

Кинель-Черкасская районная больница Куйбышевского края
(главврач Н. С. Сухинин).

К вопросу об оперативном лечении выпадений женских половых органов¹⁾.

К. М. Ворожцов.

Громадное количество способов операций предложено при выпадениях матки и влагалища. Вопрос о лечении этого распространенного, особенно среди населения деревни, страдания не раз ставился на повестку дня наших отечественных, а также и зарубежных акушерско-гинекологических съездов. Это говорит о том, что радикального способа лечения этого страдания еще нет.

Наиболее распространенными и излюбленными, судя по наблюдениям и литературным данным, являются способы Хегара, Кохера, Дольери-Джилльяма, Александрова-Вертгейм-Шаута и Отта.

Но надо определенно сказать, что каждый гинеколог оперирует своим способом, который является тем или иным видоизменением общеизвестных методов.

Если мы обратимся к анализу всех предлагаемых в литературе методов, а также и к изучению всех рецидивов после операций, имеющих место довольно часто, то увидим одну чрезвычайно существенную ошибку. Забывается, что выпадение матки есть не что иное, как грыжа со всеми ее признаками, и к этой операции надо подходить так же, как хирург подходит к оперированию грыжи. Ни один хирург не остановится при операции грыжесечения только на удалении или фиксации грыжевого мешка, оставив незащитым грыжевое отверстие.

В большинстве же предлагаемых способов как раз укрепляют только матку, а грыжевое отверстие в виде громаднейшей зияющей дыры в тазовом дне оставляют открытым.

Нередко можно встретить в литературе не только игнорирование зашивания грыжевого отверстия, но и отрицание его значения. Так, например, Драверт („Каз. мед. журнал“, 1926), предлагая свой способ—переделка Кохера, говорит, что нет необходимости дополнять данную операцию восстановлением промежности, особенно в случаях первичного выпадения.

Проф. Губарев, описав в своей „Оперативной гинекологии“ операцию Мёрфи, заключает: „Уже из одного описания этой операции видно, что по заживлении ни о каком рецидиве после нее думать не придется“.

Если считать виновницей этого страдания матку, то это, пожалуй, верно. Матка, подтянутая почти к пупку по Кохеру и другим вентрофиксирующим методам, не выпадает, но все же через весьма короткий срок (ко мне попадали больные через 18 дней после выписки из больницы) больная возвращается с жалобами на выпадение матки со всеми тяжелыми субъективными ощущениями, которых вышеуказанные операции не устраняют.

Выпадают передняя и задняя стенки влагалища.

¹⁾ Доложено в К.-Черкасском научно-медицинском о-ве.

Ошибку делают и те, которые стараются укрепить грыжевое отверстие за счет слизистой влагалища, кожи промежности и малоценных мышц мочеиспускательного треугольника, ценность которых, как пластического материала, понижается еще вследствие атрофии, которой они обычно подвергаются при выпадениях матки. Я имею в виду переднюю и заднюю пластику по Хегару и другие подобные операции. Такими чрезвычайно растяжимыми тканями укрепить грыжевое отверстие невозможно, и поэтому эффект от этих операций очень непрочный.

Вопрос о выпадениях матки стоял программным вопросом на VI все-союзном съезде акушеров-гинекологов. Здесь были представлены разнообразные взгляды на этиологию этого страдания и предложены разнообразные методы лечения его.

Большинство выступавших на съезде признает роль тазового дна главным этиологическим моментом, и каким бы способом ни оперировать—укрепление тазового дна считается обязательным.

Много споров вызвал способ укрепления тазового дна. Одни считают изолированное сшивание леваторов необязательным, другие, наоборот, считают это главным требованием.

Вся беда в том, что большинство выступавших и на съезде, а также и в медицинской литературе с предложением тех или других способов, не имеет длительного наблюдения за оперированными больными, и, таким образом, отдаленные результаты разных способов оперирования не проверяются.

Испробовавши почти все существующие способы и получивши от большинства из них горькое разочарование, я остановился на комбинации способа Александрова-Вертгейм-Шаута *interpositio uteri vesicovaginalis* со способом Д. О. Отта восстановления тазового дна при помощи сшивания изолированных леваторов и создания, таким образом, искусственной промежности, в основе которой лежит мощный мышечно-фасциальный пласт. Эту комбинацию я применяю в большинстве случаев оперирования выпадений матки. К другим способам я прибегаю только в тех случаях, когда нельзя оставить матку.

За время работы в К.-Черкасской больнице с 1930 по 1935 г. у меня накопился небольшой, но хорошо проверенный на довольно большие сроки, материал, который меня убедил в верности моих рассуждений и выборе метода оперирования.

Всего прооперировано вышеуказанным способом 71 случай выпадений матки и влагалища, из них не проверены совсем 4 случая, проверены 67 случаев:

на 1-2 мес.	до 6 мес.	до 1 г.	до 2 л.	до 3 л.	до 4 л.
3	8	16	15	13	12

На все 67 случаев обнаружен только один рецидив, на котором стоит остановиться, так как он также характеризует значение изолированного сшивания леваторов.

Большая Ж., ист. бол. № 1298, 1931 г.,—полное выпадение матки и влагалища, из-за чего 3 года тому назад ее оставил муж. При операции, имея в виду возраст—42 г., а также и упорное отрицание половой жизни, больной не была про-

изведена стерилизация, которая является *conditio sine qua non* при способе А.-В.-Ш.

Через непродолжительное время после операции муж снова возвратился к ней, и она забеременела. Не подозревая опасности беременности, она не обратилась ко мне своевременно и явилась тогда, когда у ней уже наступил самопроизвольный выкидыш в возрасте $3\frac{1}{2}$ —4 мес.

Производство выскабливания такой объемистой матки, находящейся в измененном положении, которое создается операцией А.-В.-Ш., было чрезвычайно затруднено, и при форсированном нажимании зеркалом на промежность произошло расхождение леваторов, т. е. результат операции Отта сведен к нулю. Через год больная явилась с рецидивом, который выражался в резком выпячивании передней стенки влагалища с вшитой в нее маткой.

Все мои больные—крестьянки, занимающиеся преимущественно тяжелым физическим трудом.

Возраст: до 30 лет—6, от 30 до 40 лет—17, от 40 до 50 лет и выше—48 б-ных.

Как и все авторы, описывающие операцию А.-В.-Ш., я должен отметить большую кровоточивость во время операции и в первые дни послеоперационного периода, а также лихорадку в первые дни после операции (иной раз свыше 38°), но эти осложнения окупаются эффективностью способа оперирования.

Выписка больных производится через 10—15 дней после операции. Никаких жалоб со стороны мочевого пузыря больные не предъявляли.

Смертельных исходов не было.

Тщательно проведенная подготовка больных к операции—залечивание эрозий и пролежней, хорошая дезинфекция влагалища; при операции—тщательное ушивание леваторов и всей освеженной поверхности путем наложения обильного количества кетгутовых погружных швов с целью исключения возможности оставления „мертвых“ пространств и образования гематом; хороший уход за промежностью в послеоперационном периоде, который я обычно провожу сам,—все это обеспечило мне такой хороший результат.

Выводы. 1. Выпадение матки есть грыжа, и при оперативном лечении ее надо подходить так же, как хирург подходит к операции грыжи, т. е. удалить или фиксировать грыжевой мешок и зашить грыжевое отверстие.

2. Для этой цели одной операцией удовлетвориться нельзя, надо применять комбинации.

3. Для удовлетворения первой части предложения, т. е. для фиксации грыжевого мешка, можно применять любую из общеизвестных операций. Я считаю пригодной операцию Александра для очень многих случаев. Для зашивания грыжевого отверстия—операция Отта с изолированным сшиванием леваторов.