после выведения ее в рану брюшной стенки определить пальпацией нижние границы расположения узлов опухоли и соответственно этому производить резекцию на разных уровнях передней и задней стенок матки. После резекции еще раз прощупывают оставшиеся стенки матки, чтобы не оставить где-нибудь незамеченный ранее узелок. При обнаружении его иссекают. Получается сочетание асимметричной дефундации или высокой ампутации с энуклеацией узлов.

VIII

Операции при раке матки

Расширенная экстирпация матки при раке шейки

При лечении рака шейки матки применяется как хирургический метод, так и лучевая терапия. Они дополняют друг друга. Наиболее распространенным является сочетание оперативного вмешательства с последующим применением лучевых методов и комбинированное применение радиоактивных препаратов и наружного облучения.

В настоящее время не вызывает сомнений, что и хирургический, и лучевой методы лечения рака шейки матки одинаково полноценны.

При I стадии поражения рекомендуется комбинированный метод: хирургическое вмешательство с последующим профилактическим наружным облучением. Такая же тактика приемлема и при некоторых формах II стадии поражения (маточный и влагалищный варианты, если процесс не заходит за пределы влагалищных сводов), а также при II стадии заболевания у беременных.

С 1947 г. за рубежом снова был поднят вопрос о применении при лечении больных раком шейки матки в запущенных стадиях сверхрадикальных операций в виде экзентерации малого таза (Braunschwig, Daniel).

При этой операции одновременно с расширенной экстирпацией матки производят частичное или полное удаление мочевого пузыря (передняя энзентерация) либо прямой кишки (задняя энзентерация). Первичная летальность, по данным Braunschwig (1963), составила 16%; из 387 оперированных живы более 5 лет 19,8%.

Высокая послеоперационная смертность и малая эффективность операции экзентерации резко ограничивают показания к ней. В нашей стране сверхрадикальные операции по поводу рака шейки матки в IV стадии применяют лишь в исключительных случаях (при поражении мочевого пузыря без инфильтрации задней и боковой клетчатки) и должны выполняться только очень опытными хирургами.

При решении вопроса о показаниях к операции следует учитывать, что и ранние формы заболевания (I и II стадии) могут быть с успехом излечены лучевыми методами, причем отдаленные результаты лечения не уступают по эффективности оперативно-лучевой терапии.

Оперативное вмешательство при раке шейки матки в сочетании с лучевой терапией более целесообразно, чем применение лучевых методов, в следующих случаях:

1) у больных молодого возраста (до 30—35 лет), у которых заболевание протекает более злокачественно и опухоль менее чувствительна к лу-

чевому воздействию. Кроме того, лучевая терапия может приводить к стенозам и стриктурам влагалища, нарушая в той или иной степени половую жизнь;

- 2) у больных с не чувствительными к облучению формами рака;
- 3) если технически невозможно провести лечение лучевыми методами (уродства, стенозы, атрезии влагалища);
- 4) у больных, страдающих, помимо рака шейки матки, опухолями придатков или пиосальпинксом;
- 5) при сочетании рака шейки и фибромиомы матки;
- 6) у больных с операбельными формами рака при наличии беременности;
- 7) при склонности к лейкопении и лимфопении;
- 8) при психических заболеваниях, препятствующих проведению лучевой терапии.

Противопоказаниями к расширенной экстирпации матки являются тяжелые формы различных экстрагенитальных заболеваний, при которых радикальная операция опасна для жизни. К ним относятся декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, нефрозо-нефриты, тяжелые или острые заболевания легких, печени и тяжелый диабет, острые и подострые воспалительные процессы придатков матки и тазовой клетчатки.

Подготовка больной к расширенной экстирпации матки. Предварительное обследование должно включать клинические и биохимические анализы крови и мочи, запись электрокардиограммы, рентгеноскопию органов грудной клетки, хромоцистоскопию мочевого пузыря, ректоскопию, консультацию терапевтов. В случае необходимости приглашают и других специалистов (хирурга, эндокринолога, невропатолога и др.).

При отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству больную в условиях стационара готовят к операции, назначая сердечные, обильное питье (для дезинтоксикации организма). Ослабленным больным применяют внутривенное вливание 40% раствора глюкозы (по 20 мл), при анемии — трансфузии крови. Накануне операции назначают ванну; во второй половине дня дают только сладкий чай, вечером делают клизму. В день операции утром также ставят клизму. Непосредственно перед операцией опорожняют мочевой пузырь. Влагалище обрабатывают раствором фурацилина 1 : 5000, затем спиртом. Шейку матки смазывают 5% йодной настойкой.

Во влагалище вводят сухой тампон, который извлекают во время операции перед отсечением матки. Учитывая, что во время длительной операции наполняется мочевой пузырь, мы оставляем катетер на весь период оперативного вмешательства.

Гинеколог, оперирующий больных раком шейки матки, должен в совершенстве владеть техникой расширенной экстирпации матки. Эта операция впервые была разработана и предложена в 1904 г. Wertheim. В дальнейшем методика операции совершенствовалась гинекологами различных стран.

В Советском Союзе расширенную экстирпацию матки усовершенствовали Л. Л. Окинчиц, И. Н. Никольский, И. Л. Брауде, А. И. Серебров, А. Ю. Лурье, С. С. Добротин и др.

Наиболее распространенная модификация расширенной экстирпации матки подробно описана А. И. Серебровым в его монографии «Рак матки» и в руководстве «Оперативная онкогинекология» (1956).

Расширенная абдоминальная экстирпация матки, называемая часто операцией Вертгейма, является одной из наиболее сложных в хирургии. Из всех гинекологических операций это вмешательство — самое тяжелое и травматичное для больной. Эта операция трудна и для хирурга. В свое время Wertheim сказал: «Если операция Вертгейма и не всегда продлевает жизнь больным, то зато всегда укорачивает жизнь хирурга».

Радикальность этой операции зависит от техники ее выполнения. Если хирург не владеет соответствующей техникой, то он сводит оперативное вмешательство к простой экстирпации матки с бесполезной при этом методе оперирования отсепаровкой и травматизацией мочеточников. Вся клетчатка и лимфатические узлы, окружающие матку, остаются неуда- ленными, что нередко приводит к рецидиву заболевания.

А. Ю. Лурье, А. И. Серебров, Wagner и др. предостерегают от подобных псевдовертгеймовских операций. В решениях X Всесоюзного съезда аку- шеров-гинекологов (1957) записано: «Недопустимо производство расши- ренной экстирпации матки врачом, не имеющим достаточной хирургиче- ской подготовки».

Основными задачами при расширенной экстирпации матки по поводу рака ее шейки являются: 1) строгая плановость при производстве опера- ции; 2) максимальное удаление тазовой клетчатки вместе с лимфатиче- скими узлами независимо от их поражения; 3) удаление вместе с маткой верхней трети влагалища; 4) наименьшая травматизация мочеточников; 5) тщательный гемостаз; 6) предупреждение попадания инфекции из влагалища в брюшную полость.

Благодаря бережному обращению с мочеточниками и их отсепаровке на небольшом протяжении удалось резко снизить количество послеопера- ционных мочеточниковых свищей.

Г. Novac, применяющий более радикальный метод операции при раке шейки матки, использует свой способ профилактики мочеточниковых сви- щей, образуя «крышечки», состоящие из брюшинного листка и со- храненных сосудистых анастомозов, расположенных латерально от моче- точника.

Для планового и успешного выполнения операции необходимы полная анестезия и большой разрез от лобка до пупка или выше его на 3—4 см (при обильном отложении жировой клетчатки). Мы считаем, что надлоб- ковый поперечный разрез при расширенной экстирпации матки приме- нять не следует.

Выделение клетчатки и лимфатических узлов в целях наименьшей их травматизации и предупреждения имплантации раковых клеток не следует производить тушим путем. Наоборот, клетчатку и лимфатические узлы, мочеточники и мочевого пузыря следует выделять острым путем с помощью ножниц.

Во время операции с целью сохранения сил больной и профилактики шока назначают капельные переливания крови, препаратов и кровеза- менителей. Чем сложнее и травматичнее операция, тем более необходимы указанные мероприятия, особенно у анемизированных и истощенных больных.

Отечественные гинекологи добились больших успехов при оперативном лечении рака шейки матки. Летальность после расширенных экстирпаций матки при этом заболевании снизилась более чем в 10 раз и в настоящее время колеблется в пределах 1,5—3%, а по данным С. С. Добротина, за период с 1949 по 1961 г. на 1212 операций не было ни одного летального исхода.

Отдаленные результаты комбинированного лечения (хирургического и лучевого) рака шейки матки при I стадии заболевания, по статистике авторов разных стран, хорошие; выздоровление наблюдается в 80—85% случаев и более. По наблюдениям С. С. Добротина (1961), более 5 лет живы и здоровы при I стадии заболевания 84,5% оперированных, при II стадии — 50,8% и при III стадии (регионарно-метастатический вариант) — 33%.

Техника расширенной экстирпации матки

Брюшную полость вскрывают послойно срединным разрезом от лона до пупка, а при обильном развитии жировой клетчатки — на 4 см выше пупка, обходя его слева. После вскрытия брюшной полости края брюшины подшивают шелковыми швами к краю простыни или салфеток, покрывающих брюшную стенку в окружности раны. При этом швы проводят и через кожу у краев разреза (рис. 138). Этот прием используется с целью защиты клетчатки от микробов во время оперативного вмешательства.

Рану брюшной стенки расширяют (рис. 139) с помощью одного самодержащегося зеркала (Франца, Фора, Штеккеля или др.). Широкое раскрытие раны обеспечивает благоприятные условия для манипуляций хирурга в глубине таза. При введении зеркал необходимо следить, чтобы не ущемились кишечные петли или сальник между брюшной стенкой и branшей зеркала. С этой целью при введении и разведении branшей зеркала следует приподнимать края раны, потягивая за наложенные швы, и проверять пальпацией отсутствие ущемления кишечника или сальника.

После введения зеркала кишечные петли и сальник смещают в верхний отдел брюшной полости, тщательно прикрывают большими марлевыми салфетками или концом мягкого смоченного полотенца.

При эндотрахеальном наркозе благодаря использованию мышечных релаксантов обычно нет необходимости в положении Тренделенбурга или его используют в отдельные моменты операции при наклоне головной части стола на 15—20°. В ряде случаев для лучшего доступа к операционному полю под таз больной подкладывают валик или стол в этом месте перегибают.

На широкие связки с обеих сторон непосредственно у ребра матки накладывают длинные зажимы Кохера, которые хорошо фиксируют матку, позволяя подтягивать ее в рану брюшной стенки и смещать в желаемом направлении. Концы зажимов не следует располагать ниже области внутреннего зева. При раке матки наложение на нее различных видов щипцов, особенно прокалывающих стенку матки, может увеличивать опасность инфицирования брюшной полости.

Хирург должен тщательно обследовать путем осмотра и пальпации состояние тазовых органов и тканей, обращая внимание на наличие спаек, уплотнений в связках, рубцов, на степень поражения клетчатки и лимфатических узлов, если такое поражение неожиданно обнаруживается, чтобы окончательно удостовериться в операбельности заболевания и наметить план операции, который иногда может отклоняться от обычно принятой схемы. При наличии сращений матку и придатки выделяют из спаек.

Операцию удаления матки в большинстве случаев начинают с правой стороны. Хирург при этом стоит слева от больной. Матку отводят влево и в сторону, противоположную лону. На круглую связку в ее средней трети

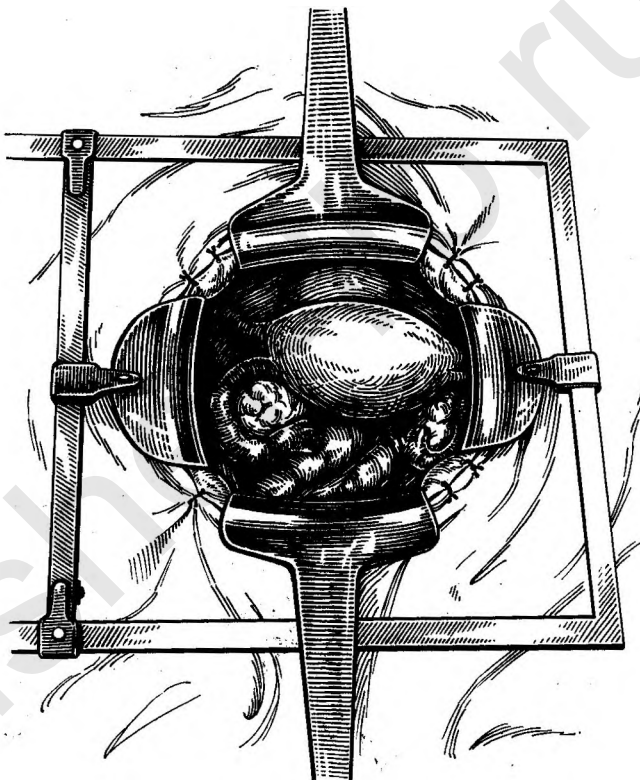
Рис. 138.

Расширенная экстирпация матки. Брюшная полость открыта; края брюшины фиксированы шелковыми швами к коже и краю простыни; введено зеркало Фора.



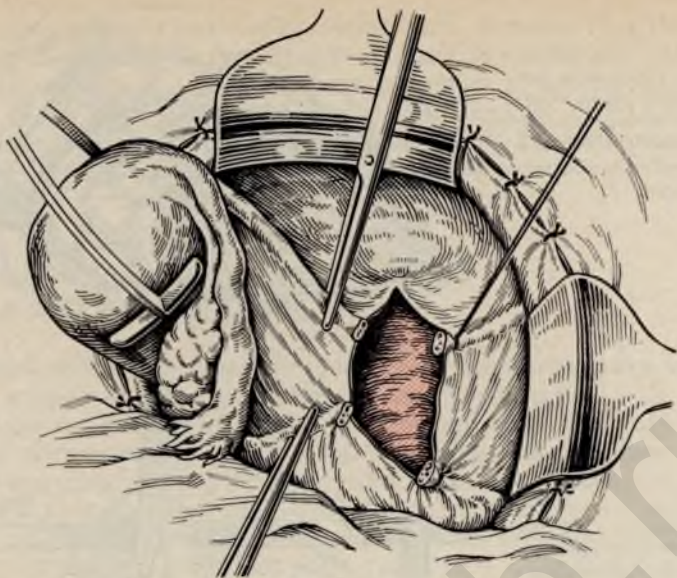
Рис. 139.

Чревосечение. Рана брюшной стенки раскрыта при введении зеркала Франца.

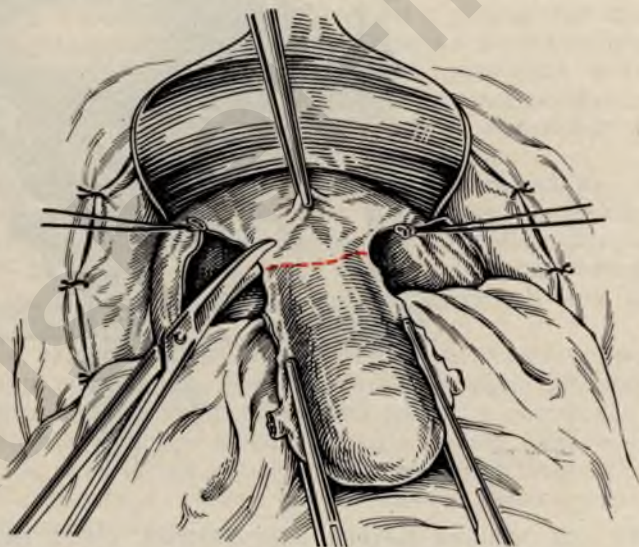


накладывают два зажима Кохера. Ампулярный конец трубы и яичник захватывают и приподнимают вверх пальцами или с помощью овариальных щипцов, натягивая при этом подвешивающую связку яичника и задний листок широкой связки. При этом часто хорошо бывает виден мочеточник, похожий на белесоватый шнур, просвечивающий через задний листок широкой связки.

На подвешивающую связку яичника накладывают два зажима Кохера, следя за тем, чтобы концами зажима не захватить мочеточник, который проходит близко под указанной связкой. При натяжении связки, подвешивающей яичник, отчетливо видны основная часть связки, содержащая



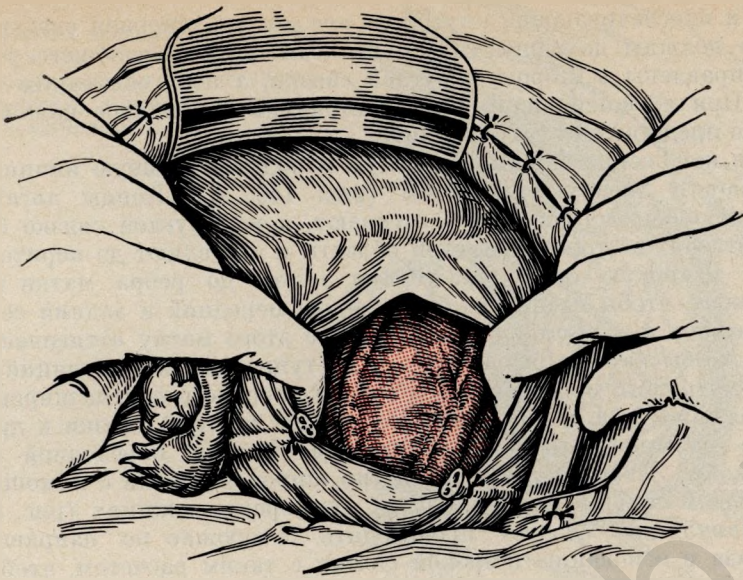
А



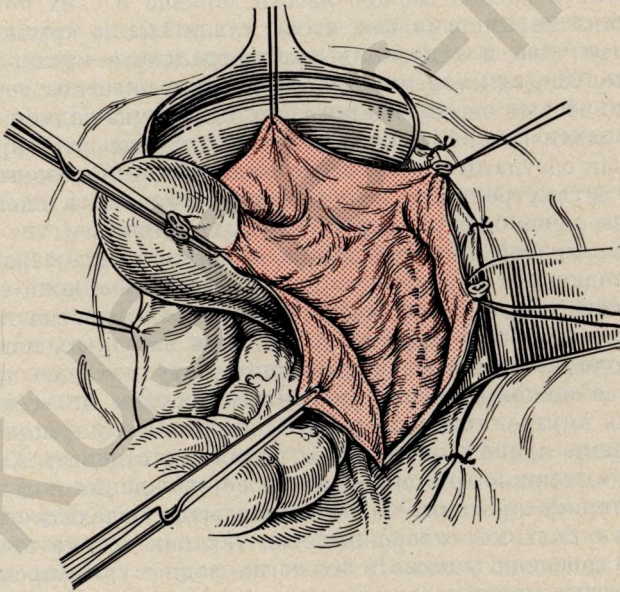
Б

Рис. 140. Расширенная экстирпация матки.

А — рассечены и лигированы круглая и подвешивающая яичник связки; Б — пересечение брюшины по пузырьно-маточной складке. Линия разреза обозначена пунктиром.



А



Б

Рис. 141. Расширенная экстирпация матки.

А — пальцами раздвинуты листки широкой связки; Б — параметрий справа рас-
слоен, сквозь рыхлую клетчатку просвечивает наружная подвздошная артерия. Ме-
диальнее, пересекая крупные сосуды, проходит мочеточник.

сосуды, и просвечивающие кнутри от нее листки широкой связки. Концы зажимов должны доходить только до этого просвечивающего участка и быть направлены в сторону круглой связки, а не к основанию широкой связки. При хорошей видимости мочеочочника правильное наложение зажимов не представляет затруднений.

После наложения зажимов круглую и подвешивающую яичник связки пересекают и лигируют кетгутом (рис. 140, А). Концы лигатуры на подвешивающей яичник связке отсекают, а на круглой связке берут на зажим, отводят в сторону паховой области и оставляют до перитонизации культей. Широкую связку рассекают почти до ребра матки и слегка расслаивают, чтобы отчетливо были видны передний и задний ее листки. То же делают и с другой стороны. После этого матку оттягивают кзади и вверх, чтобы хорошо была видна и доступна для манипуляций область пузырно-маточного пространства. Разрезы переднего листка широкой связки продолжают, идя в направлении от одной круглой связки к другой по брюшине пузырно-маточного кармана в области переходной складки (рис. 140, Б). Затем раздвигают листки широкой связки с помощью двух указательных пальцев или маленьких тупферов в зажимах (рис. 141, А). Эту манипуляцию следует производить осторожно по направлению к стенке таза и основанию широкой связки с таким расчетом, чтобы стало видно место разделения общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю подвздошные артерии. При глубоком расположении органов в малом тазу после частичного разведения листков широкой связки в образовавшийся расщеп можно ввести зеркала и с их помощью развести рыхлые ткани параметрия так, чтобы стали видны крупные сосуды у боковой стенки таза и основания параметрального пространства. Нередко при этом хорошо заметен мочеочочник в месте перегиба через безымянную линию таза; отсюда он спускается вниз и лежит на заднем листке широкой маточной связки (рис. 141, Б). Следует учитывать, что справа мочеочочник проходит над сосудами в области деления общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю подвздошные артерии, а слева перегибается через сосуды выше бифуркации указанных артерий.

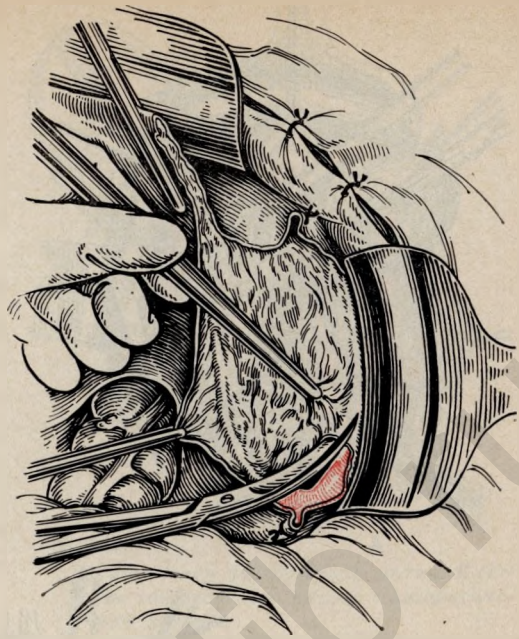
В расщеп правой широкой связки вводят широкое зеркало, с помощью которого отодвигают передний листок этой связки и край ее, а также край брюшной раны вверх и в сторону внутреннего отверстия пахового канала. При этом должна быть видна по всей длине наружная подвздошная артерия. Приподняв пинцетом покрывающую эту артерию тонкую фасцию, рассекают ее ножницами над указанным сосудом по всему протяжению.

Захватив внутренний край разреза фасции 2—3 тупоконечными зажимами, концами сомкнутых ножниц начинают отделять клетчатку от наружной подвздошной артерии до места ее вхождения под пупартову связку. Под артерией проходит одноименная вена; отделять от нее клетчатку необходимо с большой осторожностью, так как стенки этого очень крупного сосуда довольно тонкие и их легко можно травмировать, что сопровождается очень сильным кровотечением (рис. 142, 143).

Мы обычно отделяем клетчатку от вены сомкнутыми тупоносими, слегка изогнутыми ножницами, совершая легкие «пилящие» движения между сосудами и рыхлой клетчаткой. При этом кончик ножниц обращен в сторону запирающей ямки. При попадании в слой клетчатка обычно легко отходит вместе с лимфатическими узлами от стенок сосудов, мышц боковой стенки таза в направлении запирающей ямки. При выделении клетчатки из запирающего пространства следует выделить проходящий здесь п. obturatorius. Прикосновение к нему вызывает подергивание ноги.

Рис. 142.

Расширенная экстирпация матки. Пинцетом приподнята фасция, покрывающая наружную подвздошную артерию, и начато ее рассечение ножницами.



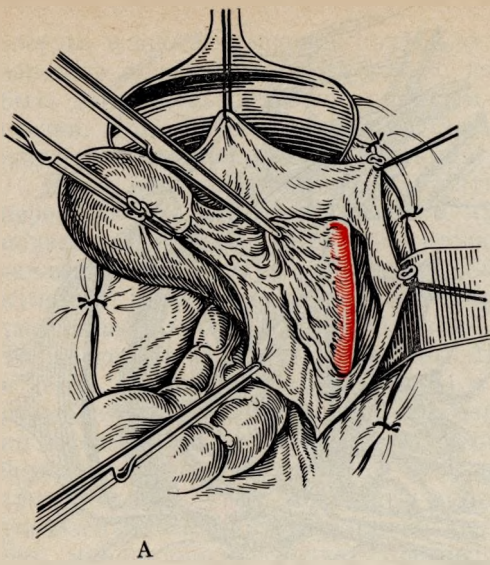
Заметив обнаженную от клетчатки часть нерва, не следует захватывать его пинцетом, а продольными движениями сомкнутых ножниц около нерва выделить его из клетчатки. Ближе к стенке таза проходят запирающие артерия и вена. При разрыве этой вены во время выделения клетчатки можно ее не перевязывать, потому что прижатие этого места па время марлевым тампоном останавливает кровотечение.

После отделения клетчатки от стенки таза отделяют клетчатку до места отхождения внутренней подвздошной артерии и вниз до стенок fossa ischiorectalis. Мочеточник при этом отодвигают в сторону, не отделяя его от заднего листка широкой связки.

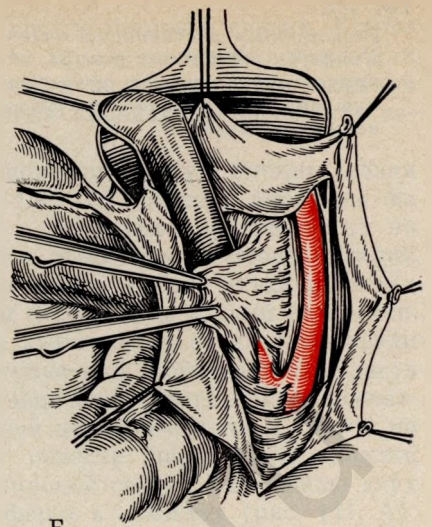
При выделении клетчатки по ходу внутренней подвздошной артерии необходимо учитывать, что под ней располагается одноименная вена. Ранение ее сопровождается очень сильным кровотечением, которое нелегко остановить в силу затруднений с перевязкой этой вены, так как ее задняя стенка плотно примыкает к стенке таза.

После отделения клетчатки внутренняя подвздошная артерия и отходящая от нее маточная артерия становятся хорошо видны (рис. 144). В этом месте нередко обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы (первый этап метастазирования), которые необходимо удалить вместе с клетчаткой. Под маточную артерию иглой Дешампа подводят кетгутовые или шелковые лигатуры, сосуд перевязывают и между ними пересекают. Одну лигатуру накладывают около внутренней подвздошной артерии, другую — на некотором расстоянии от нее. Концы лигатуры на центральном отрезке сосуда (около внутренней подвздошной артерии) отсекают.

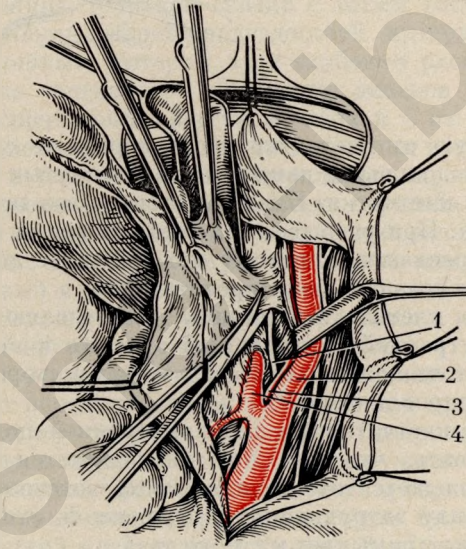
При выделении из клетчатки внутренней подвздошной артерии в области отхождения маточной артерии иногда за мочеточник может быть принята lig. umbilicale laterale, которая располагается латеральнее маточной артерии и имеет вид плотного белого шнура. Этой ошибки легко



A



Б



В

Рис. 143. Расширенная экстирпация матки.

А — начато выделение параметральной клетчатки; Б — дальнейшее выделение клетчатки по ходу крупных сосудов таза; В — продолжение выделения тазовой клетчатки: отсепаровка запирающего нерва (1); видны наружная подвздошная артерия (2), вена (3) и внутренняя подвздошная артерия (4).

избежать, проследив ход мочеточника, расположенного медиальнее сосудов. Облитерированную пупочную артерию, идущую к мочевому пузырю, следует сохранять, учитывая, что она содержит волокна симпатического нерва, которые играют большую роль в акте мочеиспускания (А. И. Серебров).

Иногда возникает необходимость в перевязке внутренней подвздошной артерии. В таком случае с помощью тупой иглы Дешампа указанную артерию осторожно отделяют от одноименной вены и затем перевязывают шелковой лигатурой, но при этом сосуд не перерезают.

С. С. Добротин при расширенной экстирпации матки после раскрытия параметрального пространства обнажает внутреннюю подвздошную артерию и перевязывает ее и дополнительно маточную артерию шелковыми лигатурами. Маточную артерию перерезают. После этого приступают к отсепаровке мочевого пузыря, мочеточников и удалению клетчатки с лимфатическими узлами. С. С. Добротин указывает, что перевязка внутренних подвздошных артерий более чем у 1500 больных не сопровождалась ни в одном случае возникновением мочеполювых свищей. В то же время перевязка этих артерий, как указывает сам автор, укорачивает продолжительность операции, способствует лучшему гемостазу и не требует наложения гемостатических швов при пересечении пластов клетчатки.

Многие авторы, в том числе и мы, не наблюдали осложнений при перевязке внутренних подвздошных артерий, но не считаем ее обязательной. Кроме того, по нашим наблюдениям, гемостатические швы при отсечении клетчатки у мочеточника и крестцово-маточных связок приходится накладывать, хотя кровотечение пос-

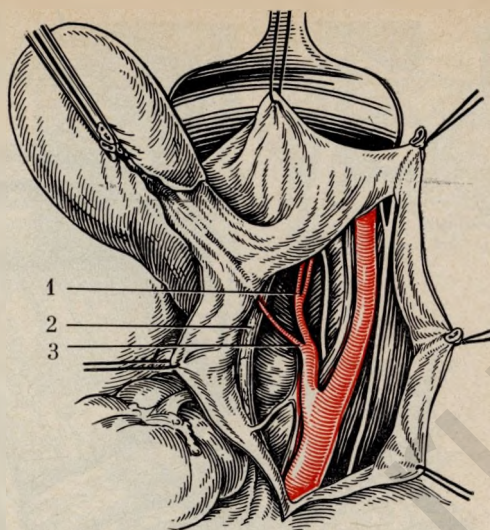


Рис. 144.

Расширенная экстирпация матки. Клетчатка таза удалена вместе с лимфатическими узлами.

1 — пузырная артерия; 2 — мочеточник; 3 — маточная артерия.

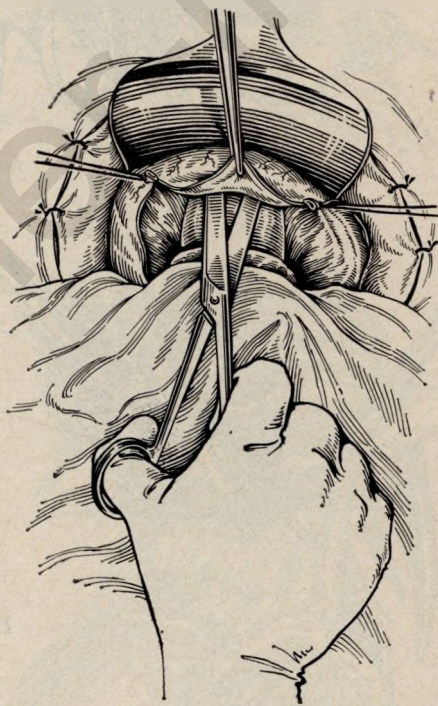


Рис. 145.

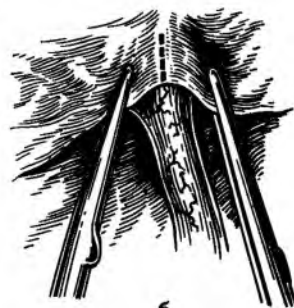
Расширенная экстирпация матки. Отслойка тупоконечными ножницами мочевого пузыря от передней стенки влагалища.



A



a



б

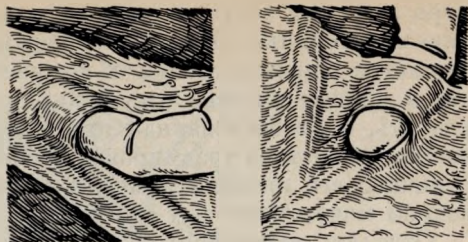
Б

Рис. 146. Расширенная экстирпация матки.

А — освобождение устьев мочеточника по Брауде; Б — освобождение устьев мочеточника путем туннелирования с помощью сомкнутых ножниц (а); пунктиром обозначена линия разреза над мочеточником (б).

Рис. 147.

*Расширенная экстирпация матки.
Туннелирование мочеточника по
Кроссену.*
А — пальцем проводят туннель в
клетчатке над мочеточником; Б — пунк-
тиром обозначена линия рассечения
клетчатки.

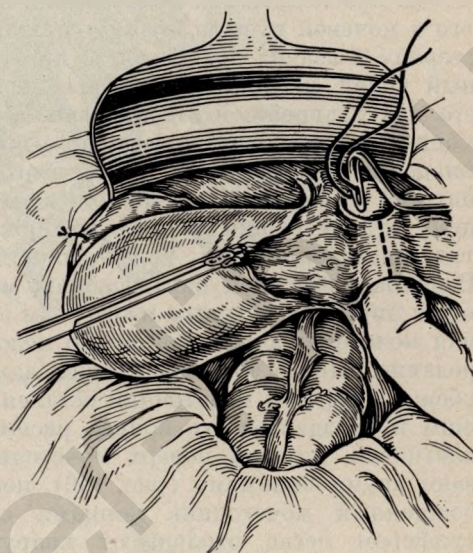


А

ле перевязки внутренних под-
вздошных артерий уменьшается.

Отделенный пласт клетчатки
остается соединенным только с
боковой стенкой мочевого пузыря
и с ребром матки. Отделенную
клетчатку, чтобы не травмировать
ее при последующих манипуляци-
ях, удаляют, отсекая мелкими
порциями между наложенными
зажимами и заменяя их кетгуты-
выми лигатурами.

После этого переходят к отделе-
нию мочевого пузыря и выделе-
нию мочеточника. Край разреза
брюшины в области пузырно-ма-
точной складки захватывают мяг-
ким зажимом и приподнимают.
Затем ножницами надсекают
предпузырную клетчатку, держа-
сь непосредственно у стенки матки.
Разведя брашши тупоконечных
ножниц, раздвигают предпузыр-
ную клетчатку между мочевым
пузырем и стенкой матки, а затем
влагалища (рис. 145). При этом
концы слегка изогнутых ножниц
должны быть направлены в сто-
рону матки и при раздвигании их
не следует заходить за пределы
передней стенки, чтобы не трав-
мировать венозные сосуды у ре-
бра матки в области устья моче-
точников. Этот прием, как указы-
вает А. И. Серебров, осуществ-
ляется очень легко и без кровоте-
чения.



Б

После отделения мочевого пу-
зыря край разреза брюшины под-
шивают одним или двумя швами
к нижнему углу разреза брюшной
стенки и смещают мочевой пу-

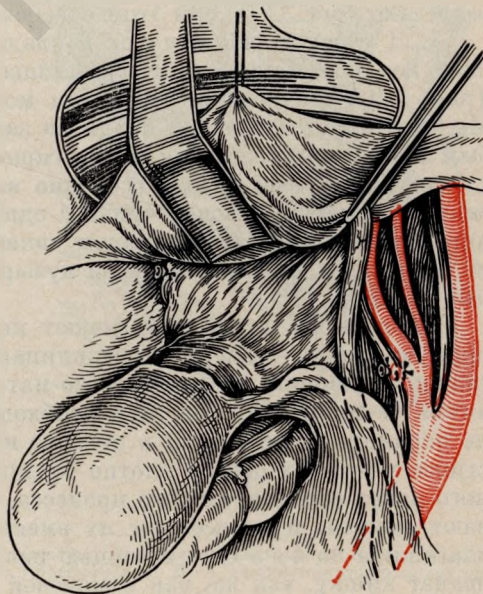


Рис. 148.

*Расширенная экстирпация матки.
Мочеточник окончательно выделен.*

зырь широким зеркалом вниз и к симфизу. Затем приступают к выделению мочеточника. В настоящее время мочеточник не отделяют от заднего листка широкой связки, к которому он фиксирован. Это связано с тем, что в данном участке отсутствует рыхлая клетчатка, которую следует удалить, а необоснованная отсепаровка мочеточника на большом протяжении вследствие травмирования подходящих к нему сосудов ведет к нарушению его питания и может сопровождаться в дальнейшем возникновением мочеточниковых свищей.

Отделять мочеточник начинают с того его отрезка, который, удаляясь от заднего листка широкой маточной связки, подходит к шейке матки. Чтобы проследить ход мочеточника в нижнем отрезке до места вхождения его в мочевой пузырь, нужно сильно оттянуть матку в противоположную сторону и кзади. Потягивая за лигатуру (зажим), наложенную на маточный конец сосудистого пучка, отделяют от него мочеточник, овобождая его для дальнейшей отсепаровки. Мочевой пузырь тупым путем и с помощью ножниц отсепаровывают от передней стенки влагалища до места впадения мочеточников. После этого обнажают пласт рыхлой клетчатки, идущий от боковой стенки мочевого пузыря вверх мочеточника к нижнему отделу шейки матки и содержащий венозные сосуды пузырно-влагалищного сплетения, переходящие с мочевого пузыря на влагалище. Волокна клетчатки, окутывающей мочеточник в виде муфты, приподнимают пинцетом и тупым изогнутым зажимом или сомкнутыми ножницами над мочеточником, следя за его ходом, и осторожно производят туннелирование. После того как конец зажима вышел из клетчатки, еще раз убеждаются, что мочеточник остался ниже этого зажима. Раскрывают зажим и, раздвигая его концы, расширяют образованный туннель. Пласт клетчатки, идущий вверх мочеточника (связку Макенродта), захватывают двумя зажимами (рис. 146), пересекают и лигируют кетгутом. Освобожденный мочеточник концами сложенных ножниц или маленьким тупфером легко отодвигают кнаружи. Grossen рекомендует выделять устье мочеточника путем туннелирования пальцем, после чего иглой Дешампа накладывают две кетгутовые лигатуры, между которыми связку разрезают (рис. 147); при этом освобождается устье мочеточника (рис. 148).

И. Л. Брауде рекомендует накладывать зажимы и на клетчатку, идущую под мочеточником от влагалища к боковой стенке мочевого пузыря (рис. 149). Мочеточник при этом малым тупфером отводят в сторону. Мы этот пласт клетчатки брали на зажимы лишь в тех случаях, когда он был хорошо выражен, так как лигирование клетчатки в этой области предупреждает кровотечение, особенно из венозных сосудов. Закончив выделение клетчатки и мочеточника с одной стороны, рыхло тампонируют запирательную ямку и производят такие же манипуляции на другой стороне, выделяя клетчатку, мочевой пузырь, мочеточник и перевязывая маточные сосуды.

После этого матку оттягивают кпереди по направлению к лону, а прямую кишку — кверху и ножницами рассекают в области переходной складки брюшину прямокишечно-маточного кармана (рис. 150), приподнимая ее пинцетом; при этом необходимо соблюдать осторожность, чтобы не поранить мочеточники и прямую кишку. Если брюшина в области крестцово-маточных связок плотно соединена с ними в результате перенесенного ранее воспалительного процесса, то на верхние слои связок накладывают зажимы и пересекают их вместе с брюшиной. Кишку отделяют от влагалища на 4—5 см с помощью пальца или тупфера. А. И. Серебров отделяет кишку, так же как и мочевой пузырь, путем раздвигания тупоко-

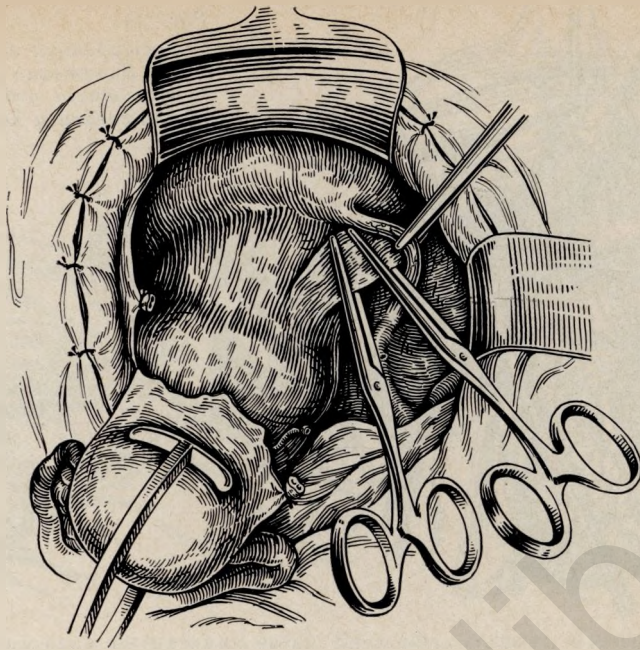


Рис. 149. Расширенная экстирпация матки по Брауде.

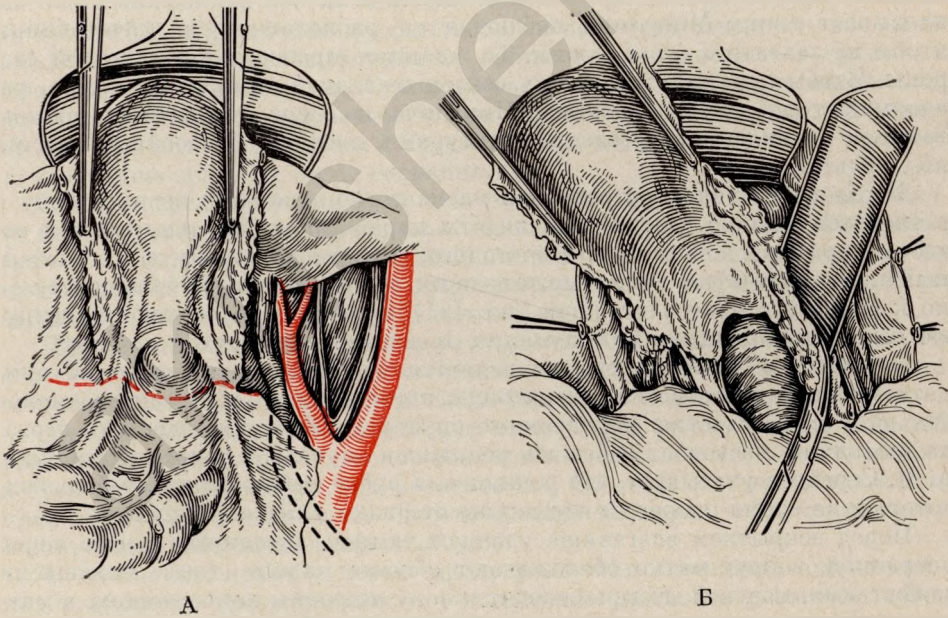


Рис. 150. Расширенная экстирпация матки.

А — матка подтянута кверху и вперед. Пунктиром обозначена линия разреза брюшины прямокишечно-маточного пространства; Б — наложение зажима на крестцово-маточную связку.

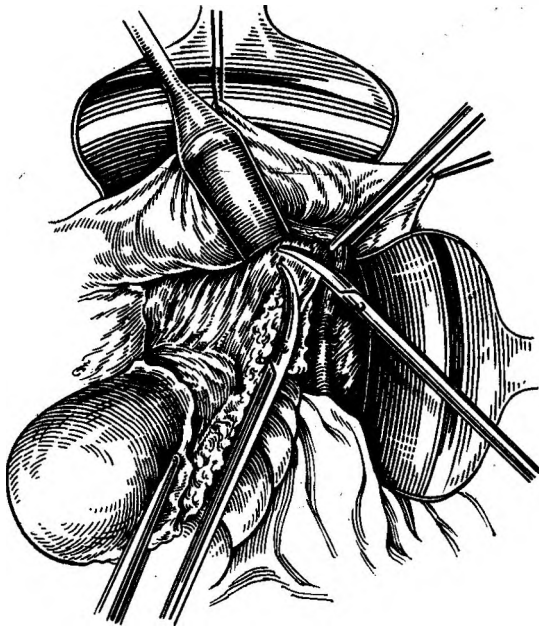


Рис. 151.

Расширенная экстирпация матки. Наложение клемм на остатки заднего отдела кардинальной связки и паракольпий.

нечных ножниц. Прямая кишка должна быть отделена не только от стенки влагалища, но и от крестцово-маточных связок. После этого помощник отодвигает отделенную прямую кишку длинным узким тупфером книзу и кзади от правой крестцово-маточной связки и на нее как можно ниже накладывает зажим Микулича, наблюдая за расположением мочеочника, чтобы не захватить его в зажим. То же самое производят и с другой стороны. Чтобы пересечь всю толщу связок до задней стенки влагалища, накладывают добавочные зажимы Микулича по мере пересечения связок. Зажимы заменяют кетгутowymi лигатурами, избегая образования массивных культей.

После пересечения ретракторов матка легко отводится вверх к лону и становятся хорошо доступными пласты паравагинальной клетчатки и остатки кардинальной связки. Мочеточник отводят в сторону и на указанный пласт клетчатки накладывают зажим, расположенный перпендикулярно к боковой стенке влагалища (рис. 151); клетчатку пересекают и лигируют кетгутом. Такая же манипуляция производится с другой стороны.

Следующим этапом операции является удаление матки вместе с придатками и верхним отрезком влагалища, который должен отстоять не менее чем на 4 см от участка, пораженного опухолью. Удаление верхнего отрезка влагалища позволяет избежать рецидивов опухоли в культе влагалища. А. И. Серебров указывает, что рецидивы в рубце наблюдаются, у больных, которым во время операции влагалище отсекают близко от опухоли.

Перед вскрытием влагалища удаляют тампон, введенный в него перед операцией, вокруг матки обкладывают область малого таза марлевыми салфетками, мочевой пузырь отводят к лону широким подъемником, а матку оттягивают по направлению к промонторию. Переднюю стенку влагалища захватывают по средней линии двумя длинными зубчатыми зажимами на расстоянии 1,5—2 см один от другого. Подтянув стенку влагалища с помощью этих зажимов сверху, рассекают ее ножницами между зажима-

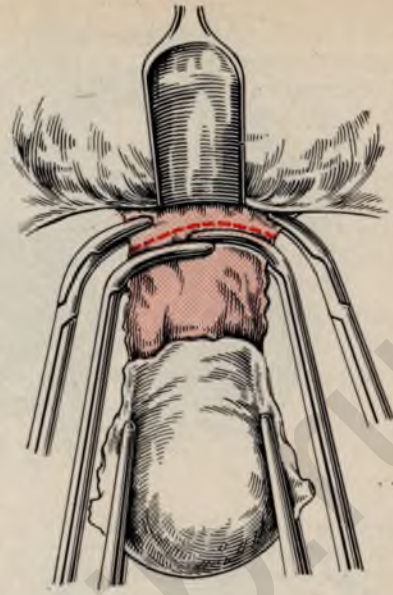
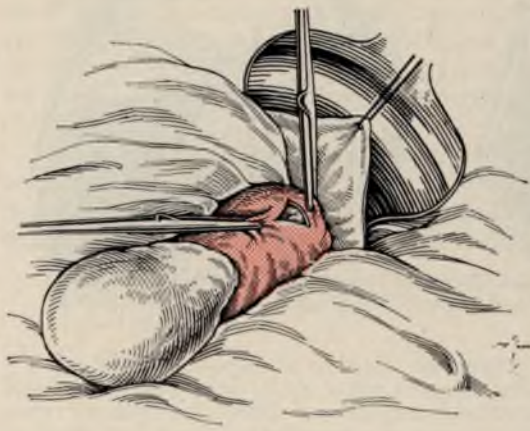


Рис. 152. Расширенная экстирпация матки. Влагалище вскрыто, в полость влагалища введен марлевый тампон.

Рис. 153. Расширенная экстирпация матки. Наложены зажимы Вертгейма. На боковые стенки влагалища наложены зажимы Микулоча. Пунктиром обозначена линия разреза передней влагалищной стенки.

ми (рис. 152) и, расширив несколько образовавшееся отверстие, вводят во влагалище узкий марлевый тампон, концы которого остаются сухими, а середина смочена спиртом. Сухой конец тампона впитывает выделения, если они остались во влагалище, а участок, смоченный спиртом, используют для обработки краев раны и верхней части влагалища. Тампон удаляют из влагалища сразу же после операции.

С целью предохранения брюшной полости от выделений и крови, обычно инфицированной, целесообразно использование зажимов Вертгейма (рис. 153) или им подобных, наложение которых на влагалищную трубку предохраняет от попадания в операционную рану инфицированного содержимого и кусочков опухоли из влагалища.

При отсечении влагалища следует положить зажимы Микулоча на кровоточащие сосуды, особенно у боковых стенок, заменив их кетгутowymi лигатурами, узлы которых должны быть обращены в просвет влагалища.

Рассечение влагалища производят по передней стенке, идя от ранее образованного отверстия, по можно рассекать и сбоку, оттянув матку вверх и в сторону и контролируя ход мочеточника. По мере отсечения влагалища края его культи захватывают спереди и сзади зажимами и лигируют кетгутотом кровоточащие влагалищные сосуды.

В настоящее время с целью предупреждения скопления выделений в подбрюшинных пространствах и уменьшения опасности развития инфекции используется бестампонный метод дренирования по И. Л. Брауде. Мы в течение 20 лет с успехом применяем этот метод, который выполняется следующим образом. После отсечения влагалища соединяем тремя кетгутowymi швами переднюю стенку влагалища с краем

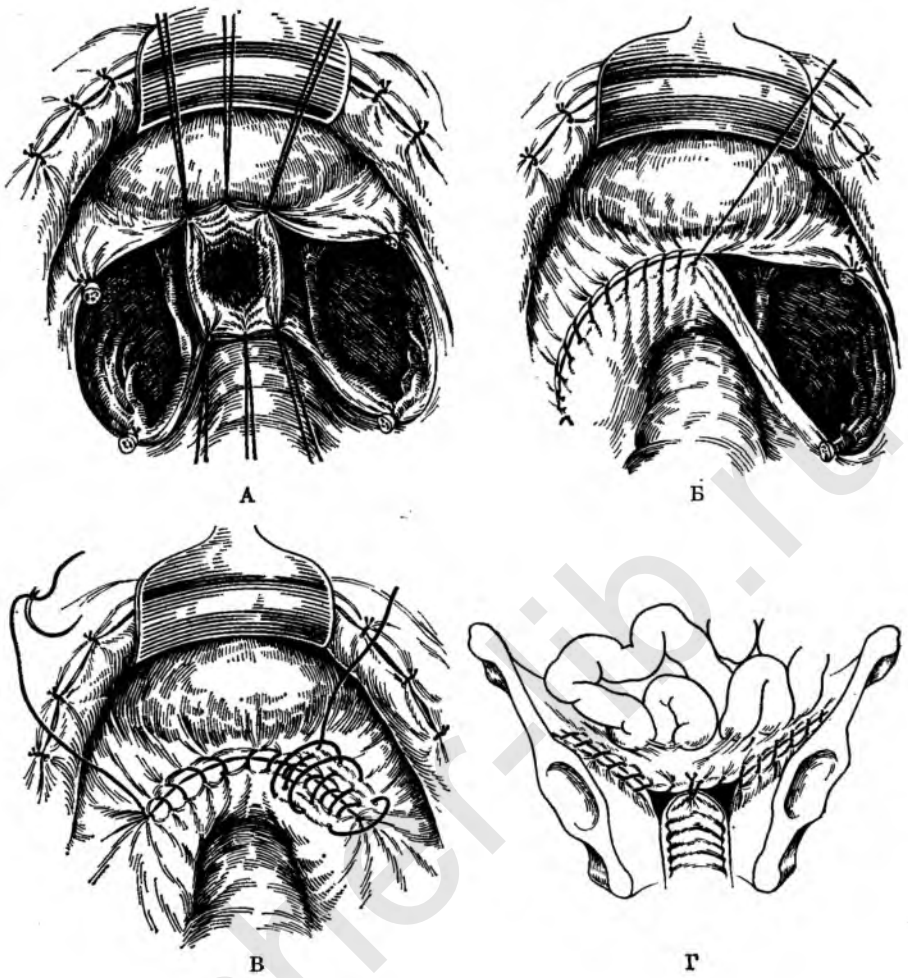


Рис. 154. Расширенная экстирпация матки. Бесстампонное дренирование подбрюшинных пространств по Брауде.

А — с помощью узловатых кетгутовых швов соединены передняя стенка влагалища с брюшиной мочевого пузыря и задняя стенка влагалища с брюшиной прямой кишки; Б и В — перитонизация путем соединения переднего и заднего листков брюшины двухъярусным непрерывным швом; Г — края влагалищной раны с боков не зашиты и, свободно свисая, обеспечивают отток раневого секрета из подбрюшинного пространства.

разреза брюшины пузырно-маточной складки, а заднюю стенку — с брюшиной прямокишечно-маточного кармана (рис. 154). Это делается с расчетом прикрыть брюшиной оголенные стенки мочевого пузыря и прямой кишки. Боковые стенки влагалища остаются незашитыми и, свободно свисая, обеспечивают отток раневого отделяемого. Затем производится тщательная перитонизация путем сшивания непрерывным кетгутовым швом листков брюшины от культи воронко-тазовой связки одной стороны до культи той же связки на другой стороне. И. Л. Брауде рекомендует производить перитонизацию в два этажа, но мы чаще используем один шов, если при этом удается хорошо соединить края разрезов брюшины.

А. Ю. Лурье с целью уменьшения опасности инфицирования брюшной полости рекомендовал перед отсечением влагалища произвести перитонизацию с обеих сторон до влагалища. Подобный прием при распадающейся опухоли шейки матки может быть целесообразным. После этого удаляют тампоны из брюшной полости и осушают ее марлевыми тупферами. В подбрюшинные пространства через прокол брюшины иглой вводят антибиотики. Инструменты и белье в окружности раны удаляют. Рану брюшной стенки зашивают послойно наглухо. Из влагалища удаляют тампон, введенный во время операции, и мягким катетером выпускают мочу. Накладывается повязка.

Учитывая, что операция продолжается длительно, а наполнение мочевого пузыря препятствует манипуляциям в глубине малого таза, мы в последние годы вводим катетер в мочевой пузырь перед началом операции и оставляем его до конца оперативного вмешательства.

Примерное описание операции абдоминальной (радикальной) экстирпации матки (exstirpatio uteri cum adnexis et resectio vaginae)

Продольным разрезом от лона до пупка послойно вскрыта брюшная полость. Края брюшины подшиты к коже и краю простыни. При осмотре обнаружено, что матка нормальной формы и величины, придатки без изменений. Увеличенных лимфатических узлов и инфильтратов в параметриях и у стенок таза при пальпации не выявлено.

На верхние отделы широких связок непосредственно у ребер матки наложены длинные зажимы Кохера до уровня внутреннего зева. Матка подтянута в брюшную рану. На подвешивающие яичники и круглые связки наложены зажимы, между которыми связки перерезаны и лигированы. Разрез от одной круглой связки до другой продолжен по брюшине пузырно-маточного пространства в области переходной складки. Мочевой пузырь с помощью ножниц отсепарован от шейки матки до влагалища. Раздвинуты тупым путем листки широкой связки справа, матка отведена влево. Рассечена фасция над подвздошными сосудами и вместе с клетчаткой и лимфатическими узлами, «единым блоком», отсепарована от крупных сосудов таза и запирательного нерва, отсечена порциями от стенок мочевого пузыря и матки, после чего клетчатка удалена. Перевязаны и перерезаны маточные сосуды около внутренней подвздошной артерии. Дополнительно отсепарован мочевой пузырь от верхней трети влагалища и выделен правый мочеточник до его устья на протяжении 5—6 см. При этом взята в зажимы и перерезана связка Макенродта.

Матка отведена вправо и произведены отсепаровка мочеточника слева. Затем надрезана брюшина, переходящая с матки на прямую кишку, и последняя отделена от влагалища на 5 см и от внутренних поверхностей крестцово-маточных связок. Из влагалища удален тампон, введенный перед операцией. На крестцово-маточные связки наложены зажимы, связки перерезаны и лигированы кетгутом. Матка сильно подтянута в брюшную рану. Паравагинальная клетчатка и кардинальные связки с обеих сторон захвачены зажимами, перерезаны и лигированы кетгутом. Влагалище пережато зажимами Вертгейма и вскрыта его передняя стенка. Во влагалище введены марлевая полоска, смоченная спиртом. Разрез влагалища продолжен и матка с придатками и частью влагалища удалена.

Брюшина, покрывающая мочевой пузырь и прямую кишку, кетгутowymi швами подшита соответственно к передней и задней стенкам влагалища. Передний и задний листки брюшины сшиты непрерывным кетгутowym швом от одной воронко-тазовой связки до другой. При этом над незащитым отверстием влагалища соединена брюшина, покрывающая мочевой пузырь, с брюшиной прямой кишки. В подбрюшинные пространства введены антибиотики. Брюшная рана зашита послойно наглухо. На брюшину и мышцы наложен непрерывный кетгутовой шов, на апоневроз — узловатые швы из кетгута и шелка, на подкожную клетчатку — узловатые швы. На кожу наложены три поддерживающих шелковых шва, проведенных через апоневроз. Между этими швами кожная рана зашита узловатыми шелковыми швами. Наложены повязка-наклейка и «бандаж-повязка» на живот. Удален тампон из влагалища и катетером выпущена моча.

Катетеризацию мочевого пузыря производит оперирующий врач или его помощник.

Следует строго следить за количеством мочи и ее цветом.

Техника радикальной влагалищной экстирпации матки

В России влагалищная экстирпация матки при раке впервые была произведена в 1846 г. учеником Н. И. Пирогова профессором Казанского университета А. А. Китером совместно с Ф. Елачицем. В дальнейшем, особенно к 70-м годам прошлого столетия, влагалищная экстирпация матки при раке получила распространение, так как послеоперационная смертность при этом методе была меньше (30%), чем при брюшностеночной экстирпации матки (70%). Много усовершенствований в методику влагалищных операций внес Д. О. Отт.

Разработку метода радикальной влагалищной экстирпации матки продолжали Schauta, Schreder и Stoekel, стремясь к большему радикализму при удалении клетчатки.

Однако невозможность удаления лимфатических узлов, особенно по ходу крупных сосудов таза и из запирающей ямки, а главное, победное шествие методов асептики и антисептики привели к тому, что брюшностеночные операции, будучи технически более радикальными, сделались безопасными и влагалищный метод стал применяться редко. Несомненно то, что влагалищные операции легче переносятся больными. Обычно влагалищная радикальная операция при раке применяется лишь в случае резко выраженного ожирения брюшной стенки, у больных старческого возраста и резко истощенных. Только некоторые хирурги-гинекологи (Bastiance в Голландии, Mitra в Индии и др.) отдают предпочтение влагалищной экстирпации матки перед брюшностеночным чревосечением.

Больную укладывают на операционном столе в положении для влагалищной операции. Подготовку влагалища к операции производят различными способами: выскабливают опухолевую ткань с поверхности шейки матки, а ложе выжигают термокаутером или с помощью диатермокоагуляции; моют стенки влагалища водой с мылом, протирают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. В настоящее время чаще всего непосредственно перед операцией влагалище и шейку матки обрабатывают спиртом и 5% йодной настойкой.

При распадающейся язве или обильных выделениях целесообразно вначале обработать влагалище и шейку матки раствором перекиси водорода, затем раствором фурацилина 1:5000, а после этого уже протереть спиртом и смазать 5% йодной настойкой. Наружные половые органы протирают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Мочевой пузырь опорожняют с помощью катетера.

Обычно при радикальной экстирпации матки через влагалище для облегчения доступа к органам малого таза производят добавочный разрез Шухардта слева (рис. 155).

В некоторых случаях может возникнуть необходимость в применении дополнительных разрезов с обеих сторон.

Разрез начинают с середины влагалища, проводят слева между боковой и задней стенками влагалища и на промежности ведут слева, отступая 4—5 см от заднего прохода. Разрез делают достаточно глубокий, захватывая частично и *m. levator ani*. Обычно этот разрез сопровождается значительным кровотечением, поэтому необходим тщательный гемостаз. С целью уменьшения кровотечения область предстоящего разреза целесообразно инфильтрировать раствором новокаина с адреналином, что рекомендовал Stoekel.

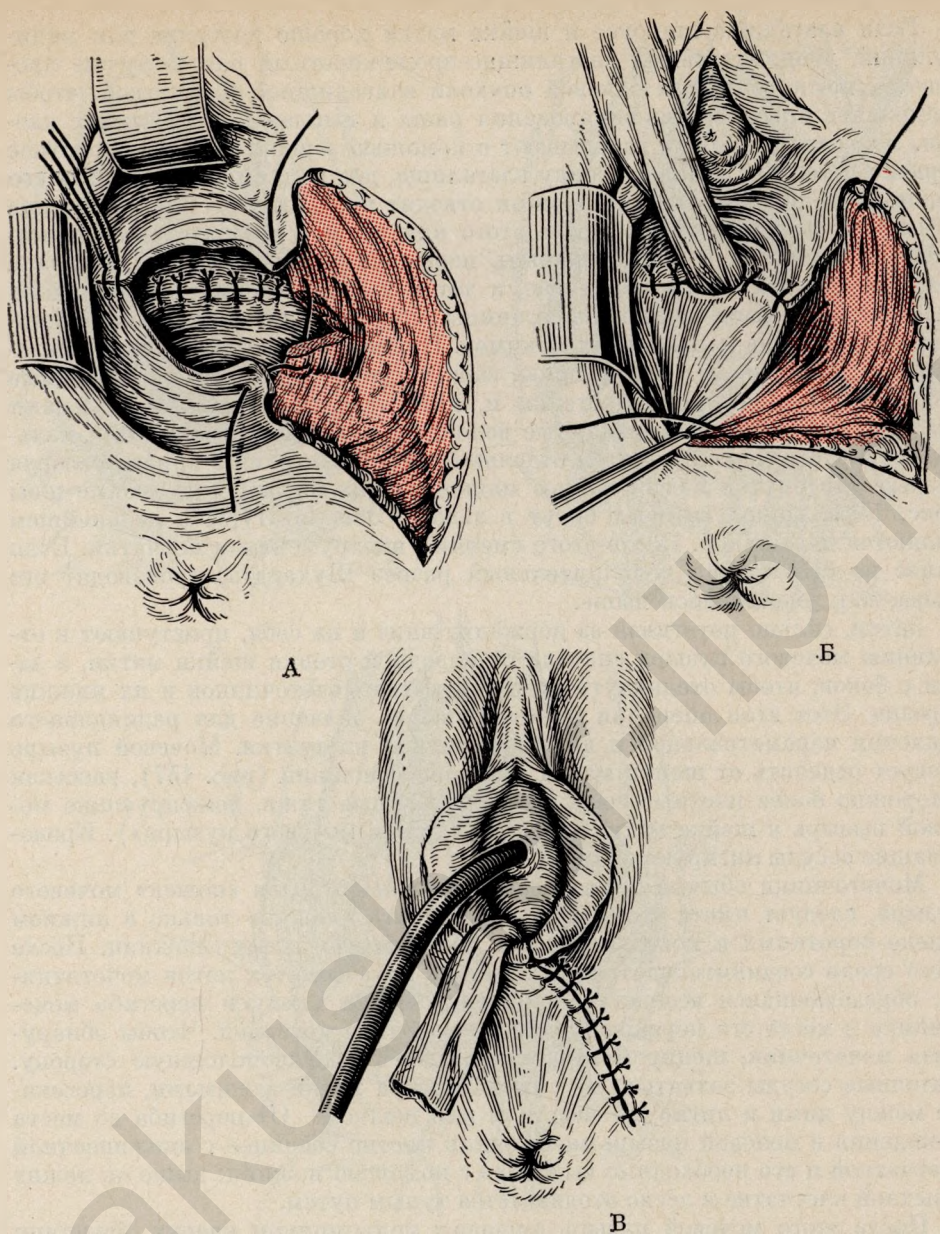


Рис. 155. Глубокий влагалищно-промежностный разрез при влагалищной экстирпации матки.

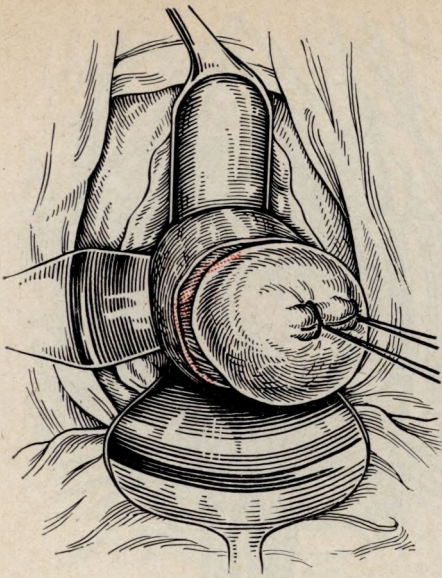
А — видны швы на культе влагалища и незавязанный шов, соединяющий края разреза в преддверии влагалища; Б — начато наложение погружных швов; В — влагалищно-промежностный разрез зашит, во влагалище введен тампон, в мочевой пузырь — катетер.

Если влагалище широкое и шейка матки хорошо доступна для манипуляций, дополнительный влагалищно-промежностный разрез лучше произвести после закрытия раковой опухоли влагалищной манжеткой, чтобы уменьшить опасность инфицирования раны и имплантации раковых клеток. Влагалище широко раскрывают с помощью зеркал; широкое короткое зеркало оттесняет заднюю стенку влагалища, два подъемника разводят его боковые стенки и третий подъемник отводит переднюю стенку влагалища и мочевого пузыря к лону. После этого приступают к образованию влагалищной манжетки с целью закрыть пораженную шейку матки. Сначала захватывают зажимами переднюю, а затем заднюю стенку влагалища на расстоянии 3—4 см от верхней границы опухоли и производят циркулярный разрез выше наложенных зажимов. При этом разрезают стенку влагалища и лежащую под ней фасцию, зажимы перекалывают на свободные края разреза влагалищной стенки и, потягивая за зажимы, надсекают скальпелем соединительнотканые волокна с помощью тупфера или пальца, обернутого марлей, а затем отделяют стенки влагалища книзу. На края разреза завернутой над опухолью манжетки накладывают шелковые швы (рис. 156), концы которых берут в зажим. Эти лигатуры в дальнейшем являются держалкой. После этого сменяют инструменты и перчатки. Если ранее не был сделан дополнительный разрез Сухардта, производят его слева, как указывалось выше.

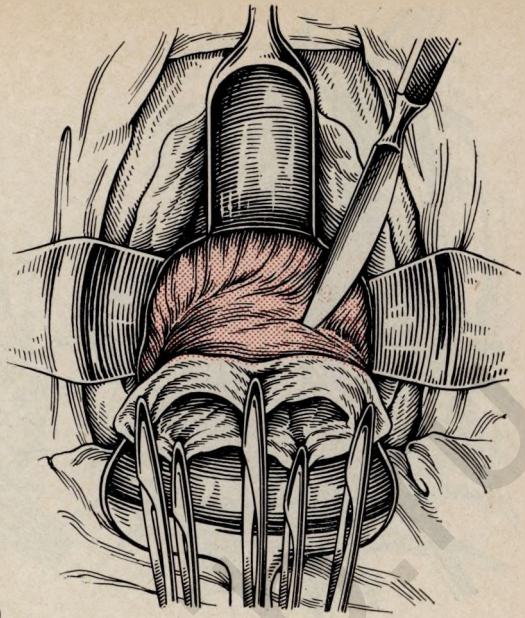
Затем, сильно потягивая за держалку вниз и на себя, приступают к отделению мочевого пузыря сначала от передней стенки шейки матки, а затем с боков, чтобы отодвинуть от матки устья мочеточников и их нижние отрезки. Этот этап операции имеет большое значение для радикального удаления параметральной и паравагинальной клетчатки. Мочевой пузырь следует отделять от шейки матки с помощью ножниц (рис. 157), рассекая осторожно более плотные соединительнотканые тяжи, фиксирующие мочевой пузырь к шейке матки с боков («ножки мочевого пузыря»). Кровоточащие сосуды лигируют кетгутом.

Мочеточники обычно лежат позади верхних отделов «ножек» мочевого пузыря, следует иметь это в виду и рассекать «ножки» только в нижнем отделе короткими и поверхностными ударами изогнутых ножниц. После этого среди соединительнотканых пучков показывается петля мочеточника, образовавшаяся вследствие смещения матки книзу и перегиба мочеточника в месте его перекрещивания с маточной артерией. Чтобы обнаружить мочеточник, шейку матки оттягивают в противоположную сторону. Маточные сосуды захватывают у самого ребра матки зажимами, пересекают между ними и лигируют кетгутом или шелком. От перегиба до места вхождения в мочевой пузырь мочеточник плотно соединен с окологеечной клетчаткой и его необходимо выделять с помощью ножниц; выше он лежит в рыхлой клетчатке и легко отодвигается тупым путем.

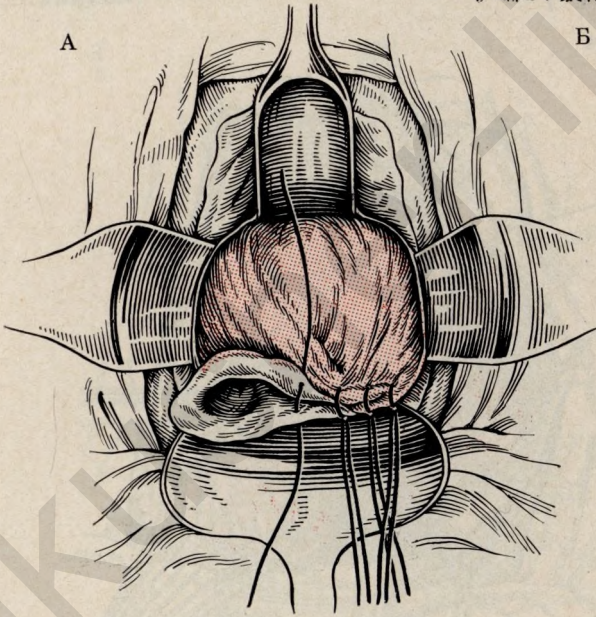
После этого мочевой пузырь смещают подъемником кверху, брюшину пузырно-маточного углубления захватывают зажимом или пинцетом, вскрывают ножницами и разрез расширяют в обе стороны (рис. 158). Затем шейку матки оттягивают кпереди и кверху, острым и тупым путем отделяют прямую кишку до брюшины прямокишечно-маточного кармана, последнюю вскрывают ножницами и разрез брюшины расширяют в обе стороны. После этого с боков становятся ясно видны натянутые крестцово-маточные связки, идущие от задней поверхности шейки матки к стенкам таза и охватывающие прямую кишку. На обе крестцово-маточные связки накладывают зажимы, между которыми связки пересекают и лигируют кетгутом. Массивные связки пересекают между зажимами в два приема. Пос-



А



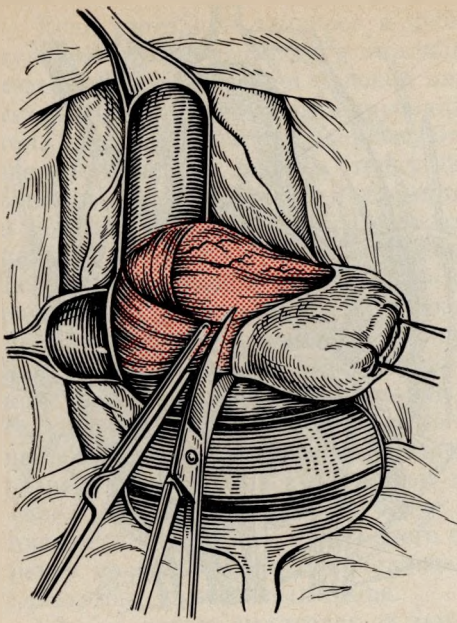
Б



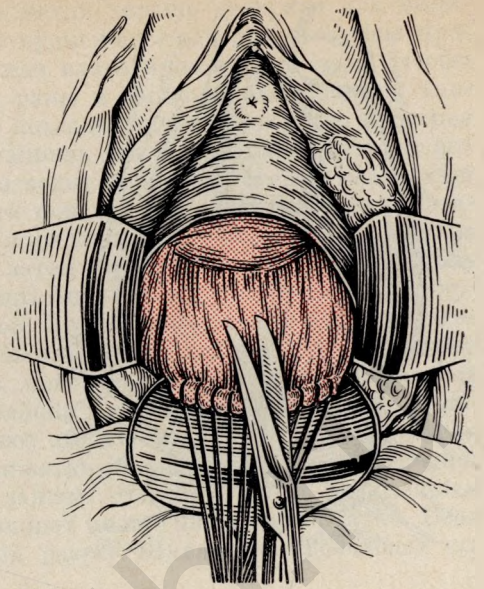
В

Рис. 156. Влагалищная экстирпация матки при раке шейки.

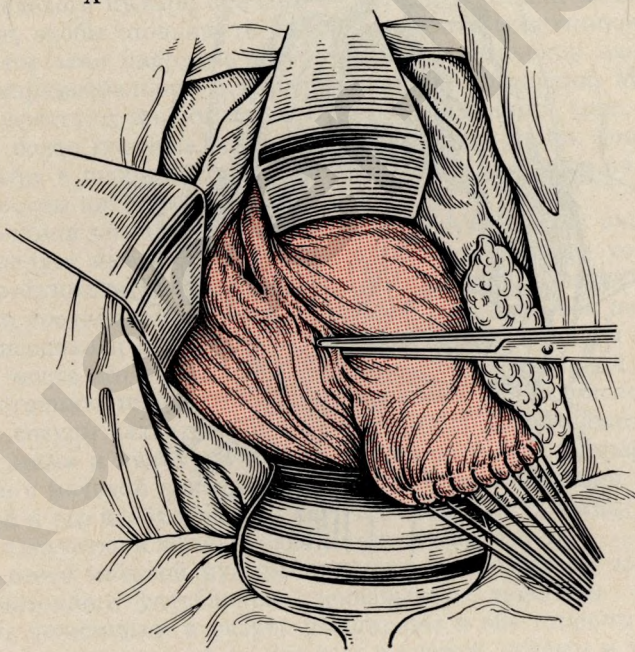
А — циркулярный разрез стенки влагалища; Б — образование манжетки из стенки влагалища; В — манжетка завернута и сшита отдельными швами, закрывая опухоль шейки матки.



А



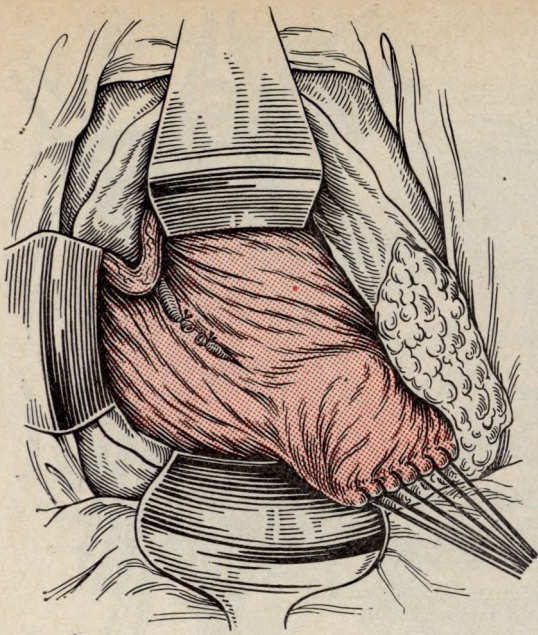
Б



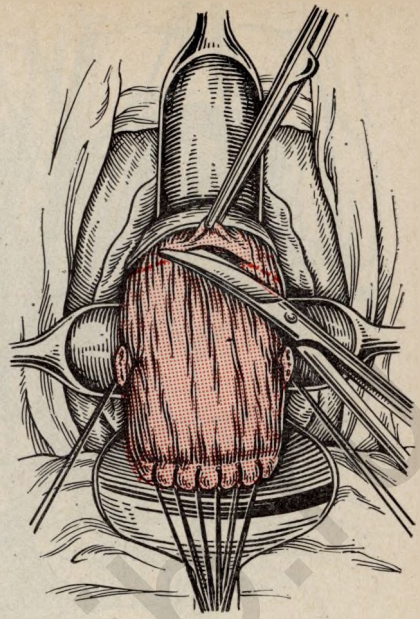
В

Рис. 157. Влагалищная экстирпация матки.

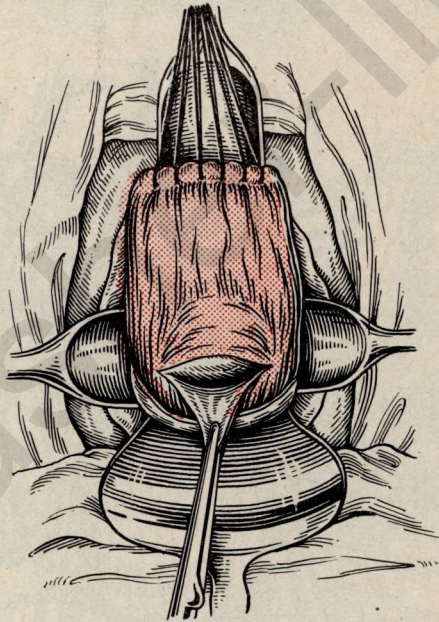
А — рассечение кардинальных связок; Б — отделение мочевого пузыря от шейки матки ножницами; В — зажимом Кохера захвачена маточная артерия. Выше намечается колено мочеточника.



А



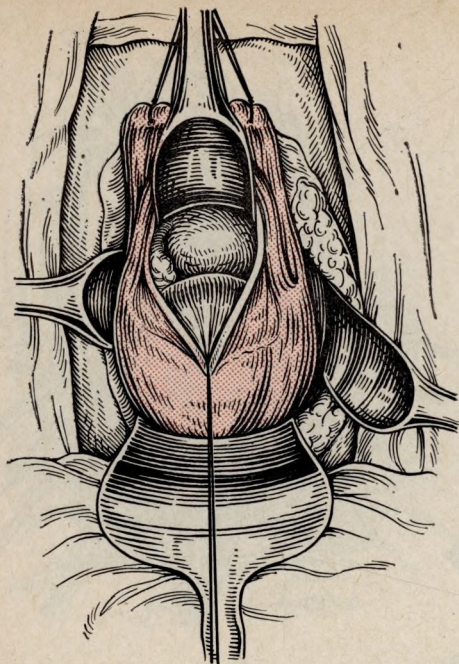
Б



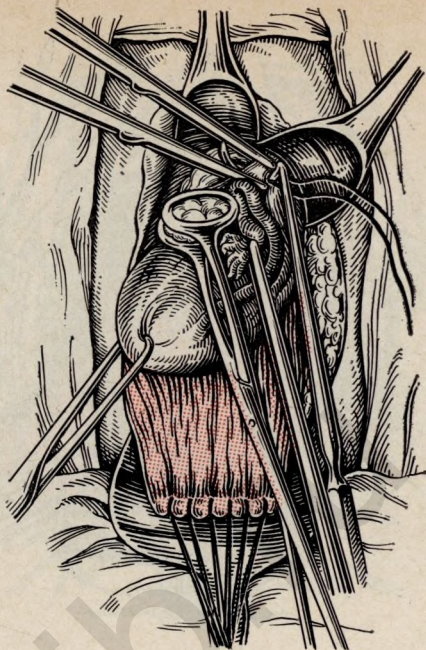
В

Рис. 158. Влагалищная экстирпация матки.

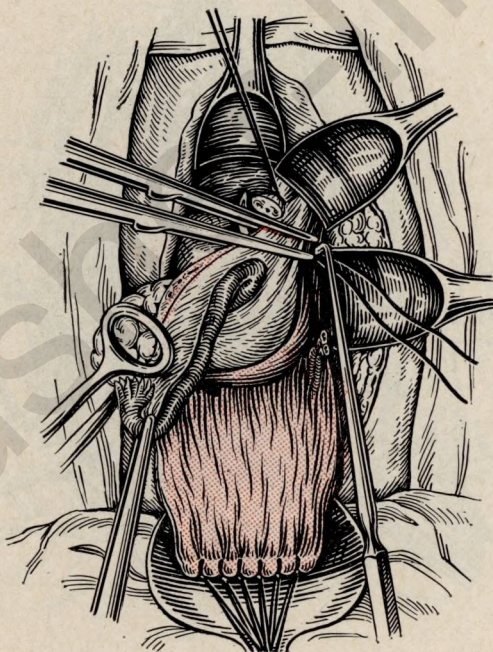
А — маточная артерия перевязана, мочеточник выделен и отодвинут кверху; Б — вскрыта брюшина пузырно-маточного пространства и разрез расширяется в обе стороны ножницами; В — вскрыта брюшина прямокишечно-маточного углубления.



А



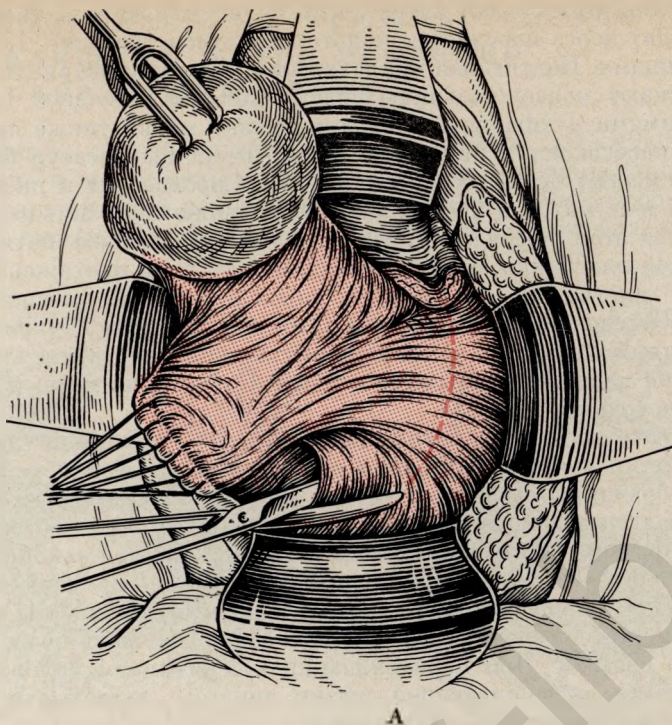
Б



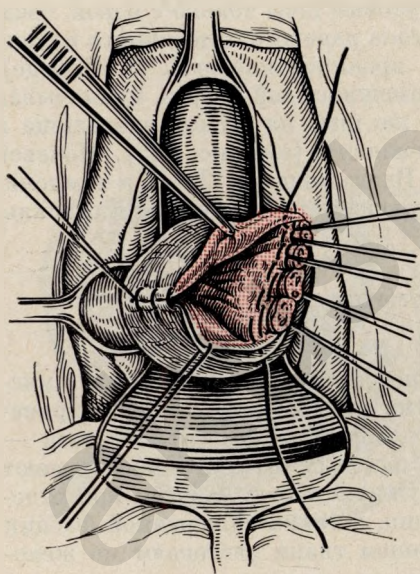
В

Рис. 159. Влагалищная экстирпация матки.

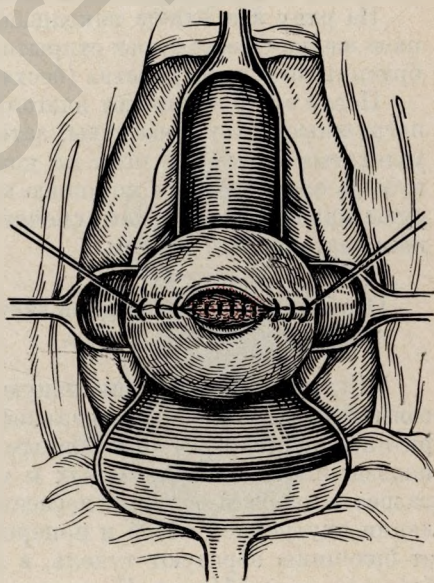
А — через переднее кольчатое отверстие видна матка; Б — матка выведена, яичник захвачен овариальными щипцами, натянутая подвешивающая яичник связка лигируется с помощью иглы Дешампа; В — матка с правыми придатками отделена влево, под круглую и верхнюю часть широкой связки подведена лигатура.



А



Б



В

Рис. 160. Влагалищная экстирпация матки.

А — матка выведена наружу. Мочеточник отобран сверху. Пунктиром намечено место отсечения тазовой клетчатки; Б — перитонизация культи и зашивание разреза брюшины; В — на рану влагалища накладывают швы с боков и оставляют ее открытой в средней части для оттока раневого отделяемого.

ле пересечения этих связок матка легко смещается вниз и кнаружи; тело матки выводят через переднее кольпотомное отверстие (рис. 159) и захватывают щипцами. Подтягивая придатки пинцетом или овариальными щипцами, обнажают подвешивающую связку яичника, которую перерезают между зажимами и лигируют. Круглую связку матки также захватывают зажимами, пересекают и лигируют. Длинные концы лигатур берут на зажимы и оставляют до перитонизации. То же производят и на другой стороне. Затем тело матки и шейку, закрытую манжеткой, сильно оттягивают в сторону: при этом клетчатка противоположной стороны натягивается в виде широкой пластинки, отчетливо видимой на всем протяжении от параректальной клетчатки до культи подвешивающей связки яичника (рис. 160). Отсечение и лигирование тазовой клетчатки начинают небольшими порциями с нижней части параректальной клетчатки, внимательно наблюдая при наложении зажимов и лигатур, чтобы не повредить прямую кишку и мочеточник.

После отсечения и лигирования клетчатки с обеих сторон удаляют матку с придатками и производят перитонизацию. При этом передний и задний листки брюшины соединяют кетгутовыми швами, следя, чтобы культи круглых и подвешивающих яичники связок, подтянутые за оставленные на них концы лигатур в углу раны, были расположены под зашиваемой брюшиной. Для того чтобы не стянуть лигатуры с культи подвешивающих яичники связок в процессе операции и при перитонизации, мы обычно накладываем на них добавочные лигатуры, а основные сразу после завязывания коротко срезаем. При перитонизации мы начинаем наложение швов от левой культи подвешивающей связки яичника, захватывая ее между основной и дополнительной лигатурами.

На рану влагалища накладывают кетгутовые швы только с боков, среднюю же часть оставляют открытой для оттока раневого отделяемого из подбрюшинного пространства (бестампонное дренирование по И. Л. Брауде).

После этого зашивают влагалищно-промежностный разрез, накладывая погружные кетгутовые швы, затем такие же швы на стенку влагалища и узловые шелковые швы на кожу промежности (см. рис. 155). Мочевой пузырь опорожняют с помощью катетера. Влагалище на 12—18 ч тампонируют марлевым тампоном, смоченным эмульсией стрептоцида или стерильным вазелиновым маслом.

Особенности влагалищной экстирпации матки по методу Митра

Mitra предлагает радикальную влагалищную экстирпацию матки с массовым удалением параметральной клетчатки производить после экстраперитонеального иссечения единым блоком лимфатических узлов таза — подвздошных, запирательных и глубоких паховых. С этой целью делают разрез в паховой области, пересекают наружную косую мышцу; при отделении внутренней косой и поперечной мышц, а также поперечной фасции от брюшины образуют туннель, в последующем ткани рассекают по желобоватому зонду Митра. После этого перерезают круглую связку, перевязывают глубокие эпигастральные сосуды, удаляют клетчатку с лимфатическими узлами, перевязывают сосуды яичника и маточную артерию у ее основания, частично выделяют мочеточник и тупым путем частично отделяют паравезикальную и параметральную клетчатку. Рану зашивают. Такую же операцию производят с другой стороны и затем приступают к радикальной влагалищной экстирпации матки.

Комбинированный брюшностеночно-влагалищный метод операции при раке шейки матки

Этот метод разрабатывался рядом авторов (Wertheim, Zweifel, И. Л. Брауде и др.) с целью предупреждения инфицирования брюшной полости и имплантации раковых клеток, особенно при экзофитной форме поражения шейки. Производят абдоминальную расширенную экстирпацию

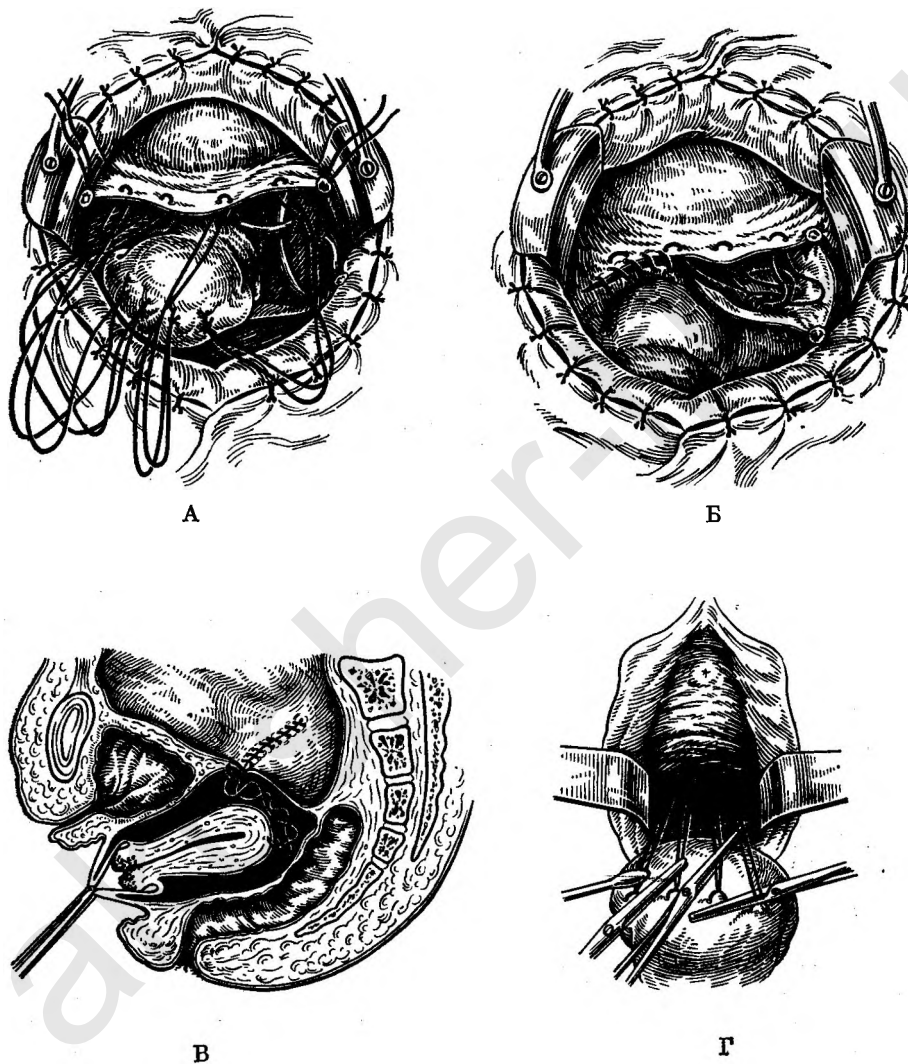


Рис. 161. Комбинированный брюшностеночно-влагалищный способ операции.

А — матка с придатками и газовой клетчаткой полностью выделена. Лигатуры проведены через передний край брюшины мочевого пузыря, концы их пришиты ко дну матки; Б — матка с придатками погружена в глубину таза и края брюшины сшиты над погруженной маткой; В — больная переведена в положение для влагалищной операции. Делают манжетку из стенок влагалища; Г — извлекают матку через влагалище.



Рис. 162.

Комбинированный брюшно-стеночно-влагалищный способ операции.

Лигатуры, которыми была прошита газовая брюшина, проводят через передний и задний края разреза влагалища и завязывают.

цию матки до полного выделения влагалища, но последнее не вскрывают. Затем через край разреза брюшины пузырно-маточного углубления проводят 3—4 лигатуры; оба конца лигатуры оставляют одинаковой длины, продевают в иголку и концы их пришивают ко дну матки (рис. 161, А). Матку с придатками погружают в глубину таза и над ней производят перитонизацию путем сшивания брюшины над погруженной маткой (рис. 161, Б). Брюшную рану зашивают послойно наглухо.

После этого больную переводят в положение для влагалищной операции, шейку матки и влагалища протирают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Переднюю и заднюю стенки влагалища захватывают каждую 2—3 зажимами, отступя 3—4 см от верхней границы опухоли. При натягивании стенок влагалища зажимами образуются складки, которые захватывают новыми зажимами, снимая постепенно наложенные ранее (рис. 161, В). Благодаря этому шейка матки с очагом поражения изолируется. Затем производят над зажимами разрез стенки влагалища, пересекая влагалищную трубку; края разреза берут на зажимы и через образовавшееся отверстие удаляют матку с придатками и окружающей их клетчаткой. Вместе с маткой извлекают лигатуры, наложенные на брюшину пузырно-маточной складки (рис. 161, Г), берут их на зажимы и отрезают от матки, подшивая к краю разреза передней и задней стенок влагалища (рис. 162).

Операции при раке шейки матки и беременности

Особенностью операции у беременных является более выраженная кровоточивость при выделении клетчатки, отсепаровке мочевого пузыря и мочеточников, хотя препаровка тканей и облегчается вследствие рыхлости клетчатки и более выраженной подвижности органов малого таза. У беременных увеличенная матка затрудняет манипуляции в глубине таза.

В первой половине беременности при I и II стадиях рака шейки наиболее целесообразна абдоминальная расширенная экстирпация матки с последующей рентгенотерапией. Влагалищный метод радикальной операции типа Шаута — Штекеля ввиду опасности кровотечения и наиболее благоприятных условий для имплантации клеток опухоли в рану применять не следует, тем более что и радикальность влагалищного метода операции меньше, чем брюшностеночной экстирпации матки.

Во второй половине беременности в начале операции производят кесарево сечение, а затем расширенную экстирпацию матки. При большой величине матки, затрудняющей манипуляции в малом тазу, после кесарева сечения производят высокую надвлагалищную ампутацию матки. Культю шейки тщательно зашивают, а затем приступают к радикальной операции.

В неоперабельных случаях при жизнеспособном плоде делают кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки.

П. Г. Сорока (1962) приводит следующие данные. Из 138 беременных женщин, перенесших расширенную экстирпацию матки по поводу рака шейки и находившихся под наблюдением 5 лет и более при I стадии из 54 живы 42, при II стадии из 51—26, при III стадии из 30—4, при IV стадии из 3—0. Процент излечения во всех стадиях заболевания равен 52,1. По сборной статистике Рапков, после оперативного вмешательства здоровы более 5 лет 44% женщин, при лечении лучистой энергией — 22,7%.

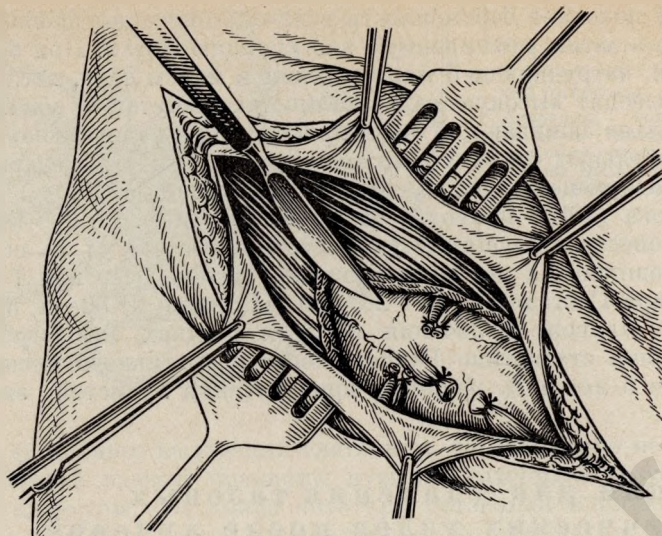
Операции для удаления тазовых лимфатических узлов после лучевой терапии рака шейки матки

Лимфаденэктомия при раке шейки матки стала применяться с 1934 г. (Leveuf, Godard). В дальнейшем Taussig, применяя оригинальную операцию у больных, у которых первичный очаг был излечен лучевыми методами, высыл благоприятные отдаленные результаты с 23 до 39%. Сущность операции такова: срединный разрез брюшной стенки от лона и выше пупка, удаление труб и яичников для широкого доступа к лимфатическим узлам; иссечение клетчатки с лимфатическими узлами по ходу общей подвздошной артерии, наружной подвздошной артерии и вены, из области бифуркации подвздошных артерий и из запирательной ямки; удаление лимфатических узлов на месте перекреста маточной артерии с мочеточниками.

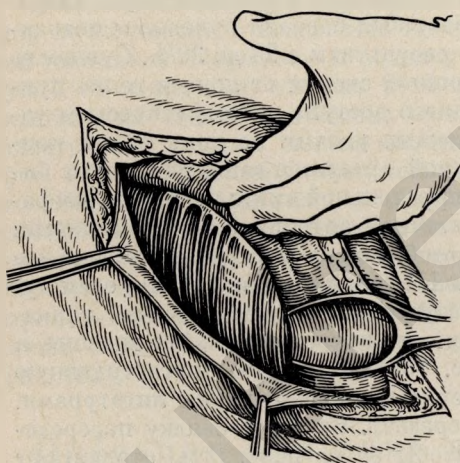
А. И. Серебров (1965) считает целесообразным экстраперитонеальное иссечение лимфатических узлов при II и III стадиях заболевания, если лучевая терапия дала хорошие местные результаты. Разрез проводят параллельно пупартовой связке через наружную и внутреннюю косые мышцы, а также поперечную мышцу живота (рис. 163). Глубокую эпигастральную артерию и вену отсепааровывают и перерезают между двумя лигатурами. Иногда их удается отодвинуть и не перерезать. Круглую связку перерезают и лигируют. Брюшину осторожно, чтобы ее не повредить, отодвигают медиально; вместе с ней отходит и мочеточник. Иссекают вместе с клетчаткой лимфатические узлы, как при описанной ранее расширенной экстирпации матки (рис. 164). Лимфатические узлы в крестцовой впадине, сбоку и сзади прямой кишки не иссекают.

Meigs советует производить подобную операцию через 2—3 мес после лучевой терапии, но иногда он применял оперативное вмешательство и через 1—2 года после облучения при выявлении метастазов в лимфатических узлах, получая в некоторых случаях благоприятные результаты.

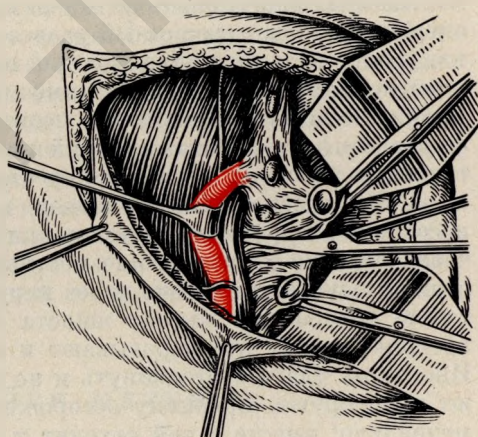
А. Ю. Лурье был сторонником операции удаления лимфатических узлов при чревосечении или экстраперитонеальным путем. Л. А. Новикова (1962) полагает, что если можно удалить лимфатические узлы, то целесообразно экстирпировать и матку во избежание появления (примерно у 6% больных) рецидивов на шейке матки или новой раковой опухоли через какой-то срок.



А



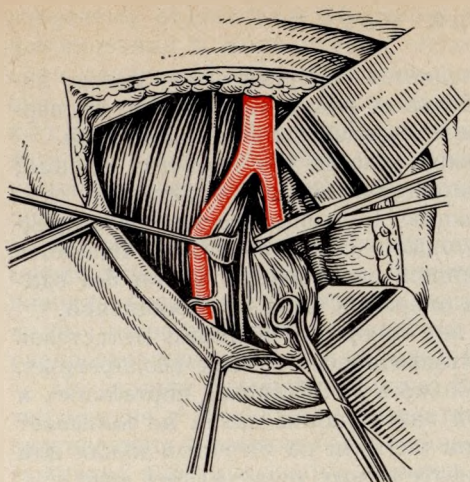
Б



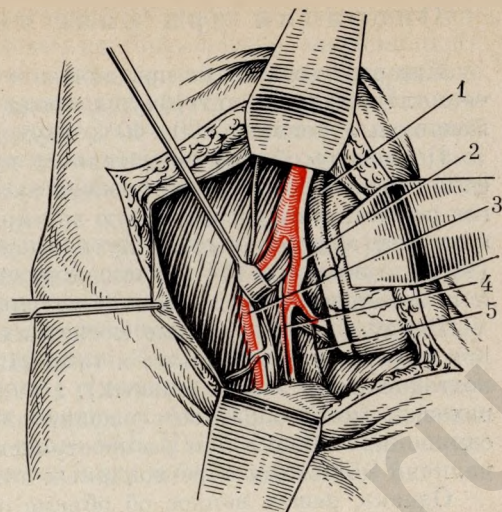
В

Рис. 163. Экстраперитонеальная лимфаденэктомия.

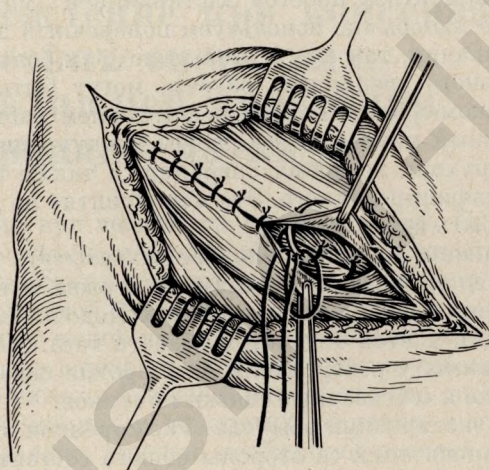
А — произведен разрез параллельно и выше паховой связки, рассечены апоневроз, внутренняя косая и поперечная мышцы живота, нижние надчревные сосуды и круглая связка лигированы и перерезаны; Б — брюшина отделена от боковой стенки таза; В — отсепаровка клетчатки с лимфатическими узлами от наружных подвздошных сосудов.



А



Б



В

Рис. 164. Экстраперитонеальная лимфаденэктомия.

А — удаление клетчатки из запирающей ямки; Б — вид раны после удаления клетчатки с лимфатическими узлами: 1 — мочеточник; 2 — внутренняя подвздошная артерия; 3 — наружная подвздошная артерия; 4 — запирающий нерв; 5 — пупочная связка; В — зашивание разреза брюшной стенки.

Операции при раке тела матки

При раке тела матки предпочтение отдается хирургическому методу лечения. По данным литературы, среди больных раком тела матки, подвергавшихся лечению, у 20—40% опухоль поражает только эндометрий.

По поводу объема оперативного вмешательства нет единого мнения; одни считают достаточной простую экстирпацию матки с придатками, другие рекомендуют расширенную экстирпацию. Большинство хирургов предпочитают абдоминальный путь, некоторые — влагалищный. Bastianse (1952) сообщил о 114 случаях влагалищной экстирпации матки без единого летального исхода, но в 34 случаях операция была нерадикальной.

Ввиду того что данные последних лет говорят о наличии метастазов при раке тела матки также в тазовых лимфатических узлах (подчревных, подвздошных и запирательных), а не только в люмбальных, аортальных и паховых, целесообразность расширенной экстирпации матки не вызывает сомнений, особенно при распространении опухоли на шеечный канал или наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах малого таза.

Однако, решая вопрос об объеме оперативного вмешательства, нельзя не учитывать общего состояния больной. В пожилом возрасте, при диабете, сердечно-сосудистых заболеваниях, ожирении можно, как указывает и А. И. Серебров, ограничиться простой экстирпацией матки с удалением придатков. Для этого мы обычно используем поперечный надлобковый разрез в нашей модификации, так как у этой категории больных при плохом заживлении продольного срединного разреза могут быть эвентрации.

И. Л. Брауде рекомендовал перед чревосечением зашивать восьмьюобразным швом наружный маточный зев, чтобы предупредить попадание во влагалище частиц опухоли во время операции, а также содержимого полости матки, часто инфицированного. Это мероприятие не дает абсолютной гарантии, но может быть использовано.

Во время экстирпации матки не следует захватывать какими-либо зажимами тело матки во избежание ее травмы и отрыва тела от шейки, особенно при потягивании за наложенные зажимы. Подобное осложнение способствует имплантации клеток опухоли в области таза. Мы обычно накладываем длинные зажимы у ребер матки на широкие связки, захватывая трубы, круглые связки и собственные связки яичников.

Техника простой экстирпации обычная. Расширенная экстирпация матки, если нет противопоказаний со стороны общего состояния больной, может быть произведена так же, как при раке шейки матки, в частности при переходе опухоли на шеечный канал.

А. И. Серебров (1965) рекомендует в более расширенную операцию включать тотальную экстирпацию матки с придатками с образованием небольшой влагалищной манжетки, удаление параметральной клетчатки (en bloc) с подвздошными, подчревными и запирательными лимфатическими узлами. Он считает, что при этом можно не пересекать кардинальные связки, не выделять устья мочеточников, не удалять паравагинальную клетчатку, как при расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки, ибо прорастания опухоли в паракольпий при раке тела матки, как правило, не бывает. Удаление яичников и труб является обязательным независимо от возраста больной, так как метастазы в эти органы при раке матки наблюдаются в 10—20% случаев.

К влагалищному методу экстирпации матки по поводу рака ее тела прибегают редко. Этот метод целесообразно использовать при чрезмерной гучности женщины, наличии гнойной инфекции в полости матки с обильным

ихорозным отделяемым. Применяя влагалищный метод, во избежание инфицирования и имплантации опухолевых клеток в области операционного поля, следует образовать влагалищную манжетку или наложить несколько швов на наружный зев. После этого производят простую экстирпацию матки с придатками. Влагалищную рану полностью не зашивают, а в средней ее части оставляют небольшое отверстие, в которое вводят марлевую или резиновую (из перчатки) полоску. Последнюю удаляют на 3-й день после операции.

Вопрос об облучении области таза после операции по поводу рака тела матки решается по-разному. Вероятно, подходить к этому необходимо индивидуально. Рентгенотерапия несомненно показана, если выявлены, хотя бы микроскопически, метастазы в лимфатических узлах, а также при распространении опухоли на миометрий или в область шеечного канала.

По данным Kottmeier (Annual Report) о лечении 11 722 больных раком эндометрия в 29 ведущих институтах Европы и Америки, общий процент выживавших в течение 5 лет и более равен 56,5. Из 9687 больных, подвергавшихся хирургическому лечению, через 5 лет и более живы 62,2%.

Возможные осложнения и их предупреждение при консервативно-пластических операциях, надвлагалищной ампутации и экстирпации матки

1. **Затруднения при выведении опухоли матки.** Они могут возникнуть при ее большой величине или ограничении подвижности при забрюшинном расположении и коротких круглых связках, чаще всего в сочетании со своеобразной конфигурацией опухоли.

а) При большой величине доброкачественной опухоли (фибромиомы) ее можно частично удалить кускованием или энуклеацией одного из узлов, расположенных близко к брюшной ране и хорошо доступных для манипуляций. При фибромиомах в некоторых случаях, а при злокачественных опухолях, как правило, опухоль необходимо удалять целиком. С этой целью необходимо увеличивать разрез в соответствии с величиной опухоли. При выведении опухоли с одновременным ее потягиванием в направлении раны брюшной стенки ассистент плавно надавливает на передне-боковые стенки живота, как бы «выжимая» опухоль в рану.

б) В случае малой подвижности опухоли целесообразно до выведения ее в рану произвести рассечение круглых связок, а при забрюшинном расположении опухоли рассечь брюшину пузырьно-маточного углубления от одной круглой связки до другой и далее в зависимости от расположения и конфигурации опухоли. При интралигаментарном расположении опухоли необходимо рассечь широкую связку, а если удаляются придатки, то пересечь и лигировать подвешивающую связку яичника.

Рассекая брюшину пузырьно-маточного углубления, необходимо держаться у переходной складки и следить за тем, чтобы не повредить мочевой пузырь. Рассекая широкую и подвешивающую яичник связки, хирург должен помнить о мочеточнике, который может располагаться атипично, будучи смещен опухолью.

в) При шеечной фибромиоме, обычно ограниченной в своей подвижности, необходимо по возможности освободить ее частично из подбрюшинного пространства после пересечения круглых, широких, а иногда и подвешивающих яичники связок. Если маточные сосуды проходят по заднему полюсу опухоли, то во избежание кровотечения, которое может привести к тяжелым последствиям в результате большой кровопотери, можно удалить часть опухоли путем кускования или энуклеации, а затем, перевязав сосудистые пучки с обеих сторон, продолжать операцию.

2. Отрыв субсерозных узлов при выведении опухоли в рану. Это происходит при поверхностном расположении узлов и рассечении или разрыве тонкой капсулы. При абдоминальной операции это не приводит к большим осложнениям, так как кровотечения не бывает или оно незначительное. Однако неожиданный отрыв узла, сопровождающийся резким толчкообразным движением руки хирурга, может привести к нарушению асептики и ушибу тканей в области операции.

Во время влагалищного чревосечения при энуклеации субсерозного узла он при сильном потягивании матки вниз может оторваться и ускользнуть в брюшную полость. Отрыв одного из субсерозных узлов может произойти в результате неосторожного и сильного низведения матки и без предварительной попытки выделить узел. Это следует иметь в виду. Оторвавшийся узел всегда необходимо удалять, так как, будучи оставлен в брюшной полости, он омертвевает и может вызвать перитонит. Обычно в кольпотомное отверстие вводят зеркала, под контролем зрения или пальца захватывают оторвавшийся узел зажимом или пулевыми щипцами, осторожно подтягивают его вниз, берут добавочно пулевыми щипцами и извлекают. Для облегчения захвата узла больной иногда придают на столе положение с несколько опущенным тазом. В некоторых случаях оторвавшийся узел удаляют после отсечения матки, если ее большие за счет опухоли размеры препятствуют манипуляциям.

При глубоком прорастании раковой опухолью стенки матки, особенно в области шейки и перешейка, сильное потягивание за матку может привести к разрыву ее стенки, а иногда и к полному отрыву тела матки от шейки, что ведет к инфицированию и имплантации частиц опухоли в области операционного поля. Во избежание подобного осложнения в этих случаях необходимо остерегаться сильного и резкого натяжения ее.

3. Перфорация и выворот матки при удалении субмукозных узлов фибромиомы. Удаляя через влагалище субмукозные узлы фибромиом матки, особенно рождающиеся во влагалище, хирург должен помнить о возможности выворота матки. Вытянутая с ножкой опухоли стенка матки может быть принята за ножку и при удалении опухоли повреждена вплоть до проникающей перфорации в брюшную полость. Поэтому, если у рождающейся опухоли имеется широкое основание или массивная ножка, необходимо надсечь циркулярным разрезом только капсулу опухоли на значительном расстоянии от стенки матки и после этого энуклеировать фиброматозный узел.

При большой величине опухоли часть ее можно удалить и кускованием. После удаления опухоли тщательно проверяют пальпацией ложе удаленной опухоли, чтобы убедиться в отсутствии перфорации стенки матки.

4. Повреждения мочевого пузыря при больших опухолях матки. Это может произойти при чревосечении во время разреза брюшины, на что указывалось ранее, так как мочевой пузырь часто смещен вверх. В связи с этим брюшину следует вскрывать ближе к пупку и осторожно продолжать разрез к лону под контролем зрения.

Возможность ранения мочевого пузыря увеличивается, если нарушены топографические соотношения при опухолях матки, спаечных процессах и инфильтрации раковым процессом, а также при недостаточном отделении пузыря от шейки матки или влагалища. Поэтому после вскрытия брюшной полости необходимо тщательно осмотреть органы малого таза, рассечь ножницами спайки и постараться по возможности восстановить топографические соотношения или учесть их изменения, связанные с конфигурацией и забрюшинным или межсвязочным расположением опухоли.

Мочевой пузырь может быть поврежден при рассечении брюшины пузырно-маточного углубления и при отделении его от шейки матки и влагалища. Брюшину следует приподнять пинцетом и рассечь ее ближе к шейке матки, у переходной складки, где она становится подвижной. Затем, поддерживая край разреза пинцетом или зажимом, сомкнутыми ножницами, направляя их в сторону круглой связки, осторожно отслаивают брюшину от рыхлой клетчатки. После этого просвечивающую брюшину рассекают ножницами от одной круглой связки до другой дугообразным разрезом. При рассечении брюшины у больных с атипической фибромиомой необходимо держаться ближе к матке и рассекать только просвечивающую брюшину. Отделение мочевого пузыря целесообразно производить с помощью ножниц, а тупфер использовать как дополнительное средство для отделения мочевого пузыря в рыхлом слое клетчатки, держа все время у стенки шейки или влагалища.

Очень легко повредить мочевой пузырь при инфильтрации предпузырной клетчатки и его стенки раковой опухолью. В этом случае отсепаровка может быть выполнена только с помощью ножниц. При грубом отодвигании тупфером мочевого пузыря, без падсечения ножницами уплотненной клетчатки, легко его повредить, нарушая мышечную стенку, а иногда вместе с ней и слизистую оболочку. Последняя при раздвигании или разрыве мышечного слоя начинает просвечивать или выпячиваться в области нанесенной травмы, имея вид гладкой, блестящей и тонкой пластинки. Если разорвана слизистая оболочка, то либо из отверстия начинает вытекать моча, либо становится видна внутренняя поверхность мочевого пузыря.

Дальнейшую отсепаровку мочевого пузыря прекращают и на поврежденный мышечный слой накладывают пны из тонкого кетгута, а если произошло проникающее ранение пузыря, зашивают послойно его стенку в области повреждения.

Очень важно вовремя заметить повреждение мочевого пузыря. Поэтому при малейшем сомнении необходимо проверить его целостность путем тщательного осмотра, введения катетера через уретру и, если сомнение не разрешено, посредством наполнения мочевого пузыря через введенный ранее катетер стерильным раствором риванола, фурацилина и др.

Мочевой пузырь может быть рассечен и при отделении клетчатки, идущей от него к шейке матки при расширенной экстирпации последней. Для того чтобы предупредить это осложнение, следует тщательно ориентироваться в расположении мочевого пузыря и не брать в зажим большой пласт клетчатки, а отсекал ее небольшими участками.

Во избежание ранения мочевого пузыря при отсечении влагалища или ампутации матки необходимо проверить, достаточно ли он отделен от места предполагаемого разреза; если же мочевой пузырь мало отделен, следует отодвинуть его дополнительно.

Мочевой пузырь может быть прошит при зашивании влагалища или культи шейки матки после ее ампутации, а также при перитонизации во

время сшивания листков широкой связки. Все эти манипуляции следует производить при достаточной отсепаровке и отодвигании зеркалом мочевого пузыря от передней стенки шейки или влагалища. Край разреза брюшины пузырно-маточного углубления необходимо прошивать под контролем зрения, чтобы не захватить стенку мочевого пузыря. Это является обязательным и при сшивании переднего и заднего листков широкой связки во время перитонизации.

Во время влагалищного чревосечения мочевого пузыря может быть разрезан, травмирован при рассечении передней стенки влагалища и отделении мочевого пузыря от влагалища, о чем говорилось выше.

5. Повреждения мочеточников. Травматизация мочеточников при операциях (экстирпации матки и др.) наблюдается обычно при смещении их в сторону матки или стенки таза межсвязочными опухолями, воспалительными или раковыми инфильтратами, а также если хирург недостаточно знает анатомо-топографические соотношения в малом тазу или невнимательно и поспешно выполняет манипуляции в ходе оперативного вмешательства.

При межсвязочных и шеечных опухолях мочеточник бывает смещен и может располагаться у боковой стенки матки или таза, а также на задней стенке опухоли, поэтому уже во время перевязки подвешивающей связки яичника требуется особое внимание, чтобы не повредить мочеточник (рис. 165). Захватив сначала брюшной конец трубы, приподнимают подвешивающую яичник связку, затем сильно оттягивают ее вверх, внимательно осматривают, если можно на свет, и накладывают зажим, не продвигая его далее просвечивающей части дубликатуры брюшины. Концы зажима должны быть направлены не вниз к основанию широкой связки, а в сторону круглой связки. Между зажимами подвешивающую связку яичника пересекают и лигируют. Затем перерезают круглую связку, приподнятую пинцетом, и осторожно пересекают просвечивающую брюшину между ней и связкой, подвешивающей яичник.

Иногда при межсвязочном расположении опухоли подвешивающая яичник и круглая связки бывают настолько распластаны, что с трудом определяются. В этих случаях необходимо тщательно разобраться в их расположении, учитывая, что мочеточник может находиться непосредственно под связкой, подвешивающей яичник. Следует помнить, что мочеточник располагается в клетчатке, участвующей в образовании капсулы опухоли. Поэтому, вскрыв брюшину над верхним полюсом, опухоль осторожно выделяют из клетчатки и отсепааровывают листок широкой связки, держась непосредственно у стенки опухоли и перерезая волокна клетчатки, лишь убедившись, что среди них нет плотных шнуровидных тяжей, напоминающих мочеточник. Постепенно выделяя и вращая опухоль, обнаруживают мочеточник и тогда, следя за его расположением, продолжают отсепаровку опухоли из широкой связки и основания параметрия.

Мочеточник может быть смещен к ребру матки и крестцово-маточной связке, что также следует учитывать при выделении опухоли и рассечении заднего листка широкой связки. В некоторых случаях приходится сначала разыскать мочеточник, начиная с места его перегиба у безымянной линии таза, а затем выделять опухоль или рассекать связки.

Прежде всего хирург должен помнить о возможности повреждения мочеточника, что помогает избежать его случайного ранения.

Во время надвлагалищной ампутации матки возможно ранение мочеточника при перевязке маточной артерии. Во избежание этого осложнения задний листок широкой связки следует подрезать у ребра матки и отодви-

путь книзу. При этом отходит и мочеточник, фиксированный к заднему листку. Сосудистый пучок нужно осторожно выделить из рыхлой клетчатки у ребра матки и под контролем зрения взять на зажимы у ребра матки, направляя к нему кончик зажима.

При простой экстирпации матки мочеточник можно повредить и даже перерезать, накладывая зажимы на маточную артерию и крестцово-маточные связки с последующей их перерезкой и лигированием. Для предупреждения травмы мочеточника необходимо надсечь задний листок широкой связки до ребра матки, выделить возле него из рыхлой клетчатки сосудистый пучок, положить зажимы на маточную артерию и перерезать последнюю непосредственно у ребра матки. При этом вкол и выкол иглы следует делать под самым концом зажима, чтобы не прошить мочеточник. Крестцово-маточную связку безопаснее пересекать в два приема: после перерезки части связки задний листок широкой связки отходит вместе с фиксированным к нему мочеточником в сторону, вслед за чем накладывают второй зажим на остальную часть связки; последнюю перерезают и лигируют непосредственно у стенки матки.

Наиболее велика возможность повредить мочеточник при расширенной экстирпации матки. Прежде всего нужно помнить, что не следует отделять мочеточник от заднего листка широкой связки, где он плотно фиксирован, нельзя захватывать его на ленту, специальные крючки, так как при этом мочеточник отделяется от листка широкой связки на большом протяжении. Необходимо беречь мочеточник от повреждения при зажатии его зеркалами, пинцетами. Все эти мероприятия помогают предупредить нарушение целостности сосудистого сплетения, окутывающего мочеточник.

Расстройство кровоснабжения и грубая травматизация мочеточника могут привести к последующему некрозу его стенки и возникновению свища.

Благодаря современной методике расширенной экстирпации матки мочеточник обычно хорошо виден и хирург только должен помнить о нем, не упускать его из виду в процессе всей операции. При выделении мочеточника из клетчатки в области связки Макенродта рассекать эту связку можно, только убедившись, что мочеточник не попал в зажим, а клетчатку следует надсечь осторожно и не всю сразу. В неясных случаях до и после наложения зажимов по бокам мочеточника осторожно захватывают его анатомическим пинцетом, слегка натягивают, в результате чего становится яснее расположение мочеточника. Кроме того, необходимо предварительно хорошо отделить мочевой пузырь от степки влагалища до устья мочеточника. После рассечения пластов клетчатки над мочеточником и под ним его устье обычно легко смещается в сторону и книзу. Если этого не происходит, значит плотная или инфильтрированная клетчатка рассечена не пол-

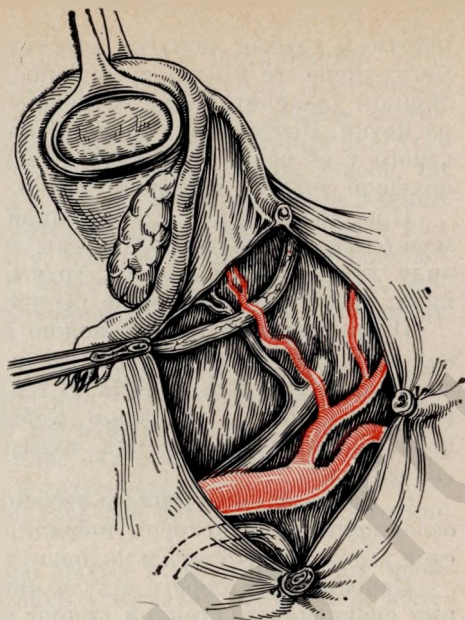


Рис. 165.

Перерезка мочеточника при пересечении связки, подвешивающей яичник.

ностью и грубые попытки сместить устье мочеточника и мочевой пузырь могут привести к их повреждению. Повреждение мочеточников при влагалищном удалении матки возможно при наложении зажимов далеко от ребра матки. Поэтому при простой экстирпации матки необходимо держаться строго у ее ребра и не захватывать в зажим сразу много клетчатки или большой участок широкой связки.

При расширенной влагалищной экстирпации матки необходимо видеть мочеточник и соблюдать приемы техники операции. Очень важно иметь в виду, что на одной стороне, хотя и редко, могут встречаться два мочеточника; выделив один, можно неожиданно перерезать другой.

Повредить мочеточник можно при бессистемных и поспешных попытках захватить кровоточащие ветви маточной артерии при соскальзывании с них лигатуры или зажима. В таких случаях следует прижать кровоточащее место малым тупфером, хорошо обнажить зеркалами операционное поле, под контролем зрения захватить кровоточащий сосуд зажимом и лигировать его.

6. Ранение кишечника и особенно прямой кишки. Это весьма серьезное осложнение, при котором инфицируется рана, брюшная полость и создается угроза перитонита и калового свища.

Повреждение любого отдела кишечника может произойти при разделении спаек между стенкой кишки и внутренними половыми органами или исходящими из них опухолями. Хирург должен хорошо видеть и контролировать ту область, где он должен разъединять спайки. Целесообразно в область спаек (не в стенку кишки!) ввести раствор новокаина; гидравлическая препаровка весьма облегчает последующие манипуляции и позволяет яснее видеть границы спаянных между собой органов. Желательно спайки рассекать ножницами, а не разделять тупфером, используя последний лишь при рыхлых спайках. Если сращение плотное и его не удастся разделить без опасности повреждения кишки, лучше оставить кусок капсулы опухоли или стенки матки на кишке, чем стенку кишки на опухоли. В случае прорастания кишки злокачественной опухолью производят резекцию кишечника в пределах здоровых тканей.

При плотных сращениях кишечника с брюшиной или гениталиями, пораженными туберкулезом, попытки разъединения спаек часто сопровождаются нарушением целостности кишки; заживление ее после наложения швов протекает вяло, часто возникают кишечные фистулы, трудно поддающиеся лечению. Поэтому в подобных случаях без жизненных показаний не следует пытаться разъединять спайки.

Ранение прямой кишки может произойти при разделении спаек, пересечении крестцово-маточных связок, особенно во время расширенной экстирпации матки и выделения шейчных опухолей, исходящих из задней стенки шейки матки; при этом прямая кишка может оказаться распластанной на поверхности опухоли.

Разделение спаек и выделение опухоли необходимо производить только под контролем зрения; кишку оттягивают анатомическим пинцетом или пальцами помощника кверху и кзади. В тех случаях, когда расположение опухоли забрюшинное, рассекают брюшину там, где нет кишки над верхним полюсом опухоли, и последнюю осторожно выделяют. При плотных сращениях с кишкой на стенке последней лучше оставить часть доброкачественной опухоли или ее капсулы, чем рисковать повреждением кишки. Иногда целесообразно сначала рассечь в доступном месте капсулу фибромиомы, энуклеировать ее и затем отделить кишку от капсулы или иссечь последнюю в возможных пределах, не повреждая прямой кишки.

Пересекая крестцово-маточные связки при простой экстирпации, следует держаться у ребра матки и не захватывать в зажим сразу всю связку, а пересекать ее в два этапа. При расширенной экстирпации прямая кишка должна быть отделена в достаточной степени не только от стенки влагалища, но и сбоку от внутренней поверхности крестцово-маточных связок. Во время наложения зажимов на эти связки и при их поэтапном пересечении ассистент должен отодвигать узким длинным тупфером на корнцанге или зажиме прямую кишку кзади и в сторону, противоположную расположению данной связки. Прежде чем пересечь крестцово-маточную связку, особенно в нижней части, необходимо еще раз проверить ее взаимоотношения с прямой кишкой.

При экстирпации матки через влагалище, если имеются сращения кишки с маткой или предполагается облитерация прямокишечно-маточного кармана, не следует вскрывать брюшину последнего снизу. Сначала выводят тело матки через переднее кольпотомное отверстие, перерезают широкие связки у ребра матки с обеих сторон, а затем осторожно ножницами отсепааровывают прямую кишку, придерживаясь все время непосредственно стенки матки.

Производя расширенную экстирпацию матки через влагалище, необходимо рассекать параректальную и тазовую клетчатку только под контролем зрения, учитывая расположение прямой кишки.

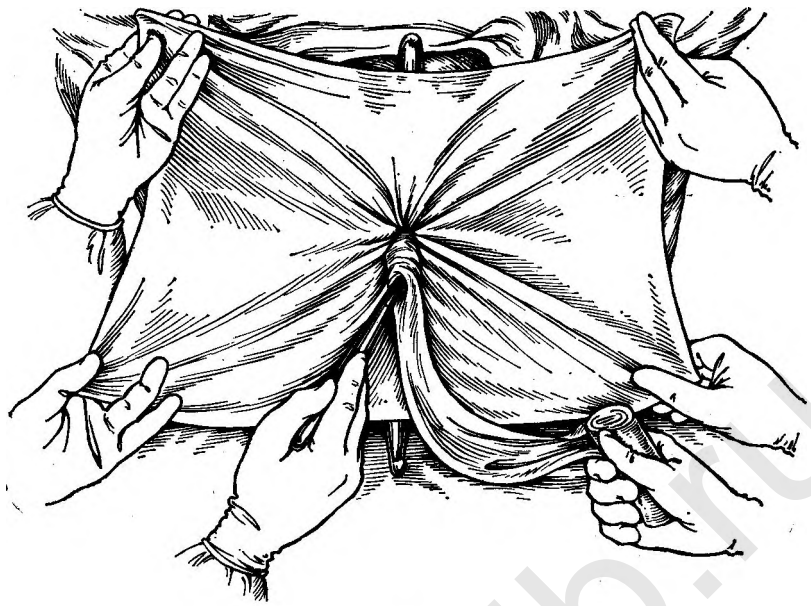
7. Кровотечение при ампутации и экстирпации матки. Во время надвлагалищной ампутации матки может возникнуть кровотечение при соскальзывании зажима или лигатуры с маточных сосудов, отрыве последних от центрального отрезка или при отсечении тела матки от шейки ниже культи перевязанной маточной артерии, а также при прокалывании иглой маточных сосудов во время перитонизации культи шейки.

При соскальзывании лигатуры или разрыве артерии, что бывает при резко выраженных склеротических изменениях, необходимо захватить кровотокающий сосуд под контролем зрения, помня расположение мочеоточника.

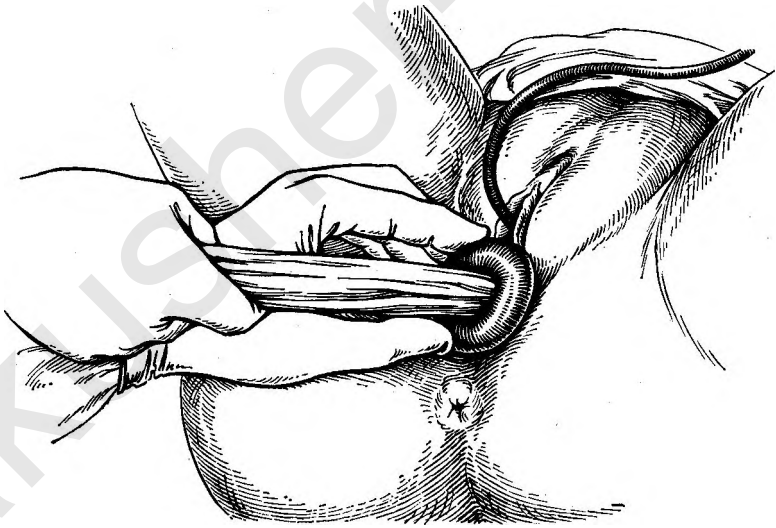
Отсечение тела матки от шейки следует производить на 1 см выше лигированных сосудов. Кровотечение может быть и при прокалывании иглой влагалищной ветви или основного ствола маточной артерии, если не учитывать при лигировании сосудов и наложении швов на шейку расположения сосудов. При перитонизации, сшивая листки широкой связки, не следует прокалывать ткань шейки матки у ребра последней.

Во время влагалищных операций необходимо тщательно завязывать лигатуры, особенно при перевязывании подвешивающей связки яичника, сосудов матки и крестцово-маточных связок. Мы обычно на подвешивающие связки яичников накладываем по две лигатуры, из которых центральную сразу же обрезаем коротко, а периферическую берем за длинные концы на зажимы. При соскальзывании лигатуры с указанной связки ее культю нелегко поймать в зажим, особенно если образовалась гематома. Нам не пришлось столкнуться с таким кровотечением из яичниковой артерии, которое нельзя было бы остановить со стороны влагалища, однако следует учитывать, что в ряде случаев может возникнуть необходимость лапаротомии для лигирования этой артерии. Поэтому необходимо тщательно накладывать на сосуды лигатуры и не тянуть за них во время операции. При шеечных фибромиомах, обильном развитии венозных сосудов, а также при расширенной экстирпации матки у беременных женщин целесообразно перевязать внутренние подвздошные артерии до отсепааровки клетчатки.

Особенно опасно и трудно останавливается кровотечение из подвздошных сосудов. Артерии обычно не повреждаются, но если это произойдет, то



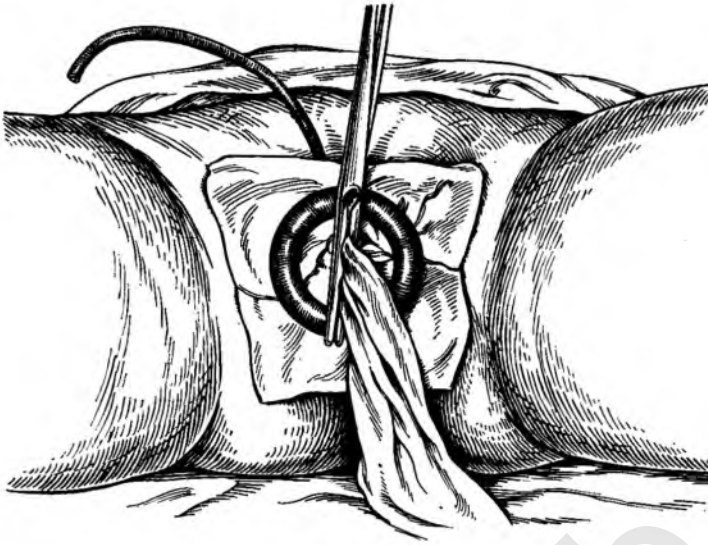
А



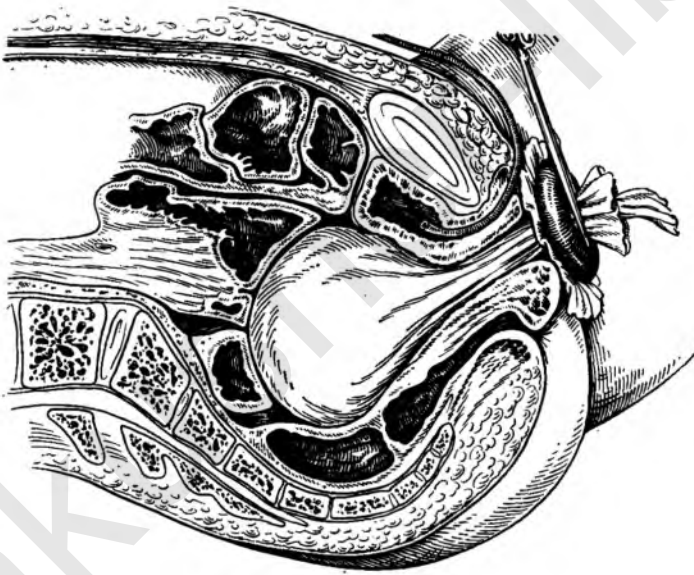
Б

Рис. 166. Тампон Логотетопулоса.

А — начало введения тампона; Б — тампон введен и прижат подтягиванием к стенке раневой полости; В — тампон фиксирован с помощью эбонитового кольца и зажима; под кольцо подложен кусок марли, в мочевой пузырь введен катетер; Г — вид на сагиттальном разрезе после введения тампона.



В



Г

на общую и наружную подвздошные артерии необходимо накладывать сосудистый шов, а кровотечение следует останавливать наложением мягкого (с резиновыми трубками) зажима или прижатием брюшной аорты. В случае повреждения внутренней подвздошной артерии ее лигируют шелком выше и ниже места ранения.

Очень редко повреждаются крупные вены подвздошных сосудов, что сопровождается сильнейшим кровотечением. При повреждении подвздош-

ной вены кровотечение временно останавливают прижатием пальцами ее периферического отрезка или наложением зажима с надетыми на него резиновыми трубками. Если ранение незначительное, удается, захватив и оттянув стенку в области отверстия, перевязать этот участок шелковой лигатурой. При более обширной травме стенки вены возникает необходимость в наложении сосудистого шва. Внутреннюю подвздошную вену следует лигировать, хотя это и очень трудно осуществить. В тех случаях, когда повреждены более мелкие вены в заширательной ямке, достаточно бывает временной тампонады. Можно использовать и гемостатическую губку.

Кровотечение из вен пузыряно-влагалищного сплетения при отсепаровке мочеоточника в области его устья и связки Макенродта следует предупредить предварительным наложением зажимов на пласти клетчатки, идущие над и под мочеоточником. Если же кровотечение началось, нужно или временно прижать кровоточащие сосуды тампоном, или быстро, но осторожно отодвинуть мочеоточник от шейки матки и у ребра ее наложить зажим на клетчатку. Нередко кровотечение из паравезикальной и парацервикальной клетчатки останавливается при наложении зажимов на крестцово-маточные связки.

В случае сильного кровотечения из сосудов таза при влагалищных операциях в порядке исключения используют тампон по Логотетопулосу, который всегда, как указывает *Wegner* и *Sederl*, останавливает кровотечение и не причиняет вреда пузырю, мочеоточникам и прямой кишке. Техника применения этого тампона следующая. Прежде всего нужно ввести в мочевой пузырь катетер, так как больные, которым введен тампон, не могут самопроизвольно мочиться. Катетеризация осуществляется с трудом вследствие недоступности наружного отверстия мочеиспускательного канала и давления на последний. Затем двумя длинными подъемниками раскрывают влагалище. Перед влагалищем держат марлевую салфетку размером 50×50 см и, продвигая ее, вводят в брюшную полость через влагалище полоску марли длиной 15 м и шириной 10 см (рис. 166). При этом образуется клубок величиной примерно с детскую головку, который окутан марлевой салфеткой. Так как обычная марля слишком редкая, мы применяем в качестве салфетки заранее подготовленный, сложенный четверо соответствующей величины кусок марли, края которого подрублены. При введении марлевого тампона нужно следить, чтобы он равномерно распределялся в брюшной полости. Чем дальше расположен кровоточащий сосуд от основания таза, тем больше должен быть тампон и, следовательно, тем длиннее должна быть марлевая полоска.

Из влагалища свешиваются концы марли и находящийся между ними конец марлевой полоски. Подтягивая эти концы после удаления зеркала, можно оказать любое нужное давление, посредством которого тампон прижимается к раневой поверхности. Давление сохраняется благодаря тому, что конец марлевой полоски тянут через эбонитовое кольцо, помещенное перед входом во влагалище, и фиксируют его клеммой. Если рана продолжает кровоточить, нужно усилить давление, чтобы остановить кровотечение. Между кольцом и влагалищем для предупреждения болей кладут кусок ваты или сложенную марлю. Вечером в день операции удаляют клемму и кольцо и, начиная со следующего дня, ежедневно вытягивают часть марлевой полоски, поэтому на 4—5-й день уже можно удалить пустую марлевую салфетку. Марлевая полоска вытягивается совсем легко, так как она лежит внутри марлевой салфетки. Для удаления марлевой салфетки лучше положить больную на операционный стол с приподнятым тазом, раскрыть подъемниками влагалище и влить в него перекись водорода. Благодаря воз-

никающим пузырьком воздуха марлевая салфетка, склеившаяся с окружающими тканями, освобождается и может быть безболезненно удалена.

Применение тампона Логотетопулоса не ограничивается влагалищными операциями, он может быть использован также при лапаротомии, если после удаления матки трудно остановить кровотечение. В этом случае тампон, полностью подготовленный операционной сестрой (марлевая салфетка и марлевая полоска), выводят наружу из брюшной полости через влагалище с помощью овариальных щипцов или корнцанга, который захватывает четыре конца марлевой салфетки и свешивающийся конец марлевой полоски. У входа во влагалище концы тампона принимает ассистент и энергично оттягивает их вниз. В дальнейшем все происходит так же, как и при влагалищной операции.

8. Осложнения во время консервативно-пластических операций при фибромиомах матки. Они могут возникнуть при неправильном выборе места для разрезов, при недостаточном или излишнем оставлении тканей маточной стенки, а также в случае непреднамеренного вскрытия полости матки.

Место для разрезов следует избирать преимущественно на передней или задней стенке матки, ближе к средней линии и подальше от трубных углов, если предполагается сохранить у оперируемой детородную функцию. Разрезы у ребра матки сопровождаются более сильным кровотечением, а у трубных углов могут привести к деформации матки в этой области, сужению или даже закрытию просвета трубы в ее интерстициальной части. При множественных узлах, выбирая место разреза, следует иметь в виду возможность удаления нескольких узлов из одного разреза.

При субсерозных узлах, имеющих широкое основание на стенке матки, разрез может быть полулунным или циркулярным, но всегда нужно оставлять запас ткани на растянутой над узлом маточной стенке. Если после удаления узлов образуется излишек тканей, его отсекают вместе с остатками капсулы опухоли, примерив приблизительно границы отсечения, чтобы при сшивании краев разреза не было натяжения тканей маточной стенки.

Частичное иссечение явно излишних лоскутов производят до наложения погружных швов на глубокие слои раны, а добавочное отсечение, если оно понадобится, выполняют при наложении второго яруса узловатых швов.

При уверенности, что субмукозных узлов нет (гистерография, инструментальное обследование стенок полости матки и др.), полость матки вскрывать не следует.

IX

Операции при неправильных положениях матки и влагалища

Наиболее частыми показаниями к оперативному лечению являются опущения и выпадения матки и влагалища, а также ретродевиации матки, в основном при фиксированной ретрофлексии. При подвижной ретрофлексии, сопровождающейся нарушениями менструального цикла, болями в пояснице и признаками инфантилизма, обычно используются консервативные методы лечения (физиотерапевтические, гормональные и т. п.). Хирургическое лечение применяется лишь при одновременном опущении или выпадении матки и влагалища.

Показания к оперативному лечению фиксированной ретрофлексии возникают при отсутствии эффекта от систематического повторного консервативного лечения и наличии выраженных болей в пояснице, при нарушении менструальной функции и снижении трудоспособности. При подвижной ретрофлексии операция показана в случае одновременного опущения стенок влагалища или наличии других заболеваний, требующих оперативного вмешательства.

Обычно оперативное вмешательство, исправляющее положение матки, является частью операции, производимой после рассечения спаек и удаления измененных придатков матки.

Количество предложенных операций и их модификаций для исправления ретрофлексии матки и удержания ее в положении антефлексии достигает нескольких сотен. Мы приводим описание наиболее распространенных оперативных вмешательств при ретродевиациях матки.

При выборе метода оперативного вмешательства у больных с выпадением матки приходится учитывать ряд обстоятельств, в частности возраст женщины, чтобы не нарушить менструальную функцию, наступление беременности и течение родов. В связи с этим в большинстве случаев у этих больных приходится ограничиваться пластическими операциями с целью восстановления мышечно-фасциальной основы тазового дна при кольпоперинеоррафии и передней кольпоррафии, иногда сочетая их с истмической гистеропексией или укорочением круглых связок, восстанавливая антефлексию матки. Применяют еще операцию, подвешивающую матку к брюшной стенке за круглые связки. Следует отметить, что при выпадении матки укорочение круглых связок или вентросуспензия матки с их помощью малоэффективны.

Передняя кольпоррафия и кольпоперинеоррафия описаны выше в разделе операций на влагалище. При выпадениях и опущениях матки они являются основой сочетанных операций.

Не нарушает менструальную функцию, но осложняет возможность беременности и родов манчестерская операция.

Препятствуют нормальному течению беременности и родов интерпозиция матки при всех ее модификациях и вентрофиксирующие операции. Поэтому они могут быть применены лишь у женщин, перешедших границу детородного возраста, а также если одновременно производится удаление патологически измененных маточных труб или (при наличии показаний) стерилизация.

В следующую группу операций входят различные виды влагалищных экстирпаций матки, которые могут быть применены у женщин в период климактерия или менопаузы, так как они выключают менструальную и детородную функции.

Ряд операций, применяемых при полном выпадении матки, исключают возможность половой жизни. Это срединная кольпоррафия, операция неполного влагалищно-промежностного клейзиса и, наконец, влагалищная экстирпация матки и влагалища.

При выборе метода оперативного вмешательства следует прежде всего учитывать возраст больной, необходимость сохранения менструальной и детородной функций, а также возможности половой жизни. Очень важное значение имеет общее состояние пациентки, тем более что нередко выпадение матки наблюдается в старческом возрасте и у женщин, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми расстройствами, диабетом и пр.), при которых противопоказаны длительные и тяжелые операции.

Если можно прибегнуть к операциям, исключающим возможность половой жизни, то наиболее целесообразны срединная кольпоррафия и неполный влагалищно-промежностный клейзис.

Вопрос о сохранении детородной функции и особенно возможности половой жизни требует тщательного выяснения в условиях интимной беседы врача с больной, так как возраст в этом случае не является решающим моментом.

Внебрюшинная операция укорочения круглых связок по Александеру — Адамсу

Операция по Александеру — Адамсу, применяемая при подвижной ретрофлексии матки с целью исправления ее положения, в настоящее время используется очень редко. Сущность ее заключается во внебрюшинном укорочении круглых связок со стороны пахового канала. Подобное оперативное вмешательство сложнее, требует двустороннего разреза и ткани при нем травмируются больше, чем при других операциях на круглых связках.

Техника операции. Делают разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 5—7 см, на 2—3 см выше и параллельно паупертовой связке, начиная его от лобкового бугорка и по направлению к верхней ости подвздошной кости. Лигируют кровоточащие сосуды и, отодвигая жировую клетчатку, обнажают апоневроз наружной косой мышцы живота и у лобкового бугорка наружное кольцо пахового канала (рис. 167, А). Паховый канал, просвечивающий в виде синеватой полоски, вскрывают с помощью прямых ножниц, одну брашшу которых вводят через наружное кольцо на 3—4 см. Зажимом Кохера захватывают латеральный край разреза и оттягивают его в сторону. Следует учитывать, что наружная семенная артерия

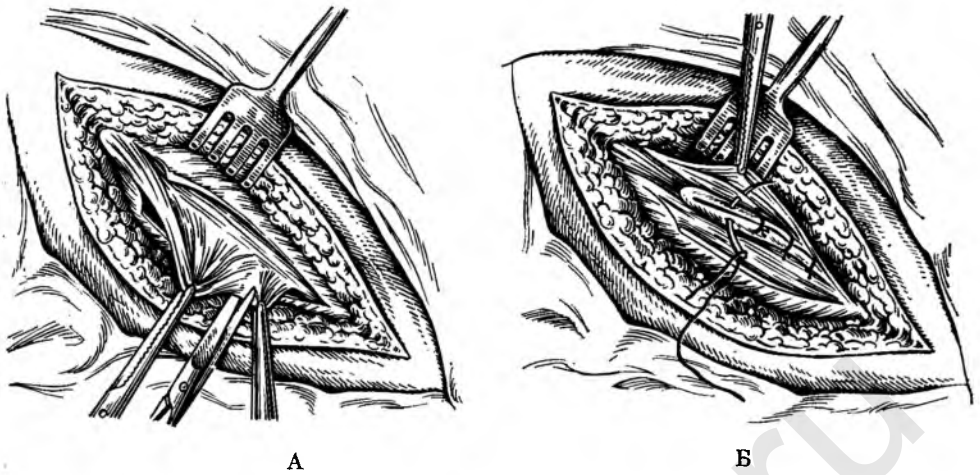


Рис. 167. Внебрюшинная операция укорочения круглых маточных связок.

А — выделение круглой связки; Б — круглую связку, сложенную вдвое, прикрепляют отдельными швами к апоневрозу.

образует вдоль круглой маточной связки нежное сплетение, которое легко травмируется, а изливающаяся кровь изменяет окраску тканей и затрудняет нахождение круглой связки. Эта связка располагается в латеральном отделе пахового канала; ее захватывают тупым зажимом, следя, чтобы в него не попал рядом лежащий наружный срамной нерв.

Круглую связку медленно и осторожно, чтобы не оторвать, вытягивают на 4—6 см, пока не будет ясно видно конусообразное выпячивание брюшины, которое отодвигают тупым путем или надсекают ножницами параллельно круглой маточной связке. Шелковым узловатым швом прошивают один край разреза апоневроза, брюшинный конус, круглую связку и затем второй край разреза апоневроза. Если брюшина при выделении круглой связки была случайно вскрыта, то отверстие предварительно зашивают.

Круглую связку следует прокалывать насквозь, а не обкалывать, чтобы она не подверглась некрозу. Таким же образом накладывают и все последующие швы, фиксируя круглую связку и соединяя края разрезов апоневроза (рис. 167, Б). Верхнюю часть разреза зашивают без захватывания круглой связки. Вытянутую петлю этой связки отрезают после ее перевязки последним фиксирующим швом.

Можно поступить и иначе. Круглую связку, сложенную втрое, не рассекают, помещают в паховом канале и подшивают тонкими шелковыми швами к латеральному краю апоневроза. Затем кетгутовыми швами соединяют края апоневроза и накладывают шелковые швы или скобки на кожу. Такую же операцию производят с другой стороны.

Ошибки и осложнения при операции Александра — Адамса

1. Хирург не находит круглой связки, если ищет ее не у латерального края апоневроза, где она лежит латерально от края внутренней косой мышцы.

2. Круглая связка обрывается из-за того, что она тонка и слабо развита, или травмируется оперирующим при разрывании и расщеплении ее пучков или сильном и резком натяжении, а также при захватывании острым зажимом.

Необходимо тщательно ориентироваться в анатомических соотношениях и соблюдать правила техники операции.

3. Неправильное направление разреза, сделанного ниже пупартовой связки, может при дальнейших манипуляциях привести к кровотечению из больших кровеносных сосудов. Необходимо точнее определять направление разреза, а если ошибка произошла, прекратить в этой области дальнейшую отсепаровку тканей. При разрезе, сделанном много выше пупартовой связки, ошибка исправляется отсепаровкой апоневроза в латеральном направлении.

Укорочение круглых маточных связок при чревосечении

Все операции укорочения круглых маточных связок направлены на восстановление положения матки в состоянии антефлексии. Однако все они имеют один и тот же недостаток: укорачивается наиболее мощная часть круглых связок, которые перестают играть свойственную им роль и роль эта возлагается на более тонкую и слабую периферическую часть связок, что нередко приводит к их растяжению и возникновению рецидива.

При этих операциях как при продольном, так и при надлобковом рассечении брюшной стенки делают небольшой разрез брюшной стенки. Увеличение разреза производится, если необходимы другие, более сложные манипуляции.

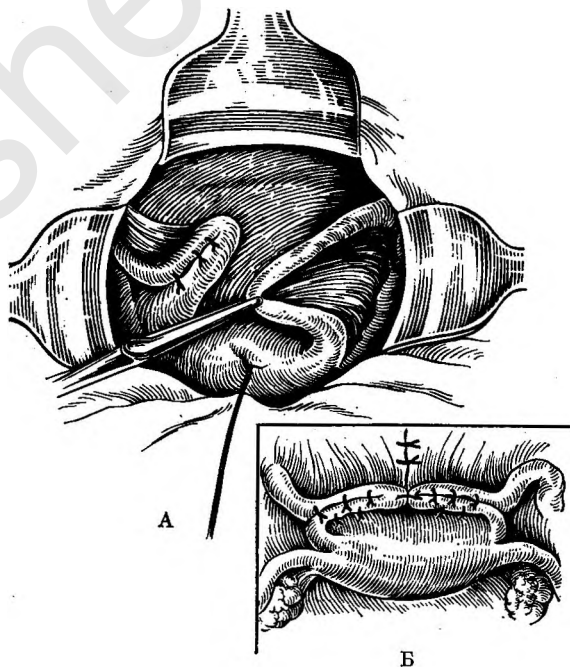


Рис. 168.

Укорочение круглых маточных связок по Дедлею — Менге.

А — круглую связку складывают в виде петли, колчено петли сшито несколькими швами; Б — петли круглых связок соединены между собой и прикреплены отдельными швами к передней поверхности матки.

Операция укорочения круглых связок по Дэдлею — Менге

Круглую связку захватывают зажимом на расстоянии 4—5 см от углов матки и вытягивают в виде петли. Оба колена связки сшивают несколькими кетгутowymi лигатурами (рис. 168, А). При этом нельзя обкалывать связку, чтобы не нарушить кровообращение, а нужно прошивать ее лишь на треть толщины. Затем создают такую же петлю из другой связки. Обе петли круглых маточных связок прикрепляют 3—4 шелковыми лигатурами к передней стенке тела матки (рис. 168, Б). Обе брюшинные складки соединяют между собой кетгутowymi швами и одновременно подшивают к передней стенке матки, чтобы облитерировать карманы, образовавшиеся при укорочении круглых связок.

Б. А. Козинский предложил следующую модификацию этой операции, которая позволяет хорошо перитонизировать дефекты серозного покрова матки в области дна и частично задней ее поверхности, возникшие при разделении спаек. При этом петлю круглой связки фиксируют одним узловатым швом одновременно с петлей такой же связки другой стороны посередине выпуклой части дна матки; дистальное колено петли круглой связки подшивают 2—3 швами в продольном направлении по задней поверхности матки, проксимальное — на ее передней поверхности. При этом дно и углы матки покрывают складкой передних листков широкой связки, как бы чепцом (рис. 169).

Операция укорочения круглых связок по Вебстеру — Бальди — Дартигу

Поддерживая анатомическим пинцетом трубу и собственную связку яичника, длинным зажимом, отступая от ребра матки и ниже собственной связки яичника, проделывают отверстие в широкой связке. При этом выбирают место с таким расчетом, чтобы не поранить восходящую ветвь маточной артерии и другие сосуды. Этим же зажимом захватывают на расстоянии 5—6 см от угла матки круглую связку и проводят ее петлю через

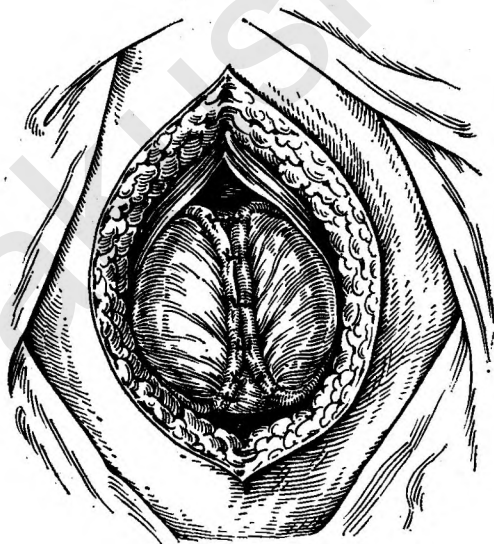


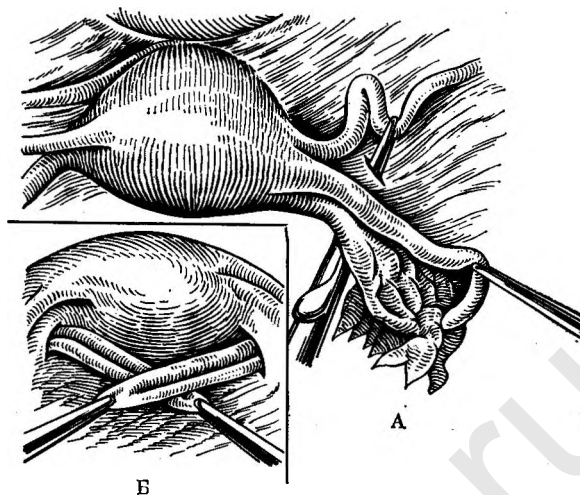
Рис. 169.

Операция укорочения круглых связок по Козинскому.

Рис. 170.

Укорочение круглых маточных связок по Вебстеру — Бальди — Дартигу.

А — в широкой маточной связке делают отверстие, через которое протягивают петлю круглой связки; Б — петли круглых связок прикрепляют к задней поверхности матки.



сделанное отверстие спереди назад. Аналогичным приемом выводят петлю второй круглой маточной связки. Обе петли несколькими шелковыми лигатурами пришивают друг к другу и одновременно прикрепляют к задней поверхности матки (рис. 170).

Возможным осложнением может быть кровотечение и гематома при проколе широкой связки из-за повреждения маточных сосудов или *plexus rampriniiformis*. Однако это осложнение можно предупредить, убедившись перед проколом широкой связки в отсутствии сосудов в избранном месте.

Операции, подвешивающие матку за круглые связки к брюшной стенке

При подобных операциях чревосечение обычно производят небольшим продольным разрезом над лоном.

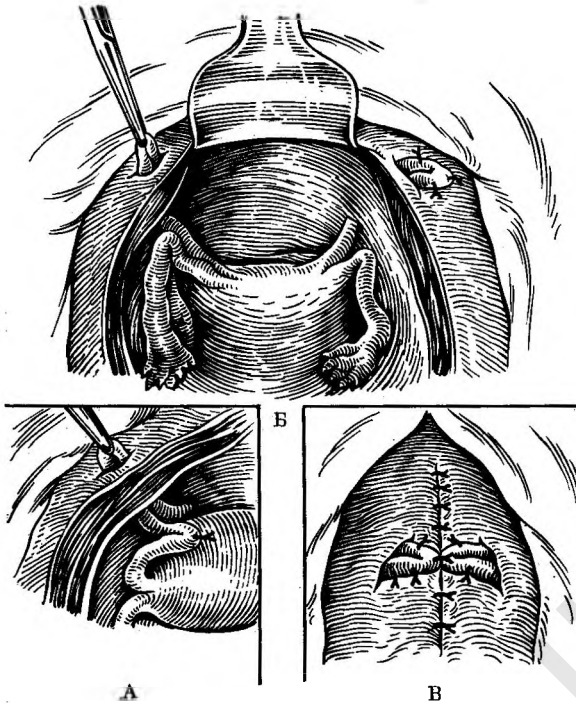
Операция подвешивания матки за круглые связки по Долери — Джильяму

После того как вскрыта брюшная полость, поверхность апоневроза с помощью скальпеля освобождают от покрывающей ее жировой клетчатки. Брюшину вместе с апоневрозом захватывают с каждой стороны двумя зажимами Кохера. Отступя от края срединного разреза брюшной стенки на 2 см, а от верхнего края лона на 5—6 см, производят скальпелем разрез апоневроза длиной 1 см с той и другой стороны. Через этот разрез прокалывают под апоневрозом лежащую прямую мышцу и брюшину зажимом Кохера и захватывают им соответствующую круглую связку на расстоянии 5—6 см от угла матки и выводят петлю связки над апоневрозом. С целью облегчить захватывание круглой связки ее предварительно захватывают пинцетом на соответствующем уровне и подводят к концу зажима. При этом необходимо проследить, чтобы в зажим была взята именно круглая связка, а не дубликатура брюшины или труба. После выведения через отверстия в апоневрозе петель круглых связок брюшину зашивают непрерывным кетгуттовым швом. На апоневроз накладывают узловые швы из кет-

Рис. 171.

Подвешивание матки за круглые маточные связки к брюшной стенке.

А — проведение петли левой связки через отверстие в брюшине, мышце и апоневрозе; Б — петли круглых связок протянуты через отверстие в апоневрозе и пришиты к апоневрозу прямой мышцы (справа); В — соединение петель над зашитым разрезом апоневроза.



гута или шелка. Затем приступают к фиксации круглых связок: петли связок соединяют тонким шелковым швом и прикрепляют к апоневрозу несколькими отдельными швами. Если отверстие в апоневрозе случайно получилось больше необходимой величины, то одним швом соединяют края апоневроза, подхватывая и круглую связку.

При наложении швов необходимо следить, чтобы связка не обкалывалась, а прошивалась на одну треть.

Doleris предложил сшивать петли круглых связок под прямыми мышцами живота. Gilliam модифицировал операцию и стал фиксировать петли связок над апоневрозом, не соединяя их между собой. Брюшина и апоневроз зашивались после фиксации связок.

Bardesku рекомендовал петли круглых связок соединять между собой над апоневрозом, что обычно и применяется. Однако при этом зашивание брюшины и апоневроза производится до фиксации связок и помощник должен тщательно следить за ними, удерживая зажимами и не травмируя при операции (рис. 171).

Р. В. Кипарский предложил следующую модификацию вентросуспензии матки. Круглую связку захватывают со стороны вскрытой брюшной полости зажимом на расстоянии 3—4 см от угла матки. Дистальную часть образовавшейся петли связки на расстоянии 3—4 см от первого наложенного зажима пришивают 2—3 шелковыми швами к передней поверхности матки, несколько ниже отхождения круглой связки (рис. 172). Р. В. Кипарский рекомендует проводить петлю связки только через брюшину и апоневроз, так как при прокалывании прямой мышцы и проведении через это отверстие круглой связки в дальнейшем могут возникать боли от натяжения.

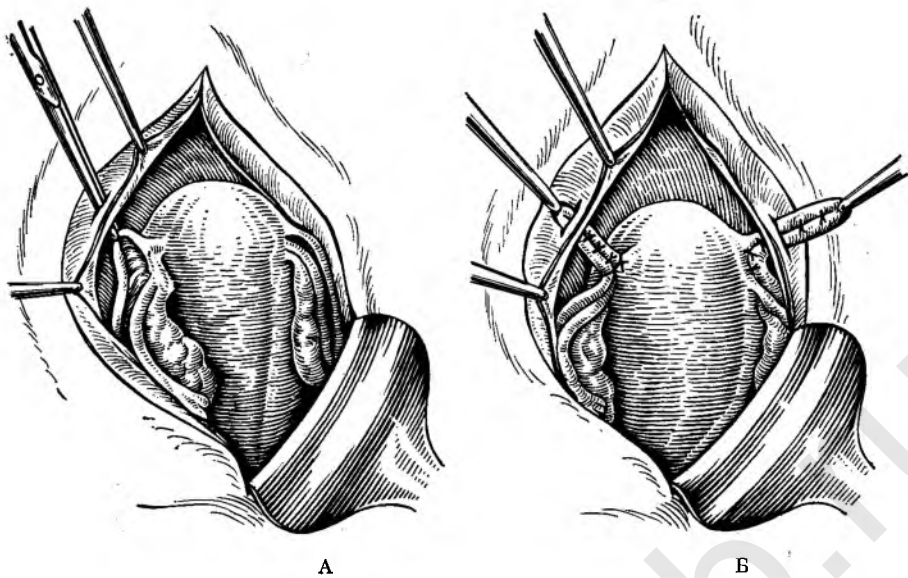


Рис. 172. Операция подвешивания матки за круглые связки по Кипарскому.
 А — круглая связка захвачена зажимом; Б — проведение ее через брюшину и апо-
 невроз.

Недочетом всех видов вентросуспензии матки к брюшной стенке является возможность ущемления кишечных петель, попавших в пузырно-маточный карман между круглыми связками. Отдельные случаи этого осложнения описаны в литературе. Lougos предложил с целью предупреждения подобного осложнения производить облитерацию пузырно-маточного кармана. При этом брюшину передней стенки матки сшивают с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь.

Л. Л. Окинчиц, И. Л. Брауде и мы считаем целесообразным производить облитерацию пузырно-маточного кармана. Делается это следующим образом: длинным кетгутовым швом повторными вколами иглы прошивают брюшину передней поверхности матки у дна ее и затем этой же нитью прошивают брюшину задней стенки мочевого пузыря над его вершиной. Так же накладывают и второй шов. После завязывания швов дно матки ложится на вершину мочевого пузыря, а пузырно-маточное пространство оказывается хорошо закрытым. Wert и Halban применяли облитерацию пузырно-маточного кармана как самостоятельную операцию при ретрофлексии матки.

*Источники ошибок и осложнения при вентросуспензии
 матки за круглые связки к брюшной стенке*

1. Слишком маленький разрез брюшной стенки, особенно при обильном развитии жировой клетчатки, затрудняет операцию и приводит к тому, что, оперируя на ощупь, хирург вытягивает то складку брюшины, то трубу, а иногда может подхватить зажимом и кишку. Разрез должен быть длиной до 10 см и хирургу необходимо манипулировать под контролем зрения.

2. Вместо петли круглой связки к апоневрозу пришивают маточную трубу или дубликатуру брюшины; этого легко избежать при внимательном отношении к выполнению технических правил описанной операции.

3. Обкалывание, а не прошивание части круглой связки при ее фиксации может привести в дальнейшем к некрозу ее в результате нарушения кровообращения.

То же может произойти при ущемлении петли круглой связки в отверстии, сделанном в апоневрозе, если оно слишком мало или суживается фиксирующими швами.

Истмическая гистеропексия

Эта операция применяется при опущении или выпадении матки в сочетании с передней кольпоррафией и кольпоперинеоррафией. После нее возможны беременность и роды. Предложили данную операцию Delber и Caraven.

Техника операции. После чревосечения матку подшивают двумя шелковыми лигатурами к апоневрозу на уровне ее перешейка. При этом первый шов накладывают непосредственно над пузырно-маточной складкой брюшины, второй — приблизительно на 1,5—2 см выше первого шва (рис. 173, А). Авторы операции, а также К. Н. Жмакин сообщали о благоприятном течении беременности и родов после истмической гистеропексии. Jamain (1955) из 29 рожавших женщин ни у одной не наблюдал каких-либо осложнений.

При наличии глубокого прямокишечно-маточного кармана целесообразно сочетать истмическую гистеропексию с облитерацией прямокишечно-

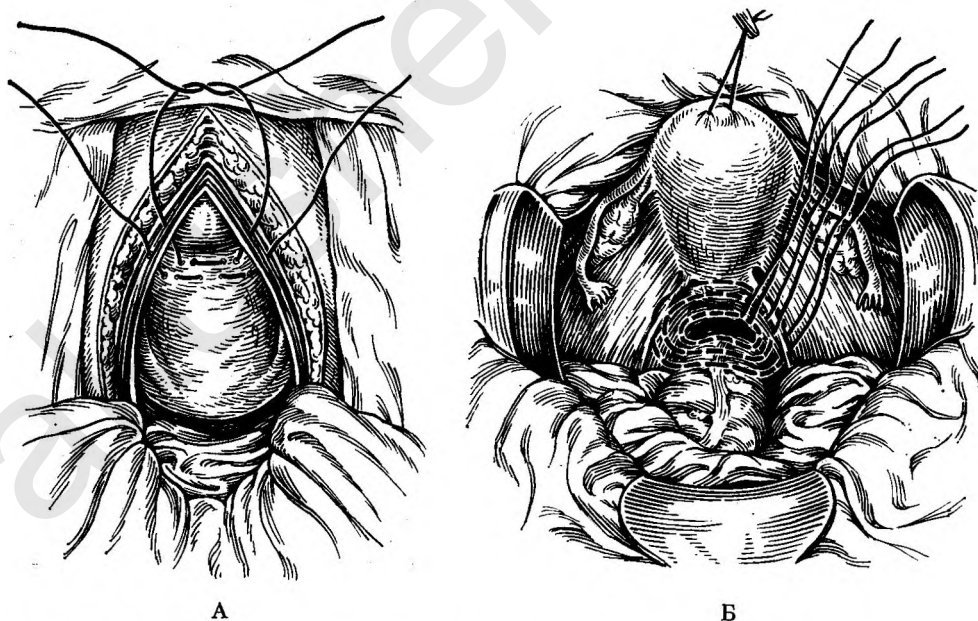


Рис. 173. Истмическая гистеропексия (А) и облитерация прямокишечно-маточного углубления (Б).

матового углубления. При этом швы накладывают циркулярно в несколько рядов в зависимости от величины углубления, как показано на рис. 173, Б. Завязывают швы после того, как все они наложены. При прошивании иглой подхватывают только брюшину, чтобы не повредить прямую кишку и мочеточник.

Манчестерская операция

Эта операция, предложенная Donald из Манчестера в 1888 г., была усовершенствована Forthergill и другими авторами в Англии и США. Ее часто называют манчестерской. Операция эффективна при опущении и частичном выпадении матки, особенно при удлинении шейки и наличии цистоцеле.

В детородном возрасте эта операция применяться не должна, так как ампутация шейки матки, являясь частью оперативного вмешательства, часто нарушает или исключает возможность последующей беременности.

До операции производится расширение канала шейки и последующее выскабливание слизистой оболочки матки для исключения злокачественной опухоли.

Техника операции. Большую подготавливают для влагалищной операции. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Производят циркулярный разрез стенки влагалища спереди на уровне последней поперечной складки, как при ампутации шейки матки. После этого продольным разрезом рассекают переднюю стенку влагалища, начиная на 1,5—2 см ниже наружного отверстия уретры и продолжая вниз до циркулярного разреза. Мы предпочитаем делать два разреза, идущих сверху вниз, как при передней кольпоррафии, очерчивая треугольный лоскут на передней стенке влагалища с основанием в области поперечного разреза у шейки матки. После этого производится отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки по Мартину (см. переднюю кольпоррафию). Мочевой пузырь защищают подъемником, отодвигающим его к лону. Производят клиновидную ампутацию шейки матки, как описано выше. Величина ампутируемой части шейки зависит от степени ее удлинения. Нижнюю часть кардинальных связок берут на зажимы, пересекают и эти пласти клетчатки (связки) сшивают и прикрепляют к передней стенке шейки матки. Если культи кардинальных связок длинные, их перекрещивают и сшивают между собой, чтобы они были плотно натянуты. После этого ушивают влагалищно-пузырную фасцию, а при большом цистоцеле сначала ушивают фасцию над растянутой стенкой мочевого пузыря, накладывая затем второй ярус узловатых швов (рис. 174, А, Б). Избыток влагалищной стенки, если он есть, иссекают, зашивают разрез стенки влагалища и формируют культю шейки матки (рис. 174, В, Г.). Затем производят кольпоперинеорафию. Манчестерская операция по существу является сочетанием ампутации шейки матки, передней кольпоррафии с подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки и кольпоперинеорафии.

По данным Goldberger и Zakin, на 665 операций рецидив наступил в 1% случаев, по Schaw на 549 операций — в 3,6%.

По мнению ряда отечественных авторов и нашим наблюдениям, манчестерская операция при неполном выпадении матки является очень эффективным вмешательством и должна применяться значительно чаще, чем другие.

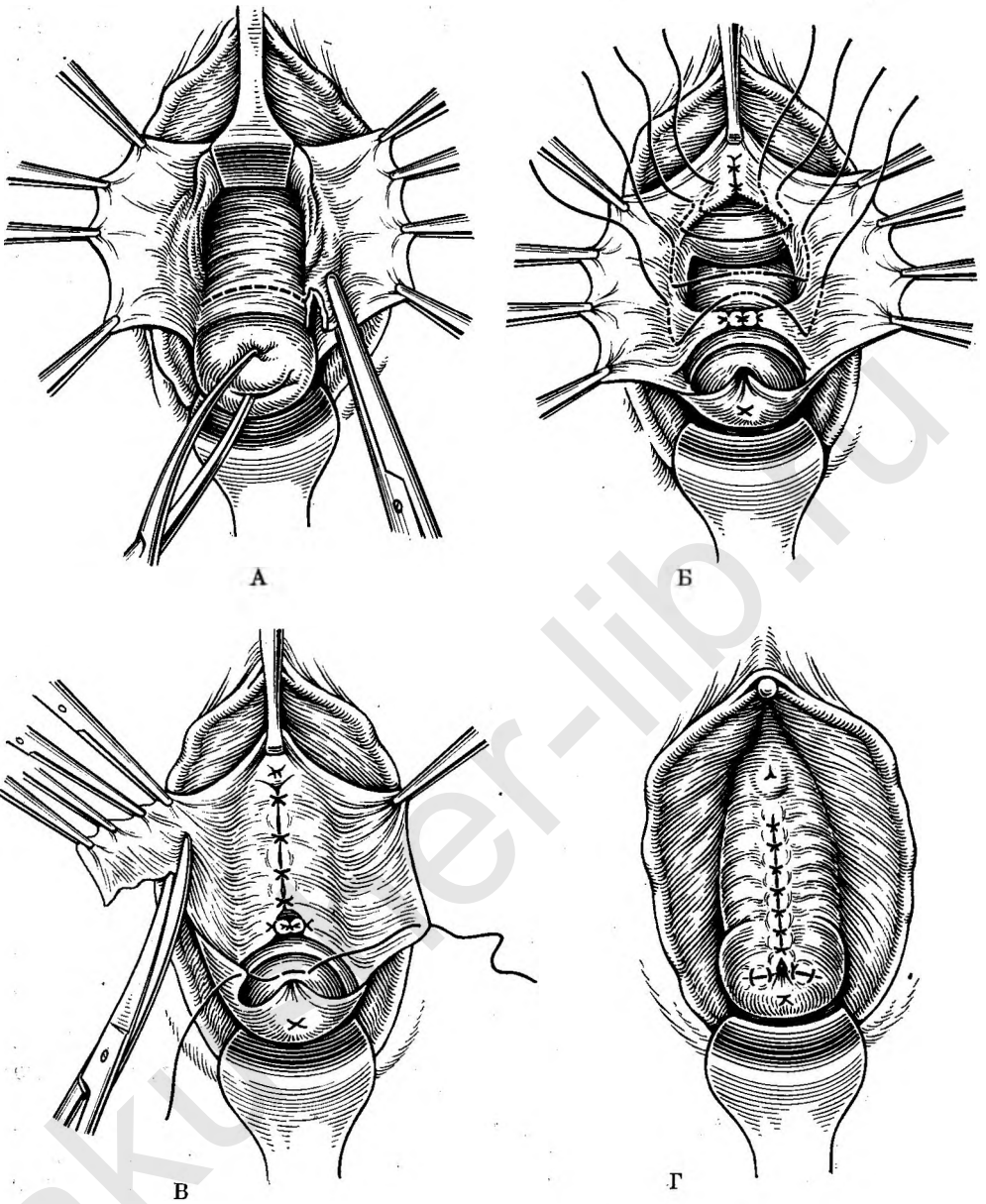


Рис. 174. Манчестерская операция.

А — мочевой пузырь отделен от шейки, левая кардинальная связка захвачена зажимом и перерезана, пунктиром обозначен уровень ампутации шейки; Б — шейка ампутирована, задняя губа покрыта слизистой оболочкой, кардинальные связки пришиты к передней поверхности шейки, наложены швы на влагалищно-пузырную фасцию; В — удален избыток влагалищной стенки; Г — на разрез стенки влагалища и культю шейки наложены швы.

Интерпозиция матки

Влагалищно-пузырная интерпозиция матки была разработана и описана в 1901 г. С. А. Александровым. Аналогичная операция предложена за рубежом (Wertheim, Schauta, Watkins). Интерпозиция матки противопоказана в детородном возрасте, при патологически измененной шейке матки (при эрозии, глубоких разрывах, лейкоплакии и др.), а также при значительном увеличении или атрофии матки. Применяется при выпадении матки и цистоцеле.

Техника операции. Производят переднюю кольпотомию, края продольного разреза стенки влагалища отсепааровывают в левую и правую стороны. Тело матки осторожно извлекают через кольпотомное отверстие наружу (рис. 175, А). Отдельными швами подшивают брюшину к задней поверхности матки на уровне внутреннего зева (рис. 175, Б). Затем матку по возможности прикрывают лоскутами влагалищной стенки, подшивая их к маточной стенке (рис. 175, В, Г). Часть стенки может остаться не покрытой влагалищными лоскутами. М. С. Александров, модифицируя эту операцию, выделяет влагалищную фасцию и сшивает ее над маткой, а затем лишь пришивает лоскуты влагалища к стенке матки. После интерпозиции матки делают кольпоперинеоррафию.

Имеется много сторонников и столько же противников применения интерпозиции матки. Много осложнений наблюдается в послеоперационном периоде (гематомы, нагноение швов, частые позывы на мочеиспускание), значительное число рецидивов (по данным Nielsen, на 162 операции 6,6%).

Мы не являемся сторонниками этой операции и использовали ее лишь в единичных случаях.

Экзогистеропексия по Кохеру

Эта операция должна применяться только при условии, если исключается возможность последующей беременности, при выпадении матки.

Вначале производят переднюю кольпоррафию и кольпоперинеоррафию, а затем срединным продольным разрезом передней брюшной стенки вскрывают брюшную полость. Разрез делают длиной не более 10 см, но при большой подвижности матки начинают его не от лона, а несколько выше. Дно матки захватывают пулевыми щипцами и выводят в брюшную рану. Начинают зашивать брюшину и, подойдя к матке, обшивают ее брюшиной. При этом дно матки остается расположенным внебрюшинно (рис. 176, А). Затем зашивают над маткой апоневроз, подкожную клетчатку и накладывают швы или металлические скобки на кожу.

Такая типичная операция по Кохеру малоэффективна, брюшина вытягивается в виде тяжа и может наступить рецидив. Применяя подобную операцию, мы сочетаем ее с наложением двух шелковых швов через дно матки, проводим их через брюшину, мышцы и апоневроз (рис. 176, Б). Затем заканчиваем зашивание брюшины, апоневроза и над ним завязываем шелковые швы, прошитые через стенку матки у ее дна. По существу это оперативное вмешательство, применявшееся нами в течение многих лет, является комбинацией операции Кохера и Леопольда — Черни. Leopold и Cherny рекомендовали вентрофиксацию по своему методу как самостоятельную операцию (рис. 176, В), но ее производят в нашей стране редко.

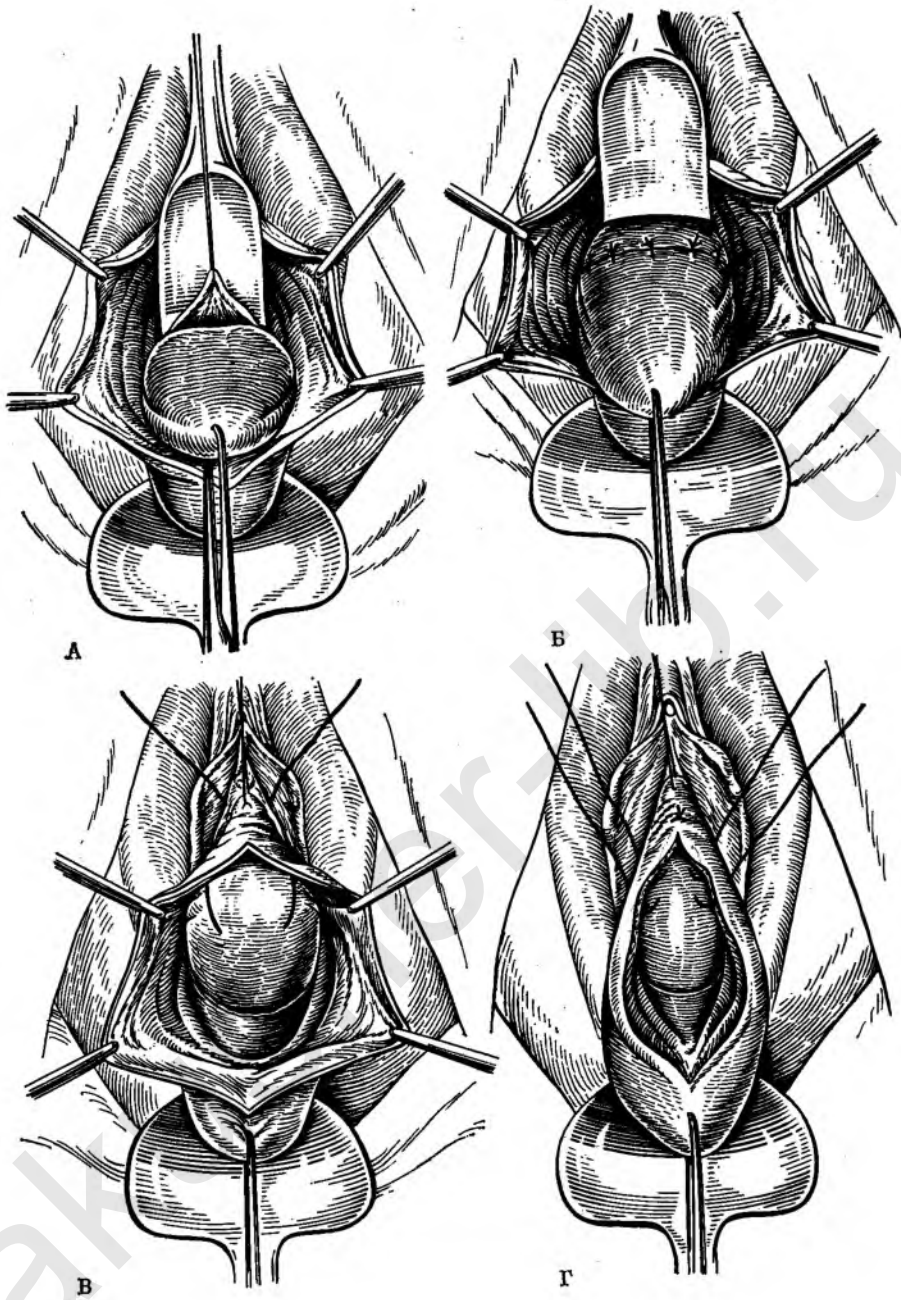


Рис. 175. Влагалищно-пузырная интерпозиция матки.

А — тело матки выведено через переднее кольпотомное отверстие; Б — передний край разреза брюшины пузырно-маточной складки пришит к задней поверхности матки; В и Г — матка лежит впереди мочевого пузыря, наложены швы, фиксирующие матку к передней стенке влагалища.

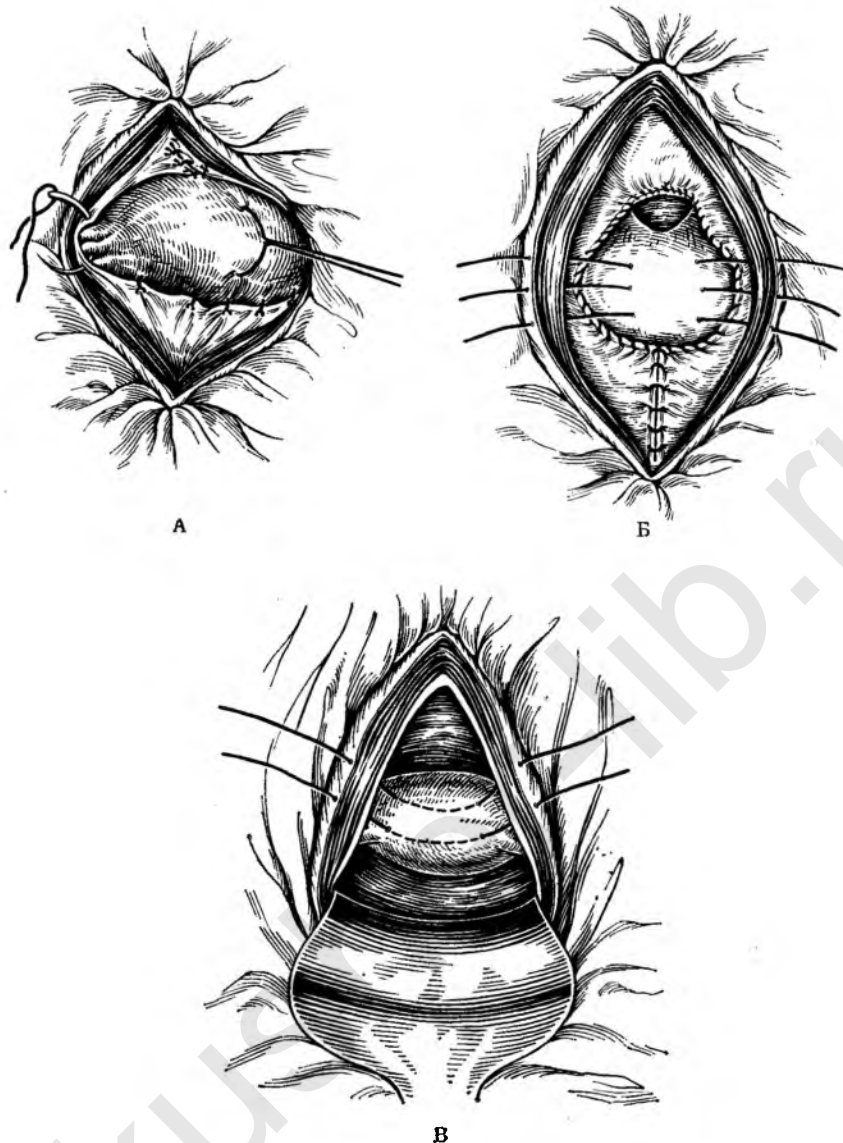


Рис. 176. Вентрофиксация матки.

А — экзогистеропексия по Кохеру; Б — комбинация методов вентрофиксации по Леопольду — Черни — Кохеру; В — по Леопольду — Черни.

Гистеропексия по Григориу

О хороших ближайших и отдаленных результатах гистеропексии по Григориу сообщили в 1934 г. П. В. Маненков и Е. Д. Рузский. Однако она не получила распространения в нашей стране.

Техника операции. Срединным разрезом над лоном вскрывают брюшную полость. Захватывают пулевыми щипцами дно матки и максимально выводят ее из брюшной полости вместе с придатками. Зашивают

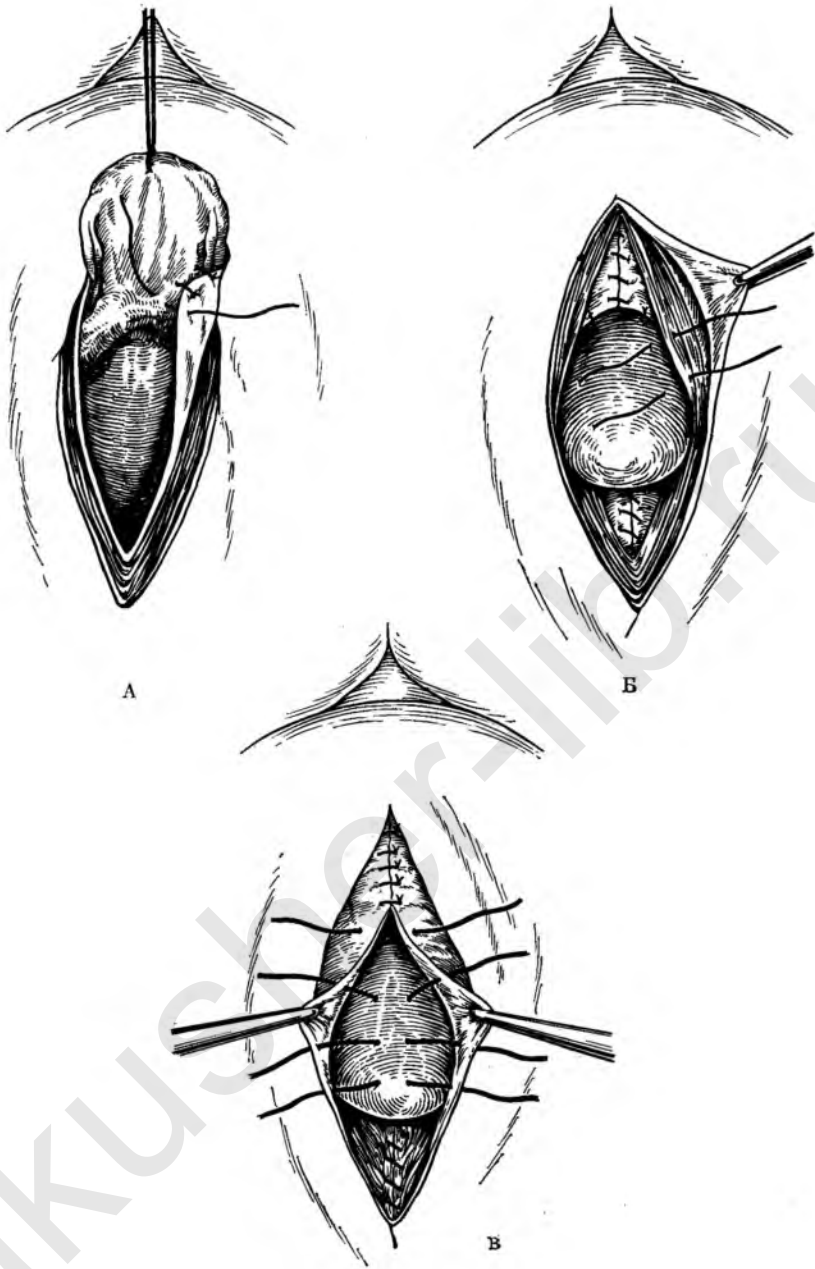


Рис. 177. Гистеропексия по Григориу.

А — матка выведена в раму и начато наложение швов, соединяющих брюшину с задней и передней поверхностями матки на уровне внутреннего зева; Б — разрез брюшины зашит, тело матки располагается между мышцами и апоневрозом; В — апоневроз зашивают узловатыми швами, подхватывая и стенку матки.

брюшину, подшивая ее к матке в области перешейка по передней и задней стенкам (рис. 177,А). Затем спивают прямые мышцы и помещают тело матки дном по направлению к пупку между мышцами и апоневрозом (рис. 177,Б, В). Приступают к зашиванию апоневроза узловатыми швами, которыми подхватывают и матку. Подкожную клетчатку и кожу зашивают обычным образом.

Е. Д. Рузский предложил, рассекая и перевязывая мезосальпинкс, не выводить яичники в рану, матку наклонять к лону и подшивать круглые связки к брюшине и мышечным краям раны.

Вагинофиксация по Богушу

С. С. Добротин и А. Е. Дробязко в 1955 г. описали способ вагинофиксации, предложенный К. Ф. Богушем в 1922 г. при выпадении матки у пожилых женщин.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости матку, захваченную пулевыми щипцами, извлекают в операционную рану. Маточно-пузырную складку брюшины рассекают на протяжении 2—3 см. Мочевой пузырь отслаивают до обнажения передней стенки влагалища, захватывают ее зажимом Микулича и подтягивают к брюшной ране. Шелковой лигатурой, проведенной через апоневроз, мышцу и брюшину, подшивают стенку влагалища к передней брюшной стенке. Проводя шов через стенку влагалища, нельзя проникать в просвет его полости (инфекция). Тело матки фиксируют к апоневрозу. В заключение производят кольпоперинеорафию. С. С. Добротин и А. Е. Дробязко произвели 855 таких операций. Умерло 4 больных. Среди 364 прослеженных больных рецидивы наблюдались в 2,2% случаев.

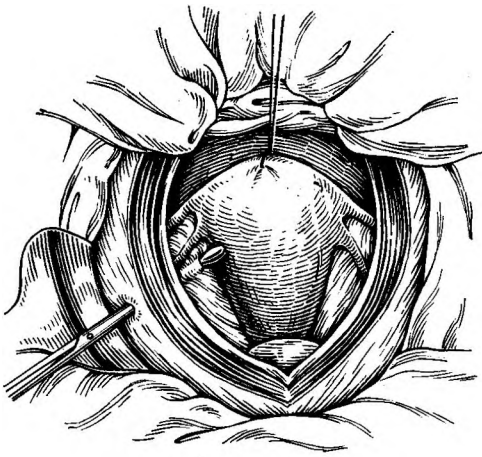
Мы полагаем, что вагинофиксация более опасна в смысле осложнений (инфекция, ранение пузыря) и не имеет особых преимуществ перед другими операциями.

Операции при выпадении матки с применением аллопластических материалов

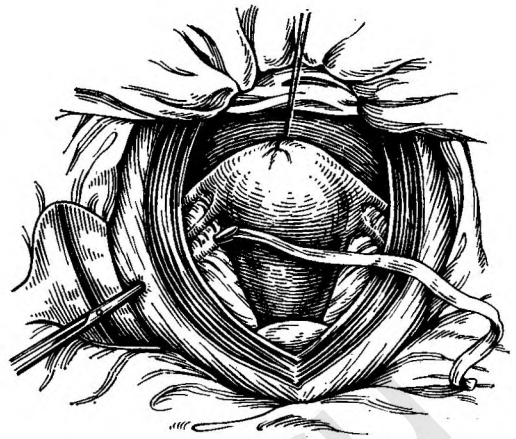
Аллопластические материалы используются, как и при операциях по поводу больших паховых грыж брюшной стенки, с целью разгрузки неокрепших тканей от физических воздействий. В нашей стране первыми применили капроновую сетку при хирургическом лечении выпадений матки Д. И. Чухриенко (1960), Е. И. Захаров и Л. С. Ковтун (1961). Д. И. Чухриенко предложил фиксировать матку капроновой сеткой на уровне внутреннего зева к надкостнице боковых стенок малого таза. Однако его методика сложна в техническом отношении и таит в себе известную опасность повреждения сосудов матки и мочеточников.

В. И. Ельцов-Стрелков (1966) разработал более простую технику операции укорочения и укрепления круглых связок с помощью капроновой сетки при хирургическом лечении опущений и выпадений матки. Эта операция, по данным автора, позволяет получать стойкие положительные результаты.

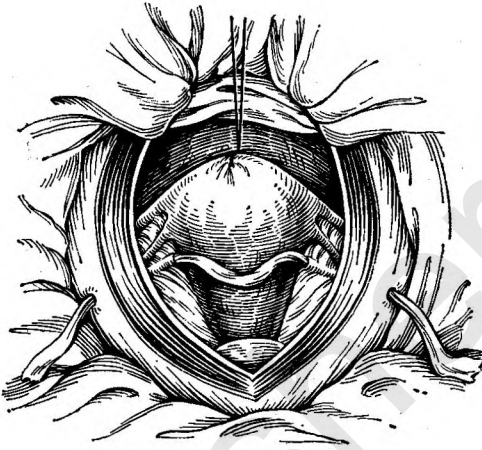
Перед операцией вырезают полоску из некрашенного капрона тюлевой вязки размером 12 × 2 см и стерилизуют ее в кипящей воде 15—20 мин.



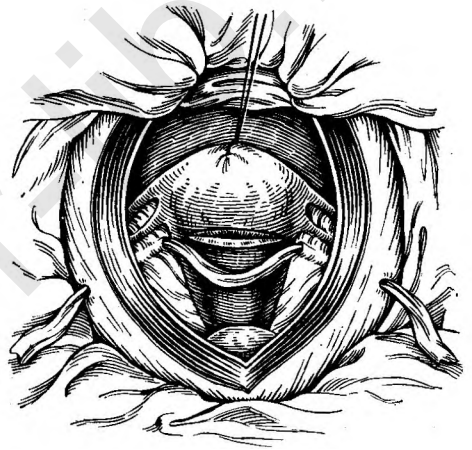
А



Б



В



Г

Рис. 178. Операция укорочения и укрепления круглых связок с помощью капроновой сетки по Ельцову-Стрелкову.

А — апоневроз, мышцы и брюшину прокалывают корнцангом, проводя его через внутреннее кольцо пахового канала и между листками широкой связки под круглой связкой до угла матки; Б — конец корнцанга у угла матки перфорирует брюшину и захватывает конец капроновой полоски; В — оба конца капроновой ленты проведены экстраперитонеально под круглыми связками и выведены над апоневрозом; Г — у дна матки от одной круглой связки до другой сделан надрез глубиной 2—3 мм.

Техника операции. Вначале общепринятым методом производят переднюю кольпоррафию и кольпоперинеопластику. Затем переходят к чревосечению. Брюшную полость вскрывают продольным срединным разрезом длиной 6—7 см ниже пупка. После вскрытия брюшной полости дно матки прошивают капроновой лигатурой и удерживают в приподнятом положении. От апоневроза в обе стороны до места проекции внутренних отверстий паховых каналов отслаивают подкожную жировую клет-

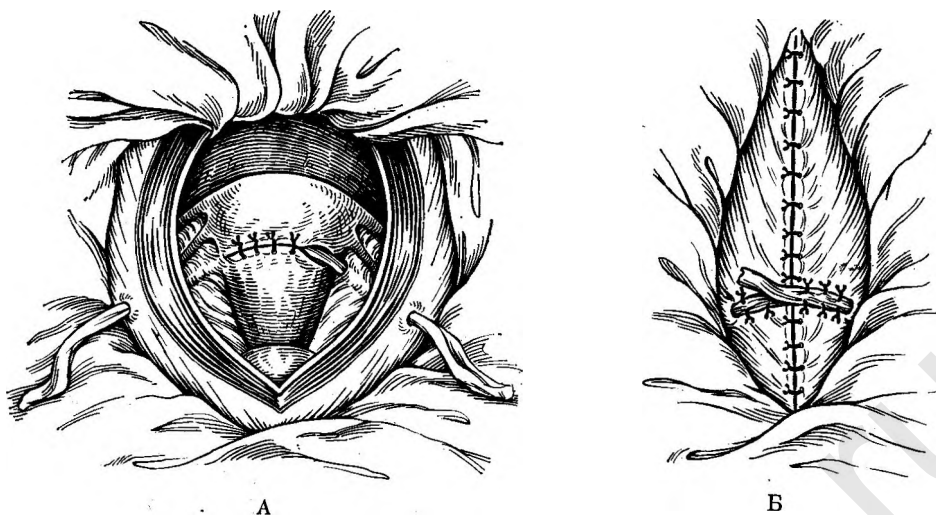


Рис. 179. Операция укорочения и укрепления круглых маточных связок по Ельцову-Стрелкову.

А — средняя часть капроновой сетки погружена с помощью узловатых швов в разрез передней стенки матки; В — концы капроновой ленты фиксированы капроновыми швами к апоневрозу.

чатку. На уровне внутреннего отверстия пахового канала на апоневрозе делают прокол кончиком скальпеля и затем корнцангом проходят через это отверстие и прокалывают другие слои брюшной стенки. При этом корнцанг проводят через внутреннее паховое кольцо, под круглой связкой, между листками широкой связки до угла матки. В этом месте прокалывают корнцангом передний листок широкой связки и захватывают конец капроновой сетки. Корнцанг извлекают из сделанного им капала, проводя капроновую ленту под круглой связкой. Конец этой ленты выводят над апоневрозом (рис. 178, А, Б). Аналогичным образом проводят между листками широкой связки противоположной стороны другую половину капроновой сетки (рис. 178, В). После этого на передней поверхности матки от одной круглой связки до другой делают надрез глубиной до 3 мм (рис. 178, Г). В образовавшийся желобок укладывают и пришивают капроновыми швами середину капроновой ленты, фиксируя ее таким образом к дну матки (рис. 179, А). Потягиванием за концы капроновой ленты поднимают матку до уровня несколько выше физиологического так, чтобы матка «висела» на капроновой сетке, но сохраняла подвижность. После этого приступают к послойному зашиванию брюшной стенки до апоневроза включительно. Затем концы капроновой сетки перекрецивают и фиксируют отдельными капроновыми швами к апоневрозу (рис. 179, Б). На подкожную клетчатку накладывают узловатые кетгутовые швы, на кожу — два шелковых шва и металлические скобки. Область раны закрывают повязкой-наклейкой. В. И. Ельцов-Стрелков оперировал 46 женщин в возрасте от 25 до 57 лет, из них 39 были старше 40 лет. Ближайшие и отдаленные результаты (от 1 года до 2 лет) были хорошие. Матка после укрепления круглых связок капроновой сеткой сохраняет небольшую подвижность и удерживается на уровне, установленном во время операции.

Срединная кольпоррафия по Лефору — Нейгебауэру

Срединная кольпоррафия по Лефору — Нейгебауэру исключает в дальнейшем возможность половой жизни и может применяться в старческом возрасте при полном выпадении матки или рецидиве выпадения влагалища после влагалищной экстирпации матки. Недостатком этой операции является невозможность в последующем осмотра и биопсии шейки матки. Противопоказаниями к срединной кольпоррафии являются патологические изменения шейки матки (эрозии, деформирующие шейку разрывы и т. п.), а также полная несостоятельность сфинктера мочевого пузыря. Мы наблюдали больную, которая при наличии полного выпадения матки удерживала мочу и освобождала мочевой пузырь только при заправлении выпавшей матки.

После срединной кольпоррафии моча вытекала постоянно.

Техника операции. После подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и потягиванием книзу выводят наружу влагалище и матку. Затем шейку матки отводят книзу и иссекают прямоугольный лоскут из передней стенки влагалища, верхняя граница которого проходит на 2 см ниже наружного отверстия уретры, а нижняя — в области свода влагалища. Вверху лоскут несколько шире (рис. 180, А). Такой же лоскут по форме и величине выкраивают из задней стенки влагалища, причем более узкие части лоскута на передней и задней стенках влагалища будут вблизи наружного маточного зева.

Целесообразно выкраивать и отсепаровывать лоскут сначала на задней стенке влагалища, чтобы стекающая кровь не мешала при отсепаровке лоскута на передней его стенке. Отсепаровка лоскутов производится скальпелем; при этом необходимо помнить, что под передней стенкой влагалища расположен мочевой пузырь, а под задней — прямая кишка. После отсепаровки лоскутов приступают к соединению кетгутовыми швами равных поверхностей на передней и задней стенках влагалища. Вначале сшивают края поперечных разрезов, лежащих спереди и сзади шейки матки. При завязывании этих швов шейка матки погружается в глубину (рис. 180, Б). Затем накладывают швы на боковые края освеженных лоскутов с обеих сторон и между ними — на соответствующий участок освеженной поверхности (рис. 180, В).

При таком последовательном симметричном наложении швов освеженные поверхности соединяются и вворачиваются внутрь. Швы по мере завязывания срезают. Прошивать боковые края разрезов следует с таким расчетом, чтобы концы нити и узел оказывались снаружи. Последними 3—4 узловатыми швами соединяют нижние поперечные края разрезов (рис. 180, Г).

Эта операция хорошо переносится больными и, если срастание освеженных поверхностей произошло первичным натяжением, дает благоприятные отдаленные результаты.

Решая вопрос о применении этой операции, необходимо проверить функцию сфинктера мочевого пузыря.

Conill сочетает срединную кольпоррафию с эпизиоклейзисом, иссекая частично половые губы и сшивая освеженные поверхности влагалища и половых губ после соединения внутренних краев разреза влагалищных стенок.

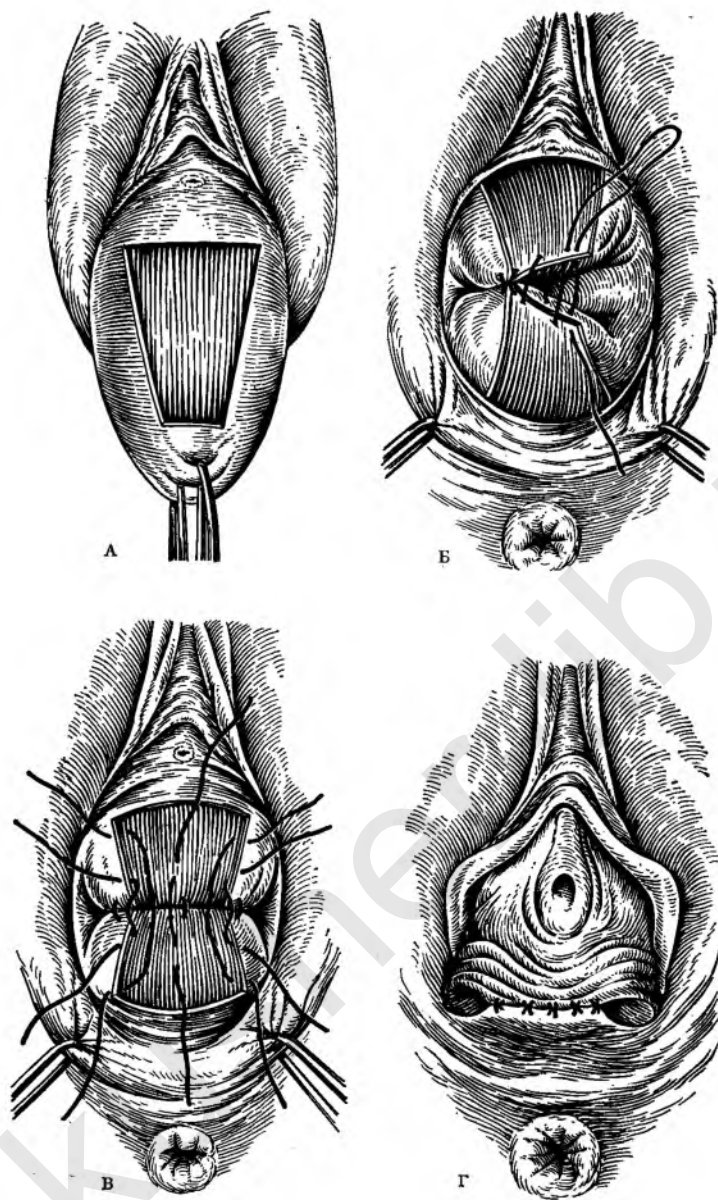


Рис. 180. Срединная кольпоррафия по Лефору — Нейгебауэру.

А — иссечен лоскут из передней стенки влагалища; Б — после иссечения такого же лоскута из задней стенки влагалища начато наложение первых швов; Б — наложение последующих швов, соединяющих раневые поверхности; Г — операция закончена.

Примерное описание операции срединной кольпоррафии (colporrhaphia mediana)

После обычной подготовки к влагалищной операции шейка матки захвачена пулевыми щипцами, выведена максимально из влагалища и оттянута к лону. Из задней стенки влагалища выкроен и отсепарован прямоугольный лоскут. Матка оттянута книзу и из передней стенки влагалища выкроен и отсепарован прямоугольный лоскут такого же размера, как и первый. Узловатыми кетгутовыми швами произведено сшивание освеженных поверхностей и краев ран на передней и задней стенках влагалища. Моча выпущена катетером, чистая.

Операция неполного влагалищно-промежностного клейзиса

Показания и противопоказания к операции неполного влагалищно-прямокишечного клейзиса (colporperineocleisis subtotalis) те же, что и для срединной кольпоррафии. И. Б. Левит применил ее с успехом у 56 больных. Мы эту операцию производили в соответствующих случаях охотнее, чем срединную кольпоррафию. Л. Л. Окинчиц также полагает, что данная операция имеет преимущества перед срединной кольпоррафией.

Операцию неполного влагалищно-промежностного клейзиса разработал Labhardt. На задней стенке влагалища проводят якорный разрез и края раны отсепаровывают (рис. 181, А). Затем по обоим сторонам от якорного разреза продолжают его на внутреннюю поверхность малых половых губ до уровня наружного отверстия уретры. В результате два разреза по 4 см длиной проводят параллельно уретре с обеих ее сторон на расстоянии 1—1,5 см от нее. Избыточные части лоскута стенки влагалища, показанные пунктиром на рис. 181, Б, отсекают. После этого производят послойное зашивание противоположных сторон раневой поверхности. Мы применяем эту операцию в нашей модификации. Различие заключается в том, что мы выкраиваем треугольный лоскут из задней стенки влагалища на границе его верхней и средней третей и концы этого треугольного лоскута соединяем с дугообразным разрезом у входа во влагалище разрезами по боковым стенкам входа влагалища. Дугообразный разрез заканчивается на 2 см ниже уровня наружного отверстия уретры. После удаления очерченного таким образом лоскута образуется большая площадь освежения и при ее соединении создается мощный пласт ткани, хорошо поддерживающий органы малого таза (влагалище, матку, мочевой пузырь). Наружное отверстие уретры остается, таким образом, выше соединенных краев раны и в дальнейшем моча при опорожнении мочевого пузыря не затекает во влагалище.

Описание техники неполного влагалищно-промежностного клейзиса мы приводим в нашей модификации.

Техника операции. Производим дугообразный разрез в области влагалищного входа. Разрез заканчиваем на 2 см ниже наружного отверстия уретры и не доходя до него на 2 см, а внизу — на 1 см ниже задней спайки (рис. 182). Заднюю стенку влагалища захватываем зажимом по средней линии на границе верхней и средней третей и, начиная отсюда, намечаем треугольный лоскут длиной 2,5—3 см с вершиной у зажима. Концы этого треугольника направлены к боковой стенке влагалища. После этого проводим еще два разреза по боковым стенкам влагалища, соединяющих концы дугообразного разреза с концами треугольника. В намеченных разрезами пределах лоскут отсепаровываем скальпелем, и получается фигура освежения, изображенная на рис. 182, А.

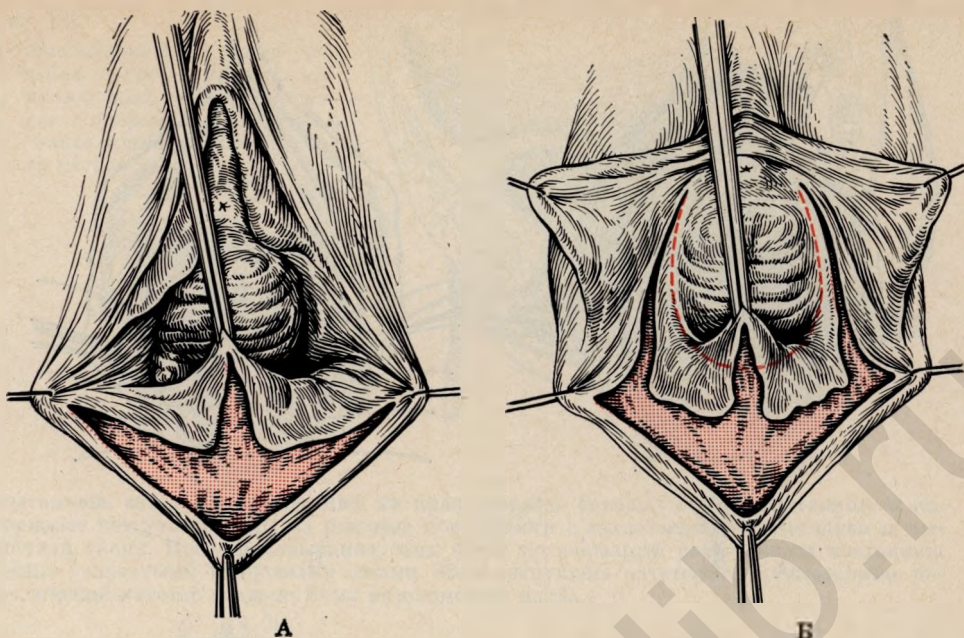


Рис. 181. Неполный эпизиоклейзис по Лабгардту.

А — произведен якорный разрез и края его отсепарованы; Б — по сторонам от якорного разреза произведены дополнительные разрезы на внутренней поверхности половых губ до уровня наружного отверстия уретры. Избыточные ткани лоскутов стенки влагалища удаляют по линии, обозначенной пунктиром.

Важное значение имеет соединение тканей в несколько этажей. Начинаем с зашивания треугольной части лоскута на задней стенке влагалища (рис. 182, Б). Затем накладываем в два этажа погружные швы из кетгута на фасции и мышцы в нижней части освеженной поверхности, следя за тем, чтобы не прошить прямую кишку. После этого соединяем узловатыми кетгутowymi швами разрезы, идущие по боковым стенкам влагалища. Края дугообразного разреза входа во влагалище и кожи промежности соединяем узловатыми шелковыми швами (рис. 182, В, Г).

В результате этой операции вход во влагалище едва пропускает мизинец; в нижних двух третях влагалище представляет собой узкий канал, а тазовое дно — массивный слой ткани толщиной 3—4 см (рис. 183). Такая операция обеспечивает мощную поддержку для тазовых органов, а наличие узкого канала во влагалище позволяет в случае необходимости осмотреть шейку матки с помощью эндоскопа.

Примерное описание операции неполного влагалищно-промежностного клейзиса (colproctopineocleisis subtotalis)

Произведен дугообразный разрез в области влагалищного входа. Верхние концы разреза заканчиваются на 2 см ниже наружного отверстия уретры. Из задней стенки влагалища на границе верхней и средней третей выкроен и отсепарован треугольный лоскут длиной 3 см. Концы его, направленные к боковым стенкам, соединены добавочными разрезами по боковым стенкам влагалища с концами дугообразного лоскута. Весь лоскут отсепарован и удален, освеженные поверхности сшиты узловатыми кетгутowymi швами: сначала соединены края треугольного лоскута на задней стенке

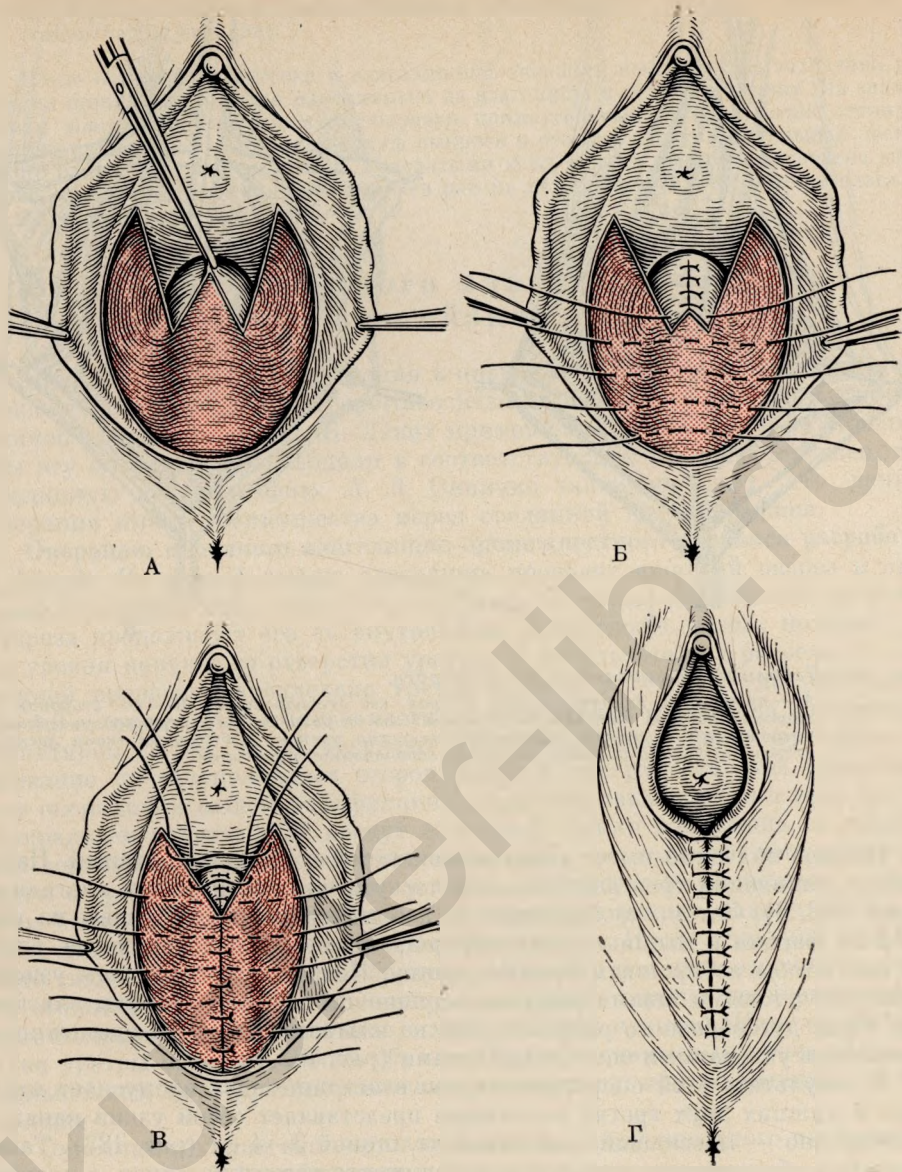
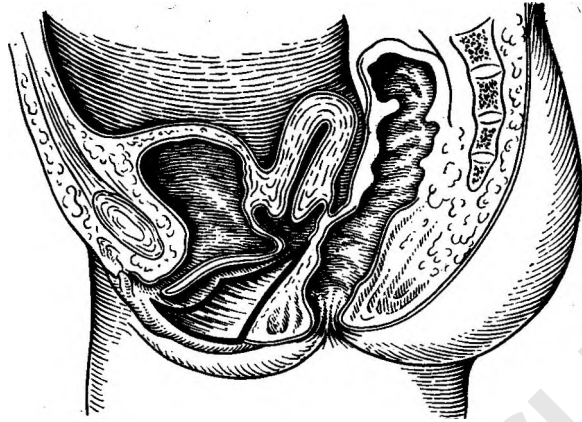


Рис. 182. Неполный влагалищно-промежностный кleyзис.

А — фигура освежения; Б — наложение швов на разрез задней стенки влагалища и ряд погружных швов; В — наложение узловатых погружных швов на разрез боковой стенки влагалища; Г — операция закончена.

Рис. 183.

Массивный слой ткани (обведен черной линией), укрепляющий тазовое дно после операции неполного влагалищно-промежностного клейзиса.



влагалища, затем наложены швы на края разрезов боковых стенок влагалища и погружные кетгутовые швы на раневые поверхности с захватыванием клетчатки и мышечной ткани. После завязывания этих швов дугообразный разрез входа влагалища зашит узловатыми шелковыми швами. Моча выпущена катетером. Во влагалище через мягкий катетер введено 10 мл вазелинового масла.

Влагалищная экстирпация матки при ее выпадениях

Простая экстирпация матки не устраняет основной причины ее выпадения — несостоятельности тазового дна — и часто сопровождается рецидивами. Поэтому обычно применяются различные модификации этой операции с одновременной пластикой влагалища и промежности.

Влагалищная экстирпация матки по Елкину

Производится обычная подготовка к влагалищной операции. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и влагалищную трубку выворачивают при одновременном низведении матки вниз и на себя. Производят циркулярный разрез стенки влагалища, отступя 5—6 см от наружного маточного зева. Стенку влагалища, начиная от разреза, отсепааровывают книзу до влагалищной части шейки матки; после этого отсепааровывают мочевой пузырь до пузырьно-маточной складки брюшины и смещают его подъемником к лону. Производят обычным образом переднюю кольпотомию. Край разреза брюшины подшивают в передней стенке влагалища. Производят заднюю кольпотомию. Матку выводят через переднее кольпотомное отверстие наружу, берут на зажимы круглые и собственные связки яичников, трубу, перерезают их и лигируют кетгутом. Если удаляются и яичники, лигируют и перерезают связки, подвешивающие яичники. Затем захватывают маточные артерии зажимами, накладывая их непосредственно у ребра матки на широкие маточные связки. Широкие связки рассекают до их основания и затем, оттягивая матку поочередно в одну и другую сторону, пересекают и лигируют кардинальные и крестцово-маточные связки. Край разреза брюшины сшивают непрерывным швом, оставляя внебрюшинно культи круглых, подвешивающих или собственных связок яичника и трубы, затем фиксируют их шелковыми швами к передно-боковой поверхности

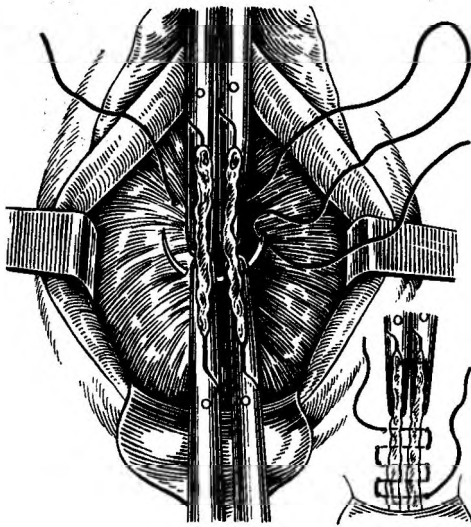


Рис. 184.

Сшивание культи широких и крестцово-маточных связок после влагалищной экстирпации матки при ее выпадении путем наложения матрацных швов (деталь справа).

культи влагалища, а культи крестцово-маточных связок — к задне-боковой стенке влагалища. Кардинальные связки сшивают шелковыми швами. М. В. Елкин рекомендовал сшивать кардинальные связки после их наложения одна на другую двумя параллельными рядами матрацных швов. Мы всегда сшиваем эти связки после их предварительного лигирования. Влагалище зашивают кетгутовыми швами. Затем производят переднюю кольпоррафию и кольпоперинеопластику.

Влагалищная экстирпация матки по Александрову

Сущность операции заключается в фиксации мочевого пузыря и удалении матки с восстановлением тазового дна. Сначала отсепааровывают треугольный лоскут из передней стенки влагалища, затем вскрывают пузырно-влагалищную фасцию, выделяют мочевой пузырь из его фасции и рассекают ее. Мочевой пузырь мобилизуют сверху и снизу и ушивают кистетным швом; ушитый мочевой пузырь прочно фиксируют в верхнем углу раны. Матку удаляют через заднее кольпотомное отверстие. Рану зашивают непрерывным кетгутовым швом, начиная с верхнего угла разреза во влагалище, затем сшивают в продольном направлении фасцию пузыря. Этим швом сшивают культи придатков, круглых связок и крестцово-маточных связок. В заключение производят кольпоперинеопластику.

Влагалищная экстирпация матки по Мейо

Иссекают клиновидный лоскут из передней стенки влагалища вместе с подлежащей фасцией; на боковых и задней стенках влагалища делают циркулярный разрез. Отслаивают мочевой пузырь спереди и стенку влагалища сзади, производят переднюю и заднюю кольпотомию. Матку выводят через переднее кольпотомное отверстие и удаляют. Культи круглых, широких и крестцово-маточных связок сближают и сшивают узловатыми швами (рис. 184). Затем накладывают два узловатых шва через край разреза влагалища, с одной стороны, и через сшитые между собой культи маточ-

ных связок и край разреза влагалища — с другой. Разрез влагалищной стенки зашивают непрерывными или узловатыми кетгутowymi швами и заканчивают операцию кольпоперинеоррафией.

В операциях по Елкину, Александрову и Мейо есть много общего, но имеются некоторые особенности, обуславливающие более четкое выполнение отдельных этапов операции.

Мы на протяжении многих лет (1933—1973) применяем эти операции в нашей модификации, которая обеспечивает более благоприятные отдаленные последствия.

Наша модификация влагалищной экстирпации матки при ее выпадении

После подготовки к влагалищной операции шейки матки захватываем одновременно за обе губы щипцами Мюзо или двумя пулевыми щипцами и матку вытягиваем наружу с таким расчетом, чтобы вывернулась максимально влагалищная трубка. Производим циркулярный разрез стенки влагалища, отступя 4—7 см от наружного зева матки (рис. 185, А). Расстояние разреза от него зависит от величины и растяжения влагалища. Стенку влагалища отсепааровываем по направлению к маточному зеву в виде манжетки (рис. 185, Б). Надсекаем соединительнотканые волокна между шейкой матки и мочевым пузырем. Острым и тупым путем отделяем его от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины и смещаем широким зеркалом к лону.

Парацервикальную клетчатку и кардинальные связки берем последовательно на зажимы, пересекаем и лигируем (рис. 186). Концы лигатур с кардинальных связок берем в зажимы и прикрепляем к простыне на соответствующей стороне вблизи операционного поля.

Производим переднюю, а затем заднюю кольпотомию. На края разрезов брюшины накладываем по две провизорные лигатуры, длинные концы которых берем на зажимы и прикрепляем к простыням, окружающим операционное поле.

Матку выводим через переднее, реже заднее, кольпотомное отверстие. На круглые и подвешивающие яичники связки, а при оставлении придатков — на трубу и собственную связку яичников накладываем зажимы. Связки пересекаем и лигируем кетгутом. На подвешивающие связки яичника накладываем добавочные лигатуры и концы их берем на зажимы, а основную лигатуру коротко срезаем, чтобы не стянуть ее при дальнейших манипуляциях. Лигатуры с круглых связок также берем на зажимы. Затем пересекаем широкие связки у ребра матки. Маточные сосуды перевязываем кетгутом или шелком и концы лигатур сразу срезаем. Крестцово-маточные связки захватываем зажимами, пересекаем и лигируем кетгутом, концы лигатур берем на зажимы.

После этого приступаем к перитонизации, оставляя культы связок (придатков) экстраперитонеально. Производим это следующим образом: за лигатуры, наложенные на края разрезов брюшины, подтягиваем ее книзу и несколько раздвигаем в стороны. Кетгутый шов накладываем сначала слева, подхватывая брюшину выше культей связок, начиная с области воронко-тазовой связки и продолжая стежки в направлении сверху вниз. Затем то же производим с другой стороны. После завязывания этих швов и разведения их в стороны края разрезов брюшины сближаются, становятся хорошо видимыми и мы сшиваем их кисетным кетгутowym швом (рис. 187, А).

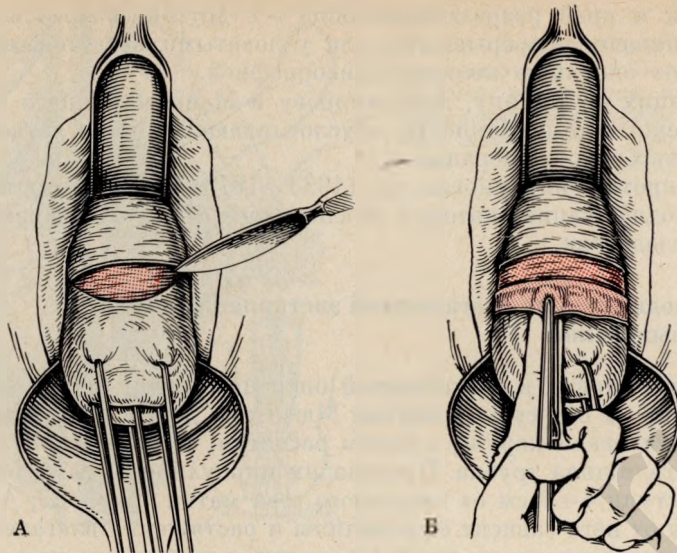


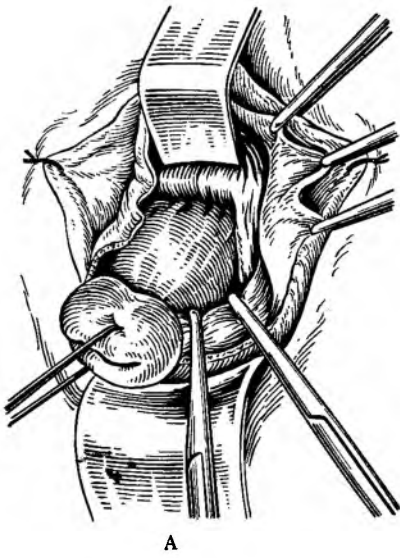
Рис. 185. Влагалищная экстирпация матки при ее выпадении.

А — циркулярный разрез стенки влагалища; Б — отсепаровка стенки влагалища по направлению к маточному зеву в виде манжетки.

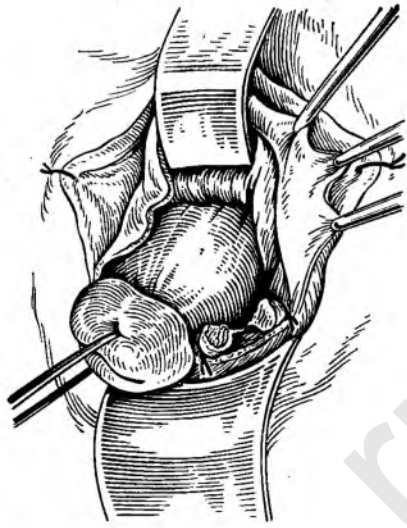
Закончив перитонизацию, захватываем переднюю стенку влагалища тремя зажимами: одним — по средней линии, отступая от наружного отверстия мочеиспускательного канала на 1,5—2 см, а двумя другими — за край разреза влагалища на таком расстоянии друг от друга, чтобы удалить излишнюю часть влагалища. Это легко определить, сближая концы зажимов и проверив, какова будет ширина влагалища. Между этими зажимами выкраиваем треугольной формы лоскут из стенки влагалища и отсепа­ровываем острым и тупым путем. Боковые края разрезов несколько отсепа­ровываем и мочевой пузырь отделяем от стенки влагалища без рассечения его фасции вверх и в стороны. После отделения ушиваем мочевой пузырь кистетным кетгутовым швом, подкрепляя его отдельными швами. При этом мочевой пузырь смещается вверх и уходит за лоно. Культы круглых и воронко-тазовых связок фиксируем шелковыми швами к краю разреза передне-боковой поверхности культи влагалища, а культы крестцово-маточных связок сшиваем друг с другом и прикрепляем к задне-боковым краям раз­реза влагалища. В последнюю очередь сшиваем шелковыми швами карди­нальные связки, накладывая их друг на друга (рис. 187, Б). На рану пер­едней стенки влагалища накладываем погружные узловатые кетгутовые швы, захватывающие фасцию и клетчатку влагалища. После этого разрез стенки влагалища зашиваем кетгутовыми швами, оставляя в центре куль­ти влагалища небольшое отверстие, через которое вводится резиновая (из перчатки) или марлевая полоска. Это предупреждает задержку крови или раневого отделяемого. Полоску извлекают на 3-й день после операции.

Закончив экстирпацию матки, производим кольпоперинеопластику об­щепринятым методом.

Эта операция подробно описана в главе V (см. стр. 123). После окон­чания операции во влагалище вводят марлевый тампон, смоченный вазе­линовым маслом.

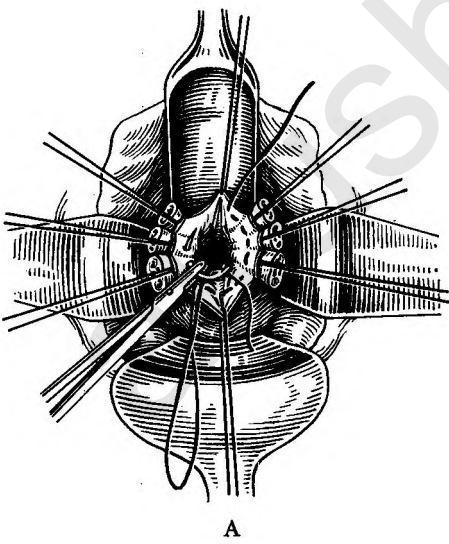


А

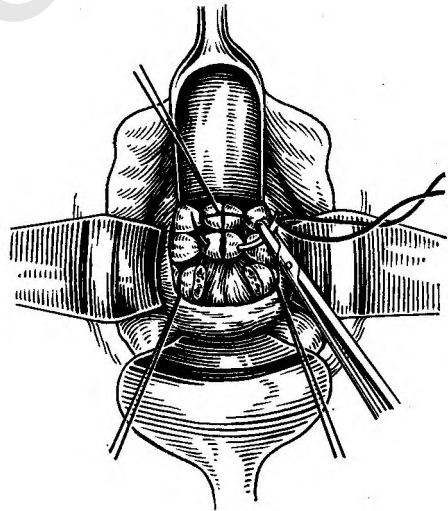


Б

Рис. 186. Рассечение (А) и лигирование (Б) кардинальных связок при влагалищной экстирпации матки.



А



Б

Рис. 187. Влагалищная экстирпация матки.

А — кистетным швом закрывают разрез брюшины; Б — сшивают культи кардинальных связок.

Примерное описание операции влагалищной экстирпации матки с придатками (exstirpatio uteri cum adnexis per vaginam)

Шейка матки захвачена щипцами Мюзо и матка вытянута максимально наружу. Произведен циркулярный разрез влагалищной стенки на расстоянии 5 см от наружного зева матки и стенки влагалища отсепарована в виде манжетки по направлению к маточному зеву. Мочевой пузырь острым и тупым путем отделен от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. Парацервикальная клетчатка и кардинальные связки захвачены зажимами, перерезаны и лигированы кетгуттом. Произведена передняя и затем задняя кольпотомия.

Тело матки выведено наружу через переднее кольпотомное отверстие. Круглые, подвешивающие яичники связки взяты на зажимы, перерезаны и перевязаны кетгуттом. Концы лигатур взяты на зажимы. Пересечены верхние отделы широких связок. Маточные сосуды захвачены зажимами у ребра матки, перерезаны и лигированы кетгуттом. Крестцово-маточные связки взяты на зажимы, перерезаны и перевязаны, на концы лигатур наложены зажимы, на брюшину — кисетный шов. После перитонизации передняя стенка влагалища захвачена зажимами и из нее выкроен и отсепарован треугольный лоскут с вершиной на 2 см ниже наружного отверстия уретры. Боковые края разрезов несколько отсепарованы и мочевой пузырь отделен от стенки влагалища без рассечения его фасции. Мочевой пузырь (cystocele) ушит кисетным кетгуттовым швом и последний подкреплён узловатыми швами. Культы круглых и подвешивающих яичники связок подтянуты за концы лигатур и фиксированы шелковыми швами к краям разреза передне-боковой поверхности культи влагалища, а культи крестцово-маточных связок сшиты и прикреплены к задне-боковым краям разреза влагалища. Кардинальные связки наложены друг на друга и сшиты. На рану передней стенки влагалища наложены погружные кетгуттовые швы, захватывающие фасцию и клетчатку. Разрез стенки влагалища зашит узловатыми кетгуттовыми швами.

В центре раны культи влагалища оставлено отверстие, в которое введена резиновая полоска (на 3 дня). Произведена типичная кольпоперинеоррафия. Во влагалище введен тампон, смоченный вазелиновым маслом. Моча выпущена катетером, чистая.

Операция полного удаления матки и влагалища по Окинчицу

Упоминание о подобной операции встречается у Fritsch и Feit, но подробное описание имеется лишь у Л. Л. Окинчица, который ее применял с 1916 г. Эта операция исключает возможность половой жизни и может производиться при выпадении матки у женщин в возрасте 60 лет и старше. Отдаленные результаты, по данным Л. Л. Окинчица и нашим наблюдениям, очень хорошие.

Техника операции. Шейку захватывают пулевыми щипцами, матку и влагалище выводят наружу. Отступая от наружного отверстия уретры на 2 см, производят циркулярный разрез влагалища соответственно расположению девственной плевы (рис. 188, А). Влагалище отсепаровывают до шейки матки острым и тупым путем (рис. 188, Б). Если выворачиваемая влагалищная трубка мешает отсепаровке, мы производим два продольных разреза у боковой стенки влагалища. Мочевой пузырь отделяют от шейки матки и смещают вверх, пересекают и лигируют кардинальные связки, производят переднюю и заднюю кольпотомию. Матку выводят через переднее кольпотомное отверстие, накладывают зажимы на круглую связку, трубу и собственную связку яичника (или подвешивающую яичник связку), пересекают их и лигируют (рис. 188, В). Широкую связку и маточные сосуды пересекают между зажимами и лигируют. Крестцово-маточные связки берут на зажимы, пересекают и лигируют. Матку удаляют.

Производят перитонизацию путем зашивания разрезов брюшины непрерывным кетгуттовым швом (рис. 188, Г). Крестцово-маточные и кардинальные связки сшивают. Просвет влагалища, лишенный слизистой обо-

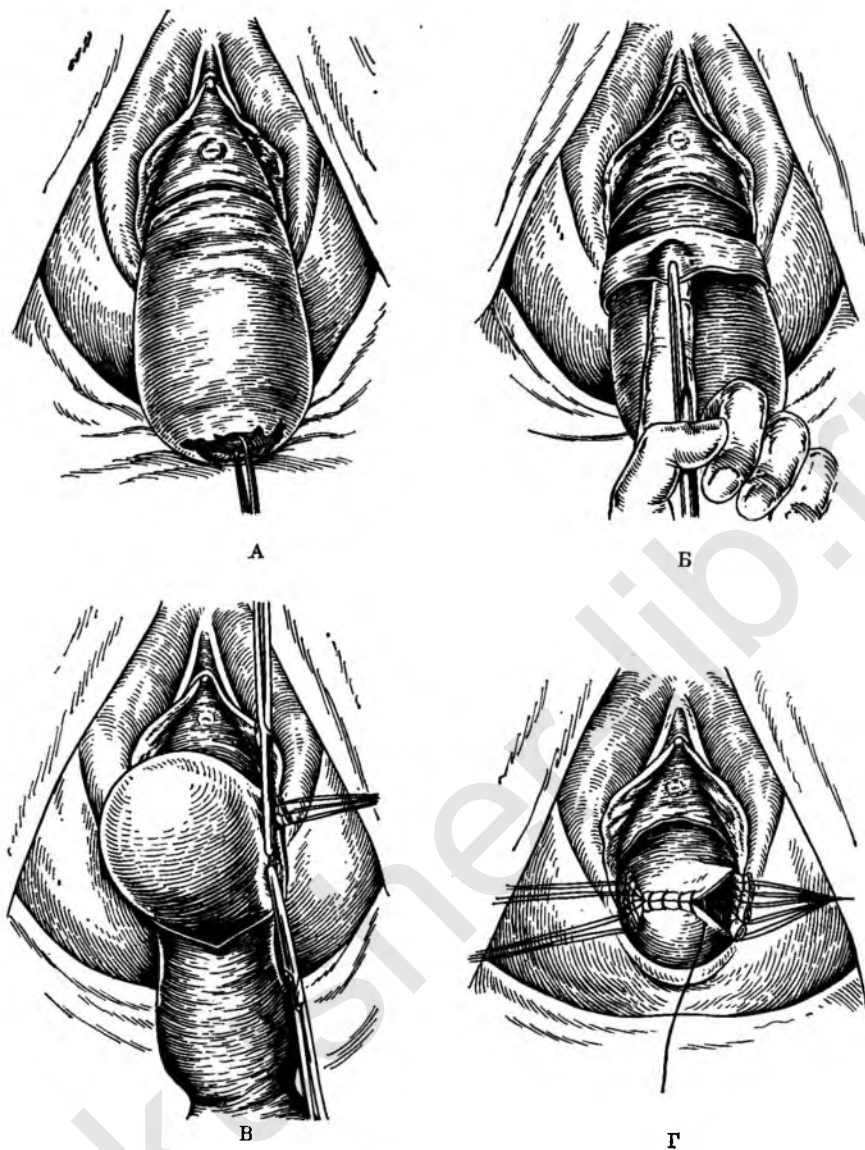


Рис. 188. Экстирпация матки и влагалища по Окинчицу.

А — циркулярный разрез стенки влагалища; Б — отсепаровка стенки влагалища; В — матка выведена через переднее кольпотомное отверстие и отсечена от левых придатков и круглой связки; Г — зашивание разреза брюшины; культи оттянуты в стороны за лигатуры.

лочки, закрывают путем последовательного наложения ряда циркулярных швов (рис. 189, А): каждый последующий шов накладывают после завязывания предыдущего. Слизистую оболочку влагалищного входа зашивают в продольном направлении узловатыми шелковыми швами (рис. 189, Б, В). Мочу выпускают катетером и накладывают працевидную давящую повязку на область наружных половых органов.

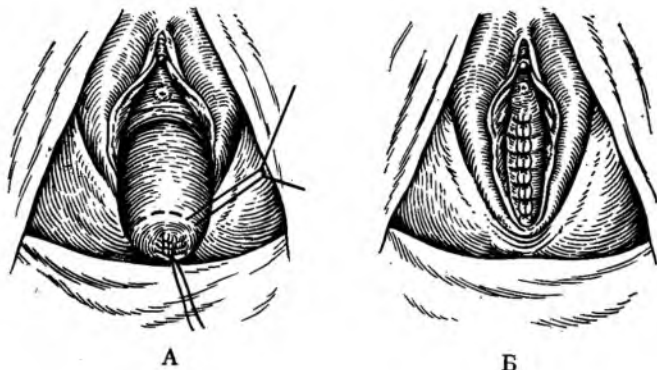


Рис. 189. Экстирпация матки и влагалища по Окинчицу.

А — наложение погружных швов на раневую поверхность после удаления матки и влагалища; Б — операция закончена; В — вид после операции на сагиттальном разрезе.

Операция при рецидивах выпадения половых органов

Чаще всего рецидивы в виде выпадения влагалища наблюдаются после влагалищной экстирпации матки, но могут встречаться при операциях, произведенных по поводу выпадения матки или при других заболеваниях, сопровождавшихся абдоминальной экстирпацией матки или надвлагалищной ампутацией ее.

У женщин, живущих половой жизнью, в подобных случаях производят переднюю кольпоррафию и кольпоперинеоррафию или сочетают их с вентрофиксацией шейки матки или с кольпопексией. В подобных случаях куль-

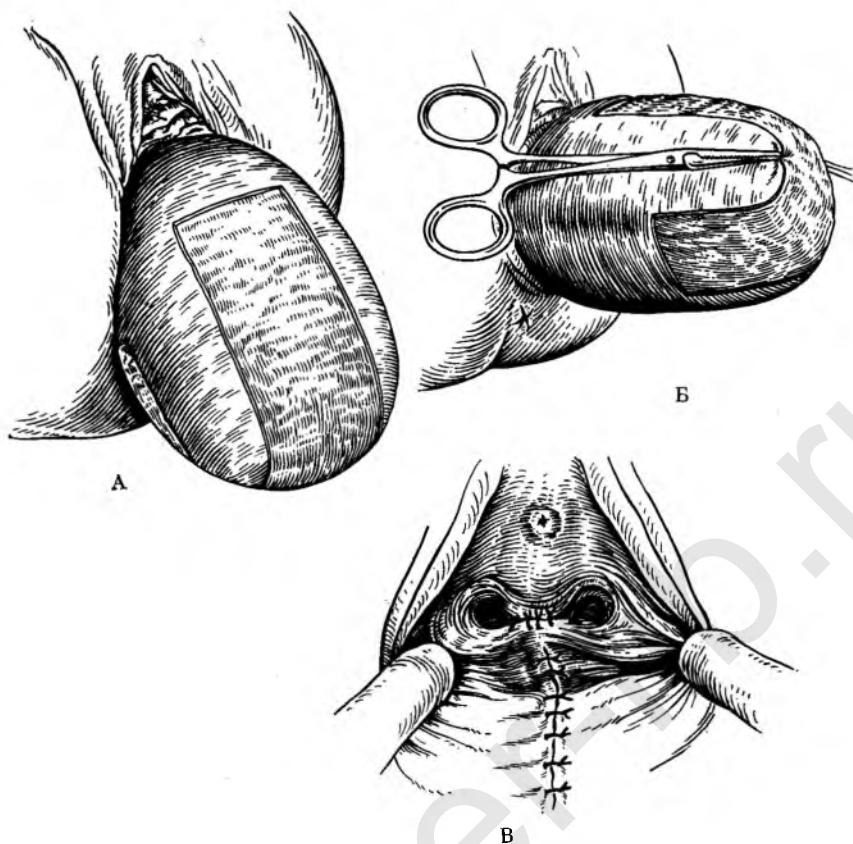


Рис. 190. Видоизмененная срединная кольпоррафия при рецидиве выпадения влагалища после гистерэктомии (по Брауде).

А и Б — иссечение непрерывного лоскута из передней и задней стенок влагалища;
 Б — результат операции.

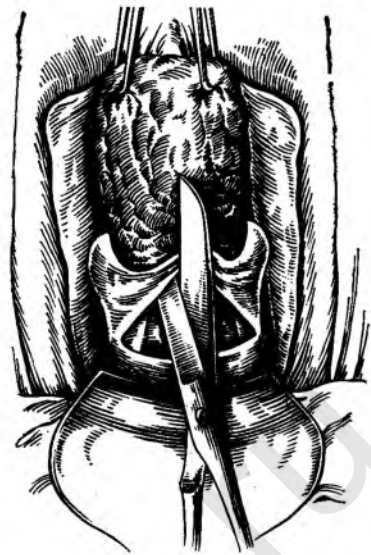
тю шейки матки вытягивают в брюшную рану и фиксируют как матку при гистеропексии по Кохеру — Черни, между прямыми мышцами живота к апоневрозу 2—3 шелковыми лигатурами. Так же производится и вагинопексия, если шейка матки отсутствует. Чтобы хирург легче мог обнаружить влагалищный свод, его выпячивают со стороны влагалища пальцем. При неясной топографии в тазу помогает освещение верхушки влагалища лампочкой эндоскопа (цистоскопа). При наложении лигатур на культю влагалища не следует прокалывать насквозь его стенку, так как это может привести к нагноению швов. При удлинении шейки матки производят ее ампутацию.

При повторной пластической операции на влагалище и промежности необходимо учитывать, что отсепаровка лоскута представляет значительные трудности и может привести к ранению мочевого пузыря или стенки прямой кишки, втянутой в рубец после предшествующего оперативного вмешательства.

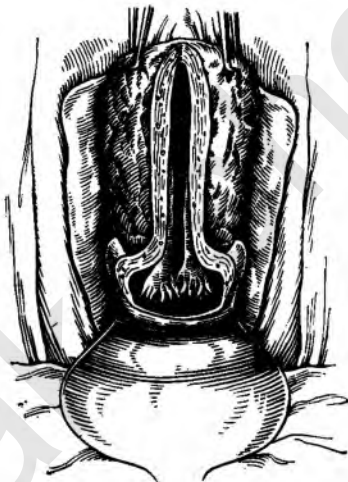
У женщин, не живущих половой жизнью, при рецидиве выпадения влагалища производят операцию Лабгардта или при отсутствии матки — видо-



А



Б



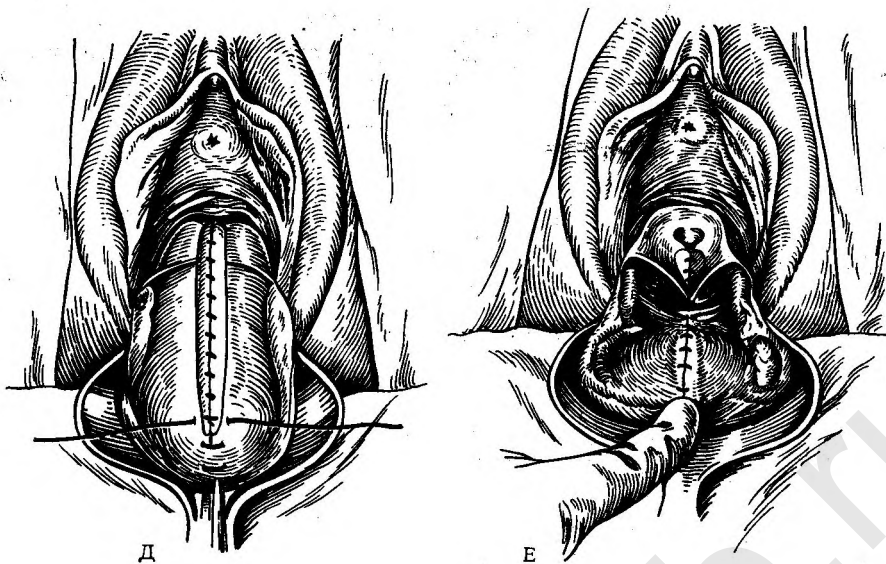
В



Г

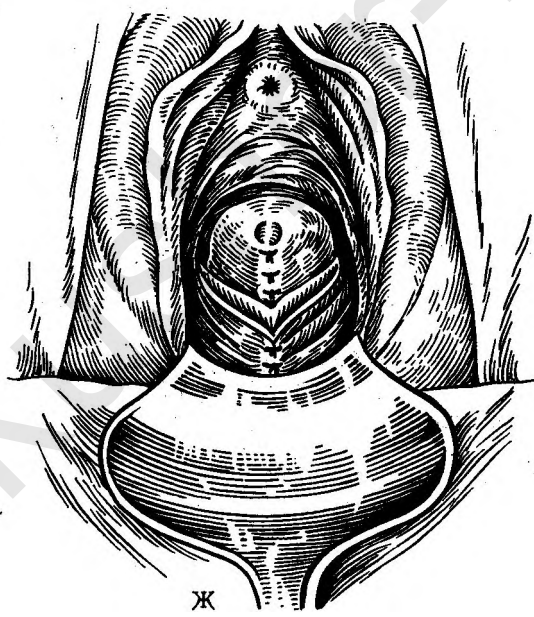
Рис. 191. Операция при вывороте матки.

А — вскрытие поперечным разрезом прямокишечно-маточного кармана; Б — рассечение задней стенки матки продольным разрезом по срединной линии; В — матка разрезана, видны ее придатки; Г — расположение пальцев при вправлении матки;



Д

Е



Ж

Рис. 191.

Д — зашивание задней стенки матки; Е — вправление зашитой матки; Ж — матка вправлена, незашитым остался задний свод.



Рис. 192.

Операция при вывороте матки. В прямокишечно-маточное пространство введена резиновая дренажная трубка.

измененную срединную кольпоррафию (рис. 190). При этом, как показано на рисунке, иссекают непрерывный лоскут из передней и задней стенок влагалища. Швы накладывают так же, как и при обычной срединной кольпоррафии, начиная с боковых краев разреза (И. Л. Брауде).

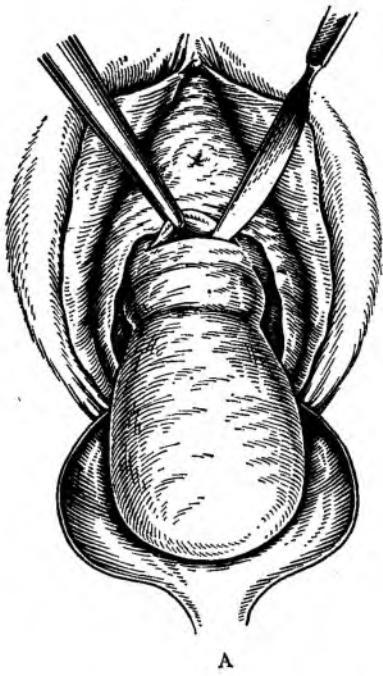
Операции при вывороте матки

При остром послеродовом или онкогенетическом (рождение опухоли) вывороте матки прежде всего осуществляют противошоковые мероприятия, а затем под глубоким наркозом производят ручное вправление матки. При отсутствии острых явлений или длительно существующем вывороте матки могут быть предприняты попытки вправления ее путем применения кольпейринтера и других мероприятий.

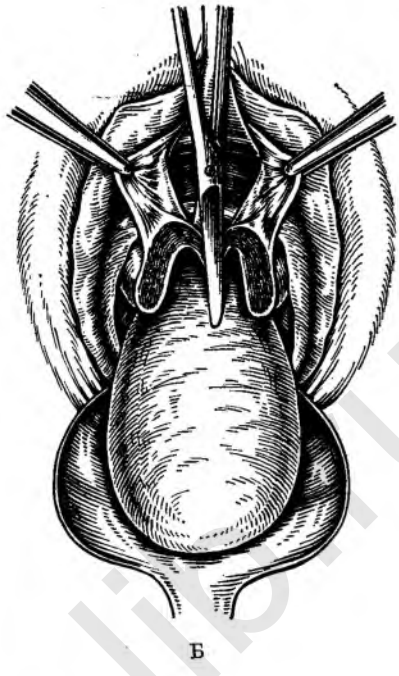
При безуспешности консервативных мероприятий показано оперативное лечение. При пuerперальном вывороте матки, если не отделился послед, сначала его удаляют. При онкогенетическом вывороте матки предварительно выясняют путем биопсии характер опухоли: при ее злокачественности показана радикальная экстирпация матки, при субмукозной фибромиоме — ее энуклеация.

Наиболее принятой при вывороте матки является операция **Кюстнера, модифицированная рядом авторов (Piccoli, Duret, Fresson)**.

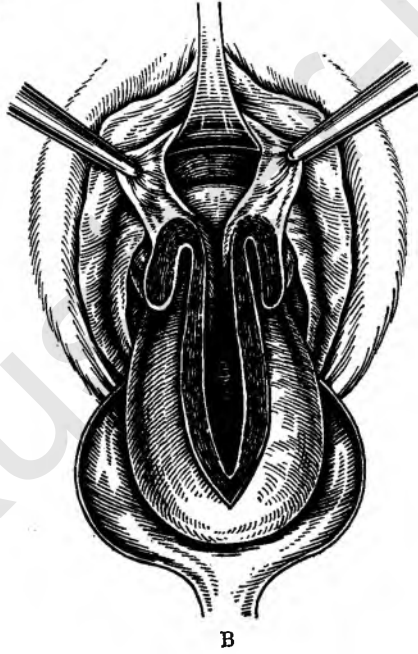
Техника операции. Больную укладывают, как для влагалищной операции. Тщательно обрабатывают спиртом и 5% йодной настойкой наружные половые органы, влагалище и слизистую оболочку вывернутой матки. В области маточных углов на дно матки накладывают пулевые щипцы и с их помощью матку оттягивают кверху, а заднюю стенку влагалища — зеркалом Фрича книзу, к заднему проходу. В заднем влагалищном своде у места прикрепления к шейке производят поперечный разрез и одновременно вскрывают брюшину прямокишечно-маточного кармана (рис. 191, А). Через полученное отверстие в заднем своде влагалища вво-



А



Б



В

Рис. 193. Операция при вывороте матки с рассечением передней стенки матки.

А — поперечный разрез через передний влагалищный свод; Б — рассечение передней стенки матки; В — передняя стенка матки полностью рассечена.

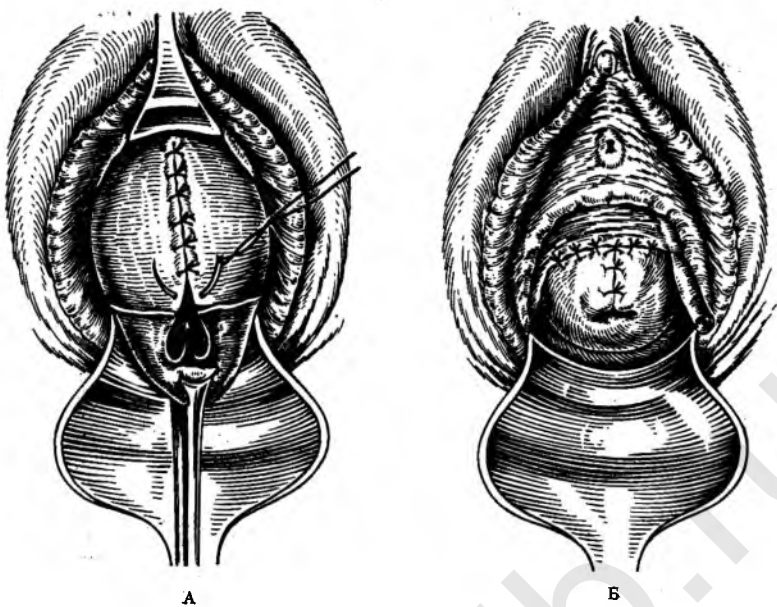


Рис. 194. Операция при вывороте матки с рассечением передней стенки.

А — после вправления матки накладывают швы на переднюю стенку матки; Б — вид после операции.

дят указательный палец внутрь воронкообразного мешка, который образовала брюшинная поверхность вывернутой матки, чтобы выяснить, нет ли в этой воронке кишечной петли или сальника. Затем через шейку матки под контролем пальца вводят ножницы в воронкообразное углубление матки и, последовательно продвигая ножницы, рассекают заднюю ее стенку продольным разрезом по средней линии от шейки до дна (рис. 191, Б, В).

После этого матку вправляют следующим образом: положив на серозный покров передней стенки матки два больших пальца, остальными захватывают края разреза и выворачивают их кпереди (рис. 191, Г). Слизистая оболочка матки при этом оказывается внутри, а серозный покров — снаружи. Разрез стенки матки зашивают в два этажа: первый этаж — погружные узловатые кетгутные швы на слизисто-мышечный слой, стремясь не прокалывать слизистую оболочку, второй — серозно-мышечный (рис. 191, Д).

После наложения швов на матку вправляют ее в брюшную полость через заднее кольчатомное отверстие (рис. 191, Е, Ж), в которое вводится резиновая дренажная трубка (рис. 192). Влагалище рыхло тампонируют марлевым бинтом, смоченным эмульсией стрептоцида.

Операция при вывороте матки может быть произведена и через разрез переднего свода влагалища с рассечением передней стенки матки, что показано на рис. 193, 194.

При стойких изменениях матки склеротического характера, а также некротических изменениях производят ее экстирпацию. Тело матки захватывают пулевыми щипцами, низводят книзу и поперечным разрезом рассекают передний свод влагалища непосредственно у шейки матки. От середины разреза проводят продольный разрез по передней стенке влагалища;

мочевой пузырь отделяют от подлежащих тканей и смещают к лону. Производят переднюю кольпотомию. Придатки матки, втянутые в воронку выворота, захватывают зажимами у ребра матки, пересекают и лигируют. Широкую и крестцово-маточную связки также пересекают между зажимами и лигируют кетгутом. Затем отсекают заднюю стенку влагалища вместе с брюшиной непосредственно у матки. Все дальнейшие манипуляции производят, как при обычной экстирпации матки через влагалище. Однако, учитывая возможность развития инфекции, влагалище не зашивают наглухо и в оставленное отверстие вводят резиновый дренаж.

Экстирпацию матки при ее вывороте можно произвести иначе. Вскрыв задний свод влагалища и сделав заднюю кольпотомию, рассекают заднюю стенку матки и вправляют ее, восстановив до известной степени анатомические взаимоотношения, а затем приступают к экстирпации матки.

акusher-lib.ru

Оперативное лечение заболеваний придатков матки

В этот раздел включены операции на трубах и яичниках по поводу внематочной беременности, при кровотечениях из яичника, при опухолях и воспалительных заболеваниях придатков матки, а также операции, производимые с целью стерилизации женщины.

При сложной диагностике некоторых из перечисленных заболеваний применяются методы исследования, граничащие с оперативным вмешательством, такие, как лапароскопия и кульдоскопия. Исходя из этого, мы посчитали целесообразным привести описание этих методов эндоскопического исследования при заболеваниях матки и придатков.

Осмотр органов малого таза может производиться двумя методами: 1) введением оптического инструмента через брюшную стенку — лапароскопия; 2) введением оптического инструмента через задний свод влагалища — кульдоскопия. Вопрос о пути введения инструмента в каждом отдельном случае должен решаться индивидуально, в зависимости от расположения образования, подлежащего осмотру, возраста больной, отложения жира в передней брюшной стенке, состояния прямокишечно-маточного углубления, наличия спаек в нем и т. п.

Если образования, подлежащие осмотру, располагаются впереди от матки, показана лапароскопия, если же они располагаются позади матки — целесообразнее произвести кульдоскопию.

Показаниями к проведению эндоскопического исследования могут явиться: необходимость дифференциальной диагностики между опухолями матки и придатков, опухолями и опухолевидными образованиями придатков воспалительной этиологии; необходимость установления диагноза при подозрении на внематочную беременность, подтверждения диагноза склерокистозных яичников, эндометриoidных кист и наличия уродства внутренних половых органов, т. е. все те случаи, когда установление диагноза обычными клиническими методами исследования затруднено по каким-либо причинам.

Для проведения эндоскопического исследования женщина должна быть госпитализирована в лечебное учреждение. Больной делают анализ крови и мочи, накануне вечером и утром в день исследования опорожняют с помощью клизмы кишечник. Непосредственно перед процедурой опорожняют мочевой пузырь, и за 20—30 мин до исследования под кожу вводят 1 мл 2% раствора промедола.

Перед началом исследования нужно проверить исправность оптической системы и электроустановки. Необходимо иметь в запасе лампочки.

Лапароскопия

Для проведения лапароскопии необходим следующий набор аппаратуры и инструментов.

1. Оптический прибор для проведения осмотра. Могут быть использованы лапароскопы любого образца, а также отечественный торакоскоп завода «Красногвардеец» с боковой и прямой оптикой.

2. Трансформатор для преобразования тока высокого напряжения питающей сети в ток низкого напряжения, необходимый для режима осмотра.

3. Аппарат для наложения пневмоторакса и пневмоперитонеума.

4. Троякар.

5. Скальпель, пинцет, иглодержатель, иглы, шприц, корнцанг.

Лапароскопия проводится в условиях операционной, где подготавливается необходимый набор инструментов, аппаратура и стерильный материал. Лапароскоп обеззараживают путем погружения его в 0,1% раствор цианистой ртути на 30 мин (цианистая ртуть хранится под замком в посуде с притертой пробкой — список А). Раствор цианистой ртути рекомендуется налить в пробирку или стеклянный цилиндр. Эбонитовое кольцо торакоскопа протирают спиртом.

Большую укладывают на операционный стол. Переднюю брюшную стенку обрабатывают настойкой йода, так же как перед полостной операцией, и обкладывают стерильными простынями.

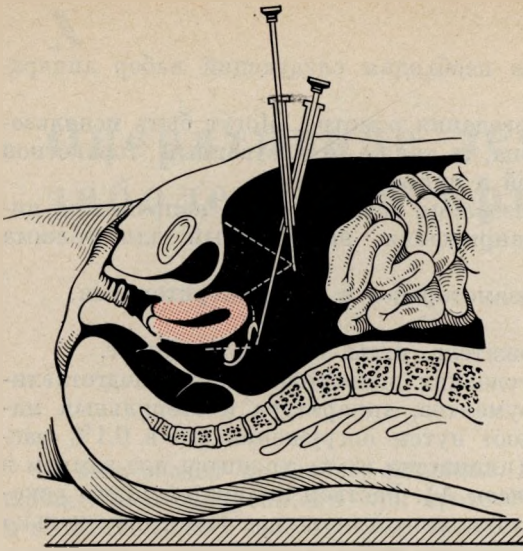
Лапароскопия складывается из трех этапов. Первый этап — наложение пневмоперитонеума, так как для осмотра необходимо прежде всего создание пространства обзора. Пневмоперитонеум накладывают с помощью пневмотораксного аппарата. Прокол брюшной стенки следует производить по наружному краю прямой мышцы живота слева на середине расстояния между пупком и передне-верхней остью подвздошной кости под местной анестезией, так как в дальнейшем на протяжении осмотра игла, соединенная с пневмотораксным аппаратом, остается введенной в брюшную полость для дополнительного введения газа. Если не анестезировать место вкола иглы, то женщина испытывает болевые ощущения. С помощью пневмотораксного аппарата вводят первоначально около 2 л кислорода, углекислого газа или воздуха.

При введении иглы в брюшную полость врач ощущает после прокола кожи два препятствия, соответствующих прохождению иглы через апоневроз и брюшину. При преодолении этих препятствий игла как бы проваливается в брюшную полость. При подключении аппарата манометр указывает на колебания, соответствующие изменению давления при дыхательных экскурсиях больной.

Газ следует вводить медленно под контролем манометра. Брюшная полость должна наполняться равномерно. Если при введении иглы из нее показывается кровь, следует извлечь ее и ввести в другое место. Введение иглы следует производить строго перпендикулярно к брюшной стенке. При косом положении иглы она может оказаться забрюшинно и тогда ввести газ в брюшную полость не удастся.

При введении газа в брюшную полость больная может находиться в горизонтальном положении. Введение газа обычно сопровождается чувством распирания и заметным увеличением объема живота, складка на талии сглаживается.

В то время как брюшная полость наполняется газом, производят анестезию места введения троакара в брюшную полость. Это второй этап.



На 2 см ниже пупка по средней линии анестезируют кожу 0,25% раствором новокаина — создается «лимонная корочка» диаметром 1,5—2 см. Затем длинной иглой из одного кожного вкола вводят новокаин под апоневроз, всего 100 мл 0,25% раствора новокаина. Этим достигается анестезия, вполне достаточная для безболезненного введения троакара в брюшную полость.

Затем больную переводят в положение Тренделенбурга (наклон стола 40—50°). Скальпелем делают надрез кожи длиной 0,5 см и через него в брюшную полость вводят троакар. При проведении троакара в брюшную полость его следует направлять косо кпереди по направлению к лону и производить им как бы ввинчивающие движения. Значительным препятствием для троакара является апоневроз, особенно у молодых женщин, занимающихся спортом и физическим трудом. Вторым препятствием является брюшина, однако троакар легко проходит через нее.

При удалении стилета через гильзу троакара с характерным пипящим звуком вырывается воздух, что является диагностическим признаком того, что троакар находится в брюшной полости. Следует быстро закрыть пальцем отверстие троакара, чтобы из брюшной полости вышло как можно меньше газа.

Третий этап — через гильзу троакара вводят лапароскоп. Перед введением его целесообразно протереть ватным тампоном, смоченным в горячей воде для того, чтобы оптическая часть лапароскопа не запотевала. Чаще используется лапароскоп с боковой оптикой, но в некоторых случаях очень полезным оказывается прибор с прямой оптикой.

Лапароскоп следует вводить в брюшную полость с выключенной лампочкой. После того как лапароскоп введен в брюшную полость до отметки, указывающей, что оптическая система не находится в просвете гильзы троакара, включают освещение и приступают к осмотру органов малого таза (рис. 195). Для того чтобы правильно ориентироваться, надо прежде всего отыскать матку, которая, как правило, занимает срединное положение и представляется шаровидным образованием с гладкой ярко-розовой

поверхностью. Отыскав матку, поворачивая лапароскоп в стороны, можно хорошо рассмотреть яичники и трубы на всем их протяжении. Обычно хорошо видны круглые маточные связки. Во время осмотра необходимо следить за положением выступа на эбонитовом кольце лапароскопа, который указывает, в какую сторону обращена оптическая система. Через лапароскоп можно видеть матку, яичники, маточные трубы. Хорошо видны спайки, дефекты и уродства органов малого таза, миомы, кистомы, т. е. все имеющиеся патологические изменения. Иногда удается увидеть и червеобразный отросток.

При затруднении в проведении осмотра можно изменять положение больной, предложив ей повернуться на бок. Можно также попросить помощника ввести пальцы во влагалище и сместить матку в ту или иную сторону. Последнее можно выполнить и с помощью пулевых щипцов, наложенных на шейку матки перед лапароскопией.

По окончании осмотра лапароскоп удаляют, и газ через гильзу троакара выходит из брюшной полости. Для лучшей эвакуации газа следует руками нажать на брюшную стенку. На разрез кожи накладывают один шелковый шов.

Противопоказания к проведению лапароскопии: гипертония, декомпенсация сердечной деятельности, острые и подострые воспалительные процессы в брюшной полости, период менструации, маточная беременность, метеоризм, наличие в анамнезе чревосечений или перитонита, чрезмерная тучность больных.

При проведении лапароскопии возможны различные осложнения. Одно из них — неудача при введении газа в брюшную полость. Если газ не идет в брюшную полость, уровень жидкости в сообщающихся сосудах пневмотораксного аппарата не будет меняться. Следует попытаться изменить положение иглы — ввести ее несколько глубже или, наоборот, слегка подтянуть. Обычно этого бывает достаточно для того, чтобы газ стал наполнять брюшную полость. Если игла не прошла в брюшную полость, а находится в толще брюшной стенки, то живот принимает асимметричную форму. При пальпации его в месте введения газа отмечается характерный для эмфиземы «хруст». При этом следует прекратить введение газа и попытаться провести иглу в брюшную полость с другой стороны.

В момент наложения пневмоперитонеума возможен прокол кишки иглой. Если это произойдет, газ будет наполнять кишечник. Игла попадает в просвет кишки при наличии спаек или выраженного метеоризма, поэтому особенно важно производить лапароскопию при хорошо опорожненном кишечнике и строго учитывать противопоказания к применению метода. Это редкое осложнение обычно кончается бурным отхождением газа. Однако в литературе имеется описание случая, когда после прокола кишки иглой возникли перитонеальные явления (кишечник был плохо очищен).

При ранении кишки троакаром (что может произойти при отсутствии учета противопоказаний к лапароскопии) следует произвести чревосечение и ушить перфорационное отверстие.

Возможна эмфизема сальника, что также бывает редко. При введении оптического прибора сальник, раздутый газом, представляется в виде желтого, перепончатого образования и мешает проведению осмотра.

Опасным осложнением может явиться нагнетание газа в кровеносный сосуд. Но при правильном проведении процедуры это исключается, так как при появлении крови из иглы необходимо еще до подключения пневмотораксного аппарата сразу же извлечь ее и провести через брюшную стенку в другом месте.

Кульдоскопия

Для проведения кульдоскопии необходим следующий набор аппаратуры и инструментов: оптический прибор, трансформатор, влагалищные зеркала, а также пулевые щипцы, иглы, иглодержатель, корнцанг, шприц, скальпель.

Кульдоскопию проводят в малой операционной с соблюдением всех правил асептики. Больная должна находиться в коленно-грудном положении.

В положении пациентки на спине проводят обработку наружных половых органов и влагалища спиртом и 5% настойкой йода. Шейку матки обнажают в зеркалах и заднюю губу ее берут на пулевые щипцы. По бокам от шейки матки в влагалищные своды вводят 0,25% раствор новокаина по 20 мл в каждый свод.

Больную постепенно переводят в коленно-грудное положение (пулевые щипцы не снимают с шейки матки). Голова, плечевой пояс и грудь больной лежат на мягкой подушке, на которую она опирается и предплечьями, спина больной должна быть вогнута, а таз приподнят. Зеркалом, введенным во влагалище со стороны промежности, обнажают задний свод. Подтягиванием за пулевые щипцы несколько низводят шейку матки. В центре заднего свода при этом намечается ладьевидная ямка. Через нее производится прокол в брюшную полость длинной толстой иглой.

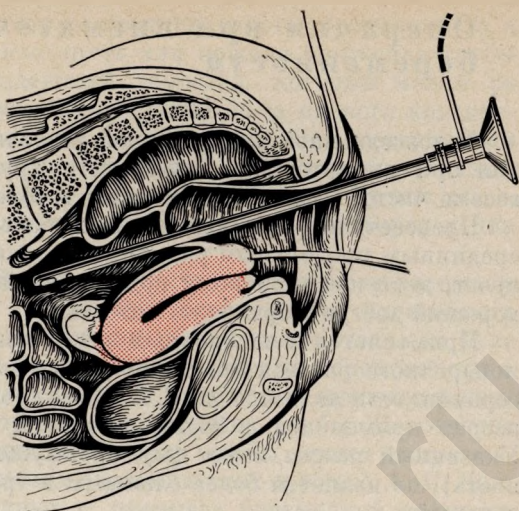
Можно пользоваться иглой для переливания крови, захватив ее корнцангом таким образом, чтобы корнцанг и игла составляли одну прямую линию. При прохождении иглы в брюшную полость туда проникает со свистом атмосферный воздух, так как при коленно-грудном положении брюшная стенка вместе с петлями кишечника «провисает» и в брюшной полости создается отрицательное давление. При этом положении в брюшную полость проникает достаточно воздуха, петли кишечника отодвигаются к диафрагме, что дает возможность осмотреть органы малого таза.

Скальпелем по ходу иглы производят разрез заднего свода длиной 0,5 см. Через этот разрез в брюшную полость вводят троакар. Стиллет вынимают и через гильзу троакара вводят кульдоскоп или торакоскоп с боковой оптикой (рис. 196). Торакоскоп с прямой оптикой при кульдоскопии не применяется.

При осмотре следует прежде всего найти заднюю поверхность матки. Затем, вращая торакоскоп, отыскивают трубные углы и яичники. Трубы видны хуже, так как их обычно заслоняют яичники. Хорошо видны различные патологические изменения в малом тазу.

По окончании осмотра торакоскоп и троакар удаляют. Троакар лучше удалить, положив больную на спину и заставив ее сделать глубокий вдох и потужиться, так как при этом больше воздуха выйдет из брюшной полости и больная не будет испытывать неприятные ощущения в области диафрагмы. Отверстие в заднем своде закрывают наложением кетгутового шва.

Противопоказаниями к проведению кульдоскопии являются гипертензия, наличие декомпенсации сердечной деятельности, острые воспалительные процессы в брюшной полости, период менструации, маточная беременность, наличие спаечных процессов в прямокишечно-маточном углублении, изменения со стороны заднего свода влагалища, узкое длинное влагалище, а также наличие образований, располагающихся в прямокишечно-маточном углублении. Чрезмерная возбудимость больных служит противопоказанием к проведению кульдоскопии, так как эту процедуру нельзя провести под наркозом.



При кульдоскопии, особенно при наличии спаечных процессов, имеется опасность ранения прямой кишки. Прямая кишка, фиксированная спайками к задней поверхности матки, оказывается на пути вводимого в брюшную полость троакара. Если ранение прямой кишки располагается экстраперитонеально, то оно может зажить самопроизвольно, без особых последствий для больной. Больную при подозрении на ранение кишки следует держать в постели, тщательно наблюдая за ней. При этом следует учитывать, что могут появиться перитонеальные явления при распространении инфекции на брюшину или воспаление может распространиться на клетчатку в окружности повреждения прямой кишки.

После проведения эндоскопического исследования (лапароскопии, кульдоскопии) при отсутствии осложнений к концу дня можно разрешить больной встать. На 2—3-и сутки больная может быть выписана из стационара. На 7—8-е сутки после лапароскопии больная должна явиться в больницу для снятия шва на брюшной стенке.

В течение 2—3 дней больных обычно беспокоит чувство давления на диафрагму за счет оставшегося в брюшной полости газа и боли в плечах (раздражение диафрагмального нерва). Затем все эти явления исчезают. В некоторых случаях в день процедуры отмечается повышение температуры до субфебрильных цифр.

Метод осмотра органов малого таза с помощью оптического прибора расширяет диагностические возможности при некоторых сложных гинекологических заболеваниях и часто избавляет больную от ненужной операции.

Осложнения возникают очень редко и обычно в результате технических ошибок и неправильной оценки показаний и противопоказаний к проведению процедуры.

При возникновении во время проведения исследования трудно устранимого препятствия следует все манипуляции прекратить. Эндоскопическое исследование, проводимое технически правильно, безопасно. Однако эту процедуру должны проводить только опытные специалисты в условиях стационара.

Операции при внематочной беременности

В повседневной практической деятельности акушера-гинеколога операции при внематочной, чаще всего трубной, беременности встречаются весьма часто. При этой патологии требуется неотложная помощь.

Чревосечение при внематочной беременности чаще всего выполняют срединным продольным разрезом от лона к пупку. Этот разрез технически прост, доступен широкому кругу врачей, требует мало времени и создает хороший доступ в брюшную полость.

Применяется и поперечный надлобковый разрез. Большим сторонником поперечного разреза брюшной стенки даже при острой форме внематочной беременности является М. С. Александров. В руководимой им клинике этот разрез применялся в 96,4% операций при эктопической беременности. Указанный разрез имеет ряд преимуществ (прочность рубца, косметичность), но является более сложным и требует большего времени, чем продольный.

Доступ в брюшную полость при поперечном разрезе ограничен, поэтому в запущенных случаях внематочной беременности, при наличии заматочной кровяной опухоли или обширных спаек поперечным надлобковым разрезом, как правило, пользоваться не следует.

Операция при разрыве маточной трубы

Оперативное вмешательство при наружном разрыве плодместилища обычно заключается в удалении пораженной трубы. При недавно происшедшем разрыве трубы оперативное вмешательство весьма несложно. По вскрытии брюшины начинает выливаться кровь из брюшной полости. Разрез брюшины расширяют, вводят руку в полость таза, нащупывают матку, затем измененные придатки и выводят их в рану, при этом в ране показывается угол матки, а затем и ее дно. При малых сроках беременности, когда обычно и встречается разрыв трубы, она часто настолько мало увеличена, что на ощупь этого можно и не заметить.

При больших сроках беременности труба вместе с яичником определяется в виде мягковатой опухоли большей или меньшей величины. Если в рану по ошибке выведена труба, в которой нет беременности, то ее опускают в брюшную полость и извлекают вторую.

Наиболее часто встречается разрыв трубы в ее истмической части, которая и представляется увеличенной в этом месте. На стенке трубы чаще всего имеется небольшое отверстие, из которого выступают ворсинки хорiona. Иногда утолщение трубы не превышает размеров горошины, узора ее стенки ничтожна и только внимательный осмотр позволяет увидеть указанные изменения.

Осмотрев трубу и удостоверившись, что в ней развивалась беременность, накладывают один зажим Кохера или клемму на трубу у самого угла матки. При этом в зажим захватывают и небольшой участок брыжейки трубы. Необходимо следить, чтобы концом зажима не была взята собственная связка яичника. Следующий зажим накладывают на мезосальпинкс у ампулярного конца трубы параллельно ей (рис. 197, А). Мезосальпинкс до конца зажима надсекают, а затем накладывают 1—2 зажима на оставшуюся часть мезосальпинкса и трубу удаляют (рис. 197, В). Захватывать в один зажим весь мезосальпинкс (рис. 197, Б) нецелесооб-

разно, так как при наложении лигатуры средний участок захваченного в зажим мезосальпинкса может выскользнуть или нежная брыжейка трубы прорезывается. Это создает ненадежный гемостаз, который может не сопровождаться кровотечением в момент операции из-за низкого кровяного давления, а проявится в дальнейшем. Зажимы заменяют кетгутowymi лигатурами. Особенно тщательно следует наложить лигатуру на маточный конец трубы, так как иначе она может легко соскользнуть. Лучше всего, накладывая лигатуру, обколоть культю трубы, проводя шов сверху у два матки и под концом зажима.

Р. В. Кипарский и И. И. Фейгель и др. считают целесообразным в целях предупреждения повторной внематочной беременности производить глубокую клиновидную резекцию интерстициальной части трубы из угла матки. В литературе встречаются сообщения о развитии беременности в культе трубы. Но такие случаи очень редки и могут быть предупреждены тщательной перитонизацией культи маточного конца трубы. К тому же клиновидное иссечение интерстициальной части трубы может сопровождаться осложнениями при последующих беременностях и родах. А. В. Ланковиц, Е. П. Майзель и др. сообщают о разрывах беременной матки по рубцу после клиновидного иссечения трубы при внематочной беременности.

Большинство акушеров-гинекологов применяют клиновидное иссечение трубы только при интерстициальной беременности или в тех случаях истмической беременности, когда плодное яйцо располагается у самого угла матки и наложить зажим на маточный конец трубы невозможно. Мы также придерживаемся такого мнения и обращаем внимание на тщательную перитонизацию культи трубы, используя для этой цели круглую связку.

Круглую связку, захваченную у маточного конца, подшивают над культей трубы к углу матки (рис. 197, Г). Следующими стежками непрерывного кетгутowego шва круглую связку соединяют с маткой, собственной связкой яичника и остатками брыжейки трубы (рис. 197, Д). В случае необходимости перитонизирующим швом может быть подхвачен и яичник (рис. 197, Е), но следует избегать повреждения или прокола желтого тела, что обычно сопровождается кровотечением.

Яичник при внематочной беременности с разрывом трубы обычно не изменен и его необходимо сохранить. Удаление яичника может быть показано только при его заболеваниях (опухолях и др.). В таких случаях яичник удаляют вместе с трубой. Один зажим накладывают у угла матки на трубу и собственную связку яичника, другие зажимы — последовательно на связку, подвешивающую яичник, и верхнюю часть широкой связки параллельно яичнику (рис. 198, А, Б). Культю трубы и связок перитонизируют с помощью круглой связки, которую подшивают к углу матки и затем сшивают с задним листком широкой связки. Перитонизирующий непрерывный шов заканчивают полукисетом, погружая культю связки, подвешивающей яичник (рис. 198, В).

В случае спешки при операции из-за очень тяжелого состояния больной можно не производить тщательную перитонизацию, а наложить непрерывный обвивной шов на брыжейку, оставшуюся после отсечения трубы (И. Л. Брауде). Если дорога каждая минута, по нашему мнению, следует только хорошо наложить лигатуры на культю трубы у угла матки и мезосальпинкс. Однако это допускается как редчайшее исключение, так как отсутствие перитонизации может вызывать спайки с последующей кишечной непроходимостью. Мы наблюдали подобное осложнение у 2 боль-

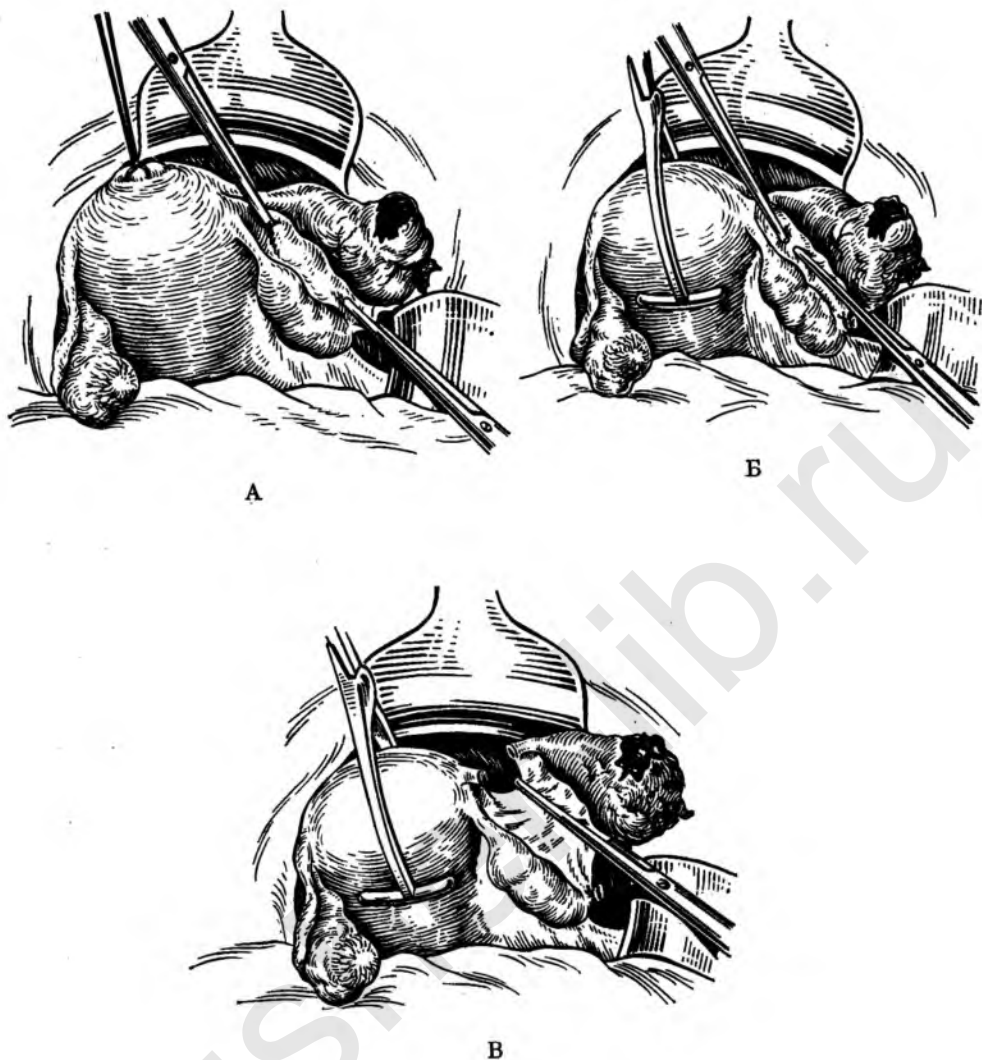


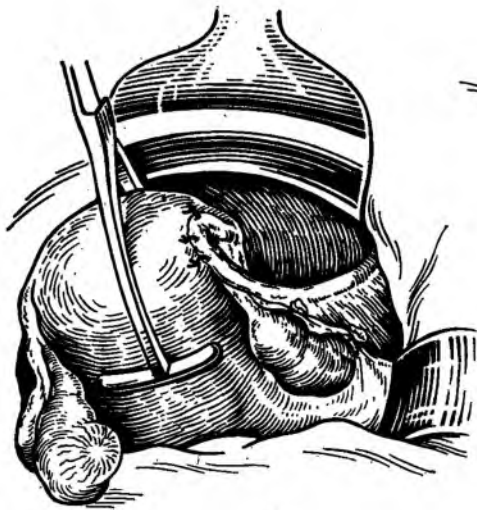
Рис. 197. Операция при трубной беременности.

А — на маточный конец трубы и ее брыжейку наложено два зажима; Б — наложенные первоначально два зажима захватили всю брыжейку трубы; В — на среднюю часть брыжейки наложен зажим; Г — петля круглой связки пришта к углу

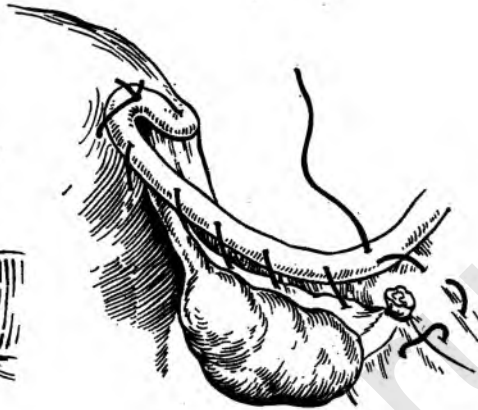
ных после операции внематочной беременности в результате спаек при плохой перитонизации культей.

При имплантации яйца в трубе у самого угла матки резекцию трубы начинают с ее ампулярного конца (рис. 199, А). Затем, накладывая зажимы, производят последовательное рассечение брыжейки трубы по направлению к матке (рис. 199, Б). Иссекают частично интерстициальный отрезок трубы и затем лигируют культю брыжейки трубы. Двумя швами из кетгута закрывают рану в углу матки (рис. 199, В).

Производят перитонизацию так же, как указывалось выше при удалении трубы.



Г



Д



Е

матки и покрывает культю резецированной трубы; Д — непрерывным кетгуттовым швом пришивают круглую связку к оставшейся части брыжейки трубы и заканчивают шов полукисетом; Е — круглую связку при недостаточной части брыжейки пришивают к яичнику, заканчивая шов полукисетом.

Примерное описание операции при трубной беременности

Больная уложена на операционный стол, начато переливание крови и наркоз. Брюшная полость вскрыта послойно срединным разрезом от лона по направлению к пупку. Длина разреза 10 см. В брюшной полости — жидкая кровь и большие сгустки в количестве до 800 мл. После удаления сгустков крови матка захвачена правой рукой и выведена в рану. Левые придатки оказались без изменений. Справа в яичнике — желтое тело, а маточная труба утолщена в ампулярной части до 3 см в диаметре и из брюшного отверстия выступают части плодного яйца, пропитанные кровью. На трубу у угла матки и ее брыжейку наложены зажимы; труба удалена. Культя трубы и брыжейки лигированы кетгуттом и перитонизированы с помощью круглой связки непрерывным кетгуттовым швом. Произведен туалет брюшной полости и брюшная ра-

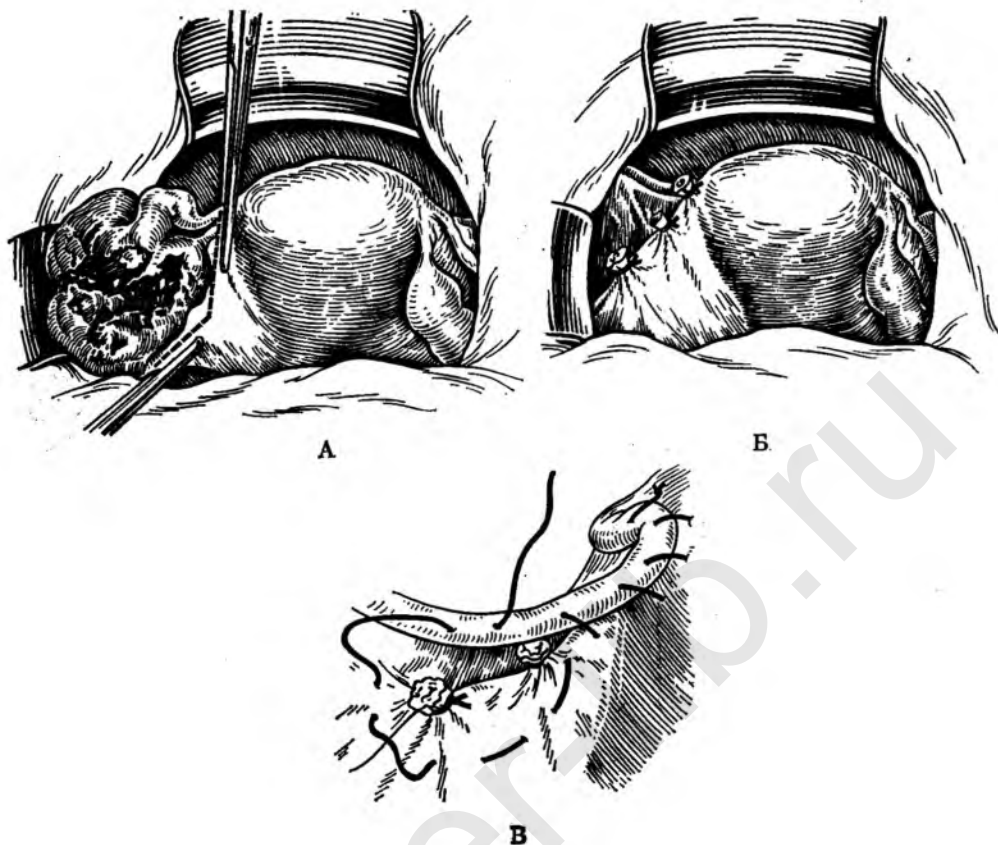


Рис. 198. Удаление беременной трубы вместе с патологически измененным яичником. А — наложение зажимов на подвешивающую яичник связку, маточную трубу и собственную связку яичника (пунктиром обозначена линия разреза); Б — лигированные культы после удаления придатков; В — перитонизация культей с помощью круглой связки.

на заплата послойно наглухо. Во время операции перелито 500 мл крови. На область операционной раны наложена повязка-наклейка.

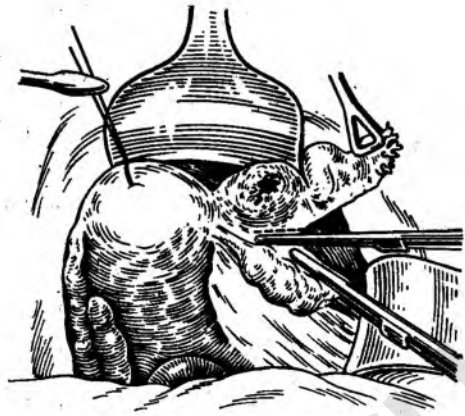
Оперируя больных, у которых произошло острое прерывание внематочной беременности, можно использовать для трансфузии кровь, полученную из брюшной полости. При сборе крови рассекают брюшину небольшим разрезом, края которого берут на 4 зажима и приподнимают. Из брюшной полости кровь собирают с помощью чашки, банки, большой ложки. Кровь эту процеживают через 6—8 слоев стерильной марли, смоченной 4% раствором лимоннокислого натрия, в сосуд, в который налит такой же раствор цитрата из расчета 10 мл его на 100 мл крови.

Удобнее всего собирать кровь в стандартную банку для переливания крови.

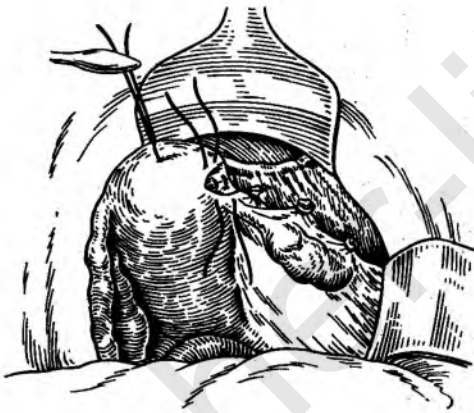
Переливать можно свежую, недавно излившуюся кровь (не более 24 ч), внешний вид которой не изменился. При длительном пребывании в брюшной полости происходит гемолиз крови и возможность ее инфицирования является наиболее вероятной.



А



Б



В

Рис. 199. Удаление трубы при имплантации яйца у самого угла матки.

А — резекцию трубы начинают с ее ампулярного конца; Б — последовательное рассечение брыжейки; В — культи брыжейки лигированы, проведено два шва для закрытия раны, оставшейся в углу матки.

Мы нередко применяем обратное переливание крови при разрыве трубы с большим кровоизлиянием в брюшную полость. Используя собранную таким образом кровь больной, мы лишь в случае особой необходимости переливаем добавочно консервированную донорскую кровь или кровезаменители.

Вопрос об удалении крови из брюшной полости является спорным.

Одни считают, что жидкую кровь следует оставлять, так как она всасывается брюшиной через ее лимфатические сосуды. Другие более обоснованно рекомендуют убирать излившуюся кровь во избежание возникновения обширных спаек и развития инфекции. М. С. Малиновский, И. Л. Брауде, И. Ф. Жордания и др. полагают, что кровь по возможности следует удалить с помощью специального отсоса или марлевых салфеток. Особенно тщательно удаляют свертки крови.

Операция при трубном аборте

При трубном выкидыше (рис. 200) прерывание беременности протекает более или менее длительно, нередко с образованием перитубарной гематомы и наличием спаек. Поэтому часто приходится начинать операцию на трубе с выделения ее из спаек, что обычно не представляет особых затруднений.

После вскрытия брюшной полости и осмотра тазовых органов осторожными пилящими движениями пальцев правой руки выделяют беременную трубу из рыхлых спаек (рис. 201), возникающих чаще всего между трубой и брюшиной прямокишечно-маточного кармана или только задним листком широкой связки.

Иногда труба располагается спереди и спайки образуются между трубой и брюшиной пузырно-маточного пространства. При длительном прерывании трубной беременности может возникать и более обширный спаечный процесс, в который, помимо маточной трубы и брюшинных листков малого таза, вовлекаются кишечные петли и сальник. Рыхлые спайки, несмотря на их многочисленность, разделяются легко, но нужно быть особенно осторожным при выделении из спаек кишечных петель, используя при этом не только тупой путь, но и ножницы, а иногда предварительную гидравлическую препаровку раствором новокаина или физиологическим раствором.

После выделения трубы из спаек операция производится так же, как и при наружном разрыве плодместилища, и заключается в удалении трубы, гемостазе и перитонизации, которая осуществляется с помощью круглой связки и брюшины пузырно-маточного пространства. Иногда при перитонизации передний листок широкой связки несколькими швами соединяют с брюшиной подвешивающей связки яичника и яичником.

В борьбе за сохранение детородной функции женщины, особенно при наличии повторной внематочной беременности или при удаленной ранее

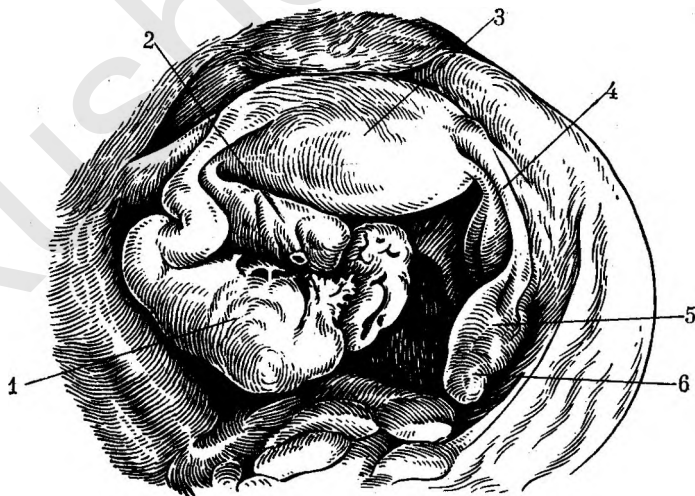


Рис. 200. Общий вид при трубном выкидыше во время чревосечения.

1 — гематосальпинкс; 2 — яичник; 3 — дно матки; 4 — истмическая часть правой трубы; 5 и 6 — ампулярная часть правой трубы.

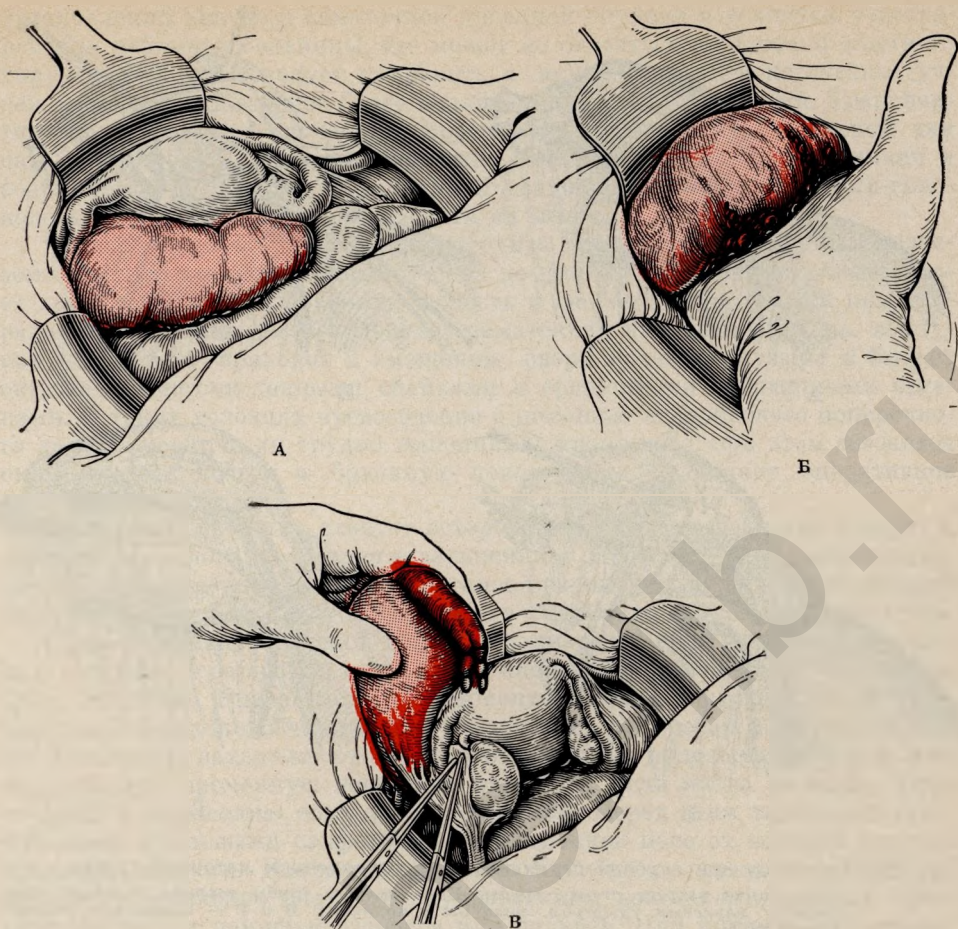


Рис. 201. Операция при трубном выкидыше.

А — общий вид органов таза при чревосечении; Б — выведение беременной трубы из малого таза; В — наложение зажимов на брыжейку трубы.

одной маточной трубе, применяется консервативный метод операции при трубном аборте, направленный на сохранение этой трубы. Производят продольный разрез стенки маточной трубы над плодным яйцом (рис. 202, А) и удаляют его с помощью маленького тупфера (рис. 202, Б). Разрез в стенке трубы зашивают непрерывным тонким кетгуттовым швом, поверх которого накладывают второй ряд узловатых швов (рис. 202, В, Г). При близком расположении пропитанного кровью плодного яйца к ампулярному концу трубы яйцо выжимают путем осторожного сдавливания трубы между пальцами в направлении от матки к ампуле трубы. Ложе плодного яйца после его удаления осторожно очищают тонкой кюреткой.

Задачей такой операции является сохранение трубы при удалении плодного яйца и разделении спаек.

Подобные операции чреваты повторением внематочной беременности. Поэтому показания к консервативной операции должны быть строго обоснованы и применять ее приходится лишь у женщин, страдающих беспло-

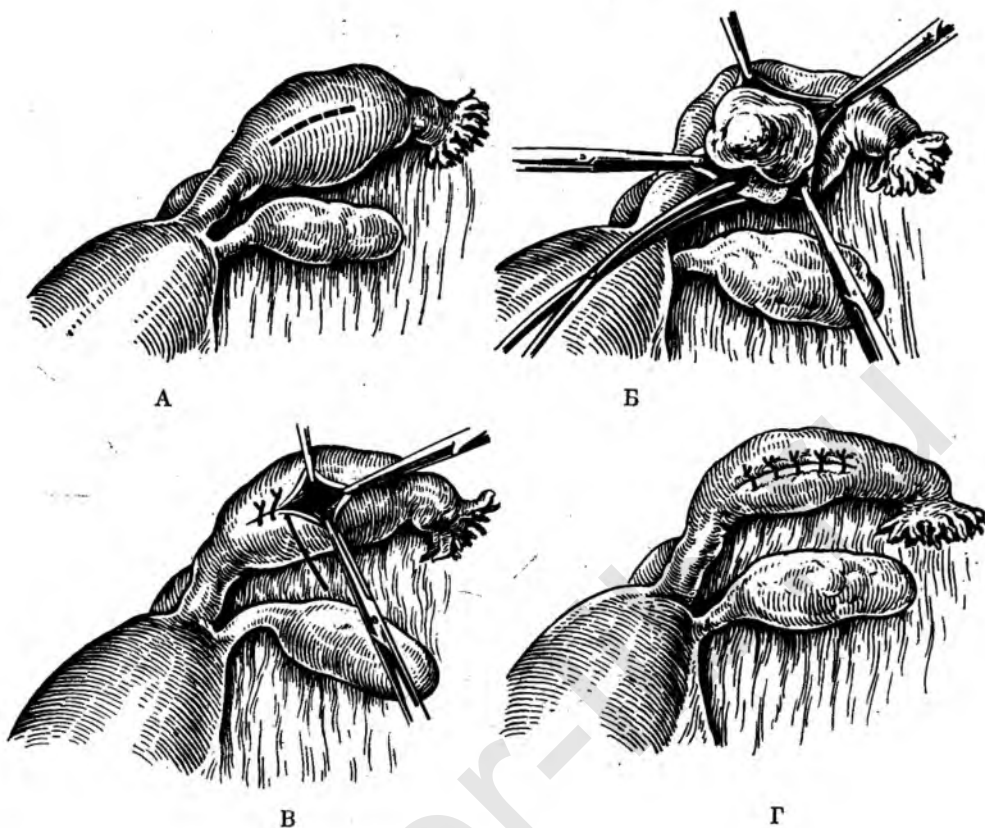


Рис. 202. Операция при трубной беременности с сохранением маточной трубы.

А — линия разреза стенки трубы; Б — полость трубы вскрыта, плодное яйцо убалют марлевым туффером, зажатом в корнуга; В и Г — зашивание разреза стенки трубы.

дием, и при отсутствии больших изменений в трубе. После консервативной операции необходимо назначать курс противовоспалительной терапии.

В тех случаях, когда производится операция при истмической трубной беременности, труба также может быть сохранена, если общее состояние больной позволяет несколько удлинить продолжительность операции.

При этом иссекают обычно небольшую часть трубы, в которой располагается плодное яйцо, из угла матки иссекают интерстициальную часть трубы и производят пересадку ее в матку по методике, описанной в разделе «Оперативное лечение женского бесплодия».

Тяжелое состояние больной является противопоказанием к подобной операции.

Операция при прервавшейся внематочной беременности с наличием заматочной кровяной опухоли

Операция при прервавшейся внематочной беременности с наличием заматочной кровяной опухоли представляет сложное вмешательство, доступное хирургу, хорошо владеющему оперативной техникой. Поэтому при

установлении диагноза заматочной кровяной опухоли в условиях участковой или районной больницы, где может не оказаться достаточно опытного хирурга, больную следует направить в акушерско-гинекологическое учреждение, располагающее более квалифицированными кадрами. Транспортировка в подобных случаях не представляет опасности для больной, так как внематочная беременность давно уже прервалась. При наличии в больнице соответствующих условий и квалифицированного хирурга-гинеколога больную следует оперировать на месте.

Чревосечение лучше всего производить продольным срединным разрезом брюшной стенки, идущим от лона до пупка. Такой разрез обеспечивает хороший доступ в брюшную полость и свободу манипуляций при оперативном вмешательстве. Нередко заматочная кровяная опухоль, выступающая над лоном, приводит к смещению вверх мочевого пузыря и бывает окружена многочисленными спайками и сращениями с брюшными органами. В таких условиях чревосечение с помощью надлобкового поперечного разреза технически трудно выполнимо; кроме того, при этом создается ограниченный доступ в брюшную полость, что усложняет оперативное вмешательство.

Вскрывать брюшину следует осторожно. Начинать вскрытие следует в верхнем углу раны, расширяя в дальнейшем разрез под контролем зрения, потому что возможны сращения органов брюшной полости с париетальной брюшиной и их легко поранить, если не учитывать данное обстоятельство.

После вскрытия брюшной полости становится видна заматочная кровяная опухоль, сращенная с маткой, кишечными петлями и сальником (рис. 203, 204). Вначале следует сориентироваться в расположении органов, взяв за исходный пункт матку и захватив ее у ребер за круглые связки. Некоторые захватывают матку в области дна пулевыми щипцами или накладывают временную шелковую лигатуру. Если матка не видна, приступают к выделению опухоли из сращений. Перед этим тщательно отгораживают марлевыми салфетками операционное поле от верхних отделов брюшной полости. Плотные сращения кишечных петель и сальника с опухолью осторожно рассекают куперовскими ножницами, рыхлые спайки разделяют с помощью тупфера или пальцев. При интимном сращении с кишечником выгоднее оставить частицы капсулы опухоли на стенке

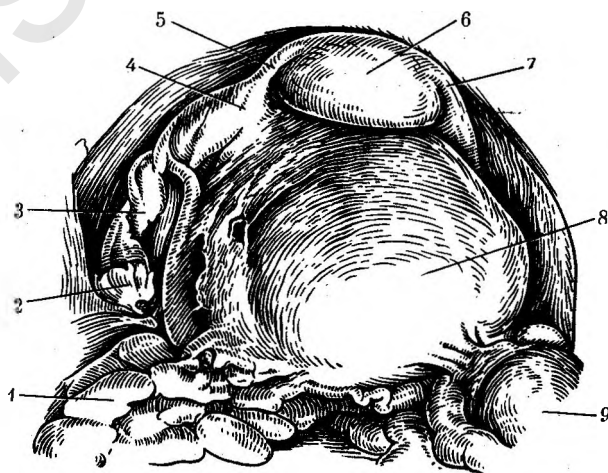


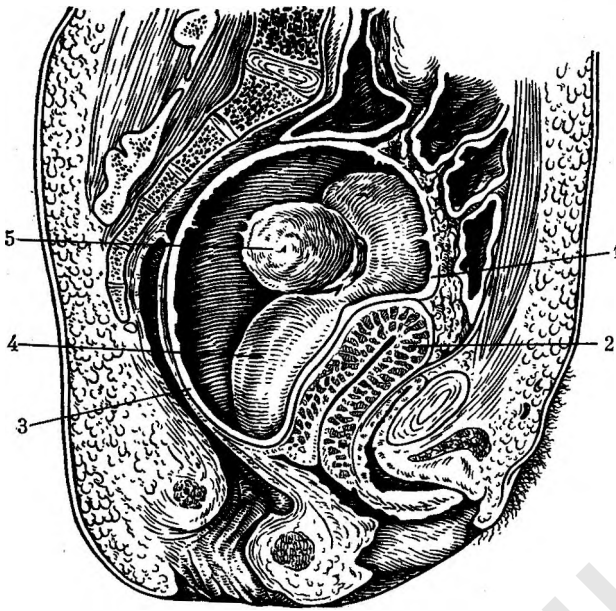
Рис. 203. Общий вид заматочной кровяной опухоли при чревосечении.

1 — кишечные петли; 2 — бахромки трубы; 3, 5 — левая маточная труба; 4 — часть маточной трубы, переходящая в кровяную опухоль; 6 — дно матки; 7 — правая маточная труба; 8 — заматочная кровяная опухоль; 9 — слепая кишка.

Рис. 204.

Заматочная кровяная опухоль на сагиттальном разрезе.

1, 3 — стенки кровяной опухоли; 2 — матка; 4 — наполненная кровяными сгустками полость опухоли; 5 — пропитанное кровью яйцо.



кишки, чем повредить ее. Сальник при затруднениях во время его выделения может быть частично резецирован. Во многих случаях удается вначале высвободить матку из сращений, что облегчает последующее постепенное выделение и всей опухоли.

Не всегда удается выделить опухоль целиком. Часто капсула разрывается и из полости опухоли начинают выделяться старые сгустки крови. При этом следует опорожнить опухоль от сгустков крови и затем выделить по возможности оставшуюся капсулу, достигающую нередко значительной толщины. Если капсулу кровяной опухоли из-за обширных и плотных сращений выделить невозможно, производят опорожнение опухоли от сгустков крови, извлекают из мешка придатки и удаляют их; если яичник можно сохранить, то удаляют одну трубу. После этого удаляют по частям и капсулу, если это возможно.

При удалении опухоли, включающей не только трубу и сгустки крови, но и яичник, его необходимо попытаться выделить из опухоли и сохранить полностью или частично. При больших патологических изменениях яичник приходится удалять вместе с опухолью. При удалении заматочной опухоли отсекают и пораженную трубу. После этого производят гемостаз в области мезосальпинкса и культи трубы у угла матки, а при удалении опухоли вместе с яичником лигируют и связку, подвешивающую яичник. Паренхиматозное кровотечение в области сращений останавливают временным прижатием тампона, смоченного эфиром, или с помощью гемостатической губки; сильно кровоточащие участки осторожно обкалывают кетгутowymi швами. Если остановить паренхиматозное кровотечение невозможно, дренируют марлевой полоской полость малого таза через кольпотомное отверстие, сделанное со стороны заднего влагалищного свода.

Может быть применен и дренаж через брюшную рану. Перитонизация производится с помощью круглой и широкой связок, а при обширных раневых поверхностях можно воспользоваться куском предварительно резе-

цированного сальника, который подшивают отдельными тонкими кетгутowymi швами с таким расчетом, чтобы прикрыть участки, не заперитонизированные с помощью указанных связей.

При перитубарных гематомах, окруженных рыхлыми сращениями, опухоль легко удается выделить целиком вместе с фибринозной капсулой, образовавшейся вокруг кровоизлияния. Матку выводят в операционную рану вместе с опухолью (трубой), которую удаляют после наложения зажимов на трубу у угла матки и мезосальпинкс.

При инфицированной и нагноившейся заматочной кровяной опухоли, обычно отграниченной от брюшной полости плотной капсулой, чревосечение противопоказано из-за опасности разлитого перитонита. Опорожнение производят с помощью задней кольпотомии.

Во время операции внематочной беременности и в послеоперационном периоде по показаниям применяют антибиотики. Всем больным, перенесшим внематочную беременность, после операции необходимо проводить противовоспалительное лечение, способствующее ликвидации остаточных явлений в области оперативного вмешательства и предупреждающее возникновение беременности во второй трубе.

В настоящее время в нашей стране летальные исходы в результате острой кровопотери при внематочной беременности являются исключительной редкостью. Общая летальность при всех видах эктопической беременности, по данным Л. А. Кривского, А. Д. Аловского и др., составляет 1,5—2%. По М. С. Александрову, на 12 734 операции при внематочной беременности летальность составила 0,36%, а за последние 12 лет на 5064 операции — 0,24%. Средний процент послеоперационных осложнений за последние 5 лет не превышал 2,3.

Смерть обычно наступает от кровопотери и шока при несвоевременном оказании помощи или вследствие инфекции, осложняющей застарелые случаи внематочной беременности.

Операции при редких формах внематочной беременности

Интерстициальная трубная беременность принадлежит к редким формам эктопической беременности (рис. 205, 206).

Труба в интерстициальной ее части окружена тканями маточной стенки, которые принимают участие в образовании плодовместилища. В результате этого оно является более мощным, чем при развитии беременности в истмической и ампулярной частях трубы. Интерстициальная беременность чаще всего нарушается на III—V мес. Обычно при этом происходит наружный разрыв плодовместилища, сопровождающийся явлениями острого малокровия и перитонеального шока.

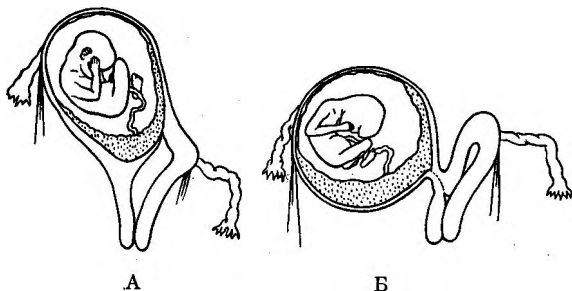


Рис. 205.

Топографические соотношения при интерстициальной внематочной беременности (А) и при беременности в зачаточном роге матки (Б).

Операция состоит в клиновидном иссечении плодместилища из угла матки с удалением трубы. При этом иногда вскрывается и маточная полость. Стенку матки ушивают в два этажа кетгутowymi швами (рис. 207) и перитонизируют с помощью круглой связки. В порядке исключения, особенно при повторной внематочной беременности и удовлетворительном состоянии больной, может быть применена имплантация трубы в матку. При этом предварительно иссекают плодместилище и имплантируют оставшийся неизмененный отрезок трубы.

При тяжелом состоянии больной и обширных размерах плодместилища иногда приходится применять надвлагалищную ампутацию или дефундацию матки с удалением пораженной трубы.

При развитии беременности в рудиментарном роге матки плодместилище не является ее продолжением, как это бывает при интерстициальной беременности, а определяется в виде отдельного образования и связано с нормальным рогом матки хорошо выраженной ножкой на уровне внутреннего зева. Труба при беременности в рудиментарном роге матки на всем протяжении оказывается нормальной; место отхождения придатков и круглой связки расположено у основания плодместилища, т. е. гораздо ниже, чем при интерстициальной беременности (см. рис. 205, Б).

Прерывается беременность в зачаточном роге по типу наружного разрыва плодместилища. Клиническая картина при этом напоминает разрыв



Рис. 206.

Интерстициальная беременность.

1 — канал шейки матки; 2 — полость матки; 3 — сращения с сальником; 4 — пуповина; 5 — плацента.

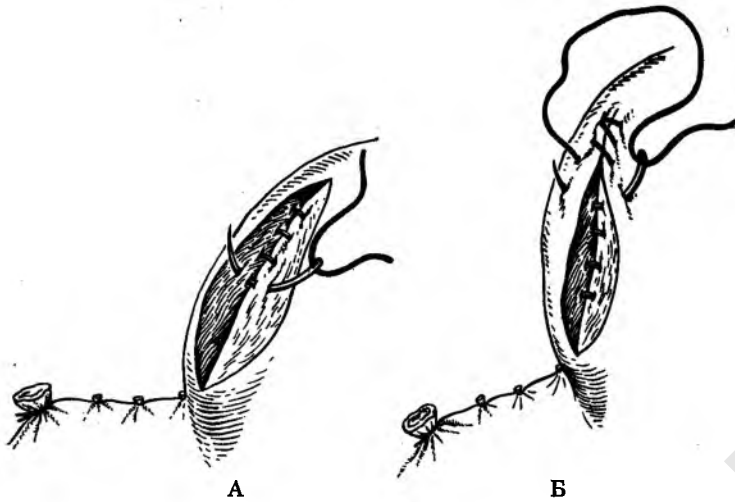


Рис. 207. Операция при интерстициальной беременности. Вид после клиновидного иссечения плодместилища из угла матки с одновременным удалением трубы. На разрез маточной стенки накладывают в два этажа кетгутовые швы: узловые мышечно-мышечные (А) и непрерывный серозно-мышечный (Б).

матки во время беременности и сопровождается явлениями внутреннего кровотечения и шока. Лечение оперативное и заключается в иссечении только беременного рога вместе с его трубой. Отсеченную от удаляемого рога круглую связку подшивают ко дну оставшегося второго рога матки.

Яичниковая беременность встречается очень редко. Яичниковая беременность чаще всего прерывается на 6—8-й нед по типу наружного разрыва плодместилища с кровоизлиянием внутрь и гибелью яйца.

Разрыв плодместилища при яичниковой беременности, которая обычно диагностируется как трубная, сопровождается симптомами внутреннего кровотечения и перитонеального шока. При операции удаляют плодместилище, яичник и трубу. Топическая диагностика до чревосечения невозможна.

При яичниковой беременности описаны более частые случаи донашивания до срока, чем при других разновидностях внематочной беременности.

Брюшная беременность (рис. 208) после установления диагноза является показанием к немедленной операции, так как разрыв плодместилища при поздних сроках беременности представляет огромную опасность для жизни женщины.

Операция при прогрессирующей брюшной беременности, производимая путем чревосечения, представляет значительные трудности и доступна только опытному хирургу. После вскрытия брюшной полости рассекают стенку плодместилища и извлекают плод, а затем удаляют плодный мешок. Если плацента прикреплена к задней стенке матки и листку широкой связки, то ее отделение не представляет больших технических трудностей. На кровоточащие места накладывают лигатуры или обкалывающие швы. Если кровотечение не останавливается, приходится перевязывать на соответствующей стороне основной ствол маточной артерии или же внутреннюю подвздошную артерию. При сильном кровотечении до перевязки указанных сосудов помощник должен прижать рукой брюшную аорту к

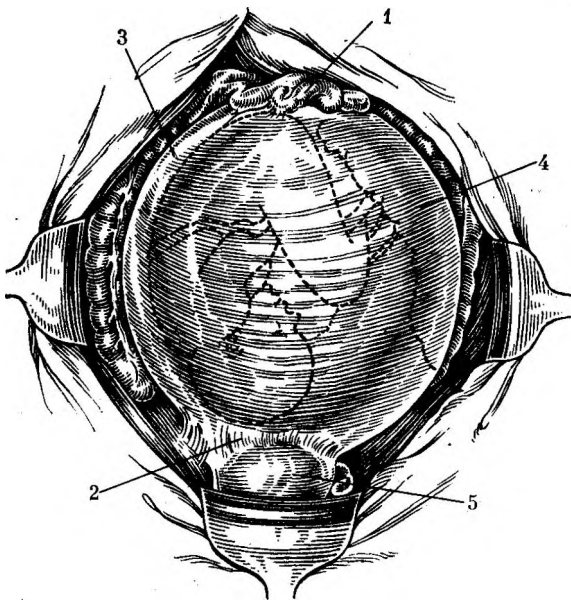


Рис. 208.

Брюшная беременность.

1 — кишечные петли, спаянные с плодоместиллицем; 2 — сращение; 3 — плодоместиллице; 4 — плацента; 5 — матка.

позвоночнику. Наибольшие трудности представляет отделение плаценты, прикрепленной к кишечнику и его брыжейке или к печени. Оперирующий должен быть готов произвести резекцию кишки, если плацента прикреплена к ее стенкам или брыжейке и по ходу операции в этом возникает необходимость.

Во время операции при поздней прогрессирующей внематочной беременности, несмотря на хорошее состояние больной, необходимо заранее подготовиться к проведению трансфузии крови и противошоковых мероприятий. В процессе операции может возникнуть внезапно сильнейшее кровотечение, и задержка в оказании срочной помощи увеличивает опасность для жизни женщины.

В прежние времена из-за опасности кровотечения во время отделения плаценты, прикрепленной к кишечнику или печени, применялся так называемый метод марсупиализации. Край плодного мешка или его части вшивали в брюшную рану и в полость мешка вставляли тампон Микулича, покрывающий оставшуюся в брюшной полости плаценту. Полость постепенно уменьшалась, происходило медленное (в течение 1—2 мес) выделение некротизирующей плаценты. При инфицированном плодоместиллице показана марсупиализация.

Овариотомия

Удаление яичника, чаще всего по поводу кисты или опухоли, принято обозначать термином овариотомия, хотя по существу правильнее говорить об овариэктомии, так как термин «овариотомия» в переводе означает разрез яичника.

Овариотомия стала признанной операцией с 60-х годов прошлого столетия и является одной из наиболее часто применяемых в настоящее время. А. Я. Красовский первую успешную овариотомию произвел в России в

1862 г. К началу XX века В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев, Д. О. Отт, Л. Л. Окинчиц и др. детально разработали эту операцию.

В настоящее время при овариотомии используют брюшностеночное чревосечение, особенно при опухолях яичника. Влагалищный метод при овариотомии почти не применяется. Лишь некоторые гинекологи иногда прибегают к нему.

Наиболее часто овариотомия применяется при кистах, кистомах и других опухолях яичника, а также при резко выраженных изменениях воспалительного характера, эндометриозных поражениях и т. п.

Хорошо известно, какое огромное значение имеет функция яичников для организма женщины. Поэтому удаление яичника, особенно в детском, юношеском и цветущем женском возрасте, должно производиться только по строго обоснованным показаниям. Тяжелой врачебной ошибкой неумеренно активного или мало думающего хирурга является, например, удаление яичника, а иногда и обоих яичников по поводу простой кисты при наличии значительных частей неизмененной ткани яичника у девушки или молодой женщины. При удалении яичников наступает преждевременный климакс и появляются страдания, связанные с дисгормональными нарушениями. Исходя из этого, прежде чем решать вопрос о методике операции на одном яичнике, необходимо осмотреть второй, так как иногда на первом, удаленном второпях, была часть нормальной ткани, а второй яичник оказывается настолько измененным, что сохранить ничего не удается и хирург вынужден закончить операцию кастрацией женщины или девушки.

Учитывая характер заболевания яичника, производят его резекцию, вылушение кисты или полное удаление яичника. Если при осмотре второго яичника обнаруживаются ретенционные кисты фолликула или его желтого тела, их следует вылушить или резецировать яичник вместе с кистой, а не прокалывать ее иглой. У женщин старше 40 лет А. И. Серебров рекомендует яичник удалить.

При злокачественных заболеваниях яичника, независимо от возраста, необходимо производить не только удаление труб и яичников, но и ампутацию или экстирпацию матки и резекцию большого сальника.

При железистых псевдомуцинозных кистомах яичника у женщин молодого возраста второй яичник, если он не изменен, оставляют. У женщин после 45 лет целесообразнее удалить и второй яичник, так как нередко в нем в дальнейшем развивается такая же киста.

При папиллярных кистомах яичников производят надвлагалищную ампутацию или, реже, экстирпацию матки с удалением придатков и резекцию сальника.

Резекция яичника

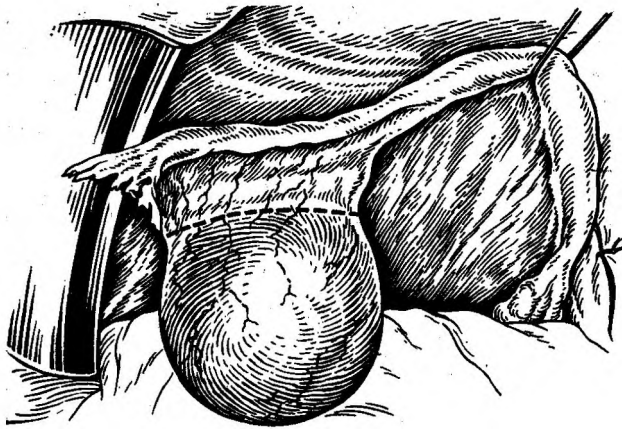
Показанием к резекции яичника может быть мелкокистозное перерождение яичника, значительное разрушение ткани яичника при его травме или разрыве желтого тела и т. п. Резекция яичника показана и при склерокистозных яичниках; при этой патологии следует резецировать не менее $\frac{2}{3}$ яичника.

При резекции яичника обычно с помощью двух продольных разрезов иссекают клиновидно пораженную его часть (рис. 209). При резекции яичника не следует доводить разрез до его ворот, чтобы не вызвать нарушения кровообращения в остающейся части органа. Если имеются кровотокающие сосуды, их лигируют тонким кетгутом, затем непрерывным или отдельными

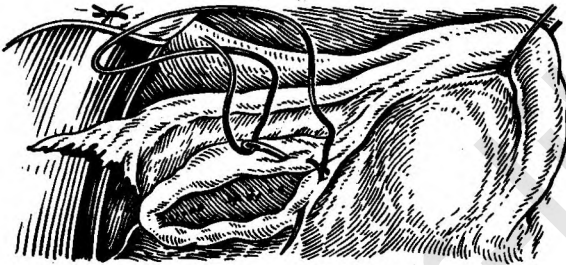
Рис. 209.

Удаление ретенционной кисты яичника.

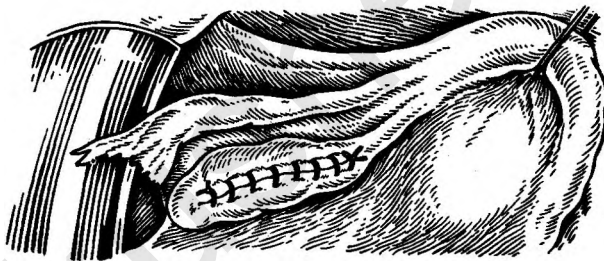
А — пунктиром обозначена линия разреза; Б — наложение шва на рану яичника; В — на яичник наложены непрерывный кетгутовый шов.



А



Б



В

тонкими кетгутовыми швами соединяют раневые поверхности. Ткань яичника очень хрупка и ее следует шить тонкой или кишечной иглой, а швы — затягивать осторожно, без чрезмерного натяжения, чтобы они не порезались.

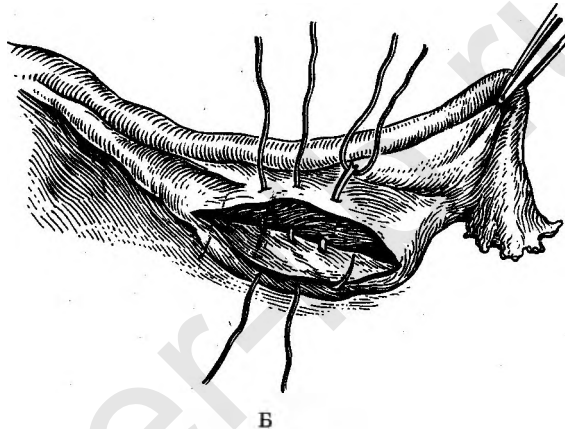
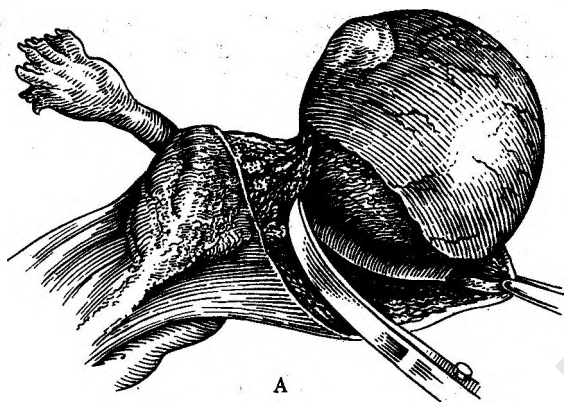
Вылущение кисты яичника

После вскрытия брюшной полости небольшим, чаще всего поперечным надбровковым разрезом, яичник вместе с кистой извлекают в рану анатомическим пинцетом, которым захватывают собственную связку яичника или маточную трубу. Марлевыми салфетками отгораживают кисту от брюшной

Рис. 210.

Операция вылуцения ретенционной кисты яичника.

А — разрез проведен на границе неизменной части яичника, киста вылуцвается тупоконечными ножницами; Б — наложение швов после резекции яичника с удалением кисты.



полости. На границе между кистой и сохранившейся тканью яичника скальпелем производят неглубокий полулунный разрез (рис. 210) и, захватив осторожно мягким зажимом края яичниковой ткани, концами изогнутых сомкнутых ножниц или рукояткой скальпеля осторожно, чтобы не повредить тонкую капсулу, отделяют ее от ткани яичника. Киста обычно легко вылуцивается и остается соединенной мостиком ткани на стороне, противоположной разрезу. Тщательно сохраняя здоровую ткань яичника, пересекают ножницами оставшийся тонкий мостик ткани.

Некоторые авторы рекомендуют производить циркулярный разрез у основания кисты на границе с тканью яичника. Мы предпочитаем полулунный разрез на той стороне, где более четко видна граница между кистой и тканью яичника. Преимущество такого разреза в том, что при вылуцении кисты нередко яснее выявляется распластанная и растянутая ткань яичника после ее сокращения, что позволяет сохранить больше здоровой ткани органа. Это особенно важно при небольшом количестве ткани яичника, оставшейся неизменной. При циркулярном разрезе не всегда удается учесть и ясно заметить распластанную по поверхности кисты ткань яичника, что приводит к отсечению ее вместе с кистой.

После удаления кисты производят гемостаз и накладывают шов на равные поверхности яичника, как и при его резекции. Если распластанная ткань яичника после вылуцения кисты представляет большую тонкую пластинку, ее можно свернуть (в виде сигары) и прошить кетгутум; такая

манипуляция производится очень редко. В случае резекции яичника при его хроническом воспалении сначала производят продольный разрез, рассекающий его пополам, и из каждой половины вырезают участки, подлежащие удалению.

Оментоовариопексия

Операция применяется с целью сохранения или улучшения функции оставшейся после резекции части яичника, особенно при его поствоспалительных или дистрофических изменениях у молодых женщин.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования И. Ф. Жордана с сотрудниками показали, что путем усиления кровообращения можно повысить функциональную деятельность, усилить процессы созревания фолликулов в заведомо склерозированных яичниках и восстановить угасающую детородную функцию. Указанные изменения функции яичников наблюдались в результате улучшения кровообращения в них за счет сосудов подшитого к ним сальника.

Техника операции. После резекции яичника к его раневой поверхности или к остаткам коркового слоя у брыжеечного края яичника подводят край сальника с хорошо развитыми сосудами и подшивают узловатыми швами из тонкого кетгута, стремясь не пережать сосудистую ножку.

Примерное описание операции резекции яичника с оментоовариопексией

Брюшная полость вскрыта послойно поперечным надлобковым разрезом. При осмотре оказалось, что матка не изменена. Правые придатки отсутствуют—были удалены ранее. Левая труба нормальная. Левый яичник овальной формы, неравномерной консистенции. Увеличение яичника связано с наличием дермоидной кисты, по нижнему краю которой видна часть сохранившейся нормальной ткани яичника. На границе между сохранившейся тканью яичника и капсулой дермоидной кисты произведен полулунный разрез, осторожно концами ножниц киста выщипана и отсечена от оставшейся ткани яичника. При осмотре оказалось, что остались истонченные участки коркового слоя яичника в виде двух пластинок, сохранивших связь с брыжейкой яичника, его собственной и подвешивающей яичник связками. Нижний край сальника расправлен, выбран участок с левого его края с хорошо развитыми сосудами. Избранный участок подведен к резецированному яичнику в области бывшего ложа нижнего полюса кисты. Отдельными кетгутowymi швами сальник между сосудами подшит к оставшимся пластинкам яичника, которые не соединяли, чтобы не нарушать кровообращения в сосудах сальника. Произведен туалет в области малого таза и рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. На область раны наложена повязка-наклейка.

Описание препарата. Удаленное образование имеет толстую кожистую капсулу и размер 8×6×6 см. Содержимое кисты— сало, волосы и плотный бугорок тканей на внутренней поверхности капсулы.

Препарат отправлен в лабораторию для гистологического исследования.

Удаление опухолей яичника и его придатков, расположенных межсвязочно

Интралигаментарно могут располагаться различные опухоли, исходящие из придатков яичника, матки и ее связок, клетчатки и самого яичника. Наиболее типичная операция производится при паровариальных кистах, расположенных между листками широкой связки.

Особенности операции и возможные осложнения при паровариальных кистах или опухолях те же, что и при межсвязочных фибромиомах, о чем

Рис. 211.

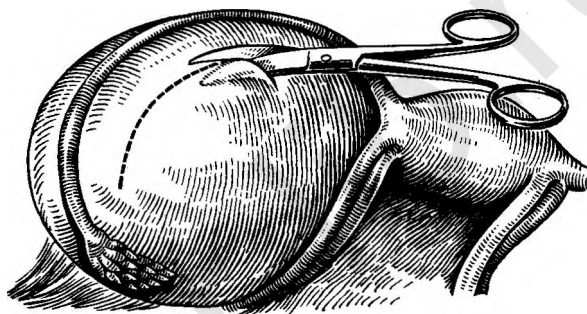
Возможное расположение мочеочника (1) при межсвязочно расположенной опухоли.



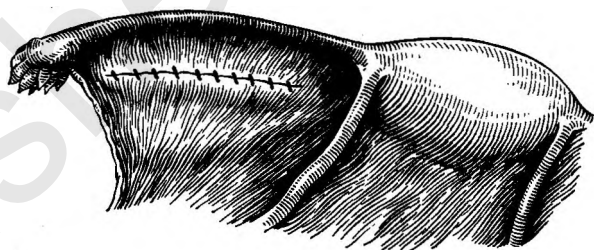
Рис. 212.

Вылущение кисты и опухоли, расположенной межсвязочно.

А — рассечение ножницами переднего листка мезосальпинкса; Б — разрез зашит после удаления паровариальной кисты.



А



Б

подробно говорилось выше. Прежде всего не следует забывать о мочеочнике, который может занимать различные положения (рис. 211). Особенно важно учитывать это при межсвязочном расположении кистомы.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости и тщательной ориентировки в анатомо-топографических соотношениях рассекают передний листок мезосальпинкса (широкой связки) между трубой и круглой маточной связкой (рис. 212). Разрез проходит над наиболее выпячивающимся полюсом кисты и по передней ее поверхности, где меньше возможность встретить мочеочник. Размер разреза зависит от величины опухоли, но всегда нужно учитывать опасность повреждения мочеочника или пузыря, а у стенки таза — кровеносных сосудов, поэтому

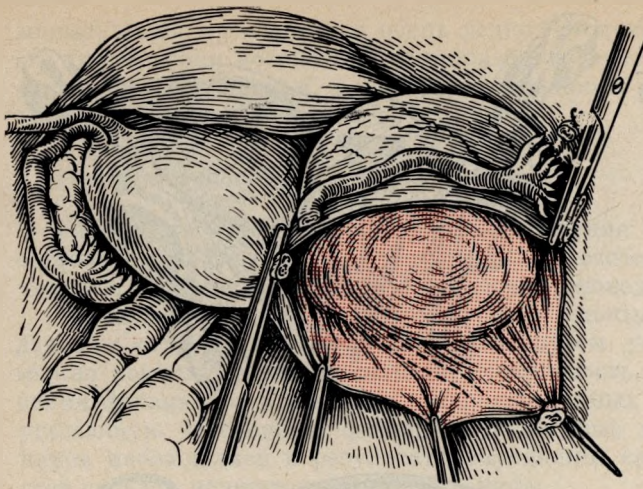


Рис. 213.

Вылущение межсвязочной опухоли (пунктиром обозначен ход мочеточника).

рассекать листок широкой связки необходимо осторожно. Захватив пинцетом листок широкой связки, приподнимают его и делают небольшой разрез просвечивающего брюшинного листка. Затем сомкнутыми ножницами отслаивают брюшину от капсулы опухоли и постепенно увеличивают разрез до необходимого размера; иногда при этом приходится пересекать круглую маточную связку; зажимами захватывают края разреза и приступают к вылущению кисты (опухоли) из межсвязочного пространства тупым путем, подсекая отдельные волокна уплотненной клетчатки. При этом, прежде чем пересечь какой-либо тяж клетчатки, необходимо убедиться, что это не мочеточник.

Обычно вылущение паровариальной кисты происходит легко. Некоторое затруднение может возникнуть при выделении нижнего полюса образования, который может доходить до паравагинальной клетчатки, входя в близкое соприкосновение не только с мочеточником (рис. 213) и маточными сосудами, но также с мочевым пузырем и прямой кишкой. В подобных случаях требуется большая осторожность при выделении капсулы образования, чтобы не повредить перечисленные органы и не разорвать сосудистый пучок, что до выделения опухоли сопровождается возникновением гематомы. Не следует забывать основное положение при выделении межсвязочного образования — все время держаться как можно ближе к капсуле опухоли. После удаления кисты или опухоли производят тщательный гемостаз и сшивают непрерывным кетгутовым швом листки широкой связки в области разреза (рис. 212, Б). Если после удаления опухоли листки широкой связки далеко разошлись друг от друга, их соединяют несколькими кетгутовыми швами, чтобы устранить нежелательное пустое пространство. Если удалялась межсвязочная опухоль, исходящая из яичника, и последний был удален, то культя подвешивающей и собственной связок яичника и трубы погружаются при сшивании листков широкой связки от дна до подвешивающей связки. Интралигаментарные паровариальные кисты, находящиеся в верхнем отделе широкой связки или кисты ретрооргонон, расположенные латерально по отношению к яичнику, обычно имеют ножку и отсекаются легко после наложения одного или двух зажимов. Ножку с проходящими в ней мелкими сосудами лигнруют и перитонизируют непрерывным кетгутовым швом с помощью листка широкой связки. Яичник и труба при этом остаются в стороне.

Примерное описание операции при удалении интралигаментарной кисты

Срединным разрезом от лона до пупка вскрыта послышно брюшная полость. При осмотре обнаружено, что матка слегка увеличена в длину и оттеснена вправо, маточные трубы и яичник с обеих сторон без изменений, но левые придатки распластаны над опухолью. Слева от матки между листками широкой связки располагается кистозное образование округло-овальной формы, эластической консистенции. Между левой круглой связкой и маточной трубой продольным разрезом рассечен передний листок широкой связки, тупым путем и частично с помощью ножниц киста выдвучена из межсвязочного пространства. На латеральной периферии опухоли замечен мочеточник, смещенный к стенке таза. Мочеточник легко отсепарован от стенки кисты. Произведен гемостаз путем лигирования мелких сосудов параметральной клетчатки. Листки широкой связки в области разреза соединены непрерывным кетгутовым швом. Произведен туалет брюшной полости. Рана брюшной стенки зашита послышно наглухо. Наложена повязка-наклейка.

Описание препарата. Удаленный препарат представляет собой тонкостенную кисту с гладкой оболочкой и прозрачным жидким содержимым. Размер кисты 15×12×10 см. Препарат отправлен в лабораторию для гистологического исследования.

Удаление кист и опухолей яичника, имеющих выраженную ножку

Опухоли и кисты яичника, имеющие выраженную ножку, подвижны. Степень подвижности зависит от длины и ширины ножки, которая состоит обычно из растянутых подвешивающей и собственной связок яичника. В состав ножки в большинстве случаев входит вытянутая в длину маточная труба и часть широкой связки, преимущественно заднего листка. Длинная ножка опухоли облегчает технические условия операции, но для большой ножки кисты или опухоли создает опасность перекручивания, что сопровождается нарушением кровообращения в опухоли и развитием поритонеальных явлений, требующих неотложной оперативной помощи.

При небольших размерах опухоли или кисты яичника, неосложненных сращениями и имеющих выраженную ножку, операция технически проста и легко выполнима. Чревосечение производится срединным продольным или поперечным надлобковым разрезом. Величина и место разреза зависят от размеров кисты или кистомы, ее подвижности и от того, является опухоль злокачественной или доброкачественной.

В случае больших размеров опухоли, малой подвижности (сращения и пр.), а также при подозрении на ее злокачественный характер следует делать продольный срединный надлобковый разрез, величина которого легко может быть увеличена, если в этом возникает необходимость. При кистах и железистых кистомах яичника, несмотря на их большую величину, разрез сначала производят от лона до пупка. При отсутствии подозрения на злокачественный характер кистозного новообразования жидкость из его полости или полостей может быть выпущена; размер кистомы при этом уменьшается и она может быть извлечена через небольшой по сравнению с ее бывшей величиной разрез.

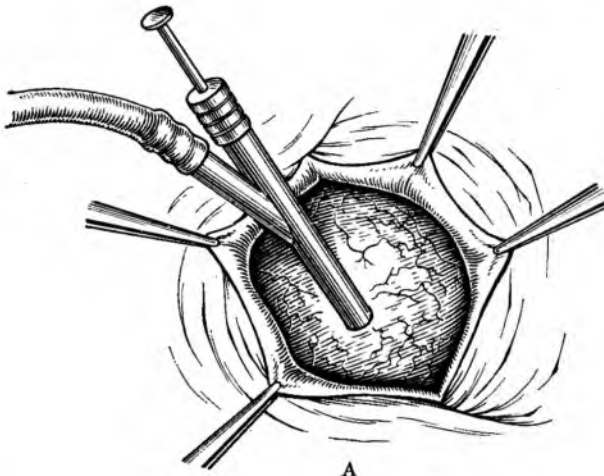
Перед тем как произвести пункцию кистозной опухоли, брюшную полость тщательно отгораживают мягким полотенцем или большими марлевыми салфетками, чтобы содержимое опухоли не попало в брюшную полость и на клетчатку в области раны брюшной стенки.

Операционный стол слегка наклоняют в ту сторону, в которую должна стекать жидкость. Удобнее всего использовать троакары с боковым ответв-

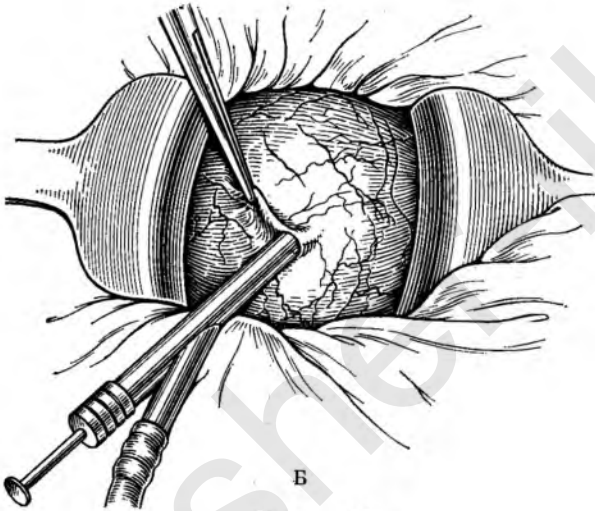
Рис. 214.

Уменьшение размеров кистозной опухоли путем удаления ее жидкого содержимого.

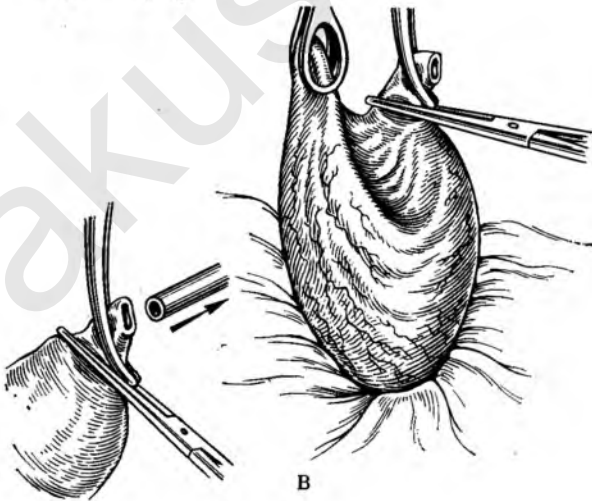
А — пункция опухоли троакаром с боковым ответвлением; Б — капсула опухоли захвачена зажимом; В — после частичного опорожнения кисты капсула захвачена овариальными щипцами. При извлечении троакара место прокола захватывают двумя зажимами (деталь слева).



А



Б



В

лением (рис. 214, А), на которое заранее надевают резиновую трубку. Конец трубки опускают в таз или ведро, куда будет стекать жидкость. На выбранном месте прокалывают капсулу кисты или кистомы. Как только кистозная опухоль несколько опорожнится, капсула ее начинает спадаться. Капсулу захватывают по обе стороны от троакара овариальными щипцами или мягкими тупыми зажимами в складку и подтягивают к брюшной ране (рис. 214, Б). Этот прием предохраняет от вытекания жидкости в рану и позволяет хорошо удерживать опухоль. По мере опорожнения капсула кистомы все больше спадается и ее захватывают другой парой овариальных щипцов и постепенно извлекают из раны. Когда кистома уменьшится до такой величины, что ее можно будет извлечь из брюшной полости, троакар удаляют, а стенку капсулы пережимают одним, чаще двумя зажимами под отверстием, из которого извлечен троакар. Это предохраняет от вытекания оставшейся жидкости (рис. 214, В). После этого кистому полностью извлекают из брюшной полости. Марлевые салфетки и простыни, которыми обкладывалось операционное поле, заменяют, так как, несмотря на все предосторожности, некоторое количество жидкости все же на них попадает.

Пункция опухоли с целью освободить ее от жидкого содержимого противопоказана при асците, подозрении на ее злокачественный характер, при дермоидных кистах, папиллярных кистомах и межсвязочных опухолях, при инфицировании содержимого (некроз и т. п.).

При железистых кистомах менее густая псевдомуцинозная жидкость бывает в больших полостях опухоли, что следует учитывать вовремя пункции.

Если кистозную опухоль нельзя или не удается освободить от жидкого содержимого, разрез делают такой величины, чтобы кисту можно было извлечь без особых затруднений.

Нельзя пытаться извлекать большую опухоль через маленький разрез, применяя грубые усилия, так как при этом может разорваться капсула кистомы и ее содержимое в большом количестве попадает в брюшную полость.

Если разрез брюшной стенки достаточный, подвижная опухоль яичника извлекается без особого труда. Конечно, нет необходимости в чрезмерном увеличении разреза. Чаще всего он должен доходить до верхнего уровня опухоли или быть несколько больше при ее шаровидной или овальной форме.

При неправильной конфигурации опухоли величину разреза трудно определить заранее, так как приходится учитывать не только величину, но и подвижность опухоли, ее конфигурацию.

С целью выведения опухоли из брюшной полости лучше воспользоваться тупферами на длинных корнцангах, которые подводят под опухоль в нижнем и верхнем углах раны. Этими тупферами осторожно подталкивают опухоль к брюшной ране, в которую ее вставляют сначала меньшим сегментом, затем большим и постепенно выводят из раны. При выведении опухоли целесообразно, чтобы ассистент кончиками пальцев надавливал на края брюшной раны, как это делают при приеме родов во время прорезывания головки.

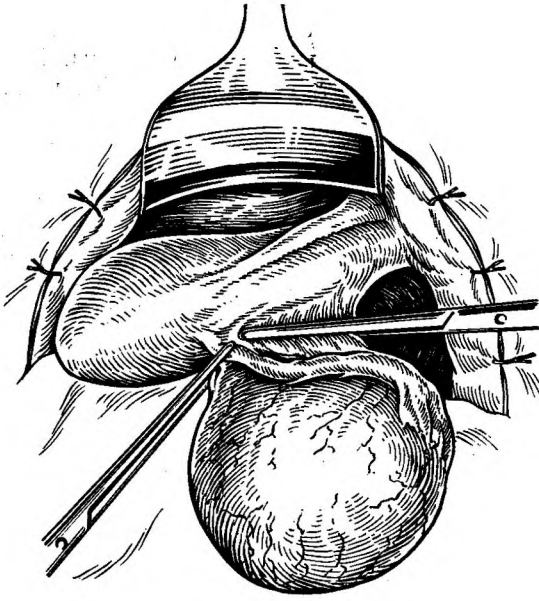
Если на опухоли распластана маточная труба, то (если предполагается удалять придатки) ее захватывают зажимом и подтягивают вместе с опухолью наружу.

При короткой и широкой ножке иногда кистома плохо выводится и при достаточной величине разреза. В подобных случаях мы обычно прибе-

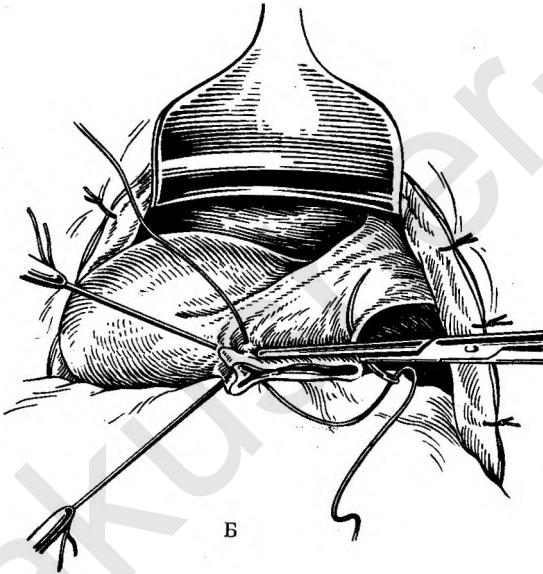
Рис. 215.

Удаление придатков матки.

А — наложение зажимов на ножку опухоли; Б — наложение швов на культю трубы, собственную связку яичника.



А



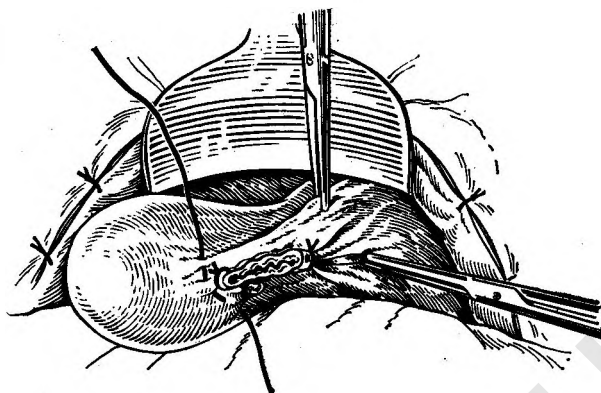
Б

гаем к следующему приему: опухоль отводим в верхний отдел брюшной полости. Иногда для удобства этой процедуры мы придаем наклонное положение головному концу стола ($15-20^\circ$). Ножка опухоли натягивается и становится хорошо видна. На нее под контролем зрения и пальцев, подведенных под ножку, накладывают зажимы и между ними ножку пересекают. Зажимы, наложенные на культю ножки, заменяют лигатурами, чтобы они не мешали при выведении опухоли. Затем, потягивая за зажимы, наложенные на ту часть ножки, которая осталась на опухоли, начи-

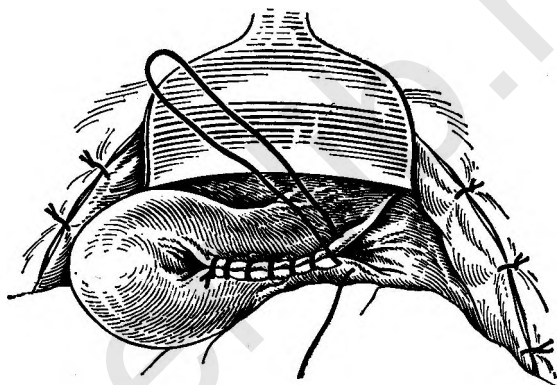
Рис. 216.

Перитонизация после удаления придатков матки.

А — начало перитонизации круглой связкой; Б — перитонизация закончена.



А



Б

нают постепенно извлекать кисту из брюшной полости, одновременно подтягивая ее к ране тупфером и надавливая руками через брюшную стенку.

Если киста или опухоль яичника, имеющая ножку, выведена из брюшной полости, на ножку накладывают обычно два зажима: один — на подвешивающую яичник связку, другой — у ребра матки на собственную связку яичника и трубу (рис. 215), которую удаляют вместе с кистой. Параллельно этим зажимам у самой опухоли накладывают контрклипму, чтобы при отсечении ножки не вытекало содержимое кисты. Зажимы на культях ножки заменяют кетгутовыми лигатурами, концы которых обрезают.

Перитонизация культей ножки кисты производится с помощью круглой и широкой связок. При этом петлю круглой связки подшивают двумя швами к дну матки и затем непрерывным кетгутовым швом сшивают круглую связку и задний листок широкой связки, прикрывая полностью все культю (рис. 216).

При близком расположении подвешивающей связки яичника и матки перитонизация хорошо может быть осуществлена наложением кисетного шва, проведенного через круглую связку, угол матки и задний листок брюшины широкой связки.

Примерное описание операции удаления придатков матки при опухолях яичника, имеющих ножку

Продольным срединным разрезом от лона до пупка вскрыта послойно брюшная полость. При осмотре обнаружено, что матка и правые придатки не изменены. Из левого яичника исходит бугристая опухоль неравномерной эластической консистенции. Левая труба распластана по поверхности опухоли и удлинена. Опухоль свободна от сращений на всем протяжении и имеет довольно длинную лентообразную ножку шириной 5—6 см с обильно развитыми венозными сосудами. Верхний отдел брюшной полости отгорожен марлевыми салфетками. Кистама осторожно выведена в брюшную рану сначала одним своим полюсом, а затем вся целиком. На ножку опухоли, включающую собственную связку яичника, маточную трубу и подвешивающую яичник связку, наложены две пары зажимов, между ними ножка пересечена и кистама удалена. Культи лигированы кетгутотом и заперитонизированы кисетным швом из тонкого кетгутта. Извлечены салфетки из брюшной полости, произведен туалет в области малого таза и брюшная полость зашита послойно наглухо.

Описание удаленного препарата. Опухоль представляет собой многокамерную кистому яичника с густым псевдомуцинозным содержимым. Поверхность опухоли бугристая. Размеры 20×15×12 см. Опухоль отправлена в лабораторию для гистологического исследования.

Удаление опухолей яичника при сращениях с брюшной стенкой и другими органами

При сращении с передней брюшной стенкой опухоли яичника, особенно если она большой величины, затруднения возникают в самом начале операции при разрезе брюшной стенки. В подобных случаях разрез следует продолжить, вскрыть брюшину там, где она не сращена с опухолью, и производить манипуляции очень осторожно. После того как удалось проникнуть в брюшную полость, начинают острым и тупым путем разделять спайки в области разреза и увеличивают его под контролем зрения до необходимого для операции размера. При этом разрез брюшной стенки должен позволять хорошо видеть область операции и не препятствовать манипуляциям при разделении сращений. Когда спайки, соединяющие опухоль с передней стенкой, разделены, приступают к отделению от опухоли сальника и кишечных петель. При плотном сращении сальника с опухолью, чтобы не повредить ее капсулу, производят резекцию сальника, оставляя часть его на опухоли. Край сальника лигируют кетгутотом. При разделении сращений опухоли с кишечными петлями, мочевым пузырем и другими органами необходима большая осторожность, чтобы не повредить их. Вначале рассекают хорошо доступные для манипуляции тонкие спайки, придерживаясь ближе к капсуле опухоли. Разъединять спайки лучше всего кончиками изогнутых ножниц. Рыхлые спайки легко разделяются тупым путем. При плотных, плоскостных сращениях следует начинать с гидравлической препаровки, вводя в сращения между опухолью и органами 0,25% раствор новокаина. Используя острый и тупой методы разделения сращений, всегда следует отделять и отодвигать кишку или мочевой пузырь от опухоли, а не опухоль от них. При очень плотных сращениях доброкачественной опухоли с кишкой лучше оставить частицы капсулы опухоли на кишке, чем повредить ее. После отделения сращений кишку внимательно осматривают. Десерозированные поверхности перитонизируют отдельными швами, накладываемыми на поверхности кишки с таким расчетом, чтобы не сузить ее просвет. При сквозном ранении кишки накладывают швы или при обширном повреждении делают резекцию кишки.

При выделении опухоли из сращений капсула ее может разорваться и содержимое изливается в брюшную полость. Учитывая такую опасность, нужно хорошо защищать верхний отдел брюшной полости. Если разрыв произошел и из опухоли излилось жидкое содержимое, необходимо с помощью электроотсоса удалить жидкость, попавшую в брюшную полость, а затем из вскрывшейся полости опухоли. Затем следует сменить марлевые салфетки и полотенца, пропитавшиеся вытекавшей жидкостью.

Следует учитывать, что содержимое дермоидных кист оказывает сильное раздражающее действие на брюшину и поэтому его всегда нужно тщательно удалять, если произошел разрыв капсулы кисты. Края разорванной капсулы берут зажимами и, подтягивая в область раны брюшной стенки, продолжают выделение капсулы из сращений. Разрыв капсулы опухоли весьма затрудняет ее последующее выделение. Оно иногда облегчается введением в полость капсулы тампона (большой марлевой салфетки), расправляющего ее стенки.

Операция удаления опухоли яичника при перекручивании ее ножки

Особенности этой операции заключаются в том, что возможно наличие сращений опухоли с брюшной стенкой и соседними органами, которые в ближайшее время после перекручивания ножки обычно рыхлые и легко разделяются. Если прошло много времени, спайки становятся более плотными.

Вследствие нарушения кровообращения при перекруте ножки и сдавлении сосудов наступает некроз опухоли, особенно ее капсулы, что легко может привести к разрыву. Вследствие кровоизлияний и некрозов в тканях опухоли создаются благоприятные условия для развития инфекции,

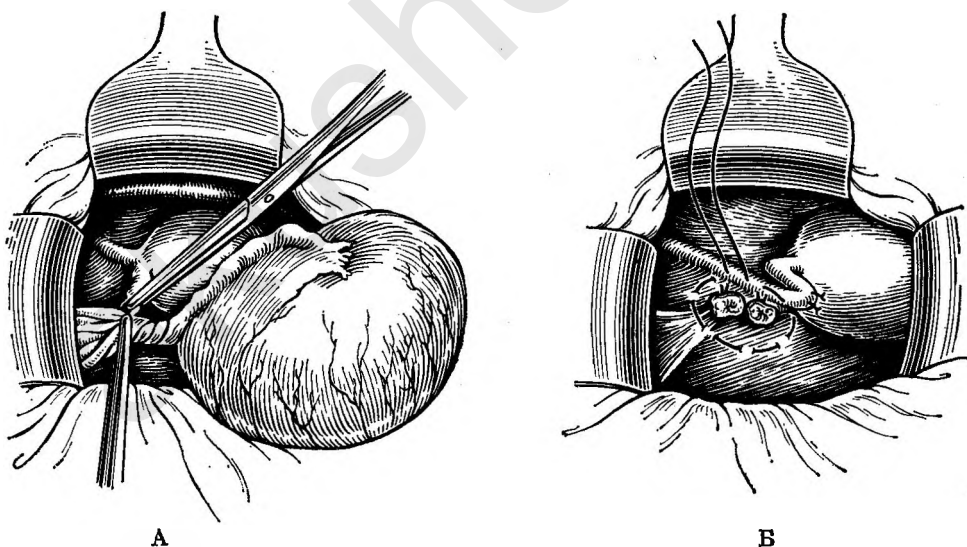


Рис. 217. Удаление придатков при перекрученной ножке опухоли.

А — зажимы наложены на перекрученную ножку; Б — перитонизация культи ножки кистетным швом, проведенным через круглую связку и задний листок широкой связки.

проникающей в опухоль чаще всего из сращенных с ней кишечных петель. Поэтому выделять опухоль яичника при перекруте ее ножки необходимо с большой осторожностью, учитывая некротические изменения в капсуле и инфицирование опухолю.

Не следует раскручивать ножку опухоли яичника до наложения на нее лигатуры, так как в сосудах перекрученной ножки могут быть тромбы, а во время раскручивания отрыв тромба или его частицы и попадание их в круг кровообращения могут вызвать эмболию. Поэтому, не раскручивая ножку, накладывают лигатуру выше места перекрута, а затем раскручивают ножку, накладывают на нее зажимы и отсекают.

При тонкой ножке можно без раскручивания ее наложить зажимы (рис. 217) и между ними пересечь ножку, а потом произвести лигирование. Дальнейший ход операции обычный: перитонизация, туалет брюшной полости и послойное зашивание раны брюшной стенки.

Операция при злокачественных опухолях яичника

В настоящее время принято всеми, что при злокачественной опухоли обоих или одного яичника производится надвлагалищная ампутация, реже экстирпация матки с удалением придатков и резекцией большого сальника.

Удаление одного пораженного яичника при злокачественной опухоли, как указывает А. И. Серебров, может быть лишь редким исключением у очень молодых женщин, если нет прорастания капсулы, метастатических поражений и второй яичник нормальный. За 40 лет своей оперативной деятельности мы лишь 2 раза рискнули на такую операцию, и одна из этих женщин умерла при дальнейшем развитии ракового процесса.

Если по поводу кисты или кистомы яичника была произведена только овариотомия, а затем при гистологическом исследовании выявлено злокачественное перерождение кисты, то следует произвести релапаротомию, ампутацию матки и придатками и резекцией сальника.

Большую, которую подготавливают к операции по поводу опухоли яичника, необходимо тщательно обследовать, особенно ее желудочно-кишечный тракт и молочные железы, так как при первичном поражении раком этих органов часто наблюдается метастазирование опухоли в яичники. Кроме того, поражение раком ректосигмоидного отдела толстой кишки нередко ошибочно трактуется как опухоль яичника. С целью уточнения диагноза необходимо производить рентгеноскопию желудка и толстого кишечника, а также ректороманоскопию.

При злокачественных опухолях яичника в отличие от всех других локализаций рака допустимы нерадикальные операции. Диссеминация опухоли по брюшине и даже наличие метастазов в печени, указывает А. И. Серебров, не должны являться основанием для отказа от операции. Следует учитывать, что метастазы в печени растут медленно. При этой операции удаляют основные очаги опухоли и резецируют сальник с целью улучшения условий для последующей лучевой терапии и химиотерапии.

В большинстве случаев при злокачественных опухолях достаточно ограничиться вместе с удалением придатков надвлагалищной ампутацией матки, хотя некоторые авторы предлагают всегда производить экстирпацию матки.

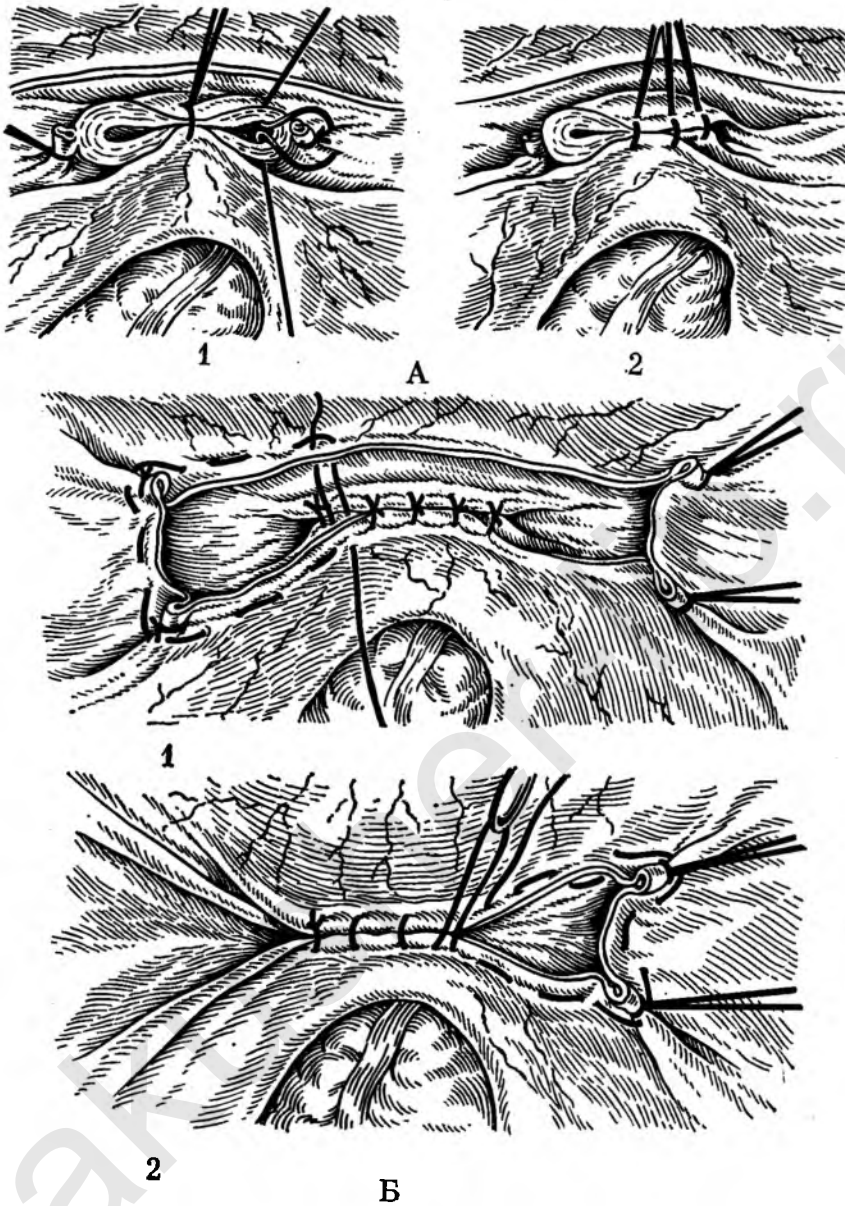
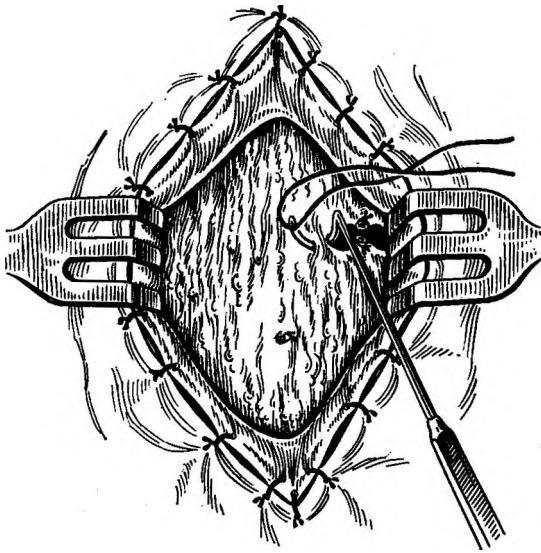


Рис. 218. Наложение швов на культю шейки матки и перитонизация.

А — наложение шва для погружения культи маточных сосудов (1); швы завязаны, культя погружена (2); Б — перитонизация культи; 1 — наложение кисетного шва слева; 2 — то же справа.



Мы полагаем, что экстирпация матки показана при прорастании опухоли в матку или при массивных сращениях ее с опухолью. При диссеминации опухоли в брюшной полости ввиду невозможности радикальной операции нет достаточных оснований для экстирпации матки, тем более что вскрытие влагалища создает предпосылки для инфицирования брюшной полости, где имеются особенно благоприятные условия для развития микроорганизмов (асцит, кровь). При экстирпации матки создаются условия для имплантации опухоли в культю влагалища, в области которой опухолевые клетки быстро прорастают его тонкие стенки и образуют экзофитные формы опухоли, которые сопровождаются кровотечением, инфицированием и отягощают состояние больной.

Kottmeier, придавая большое значение послеоперационному облучению, считает целесообразным, если матка не вовлечена в опухолевый процесс, оставлять ее для последующего введения радия в ее полость с целью облучения таза.

А. И. Серебров (1965) считает, что культя шейки матки после надвлагалищной ампутации лучше может быть использована для последующего лечения радиоактивными препаратами, чем культя влагалища; в последнем случае близость мочевого пузыря и прямой кишки создает менее благоприятные условия для лечения.

Резекция сальника при злокачественных опухолях яичника обязательна, даже при отсутствии видимых метастазов. Удаление сальника предупреждает появление в нем метастазов, что наблюдается очень часто, а кроме того, после удаления сальника значительно медленнее накапливается асцитическая жидкость.

При полной неоперабельности опухоли яичника удаляют с помощью отсоса асцитическую жидкость, производят биопсию (из опухоли или сальника) и перед зашиванием раны брюшной стенки вводят в брюшную полость один из химиотерапевтических препаратов.

При надвлагалищной ампутации матки с придатками брюшную полость вскрывают продольным разрезом от лона до пупка или

выше. Учитывая, что в асцитической жидкости могут содержаться комплексы опухолевых клеток, ее следует, производя небольшой разрез брюшины, удалить с помощью электроотсоса. Вскрыв брюшину на всем протяжении разреза брюшной стенки, жировую клетчатку тщательно закрывают брюшиной, подшивая ее к коже краев раны. Верхний отдел брюшной полости отгораживают марлевыми салфетками или мягким полотенцем. У ребер матки накладывают зажимы на широкие связки и производят надвлагалищную ампутацию матки с придатками так же, как и при фибромиомах матки. Непрерывным кетгутовым швом производят перитонизацию, сшивая листки широкой связки и покрывая брюшиной пузырно-маточного углубления культю шейки матки, или так, как указано на рис. 218. После этого производят туалет брюшной полости и при зашивании брюшины вливают в брюшную полость один из препаратов, используемых для химиотерапии. Рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо.

Резекция сальника производится при злокачественных опухолях яичника после окончания перитонизации в малом тазу. Сальник выводят в брюшную рану и резецируют обычно на уровне поперечной ободочной кишки. Рассекать сальник небольшими участками можно между двумя кетгутовыми лигатурами, наложенными с помощью иглы Дешампа (рис. 219). Отсечение сальника производят и между зажимами, лигируя сосуды остающейся его части сразу же после отсечения каждого участка. Если сальник плотно сращен с опухолью на большом протяжении, то резекцию можно произвести и в начале операции, до удаления опухоли.

А. И. Серебров рекомендует отсекал сальник с помощью электроножа, чтобы предупредить возможность имплантации опухолевых клеток. При этом необходимо соблюдать меры предосторожности, чтобы защитить кишечные петли от ожога.

При резекции сальника ножом также необходимо следить, чтобы не повредить кишечник.

Операции при воспалительных заболеваниях придатков матки

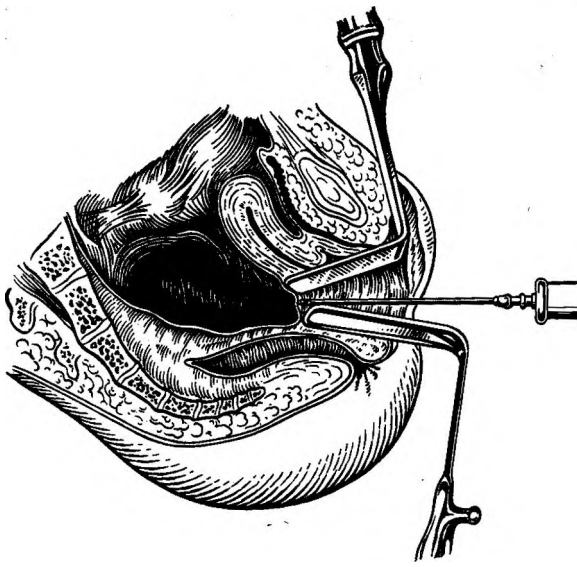
Воспалительные заболевания придатков матки обычно подлежат консервативной терапии. Упорная и систематическая терапия нередко дает прекрасные результаты, совершенно исключающие необходимость хирургического лечения. Даже в тех случаях, когда предполагается оперативное вмешательство, предварительное консервативное лечение значительно облегчает, упрощает операцию и обеспечивает ее более благоприятный исход.

Следует также учитывать, что результаты оперативного лечения тем лучше, чем больше времени прошло от момента острого заболевания или обострения воспалительного процесса. Конечно, это выжидание не может быть чрезмерно длительным. Помимо продолжительности заболевания, учитывают безуспешность повторной целенаправленной и систематической терапии, частоту рецидивов и влияние заболевания на общее состояние женщины.

При решении вопроса о показаниях к оперативному лечению воспалительных заболеваний придатков матки необходимо считаться с возрастом больной. Большинство этих больных находится в цветущем возрасте и

Рис. 220.

*Пункция через задний свод
влагалища.*



радикальные операции с полным удалением матки и придатков для них мало приемлемы. Консервативная же операция, при которой удаляются лишь наиболее измененные части половых органов, обычно не дает желаемого результата, и женщина продолжает страдать от воспаления, в дальнейшем нередко в еще большей степени, чем до операции.

Исходя из этого, в острой стадии воспалительного процесса или в случае его обострения операция показана при нарастающей угрозе или разрыве гнойной опухоли трубы или яичника. В таких случаях оперативное вмешательство является неотложным и производится по жизненным показаниям.

Операции показаны при воспалительных опухолях придатков матки, когда больные повторно и систематически безуспешно подвергались физиотерапевтическим и медикаментозным методам лечения.

Наличие частых рецидивов при мешотчатых воспалительных опухолях придатков матки, лишаящих женщину трудоспособности и приносящих ей большие страдания, также может быть показанием к оперативному лечению.

В случае выявления воспалительных изменений в придатках матки при операциях по поводу фибромиомы матки или кисты яичника больные придатки удаляют.

При оперативном лечении воспалительных заболеваний придатков матки у женщин в возрасте до 40 лет приходится по возможности производить более консервативную операцию, сохраняя хотя бы яичники (полностью или частично). У женщин старше 40 лет при операции по поводу воспалительных опухолей придатков матки удаляют вместе с больными придатками в ряде случаев и матку путем ее надвлагалищной ампутации или экстирпации.

В тех случаях, когда при воспалительных заболеваниях придатков матки в прямокишечно-маточном углублении скапливается и осумковывается гнойный экссудат, его целесообразно опорожнить через разрез в заднем влагалищном своде (см. описание задней кольпотомии). Однако если в прямокишечно-маточном кармане имеется не

осумкованный гнойный экссудат, а гнойная опухоль придатков матки, то вскрывать ее через задний свод противопоказано. После подобной операции обычно остается трубно-влагалищный свищ, который не заживает до тех пор, пока при чревосечении не будет удалена пораженная гнойным процессом маточная труба. Поэтому, прежде чем произвести кольпотомию, необходимо выяснить, какое образование выпячивает задний свод. В сомнительных случаях при нарастающих тяжелых симптомах, особенно при угрозе разрыва, можно произвести пункцию гнойной опухоли через задний свод влагалища и отсосать гной с помощью шприца (рис. 220).

Техника операции. Учитывая наличие обширных сращений воспалительных опухолей придатков матки с окружающими органами (сальником, кишечником, мочевым пузырем и брюшной стенкой), наиболее целесообразно использовать чревосечение с продольным срединным разрезом, величина которого будет зависеть от размеров воспалительной опухоли и обширности сращений. Вскрывая брюшную полость, следует соблюдать большую осторожность, чтобы не разрезать кишку или мочевой пузырь, сращенные с париетальной брюшиной. После вскрытия брюшной полости необходимо тщательно сориентироваться в топографических соотношениях тазовых органов, измененных в результате спаечного процесса, найти матку и определить ее отношение к мочевому пузырю и прямой кишке (рис. 221). Это далеко не всегда удается сразу.

Марлевыми салфетками тщательно отгораживают верхний отдел брюшной полости и приступают к разделению спаек. Сначала отделяют сальник. При рыхлых спайках это делают с помощью пальцев или тупфера, при плотных старых спайках их рассекают ножницами, а при обширности подобных спаек и интимном сращении их с воспалительной опухолью край сальника рассекают между двумя зажимами и заменяют последние кетгутовыми лигатурами (рис. 222).

Отделенный от опухоли сальник заправляют в верхний отдел брюшной полости и закрывают марлевой салфеткой или мягким полотенцем, а оставшийся на опухоли кусок сальника берут в зажим и используют как держалку при смещениях опухоли. Затем продолжают разделение спаек острым и тупым путем, используя периодически гидравлическую препаратку раствором новокаина. Особенно осторожно следует отделять кишечные петли, спаянные с опухолью. Чтобы сращения были лучше видны, их следует натянуть, отводя опухоль или кишечную петлю. При натянутых спайках контуры опухоли и кишки лучше видны. При плоскостных сращениях между спаянными органами осторожно вводят раствор новокаина, который раздвигает их стенки благодаря гидравлической препаратке. Затем анатомическим пинцетом и кончиками ножниц, не торопясь, шаг за шагом, разделяют эти сращения, все время придерживаясь границ опухоли. Всегда следует помнить, что целесообразнее оставить на кишке кусочек капсулы опухоли, чем повредить стенку кишки.

Мы преимущественно стремимся разделять сращения в направлении сверху вниз и под контролем зрения. Иногда, особенно при рыхлых спайках, отделение сращений производят снизу вверх, проникнув одним или двумя пальцами между маткой и прямой кишкой. Сначала пилообразными движениями пальцев отделяют опухоль от пристеночной брюшины. Рыхлые сращения, приподнимая согнутым пальцем, разделяют тупым путем, плотные — рассекают ножницами под контролем зрения.

Если при выделении воспалительной опухоли придатков матки ее капсула разорвется и начнет выливаться гной, необходимо дополнительно

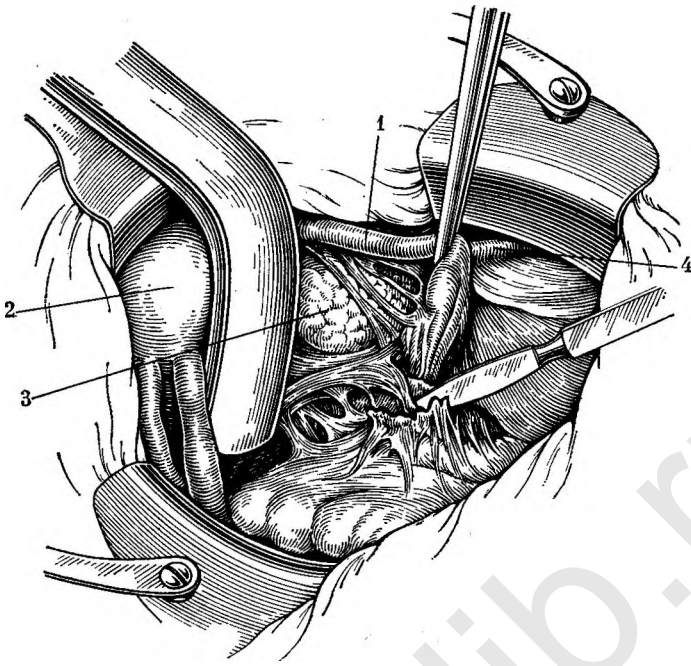
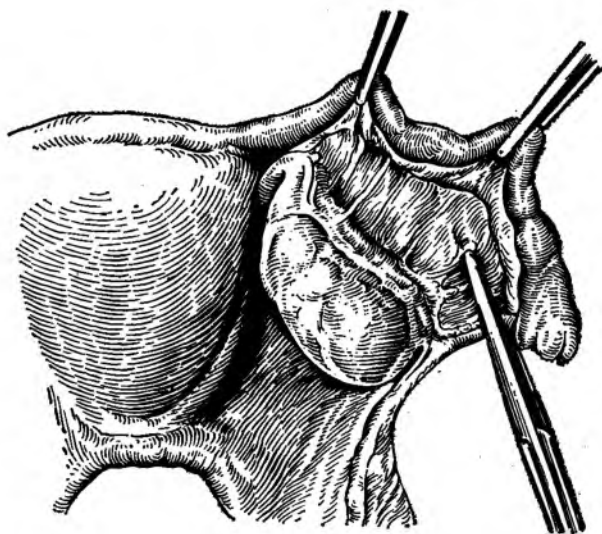


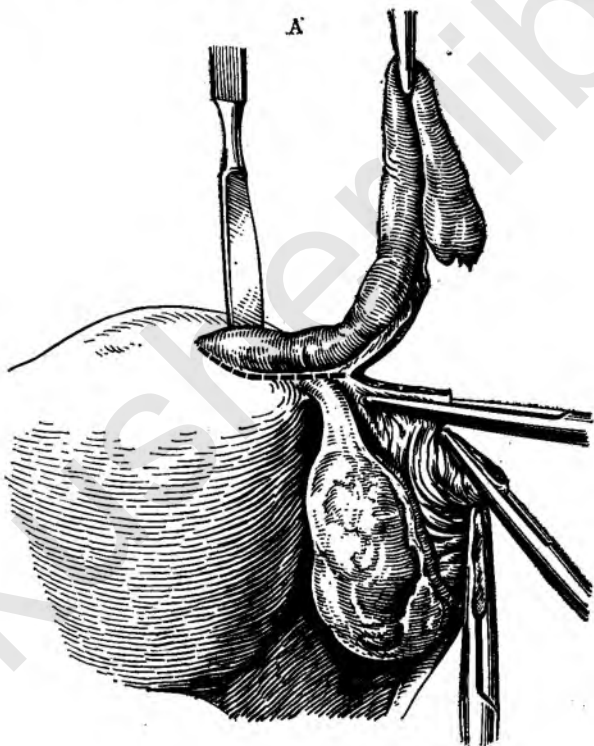
Рис. 221. Спайки между кишечником, маткой и придатками.
 1 — маточная труба; 2 — дно матки; 3 — яичник; 4 — круглая связка.



Рис. 222. Разделение спаек между сальником и придатками. Лигирование и закрытие культи после резекции сальника (справа внизу).



А



Б

Рис. 223. Удаление маточной трубы с иссечением ее интерстициальной части.

А — зажим наложен на мезосальпинкс; Б — отсечение трубы от матки (пунктиром обозначена линия разреза).

быстро отгородить полотенцем или марлевыми салфетками полость таза от всей брюшной полости и с помощью отсасывающего аппарата или больших марлевых тупферов (салфеток) начать удалять вытекающий гной. Производить эти манипуляции нужно до тех пор, пока истечение гноя не прекратится.

В полость мешотчатой опухоли после ее опорожнения от гноя мы обычно вводим большую марлевую салфетку, которая впитывает остатки жидкого содержимого и облегчает последующее выделение воспалительной опухоли из окружающих тканей.

После выделения воспалительной опухоли из сращений ее тщательно осматривают и решают, что подлежит удалению. Затем осматривают придатки противоположной стороны и матку, чтобы окончательно решить вопрос о необходимости удаления или оставления матки, труб и особенно яичников. Одновременно решается вопрос о методе операции и о том, как предупредить возможные осложнения при измененных топографических соотношениях.

Удаление трубы (salpingoectomy) производится следующим образом. После выделения воспалительно измененной трубы из спаек накладывают сначала зажимы на ее брыжейку между концом трубы и яичником (рис. 223). Продвигаясь по направлению к углу матки, брыжейку постепенно рассекают между предварительно наложенными зажимами. В области угла матки клиновидно иссекают интерстициальную часть трубы и возникающее при этом кровотечение останавливают наложением двух кетгуттовых лигатур на угол матки. Зажимы заменяют лигатурами и производят перитонизацию с использованием круглой связки. Один из возможных вариантов такой операции изображен на рис. 224, 225.

Удаление трубы с яичником (salpingoophorectomy). Отсечение придатков производят после полного выделения их из спаек (рис. 226). Зажимы накладывают обычно сначала на подвешивающую связку яичника, а затем по направлению к углу матки захватывают верхний отдел широкой связки вместе с собственной связкой яичника. После этого клиновидно иссекают ножом интерстициальную часть трубы. Связки перерезают и лигируют кетгутом. На рану угла матки накладывают два кетгуттовых шва и производят перитонизацию с помощью круглой и широкой связок.

Гнойная опухоль придатков, особенно двусторонняя, иногда так крепко приращена к задней поверхности широкой связки и к задней поверхности матки, что отделение ее тупфером или рукой невозможно, а рассечь сращения под контролем зрения не удается.

В подобных случаях сначала иссекают клиновидно из угла матки интерстициальную часть трубы. Рану угла матки зашивают 2—3 кетгуттовыми швами. Маточный конец трубы захватывают зажимами и оттягивают вверх, видимую часть брыжейки трубы перерезают и лигируют. Затем рассекают передний листок широкой связки и, вводя через это отверстие 1—2 пальца в клетчатку широкой связки, стараются освободить придатки. Накладывают зажимы на собственную и подвешивающую связки яичника. Связки перерезают и лигируют. Таким путем постепенно подходят к основным сосудам, питающим придатки, и перевязывают их, помня о близости к ним мочеочника, который лежит забрюшинно в непосредственной близости к заднему листку широкой связки.

Мы в подобных случаях после наложения двух параллельных зажимов на трубу и собственную связку яичника отсекаем придатки у ребра матки и постепенно, под контролем зрения, отделяем их от широкой связки, ино-

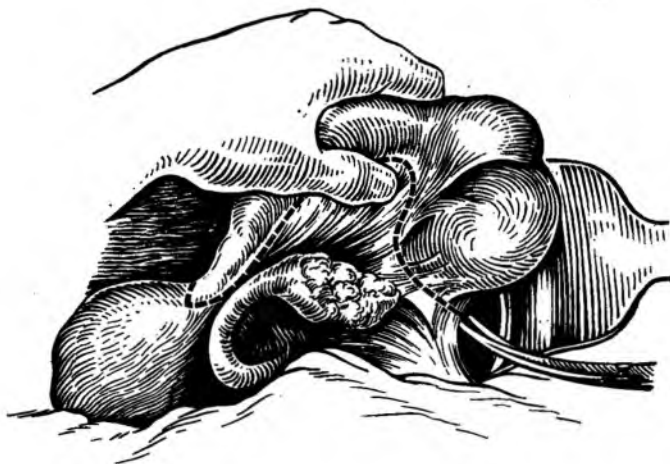


Рис. 224. Гнойная опухоль маточной трубы выделена из сращений. Во избежание разрыва опухоль при извлечении держат за брыжейку (пунктиром обозначена линия разреза при иссечении опухоли).

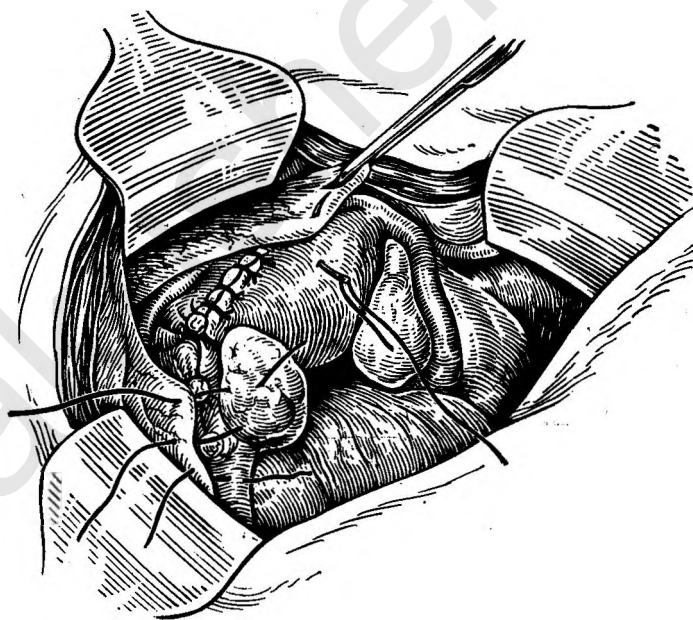


Рис. 225. Перитонизация с помощью брюшины пузырно-маточного пространства, круглой связки и яичника после удаления воспалительно измененной трубы.

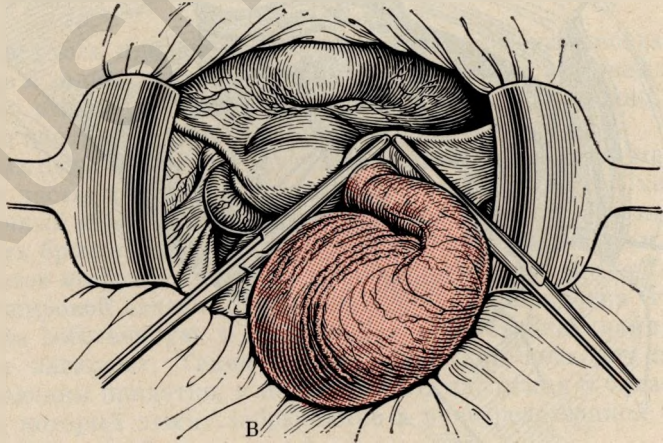
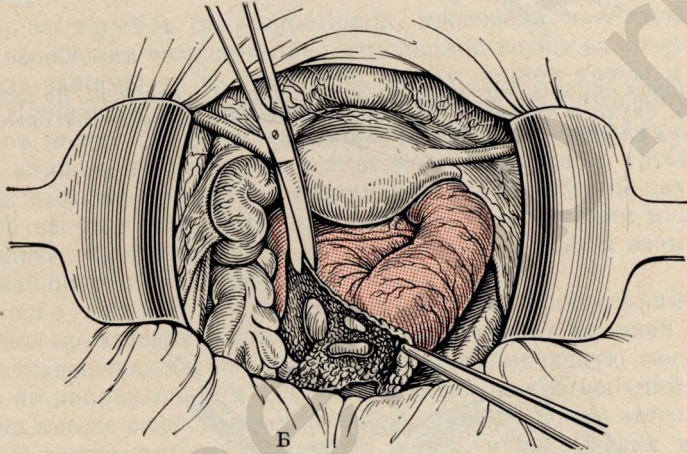
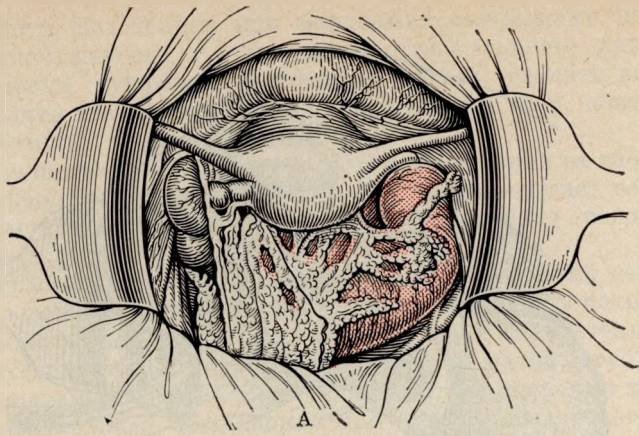
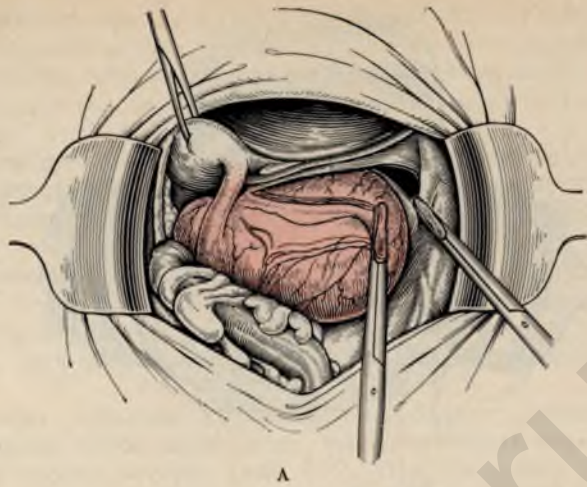


Рис. 226. Удаление трубно-яичниковой воспалительной опухоли.

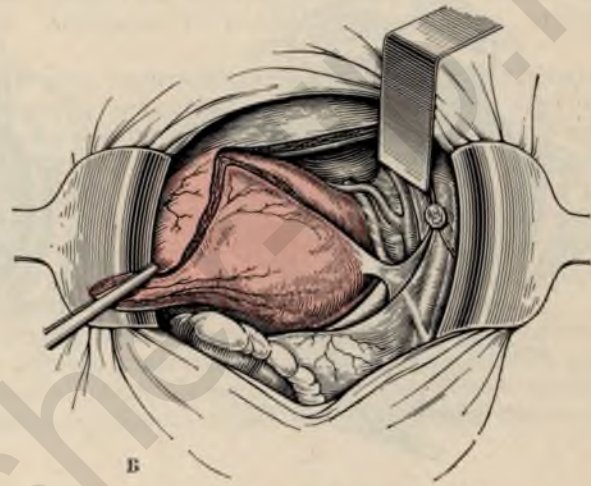
А, Б — разделение сращений с сальником и кишечником; В — наложены зажимы на подвешивающую яичник связку, маточную трубу и собственную связку яичника.

Удаление псевдоинтралигаментарной tuboовариальной воспалительной опухоли.

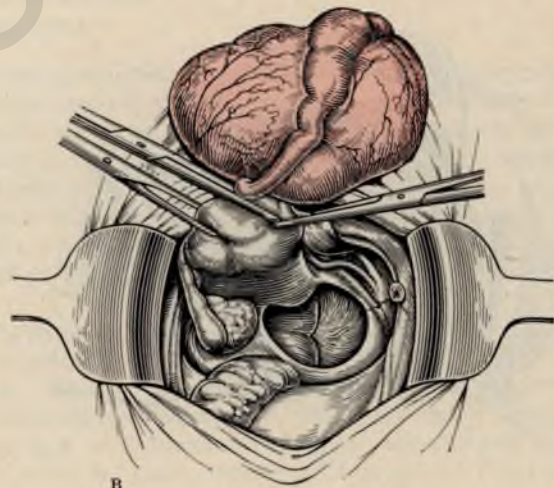
А — рассечена подвешивающая яичник связка; Б — при выделении опухоли вскрыто параметральное пространство, видны сосуды и мочеточник; В — наложены зажимы на трубу и собственную связку яичника.



А



Б



В

Рис. 228.

Перитонизация дефектов газовой брюшины наложением кишечного и отдельных швов после удаления матки с придатками.

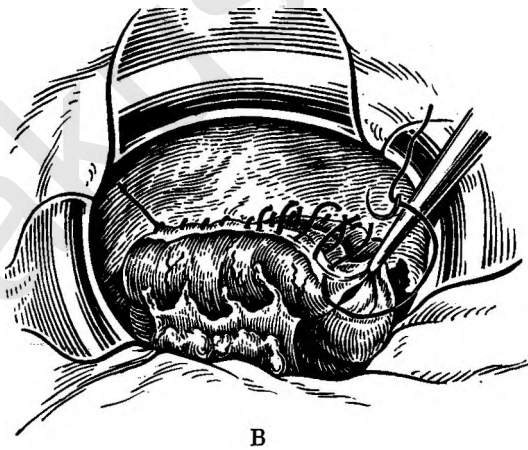
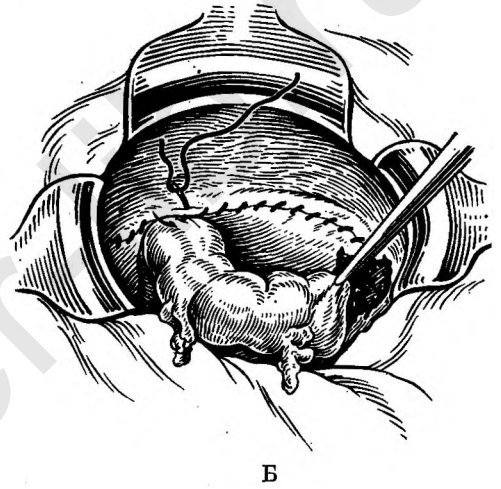
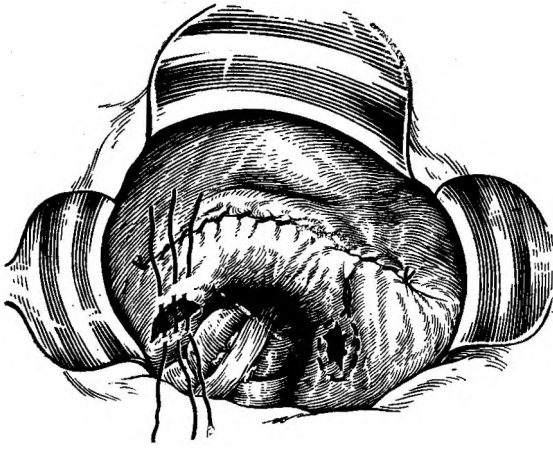


Рис. 229.

Закрытие обширных дефектов газовой брюшины с помощью сигмовидной кишки.

А — дефект брюшины (справа); Б — один конец сигмовидной кишки подводит пинцетом к дефекту, другой — пришивают к брюшине мочевого пузыря; В — непрерывным швом пришивают кишку к брюшине мочевого пузыря.

гда рассекая ее передний листок и ориентируясь в расположении маточных сосудов и мочеточника. Это важно потому, что при отделении воспалительной опухоли от заднего листка широкой связки он часто разрывается и при дальнейших манипуляциях вслепую можно легко повредить мочеточник или маточные сосуды.

Если при операции возникает необходимость в удалении матки, сначала выделывают из сращений придатки и матку, а затем удаляют весь препарат по типу обычной ампутации или экстирпации матки с одновременным удалением придатков.

Оперативное вмешательство при больших воспалительных опухолях придатков матки (рис. 227) часто сопровождается обширными повреждениями брюшины таза, и обычным методом перитонизации невозможно закрыть дефекты брюшины, возникшие при разделении многочисленных спаек.

Перитонизация небольших дефектов, оставшихся на задних листках широких связок, производится путем наложения дополнительных кيسетных или узловых швов из тонкого кетгута (рис. 228). При обширных дефектах брюшины на боковой стенке таза некоторые используют подвижную часть сигмовидной кишки, подшивая ее к брюшине мочевого пузыря (рис. 229).

Мы предпочитаем производить перитонизацию при обширных дефектах брюшинного покрова с помощью резецированного куска сальника, который подшивается отдельными кетгутowymi швами к брюшине в области, подлежащей перитонизации. Применяя подобную методику более 30 лет при гинекологических и хирургических операциях, мы неизменно получали хороший эффект. Следует учесть, что сальник не только хорошо перитонизирует, но и оказывает гемостатическое действие при паренхиматозных кровотечениях, с чем мы обычно имеем дело при воспалительных опухолях, разделяя обширные сращения и травмируя клетчатку малого таза.

Если при операции по поводу гнойной воспалительной опухоли придатков матки вытекал гной, а данные клиники и лабораторных анализов указывают на активный воспалительный процесс, может возникнуть необходимость дренирования брюшной полости через влагалище или брюшную рану.

Операция удаления придатков матки при поражении их туберкулезом

При решении вопроса о хирургическом лечении в случае туберкулезного поражения придатков матки следует учитывать, что основным видом лечения является специфическая терапия. Лишь при безуспешности консервативного лечения туберкулеза половых органов, у женщин, у которых процесс в первичном очаге затих или закончился, а воспалительные опухоли придатков матки вызывают сильные боли, высокую температуру, ухудшение общего состояния или частые рецидивы местного процесса, приводя к инвалидности, операция будет показана, несмотря на ее известный риск.

Противопоказанием к операции удаления придатков является слипчивая форма туберкулезного перитонита.

Техника операции. Производится брюшностеночное чревосечение и тщательный осмотр имеющихся изменений, особенно спаек с кишечником. У молодых женщин при отсутствии тяжелых поражений обоих яичников следует сохранить хотя бы часть яичника. В возрасте, близком к

климактерию, производят двустороннее удаление придатков, а при наличии туберкулезного эндометрита — удаление матки с придатками.

При наличии интимных спаек между опухолью придатков и кишечником необходимо избегать даже поверхностных повреждений кишки, что может привести к возникновению калового свища в послеоперационном периоде. Если же кишечная стенка вовлечена в туберкулезный процесс, при разделении интимных сращений легко можно перфорировать кишку, что нередко требует ее резекции в пределах здоровых тканей. Поэтому при интимных спайках с кишечником лучше ограничиться частичным удалением пораженных туберкулезом половых органов с последующим применением специфической терапии.

При чревосечении по поводу туберкулеза половых органов нужно воздерживаться от дренирования брюшной полости.

Примерное описание операции абдоминального удаления правых придатков матки и левой маточной трубы

Показания — наличие воспалительной опухоли правых придатков размером $15 \times 12 \times 10$ см у женщины 32 лет с частыми рецидивами при безуспешности консервативного систематического лечения.

Н а р к о з — эндотрахеальный эфирно-закисно-кислородный с применением релаксантов короткого действия.

О п е р а ц и я. После обычной подготовки к чревосечению брюшная полость вскрыта срединным продольным разрезом от лона и выше пупка на 2 см. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что сальник прикрывает все органы малого таза и припаян к матке и передней поверхности опухоли придатков справа. Нижний край сальника захвачен между зажимами и рассечен. Культы сальника лигированы кетгутом и сальник заправлен в верхний отдел брюшной полости. Последняя защищена большими марлевыми салфетками. Тело матки стало видно лишь в области дна и трубных углов, сзади к телу матки и широкой связке припаяна опухоль правых придатков и с ней спаяна петля подвздошной кишки. Сзади опухоль спаяна с прямой кишкой и левой маточной трубой, которая имеет ретортообразную форму, диаметр до 3 см, припаяна к матке и заднему листку левой широкой связки. Собственная связка яичника и маточная труба справа у ребра перерезаны между зажимами. Осторожно острым и тупым путем разделены сращения между кишкой и опухолью правых придатков; последняя отсепарована от задней поверхности матки, левой трубы, широкой связки и брюшины прямокишечно-маточного углубления. Затем с помощью гидравлической препаровки отделена от опухоли прямая кишка. Повреждений кишечника не выявлено. После выделения из спаек опухоль правых придатков оказалась толстостенным мешком, причем ткань яичника вывить не удалось. Наложены зажимы на связку, подвешивающую яичник, и верхний отдел широкой связки непосредственно у нижнего края опухоли. Связки рассечены и лигированы. Иссечена интерстициальная часть правой трубы. На рану матки наложены два шва из кетгута. Левые придатки легко выделены из спаек. При этом стал виден яичник, оказавшийся без видимых изменений. Левая труба после наложения зажимов удалена с клиновидным иссечением ее интерстициальной части. Культы лигированы, рана матки зашита двумя швами. Произведена перитонизация с помощью широких и круглых связок, подшитых к задней поверхности дна матки. Удалены марлевые салфетки. Произведен туалет брюшной полости и в правый параметрий через прокол переднего листка широкой связки введены антибиотики. Рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Наложены повязка и бандаж на живот.

О п и с а н и е у д а л е н н о г о п р е п а р а т а. Правосторонняя опухоль придатков матки представляет собой толстостенный мешок размером $15 \times 12 \times 10$ см, наполненный зеленым цветом гноем. Поверхность опухоли окутана спайками. Левая маточная труба извита, удлинена до 16 см, увеличена в диаметре до 3 см и наполнена прозрачной жидкостью.

XI

Оперативное лечение женского бесплодия

Обязательным условием хирургического лечения женского бесплодия является тщательное обследование женщины и исследование спермы ее мужа. Обычно, помимо клинического обследования женщины, операции должно предшествовать определение проходимости труб, включая и метод метросальпингографии.

Операцию с целью лечения бесплодия предпринимают только после безуспешной и длительной консервативной терапии с целью восстановления детородной функции при отсутствии нарушений менструального цикла, противопоказаний к вынашиванию беременности и при настойчивом желании женщины иметь ребенка. Бесплодие у женщин чаще всего является результатом перенесенного воспалительного процесса, поэтому необходимо добиваться, чтобы к моменту операции последствия воспаления были минимальными.

Наиболее целесообразно произвести оперативное вмешательство в середине менструального цикла.

Самыми распространенными являются операции на маточных трубах: сальпинголизис, сальпингостомия и резекция облитерированного участка труб с последующей пересадкой их в матку.

Сальпинголизис

Сальпинголизис (salpingolysis) представляет собой операцию, которая заключается в освобождении маточной трубы из спаек и чаще применяется как дополнительное вмешательство при ретрофлексии матки и др.

В последние годы сальпинголизис стали применять чаще, так как нередко бесплодие бывает связано лишь с наличием спаек, окутывающих проходимость маточную трубу, что подтверждается при биконтрастной пневмогонекографии.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают небольшим поперечным надлобковым разрезом. Край брюшной раны раздвигают самодержателями зеркалом и производят тщательный осмотр половых органов и окружающей их брюшины. Спайки осторожно и не спеша рассекают кончиками ножниц, используя гидравлическую препаровку. Грубые и поспешные манипуляции приводят к восстановлению спаечного процесса и повторной непроходимости труб. После освобождения маточной трубы из спаек тщательно осматривают отверстие в ампулярной ее части. Если имеется частичное слипание краев отверстия, их осторожно разводят ана-

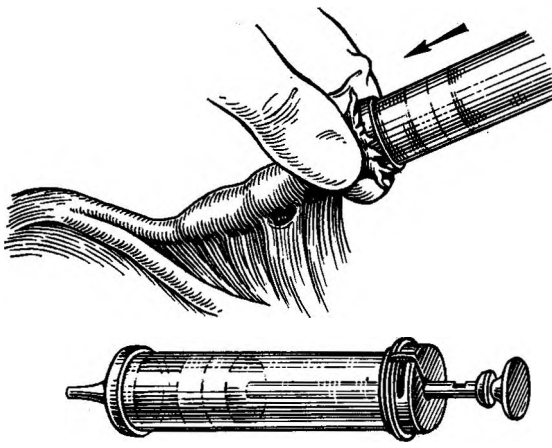


Рис. 230.

Проверка проходимости маточной трубы. Вдувание воздуха шприцем через брюшной конец маточной трубы.

томическими пинцетами или маленьким тупфером, смоченным вазелиновым маслом и взятым в зажим.

После освобождения придатков матки из спаек проверяют проходимость маточной трубы путем ее продувания. Некоторые хирурги производят пертубацию со стороны влагалища, вводя в шейку матки самодержасься наконечник (Н. Е. Сидоров и др.). И. Л. Брауде и мы обычно используем ретроградную пертубацию, вдувая воздух шприцем через брюшной конец маточной трубы (рис. 230). Мы нередко используем для этой цели шприц Брауна, тупой наконечник которого уменьшает опасность травмирования стенки трубы по сравнению с остроконечной иглой от обычного шприца. При ретроградной пертубации в трубу можно вводить тонкую полиэтиленовую трубку, подсоединяя ее к канюле шприца.

Вместо пертубации может быть использована и гидротурбация с введением подкрашенного раствора. Убедившись в проходимости труб, придатки орошают 3—4 мл стерильного вазелинового масла и брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

Сальпингостомия

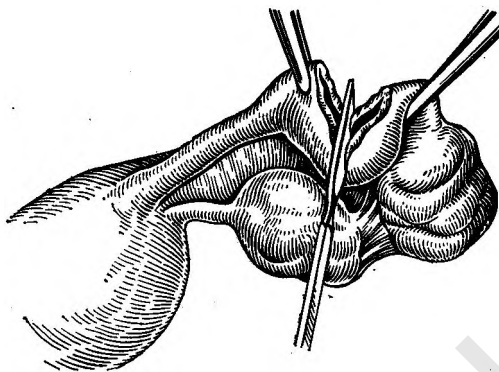
Показанием к сальпингостомии (salpingostomia) является заращение брюшного отверстия маточной трубы. Противопоказана эта операция при острых и подострых воспалительных процессах органов малого таза. И. Л. Брауде считает противопоказанием и выраженные гидросальпинксы ввиду грубых изменений тканей труб.

Сальпингостомия заключается в том, что вскрывают маточную трубу у заращенного брюшного конца. Слизистую оболочку трубы слегка выворачивают и тонкими кетгутowymi швами соединяют с брюшиной, покрывающей трубу. При значительных изменениях конца трубы его предварительно резецируют, производя так называемую трансверзальную сальпингостомию (рис. 231). С целью приближения новообразованного отверстия в трубе к яичнику предложен метод боковой сальпингостомии, при которой в расширенном отделе трубы ножницами делают небольшое овальное отверстие. Края слизистой оболочки трубы тонкими кетгутowymi швами соединяют с ее брюшинным покровом (рис. 232).

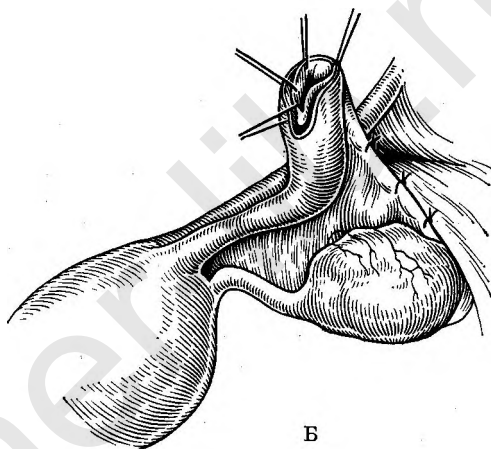
Рис. 231.

Трансверзальная сальпингостомия.

А — резекция заращенного брюшного конца трубы; Б — слизистая оболочка соединена с брюшинным покровом маточной трубы узловатыми швами.



А



Б

Техника операции. Брюшную полость вскрывают надлобковым разрезом. Производят осмотр матки и придатков. Затем осторожно выделяют придатки из спаек. После этого производят сальпингостомию на одной или обеих трубах по одному из описанных выше методов. С целью облегчить зачатие вновь образованное отверстие в маточной трубе фиксируют у яичника. Некоторые авторы даже рекомендуют вшивать весь яичник в это отверстие.

Путем пертубации или гидротубации убеждаются в проходимости труб. Производят туалет брюшной полости. Придатки и окружающие их ткани орошают из шприца стерильным вазелиновым маслом. Рану брюшной стенки зашивают послойно наглухо.

Производя сальпингостомию, необходимо стремиться к бескровному разделению спаек, осуществлять тщательный гемостаз, создавать достаточно большое отверстие и фиксировать вновь созданное отверстие в маточной трубе у яичника.

По данным литературы (Ш. Я. Микеладзе, М. Г. Сердюков и др.), после этих операций беременность наступает лишь в 10—20% случаев, что связано не только с заращением вновь создаваемого отверстия, но и со значительными анатомическими и функциональными изменениями в слизистой и мышечной оболочках труб, что нарушает ее моторику.

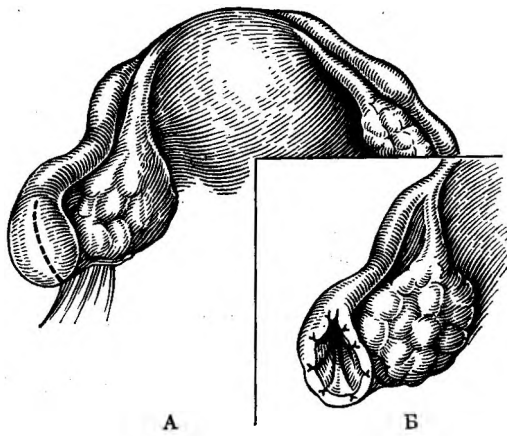


Рис. 232.

Латеральная сальпингостомия.

А — зарезанный брюшной конец левой маточной трубы (пунктиром намечена линия разреза); Б — вскрытый брюшной конец маточной трубы. Слизистая оболочка трубы соединена тонкими кетгутовыми швами с брюшинным покровом маточной трубы.

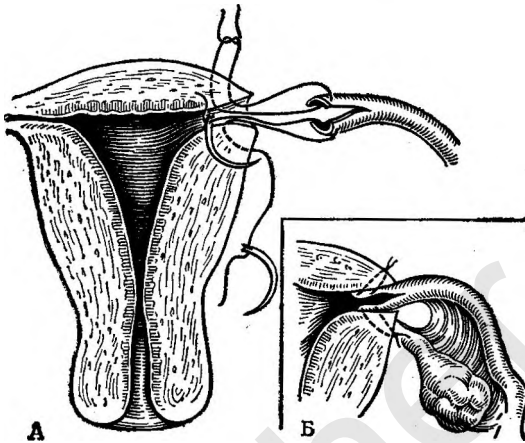


Рис. 233.

Имплантация в матку здоровой части маточной трубы.

А — интерстициальная часть трубы иссечена; подшивание трубы к матке; Б — оба конца лигатуры связаны; лоскуты маточной трубы прилегают к внутренней поверхности матки по обе стороны разреза маточной стенки.

Операция пересадки маточных труб в матку

Имплантация маточных труб в матку применяется в случае непроходимости в интерстициальной или истмической части. Существуют различные методики имплантации маточных труб после резекции их непроходимой части. Мы приводим описание наиболее распространенного метода имплантации труб.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают поперечным надлобковым разрезом. Придатки выделяют из спаек, если они имеются. В брюшной конец трубы вводят канюлю 10-граммового шприца (без иглы), наполненного физиологическим раствором, который вводят в трубу после прижатия пальцами брюшного конца трубы к канюле шприца (см. рис. 230). При введении раствора в маточную трубу ее проходима часть расширяется и граница между расширенной и нерасширенной частями трубы становится хорошо заметной. В этом месте трубу перерезают, брыжейку непроходимой части трубы берут на зажим, перерезают и лигируют. Непроходимую часть трубы иссекают и при этом в углу матки вырезают уз-

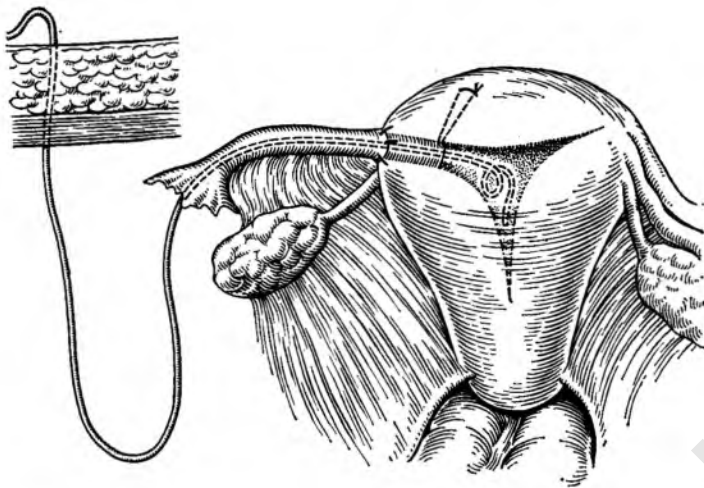


Рис. 234. Имплантация в матку труб с введением трубных катетеров. Катетер проведен по каналу трубы, конец его выведен через брюшную стенку.

ким скальпелем клиновидный кусочек ткани, доходящей до полости матки, с таким расчетом, чтобы через образовавшееся отверстие можно было провести проходимый отрезок трубы.

Кровотечение, возникающее при этой манипуляции из восходящей веточки маточной артерии, останавливают лигированием кровоточащего сосуда у угла матки.

С помощью пинцетов и ножниц, употребляемых для операций на глазу, маточный конец проходимой трубы разрезают на 1 см в длину на два лоскута: верхний и нижний (рис. 233,А). Каждый лоскут прошивают тонкой кетгутовой ниткой, оба конца которой вдеты в изогнутые иглы. Один конец этой лигатуры, прошитой через лоскут трубы, проводят изнутри наружу через стенку матки книзу от края сделанного отверстия, другой конец этой же лигатуры, снабженной второй иглой, проводят также через стенку матки изнутри наружу вблизи прокола первой иглы.

Точно так же проводят через стенку матки, только выше сделанного отверстия, концы лигатуры второго лоскута маточной трубы. Оба конца каждой лигатуры осторожно завязывают узлом на серозной поверхности матки, при этом лоскуты трубы втягиваются в ее полость (рис. 233,Б). Лоскуты трубы прилегают по обе стороны разреза маточной стенки к внутренней поверхности матки и в силу этого канал пересаживаемой трубы остается открытым.

Так же производится пересадка второй маточной трубы. Иногда приходится сочетать сальпингостомию с имплантацией трубы, что, несомненно, ухудшает прогноз.

О результатах имплантации труб судить довольно трудно, так как у авторов не имеется большого числа наблюдений. Приблизительно у 20% оперированных наступала беременность, причем это наблюдалось чаще в тех случаях, когда после операции не развивались выраженные воспалительные процессы.

С целью предупреждения вторичного заражения труб предложено вводить в пересаживаемую трубу тонкие трубки из аллопластических материа-

лов, концы которых выводят через брюшную стенку (рис. 234) или во влагалище и удаляют путем осторожного вытягивания через 4—6 нед. В первом варианте тонкий полиэтиленовый катетер вводят в полость матки, где его кончик сворачивается. Затем второй конец катетера проводят через подготовленный для имплантации отрезок трубы и выводят через ее абдоминальный конец. После этого производят имплантацию трубы в матку и свободный конец катетера выводят через брюшную стенку сбоку (при надлобковом поперечном разрезе в углу раны).

Пересадка яичника в матку

Показанием к такой операции является отсутствие труб, удаленных при предыдущих операциях по поводу внематочной беременности и др., или полная непригодность маточных труб для восстановления их проходимости.

Техника операции по Сердюкову. Брюшную полость вскрывают поперечным надлобковым разрезом. Матку и яичник выводят в брюшную рану

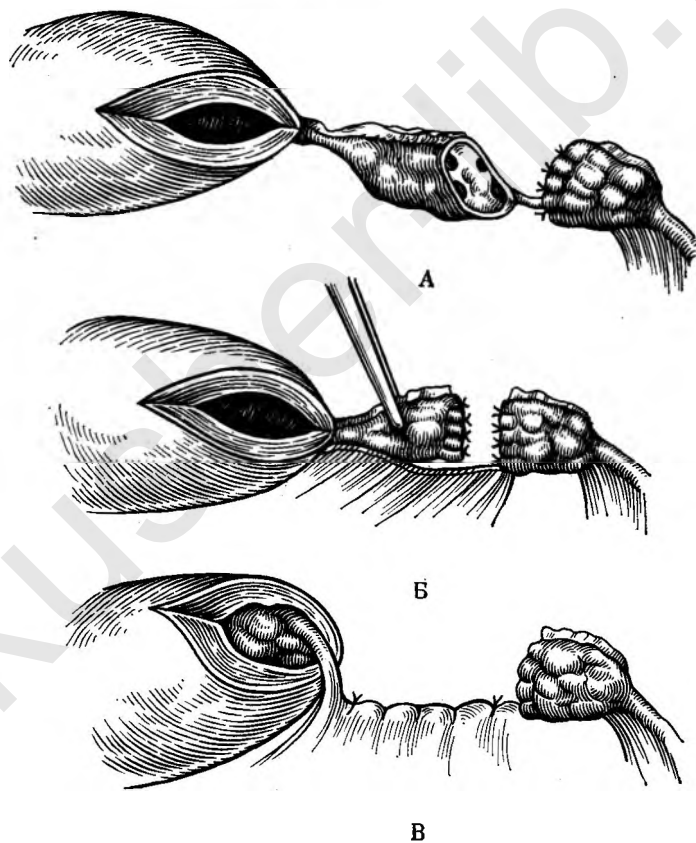


Рис. 235. Операция пересадки яичника в матку.

А — в углу матки сделано отверстие, яичник рассечен на две части в поперечном направлении; Б — разрезы на обеих половинах яичника зашиты; Б — половина яичника, расположенная ближе к матке, немного отделена от брыжейки и погружена в сделанное в матке отверстие.

и тщательно изолируют брюшную полость марлевыми салфетками или полотенцем. Явно неполноценную трубу удаляют с иссечением интерстициальной части и широко вскрывают полость матки в области ее угла. Производят тщательный гемостаз. После этого скальпелем рассекают яичник в поперечном направлении на две равные части: разрез проводят до его брыжейки, стремясь не повредить нервы и сосуды. Раневые поверхности яичника зашивают узловатыми кетгутowymi швами (рис. 235). Часть яичника, расположенную ближе к матке, немного отделяют от брыжейки, поворачивают к матке и вводят через ранее сделанное отверстие в ее полость с таким расчетом, чтобы корковый слой яичника был обращен в полость матки. После этого отверстие в матке зашивают узловатыми кетгутowymi швами, не захватывая в шов погруженную в полость матки часть яичника и особенно его питающую ножку.

Наиболее частым осложнением при пересадке яичника является его некроз. Чтобы предупредить его, необходимо принимать все меры во время операции к сохранению сосудисто-нервного пучка и избегать сдавливания питающей ножки трансплантата при наложении швов. Пересаженный таким образом яичник сохраняет свою функцию около года (Н. Е. Сидоров).

Наступление беременности после пересадки яичника в матку наблюдается, по данным литературы, приблизительно у 10% оперированных.

Метропластика

При аномалиях развития тела матки производят различные виды операций, целью которых является восстановление нормальной функции матки и, в частности, детородной функции женщины. Из этих операций практическое значение имеет метропластика по поводу перегородки в полости матки или при наличии двурогой матки, предложенная Strassmann в 1907 г.

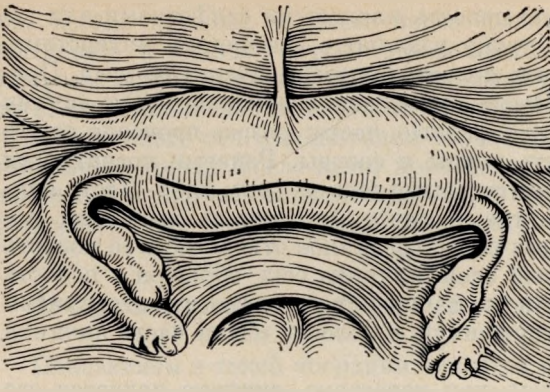
Техника операции. По вскрытии брюшной полости матку захватывают пулевыми щипцами и выводят в брюшную рану; поперечным разрезом по дну матки рассекают ее от одного угла до другого со вскрытием полости. Разрез не должен доходить до маточных труб (рис. 236, А). После разреза дна матки становится видна ее полость, разделенная перегородкой на две части. Перегородку рассекают ножницами, удаляя излишек ткани, выступающей в виде гребешка (рис. 236, Б). На обе раневые поверхности, возникающие при рассечении перегородки, отдельно накладывают узловатые кетгутowe швы в поперечном направлении по отношению к длине матки, стремясь соединить слизистую оболочку. Разрез в области дна матки зашивают в два яруса: накладывают мышечно-мышечные узловатые швы из кетгута и непрерывный кетгутowy серозно-мышечный шов (рис. 236, В).

При двурогой матке, как описывает Л. Л. Окинчик, операция производится несколько иначе. По вскрытии брюшной полости матку фиксируют двумя швами или пулевыми щипцами, наложенными у наружного края обоих рогов. Разрезом по длине матки от дна рога, несколько не доходящим до внутреннего зева, рассекают всю толщу матки с обеих сторон с иссечением клина вместе с перегородкой (рис. 237). Если перегородка идет к шейке, ее иссекают ножницами. Затем приступают, после гемостаза к наложению узловатых кетгутowych швов, захватывающих мышечный слой обоих рогов матки. Поверх этих швов накладывают серозно-мышеч-

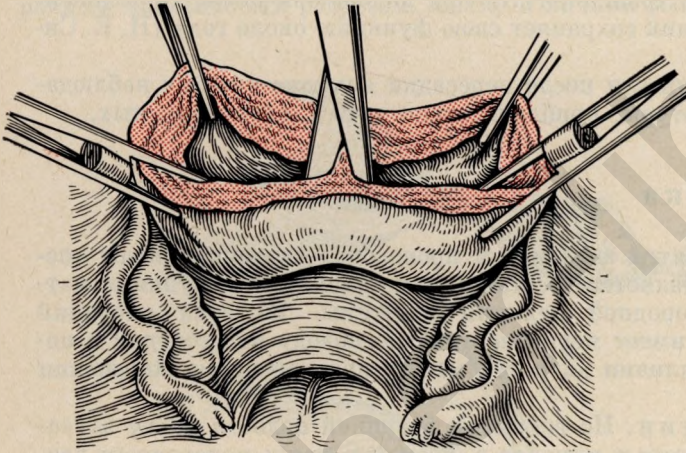
Рис. 236.

Метропластика по Штрассманну при наличии перегородки в матке.

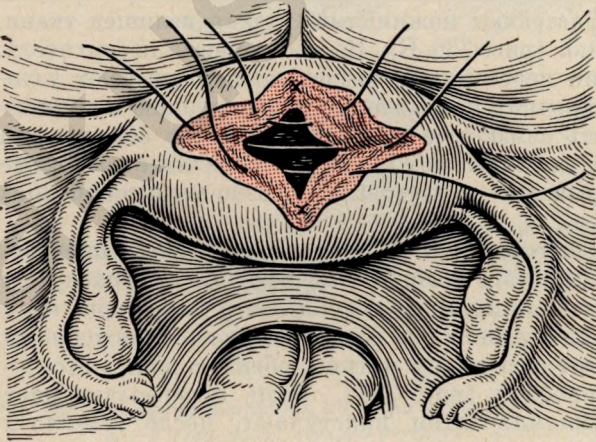
А — разрез по дну матки; Б — рана матки раскрыта, перегородка рассекается ножницами; В — зашивание раны в стенке матки.



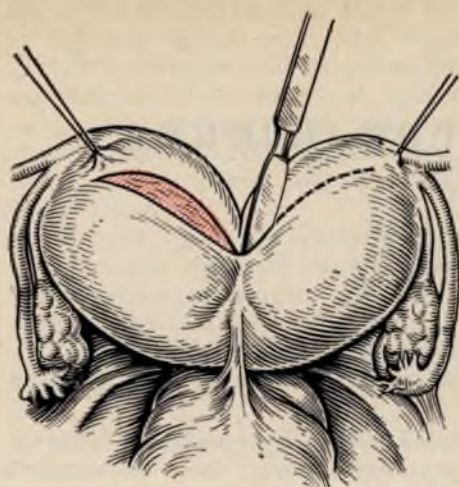
А



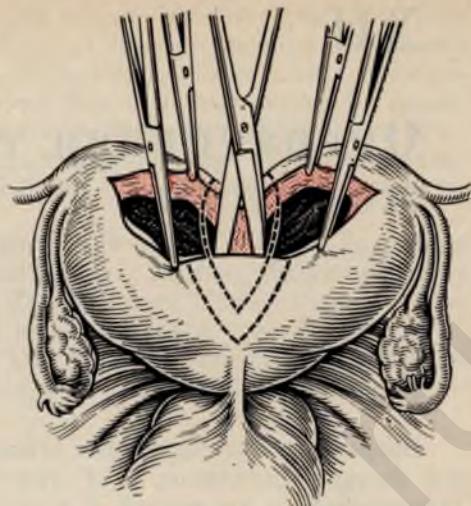
Б



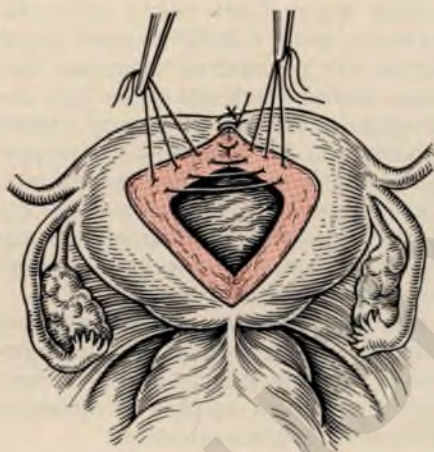
В



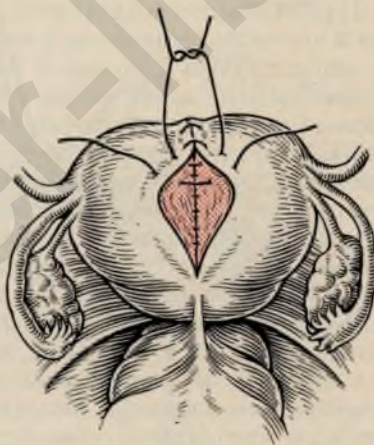
А



Б



В



Г

Рис. 237. Метропластика при двуроговой матке.

А — разрез матки; Б — иссечение перегородки; В — соединение обеих половин матки; Г — наложение серозно-мышечных швов на стенку матки.

ные узловатые швы. В результате этой операции получается матка с одной полостью.

Метропластика в ряде случаев приводит к наступлению беременности и вынашиванию ее до срока родов (Н. М. Какушкин, А. И. Любимова и др.).

ХII

Оперативная стерилизация женщины

Оперативная стерилизация ставит своей целью прекращение детородной функции женщины. При этом стерилизация может быть постоянной (абсолютной) и временной. В нашей стране стерилизация женщины применяется исключительно по медицинским показаниям и обычно как дополнительное оперативное вмешательство, производимое попутно с основным (кесарево сечение и др.).

Показаниями к оперативной стерилизации могут быть такие заболевания и состояния женщины, когда беременность, роды и послеродовой период опасны для ее здоровья и жизни. Обычно это различные тяжелые экстрагенитальные заболевания. Стерилизация может быть показана при повторных кесаревых сечениях или при кесаревом сечении по поводу узкого таза III степени, после зашивания мочеполовых и ректо-вагинальных свищей и т. п. Однако в подобных случаях при первом кесаревом сечении подходить к вопросу об оперативной стерилизации нужно осторожно, ибо последующая беременность также может быть закончена плановым кесаревым сечением. При повторных операциях кесарева сечения по поводу неполноценного рубца на матке стерилизация целесообразна.

Стерилизация может быть показана при операции по поводу полного выпадения матки у женщины, имеющей детей, особенно если она находится в возрасте, близком к климактерическому. К решению вопроса об оперативной стерилизации женщины следует подходить крайне осторожно; при этом необходимо соблюдать все положенные формальности.

Оперативная стерилизация может быть осуществлена путем операций на влагалище, матке, маточных трубах и яичниках. Подробное описание этих вмешательств и многочисленных их модификаций приведено у Л. Л. Окинчица в его «Оперативной гинекологии» (1938). В настоящем руководстве мы приводим описание методов, наиболее распространенных и дающих хорошие результаты.

Операции стерилизации на маточных трубах

Наиболее часто используется метод резекции маточных труб на протяжении с погружением их культей между листками мезосальпинкса по методу Кирхоф — Дюцман.

Техника операции с резекцией труб на протяжении. Матку выводят в брюшную рану и отводят в сторону. Брюшину маточной трубы захватыва-

ют двумя зажимами Пеана, при этом один из них располагается на 1—2 см от матки, а второй — на расстоянии 4 см от первого зажима. Брюшину слегка натягивают между зажимами и осторожно рассекают скальпелем непосредственно над маточной трубой, которую с помощью пинцета и скальпеля, чаще его рукоятки, выделяют на всем протяжении разреза брюшины (рис. 238). Под выделенную часть трубы подводят лигатуры из тонкого шелка, трубу перевязывают ближе к зажимам и резецируют (рис. 239, А).

Культи трубы погружаются между листками мезосальпинкса благодаря прошиванию концами лигатур противоположных листков и последующему завязыванию лигатуры (рис. 239, Б). Непрерывным швом из тонкого кетгута на круглой игле сшивают листки мезосальпинкса (рис. 239, В).

При погружении культей трубы и их перитонизации все манипуляции должны быть осторожными, чтобы не сделать отверстий в листках мезо-

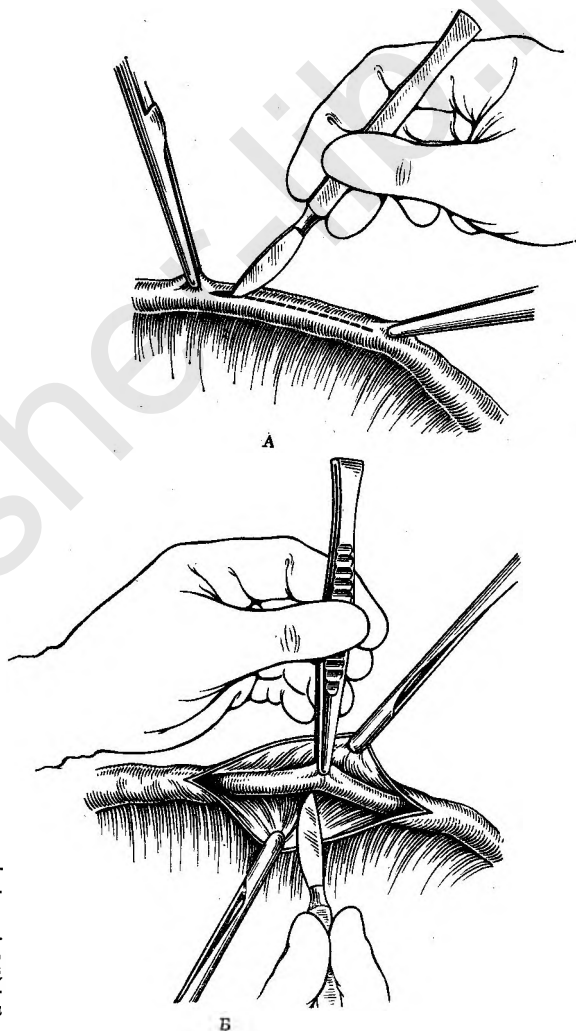


Рис. 238.

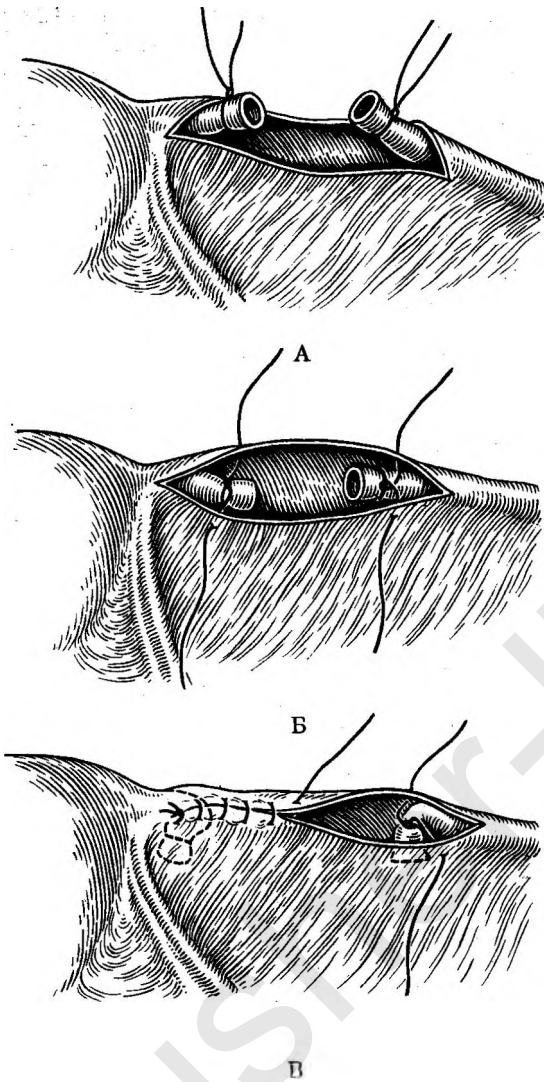
Операция стерилизации с резекцией маточных труб на протяжении.

А — брюшинный покров трубы захвачен двумя зажимами; начато рассечение брюшины над трубой по линии, намеченной пунктиром; **Б** — отсепаровка участка трубы из его ложа.

Рис. 239.

Операция стерилизации с резекцией маточных труб на протяжении.

А — выделенный участок трубы резецирован после перевязки двумя шелковыми лигатурами; Б — культы трубы погружены между листками мезосальпинкса и фиксированы с помощью лигатур, наложенных на культы; В — разрез брюшинного покрова зашивают непрерывным швом.



сальпинкса, через которые могут выступать в брюшную полость культы трубы; последнее может сделать бесполезной производимую операцию стерилизации. Кроме того, при перитонизации не следует допускать сближения концов трубы.

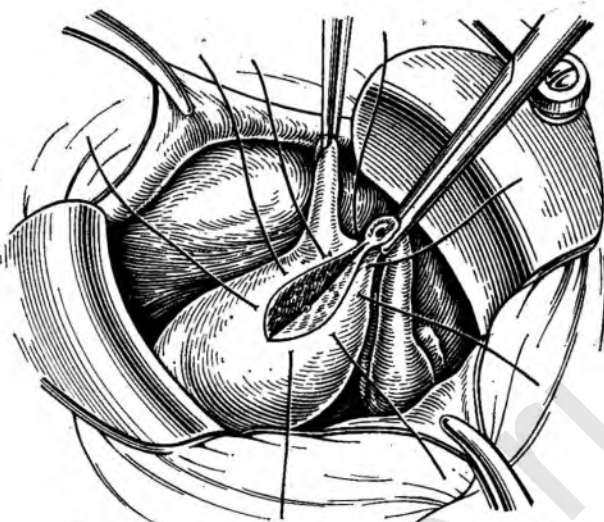
Клиновидная резекция углов матки с иссечением интерстициальной и истмической частей труб. Матку выводят в рану, удерживая ее рукой. Поддерживая пинцетом маточную трубу, проделывают другим пинцетом под истмической ее частью, на расстоянии 2 см от угла матки, отверстие в бессосудистой части брыжейки, проводят в это отверстие лигатуру и перевязывают трубу. Медиально от наложенной лигатуры перерезают трубу, захватив предварительно зажимом ее проксимальный конец (рис. 240, А).

Затем тупым и острым путем отделяют трубу от ее брыжейки по направлению к матке и клиновидно иссекают из ее угла интерстициальную часть

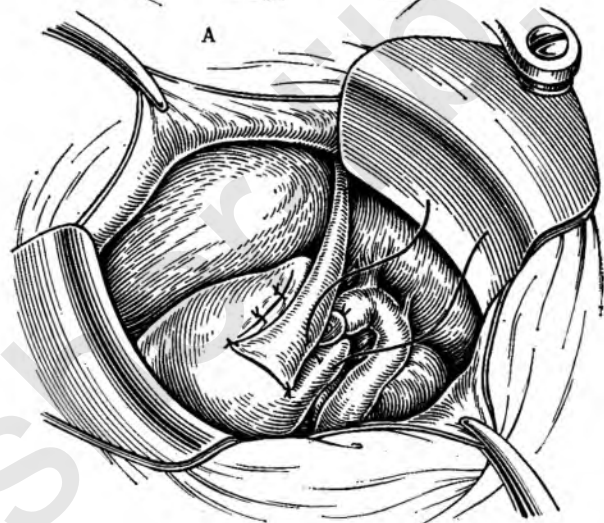
Рис. 240.

Стерилизация путем клиновидного иссечения интерстициальной части маточной трубы.

А—произведено иссечение интерстициальной части трубы, наложено три шва на рану угла матки и на культю трубы; Б — рана матки зашита и перитонизирована петлей круглой связки. Культя трубы перитонизируется с помощью круглой связки и листка мезосальпинкса.



А



Б

трубы с таким расчетом, чтобы не вскрывать полость матки. После резекции трубы отдельными кетгутowymi швами закрывают рану в области угла матки. Производят перитонизацию (рис. 240, Б). Можно культю трубы погрузить между листками мезосальпинкса. То же делают на противоположной стороне.

По И. Л. Брауде, культю трубы той же лигатурой, которой она была перевязана, погружают с помощью брыжейки, в ряде случаев и круглой связки, прошивая их по обе стороны маточной трубы. При завязывании лигатуры культя трубы погружается под складку брюшины и угла матки (рис. 241).

Можно произвести перитонизацию и несколько иначе: после наложения швов на рану в области угла матки круглую маточную связку в виде петли накладывают на область швов и отдельными швами прикрепляют к матке,

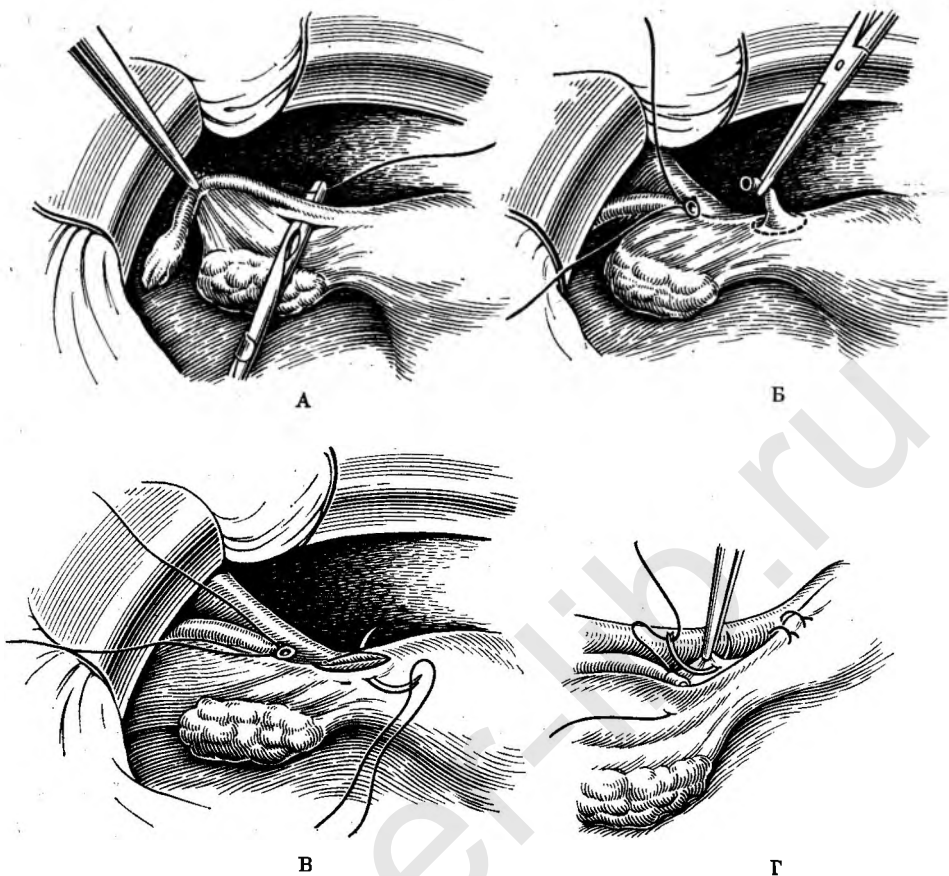


Рис. 241. Стерилизация путем иссечения истмической части маточной трубы по Бруде.

А — через отверстие в брюшной стенке проводят лигатуру; Б — участок трубы резецирован, латеральный конец ее перевязан лигатурой; медиальный конец трубы отсепан и иссекается по линии, обозначенной пунктиром; В — рана в углу матки зашита; Г — культя трубы погружена под брюшину мезосальпинкса.

а затем 1—2 швами перитонизируют культю трубы, погружая ее в складку брюшины между круглой связкой и задней поверхностью матки или как указано на рис. 242.

В. С. Груздев предложил свою модификацию стерилизации, которая производится чаще при одновременном малом кесаревом сечении. При этом в области дна матки проводят поперечный разрез от одной трубы к другой, причем концы разреза раздваиваются и при этом иссекаются клиновидно маточные углы вместе с проходящими здесь отрезками маточных труб. После перевязки труб в истмической части резецированные отрезки удаляют. Разрез матки зашивают узловатыми швами из кетгута. Культю труб погружают отдельными швами между листками брюшины и непрерывным кетгutowым швом производят перитонизацию (рис. 243).

Операция Мадленера. Применяется с целью стерилизации женщины, если необходимо быстро и бескровно, учитывая состояние больной, произвести это вмешательство. Пинцетом захватывают середину трубы и оття-

Рис. 242.

Перитонизация культи трубы с помощью круглой связки, маточной трубы и мезосальпинкса.

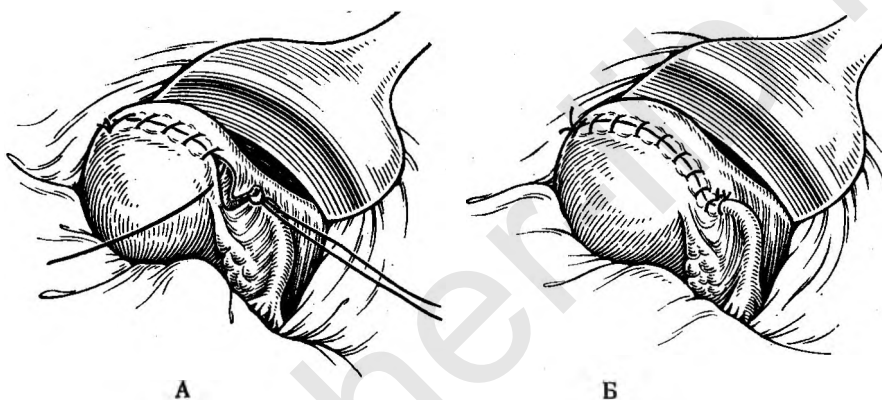
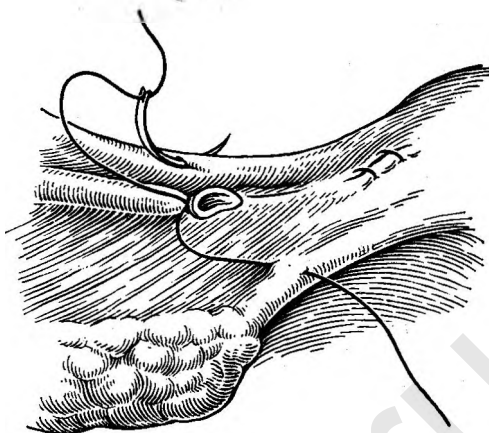


Рис. 243. Стерилизация по Груздеву.

А — перитонизация культи трубы; Б — перитонизация закончена.

гибают ее кверху до образования колена. Отступя 1,5—2 см от верхушки колена, трубу раздавливают мощной клеммой (рис. 244) и перевязывают шелковой лигатурой. То же проделывают и на другой трубе. Этот способ менее надежный, чем описанные, но в экстренных случаях, когда дорога каждая минута, а стерилизация показана, он может быть использован.

Оперативные методы временной стерилизации женщины

Такие методы могут быть показаны при заболеваниях женщины, которые являются временным противопоказанием к беременности и родам. В нашей стране методы временной стерилизации не применяются, их заменяют назначением противозачаточных средств. Существуют многочисленные модификации операции с целью временной стерилизации женщины.

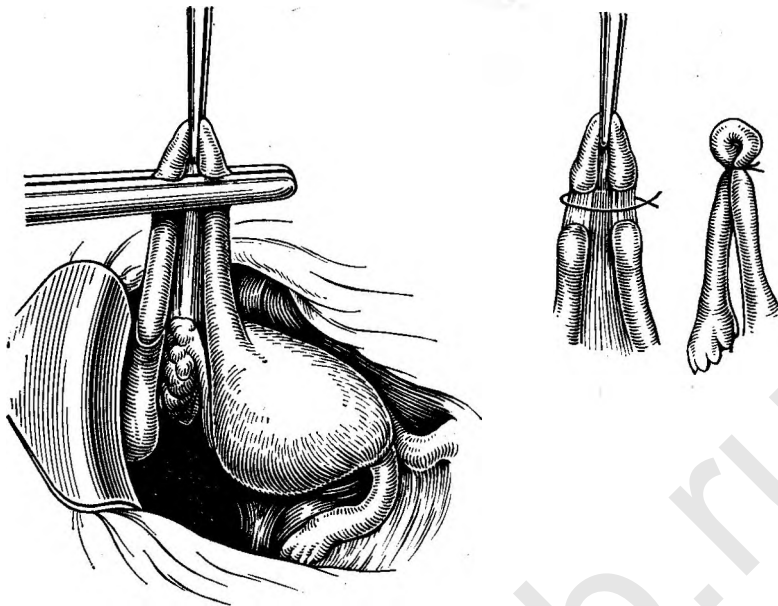


Рис. 244. Стерилизация по Мадленеру. Петлю маточной трубы раздавливают крепким зажимом и перевязывают в области раздавленного участка шелком.

Операция Штеккеля. В области пахового канала несколько ниже и параллельно пупартовой связке производят разрез длиной 6—8 см соответственно его наружному отверстию. После вскрытия брюшины абдоминальный конец трубы выводят в этот разрез и посредством непрерывного шва трубу обшивают брюшиной, а затем зашивают разрез апоневроза и кожи. То же делают с другой стороны.

Операция Тюренна. Абдоминальный конец трубы без отделения его от брыжейки погружают между листками широкой связки через созданное отверстие на передней ее пластинке. После погружения абдоминального конца трубы в это отверстие ее фиксируют двумя швами и разрез в брюшине зашивают кетгутom. То же повторяют на другой стороне, погружая указанный отрезок трубы между листками широкой связки.

Чаще используется метод ван ден Вельда. После вскрытия брюшной полости матку оттягивают кверху и в сторону. Осторожно перерезают трубно-яичниковую связку (рис. 245, А), что обеспечивает яичнику необходимую подвижность. Если возникает кровотечение, его останавливают наложением швов. Круглую связку вместе с трубой приподнимают кверху и по заднему листку широкой связки непосредственно под яичником и параллельно ему производят разрез, несколько больший, чем длина яичника (рис. 245, Б). Этот разрез следует делать осторожно, чтобы не повредить сосудов, а если ранение все же произошло, необходим тщательный гемостаз.

В сделанное отверстие проталкивают яичник и разрез заднего листка широкой связки зашивают (рис. 245, В). Затем над яичником в горизонтальном направлении разрезают брюшину широкой связки и в это отверстие

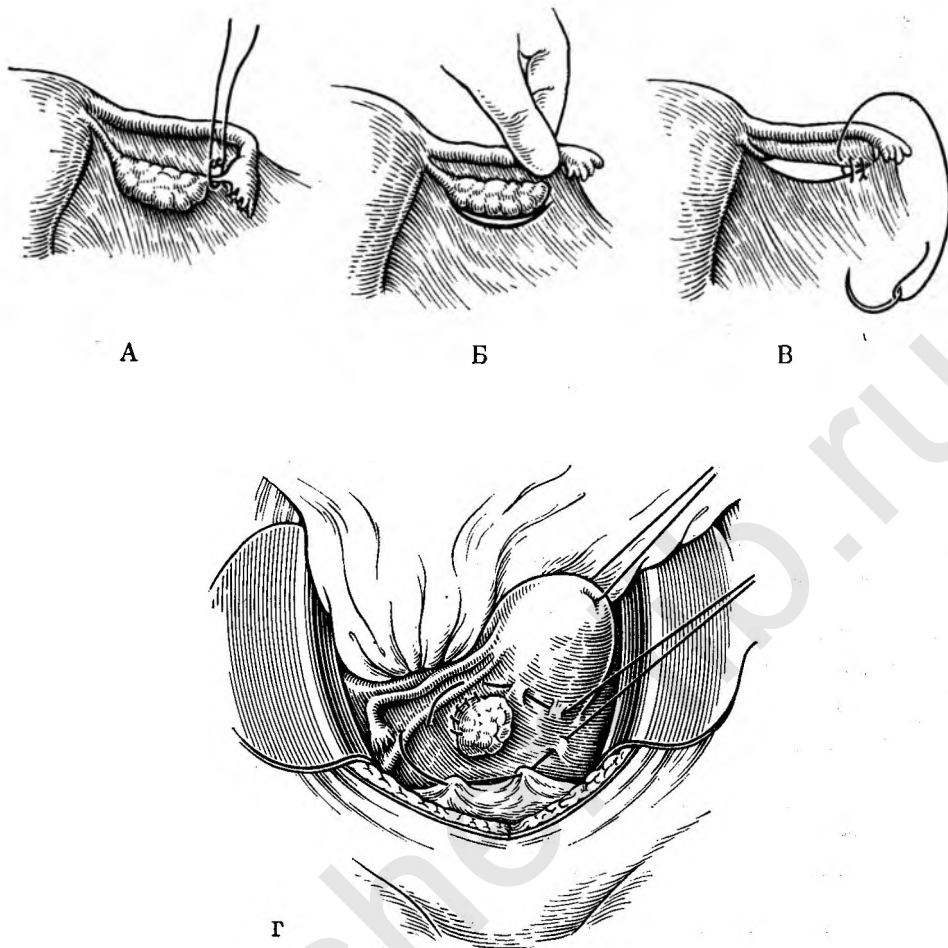


Рис. 245. Временная стерилизация по van den Welde.

А — лигирование перед рассечением трубно-яичниковой связки; Б — разрез заднего листка широкой связки непосредственно под яичником; В — яичник вталкивают в этот разрез и последний зашивают; Г — наложением кисетного шва яичник погружают в карман, выстланный со всех сторон брюшиной.

выводят яичник. Наложением кисетного шва, захватывающего круглую маточную связку и передний листок широкой связки или брюшину пузырно-маточного углубления, яичник погружают в карман, выстланный со всех сторон брюшиной (рис. 245, Г). То же делают с другой стороны.

Погружение яичника в клетчатку между листками широкой связки приводит к резким изменениям его коркового слоя и паренхимы. Поэтому все модификации операции обеспечивают образование карманов для временного расположения яичников, покрытых брюшиной.

После того как состояние здоровья и прочие условия позволят женщине иметь ребенка, производится по ее желанию повторное чревосечение с освобождением абдоминальных концов труб или яичников.

Ошибки и опасности при операциях на придатках матки

1. Кровотечение при соскальзывании лигатур с культей связок яичника и трубы. Соскальзывание лигатуры с той или иной связки возникает тем чаще, чем больше захвачено в нее тканей. Поэтому прежде всего нужно избежать захватывать в зажим много тканей, накладывая соответствующее число зажимов на ножку опухоли яичника или трубы. При удалении одной трубы на ее брыжейку необходимо накладывать не один зажим, а несколько, последовательно отсекая ее от трубы, так как тонкая брыжейка, взятая в зажим на большом протяжении, при наложении лигатуры прорезывается или частично выскальзывает. В результате этого наблюдается кровотечение во время операции, а у обескровленных больных — в послеоперационном периоде, после восстановления нормального уровня артериального давления.

Особенно легко соскальзывают лигатуры с культей собственной связки яичника и связки, подвешивающей яичник. Во избежание соскальзывания лигатуры с культей связок целесообразно наложение обкалывающей лигатуры с двойным обхватыванием культы. Производится это следующим образом: иглу с кетгутовой нитью проводят через ткани параллельно зажиму и ниже его; при этом иглу следует проводить у краев захваченного участка (рис. 246, 247), минуя видимые кровеносные сосуды. После этого, как указано на рис. 246, А слева, делают простую петлю, крепко ее затягивают и концы лигатуры обводят вокруг зажима и культы, завязывая лигатуру на противоположной стороне (рис. 246, Б). Во время завязывания лигатуры ассистент медленно и осторожно раскрывает зажим, так как при быстром снятии его часть культы может выскользнуть из лигатуры.

Мы обычно сразу же после завязывания срезаем концы лигатур с культей собственной связки яичника и связки, подвешивающей яичник, чтобы в процессе операции не натягивать их и не способствовать соскальзыванию лигатур. К соскальзыванию лигатур с указанных связок могут привести различные манипуляции, связанные с необходимостью разведения брюшинных листков и отведения органов малого таза с помощью зеркал и зажимов, что вызывает натяжение тканей и в области перевязанных культей. Поэтому перед перитонизацией культей необходимо их осмотреть и удостовериться в надежности наложенных лигатур или наложить новые при их соскальзывании.

Если при обкалывании культы, особенно подвешивающей яичник связки, игла проколола сосуд, то вместе с острием иглы появляется струйка крови или под брюшиной начинает возникать гематома. В подобных случаях необходимо быстрее перевязать культью, что обычно останавливает кровотечение. Если же гематома продолжает расти, то культью связки перевязывают снова несколько выше гематомы, а затем отрезают излишек тканей культы.

2. Повреждение (перерезка) или перевязка мочеточника. Между мочеточником и придатками существует близкое соседство. Ампулярный конец трубы часто располагается непосредственно над мочеточником, отделяясь от него лишь складкой брюшины — *plica ureterica*. При низком же расположении придатки матки лежат ниже мочеточника. Следует учесть, что положение придатков матки может измениться и при спаечных процессах. Поэтому прежде чем накладывать зажим на подвешивающую связку яичника, необходимо сориентироваться в анатомо-топографических соотношениях, разделить спайки, а затем, приподняв брюшную конечную часть трубы кверху

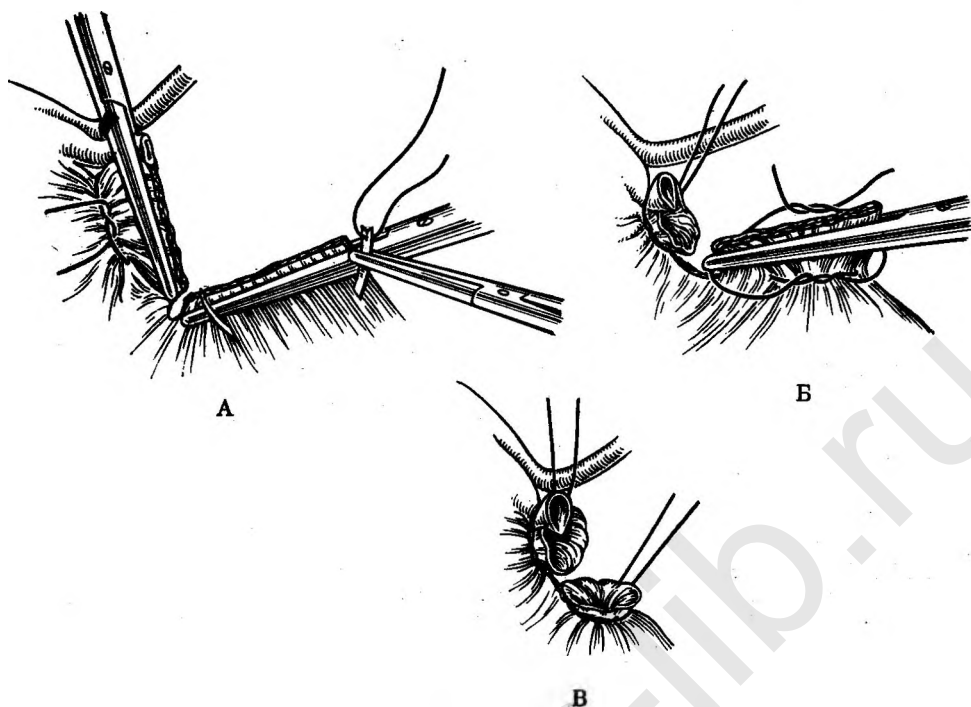


Рис. 246. Трубы и яичник удалены.

А — справа — первый момент, слева — второй; накладывание сквозной лигатуры;
 Б — справа — третий момент, слева — последний момент наложения лигатуры;
 В — обе культы перевязаны.

и слегка натянув при этом подвешивающую яичник связку, под контролем зрения наложить на нее зажим, не продвигая концы его далеко в глубину таза и не захватывая широко ткани, а лишь часть связки с проходящими в ней кровеносными сосудами. Рассекать связку следует только в пределах наложенного на нее зажима.

Мочеточник может быть перерезан или перевязан при выделении межсвязочных опухолей, если не учитывать, что он может быть смещен опухолью в сторону стенки таза или к матке и тесно прилегать к капсуле опухоли.

Необходимо соблюдать все меры предосторожности, указанные при описании техники операции по поводу межсвязочных опухолей, исходящих из матки и придатков.

При воспалительных мешотчатых опухолях (псевдоинтралигаментарных), расположенных по задней поверхности широкой связки и интимно спаянных с задним ее листком, должны соблюдаться неменьшие предосторожности в отношении предупреждения травмы мочеточника, чем при межсвязочных опухолях. Обычно при выделении воспалительного образования повреждается задний листок широкой связки, а обрывки спаек и разорванного листка широкой связки еще больше нарушают топографические соотношения. Возникшие же при отсепаровке тяжи тканей вводят в заблуждение. В неясных случаях иногда приходится проследить ход мочеточника, частично выделив его из клетчатки и обрывков тканей. При смещении мочеточника в медиальном направлении он может оказаться у ребер матки

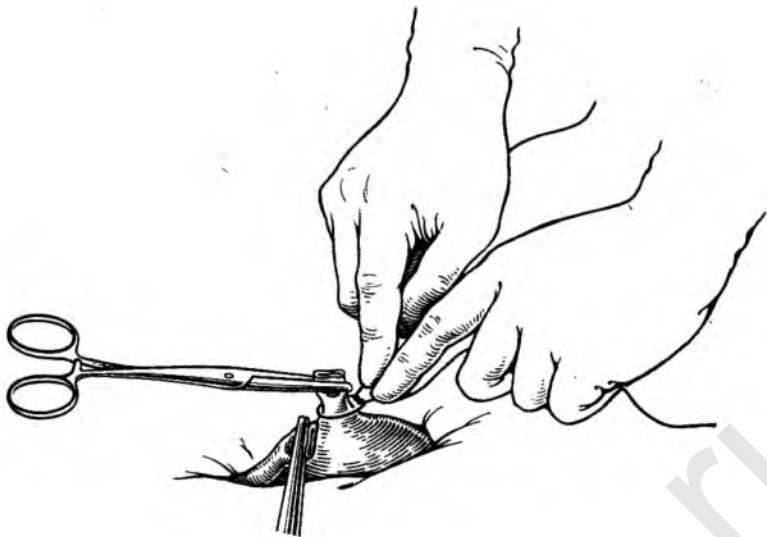


Рис. 247. Ассистент поднимает зажим кверху, слегка выдвигая его кончик вперед. Оператор накладывает лигатуру; концы захватывают коротко, чтобы избежать соскальзывания лигатуры.

или вблизи крестцово-маточной связки. Если этого не учитывать, мочеточник может быть захвачен в зажим и перерезан. При выявлении перерезки мочеточника необходимо добавочное оперативное вмешательство, описанное в главе XVI.

3. Повреждение мочевого пузыря. Оно возможно при выделении межсвязочных опухолей, отсепаровке мочевого пузыря от опухоли или наложении зажима на широкую связку у ребра матки, если кончик зажима будет наложен ниже уровня внутреннего зева, а брюшина пузырно-маточного пространства не рассечена и мочевой пузырь не отсепарован от шейки матки. Следует учитывать, что при опухолях или спайках в области пузырно-маточного пространства мочевой пузырь может располагаться выше обычного уровня. Если не учесть изменившихся топографических соотношений, то при наложении зажимов у ребра матки на широкие связки или при рассечении брюшины пузырно-маточного углубления можно повредить мочевой пузырь. Если подобная травма произошла, рана мочевого пузыря должна быть ушита. Мочевой пузырь можно прошить при перитонизации культи шейки матки или культи влагалища, что в дальнейшем приводит к образованию пузырно-шеечного или пузырно-влагалищного свища. Это осложнение наблюдается при недостаточной отсепаровке мочевого пузыря от шейки матки или влагалища, а также при неосторожном прокалывании края разреза брюшины пузырно-маточного углубления с подхватыванием в лигатуру стенки мочевого пузыря.

Мочевой пузырь может быть поврежден при отсечении тела матки от шейки или последней от влагалища, если при удалении опухолей придатков производит ампутацию или экстирпацию матки, а мочевой пузырь недостаточно отсепарован от матки или влагалища. В результате подобной травмы могут возникать проникающие или непроникающие ранения мочевого пузыря, которые необходимо зашить узловатыми кетгутowymi швами в два этажа и перитонизировать брюшиной пузырно-маточного кармана.

Незамеченные или плохо зашитые травмы мочевого пузыря сопровождаются образованием пузырно-влагалищных свищей.

4. Повреждение кишечника. Иногда оно наблюдается при разделении спаек между кишкой и опухолью или если она прорастает стенку кишки. Особенно большую осторожность следует соблюдать при туберкулезном поражении придатков матки, отделяя их от припаявшихся отрезков кишечника. Целесообразнее оставить часть капсулы мешотчатой опухоли на кишке, чем ее травмировать. Даже поверхностные повреждения стенки кишки чреваты возникновением кишечных свищей. Прямая кишка может быть захвачена кончиками зажима, накладываемого на широкую связку у ребра матки, если продвигать далеко концы зажима или если кишка припаяна к задней поверхности матки. При повреждении стенки кишки раневое отверстие должно быть зашито (см. раздел XVII).

5. Разрыв опухоли. Обычно он наблюдается при грубых манипуляциях, связанных с попытками вывести большую опухоль яичника через малый разрез брюшной стенки. Выделение, даже самое осторожное, из спаек мешотчатого образования придатков матки часто сопровождается разрывом капсулы и истечением гнойного содержимого в брюшную полость. Поэтому необходимо тщательно защищать верхний отдел брюшной полости с помощью марлевых салфеток и осторожно разделять спайки. При разрыве капсулы опухоли нужно быстро удалить попавшее в брюшную полость содержимое опухоли с помощью отсоса или больших марлевых салфеток.

6. Отсечение круглой маточной связки от угла матки. Это может произойти при наложении зажима на трубу и собственную связку яичника и пересечении их, если в зажим была захвачена круглая маточная связка. Избежать подобного осложнения легко при осторожном манипулировании. Если круглая маточная связка окажется отсеченной от матки, приходится имплантировать ее в угол матки с помощью матрацного шва, перевязав предварительно перерезанный конец связки. После этого брюшину широкой связки соединяют с маткой двумя кетгутowymi швами спереди и сзади круглой связки.

ХIII

Операции при эндометриозе половых органов

Лечение женщин, страдающих эндометриозом половых органов, является трудной задачей. Помимо оперативного вмешательства, используются лучевая терапия и лечение гормонами. В последние годы гормональная терапия, особенно при использовании синтетических прогестагенов (инфекундина, эновида и др.), позволяет своевременно корректировать нарушенные гормональные взаимоотношения при таких патологических состояниях женского организма, как эндометриоз, способствуя ограничению показаний к серьезным оперативным вмешательствам, сопровождающимся нередко удалением матки и яичников. Поэтому, прежде чем решиться на подобное оперативное вмешательство у молодой женщины, следует использовать гормональную терапию, сочетая ее с электрофорезом с йодистым калием. Мы неоднократно получали благоприятный эффект, применяя консервативный метод лечения с последующим наступлением беременности у женщин, страдающих распространенным эндометриозом и бесплодием.

У ряда больных консервативная терапия уменьшает проявления эндометриоза и сопутствующие изменения воспалительного характера, что облегчает последующую операцию и позволяет ограничиться менее радикальным вмешательством.

Показаниями к оперативному лечению при эндометриозе гениталий являются распространенные локализации эндометриозидных гетеротопий, которые причиняют страдания женщине и не поддаются консервативной терапии. Ограниченные поражения эндометриозом клетчатки или органов малого таза служат показанием к операции, если консервативная терапия не дает эффекта и наблюдаются сильные боли, иногда с явлениями перитонизма, или нарушаются функции мочевыводящей системы.

У одной больной при наличии ограниченного эндометриоза в клетчатке переднего свода влагалища с проникновением в стенку мочевого пузыря мы наблюдали систематическую анурию в период менструаций. У другой женщины эндометриоз шейки и истмуса матки сопровождался сильнейшими приступами болей с перитонеальными явлениями, которые продолжались 2—3 дня и повторялись ежемесячно. Оперативное лечение с небольшой резекцией стенки мочевого пузыря у первой больной и простая экстирпация матки с оставлением здоровых яичников — у другой дали очень стойкий результат.

Решая вопрос о показаниях к операции при эндометриозе гениталий, необходимо серьезно учитывать целесообразность вмешательства, его объем, возраст женщины и опасность повреждения таких полых органов, как прямая и сигмовидная кишки, мочевой пузырь и мочеточник.

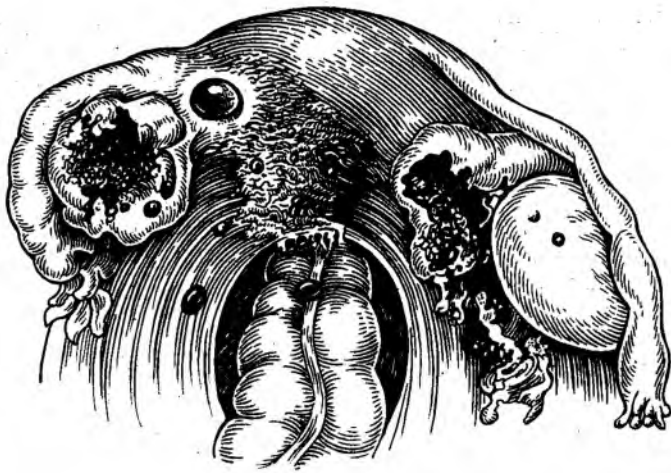


Рис. 248. Эндометриоз яичников, тазовой брюшины с образованием конгломератных опухолей и шоколадных кист.

И. Л. Брауде не считает целесообразным производить частичную резекцию мочевого пузыря или прямой кишки, если эндометриоз распространяется на их полость, так как в результате операции могут возникнуть мочевые или каловые свищи, а сама операция опасна для жизни больной. По-видимому, в подобных случаях необходимо вначале использовать консервативную терапию гормонами, а в возрасте, близком к климактерию, — лучевую терапию. Лишь при безуспешности подобного лечения и выраженной симптоматике заболевания с нарушением функции показана операция.

Операцию при эндометриозе целесообразно производить за 1—3 дня до менструации. При операциях по поводу ретроцервикального или яичникового эндометриоза целесообразно проверить проходимость мочеточников, а перед вмешательством ввести мочеточниковые катетеры, что позволяет хирургу спокойнее работать и избежать повреждения мочеточников при измененных анатомо-топографических соотношениях.

При распространенном эндометриозе, развившемся внутрибрюшинно с поражением яичников, тазовой брюшины, при образовании конгломератных опухолей и шоколадных кист (рис. 248) хороший результат дает радикальная операция с удалением матки и яичников. Консервативные операции с сохранением непораженного яичника или его части, к которым приходится прибегать у молодых женщин, дают хороший эффект лишь в случае полного удаления эндометриоидных образований при всех локализациях. Если при операции остались эндометриоидные гетеротопии, то при сохранении яичников или их частичной резекции оперативное вмешательство не дает хороших результатов или они бывают кратковременными.

При обширном распространении эндометриоза операция бывает сложной, особенно при поражении клетчатки в непосредственной близости к мочевому пузырю, прямой кишке или мочеточнику. В некоторых случаях из-за опасности повреждения мочевого пузыря и особенно прямой кишки можно ограничиться удалением не всех эндометриоидных гетеротопий, имеющих в брюшной полости, если удаляются яичники, так как произве-

денная кастрация останавливает дальнейшее развитие патологического процесса. Учитывая сказанное, при операции распространенного эндометриоза у женщин, возраст которых приближается к климактерическому, следует производить радикальное оперативное вмешательство с удалением матки и придатков.

Операция при эндометриозе яичников (шоколадных кистах). Производится брюшностеночное чревосечение, чаще продольным срединным разрезом брюшной стенки. После вскрытия брюшной полости брюшину подшивают шелковыми швами к коже и краю простыни, которой покрыта окружность операционного поля. Это мероприятие используется для защиты раневой поверхности и особенно жировой клетчатки от клеток эндометриоидного образования и инфекции.

После этого тщательно отгораживают брюшную полость от области малого таза, так как содержимое эндометриоидных образований, попадая в брюшную полость, может привести к рецидиву. Техника операции примерно такая же, как при удалении воспалительных опухолей придатков матки. Необходимо только учитывать, что при эндометриозе сращения часто бывают плотнее капсулы шоколадных кист. При разделении сращений это приводит к разрыву стенки кисты и излитию в брюшную полость ее содержимого. Это необходимо предвидеть и немедленно приступить к удалению излившегося содержимого кисты с помощью марлевых салфеток. Если женщина в преклимактерическом возрасте, то при обширном распространении эндометриоза производят удаление яичников, нередко с одновременной надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки. У молодых женщин оставляют не пораженный эндометриозом яичник или его часть и тщательно удаляют все эндометриоидные гетеротопии.

Операция при распространенном внутрибрюшинном эндометриозе, особенно в случае поражения клетчатки между влагалищем и прямой кишкой с вовлечением ее в процесс, является технически трудной. Далеко не всегда удается легко отделить кишку от влагалища. При интимном прилегании инфильтрата к кишке, если производится удаление придатков хотя бы с одной стороны, мы прибегаем к следующей методике: раздвинув листки широкой связки ближе к ребру матки, стремимся отделить передне-боковую поверхность прямой кишки от стенки влагалища и нижнезадней поверхности крестцово-маточной связки, чтобы подойти снизу к месту плотного прикрепления кишки к влагалищу. Иногда приходится частично пересекать крестцово-маточную связку. После этого становится хорошо видна граница между кишкой и стенкой влагалища, что позволяет с успехом иссечь инфильтрированную и пораженную эндометриозом клетчатку. Этот прием помогал избежать повреждения прямой кишки, позволяя более тщательно удалить очаги эндометриоза.

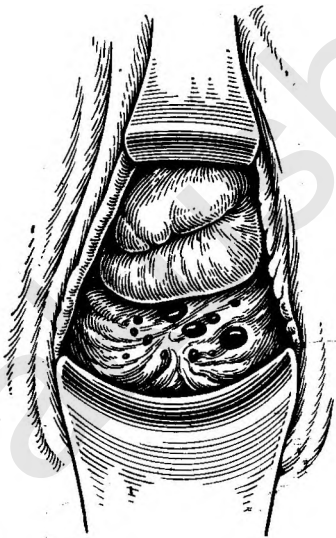
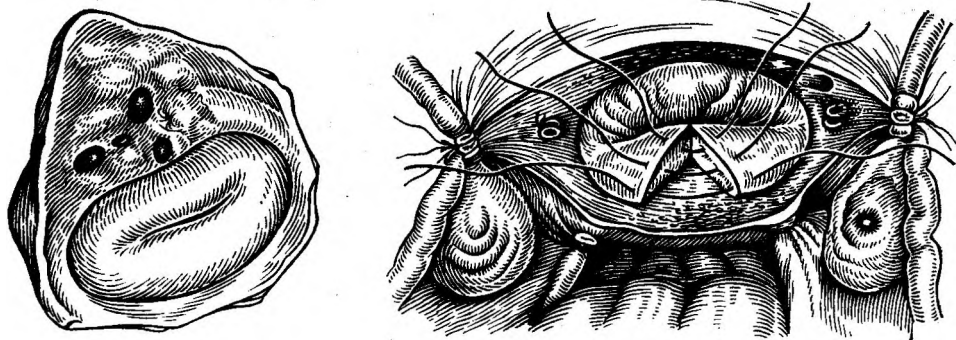


Рис. 249. Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки.

Заключив операцию, тщательно осушают полость малого таза, удаляют марлевые салфетки и послойно зашивают наглухо брюшную рану.



А

Б

Рис. 250. Эндометриоз прямокишечно-вагалищной перегородки.

А — вместе с маткой иссечен клин из задней вагалищной стенки и ретроцервикальной клетчатки, пораженной эндометриозом; Б — наложены швы на рану после иссечения клина из задней стенки вагалища.

При внутреннем эндометриозе, когда поражена только матка, производится типичная надвагалищная ампутация матки или экстирпация, как при фибромиоме. При удалении аденомиомы матки на разрезе видно отсутствие соединительнотканной капсулы вокруг миоматозной ткани и наличие железистых включений.

При наличии инфильтрата в прямокишечно-вагалищной перегородке (рис. 249), если яичники были оставлены в связи с молодым возрастом женщины, после удаления матки иссекают и инфильтрат. С этой целью после удаления матки, пораженной эндометриозом, из задней стенки вагалища иссекают клин, содержащий эндометриоидные гетеротопии, расположенные в области прямокишечно-вагалищной перегородки. Иссечение этого клина может быть произведено лишь после отделения прямой кишки от стенки вагалища ниже уровня отсечения. После этого края треугольного разреза задней стенки вагалища сшивают отдельными кетгутовыми швами (рис. 250), накладывая узловатые швы на культю вагалища и производят перитонизацию культей.

При локализации эндометриоза в области пупка или в послеоперационном рубце («менструирующий свищ») операция состоит в иссечении инфильтрата, состоящего из эндометриоидной гетеротопии, на всем его протяжении. Если иссечь эндометриоидные гетеротопии не полностью, то названные симптомы заболевания возобновляются.

Осложнения при операции по поводу эндометриоза гениталий могут быть связаны с распространением по брюшной полости содержимого из шоколадных кист или частиц эндометриоидных разрастаний. Профилактикой подобного осложнения является тщательное отграничение брюшной полости от области малого таза и немедленное удаление излившегося содержимого из разорвавшейся кисты.

Профилактика повреждений мочевого пузыря, прямой кишки и мочеточников такая же, как при операциях по поводу воспалительных опухолей придатков матки.

Оперативное лечение заболеваний параметрия и брюшины

Хотя в настоящее время воспаление околоматочной клетчатки встречается редко благодаря раннему применению антибиотиков и сульфаниламидов, все же приходится встречаться с гнойным параметритом, требующим оперативного лечения.

Чаще всего экссудат в параметрии бывает односторонним, широко начинаясь у боковой стенки маточной шейки или ребра матки (рис. 251). Инфильтрат, распространяясь над боковым сводом влагалища по направлению к стенке таза, сливается с ней на большом протяжении. При боковом параметрите может быть поражен только верхний или нижний отдел параметрия. При верхнем боковом параметрите воспалительный экссудат располагается в верхней части широкой связки, наклоняет матку в противоположную сторону и «одевает матку как бы капюшоном» (В. Я. Илькевич). Если имеется изолированное поражение нижнего отдела параметрия, матка наклоняется в сторону, пораженную воспалительным процессом.

В случае распространения воспалительного процесса вверх, вдоль боковой стенки таза, инфильтрат достигает ниже-бокового отдела брюшной стенки и определяется непосредственно над пупартовой связкой, а нередко выше верхне-передней подвздошной ости. Тазовая брюшина при этом приподнимается, верхняя граница инфильтрата, расположенного внебрюшинно, ясно определяется и будет одинаковой при пальпации и перкуссии. При параметритах воспалительный экссудат достигает костной стенки таза и переходит на него. На внебрюшинное расположение экссудата указывает симптом Гентера: при перкуссии верхне-передних подвздошных остей на стороне поражения перкуторный тон будет приглушен. Если воспалительный процесс локализуется в предузурной клетчатке, экссудат оттесняет матку кзади и, распространяясь по задней поверхности передней брюшной стенки, принимает форму треугольника, обращенного вершиной к пупку (рис. 252). Брюшная стенка при этом напоминает крахмальную манишку (*plastron abdominal*).

При воспалении заднего отдела околоматочной клетчатки образуется плотный плоский экссудат над задним сводом, распространяющийся кзади и охватывающий прямую кишку. В подобных случаях прямая кишка оказывается замурованной в воспалительном инфильтрате и просвет ее бывает сужен.

Рис. 251.

Боковой параметрит.

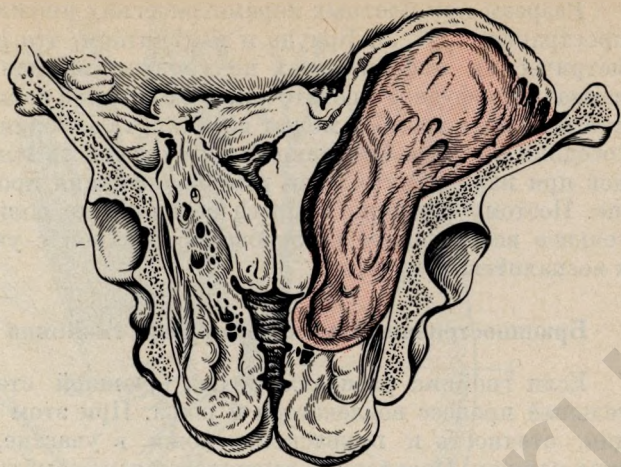
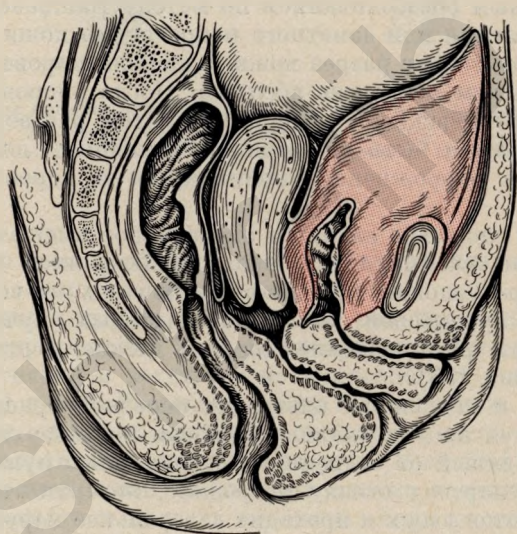


Рис. 252.

Передний параметрит.



Если параметрит локализуется в области поясничной мышцы, возникает парацист и больная принимает вынужденное положение на спине с отведенной и согнутой под углом ногой.

Оперативное лечение гнойного параметрита

Показанием к оперативному лечению параметрита является наличие гнояника, на что указывает ремитирующий характер температурной кривой, усиление болей, увеличение лейкоцитоза и нейтрофильного сдвига влево, а также появление флюктуации или тестоватости в области инфильтрата, имевшего ранее более плотную консистенцию. При сомнениях в наличии гнояника производят пробную пункцию.

Разрезы при плотных параметрических инфильтратах не получили распространения. И. Л. Брауде и мы считаем, что ранние разрезы при параметрических инфильтратах не следует применять, так как они могут вызвать профузное кровотечение из плотной мозолистой ткани; при наличии венозных тромбов может возникнуть эмболия или, наконец, поражение соседних органов. Особенно велика опасность повреждения соседних органов при параметрите, если ранняя операция производится через влагаллице. Поэтому решению вопроса об операции должно предшествовать тщательное всестороннее обследование больной с учетом сложности подхода к воспалительному очагу.

Брюшностеночный метод вскрытия гнойника

Если гнойник расположен под брюшной стенкой, обычно в воспалительный процесс вовлекается и кожа. При этом определяется инфильтрация, отечность и покраснение кожи в участке, где намечается прорыв гноя наружу. Пальпацией выявляется ясное зыбление.

Операция производится под рауш-наркозом, но может быть выполнена под местным обезболиванием по методу Вишневого. В области наибольшего зыбления или заметного покраснения кожи параллельно пупартовой связке производят разрез кожи и инфильтрированной клетчатки и проникают пальцем в полость абсцесса. После опорожнения гнойника полость промывают перекисью водорода, а затем раствором фурацилина 1 : 5000. Разрез должен быть достаточной величины, для того чтобы обеспечить не только опорожнение гнойника, но и хороший отток гноя из его полости.

Более сложным является оперативное вмешательство при низком расположении гнойника в области подвздошной впадины, особенно если гнойник расположен глубоко в тазу и лишь его верхняя граница определяется над пупартовой связкой. В подобных случаях производят разрез и учитывают расположение сосудов нижнего отдела передней брюшной стенки (рис. 253).

Кожа и подкожная клетчатка передней брюшной стенки ниже пупка снабжаются кровью главным образом из поверхностной надчревной артерии, отходящей от бедренной артерии ниже пупартовой связки. Перекрещивая пупартову связку посредине, поверхностная надчревная артерия направляется вверх и проходит латеральнее наружного края прямой мышцы живота, анастомозируя своими ветвями с веточками наружной срамной, нижней надчревной и наружной семенной артерий. Прямая мышца живота и ее апоневроз снабжаются кровью из крупного сосуда — нижней надчревной артерии, отходящей от наружной подвздошной артерии позади пупартовой связки и сопровождаемой двумя венами. У медиального края внутреннего пахового кольца названная выше артерия проходит между брюшиной и поперечной фасцией к задней поверхности прямой мышцы живота и направляется вверх к пупку, проходя на поперечный палец медиальнее от поверхностной надчревной артерии, но в более глубоких слоях брюшной стенки.

Выбирая направление разреза, необходимо учитывать ход кровеносных сосудов нижнего отдела передней брюшной стенки; при выполнении разреза следует производить тщательное послойное препарирование тканей. При перерезке кровеносных сосудов, особенно нижней надчревной артерии, их нужно перевязать, иначе может возникнуть обильное кровотечение. Если невозможно произвести изолированную перевязку сосудов,

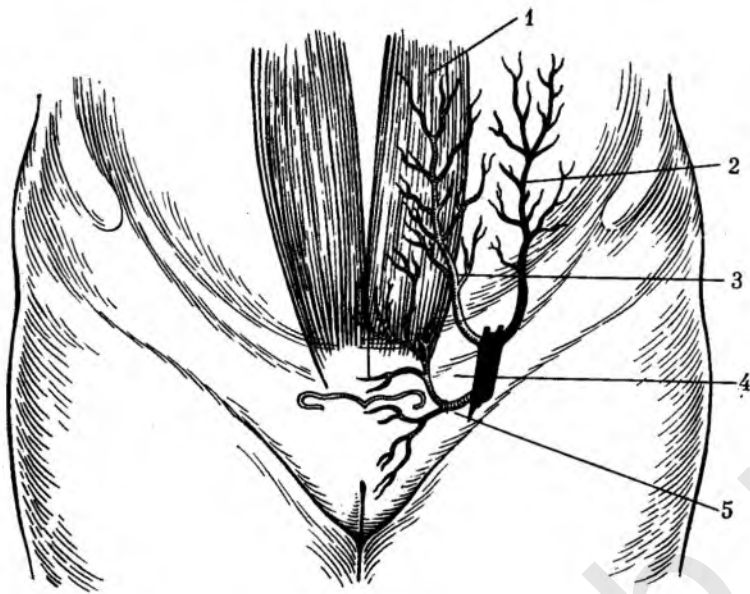


Рис. 253. Артерии, снабжающие кровью нижнюю половину передней брюшной стенки.
 1 — прямые мышцы; 2 — надчревная поверхностная артерия; 3 — надчревная нижняя артерия; 4 — паховая связка; 5 — наружная срамная артерия.

применяют обкалывающие швы в области кровотечения, захватывая при этом кровотокающий сосуд с окружающими его тканями.

При гнойнике, верхушка которого расположена над наружным отделом пупартовой связки, разрез длиной 5—6 см следует начинать кнаружи от середины пупартовой связки и вести его по направлению к передней верхней ости подвздошной кости. Рассекают кожу и подкожную клетчатку, раздвигают края раны, обнажая апоневроз наружной косой мышцы; последний рассекают в направлении кожного разреза. При гнойном расплавлении волокон внутренней косой мышцы достаточно надавить пальцем или зондом, чтобы попасть в полость гнойника. Если расплавления еще не произошло, волокна внутренней косой мышцы раздвигают тупым способом и разыскивают гнойник, лежащий обычно под поперечной фасцией (рис. 254). Эту манипуляцию осуществляют с помощью желобоватого зонда, направляя его вниз к заднему краю пупартовой связки и в сторону тазовой полости. Отыскивая гнойник, следует руководствоваться зыблением при пальпации через рану и контролем с помощью пробной пункции. Получив гной, иглу оставляют на месте и вдоль нее тупым путем вскрывают гнойник.

Если верхушка гнойника выступает над внутренней половиной пупартовой связки, то разрез делают в этом месте, проводя его послыно через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю косую мышцу и поперечную фасцию. Мышечные волокна раздвигают желобоватым зондом, которым проникают и в полость гнойника. Производя разрез, перевязывают поверхностные надчревные, нижние надчревные и наружные срамные сосуды. Гнойник можно распознать по своеобразной ригидности его капсулы, имеющей выраженную плотность.

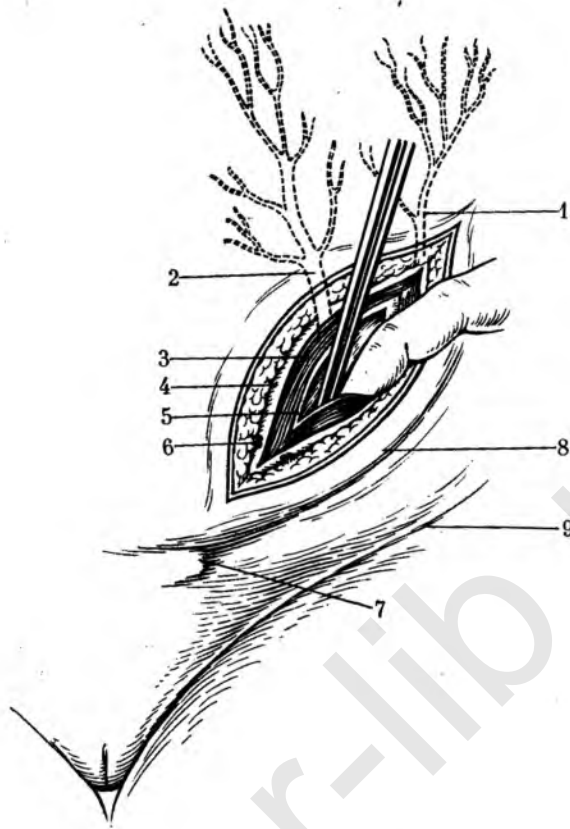


Рис. 254. *Laparotomia externa (внебрюшинная) при параметральном гнойнике, верхняя граница которого определяется над медиальной половиной паховой связки.*

Разрез проведен параллельно паховой связке (8) на один палец выше паховой складки (9), через кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы (4), внутреннюю косую мышцу (3) и поперечную фасцию (5). При послойном препарировании перевязывают надчревные поверхностные вены (1), надчревные нижние вены (2), наружные срамные вены (6). После того как в глубине брюшной стенки будет проведен разрез через поперечную фасцию, дальнейший путь к гнойнику прокладывают желобоватым зондом. Зонд направлен к заднему краю паховой связки и лобковому бугорку (7).

При отыскивании гнойника, обычно до его вскрытия, иногда может быть поранена брюшина; отверстие в ней следует немедленно зашить во избежание серьезных последствий (А. П. Губарев, И. Л. Брауде).

При переднем параметрите инфильтрат располагается непосредственно под брюшной стенкой (рис. 255) и бывает плоским. Поэтому, делая как пункцию, так и разрез, не следует проникать глубоко, чтобы не попасть в брюшную полость или припаянную к брюшной стенке кишечную петлю, а также в распластаный и замурованный в инфильтрате мочевой пузырь (рис. 256). Перед операцией катетером выпускают мочу, затем производят пункцию по средней линии в месте наибольшего притупления перкуторного звука. Обнаружив гной, не вынимая иглы, делают продольный разрез, увеличивая его при надобности по направлению к лону. При ячеистом расположении гнойников производят широкое вскрытие в области расположения переднего параметрита, вводят антибиотики и дренируют рану с помощью марлевых тампонов и резиновых трубок.

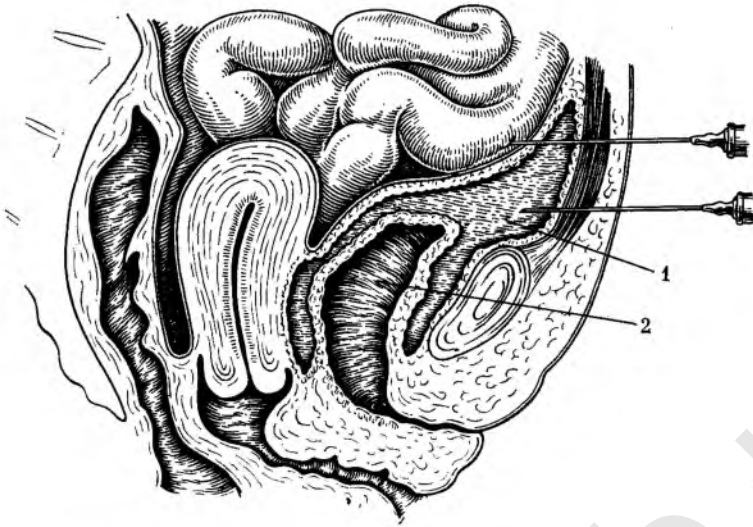


Рис. 255. Пробный прокол гнойника при переднем параметрите.

1 — гнойник; 2 — мочевого пузырь. При слишком глубоком проколе игла (верхняя) проникает в брюшную полость.

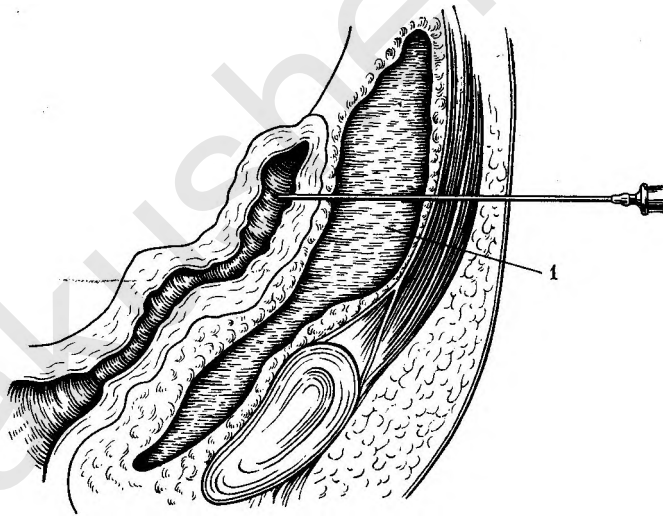
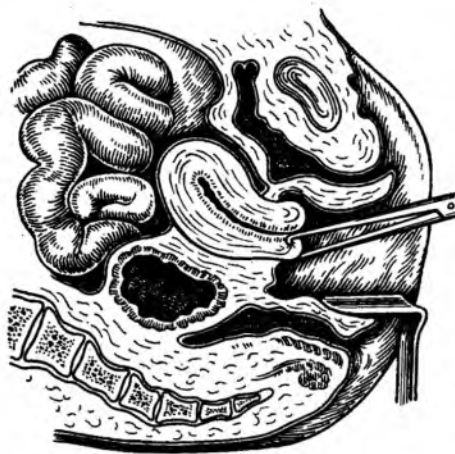


Рис. 256. Пробный прокол гнойника при переднем параметрите. Мочевой пузырь смещен, вследствие чего верхушка его лежит выше лона. При слишком глубоком проколе игла проникает в мочевой пузырь.

1 — полость гнойника.



А



Б



В

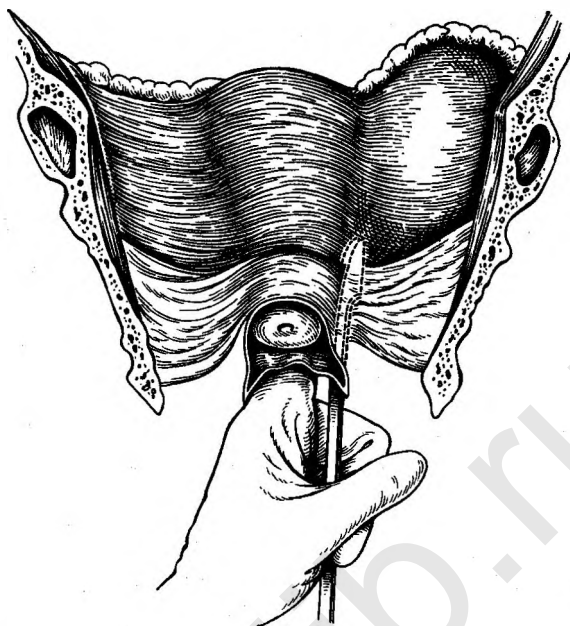
Рис. 257. Вскрытие гнойника при заднем параметрите.

А — перед вскрытием гнойника через задний влагалищный свод при заднем параметрите заднюю губу маточного зева захватывают щипцами, шейку матки оттягивают к лону; Б — под контролем пальца через произведенный поперечный разрез закрытыми ножницами расслаивают инфильтрированную клетчатку по направлению к гнойнику; В — в полость гнойника при заднем параметрите введена резиновая дренажная трубка. Во влагалище и расслоенную клетчатку введен марлевый тампон с целью гемостаза.

Рис. 258.

Вскрытие гнойника при боковом параметрите.

Сделан поперечный разрез в стенке заднего свода влагалища. Расслоение клетчатки по направлению к гнойнику производят изогнутым корнцангом.



Влагалищный метод вскрытия гнойника

При нагноении параметрального инфильтрата, если он подходит непосредственно к влагалищной стенке, вскрытие гнойника не представляет трудностей и легко осуществляется под рауш-наркозом или местной анестезией. Довольно значительные, а иногда и большие затруднения возникают при расположении гнойника в верхних отделах тазовой клетчатки и наличии мелких множественных гнойников.

Наиболее легко вскрыть гнойник, прилегающий непосредственно к влагалищной стенке в области заднего свода. При боковом параметрите вскрытие гнойника сложнее из-за опасности повреждения маточных сосудов и мочеоточника.

Перед операцией ставят клизму, мочу выпускают катетером. Слизистую оболочку шейки матки и влагалища обрабатывают спиртом и йодной настойкой.

Операция вскрытия гнойника при заднем параметрите. Шейку матки с помощью пучевых щипцов осторожно низводят к преддверию влагалища и приподнимают в сторону лона; при этом хорошо обнажается задний влагалищный свод (рис. 257, А). Отступя немного от задней губы шейки матки, производят поперечный или полулунный разрез стенки влагалища в области заднего свода. Затем под контролем пальца закрытыми изогнутыми ножницами расслаивают инфильтрированную клетчатку (рис. 257, Б) и, раскрыв ножницы, выводят их обратно, увеличивая при этом сделанное отверстие. Подобный прием повторяют несколько раз. По мере приближения к гнойнику клетчатка становится плотнее. При подходе к гнойнику производят пункцию и, получив гной, вскрывают гнойник с помощью желобоватого зонда или тонкого корнцанга.

И. Л. Брауде подчеркивает, что при вскрытии гнойника не следует уклоняться от оголенной задней поверхности шейки

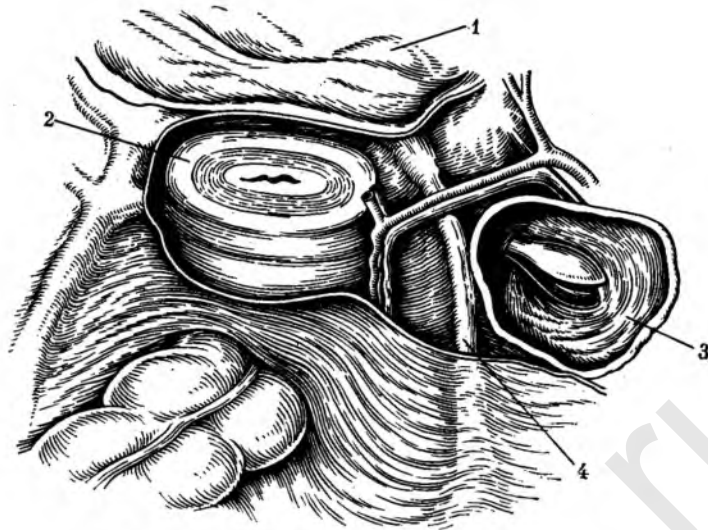


Рис. 259. Корнцанг проник в полость гнойника. Показаны топографические соотношения между шейкой матки, маточными сосудами и гнойником, расположенным между листками широкой связки.

1 — мочевого пузыря; 2 — матка; 3 — полость гнойника; 4 — мочеточник.

матки. Поэтому, расслаивая инфильтрированную клетчатку, инструмент нужно продвигать параллельно задней поверхности шейки, обращая к ней вогнутую поверхность ножниц или корнцанга. Это позволяет избежать ранения прямой кишки, что является тяжелым осложнением. Правильность продвижения инструмента можно проверить путем ректального исследования, которое производит ассистент, не участвующий в операции.

После опорожнения гнойника вставляют дренажную резиновую трубку (рис. 257, В), оставляя ее на 7—8 дней. В полость гнойника вводят антибиотики. Если имеются гнойные выделения, трубку оставляют и на более длительное время, заменяя ее позже более тонкой и следя, чтобы она не закупоривалась. При наличии дренажа больная соблюдает постельный режим.

Операция вскрытия гнойника при боковом параметрите. Вскрытие гнойника при боковом параметрите может сопровождаться более сильным кровотечением, повреждением маточных сосудов и мочеточника. Поэтому обычно производят сначала поперечный разрез в области заднего влагалищного свода, а затем путь к гнойнику, расположенному между листками широкой связки, прокладывают под контролем введенного во влагалище пальца другой руки с помощью сомкнутых изогнутых ножниц, корнцанга или желобоватого зонда (рис. 258, 259). Для уточнения места расположения гнойника производят пробную пункцию, затем вскрытие его по направлению введенной при пункции иглы, опорожнение и дренирование.

Гнойник, расположенный между мочевым пузырем и передней поверхностью матки, вскрывают с помощью поперечного разреза в области переднего влагалищного свода. Подобная операция может быть выполнена только опытным акушером-гинекологом, так же как и вскрытие гнойника прямокишечно-влагалищной перегородки.

Прободной перитонит в акушерско-гинекологической практике

Прободной перитонит генитального происхождения наблюдается при прорыве в брюшную полость гноя из воспалительной опухоли придатков матки, гнойников тазовой клетчатки и брюшины и нагноившейся кистозной опухоли яичника при перекручивании ее ножки. Прободению обычно предшествует или острый воспалительный процесс, или обострение при хроническом течении воспаления.

Разрыв осумкованных гнойников может происходить внезапно в результате травмы (падение, удар, чрезмерное физическое напряжение, грубо выполняемое гинекологическое исследование, роды и т. п.), но чаще наблюдается вследствие разрушения стенки гнойника воспалительным процессом. В последнем случае прободение капсулы, окружающей гнойные скопления, происходит тем скорее, чем сильнее растянуты стенки опухоли гнойным содержимым.

Прободению гнойников может предшествовать преперфоративная стадия. При этом ухудшается общее состояние женщины, усиливается боль, повышается температура, нарастают явления раздражения брюшины (напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина — Блюмберга, тошнота, рвота).

В преперфоративной стадии обследование больной и все лечебные процедуры должны производиться особенно осторожно и бережно. Такую больную лучше всего сразу назначить на операцию, не дожидаясь прободения или разрыва гнойника. Если же по каким-либо причинам операция не может быть произведена, а гнойная опухоль близко подходит к влагалитическим сводам, можно произвести пункцию опухоли и отсосать из нее гной, введя затем в полость гнойника антибиотики.

При наличии абсцесса в прямокишечно-маточном пространстве производится задняя кольпотомия с эвакуацией гноя и введением резиновой дренажной трубки. Однако всегда следует учитывать, что трубно-яичниковые мешотчатые опухоли также нередко располагаются близко к влагалитическим сводам; при этом может быть ошибочно поставлен диагноз абсцесса прямокишечно-маточного пространства и произведена кольпотомия, которая приведет к возникновению годами существующего свища с постоянным истечением гноя. Подобная же ситуация возникает и при опорожнении нагноившейся дермоидной кистомы путем кольпотомии. Обычно в дальнейшем приходится избавлять такую больную при возникновении свища путем радикальной операции, заключающейся в удалении гнойной опухоли. При сомнениях не следует прибегать к кольпотомии, необходимо уделять больше внимания распознаванию характера гнойной опухоли, ограничиваясь пункцией и отсасыванием гноя.

При клинической картине прободного перитонита неясной этиологии показано чревосечение, которое одновременно является как диагностическим, так и лечебным.

Каждая больная, у которой поставлен диагноз прободения или разрыва гнойной воспалительной опухоли придатков матки, нагноившейся кисты яичника или гнойного параметрита с проникновением гноя в брюшную полость, должна быть немедленно оперирована. Чем скорее после разрыва гнойника производится операция, тем благоприятнее исход

для больной. При явлениях резко выраженного коллапса принимают срочные меры для улучшения сердечно-сосудистой деятельности, вводят морфин или пантопон, чтобы уменьшить болевые ощущения, связанные с раздражением брюшины, и приступают к операции.

Характер операции зависит прежде всего от состояния больной. Операцию производят под эндотрахеальным эфирно-кислородно-закисным наркозом. Брюшную полость вскрывают срединным разрезом ниже пупка. Гной из брюшной полости удаляют с помощью марлевых салфеток или специальным отсосом. При прободном перитоните генитального происхождения необходимо удалить перфорированный орган (тубо-овариальную опухоль, нагноившуюся кисту яичника, перфорированную при аборте матку).

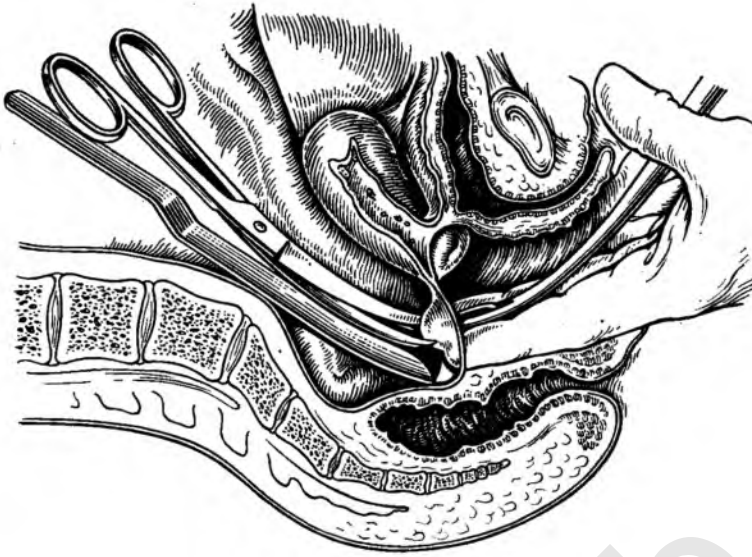
При значительных изменениях со стороны матки и двусторонних трубно-яичниковых воспалительных опухолях нередко приходится производить ампутацию или экстирпацию матки с удалением придатков. Радикальная операция дает наиболее благоприятные отдаленные результаты в отношении излечения воспалительного процесса, но лишает женщину как детородной, так и менструальной функции. Поэтому у молодых женщин необходимо по возможности ограничиваться более щадящими оперативными вмешательствами, особенно бережно относиться к сохранению яичников или их частей.

Если при прободном перитоните удаляют гнойную опухоль, то после эвакуации гноя и введения антибиотиков в брюшную полость ее можно закрыть наглухо или ввести в нее тонкую резиновую трубку для повторного вливания растворов антибиотиков в последующие дни.

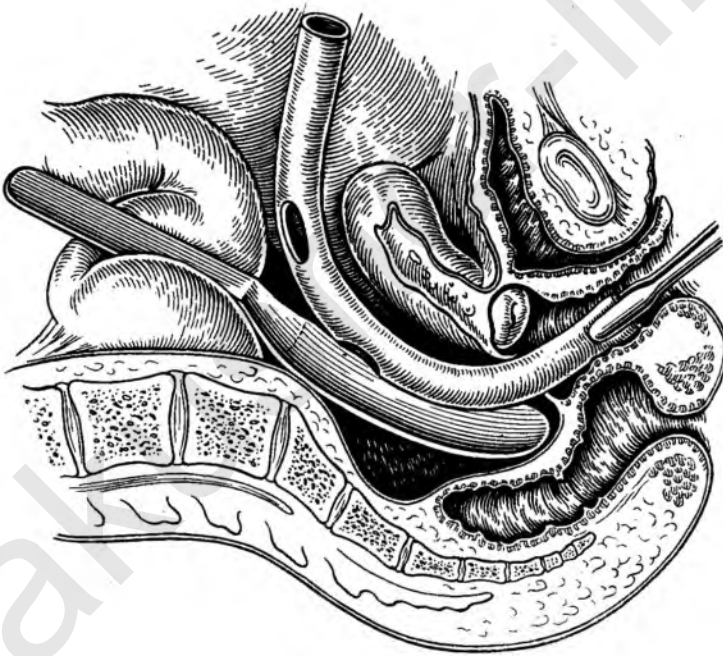
При выраженных явлениях воспаления брюшины и обильном гнойном экссудате дренируют брюшную полость через заднее кольпотомное отверстие или разрезы брюшной стенки.

В случае префракции гнойников тазовой клетчатки и брюшины с проникновением гноя в брюшную полость операция заключается в чревосечении, удалении гноя из брюшной полости и дренировании ее.

Если операция производится поздно и состояние больной очень тяжелое, вмешательство должно быть проще и чаще всего оно ограничивается дренированием брюшной полости. Брюшную полость при этом вскрывают срединным разрезом ниже пупка. Гной из брюшной полости удаляют с помощью марлевых салфеток или специальным отсосом. Брюшную полость дренируют мягкими резиновыми трубками или марлевыми тампонами. Для лучшего оттока гноя производят одну или две контрапертуры в боковых отделах передней брюшной стенки, через которые вводят резиновые дренажные трубки. Делают это так: в брюшную рану вводят изогнутый корнданг, который выпячивает брюшную стенку на месте будущего отверстия. Над корндангом послойно рассекают брюшную стенку. Отверстие расширяют и вводят дренаж. Вместо боковых контрапертур можно осуществить дренирование брюшной полости через задний влагалищный свод, если прямокишечно-маточное пространство не запаяно или не заполнено неподвижной воспалительной опухолью придатков матки. С этой целью один из помощников вводит в задний влагалищный свод изогнутый корнданг и выпячивает им брюшину прямокишечно-маточного углубления. Выгнутая сторона корнданга должна быть обращена впереди. Хирург, отодвинув широким шпателем или рукой кишечные петли, ножницами рассекает над корндангом брюшину и стенку заднего влагалищного свода (рис. 260). Конец корнданга помощник по указанию хирурга вводит в брюшную полость, раскрывая его с целью расширить раневое отверстие,



А



Б

Рис. 260. Гнойный перитонит. Дренаживание через влагалище при брюшностеночном чревосечении.

А — корнцангом под контролем пальцев выпячивают через задний свод влагалища брюшину прямокишечно-маточного углубления; хирург, отодвинув широкий шпателем кишку, ножницами вскрывает брюшину и стенку заднего влагалищного свода; Б — корнцангом захватывают конец дренажной трубки и выводят через заднее кольчатое отверстие по влагалище.

и захватывает дренажную трубку, подведенную со стороны брюшной полости. После этого нижний конец трубки выводят через влагалище. Дренажную трубку следует брать такой длины, чтобы конец ее выступал из влагалища наружу. К нижнему концу дренажной трубки с помощью короткой стеклянной трубочки присоединяют дополнительную резиновую трубку, конец которой спускают в бутылку, подвешенную или поставленную ниже уровня койки. Это обеспечивает хороший отток гноя, который не загрязняет больную и ее постель.

Дренирование брюшной полости через влагалище при соответствующих (указанных выше) условиях легко выполнимо. Однако при несоблюдении необходимых условий возможны тяжелые осложнения. Так, при введении корнцанга вслепую он может попасть через уретру в мочевой пузырь и, выпячивая его стенку, ввести в заблуждение хирурга, который, не разобравшись, может рассечь стенку мочевого пузыря и ввести через него дренаж. При заращении прямокишечно-маточного углубления возникает опасность повреждения соседних с маткой органов. Поэтому в подобных случаях дренирование через задний влагалищный свод не применяют. С целью же избежать осложнений вводят корнцанг, под контролем одного или двух пальцев, которыми нащупывают шейку матки, и направляют его в задний влагалищный свод. Все манипуляции со стороны влагалища производят с соблюдением правил асептики и антисептики: влагалище протирают предварительно спиртом и смазывают 5% настойкой йода, помощник надевает стерильные перчатки. Для того чтобы дренирование проводилось под контролем зрения со стороны брюшной раны, больной можно придать положение с приподнятым тазом; при этом кишечник отодвигают вверх.

Срединный разрез передней брюшной стенки частично послойно зашивают, накладывая на брюшину и мышцы узловатые швы из кетгута, а па апоневроз и кожу — швы из шелка. Концы резиновых дренажей или марлевых тампонов, введенных в прямокишечно-маточное углубление из срединного разреза, выводят наружу. Зашивая рану брюшной стенки выше и ниже введенных дренажей, следят, чтобы последние не были сдавлены; это будет препятствовать оттоку содержимого из брюшной полости и затруднять извлечение дренажей.

В борьбе с инфекцией раньше придавали большое значение применению тампона Микулича. В настоящее время он применяется редко и главным образом в тех случаях, когда операция носит паллиативный характер и источник инфекции (разорвавшаяся гнойная опухоль придатков и т. п.) не удален. Извлечение тампонов начинают с 3-го дня после операции, удаляя сначала тот тампон, который был введен последним. К 6—7-му дню удаляют все тампоны и на 8-й день извлекают марлевый мешок; предварительно следует смочить мешок раствором фурацилина 1:5000 или влить перекись водорода, что облегчает его выделение. Нередко в мешок вводят лишь 2—3 тампона или вместо тампона Микулича применяют простой марлевый тампон, рыхло вводимый в область гнойника.

Вместо тампона Микулича некоторые пользуются тампонами с мазью Вишневского. Являясь небольшим раздражителем для раневой поверхности, они могут быть оставлены в ране значительно дольше. Тампоны с мазью Вишневского оказывают дезодорирующее действие, легко и безболезненно удаляются из глубины раны; последняя быстро очищается и заживление происходит скорее (А. Б. Гиллерсон и др.).

У больных с прободными гнойными перитонитами необходимо применять комплексный метод лечения, основной задачей которого является

раннее хирургическое вмешательство и полное устранение причины, вызвавшей перитонит. Дополнительные мероприятия должны быть направлены на борьбу с шоком, инфекцией, интоксикацией, параличом кишечника, ацидозом, обезвоживанием организма и нарушением функций сердечно-сосудистой системы.

В последнее время при лечении разлитого и общего перитонита применяют перитонеальный диализ с антибиотиками (К. С. Симонян, 1971; В. С. Маят, В. Д. Федоров, 1971, и др.). Длительное массивное орошение брюшной полости раствором антибиотиков при капельном введении создает условия для широкого контакта пораженной брюшины с антибактериальным препаратом и обеспечивает постоянный отток диализата из полости живота. Одновременно выводятся накапливающиеся там токсические вещества: продукты тканевого распада и экссудат, содержащий токсины, которые не удается удалить при наличии одного лишь дренирования.

К. С. Симонян рекомендует после устранения патологического очага и удаления гнойного экссудата при срединной лапаротомии производить 4 дополнительных поперечных разреза соответственно диаметру резиновых трубок, по одному в правом и левом подреберьях, в правой и левой подвздошных областях. Через эти разрезы вводят резиновые трубки диаметром 0,5 см с таким расчетом, чтобы их перфорированные концы, лежащие в брюшной полости, имели длину до 15 см.

Перфорированные концы трубок остаются в брюшной полости, неперфорированные же герметично выводятся через упомянутые разрезы наружу и фиксируются к коже (сохранить герметичность!). Концы верхних трубок укладывают соответственно под правый и левый купол диафрагмы, концы нижних с обеих сторон дренируют полость малого таза. Нижние трубки могут быть заменены у женщин одной, оставленной в полости малого таза и выведенной наружу через заднее кольпотомное отверстие. При перитонеальном диализе тампоны в брюшной полости не оставляют и лапаротомную рану зашивают наглухо.

При зашивании брюшной раны на операционном столе под наркозом промывают брюшную полость диализирующим раствором (3—4 л), вливая его через верхние трубки и выливая через нижние. Сосуд с диализирующим раствором устанавливают на высоте 1 м от брюшной стенки.

Для перитонеального диализа используют жидкость Петрова, раствор Рингера с добавлением плазмы крови, витаминных комплексов и антибиотиков. К. С. Симонян считает целесообразным вначале с целью отмывания брюшной полости и выведения токсических продуктов проводить диализ проточным методом до тех пор, пока диализат, вытекающий из брюшной полости, не станет совершенно прозрачным. Затем переходят к фракционному методу, насыщая организм антибиотиками. Предварительно выпустив всю жидкость, брюшную полость заполняют диализирующим раствором, к которому добавляют антибиотик в максимально допустимой концентрации и новокаин не более 30 мг на 1 кг веса. После 1½-часовой экспозиции жидкость вновь выпускают на 30—60 мин и переходят к проточному диализу струйно-капельным методом.

Затем снова переходят к фракционному методу, вводя антибиотик в диализирующей среде, содержащей 1% раствор поливинилового спирта, способствующего поддержанию высоких концентраций антибиотика в крови и брюшине. Последующий этап проточного диализа удлиняется до 3—4 ч.

Общая продолжительность диализа не превышает 2—3 дней. Показанием к его прекращению является исчезновение симптомов интоксикации.

Прекращая перитонеальный диализ, трубки оставляют на ближайшие сутки, чтобы при необходимости возобновить диализ.

В. Д. Федоров (1969, 1970) при общем перитоните с успехом применял внутрибрюшинное капельное введение 5—6 л раствора Рингера в сутки с добавлением 1 г канамицина на 1 л, используя метод проточного перитонеального диализа. Общая длительность перитонеального диализа составляла до 3 сут.

При лечении перитонита важную роль играет послеоперационный уход.

Борьба с инфекцией при перитоните имеет огромное значение. Применение антибиотиков, особенно введение их непосредственно в брюшную полость, позволило резко снизить смертность от перитонита.

Послеродовой и послеабортный перитонит

Перитонит после родов или абортов возникает в результате распространения инфекции из матки (метроэндометрит, метротромбофлебит) по лимфатическим путям, гематогенным путем из инфицированных тромбов или через трубы, а также при попадании микробов непосредственно на брюшину, например при проникающих повреждениях матки и влагалища (прободении и разрывах матки, кесаревом сечении и др.). Иногда перитонит может быть проявлением генерализованной септической инфекции.

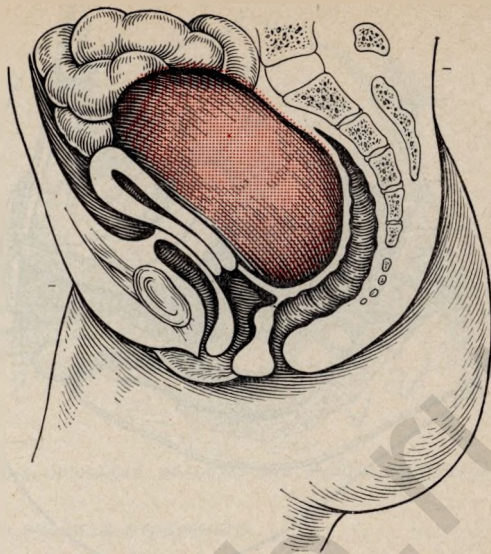
Воспаление может поражать всю брюшину, приводя к разлитому или диффузному перитониту, или ограничиваться полостью таза, вызываяпельвеоперитонит (рис. 261).

В настоящее время в родовспомогательных учреждениях Советского Союза послеродовые и послеабортные перитониты встречаются редко, что связано с резким снижением послеродовых заболеваний вообще и резким уменьшением числа внебольничных абортов.

Пельвеоперитонит. Течение пельвеоперитонита разнообразно. У одних больных высокая температура постепенно снижается и переходит в субфебрильную, выпот подвергается рассасыванию. У других больных вследствие нагноительного процесса температура принимает ремиттирующий характер, усиливаются боли, наблюдается озноб и упадок сил.

Если своевременно не вскрыть гнойник, он может прорваться в мочевой пузырь, прямую кишку или брюшную полость. Чаще всего прорыв гноя происходит в кишечник. За 1—2 дня до этого появляются тенезмы и частые позывы на дефекацию, при которых выделяется слизь. При опорожнении гнойника в кишечник с испражнениями выделяется гной, температура критически падает и сразу уменьшаются боли. Прорыв гноя в кишечник может привести к выздоровлению, но иногда остаются свищи между полостью гнойника и кишечной трубкой. В подобных случаях, помимо истечения гноя, часто наблюдаются рецидивы воспалительного процесса в малом тазу из-за присоединения кишечной флоры к первоначальному возбудителем воспаления. Прорыв гноя в мочевой пузырь способствует развитию восходящей инфекции мочевыводящей системы. Опорожнение гнойника в брюшную полость приводит к развитию перитонита.

Лечение. При образовании выпота в прямокишечно-маточном пространстве производят пункцию через задний влагалищный свод, а при наличии гноя — заднюю кольпотомию (рис. 262, 263). Серозный экссудат



отсасывают с помощью шприца и затем, не вынимая иглы, вводят антибиотики. При отрицательном результате пункции в область инфильтрата вводят антибиотики. Если абсцесс находится в прямокишечно-маточном пространстве, прибегают к его вскрытию и опорожнению гнойника с последующим дренированием через задний влагалищный свод.

Техника вскрытия заднего влагалищного свода (colpotomia posterior). Заднюю кольпотомию чаще всего производят под наркозом, который начинают после того, как больная уложена в положение для влагалищной операции и подготовлена к ней. Перед операцией опорожняют мочевой пузырь. Влагалище широко раскрывают с помощью ложкообразных зеркал и протирают сухими марлевыми шариками, а затем спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Влагалищную часть шейки матки захватывают пулевými щипцами, наложенными на заднюю губу шейки матки, которую слегка низводят книзу и оттягивают кпереди по направлению к лону. Иногда шейку матки можно сместить к лону только с помощью одного подъемника, не накладывая пулевых щипцов.

После указанных манипуляций становится хорошо виден задний влагалищный свод, через который и производят пункцию гнойника. После того как подтверждается наличие гноя, шприц удаляют, оставляя иглу. Над иглой производят продольный или поперечный разрез влагалищной стенки длиной 3—4 см. Скальпелем, ножницами, а чаще концом корнцанга вскрывают (прокалывают) брюшину прямокишечно-маточного пространства. При этом хирург ощущает, как корнцанг «проваливается» в полость и оттуда начинает вытекать гной. Из полости гнойника корнцанг выводят с широко раскрытыми браншами, увеличивая при этом раневое отверстие. После опорожнения гнойника влагалище очищают от гноя и крови, в кольпотомное отверстие вводят толстую резиновую дренажную трубку. Влагалище вокруг дренажа рыхло выполняют марлевым бинтом. Тугая тампонада влагалища не применяется потому, что она затрудняет мочеиспускание и вызывает боли. Марлевый тампон через 12—24 ч удаляют, оставляя дренажную трубку на 6—8 дней после кольпотомии. На 3—4-й день трубку следует заменить другой, которая может быть и

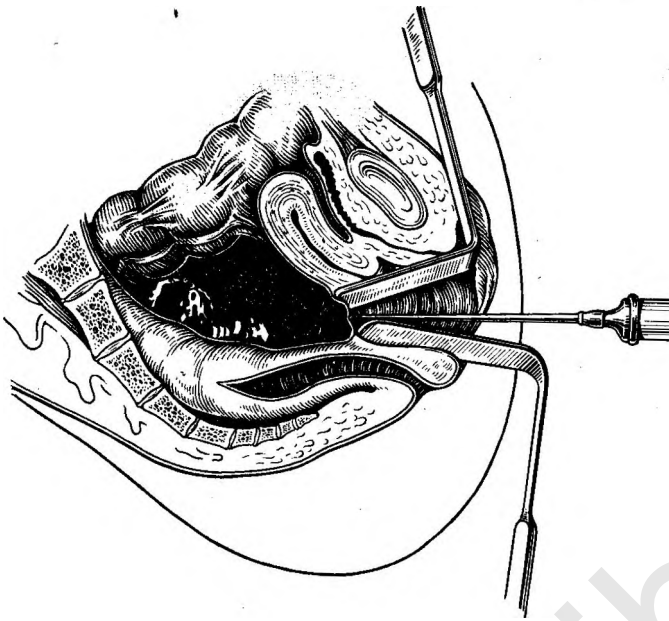


Рис. 262.

Пункция через задний свод влагалища для уточнения места расположения гнояника.

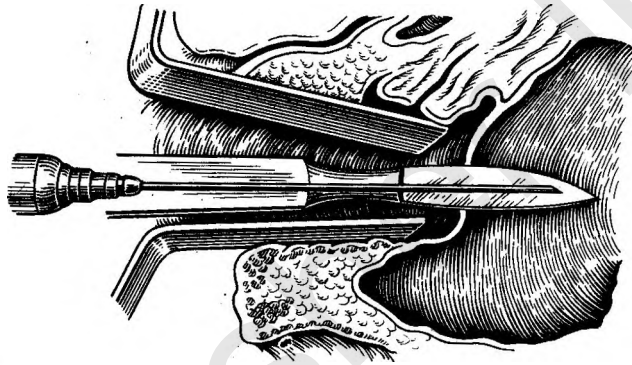


Рис. 263.

Вскрытие гнояника по направлению иглы, введенной при пункции через задний свод влагалища.

меньшего калибра. То же делают, если дренажная трубка закупоривается гнойной пробкой или сгустком крови. Если дренажную трубку удалить рано, при наличии значительных гнойных выделений, края раны могут склеиваться, что приводит к задержке гнойного отделяемого со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Если имеются множественные гнояники в результате воспаления тазовой брюшины, операция состоит в опорожнении гнояников, но представляет большие технические трудности. Помимо кольпотомии, может понадобиться и брюшностеночное чревосечение. При разделении спаявшихся кишечных петель возможны повреждения стенок кишечника, требующие добавочных операций на кишках. Поэтому при множественных гнояниках, развившихся в результате пельвеоперитонита, операцию должен производить лишь опытный врач, хорошо владеющий оперативной техникой.

После того как при пельвеоперитоните минует острый период, переходят с осторожностью к рассасывающему лечению.

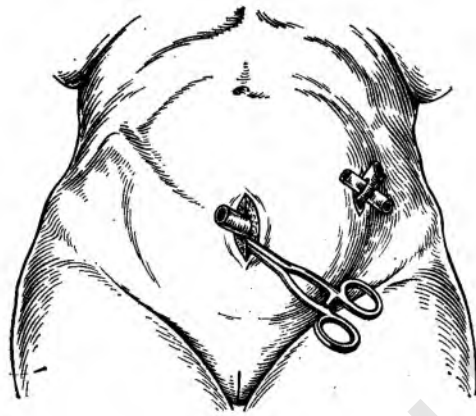
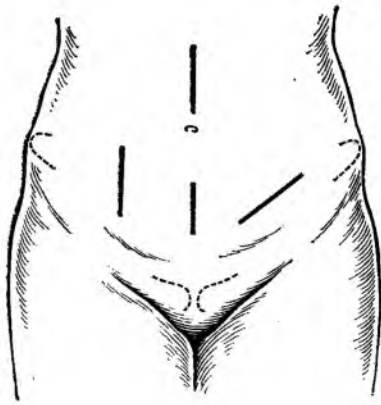


Рис. 264. Линии разрезов для дренирования брюшной полости при гнойном перитоните.

Рис. 265. Введение дренажных трубок при гнойном перитоните.

Острый разлитой перитонит. При диффузном послеродовом или послеабортном перитоните наблюдается обширное распространение воспалительного процесса и слабо выраженная тенденция его к отграничению. При лимфогенном пути распространения инфекции перитонит начинается чаще всего на 3—8-й день после родов или аборта (А. В. Бартельс).

Перитонит, возникший после кесарева сечения, разрыва матки, характеризуется началом заболевания на 1—2-е сутки после травмы и напоминает хирургический перитонит.

Лечение. Наиболее эффективным методом лечения послеродового и послеабортного разлитого перитонита является своевременная операция, которую следует производить как можно раньше. При оперативном вмешательстве удаляют из брюшной полости воспалительный экссудат с помощью марлевых салфеток или водоструйного отсоса и производят дренирование через разрезы брюшной стенки (рис. 264, 265) и кольпотомное отверстие в заднем своде влагалища. При тяжелой общей интоксикации и сердечной слабости (частом малом пульсе, выраженном цианозе, похолодании конечностей), одна операция не дает положительного эффекта. При тяжелой интоксикации целесообразно использование перитонеального диализа с введением в брюшную полость антибиотиков, как указывалось в предыдущем разделе.

Если перитониты развились после ушивания разрыва матки или кесарева сечения, осложненного эндометритом и нагноением швов на матке, показана ампутация или экстирпация матки.

В послеоперационном периоде лечение и уход осуществляют по тем же принципам, что и в случаях прободного перитонита, о чем было сказано ранее. При послеабортном перитоните, особенно если имеется подозрение на перфорацию матки, оперативное вмешательство следует производить как можно раньше. Если во время чревосечения перфорация подтвердится, характер оперативного вмешательства будет зависеть от общего состояния больной и степени повреждения матки и соседних органов.

Операции образования искусственного влагалища

Операция образования искусственного влагалища, или кольцопоез, может применяться при врожденном отсутствии влагалища или его заращении у девочки или женщины. Врожденное отсутствие (аплазия), или заращение, влагалища, по данным Counsler, наблюдается у одной из 4000—5000 женщин. Аплазия влагалища часто сочетается с наличием нормально развитых и правильно функционирующих яичников. У большинства таких женщин нормально развиты вторичные половые признаки и половое влечение бывает не только в пределах нормы, но нередко повышено.

Устранить аплазию или заращение влагалища можно лишь оперативным путем. Первые попытки оперативного вмешательства при аплазии влагалища относятся к 1810 г. (Duruogren); они заключались в образовании канала между мочевым пузырем и прямой кишкой. Однако, несмотря на введение пессариев и бужирование этого канала, он сморщивался и со временем закрывался.

Кольцопоез стал успешным при использовании аутопластического метода, примененного в России К. Ф. Геннером. Последний при образовании искусственного влагалища у 16-летней девушки воспользовался кожным лоскутом, взятым из ее бедра. Различные варианты кожнопластических операций при кольцопоезе разработаны Crede (1882), Г. Е. Рейном (1893) и др. Недостатками этих операций являлись плохое приживание кожных лоскутов из-за перекручивания их ножек и нарушения кровообращения, сухость кожи и рост волос на ней, сморщивание или заращение созданного пузырно-прямокишечного канала.

Более успешной была пластика влагалища с помощью пересадки лоскутов на ножке, выкроенных из кожи малых половых губ (С. А. Липинский, 1895). К. Н. Рабинович указывает, что этот метод применен разными хирургами у 21 женщины, из которых у 12 наблюдались удовлетворительные результаты. Основным недостатком данного метода являются малые размеры лоскутов из половых губ, что не позволяет создать достаточно емкое влагалище, полностью покрытое пересаживаемыми лоскутами. В результате часть образованного канала зарастает или суживается, снижая эффект операции.

Более целесообразным является предложение Kirschner и Wagner (1929) использовать при операции кольцопоеза метод пересадки кожи по Тиршу (Thiersch). Эта методика получила известное распространение, и ряд отечественных гинекологов (И. И. Грищенко, 1961, и др.) сообщают о хороших результатах ее применения.

Операция кольпопоза по Киршнеру — Вагнеру относительно безопасна, что привлекает к ней внимание хирургов.

Для образования искусственного влагалища предлагалось использовать околоплодные оболочки, взятые у здоровой роженицы и немедленно пересаженные в канал, образованный между прямой кишкой и мочевым пузырем (А. А. Абалихина-Попова, 1941; И. И. Богоров, 1941; И. Д. Арист, 1956; Brindeau, 1934, и др.). По данным И. Д. Ариста, у некоторых больных (у 8 из 13) были получены удовлетворительные результаты при кольпопозе с использованием плодных оболочек.

Применение аллопластических материалов при создании искусственно влагалища не оправдало первоначально высказанных надежд.

В настоящее время вновь привлекает внимание использование при кольпопозе брюшины малого таза, предложенное в 1933 г. М. И. Ксидо. Этот способ был применен с успехом рядом авторов (А. Э. Кочергинский, 1960; И. Д. Арист, 1963; А. А. Вербенко, 1968; С. Н. Давыдов, 1968, и др.). Он позволяет получить удовлетворительные результаты будучи менее опасным и более доступным для широкого круга гинекологов, чем кольпопоз из отрезка кишечника.

Наиболее разработана методика операций кольпопоза из отрезков кишечника. Основоположником этого метода является В. Ф. Снегирев, предложивший в 1892 г. применять для кольпопоза нижний отрезок прямой кишки. Его метод сложен, имел существенные недостатки (резекция копчика, создание противоестественного заднего прохода) и не получил распространения, но идея является ценной и была использована другими авторами (Д. Д. Попов, 1909; Schubert, 1911). В дальнейшем операция была усовершенствована А. Э. Мандельштамом.

Однако, несмотря на детальную разработанную методику кольпопоза из нижнего отрезка прямой кишки, эта операция часто осложняется недержанием кала и газов, а иногда полным некрозом перемещенного отрезка кишки, обширными нагноениями параректальной клетчатки, образованием каловых свищей. Эти осложнения в значительной степени связаны с нарушением кровообращения и иннервации сфинктера прямой кишки, так как во время операции возникает необходимость широкой отслойки и перемещения нижнего отрезка прямой кишки, лишенной брыжейки.

Baldwin в 1904 г. предложил использовать для образования искусственного влагалища петлю тонкой кишки. Эта операция имела ряд преимуществ по сравнению с методом кольпопоза из прямой кишки. Однако летальность при этом вмешательстве была высокой (от 10 до 20%); кроме того, отрезок тонкой кишки, использованный для кольпопоза, во время пищеварения начинал выделять кишечный сок, вызывавший раздражение кожи и развитие дерматитов.

Ввиду того что для кольпопоза наиболее подходит та часть кишечника, которая является достаточно подвижной и не обладает способностью к обильной секреции пищеварительного сока, для этой операции была избрана сигмовидная кишка. Она имеет достаточную длину и подвижность благодаря длинной брыжейке, что позволяет отделить отрезок, достаточный для кольпопоза, и низвести его без натяжения до преддверия влагалища. Отделяемое сигмовидной кишки незначительное, так как процесс пищеварения в основном заканчивается до поступления в эту кишку содержимого и в ней происходит главным образом всасывание его жидкой части.

Попытки использования нижнего отрезка сигмовидной кишки из-за нарушения кровообращения сопровождались значительными осложнениями-

ми и не получили распространения. Наибольшего внимания заслуживают операции кольпопоза из сигмовидной кишки, разработанные М. С. Александровым и Е. Е. Гиговским.

М. С. Александров применил для кольпопоза отрезок хорошо подвижной части сигмовидной кишки, который изводится, как и отрезок тонкой кишки, по двурукавному методу Бальдина. При этом используется отрезок кишки длиной 18—25 см и образуется двойное влагалище с наличием перегородки — «шпоры»; иногда она вызывает боли и создает механическое препятствие для полового акта. Результаты 264 операций, по данным М. С. Александрова (1961), были хорошие: летальность составила 1,9%, выпадение стенок искусственного влагалища наблюдалось в 5,4% случаев.

Удачным является однорукавный метод образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки, разработанный Е. Е. Гиговским и успешно примененный им до 1962 г. у 171 женщины. Летальность, по данным автора, равнялась 0,6%, ранения прямой кишки составили 1,8%, повреждения мочевого пузыря — 1,2%, каловые свищи — 1,8%.

Несомненно, что кольпопоз из отрезков кишечника дает возможность создать удовлетворительное влагалище. Наиболее целесообразно, как показывает и наш опыт, использовать сигмовидную кишку, применяя методику однорукавного образования искусственного влагалища. Может быть применен и метод Александрова. При невозможности использования сигмовидной кишки (короткая брыжейка и т. п.) применяется кольпопоз из тонкой кишки по Бальдину.

Кольпопоз из отрезков кишечника является сложной операцией, чреватой возможными опасностями для здоровья, а иногда и жизни женщины. Некоторые гинекологи считают необоснованными операции кольпопоза с использованием отрезков кишечника и допускают возможность их применения только при функционирующих матке и яичниках. С этим нельзя согласиться. Но, конечно, не у всех женщин с врожденным отсутствием влагалища следует производить операцию кольпопоза.

Эта группа больных требует тщательного всестороннего обследования. Учитывая возможность сочетания пороков развития половой системы с аномалиями мочевыводящих путей, необходимо проводить тщательное исследование, включающее и внутривенную урографию. Производится также рентгенографическое исследование органов малого таза на фоне пневмоперитонеума. Применение тестов функциональной диагностики позволяет выявить характер менструального цикла и степень эстрогенной насыщенности. Определяют половой хроматин. При явлениях маскулинизации (телосложение по мужскому типу, недоразвитие молочных желез, оволосение лица и увеличение клитора) целесообразна консультация с генетиками и психиатрами.

Показания к операции всегда должны быть строго обоснованными, и женщина должна знать, что это весьма серьезное вмешательство, которое может ухудшить состояние ее здоровья и представляет известную, хотя и небольшую, опасность для жизни. Если же отсутствие влагалища связано с тяжелыми переживаниями из-за невозможности половой жизни и женщина, зная об опасностях кольпопоза, соглашается на оперативное вмешательство, оно является показанным. Одновременно необходимо помнить, что кольпопоз из отрезков кишечника должен выполнять только хирург, имеющий опыт в операциях на кишечнике и хорошо владеющий оперативной техникой. Необходима тщательная подготовка к операции, как указано на стр. 29.

Менее опасны операции образования искусственного влагалища с использованием кожной пластики, брюшины малого таза или плодных оболочек. Однако и образование канала между мочевым пузырем и прямой кишкой, особенно если имеются рубцовые изменения после предшествовавших операций или травм при попытках половой жизни, требует определенных навыков в оперативной технике и может сопровождаться повреждениями прямой кишки или мочевого пузыря.

Количество операций кольпопоза увеличивается благодаря хорошо разработанной методике, снижению осложнений и летальности. По данным М. С. Александрова, уже к 1955 г. опубликованы сообщения о 1782 операциях образования искусственного влагалища.

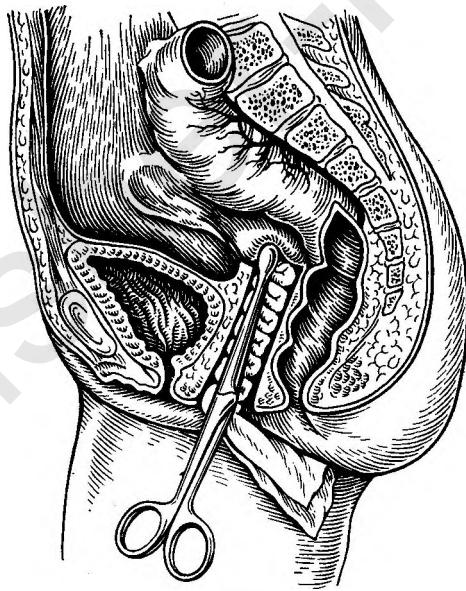
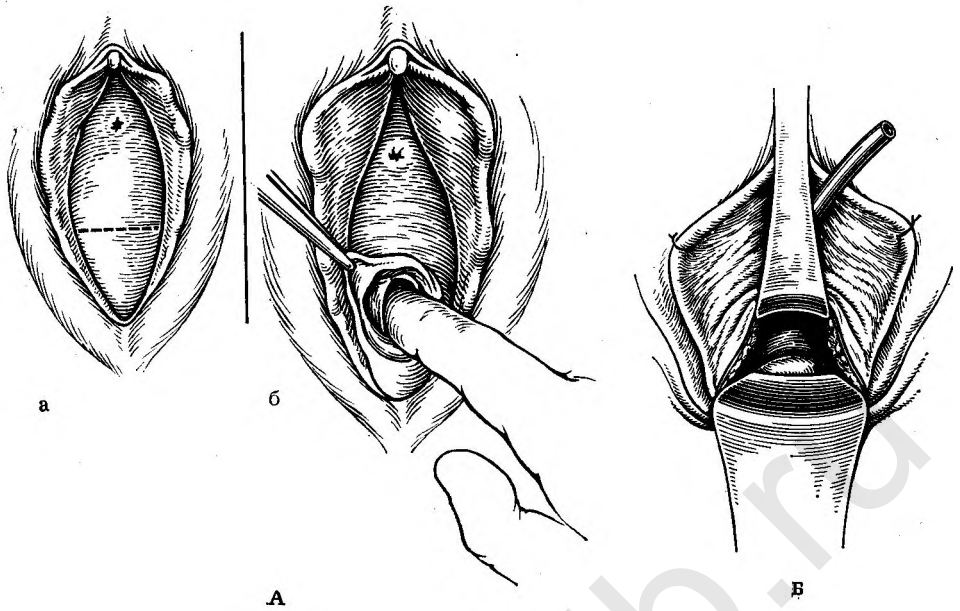
Техника операции кольпопоза из тонкой кишки

Мы описываем здесь технику этой операции по Бальдвину. Она производится одномоментно, но в три этапа. Большую готовят на операционном столе к чревосечению надлобковым разрезом и, закрыв живот стерильной простыней, одновременно к влагалищной операции.

Первый этап. У входа во влагалище накладывают два зажима на расстоянии 3—4 см один от другого у краев предполагаемого разреза. Производят поперечный разрез в области влагалищного входа почти на середине расстояния между наружным отверстием уретры и задней спайкой (рис. 266, А). Может быть применен и продольный разрез, особенно при широком входе во влагалище. Тупым путем осторожно отсекают мочеспускательный канал и мочевой пузырь от мышц промежности и прямой кишки до брюшины прямокишечно-маточного пространства. Эту манипуляцию вначале производят с помощью пальца, а после попадания в слой рыхлой клетчатки в разрез вводят подъемник и влагалищное зеркало и, осторожно их раздвигая, постепенно продолжают отсекаровку мочевого пузыря от прямой кишки. Влагалищное зеркало сначала вводят и продвигают параллельно задней стенке мочевого пузыря, а затем непосредственно под ним вводят второе зеркало (рис. 266, Б). При наличии рубцовых изменений или склерозированной клетчатки под контролем металлического катетера, введенного в мочевой пузырь, приходится надсекать кончиками ножниц уплотненные тяжи соединительной ткани или имеющиеся рубцы.

Попытки грубыми манипуляциями тупо развести ткани между мочевым пузырем и кишкой могут привести к повреждению последних, что весьма осложняет операцию, требует немедленного наложения швов в области повреждения и может сопровождаться возникновением мочевого или калового свища.

При отсутствии рубцовых изменений образование канала — ложе будущего влагалища — происходит обычно без особых затруднений. После того как ткани разъединены до брюшины прямокишечно-маточного кармана, необходимо убедиться, что развода образованный ход с помощью зеркала, что он на всем протяжении достаточной ширины. Кровотечение из артерий и вен останавливают наложением обкалывающих швов, учитывая расположение стенок мочевого пузыря и прямой кишки, чтобы их не проколоть. В образованный канал вводят сомкнутый корнцанг и временно тампонируют ложе будущего влагалища (рис. 266, В), удалив предварительно катетер из мочевого пузыря. Корнцанг облегчает в последующем рассечение брюшины и низведение отрезка «кишки-влагалища».



В

Рис. 266. Образование канала для искусственного влагалища.

А — разрез в преддверии влагалища (а) и начало расслоения тупым путем тканей между мочевым пузырем и прямой кишкой (б); Б — образование хода между мочевым пузырем и прямой кишкой; В — в образованный канал между мочевым пузырем и прямой кишкой введен корнцанг и тампон.

Второй этап. Производят чревосечение поперечным надлобковым разрезом, который следует признать более целесообразным, чем продольный срединный разрез, однако последний также может быть применен.

На расстоянии 20 см от места впадения подвздошной кишки в слепую выбирают петлю указанной тонкой кишки длиной 25—30 см; длина ее брыжейки должна позволить низвести выбранный участок подвздошной кишки до промежности без натяжения сосудов, питающих кишку и проходящих в этом участке брыжейки.

Выбранный участок тонкой кишки извлекают в брюшную рану и обкладывают марлевыми салфетками или мягким полотенцем. После наложения мягких кишечных жомов резецируют отрезок кишки длиной 25—30 см, оставляя его соединенным с брыжейкой. Концы отрезка кишки зашивают наглухо в два этажа: первый — непрерывный кетгуттовый шов, второй — узловатые шелковые швы. Брыжейку по краям слегка надрезают, чтобы не повредить кровеносных сосудов. Через брыжейку резецированной петли кишки, в средней ее части, на границе прикрепления брыжейки к кишке, проводят марлевую полоску (рис. 267, А), которую используют при низведении кишки в подготовленный канал. Подготовленный отрезок тонкой кишки заворачивают в марлевую салфетку и отводят в сторону. Затем восстанавливают проходимость подвздошной кишки путем наложения анастомоза конец в конец или бок в бок, размещая его над брыжейкой резецированной кишечной петли. Удаляют марлевые салфетки, предохра-

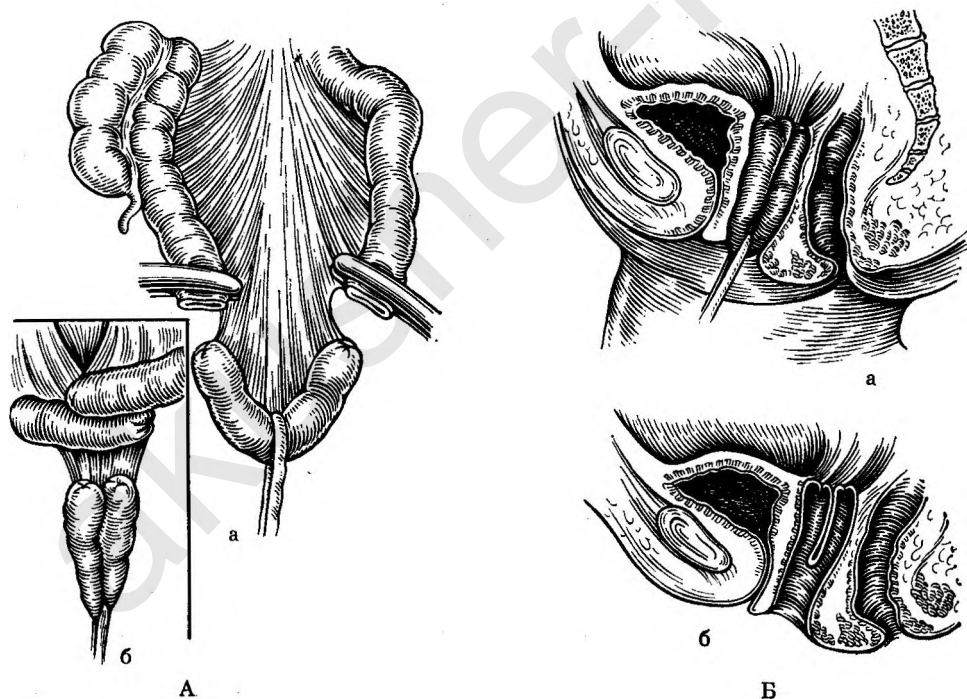


Рис. 267. Образование искусственного влагалища из тонкой кишки.

А — избранный участок подвздошной кишки резецирован (а) и восстановлена проходимость тонкой кишки наложением бокового анастомоза (б); Б — резецированный участок кишки втянут в образованный канал между мочевым пузырем и прямой кишкой (а). Операция закончена формированием входа во влагалище (б).

нявшие брюшную полость от загрязнения. Затем удаляют тампон со стороны влагалища и над корнцангом, ранее введенным в ложе будущего влагалища, разрезают брюшину прямокишечно-маточного углубления. В отверстие вводят корнцанг и разрез расширяют путем раздвигания браншей корнцанга и добавочного рассечения брюшины. Разрез должен свободно пропускать кишку во избежание последующего ущемления сосудов брыжейки.

Тем же корнцангом захватывают марлевую полоску, проведенную через брыжейку вокруг кишки, и постепенно, осторожно извлекая корнцанг, тянут кишку в ранее образованный канал (рис. 267, Б). Кишка при этом складывается в виде «двустволки». Во избежание натяжения брыжейки и проходящих в ней сосудов, чтобы не вызвать нарушения питания кишки и ее последующего некроза, петлю кишки низводят не до конца канала, а лишь до его середины или несколько ниже. Разрез газовой брюшины зашивают и одновременно по возможности перитонизируют зашитые культы резецированного участка подвздошной кишки, производят туалет брюшной полости, удаляют марлевые салфетки и рану брюшной стенки зашивают послойно наглухо. На область швов накладывают повязку-наклейку.

Третий этап. Он выполняется со стороны влагалища. Катетером выпускают мочу. Раскрывают с помощью зеркал нижнюю часть канала, подготовленного для влагалища, затем захватывают пинцетом противоположную прикреплению брыжейки стенку кишки, подтягивают ее ко входу во влагалище и у вершины перегиба кишечной петли разрезают ее стенку в продольном направлении примерно на 3 см. Вскрыв просвет кишки, марлевыми тушферами осторожно протирают полость кишки, удаляя ее содержимое. Затем, формируя вход во влагалище, края разреза подшивают кетгутowymi швами к краям разреза во входе во влагалище (рис. 267, Б). При этой операции влагалище получается двойное из-за наличия перегородки.

Если у оперируемой женщины имеется матка, то один из концов «двустволки» не зашивают, а подшивают его вокруг шейки.

В процессе операции, которая требует хорошего владения техникой, необходимо строжайшим образом следить, чтобы содержимое кишечника при резекции и наложении швов не загрязняло операционного поля и не попадало в брюшную полость.

Операции образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки

Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки по Александрову

Операция производится в три этапа, напоминающих таковые при кольпоэзе из тонкой кишки.

Первый этап. Образуют ложе для искусственного влагалища в пузрно-прямокишечной клетчатке, подготовленный канал широко расслаивают и тампонируют, вводя одновременно корнцанг до тазовой брюшины.

Второй этап. Делают чревосечение с помощью поперечного надлобкового разреза. Выводят из брюшной полости сигмовидную кишку.

Резецируют неподвижный участок этой кишки длиной 18—25 см и накладывают анастомоз конец в конец. Оба конца выделенного отрезка кишки зашивают наглухо. Через середину резецированного отрезка сигмовидной кишки проводят марлевую полоску-держалку, с помощью которой отрезок кишки через образованное отверстие в тазовой брюшине низводят в канал, приготовленный для влагалища. Зашивают рану брюшной стенки.

Третий этап. Вводят зеркала в канал между мочевым пузырем и прямой кишкой, пинцетом захватывают стенку кишки, противоположную прикреплению брыжейки, рассекают ее в продольном направлении. Край разреза кишки подшивают к краям разреза в области входа во влагалище. В образованное из кишки влагалище вводят рыхло тампон, обильно смоченный вазелиновым маслом.

М. С. Александров обращает внимание на следующие основные условия операции.

1. Тщательное отгораживание брюшной полости от операционного поля во избежание инфицирования. С этой целью в брюшине делают разрез длиной 2—3 см, который допускает выведение сигмовидной кишки наружу и позволяет хорошо защитить брюшную полость при манипуляциях на кишечнике. После резекции сигмовидной кишки, наложения анастомоза и зашивания концов резецированного отрезка брюшину разрезают дополнительно.

2. Употребление мягких и эластических кишечных зажимов, чтобы предотвратить развитие последующих кишечных структур.

3. Тщательное наложение анастомоза узловатыми швами.

4. Небольшое надсечение брыжейки сигмовидной кишки, но ни в коем случае не рассечение, так как последнее может привести к нарушению питания имплантируемого отрезка кишки.

5. Недопущение натяжения и перекручивания брыжейки при низведении резецированного отрезка кишки, что может повлечь за собой ее некроз.

6. Достаточный разрез в тазовой брюшине при низведении кишки, чтобы не произошло сдавления образованного влагалища.

С этими условиями нельзя не согласиться, так как они действительно имеют очень большое значение для исхода операции и ее эффективности. Нельзя только согласиться с предложением М. С. Александрова выводить сигмовидную кишку через малый разрез брюшины. Предупредить загрязнение брюшной полости кишечным содержимым можно и без этого. Мы при кольпопозе из кишечника обычно сразу рассекаем брюшину по всей длине разреза брюшной стенки, затем хорошо защищаем брюшную полость после выведения подвижного участка сигмовидной кишки с помощью мягкого полотенца и марлевых салфеток. Во время и после пересечения кишки маленькими марлевыми шариками, смоченными раствором фурацилина 1 : 5000, удаляем остатки кишечного содержимого и осторожно протираем слизистую оболочку кишки. Затем обрабатываем ее шариками, смоченными спиртом. После наложения анастомоза и зашивания концов резецированного отрезка кишки производим смену марлевых салфеток, инструментов и перчаток у хирургов и операционной сестры.

Наш опыт при кольпопозе из сигмовидной кишки у 40 женщин показывает, что описанная методика позволяет предупредить загрязнение как брюшной полости, так и тканей в области разреза брюшной стенки. В то же время обычно применяемый разрез всех слоев брюшной стенки позволяет под контролем зрения выбрать наиболее подходящий для кольпопоза отрезок кишечника и в лучших условиях производить манипуляции при резекции кишки и наложении анастомоза.

Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки по однорукавному методу Гиговского

Е. Е. Гиговский применяет две разновидности методики операции — двухэтапную и трехэтапную. Последняя является более целесообразной, так как при двухэтапной операции сложнее техника и больше опасность повреждения смежных органов. Приводим описание трехэтапной операции.

Первый этап. У входа во влагалище накладывают два зажима Кохера, вход влагалища растягивают в поперечном направлении и производят разрез слизистой оболочки входа во влагалище. При достаточно широком входе во влагалище разрез делают в продольном направлении, если же он узок, то применяют поперечный разрез. Последний начинается на 1,5—2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала и проникает на глубину 1,5—2 см. Длина разреза в обоих случаях 3—4 см. Край разреза растягивают указательными пальцами обеих рук в обе стороны, концом влагалищного зеркала тупо раздвигают клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой. Таким образом прокладывают канал, идущий по тазовой клетчатке, продвигая влагалищное зеркало параллельно задней стенке уретры и мочевого пузыря. Образованный канал тампонируют и одновременно вводят корнцанг. Свободный конец тампона оставляют свисать на 20—30 см.

Второй этап. Производят чревосечение поперечным надлобковым разрезом. Тщательно осматривают полость малого таза. Обычно при аплазии влагалища обнаруживают следующую картину: матка отсутствует, а в средней части малого таза проходит фиброзно-мышечный тяж (мюллеровы ходы) с булавовидными утолщениями на концах — рудиментами матки. К последним подходят круглые маточные связки, собственные связки яичника, маточные трубы. Яичники представляются нормальными или слегка увеличенными и кистозно перерожденными. Нормальная функционирующая матка при аплазии влагалища встречается очень редко.

После осмотра полости таза выбирают участок сигмовидной кишки, имеющий длинную брыжейку и снабжаемый ветвями сигмовидной артерии, что хорошо проверяется «на свет».

Е. Е. Гиговский берет отрезок сигмовидной кишки длиной 6—8 см в средней трети кишки. Вначале кишку перерезают между двумя дуоденальными эластическими жомами, наложенными на нижний (отводящий) конец этого отрезка. Оба конца перерезанной кишки закрывают салфетками. Брыжейку расслаивают и рассекают по направлению к ее корню. Сосуды в брыжеечной клетчатке выделяют изолированно, перевязывают и перерезают. Рассечение брыжейки производят строго продольно в направлении к ее корню и на длину, позволяющую извести конец кишки ко входу во влагалище, что определяется примериванием.

Нижний конец отрезка кишки смазывают 5% настойкой йода, зашивают непрерывным кетгуттовым швом и укрывают резиновым напальчником, прошивая его верхушку концом шва. В последнее время Е. Е. Гиговский прикладывает к нижнему концу кишки-влагалища марлевый шарик, привязывая его к кишке концами швов. После этого, отступя от зашитого конца кишки на 7—8 см вверх, перерезают между зажимами верхний (приводящий) конец и закрывают «купол» будущего влагалища двухэтажными швами. Восстанавливают проходимость сигмовидной кишки с помощью анастомоза конец в конец. Проверяют проходимость соустья пальцами и зашивают щель в брыжейке. Брюшину над корнцангом, введенным в образо-

ванный ранее канал, вскрывают, отверстие расширяют до проходимости резецированного отрезка кишки. Затем нижний конец кишки-влагалища подшивают к тампону, который находится в канале, или же захватывают за концы лигатур корнцангом и низводят в ложе будущего влагалища. Нужно следить, чтобы брыжейка кишки-влагалища не перекручивалась и находилась под кишечным соустьем. При этом брыжейка отрезка кишки окажется на дне полости таза и не будет сдавливать кишку; в противном случае при растяжении кишки калом и газами возникают боли.

Отрезок кишки обычно полностью помещается в ложе, образованном для влагалища. Через отверстие в тазовой брюшине проходит только брыжейка этого отрезка. Отверстие в брюшине суживают и края разреза брюшины подшивают к брыжейке, остерегаясь проколоть кровеносные сосуды. Разрез брюшной стенки зашивают послойно.

Третий этап. Нижний конец отрезка кишки подводят ко входу во влагалище, удаляют резиновый напальчник или марлевый шарик, серозную поверхность кишки смазывают 5% настойкой йода для лучшего сращения с клетчаткой канала. Просвет кишки вскрывают, срезая швы, протирают сухими марлевыми шариками, затем перекисью водорода и подшивают ко входу во влагалище несколькими толстыми узловатыми кетгутowymi швами. При наложении этих швов иглу сначала проводят через кожу, а затем через стенку кишки. Проверяют проходимость созданного влагалища путем введения в него двух пальцев или влагалищного зеркала, затем рыхло тампонируют марлевым тампоном с йодоформом или бинтом, смоченным мазью Вишневского.

Разработанная Е. Е. Гиговским методика кольпопоза из отрезка кишки является, по мнению ряда авторов, наиболее целесообразной. Наш опыт использования подобной методики у 40 женщин также подтверждает это мнение. Мы, применяя кольпопоз из сигмовидной кишки, резецируем несколько больший отрезок кишки — длиной 11—12 см. Кроме того, мы обращаем очень большое внимание, как указывалось выше при описании методики Александрова, на обработку резецированных концов кишечной трубки, расположенных снаружи от наложенных на кишку зажимов. После того как выделен выбранный для влагалища отрезок кишки, мы заворачиваем его в салфетку, отводим в сторону и приступаем сначала к наложению анастомоза, чтобы основная часть сигмовидной кишки меньше времени была пережата зажимами. На концы кишечных зажимов мы всегда надеваем резиновые трубки, чтобы меньше травмировать стенку кишки.

Первый этаж швов состоит из непрерывного кетгутowego шва, который мы начинаем с брыжеечного края. Тщательно протертые ранее края кишечной трубки сшиваем непрерывным кетгутowym швом через все слои кишечной стенки. В периферической части кишечного соустья, противоположной прикреплению брыжейки, шов закрепляем петлей и продолжаем сшивать края кишки другой стороны. В ряде случаев, дойдя до периферической части соустья, мы заканчивали один непрерывный шов и отсюда же начинали другой такой же шов, связывая их концы. Так как слизистая оболочка при вскрытии просвета кишки несколько выступает из-под серозной оболочки, иглу следует проводить несколько наискось, как рекомендует и Е. Е. Гиговский, чтобы участок слизистой оболочки был короче серозного и при затягивании шва лучше погружался в просвет кишки. Однако при этом необходимо прокалывать слизистую оболочку не у самого края разреза. Закончив непрерывный кетгутовой шов на другой стороне кишки, конец его мы связывали с начальной нитью. Линию швов протирали спиртом.

Особое внимание необходимо уделять наложению швов в брыжейечной части соустья, так как иногда вместо стенки кишки сшивают брыжейку над незакрытым участком кишечной трубки, что грозит опасностью распространения инфекции с последующими тяжелыми осложнениями. Поэтому для лучшего соединения брыжейечных краев анастомоза до наложения непрерывного шва целесообразно наложить узловатый шелковый шов, захватывающий серозные поверхности и мезентериальный край мышечного слоя кишки. Такая лигатура, являясь держалкой, облегчает наложение первого ряда швов, а по окончании последнего концы узловатого и непрерывного швов связывают друг с другом.

Второй этаж швов при анастомозе состоит из узловатых шелковых швов. В ряде случаев мы применяли и трехэтажный шов на сигмовидной кишке, используя узловатые шелковые швы при наложении на серозно-мышечные слои кишечной стенки.

Рассечение брыжейки мы обычно производим на небольшом протяжении, учитывая подвижность резецированного отрезка кишки. Ни у одной нашей оперированной больной не наблюдалось нарушения кровообращения в кишке-влагалище.

При третьем этапе операции после низведения отрезка кишки ко входу во влагалище мы отдельными швами из кетгута сначала подшиваем серозно-мышечные слои кишки к стенкам канала на расстоянии 2—3 см от преддверия влагалища, далее вскрываем просвет кишки, протираем его сухими тупферами, а затем тупферами, смоченными в растворе фурацилина 1:5000. После этого отдельными кетгутowymi швами подшиваем края кишки ко входу во влагалище. Вновь образованное влагалище рыхло тампонируем бинтом, смоченным синтомициновой эмульсией или вазелиновым маслом; бинт извлекаем на 5-й день после операции.

Протирая и тампонируя просвет вновь образованного влагалища, необходимо соблюдать осторожность, так как слизистая оболочка кишки легко травмируется.

Примерное описание операции кольпопоза из сигмовидной кишки по однорукавному методу

Больная на операционном столе подготовлена для чревосечения и влагалищной операции. Живот закрыт стерильной простыней.

Первый этап. На слизистую оболочку входа во влагалище несколько выше средней линии между уретрой и задней спайкой наложены два зажима Кохера и между ними произведен поперечный разрез длиной 4 см, проникающий на глубину 1—1,5 см. Тупым путем начато расслоение клетчатки между уретрой, мочевым пузырем и прямой кишкой. Эта манипуляция вначале производилась пальцем под контролем металлического катетера, введенного в мочевой пузырь, а затем с помощью влагалищного зеркала, вводимого параллельно стенке мочевого пузыря. Образован канал между пузырем и прямой кишкой до тазовой брюшины. Произведен гемостаз обкалывающими швами, в образованный канал введен сомкнутый корндаг и канал туго затампонирован марлевым бинтом.

Второй этап. Чревосечение поперечным надлобковым разрезом. При осмотре оказалось, что матка отсутствует, имеются рудименты матки в виде фиброзного тяжа с булавовидными утолщениями 2×1,5 см, к которым прикреплены круглые связки, нормальные по виду маточные трубы и собственные связки яичников. Яичники имеют обычный вид и присущую им величину.

Сигмовидная кишка выведена через рану брюшной стенки, выбран хорошо подвижный участок в ее средней трети длиной 12 см; после проверки снабжения сосудами выбранного отрезка наложены кишечные зажимы. Между зажимами рассечена сигмовидная кишка и отделен выбранный отрезок для образования влагалища. Просвет кишки и края разрезов очищены сухими марлевыми шариками от содержимого кишечника и обработаны марлевыми шариками, смоченными в растворе фурацилина 1:5000, а затем спиртом. Брыжейка надсечена продольными разрезами у концов

отрезка кишки. Кровоточащие сосуды лигированы, произведен анастомоз сигмовидной кишки конец в конец с наложением трехъярусного шва. Непрерывным кетгуттовым швом через все слои кишечной стенки восстановлена проходимость сигмовидной кишки, сняты кишечные жомы, область швов протерта спиртом; наложен второй этаж узловатых швов из шелка на серозно-мышечные слои кишечной стенки. Отдельными узловатыми швами подкреплены швы второго этажа у брыжеечного края кишки. Отверстие в брыжейке зашито отдельными кетгуттовыми швами.

Верхний конец кишки-влагалища зашит двухэтажным швом — непрерывным кетгуттовым швом через все слои стенки кишки, а над ним — узловатыми шелковыми швами на серозно-мышечный слой кишки. Нижний конец кишки закрыт непрерывным кетгуттовым швом, обработан спиртом; концами лигатур к нему прикреплен марлевый шарик, лигатуры захвачены в зажим.

В тазовой брюшине на дне прямокишечно-маточного кармана над выпяченным корнцангом произведен поперечный разрез длиной 2—3 см. Перед этим тампон из канала удален. Разрез в брюшине под контролем зрения расширен до 4—5 см. Концы лигатур кишки-влагалища захвачены корнцангом, отрезок кишки низведен в канал между мочевым пузырем и прямой кишкой. Произведена перитонизация, рана брюшной стенки зашита послойно наглухо.

Третий этап. Нижний конец кишки-влагалища подшит узловатыми шелковыми швами к стенкам канала. Вскрыт просвет кишки, протерт шариками с раствором фурацилина 1:5000; края разреза кишки подшиты кетгуттовыми швами к краям разреза входа во влагалище, куда введен тампон с вазелиновым маслом.

Операция кольпопоза из сигмовидной кишки при функционирующей матке

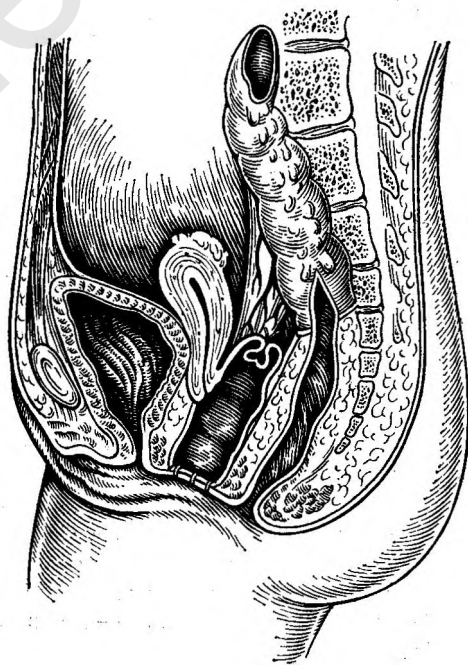
Вшивание матки во влагалище, образованное из прямой кишки, произвел в 1927 г. Wagner (больная родила), в 1941 г. — М. С. Александров (у оперированной наступила беременность, закончившаяся кесаревым сечением). В 1946—1958 гг. Е. Е. Гиговский сделал при аплазии влагалища две операции вшивания двурогой матки в отрезок сигмовидной кишки. Имеются и другие сообщения о единичных наблюдениях подобного характера.

В 1954 г. мы произвели операцию кольпопоза из сигмовидной кишки при наличии функционирующей матки у 16-летней девушки¹. В образованное по однорукавному методу влагалище была погружена шейка матки через отверстие, сделанное в передней стенке верхнего конца влагалища. Шейка предварительно была отсечена от окружающей ее клетчатки; при этом из матки излилось до 100 мл темной густой крови; задняя стенка шейки была рассечена на 2—3 см по типу дисцизии. В 1958 г. наступила беременность, закончившаяся кесаревым сечением.

¹ Персианinov Л. С. Акушерский семинар. Т. II. Минск, 1960, с. 258.

Рис. 268.

Функционирующая матка вшита в искусственное влагалище, созданное из отрезка сигмовидной кишки по однорукавному способу.



Техника операции. Первый этап — создание канала для влагалища. После этого целесообразно выделить из клетчатки и шейки матки. Последнее легче удастся, если сохранились верхний отрезок влагалища (что может быть при атрезии последнего) и влагалищная часть шейки матки с наружным зевом. При аплазии же шейка матки замурована в клетчатке, поэтому иногда ее легче выделить при чревосечении. Если наружный маточный зев отсутствует, производят заднюю дисцизию шейки матки.

Второй этап — образование влагалища из сигмовидной кишки по однорукавному методу и восстановление проходимости кишки путем наложения анастомоза конец в конец. После этого на уровне шейки матки в низведенном кишечном отрезке прорезают отверстие («влагалище»), в которое вставляют шейку матки, подшивая последнюю к краям сделанного отверстия в кишке-влагалище (рис. 268).

Е. Е. Гиговский рекомендует на шейку матки наложить два шелковых шва, не завязывая их, чтобы использовать эти лигатуры-держалки для втягивания шейки матки в просвет кишки-влагалища. Если возникают опасения, что шейка матки может отойти кверху, лигатуры можно оставить на несколько дней.

Третий этап — низведение вновь образованного влагалища и подшивание его к разрезу во входе во влагалище.

Операция кольпопоза по методу кожно-эпидермальной ауто трансплантации

Вначале создают канал для будущего влагалища, как это описано ранее. Новообразованный канал туго тампонируют стерильным бинтом. И. И. Грищенко, имеющий большой опыт в производстве этих операций, рекомендует делать поперечный разрез во входе во влагалище и при отслоении мочевого пузыря от прямой кишки стремиться как можно меньше пользоваться режущими инструментами.

И. И. Грищенко применяет предложенный им протез, который, сохраняя свою форму, плотно и в то же время нежно прижимает трансплантат к стенкам ложа влагалища. Протез состоит из плотной основы-каркаса (рис. 269). Каркасом протеза служит сконструированный И. И. Грищенко прибор в виде цилиндрического проволочного влагалищного зеркала с широкими продольными прорезами. Длина его 12 см, диаметр 2 см, на наружном конце находится расширение в виде ободка диаметром 4 см. Этот каркас перед операцией обматывают марлей таким образом, чтобы форма его соответствовала цилиндру. В таком протезе обеспечивается дренирование выделений, скопляющихся между лоскутами и стенками вновь созданного канала.

Может быть использован протез, изготовленный из полиэтилена или плексигласа с множественными отверстиями на нем (рис. 270, А).

После создания ложа для влагалища и подготовки протеза приступают к взятию лоскута по Тиршу с кожи внутренней поверхности верхней части бедра. Лоскут должен быть тонким, однако, по мнению И. И. Грищенко, он должен состоять не из одного только эпидермиса, а включать часть кожи, откуда и название его — не «эпидермальный», а «кожно-эпидермальный».

Рис. 269.

Каркас для образования искусственного влагалища из кожно-эпидермального лоскута.

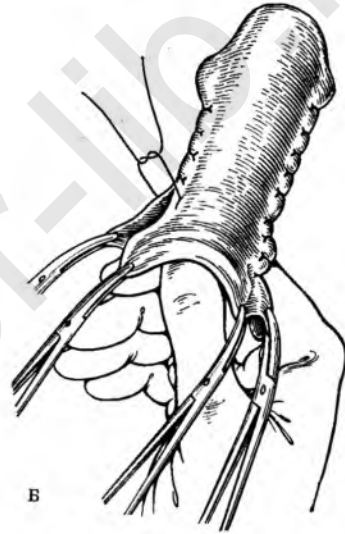
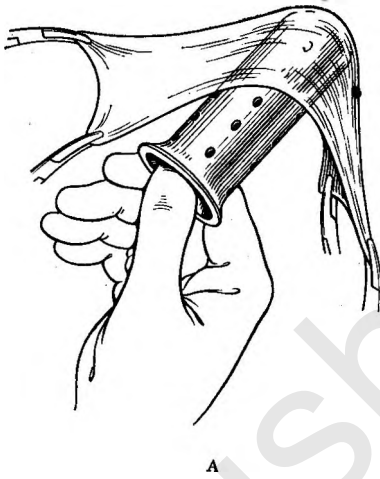
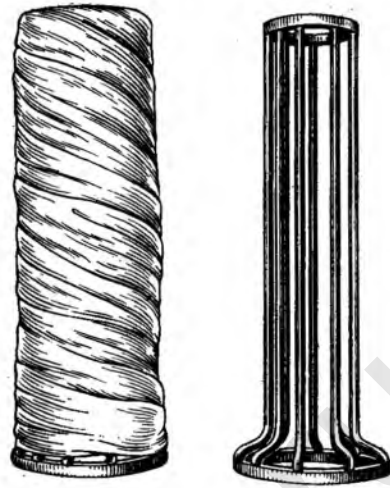
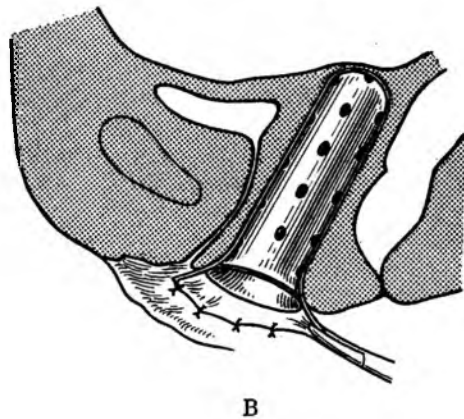


Рис. 270.

Образование искусственного влагалища из кожно-эпидермального лоскута.

А — расправление лоскута на полиэтиленовой протезе; Б — закрепление лоскута на протезе кетгутовыми швами; В — протез с трансплантатом введен в образованный ранее канал между мочевым пузырем и прямой кишкой и фиксирован узловатыми швами во входе во влагалище.



Если лоскут берут одним куском, его длина должна быть 30 см, а ширина 8 см. И. И. Грищенко считает, что не следует стремиться снимать один большой лоскут. Он использует несколько лоскутов и находит, что это обеспечивает лучший отток выделений, скопляющихся между трансплантатом и стенками канала. Жировая клетчатка не должна попадать в лоскут: во-первых, она мешает приживлению лоскута, а во-вторых, раневая поверхность бедра на месте снятия жировой клетчатки долго не заживает и образует грубый рубец.

Перед снятием лоскута кожу не дезинфицируют, а лишь слегка протирают бензином, тщательно обмывают физиологическим раствором поваренной соли, осушают стерильной салфеткой и смазывают стерильным оливковым маслом. Таким же маслом смазывают и специальный нож, которым снимают лоскут из кожи бедра. Лоскут (или лоскуты) непосредственно с ножа переносят на протез, расправляют на его поверхности обнаженной поверхностью кнаружи и пришивают к протезу тонкими кетгутowymi швами (рис. 270, Б).

Если лоскут покрывает не всю поверхность, оголенный участок покрывают добавочным куском трансплантата. Перед введением протеза с трансплантатом необходимо широко раскрыть образованный канал четырьмя длинными зеркалами. Введенный в канал протез фиксируют швами к краям разреза влагалищного входа (рис. 270, В).

По окончании операции накладывают Т-образную давящую повязку, а в мочевого пузырь вводят постоянный катетер. Через 9 дней протез удаляют. Новообразованное влагалище проспринцовывают теплым физиологическим раствором и смазывают цинковой мазью. Рану бедра после снятия с нее лоскутов покрывают фибриной пленкой или пластами тонкой резины и забинтовывают. Через 2 нед повязку снимают. К этому времени раневая поверхность уже покрыта молодым эпидермисом.

И. И. Грищенко оперировал по этому методу 68 больных; у женщин, которые вскоре начали половую жизнь, были получены удовлетворительные результаты.

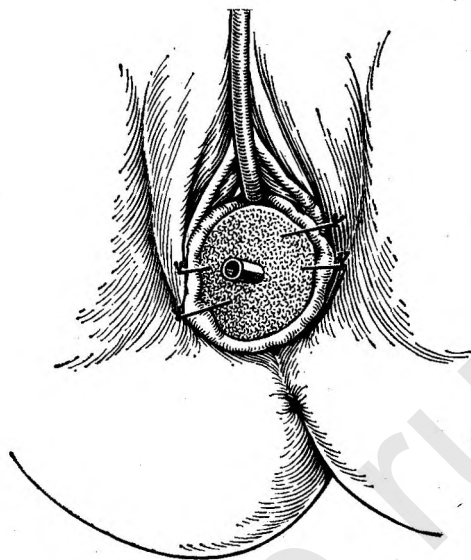
Операция кольпопоза из околоплодных оболочек

Вначале создают канал для будущего влагалища и плотно тампонируют. Затем, так же как и при кожно-эпидермальной пластике, подготавливают протез и поверхность его покрывают околоплодными оболочками таким образом, чтобы хорион был обращен к раневой поверхности стенок канала. Протез может быть приготовлен из резиновой губки. Из губки четырехугольной формы, имеющейся в продаже, вырезают колбасовидной формы протез длиной 15 см, диаметром 4 см; женским металлическим катетером пробуривают губку по ее длиннику (А. М. Мажниц). Края оболочек соединяют кетгутowymi швами. После этого широко раскрывают зеркалами канал и вводят в него протез, покрытый плодными оболочками, прикрепляя его отдельными швами к краям разреза входа во влагалище (рис. 271). В мочевого пузырь вводят на 5—6 дней постоянный катетер.

Околоплодные оболочки берут у здоровых рожениц следующим образом. После рождения ребенка стерильными руками принимают послед на стерильную пленку; оболочки, приподнятые пинцетом, отсекают в достаточном для пересадки количестве и опускают в банку со стерильным физиологическим раствором поваренной соли, смешанным с раствором глюкозы.

Рис. 271.

Околоплодные оболочки, размещенные на протезе из резиновой губки, введены в канал между прямой кишкой и мочевым пузырем и фиксированы шелковыми швами к коже. В мочевой пузырь введен постоянный катетер.



Операции кольпопоза с помощью брюшины малого таза

М. И. Ксидо и другие авторы сшивали слизистую оболочку преддверия влагалища с дистальным краем лоскута или лоскутов тазовой брюшины путем выпячивания ее с брюшиной прямокишечно-маточного углубления. И. Д. Арист образовывал канал между мочевым пузырем и прямой кишкой и пересаживал в него прямоугольные лоскуты, выкроенные из широкой связки рудиментов матки.

При кольпопозе из тазовой брюшины первым этапом операции должно быть создание канала между мочевым пузырем и влагалищем. С. Н. Давыдов рекомендует при этом рассекать седалищно-пещеристые мышцы, широко отслаивать брюшину прямокишечно-маточного кармана от кишки и по бокам. А. А. Вербенко и др. не производят отслойки брюшины от окружающей клетчатки.

После того как создан канал, в него вводят корнцанг, туго тампонируют и переходят к чревосечению — второму этапу операции. После осмотра тазовых органов рассекают брюшину у боковых стенок таза, верхней части крестцовой впадины и несколько выше складки между мочевым пузырем и рудиментами матки.

На дне прямокишечно-маточного кармана над корнцангом производят поперечный разрез брюшины длиной 4 см, тампон удаляют, на передний, боковые и задний края разреза накладывают лигатуры, выводят их через образованный канал с помощью корнцанга и втягивают брюшной цилиндр в ложе, созданное для влагалища. Благодаря подвижности брюшины низведение проходит легко даже без ее отслойки от окружающих тканей. Высота цилиндра должна составлять 9—12 см.

После низведения брюшинного цилиндра в канал между мочевым пузырем и кишкой создают дно брюшной полости, сшивая рудименты матки и брюшину крестцово-маточных связок. При этом швы накладывают по обе стороны от прямой кишки, оставляя между ними пространство не менее 4 см, но сшивают брюшину с передней стенкой кишки. Яичники и

трубы должны оставаться в брюшной полости. Разрез брюшной стенки зашивают.

Третий этап операции — соединение отдельными кетгутowymi швами периферического края брюшинного цилиндра с краями разреза во входе во влагалище. Во вновь созданное влагалище вводят тампон с синтомициновой эмульсией, который на 4-й день удаляют и заменяют новым, продолжая менять их через день до эпителизации места соединения брюшины со слизистой оболочкой влагалища.

Одноэтапный метод кольпопоза из тазовой брюшины

В нашем институте применили операцию кольпопоза из брюшины малого таза по методам С. Н. Давыдова, И. Д. Ариста и А. А. Вербенко. Производя несколько операций создания искусственного влагалища из тазовой брюшины, мы убедились в том, что нет необходимости в брюшностеночном чревосечении для мобилизации и низведения тазовой брюшины во вновь созданное ложе между мочевыми путями и прямой кишкой.

Поэтому была разработана модификация кольпопоза из тазовой брюшины одноэтапным методом (А. Г. Курбанова и Е. В. Кравкова). Методика операции заключается в следующем. После рассечения соединительнотканной перегородки преддверия влагалища в поперечном направлении создается ложе между уретрой и прямой кишкой до брюшины, при этом седалищно-пещеристые мышцы и соединительнотканнные перемычки рассекают, а клетчатку, прилегающую к брюшине, широко отсепаровывают тупым путем от прямой кишки, мочевого пузыря и в стороны к стенкам малого таза.

Затем производят вскрытие брюшины несколько кзади от мышечного валика (рудимента матки) в поперечном направлении на протяжении 4—5 см. На брюшину накладывают 4 лигатуры (на передний и задний листки и по бокам) и при помощи лигатур низводят ее ко входу во влагалище и подшивают отдельными кетгутowymi швами к краям разреза входа во влагалище.

Затем большую переводят в положение Тренделенбурга, после чего создают купол образованного влагалища. Для этого на глубине 11—12 см в поперечном направлении накладывают кетгутowe швы на передний и задний листки брюшины. Влагалище рыхло тампонируют марлей, смоченной вазелиновым маслом. Тампонаду следует делать очень осторожно, так как брюшина легко подвергается травматизации, что создает в дальнейшем возможность образования спаек и сращений. Через сутки после операции тампон удаляют и вновь созданное влагалище ежедневно обрабатывают вазелиновым маслом.

Одноэтапный метод создания искусственного влагалища был применен у 80 женщин в возрасте от 17 до 25 лет. Результаты операции (наибольший срок 4 года) можно считать благоприятными: 75 женщин живут нормальной половой жизнью, 5 больных половой жизнью не живут, однако сращения стенок влагалища у них не произошло. При вагинографии влагалище имело обычный вид.

Одноэтапный метод кольпопоза из тазовой брюшины является эффективным для лечения аплазии влагалища. Он сравнительно безопасен и более доступен широкому кругу практических врачей.

При выполнении операции кольпопоза из брюшины таза могут быть затруднения, как и при всех методах кольпопоза, во время создания канала для будущего влагалища, при разделении тканей между прямой киш-

кой и мочевым пузырем. При этом возможны повреждения указанных органов и, если возникает ранение прямой кишки или мочевого пузыря, рана должна быть немедленно зашита двумя этажами узловатых швов из кетгута, а при повреждении кишки — из шелка или капрона.

Второе затруднение иногда возникает при вскрытии купола брюшины прямокишечно-маточного углубления. Это наблюдается при недостаточной отслойке брюшины от прямой кишки и неправильном определении границы между мочевым пузырем и прямой кишкой и может привести к ранению последней. Прежде чем вскрывать купол предполагаемой брюшины необходимо убедиться, что это именно брюшина прямокишечно-маточного углубления. Немедленное наложение швов на рану кишки при наличии хорошей предоперационной подготовки кишечника заканчивается хорошим заживлением, не вызывая в последующем осложнений у больных.

Операции при частичном заращении влагалища

С помощью зеркал обнажают область частичного сужения влагалища, которая представляется в виде перегородки с отверстием той или иной величины. Иногда отверстие бывает точечным, пропускающим лишь пуговчатый зонд, и обнаруживается при выделении менструальной крови или слизи, скопившейся за перегородкой. У некоторых больных сужение кольцевидной формы и имеет рубцовые изменения. После того как обнаружено отверстие, если оно точечное, его расширяют с помощью маточного зонда, дилататора Гегара или разреза до проходимости пальца и обследуют пальцем величину и емкость влагалища за перегородкой, ее толщину. Затем осторожно, чтобы не повредить соседних органов, перегородку рассекают в поперечном направлении в одну и другую сторону от отверстия. Если после рассечения перегородки до боковых стенок влагалища последнее принимает присущую ему форму, приступают к наложению кетгутовых швов; последние накладывают в направлении, противоположном линии разреза.

Однако далеко не всегда удается так просто закончить операцию при атрезии влагалища. Нередко при наличии больших рубцовых изменений приходится иссекать рубцы и производить дополнительные разрезы, чтобы обеспечить свободный доступ к шейке матки. В результате возникает раневая поверхность более или менее значительных размеров. С целью закрытия раневой поверхности и создания полноценного влагалища используют лоскуты из слизистой оболочки половых губ. Лоскуты могут быть различной величины и формы в зависимости от потребности, но они всегда должны соединяться мостиком ткани с половой губой, чтобы не было нарушения кровообращения.

XVI

Урогинекологические операции

Показаниями к урогинекологическим операциям являются прежде всего функциональное недержание мочи, свежие ранения мочевых путей, мочеполовые свищи. Акушерские свищи в настоящее время наблюдаются редко, но увеличилось число мочеполовых свищей, возникающих после гинекологических операций. Значительное число больных обращаются по поводу функционального недержания мочи, и помощь им может быть обеспечена только при хорошем знании методики и техники оперативных вмешательств при этом страдании.

Выполнение урогинекологических операций требует хорошего знания анатомо-топографических особенностей оперируемых органов, их функциональной нагрузки и специальных навыков в этой области оперативной гинекологии.

Оперативное лечение недержания мочи

Успех оперативного лечения функционального недержания мочи прежде всего зависит от диагностики причин, приведших к возникновению этого страдания, и от правильного выбора метода операции. Недостаточность сфинктера уретры значительно варьирует в интенсивности у разных больных и может быть в известной степени связана с сопутствующими состояниями, например смещениями матки и влагалища.

Ingelman-Sundberg предложил классификацию недержания мочи, которая удобна для клинициста, так как облегчает выбор метода лечения в каждом случае.

С точки зрения причинных факторов недостаточность сфинктера уретры может быть врожденной, посттравматической (послеродовой и послеоперационной) и дисфункциональной. Конечно, возникновение недостаточности сфинктера у больной может быть обусловлено одним или несколькими факторами. С учетом патологической анатомии и физиологии возможны следующие варианты:

1. Простая недостаточность сфинктера уретры:

- а) обусловленная только слабостью внутреннего пузырного сфинктера;
- б) обусловленная слабостью внутреннего сфинктера и слабостью системы произвольного сфинктера;
- в) слабость сфинктера, обусловленная наличием сращений.

2. Недостаточность сфинктера уретры, связанная с высоким внутрипузырным давлением:

- а) заболевания мочевого пузыря;
- б) наличие опухолей тазовых органов;
- в) наличие патологической иннервации мочевого пузыря.

3. Недостаточность сфинктера уретры, связанная со смещением мочеполювых органов:

- а) наличие дислокации уретры;
- б) наличие опущения треугольника пузыря (низкое или переднее цистоцеле);
- в) наличие высокого или заднего цистоцеле.

С учетом интенсивности неудержания мочи различают три степени недостаточности сфинктера уретры.

1. Легкая степень недостаточности сфинктера. Неудержание мочи является при выраженном напряжении, кашле и т. д.

2. Средняя степень недостаточности сфинктера. Неудержание мочи является уже при незначительном напряжении, иногда в вертикальном положении и без напряжения.

3. Тяжелая степень недостаточности сфинктера. Неудержание мочи является, как только больная примет вертикальное положение, а иногда может иметь место и в лежащем положении.

Недостаточность сфинктера уретры может, кроме того, сочетаться с сильным ожирением, изменением тканей, вызванным лучевой терапией, астматическим бронхитом и др. Недостаточность сфинктера уретры, наконец, может повториться в результате рецидива заболевания после неудачно произведенных ранее операций.

Как уже говорилось, для правильного выбора метода лечения безусловно необходима безошибочная диагностика причин и характера неудержания мочи.

В случаях легкого неудержания мочи, особенно в постменопаузе, сначала используются консервативные методы лечения и физические упражнения для мышц тазового дна. Как и при хирургическом лечении смещений матки и влагалища, предложено очень много операций для ликвидации недостаточности сфинктера уретры, но применяется чаще всего только ограниченное число операций. В основе многих из них лежит одна и та же идея, и они мало чем отличаются по технике выполнения.

Прямая мышечная пластика

Прямая мышечная пластика (*directe musculplastik*) предложена Штекелем. Операция состоит в восстановлении мышечной ткани жома мочевого пузыря и является эффективной при относительном неудержании мочи. После обычной подготовки к влагалищной операции шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят книзу. По средней линии натянутой передней стенки влагалища производят продольный разрез, начиная его на 1 см ниже наружного отверстия уретры и оканчивая у места прикрепления влагалищного свода к шейке матки. Стенку влагалища отсепааровывают в обе стороны с таким расчетом, чтобы широко обнажить мочеиспускательный канал и шейку мочевого пузыря.

С помощью крутой иглы проводят шелковые швы слева направо в области уретры и сфинктера, соединяя разорванные и разошедшиеся мышечные волокна (рис. 272). При наличии цистоцеле отдельными швами ушивают пузырно-влагалищную фасцию на всем ее протяжении.

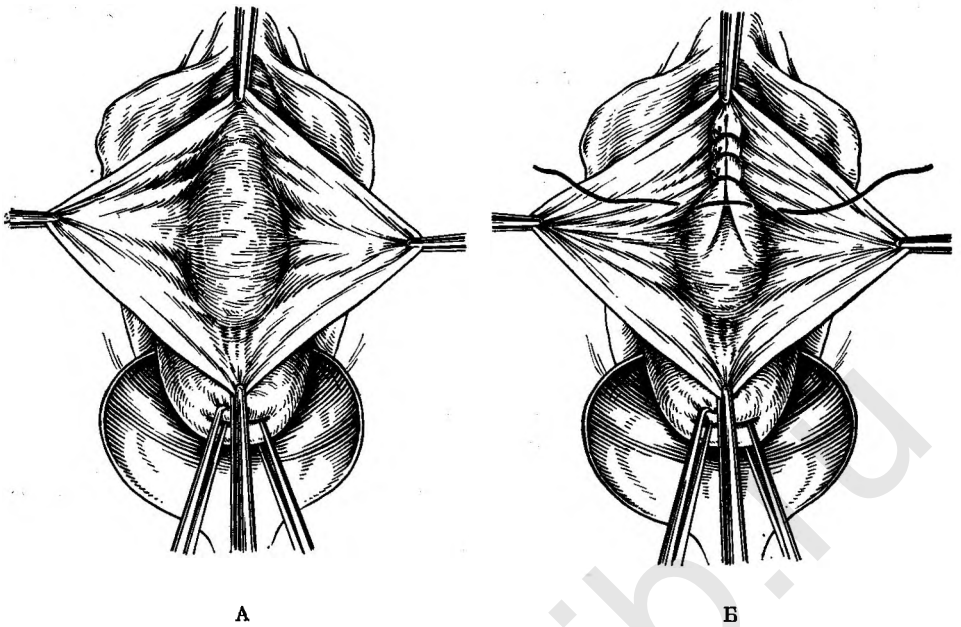


Рис. 272. Прямая мышечная пластика.

А — сделан продольный разрез, стенки влагалища отсепарованы вправо и влево. Широко обнажена область шейки мочевого пузыря и прилегающей части мочеиспускательного канала; Б — через мышечные волокна и пузырно-влагалищную фасцию проведены основные шелковые швы.

Операция Келли

Операция показана при неудержании мочи, обусловленном простой недостаточностью сфинктера уретры.

Это вмешательство может комбинироваться с операциями по поводу опущения влагалища.

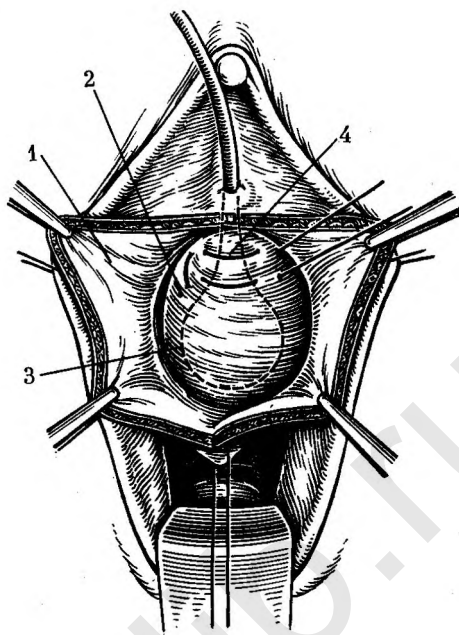
Техника операции. Предоперационная подготовка и положение больной — обычные для производства влагалищных операций. Катетер Фолея вводят в мочевой пузырь. Отступя 1—1,5 см от наружного отверстия уретры, производят продольный разрез передней стенки влагалища до перехода переднего свода на шейку матки. Тупым и острым путем отсепаровывают стенки влагалища широко в стороны и обнажают заднюю половину уретры и шейки мочевого пузыря.

Путем смещения катетера Фолея книзу, пока его баллон не достигнет выхода из мочевого пузыря, определяют область внутреннего сфинктера уретры. На эту область накладывают два или три тонких шелковых или лавсановых матрадных шва для сужения внутреннего сфинктера и сближения тканей шейки мочевого пузыря (рис. 273). Шов должен захватывать достаточное количество ткани. После этого удаляют избыток влагалищной стенки и влагалище зашивают непрерывным или узловатым кетгутовым швом.

В мочевой пузырь на несколько дней можно ввести тонкий резиновый катетер.

Операция Келли.

1 — отсепарованная передняя стенка влагалища; 2 — мочевой пузырь; 3 — баллон катетера Фолея; 4 — матрацный шов на ткани внутреннего сфинктера мочевого пузыря.

**Операция Кеннеди**

Показания: простая недостаточность сфинктера или недержание мочи, обусловленное сращениями. Это вмешательство может комбинироваться с операциями по поводу опущения матки и влагалища.

Техника операции. Предоперационная подготовка и положение больной — обычные для производства влагалищных операций. Срединным продольным разрезом, отступя 0,5—1 см от наружного отверстия уретры и до передней губы шейки матки, рассекают переднюю стенку влагалища. В обе стороны от разреза стенку влагалища отсепаровывают тупым и острым путем от уретры и мочевого пузыря. Область внутреннего сфинктера уретры тщательно отделяют от окружающих тканей и ветвей лонной кости. Путем смещения пулевыми щипцами шейки матки кзади распрямляют уретру и на ее заднюю часть и основание мочевого пузыря накладывают несколько матрацных швов из кетгута, лавсана или тонкого шелка (рис. 274, А). Второй ряд матрацных швов из кетгута накладывают на пузырьные связки. Если необходимо, для лучшей элевации шейки мочевого пузыря на передние части пузырных связок накладывают дополнительные узловатые кетгутовые швы (рис. 274, Б).

Чтобы создать дополнительную поддержку для уретры, можно шить узловатыми кетгутовыми швами края *m. bulbocavernosus*. Избыток слизистой оболочки передней стенки влагалища удаляют. На уровне шейки мочевого пузыря через стенку влагалища с одной стороны на другую проводят две прочные шелковые (или серебряные) нити с прохождением через переднюю часть *m. pubococcygeus* (рис. 274, В). Непрерывным или узловатым кетгутовым швом зашивают стенку влагалища и затем завязывают над швом две ранее наложенные шелковые (серебряные) нити. Эти два шва усиливают поддержку шейки мочевого пузыря. В мочевой пузырь вводят тонкий резиновый постоянный катетер и влагалище рыхло заполняют марлевым тампоном, который через сутки удаляют.

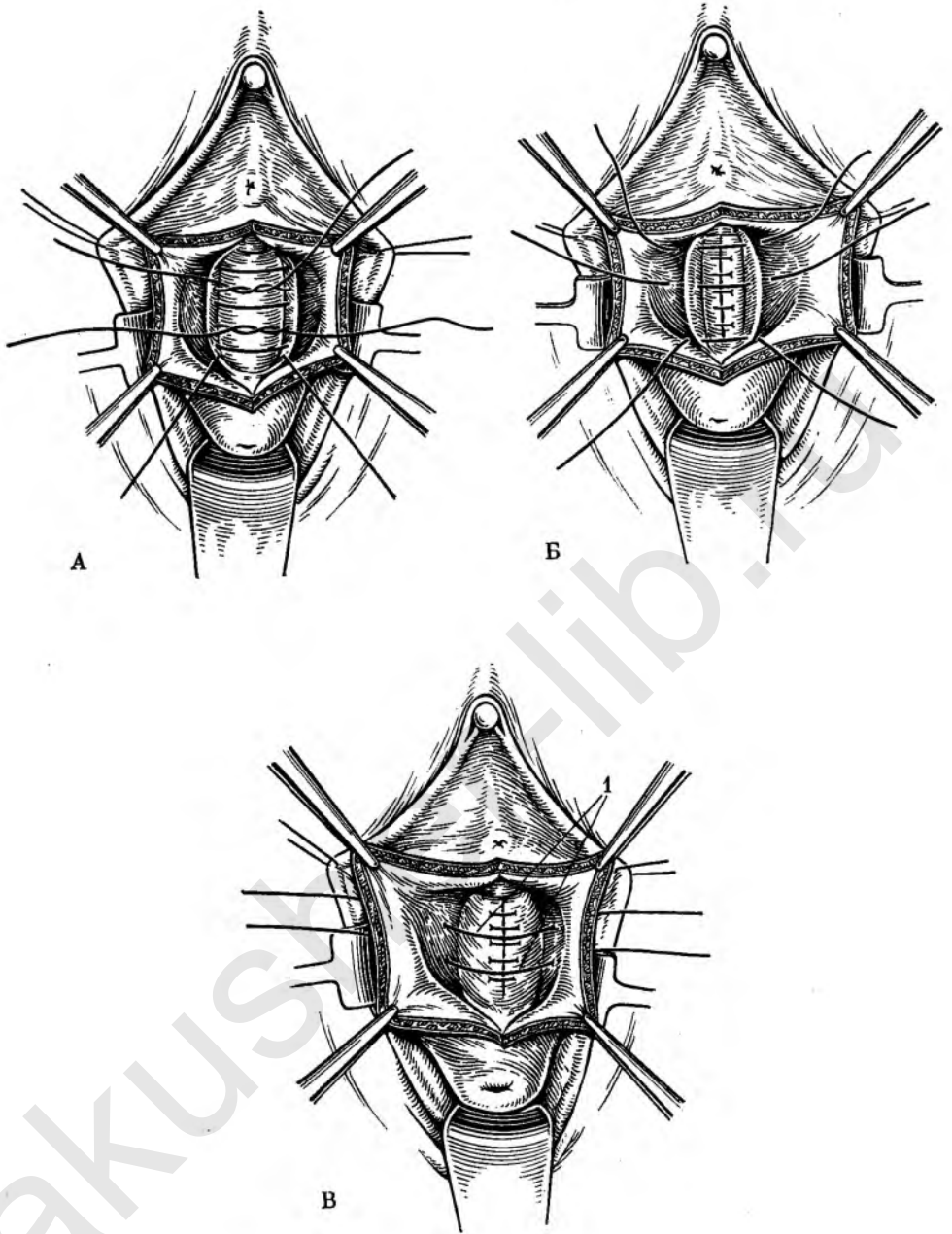


Рис. 274. Операция Кеннеди.

А — на заднюю часть уретры и основания мочевого пузыря наложены матрацные швы; Б — второй ряд узловатых кетгутовых швов на ткани пузырных связок; В — через стенку влагалища и т. рибососсуеис проведены две прочные шелковые нити (1), которые затягивают после ушивания влагалища.

Операция Атабекова

Показания: недержание мочи при простой недостаточности сфинктера уретры.

Техника операции. Операция заключается в перемещении дна мочевого пузыря кпереди. Как и при предыдущем вмешательстве, производят срединный продольный разрез передней стенки влагалища с широкой отсепаровкой краев разреза в стороны с обнажением уретры и основания мочевого пузыря. Тупым и острым путем мочевой пузырь отсепаровывают от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. В поперечном направлении спереди назад на заднюю часть уретры и стенку мочевого пузыря накладывают швы (см. рис. 298). Этим достигается смещение (транспозиция) кпереди дна мочевого пузыря, стенка которого прилегает теперь к области внутреннего сфинктера. Затем дополнительными узловатыми кетгутowymi швами складку ушитой стенки мочевого пузыря прикрепляют к уретре. Избыток стенки влагалища удаляют и края разреза соединяют непрерывным кетгутovým швом.

Операция пубококцигеальной пластики Ингельман — Зандберга

Показания: недостаточность сфинктера уретры сама по себе или в сочетании с передним цистоцеле, сращениями.

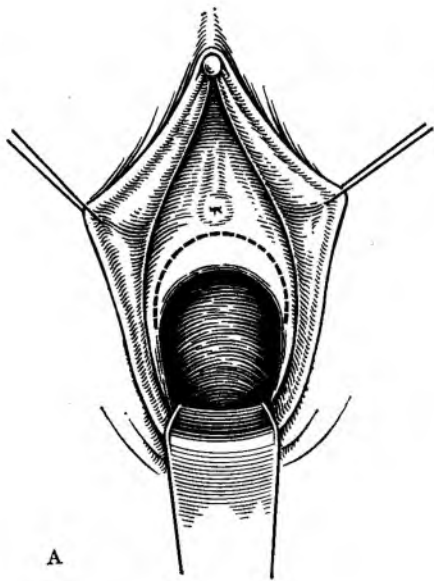
Техника операции. Отступая 0,5 см от наружного отверстия уретры, производят в поперечном направлении разрез передней стенки влагалища, затем рассекают в породольном направлении боковые стенки влагалища у места перехода их в переднюю стенку (рис. 275, А). Выкроенную таким образом в виде П-образного лоскута переднюю стенку влагалища тупым и острым путем отсепаровывают от уретры и мочевого пузыря до шейки матки (рис. 275, Б). Заднюю половину уретры, область внутреннего сфинктера и шейки мочевого пузыря мобилизуют от сращений с окружающими тканями и от ветвей лонной кости (имеющиеся рубцовые ткани иссекают). На эти части накладывают несколько узловатых кетгутových матрацных швов.

Затем сшивают узловатыми швами из прочного кетгута пузырные связки (тазовую фасцию), образуя фасциальную пластинку над шейкой и дном мочевого пузыря (рис. 275, В).

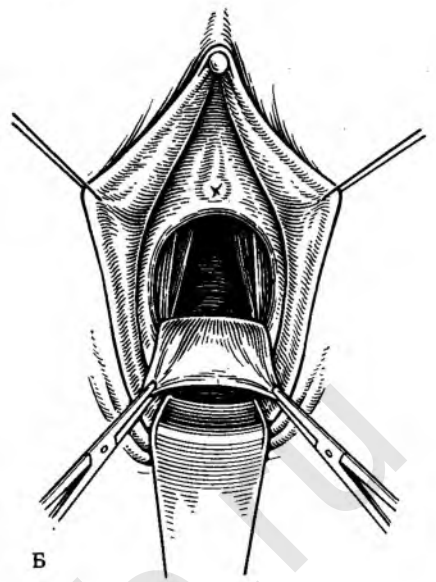
Этими мероприятиями укрепляется область сфинктера уретры и ликвидируется цистоцеле. Если элевация мочевого пузыря недостаточна, то накладывают дополнительно еще ряд узловатых кетгутových швов на пузырные связки (тазовую фасцию).

Расслоением тупым путем с обеих сторон до лонных костей обнажают *m. pubososseus*, которые пересекают примерно на середине или несколько ниже. С каждой стороны, таким образом, получены две части *m. pubososseus*: передняя, прикрепляющаяся к лонной кости, и задняя, прикрепляющаяся к копчику.

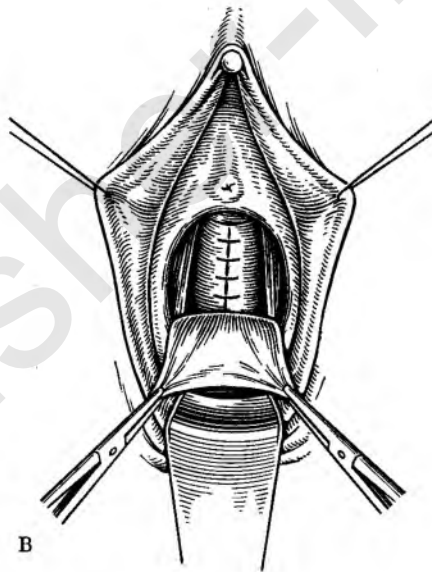
Передние части *m. pubososseus* сшивают узловатыми кетгутowymi швами, чем создается мышечная поддержка для шейки мочевого пузыря ниже фасциального слоя (рис. 276). Задние части *m. pubososseus* сшивают каждую с *m. bulbocavernosus* соответствующей стороны. Отсепарованную переднюю влагалищную стенку укладывают на свое место и сшивают узловатыми кетгутowymi швами. В мочевой пузырь вводят постоянный тонкий резиновый катетер и влагалище рыхло тампонируют на 24 ч.



A



Б



В

Рис. 275. Операция Ингельман — Зандберга.

А — линия рассечения стенки влагалища; Б — передняя стенка влагалища отсепарована от уретры и мочевого пузыря; В — узловатыми кетгутowymi швами ушиты пузырьные связки.

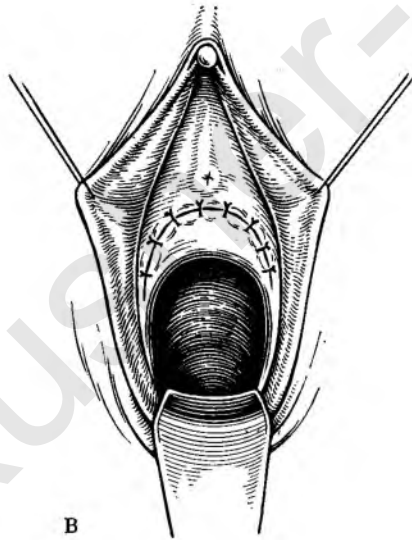
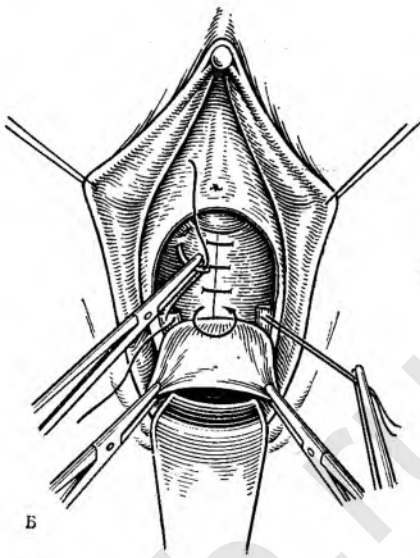
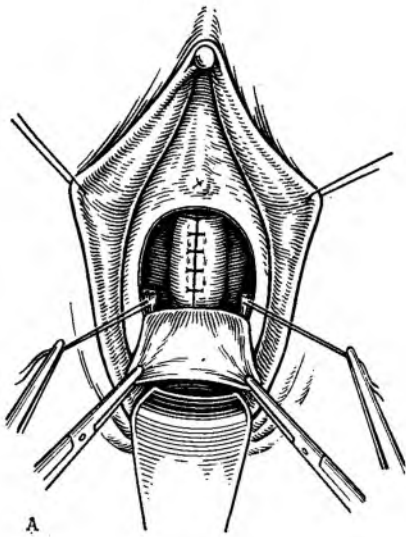


Рис. 276. Операция Ингельман — Зандберга.

А, Б — передние части *m. rhibososseus* сшиты между собой, шивание задних частей *m. rhibososseus* с *m. bulbosavernosus*; В — восстановлена целость передней стенки влагалища.

Операция перегиба уретры Ингельман — Зандберга

Эта простая операция преследует две цели — удлинить примерно на 3 см уретру кверху по направлению к клитору и создать определенное сдавление удлиненной уретры за счет сшивания обеих *m. bulbocavernosus*. Прилегая к задней и нижней поверхностям симфиза, у его нижнего края уретра перегибается. При акте мочеиспускания бульбокавернозные мышцы расслабляются, а задняя часть уретры сдвигается в каудальном направлении; при этом перегиб уретры значительно уменьшается. Когда после мочеиспускания шейка мочевого пузыря снова приподнимается и бульбокавер-

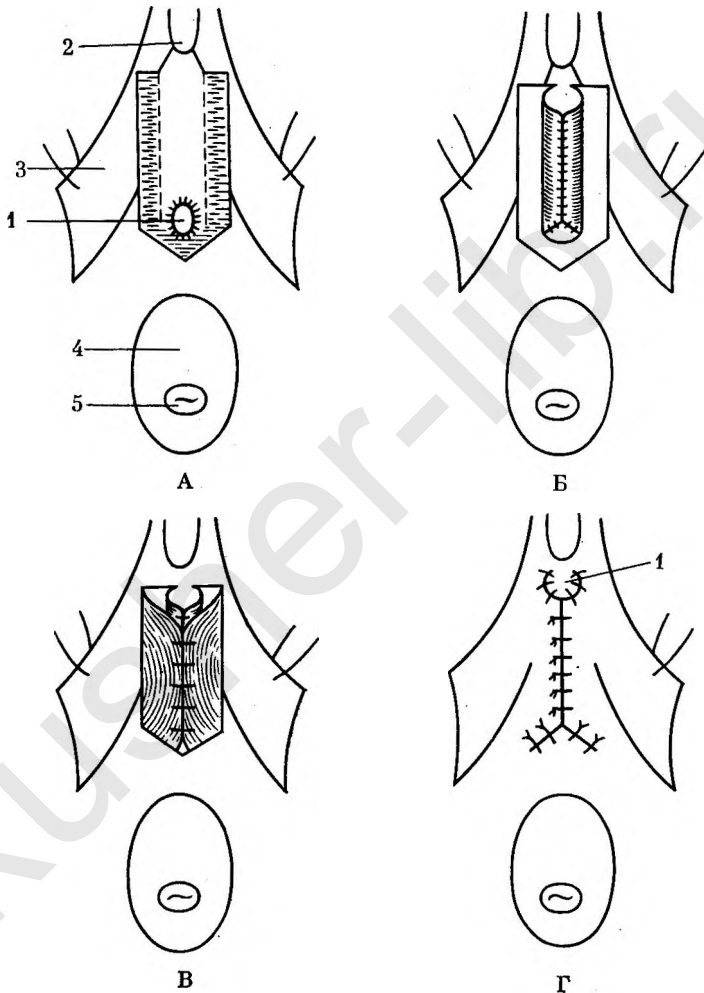


Рис. 277. Операция перегиба уретры (схема).

А — линия разреза и отсепаровки слизистой оболочки вульвы; 1 — наружное отверстие уретры; 2 — клитор; 3 — малые половые губы; 4 — влагалище; 5 — шейка матки; Б — из отсепарованной слизистой оболочки вульвы сформирована трубка, которая является продолжением уретры; В — поверхность сформированной трубки сшита между собой бульбокавернозные мышцы; Г — на слизистую оболочку вульвы наложены узловатые кетгутовые швы; 1 — вновь сформированное наружное отверстие удлиненной уретры.

нозные мышцы сокращаются, перегиб уретры восстанавливается с прижатием части уретры к нижней поверхности симфиза.

Показания: недержание мочи, обусловленное деструкцией сфинктера, сращениями, особенно после неудачных предыдущих операций по поводу недостаточности сфинктера уретры. Необходимо, чтобы основание мочевого пузыря было подвижным и отсутствовало переднее или заднее цистоцеле. Кроме того, слизистая оболочка вульвы не должна быть атрофичной.

Техника операции. Производят два параллельных продольных разреза слизистой оболочки, начиная почти от основания клитора и заканчивая тупым углом позади наружного отверстия уретры, отступя от него на 1 см (рис. 277, А). Ширина выкроенного прямоугольного лоскута слизистой оболочки вульвы должна быть примерно 3 см. На катетере после отсепаровки с боков краев слизистого лоскута на достаточном, но небольшом протяжении формируют трубку длиной 3—4 см, являющуюся продолжением уретры (рис. 277, Б). Для сшивания используют тонкий кетгут и круглые или атравматические иглы. Поверх сформированной трубки несколькими узловатыми кетгутowymi швами сшивают фасциальную ткань, находящуюся под бульбокавернозными мышцами, а затем и сами бульбокавернозные мышцы (рис. 277, В). Третий слой ткани создается за счет сшивания фасциальной ткани и клетчатки, находящихся поверх бульбокавернозных мышц. На слизистую оболочку вульвы накладывают узловатые кетгутowe швы для закрытия раны (рис. 277, Г). В мочевой пузырь на 6—7 дней вводят тонкий и мягкий резиновый катетер, который должен быть фиксирован к лобку во избежание давления на изогнутую уретру и расхождения швов.

Операция Фигурнова

К. М. Фигурнов путем многочисленных анатомических исследований (на 147 женских трупах) выяснил, что у нерожавших женщин, хорошо удерживающих мочу, дно мочевого пузыря расположено высоко и близко к задней поверхности симфиза. Задняя стенка дна и тела мочевого пузыря, а также уретра имеют почти вертикальное направление.

У рожавших женщин, страдающих недержанием мочи, имеется отхождение кзади начальной части уретры и дна мочевого пузыря от задней поверхности симфиза. Уретра в таких случаях принимает почти горизонтальное направление. Выпадающая передняя стенка влагалища смещает кзади и книзу заднюю стенку мочевого пузыря, образуя цистоцеле. Все это приводит к растягиванию внутреннего отверстия уретры, которая к тому же имеет недостаточность сфинктера за счет травмирования его в родах.

Исходя из этого, К. М. Фигурнов в 1922 г. предложил комбинировать ушивание разошедшихся волокон сфинктера мочевого пузыря с ликвидацией цистоцеле и исправлением положения мочевого пузыря поднятием его посредством фиксации передней стенки влагалища к задней поверхности лобковой кости.

Показания: простая недостаточность сфинктера уретры, сочетающаяся с цистоцеле. Это оперативное вмешательство может комбинироваться с операциями по поводу выпадения матки и влагалища.

Техника операции. Операция производится со стороны влагалища. После низведения шейки матки пулевыми щипцами книзу на передней стенке влагалища делают продольный разрез слизистой оболочки, отступя 1 см от наружного отверстия уретры и не доходя 2 см до передней губы шейки матки. В обе стороны переднюю стенку влагалища отсепааровывают

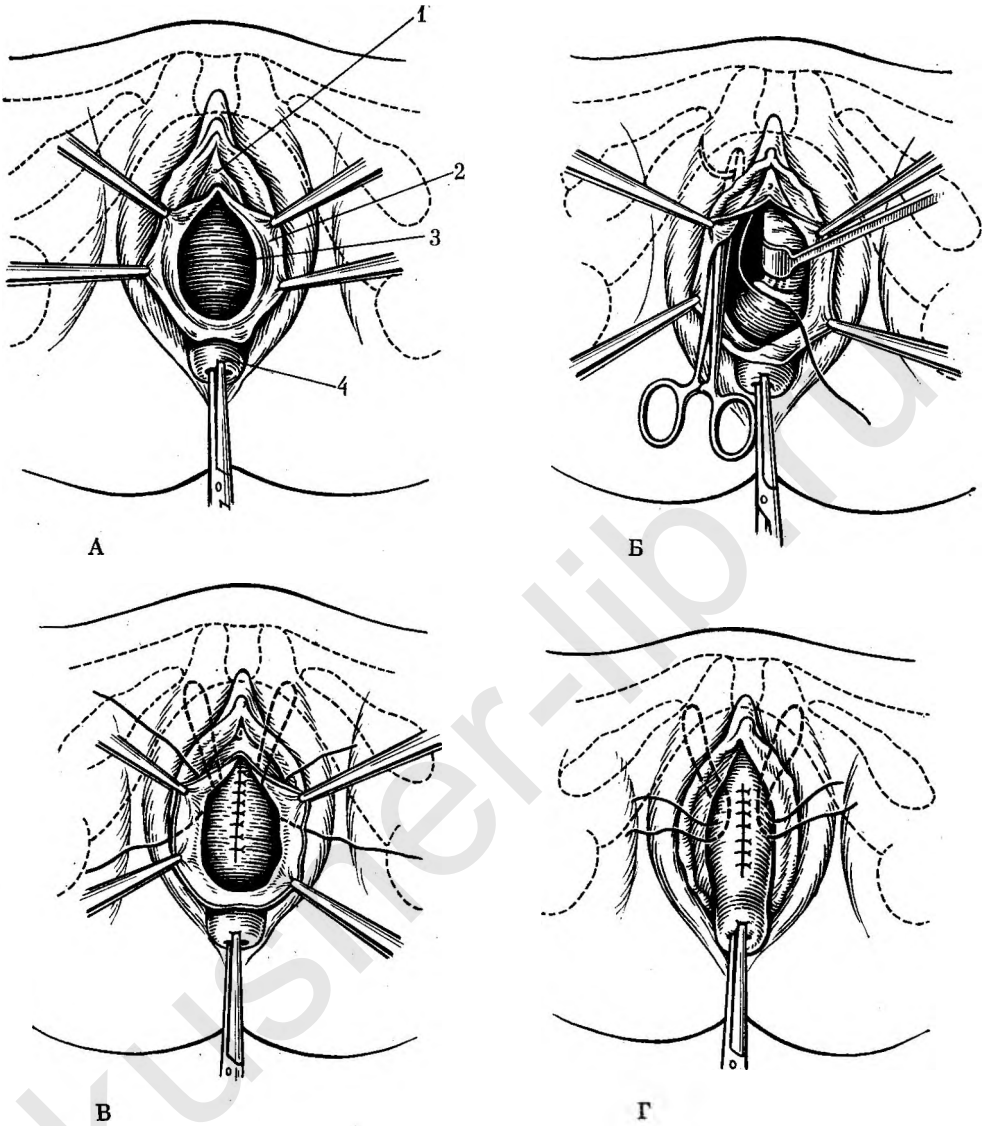


Рис. 278. Операция по Фигурнову.

А — передняя стенка влагалища отсепарована от мочевого пузыря и его шейки; 1 — наружное отверстие уретры; 2 — отсепарованная стенка влагалища; 3 — мочевой пузырь; 4 — шейка матки; Б — проведение лигатур на задней поверхности лонной дуги через начало сухожильных дуг; В — ушивание поперечными швами шейки мочевого пузыря и задней его стенки; Г — передняя стенка влагалища зашита. В средней трети его видны поддерживающие лигатуры, ход которых в глубине обозначен пунктиром.

от уретры, шейки мочевого пузыря и его задне-нижней стенки (рис. 278, А). Уретру и шейку мочевого пузыря отсепааровывают с боков до $\frac{3}{4}$ их окружности. Тупым путем справа и слева от шейки мочевого пузыря доходят до задней поверхности симфиза, проникая в *cavum Retzii* и отодвигая в сторону жировую ткань.

Проникая пальцем в эти пространства, прощупывают на задней поверхности лобковой кости идущий в горизонтальном направлении валик — начало *arcus tendineus fasciae pelvis*, к которому и фиксируется передняя стенка влагалища. Для этого с помощью небольшой круто изогнутой иглы в вертикальном направлении через этот валик проводят крепкую шелковую лигатуру, оба конца которой также направляют через переднюю стенку влагалища сбоку от шейки мочевого пузыря (рис. 278, Б). Такую же лигатуру проводят через валик и отсепаарованную стенку влагалища с другой стороны. Этими двумя лигатурами передняя стенка мочевого пузыря будет фиксирована к задней поверхности симфиза. На разошедшиеся волокна сфинктера уретры и стенку мочевого пузыря накладывают в поперечном направлении узловатые кетгутовые швы (рис. 278, В). Этим достигается также ликвидация цистоцеле. Избыток отсепаарованной передней стенки влагалища удаляют и края сшивают непрерывным кетгутовым швом, как при передней кольпоррафии. Пулевые щипцы снимают с шейки матки, переднюю стенку влагалища и матку приподнимают вверх и к симфизу (рис. 278, Г). Ранее наложенные шелковые лигатуры теперь завязывают, переднюю стенку влагалища плотно фиксируют к задней поверхности симфиза, исправляя положение мочевого пузыря и уретры. В послеоперационном периоде мочу выпускают тонким металлическим катетером.

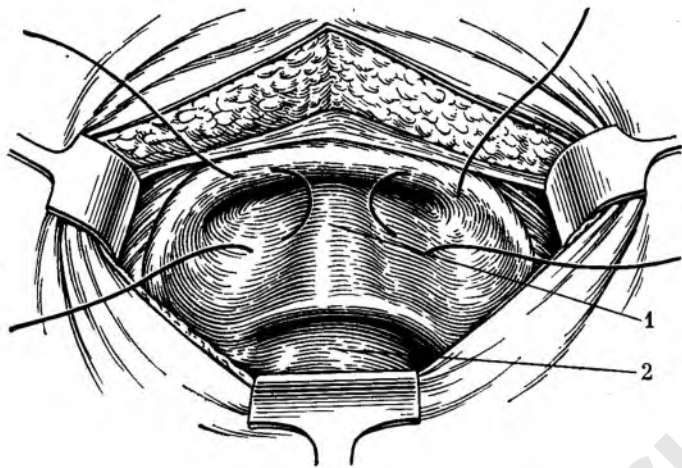
К. М. Фигурнов отмечает, что из 109 оперированных по этому методу больных благоприятные отдаленные результаты получены у 91%.

Абдоминальная везико-уретральная суспензия — операция Маршалла — Марчетти — Крантца

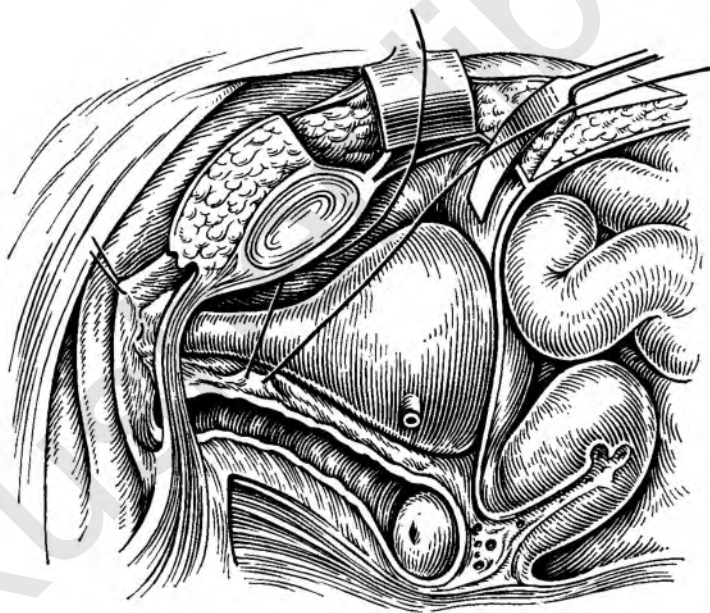
Предложенная в 1949 г. операция по существу повторяет идею К. М. Фигурнова — путем фиксации передней стенки влагалища к задней поверхности лона ликвидировать смещение кзади уретры и шейки мочевого пузыря. Однако фиксация эта выполняется брюшностеночным путем.

Показания: простая недостаточность сфинктера, а также неудачные операции влагалищным путем по поводу неудержания мочи. При наличии сращений уретры и передней стенки влагалища с рубцовой деформацией операция не производится.

Техника операции. Больную укладывают в положение, как для камнесечения. В мочевой пузырь вводят катетер Фолея, баллон которого наполняют воздухом. Производят разрез по Пфанненштилю с рассечением кожи с подкожной клетчаткой, апоневроза и раздвиганием прямых и пирамидальных мышц брюшной стенки. Проксимальную часть уретры, область шейки мочевого пузыря и переднюю стенку влагалища тупым путем освобождают от задней стенки симфиза и клетчатки, кровоточащие сосуды лигируют. С помощью баллона катетера Фолея определяют точное расположение шейки мочевого пузыря. С обеих сторон накладывают узловатые швы из шелка (лавсана) или прочного кетгута, которые должны захватывать надкостницу верхне-задней поверхности лона и значительную часть стенки влагалища (рис. 279, А, Б). Два шва должны располагаться точно на уровне шейки мочевого пузыря с обеих сторон и проходить через нижние части прямых мышц живота. Все швы должны проводиться таким



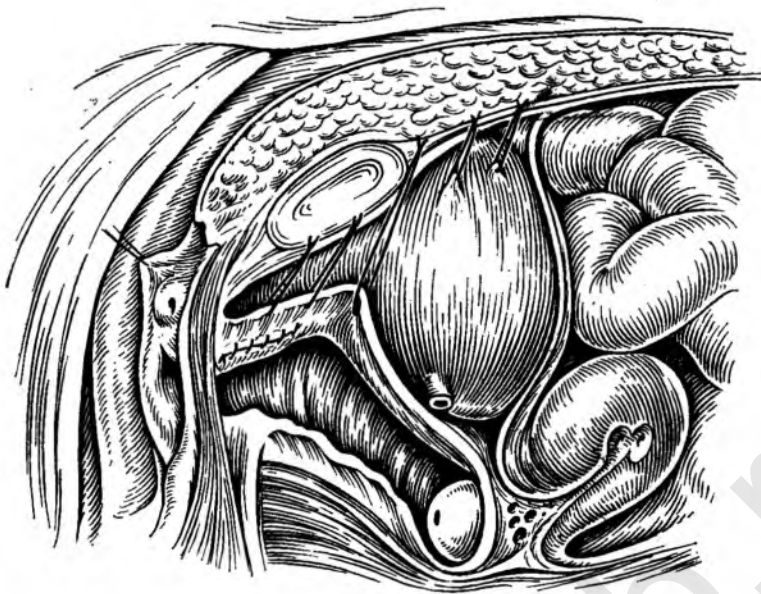
А



Б

Рис. 279. Операция по Маршаллу — Марчетти — Крантцу.

А — наложено с каждой стороны по одному шву через стенку влагалища и надкостницу лона; 1 — уретра; 2 — мочевой пузырь; Б — схема наложения швов на стенку влагалища и надкостницу лона; В — конечный результат операции после наложения всех швов.



В

образом, чтобы после их завязывания шейка мочевого пузыря приподнялась вверх и краниально.

Добавочные швы можно наложить на нижние и латеральные отделы мочевого пузыря, провести их через прямые мышцы живота и завязать над апоневрозом (рис. 279, В).

В *sacum Retzii* можно с целью дренажа ввести небольшую марлевую турунду и послойно зашить брюшную стенку наглухо обычным способом.

Операция Маршалла — Марчетти — Крантца в настоящее время получила большое распространение и дает небольшое число рецидивов неудержания мочи (до 5%). Ее можно комбинировать с обычно производимыми влагалитчными операциями по поводу недостаточности сфинктера уретры.

Ректопирамидально-апоневротическая пластика сфинктера уретры — операция Гобеля — Штеккеля — Мажбица

Показания: недержание мочи, обусловленное простой недостаточностью сфинктера уретры, а также сращениями; может также производиться вслед за ушиванием мочеполового свища в уретротригональной области.

Техника операции. Положение больной, как при камнесечении. Сначала операция производится со стороны влагалитца. Отступя 0,5—1 см от наружного отверстия уретры, делают срединный продольный разрез слизистой оболочки влагалитца до шейки матки. Слизистую оболочку влагалитца в обе стороны отсепааровывают с обнажением уретры и шейки мочевого пузыря, которые должны быть высепарованы на $\frac{3}{4}$ своей окружности.

Тупым путем с обеих сторон от шейки мочевого пузыря доходят до задней поверхности симфиза, проникая в *sacum Retzii* (как при операции Фигурнова). Затем производят от лона до пупка линейный срединный

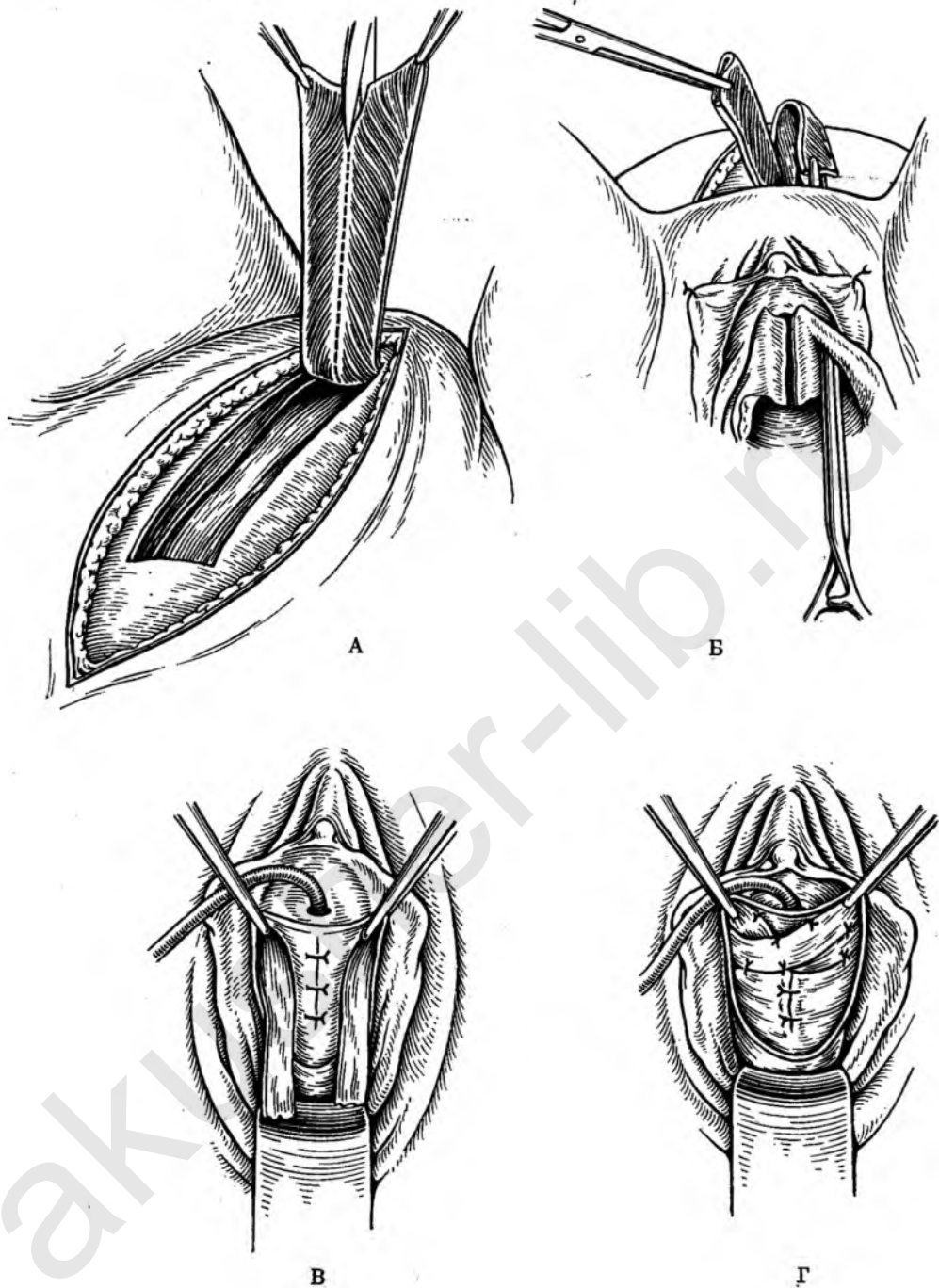


Рис. 280. Операция по Гобелю — Штеккелю — Мажбицу.

А — выкраивание апоневротической полоски из прямых и пирамидальных мышц живота с последующим рассечением ее вдоль; Б — выведение противоположной мышечно-aponевротической полоски во влагалищную рану; В — выведенные мышечно-aponевротические полоски перекрещены над уретрой и сшиты между собой (Г).

разрез передней брюшной стенки до апоневроза. Апоневроз широко освобождают от подкожножировой клетчатки. Скальпелем намечают мышечно-апоневротическую полосу шириной 3—4 см и длиной 12 см, нижний конец которой остается соединенным с лоном. Ножницами эту полосу высепаивают до симфиза и затем разрезают вдоль на две равные части (рис. 280). В обе стороны тупым путем (пальцем) позади прямых мышц живота проникают в паравезикальное пространство до места встречи с верхушкой браншей замкнутого на замок корнцанга, который проводят со стороны влагалища через сделанный ранее ход латерально от шейки мочевого пузыря. Мышечно-апоневротические лоскуты перекрещивают и разведенными браншами корнцанга захватывают противоположные полоски, которые выводят во влагалищную рану. То же проделывают с другой стороны.

Со стороны влагалища дно мочевого пузыря ушивают в поперечном направлении. Мышечно-апоневротические лоскуты снова перекрещивают и подшивают узловатыми кетгутowymi швами в области сфинктера мочевого пузыря, отступя 3 см от наружного отверстия уретры. Свободные концы полосок подводят под леваторы. Переднюю стенку влагалища ушивают обычным образом, затем послойно закрывают рану брюшной стенки.

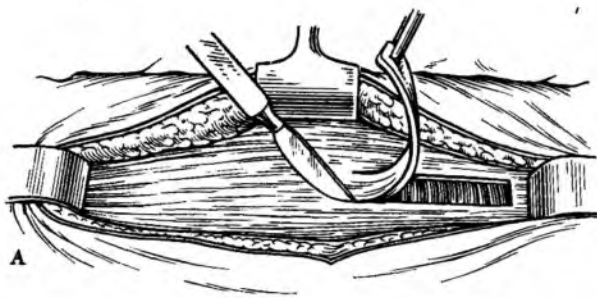
Операция Олдриджа

Эта операция напоминает предыдущую, но проще по выполнению.

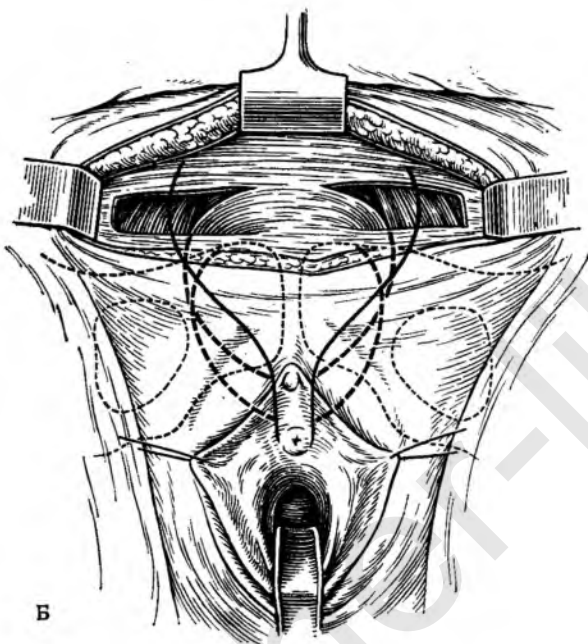
Показания: все виды недостаточности сфинктера уретры, в том числе не излеченные путем пластических операций через влагалище. Может применяться также у нерожавших женщин с врожденной недостаточностью развития мускулатуры сфинктера уретры.

Техника операции. Больную укладывают в положение для влагалищной операции. Первые этапы операции производятся влагалищным путем. Путем срединного разреза передней стенки влагалища и отсепаровки в стороны слизистой оболочки обнажают уретру и шейку мочевого пузыря с выделением их на $\frac{3}{4}$ окружности от окружающих тканей и лонной кости. Тупым путем производят расслоение в паравезикальном пространстве с обеих сторон с обнажением задней поверхности лона и проникновением в *sacum Retzii* до дистальных частей прямых мышц живота. После расправления уретры за счет смещения шейки матки накладывают матрадные узловатые кетгутые швы на заднюю часть уретры и основание мочевого пузыря. Вторым рядом швов соединяют пузырьные связки, как при операции Кеннеди. Надлобковым поперечным разрезом на 2 см выше лона рассекают кожу и подкожную клетчатку от одной до другой *spina iliaca anterior superior*. Апоневроз освобождают от клетчатки и в обе стороны из него выкраивают полоски размером 2×8 см, которые должны быть интактными на протяжении 2 см от средней линии (рис. 281, А). Длинный изогнутый корнцанг вводят со стороны влагалища в заранее сделанный ход в *sacum Retzii*.

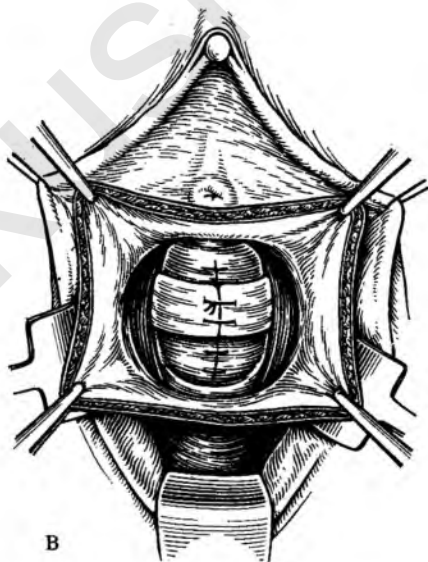
После прободения прямой мышцы живота бранши корнцанга раскрывают и захватывают ими конец апоневротической полоски соответствующей стороны, который низводят во влагалищную рану. То же проделывают с другой стороны (рис. 281, Б). Низведенные апоневротические полоски с достаточным натяжением сшивают над сфинктером уретры (рис. 281, В). Избыток отсепарованной передней стенки влагалища удаляют и влагалищную рану ушивают. Затем зашивают апоневроз и разрез брюшной стенки.



A



Б



В

Рис. 281.

Операция по Олдриджу.

А — выкраивание апоневротической полоски справа; Б — проведение выкраенных апоневротических полосок во влагалищную рану; В — апоневротические полоски сшиты над сфинктером уретры.

Примерное описание операции пластики сфинктера уретры

Показания к операции: недостаточность сфинктера уретры тяжелой степени. Наркоз — эндотрахеальный эфирно-кислородный.

Отступя 0,5 см от наружного отверстия уретры, на передней стенке влагалища произведен срединный продольный разрез до передней губы шейки матки. Край слизистой оболочки влагалища отсепарованы в стороны с освобождением задней половины уретры и шейки мочевого пузыря на $\frac{3}{4}$ их окружности. Тупым путем произведено расслоение паравезикальной клетчатки с обеих сторон от шейки мочевого пузыря с проникновением в предпузырную область. На уретру и основание мочевого пузыря наложены три матрацных шелковых шва, затем узловатыми кетгутовыми швами соединены пузырные связки. Произведен надлобковый поперечный разрез брюшной стенки до апоневроза; последний широко освобожден от клетчатки. В поперечном направлении из апоневроза выкроены два лоскута размером 8×2 см, латеральные свободные концы которых выведены по бокам от шейки мочевого пузыря во влагалищную рану и узловатыми кетгутовыми швами спиты над сфинктером уретры. Произведено ушивание раны влагалища и брюшной стенки.

Источники ошибок, возможные осложнения при операциях по поводу неудержания мочи

При хирургическом лечении неудержания мочи очень часто могут встретиться значительные технические трудности. Это относится в первую очередь к тем случаям, когда больные уже подвергались раньше оперативному лечению по этому поводу или в связи с наличием уретро- или пузырно-влагалищной фистулы. К сожалению, в последнем случае хирург нередко стремится только устранить анатомический дефект — наличие фистулы, не учитывая, что одновременно надо ликвидировать и недостаточность сфинктера уретры, если таковая имеется или может возникнуть после ушивания свища. Все урогинекологические оперативные методы лечения предполагают хорошее знание врачом анатомо-топографических взаимоотношений не только уретры, мочевого пузыря и др., но и близлежащих структур — фасций, мышц, сосудов, нервов. При отсепаровке уретры и мочевого пузыря в первую очередь возможно ранение этих органов, особенно при наличии рубцовых изменений вокруг них и в передней стенке влагалища. Кроме того, при отсепаровке передней стенки влагалища иногда удаляют слишком много ткани, в результате чего стенка уретры и основания мочевого пузыря оказывается чрезмерно тонкой. Поэтому при наличии сращений отсепаровку следует производить только острым путем под контролем катетера. Высвобождать заднюю часть уретры и основания мочевого пузыря нужно так широко, чтобы на них не создавалось натяжения тканей при последующем наложении швов. Ранение уретры и мочевого пузыря, конечно, следует ушить, не захватывая слизистой оболочки, узловатыми тонкими швами маленькой круглой иглой в два этажа. Незнание или неумение выделить мышечные структуры (*m. bulbocavernosus*, *m. ischiocavernosus*, *m. pubococcygeus*) приводит к тому, что в шов захватываются клетчатка или рубцовые ткани, что естественно, приводит к рецидиву заболевания, возникающему спустя 2—3 мес. В послеоперационном периоде и еще некоторое время больная обычно всегда удерживает мочу, вследствие чего создается ложное впечатление об эффективности проделанной операции.

Намечая операцию, например по методу Келли, надо иметь в виду, что при ее выполнении может возникнуть необходимость в усложнении вмешательства (например, по Кеннеди или по Фигурнову) вплоть до производства после влагалищного этапа операции Маршалла — Марчетти — Крантца. Все это выясняется по мере освобождения уретры, мочевого пузыря от передней стенки влагалища, ветвей лонной кости, рубцов и т. д.

Если операция производится под местной анестезией, то в процессе ее выполнения можно наполнить мочевого пузырь и предложить больной покашлять.

При подтекании мочи операцию усложняют.

Если имеются рубцовые изменения в нижней половине передней брюшной стенки (после срединной лапаротомии, воспалительных процессов и т. д.), то ректопирамидально-апоневротическая пластика сфинктера уретры может стать невыполнимой. Это надо учитывать при выборе метода операции. При производстве этого вмешательства, а также операции Олдриджа и др. надо помнить, что брюшная рана должна быть закрыта только после окончания влагалищной части операции. В противном случае, если мышечно-апоневротические лоскуты выскользнут при их подшивании к области сфинктера уретры, захватить их снова через влагалищную рану не удастся.

Операции при повреждении мочевых путей

Повреждения мочевого пузыря, мочеточников и уретры могут возникнуть при родовых травмах, огнестрельном ранении, во время операции, при травмах различными предметами. При оперативных вмешательствах повреждения происходят чаще всего в результате патологического смещения мочевого пузыря и мочеточников, приводящего к изменению анатомо-топографических соотношений (опухоль, воспалительная и опухолевая инфильтрация, рубцы). Ранения мочевых путей могут наблюдаться при радикальных операциях по поводу рака шейки матки во время отсепаровки мочевого пузыря и мочеточников, а также при акушерских и гинекологических операциях, если не соблюдается методика и техника оперативного вмешательства, о чем подробно сказано в соответствующих разделах настоящего руководства.

Правилom является немедленная операция при свежих повреждениях мочевых путей, которая заключается в зашивании раны мочевого пузыря или уретры, сшивании перерезанного мочеточника, пересадке мочеточника в мочевой пузырь или прямую кишку.

При свежем повреждении мочевого пузыря зашивают раневое отверстие со стороны брюшной полости или через влагалище, в зависимости от характера повреждения и от того, произошло ранение мочевого пузыря при чревосечении или влагалищной операции.

Прежде всего необходимо установить характер, форму и размеры повреждения, а также его топографическое отношение к устьям мочеточников, чтобы при наложении швов не закрыть последние. Важным моментом при зашивании повреждения мочевого пузыря является точное прилаживание краев раны. При непроникающем ранении мочевого пузыря на его мышечную оболочку накладывают несколько кетгутовых швов, не прокалывая слизистую оболочку. Дальнейшее отделение мочевого пузыря производят только острым путем.

Зашивают проникающую рану отдельными тонкими швами из нейлона (лавсана) или кетгута. Перед наложением швов края раны по ее углам захватывают мягкими зажимами и раневое отверстие осторожно растягивают в виде поперечной щели. Первые швы с обеих сторон накладывают на стенку мочевого пузыря, отступая от края раны на 0,5—1 см, и используют их как держалки после снятия зажимов.

Первый этаж швов накладывают на мышечную оболочку мочевого пузыря, не прокалывая его слизистую оболочку. Второй этаж узловатых швов располагают над первым так, чтобы они были в промежутках между швами первого этажа. Если по топографическим особенностям линию швов можно прикрыть брюшиной пузырно-маточного пространства или переднего листка широкой связки, то это следует сделать, прикрепляя брюшину к стенке пузыря кетгутowymi швами. После зашивания раны мочевого пузыря его наполняют стерильным физиологическим раствором, подкрашенным синькой или раствором фурацилина 1:5000, чтобы проверить, хорошо ли зашито раневое отверстие. Дальнейшие манипуляции при операции должны исключать травмирование мочевого пузыря.

Большинство хирургов применяют после зашивания раны мочевого пузыря постоянный катетер на 5—6 дней. При наличии хорошо обученного персонала можно обойтись и без постоянного катетера: следует ограничить прием и введение жидкостей, мочу спускать не реже 4 раз в сутки металлическим катетером.

Если больная после операции мочится самостоятельно, необходимо производить контрольную катетеризацию, так как в мочевом пузыре может быть остаточная моча или происходит переполнение мочевого пузыря с наличием парадоксальной ишурии.

При разрыве мочевого пузыря и перитоните показано наложение надлобкового свища.

При возникновении свища небольших размеров, осложненного инфекцией, или при выявлении его через несколько дней после возникновения следует ввести постоянный катетер и придать больному такое положение (на боку, редко на животе), при котором меньше вытекает мочи из свищевого отверстия.

В ряде случаев пузырно-влагалищные свищи малых размеров закрываются самопроизвольно.

При свежем повреждении мочеточников всегда показано хирургическое лечение, но характер его будет зависеть от вида и места повреждения.

При боковом повреждении мочеточника накладывают 2—3 тонких кетгутовых шва и производят перитонизацию за счет брюшины, близко расположенной к месту повреждения. Мелкие повреждения мочеточников, оставшиеся сразу нераспознанными или появившиеся в послеоперационном периоде после радикальных операций при раке матки, нередко закрываются самопроизвольно в течение ближайших месяцев.

При поперечной перерезке мочеточника в зависимости от места повреждения возможны различные варианты оперативного вмешательства.

Методы сшивания отрезков мочеточников применяются при их перерезке высоко в малом тазу и сводятся к следующим основным способам. Отрезки мочеточника сшивают конец в конец, причем концы сшивают непосредственно над введенным в них мочеточниковым катетером (рис. 282). При сшивании отрезков мочеточника конец в конец после наложения швов место ушивания обертывают лоскутом брюшины в виде муфты. Мочеточниковый катетер остается в мочеточнике в течение 2 нед. Концы мочеточника сшивают и боковым анастомозом. При инвагинационном методе сшивания отрезков мочеточника операция состоит в следующем. Сначала перевязывают пузырный конец мочеточника шелковой лигатурой, вскрывают просвет этого отрезка несколько ниже места перевязки продольным разрезом

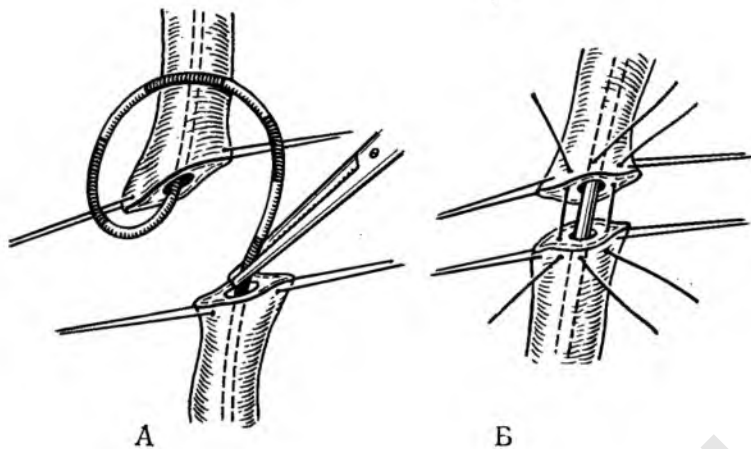


Рис. 282. Сшивание перерезанного мочеточника конец в конец над введенным в него катетером.

А — введение мочеточникового катетера; Б — наложение швов.

длиной 0,5—1 см и инвагинируют срезанный наискось поперечный конец мочеточника при помощи лигатуры с двумя иглами (рис. 283). Лигатуры завязывают, а отверстие зашивают наглухо отдельными швами из тонкого кетгута, охватывая при этом инвагинированный мочеточник. После этого перитонизируют мочеточник в области наложения швов.

Е. Е. Гиговский предложил использовать инвагинационный метод сшивания мочеточников, показанный на рис. 284.

Все методы применимы лишь при отсутствии натяжения отрезков мочеточника и когда повреждение находится далеко от мочевого пузыря.

После сшивания мочеточника целесообразно дренировать область анастомоза.

Вшивание мочеточника в мочевой пузырь, разработанное А. П. Губаревым, Франз и др., получило распространение и во многих случаях дает хорошие результаты. Чем ближе к мочевому пузырю произошла перерезка

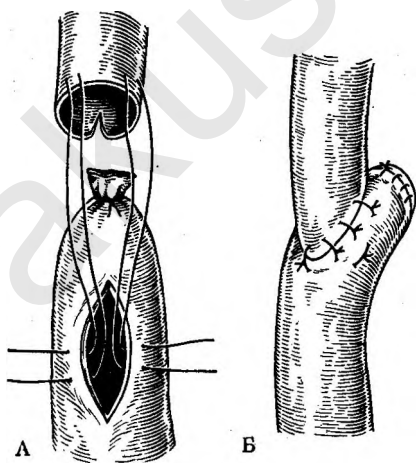


Рис. 283.

Соединение концов перерезанного мочеточника: верхний отрезок инвагинируется в нижний путем бокового анастомоза.

А — проведение лигатур; Б — операция закончена.

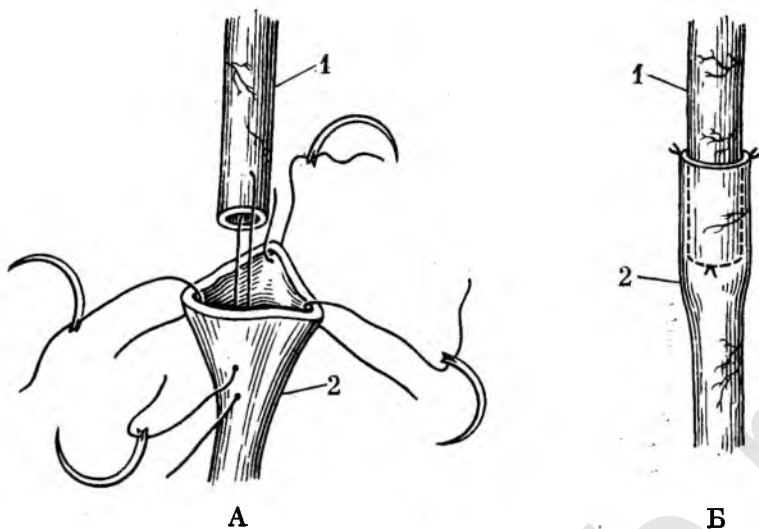


Рис. 284. Инвагинационный метод сшивания мочеточника по Гиговскому.
 А — проведение лигатур; Б — операция закончена; 1 — почечный конец мочеточника; 2 — пузырный конец мочеточника.

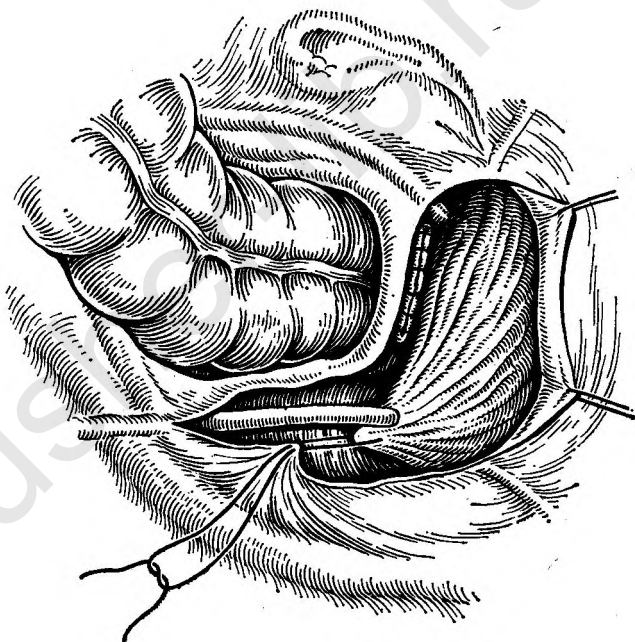
мочеточника, тем лучше бывают результаты операции. Успех оперативного вмешательства зависит от подвижности и смещаемости мочеточника вниз и мочевого пузыря вверх. Если этого нет, то по возможности производят мобилизацию того участка мочевого пузыря, где предполагается вшивание мочеточника.

Во избежание натяжения пересаженного мочеточника целесообразно поднять стенку мочевого пузыря вверх и фиксировать его 3—4 швами к боковой стенке таза.

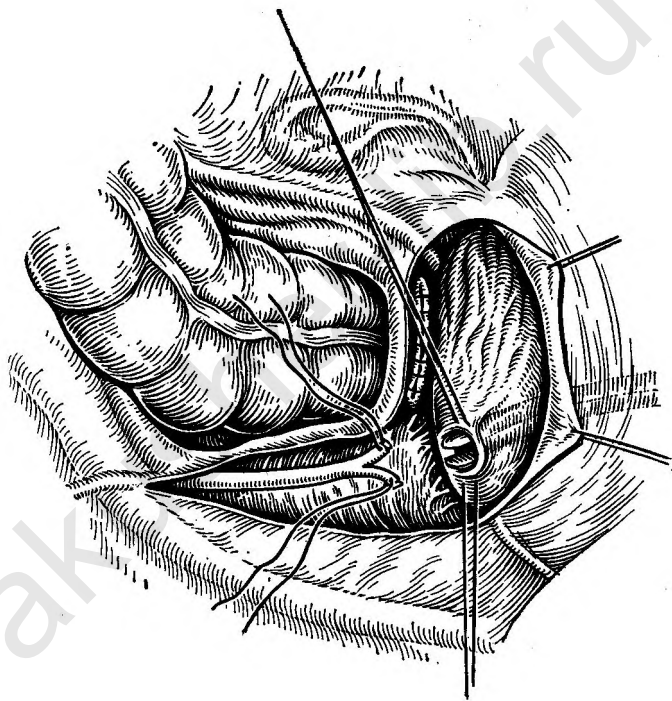
Важна и возможность хорошей перитонизации области соустья и обнаженного мочеточника. Пузырный отрезок мочеточника перевязывают шелком или лавсаном. В мочевой пузырь вводят через мочеиспускательный канал тонкий корнцанг или мужской металлический катетер, которым выпячивают стенку пузыря по направлению к мочеточнику, желательнее ближе к месту расположения его устья. Над выпячиванием делают скальпелем маленькое отверстие, через которое вводят конец корнцанга в брюшную полость (рис. 285, А).

Почечный отрезок расщепляют на два лоскута на протяжении 1 см. Через середину каждого лоскута на расстоянии 0,5 см от конца проводят длинную кетгуттовую лигатуру изнутри кнаружи. Концы этой лигатуры вдевают в две иглы. Через отверстие, сделанное в стенке мочевого пузыря, поочередно вводят иглы с кетгуттовыми нитками в полость пузыря и выкалывают через его стенку кнаружи на расстоянии 1 см от края отверстия. После этого, потягивая за нитки, конец мочеточника погружают в мочевой пузырь; в результате завязывания швов лоскуты на конце мочеточника плотно прилегают к стенке мочевого пузыря (рис. 285, Б, В). Швы затягивают на наружной поверхности пузыря. Дополнительными швами фиксируют мочеточник к стенке мочевого пузыря, уменьшая при этом отверстие в его стенке, если оно больше калибра мочеточника.

B



A



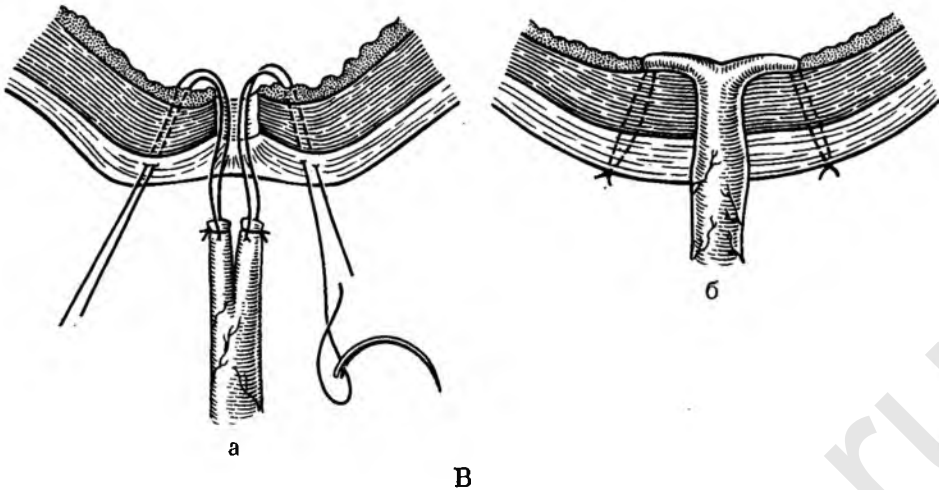


Рис. 285. *Вшивание перерезанного мочеточника в мочевой пузырь.*

А — над корнцангом, введенным в мочевой пузырь через уретру, сделан маленький разрез, и в это отверстие будет втягиваться мочеточник; Б — мочеточник введен в мочевой пузырь и фиксирован к его стенке; мочевой пузырь подтянут вверх к подвешивающей яичник связке; Б' — показана деталь фиксации расщепленного конца мочеточника к стенке мочевого пузыря. а — проведение лигатуры; б — лигатура завязана.

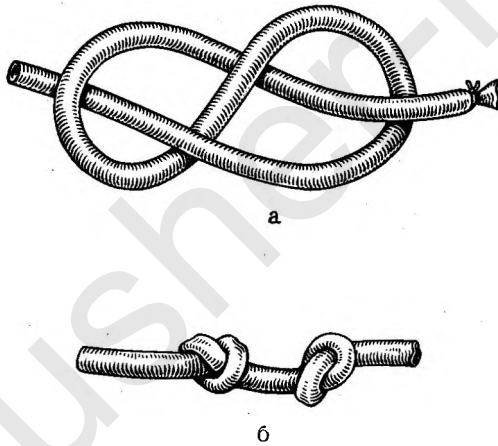


Рис. 286. *Перевязка мочеточника.*

а — по способу Брауде мочеточник завязан обычным узлом; б — способ Кавасоие.

Затем место пересадки мочеточника в мочевой пузырь прикрывают брюшиной. В пузырь вводят постоянный катетер на 5—6 дней. В послеоперационном периоде необходимо следить, чтобы не было переполнения мочевого пузыря.

Пересадка мочеточника в кожу применяется как временная мера при тяжелом состоянии больной, которое не позволяет произвести пересадку мочеточника в кишечник, о чем будет сказано ниже. Отсепарованный почти на всем протяжении мочеточник вшивают в паховой области. При этом необходимо следить, чтобы мочеточник нигде не перегибался

и не отклонялся в сторону, а представлял прямую ровную мочевыводящую трубку.

Мочеточник подшивают тонкими кетгутовыми швами в трех местах к апоневрозу наружной косой мышцы. При этом первым швом фиксируют нижнюю поверхность мочеточника, захватывая оба края разреза апоневроза. Кожу сшивают на некотором расстоянии от мочеточника, но к нему не подшивают. После этого в мочеточник вводят до лоханки мочеточниковый катетер, периферический конец которого пришивают шелковыми швами к коже, и опускают в стерильную бутылку для сбора мочи.

Предлагавшаяся некоторыми авторами при перерезке или резекции мочеточника нефрэктомия не имеет сторонников. В крайнем случае при высокой перерезке мочеточника его перевязывают. Производят это следующим образом: сначала накладывают шелковую лигатуру на конец мочеточника, затем завязывают его узлом, предложенным Kawasoje (рис. 286). И. Л. Брауде завязывал мочеточник двумя простыми туго затянутыми узлами (рис. 286), расположенными ближе к почке.

После завязывания мочеточника узлом функция соответствующей почки прекращается в результате ее атрофии, которой предшествует гидронефроз, протекающий в некоторых случаях кратковременно и без выраженной симптоматики.

Операции при мочеполовых свищах

Операцию зашивания мочеполового свища следует производить не ранее чем через 2 мес с момента его возникновения и после того, как края свища уже не гранулируют, а зарубцевались.

Среди различных методов, применяемых при хирургическом лечении мочеполовых свищей, различают физиологические и нефизиологические. При физиологических методах оперативного вмешательства сохраняются нормальный менструальный цикл, возможность половой жизни и детородная функция. К ним относятся различные операции зашивания мочеполовых свищей, сшивание мочеточника и пересадка его в мочевой пузырь.

Нефизиологические методы применяются как последняя возможность избавить женщину от страдания, связанного с постоянным истечением мочи; эти методы нередко исключают возможность половой жизни, а тем более воспроизводительную функцию.

К таким операциям относятся гистероклейзис, кольпоклеизис, эпизиоклейзис, закрытие свища дном матки или задней губой шейки матки, а также пересадка мочеточников в кишечник.

Пузырно-влагалищные свищи

Зашивание (fistulorrhaphia) пузырно-влагалищных свищей производится различными методами в зависимости от величины свища, его локализации, подвижности, отношения к сфинктеру мочевого пузыря и мочеточниковым устьям. Большое значение имеет степень сохранения сфинктера, наличие и обширность распространения рубцовой ткани, проходимость уретры и степень подвижности матки. Следует учесть, что для выполнения фистулоррафии и ее исхода имеет значение не столько

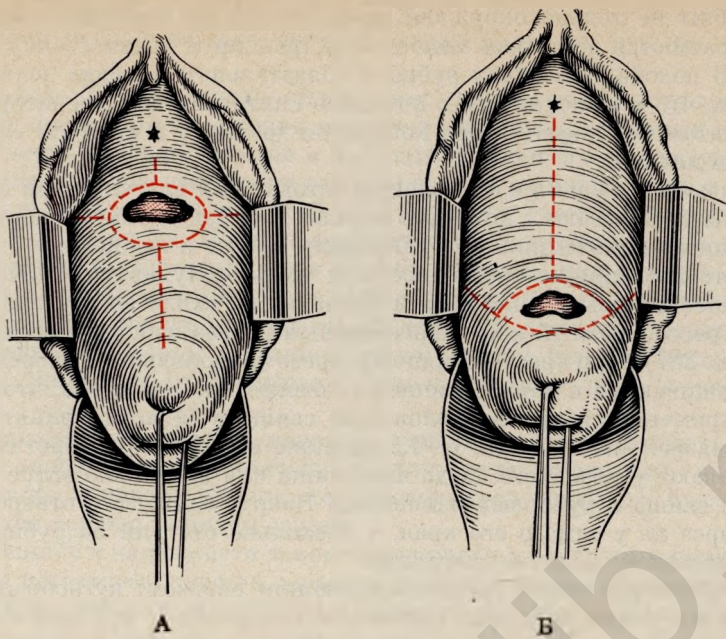


Рис. 287. Крестообразный (А) и якоревобразный (Б) разрезы по методу Атабекова при пузырно-влагалищных свищах.

величина свища, сколько состояние окружающих тканей и его доступность для манипуляций во время оперативного вмешательства.

При локализации свища у лонной дуги, узком влагалище, а также при больших рубцовых изменениях, затрудняющих доступ к свищевому отверстию, применяют вспомогательный разрез Шухардта с одной, а иногда и с двух сторон.

При зашивании мочеполовых свищей общепринятым методом является расщепление рубцовых краев свища. При этом свищевое отверстие не иссекают, а расщепляют. Д. Н. Атабеков предложил использовать при методе расщепления якоревобразный и крестообразный разрезы (рис. 287). Крестообразный разрез он рекомендует применять при повреждениях мочевого пузыря в области сфинктера. Расщепление рубца производят до тех пор, пока стенка влагалища не отделится от стенки мочевого пузыря за пределы рубца, чтобы соприкасающиеся стенки обоих органов приобрели полную и не зависящую друг от друга подвижность. Только при этом условии можно без всякого натяжения наложенных швов соединить отдельно края отверстия в мочевом пузыре и затем также отдельно — в стенке влагалища.

Необходимо учитывать, что главное значение имеет правильное зашивание дефекта в стенке мочевого пузыря; швы же на дефект в стенке влагалища играют лишь вспомогательную роль.

Расщепление для мобилизации стенки мочевого пузыря производят при любой величине имеющегося свищевое отверстие, даже если оно очень маленькое.

При акушерских свищах, возникших в послеродовом периоде вследствие гангрены, наступившей от сдавления и некроза стенки мочевого пу-

зыря, рубцы не только окружают края свищевое отверстие, но нередко распространяются до стенки малого таза, фиксируя к ним стенку мочевого пузыря. В подобных случаях рубцы в обязательном порядке должны быть рассечены, что и выполняется с помощью скальпеля или распатора. Этими инструментами пользуются под контролем зрения и в крайнем случае под контролем пальца.

Техника операции. Больную готовят для влагалищной операции. Влагалище раскрывают с помощью зеркал. При узком влагалище или больших рубцовых изменениях, затрудняющих доступ к свищевому отверстию, производят влагалищно-промежностный разрез Шухардта. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Производят крестообразный или якоробразный разрез передней стенки влагалища (рис. 287). При крестообразном разрезе продольный и поперечный разрезы скрещиваются в центре свищевое отверстие. Учитывая, что этот вид разреза применяется при расположении свища в области сфинктера, продольный разрез начинают на 1—1,5 см ниже наружного отверстия уретры, а заканчивают у переднего свода влагалища или несколько выше с учетом величины свища и рубцовых изменений. Вокруг свищевое отверстие проводят разрез не у самого его края, а несколько отступя по рубцово измененной слизистой оболочке влагалища.

Якоробразный разрез делают следующим образом: дугообразный разрез проводят у нижнего края свищевое отверстие и продолжают за его пределы; затем вокруг верхней части свищевое отверстие проводят полукруглый разрез и от его середины ведут к наружному отверстию уретры третий прямой разрез стенки влагалища. Удалять каемку слизистой оболочки влагалища вокруг свищевое отверстие Д. Н. Атабеков не считает необходимым.

А. М. Мажниц и мы оставляем узкую (2—3 мм) каемку рубцово измененной ткани вокруг свищевое отверстие в целях лучшего соприкосновения освеженных поверхностей при наложении швов. Плотный каллезный рубец, как правило, иссекают вокруг свища.

Расслоение стенок мочевого пузыря и влагалища производят острым и тупым путем. Начинают расслоение скальпелем или ножницами, а затем продолжают пальцем, обернутым марлей, или маленьким тупфером, взятым в зажим. Эти манипуляции следует проводить очень осторожно, так как рубцово измененная стенка мочевого пузыря может быть очень истончена и легко рвется. Свищевое отверстие в мочевом пузыре, как правило, больше размеров свища во влагалище, что становится заметно после расщепления.

После того как произведено расщепление стенки влагалища и мочевого пузыря и создана достаточная подвижность его стенки, приступают к наложению узловатых или же Z-образных швов из тонкого кетгута или шелка на мышечную оболочку пузыря. Первый этаж швов целесообразнее накладывать из кетгута, чтобы при случайном прошивании слизистой оболочки мочевого пузыря шелком не образовалось лигатурных камней или не произошла инкрустация их солями и чтобы инфекция не распространилась из пузыря вдоль шва. При наложении швов первые из них следует сначала наложить у обоих краев свищевое отверстие и, осторожно используя их как держалки, накладывать последующие швы, учитывая, что шить очень часто нецелесообразно. Наложение швов производят чаще в поперечном направлении, но оно может быть изменено в зависимости от конфигурации свищевое отверстие и степени подвижности стенки мочевого пузыря. Наложенные швы следует завязывать не сразу, а лишь после того,

как наложен последний шов первого этажа, и делать это не слишком энергично.

При такой методике лучше видны края свищевого отверстия и область наложения швов. При наложении первого этажа швов, чтобы они не выступали в полость мочевого пузыря и не подхватывали его слизистую оболочку, вкол следует производить на расстоянии 1 см от края свища, а выкол — у самого края. Затем той же иглой вкол делают у границы фистулы, а выкол — на 1 см от вкола. После завязывания швов первого этажа накладывают второй этаж отдельных швов из тонкого шелка или кетгута, захватывая стенку мочевого пузыря. После зашивания свищевого отверстия в стенке мочевого пузыря его наполняют стерильным 2% раствором борной кислоты или слабым раствором марганцовокислого калия. Если наблюдается просачивание жидкости, накладывают дополнительные швы и снова проверяют.

При наполнении ушитого мочевого пузыря следует учитывать, что емкость его может быть уменьшена, поэтому если произойдет чрезмерное переполнение мочевого пузыря, то просачивание жидкости будет наблюдаться и при хорошо зашитом свище.

Убедившись в надежности закрытия свищевого отверстия, накладывают узловатые кетгутовые швы на разрез стенки влагалища, причем не следует подхватывать этими швами стенку мочевого пузыря в области зашитого свища.

В случае невозможности тщательно соединить края влагалищной раны, особенно после иссечения больших рубцов, достаточно затампонировать влагалище марлевым бинтом, смоченным синтомициновой эмульсией или стерильным вазелиновым маслом, на 1—2 сут.

В мочевой пузырь вводят постоянный катетер на 7—8 дней.

Примерное описание операции зашивания пузырно-влагалищного свища

После обычной подготовки к влагалищной операции введены зеркала во влагалище. При осмотре на передней стенке влагалища обнаружено свищевое отверстие округлой формы диаметром 0,6 см. Шейка захвачена пулевыми щипцами и низведена ко входу во влагалище. Произведен якоробразный разрез и дополнительный полукружный разрез у верхней границы свища. Путем расщепления отсепарованы лоскуты влагалищной стенки от стенки мочевого пузыря. Свищевое отверстие после отсепаровки несколько увеличилось. Узкая каемка (2—3 мм) вокруг свищевого отверстия оставлена. Края свища соединены в поперечном направлении тонкими кетгутовыми швами без прокалывания слизистой оболочки. Мочевой пузырь заполнен 2% раствором борной кислоты. Подтекания жидкости между швами не наблюдалось. Наложены второй ряд кетгутовых швов над первым рядом и в том же направлении, но с расположением этих швов в промежутках между первыми. Разрезы стенки влагалища зашиты кетгутовыми швами. Влагалище затампонировано на сутки марлевым бинтом, смоченным синтомициновой эмульсией.

Введен постоянный катетер.

Пузырно-шеечные свищи

Эта разновидность мочеполювых свищей возникает в результате родовой травмы или после кесарева сечения и надвлагалищной ампутации матки, при которых был прошит или поврежден мочевой пузырь. Моча в этом случае вытекает через шеечный канал, так как имеется сообщение между мочевым пузырем и маткой.

Техника операции при сохраненной шейке является более простой. В зеркалах обнажают шейку матки, захватывают ее пулевыми щипца-

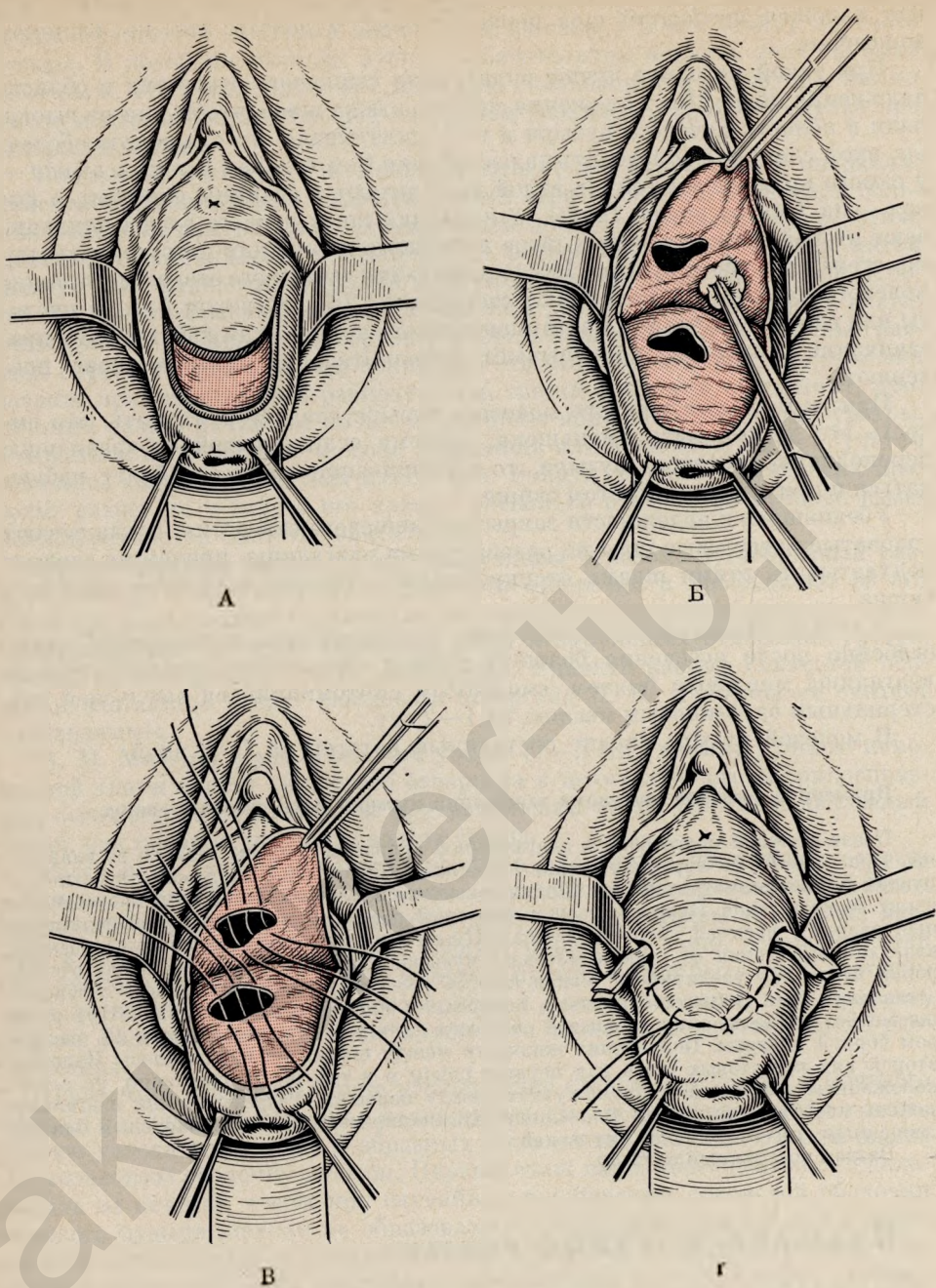


Рис. 288. *Зашивание пузырно-шеечного свища.*

А — разрез передней стенки влагалища; Б — отслойка мочевого пузыря от стенки шейки матки и обнажение свищевых отверстий в мочевом пузыре и шейке матки; В — зашивание свищевых отверстий; Г — наложены швы на разрез стенки влагалища, в углы раны введены полоски резины с целью дренажа.

ми и низводят в преддверие влагалища. В области переднего свода производят дугообразный разрез (рис. 288,А), острым и тупым путем отсепааровывают мочевой пузырь от стенки шейки матки (рис. 288,Б). При рубцовых изменениях отсепааровку производят преимущественно острым путем, придерживаясь ближе к шейке матки, так как стенка мочевого пузыря может быть истончена и при грубой отсепааровке ее можно разорвать.

Отслаивать мочевой пузырь необходимо за пределы свищевое отверстие, чтобы мобилизовать стенку мочевого пузыря. Свищевое отверстие в мочевом пузыре зашивают узловатыми швами в один или два этажа, не прокалывая слизистую оболочку мочевого пузыря (рис. 288,В). Швы при этом накладывают в поперечном направлении, соединяя верхние и нижние края свища. Большинство хирургов при зашивании свищевое отверстие используют для первого яруса швов тонкий кетгут, а для второго — тонкий шелк.

После зашивания свища наполняют мочевой пузырь 2% раствором борной кислоты, контролируя надежность наложенных швов. Если где-либо просачивается жидкость, накладывают добавочные швы и снова контролируют их эффективность.

Свищ в стенке матки после освежения зашивают кетгутowymi швами. Отдельными швами из кетгута прикрепляют фасцию мочевого пузыря и влагалища к стенке шейки матки с таким расчетом, чтобы зашитые свищевые отверстия в мочевом пузыре и шейке матки не совпадали, а лежали бы выше и ниже одно по отношению к другому (рис. 288, Г). Это способствует лучшему заживлению свищевое отверстие.

При больших рубцовых изменениях для освежения краев и зашивания свищевое хода в шейке матки иногда целесообразно рассечь ее переднюю стенку в продольном направлении от наружного зева до свища (рис. 289).

Лоскутный разрез влагалища зашивают отдельными кетгутowymi швами.

Значительно сложнее зашивать пузырно-шеечный или пузырно-маточный свищ, если передняя губа оторвана и край свищевое отверстие находится в области внутреннего зева. В подобном случае пулевymi щипцами захватывают заднюю губу шейки матки и низводят ее в преддверие влагалища. Затем, вводя одну браншу пулевых щипцов в шеечный канал, захватывают остатки передней стенки шейки. Производят дугообразный разрез в переднем своде влагалища, отсепааровывают стенку мочевого пузыря от шейки матки, ушивают свищевое отверстие в стенке мочевого пузыря и подкрепляют эту область отсепаарованной частью шейки, подшивая к ней фасцию мочевого пузыря и влагалища.

При обширных рубцовых изменениях и резком ограничении подвижности матки, затрудняющих доступ к свищевому отверстию, приходится прибегать к вспомогательному разрезу Шухардта.

Примерное описание операции зашивания пузырно-шеечного свища (fistulorrhaphia vesico-cervicalls)

После подготовки к влагалищной операции шейка матки обнажена с помощью зеркала. Шейка деформирована вследствие множественных разрывов. С трудом обрывки шейки захвачены пулевymi щипцами и она низведена к преддверию влагалища. Моча вытекает из шеечного канала. В области переднего свода влагалища — обширные рубцовые изменения.

Произведен дугообразный разрез в переднем своде влагалища и острым путем начата отсепааровка мочевого пузыря от шейки матки. В виду обширных рубцов отсе-

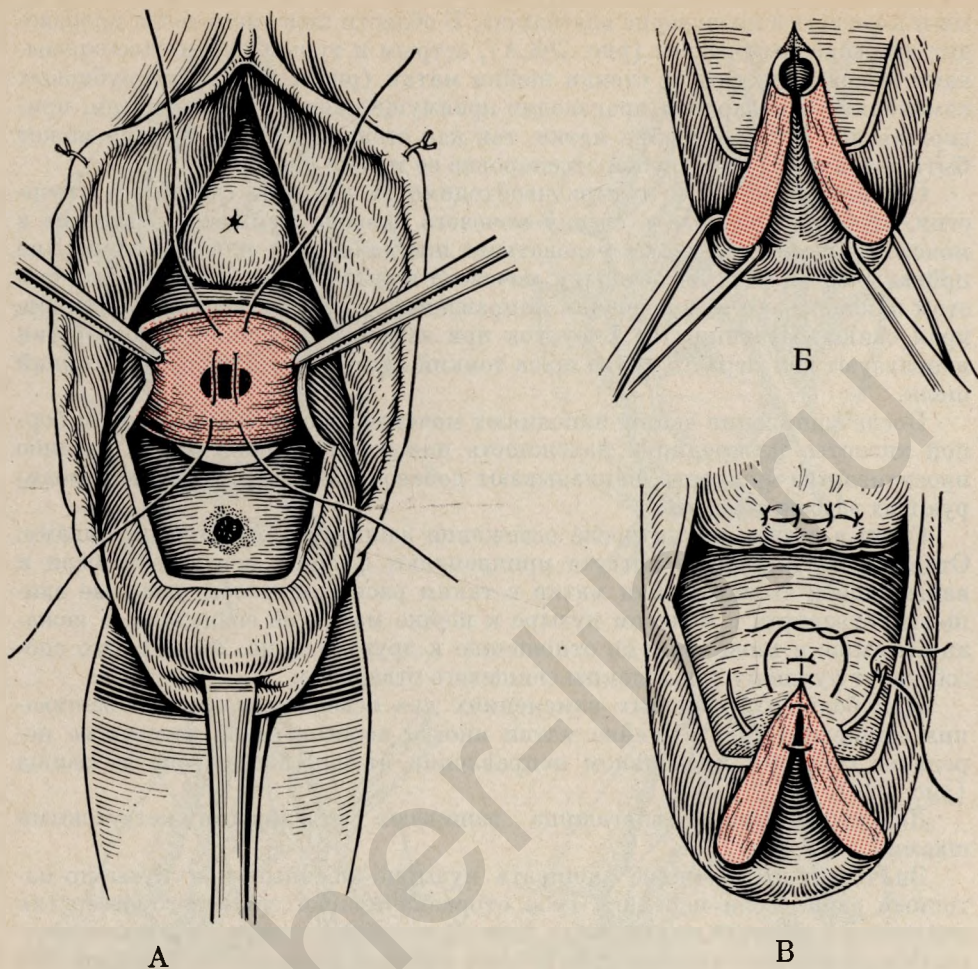


Рис. 289. Операция при пузырно-шеечном свище.

А — мочевой пузырь отделен от шейки, обнажены свищевые отверстия в мочевом пузыре и шейке матки; для закрытия свища в мочевом пузыре наложено два шва; **Б** — после закрытия свищевого отверстия в мочевом пузыре с целью освежения краев свищевого хода в шейке матки ее рассекают продольным разрезом; **В** — зашивание разреза шейки матки.

паровка была затруднена и при отделении мочевого пузыря от шейки до внутреннего маточного зева случайно вскрыта брюшина в области пузырно-маточной складки. Отверстие в брюшине зашито отдельными кетгутowymi швами. После отсепаровки мочевого пузыря в стенке обнаружено свищевое отверстие размером $2 \times 1,5$ см и отверстие несколько меньшей величины в стенке шейки матки на уровне внутреннего зева. Край свищевое отверстия в мочевом пузыре соединены тонкими Z-образными кетгутowymi швами. При контрольном наполнении мочевого пузыря 2% раствором борной кислоты подтекания жидкости между швами не выявлено. Наложено второй ряд швов из тонкого шелка и фасция мочевого пузыря и влагалища подшита к шейке матки выше расположенного в ней свищевого отверстия, которое после освежения зашито кетгутowymi швами. Лоскутный разрез стенки влагалища зашит узловатыми кетгутowymi швами. Влагалище затампонировано марлевым бинтом, смоченным стерильным вазелиновым маслом. Введен постоянный катетер.

Высоко расположенные и сложные пузырно-влагалищные и пузырно-шеечные свищи

Высоко расположенные и сложные свищи могут быть ушиты с помощью различных оперативных доступов, к которым относятся влагалищный, чреспузырный, внутрибрюшинный.

Л. К. Савицкая на основании своего большого опыта считает наиболее эффективным при высоко расположенных свищах влагалищный метод операции. При этом весьма важным этапом операции является широкая мобилизация краев свища и тщательная отсепаровка их и мочевого пузыря от шейки матки.

Чреспузырный внебрюшинный метод зашивания свищей, разработанный Trendelenburg. С целью приближения дна пузыря (области свища) к операционной ране туго тампонируют влагалище или при невозможности это сделать из-за рубцов вводят кольпейринтер в прямую кишку. Производят поперечный надбрюшковый разрез брюшной стенки. Прямые мышцы отделяют от их прикрепления к тазовым костям и, войдя в предпузырную клетчатку, обнажают переднюю стенку мочевого пузыря, которую рассекают в поперечном направлении на протяжении 4—5 см. Край свища освежают и спивают кетгутowymi швами со стороны пузыря, но не прокалывают его слизистой оболочкой. Концы лигатур выводят во влагалище и отсюда их завязывают.

Во время этой операции иногда трудно приблизить свищевое отверстие к ране. С этой целью используют острые крючки, с помощью которых захватывают край свища и подтягивают его к ране (рис. 290, А). Crossen предложил для этой цели специальный инструмент (рис. 290, Б, В).

Зашивание разреза передней стенки мочевого пузыря производят в два этажа, не прокалывая слизистой оболочкой. Некоторые хирурги оставляют в центре раны небольшое отверстие для тонкой дренажной трубки с целью отведения мочи.

Недостатком этой операции является возможность образования грыжи вследствие отделения прямых мышц, а также возникновения воспалительной инфильтрации в предпузырной клетчатке.

Внутрибрюшинный путь при пузырно-шеечных свищах. Он используется, если имеются обширные рубцы в клетчатке и плотные сращения в брюшине пузырно-маточного кармана.

Пузырь при этой операции отсепаровывают от матки сверху после вскрытия пузырно-маточной складки брюшины. После достаточной мобилизации краев свищевое отверстие его зашивают обычным способом в два этажа. На разрез брюшины накладывают непрерывный кетгутый шов.

Если подобная операция производится после предшествующей надвлагалищной ампутации матки, то деформированную культю шейки удаляют, а влагалище после спивания свища оставляют открытым с целью дренажа. При сохраненной матке дренирование в случае необходимости может быть осуществлено через отверстие, оставленное в переднем своде влагалища. Рану брюшной стенки зашивают наглухо.

Трансабдоминальную фистулоррафию с успехом применяли Е. Е. Гиговский и Е. А. Александров. А. М. Мажбиц, имеющий многолетний опыт в оперативной урогинекологии, полагает, что основным методом фистулоррафии должен быть влагалищный.

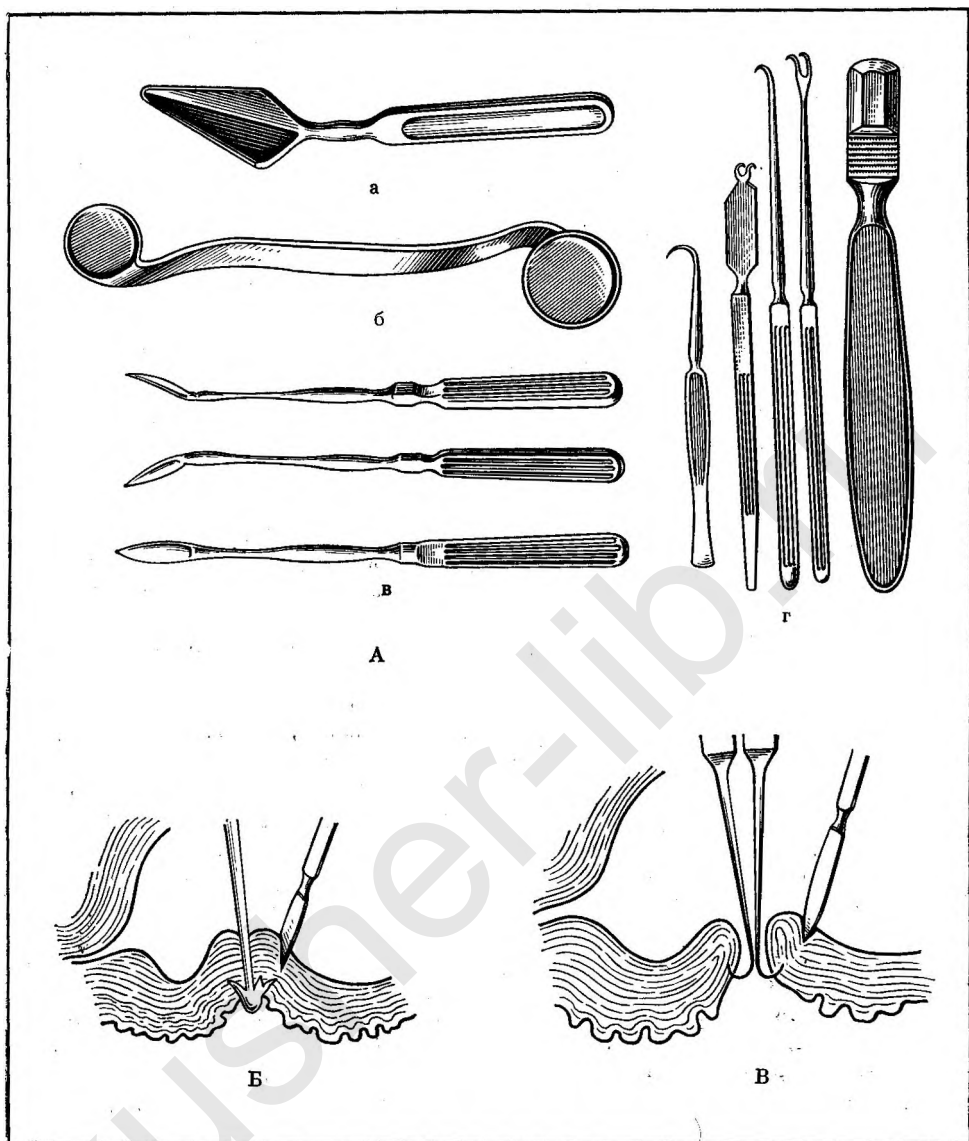
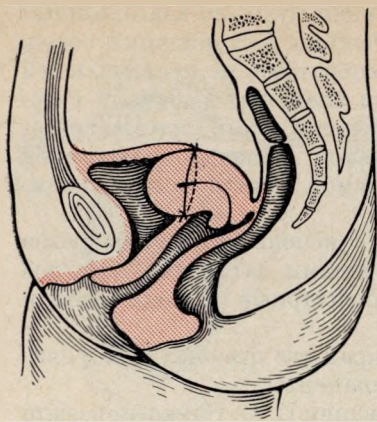


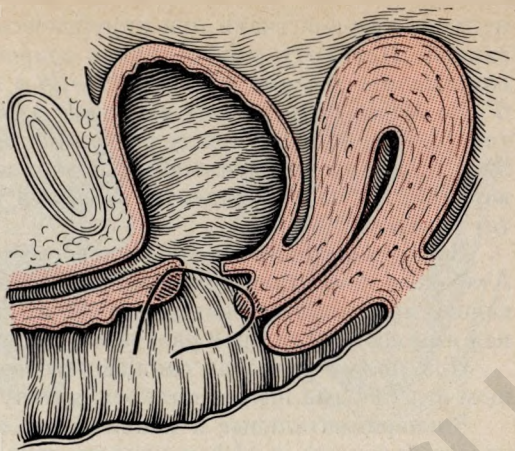
Рис. 290. Инструментарий для зашивания свищей.

А — желобчатое зеркало (а); боковое, изогнутое зеркало для обнажения трудно-доступного свища (б); скальпели с лезвиями различной кривизны (в); распатор и крючки (г); Б — инструмент Crossen, введенный в свищевое отверстие при чреспузырном методе операции с целью подтягивания свищевое отверстие к брюшной ране; В — та же манипуляция, выполняемая с помощью обыкновенных крючков.

Показания к внебрюшинному чреспузырному доступу при зашивании пузырно-влагалищных свищей должны быть ограничены, так как свищи обычно располагаются в области дна пузыря и доступ к ним, а также манипуляции при освежении и ушивании краев свищевое отверстия весьма затруднительны. Такого же мнения придерживаются и другие авторы.



А



Б

Рис. 291. *Закрытие пузырно-вагинального свища с помощью вшивания в свищевое отверстие дна матки (А) и путем пришивания передней губы шейки матки к переднему краю свищевого отверстия (Б).*

Мы исключительно редко прибегали к внутрибрюшному методу зашивания пузырно-вагинальных свищей, обычно используя вагинальный метод операции.

При обширных свищах ряд авторов предлагал закрывать дефект стенки мочевого пузыря с помощью различных органов и тканей (рис. 291).

Вагинальный путь зашивания свищей. Н. М. Волкович при больших разрушениях задней стенки мочевого пузыря и фиксации краев свища обширными рубцами предложил пластический метод закрытия свищевого отверстия.

Техника операции Волковича. Вагиналище открывают с помощью зеркал и, захватив пулевыми щипцами шейку матки, низводят ее в преддверие вагиналища. Производят дугообразный разрез в области переднего свода вагиналища. Разрез при этом заходит в боковые своды, как при вагинальной экстирпации матки. Мочевой пузырь острым путем отсепааровывают от шейки матки с таким расчетом, чтобы отделить от нее и задний край свища.

При недостаточной подвижности шейки матки лигируют и перерезают нижние части широких связок, после чего удается низвести шейку матки и отделить от нее мочевой пузырь. Свищевое отверстие освежают с помощью дугообразного разреза у самого края свища, причем стенку вагиналища отделяют от мочевого пузыря на протяжении около 1 см. После освежения края свищевого отверстия сближаются и их удается зашить. Край разреза вагинальной стенки соединяют несколькими швами с краем разреза в области вагинальной части матки. Широкие раневые поверхности соединяются без всякого напряжения. Даже в тех случаях, когда нижний и боковые края свища были сращены с костями таза, этот способ, как указывает Л. Л. Окинчиц (1938), давал полный успех.

Применение трансплантатов. В. В. Третьяков получил в условиях эксперимента хорошие результаты при замещении дефектов мочевого пузыря плацентарной тканью. П. М. Буйко в 1938 г. применил трансплантаты

из плацентарной ткани при хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей. Плаценту, полученную у здоровой роженицы в стерильный сосуд, сохраняли в течение не более 12—24 ч при температуре, не превышавшей 6°. Во время операции на плодовой поверхности плаценты выбирали участок, расположенный между разветвлениями сосудов. С этого участка срезали ножницами или скальпелем поверхностный слой. Затем на обнаженной ворсинчатой части плаценты вырезали необходимой величины трансплантат толщиной 2—3 мм.

После освежения краев свищевого отверстия с использованием разрезов Атабекова соединяли края свища Z-образными швами, затем над областью свища прикрепляли кетгутовыми швами плацентарный трансплантат и над ним соединяли края разрезов влагалища.

При малых размерах свищевого отверстия края его освежали, над свищем отдельными швами прикрепляли кусочек плаценты.

Экспериментальные и клинические исследования П. М. Буйко показали целесообразность и эффективность использования плацентарной ткани при хирургическом лечении мочеполовых свищей.

Н. Е. Сидоров и Н. Л. Капелюшник (1956), применившие метод Буйко у 25 больных с мочеполовыми свищами, указывают, что использование плацентарного трансплантата значительно улучшает исход хирургического лечения свищей.

А. М. Мажбиц (1964) полагает, что плацентарный трансплантат целесообразно применять в тех случаях, когда края ушитого свища истончены и анемизированы. Трансплантат нужно помещать между ушитой стенкой мочевого пузыря и стенкой влагалища.

И. Кирикуца (1957) с успехом произвел пластику большим сальником у 13 больных для закрытия свищевых отверстий в мочевом пузыре, возникших после лучевой терапии.

Техника операции. Большой сальник отделяют на половину его протяжения от поперечной ободочной кишки и желудка и рассекают продольно, не доводя разрез на 10—15 см до нижнего края. Сальник укладывают снаружки от нисходящей части толстой кишки и опускают в малый таз. Производят широкую цистостомию с иссечением и отсепаровкой краев свища; конец сальника укладывают и фиксируют позади дефекта в мочевом пузыре. Ряд авторов используют для закрытия свищевого отверстия в мочевом пузыре лоскуты на ножке из слизистой оболочке влагалища или половых губ, предлагая различные модификации.

Заплатный метод по Мандельштаму применяется при обширных дефектах мочевого пузыря у женщин после экстирпации матки или при атрофии ее и отсутствии менструаций. В результате подобной операции укорачивается влагалище, что может нарушить нормальную половую жизнь. Все это необходимо учитывать при решении вопроса о показаниях и условиях для данной операции.

Техника операции. После освежения переднего и боковых краев свищевого отверстия на задней стенке влагалища производят разрез в виде широкой подковы, соответствующий по своей форме и величине свищевому отверстию, которое имеет общую границу с задним краем (рис. 292). После отсепаровки краев лоскута влагалищной стенки освеженные края свища мочевого пузыря соединяют с паравагинальной клетчаткой задней стенки влагалища отдельными швами, не прокалывая слизистую оболочку пузыря. После завязывания этих швов часть задней стенки влагалища закрывает свищевое отверстие. Второй ярус отдельных кетгутовых швов подкрепляет основные швы. Вводят постоянный катетер.

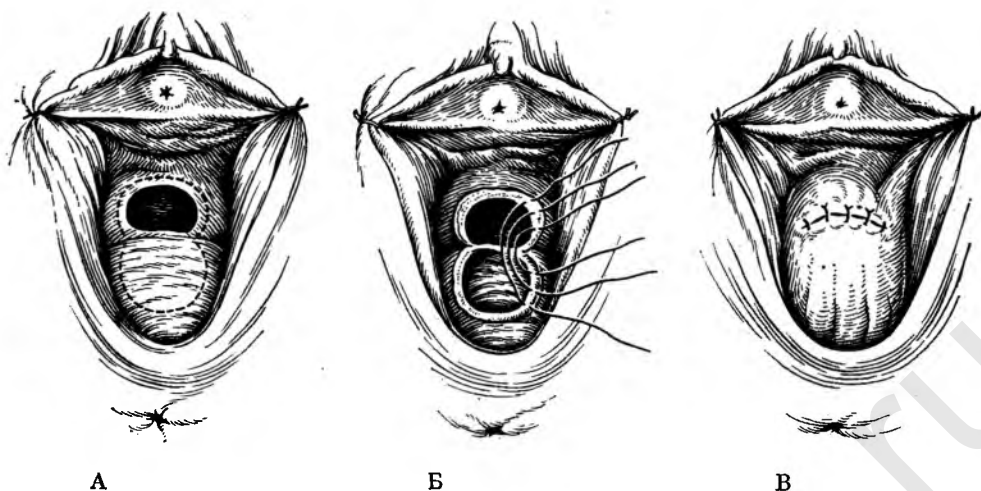


Рис. 292. Заплатный метод операции больших пузырно-вагинальных свищей.

А — пунктиром намечены линии разрезов в окружности свища и на задней стенке влагалища; Б — освеженные края свищевого отверстия соединяют погружными швами с паравагинальной клетчаткой; В — свищ закрыт после наложения второго яруса швов.

А. М. Мажбиц при закрытии больших дефектов стенок влагалища после иссечения обширных рубцов и ушивания мочеполовых свищей использовал с успехом околоплодные оболочки, применяя их так же, как при кольпопозе (см. соответствующий раздел).

Пузырно-вагинальные свищи в культе влагалища

Этот вид свищей возникает после экстирпации матки и сопровождается наличием рубцовых изменений в области культи влагалища. Свищевое отверстие располагается близко к устьям мочеточников.

Предложены различные способы закрытия свищевого отверстия с помощью лоскутов вагинальной стенки (А. Э. Мандельштам, А. М. Мажбиц, Döderlein, Crossen и др.).

Legena рекомендует трансперитонеальное зашивание пузырно-вагинального свища. После вскрытия брюшной полости рассекают заднюю стенку мочевого пузыря. Отсепаровывают мочевой пузырь от стенки влагалища. Накладывают швы сначала на стенку мочевого пузыря, затем на стенку влагалища (рис. 293), зашивают разрез брюшины и послойно накладывают швы на разрез брюшной стенки.

Л. К. Савицкая на основании своего опыта полагает, что показанием к чревосечению у больных с пузырно-вагинальными свищами после экстирпации матки являются труднодоступные и непосредственно граничащие с устьями мочеточников свищи, когда может возникнуть необходимость имплантации мочеточника в мочевой пузырь, а также комбинированные пузырно-мочеточниково-вагинальные свищи. Из 42 больных с мочеполовыми свищами после экстирпации матки у 8 применен абдоминальный метод

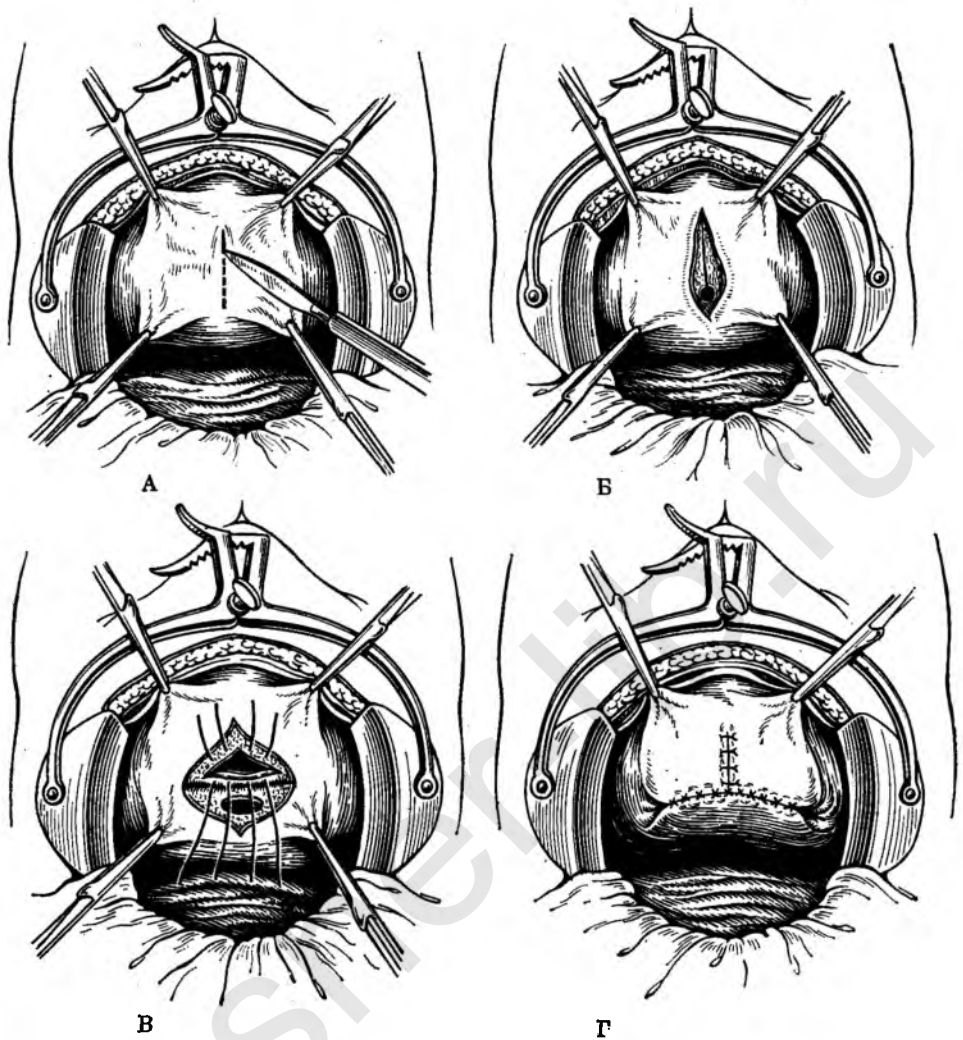


Рис. 293. Трансперитонеальное зашивание пузырно-влагалищного свища по Легге.
 А — рассечение задней стенки пузыря; Б — виден пузырно-влагалищный свищ;
 В — разведение влагалищного и пузырного отверстий, ушивание свищевого отверстия в стенке пузыря; Г — вид швов после зашивания отверстия в стенке влагалища и разреза брюшины.

операции, у 34 ушивание свища удалось осуществить влагалищным путем методом расщепления.

Техника абдоминальной операции по Савицкой. После чревосечения рассекают брюшину пузырно-маточной складки в области купола влагалища и в ряде случаев стенку влагалища. Дно мочевого пузыря с краями свищевого отверстия отсепааровывают от передней стенки влагалища (рис. 294, А); после этого свищевое отверстие в пузыре ушивают двумя рядами узловатых швов (первый ряд — кетгутовые швы, второй — капроновые) (рис. 294, Г). Брюшную стенку зашивают наглухо.

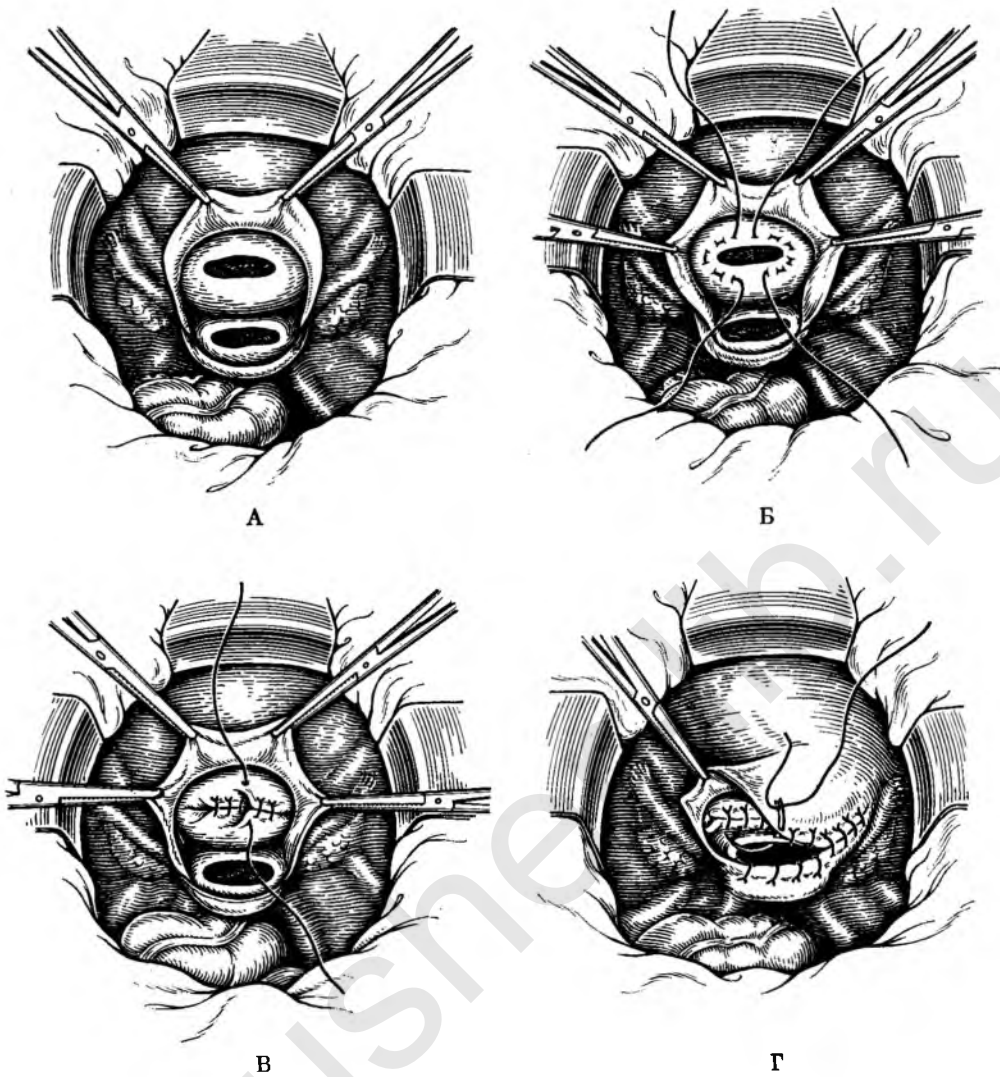


Рис. 294. Техника абдоминальной операции по Савицкой.

А — рассечена брюшина пузырно-маточной складки. Дно мочевого пузыря с краями свищевых отверстий отсепаровано от стенки влагалища; Б и В — послонное ушивание свищевых отверстий в стенке мочевого пузыря; Г — перитонизация швов мочевого пузыря и культи влагалища. Влагалище остается открытым с целью дренирования.

Влагалищный метод операции по Савицкой позволяет достичь максимального восстановления функции мочевого пузыря и сохранить полноценным влагалище, что важно для женщин, живущих половой жизнью.

Техника операции. Влагалище раскрывают с помощью зеркал. Рубец в его куполе по бокам от свищевых отверстий захватывают длинными зажимами и низводят ко входу во влагалище насколько возможно. Горизонтальным разрезом, произведенным по рубцу влагалища на границе с задним краем дефекта мочевого пузыря, последний освобождают, захва-

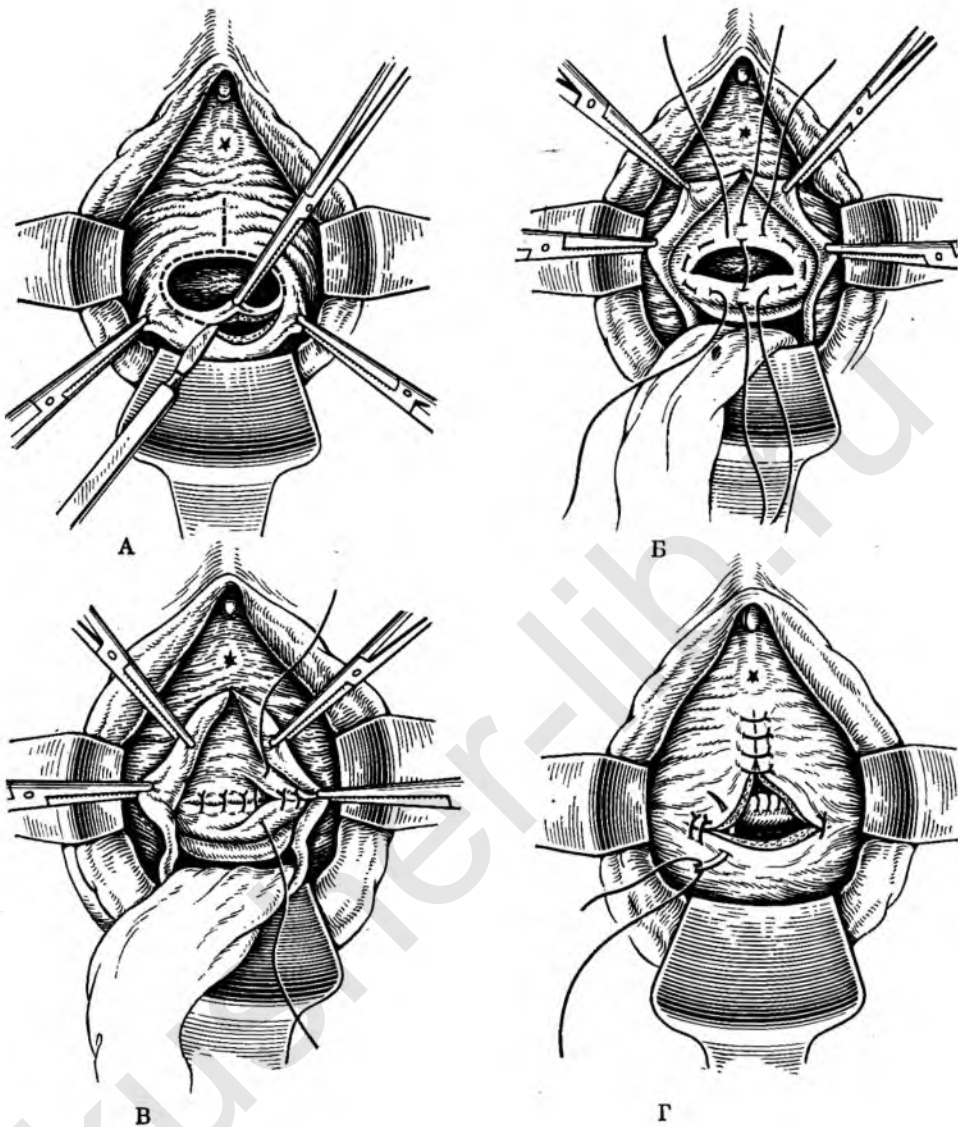


Рис. 295. Техника влагалищной операции по Савицкой.

А — задний край свищевого отверстия мочевого пузыря отсепарован от послеоперационного рубца культи влагалища. Рассечена брюшина маточно-прямокишечного углубления. Пунктиром показана дальнейшая линия разреза; Б — завершена отсепаровка мочевого пузыря от передней стенки влагалища и послеоперационного рубца культи влагалища. Наложен первый ряд швов на подслизисто-мышечный слой мочевого пузыря; В — наложение второго ряда капроновых швов на мышечный слой мочевого пузыря; Г — края влагалищной раны соединяют узловатыми кетгутовыми швами. В глубине раны видны брюшина пузырно-маточной складки, перитонизирующая линию швов мочевого пузыря, и отверстие, ведущее в брюшную полость.

тывают нетравмирующим зажимом, подтягивают кпереди и отсепааровывают от рубца влагалища. Если мобилизация мочевого пузыря оказывается недостаточной, необходимо рассечь брюшину маточно-прямокишечного углубления (рис. 295, А).

Производят разрез на передней стенке влагалища перпендикулярно первому разрезу и стенку мочевого пузыря с передним краем свища отслаивают от передней стенки влагалища. Дефект в мочевом пузыре ушивают двумя рядами узловатых швов (первый ряд — кетгутовые швы, второй — капроновые) (рис. 295, Б, В). Избыток брюшины пузырно-маточной складки можно использовать для перитонизации области швов мочевого пузыря. Третий ряд швов из кетгута накладывают на края влагалищной раны (рис. 295, Г).

С особой тщательностью следует производить мобилизацию заднего края дефекта мочевого пузыря, так как недостаточная мобилизация его, как правило, влечет за собой рецидив свища из-за натяжения тканей при наложении швов, как бы широко ни была произведена отсепааровка мочевого пузыря с передним краем свища от стенки влагалища.

Чтобы создать полноценную мобилизацию заднего края дефекта мочевого пузыря, Л. К. Савицкая у 5 из 34 больных рассекала брюшину маточно-прямокишечного углубления, целостность которой не восстанавливалась. Никаких осложнений при этом не наблюдалось.

Свищи и дефекты мочеиспускательного канала

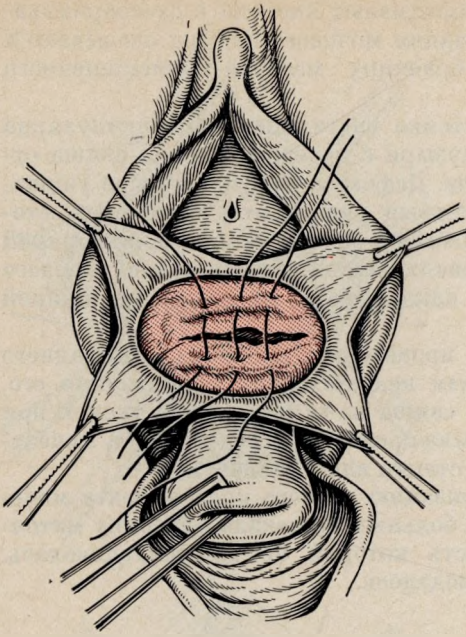
Уретро-вагинальные свищи, когда свищевое отверстие открывается впереди сфинктера мочевого пузыря, встречаются очень редко; обычно наблюдаются комбинированные свищи. При расположении свища вблизи наружного отверстия уретры жалоб у женщин не бывает, но если свищ расположен выше, то часть мочи затекает во влагалище и отсюда вытекает наружу. Рубцовые изменения в области свища могут приводить в результате неравномерного натяжения к нарушению функции сфинктера мочевого пузыря и частичному неудержанию мочи. В подобных случаях показано оперативное вмешательство.

Операция при зашивании уретро-вагинального свища должна начинаться с проверки проходимости мочеиспускательного канала металлическим катетером. Если катетер встречает препятствие, то уретру осторожно расширяют бужами. После этого производят разрез вокруг свищевое отверстие и перпендикулярно к нему второй продольный разрез по передней стенке влагалища по направлению к шейке матки. Методом расщепления отсепааровывают стенку влагалища от уретры. Освеженные края свищевое отверстие сшивают узловатыми капроновыми швами, не прокалывая слизистую оболочку. Швы накладывают в поперечном направлении с таким расчетом, чтобы соединился передний край дефекта уретры с задним краем.

При наличии уретро-везико-вагинального свища на уровне сфинктера мочевого пузыря следует учитывать возможность облитерации внутреннего отверстия мочеиспускательного канала при сохранении его. В подобном случае необходимо вскрыть облитерированный конец уретры и подвергать его регулярному бужированию до тех пор, пока мочеиспускательный канал не будет свободно пропускать металлический катетер обычного калибра.

Рис. 296.

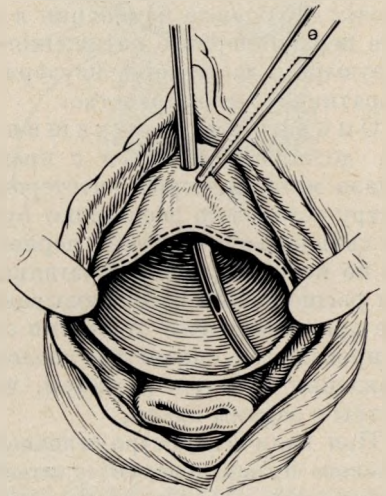
Свищ сфинктера мочевого пузыря, лоскуты после крестообразного надреза расщеплены. Наложение швов по Атабекову.



При свищах с повреждением сфинктера Д. Н. Атабеков рекомендует делать чаще всего крестообразный разрез и широко обнажать область сфинктера мочевого пузыря (см. рис. 287), что способствует образованию более мощной задней стенки сфинктера. При сшивании краев раны в поперечном направлении вкол и выкол иглы следует производить дальше



А



Б

Рис. 297. Дефект перегородки с разрушением заднего участка уретры (А). Пунктиром обозначено место расщепления (Б).

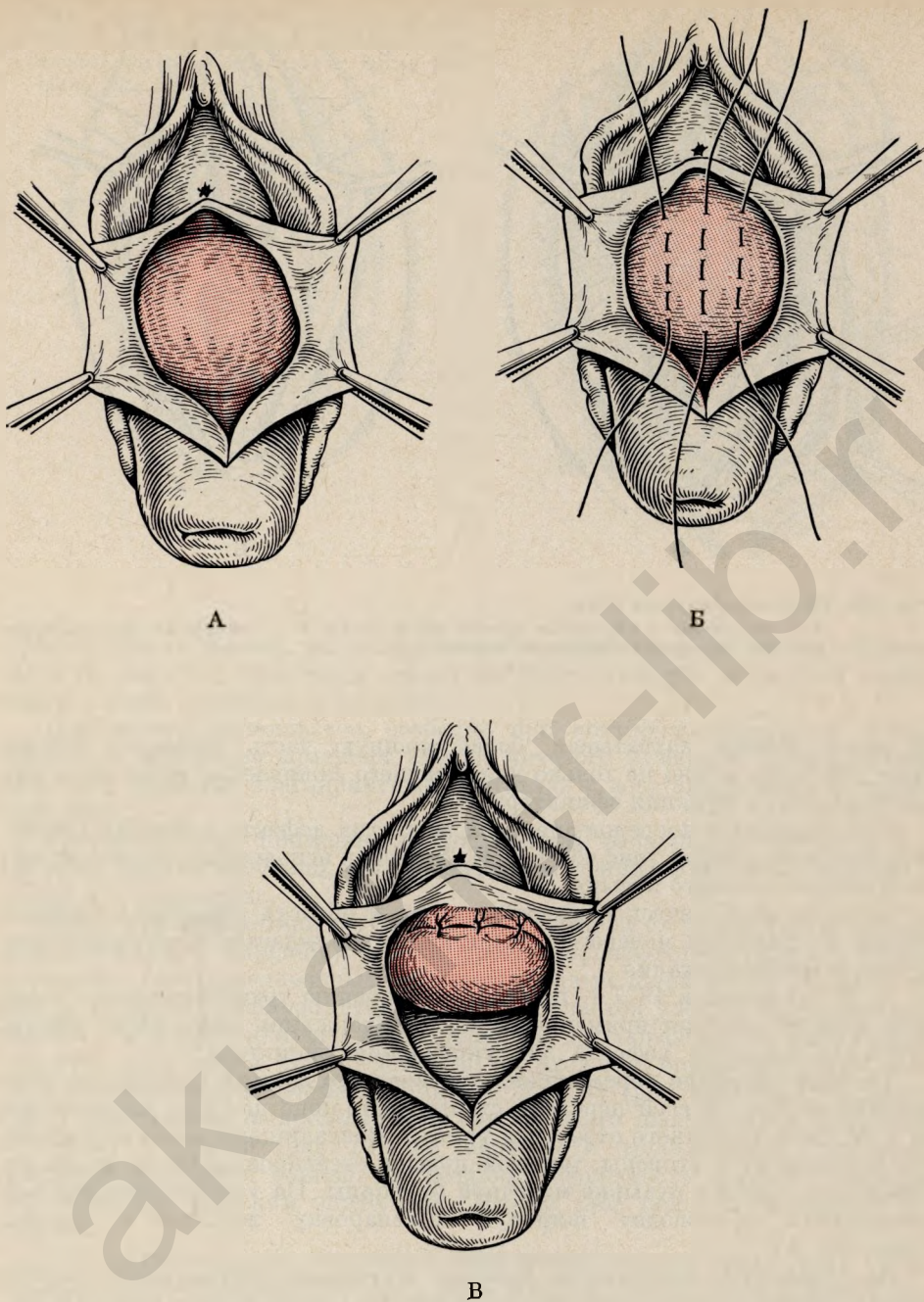


Рис. 298. Метод Атабекова.

А — сделан продольный разрез по средней линии передней стенки влагалища и края разреза широко отсепарованы; Б — мочевой пузырь отделен от шейки матки до пузырно-маточной складки брюшины. На стенку мочевого пузыря и мочеиспускательного канала наложены швы; В — швы завязаны. Дно мочевого пузыря перемещается кпереди и ближайшим к уретре участком ложится на область жема.

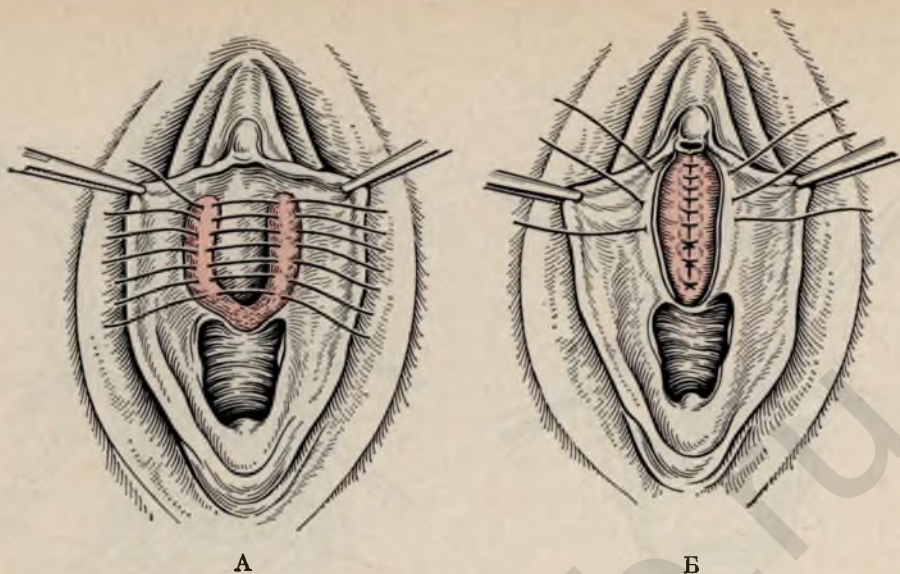


Рис. 299. Уретропластика по Отту.

А — освежение и наложение первого яруса швов; Б — погружные швы завязаны и начато наложение второго яруса швов.

от краев свища, захватывая более мощную часть мочевого пузыря (рис. 296). Это важно не только для хорошего заживления раны, но и для восстановления функции сфинктера.

При обширных повреждениях для закрытия дефекта в области сфинктера мочевого пузыря (рис. 297) Д. Н. Атабеков использовал сохранившийся отдел дна мочевого пузыря.

Нередко анатомическое восстановление в области обширного дефекта уретры и сфинктера мочевого пузыря не сопровождается восстановлением функции мочеиспускания.

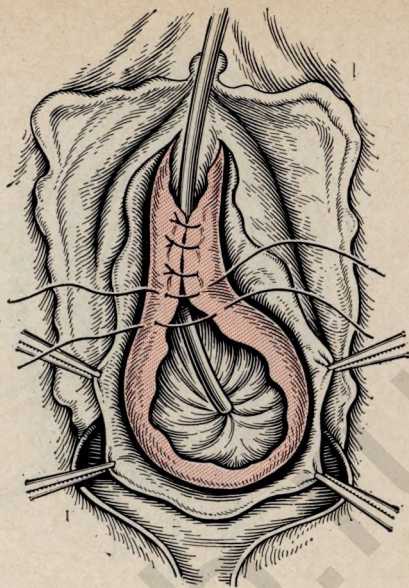
Д. Н. Атабеков в 1927 г. предложил операцию транспозиции дна мочевого пузыря, которая применяется при неудержании мочи после хирургического закрытия дефекта для укрепления сфинктера.

Техника операции перемещения дна мочевого пузыря. Производят продольный разрез по всей передней стенке влагалища до свода начиная его на 1 см ниже наружного отверстия уретры. Влагалищные лоскуты широко отсепааровывают в стороны, мочевой пузырь отсепааровывают от матки до обнажения складки пузырно-маточной брюшины. На участке уретральной поверхности производят широкую отсепааровку лоскутов в стороны (рис. 298, А).

На свободную поверхность мочевого пузыря и уретральный участок накладывают в сагиттальном направлении три основных шва (рис. 298, Б), причем перемещенный ближайший участок дна мочевого пузыря ложится во фронтальном направлении на область сфинктера (рис. 298, В), а края дублированной стенки фиксируют несколькими дополнительными швами к стенке уретрального участка. На разрезы стенки влагалища накладывают узловатые кетгутовые швы. При зашивании свищей в области уретры и сфинктера мочевого пузыря с целью уменьшения напряжения соеди-

Рис. 300.

Образование искусственного мочеиспускательного канала по Атабекову. Наложение первого этапа швов после расщепления.



ненных швами тканей мы подкрепляем их наложением на эту область полоски капрона, подшитого между мочевым пузырем и стенкой влагалища, а затем зашиваем ее разрезы.

Применение аллопластов, особенно при повторных операциях, когда истончены и рубцово изменены стенки мочевого пузыря и уретры, позволяло нам получить благоприятный результат с восстановлением функции сфинктера.

Уретропластика применяется при полном разрушении мочеиспускательного канала, особенно, если пострадал и сфинктер мочевого пузыря, а также при эписпадии.

Метод уретропластики по Отту. С обеих сторон от уцелевшей передней (прилегающей к симфизу) стенки уретры производят освежение путем иссечения двух параллельных лоскутов, каждый шириной от 0,5 до 1 см, между которыми располагается уцелевший участок уретры. Верхний край разреза начинают немного ниже клитора, дугообразное же соединение лоскутов приходится непосредственно за входом в мочевой пузырь. Вся фигура освежения по форме напоминает подкову (рис. 299, А). При соединении отдельными шелковыми или капроновыми швами одной половины освежения с другой (рис. 299, Б) образуется трубка вновь созданного мочеиспускательного канала, внутренняя поверхность которого покрыта многослойным плоским эпителием. Второй ряд швов накладывают из кетгута.

Д. Н. Атабеков при эписпадии оперировал по принципу Д. О. Отта. Он делал подковообразный разрез, замыкающий дугой шейку мочевого пузыря, затем расщеплял слизистую оболочку уретры и соединял лоскуты двумя ярусами швов (рис. 300).

А. М. Мажбиц, стремясь сохранить ткань лоскутов, производит разрез в виде камертона (рис. 301, А), отсепаровывает внутренние и наружные слои в области подковообразного и продольного разрезов, отделяя дно мочевого пузыря от шейки матки (рис. 301, Б, В). После этого оба лоскута

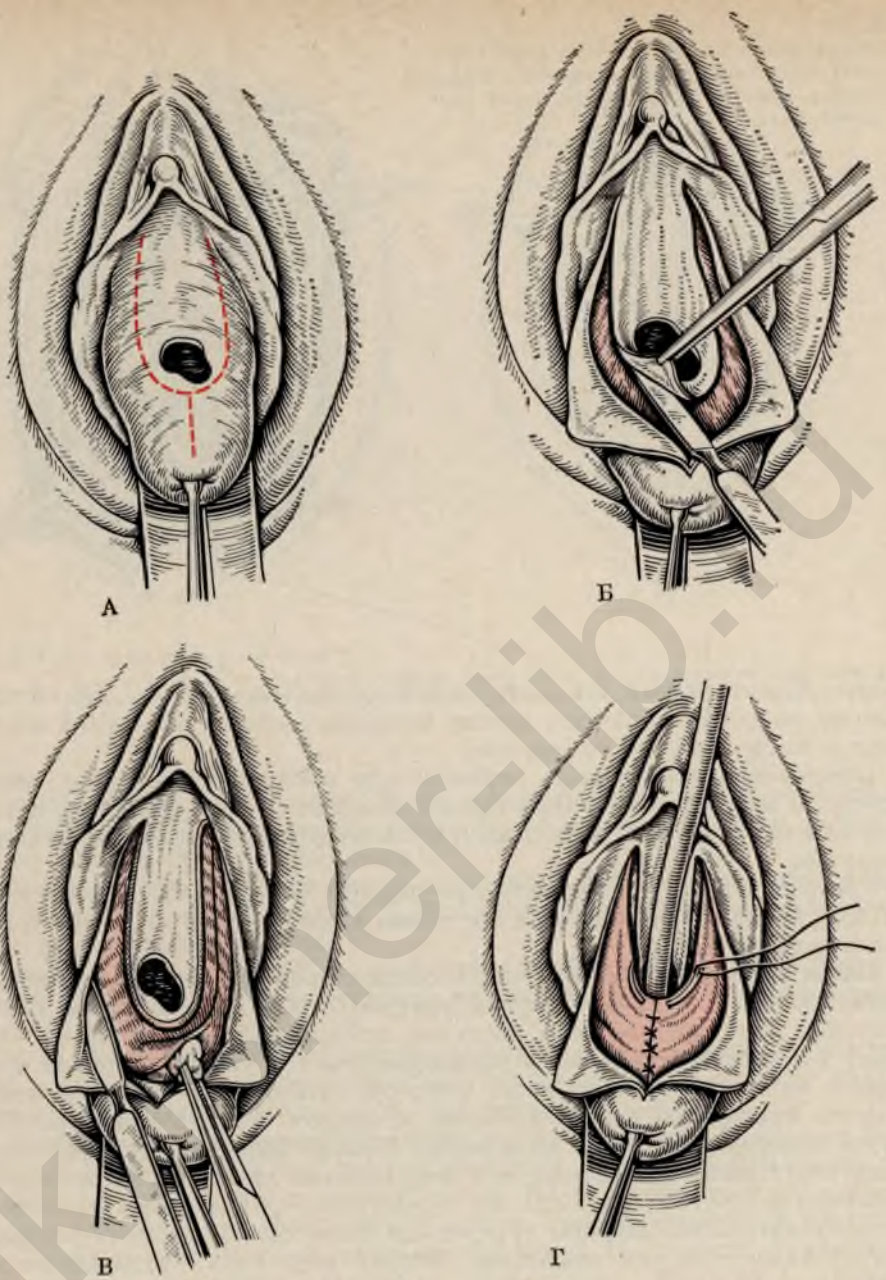


Рис. 301. Уретропоз по Мажбицу.

А — разрез вокруг дефекта и от середины его по направлению к наружному зеву шейки матки в виде камертона; Б и В — расслаивание тканей в области наружных и внутренних краев разреза; Г — формирование уретральной трубки путем наложения швов на катетере.

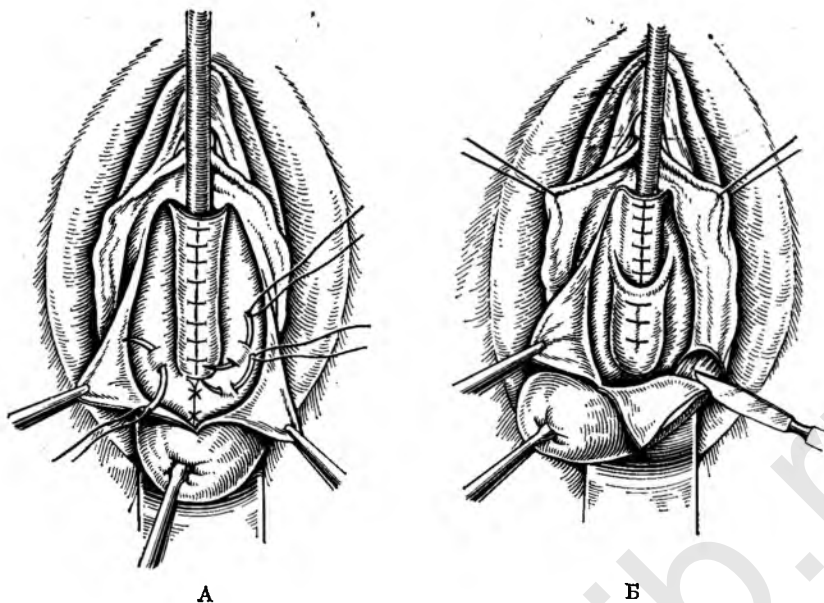


Рис. 302. Уретропоза по Мажбицу.

А — уретральная трубка сформирована из внутренних краев лоскута; Б — второй ярус швов на $\frac{2}{3}$ длины уретральной трубки; разрез в нижней трети большой половой губы для обнажения леватора.

завертывают на катетере и накладывают первый ряд швов, формируя уретру (рис. 301, Г). Сначала накладывают швы на отсепарованную стенку дна мочевого пузыря, а затем на выделенные лоскуты (рис. 302, А). Вновь созданная уретра частично состоит из здоровой, хорошо сохранившейся стенки дна мочевого пузыря. Второй ярус швов начинают опять от мышцы уцелевшего дна мочевого пузыря, а затем соединяют отошедшие в сторону волокна оторвавшихся уротригональных мышц (рис. 302, Б). Второй ярус достаточно наложить на $\frac{2}{3}$ длины ушитой трубки.

А. М. Мажбиц рекомендует вторым этапом уретропоза создавать сфинктер за счет отсепарованного пучка мышц леватора. Свободный конец мышцы фиксируют к сухожильной дуге тазовой фасции. Операция уретропоза, предложенная А. М. Мажбицем, технически сложна.

И. И. Фейгель в отличие от авторов, применявших для формирования нового сфинктера свободный лоскут седалищно-кавернозной мышцы, использовал пучки указанных выше мышц обеих сторон, что технически проще, доступнее для выполнения и дает хороший результат.

Метод Волковича. Этот метод рекомендован автором при полном разрушении уретры. Сущность операции заключается в создании новой уретры из стенки мочевого пузыря. Свищ во влагалище зашивают наглухо. Затем производят надлобковый разрез и отсепаровывают переднюю стенку мочевого пузыря. Под лонным сочленением снаружи в тканях прокладывают толстым троакаром канал, в который затем с помощью инструмента или лигатуры втягивают или выпячивают стенку мочевого пузыря в виде дивертикула (рис. 303, А, Б). Выведенный участок пузыря фиксируют к коже в области наружного отверстия созданного канала несколькими швами. Затем прореживают отверстие для отведения мочи (рис. 303, В).

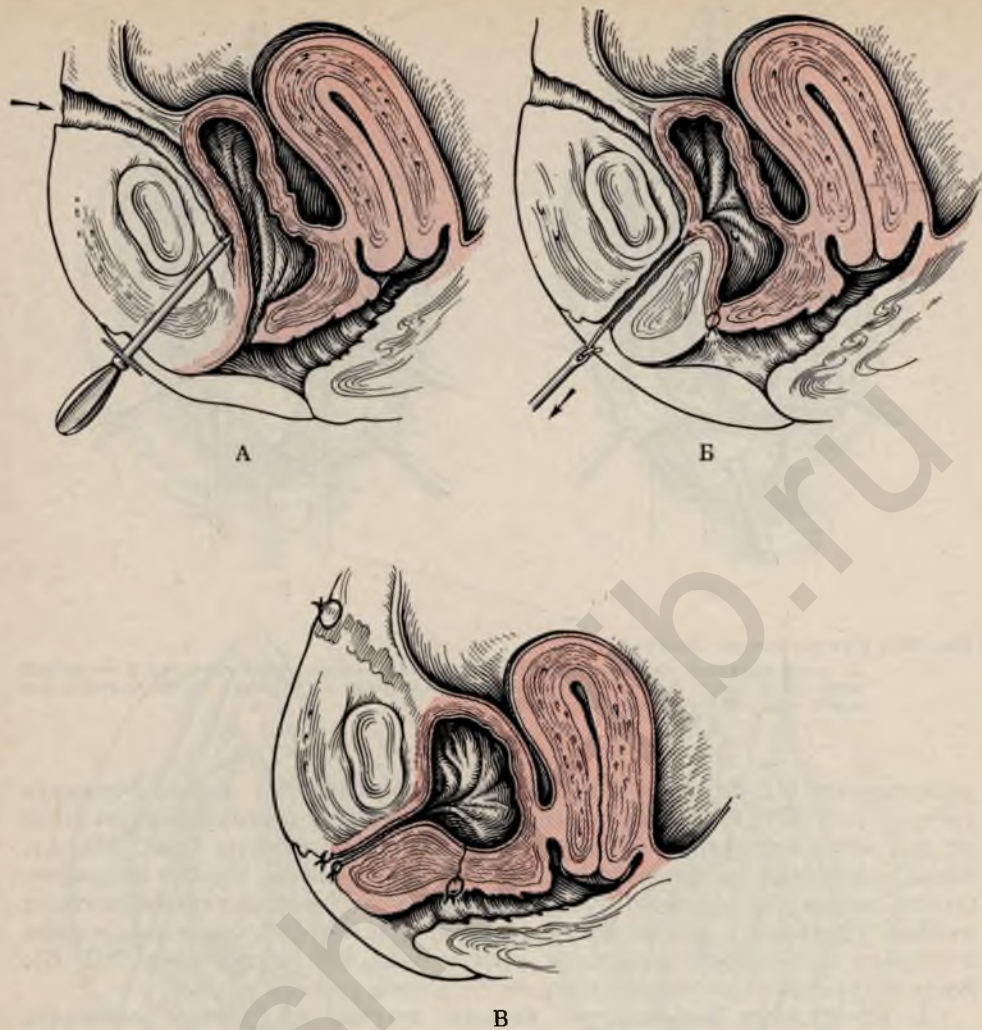


Рис. 303. Операция Волковича при полном разрушении уретры.

А — через надлобковый разрез брюшной стенки проделан канал, доходящий до передней стенки мочевого пузыря (указан стрелкой). Толстым троакаром производят прокол тканей под лоном; Б — через ход, проделанный троакаром, вытягивают стенку мочевого пузыря в виде дивертикула; В — в вытянутом дивертикуле сделано отверстие и края слизистой оболочки дивертикула пришиты к слизистой преддверия влагалища.

При невозможности восстановить целостность уретры и сфинктера мочевого пузыря, а также в случае недержания мочи, несмотря на зашитое свищевое отверстие, производят пересадку мочеточников в прямую кишку, но это является крайней мерой.

Операции по восстановлению разрушенного мочеиспускательного канала очень сложны, доступны врачу, хорошо владеющему техникой урогинекологических операций, и требуют чрезвычайно внимательного и умелого ухода в послеоперационном периоде.

Мочеточниково-влагалищные свищи

Эти свищи встречаются редко и возникают главным образом в результате повреждений при гинекологических операциях. Применяются различные операции, выполняемые как влагалищным, так и брюшностеночным методом.

Для зашивания мочеточниково-влагалищных свищей со стороны влагалища предложено более 20 методов. При наличии одного свища наиболее целесообразны операции, предложенные Makenrodt и Schede, а при двухсторонних мочеточниковых свищах — операция Мандельштама.

Операция Макенродта. Делают циркулярный разрез стенки влагалища на расстоянии 1 см от края свища. Производят расщепление тканей с отсепаровкой свищевых каналов на протяжении 3—4 см и осторожно его вытягивают. В мочевой пузырь вводят через уретру металлический катетер, стенку пузыря выпячивают вблизи от свищевых каналов и вскрывают. Стенку мочевого пузыря широко освобождают и вытягивают двумя зажимами в виде трубки. Высепарованный ранее свищевой канал (мочеточники) втягивают в мочевой пузырь (рис. 304, А) и закрепляют отдельными швами.

Schede упростил эту операцию. Мочеточник не высепаровывают в виде манжетки, а спивают с мочевым пузырем (рис. 304, Б, В).

Операция Мандельштама проста и эффективна. Она заключается в пересадке в мочевой пузырь свищевых отверстий мочеточников вместе с окружающей их каемкой из стенки влагалища. Отступя 0,5 см от обоих свищей, производят поперечный разрез и из задней стенки влагалища выкраивают полоску шириной около 0,5 см (рис. 305, А). Соответственно этой фигуре освежения делают разрез на передней стенке влагалища через все слои ткани и вскрывают при этом мочевой пузырь. Задний край разреза мочевого пузыря обшивают кетгуттом во избежание кровотечения из его стенки. Передний же край разреза мочевого пузыря соединяют восьмиоб-

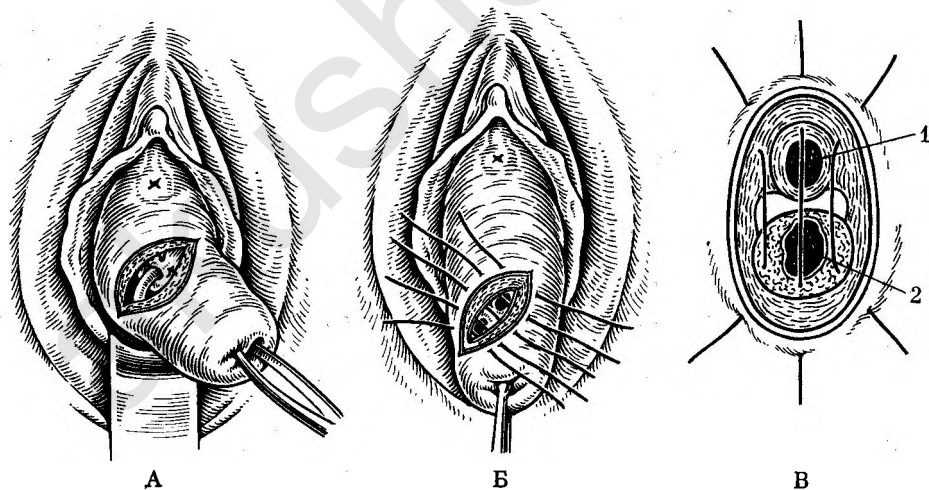


Рис. 304. Операция при мочеточниково-влагалищных свищах.

А — пересадка мочеточника в мочевой пузырь по Макенродту; Б и В — зашивание мочеточниково-влагалищного свища по Шедде; швами сближают мочеточниковое отверстие с пузырным. Швы наложены продольно и поперек. 1 — мочеточник; 2 — мочевой пузырь.

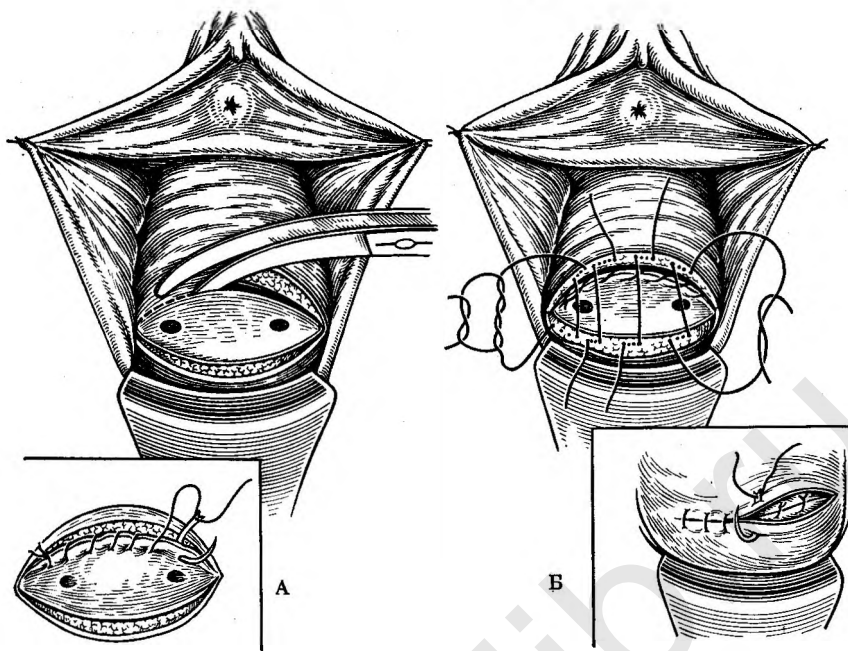


Рис. 305. Операция Мандельштама при мочеточниково-вагинальных свищах.

А — из задней стенки влагалища выкроена полоска слизистой оболочки шириной 0,5 см; поперечный разрез проведен на 0,5 см выше свищевых отверстий. Разрезом на передней стенке влагалища вскрыт мочевой пузырь; на задний край разреза мочевого пузыря наложен непрерывный шов (деталь рисунка); Б — передний край разреза мочевого пузыря соединяют с освеженной поверхностью задней стенки влагалища; края разреза передней и задней стенок влагалища соединяют узловатыми швами (деталь рисунка).

разными швами с освеженной поверхностью задней влагалищной стенки (рис. 305, Б). Второй этаж швов накладывают на мышечную стенку мочевого пузыря и освеженную паравагинальную клетчатку. Разрез влагалищной стенки зашивают узловатыми кетгутовыми швами.

Постоянный катетер А. Э. Мандельштам вводил на 3 сут.

Внутрибрюшинные методы хирургического лечения мочеточниковых свищей включают имплантацию поврежденного мочеточника в мочевой пузырь, о чем было сказано выше, пересадку мочеточника в мочевой пузырь по Воагу и, наконец, пересадку мочеточника в кишку по одному из описанных ниже способов.

Операция Боари. Показана при невозможности подтянуть мочеточник к мочевому пузырю. В таком случае Воагу рекомендует использовать пластическое удлинение мочеточника путем выкраивания длинного лоскута из пузыря во всю толщу его стенки с основанием у верхушки пузыря. Выкраенный лоскут отворачивают вверх и свертывают в виде трубки. Дефект в стенке пузыря закрывают наложением швов.

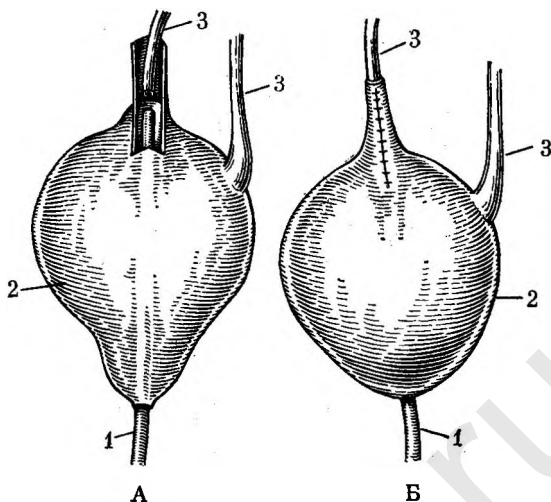
В образованный трубчатый придаток мочевого пузыря вшивают почечный конец мочеточника (рис. 306).

Область пересадки мочеточника целесообразно окутывать куском резцированного сальника.

Рис. 306.

Пересадка мочеточников в мочевой пузырь по Боари.

А — выкроенный из стенки мочевого пузыря лоскут отвернут кверху и подведен к мочеточнику; Б — дефект в пузыре закрыт, из лоскута образован трубчатый отросток, в который фиксирован мочеточник; 1 — катетер, 2 — мочевой пузырь; 3 — мочеточник.



Пересадка мочеточника в кишку

Эта операция применяется более 100 лет. В России она впервые была осуществлена Ф. А. Рейном в 1893 г. К настоящему времени существует около 60 методов пересадки мочеточника в кишку. В разработке методики этой операции большую роль сыграли отечественные авторы (Н. И. Березниговский, А. П. Яхонтов, С. Р. Миротворцев, А. И. Ильин, П. И. Тихов, Н. И. Грамматикати, А. М. Никольский, Н. М. Марков).

Сначала в мировой литературе был описан «русский метод» П. И. Тихова, С. Р. Миротворцева, а затем уже ряда зарубежных авторов.

Показаниями к операции пересадки мочеточника в кишку являются неоперабельные мочеполовые свищи, которые не могут быть закрыты ни одним из методов пластических операций; удаление мочевого пузыря или необходимость иссечения значительных отрезков мочеточников, пораженных раковым процессом.

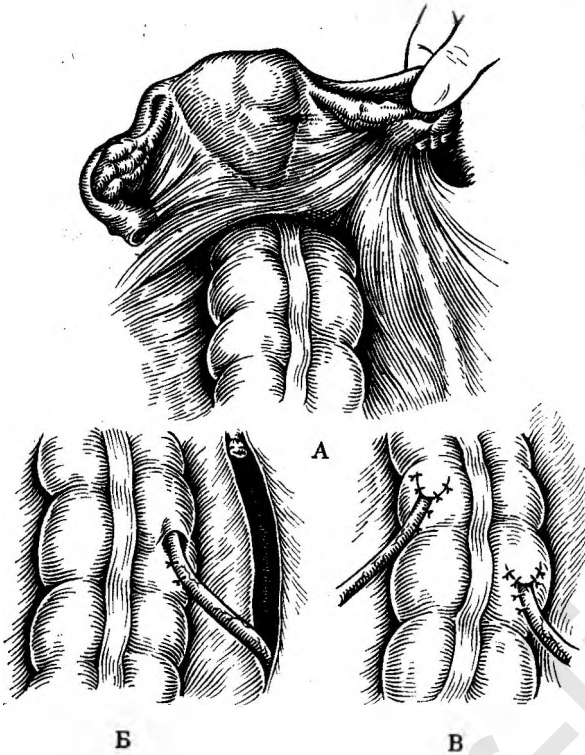
В предоперационном периоде большое внимание уделяется подготовке желудочно-кишечного тракта. Кишечник должен быть пустым не только к моменту операции, но и в течение 3—4 дней после нее. Кроме того, необходимо улучшить кишечную флору. Для этого за 5—6 дней до операции больной назначают молочную диету, за 3 дня до операции дают только простоквашу по 3—4 стакана в день, чай. За 3 и 2 дня дают слабительное и после него через 3 ч делают встречную клизму. За 2 дня и накануне операции кишку промывают раствором марганцовокислого калия в разведении 1 : 10 000. За 3 дня до операции назначают сульфаниламиды по 0,5 г 3 раза в день; на ночь накануне и утром в день операции назначают по 5—8 капель настойки опия.

Операция пересадки мочеточника в кишку по Тихову. Производят чревосечение. Кишечник с сальником смещают кверху и защищают марлевыми салфетками или мягким полотенцем. Приподняв придатки и натянув подвешивающую связку яичника, отыскивают у ее основания мочеточник, который просвечивает через брюшину (рис. 307, А). Брюшину разрезают над мочеточником на протяжении 4 см, выделяют мочеточник из клетчатки и, взяв его на лигатуру, подводят к стенке верхнего отдела прямой кишки, а затем фиксируют к ней двумя швами.

Рис. 307.

Пересадка мочеточников в кишку по Тихову.

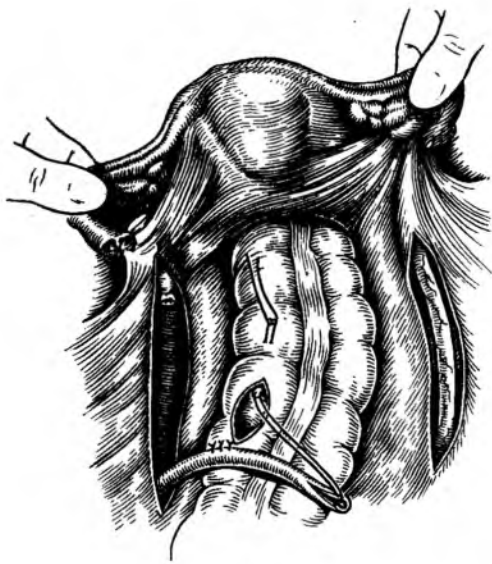
А — через задний листок широкой связки виден мочеточник; Б — конец отсепанованного мочеточника погружен в сделанное в кишке отверстие; мочеточник двумя швами фиксирован к кишке; В — после погружения мочеточников в кишку полуовальное отверстие зашито.



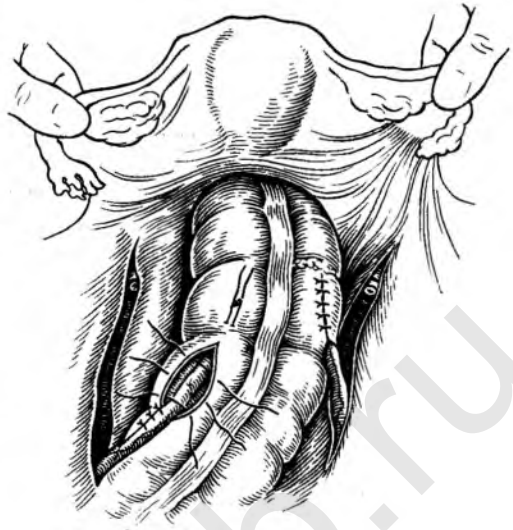
На нижний отрезок мочеточника накладывают шелковую лигатуру. Выше этой лигатуры мочеточник перерезают и открытый почечный конец его обертывают марлевой салфеткой. Ниже последнего фиксирующего шва кишку захватывают в складку и в ней остроконечными ножницами делают полуовальное отверстие с выкраиванием небольшого лоскута, основанием обращенного книзу. В образованное в кишке отверстие величиной 0,5 см вставляют конец мочеточника с таким расчетом, чтобы его участок длиной 0,5—0,75 см выступал в просвет кишки (рис. 307, Б). Верхушку лоскута соединяют с передней поверхностью мочеточника. На рану кишки накладывают 4—5 швов из шелка, захватывающих серозную оболочку кишки (рис. 307, В). Разрез в тазовой брюшине закрывают отдельными швами, подшивая брюшину к серозной оболочке кишки над местом пересадки. Если приходится пересаживать оба мочеточника, то второй пересаживают в нижний отдел сигмовидной кишки на расстоянии 5—6 см от первого. Необходимо следить, чтобы при вскрытии просвета кишки были рассечены все ее слои, включая и слизистую оболочку, так как в случае ошибки мочеточник попадает не в просвет кишки, а в ее стенку между мышечной и слизистой оболочками. Так как листки пристеночной брюшины подшивают выше и ниже первого ряда швов, область пересадки оказывается внебрюшинно и мочеточник лежит как бы в двойном футляре.

Н. И. Березниговский и А. И. Никольский полагают, что при операции Тихова вокруг мочеточника в области его анастомоза с кишкой образуется как бы муфта мышц, выполняющих функцию жома.

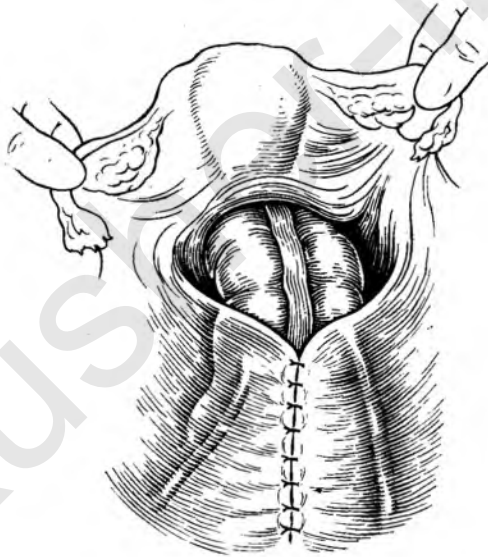
Операция пересадки мочеточника в кишку по Маркову. Производят чревосечение. Рассекают брюшину над мочеточником, обнажают его и



А



Б



В

Рис. 308. Пересадка мочеточников в кишку по Маркову.

А — левый мочеточник фиксирован к стенке и закинут вверх. Через отверстие кишки проведены лигатуры. Справа показан разрез брюшины над вторым мочеточником; Б — мочеточник втянут в полость кишки, на разрез ее накладывают ряд швов; В — над пересаженными в кишку мочеточниками сшиты брюшинные листки.

высвобождают из ложа с некоторым количеством прилежащей к нему клетчатки тупым путем приблизительно на длину 7—8 см.

Под мочеточник подводят шелковую лигатуру, но вначале ее не завязывают и опускают книзу, где предполагается перерезка мочеточника. Почечный конец его с помощью 3—4 тонких шелковых швов фиксируют к кишке; при этом необходимо следить, чтобы швы не прошли в просвет мочеточника или кишки (рис. 308, А). Затем мочеточник перевязывают как можно ниже ранее подведенной под него лигатурой и перерезают; пузырьный конец перерезанного мочеточника смазывают 5% настойкой йода. В перерезанный почечный конец мочеточника вводят браншу тонких глазных ножниц и рассекают его стенку снизу на 1,5 см с целью предупредить возможность рубцового сужения. Тонкую шелковую лигатуру с двумя тонкими иглами на концах проводят через переднюю стенку рассеченного мочеточника у его отверстия так, чтобы она не проникла в просвет мочеточника.

При перерезке мочеточник обычно сокращается (укорачивается); это следует учитывать и разрез кишки производить после перерезки мочеточника и прошивания лигатурой его рассеченного конца. После этого мочеточник закидывают вверх и у его основания, учитывая длину после сокращения, на стенке кишки делают разрез серозной и мышечной оболочек длиной 2,5—3 см. В нижнем углу этого разреза остроконечным скальпелем прокалывают слизистую оболочку, вскрывая просвет кишки. В это отверстие вводят расщепленный конец мочеточника. Для этого иглы, снабженные тонкой лигатурой и проведенные через мочеточник, вводят в полость кишки через упомянутое отверстие в слизистой оболочке и выкалывают из полости через слизистую и мышечную оболочки на серозную, где и завязывают. При этом мочеточник втягивают в полость кишки и конец его фиксируют швом при завязывании концов лигатуры на серозной оболочке кишки (рис. 308, Б). После этого зашивают отверстие в слизистой оболочке кишки, если оно оказалось большим, и накладывают шелковые швы на разрез ее мышечной и серозной оболочек. Если производят пересадку и второго мочеточника, то повторяют все описанные манипуляции, располагая разрезы кишки на разных уровнях. После этого брюшинные листки справа и слева стягивают кетгутowymi швами посередине до соприкосновения их друг с другом над кишкой в области пересадки мочеточников, подхватывая при этом и стенку кишки. Благодаря этому мочеточники оказываются расположенными внебрюшинно (рис. 308, В). Это не только обеспечивает хорошую перитонизацию, но и препятствует смещению кишки, благоприятствуя лучшему приживлению мочеточников. После этого производят туалет брюшной полости и рану брюшной стенки зашивают наглухо. В настоящее время пересадку мочеточников чаще производят в нижний отрезок сигмовидной кишки.

Пересадка мочеточников в толстую кишку по способу Коффей — Мейо имеет много сторонников. Производят чревосечение продольным разрезом по белой линии. Пересаживают сначала левый мочеточник в сигмовидную кишку, затем правый — в прямую кишку. По вскрытии брюшной полости ассистент вводит в прямую и сигмовидную кишки на расстояние 30 см ректороманоскоп, а хирург направляет его со стороны брюшной полости. Из кружки через ректороманоскоп промывают прямую и сигмовидную кишки до тех пор, пока промывная жидкость не станет прозрачной и не освободится от частиц фекальных масс и слизи. Затем через тот же тубус ректороманоскопа вливают 250 мл дезинфицирующего раствора для промывания кишки. После того как вся жидкость вытекла наружу, через

ректороманоскоп вводят корнцангом или специальными щипцами марлевую полоску шириной 5—10 см и длиной 450 см в кишку. Введенную в кишку марлевую полоску хирург проталкивает рукой по ходу кишечника и, когда последний выполнен, тубус ректороманоскопа удаляют.

После этого над мочеточником рассекают брюшину на протяжении 5—6 см и мочеточник отсепааровывают до места впадения в мочевой пузырь. Затем петлю мочеточника берут на резиновую трубку, используемую в качестве держалки (рис. 309, А). Мочеточник вытягивают вместе с окружающей клетчаткой, а на его нижний конец накладывают шелковую и кетгутовую лигатуры на расстоянии 1 см одна от другой. Сигмовидную кишку захватывают двумя кишечными жомками и на задней ее поверхности в области *taenia* на 8—10 см выше перехода ее в прямую кишку разрезают серозный и мышечный слой стенки кишки. Зажимом Кохера в стенке кишки прокладывают туннель между мышечной и слизистой оболочками на протяжении 3—4 см и конец зажима выводят наружу (рис. 309, Б).

Между ранее наложенными лигатурами перерезают мочеточник и обе культя смазывают 5% настойкой йода. Культю пузырного конца мочеточника покрывают брюшиной, зашивая разрез в ней непрерывным кетгутовым швом. Почечный конец мочеточника, перевязанный кетгутом, при этом оставляют снаружи и приподнимают кверху. У узла наложенной лигатуры на стенке почечного конца мочеточника вырезают ножницами выходное отверстие. Оба конца лигатуры обрабатывают спиртом и вдевают в тонкие иглы. В периферическом конце туннеля, отступя от него на 1,5—2 см, вскрывают скальпелем просвет кишки, в полость ее вводят поочередно обе иглы с лигатурами, наложенными на конец мочеточника, и выкалывают через стенку кишки на расстоянии 1—1,5 см кнаружи от края отверстия. Иглы удаляют, конец мочеточника втягивают в полость кишки с помощью лигатур и завязывают их поверх серозной оболочки кишки (рис. 309, В). Накладывают швы на разрез мышечной и серозной оболочек кишки в отверстиях туннеля, подхватывая при этом клетчатку мочеточника. *Flexura sigmoidea* фиксируют к париетальной брюшине.

После смены инструментов и перчаток производят по той же методике пересадку правого мочеточника в прямую кишку на границе перехода в сигмовидную (рис. 309, Г). Перед этим удаляют марлевый тампон из прямой кишки. Рану брюшной стенки зашивают наглухо.

После пересадки в кишку обоих мочеточников у некоторых больных наблюдались почечный шок и рефлексорная анурия. Поэтому ряд хирургов производили эту операцию двухмоментно: сначала пересаживали правый мочеточник, а через 2 нед — левый.

В дальнейшем операция пересадки мочеточников в толстую кишку была видоизменена. Было предложено вводить в мочеточник катетеры, что позволило перейти к одновременной пересадке обоих мочеточников. Введение катетеров в мочеточники предупреждало их инфицирование в первые послеоперационные дни и ограничивало число швов.

С целью облегчения выведения катетеров в кишку поступают следующим образом. Перед операцией с помощью зеркала или тубуса ректороманоскопа вводят высоко в кишку марлевый тампон. Мочеточник косо перерезают. На мочеточниковый катетер № 12 надевают резиновую манжетку на расстоянии 25 см от его кончика. Катетер вводят в косо срезанный мочеточник до уровня манжетки, на которую тут же накладывают 2—3 шва из кетгута; таким образом катетер оказывается фиксированным к концу отрезка мочеточника. Разрезают кишку и свободный конец катетера с помощью лигатуры прикрепляют к тампону (рис. 310). При удалении

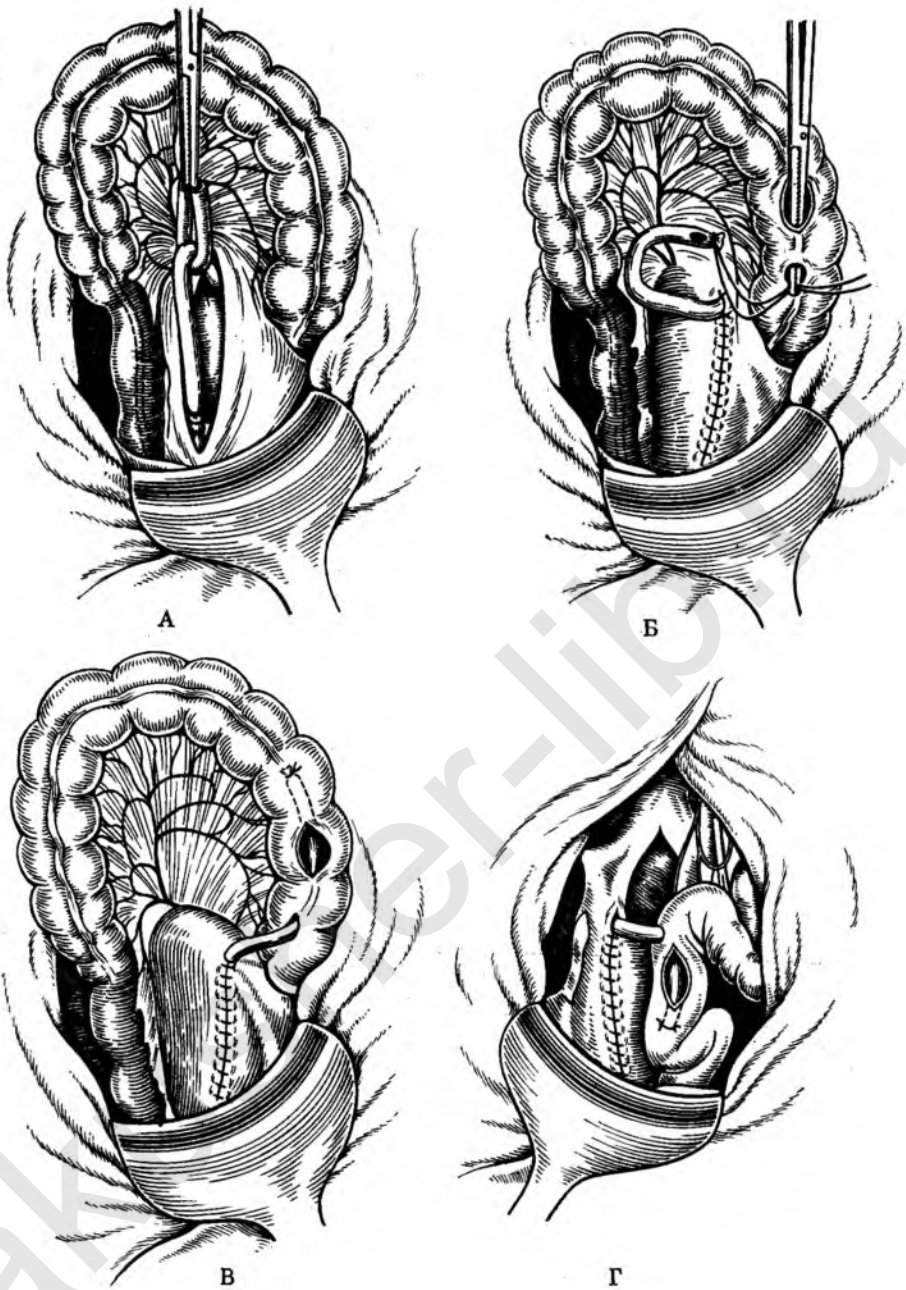
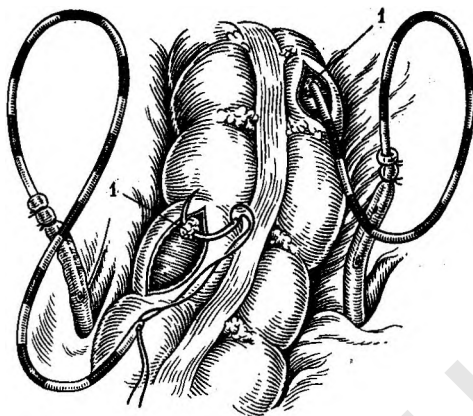


Рис. 309. Пересадка мочеточников в кишку по Коффей — Мейо.

А — flexura sigmoidea приподнята вверх. Рассечена брюшина над мочеточником; он отсепарован до впадения в мочевой пузырь и перевязан двумя лигатурами; В — создание канала в стенке сигмовидной кишки и подготовка к пересадке мочеточника; В — фиксация мочеточника лигатурой, проведенной через отверстие в слизистой оболочке в просвет кишки; Г — пересадка правого мочеточника в прямую кишку.

Рис. 310.

Пересадка мочеточников в кишку с введением в них катетеров. Через отверстие в слизистой оболочке кишки виден тампон (1), введенный в кишку до операции. К тампону прикрепляют лигатурами мочеточниковые катетеры.



тампона по мере его извлечения втягивают в полость кишки прикрепленные к нему мочеточниковые катетеры, а вместе с ними и мочеточники. Затем зашивают разрезы на кишке. В результате этого в первые дни после операции моча изливается через катетеры, не поступая в кишку. Через несколько дней концы мочеточников омертвевают и отходят вместе с катетерами, которые извлекают из кишки, а пересаженные мочеточники приживаются к кишке. Дренируют мочеточники от 10 до 15 дней. Если катетеры не применяются, то после операции в кишку вводят резиновую дренажную трубку длиной 8—10 см для стока мочи. Трубку ежедневно промывают слабым раствором марганцовокислого калия и удаляют на 6—7-е сутки.

В большинстве случаев при пересадке мочеточников в толстую кишку у женщин детородного возраста, особенно имеющих ребенка, следует производить стерилизацию. Показаниями к стерилизации являются резкое сужение влагалища, опасность большой почечной нагрузки. По имеющимся наблюдениям, женщины после пересадки мочеточников беременели и родоразрешались кесаревым сечением. Н. В. Марков при пересадке мочеточников у 39 больных только в одном случае не произвел стерилизацию.

Операция пересадки мочеточников в толстую кишку является сложным и опасным вмешательством. А. Г. Смиттен (1931) приводит следующие данные мировой статистики; из 755 оперированных умерли в ближайшие дни после операции 247 (33%). Причиной летального исхода в 29% случаев был перитонит, в 23,7% — пиелонефрит. В клинике Мейо до 1931 г. пересадка мочеточников была произведена у 74 больных; непосредственная смертность составила 4,2%. Из оперированных живы свыше 5 лет 36% больных и свыше 10 лет — 17%. Из 39 больных, оперированных Н. М. Марковым, 6 умерли от перитонита; 11 женщин находились под наблюдением от 1 года до 19 лет и все они были в хорошем состоянии.

Нефизиологические операции при мочеполовых свищах

К нефизиологическим операциям относятся такие, которые предусматривают устранение непроизвольного выделения мочи через влагалище путем хирургического закрытия полостей тех органов, в которые поступает через свищ моча из поврежденного пузыря или мочеточника. Обычно показания к подобным операциям возникают при невозможности закрыть

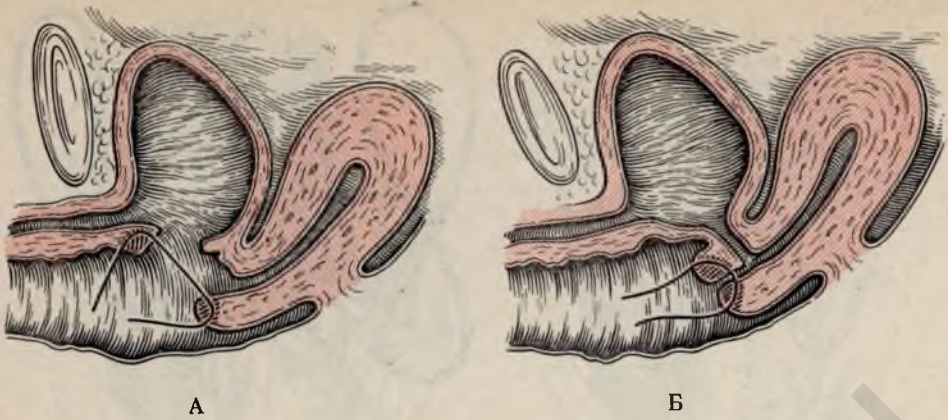


Рис. 311. *Закрытие пузырно-влагалищного свища пришиванием задней губы шейки матки к переднему краю свищевое отверстия (А); стоматоклейзис при пузырно-шеечном свище (Б). После освежения обе губы шейки матки сшиты между собой.*

свищевое отверстие пными способами и тогда как последнее лечебное мероприятие используют тот или иной вид клейзиса.

Стоматогистероклейзис может быть применен при отсутствии передней губы шейки матки у больных с пузырно-влагалищным свищом, не поддающимся излечению пластической фистулоррафией. В подобном случае для закрытия свищевое отверстия используется задняя губа шейки матки. При этом частично иссекают покрывающую ее слизистую оболочку, освежают передний край свищевое отверстия и шелковыми швами соединяют освеженные поверхности (рис. 311, А).

При пузырно-шеечном свище и сохраненной передней губе шейки матки иссекают слизистую оболочку в области наружного маточного зева и соединяют освеженные участки отдельными швами (рис. 311, Б). После закрытия пузырно-влагалищного свища задней губой шейки матки или после стоматоклейзиса при пузырно-шеечной фистуле менструальная кровь будет выделяться через мочевого пузыря. Отдаленные последствия подобных операций не изучались.

Кольпоклеизис — оперативное вмешательство, состоящее в полном поперечном зашивании влагалища на том или ином уровне. Применяется при проходимости уретры. Высокий кольпоклеизис используется при пузырно-влагалищном свище в куполе влагалища, возникшем после экстирпации матки. При этом освежают и ушивают стенку влагалища в поперечном направлении непосредственно у краев свищевое отверстия, увеличивая емкость пузыря за счет купола влагалища. Половая жизнь после такого оперативного вмешательства возможна.

Косой кольпоклеизис рекомендуется А. М. Мажбицем при асимметричном расположении свища в том или ином своде влагалища. Накладывание швов в косом направлении технически труднее, но преимуществом бокового зашивания влагалища является образование, подобное своду, что более благоприятно для последующей половой жизни.

Низкий кольпоклеизис заключается в зашивании влагалища в области вульварного кольца с оставлением снаружи отверстия мочеиспускательного канала. После этой операции половая жизнь невозможна.

Рис. 312.

Кольпокле́йзис. Соединение узловатыми швами освеженных поверхностей стенок влагалища.

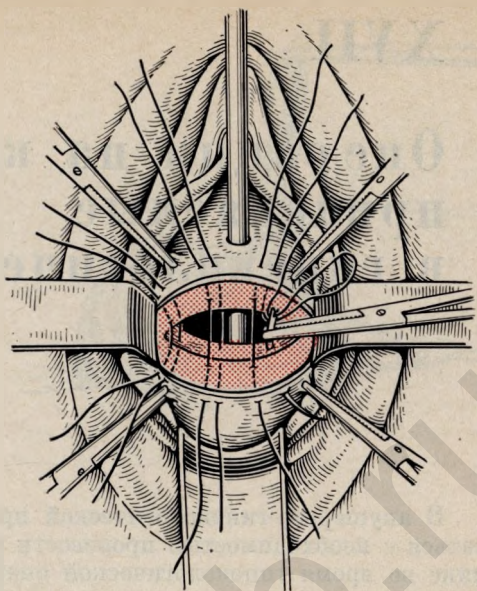
Вблизи свищевого отверстия делают два циркулярных разреза на стенках влагалища на расстоянии 1 см один от другого и удаляют слизистую оболочку влагалища между этими разрезами. Производят гемостаз. Освеженные поверхности соединяют узловатыми швами, проходящими через всю толщу раневой поверхности и расположенными на расстоянии 3—4 мм друг от друга (рис. 312). После наложения швов наполняют дезинфицирующим раствором мочевого пузыря и закрытую часть влагалища с целью проверки герметичности созданного резервуара.

Эпизиоклейзис, или **эпизиостеноз**, может быть применен у больных с пузырно-влагалищными свищами при разрушенной уретре. Предварительно создается ректо-вагинальный свищ, если не было сочетания пузырно-влагалищного и ректо-вагинального свищей.

В прямую кишку вводят на глубину 4—5 см расширитель Гегара № 10, выпячивают им прямокишечно-влагалищную перегородку, скальпелем со стороны влагалища делают разрез и отверстие в кишке расширяют до размеров 2×3 см. Края разреза обшивают узловатыми швами из капрона, освежают внутренние поверхности больших или малых половых губ и, сшивая раневые поверхности, полностью закрывают половую щель. В прямую кишку вводят на 5—7 сут резиновую трубку для стока мочи. В результате эпизиоклейзиса мочевого пузыря, влагалища и прямая кишка образуют общую клоаку, функцию которой регулирует жом заднего прохода.

В первые годы врачебной деятельности мне неоднократно приходилось наблюдать этих больных, находившихся до операции в тяжелом моральном состоянии, жаждавших избавления от постоянного выделения мочи и кала и страдавших впоследствии из-за различных воспалительных процессов и невозможности половой жизни.

Организация советской системы родовспоможения, развитие урогинекологической оперативной техники позволили резко снизить число больных с мочеполювыми и ректо-вагинальными свищами. Тяжелые повреждения мочевого пузыря и прямой кишки, требующие применения таких операций, как эпизиоклейзис, стали исключительной редкостью, и за последние 30 лет в руководимых нами клиниках таких больных не было.



Операции на кишечнике, применяемые в гинекологической практике

В акушерско-гинекологической практике нередко приходится сталкиваться с необходимостью произвести некоторые вмешательства на кишечнике во время гинекологической операции. К подобным вмешательствам прежде всего относится аппендэктомия, так как червеобразный отросток часто оказывается спаянным с придатками при воспалительных и опухолевых процессах. Аппендэктомия как сопутствующая операция показана при гинекологическом чревосечении, если червеобразный отросток настолько спаян с придатками или маткой при опухолях и воспалениях, что его невозможно изолировать и приходится удалять вместе с указанными органами. Подлежит удалению и не спаянный с гениталиями червеобразный отросток при явном поражении его воспалительным или опухолевым процессом.

Предлагаемое некоторыми авторами удаление аппендикса при гинекологическом чревосечении с профилактической целью не является достаточно обоснованным. Более того, иногда это может привести к тяжелым осложнениям, если аппендэктомия производится у резко ослабленных или обескровленных больных, при наличии кровоизлияний в брюшную полость и при больших оперативных вмешательствах. В подобных случаях к аппендэктомии прибегают только при наличии строго обоснованных показаний.

Хирург-гинеколог должен владеть и техникой кишечного шва, показанием к наложению которого является ранение кишечника, возникающее во время операции при вскрытии брюшной полости или при разделении спаек, сращений. В процессе гинекологической операции может возникнуть и необходимость в резекции кишечника с наложением анастомоза при гангрене кишки, прорастании опухоли и обширных язвенных и прободных процессах.

При операции кольпопоза из кишечника акушеру-гинекологу также приходится производить резекцию тонкой кишки или толстой кишки с последующим наложением анастомоза бок в бок или конец в конец.

Наконец, хирург-гинеколог должен уметь зашить влагалищно-кишечный свищ, создать искусственный задний проход и произвести энтеростомию при необходимости временного отведения кишечного содержимого и газов при заворотах, перитоните, в случаях неоперабельного рака.

Аппендэктомия. Тщательно обкладывают операционное поле марлевыми салфетками. Пальцами или анатомическим пинцетом извлекают сле-

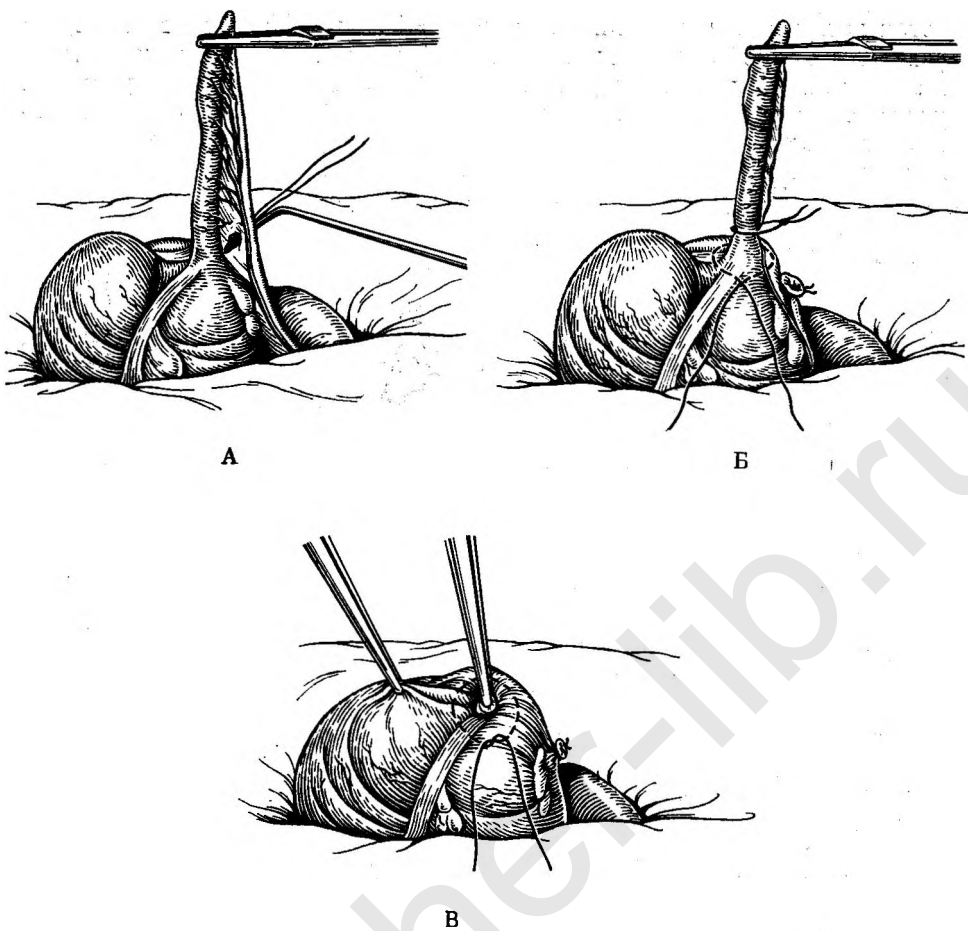


Рис. 313. Аппендэктомия.

А — лигирование сосудов брыжейки отростка; Б — брыжейка рассечена, червеобразный отросток перевязан кетгутовой лигатурой после раздавливания его зажимом; В — погружение культи отростка кисетным швом.

пую кишку. Если отросток не виден, следует отыскать место впадения подвздошной кишки в слепую, а затем *taenia longitudinalis anterior*, у окончания которой снизу находится основание отростка. Слайки, окружающие отросток и слепую кишку, рассекают ножницами под контролем зрения. Червеобразный отросток выводят в рану, поддерживая пальцами. Брыжейку обкалывают у ее основания и перевязывают кетгутом, следя за тем, чтобы в лигатуру попала артерия отростка. Можно наложить зажимы на брыжейку, затем рассечь ее и перевязать, подобно тому как эту манипуляцию производят с мезосальпинксом при удалении маточной трубы. При наложении зажимов необходимо следить, чтобы не захватить стенку слепой или подвздошной кишки. У основания червеобразного отростка на расстоянии около 2 см от него накладывают кисетный шов из тонкого шелка или капрона, прокалывая лишь серозно-мышечный слой стенки слепой кишки. Шов завязывают, но не стягивают в узел (рис. 313). Отросток раздавливают у основания крепким зажимом, перевязывают раздавленный

участок кетгутот и концы нитки коротко обрезают. Немного выше места перевязки на отросток накладывают второй зажим. Червеобразный отросток между наложенной лигатурой и зажимом отсекают ножом и удаляют. Культю отростка смазывают 5% настойкой йода. Ассистент, который держит слепую кишку, анатомическим пинцетом погружает культю отростка, а хирург затягивает кисетный шов (см. рис. 313). Поверх кисетного шва накладывают Z-образный шов и связывают с ним лигатуру брыжейки, прикрывая кисетный шов. Если отросток запаян или пророс опухолью, исходящей из придатков или матки, а выделение может привести к его разрыву, то аппендикс сначала отсекают от слепой кишки, а затем удаляют (ретроградная аппендэктомия).

Техническая погрешность при аппендэктомии чаще всего заключается в плохом лигировании сосудов брыжейки, что сопровождается кровотечением как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Гематомы могут легко инфицироваться и вызывать тяжелые осложнения. Исходя из этого, необходимо тщательно следить за лигированием сосудов брыжейки аппендикса.

Кишечный шов. При ранении брюшинного покрова кишки накладывают серо-серозный или серозно-мышечный шов из тонкого шелка. При вскрытии просвета кишки мелкие отверстия зашивают кисетным швом из кетгута через все слои кишки и над ним накладывают Z-образный шов из тонкого шелка.

При значительных размерах дефекта тонкой кишки, проникающего в ее полость, швы накладывают в два этажа: первый — непрерывный кетгутовый шов через все слои стенки кишки, второй — шелковые швы на серозно-мышечный слой. Зашивание кишки необходимо производить так, чтобы продольная рана превращалась в поперечную и не вызывала сужения кишечной трубки. При обширных повреждениях кишечника применяют резекцию.

Резекция тонких кишок. Подлежащий резекции отрезок кишки выводят в рану и операционное поле защищают марлевыми салфетками от возможного загрязнения кишечным содержимым. На приводящий и отводящий концы кишечной трубки накладывают кишечные жомы по два с каждой стороны. Перевязав сосуды, рассекают брыжейку между лигатурами. После этого между кишечными жомами рассекают удаляемый участок кишки с обеих сторон (рис. 314). Полученные два просвета приводящего и отводящего отрезков кишки приближают друг к другу боковыми поверхностями в виде «двустволки» и накладывают анастомоз конец в конец. Для этого прилегающие друг к другу края просветов кишок через все слои сшивают непрерывными кетгутовыми швами. Первый шов накладывают так, чтобы он захватывал листки брыжейки и мышечные слои обоих отрезков кишки. Последующими стежками непрерывного шва захватывают все слои кишечной стенки. Вколы иглы, чтобы обеспечить лучшее прилегание серозных оболочек, производят со стороны слизистой оболочки (рис. 315). После полного соединения концов кишки снимают жомы, меняют марлевые салфетки и инструменты. Руки моют раствором сулемы или меняют перчатки.

Второй этаж серозно-мышечных узловатых шелковых швов накладывают по всей окружности кишечной трубки с интервалами в 1 см. После этого зашивают кетгутовыми швами отверстия в брыжейке, стремясь не поранить сосуды, что сопровождается быстрым образованием гематомы.

Чаще используют технически более простую методику резекции кишки с анастомозом бок в бок. Кишку с каждой стороны рассекают между двумя

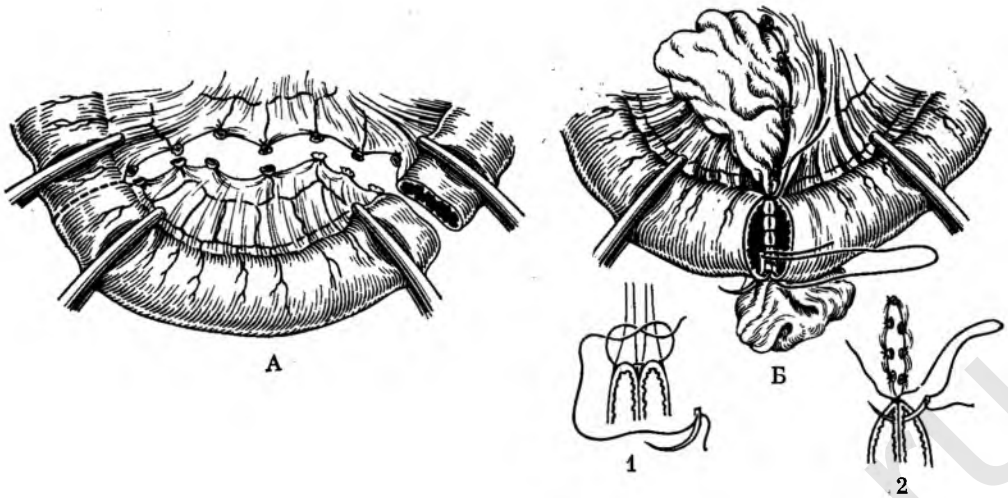


Рис. 314. Резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец. Внизу показаны детали наложения швов.

А — брыжейка рассечена и перевязана, справа кишка рассечена; слева пунктирной линией показано место пересечения кишки; Б — наложение непрерывного шва; 1 — нитка проходит через оба листка брыжейки и мышечный слой прилегающих просветов кишок и завязывается; 2 — длинным концом нитки прошиваются края задней стенки просветов кишки.

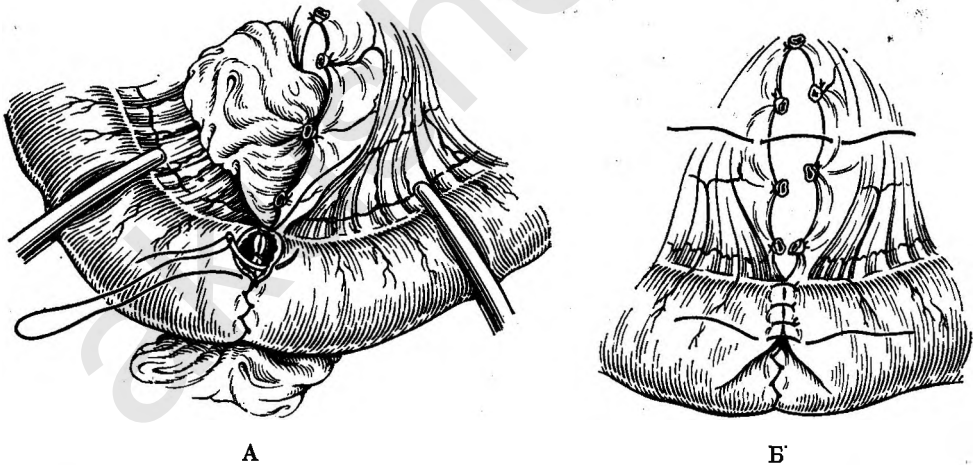


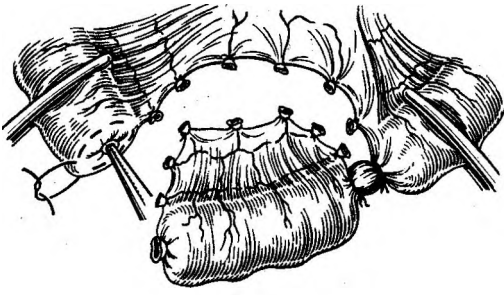
Рис. 315. Резекция тонкой кишки. Наложение анастомоза конец в конец.

А — при переходе шва на переднюю стенку кишки иглу вкалывают со стороны слизистой оболочки; Б — наложение узловатых шелковых швов второго этажа; ушивается отверстие в брыжейке.

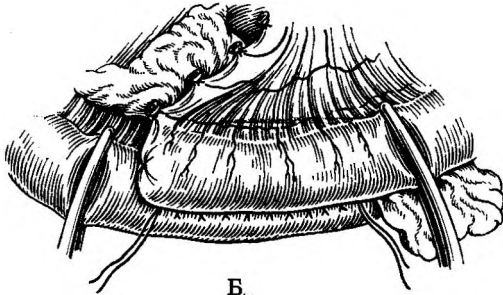
Рис. 316.

Резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок.

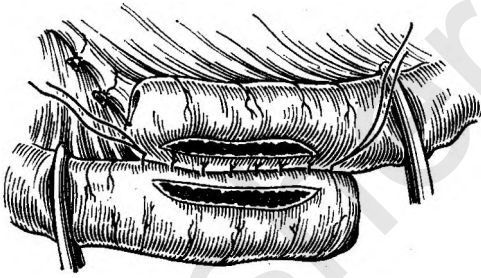
А — наложены крепкие лигатуры на кишку (справа). Кишка между лигатурами перевязана (слева). Культи погружаются кистетными швами; Б — боковые поверхности приложенных друг к другу концов кишки сшиваются узловатыми шелковыми швами; В — оба отрезка кишки вскрыты продольными разрезами.



А



Б



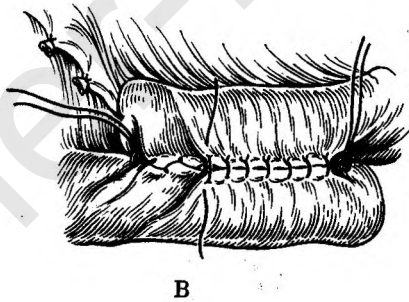
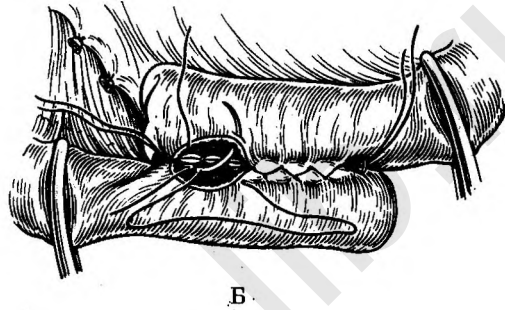
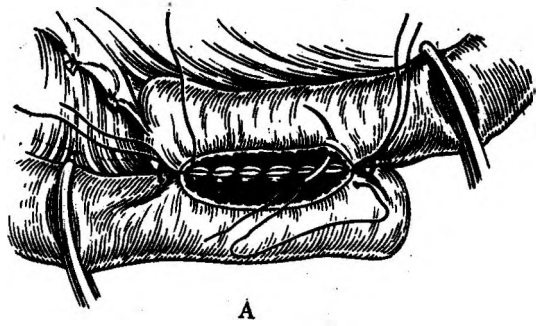
В

крепкими лигатурами. Культи кишки смазывают 5% йодной настойкой и погружают кистетными швами (рис. 316). Концы приводящего и отводящего отрезков кишки прикладывают друг к другу боковыми поверхностями на протяжении 6—8 см и сшивают узловатыми шелковыми швами, захватывающими серозно-мышечный слой. Нитки, за исключением двух крайних швов, срезают. Отступив от наложенных швов на 0,7—1 см, вскрывают оба отрезка кишки продольными разрезами, не доходящими до последних швов на 1 см. Затем накладывают через все слои стенки непрерывный кетгутый шов на прилегающие края разрезанных кишок (рис. 317). Этим же швом сшивают и противоположные края разрезов кишок, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки. Поверх непрерывного шва накладывают узловатые шелковые швы. Отверстие в брыжейке зашивают тонкими кетгутыми швами.

Рис. 317.

Резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок.

А — прилегающие края вскрытых кишок сшивают через все слои непрерывным кетгутовым швом; Б — непрерывный шов продолжают на переднюю стенку путем вкалывания иглы со стороны слизистой оболочки; В — поверх непрерывного шва накладывают узеловатые шелковые швы.



Резекция сигмовидной кишки производится по тем же принципам, что и тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец, реже бок в бок. Сшивание сигмовидной кишки, особенно при резекции пораженного участка, следует производить трехэтажным швом: первый этап — непрерывный кетгутовый шов через все слои стенки, второй — узеловатые швы из тонкого шелка на мышечно-серозный слой и третий этап — серо-серозные швы из шелка или капрона.

Искусственный задний проход. Эта операция показана при наличии неоперабельной опухоли, сдавливающей прямую кишку, и при обширных повреждениях прямой кишки, которые невозможно ушить.

Делая разрез параллельно левой пупартовой связке и на 4 см выше нее разрезают все слои передней брюшной стенки. В рану выводят петлю сигмовидной кишки. Тупым путем в ее брыжейке делают отверстие, проводят через него резиновую трубку или марлевую полоску и извлекают с ее

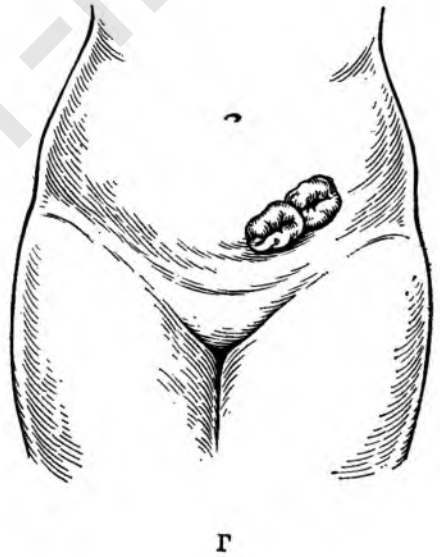
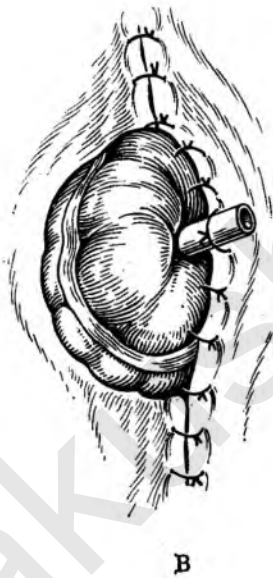
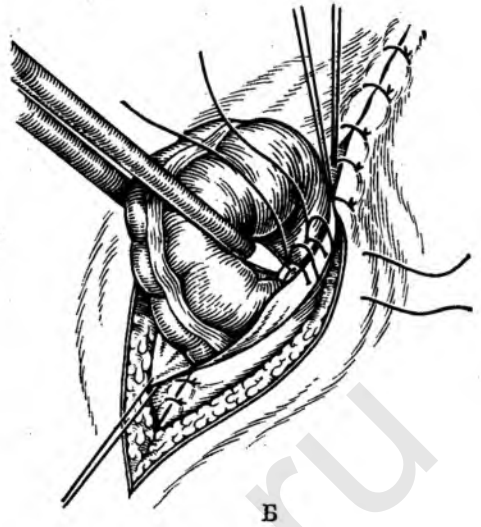
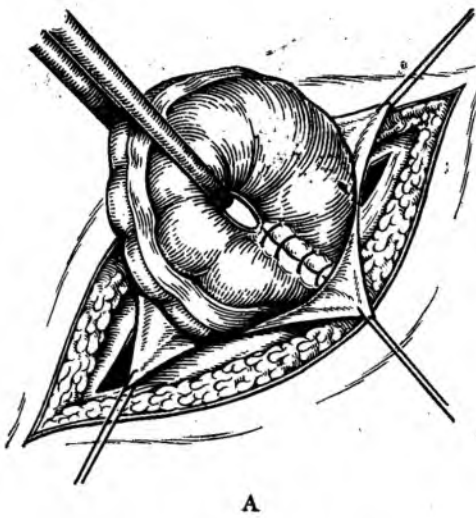


Рис. 318. Наложение *anus praeternaturalis*.

А — выведение сигмовидной кишки и наложение швов, соединяющих оба колена кишки; Б — оба сшитых колена кишки опущены в брюшную полость. К кишке подшивают брюшину и тем же швом через апоневроз подшивают кожу; В — в отверстие в брыжейке введена резиновая трубка; Г — двуствольный *anus praeternaturalis* на сигмовидную кишку.

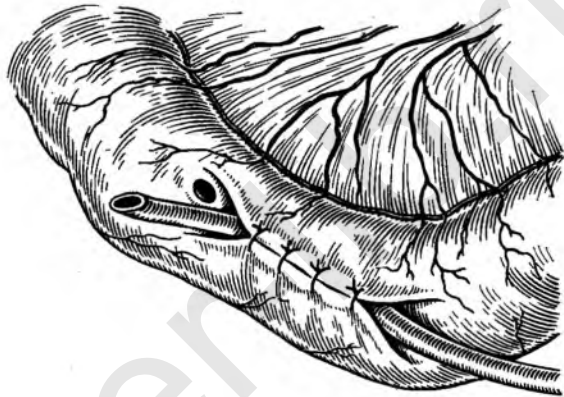
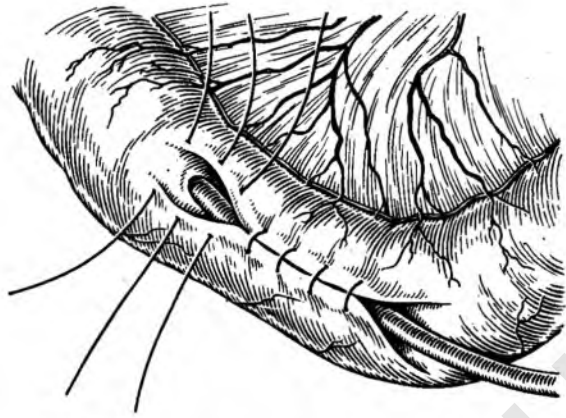


Рис. 319.

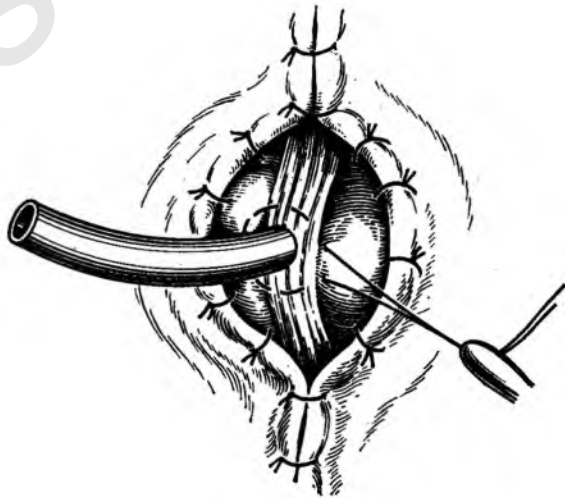
Наложение свища на тонкую кишку по Витцелю.

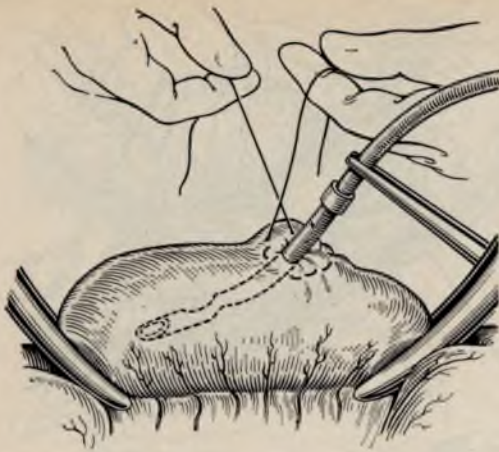
Резиновая трубка фиксирована к стенке кишки и в ней сделано сквозное отверстие (низ); трубка введена в кишку; накладываются фиксирующие швы (верх).

Рис. 320.

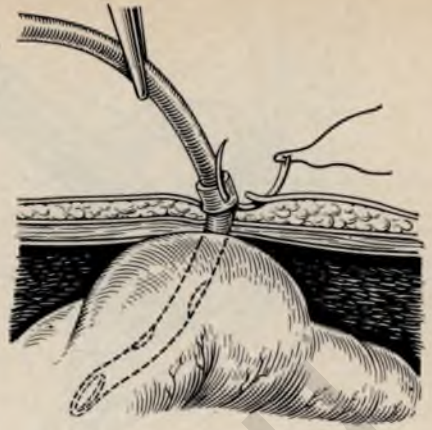
Цекстомия.

Швы, фиксирующие кишку, проводят через ее стенку, брюшину, апоневроз и кожу. Кишка вскрыта и в отверстие введена резиновая трубка, которую фиксируют кистным швом.





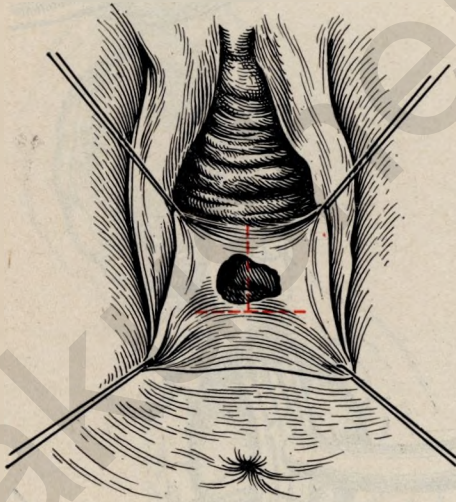
А



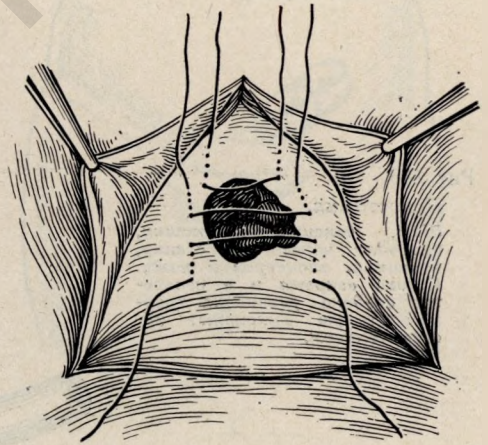
Б

Рис. 321. Подвешная энтеростомия.

А — в разрез кишки введен конец резинового дренажа и фиксирован в кишке кетгутовой лигатурой, которой пришта и резиновая трубка; Б — манжетка на дренаже сдвинута до уровня брюшной стенки и пришивается к коже шелковым швом.



А



Б

Рис. 322. Зашивание кишечно-вагинального свища.

А — пунктиром обозначена линия разреза на стенке влагалища; Б — наложение первого яруса швов после освежения свищевого отверстия при расщеплении рубцовой ткани. Швы проведены через мышечный слой кишки.

помощью кишки наружу. Соединяют несколькими швами оба колена сигмовидной кишки, образуя двустволку. Брюшину тщательно подшивают к краям разреза кожи (рис. 318). После этого несколькими шелковыми швами фиксируют выведенную кишку к париетальной брюшине. Марлевую полосу извлекают и зашивают отверстие в брыжейке кетгутом. В тот же день или через сутки кишку частично пересекают поперечным разрезом, давая свободный выход калу и газам.

Энтеростомия. Из брюшной полости извлекают отрезок кишки, серозную оболочку которой прикрепляют узловатыми шелковыми швами к париетальной брюшине, а последнюю перед этим пришивают к коже разреза брюшной стенки. После этого лучше всего через несколько часов в кишке скальпелем делают разрез и края слизистой оболочки кишки подшивают к париетальной брюшине или же в разрез кишки вводят резиновую трубку, фиксируя ее кisetным швом или так, как показано на рис. 319.

Таким же образом накладывают кишечный свищ и на толстую кишку. Последнюю подшивают к париетальной брюшине, апоневрозу и коже (рис. 320). Кишку вскрывают небольшим разрезом и в нее вводят резиновую трубку, которую фиксируют кisetным швом.

Подвесная энтеростомия отличается от обычной тем, что кишку не фиксируют к брюшине, а в кишке закрепляют кisetным швом резиновую трубку и за надетую на нее манжетку пришивают к краю разреза брюшной стенки. Кишка оказывается подвешенной на резиновой трубке (рис. 321). Заращение свища происходит очень быстро после удаления трубки.

Влагалищно-кишечные свищи. При прямокишечно-влагалищных свищах, расположенных в области преддверия влагалища, операция состоит в следующем. По желобоватому зонду, проведенному через свищевое отверстие во влагалище, рассекают мостик ткани, включающий стенку прямой кишки и промежность до жома заднепроходного отверстия включительно. В результате создается как бы полный разрыв промежности III степени. После этого стенку прямой кишки в области свища отсепааровывают от стенки влагалища до хорошей ее мобилизации. Затем производят зашивание так же, как при разрыве промежности III степени (см. раздел V).

При зашивании калового свища, расположенного в среднем или нижнем отрезке влагалища, производят Т-образный или продольный разрез над свищом и дополнительный циркулярный разрез у краев свищевое отверстия (рис. 322). Затем отсепааровывают стенку кишки от влагалища до хорошей подвижности в окружности свищевое отверстия. Освеженные края свищевое отверстия соединяют шелковыми швами, прокалывая лишь мышечную оболочку кишечной стенки. Второй ярус швов из кетгута накладывают на разрез стенки влагалища.

При сочетании пузырно-влагалищного и влагалищно-прямокишечного свищей сначала зашивают каловый свищ, а затем пузырно-влагалищный. Если каловый свищ удалось хорошо зашить, а пузырно-влагалищный свищ не может быть закрыт с помощью пластической операции, применяют пересадку мочеточников в прямую кишку.

При обширном поражении мочевого пузыря и прямой кишки с наличием больших свищевых отверстий после лучевой терапии приходится прибегать к кольпо- или эпизиоклейсису.

Кесарево сечение и операции при разрывах матки

Кесарево сечение

Кесарево сечение — операция, которую производят широкий круг акушеров-гинекологов и очень многие хирурги, оказывая неотложную помощь женщине во время беременности и родов. Вопрос о показаниях к кесареву сечению очень обширен и освещается в руководствах по акушерству.

Необходимо учитывать, что имеются абсолютные показания к этой операции, когда нет возможности извлечь плод через естественные родовые пути даже в уменьшенном виде (резко выраженное сужение таза, опухоли в малом тазу, рубцовые сужения влагалища). Такие случаи редки. Многочисленную же группу составляют относительные показания, при которых родоразрешение путем кесарева сечения более благоприятно для матери и плода, чем родоразрешение через естественные родовые пути, или предупреждает тяжелые осложнения, связанные с обильной кровопотерей (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенного детского места) или такими родовыми травмами матери, как разрыв матки и возникновение акушерских мочеполовых и каловых свищей.

Вопрос об относительных показаниях к кесареву сечению целесообразно решать совместно с акушером, если операцию будет производить хирург.

Следует учитывать, что кесарево сечение, несмотря на успехи асептики и антисептики, хорошо разработанную технику операции, является серьезнейшим вмешательством, которое даже у квалифицированных специалистов дает определенный процент смертности. Кроме того, рубец на матке после кесарева сечения может быть при последующей беременности одной из причин разрыва матки. У женщин даже с небольшим сужением таза или при плохом заживлении разреза на матке показано повторное кесарево сечение. Поэтому показания к кесареву сечению, особенно у молодой первородящей женщины, должны быть строго обоснованы.

Существует несколько модификаций операции кесарева сечения, из которых наиболее распространены классическое абдоминальное с разрезом тела матки (корпоральное) и абдоминальное в нижнем сегменте с продольным или поперечным разрезом его. Различные варианты внебрюшинного (экстраперитонеального) кесарева сечения, производившегося ранее в случае инфицирования половых органов из-за опасения перитонита, в настоящее время не применяются, так как околоматочная клетчатка менее

устойчива к инфекции, чем брюшина. Кроме того, экстраперитонеальное кесарево сечение технически труднее абдоминальных методов этой операции, часто сопровождается нарушением целостности брюшины, что противоречит основному принципу операции, а также может привести к ранению мочевого пузыря, мочеточников и маточной артерии. Поэтому в случаях инфицирования, если возникает необходимость в абдоминальном родоразрешении, обычно применяют кесарево сечение с поперечным разрезом нижнего сегмента матки.

Наиболее простым в техническом отношении является абдоминальное корпоральное кесарево сечение, что в свое время привело к широкому его распространению в родовспомогательных учреждениях. Однако многочисленные исследования показывают, что в интересах сохранения здоровья женщины и ее детородной функции кесарево сечение лучше производить в нижнем сегменте матки с поперечным его разрезом. Кесарево сечение в нижнем сегменте в настоящее время является операцией выбора. Преимущества этого варианта следующие: меньше опасность гипотонического кровотечения и инфицирования брюшной полости; легче зашивать разрез маточной стенки; наиболее совершенна перитонизация раны матки; лучше и прочнее формируется рубец на маточной стенке; в дальнейшем реже образуются брюшинные сращения и реже встречаются разрывы матки по рубцу при последующих беременностях и родах; лучше сохраняется трудоспособность женщины.

К корпоральному кесареву сечению в настоящее время прибегают обычно в тех случаях, если имеется обширный спаечный процесс в области нижнего сегмента или резкая его деформация (рубцы после свищей), при шеечной фибромиоме, а также при операциях, когда за кесаревым сечением следует надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу ее опухолей. Корпоральное кесарево сечение более целесообразно производить при необходимости очень быстрого родоразрешения в интересах матери или плода: если имеется сильное кровотечение, если мать умерла или умирает, а также в случае неполноценного рубца после предыдущего кесарева сечения, который необходимо иссечь. Классическое кесарево сечение как более простое по технике допустимо и в том случае, если необходима срочная операция, а врач не владеет техникой перешеечного кесарева сечения. Корпоральное кесарево сечение производит при предлежании плаценты из-за боязни кровотечения. Однако опасность кровотечения преувеличена, и при овладении методикой перешеечного кесарева сечения в случае предлежания плаценты этот метод не только приемлем, но и более целесообразен. При наличии плаценты в области разреза, как и при классическом кесаревом сечении, плаценту отслаивают от одного из краев, разрывают оболочки и извлекают плод и послед; кровоточащие сосуды в ране лигируют.

Подготовка к операции и обезболивание. Если операцию производят в плановом порядке, накануне вечером и утром беременной дают только сладкий чай. Опорожняют кишечник с помощью обычной клизмы и затем моют женщину под душем, на ночь перед операцией назначают барбитил. Непосредственно перед операцией выпускают мочу катетером. Волосы на лобке и в области наружных половых органов следует сбрить. Брюшную стенку тщательно обрабатывают спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Операционное поле обкладывают стерильными простынями и полотенцами.

При срочной операции, которая производится вскоре после приема пищи, необходимо (если нет противопоказаний) промыть желудок с целью

предупреждения рвоты, регургитации и аспирации содержимого желудка в дыхательные пути.

Для обезбоживания при кесаревом сечении могут быть использованы различные методы: наркоз, местная анестезия по А. В. Вишневному и др. Выбор метода обезбоживания зависит прежде всего от состояния матери и плода непосредственно перед этой операцией, от акушерской ситуации и наличия анестезиолога.

При позднем токсикозе, угрожающем разрыве матки показано только общее обезбоживание, так как при первом состоянии местная или регионарная анестезия противопоказана из-за опасности вызвать судорожные припадки, а при втором глубокий наркоз является не только обезболивающим, но и выключающим родовую деятельность методом, что предупреждает разрыв матки. При операциях по поводу отслойки нормально расположенной плаценты или ее предлежания могут быть использованы различные виды современного наркоза и местная анестезия как в отдельности, так и в сочетании в зависимости от состояния больной и объема оперативного вмешательства.

У больных с тяжелой патологией со стороны легких и сердца наиболее приемлемым благодаря управляемому дыханию и хорошей оксигенации является эндотрахеальный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:1 или 2:1 либо поверхностный эфирно-кислородный наркоз. При невозможности использовать эндотрахеальный наркоз у беременных с нарушением кровообращения следует применить местную анестезию, а не масочный наркоз. При таком обезбоживании беременную с нарушением кровообращения укладывают на операционном столе с приподнятым головным концом, иногда в полусидячем положении. Эндотрахеальный наркоз должен осуществляться специалистом-анестезиологом. Необходимо учитывать также, что использование газовых смесей с содержанием кислорода менее 21% опасно для плода.

Учитывая особенности акушерских операций и проницаемость плацентарного барьера для лекарственных веществ, в настоящее время максимально сокращают премедикацию, исключают применение перед кесаревым сечением средств группы опия и их синтетических заменителей. Морфин, паптопон, меперидин (промедол), героин и др. проходят через плацентарный барьер к плоду и вызывают выраженную депрессию у новорожденного, если родоразрешение происходит в течение первого часа после их введения матери. Депрессия у ребенка бывает особенно выражена при недоношенности.

В руководимых нами клиниках с 1963 г. применяют следующую методику эндотрахеального наркоза. За 30 мин до операции внутримышечно вводят 0,5 мг атропина, чем достигается вагolitический эффект. После укладывания беременной на операционный стол сразу же приступают к внутривенному вливанию 5% раствора глюкозы. Вводный наркоз осуществляют в вену 10% раствора тиопентал-натрия (не более 250 мг). Мы применяем миорелаксанты деполаризующего типа (листенон, миорелаксин) фракционно на протяжении всей операции. Для интубации обычно достаточно 80—100 мг релаксанта, до родоразрешения используют не более 400 мг. Не менее чем за 4—5 мин до родоразрешения мы воздерживаемся от введения релаксантов. Для поддержания наркоза пользуемся газовой смесью закиси азота с кислородом в полузакрытом контуре. Смесью закиси азота с кислородом в соотношении 3:1 подают вслед за интубацией. За 1—2 мин до извлечения ребенка подачу газовой смеси (особенно эфиром) прекращают и производят ингаляцию чистым кислородом, что не

только удаляет наркотическое вещество из крови плода, но и создает для него необходимый резерв кислорода. После извлечения ребенка наркоз в случае необходимости углубляют промедолом или эфиром.

Для предупреждения рвоты, регургитации и аспирации содержимого желудка в дыхательные пути мы проводим последовательно ряд мероприятий: если операция производится вскоре после приема пищи, промываем желудок; во время вводного наркоза и интубации придаем оперируемой положение с приподнятой головой (до $10-15^\circ$); не применяем для вводного наркоза ингаляционные средства; используем минимальные дозы тиопентала с последующим применением мышечных релаксантов и интубации трахеи трубкой с раздувной манжеткой, обеспечивающей полную герметичность дыхательных путей; на протяжении всего вводного наркоза (индукция) отсос должен быть в полной готовности, чтобы можно было немедленно удалить содержимое желудка, попавшее в полость рта, глотки, трахеи.

Экстубацию производим после того, как оперируемая просыпается и у нее восстанавливаются гортанные и трахеальные рефлексy.

С 1970 г. в нашем институте при кесаревом сечении с большим успехом стали применять новую методику общего обезболивания — с применением нейролептических и анальгетических средств (см. ниже).

Масочный эфирный или эфирно-кислородный наркоз имеет ряд существенных недостатков (гипоксия, гиперкапния у матери, депрессия дыхательного центра у плода), поэтому к нему приходится прибегать при отсутствии анестезиолога в случае необходимости общего обезболивания.

В нашей стране при кесаревом сечении широко применяется местная анестезия по А. В. Вишневскому, преимуществами которой являются безопасность для матери и безвредность для плода, а также отсутствие угнетающего действия на сократительную функцию матки. Местная анестезия при кесаревом сечении легко выполнима и заключается в хорошей, тугой инфильтрации брюшной стенки по линии разреза. После инфильтрации кожи и подкожной клетчатки производят разрез до апоневроза. Затем создают тугие инфильтраты под апоневрозом во влагалищах прямых мышц живота. Особенно тщательно инфильтрируют окружность пупка и место прикрепления прямых мышц к лонным костям, рассекают апоневроз и вскрывают брюшину. После вскрытия брюшной полости добавляют раствор новокаина под париетальную брюшину. При корпоральном разрезе матка остается *in situ*. После анестезии брюшной стенки левый край брюшной раны приподнимают и вводят 15—20 мл раствора новокаина в окружность круглой связки и ее толщу. При кесаревом сечении в нижнем сегменте раствор новокаина вводят под брюшину пузырно-маточного пространства и в направлении внутренних отверстий паховых каналов.

Весьма целесообразно ввести по 40 мл 0,25% раствора новокаина в широкие связки.

Если операцию производят с отслойкой мочевого пузыря, раствор новокаина вводят в пространство между мочевым пузырем и шейкой матки после вскрытия пузырно-маточной складки. Перед зашиванием брюшной стенки под брюшину и кожу со стороны разреза вводят добавочно раствор новокаина.

Местная анестезия противопоказана при угрожающем разрыве матки, тяжелых формах позднего токсикоза, психических и судорожных заболеваниях и острых кровопотерях (предлежание и отслойка нормально расположенной плаценты, повреждение маточной артерии при разрыве матки и т. п.), требующих немедленного вмешательства.

Методика и техника эндотрахеального наркоза с применением нейролептических и анальгетических средств при кесаревом сечении¹

Анестезиология в акушерстве имеет свою специфику, которая должна быть учтена при выполнении наркоза.

При кесаревом сечении наиболее отчетливо проявляется влияние анестетиков, вводимых матери, на плод и новорожденного. Необходимо учитывать особенности влияния анестезирующих средств на организм беременной женщины, проникновение их через плацентарный барьер, возможность токсического влияния на плод и новорожденного, на сократительную функцию матки, свертывающую и антисвертывающую систему крови.

Общепринятая методика эндотрахеального наркоза с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких при операциях кесарева сечения подробно освещена в ряде работ отечественных (Л. С. Персианинов и Г. П. Умеренков, 1965; Е. А. Ланцев, 1967; С. В. Щукстерене, 1968; К. М. Федермессер, 1969) и зарубежных (Beck, 1965; Kosaka e. a., 1969; Ktigger, 1971) авторов. Эта методика предусматривает применение для вводного наркоза барбитуратов — тиопентал-натрия, гексенала и др. Поддержание основного наркоза до и после извлечения плода осуществляется записью азота в комбинации с одним из наиболее сильных ингаляционных анестетиков — эфира, фторотана, циклопропана, наркогена.

Однако использование для этих целей указанных выше барбитуратов и ингаляционных анестетиков не лишено целого ряда недостатков. Эти препараты свободно проникают через плаценту и могут оказывать отрицательное воздействие на плод и новорожденного, которое проявляется наркотической депрессией или возникновением патологического апноэ (из-за угнетения у новорожденного дыхательного центра). Нельзя также исключить возможность отрицательного влияния анестезирующих средств на сократительную функцию матки и возникновения при этом гипотонического маточного кровотечения.

В связи с этим вполне закономерны поиски новых методов обезболивания, исключающих отрицательное влияние анестетиков на организм беременной женщины, плода и новорожденного.

Основываясь на данных литературы (Т. М. Дарбинян, 1968; А. А. Бунятян, 1968; А. В. Мещеряков, 1971), мы сочли возможным применить нейролептические и анальгетические средства для общего обезболивания при кесаревом сечении, исключив из схемы эндотрахеального наркоза барбитураты, эфир и фторотан.

В последнее время в нашей стране стали получать широкое распространение новые фармакологические средства, которые находят применение в области как общей, так и акушерской анестезиологии. К таким препаратам относятся нейролептические (дроперидол) и анальгетические (фентанил) средства.

Разработанные схемы применения указанных выше препаратов при операциях общехирургического профиля не могут быть перенесены в акушерство и, в частности, при операциях кесарева сечения. Применение нейролептических и анальгетических средств без учета специфики их воздействия на состояние матери и новорожденного приводит к целому ряду отрицательных последствий. Нейролептические (дроперидол) и анальгетические (фентанил) средства позволяют отказаться от применения сильно-

¹ Этот раздел написан Н. Н. Расстригиным.

действующих анестетиков и снизить число апнотических состояний, связанных с наркотической депрессией плода и новорожденного.

Приведем краткую характеристику нейролептических и анальгетических средств. Нейролептик дроперидол имеет молекулярный вес 397,4. Выпускается во флаконах по 10 мл в виде бесцветной жидкости. Во флаконе содержится 25 мг дроперидола. Препарат можно вводить подкожно, внутримышечно и внутривенно. Дроперидол оказывает выраженный седативный эффект, способствует снижению произвольных движений, вызывает состояние общей заторможенности, снижает психоэмоциональное напряжение. При внутривенном введении эффект его начинает проявляться через 2—3 мин. Максимум действия отмечается через 10—12 мин и длится 30—40 мин. Затем интенсивность действия постепенно уменьшается. Общая продолжительность его действия продолжается 3—4 ч и более. При внутривенном введении дроперидола отмечается временное снижение артериального давления (на 10—20 мм рт. ст.), что сопровождается умеренно выраженной тахикардией. Через 6—10 мин у роженицы наступает восстановление уровня артериального давления и уменьшается частота пульса почти до исходного уровня. После этого происходит стабилизация основных показателей гемодинамики.

Одним из положительных свойств дроперидола является его сильное противорвотное действие. Многократная рвота, не поддающаяся медикаментозному лечению, может быть устранена введением дроперидола. По этому свойству он значительно превосходит аминазин.

Дроперидол не вызывает анальгезию, но значительно потенцирует действие анальгетических и анестетических средств.

Фентанил относится к сильным анальгетическим средствам. Выпускается во флаконах по 10 мл в виде бесцветной жидкости. Во флаконе содержится 0,5 мг препарата. Препарат можно применять подкожно, внутримышечно и внутривенно.

По анальгетическому эффекту фентанил (в условиях эксперимента) превосходит морфин в 100 раз, а промедол — в 500, что свидетельствует о его сильном обезболивающем действии.

Действие фентанила при внутривенном введении начинается практически сразу же. Максимальный анальгетический эффект проявляется через 2—3 мин. Общая продолжительность действия 20—30 мин. Препарат не угнетает сократительную деятельность миокарда и способствует стабилизации гемодинамических показателей.

Большие дозы фентанила (0,008—0,01 мг/кг веса) при внутривенном введении могут вызвать выраженную брадикардию, которая быстро устраняется инъекцией 0,5—1 мл 0,1% раствора атропина. После внутривенного введения 4—5 мл (0,2—0,25 мг) фентанила может наступить угнетение дыхания. Следовательно, его нельзя вводить до извлечения плода. Степень и длительность угнетения дыхания прямо пропорциональны дозе препарата. Это обстоятельство заставляет применять нейролептические и анальгетические средства в условиях эндотрахеального наркоза с использованием мышечных релаксантов и искусственной вентиляции легких.

Препараты, применяемые для выполнения нейролептанальгезии (дро-перидол, фентанил), практически не влияют на функцию печени, почек, водно-электролитный баланс, состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови. При обеспечении адекватной искусственной вентиляции легких не изменяется кислотно-щелочное состояние.

Эндотрахеальный наркоз при кесаревом сечении с применением дро-перидола и фентанила характеризуется стабильностью гемодинамических

показателей, что объясняется отсутствием угнетающего влияния на сократительную способность миокарда, а также достижением адекватной анальгезии.

Методика и техника эндотрахеального наркоза с применением нейролептических и анальгетических средств при операциях кесарева сечения сводятся к следующему. Проводят премедикацию холинолитиками (атропином или метацином), которые вводят подкожно за 20—30 мин до начала наркоза в виде 0,1% раствора в дозе 0,5—1 мл. Метацин имеет преимущества перед атропином, так как после его инъекции учащение сердечбиений выражено меньше, а по бронхолитическому эффекту он значительно превосходит атропин.

На операционном столе после установления капельницы с физиологическим раствором роженице внутривенно вводят 6—8 мл (15—20 мг) дроперидола вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы. Дроперидол можно вводить и внутримышечно в той же дозировке. Особенно это оправдано при плановых операциях кесарева сечения, когда представляется возможность выждать в течение 20—30 мин после введения дроперидола, чтобы получить максимальный общеседативный эффект. Внутримышечное введение дроперидола показано у рожениц с исходной тахикардией выше 110 ударов в минуту, при отягощенном фоне (тяжелая экстрагенитальная патология, общая интоксикация, острая кровопотеря и т. д.). После введения дроперидола наступает состояние общей заторможенности. Беременные становятся сонливыми, малоактивными; но общая ориентация сохраняется. Максимум действия дроперидола при внутривенном введении отмечается через 8—10 мин. После введения дроперидола иногда появляются жалобы на сердцебиение, чувство страха, тревоги. Как правило, они кратковременные и самостоятельно исчезают. Установлено, что через 8—10 мин после внутривенного введения дроперидола у рожениц отмечается снижение артериального давления на 10—15 мм рт. ст. с последующей его стабилизацией. Закономерным является большее снижение артериального давления (как систолического, так и диастолического) после введения дроперидола у рожениц той группы, где в исходном состоянии была более выражена артериальная гипертензия. Поэтому необходим дифференцированный подход к применению дроперидола. При нормальных величинах артериального давления или при наличии артериальной гипертензии (артериальное давление выше 150—160 мм рт. ст.) вводили 6—8 мл дроперидола. При артериальной гипотонии в исходном состоянии дозу уменьшали до 4—5 мл.

Для вводного наркоза используется сомбревин. Препарат является быстродействующим наркотическим средством, не содержащим барбитуратов. Сомбревин обеспечивает быстрое засыпание без возбуждения. Эффект препарата наступает через 20—40 с после введения. Продолжительность действия 3—4 мин. Сомбревин вводится только внутривенно. В организме действующее вещество быстро разлагается до неактивных метаболитов, поэтому к моменту извлечения плода препарат практически заканчивает свое действие. Выпускается в ампулах. В одной ампуле содержится 10 мл (500 мг сомбревина).

Через 8—10 мин после введения дроперидола начинается индукция в наркоз с помощью сомбревина. Препарат вводится внутривенно в количестве 10 мл (500 мг) в течение 40—60 с. К моменту окончания введения сомбревина у рожениц возникает умеренная гипервентиляция, вслед за которой наступает кратковременное (15—20 с) апноэ. Самостоятельное адекватное дыхание восстанавливается без применения какой-либо стимулирующей терапии и, следовательно, не должно вызвать тревоги у анестезиолога. Если

продолжительность апнотического состояния превышает 30 с необходимо приступить к вспомогательной или искусственной вентиляции легких кислородом с помощью маски и наркозного аппарата.

Непосредственно после вводного наркоза сомбревином внутривенно вводят 80—100 мг листенона и в условиях тотального миопаралитического апноэ осуществляют интубацию трахеи. В дальнейшем листенон вводят по показаниям по 40—60 мг.

Основной наркоз до извлечения плода поддерживается только закистью азота в смеси с кислородом в соотношении 2:1, 3:1. На фоне действия дроперидола, как правило, удается обеспечить достаточную ($Ш_1$) глубину наркоза с применением только одной закисти азота. При необходимости (признаки пробуждения, артериальная гипертензия, тахикардия) наркоз углубляют дополнительным введением сомбревина — 2—4 мл (100—200 мг).

Сразу же после извлечения и отделения плода от матери представляется возможным быстро углубить наркоз путем внутривенного введения фентанила, так как снимается опасность дыхательной депрессии новорожденного, связанная с воздействием анальгетика. Фентанил вводят внутривенно по 2—3 мл (0,1—0,15 мг). Повторные дозы препарата применяют по показаниям — недостаточная глубина наркоза, признаки пробуждения, повышение артериального давления, учащение пульса. Общую дозу фентанила не ограничивают, но последнее его введение не должно быть позже, чем за 15—20 мин до окончания операции. Строгое выполнение этого условия необходимо для своевременного восстановления спонтанного дыхания у рожениц.

Проведение эндотрахеального наркоза по этой схеме значительно сокращает количество вводимых релаксантов на первом этапе операции — до извлечения плода. После извлечения плода расход их также уменьшается, что объясняется временным угнетением дыхательного центра фентанилом. Многократное введение листенона (по 40 мг) после извлечения плода чаще всего требуется только при необходимости выполнения дополнительных операций (стерилизация, резекция яичника, консервативная миомэктомия, ампутация матки и т. д.).

В условиях нейролептанальгезии искусственная вентиляция легких допускается как ручным, так и аппаратным способом. Сама методика нейролептанальгезии не усложняет ее проведение.

У новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, отмечалась сравнительно быстрая адаптация к условиям внешней среды. Дыхание восстанавливалось в пределах первой минуты, принимало устойчивый ритм, имели место громкий крик, выраженная двигательная активность и живые рефлексy. Окраска кожных покровов с момента установления нормального ритма дыхания приобретала розовый цвет и сохранялась в дальнейшем до перевода детей в отделение новорожденных. У них отмечался устойчивый ритм сердечбиений, что указывает на отсутствие токсического влияния применяемых препаратов на сердечную деятельность плода.

При неосложненном течении беременности, отсутствии экстрагенитальной патологии у матери, неосложненном ходе операции и наркоза новорожденные не требовали какой-либо стимулирующей или поддерживающей терапии.

После окончания операции и прекращения подачи закисти азота наступает быстрое пробуждение рожениц. В течение 4—5 мин у них восстанавливается адекватное самостоятельное дыхание, ясное сознание. При восполненной кровопотере и стабильных показателях гемодинамики, отсутствии осложнений со стороны операции и наркоза осуществляют дезинтуба-

цию, делают тщательный туалет ротовой полости, верхних дыхательных путей и переводят роженицу в послеоперационную палату. В течение первых суток за ее состоянием в обязательном порядке осуществляется совместный контроль анестезиолога и акушера. При отсутствии осложнений дальнейшее ведение послеоперационного периода передается акушеру.

Обезболивание при кесаревом сечении с применением нейролептических и анальгетических средств имеет ряд преимуществ перед существующими методиками:

а) позволяет отказаться от применения сильнодействующих анестетиков (эффира, фторотана, циклопропана, барбитуратов), которые проникают через плаценту и могут вызывать состояние наркотической депрессии у плода и новорожденного;

б) эндотрахеальный наркоз, как правило, проходит при более стабильных гемодинамических показателях, что свидетельствует о достижении адекватной глубины наркоза при использовании закиси азота и дробных доз сомбревина;

в) значительно сокращаются дозы мышечных релаксантов до извлечения плода, что снижает риск возникновения у новорожденных миопаралитического апноэ и, следовательно, позволяет извлекать детей с более высокими оценками по шкале Апгар;

г) пролонгированная анальгезия в ближайшем послеоперационном периоде (суммарный эффект фентанила на фоне действия дроперидола) дает возможность более активного ведения оперированных женщин в раннем послеоперационном периоде и является одним из мер предупреждения легочных осложнений;

д) отсутствие гиперсекреции в воздухоносных путях и ротовой полости, а также тошноты и рвоты в ближайшем посленаркозном периоде способствует более благоприятному течению послеоперационного периода;

е) обезболивание с применением нейролептических и анальгетических средств не нарушает сократительной деятельности матки и не увеличивает кровопотерю в раннем послеродовом периоде.

Одним из возможных осложнений в связи с использованием при кесаревом сечении нейролептических и анальгетических средств является, как указывалось ранее, возникновение кратковременной тахикардии после введения дроперидола. Частота сердечных сокращений увеличивается на 15—20 ударов по сравнению с исходными показателями и не требует специального лечения.

Иногда в послеоперационном периоде возникает умеренно выраженная дрожь как реакция на снижение температуры тела. Лечение сводится к активному согреванию, внутривенному введению 10% раствора глюконата (хлористого) кальция, 40% раствора глюкозы (20 мл) или внутримышечному введению пипольфена с промедолом в общепринятых терапевтических дозах.

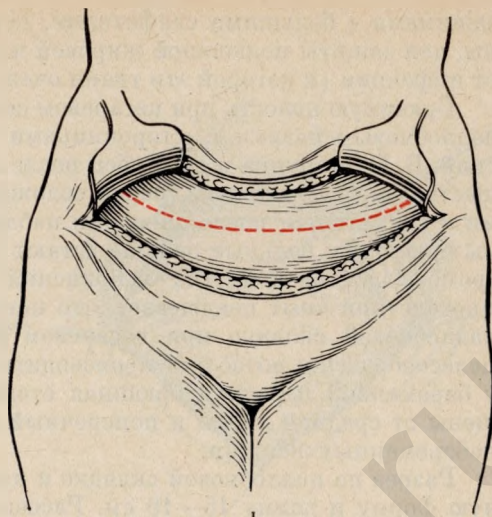
Противопоказания к эндотрахеальному наркозу при кесаревом сечении с применением нейролептических (дроперидол) и анальгетических (фентанил) средств такие же, как и противопоказания к эндотрахеальному наркозу вообще. Относительным противопоказанием служит применение нейролептических и анальгетических средств при кесаревом сечении у женщин с массивной кровопотерей (особенно невосполненной) и при тяжелых нарушениях ритма сердечной деятельности.

Схема комбинированного эндотрахеального наркоза с применением нейролептических и анальгетических средств имеет определенные преимущества перед существующими в настоящее время методами общего обезболи-

Рис. 323.

Поперечный разрез брюшной стенки по надлобковой складке в нашей модификации.

Пунктирной линией обозначено место разреза апоневроза.



вания при операциях кесарева сечения. Разработанная нами схема позволяет отказаться от применения барбитуратов, эфира и других сильнодействующих анестетиков. Этим самым в значительной мере разрешается вопрос о снижении токсичности анестезирующих средств для матери и плода.

Техника абдоминального кесарева сечения в нижнем сегменте матки с поперечным разрезом его

Брюшную полость чаще всего вскрывают продольным срединным разрезом. Обычно хирург стоит слева от больной и ведет разрез от лобка вверх. Левой рукой он фиксирует кожу и острым скальпелем рассекает ее и подкожную клетчатку до апоневроза по срединной линии на протяжении от лона до пупка.

Производят гемостаз, захватывая кровоточащие сосуды зажимами и перевязывая их тонким кетгутом. При необходимости срочного родоразрешения (кровотечение, асфиксия плода и т. п.) кровоточащие сосуды захватывают зажимами, рану обкладывают большими марлевыми салфетками и сосуды перевязывают после извлечения ребенка и зашивания разреза матки. Апоневроз разрезают по срединной линии. При этом следует учитывать, что у беременной обычно имеется расхождение прямых мышц живота и при слишком энергичном рассечении кожи и подкожной клетчатки, особенно если последняя слабо развита, можно разрезать не только апоневроз и прилегающую к нему брюшину, но и стенку матки.

Разрез апоневроза можно полностью произвести скальпелем, по менее опытному хирургу лучше сделать им сначала небольшой разрез, а затем ножницами продолжить его в сторону лона и пупка до намеченного размера.

Вскрытие брюшины следует производить с большой осторожностью и начинать его ближе к пупку, так как при беременности верхушка мочевого пузыря может располагаться высоко.

После вскрытия брюшной полости на протяжении всего разреза края парietальной брюшины соединяют узловатыми шелковыми швами или

зажимами с большими салфетками, которыми обложены края кожной раны, для защиты подкожной жировой клетчатки, фасции и мышечной ткани от инфекции (к которой эти ткани очень восприимчивы).

Брюшную полость при кесаревом сечении можно вскрыть и поперечным надлобковым разрезом, сторонниками которого являются В. А. Покровский, В. П. Маркина и др. Рубец после такого разреза имеет явные преимущества: он более прочен, редко осложняется послеоперационными грыжами и косметичен; после операции наблюдается меньшая реакция со стороны брюшины; большие ранше встают и это способствует предупреждению тромбозов и других осложнений послеоперационного периода. Наш многолетний опыт показывает, что поперечный разрез брюшной стенки по надлобковой складке при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки целесообразен и позволяет производить операцию без затруднений. Обычно у беременной передняя брюшная стенка растянута, прямые мышцы смещены от средней линии и поперечный разрез осуществляется легче, чем у небеременных женщин.

Разрез по надлобковой складке в нашей модификации имеет дугообразную форму и длину 15—16 см. Рассекают кожу и подкожную клетчатку; последнюю целесообразно разрезать не перпендикулярно к апоневрозу, а несколько скашивая в сторону пупка. При этом оставшаяся клетчатка на отрезке апоневроза у лона не отделяется от него, что уменьшает кровотечение из раны и способствует лучшему ее заживлению. После перевязки кровоточащих сосудов верхний край раны (кожу вместе с подкожной клетчаткой) отделяют от апоневроза с помощью марлевого тупфера и ножниц на 4—5 см и отодвигают вверх, в сторону пупка, пользуясь полукруглым зеркалом или тупыми широкими крючками. Обнаженный апоневроз рассекают дугообразным разрезом, середина которого расположена выше лона на 5—6 см, а концы направлены вверх (рис. 323).

После этого по средней линии захватывают края разреза апоневроза зажимами и с помощью ножниц или тупфера, зажатого в корнцанг, отделяют апоневроз от подлежащих мышц вниз до лона и вверх до пупка. При этом пирамидальные мышцы остаются соединенными с нижним лоскутом апоневроза. Апоневротическая ткань по средней линии глубоко вдаётся между прямыми мышцами в виде узкой полоски. Ее необходимо подсекать изогнутыми ножницами, направляя концы их в сторону, противоположную апоневрозу, и следя за тем, чтобы не повредить его. Полукруглыми зеркалами или широкими тупыми крючками отсепарованный апоневроз отодвигают в сторону лона и пупка. Прямые мышцы разъединяют в продольном направлении с теми же предосторожностями, что и при срединном разрезе брюшной стенки.

Надлобковый разрез с дугообразным рассечением апоневроза выше уровня кожного разреза создает хороший доступ в брюшную полость. В этом мы убедились, применяя в течение многих лет подобный разрез при гинекологических операциях и при перешеечном кесаревом сечении. Женщины обычно встают и начинают ходить на 3—4-й день после кесарева сечения с надлобковым разрезом; послеоперационный период протекает более благоприятно, чем при продольном разрезе брюшной стенки.

Чтобы в брюшную полость при вскрытии матки не попали околоплодные воды, ее изолируют марлевыми салфетками или полотенцами. Зеркалами раздвигают операционную рану и поперечным разрезом вскрывают пузырно-маточную складку брюшины, приподнимая ее пинцетами. Сделав небольшой разрез посередине складки, расширяют его в обе стороны почти до круглых связок, отслаивая предварительно брюшинный листок от под-

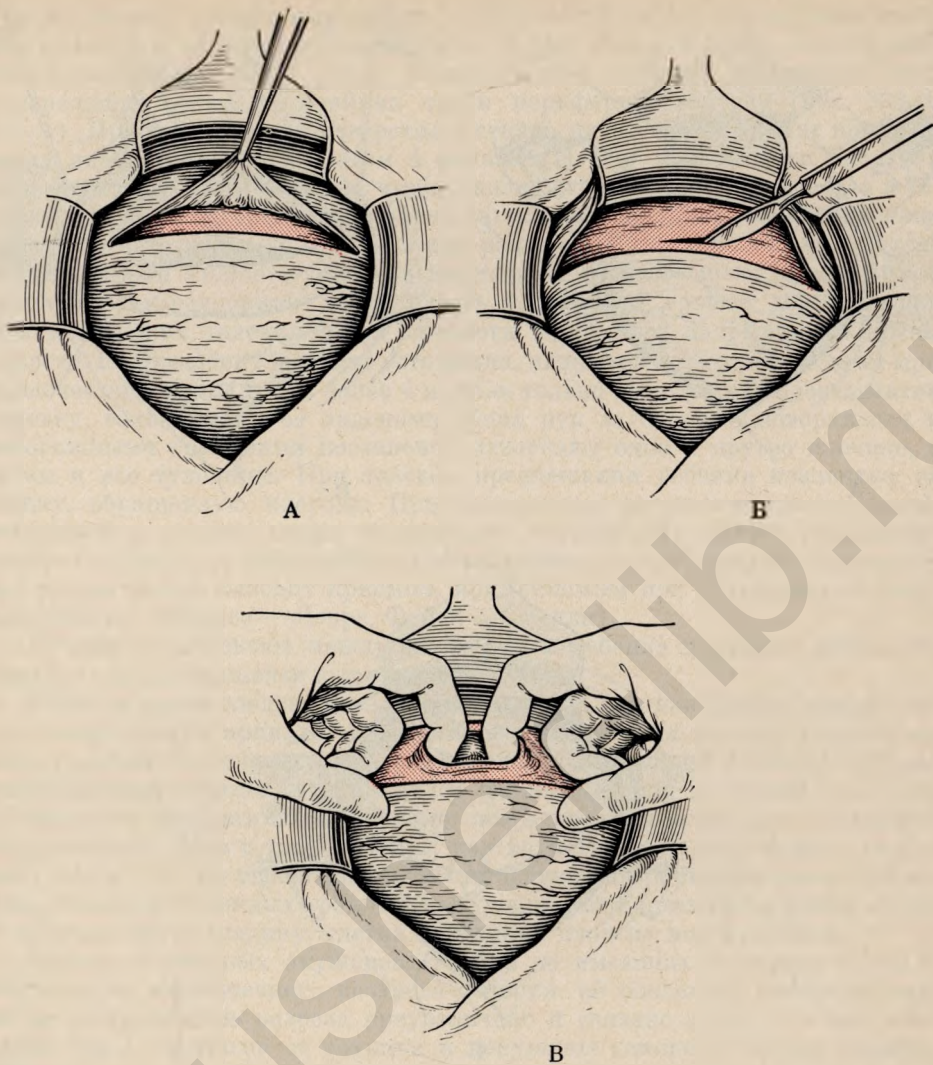


Рис. 324. Перешеечное кесарево сечение с поперечным разрезом.

А — поперечный разрез брюшины вдоль маточно-пузырной складки; Б — небольшой поперечный разрез стенки нижнего сегмента матки; В — в поперечный разрез введено два пальца.

лежащей клетчатки сомкнутыми ножницами (рис. 324,А). При наличии в этой области спаек их предварительно разделяют, следя за тем, чтобы не повредить мочевой пузырь. Нижний край рассеченной складки вместе с мочевым пузырем отодвигают тупфером книзу по направлению к влагалищу на 5—6 см и защищают надлобковым зеркалом.

У беременных подобная манипуляция выполняется легко и при осторожном ее проведении протекает бескровно. А. А. Гусаков, Н. П. Лебедев и другие авторы рекомендовали производить перешеечное кесарево сечение на уровне маточно-пузырной складки без отсепаровки мочевого пузыря, что может быть целесообразно только в конце первого или во втором периоде

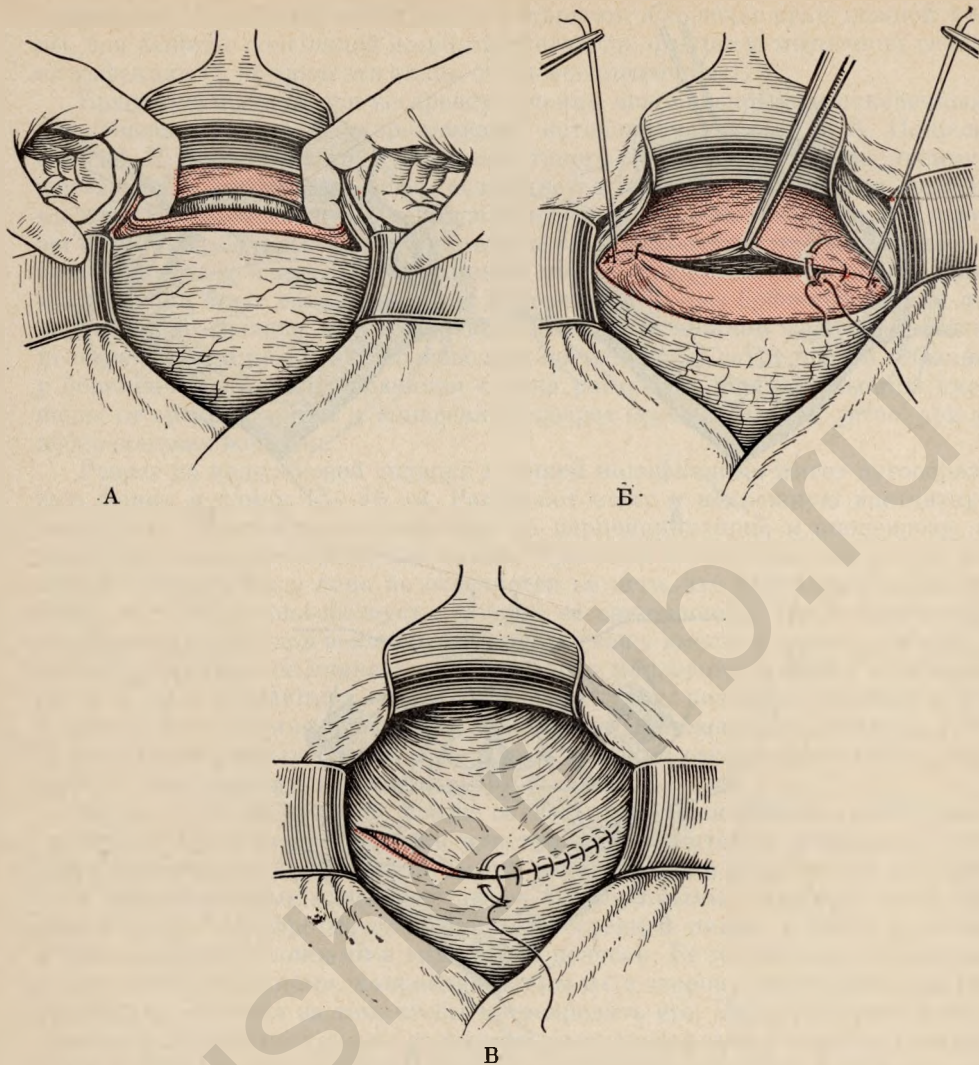


Рис. 325. Перешеечное кесарево сечение с поперечным разрезом.

А — разрез стенки нижнего сегмента расширяют при разведении пальцев до крайних точек периферии головки плода; Б — наложение первого ряда швов; В — перитонизация места разреза перешейки матки путем сшивания брюшины переходной складки с висцеральной брюшиной матки непрерывным кетгутовым швом.

родов, когда нижний сегмент матки наиболее выражен. Наши наблюдения и данные А. С. Слепых показывают, что лучше производить ретровезикальное кесарево сечение с небольшой отслойкой мочевого пузыря. При этом можно выбирать и в родах наиболее выгодный уровень разреза матки с учетом расположения головки, а также производить перешеечное кесарево сечение в конце беременности до начала родовой деятельности.

Поперечный разрез нижнего сегмента следует производить на уровне наибольшего диаметра головки, который определяется при пальпации через стенку нижнего сегмента. В намеченном месте осторожно делают скальпе-

лем небольшой поперечный разрез стенки матки, при котором чаще всего рассекаются и плодные оболочки (рис. 324,Б). Затем в разрез вводят указательные пальцы обеих рук и, раздвигая их в стороны, расширяют рану в перешейке матки до крайних точек периферии головки (рис. 324,В, 325,А). При этом ширина отверстия в стенке матки соответствует наибольшему диаметру головки. Затем 4 пальца (II—V) правой руки вводят в полость матки таким образом, чтобы ладонная поверхность прилежала к головке плода, и, поворачивая головку затылком или лицом кпереди, производят соответственно ее сгибание или разгибание и осторожно выводят из матки. Стенки нижнего сегмента постепенно соскальзывают с выводимой головки. Неоправданная торопливость и особенно грубые манипуляции при извлечении головки могут привести к боковым надрывам по краям разреза. Если головку выводят осторожно, надрывов не возникает даже при извлечении ребенка весом более 4 кг. Как только выведут из полости матки головку, захватывают ее ладонями обеих рук за боковые поверхности и осторожными тяжениями постепенно извлекают одно и другое плечико, а затем и все туловище. При тазовом предлежании ребенка извлекают за ножку, обращенную кпереди. При поперечном положении плода рукой, введенной в полость матки, отыскивают «переднюю» ножку, производят поворот плода и его извлечение. В обоих случаях последующую головку через разрез матки выводят приемом, применяемым при влагалищном родоразрешении (Морисо — Левре, Фейта — Смелли).

Пуповину рассекают между зажимами и ребенка передают акушерке, заранее подготовившейся к этому.

Плод из матки следует извлекать осторожно, так как грубые и порывистые манипуляции приводят к травмированию ребенка, особенно при сильных тяжениях за головку или выведении последующей головки. Обычно оперирующий считает, что он долго извлекает плод из матки, хотя это исчисляется секундами, и совершенно необоснованно проявляет излишнюю торопливость. Ведь с того момента, как из матки выведено личико (рот и нос) плода, ему не угрожает опасность задушения. При выведении плечиков, помимо осторожных тяжений за головку, можно ввести согнутый палец в подмышечную впадину, слегка потягивая плод из полости матки.

Мнение некоторых акушеров, обычно не имеющих большого опыта в выполнении перешеечного кесарева сечения, об опасности разрывов матки по продолжению разреза преувеличено и связано с тем, что при операции была нарушена ее техника и допущены слишком грубые манипуляции.

После извлечения ребенка в толщу маточной стенки вводят 1 мл питуитрина или окситоцина, а в капельницу с раствором глюкозы добавляют 3 ед окситоцина, введение которого поддерживает тонус матки. С обеих сторон разреза матки накладывают 2 узловатых кетгутовых шва (первые швы располагают, отступя 1 см в сторону от угла разреза) и затем удаляют послед, потягивая одной рукой за пуповину, а другой производя поглаживающие движения по передней стенке матки в направлении от разреза ко дну ее, что способствует выведению послета. Этот прием напоминает способ Роговина при отделении послета при влагалищном родоразрешении.

После удаления послета стенки полости матки проверяют рукой или тупой большой кюреткой, удаляя оставшиеся обрывки оболочек, сгустки крови или кусочки плаценты, если таковые остались в матке. Стенки полости матки протирают марлевой салфеткой и приступают к зашиванию разреза матки кетгутовыми швами. При натяжении швов, наложенных на уг-

лы раны, края ее сближаются, что создает большое удобство для зашивания. Если края раны свисают, то накладывают еще один шов строго посередине, соединяя верхний и нижний края разреза. Первый этаж узловатых швов накладывают так, чтобы не захватить слизистую оболочку матки (рис. 325, Б). Второй этаж мышечно-мышечных узловатых швов накладывают между швами первого этажа. После этого зашитый разрез матки прикрывают брюшиной пузырно-маточного пространства и края разреза пузырно-маточной складки брюшины сшивают непрерывным кетгуттовым швом (рис. 325, В). При этом линия разреза матки не совпадает с линией перитонизации. Из брюшной полости удаляют защитные салфетки и брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

Техника кесарева сечения в нижнем сегменте с продольным разрезом

При этой модификации кесарева сечения брюшину пузырно-маточной складки разрезают в поперечном направлении. Нижний край этой складки вместе с мочевым пузырем отодвигают в сторону влагилица, а верхний — слегка кверху (рис. 326, А). На участке шейки и перешейка, не покрытом брюшиной, производят срединный продольный разрез длиной 11—12 см. При разрезе необходимо следить за тем, чтобы не поранить мочевой пузырь, защищая его зеркалом и осторожно рассекая истонченную стенку матки (рис. 326, Б). Головку выводят рукой (рис. 326, В) или с помощью ложки акушерских щипцов. Матку зашивают в три этажа. Первые два этажа накладывают, как при корпоральном кесаревом сечении, затем перитонизируют область швов пузырно-маточной брюшиной, подшивая ее непрерывным кетгуттовым швом к передней стенке матки (рис. 326, Г).

Продольный разрез нижнего сегмента менее целесообразен, чем перешеечное кесарево сечение с поперечным разрезом. В нижнем сегменте матки мышечные волокна располагаются в косом и циркулярном направлении и при продольном разрезе рассекаются; кроме того, необходимо очень низко отслаивать мочевой пузырь, что может сопровождаться кровотечением из венозных сплетений и повреждением пузыря при разрезе или надрывах стенки во время извлечения головки. Нередко хирург производит небольшую отслойку мочевого пузыря, в результате чего разрез проходит через перешеек и продолжается на тело матки, которое иногда рассекается даже больше, чем перешеек.

По существу подобная модификация напоминает низкое кесарево сечение, предложенное французскими авторами, и является истмико-корпоральным кесаревым сечением. Оно имеет лишь некоторые преимущества перед корпоральным кесаревым сечением (лучшая перитонизация), но сохраняет многие отрицательные свойства последнего.

Техника корпорального (классического) кесарева сечения

Брюшную полость вскрывают срединным продольным разрезом длиной 16—20 см. Раньше применяли разрез выше и ниже пупка на равном расстоянии от него, обходя пупок слева, и выводили матку в брюшную рану. В настоящее время разрез начинают от лона и проводят до пупка или на 3—4 см выше него, обходя пупок слева. Исключение представляет разрез брюшной стенки у беременных с тяжелым нарушением кровообращения, если операцию производят при масочном наркозе или местной анестезии; в этом случае большая часть разреза будет выше пупка.

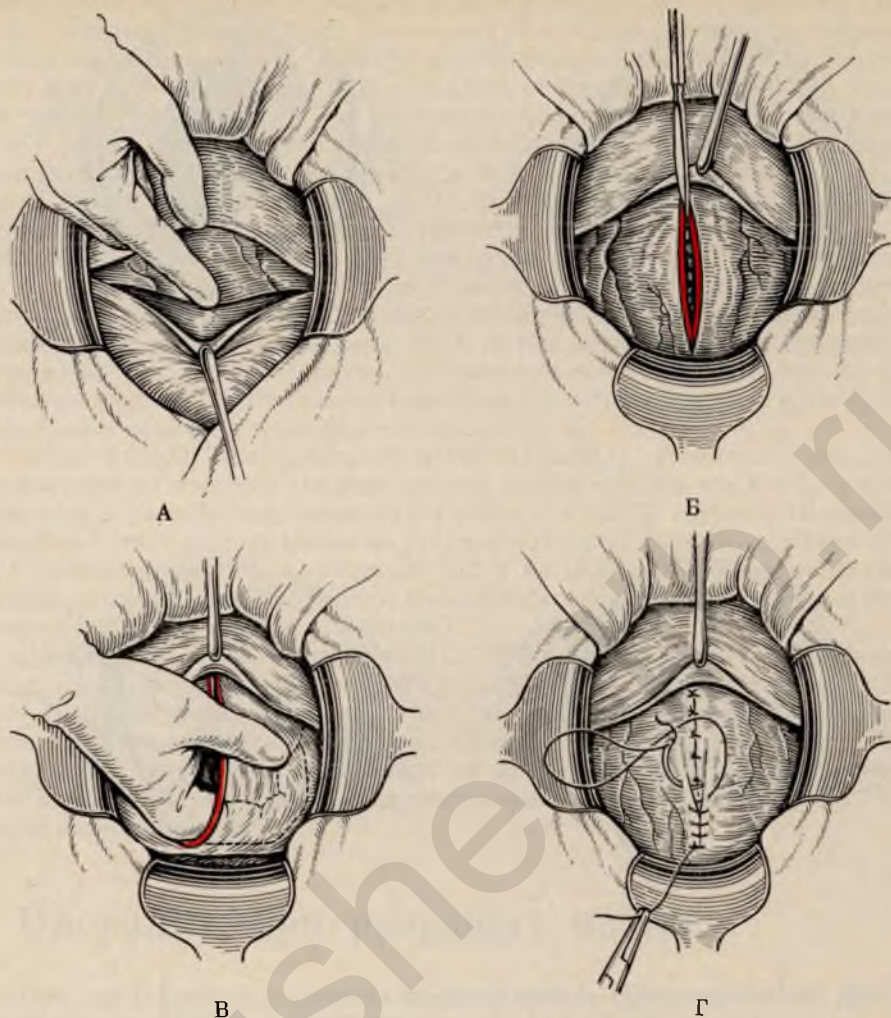
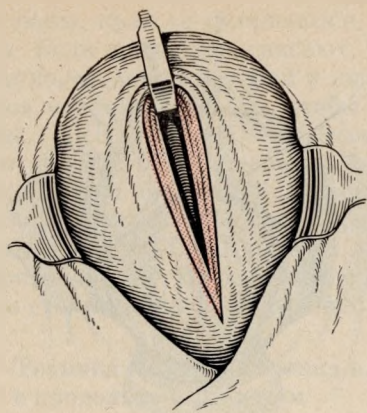


Рис. 326. Кесарево сечение с продольным разрезом нижнего сегмента матки.

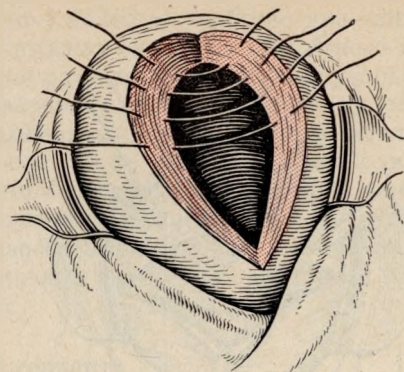
А — отсепаровка мочевого пузыря от передней поверхности перешейка матки; Б — продольный разрез нижнего сегмента; мочевой пузырь защищен зеркалом; В — введение руки в матку для извлечения головки плода; Г — наложен первый этаж узловатых мышечно-мышечных швов, поверх которых накладывают их второй этаж.

В постоянное время матку не выводят из брюшной полости и после вскрытия ее тщательно защищают от затекания крови и околоплодных вод большими марлевыми салфетками или мягкими полотенцами. Концы марлевых салфеток должны свисать из брюшной раны. Их прикрепляют зажимами к простыне, а перед зашиванием брюшной полости операционная сестра сосчитывает инструменты и большие салфетки, число которых всегда должно быть известно и постоянно.

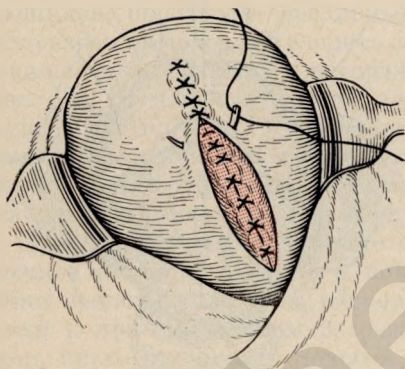
Разрез длиной 12—14 см производят посередине передней стенки тела матки. Беременная матка повернута по своей оси слева направо и левое ребро расположено у края брюшной раны. Поэтому необходимо предусмот-



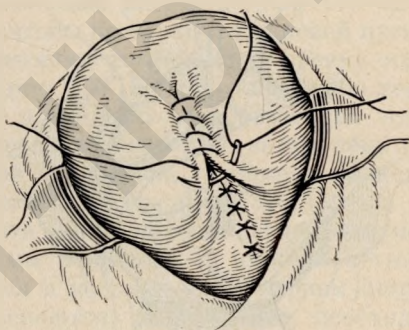
А



Б



В



Г

Рис. 327. Классическое (корпоральное) кесарево сечение.

А — узким подъемником или пальцем, введенным в верхний угол разреза, растягивают рану матки, что способствует уменьшению кровотечения и лучшему наложению швов; Б — накладывают первый этаж глубоких мышечно-мышечных узловатых швов; В — зашивают кетгутовыми швами наружный слой маточной стенки (второй этаж); Г — непрерывный петлистый кетгутовый шов, соединяющий две складки поверхности серозно-мышечного слоя матки (третий этаж).

реть такую особенность и провести разрез по средней линии передней стенки, а не у левого ребра матки, что сопровождается усилением кровотечения. Разрез начинают скальпелем, а затем производят добавочное рассечение прямыми ножницами, так как часть тканей по намеченной скальпелем линии сохраняется. В образовавшееся в матке отверстие мы обычно вводим 2 пальца и, слегка приподнимая переднюю стенку матки, рассекаем ткани ножницами, так как при разрезе только скальпелем можно поранить плод, особенно при отошедших водах. Обычно в разрезе появляются околоплодные оболочки, которые разрывают рукой; ею же захватывают ножку и извлекают плод. Пуповину перерезают между двумя зажимами и ребенка передают акушерке. В толщу маточной стенки вводят 1 мл питуитрина или окситоцина и приступают к капельному вливаю окситоцина,

которое при склонности к гипотонии матки (отслойка и предлежание плаценты, слабость родовой деятельности и др.) продолжают и после операции. У верхнего и нижнего углов разреза накладывают по узловатому кетгуттовому шву и используют их как держалки, растягивая рану. Послед удаляют тем же приемом, что и при перешеечном кесаревом сечении, или производят ручное его отделение. Рукой обследуют полость матки и ее стенки. При гипотонии матки ее массируют и начинают зашивать разрез кетгуттовыми швами в три этажа (рис. 327): на глубокие слои мышечной стенки накладывают узловатые швы, не захватывающие слизистой оболочки, но проходящие непосредственно под ней и расположенные на расстоянии 1 см один от другого; второй этаж узловатых швов накладывают на верхние слои мышцы и серозную оболочку матки между швами первого этажа; заканчивают зашивание разреза тела матки наложением непрерывного петлистого шва, соединяющего две складки поверхностного серозно-мышечного слоя матки. Из брюшной полости удаляют салфетки и рану брюшной стенки зашивают послойно наглухо.

Siegel (1952), анализируя сборную статистику, установил, что после корпорального кесарева сечения разрыв матки наблюдался в 4%, а после операции с рассечением нижнего сегмента — в 0,25% случаев. По сообщению Dewhurst, разрыв матки по рубцу после классического кесарева сечения произошел у 2,2% женщин из 762, а из 1530 женщин, которым была произведена операция в области нижнего сегмента, разрыв матки наблюдался у 0,5% (по сборной статистике).

По данным А. С. Слепых (1963), среди 545 беременных и рожениц после корпорального кесарева сечения разрывы матки произошли у 11,2%, а из 15 019 женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным рассечением нижнего сегмента, — у 1,78%. Интерес представляют и следующие данные, приводимые А. С. Слепых: из 511 женщин с разрывом матки у 83,8% разрыв произошел после корпорального кесарева сечения, у 15,2% — после перешеечного.

Операции при разрывах матки

При совершившемся разрыве матки показано чревосечение без предварительного родоразрешения.

Как при головных предлежаниях, так и при запущенном поперечном положении плода предварительное родоразрешение через влагалище при установлении разрыва матки не должно применяться. Обычно оно сопровождается увеличением разрыва и ухудшает состояние больной, которая подвергается подобной операции без всякой к тому необходимости. В части случаев предлежащая часть оказывает тампонирующее действие на разорванные ткани и, сдавливая поврежденные сосуды, уменьшает, а иногда почти останавливает кровотечение. После влагалищной родоразрешающей операции в подобных случаях может наступить сильнейшее кровотечение, нередко со смертельным исходом в результате острой кровопотери, прежде чем будет произведено чревосечение.

Учитывая наличие кровопотери и шокового состояния, следует до операции приступить к переливанию крови, протившокового раствора и кровезаменителей и незамедлительно произвести чревосечение.

Боязнь усиления кровотечения при этих мероприятиях обычно преувеличена. При разрывах матки кровотечение останавливается не столько под

влиянием падения кровяного давления, сколько вследствие сокращения опорожненной матки.

До 500 мл крови следует переливать струйным методом, переходя в дальнейшем к введению жидкости капельным методом. Если при разрыве матки внутреннее или наружное кровотечение продолжается, то переливание крови начинают капельным методом из расчета 60—80 капель в минуту. Как только будет остановлено кровотечение, трансфузию крови продолжают струйным методом.

Весьма целесообразно, особенно во время операции и в послеоперационном периоде, применять внутривенное введение противошоковых жидкостей и комплексных растворов, употребляемых с этой же целью.

Чревосечение производят срединным разрезом от лона до пупка. После вскрытия брюшной полости сразу же удаляют плод и послед, находящиеся в большинстве случаев между кишечными петлями. Марлевыми салфетками удаляют из брюшной полости жидкую кровь, сгустки, меконий и околоплодные воды и тщательно осматривают матку и соседние органы (мочевой пузырь, кишечник), которые могут быть повреждены, особенно при насильственных разрывах.

Вопрос о выборе того или иного метода хирургического вмешательства при разрыве матки должен решаться индивидуально, с учетом времени наступления разрыва, признаков инфекции, характера разрыва и т. п. Данные литературы и наши наблюдения показывают, что больные, находящиеся обычно в тяжелом шоковом состоянии, зашивание разрыва матки переносят гораздо лучше, чем радикальные операции. По нашему мнению, зашивание безусловно следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения, при расположении разрыва в дне и в теле матки. Кроме того, следует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя операцию в первые 24 ч после происшедшего разрыва. Зашивание разрыва независимо от его характера и расположения приемлемо и в тех случаях, когда больная находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки.

Техника операции. Делают лапаротомию, останавливают кровотечение и накладывают швы на разрыв матки. Размозженные края разрыва по возможности сглаживают и освежают острыми ножницами или скальпелем, иссекают старый рубец, если он имеется, и накладывают кетгутовые швы в два этажа на мышцу и брюшинный покров матки (рис. 328). Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом, захватывающим брюшину и поверхностный слой мышечной ткани. Разрывы матки чаще всего располагаются в области нижнего сегмента, и поэтому зашитый разрыв хорошо перитонизировать брюшиной пузырьно-маточного углубления и передним листком широкой связки, прилегающим к разрыву. В результате зашитый разрыв полностью покрывается брюшиной.

Зашивание разрыва матки — наименее травматичный метод хирургического вмешательства для больной, находящейся обычно в тяжелом состоянии. Эта операция проста по технике и при хорошем соединении краев раны маточной стенки во всю ее толщину дает возможность сохранить в будущем нормальную функцию матки.

При зашивании разрыва в большинстве случаев производят стерилизацию, применяя резекцию труб на протяжении. У некоторых женщин, учитывая их настойчивое желание иметь в дальнейшем ребенка, стерилизацию не делают. При наступившей беременности они должны находиться под строгим наблюдением, и за 10—14 дней до срока родов им следует произ-

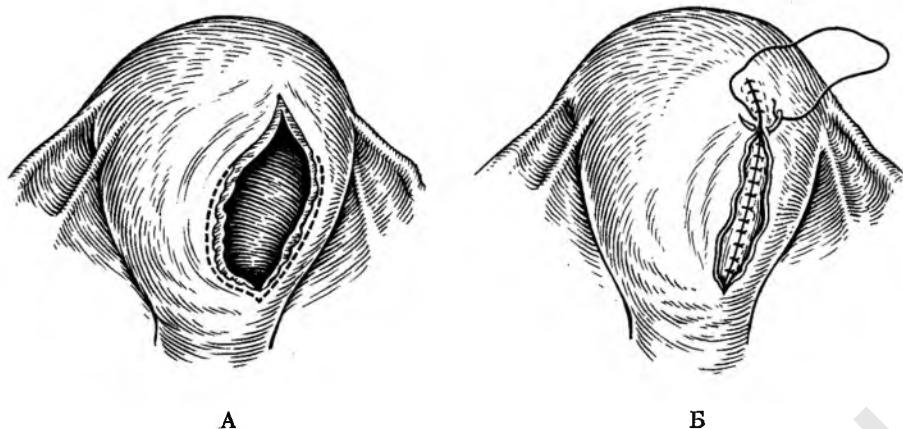


Рис. 328. Полный разрыв матки.

А — размоzzженные края разрыва освежены (показано пунктиром); Б — зашивание разрыва.

вести кесарево сечение. Подобные случаи с благоприятным исходом мы наблюдали в акушерской клинике Казанского института усовершенствования врачей.

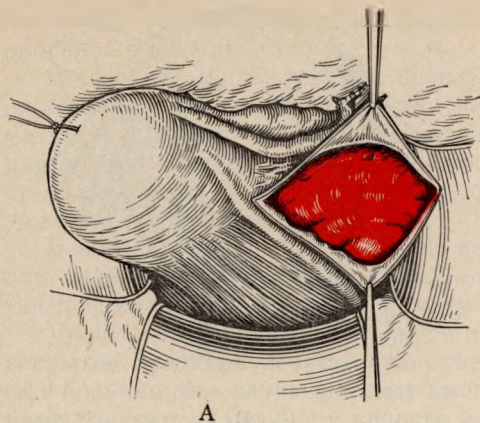
Экстирпацию матки большинство акушеров производят при разрыве нижнего сегмента с образованием большой гематомы в клетчатке, а также у тех больных, у которых разрыв переходит на шейку или влагалищные своды; в остальных случаях применяют надвлагалищную ампутацию матки с оставлением придатков. При отрыве матки от влагалищных сводов показана ее экстирпация.

Иногда при операции по поводу разрыва матки возникает затруднение во время остановки кровотечения (отрыв маточной артерии, большая гематома в клетчатке). Известны случаи (И. Л. Брауде и др.), когда смерть после своевременно произведенной операции была вызвана кровотечением из маточной артерии или ее ветвей, оставшихся не найденными и не перевязанными во время операции. С. С. Шах-Паронян предлагает начинать экстирпацию матки при разрывах с предварительной перевязки обеих внутренних подвздошных артерий, производимой через разрез заднего листка широкой связки при оттянутой кпереди матке. Целесообразность такого мероприятия этот автор видит в уменьшении кровопотери при операции и в возможности немедленного применения после перевязки артерий переливания крови, вливания физиологического раствора и введения сердечных средств. И. Л. Брауде считает излишней двустороннюю перевязку внутренних подвздошных артерий. В случае возникновения затруднений при остановке кровотечения он рекомендует произвести разрез брюшины над гематомой, удалить сгустки крови и, раздвигая листки широкой связки, как при операции по поводу рака шейки матки, отыскать внутреннюю подвздошную или маточную артерию у места отхождения от внутренней подвздошной и перевязать ее. В некоторых случаях он советует, пожертвовав придатками одной стороны, перевязать и перерезать подвешивающую связку яичника на стороне разрыва, затем рассечь брюшину широкой связки выше культи до места деления общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю подвздошные и проследить ход последней до места отхождения от нее маточной артерии.

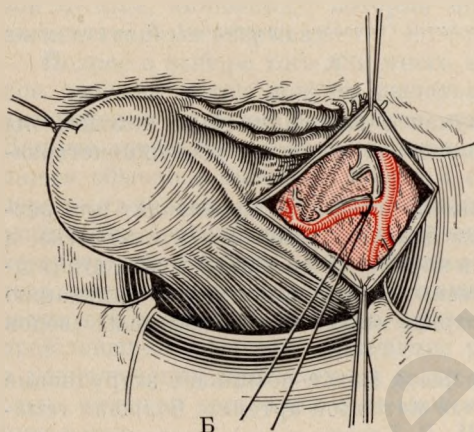
Рис. 329.

Операция при неполном разрыве матки.

А — рассечена брюшина над гематомой вдоль круглой связки; Б — наложены лигатуры на маточные сосуды после удаления гематомы.



А



Б

На основании нашего опыта мы считаем, что перевязывать внутренние подвздошные артерии следует лишь в тех случаях, когда имеется разрыв маточной артерии и в гематоме широкой связки не удастся отыскать разорванный сосуд. В 6 подобных случаях нам удалось остановить кровотечение перевязкой внутренних подвздошных артерий на стороне разрыва. При этом мы широко раздвигали с помощью зеркал листки широкой связки, удаляли излившуюся кровь, отыскивали общую подвздошную, а затем и внутреннюю подвздошную артерию, которую и перевязывали шелковой лигатурой, подведенной под сосуд тупой иглой Дешампа.

При поперечном разрыве нижнего сегмента с отрывом передней стенки шейки матки от тела целесообразно удалять этот оторванный лоскут, отсекая его предварительно от мочевого пузыря и отсекая от влагалищного свода.

Если одновременно с разрывом матки произошел разрыв мочевого пузыря, то его зашивают при чревосечении со стороны брюшной полости. На рану мочевого пузыря накладывают тонкие кетгутовые швы в два этажа. При наложении первого ряда узловатых швов тщательно соединяют края разрыва, не захватывая при этом слизистую оболочку. После операции вводят на 5—7 дней постоянный катетер и ежедневно промывают мочевой пу-

зырь малыми порциями (50—70 мл) раствора фурацилина 1 : 5000 или 2% раствором борной кислоты.

Если разрыв мочевого пузыря не распознают и не зашивают, то возникает пузырно-влагалищный или пузырно-шеечный свищ. Поэтому всегда необходимо исключить повреждение мочевого пузыря, на которое обычно указывает отсутствие мочи при катетеризации или кровь в моче и наличие раневого отверстия. Если при осмотре из-за обширного кровоизлияния и разможнения тканей разрыв мочевого пузыря исключить не удастся, следует с помощью катетера, введенного через уретру, налить в мочевой пузырь стерильный физиологический раствор; вытекание жидкости точно укажет место разрыва, если он имеется.

Лечение неполных разрывов матки в принципе не должно отличаться от терапии полных разрывов. При неполных разрывах матки, когда повреждена только мышечная стенка, а брюшина, под которой образовалась гематома, цела, сначала рассекают брюшину над гематомой, удаляют жидкую кровь и сгустки (рис. 329, А). Кровотечение останавливают путем перевязки поврежденных сосудов, особенно брызжущих артерий, или путем обкалывания диффузно кровоточащих участков ткани. Когда произведен гемостаз, осматривают разрыв матки и зашивают его или удаляют матку так же, как и при полных разрывах.

В ряде случаев, если не удастся отыскать кровоточащие сосуды, для остановки кровотечения перевязывают внутреннюю подвздошную артерию или маточную у места ее отхождения от внутренней подвздошной (рис. 329, Б).

По нашим данным (1961), при анализе 1000 историй родов, сопровождающихся разрывами матки, в различных учреждениях Советского Союза зашивание разрыва применено у 38,4% больных (летальность 14,7%), ампутация матки — у 46,2% (летальность 25,3%) и, наконец, экстирпация матки — у 15,4% больных (летальность 33,3%).

Нейрохирургические операции при гинекологических заболеваниях

При многих гинекологических заболеваниях ведущим симптомом являются боли различного характера. Эти боли бывают настолько интенсивными, что совершенно лишают больную трудоспособности и не поддаются консервативной терапии. И если у многих таких больных при исследовании можно еще обнаружить те или иные изменения во внутренних гениталиях (смещения, наружный и внутренний эндометриоз, старые воспалительные процессы и др.), то у части женщин патологии со стороны органов не находят и гинекологи не считают их больными.

Практически эти больные не получают медицинской помощи и постепенно привыкают к наркотикам. Боли у них напоминают боли при дисменорее или тазовых невралгиях, причем при исследовании невозможно установить определенную локализацию болей и они не сопровождаются напряжением брюшных мышц. Эти данные, а также жгучий характер болей с неприятным эмоциональным оттенком характерны для поражения вегетативной нервной системы, участвующей в иннервации органов малого таза. Этот симптомокомплекс мы назвали «синдромом тазовых болей». Можно сказать, что это наименее изученная область гинекологии и она ждет своего разрешения.

Сюда мы не включаем болевой синдром при запущенных формах рака матки, поскольку генез его в этих случаях понятен, хотя иногда таким больным и помогают типичные нейрохирургические операции, применяемые у описанной выше категории больных.

Производимая с целью лечения синдрома тазовых болей резекция верхнего подчревного сплетения, предложенная в 1924 г. (резекция пресакрального нерва, по терминологии зарубежных авторов), во многих случаях дает положительный эффект (60—80% излечений). Но необходимо сказать, что наряду с поразительными результатами эта операция иногда не избавляет от болей, разочаровывая как больную, так и лечащего врача.

Дело в том, что полноценный терапевтический эффект может обеспечить только радикальная десимпатизация, а она не всегда выполнима. Немаловажную роль играет знание хирургом топографической и оперативной анатомии вегетативной нервной системы и овладение навыком в производстве соответствующей операции. Кроме того, имеют значение способность вегетативной нервной системы к перекрытиям, широким анато-

мическим вариантам, наличие автономных периферических образований и высокие регенераторные возможности (Д. М. Голуб и др.). Неполная симпатэтомия может привести даже к противоположному результату — разражению симпатических образований (А. В. Бондарчук).

В нашей стране резекцию верхнего сплетения производили Л. Л. Окинчиц, П. А. Бойко и А. Ю. Лурье. В последние годы это вмешательство стало довольно широко применяться за рубежом, причем оно рекомендуется как самостоятельная операция и как попутная при брюшностеночной операции, если имелись показания к резекции верхнего подчревного сплетения.

Aburel производил резекцию верхнего подчревного сплетения с положительными результатами даже при неукротимой рвоте беременных.

Мы произвели свыше 30 резекций верхнего подчревного сплетения, во многом их модифицировав, и в подавляющем большинстве случаев (но не всегда) получили хорошие результаты. Эта операция применялась нами как основное хирургическое вмешательство, но при необходимости дополнялась у части больных другими операциями на матке и придатках.

В иннервации внутренних женских половых органов принимает участие как симпатический, так и парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. Чувствительные волокна проходят в составе симпатического отдела вегетативной нервной системы. Источником симпатической иннервации признается нижнебрыжеечный узел, дающий начало верхнему подчревному сплетению. Этот ганглий топографически располагается под корнем нижнебрыжеечной артерии и находится на пути брюшного отдела аортального сплетения.

Нижнебрыжеечный ганглий дает в каудальном направлении начало большому сплетению из нервных стволов различной толщины и мелких ганглиев. Сплетение это располагается на передней поверхности поясничной части аорты и называется верхним подчревным сплетением. А. М. Мещеряков выделяет два типа его строения: компактный тип, состоящий из одного ствола, и рассыпной тип, когда имеется два или несколько нервных пучков с большим количеством петель. Компактная форма встречается, по А. М. Мещерякову, в 84,5% случаев. Кроме того, по его данным, у человека верхнее подчревное сплетение, не доходя 1—2 см до мыса, образует нервный узел, названный этим автором подчревым. На уровне мыса верхнее подчревное сплетение делится на два нервных пучка, которые спускаются в область малого таза. Эти нижние подчревные сплетения, правое и левое, содержат множество мелких ганглиев. Обходя с боков прямую кишку, они оканчиваются в тазовом сплетении, которое топографически располагается по обе стороны шейки матки и позади нее у основания крестцово-маточных связок.

Вторым источником симпатической иннервации внутренних женских половых органов являются ганглии поясничного и крестцового отделов симпатического пограничного ствола. От этих ганглиев отходят нервные связи, входящие затем в состав верхнего и нижнего подчревных сплетений, а также идущие непосредственно в тазовое сплетение. Источником парасимпатической иннервации являются тазовые нервы, которые берут начало от II, III и IV сакральных корешков и также участвуют в формировании тазового сплетения. По определению Д. Н. Зернова, тазовое сплетение «служит центром, из которого исходят, подобно тому как в животе из солнечного сплетения, нервы (сплетения) для всех сосудов и органов таза».

Резекция верхнего подчревного сплетения

Показаниями к операции служат сильнейшие боли при запущенных формах рака матки, но чаще синдром тазовых болей, нарушающих трудоспособность, существует сам по себе либо при наличии наружного или внутреннего эндометриоза, смещения матки, старых воспалительных процессов в придатках и матке, при первичной или вторичной дисменорее. Боли обуславливают также диспареунию.

Техника операции. Мы производим операцию следующим образом. Подготовка больной к операции такая же, как и для обычных брюшностеночных гинекологических операций. При выполнении операции необходимы два ассистента.

Разрез брюшной стенки производим от лобка и заканчиваем на 5—6 см выше пупка, обходя его слева. После отодвигания кишечника салфетками в эпигастральную область смещаем сигмовидную кишку вверх и влево, а слепую кишку — вверх и вправо. Обнажается париетальная брюшина, покрывающая заднюю стенку брюшной полости. Сквозь нее просвечиваются, особенно у худых женщин, нижняя часть аорты и ее бифуркация, а также общие подвздошные артерии, нижняя часть нижней полой вены и левая общая подвздошная вена. При наличии жировой клетчатки эти образования менее заметны и их границы наряду с мысом надо пропальпировать. Над мысом хирург и ассистент захватывают анатомическими пинцетами париетальную брюшину и слегка надсекают ее, после чего воздух попадает в забрюшинное пространство и париетальная брюшина легко приподнимается вверх (рис. 330, А). Сложенными браншами ножниц вниз и вверх под брюшиной делаем ход и просвечивающую бессосудистую часть брюшины рассекаем в обе стороны на 5—6 см выше бифуркации аорты и на 5—6 см ниже мыса. Для обнажения операционного поля с обеих сторон на края разрезанной брюшины накладываем кетгутные лигатуры, которыми брюшина разводится в стороны. Волокна верхнего подчревного сплетения видны далеко не всегда, так как они окружены клетчаткой, поэтому выделение его производится вместе с клетчаткой. Отделив тупым (или острым) путем клетчатку от краев брюшины, приступаем к выделению сплетения справа (рис. 330, Б). Оттеснив латерально правый мочеточник, который хорошо виден, на уровне последнего поясничного позвонка у медиального края правой общей подвздошной артерии острым путем достигаем надкостницы позвонка и осторожно отделяем пласт ткани от подвздошных сосудов на некоторое расстояние вниз и вверх и одновременно от надкостницы V поясничного позвонка (рис. 330, В). После этого приступаем к выделению верхнего подчревного сплетения с левой стороны, что значительно сложнее. Прощупываем верхнюю прямокишечную брыжечную артерию и, рассекая под контролем зрения клетчатку, отходим от левого мочеточника и общих подвздошных сосудов (рис. 330, Г), достигая надкостницы V поясничного позвонка. Выделенный пласт сплетения с клетчаткой захватываем двумя зажимами или лигируем двумя толстыми шелковыми швами, проведенными иглой Дешампа. Между зажимами или лигатурами ткань рассекаем и обнажаем надкостницу V поясничного позвонка (рис. 331, А).

Затем проксимальную часть верхнего подчревного сплетения осторожно острым и тупым путем отделяем от подлежащей левой общей подвздошной вены, нижней части нижней полой вены, начальных отделов общих

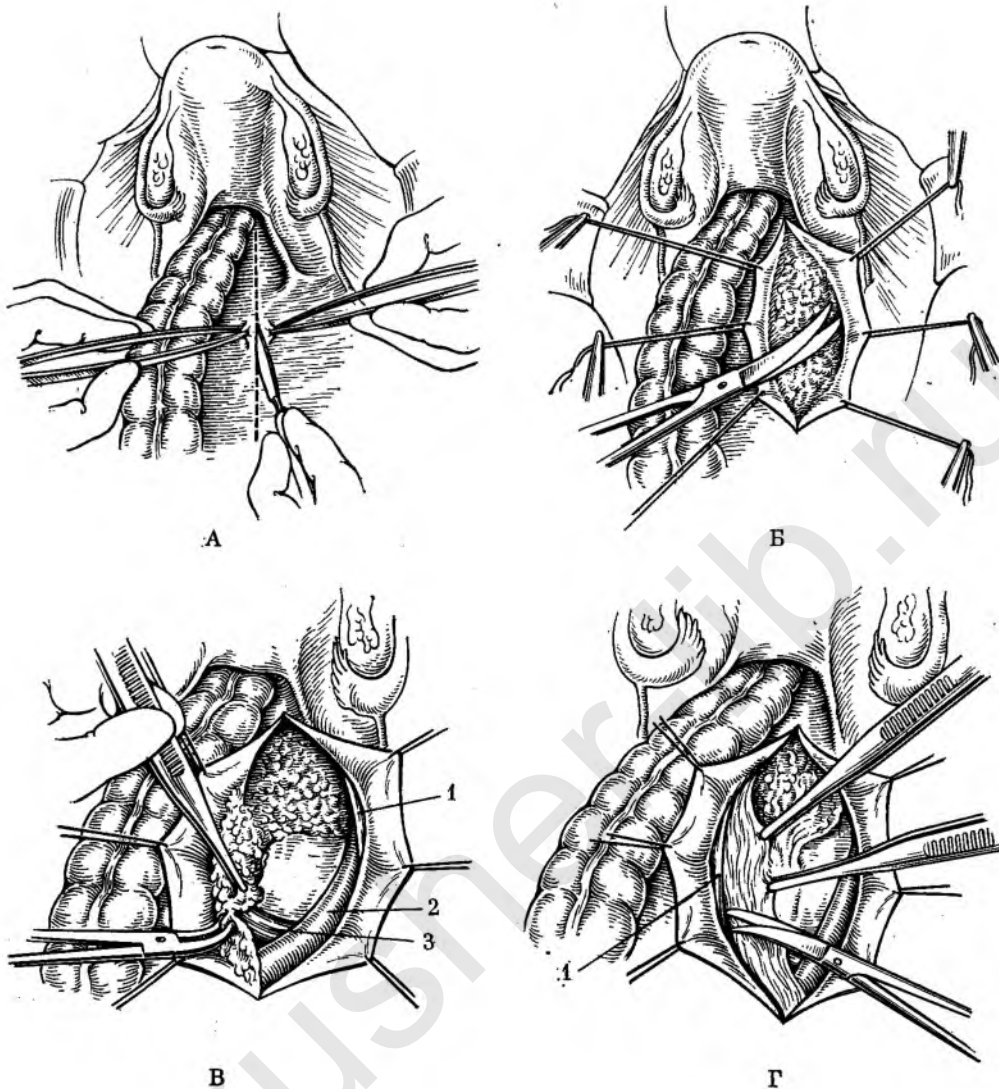


Рис. 330. Резекция верхнего подчревного сплетения.

А — рассечение париетальной брюшины задней стенки брюшной полости; Б — отсепаровка сплетения вместе с клетчаткой справа; В — дальнейшие этапы отсепаровки сплетения: 1 — правый мочеточник; 2 — правая общая подвздошная артерия; 3 — нижняя полая вена и правая общая подвздошная вена; Г — выделение сплетения слева; 1 — левый мочеточник.

подвздошных артерий и передней поверхности аорты в месте ее бифуркации (рис. 331, Б). Передняя поверхность указанных сосудов должна быть полностью оголена — удаляют и адвентицию артерий. На 1—2 см выше бифуркации аорты на проксимальную часть резецируемого верхнего подчревного сплетения накладываем зажим и удаляемый участок отсекаем, а на оставшуюся часть накладываем прочную шелковую лигатуру. После этого приступаем к резекции дистального отдела верхнего подчревного сплетения. Острым и тупым путем прямую кишку отсепаровываем от пла-

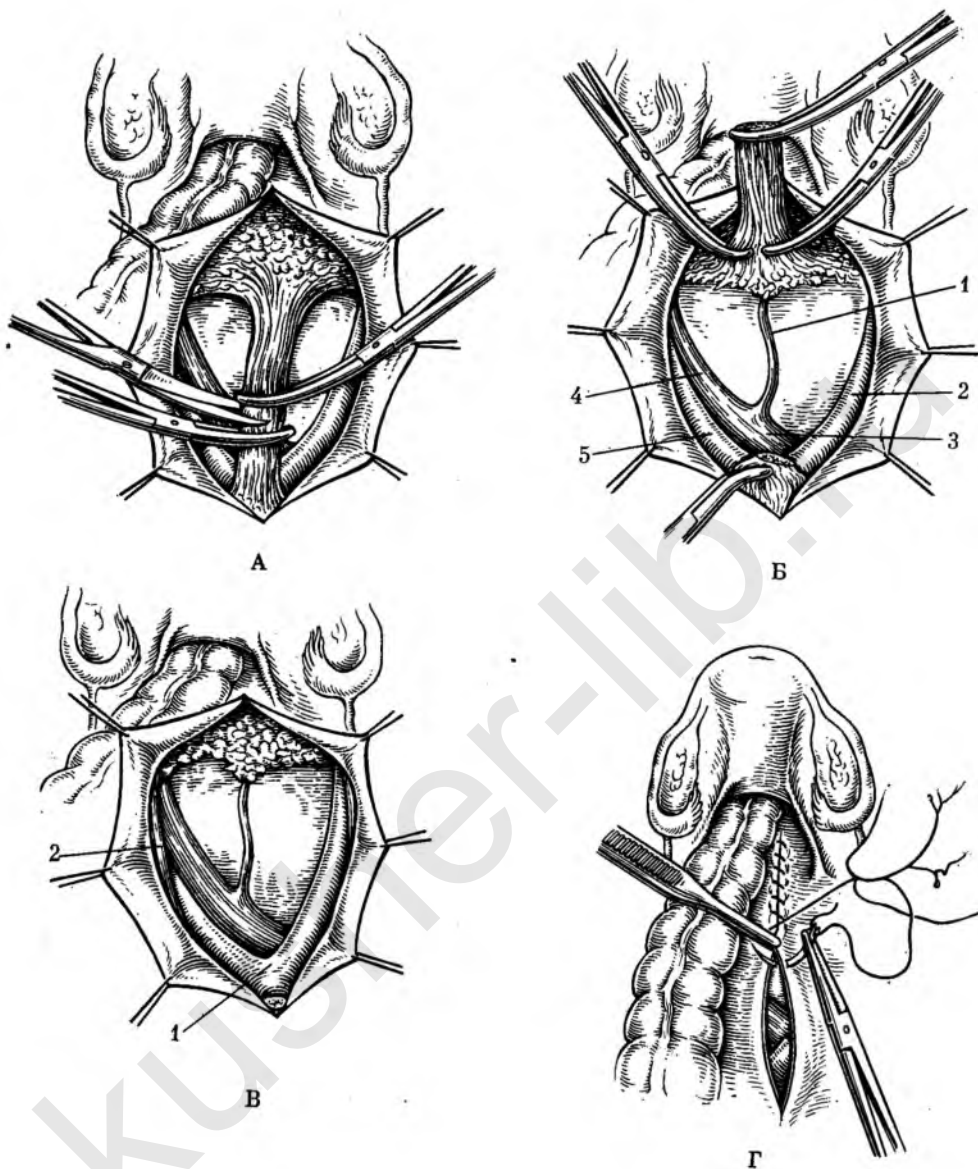


Рис. 331. Резекция верхнего подчревного сплетения.

А — выделенный пласт сплетения с клетчаткой рассекают между зажимами; Б: 1 — срединная крестцовая вена; 2 — правая общая подвздошная артерия; 3 — нижняя полая вена; 4 — левая общая подвздошная вена; 5 — левая общая подвздошная артерия; В — проксимальный и дистальный отрезки сплетения резецированы; 1 — нижний край аорты; 2 — левый мочеточник; Г — ушивание брюшины (перитонизация).

ста сплетения кпереди; сам дистальный отрезок сплетения отсепааровываем тупым и острым путем от надкостницы мыса и 1 крестцового позвонка. Между зажимами, наложенными с обеих сторон, дистальный отрезок сплетения отсекаем от нижних подчревных сплетений, которые затем лигируем (рис. 331, В). Операция заканчивается наложением непрерывного кетгутового шва на края разреза париетальной брюшины (рис. 331, Г).

Примерное описание операции резекции верхнего подчревного сплетения

Показания к операции — синдром тазовых болей. Обезболивание — эндотрахеальный наркоз эфиром.

Брюшная полость вскрыта срединным разрезом от лобка вверх и на 5 см выше пупка. Кишечник отодвинут салфетками в эпигастральную область. Определена топография мыса, бифуркации аорты. Над V поясничным позвонком вскрыта париетальная брюшина, разрез ее продолжен ниже мыса на 4—5 см и выше бифуркации аорты на 4—5 см. Между общими подвздошными сосудами над V поясничным позвонком выделен пласт ткани, включающий нервное сплетение и жировую клетчатку, с обеих сторон освобождены медиальные и передние стенки общих подвздошных сосудов и надкостница V поясничного позвонка. Между двумя шелковыми лигатурами пласт ткани рассечен, проксимальный конец его отделен от левой подвздошной вены и аорты в области ее бифуркации. После захватывания зажимом и лигирования шелковой лигатурой у стенки аорты проксимальный отдел сплетения отсечен.

Дистальный отдел верхнего подчревного сплетения отделен от прямой кишки, мыса и верхней части крестца. С обеих сторон у боковых стенок таза на него наложены зажимы и после отсечения оба дистальных конца лигированы. Произведена перитонизация путем сшивания непрерывным кетгутовым швом разрезанной париетальной брюшины. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. Продолжительность операции 1 ч 30 мин.

Источники ошибок, возможные осложнения

Осложнения, которые могут возникнуть при выполнении резекции верхнего подчревного сплетения, в основном связаны с возможностью ранения сосудов, особенно крупных вен, тем более что расположение общих подвздошных вен и бифуркации аорты в значительной степени варьирует. Поэтому все этапы операции требуют максимального внимания и рассечение тканей надо производить минимальными участками, после того как выяснено, что в данном участке отсутствует сосуд. Эта осторожность сугубо необходима при отделении сплетения от левой подвздошной вены. Вся операция напоминает анатомическую препаровку. По передней поверхности у поясничного позвонка, мыса и крестца проходит срединная крестцовая вена, ранение которой вызывает значительное кровотечение. Если от этой вены трудно отойти, то ее можно лигировать и отсечь подальше от места вхождения. Кроме того, по передней поверхности мыса и крестца проходит срединная артерия крестца, ранение которой возможно при выделении дистального конца верхнего подчревного сплетения. При ранении этой артерии ее очень трудно перевязать, так как она интимно связана с надкостницей и пространственные соотношения затрудняют ее обкалывание. Если перевязать артерию не удастся, то кровотечение (также и из вены) в области I и II крестцовых позвонков можно остановить длительным прижатием марлевым тампоном. При выделении дистального отрезка сплетения возможно ранение крупной геморроидальной вены. Это происходит в тех случаях, когда хирург глубоко проникает между прямой кишкой и передней поверхностью крестца, в чем нет необходимости. Кровотечение при этом бывает очень значительным и затрудняет отыскание кровоточащего сосуда. Тугая тампонада прямокишечно-маточного пространства на некоторое время приводит к прекращению кровоте-

чения и при последующем обнажении передней поверхности крестца находят кровотокающий сосуд и лигируют его обкалыванием.

По ходу операции кровотечение из мелких вен легко останавливают временным прижатием марлевым тампоном на корнцанге. При отделении проксимального участка верхнего подчревного сплетения также надо соблюдать сугубую осторожность, поскольку отделение производится от тонкостенной и крушой по диаметру левой общей подвздошной вены и нижней периферии нижней полой вены до места бифуркации аорты. Иногда в эти вены от удаляемого пласта входят тоненькие вены, при пересечении которых (не обрывая натягиванием) кровотечение останавливают кратковременным прижатием тампона. При осушении операционного поля надо следить за тем, чтобы помощники частым прижатием марлевыми тампонами не перетерли тонкую стенку вены. Затруднения при выполнении операции возникают также тогда, когда бифуркация аорты располагается необычно высоко, поэтому разрез брюшной стенки всегда должен производиться на 5—6 см выше пупка.

Париетальную брюшину рассекают выше бифуркации аорты, освобождают от клетчатки и при выделении проксимального участка сплетения в расщеп брюшины вставляют широкий подъемник. Определенные трудности может вызвать выделение левого края верхнего подчревного сплетения, так как сигмовидная кишка мешает нахождению левого мочеточника и затем левых общих подвздошных сосудов. Последовательное рассечение под контролем зрения бессосудистой клетчатки ниже прохождения пульсирующей верхней прямокишечной артерии и постоянная ориентировка в ситуации позволяют дойти до общей подвздошной артерии, а затем и до общей подвздошной вены. При наложении лигатур на правую ветвь дистального участка подчревного сплетения надо следить за тем, чтобы не повредить близко расположенный здесь правый мочеточник.

В заключение надо сказать, что без знания всех анатомо-топографических особенностей этой области забрюшинного пространства не следует приступать к производству операции. Весьма полезно предварительное изучение этой области путем препаровки на трупе.

Резекция срамных нервов

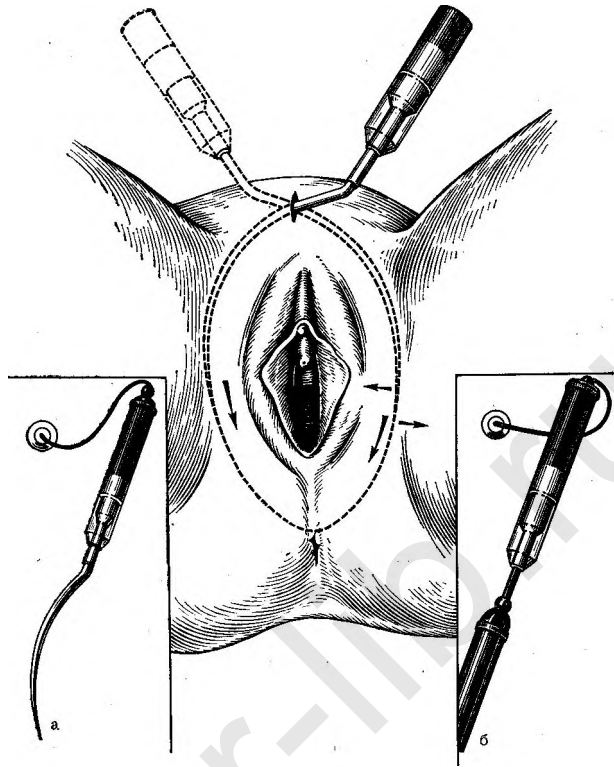
Двусторонняя резекция срамного нерва (n. pudendus) производится значительно реже. Основным показанием к этой операции является нестерпимый зуд наружных половых органов. В нашей стране это вмешательство чаще всего применял Е. Е. Гиговский (1947). Нами однажды была произведена двусторонняя резекция срамных нервов по поводу болевого синдрома в области передней промежности после кольпоперинеоррафии, который хотя и редко, но может иметь место (Nevins, 1961). При зуде вульвы резекция срамных нервов целесообразна, если отсутствуют микроскопические изменения в тканях наружных половых органов. При наличии же лейкоплакии и крауроза предпочтительнее производить экстирпацию вульвы, поскольку эти изменения носят предраковый характер, а при серийных срезах удаленной ткани часто можно гистологически обнаружить начинающийся рак (Л. И. Декстер, Э. Л. Нейштадт, 1965).

Кроме хирургической денервации, Е. Л. Меламед (1965) разработал и предложил методику паравульварной денервации путем применения диатермокоагуляции при зуде наружных половых органов. Для пересечения нервных окончаний использовались специальные электроды.

Рис. 332.

Паравульварная диатермомоденервация.

а — общий вид наконечника; б — общий вид рукоятки аппарата. Стрелками обозначено направление наконечника.



Техника операции паравульварной денервации заключается в следующем. После циркулярной анестезии вульвы 0,5% раствором новокаина через прокол кожи в области лобка в толщу больших половых губ по их латеральной периферии вводят серповидной формы электрод, конец которого достигает задней спайки. Включением диатермического тока 1 А производят коагуляцию подкожной клетчатки, в которой проходят периферические нервные окончания. Субкутанную диатермомоденервацию производят смещением электрода в передне-заднем и боковых направлениях. То же делают с другой стороны через тот же прокол кожи в области лобка, на который потом накладывают шов (рис. 332).

Паравульварная диатермомоденервация производилась также через множественные проколы вокруг вульвы. Из 21 больной, лечившейся этим методом, стойкое излечение наступило у 18, улучшение — у 2.

При двусторонней резекции срамных нервов положительные результаты получают не всегда. Это обусловлено несовершенством оперативной техники, неполной денервацией вследствие атипичного ветвления этих нервов. Г. И. Довженко было установлено, что при концентрированной форме строения срамных нервов, кроме них, в иннервации наружных половых органов участвуют еще *n. spermaticus externus*, *n. ilioinguinalis* и *n. cutaneus femoris posterior*. При рассыпной форме строения срамных нервов иннервация наружных половых органов обеспечивалась густой сетью множественных волокон.

Техника операции резекции срамного нерва. Применяют общий наркоз, лучше эндотрахеальный. Больная находится в положении для влагалищ-

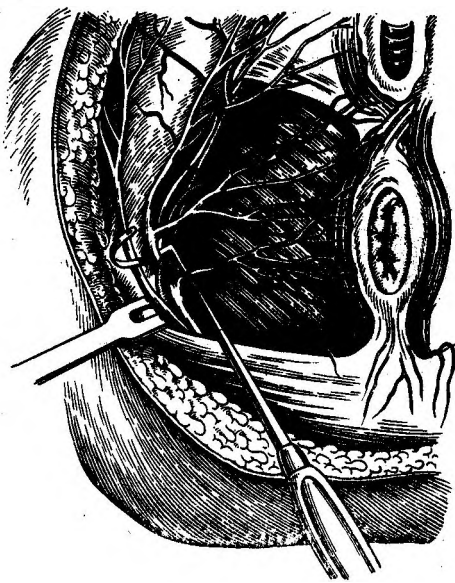


Рис. 333.

Резекция срамного нерва. Правый срамной нерв отделен и взят иглой Дешампа.

ных операций с обязательным максимальным сгибанием ног в тазобедренных и коленных суставах, а таз больной должен выступать за край стола. Область ануса закрывают марлевым шариком, который фиксируют двумя швами к коже передней и задней промежности. Разрез кожи длиной 6—8 см делают немного медиальнее и параллельно нижней ветви седалищной кости с таким расчетом, чтобы нижний конец разреза располагался более латерально, т. е. дальше от ануса. Этим операционную рану в какой-

то мере предохраняют от загрязнения при последующих дефекациях. Разрез кожи разводят острыми крючками и последовательно рассекают жировую клетчатку, которая всегда хорошо развита и в значительной степени затрудняет нахождение срамного нервно-сосудистого пучка. По мере рассечения клетчатки необходимо сразу же захватывать и лигировать кровоточащие сосуды путем прошивания, поскольку позже их труднее отыскать. Таким образом доходят до нижнего края большой ягодичной мышцы, ориентируясь на угол, образованный этой мышцей и седалищной костью. Вскрывают фасцию канала Алькука и у внутреннего края седалищного бугра из сосудисто-нервного пучка выделяют иглой Дешампа срамной нерв (рис. 333). Резецировать надо латеральную ветвь или, если выделен один ствол, часть выше отхождения медиальных ветвей (*n. haemorrhoidalis inferior*), которые иннервируют наружный сфинктер заднего прохода. Нерв пересекают острым скальпелем; периферический конец по возможности резецируют на протяжении 1 см, а на центральный конец накладывают прочную шелковую лигатуру. Рану зашивают послойно наглухо, через нижний угол вводят конец марлевой турундочки для дренирования клетчатки. Затем те же этапы операции осуществляют с другой стороны.

В послеоперационном периоде режим больной особенно не ограничивается. Швы с кожи снимают на 7-й день, а марлевые полоски удаляют на 2-й день после операции.

Примерное описание операции резекции срамных нервов

Показания — зуд вульвы в течение 3 лет, не поддающийся консервативной терапии.

Больная уложена в положение для влагалищных операций. Наркоз общий эндотрахеальный. Параллельно седалищной кости и медиально от нее справа произведен разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 7 см в глубину до нижнего края *m. gluteus maximus*. Сосуды лигированы. У внутреннего края седалищного бугра из нервно-сосудистого пучка выделен срамной нерв, который резецирован на протяжении 1 см, а центральный конец его лигирован шелком. Операционная рана послойно зашита — узловатые кетгуттовые швы на клетчатку, узловатые шелковые (лавсановые) швы на кожу. Через нижний угол раны выведена дренажная марлевая полоска. Те же этапы операции проделаны с левой стороны. Продолжительность операции 1 ч.

Другие нейрохирургические операции, в частности передне-боковая хордотомия с целью борьбы с болью при запущенном раке матки, в гинекологии в настоящее время не применяются.

Послеоперационный период и его осложнения

Оперативная техника и точность ее выполнения имеют очень важное значение в исходе вмешательства. Чем лучше сделана операция и чем лучше проведено обезболивание, тем благоприятнее протекает послеоперационный период. Однако не меньшую роль играет и уход после операции, выхаживание больных. Хорошо известно, что недостаточное внимание, несвоевременное или неправильное выполнение необходимых мероприятий лечебного и профилактического характера в послеоперационном периоде могут привести к совершенно неожиданным, иногда очень тяжелым осложнениям, которые нередко сводят на нет успех прекрасно выполненной операции, могут неблагоприятно отразиться на состоянии оперированной или привести к нежелательным отдаленным последствиям. Поэтому на организацию и качество ухода за оперированными больными следует обращать большое внимание.

Уход за больными в послеоперационном периоде

В гинекологическом отделении следует иметь для оперированных отдельные палаты на 2—3 койки, отвечающие всем санитарно-гигиеническим требованиям и обслуживаемые отдельным персоналом.

В больших гинекологических стационарах в настоящее время организуются специальные отделения или палаты интенсивной терапии. В них госпитализируются все больные, оперированные под общим обезболиванием, а также перенесшие большие операции под местной, спинномозговой, перидуральной анестезией. Целью создания подобных отделений или палат является обеспечение оперированным больным квалифицированного ухода, интенсивной терапии и постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций дыхания и кровообращения.

Под интенсивной терапией нужно понимать комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных на устранение нарушений жизненно важных функций, возникающих у больного в непосредственном посленаркозном или раннем послеоперационном периоде.

Вопрос интенсивной терапии необходимо в первую очередь решать в организационном плане. Как показывает опыт, наиболее целесообразно располагать отделения указанного профиля в непосредственной близости от операционного блока, однако они должны быть изолированы, что необ-

ходимо в целях обеспечения правильного санитарно-эпидемиологического режима как в операционной, так и в палате интенсивной терапии.

При таком подходе к организации службы интенсивной терапии в данном лечебном учреждении акушерско-гинекологического профиля создается как бы единый центр реанимационной помощи, который берет на себя оказание экстренных лечебных мероприятий во всех его отделениях.

Одним из важнейших условий работы в палатах и отделениях интенсивной терапии является строгое соблюдение следующих положений:

а) непрерывное наблюдение за оперированными со стороны обслуживающего медицинского персонала, включая и врачебный контроль;

б) возможность срочного оказания квалифицированной и специализированной врачебной помощи при ухудшении состояния или внезапном нарушении жизненно важных функций у тяжелобольных;

в) немедленное исполнение назначений фармакологического плана, обеспечение объективных методов контроля с помощью диагностической аппаратуры, биохимических исследований, показателей газообмена;

г) обязательное ведение четкой документации, позволяющей проследить основные показатели газообмена, гемодинамики, функции внешнего дыхания, итоговые результаты интенсивной терапии;

д) способность среднего медицинского персонала самостоятельно начать оказание помощи больным с остро возникающим нарушением функции дыхания и кровообращения (возможность выполнения срочной интубации трахеи, проведение закрытого массажа сердца).

Необходимость строгого выполнения указанных принципов работы по обеспечению интенсивной терапии и неотложного контроля вытекает из того факта, что жизнь оперированной больной, перенесшей сложную и травматичную операцию, нередко зависит от того, будет ли оказана ей необходимая помощь в течение 1—2 мин (!). Отсюда следует, что нельзя тратить критические минуты на организацию оказания срочной помощи. Поэтому отделения и палаты интенсивной терапии заранее должны быть обеспечены готовыми наборами для веносекции, внутриартериального переливания крови, для срочной трахеостомии, интубации трахеи.

Палата интенсивной терапии должна быть оснащена необходимой наркозной и дыхательной аппаратурой, контрольно-диагностическими приборами для оценки функции кровообращения, работы сердца.

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом, специализированные палаты интенсивного контроля и лечения стали оснащаться мониторными установками. Последние позволяют осуществлять непрерывный контроль за состоянием функции дыхания, сердечной деятельностью, электрокардиограммой и температурой тела у тяжелобольных, перенесших операцию, на протяжении многих часов и даже суток. В случае нарушения дыхания или работы сердца на центральном пульсе наблюдения врача-анестезиолога или сестры-анестезиста раздается сигнал тревоги, что позволяет немедленно принять меры по оказанию необходимой помощи.

Наш опыт наблюдения за оперированными больными с помощью мониторной установки позволяет дать весьма положительную оценку такому методу непрерывного контроля. Особенно оправданным он является у тяжелобольных, в отношении которых необходимы постоянное наблюдение за основными параметрами жизненно важных функций и систематический контроль за эффективностью проводимой фармакологической терапии.

Основными факторами, влияющими на состояние больных в раннем послеоперационном периоде, являются характер основного и сопутствующего заболевания, возраст больных, объем произведенной операции. Имеет

значение правильно проведенная общесоматическая и непосредственно предоперационная подготовка, направленная на стабилизацию гемодинамических показателей, коррекцию биохимических и гематологических нарушений, водно-электролитных сдвигов, а также компенсацию эндокринных нарушений. Больным с адрено-кортикальной недостаточностью необходимо проводить профилактическую заместительную гормонотерапию с включением гормонов — кортизона, гидрокортизона, преднизолона.

Не менее важное значение для послеоперационного состояния больных имеет метод обезболивания, примененный во время выполнения оперативного вмешательства, неосложненное течение эндотрахеального наркоза, достижение эффективной анальгезии сразу после пробуждения больной от наркоза. Состояние больных в раннем послеоперационном периоде во многом определяется качеством выполнения операции. Существующее мнение, особенно среди начинающих молодых хирургов о том, что в условиях современного общего обезболивания допустимы любые манипуляции и действия хирурга, является ошибочным. Грубые и травматичные манипуляции, излишняя кровопотеря, необоснованная длительность оперативного вмешательства или неоправданная быстрота могут быть причинами развития целого ряда опасных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

В настоящее время послеоперационный шок, который ранее был частым спутником длительных и травматических операций, встречается крайне редко. Однако развитие его вполне возможно и проявляется он в симптомокомплексе так называемых малых признаков. Это стойкая артериальная гипотония, общая бледность кожных покровов, длительная заторможенность сознания, задержка пробуждения, ничем не оправданная пролонгированная наркотическая депрессия, глухие тоны сердца, частый пульс малого наполнения. Подобное состояние, хотя и не является классической картиной шока, описанного И. И. Пироговым, нередко есть проявление именно «шокоподобного» состояния. Причина его может быть различной — невосполненная кровопотеря, гиповолемия, неадекватная глубина обезболивания, токсический эффект примененного наркотического средства, гипоксия и гиперкапния, допущенные во время наркоза, осложненное течение его.

В этой связи необходимо особо подчеркнуть, что и в условиях современных достижений борьба за повышение хирургического мастерства, атравматичность манипуляций, сокращение по возможности сроков манипуляций продолжают оставаться актуальной проблемой.

В равной мере это положение относится к анестезиологической службе, так как квалифицированное проведение наркоза в значительной мере определяет гладкое течение раннего послеоперационного периода. К моменту окончания операции перед анестезиологом стоят следующие задачи: а) восстановить адекватное самостоятельное дыхание; б) добиться своевременного пробуждения (в первые 5—10 мин) после окончания операции и прекращения наркоза; в) поддержать стабильность гемодинамических показателей и обеспечить адекватность кровообращения.

Только при этих условиях анестезиолог переводит оперированных больных в отделение или палату интенсивной терапии, где за ними продолжается наблюдение врача-анестезиолога, а при необходимости и оперирующего хирурга.

Больные, поступившие из операционной в стадии пробуждения, с самостоятельным полноценным дыханием, при наличии стабильных нормальных показателей гемодинамики, хотя и не требуют интенсивной

терапии, но нуждаются в тщательном наблюдении, контроле за жизненно важными функциями дыхания и кровообращения. При появлении первых жалоб на боли необходимо вводить анальгетики, выбор которых и дозы определяются строго индивидуально, с учетом состояния оперированной.

Современный эндотрахеальный наркоз, как известно, многокомпонентный, проводится с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких. Поэтому в непосредственном послеоперационном периоде всегда существует потенциальная опасность возникновения у больных осложнений, связанных с остаточным наркотическим действием анестетиков (эффира, фторотана, циклопропана, барбитуратов и др.). Возможен кумулятивный эффект мышечных релаксантов, что проявляется в длительном невосстановлении адекватного спонтанного дыхания, вплоть до внезапной остановки его по типу миопаралитического апноэ на почве «рекураризации». При этом осложнении единственным эффективным мероприятием является немедленная интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких. Ясно, что срочная помощь может быть осуществлена только при условии четкой организации постоянного наблюдения за больной, наличия в палате интенсивной терапии набора для интубации трахеи и дыхательной аппаратуры.

Нарушение функции дыхания возможно и по причине угнетения дыхательного центра после введения наркотических анальгетиков — морфина, пантопона, промедола, фентанила. Развитие такого осложнения возможно после введения завышенных доз анальгетиков, в связи с кумулятивным эффектом их при повторном введении, особенно если они вводятся на фоне остаточной наркотической депрессии, при неполном выходе оперированных из состояния наркоза. Осложненное течение операции и наркоза, массивная кровопотеря, гиповолемия, гипоксия и гиперкапния способствуют усилению действия наркотических анальгетиков, что одновременно проявляется и в угнетении функции дыхательного центра. Для снятия дыхательной депрессии необходимо срочное введение аналептиков (лобелина, цититона, кордиамин), специальных аналептических смесей, а самое главное, немедленное обеспечение адекватного дыхания путем искусственной или вспомогательной вентиляции легких.

Для снятия остаточной наркотической депрессии, кумулятивного эффекта анальгетиков морфиноподобной группы показано внутривенное введение бемегида в дозе 25—50 мг. Нарушение функции дыхания в ближайшем послеоперационном периоде может произойти по разным причинам, но принципы оказания первой помощи остаются едиными — срочное обеспечение искусственной или вспомогательной вентиляции легких.

В раннем послеоперационном периоде могут возникать острые нарушения функции кровообращения. Они проявляются в виде прогрессивно нарастающей артериальной гипотонии, сердечно-сосудистой недостаточности вплоть до развития сердечно-сосудистого коллапса, нарушения ритма сердца.

Причины гемодинамических расстройств могут быть различными и поэтому лечебные мероприятия определяются индивидуально, с учетом тяжести возникших нарушений кровообращения.

Основные принципы интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде при возникновении гемодинамических нарушений сводятся к следующему:

- а) предупреждение и устранение гиповолемических состояний путем адекватного и своевременного восполнения объема циркулирующей крови;
- б) стойкое восстановление периферического сосудистого тонуса;

в) усиление сократительной способности мышцы сердца и нормализация его ритма;

г) устранение биохимических и водно-электролитных сдвигов, нормализация показателей кислотно-щелочного состояния.

Перечень указанных лечебных мероприятий может быть дополнен корригирующей стероидной гормонотерапией. Последняя является особенно необходимой у больных с адено-кортикальной недостаточностью.

В оперативной гинекологии больные с надпочечниковой недостаточностью не являются редкими пациентами. Наоборот, в последние годы число больных с адено-кортикальной недостаточностью возрастает по целому ряду причин. По-видимому, это объясняется увеличением контингента больных, которые длительное время вынуждены были лечиться стероидными гормонами, в результате чего наступает хроническая надпочечниковая недостаточность по типу гипокортицизма. В раннем послеоперационном периоде у больных этой группы могут возникать внезапные нарушения гемодинамики — сердечно-сосудистый коллапс, артериальная гипотония. Общепринятая вазопрессорная терапия оказывается в этих случаях малоэффективной, а иногда достигается только временный положительный эффект. У больных этой группы при развитии стойкой артериальной гипотонии показано срочное внутривенное введение стероидных гормонов — гидрокортизона в дозе 50—100 мг (для внутривенных инъекций!), преднизолона в дозе 30—60 мг.

Как показывает опыт интенсивной терапии, для достижения стойкого восстановления артериального давления у оперированных, страдающих хронической адено-кортикальной недостаточностью, иногда необходимо применять большие дозы гидрокортизона — до 200—250 мг в сутки.

Диагностика остро наступившей аденокортикальной недостаточности у больных в раннем послеоперационном периоде весьма трудна. В целях так называемой дифференциальной диагностики причин непредвиденного снижения артериального давления вполне оправдано применение пробных доз стероидных гормонов. Мысль о возможной недостаточности коры надпочечников всегда должна возникать у анестезиолога, если стойкая артериальная гипотония не поддается обычной вазопрессорной терапии, в частности и при использовании норадrenalина.

Наличие адено-кортикальной недостаточности у больных в оперативной гинекологии можно предполагать у лиц пожилого и старческого возраста, а также у длительно лечившихся стероидными гормонами. Тяжелая общая интоксикация, массивная кровопотеря, длительный глубокий наркоз, осложненное течение его, травматичная операция и многие другие факторы способствуют развитию острой функциональной адено-кортикальной недостаточности. При этом всегда будет оправданным применение профилактической стероидной гормонотерапии.

Таким образом, объем лечебных мероприятий в палатах и отделениях интенсивной терапии весьма велик и доступен только специально подготовленному врачу анестезиологу-реаниматологу. Вот почему так важно создание специализированных палат интенсивной терапии с хорошо обученным средним и младшим медицинским персоналом, способным взять на себя обслуживание больных после тяжелых и сложных операций гинекологического профиля. В этих палатах больные находятся, как правило, первые 2—3 сут после операции, а при необходимости — до полного выхода из тяжелого состояния.

Послеоперационное отделение (палата) должно быть обеспечено всеми необходимыми предметами ухода и медикаментами, а также аппаратами

для наблюдения за состоянием больной (для измерения артериального давления, электрокардиографии и др.) и, если возникает необходимость, для реанимации.

В распоряжении медицинского персонала послеоперационного отделения должны быть специально выделенные предметы: языкодержатель, роторасширитель, почкообразные тастики, поильники, индивидуальные подкладные судна, грелки, пузыри для льда, банки, газоотводные трубки, сифон для промывания желудка, сифон для клизм, клеенчатые фартуки, полотенца, чистые простыни, подголовники и подкладные валики для ног, если отсутствуют функциональные кровати, позволяющие придавать больной различные положения. Кроме того, нужно иметь стерильные системы для переливания крови и специальные подставки для этих целей, шприцы, иглы, стерильный материал.

Целесообразно также иметь подводку кислорода или наркозный аппарат, позволяющие проводить оксигенотерапию.

В специальном шкафу должны находиться следующие медикаменты: сердечные (камфора, кофеин, стрихнин, строфантин, коргликон и др.), болеутоляющие (промедол, пантопон, морфин), стерильное вазелиновое масло, глицерин, 10% раствор хлористого кальция, 10% раствор хлористого натрия, адреналин, норадреналин, гидрокортизон, инсулин, прозерин, сернокислый атропин, 25% раствор сульфата магния в ампулах, пелентан, гепарин и др.

Учитывая возможность кровотечений из матки, следует иметь средства, сокращающие ее и воздействующие на свертывание крови: эрготал, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин, окситоцин, эpsilon-аминокапроновую кислоту, фибриноген, протаминсульфат.

Для подкожного и внутривенного введения нужно иметь стерильные растворы поваренной соли (0,8%) и глюкозы (5%).

Медикаменты должны храниться в определенном месте с соблюдением существующих правил и условий. В послеоперационном отделении всегда может возникнуть необходимость в срочном введении лекарственных веществ, поэтому шприцы, иглы, стерильный материал, спирт и эфир должны быть наготове, чтобы в любой момент их можно было использовать. Строгое же соблюдение условий хранения и размещения медикаментов в шкафу позволяет своевременно применить их по назначению врача.

Ампульные растворы полиглюкина и других кровезамещающих растворов, сухая плазма крови, консервированная кровь хранятся в специальном холодильнике, и медицинский персонал послеоперационного отделения всегда должен быть хорошо осведомлен о наличии крови и кровезаменителей, правилах их получения и использования.

После того как больную доставляют в послеоперационную палату, дежурная сестра кладет к ее ногам грелки, помещая их поверх одеяла во избежание ожогов у больной, находящейся под наркозом. На живот кладут пузырь со льдом, завернутый в пеленку. Обычно холод на живот назначают на 3—6 ч после операции. Пузырь со льдом каждые $1\frac{1}{2}$ —2 ч следует снимать на 25—30 мин. Практически к этому времени лед уже растает и вода несколько согреется, поэтому, если лед не меняли, то обморожения кожи живота не возникает. Если нет специальных показаний, то пузырь со льдом через 3—6 ч снимают совсем, так как более длительное его пребывание на брюшной стенке может отразиться на перистальтике кишечника и функции мочевого пузыря.

Дежурная сестра у постели оперированной наблюдает за пульсом, артериальным давлением, дыханием, окраской лица и повязкой. После влага-

лицных операций и экстирпации матки абдоминальным путем необходимо периодически осматривать подкладные простыни и прокладки у наружных половых органов больной, чтобы своевременно заметить кровотечение, которое может возникнуть после указанных операций.

При ухудшении состояния больной, появлении изменений пульса, артериального давления, особенно при его падении, расстройстве дыхания, наружном кровотечении или признаках внутреннего кровотечения сестра должна немедленно сообщить об этом врачу для принятия соответствующих мер.

Врач независимо от сообщений медицинской сестры обязан периодически контролировать состояние больной, проверяя пульс, артериальное давление, дыхание и состояние послеоперационной повязки. Только при этих условиях можно выявить признаки ухудшения в состоянии больной и своевременно прибегнуть к мероприятиям по предупреждению или устранению коллапса, шока или начавшегося кровотечения.

При наличии у больной постоянного катетера необходимо систематически следить, выделяется ли моча, так как в случае закупорки катетера или его выскальзывания из мочевого пузыря последний может оказаться переполненным, а это приводит к осложнениям, особенно если была произведена операция на мочевом пузыре.

После наркоза иногда наблюдается асфиксия вследствие западения языка. Сестра должна внимательно следить за больной и поддерживать ей челюсть до тех пор, пока у больной не проявится ясно выраженный глотательный рефлекс. Западение языка предупреждается легче всего поворотом головы на бок.

Больную, доставленную из операционной, в большинстве случаев укладывают на кровать в положении на спине. Если операция проводилась под наркозом, подушку под голову подкладывать в первые сутки не следует. Если же была применена спинномозговая или перидуральная анестезия, поступают наоборот — подкладывают подушку под голову или придают верхней половине туловища возвышенное положение.

При моторном возбуждении больных, находящихся в состоянии наркотического сна, приходится их придерживать за плечевые, локтевые или коленные суставы.

Некоторые больные, особенно с заболеваниями сердца, плохо переносят положение на спине, к тому же без подушки под головой. В таком случае голове больной сразу придается возвышенное положение с помощью подушек, а если она не может лежать на спине, ее укладывают на правый бок, подкладывая подушки не только под голову, но и для опоры со стороны спины.

Нам приходилось наблюдать, когда при положении на спине без подушки у оперированной через несколько часов наступали нарушения сердечной деятельности, которые удавалось устранить после того, как больной придавали возвышенное положение для головы и верхней части туловища или положение на правом боку.

После того как больная проснулась и если она ведет себя спокойно, ей разрешается согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах. Движения нижними конечностями приносят больной большое облегчение. У ослабленных больных под коленные суставы подкладывают валик, подушку или свернутое одеяло.

После операций, произведенных под местной анестезией, указанные движения нижних конечностей разрешают сразу, как только больную положат на кровать.

Как правило, больная после операции интересуется диагнозом и характером оперативного вмешательства. Информировать ее по этому вопросу должен только врач. Сообщив больной в доступной для нее форме диагноз заболевания и сущность операции, врач, не вдаваясь в детали, должен говорить с больной в оптимистическом, ободряющем тоне, внушать ей веру в благополучный исход заболевания. Разумеется, при благоприятном диагнозе, благополучном течении и прогнозе операции эта задача чрезвычайно облегчается. Если же врач имеет дело со злокачественной опухолью, потребовавшей удаления матки, обоих яичников или труб у молодой женщины, он должен проявить особый такт и чуткость по отношению к больной. Что именно нужно говорить в каждом конкретном случае, заранее предусмотреть невозможно, но всегда нужно помнить о необходимости щадить психику женщины.

Больную, которая была осведомлена о характере вмешательства, необходимо убедить, что операция прошла хорошо, и подчеркнуть ее целесообразность. При сложнейших оперативных вмешательствах (радикальная операция при раке шейки матки и т. п.) больной нужно указать на неизбежность такой операции в целях сохранения жизни.

Если больная не знала, в чем будет состоять оперативное вмешательство, и удаление того или иного органа явится для нее неожиданностью, врач должен проявить к ней исключительную чуткость. Ограничившись частичной информацией, он должен отложить полное объяснение до выздоровления женщины.

Иногда психику больных тяжело травмируют сестры и санитарки, которые вслух обсуждают результаты операции и высказываются о бесполезности вмешательства при неоперабельных формах рака. Рассуждения медицинского персонала об осложнениях при операции (кровотечениях, ранениях мочевого пузыря или кишки и др.) действуют не только на больную, у которой возникло это осложнение, но и на других женщин. Необходимо внушить медицинскому персоналу, что никто, кроме лечащего врача, не должен давать больной объяснений по поводу операции, которой она подверглась.

Психотерапию в послеоперационном периоде врач проводит не только в процессе текущей работы, но и в виде дружеской беседы при повторных посещениях. Излагая результаты операции в наиболее благоприятном свете, врач дает больной почувствовать, что она не забыта, что за ней наблюдают. Слова хирурга оказывают исключительно благотворное действие на женщину, перенесшую операцию. Они устраняют тяжелые переживания, создают уверенность в успехе лечения, способствуют благоприятному течению послеоперационного периода.

Успеху психотерапии весьма способствуют заботливый уход, четкое выполнение лечебных процедур.

Учитывая значение психотерапевтического воздействия, следует считаться с рядом функциональных изменений, происходящих в организме больной, подвергшейся тяжелому оперативному вмешательству. Под влиянием подобных операций изменяются многие функции организма: сердечно-сосудистый тонус, распределение крови, мочеобразование, процессы переваривания, всасывания пищи, перистальтика и т. д.

Боли в операционной ране, наступающие по прекращении действия наркоза или местной анестезии, нередко сопровождаются учащением пульса, возникновением поверхностного дыхания с задержкой секрета в дыхательных путях, нарушением перистальтики кишечника с развитием метеоризма, напряжением брюшной стенки, задержкой мочеиспускания и др.

В послеоперационной ране всегда развивается воспалительный процесс, протекающий по асептическому типу или с участием инфекции. Вынужденное положение больной приводит к появлению болей в различных частях тела.

Послеоперационные боли, выраженные в той или иной степени, могут продолжаться не только в первые сутки, но и в течение последующих 1—2 дней. Совершенно нецелесообразно заставлять больную терпеть боли, тем более что устранение или уменьшение их приводит к улучшению деятельности сердца, дыхания, сна.

При послеоперационных болях применяют анальгетики. Из них предпочтение следует отдать промедолу, который меньше, чем морфин или пантопон, угнетает дыхание, реже вызывает рвоту. Промедол вводят подкожно непосредственно после операции в дозе 1 мл 2% раствора (20 мг). В дальнейшем инъекции промедола по 20 мг можно повторять через каждые 4—6 ч, сочетая ряд из них с инъекциями анальгина (2 мг 50% раствора).

Послеоперационные боли могут быть сняты также введением нейроплегических средств. С этой целью назначают аминазин или другие препараты фенотиазинового ряда в дозе по 25 мг с промежутками в 6—8 ч. У больных при этом отмечается ровный послеоперационный сон, боли отсутствуют, посленаркозной рвоты не бывает. Нейроплегические средства противопоказаны при функциональных нарушениях со стороны печени и почек, а также при низком артериальном давлении (ниже 100 мм рт. ст.).

В послеоперационном периоде может быть использован и длительный наркоз (до 2 сут) закисью азота. Б. В. Петровский и С. Н. Ефуни (1960) усматривают преимущество закиси азота в том, что в отличие от анальгетиков, нейроплегических средств и барбитуратов она не оказывает на организм токсического действия, не угнетает дыхание и кровообращение, дает возможность поддерживать наркоз в стадии анальгезии и быстро прерывать его на нужный промежуток времени, необходимый, например, для кормления, для обследования с целью выявления возможных послеоперационных осложнений и т. д.

Закись азота подается больной в смеси с кислородом 1:1 с помощью аппаратов для наркоза и НАПП-60. Наркоз поддерживается в стадии анальгезии; это обеспечивает сохранение у больной сознания при отсутствии болевых ощущений. Под этим наркозом больные свободно дышат, пульс и артериальное давление устанавливаются на хорошем уровне.

В широкой практике при послеоперационных болях наиболее часто используются инъекции промедола или пантопона, реже морфина. Анальгетики нередко применяются в сочетании со снотворными (барбитал по 0,1 г и др.), которые назначают и при бессоннице, учитывая, что сон восстанавливает силы больной. Некоторые больные уже на 2-й день после операции отказываются от инъекций анальгетиков, так как не чувствуют болей.

Исходя из рекомендаций Б. В. Петровского и С. Н. Ефуни (1960) о положительном влиянии лечебного наркоза в стадии анальгезии на вегетативные и жизненно важные функции организма и учитывая недостатки существующих методов послеоперационного обезболивания, а также считаясь с необходимостью строгого выполнения требований, предъявляемых к современному наркозу, мы с целью снятия болей у больных в послеоперационном периоде стали применять импульсные токи оптимальных параметров. Последние широко используются для нейротропной терапии различных заболеваний во многих областях медицины.

Для достижения электроанальгезии мы пользовались аппаратом ЭС-2 отечественной конструкции. Electroды стандартных размеров накладывали в области лба и сосцевидных отростков (раздвоенные катод и анод). Воздействие импульсными токами начиналось сразу же после поступления больных в послеоперационную палату, т. е. после окончания наркоза, но до появления жалоб на боли. Длительность сеанса электроанальгезии от 60 до 90 мин при частоте импульсов до 150 Гц.

В отдельных случаях при проведении длительных травматических операций, электроанальгезию дополняли в течение первых суток однократной инъекцией 0,5—1 мл промедола, который вводили, как правило, после прекращения сеанса электроанальгезии при появлении жалоб больных на боли. Применение в течение суток 0,5—1 мл промедола было достаточным для обеспечения эффективной анальгезии и не вызывало у больных выраженных побочных явлений — тошноты, рвоты.

Послеоперационная анальгезия изучена нами у 46 больных. У восьми из них она сочеталась с проведением предварительной предоперационной подготовки импульсными токами. Проведение предварительной подготовки импульсными токами мы считали целесообразным, так как она позволила заранее выработать оптимальные параметры электроанальгезии и подготовить больных к этому воздействию.

Объем оперативных вмешательств был различный (экстирпация матки — у 22 больных, надвлагалищная ампутация матки — у 15, удаление кисты яичника — у 6, создание искусственного влагалища из тазовой брюшины — у 3 больных).

Все операции произведены под эндотрахеальным комбинированным наркозом (закись азота + эфир; закись азота + фторотан) с мышечными релаксантами и искусственной вентиляцией легких.

В качестве контроля взята группа больных, которым произведены однотипные операции. Обезболивание в послеоперационном периоде достигалось у них применением повторных инъекций 2% раствора промедола по общепринятой методике (общая суточная доза от 6 до 8 мл).

Сравнительная оценка наших исследований с контрольной группой показала, что воздействие импульсными токами приводило к заметному уменьшению болевых ощущений. Уменьшение болевой чувствительности фиксировалось нами с помощью многократных сравнительных измерений частоты пульса и дыхания и совпадало с субъективными ощущениями оперированных больных. Достижение состояния анальгезии с помощью импульсных токов при снижении дозировок промедола позволило предотвратить возникновение рвоты и других побочных эффектов у больных в послеоперационном периоде.

Положительные результаты, полученные нами в отношении ранней нормализации функции мочеотделения, восстановления двигательной и секреторной функции желудочно-кишечного тракта, следует объяснять, видимо, прежде всего исключением или резким ограничением препаратов из группы морфина, а также лечебно-охранительным воздействием импульсных токов на кору головного мозга.

После проведения электроанальгезии у больных наступала нормализация показателей внешнего дыхания (рис. 334), стабилизация артериального давления (рис. 335) при сохранении нормальных показателей кислотно-щелочного равновесия (табл. 1).

Во всех наблюдениях, в которых применялась электроанальгезия, послеоперационный период протекал без осложнений. Использование электроанальгезии по разработанной методике (в чистом виде или в комбинации

Рис. 334.

Спирограмма больной Н.

I — до электроанальгезии: частота дыхания — 28 в минуту, объем дыхания (ОД) — 220 мл, минутный объем дыхания (МОД) 6160 мл, поглощение O_2 — 280 мл; II — через 25 мин от начала электроанальгезии: частота дыхания 20 в минуту, ОД — 280 мл, МОД — 5600 мл; III — после электроанальгезии: частота дыхания 14 в минуту, ОД — 300 мл, МОД — 4200 мл, поглощение O_2 230 мл.

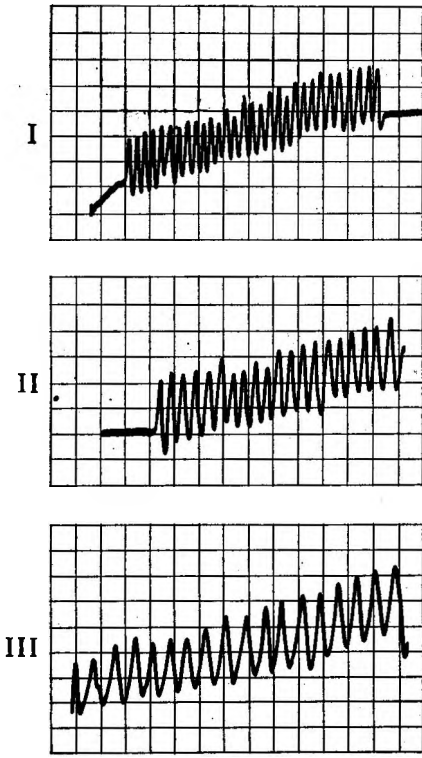
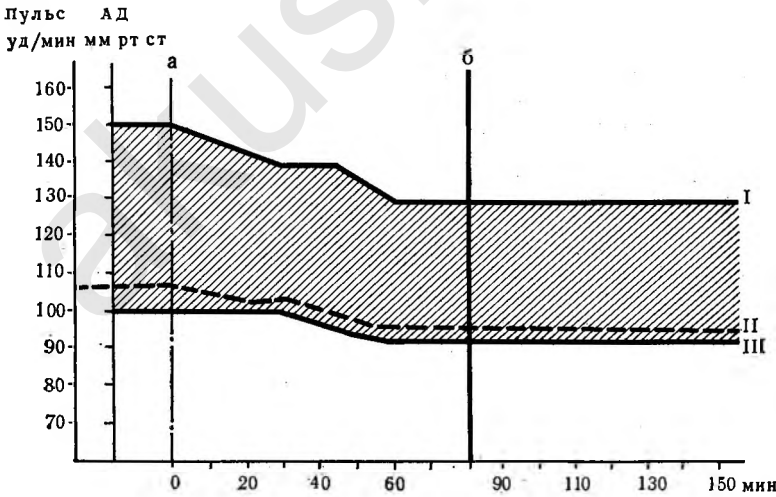


Рис. 335.

Показатели гемодинамики при проведении электроанальгезии в послеоперационном периоде.

I — максимальное, III — минимальное артериальное давление; II — частота пульса; а — начало, б — конец сеанса электроанальгезии.



Показатели кислотно-щелочного состояния у 30 больных в динамике (послеоперационная анальгезия)

Показатели КЩС	Периоды исследования		
	до электро-анальгезии	во время нее	после нее
pH	7,32±0,07	7,33±0,08	7,38±0,07
pCO ₂ , мм рт. ст.	33±1,9	31±2,06	29±2,1
BB, мэкв/л крови	35±1,3	37±1,53	40±2,9
SB, мэкв/л плазмы	17±0,6	19±1,25	20±1,0
BE, мэкв/л крови	-8±0,6	-6±0,94	-5±0,9

с малыми дозами анальгетиков) является перспективным методом в плане достижения послеоперационной анальгезии и профилактики послеоперационных осложнений у гинекологических больных. Воздействие импульсными токами с помощью аппарата ЭС-2 позволяет без применения больших доз анальгетиков получить седативный и обезболивающий эффект, дозировать ток методом индивидуального подбора оптимальных параметров, исключить аллергические реакции на фармакологические препараты и является одним из вариантов лечебного наркоза.

С помощью электроанальгезии достигается не только лечебно-охранительное торможение в центральной нервной системе и анальгезия, но и трофическое влияние на патологический процесс в области операционной раны, что способствует более гладкому течению раневого процесса (заживления).

Эффективность электроанальгезии может быть повышена путем дальнейшего совершенствования существующей аппаратуры для нейротропной терапии импульсными токами.

Наши клинические наблюдения по применению электроимпульсной терапии с целью достижения послеоперационной анальгезии позволяют дать методу положительную оценку и рекомендовать его для практического применения в отделениях и палатах интенсивной терапии.

Электроанальгезия позволяет сократить дозы применяемых анальгетиков, отказаться от их использования в случае непереносимости к ним, способствует более раннему восстановлению функции мочеиспускания и перистальтики желудочно-кишечного тракта.

Рвота в послеоперационном периоде наиболее часто наблюдается после масочного эфирного наркоза и продолжается несколько часов, а иногда 1 или даже 2 суток. Более упорная и продолжительная рвота обычно указывает на какое-либо послеоперационное осложнение, о чем всегда следует помнить.

Причинами рвоты в послеоперационном периоде могут быть токсическое раздражение слизистой оболочки желудка и нервной системы под влиянием наркоза, раздражение брюшины, связанное с введением тампонов в брюшную полость, развившийся ацидоз. Однако рвота может быть и проявлением начинающегося перитонита, острого расширения желудка, непроходимости кишечника; наконец, рвота может иметь центральное происхождение. Прежде чем начинать лечение рвоты в послеоперационном

периоде, необходимо постараться выяснить ее причину. Надо помнить, что рвота не только тягостна для оперированной, но и усиливает боли, обезвоживает организм, нарушает прочность швов; кроме того, рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и вызвать аспирационную пневмонию.

Мощное противорвотное действие оказывают нейроплегические препараты: достаточно ввести внутримышечно 25 мг аминазина, как рвота прекращается.

При противопоказаниях к введению нейроплегических средств производят промывание желудка после отсасывания его содержимого через зонд, вводят внутривенно или под кожу с целью дезинтоксикации 5% раствор глюкозы и физиологический раствор поваренной соли, обеспечивают повышенную вентиляцию легких с целью более быстрого выведения наркотиков. При продолжающейся рвоте назначают грелку на область желудка, бромистые клизмы (1 г бромистого натрия на 50—100 мл теплой воды) и оставляют желудок в покое, т. е. ничего в него не вводят.

При рвоте, связанной с послеоперационными осложнениями, проводят их лечение.

Иногда больные жалуются на мучительную тошноту уже после прекращения рвоты и поэтому отказываются от пищи. Нужно учитывать, что тошнота может быть следствием голода. В этих случаях достаточно заставить больную съесть несколько ложек бульона с сухарем — и тошнота прекращается.

При икоте, если она не связана с начинающимся перитонитом, применяются бромистые препараты, наркотики, иногда промывание желудка. Обычно икота прекращается самостоятельно без всякого лечения.

Оперативное вмешательство предъявляет большие требования к организму больной и в послеоперационном периоде наблюдаются известные нарушения в обмене веществ. У значительного числа больных возникает нарушение углеводного обмена, что проявляется в гипергликемии и гликозурии. Подобное расстройство углеводного обмена связывают с возбуждением нервной системы и сдвигами в эндокринном аппарате перед и во время операции, а также с кровопотерей, если она превышает 400—500 мл.

По данным Е. Л. Березова, у 90% оперированных наблюдается гипергликемия, выраженная в различной степени. У части больных содержание сахара в крови нарастает постепенно в течение суток, у других это происходит быстро, сразу же после операции. Гипергликемия продолжается в течение 3—4 дней, а затем углеводный обмен нормализуется.

Послеоперационный ацидоз характеризуется накоплением в органах и тканях кислот вследствие нарушения окислительных процессов. При компенсированном ацидозе, когда активная реакция крови сохраняется, наблюдается значительное уменьшение резервной щелочности крови в первые сутки, а к концу 2—3-х сут резервная щелочность полностью восстанавливается. Компенсированный ацидоз, как правило, не дает клинических проявлений. Некомпенсированный ацидоз наступает при истощении регуляторных механизмов и выражается в тошноте, рвоте, метеоризме, головной боли, беспокойном поведении больной, бессоннице, слабости и т. п.

Послеоперационный ацидоз в значительной степени бывает связан с гипоксией и гиперкапнией, являющимися чаще всего следствием недостаточной оксигенации и вентиляции легких. Ацидоз может быть обусловлен голоданием, применением сильных слабительных средств перед

операцией, недостаточной функцией печени и почек, длительным оперативным вмешательством, особенно в брюшной полости, психической травмой.

Исключение ослабляющей больных предоперационной подготовки (голодание, слабительные), раннее кормление после операции, введение глюкозы с инсулином у истощенных больных перед операцией и после нее предупреждают или резко уменьшают проявления послеоперационного ацидоза.

При наличии выраженных признаков ацидоза целесообразно применение ощелачивающей терапии: внутривенное введение 150—250 мл 5% раствора бикарбоната натрия и 100—200 мл 5—10 % раствора глюкозы, а также питье щелочных вод. Ацидоз распознается по обнаружению в моче ацетона и ацетоуксусной кислоты в первые дни после операции. В тяжелых случаях выдыхаемый больной воздух приобретает запах ацетона. Степень выраженности ацидоза устанавливают путем определения компонентов кислотно-щелочного состояния крови: pH, pCO_2 , величины избытка кислот (BE), количества буферных оснований (BB), стандартных (SB) и истинных (AB) бикарбонатов.

При тяжелом ацидозе определение в динамике компонентов кислотно-щелочного баланса крови позволяет контролировать эффективность лечебных мероприятий.

Алкалоз в послеоперационном периоде наблюдается редко. При алкалозе в моче также обнаруживается ацетон, но в отличие от ацидоза хлориды в моче отсутствуют вследствие нарушенного баланса хлористого натрия в организме. Для лечения алкалоза применяют внутривенное введение хлористого кальция, внутрь назначают разведенную соляную кислоту по 10 капель на 100 мл воды каждые 3—4 ч. Целесообразно также введение физиологического раствора поваренной соли, 5% раствора глюкозы.

Распад белков в послеоперационной ране сопровождается увеличением остаточного азота крови у большинства больных, особенно при травматичных и длительных операциях.

Нарушение белкового обмена, кроме повышения остаточного азота в течение первых 2 сут, проявляется в гипопроteinемии и увеличении глобулинов по отношению к альбуминам.

Гипопроteinемия наблюдается у большинства больных, перенесших значительную кровопотерю, и наиболее выраженной бывает на 5—6-й день после операции, а затем начинает уменьшаться.

У тяжелобольных нарастание белков крови может происходить очень медленно и продолжаться до 15—35 дней, поэтому в подобных случаях следует назначать диету с повышенным содержанием белков, переливание плазмы и крови.

Уменьшение хлоридов крови часто наблюдается у оперированных и особенно выражено в первые 3—4 сут. Затем происходит постепенная нормализация уровня хлоридов крови. Гипохлоремия может сопровождаться рвотой. Лучшим средством борьбы с хлорпенией является введение в организм хлористого натрия (внутривенно, подкожно, ректально).

Нарушение водного обмена проявляется в обезвоживании организма, причем выделение воды у оперированных в отличие от здоровых людей происходит преимущественно внепочечным путем и общее количество выделенной жидкости всегда превышает количество введенной. Потеря воды в послеоперационном периоде связана с усилением потоотделения,

учащением дыхания, повышением температуры и т. д. Обезвоживание организма возрастает при голодании, применении слабительных перед операцией.

С целью предупреждения обезвоживания, резко нарушающего функции организма, следует назначать обильное (до 3 л в день) введение в организм жидкостей различными путями с учетом возможных противопоказаний.

Изменения в крови наблюдаются сразу после операции и выражаются в повышении количества лейкоцитов до 11 000—12 000 за счет нейтрофилов при уменьшении лимфоцитов и эозинофилов. Нарастание лейкоцитоза обычно происходит в течение 4—5 дней, а затем к 9—10-му дню количество лейкоцитов снижается до нормы. Степень нарастания и продолжительность лейкоцитоза связаны с тяжестью и длительностью оперативного вмешательства.

Возникновение лейкоцитоза в послеоперационном периоде обусловлено реакцией организма на всасывание продуктов распада белков и на проникновение в рану во время операции некоторого количества микроорганизмов. При послеоперационных осложнениях (пневмония, воспалительные инфильтраты, нагноение в ране и др.) лейкоцитоз резко возрастает.

После операции понижается количество эритроцитов, тромбоцитов и содержание гемоглобина в крови (от 5 до 20 единиц в зависимости от тяжести операции и степени кровопотери). Уменьшение числа эритроцитов и тромбоцитов продолжается после операции в течение 3—5 дней и более. У многих больных в послеоперационном периоде наблюдается понижение свертываемости крови. У 73% оперированных (Е. С. Шахбазян) отмечается повышение вязкости крови, что связано, по-видимому, с увеличением глобулинов крови и обезвоживанием организма.

Температура тела в первые 2—3 дня после операции часто повышается до 38—38,5°, но с 3—4-го дня падает. При отсутствии осложнений в послеоперационном периоде в дальнейшем подъема температуры не бывает.

Повышение температуры в первые 2—3 дня послеоперационного периода обусловлено всасыванием продуктов распада травмированных тканей, раневого секрета, быстрой потерей жидкости из кровяного русла. Чем травматичнее оперативное вмешательство, тем более выражена гипертермия. Если повышенная температура наблюдается более длительный период или впервые появляется на 4—5-й день после операции, то это обычно указывает на осложнения инфекционного характера. Следует выяснить причину подъема температуры. Это может быть связано с развитием инфекции в области раны брюшной стенки, в послеоперационных культиях (воспалительные инфильтраты, нагноительные процессы) или же с экстрагенитальными заболеваниями (пневмонией, пиелонефритом и др.).

В последние годы все шире внедряется в практику активный метод ведения послеоперационного периода, который заключается в ранних движениях в кровати, раннем вставании, лечебной физкультуре. Больным разрешается совершать движения конечностями в кровати с первого дня. На следующий день после операции больная, как правило, начинает поворачиваться на бок, применять гимнастические упражнения, направленные на улучшение дыхания. Гимнастика начинается с углубленного дыхания, откашливания, движений конечностями, поворотов туловища на бок.

Больные, перенесшие небольшие операции, особенно с поперечным надлобковым разрезом, могут лежать так, как им удобно, менять положение в кровати, глубоко дышать в первый же день после операции. Вставать с

постели этим больным разрешают, если нет противопоказаний, в первые 24—48 ч.

Лечебная физкультура в послеоперационном периоде показана всем больным. Противопоказаниями служат тяжелое состояние, опасность кровотечения, резкие боли в области операции, острые воспалительные процессы, сопровождающиеся повышением температуры.

Раннее вставание уменьшает опасность развития легочных и ряда других осложнений. При активном поведении больного реже развиваются задержка мочи, метеоризм, ателектазы легкого, бронхиты, пневмонии, тромбозы.

Противопоказаниями к активному ведению послеоперационного периода являются острые воспалительные процессы, воспаление легких, сердечная недостаточность, шок.

Больным, оперированным по поводу пузырно-влагалищных свищей, разрешается вставать на 2—3-й день. После пластических операций на промежности больные встают на следующий день после снятия швов, т. е. обычно на 7—8-й день, сидеть же им разрешают на 10—11-й день.

Раннее вставание и лечебная физкультура повышают общий тонус организма, улучшают дыхание, кровообращение, изменяют тканевый обмен в сторону усиления окислительно-восстановительных процессов. Все это способствует усилению регенеративных процессов.

Водный режим оперированных при наличии рвоты, при бессознательном состоянии исключает введение жидкости в желудок. В этих случаях растворы глюкозы и др. вводят внутривенно, подкожно и в маленьких клизмах. Если больная в сознании и рвота отсутствует, то противопоказаний к введению жидкостей нет и больным через 3—4 ч можно давать пить по несколько глотков, а не чайными ложками, чтобы они могли утолить испытываемую ими сильную жажду. Пить больных к вечеру 1-го дня после операции и на 2-й день следует небольшими порциями остуженной кипяченой воды, водой с лимоном или чаем.

Особенно сильную жажду испытывают больные после внематочной беременности с большой кровопотерей. Рвота у них после операции наблюдается значительно реже, что, по-видимому, является компенсаторной реакцией и без того обезвоженного организма. Этим больным следует давать пить небольшими порциями, вводить парентерально достаточное количество растворов глюкозы и поваренной соли и возмещать кровопотерю трансфузиями крови.

В целях профилактики заболеваний полости рта (стоматитов, молочницы), околоушных желез и кишечника необходимо уделять достаточное внимание уходу за ртом. Больные должны чистить зубы, язык, полоскать рот раствором перекиси водорода. Если язык сухой и покрыт толстым слоем налета, его необходимо очищать ваткой, смоченной глицерином.

П и т а н и е. Раннее начало питания в послеоперационном периоде способствует активизации функции органов пищеварения, предупреждает развитие ацидоза и ускоряет восстановление сил и регенерацию тканей, травмированных при операции. Несомненно, раннее кормление следует индивидуализировать и проводить с учетом общего состояния больной, характера операции и функции желудочно-кишечного тракта.

После чревосечений или влагалищных операций, исключая вмешательства на кишке (наложение анастомоза, зашивание проникающих ранений кишечника, кишечных свищей и прямой кишки при разрывах промежности), в 1-й день при отсутствии рвоты дают сладкий чай, фруктовые и ягодные соки; на 2-й день добавляют бульон, простоквашу или кефир; на

3-й день разрешают протертые супы, белый хлеб или сухари, сметану, омлет, молочную кашу.

Если после клизмы был стул, нет явлений пареза кишечника и метеоризма, больных постепенно переводят на общий стол.

При операциях, связанных с вмешательствами на кишечнике, в течение первых 5—6 дней назначают жидкую диету. В день операции больным дают пить небольшими порциями чай, воду с лимоном; на 2-й день больные получают чай, морс, сладкий кофе, простоквашу; на 3-й день добавляют бульон, фруктовые соки, сливочное масло; на 4-й день к бульону дают 1—2 сухарика, яйцо всмятку, сливочное масло, сметану; на 5-й день питание усиливают; утром — кефир, кофе с молоком, яйцо всмятку или омлет, на второй завтрак — белый хлеб с молоком, кофе, на обед — бульон или протертый суп, протертое мясо, кисель, на ужин — свежая сметана, творог, омлет или яйца всмятку и т. п. В дальнейшем больных переводят на механически щадящую диету, а после 10-го дня разрешают все, переводя постепенно на общий стол.

После пластических операций на промежности с ушиванием прямой кишки при разрыве промежности III степени и при каловых свищах следует избегать самостоятельного стула, особенно твердого, ранее 6—7-го дня после операции. Первый стул должен быть мягким, «бархатным», лучше полужидким и не слишком обильным. Диета после этих операций: первые 3 дня — сладкий чай, простокваша; с 4-го дня — чистый бульон, фруктовые соки, кефир, сметана, сливочное масло, мед; с 6-го дня добавляют немного пюре из моркови и яблок; на 7-й день дают слабительное; с 8-го дня пищевой рацион постепенно увеличивается; с 10-го дня больная переходит на легкий стол, а с 12-го — на общий.

После пластических операций на влагалище и промежности без вмешательств на прямой кишке диета должна содержать достаточное количество продуктов питания, но должно быть мало шлаков, чтобы стул не был слишком обильным и твердым.

При ведении послеоперационного периода и назначении диеты следует учитывать, что при тяжелых заболеваниях, а также в случае длительного применения антибиотиков, которые изменяют флору кишечника и нарушают синтез витаминов, развиваются гиповитаминозы. Операция и наркоз всех видов повышают потребность организма в витаминах, поэтому как перед операцией, так и после нее необходимо назначать комплекс витаминов и витаминизированные продукты питания (свежие овощи, фрукты и др.).

Учитывая сказанное, для борьбы с газами уже со 2-го дня после операции можно применять клизмы с 5—10% гипертоническим раствором поваренной соли (150—200 мл) комнатной температуры, а при подозрении на спазм сфинктера заднего прохода — клизмы из вазелинового масла (100—150 мл).

Клизмы с гипертоническим раствором противопоказаны при трещинах заднего прохода, геморрое и хроническом воспалении слизистой оболочки прямой кишки.

На 3-й день независимо от наличия метеоризма всем больным после операций, не связанных с вмешательствами на кишечнике, ставят обычную очистительную (водную) клизму. В дальнейшем регулируют функцию кишечника диетическими средствами (простокваша, кефир, фрукты, чернослив и др.).

Больным, которые перенесли операции на промежности с ушиванием прямой кишки, зашиванием каловых свищей, кольпопоз из сигмовидной

кишки или пересадку мочеточников в прямую кишку, нельзя назначать клизмы или введение газоотводной трубки. После кольпопоза из отрезка кишечника, если не было самостоятельного стула, его вызывают назначением слабительного на 7—8-й день. Такой же тактики следует придерживаться после операции на прямой кишке.

Большинство гинекологических операций не связано с непосредственной травмой кишечника, поэтому если послеоперационный период протекает асептично, перистальтика кишечника восстанавливается на 2-й день после операции, начинают отходить газы.

Следует учитывать, что паретическое состояние кишечника может наблюдаться не только после хирургических вмешательств на кишечнике, но и в результате многократного заправления кишечных петель во время операции, грубых манипуляциях с ними и т. п., а также при длительных и тяжелых операциях. Нарастание пареза кишечника отягощает состояние больных, нарушает дыхание и сердечную деятельность вследствие смещения диафрагмы вверх.

При наличии метеоризма необходимо выяснить сначала причину задержки газов. При атонии кишечника перистальтика очень вялая или совсем отсутствует, при аускультации живота создается впечатление полного затишья, больные не испытывают приступов коликообразных схваток в животе. При спазме сфинктера заднего прохода, вызывающем задержку газов, определяется ясная перистальтика, больные жалуются на схваткообразные боли в животе. При спазме сфинктера в прямую кишку на глубину 15—20 см вводят на 30—40 мин газоотводную трубку. Иногда помогают свечи с белладонной, инъекции под кожу промедола или пантопона, так как спазм сфинктера нередко является следствием болевого рефлекса.

При атонии кишечника назначают теплые сифонные клизмы из ромашки или 0,5% содового раствора, клизмы с глицерином (15 мл глицерина на стакан воды) или из вазелинового масла (100—150 мл).

Иногда при атонии кишечника благоприятно действует применение тепла на живот (грелки, световые ванны). При развитии метеоризма следует использовать различные средства, не дожидаясь резко выраженных симптомов. Из пищи нужно исключить молоко и ограничить углеводы, вызывающие газообразование.

Часто хороший эффект при атонии кишечника дают клизмы из 5% гипертонического раствора хлористого натрия (100 мл). Для улучшения перистальтики целесообразно назначать 0,5—1 мл 0,05% раствора прозерина в виде подкожных инъекций, 20—40 мл 10% раствора хлористого натрия внутривенно, 1 мл питуитрина подкожно.

При выраженном паретическом состоянии кишечника и отсутствии эффекта от указанных выше мероприятий применяется паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому.

Если все перечисленные меры не дают положительного результата, следует заподозрить механическую непроходимость или развитие перитонита и принимать соответствующие меры по диагностике и лечению этих грозных осложнений послеоперационного периода.

Задержка мочеиспускания нередко наблюдается у больных, перенесших гинекологические операции, что часто связано с отслойкой мочевого пузыря и манипуляциями в области малого таза при оперативном вмешательстве, а также с рефлекторными нервными влияниями.

Несмотря на то что мочевой пузырь перед операцией опорожняется и в первые часы после операции больная почти не пьет, через 8—10 ч после

хирургического вмешательства она должна опорожнить мочевой пузырь. Некоторые больные мочатся самостоятельно уже вечером в день операции.

В большинстве случаев, особенно в первый день после операции и утром следующего дня, наблюдается задержка мочеиспускания. Причиной этого, кроме указанных выше причин, является непривычка мочиться лежа и опасения вызвать боли или расхождение швов при напряжении брюшного пресса.

Необходимо разъяснить больной необоснованность ее страхов и убедить в целесообразности самостоятельного мочеиспускания. Для облегчения этой процедуры судно всегда подается больной согретым во избежание рефлекторного спазма сфинктера при соприкосновении кожи бедер с холодной поверхностью. На область мочевого пузыря кладут грелку. Наружные половые органы поливают теплой водой. Это оказывает рефлекторное действие и нередко вызывает мочеиспускание. В некоторых случаях самостоятельное мочеиспускание удается вызвать при перемене положения в кровати. Для этого больной разрешается повернуться на бок или принять сидячее положение.

С целью профилактики задержки мочеиспускания целесообразно до операции приучить больную мочиться лежа.

Из медикаментозных средств при задержке мочеиспускания применяют внутримышечно сульфат магния (3—5 мл 25% раствора), внутривенно — уротропин (5—10 мл 40% раствора), делают инъекцию 1 мл питуитрина под кожу, вводят в мочевой пузырь стерильный глицерин или в наполненный мочевой пузырь 20 мл 2% раствора борной кислоты в глицерине. Если эти мероприятия не дают эффекта, приходится прибегать к катетеризации. Вводить катетер в мочевой пузырь следует с соблюдением правил асептики и антисептики, хорошо освещая половую щель, особенно ночью. После повторной катетеризации нужно промыть мочевой пузырь дезинфицирующим раствором (марганцевокислый калий или фурацилин 1 : 5000).

При многократной катетеризации необходимо назначать уротропин, салол, синтомицин или фурадонин по 0,1 г 3 раза в день с целью предупреждения цистита и пиелонефрита.

Особенно часто наблюдается задержка мочеиспускания после расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки. В этом случае причиной задержки мочи является не только обширная отслойка мочевого пузыря, но и нарушение ряда нервных связей при удалении клетчатки, окружающей матку и мочевой пузырь с мочеточниками, особенно в области их нижнего отрезка.

Повторные катетеризации, застой мочи в пузыре способствуют быстрому возникновению не только цистита, но и восходящей инфекции мочевыводящих путей.

После радикальной операции по поводу рака шейки матки и других травматических оперативных вмешательств необходимо тщательно следить, особенно в первые 3—4 дня после операции, за количеством выделяемой мочи (измерять) и, кроме того, пальпацией и перкуссией контролировать состояние мочевого пузыря, так как иногда наблюдается парадоксальная ишурия. Сущность ее заключается в том, что моча самопроизвольно небольшими порциями вытекает при переполненном мочевом пузыре вследствие растяжения его сфинктера. Больная и медицинский персонал обычно указывают на частое мочеиспускание. Если врач не проверит правильность подобных сообщений и не осмотрит внимательно больную, то пузырь все время будет переполнен и легко может возникнуть восходящая инфекция мочевыводящих путей. При выявлении парадоксальной ишурии мочу вы-

пускают катетером, промывают мочевой пузырь фурацилином 1:5000, проводят мероприятия, способствующие восстановлению самостоятельного мочеиспускания, проверяя в дальнейшем возможность задержки остаточной мочи.

В течение последних лет первые 3—4 дня после радикальной операции по поводу рака матки мы применяем постоянный катетер. Наши наблюдения показывают, что при этом самостоятельное мочеиспускание налаживается быстрее, не задерживается остаточная моча, по-видимому, из-за более быстрого восстановления мышечного тонуса мочевого пузыря, и опасность развития инфекции мочевыводящих путей уменьшается.

При наличии постоянного катетера, особенно после ушивания уретрально-влагалищных и уретрально-пузырно-влагалищных свищей, необходимо тщательно следить за тем, чтобы он не выскользнул из пузыря или не закупорился кровавым сгустком либо слизью. При этом через катетер перестает выделяться моча, а мочевой пузырь начинает переполняться, растяжение его стенок может нарушить целостность наложенных швов при фистулоррафии и привести к рецидиву свища.

В настоящее время после операции зашивания пузырно-влагалищных и пузырно-шеечных свищей в большинстве случаев постоянный катетер не применяется. Больным разрешают вставать на 2-й или 3-й день после оперативного вмешательства и обычно самостоятельное мочеиспускание быстро налаживается. Если нормальное мочеиспускание отсутствует, необходимо производить регулярную катетеризацию мочевого пузыря через 4—6 ч, ежедневно промывая его небольшими порциями (50—70 мл) раствора фурацилина (1:5000) или другими дезинфицирующими растворами. Следует помнить о возможной задержке мочи, возникновении парадоксальной ишурии и наличии в мочевом пузыре остаточной мочи, принимая своевременно профилактические и лечебные меры.

При наблюдении за больной необходимо помнить, что к числу грозных осложнений послеоперационного периода относятся анурия, причинами которой могут быть травматический шок с сопровождающим его падением артериального давления и рефлекторным спазмом почечных сосудов, резкое обескровливание организма, ранение или перевязка обоих мочеточников, переливание несовместимой крови, септическая инфекция и интоксикация.

Выявление этиологии анурии определяет меры борьбы с этим грозным осложнением.

Особого внимания в послеоперационном периоде требует контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы. Операция и такие особенности послеоперационного периода, как перенесенный наркоз, атония кишечника, воспалительная реакция тканей на оперативное вмешательство, гипоксемия, нарушения водного обмена, питания и др., предъявляют высокие требования к сердечно-сосудистой системе и могут сопровождаться развитием сердечно-сосудистой недостаточности. Отсюда совершенно ясно вытекает необходимость тщательного наблюдения за состоянием сердца, сосудов и крови. Оценивая состояние сосудов, нужно учитывать, что венозные стазы оказывают прямое влияние на капилляры, а от их состояния зависит обмен жидкостей, кислорода, питательных веществ между кровяным руслом и тканями.

Центральный или периферический паралич вазомоторов сопровождается атонией капилляров; повышение же их проницаемости и уменьшение объема циркулирующей крови изменяют ее концентрацию. В результате этого замедляется кровоток, транспортировка гемоглобина, развивается

гипоксемия тканей. Нарушение функции сердечной мышцы может возникнуть под влиянием интоксикации, гипоксемии, отрицательно действующих рефлексов. Клинически разграничить расстройства кровообращения, зависящие от нарушения деятельности сердца и состояния сосудов, весьма трудно, но учитывать основные причины несостоятельности кровообращения очень важно.

Несомненно, что, помимо систематического наблюдения за пульсом, сердечной деятельностью, весьма целесообразно динамическое проведение электрокардиографии, измерение артериального давления и по возможности определение венозного давления. При этом следует учитывать, что больным с повышенным артериальным давлением, а также страдающим гипотонией необходимо уделять особое внимание, так как у них чаще наблюдаются нарушения кровообращения после операции по сравнению с больными, у которых кровяное давление нормальное.

Обычно после операции частота и наполнение пульса могут колебаться. Однако при нормальном течении послеоперационного периода пульс довольно быстро выравнивается и частота его соответствует 70—80 в минуту. У обескровленных больных частота пульса больше, и это следует учитывать, оценивая их состояние. При повышении температуры тела пульс учащается, но обычно соответствует подъему температуры.

Если температура нормальная или субфебрильная, а частота пульса начинает превышать 100 и более в минуту, необходимо выяснить причину учащения пульса, так как это может свидетельствовать о развивающейся инфекции, перитоните или указывать на те или иные нарушения в функции сердечно-сосудистой системы.

Большое внимание в послеоперационном периоде следует уделять динамическому контролю за артериальным давлением, особенно в первые часы и дни после оперативного вмешательства. Снижение артериального давления может быть обусловлено недостаточностью восполнения потерянной при операции крови, послеоперационным кровотечением, болевым шоком, сердечной слабостью.

В каждом случае необходимо выяснить причину гипотонии и с учетом этого применять терапевтические мероприятия. Каждой больной при падении у нее артериального давления нужно проводить лечение, так как гипотония может вызвать нарушение деятельности многих важнейших органов и систем. Недостаточность кровообращения, к проявлениям которой относится и гипотония, приводит к циркуляторной гипоксии со всеми вытекающими из этого последствиями. Гипотония является фактором, предрасполагающим к развитию тромбоэмболии, пневмонии, к снижению мочеотделения и ряду других патологических состояний.

При падении артериального давления вследствие кровопотери необходимо восполнить объем циркулирующей крови переливанием донорской крови или кровезамещающих жидкостей. Следует учитывать, что переливание физиологического раствора хлористого натрия и глюкозы, которые быстро покидают кровяное русло и уходят в ткани, дает лишь кратковременный эффект. Поэтому целесообразнее вводить крупномолекулярные коллоидные растворы (полиглюкин, гидролизин и др.), которые меньше проникают через сосудистые мембраны и долго удерживаются в кровяном русле.

С целью лечения в послеоперационном периоде нарушений функции сердечно-сосудистой системы проводят мероприятия, направленные на усиление сердечной деятельности, улучшение питания миокарда путем расширения коронарных сосудов, и вводят в кровь энергетические веществ-

ва (глюкозу), тонизируют периферические сосуды, уменьшают застой в венах, улучшают дыхание и т. д. К числу этих мер относится применение камфоры, оказывающей благоприятное действие на сердечную деятельность, тонус сосудов и нормализацию дыхания; введение строфантина, увеличивающего систолическое давление, уменьшающего венозный застой и ускоряющего капиллярное кровообращение; назначение эфедрина, улучшающего дыхание, повышающего артериальное давление и расслабляющего гладкую мускулатуру; введение стрихнина, усиливающего работу сердца, повышающего тонус дыхательного центра и блуждающих нервов. Помимо этого, применяют кофеин, кордиамин, адреналин, мезатон и другие сердечно-сосудистые средства, а также проводят оксигенотерапию.

Изменения со стороны органов дыхания могут быть связаны с интубацией при эндотрахеальном наркозе, с токсическим действием наркотиков и других фармакологических средств, применяемых при обезболивании, а также при явлениях инфекции.

Фарингиты, ларингиты и трахеиты после интубации и тампонады глотки проявляются в виде неприятных ощущений в горле, за грудиной. Иногда у больных отмечаются кашель и осиплость голоса. При назначении полоскания горла раствором соды или щелочных ингаляций, отхаркивающих средств и кодеина эти легкие осложнения, как правило, проходят в первые же дни после операции.

В первые часы после операции необходимо следить за тем, чтобы дыхание больных было достаточным. Нарушение дыхания может быть следствием рекураризации после применения мышечных релаксантов, угнетения дыхательного центра наркотиками, анальгетиками и другими фармакологическими средствами. При чрезмерно глубоком наркозе, продолжающемся после операции, дыхание затрудняется вследствие западения языка и отвисания нижней челюсти. При этом челюсть необходимо поддерживать, а язык извлечь с помощью языкодержателя и ввести воздуховод. От больной нельзя отходить до появления у нее выраженного мышечного тонуса. При посленаркозной рвоте полость глотки, носа и рта следует полностью очищать от рвотных масс с помощью отсоса, марлевых салфеток, захваченных корнцангом, или полотенца.

Во всех случаях ослабленного дыхания необходимо производить насыщение организма большой кислородом до появления полноценного самостоятельного дыхания.

Послеоперационные пневмонии могут развиваться после травматичных и длительных операций, при задержке в бронхах мокроты, аспирации желудочного содержимого, бронхоспазме, ателектазе и застойных явлениях в легких, при инфарктах. Предрасположенность к послеоперационным пневмониям отмечается у больных, страдающих заболеваниями органов дыхания (острые и хронические воспаления верхних дыхательных путей, эмфизема, пневмосклероз и бронхоэктазия). Мерами профилактики пневмонии являются хорошее и правильно проведенное обезбоживание, поддержание достаточного газообмена и кровообращения во время операции и после нее, раннее вставание, дыхательная гимнастика, применение отхаркивающих средств при затруднениях с отделением мокроты, профилактические круговые банки в конце 1-х сут и на 2-й день после операции. Лечение пневмонии проводится по общим правилам (сульфаниламиды, антибиотики, сердечные средства и др.).

В послеоперационном периоде необходимо наблюдение за состоянием швов. При продольных разрезах брюшной стенки, особенно у больных истощенных, ослабленных кровопотерей, инфекцией или ин-

токсикацией, а также у женщин пожилого возраста переднюю брюшную стенку в области операционной раны необходимо подкреплять с помощью специальной повязки — бандажа или широкого полотенца, обернутого вокруг спины и живота.

При благоприятном течении послеоперационного периода на 4-й день проверяют состояние швов, меняя повязку. Швы осторожно протирают спиртом, смазывают 5% йодной настойкой и накладывают повязку-наклейку, поверх которой надевают бандаж либо используют для этого широкое полотенце или простыню. Необходимо учитывать, что при движениях, кашле, при напряжении брюшного пресса во время дефекации и т. п. в случае плохого заживления может произойти расхождение раны брюшной стенки даже без нагноения с выходом кишечных петель. При наличии бандажа или имитирующей его повязки уменьшается опасность расхождения раны, а если это происходит, то в меньшей степени и кишечные петли не выходят за пределы раны.

При влагалищных операциях и наличии швов на промежности в послеоперационном периоде производят не менее 2 раз туалет наружных половых органов путем обмывания их дезинфицирующим раствором; затем область швов обсушивают («промокают») марлевыми шариками. Очень хорошо область швов припудрить дерматолом, ксероформом или порошком белого стрептоцида; некоторые же предпочитают смазывать область швов настойкой йода.

При гладком течении послеоперационного периода швы на брюшной стенке снимают на 7-й или 8-й день. У ослабленных и пожилых больных, а также при больших разрезах на 8-й день снимают только часть швов, а затем на 9—10-й день — остальные. Обычно у таких больных поддерживающие швы, проходящие через кожу, клетчатку и апоневроз, задерживают до 10—11-го дня.

Швы на промежности снимают на 6—7-й день после операции, обычно после опорожнения кишечника с помощью слабительного. Более длительная задержка швов на промежности не имеет смысла, так как они прорезываются, если не снять их на 6—7-й день.

При пластических операциях на шейке матки, а также после ее ампутации не рекомендуется производить контрольный осмотр, если для этого нет специальных показаний (кровотечение и т. п.), путем влагалищного исследования, особенно с применением зеркал, так как это может вызвать расхождение раны на шейке матки, что сопровождается кровотечением или заживлением раны вторичным натяжением. Мы обычно при гладком течении послеоперационного периода у больных, перенесших операции на шейке матки, выписываем их без влагалищного исследования и производим его спустя 2—3 нед.

При наличии выделений из влагалища его промывают через резиновый катетер перекисью водорода, а затем раствором фурацилина 1 : 5000. При пластических операциях на влагалище по поводу атрезии или опущения его стенок в него целесообразно вводить с помощью резинового катетера вазелиновое масло (10 мл).

После чревосечения при благоприятном течении послеоперационного периода и хорошем общем состоянии больные могут быть выписаны на 9—11-й день, после влагалищных операций — на 12—14-й день.

Несомненно, время выписки больной, перенесшей операцию, зависит от общего ее состояния, характера вмешательства и течения послеоперационного периода. Поэтому указанные выше сроки являются ориентировочными.

Осложнения в послеоперационном периоде

Своевременное, т. е. наиболее раннее, распознавание послеоперационных осложнений возможно при повседневном внимательном клиническом наблюдении и обследовании больных. Тщательное наблюдение дежурных врачей и сестер и их информация об изменениях в состоянии и поведении больной за время дежурства помогают лечащему врачу заподозрить те или иные нарушения в организме больной и при дальнейшем ее обследовании подтвердить или опровергнуть возникшие подозрения.

Осложнениями со стороны операционной раны являются кровотечение, гематомы, инфильтраты, нагноения раны и ее расхождение с выпадением внутренностей.

Кровотечение может возникнуть при соскальзывании лигатуры с кровеносного сосуда из нелигированных сосудов, которые не кровоточили во время операции при острой кровопотере или шоке; из кровеносных сосудов, разрушенных гнойно-септическим процессом. Возможно диффузное паренхиматозное кровотечение из мелких сосудов раны при нарушении свертываемости крови.

В гинекологической практике соскальзывание лигатуры чаще всего происходит с культей собственной связки яичника и подвешивающей связки. Лигирование сосудов с прошиванием этих и других связок, а также тщательное наложение лигатур на маточные сосуды предупреждают внутреннее кровотечение. Если оно произошло, а тем более продолжается, нарастают явления анемии: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одышка, обморочное состояние; пульс учащается и наполнение его уменьшается, снижается артериальное давление.

При перкуссии живота определяется, хотя и не всегда, притупление перкуторного звука в отлогих местах и прояснение его при перемене положения больной в местах, расположенных выше. При влагалищном исследовании, особенно у больной с приподнятым положением туловища, можно выявить выпячивание заднего свода влагалища за счет скопления крови в маточно-прямокишечном пространстве.

В неясных случаях, когда выраженные симптомы внутреннего кровотечения отсутствуют, можно начать внутривенное введение 40% раствора глюкозы (40—50 мл) и перелить одну ампулу крови. При наличии кровотечения эффект отсутствует или он будет кратковременным.

При внутреннем кровотечении необходимо повторное чревосечение для наложения лигатур на кровоточащие сосуды. При паренхиматозном кровотечении во время операции применяют обкальывающие пшвы, гемостатическую губку и назначают средства, улучшающие свертываемость крови: 10% раствор хлористого кальция, эпислон-аминокапроновую кислоту, фибриноген, сухую плазму крови, свежую (теплую) донорскую кровь.

Кровотечение после влагалищных операций легче диагностируется, так как кровь часто выделяется наружу. Остановить такое кровотечение обычно удается тампонадой или перевязкой (обкальыванием) кровоточащих сосудов.

Нередко кровотечение наблюдается после пластических операций на шейке или влагалище, особенно после передней кольпорафии. Если нет артериального кровотечения, можно применить тампонаду влагалища, производя ее по введенному в него пальцу или вводя во влагалище узкое зеркало и не нажимая им на промежность.

Если кровотечение сильное, приходится лигировать сосуды, накладывая швы на шейку или ее культю, или на пульсирующие сосуды стенки влагалища, особенно вблизи уретры. При сильном кровотечении из глубокой раны иногда приходится разводить ее края, захватывать кровоточащий сосуд в зажим и накладывать лигатуру.

Кровотечение из шейки матки или ее культя после ампутации удается надежно остановить путем наложения лигатуры у ребра шейки на нисходящие ветви маточных сосудов.

После остановки кровотечения необходимо восполнить кровопотерю трансфузией крови или кровезаменяющих растворов, плазмы крови.

Шок и коллапс могут наблюдаться после тяжелых и длительных операций, особенно у обескровленных больных. Послеоперационный шок, возникающий после длительного и тяжелого оперативного вмешательства, по существу является типичным травматическим шоком и развивается в результате перераздражения нервной системы с последующим нарушением гемодинамики и падением всех жизненно важных функций организма. В основе травматического шока лежат психоневрологические факторы, потрясение психики и сильное раздражение периферических окончаний чувствительных нервов. Как известно, кровопотеря, переутомление, длительное голодание предрасполагают к развитию шокового состояния.

Клиническая картина шока ярко описана Н. И. Пироговым еще в 1852 г. Симптомы шока следующие: резкое угнетение психики, апатия, безучастность к окружающему при сохранении сознания, угнетение центров нервной и сердечно-сосудистой системы, малый частый пульс, бледность покровов, холодный пот, падение температуры и кровяного давления. Указанные симптомы сопровождаются кислородным голоданием тканей (гипоксия), олигурией, анурией. Одновременно наблюдается увеличение количества эритроцитов, уменьшение плазмы крови, нарушение обмена веществ и ацидоз.

При шоке первичным является перераздражение центральной нервной системы импульсами, идущими с периферии. Коллапс обусловлен первичным поражением сосудистой системы и вазомоторов, что сопровождается прежде всего нарушением гемодинамики, а затем уже возникают изменения в центральной нервной системе.

Коллапс может быть вызван не только тяжелым оперативным вмешательством, но и обильной кровопотерей, сердечной слабостью, септическими заболеваниями, перитонитом. Клиническая картина коллапса характеризуется следующими симптомами: потерей или помрачением сознания, общей слабостью, резкой бледностью, цианозом, холодным потом, частым малым и аритмичным пульсом, поверхностным учащенным дыханием, падением артериального давления.

Ряд симптомов при шоке и коллапсе, особенно в случае острой кровопотери, сходны. В результате этого некоторые авторы геморрагический коллапс, т. е. коллапс, наступающий после большой кровопотери, отождествляют с шоком.

Нередко наблюдается присоединение к кровопотере шокового состояния и вопрос о том, что преобладает у данной больной — острая кровопотеря или шок, не всегда может быть сразу разрешен. Акушер-гинеколог, часто встречаясь с острой кровопотерей, должен прежде всего помнить об опасности кровотечения, направить свое внимание на правильную постановку диагноза и принять все меры к остановке кровотечения.

Для более наглядного сопоставления явлений, развивающихся при обмороке, шоке и коллапсе, приводим дифференциальную таблицу по

Дифференциальная диагностика обморока, коллапса и шока

Причина	Внешний вид больной, состояние сознания и чувствительности	Состояние сосудов, сердца и дыхания	Изменения крови	Температура	Патогенез	
Обморок	Внезапное и сильное воздействие на организм страха или боли, быстрое и неравномерное распределение крови (вставание с постели)	Предвестники: шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, головокружение. Полная потеря сознания и чувствительности, бледность, общая слабость, холодный пот	Пульс ускоренный, слабый, сердечная деятельность ослаблена	Имеются	Понижена	Острая анемия мозга
Коллапс	Значительная потеря крови, инфекция (сепсис), рефлекторные влияния (перфорация tubo-овариальных опухолей, разрыв беременной трубы)	Бледность, цианоз, холодный пот, расширенные зрачки. Сознание затемнено, но иногда сохраняется до самой смерти	Частый, слабый пульс. Падение артериального давления	Имеются	Понижена	Острая сердечная слабость или резкое понижение сосудистого тонуса
Шок	Внезапное и сильное действие травмы (разрыв матки, операция при недостаточном обезболивании и др.). Стремительное воздействие психической травмы на истощенный организм и утомленную нервную систему	Сознание сохранено. Неподвижное выражение лица, глубоко запавшие глаза, безразличный взгляд, серопепельный цвет кожи, холодный липкий пот. Тошнота, иногда рвота, икота	Пульс едва ощутим, нитевидный, слабый, но всегда прощупывается. Резкое падение артериального давления. Дыхательные экскурсии замедлены	Травматическое сгущение крови — увеличение количества эритроцитов, лейкоцитов, гемоглобина. Повышение вязкости крови, ее ацидоза. Уменьшение общего объема крови. Понижение до минимума общего обмена веществ в организме	Резкое понижение (на 2°)	Истощение нервных центров вследствие их перераздражения

И. Г. Руфанову (табл. 2), несколько видоизмененную нами применительно к акушерству и гинекологии.

Гемодинамические расстройства, которые имеют место при кровопотере, выражаются в падении артериального и венозного давления, уменьшении объема циркулирующей крови, понижении скорости кровотока. Значительная потеря эритроцитов вызывает кислородное голодание тканей. Гипоксия и связанный с ней ацидоз сказываются на функции центральной нервной системы. Вначале возникает ее возбуждение, а затем торможение.

В условиях продолжающегося кислородного голодания развивается декомпенсированный ацидоз, приводящий к нарушению ферментных систем и возникновению тканевой гипоксии, когда клетки организма теряют способность поглощать кислород. В результате этого наступают деструктивные изменения в различных отделах центральной нервной системы, что уже делает невозможным восстановление полноценной функции центральной нервной системы и, в частности, коры головного мозга.

Исходя из этого, борьбу с коллапсом и кровопотерей необходимо начинать как можно раньше, осуществляя, как указывалось выше, профилактические мероприятия. Больную укладывают на операционный стол (если она еще не переведена в палату) или на кровать с несколько опущенным головным концом для устранения недостаточного притока крови к мозгу. Вводят сердечные средства: 20% камфорное масло, кофеин, строфантин (0,5 мг), применяют оксигенотерапию. Основным методом лечения послеоперационного шока и коллапса при острой кровопотере являются повторные трансфузии крови струйным и капельным методом, введение кровезамещающих жидкостей (полиглюкина, синкола и др.). Одновременно вводят внутривенно до 100 мл 40% раствора глюкозы.

С целью лечения коллапса и шока осуществляют капельное внутривенное вливание 0,5—1 мл 0,1% раствора норадrenalина в 5% растворе глюкозы, а также внутримышечное введение питуитрина (1 мл). При явлениях декомпенсированного ацидоза, что наблюдается при тяжелых степенях шока и коллапса, назначают внутривенное вливание 150—200 мл 5% раствора бикарбоната натрия. Введение комплекса витаминов входит в состав лечебных мероприятий при шоке и коллапсе.

Больные, выведенные из состояния тяжелого шока или коллапса, нуждаются в особенно тщательном наблюдении врача.

Наркозные параличи, вернее, травматические повреждения сплетений периферических нервов, возникают в результате давления на нервные стволы края операционного стола или приспособлений для удержания конечностей, а также вследствие вытяжения нервных стволов при запрокидывании и отведении конечностей. При запрокидывании рук за голову обычно страдает плечевое сплетение, потому что при этом одновременно с вытяжением нервного ствола оно ущемляется между 1 ребром и ключицей. Могут наблюдаться параличи и парезы лучевого, бедренного, большеберцового и других нервов.

Обычно явления пареза или паралича обнаруживаются сразу после того, как больная приходит в сознание после наркоза и замечает отсутствие движений, а нередко и чувствительности в пострадавшей конечности. У большинства больных парез или паралич исчезает после применения массажа и других методов физиотерапии.

Необходима профилактика подобных осложнений, что обеспечивается правильным положением больной во время операции.

Послеоперационные паротиты чаще всего являются следствием недостаточного ухода за полостью рта. При возникновении пароти-

та вначале назначают антибиотики, согревающие компрессы и болеутоляющие средства. При нагноении или распространении отека на близлежащие органы (гортань) производят немедленное вскрытие капсулы железы.

Учитывая возможность эпидемического паротита, больную следует изолировать.

Конъюнктивиты могут быть следствием попадания в глаз эфира во время масочного наркоза. При назначении примочек из физиологического раствора хлористого натрия явления конъюнктивита быстро исчезают.

Пролежни образуются при недостаточно внимательном уходе, особенно у истощенных, ослабленных больных. Предупреждает появление пролежней поворачивание больных, своевременная смена белья, особенно мокрого, устранение складок на постели, использование резиновых кругов. С целью профилактики пролежней необходим тщательный уход за кожей, особенно в области спины и крестца, обтирание наиболее уязвимых мест камфорным спиртом. При возникновении пролежней применяются повязки с различными мазями (висмутовой, йодоформной) или эмульсиями стрептоцида, синтомицина после обмывания пролежней перекисью водорода и раствором фурацилина 1 : 5000.

Нагноение операционной раны и воспаление в культиях предупреждаются соблюдением асептики, бережным обращением с тканями, хорошим гемостазом и отсутствием массивных лигатур во время операции. Нагноение раны чаще возникает после операций, которые производились в инфицированных тканях (гнойные опухоли придатков, распадающиеся опухоли матки и т. п.). Определенное значение имеет правильное размещение оперированных больных в палатах: нельзя сосредоточивать в одной палате инфицированных больных (с нагноением раны, раком шейки матки или распадающейся субмукозной фибромиомой и т. п.) и больных, ожидающих операции или оперированных без признаков инфекции.

При развитии инфекции в области операционной раны появляются боли, инфильтрация тканей, повышается температура, затем возникают отеки и покраснение кожи. В дальнейшем при расплавлении тканей с образованием гноя определяется размягчение. Развитию инфекции и нагноению операционной раны нередко предшествует наличие гематомы или раневого секрета.

При наличии гематомы или скопления серозно-кровянистой жидкости следует снять 1—2 шва, развести края раны на небольшом участке, чтобы вытекла скопившаяся кровь или раневой секрет. Открытую часть раны промывают перекисью водорода, затем раствором фурацилина 1 : 5000. Накладывают асептическую повязку и надевают бандаж на живот.

При нагноении рану раскрывают на том или ином протяжении, снимая часть кожных швов, промывают ее, как указывалось выше, и накладывают повязку с гипертоническим раствором хлористого натрия, который способствует очищению раны. При обширных нагноениях и обильном отделяемом кожу в окружности раны густо смазывают пастой Лассара или цинковой мазью, предупреждая мацерацию. После того как рана очистилась и покрылась грануляциями, на нее можно наложить вторично швы, оставляя часть ее открытой для оттока раневого секрета.

В ряде случаев края раны сближают полосками липкого пластыря, чтобы избежать обезображивающих рубцов или эвентрации.

При нагноении и расхождении раны после влагалищных операций производят осторожное спринцевание влагалища (под низким давлением)

раствором марганцовокислого калия или фурацилина либо промывают рану перекисью водорода и заливают синтомициновой или стрептоцидовой эмульсией.

Редким явлением бывает полное расхождение краев раны брюшной стенки без нагноения с выхождением кишечных петель (эвентрация). Подобное осложнение наблюдается чаще всего у ослабленных, истощенных больных и у пожилых женщин. При эвентрации появляются боли в области операционной раны, повязка обильно промокает серозно-кровянистой жидкостью. Нередко при этом наблюдается тошнота или рвота. При снятии повязки обнаруживается полное расхождение всех слоев брюшной стенки в области раны или же, если еще не были сняты швы, кишечные петли находятся непосредственно под кожей, выступая в отверстия между швами.

Если нет признаков явной инфекции (париетальная брюшина и серозный покров кишечных петель нормальной окраски, раневая поверхность чистая), рану брюшной стенки зашивают через все слои узловатыми шелковыми швами. Обычно после этого рана заживает первичным натяжением. Если рана инфицированная, приходится прибегать лишь к частичному ее зашиванию и введению марлевых тампонов или резиновых дренажей, используя их для введения антибиотиков.

В послеоперационном периоде могут наблюдаться изменения воспалительного характера в культях, что проявляется наличием инфильтрата и локальной болезненности. При распространении инфекции на близлежащие ткани, чаще всего на брюшину или клетчатку таза, могут возникать параметриты или пельвиоперитониты. Лечение проводят такое же, как при воспалении гениталий (холод на живот или промежность, антибиотики и др.).

Нередко истинными культевыми инфильтратами считают так называемые псевдоинфильтраты, которые при осмотре больных перед выпиской часто наблюдаются в тех местах, где были удалены те или иные органы, и не требуют лечения. Эти псевдоинфильтраты безболезненны, подвижны, определяются в виде инфильтрированной ткани, будучи результатом реактивных процессов в травмированных тканях, отека и нарушения кровообращения.

Паралитическое расширение желудка является крайне серьезным осложнением. При остром расширении желудка он сильно раздут, поэтому необходимо при первых же явлениях делать промывание желудка 2—3 раза в сутки и менять положение больной в постели, укладывая ее на правый бок. Инъекции прозерина, стрихнина, электризация блуждающего нерва, так же как введение тонкого зонда в желудок через нос с постоянным отсасыванием содержимого и периодическим промыванием желудка щелочными растворами, являются лечебными мероприятиями при остром паралитическом расширении желудка.

В послеоперационном периоде необходимо учитывать возможность такого осложнения, как кишечная непроходимость. В начальной стадии заболевания появляются боли, которые прогрессируют, носят схваткообразный характер и сопровождаются тошнотой и рвотой. Одновременно наблюдается задержка стула и газов. Однако следует учитывать, что при высоко расположенном участке непроходимости может быть стул и даже повторный.

Кишечник выше места препятствия бывает сильно растянут, переполнен жидким содержимым, калом и газами. При осмотре заметно вздутие живота, растянутые кишечные петли выпячивают брюшную стенку и ста-

новятся видимыми. В дальнейшем асимметричная форма живота ступенчато вывается. Во время пальпации в области раздутой петли кишки определяется упругое эластическое тело цилиндрической формы, дающее при перкуссии высокий тимпанит (симптом Валя). При выслушивании определяется выраженное урчание. При непроходимости перистальтика кишечника, сопровождающаяся болями, бывает хорошо заметна в выпячивающих брюшную стенку раздутых петлях кишок. «Червеобразная» мелкая перистальтика свойственна непроходимости тонких кишок, а при илеусе толстой кишки перистальтика имеет вид широкого вала, медленно нарастает и медленно исчезает в боковых отделах живота или ниже пупка. По мере того как развивается парез кишечника, а в последующем и паралич, перистальтика затухает, а затем и прекращается.

Брюшная стенка при пальпации податлива, ригидности мышц нет. Симптом Блюмберга отсутствует. При ректальном исследовании больной с кишечной непроходимостью определяется пустая ампула прямой кишки. Температура в начале заболевания нормальная, в дальнейшем она повышается. Пульс первоначально не учащен, хорошего наполнения, но с момента развития инфекции учащается. Общее состояние, вначале удовлетворительное, вскоре ухудшается в связи с развитием интоксикации и инфекции.

В неясных случаях кишечной непроходимости производят рентгеноскопию больной, находящейся в вертикальном положении (стоя или сидя) либо в положении на правом боку. При кишечной непроходимости в брюшной полости обнаруживают газовые пузыри с горизонтальными уровнями жидкостей под ними, так называемые чаши Клойбера. Рентгеноскопию следует производить до применения сифонной клизмы, так как после нее и у здорового человека определяются уровни жидкости в кишечнике.

Весьма важно решить вопрос о том, имеется ли механическая или динамическая непроходимость, так как последняя может быть излечена консервативными методами. В основе динамической непроходимости лежат те или иные расстройства иннервации, ведущие к длительному спастическому сокращению или параличу кишечной трубки со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При подозрении на кишечную непроходимость с диагностической, а при динамической непроходимости — и с лечебной целью применяют сифонные клизмы, инъекции атропина, промывание желудка, внутривенное введение 40—50 мл 10% раствора поваренной соли, инъекции 1 мл питуитрина, прозерина или карбохолина, паранефральную новокаиновую блокаду. Все эти мероприятия можно проводить не более 1½—2 ч. В течение этого времени необходимо решить вопрос, обычно совместно с хирургом, о показаниях к операции и, если показания имеются, начать ее без промедления. Следует помнить слова, сказанные по этому поводу: «Чем больше больная живет до операции, тем меньше она проживет после операции».

Весьма затруднительной бывает дифференциальная диагностика между кишечной непроходимостью и перитонитом, особенно в поздних стадиях илеуса, когда он часто осложняется перитонитом.

При перитоните в животе «мертвая тишина», отмечается ригидность и болезненность брюшной стенки, выражен симптом Блюмберга, температура высокая, пульс частый и слабого наполнения, резко нарушено общее состояние больной, наблюдается упорная тошнота и рвота. В настоящее время, чаще всего благодаря применению антибиотиков, клиническая картина перитонита может быть ступенчатой, но изменения пульса (час-

тый, малый), парез кишечника, болезненность и напряжение брюшной стенки имеют место, хотя эти симптомы и слабее выражены.

О течении перитонита было сказано в главе XIV.

Тромбоз в послеоперационном периоде чаще всего возникает в венах таза и нижних конечностей. Наблюдается он большей частью у пожилых ослабленных женщин. Тучность, нарушение обмена и ранее перенесенные тромбозэмболические процессы способствуют возникновению этого тяжелого осложнения. Причинами тромбоза являются замедление кровотока, повышение свертываемости крови и нарушение стенки кровеносных сосудов, что нередко связано с развитием инфекции, а также аномалиями развития вен.

Признаками тромбоза крупных венозных стволов служат боли в конечности, отек, припухлость, цианоз и повышение температуры тела. Однако эти характерные симптомы встречаются реже, чем такие, как боли в мышцах, болезненность при их пальпации и движениях, небольшая отечность стопы. Эти признаки указывают на тромбоз небольших мышечных вен, которые могут являться источником тяжелых эмболий.

При тромбозе бедренной вены возникают боли в области паховой складки. Пальпация по ходу бедренных сосудов вызывает болезненные ощущения внутри от артерии, где нередко определяется и инфильтрат в тканях.

С целью профилактики тромбозов в послеоперационном периоде при повышенном протромбиновом индексе необходимо провести лечение антикоагулянтами. Одновременно у больных с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности следует принять меры для ее улучшения и бороться с обезвоживанием организма. В послеоперационном периоде профилактике тромбозов способствуют лечебная гимнастика, движения в постели и раннее вставание. Для борьбы с обезвоживанием организма вводят большие количества жидкостей.

При лечении тромбоза необходим полный покой, возвышенное положение конечности, при повышенной температуре — антибиотики, антикоагулянты (дикумарин, пелентан и др.). При тромбозах поверхностных вен применяют пиявки. Во избежание тромбоза, а если он уже имеется, то для его ликвидации и предупреждения дальнейшего распространения может быть использован гепарин, вводимый внутримышечно по 5000—10 000 ед. с промежутками в 4—6 часов.

В последнее время при свежих тромбозах крупных венозных стволов (бедренная, подвздошная вены и др.) применяется хирургическое лечение, включающее вскрытие просвета вены и удаление тромбов.

Эмболия является наиболее грозным осложнением тромбозов, приводящим к инфарктной пневмонии, инфаркту почки. Возможна эмболия легочной артерии. Последнее осложнение наиболее грозное и быстро приводит к летальному исходу. Раннее применение гепарина позволяет иногда спасти больную, так как при введении гепарина в вену угнетение свертываемости крови наступает немедленно.

Литература

- Агаронов А. М. Оперативное акушерство. Ереван, 1963.
- Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. М., Медгиз, 1955.
- Александров М. С. Хирургическое лечение фибриомы матки. М., Медгиз, 1958.
- Арист И. Д. Брюшностеночное кесарево сечение. Челябинск, 1960.
- Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. М., Медгиз, 1950.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., Медгиз, 1959.
- Брауде И. Л., Персианинов Л. С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М., Медгиз, 1962.
- Буйко П. М. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин. Киев, 1948.
- Гиговский Е. Е. Однорукавный метод образования влагалища у женщин из сигмовидной кишки. М., Медгиз, 1963.
- Губарев А. П. Оперативная гинекология. М., 1914.
- Даниахий М. А. Ошибки и опасности при гинекологических операциях. М., Медгиз, 1953.
- Левит И. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Л., Медгиз, 1949.
- Мажниц А. М. Оперативная урогинекология. М., «Медицина», 1964.
- Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., «Медицина», 1967.
- Марков Н. В. Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин. Свердловск, Медгиз, 1947.
- Окинчиц Л. Л. Оперативная гинекология. Л., Биомедгиз, 1938.
- Отт Д. О. Оперативная гинекология. СПб, 1914.
- Персианинов Л. С. Внутриаартериальное переливание крови в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1955.
- Персианинов Л. С. Акушерский семинар. Т. I, II. Минск, 1957, 1960; Т. I, II. Ташкент, 1973.
- Персианинов Л. С., Умеренков Г. П. Обезболивание при акушерских и гинекологических операциях. М., «Медицина», 1965.
- Рибмез И. Н. Оперативная гинекология. Здоров'я. Киев, 1966.
- Руководство по акушерству и гинекологии. Под ред. Л. С. Персианинова. Т. VI, кн. 1. Оперативное акушерство, кн. 2. Оперативная гинекология. М., Медгиз, 1961.
- Серебров А. И. Оперативная онкогинекология. Л., «Медицина», 1965.
- Симолян Н. С. Перитонит. М., «Медицина», 1971.
- Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М., «Медицина», 1968.
- Шарцман Е. М. Краткий курс оперативной гинекологии. Свердловск, Медгиз, 1947.
- Amreich A. J., Peham H. Gynäkologische Operationslehre. Berlin, 1930.
- Vonney V. Textbook of Gynecological Surgery. 6 Aufl. London, 1952.
- (Витт Е.) Витт Э. Оперативная гинекология. Пер. с нем. Харьков, 1927.
- (Навас Г.) Гаваш И. Атлас основных гинекологических операций. Братислава, 1969.
- Crossen H. S., Crossen R. J. Operative Gynecology. Mosby, St. Louis, 1948.
- Greenhill J. P. Surgical Gynecology, Including Important Obstetric Operations. 2-nd ed. Chicago, 1957.
- Halban J. Gynäkologische Operationslehre. Urban u. Schwarzenberg. Berlin — Wein, 1947.
- Käser O., Tkle A. Atlas der gynäkologischen Operationen. Stuttgart, 1960.
- (Липман В.) Липман В. Курс гинекологических операций. Пер. с 4-го нем. изд. Л., 1929.
- Marsalek J. Operacni léčba ženských chorob. Praha, 1970.
- Martius H. Die Gynäkologischen Operationen und ihre topograpischanatomischen Grundlagen. 8 Aufl. Leipzig, 1962.
- Mikulicz-Radecki F. Gynäkologische Operationen. Leipzig, 1962.
- Te Linde R. W., Mattingly R. F. Operative Gynecology. 4 ed. Philadelphia — Toronto, 1970.
- Nelson J. H. Jr. Atlas of Radical Pelvic Surgery. New York, 1969.
- (Werner P., Sederl J.) Вернер П., Зедерль Ю. Влагалищные брюшнополостные операции. Пер. с нем. М., Медгиз, 1960.
- (Werner P., Sederl J.) Вернер П., Зедерль Ю. Радикальная операция Вертгейма при раке матки. Пер. с нем. М., Медгиз, 1960.
- Zoltan I. Der Kaiserschnitt im Rahmen der Heutigen, Geburtigen, Geburtscilfe. Budapest, 1961.
- Zolian I., Ferko S. Nőgyógyászati Műtettan. Budapest, 1967.

Предметный указатель

- Аборт искусственный 181
 — методом вакуум-аспирации 181
 — трубный 338
 Абсцесс железы преддверия влагалища, вскрытие 109
 Алкалоз послеоперационный 549
 Ампутация матки высокая 228
 — надвлагалищная 200
 — без придатков 201
 — через влагалище 224
 — — — — — описание операции 224
 — — — — — лоскутный метод 230
 — — — — — осложнения 277
 — — — — — с придатками 208, 263
 — — — — — описание операции 208
 — шейки матки 149
 — — — — — высокая 149, 152
 — — — — — описание операции 153
 — — — — — клиновидная 149
 — — — — — описание операции 151
 — — — — — по Шредеру 149
 — — — — — конусовидная 149, 154
 — — — — — описание операции 156
 — — — — — по методу Штурмдорфа 154
 — — — — — осложнения 156
 — — — — — показания 149
 Анатомия бедренного канала 52
 — брюшной стенки 48
 — области таза 52
 — пахового канала 50
 — промежности 64
 — тазового дна 64
 — хирургическая при гинекологических операциях 47
 Анестезия местная 12
 — — по Вишневскому при кесаревом сечении 507
 — перидуральная, противопоказания 21
 — спинномозговая, противопоказания 21
 Аномалии развития половых органов, обследование 8
 Аппендиктомия 494
 Аутопересадка эндометрия 228
 — — по Каплуну 228
 Ацидоз послеоперационный 548
 Бартолинова железа, абсцесс, вскрытие 109
 — — — — — вылучивание 106
 Бедренный канал, анатомия 52
 Беременность брюшная 345
 — — — — — внематочная, обследование 8
 — — — — — операции 332
 — — — — — прервавшаяся с замочной кровавой опухолью 340
 — — — — — редкие формы 343
 — — — — — в рудиментарном роге матки 344
 — — — — — трубная 332
 — — — — — интерстициальная 343
 — — — — — операция с сохранением маточной трубы 339
 — — — — — описание операции 335
 — — — — — личниковая 345
 Бесплодие, лечение оперативное 375
 — — — — — обследование 7
 Биопсия шейки матки 143
 — — — — — ошибки 144
 Брюшина, заболевания, лечение оперативное 400
 Брюшная стенка, анатомия 48
 — — — — — разрез(ы) 78
 — — — — — поперечный надлобковый по Пфаненштилю 48, 50
 — — — — — продольный 78
 — — — — — срединный 48
 Вагиофиксация по Богушу 303
 Вентросуспензия матки за круглые связки к брюшной стенке 293
 — — — — — осложнения 295
 — — — — — ошибки 295
 — — — — — по Долери — Джильяму 293
 — — — — — Кипарскому 294
 Вентрофиксация матки 299
 Витаминная недостаточность, профилактика 30
 Влагалище, выпадение 238
 — — — — — кольпоррафия срединная видоизмененная 322
 — — — — — операция Лабгардта 322
 — — — — — применение аллопластических материалов 303
 — — — — — заращение, операции 113
 — — — — — частичное 114
 — — — — — операции 435
 — — — — — искусственное, образование из кожно-эпидермального лоскута 430
 — — — — — околоплодных оболочек 432
 — — — — — отрезков кишечника 419
 — — — — — сигмовидной кишки 424
 — — — — — при функционирующей матке 429
 — — — — — по Александрову 424
 — — — — — однорукавному методу Гитовского 426
 — — — — — тазовой брюшины 432
 — — — — — одноэтапный метод 434
 — — — — — тонкой кишки 421
 — — — — — по Бальвину 421
 — — — — — по Киришнеру — Вагнеру 419
 — — — — — с помощью малого таза 433
 — — — — — операции образования 418
 — — — — — киста 135
 — — — — — операции 106
 — — — — — пластические 116
 — — — — — опущение 116, 288
 — — — — — опухоли доброкачественные 134
 — — — — — перегородка продольная, рассечение 115
 — — — — — положение неправильное, операции 288
 — — — — — пункция заднего свода 365
 — — — — — раздвоение 115
 Влагалищно-промежностный клейсис неполный 310
 Влагалищно-пузырная интрузия матки 299
 Влагалищный свод, вскрытие, техника 415
 Водный обмен, нарушение в послеоперационном периоде 549
 — — — — — режим в послеоперационном периоде 551
 Вульва, рак 136
 Выворот матки 322
 — — — — — операция Кюстнера 322
 — — — — — с рассечением передней стенки 324
 — — — — — при удалении субмукозных узлов фибромиомы 278
 Выкидыш трубный 338
 Выпадение влагалища, кольпоррафия срединная видоизмененная 322
 — — — — — операция Лабгардта 322
 — — — — — матки, применение аллопластических материалов 303
 — — — — — экстирпация влагалищная 311
 — — — — — модификация автора 313
 — — — — — по Александрову 312
 — — — — — Елкину 311
 — — — — — Мейо 312
 — — — — — по Окничицу 316
 — — — — — половых органов редидивы 318
 Высабливание матки 178
 — — — — — диагностическое 179
 — — — — — для прерывания беременности 181
 — — — — — при неполном выкидыше 184
 — — — — — раздельное 179
 — — — — — терапевтическое 180
 Гемостаз при гинекологических операциях 68
 Гистеропексия истмическая 286
 — — — — — по Григорию 301
 Гематокольпос, операция, описание 114
 — — — — — при заращении влагалища, операция 113
 — — — — — девственной плевы, операция 112
 Гистеротомия передняя 172
 — — — — — по Григорию 301
 Гнойник генитальный, преперфоративная стадия 409
 Девственная плева заращенная, операции при гематокольпосе 112
 — — — — — иссечение 112
 — — — — — операции 111
 — — — — — рассечение 111
 — — — — — ригидная, рассечение 111
 Денервация паравульварная 532
 — — — — — техника операции 533
 Дефундация матки 228
 Диатермокоагуляция круговая 158
 Диодид, обработка рук 46
 Дисцизия маточного зева задней стенки 172
 — — — — — шейки матки 170
 Дренажирование брюшной полости 71
 — — — — — через задний свод влагалища 72
 — — — — — полбрюшинных пространств по Брауде (бестампонный метод) 259
 Дюкена метод удаления паховых и бедренных лимфатических узлов 138
 Желудок, паралитическое расширение в послеоперационном периоде 564
 Желудочно-кишечный тракт, подготовка к операции 29

- Заболевания брюшины, лечение оперативное 400
 — женских половых органов воспалительные, дополнительные методы обследования 7
 — параметрия, лечение оперативное 400
 Задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде 553
 Задний проход искусственный 499
 Зашивание брюшной раны при поперечном надлобковом разрезе 89
 — — — продольном разрезе 84
 — брюшной стенки, повреждение кишки 102
 Зондирование матки 166
 — — пробное 169
 Зуд наружных половых органов, дегенерация паравульварная 532, 533
 — — — реакция срамного нерва двухсторонняя 532
 Икота в послеоперационном периоде 548
 Иннервация внутренних половых органов 63
 Инструменты для гинекологических операций 37
 — — — подготовка 37
 — — — стерилизация 43
 Интерпозиция матки 299
 Истмико-цервикальная недостаточность 191
 — — — устранение по Любимовой 191
 — — — Сценди 195
 Истмическая гистеропексия 296
 Кесарево сечение 504
 — абдоминальное в нижнем сегменте 504
 — — — с поперечным разрезом 513
 — — — продольным разрезом
 — — — классическое с разрезом тела матки 504
 — — — анестезия местная по Вишневскому 507
 — — — влагалищное по Лейбчику 174
 — — — Лейбчику — Гендону 178
 — — — корпоральное 504, 505
 — — — техника 518
 — — — наркоз масочный 507
 — — — эндотрахеальный 506
 — — — с применением нейролептических и анальгетических средств 508
 — — — вфирно-кислородный 507
 — — — обезболивание 505
 — — — выбор метода 506
 — — — подготовка к операции 505
 — — — показания абсолютные 504
 — — — относительные 504
 Кетгут, заготовка 45
 — стерилизация 44
 — в люголевском растворе водном 45
 — — — спиртовом 44
 — — — парах йода сухим способом 44
 — — — хранение 45
 Киста бартолиновой железы, выщипывание 106
 — — — описание операции 109
 — — — — осложнения 109
 — — — — ретенционная 106
 — — — — влагалища 135
 — — — — шоколадная 398
 — — — — личника межсвязочная 353
 — — — — с выраженной ножкой 353
 Кишечная непроходимость в послеоперационном периоде 564
 Кишечник, паретическое состояние в послеоперационном периоде 553
 — повреждение при операции на придатках матки 395
 — — — — матке 282
 Кишечный шов 496
 Клейзаис влагалищно-промежностный неполный 308
 — — — описание операции 309
 Коллапс в послеоперационном периоде 560
 — диагностика дифференциальная (таблица) 561
 Кольпогистеротомия для прерывания беременности 174
 — по Лейбчику 174
 — по Лейбчику — Гендону 178
 — передняя 172
 — — — описание операции 174
 Кольпоклеязис 492
 — косой 492
 — низкий 492
 Кольпоперинеопластика 124, 126, 127
 — при ректоцеле 128
 Кольпоперинеоррафия 123
 — описание операции 128
 — с изолированным сшиванием леваторов 127
 Кольпопоз 418
 — из околоплодных оболочек 432
 — — — отрезков кишечника 419
 — — — сигмовидной кишки 424
 — — — по Александрову 424
 — — — одноруканному методу Гиговского 426
 — — — описание операции 428
 — — — при функционирующей матке 429
 — — — тазовой брюшины 433
 — — — одноэтапный метод 434
 — — — тонкой кишки 421
 — — — по Бальдвигу 421
 — по Киршнеру — Вагнеру 419
 — — — методу кожно-эпидермальной аутоотсплантации 430
 — — — с помощью малого таза 433
 Кольпоррафия задняя 123
 — — — передняя 115
 — — — описание операции 123
 — — — по Бумму 119
 — — — Мартину 120, 121
 — — — при дистоце 118
 — — — — схема 122
 — — — срединная видоизмененная при выпадении влагалища 322
 — — — описание операции 308
 — — — по Лефору — Нейгсбауэру 306
 Кольпотомия 73
 — задняя 96, 415
 — — — затруднения 105
 — — — последовательность выполнения 97
 — — — передняя 92
 — — — последовательность выполнения 96
 Кольпопелиотомия 73
 Кондиломы остроконечные удаление 110
 Конъюнктивит послеоперационный 563
 Кочергина — Спасокукоцкого способ обработки рук 46
 Крауроз наружных половых органов 142
 Кровоснабжение половых органов 60
 Кровотечение в детородном возрасте, обследование 7
 — — — послеоперационном периоде 559
 — дисфункциональное, обследование 7
 — при операции на придатках матки 392
 Кровь, изменения в послеоперационном периоде 550
 Кульдоскопия 326
 — — — осложнения 331
 — — — противопоказания 330
 — техника 330
 Култы, воспаление 563
 Лапароскопия 326
 — — — осложнения 329
 — — — показания 326
 — — — противопоказания 329
 — техника 327
 Лапаротомия 73
 Лимфаденэктомия экстраперитонеальная 273
 Лимфатическая система тазовой области 63
 Лимфатические узлы паховые и бедренные, удаление по методу Дюкена 138
 Манчестерская операция 297
 Марсуализация 346
 Матка, ампутация высокая 228
 — — — кровотечение 283
 — — — надвлагалищная 200
 — — — без придатков 201
 — — — — — через влагалище 224
 — — — — — описание операции 224
 — — — — — лоскутный метод 230
 — — — — — осложнения 277
 — — — — — с придатками 208
 — — — — — описание операции 208
 — — — — — вентросуспензия за круглые связки к брюшной стенке 293
 — — — — — ошибки 295
 — — — по Долеру — Джилюму 293
 — — — Кипарскому 294
 — — — выворот при удалении субмукозных узлов фибромиомы 278
 — — — выпадение 288
 — — — применение аллопластических материалов 303
 — — — — — экстирпация влагалищная 311
 — — — — — модификация автора 313
 — — — — — по Александрову 312
 — — — — — Елкину 311
 — — — — — Мейо 312
 — — — — — по Окянчиду 316
 — — — — — выскабливание 178
 — — — — — диагностическое 179
 — — — — — для прерывания беременности 181
 — — — — — при выкидыше неполном 184
 — — — — — раздельное 180
 — — — — — терапевтическое 180
 — — — — — двурогая, диагностика по Окянчиду 381
 — — — — — дефундация 228
 — — — — — зондирование 166
 — — — — — интерпозиция влагалищно-пузырная 299
 — — — — — операции, повреждения мочевого пузыря 278
 — — — — — мочеточников 280

- ранение кишечника 282
- опухоль, затруднения при выведении 277
- межсвязочная 216
- осложнения при операциях 277
- отрыв субсерозных узлов 282
- повреждение кишечника при операциях 282
- мочевого пузыря при операциях 278
- мочеточников 280
- субмукозная рождающаяся 32
- шеечная 215
- опущение 288
- перегородка в полости, метрорепластика по Штрассману 381
- перфорация 185
- при удалении субмукозных узлов фибромиомы 278
- подвешивание за круглые связки к брюшной стенке 293
- — — — — осложнения 295
- — — — — ошибки 295
- — — — — по Долери — Джилльму 293
- — — — — Гинарскому 294
- полипы, удаление 195
- — — — — осложнения 198
- положение неправильное, операции 288
- прободение при операциях 185
- разрыв(ы), зашивание 522
- — — — — операции 521
- — — — — экстирпация 523
- рак тела 276
- шейки, подготовка к операции 32
- ретродевиация 288
- ретрофлексия фиксированная 288
- фибромиома межсвязочная 216
- — — — — шеечная 215
- — — — — экстирпация 200
- — — — — без придатков через влагалище 218
- — — — — кровотечение 283
- — — — — осложнения 277
- — — — — расширенная при раке шейки 243
- — — — — тотальная 209
- Маточная(ые) связка(и) круглая(ые), отсечение от угла матки 395
- — — — — укорочение по Александеру — Адамсу 289
- — — — — Вебстеру — Бальди — Дартину 292
- — — — — Дедлею — Менге 292
- — — — — Козинскому 292
- — — — — при чревосечении 291
- — — — — трубы 53
- — — — — имплантация в матку 378
- — — — — пересадка в матку 378
- — — — — проходимость, проверка 376
- — — — — разрыв 332
- Маточный зев, рассечение задней губы 172
- Метрорепластика 381
- при двурой матке по Окинчицу 381
- — — — — перегородке в полости матки по Штрассману 381
- Миксулича тампон 71
- Миометрэктомия по Слепых 231
- Мочевой пузырь, повреждение при операциях 278, 394
- — — — — свежее 454
- Мочеспускание, задержка в послеоперационном периоде 553
- Мочеспускательный канал, дефект 475
- — — — — искусственный (по Атабекову) 479
- — — — — свищ 475
- Мочеточник(и) 58
- — — — — перерезка поперечная 455
- — — — — пересадка в кишку 484
- — — — — — — — — по Маркову 488
- — — — — — — — — Тихову 485
- — — — — — — — — толстую по Коффей — Мейо 488
- — — — — — — — — кожу 459
- — — — — — — — — мочевого пузыря 456
- — — — — — — — — по Боари 484
- — — — — повреждение боковое 455
- — — — — методы сшивания 455
- — — — — при операциях 280, 392
- — — — — свежие 455
- Наркоз комбинированный 11
- — — — — масочный 11
- — — — — эндотрахеальный 11
- — — — — при кесаревом сечении 508
- Недержание мочи, абдоминальная везико-уретральная суспензия 447
- — — — — лечение оперативное 436
- — — — — — — — — истончения ошибок 453
- — — — — — — — — осложнения 453
- — — — — операция Атабекова 441
- — — — — Гобеля — Штекеля — Матбича 449
- — — — — Келли 438
- — — — — Кеннеди 439
- — — — — Маршалла — Марчетти — Крайтца 447
- — — — — Олдриджа 451
- — — — — перегиба уретры Ингельман — Зандберга 444
- — — — — Фигурнова 445
- — — — — Штекеля 437
- — — — — пластика мышечная прямая 437
- — — — — пубококцигеальная Ингельман — Зандберга 441
- — — — — сфинктера уретры, описание операции 453
- — — — — ректопирамидально-апоневротическая 449
- Нейрохирургические операции в гинекологии 526
- Обезболивание, выбор метода 9
- — — — — при операциях акушерских 25
- — — — — гинекологических 26
- — — — — перитоните 15
- — — — — терминальных состояниях 15
- — — — — шок 15
- — — — — экстрагенитальных заболеваний 21
- — — — — с учетом возраста 14
- — — — — объема операции 16
- — — — — особенностей высшей нервной деятельности 13
- — — — — масочный способ 11
- — — — — местное 12
- — — — — противопоказания абсолютные 20
- — — — — относительные 21
- — — — — противопоказания к различным методам 17
- — — — — требования 12
- — — — — эндотрахеальный наркоз 11
- Обмен веществ, нарушения в послеоперационном периоде 548
- Обморок, диагностика дифференциальная (таблица) 561
- Обследование большой 6
- — — — — плановое 7
- Овариотомия 346
- Овариэктомия 346
- Оментоовариоэксексия 350
- Околояичниковый придаток 54
- Оперативная техника, общие положения 67
- Операционная 36
- Операционное белье 43
- — — — — подготовка 43
- Операционные перчатки, подготовка 43
- Операционный блок 35
- — — — — организация хирургической работы 35
- — — — — материал, подготовка 43
- Операция(и), бережное обращение с тканями 68
- — — — — Верггейма 245
- — — — — влагалищная, подготовка большого 30
- — — — — выбор метода 9
- — — — — гемостаз 68
- — — — — гинекологическая, общие положения 67
- — — — — консервативно-пластические, осложнения 277
- — — — — манчестерская 297
- — — — — на влагалище 106
- — — — — при неправильных положениях 288
- — — — — кишечнике, применяемые в гинекологии 494
- — — — — матке при неправильных положениях 288
- — — — — — — — — раке 243, 276
- — — — — — — — — фибромиомах 199
- — — — — наружных половых органах 106
- — — — — — — — — придатках матки 326
- — — — — — — — — шейке матки 143
- — — — — — — — — нейрохирургические при гинекологических заболеваниях 526
- — — — — обезболивание, выбор метода 9
- — — — — образования влагалища искусственного 418
- — — — — обследование больной 6
- — — — — переливание крови 73
- — — — — кровезамещающих жидкостей 73
- — — — — противошоковых жидкостей 73
- — — — — перетонизация культей 69
- — — — — подготовка больной 28
- — — — — диабетом 30
- — — — — желудочно-кишечного тракта 29
- — — — — персонала 46
- — — — — печени 30
- — — — — почек 30
- — — — — психопрофилактическая 32
- — — — — ротовой полости 29
- — — — — рук 46
- — — — — сердечно-сосудистой системы 28
- — — — — показания 5
- — — — — при бесплодии 375
- — — — — заболеваниях брюшины 400
- — — — — параметрия 400
- — — — — разрывах матки 504
- — — — — эндометриозе половых органов 396
- — — — — продолжительность 69
- — — — — противопоказания 6
- — — — — профилактика витаминной недостаточности 30
- — — — — стерилизации женщины 384
- — — — — укорочение круглых связок по Вебстеру — Бальди — Дартину 292
- — — — — урогинекологические 436
- — — — — Эммета 145
- Опухоль(и) влагалища доброкачественная 134
- — — — — заматочная кровяная при

- прервавшейся внематочной беременности 340
 — матки, затруднения при выведении в рану 277
 — — межсвязочная 216
 — — подготовка больной 32
 — — отрыв субсерозных узлов при выведении в рану 278
 — — ранение кишечника при операции 282
 — — мочевого пузыря при операции 278
 — — мочеточников 280
 — — прямая кишка при операции 282
 — — субмукозная, рождающаяся, подготовка к операции 32
 — — шеечная 215
 — — наружных половых органов доброкачественные 134
 — — — злокачественные 136
 — — яичника злокачественная 360
 — — ампутация матки надвлагалищная с придатками 363
 — — — резекция сальника 363
 — — межсвязочная 350
 — — обследование 8
 — — перекут ножки 359
 — — разрыв при операции на придатках матки 395
 — — с выраженной ножкой 353
 — — сращенная с брюшной стенкой 358
 — — — другими органами 358
 Опущение влагалища 288
 — — матки 288
 Органы дыхания, изменения в послеоперационном периоде 557
 Паравульварная денервация путем применения диатермокоагуляции 532
 Паралич наркотный в послеоперационном периоде 562
 Параметрит гнойный, вскрытие гнойника брюшно-стеночным методом 402
 — — передний, прокол гнойника пробный 405
 — — — влагалищным методом 407
 — — боковой, вскрытие гнойника, 408
 — — задний, вскрытие гнойника 407
 — — лечение оперативное 401
 Паротит послеоперационный 562
 Паховый канал, анатомия 50
 Пельвеперитонит 414
 Переливание крови при гинекологических операциях 73
 Перитонизация культи при гинекологических операциях 69
 Перитонит послеабортный 414
 — — разлитой острый 417
 — — послеоперационный 565
 — — послеродовый 414
 — — разлитой острый 417
 — — прободной в акушерско-гинекологической практике 408
 — — выбор, операция 410
 — — разлитой, перитонеальный диализ 413
 Перфорация матки 185
 — — при удалении субмукозных узлов фибромиомы 278
 Печень, подготовка к операции 30
 Пизиостеноз 493
 Питание в послеоперационном периоде 551
 Пластика при разрывах шейки матки 145
 — — — лоскутным методом 147
 — — — методом освежения 145
 — — — осложнения 147
 — — — противопоказания 145
 Пластические операции на влагалище и шейке матки, обследование 8
 Подготовка большой предоперационной 5
 Подчервное сплетение верхнее, резекция 526, 528
 — — — источники ошибок 531
 — — — описание операции 531
 — — — осложнения 531
 Полипы, матки, удаление 195
 Полипактомия матки 195
 — — — осложнения 198
 Половые органы, аномалии развития, обследование 8
 — — выпадение, репидивы 318
 — — опухоли доброкачественные 134
 — — — крауроз 142
 — — — операции 106
 — — — опухоли злокачественные 136
 — — — слоновость 135
 Послеоперационное отделение 540
 Послеоперационные боли 544
 Послеоперационный алкалоз 549
 — — ацидоз 548
 — — конъюнктивит 563
 — — паротит 562
 — — период 536
 — — активный метод ведения 550
 — — водный режим 551
 — — задержка мочеиспускания 553
 — — изменения в крови 550
 — — — со стороны органов дыхания 557
 — — икота 548
 — — интенсивная терапия 536
 — — — принципы 539
 — — кишечная непроходимость 564
 — — коллапс 560
 — — кровотечение 559
 — — наблюдение за состоянием швов 557
 — — нарушение водного обмена 549
 — — — обмена веществ 548
 — — — осложнения 536, 559
 — — — операционной раны 559
 — — паралитическое расширение желудка 564
 — — параличи наркотные 562
 — — паретическое состояние кишечника 553
 — — перитонит 565
 — — — питание 551
 — — — пролежни 563
 — — — психотерапия 543
 — — — рвота 547
 — — — состояние сердечно-сосудистой системы 555
 — — — температура тела 550
 — — — тромбоз 566
 — — — уменьшение хлоридов крови 549
 — — — уход за больными 536
 — — — ртом 551
 — — — шок 560
 — — — эмболия 566
 Почки, подготовка к операции 30
 Предоперационная 35
 Предоперационная подготовка 6
 — — — больных 5, 28
 Пресакральный нерв, резекция 526
 Придатки матки, заболевания воспалительные, операции 363
 — — — лечение оперативное 326
 — — — кровотечение при соскальзывании лигатур с культией связок яичника и трубы 392
 — — — операция, опасности 392
 — — — ошибки 392
 — — — повреждение кишечника 395
 — — — мочевого пузыря 394
 — — — мочеточника 392
 — — — разрыв опухоли 395
 — — — отсечение круглой маточной связки от угла матки 395
 — — — туберкулез 372
 Пробождение матки 185
 Пролежни в послеоперационном периоде 563
 Промежность, анатомия 64
 — — — разрыв, вторичный шов 132
 — — — II и III степени, наложение вторичного шва 132
 — — — полный, операция 129
 — — — описание 132
 — — — Брауде 130
 — — — методика 129
 Прямая кишка, ранение при операциях на матке 282
 Прямокишечно-маточное пространство 53
 Пузырьно-маточное пространство 53
 Пункция заднего свода влагалища 365
 Разрез(ы) брюшной стенки 78
 — — — поперечный 87
 — — — продольный 78
 — — — влагалищно-промежностный вспомогательный Шухардта 97
 Разрыв матки, зашивание 522
 — — — непольный 525
 — — — экстирпация 523
 — — — шейки матки 145
 — — — операция по лоскутному методу 147
 — — — — методу освежения 145
 — — — — Эммета 145
 — — — — пластика 145
 — — — — противопоказания 145
 Рак вульвы 136
 — — — матки, обследование 8
 — — — операции 243
 — — — тела, операции 276
 — — — экстирпация расширенная абдоминальная 245
 — — — шейки матки, брюшностеночно-влагалищный, комбинированный метод операции 271
 — — — лимфаденэктомия после лучевой терапии 273
 — — — подготовка к операции 32
 — — — операция Вертгейма 245
 — — — — при беременности 272
 — — — — удаление тазовых лимфатических узлов после лучевой терапии 273
 — — — — экстирпация радикальная влагалищная 262
 — — — — расширенная 243
 — — — — подготовка больной 244
 — — — — показания 243

— — — — — противопоказания 244
 Рана операционная, нагноение 563
 Рвота в послеоперационном периоде 547
 Резекция сигмовидной кишки 499
 — срамного нерва двухсторонняя 532
 — тонкой кишки 496
 — — анастомоз бок в бок 496
 — — — — — конец в конец 496
 Retroфлексия матки фиксированная 288
 Ротовая полость, подготовка к операции 29
 Сальник, резекция 363
 Сальпинголизис 375
 Сальпингостомия 376
 — боковая (латеральная) 376
 — трансверзальная 376
 Свищ(и) влагалищно-кишечный 503
 — каловый, зашивание 503
 — мочеиспускательного канала 475
 — моче-половой, обследование 8
 — — — — — операции 460
 — — — — — нефизиологические 491
 — — — — — подготовка больных к операции 31
 — мочеточниково-влагалищный 483
 — — — — — внутрибрюшинные методы хирургического лечения 484
 — — — — — операция Боари 484
 — — — — — Макенродта 483
 — — — — — Мандельштама 483
 — — — — — пузырно-влагалищный 460
 — — — — — большой, зашивание заплатным методом по Мандельштаму 470
 — — — — — в культе влагалища 471
 — — — — — высоко расположенные 467
 — — — — — зашивание 460
 — — — — — влагалищный путь 469
 — — — — — описание операции 463
 — — — — — применение трансплантатов 469
 — — — — — трансперитонеальное по Лёге 472
 — — — — — чрезпузырный внебрюшинный метод 467
 — — — — — показания 468
 — — — — — операция абдоминальная по Савицкой 472
 — — — — — влагалищная по Савицкой 473
 — — — — — Волковича 469
 — — — — — сложные 467
 — — — — — пузырно-шеечные, высоко расположенные 467
 — — — — — зашивание 463
 — — — — — влагалищный путь 469
 — — — — — внутрибрюшинный путь 467
 — — — — — описание операции 465
 — — — — — чрезпузырный внебрюшинный метод 467
 — — — — — сфинктера мочевого пузыря, зашивание по Атабекову 476
 — — — — — операция перемещения дна мочевого пузыря 478
 — уретро-вагинальный 475
 — — — — — зашивание 475
 — уретро-везико-вагинальный 475
 — — — — — зашивание 475
 — — — — — шеечно-влагалищные, зашивание 161
 — — — — — методика Ельцова — Стрелкова 164

— — — — — Вачназде 161
 Связка(и) воронко-тазовая 58
 — — — — — крестцово-маточные 58
 — — — — — круглые маточные, укорочение по Александру — Адамсу 289
 — — — — — Вебстеру — Бальди — Дартину 292
 — — — — — Дедлею — Менге 292
 — — — — — Ельцову — Стрелкову 303
 — — — — — Козинскому 292
 — — — — — при чревосечении 291
 — — — — — Макенродта 56
 — — — — — маточная круглая 57
 — — — — — широкая 56
 — — — — — яичника подвешивающая 58
 — — — — — собственная 58
 Сердечно-сосудистая система, подготовка к операции 28
 — — — — — состояние в послеоперационном периоде 555
 Сигмовидная кишка, резекция 499
 Синдром тазовых болей 526
 Скарфикация шейки матки 145
 Словообразование наружных половых органов 135
 Срамной нерв, резекция 532
 — — — — — двухсторонняя, описание операции 535
 — — — — — техника 534
 Стерилизационная 35
 Стерилизация женщины абсолютная 384
 — — — — — временная, оперативные методы 389
 — — — — — по ван ден Вельду 390
 — — — — — Тюренну 390
 — — — — — Штеккелю 390
 — — — — — оперативная 384
 — — — — — операция на маточных трубах 384
 — — — — — с резекцией труб на протяжении 384
 — — — — — по Мадленеру 388
 — — — — — Груздеву 388
 — — — — — путем иссечения истмической части маточной трубы по Брауде 387
 — — — — — клиновидного иссечения интерстициальной части маточной трубы 386
 Стоматогистероклейзис 492
 Таз, анатомия 52
 Тазовое дно, анатомия 64
 Тазовые органы, анатомия 52
 Тампон Микулича 71
 — — — — — по Логотетопулосу 286
 Температура тела в послеоперационном периоде 550
 Тонкая кишка, резекция 496
 Трехделенбургское положение 73
 Тромбоз в послеоперационном периоде 566
 Труба, удаление 368
 — — — — — с яичником 368
 Туберкулез придатков матки 372
 — — — — — удаление 372
 — — — — — абдоминальное, описание операции 374

Уретра, разрушение полное, операция Волковича 481
 Уретропластика по Волковичу 481
 — — — — — Мажбицу 479
 — — — — — Отту 479
 — — — — — Фейгелю 481
 Уретропроз по Мажбицу 479
 Урогинекологические операции 436

Уход в послеоперационном периоде 536, 551

Фибромиома(ы) матки атипические, операция 214
 — — — — — выворот при удалении субмукозных узлов 278
 — — — — — межсвязочная 216
 — — — — — обследование 8
 — — — — — операции 199
 — — — — — во время беременности 239
 — — — — — в послеродовом периоде 239
 — — — — — в родах 239
 — — — — — консервативно-пластические 225
 — — — — — осложнения 277, 287
 — — — — — по Александру 235
 — — — — — противопоказания 237
 — — — — — показания 199
 — — — — — противопоказания 199
 — — — — — перфорация при удалении субмукозных узлов 278
 — — — — — шеечная 215
 — — — — — описание операции 218
 — — — — — ануклеация узлов интерстициальных 226
 — — — — — путем чревосечения 226
 — — — — — субмукозных 226
 — — — — — субсерозных на ножке 225

Хлориды крови, уменьшение в послеоперационном периоде 549

Чревосечение брюшностеночное 73
 — — — — — методика 77
 — — — — — осложнения 102
 — — — — — ошибки 99
 — — — — — предупреждение 99
 — — — — — повреждение кишечника 100
 — — — — — мочевого пузыря 101
 — — — — — сальника 100
 — — — — — при обильном развитии жировой клетчатки 99
 — — — — — сращения брюшной стенки с органами брюшной полости, опасности 100
 — — — — — тонких брюшных покровах 100
 — — — — — техника 77
 — — — — — влагалищное 73
 — — — — — затруднения 104, 105
 — — — — — методика 90
 — — — — — ошибки 104
 — — — — — предупреждение 104
 — — — — — ранение мочевого пузыря 104
 — — — — — техника 90
 — — — — — оставление инородных тел 103

Шейка матки, ампутация 149
 — — — — — высокая 149, 152
 — — — — — описание операции 153
 — — — — — клиновидная 149
 — — — — — описание операции 151
 — — — — — по Шредеру 149
 — — — — — конусовидная 149, 154
 — — — — — описание операции 156
 — — — — — по методу Штурмдорфа 154
 — — — — — осложнения 156
 — — — — — показания 149
 — — — — — биопсия 143
 — — — — — ошибки 144
 — — — — — диспизия 170
 — — — — — «несостоятельность» 191
 — — — — — операции 143
 — — — — — при разрывах, ослож-

нения 147
 --- пластические при разрывах 145
 --- рак, подготовка к операции 32
 --- раскрытие канала 166
 --- рассечение 170
 --- боковое 170
 --- расширение канала 166
 Шеечный канал, заращение, операция по Ельцову — Стрелкову 159
 --- расширение 168
 --- острым путем 170
 --- тупым путем 168
 Шелк, стерилизация 44
 Шов кишечный 496
 Шовный материал, стерилизация 43
 Швы послеоперационные, наблюдение за состоянием 557
 Шок, диагностика дифференциальная (таблица) 561
 --- в послеоперационном периоде 560
 Шукардта вспомогательный влагалищно-промежностный разрез 97
 Экзентерация малого таза 243
 Экзогистеропексия по Кохеру 299
 Экстирпация матки 200
 --- влагалищная без придатков 218

--- описание операции 223
 --- модификация автора 313
 --- по Александрову 312
 --- Елкину 311
 --- Мейо 312
 --- Митра 270
 --- при выпадении 311
 --- кровотечение 283
 --- осложнения 277
 --- по Окничицу 316
 --- радикальная влагалищная 262
 --- расширенная абдоминальная 245
 --- описание операции 261
 --- подготовка большой 244
 --- показания 243
 --- при раке шейки 243
 --- противопоказания 244
 --- техника 246
 --- тотальная 209
 --- с придатками, описание 214
 --- паховых лимфатических узлов по Дюкену 138
 Электроанальгезия 545
 Электрод-конизатор Роговенко 158
 Электроконизация 158
 Эмболия в послеоперационном периоде 566
 Эммета операция 145

Эндометрий, ауто трансплантиция 228
 Эндометриоз внутренний 399
 --- в области пупка 399
 --- половых органов 396
 --- операции, осложнения 399
 --- прямокишечно-влагалищной перегородки 399
 --- яичников 398
 Эндоскопическое исследование в гинекологии 326
 Эстеростомия 503
 --- подвесная 503
 Эпизимоклейзис 493
 --- неполный по Лабгардту 308
 Яичник(и) 54
 --- киста, вылушение 348
 --- интралигаментарная, описание операции 350
 --- с выраженной ножкой 353
 --- опухоль злокачественная 360
 --- межсвязочная 350
 --- перекут ножки 359
 --- с выраженной ножкой 353
 --- сращенная с брюшной стенкой 358
 --- другими органами 358
 --- пересадка в матку 380
 --- резекция 347
 --- показания 347
 Яичниковый придаток 54

Содержание

Предисловие ко второму изданию	3
I. Предоперационная подготовка больных	5
Показания к операции	5
Обследование больной	6
Выбор метода операции	9
Выбор метода обезболивания	9
Подготовки больной к операции	28
II. Операционный блок и организация хирургической работы	35
Операционный блок	35
Инструменты и их подготовка	37
Операционный материал, белье, перчатки и их подготовка	43
Материал для швов и его стерилизация	43
Подготовка оперирующего персонала	46
III. Хирургическая анатомия при гинекологических операциях	47
Анатомия брюшной стенки	48
Анатомия области таза	52
Анатомия тазового дна и области промежности	64
IV. Общие положения при гинекологических операциях	67
Общие положения оперативной техники	67
Методика и техника чревосечения у женщин	73
Методика и техника брюшностеночного чревосечения	77
Разрезы брюшной стенки	78
Методика и техника влагалищного чревосечения	90
Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез Шухардта	97
Источники ошибок и их предупреждение при брюшностеночном чревосечении	99
Источники ошибок и их предупреждение при влагалищном чревосечении	104
V. Операции на наружных половых органах и влагалище	106
Вылущивание кисты большой железы преддверия влагалища (бартолиновой железы)	106
Вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища	109
Удаление остроконечных кондилом	110
Операции на девственной плеве	111
Операции при заращении влагалища	113
Операции при опущении стенок влагалища	116
Передняя кольпоррафия	116
Кольпоперинеоррафия	123
Операции при полном разрыве промежности	129
Наложение вторичного шва при разрывах промежности II и III степени	132
Операции при доброкачественных опухолях наружных половых органов и влагалища	134
Операции при кисте влагалища	135
Операции при слоновости наружных половых органов	135
Операции при злокачественных опухолях наружных половых органов	136
Операция при краурозе наружных половых органов	142

VI. Операции на шейке матки	143
Биопсия шейки матки	143
Скарификация шейки матки	145
Пластика при старых разрывах шейки матки	145
Ампутация шейки матки	149
Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки	149
Высокая ампутация шейки матки	152
Конусовидная ампутация шейки матки	154
Возможные осложнения при ампутациях шейки матки	156
Круговая диатермоэксцизия (электрокоагуляция)	158
Операция при заращении шейечного канала	159
Операция при зашивании шейечно-влагалищных свищей	161
Расширение и раскрытие канала шейки матки	166
Зондирование матки	166
Расширение шейечного канала	168
Рассечение шейки матки	170
Передняя гистеротомия	172
Кольпогистеротомия с целью прерывания беременности	174
Выскабливание матки	178
Диагностическое выскабливание матки	179
Выскабливание матки с целью прерывания беременности	181
Искусственный аборт методом вакуум-аспирации	181
Выскабливание матки при неполном выкидыше	184
Прободение матки при операциях	185
Операции при истмико-цервикальной недостаточности	191
Удаление полипов матки (полипэктомия)	195
VII. Операции на матке при фибромиомах	199
Надвлагалищная ампутация матки без придатков	201
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	208
Тотальная экстирпация матки	209
Операции при атипических фибромиомах матки	214
Экстирпация матки без придатков через влагалище	218
Надвлагалищная ампутация матки без придатков через влагалище	224
Консервативно-пластические операции при фибромиомах матки	225
Энуклеация узлов фибромиомы матки путем чревосечения	225
Дефундация и высокая ампутация матки	228
Аутотрансплантация эндометрия	228
Миомэктomia по методике Слепых	231
Консервативно-пластические операции при фибромиомах матки по Александрову	235
Операции при фибромиомах матки во время беременности, в родах и послеродовом периоде	239
VIII. Операции при раке матки	243
Расширенная экстирпация матки при раке шейки	243
Техника расширенной экстирпации матки	246
Техника радикальной влагалищной экстирпации матки	262
Особенности влагалищной экстирпации матки по методу Митра	270
Комбинированный брюшно-тазово-влагалищный метод операции при раке шейки матки	271
Операции при раке шейки матки и беременности	272
Операции для удаления тазовых лимфатических узлов после лучевой терапии рака шейки матки	273
Операции при раке тела матки	276
Возможные осложнения и их предупреждение при консервативно-пластических операциях, надвлагалищной ампутации и экстирпации матки	277

IX. Операции при неправильных положениях матки и влагалища	288
Внебрюшинная операция укорочения круглых связок по Александру—Адамсу	289
Укорочение круглых маточных связок при чревосечении	291
Операции, подвешивающие матку за круглые связки к брюшной стенке	293
Истмическая гистеропексия	296
Манчестерская операция	297
Интерпозиция матки	299
Экзогистеропексия по Кохеру	299
Гистеропексия по Григорию	301
Вагинофиксация по Богушу	303
Операции при выпадении матки с применением аллопластических материалов	303
Срединная кольпоррафия по Лефору—Нейгебауэру	306
Операция неполного влагалищно-промежностного клейзиса	308
Влагалищная экстирпация матки при ее выпадениях	311
Операция полного удаления матки и влагалища по Окинчицу	316
Операции при рецидивах выпадения половых органов	318
Операции при вывороте матки	322
X. Оперативное лечение заболеваний придатков матки	326
Операции при внематочной беременности	332
Операция при разрыве маточной трубы	332
Операция при трубном аборте	338
Операция при прервавшейся внематочной беременности с наличием заматочной кровяной опухоли	340
Операции при редких формах внематочной беременности	343
Овариотомия	346
Резекция яичника	347
Вылущение кисты яичника	348
Оментоовариопексия	350
Удаление опухолей яичника и его придатков, расположенных межсвязочно	350
Удаление кист и опухолей яичника, имеющих выраженную ножку	353
Удаление опухолей яичника при сращениях с брюшной стенкой и другими органами	358
Операция удаления опухоли яичника при перекручивании ее ножки	359
Операция при злокачественных опухолях яичника	360
Операции при воспалительных заболеваниях придатков матки	363
Операция удаления придатков матки при поражении их туберкулезом	372
XI. Оперативное лечение женского бесплодия	375
Сальпинголизис	375
Сальпингостомия	376
Операция пересадки маточных труб в матку	378
Пересадка яичника в матку	380
Метропластика	381
XII. Оперативная стерилизация женщины	384
Операции стерилизации на маточных трубах	384
Оперативные методы временной стерилизации женщины	389
Ошибки и опасности при операциях на придатках матки	392
XIII. Операции при эндометриозе половых органов	396
XIV. Оперативное лечение заболеваний параметрия и брюшины	400
Оперативное лечение гнойного параметрита	401
Брюшнопочечный метод вскрытия гнойника	402

Влагалищный метод вскрытия гнойника	407
Прободной перитонит в акушерско-гинекологической практике	409
Послеродовой и послеабортный перитонит	414
XV. Операции образования искусственного влагалища	418
Техника операции кольпопоза из тонкой кишки	421
Операции образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки	424
Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки по Александрову	424
Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки по однорукавному методу Гиговского	426
Операция кольпопоза из сигмовидной кишки при функционирующей матке	429
Операция кольпопоза по методу кожно-эпидермальной аутоотрансплантации	430
Операция кольпопоза из околоплодных оболочек	432
Операции кольпопоза с помощью брюшины малого таза	433
Операции при частичном заращении влагалища	435
XVI. Урогинекологические операции	436
Оперативное лечение неудержания мочи (А. С. Слепых)	436
Источники ошибок, возможные осложнения при операциях по поводу неудержания мочи (А. С. Слепых)	453
Операции при повреждении мочевых путей	454
Операции при мочеполовых свищах	460
Пузырно-влагалищные свищи	460
Пузырно-шеечные свищи	463
Высоко расположенные и сложные пузырно-влагалищные и пузырно-шеечные свищи	467
Пузырно-влагалищные свищи в культе влагалища	471
Свищи и дефекты мочеиспускательного канала	475
Мочеточниково-влагалищные свищи	483
Пересадка мочеточника в кишку	485
Нефизиологические операции при мочеполовых свищах	491
XVII. Операции на кишечнике, применяемые в гинекологической практике	494
XVIII. Кесарево сечение и операции при разрывах матки	504
Кесарево сечение	504
Операции при разрывах матки	521
XIX. Нейрохирургические операции при гинекологических заболеваниях (А. С. Слепых)	526
Резекция верхнего подчревного сплетения	528
Резекция срамных нервов	532
XX. Послеоперационный период и его осложнения	535
Уход за больными в послеоперационном периоде	535
Осложнения в послеоперационном периоде	559
Л и т е р а т у р а	566
Предметный указатель	567

Персианинов Леонид Семенович

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Редактор К. В. Порай-Кошиц

Художественный редактор Н. А. Гурова.

Корректор Т. Г. Засыпкина

Техн. редактор В. С. Артамонова.

Переплет художника Л. М. Чернышова

Сдано в набор 26/IX 1974. Подписано к печати 19/VIII 1975. Формат бумаги 70×100¹/₁₆. 36,0 печ. л.+1,375 печ. л. вкл. (условных 48,59 л.) 45,28 уч.-изд. л. Бум. тип. № 1. Тираж 10 000 экз. МН—76. Цена 4 р. 55 к.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Заказ 661. Ярославский полиграфкомбинат «Союзполиграфпрома» при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.