

В области пупка уплотнение, циркулярно его охватывающее. Слева на фоне уплотнения опухоль 2×2 см плотнотканчатой консистенции, темно-фиолетового цвета.

18/XI опухоль иссечена вместе с пупком и подлежащим участком апоневроза. Центральная часть раны заживала вторичным натяжением, так как здесь по просьбе больной была сделана пластическая операция формирования пупка путем сшивания кожи и апоневроза.

Гистологическое исследование подтвердило диагноз эндометриомы, выписана здоровой.

К., 43 лет, госпитализирована в клинику 15/II 1958 г. Больную беспокоила опухоль в области пупка. Больна около 3 лет. К врачам ранее не обращалась. За последнее время стала отмечать периодическую болезненность в области пупка, причем опухоль временами становилась более плотной.

В области пупка опухоль плотной консистенции $1,5 \times 1,5$ см, ограниченная в подвижности, умеренно болезненная. Кожные покровы над ней синюшные.

19/II 1958 г. под местной анестезией опухоль вместе с пупком иссечена. Препарат на разрезе представлял собой ткань белого цвета с множественными точечными включениями. Микроскопическое исследование установило эндометриому.

О., 38 лет, поступила в онкологический диспансер Дзержинска 14/III 1960 г. по поводу опухоли в послеоперационном рубце. В 1951 и в 1954 гг. производилось кесарево сечение. Вскоре после последней операции заметила уплотнение в рубце, которое постепенно увеличивалось в размерах. В 1959 г. стала отмечать болезненность и набухание этого образования в дни менструаций.

От лона до пупка по средней линии окрепший послеоперационный рубец. В верхней части его плотное болезненное образование около 3 см в диаметре, интимно связанное с кожей, имеющей синюшно-багровую окраску.

18/III 1960 г. произведено иссечение опухоли с кожей в пределах здоровых тканей. При гистологическом исследовании удаленного препарата диагностирована эндометриома.

Поступила 21 марта 1962 г.

ЩАДЯЩИЕ МОМЕНТЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА

Засл. врач РСФСР доц. Я. И. Калинин

(Саратов)

Несомненно, нет теперь ни одного врача, который не считал бы искусственный аборт вредной операцией, наносящей повреждения как половому аппарату, так, в более или менее отдаленном времени, и всему организму женщины. Обязанность каждого акушера — сделать эту операцию наиболее щадящей.

Начнем с инструментов. Наиболее пригодны для операции искусственного аборта желобоватые зеркала, они не слишком растягивают влагалище и не способствуют крайнему низведению шейки. Зеркала типа Фрича (плоские и короткие) менее пригодны.

Пулевые щипцы на переднюю и заднюю губы применяются чаще, чем щипцы Мюзе. Пулевые щипцы всегда должны быть хорошо пригнаны и с хорошим замком. При захватывании шейки пулевыми щипцами надо стараться не заходить в глубь цервикального канала, иначе при расширении каждый расширитель будет резко надавливать на находящуюся внутри канала часть бранши и тем самым способствовать разрыву. Лучше захватывать шейку не в прямом, а в поперечном разрезе, горизонтально, выше и ниже наружного отверстия шеечного канала.

У первобеременных с резко конической шейкой вместо пулевых щипцов можно рекомендовать так называемые «шелковые держалки», наложенные с помощью иглодержателя на переднюю и заднюю губы шейки; крутые иглы с прочными нитками вводятся со стороны цервикального канала и выводятся над наружным зевом спереди и сзади в расстоянии сантиметра от края. Шелковые «держалки» захватываются пеланами; передний пепан берет помощник, а задний — оператор.

Зонд предпочитается Мартина с делениями; должен быть на столе также и пугочатый, гибкий, которому можно было бы придать любую форму.

Расширители. Обязательны конические расширители с полуномерами; они более постепенно, бережнее растягивают ткань, чем цилиндрические и с целыми номерами.

Абортцанг должен быть без кремальеры, которая только затрудняет и замедляет операцию.

Кюретки. При операции необходимо иметь несколько номеров кюреток, тупых и острых и полуострых разной величины (№№ 3, 4, 5, 6), гибкости и остроты. При

ретрофлексии употребляются мягкие гибкие кюретки. Кюретки, как и расширители, захватываются тремя пальцами, вводятся «мягкой» рукой, выводятся более твердой, с некоторым давлением.

Необходимо проводить психологическую подготовку больной к операции. Надо вызвать в ней решимость перенести операцию совершенно спокойно.

К общему наркозу прибегать не следует.

Операция искусственного аборта требует напряженного внимания акушера, так как и малейшее отклонение руки от намеченного направления может дать совсем неожиданный результат.

Перед операцией хирург должен быть собран, сосредоточен. Такое состояние может быть только при постоянном напряжении внимания, неуклонном желании не сделать лишнего движения во время работы — лишнего соскобов, их надо сделать столько, сколько нужно, не спеша и ни одного лишнего, так как лишний уже вреден. Поэтому никаких отвлечений, посторонних разговоров во время операции не должно быть.

Счень важный вопрос — сколько можно сделать операций в течение рабочего дня? Я бы считал очень полезным между операциями перерыв в 10—15 мин. и делать не более 6 абразий в течение рабочего дня.

Перед операцией, конечно, необходимо точно знать срок беременности и положение матки; исследовать больную надо обязательно и перед самой операцией.

Прежде чем начать расширять матку считаю абсолютно необходимым зондировать ее. При зондировании изучается направление цервикального канала. Может встретиться при этом препятствие в виде складки или «гребешков» (Иванов) в области внутреннего зева. Тогда не надо форсировать, силою преодолевать препятствие. Надо вовремя остановиться и спокойно разобраться, в чем дело. И когда станешь бережно работать, зондируя в разных направлениях, то скоро выходишь из затруднения.

Если мы не в состоянии пройти через внутренний зев 3—4 номером расширителя Гегара, то производим сначала расширение шеечного канала до препятствия номерами 6—7 отдельно, предварительно, и часто после такого частичного расширения внутренний зев становится уже проходимым для № 4, и тогда начинаем обычное расширение.

Введение расширителя производится строго по изученному направлению канала, ни в коем случае не отступая от него, и медленно, не производя буравящих движений (Г. Г. Гентер), постепенно усиливая давление. Расширителем заходим только за внутренний зев, не доводим его до дна, во избежание перфорации и излишней травмы матки.

При беременности в 7—8 недель, в зависимости от величины матки, обычно расширяем до № 10—11, в 10 недель — до № 12—13 (Г. Г. Гентер), в 12 недель — до № 13—14.

Чем меньший срок беременности, тем и число соскабливающих движений должно быть меньше, меньше наносится травма матке. Обычно 35—80 соскабливающих движений бывает достаточным при беременности в 6—7 недель. Вести счет этих вхождений инструментов в матку считаю для себя обязательным.

По мере уменьшения полости матки при выскабливании кюретка соответственно меняется на меньшую. Во время выскабливания левая рука все время находится на матке и поддерживает ее, по возможности, давлением на заднюю поверхность, а передние пулевые удерживает помощник. При фиксированной ретрофлексии необходимо употреблять гибкую кюретку, которой можно придать любую форму, наиболее целесообразную, а потому и щадящую для данной формы изгиба. При ретроверсии-флексии иногда подкладываем под шейку матки указательный палец левой руки в желоб зеркала, тогда тыловой поверхностью пальца стараемся поднять матку на встречу кюретке и сделать матку более доступной для кюретки.

При беременности в 8—10 недель и больше операцию, как правило, начинаем с зондирования, расширения и введения абортанга. Мне хочется думать, что назначение абортанга здесь состоит главным образом в удалении большей части плодного яйца, а назначение кюретки — в удалении остатков этого яйца.

Абортанг без кремалеры вводится замкнутым, и им производятся сначала как бы зондирующие движения с намерением найти место прикрепления яйца. Только по нахождении яйца абортанг раскрывается и старательно захватывает яйцо, и когда оно очень рыхло прикреплено, то 4—5 вхождений в матку абортанга бывает достаточно, чтобы большая часть яйца была удалена. Удаляемое пристально рассматривается, и если попадают части плода, то сосчитываются ручки, ножки.

Левая рука хирурга при работе абортангом и кюреткой обязательно лежит на дне матки или захватывает дно матки.

Операция всегда заканчивается последними мягкими проверочными движениями кюреткой; кюретка устанавливает время прекращения операции. Кюретка тогда дает особенный своеобразный скрипящий хруст по всей поверхности полости матки, который свидетельствует о том, что в матке нет частей плодного яйца и что кюретка касается уже мышечного слоя матки. Кюретка дает нам знать и о том, что передняя стенка матки начинает прилегать к задней, кюретку трудно перевернуть в сократившейся матке, и, наконец, кровотечение прекращается.

В последнее время мы совершенно отказались от смазывания полости матки йодом, считая, что йод действует прижигающе-губительно на оставшиеся клетки спонгиозного слоя; йод задерживает регенерацию слизистой.

При операции, когда выявляется трудное расширение, пулевыми щипцами захватываются обе губы. При бережном расширении, после каждого расширителя, проходящего туго, с усилием, нажимом, расширитель на несколько секунд задерживается в матке.

По окончании операции выскабливания матку ставим в правильное положение.

В заключение надо подчеркнуть, что при операции выскабливания мы должны опасаться возможных тяжелых осложнений, прежде всего — перфорации матки. Когда заподозрена перфорация, необходимо сейчас же или во всяком случае экстренно подтвердить ее или исключить. При перфорации кюреткой или абортцангом операция аборта прекращается, чтобы немедленно организовать лапаростомию.

При выскабливании, при любом сроке беременности, но чаще с III месяца, может возникнуть сильное кровотечение. Тогда левая рука энергично массирует матку, вызывая ее сокращение, а правая — быстро и уверенно работает абортцангом, опорожняя матку, а после — кюреткой. При редко наблюдаемой гипотонии матки, кроме массажа матки, даем сокращающие — эрготин, питuitрин и др., применяем тампонаду матки на 5—10 часов.

ВЫВОДЫ

1. При операции выскабливания всегда должно быть правильное положение матки (по средней линии).

2. Необходимо медленное расширение с полуномерами и строго по ходу шеечного канала.

3. Во время нахождения в матке кюретки, абортцанга или корнцанга на дне матки должна быть левая рука оператора, оказывающая противодействие в точке, которой касается внутри тот или иной инструмент, причем левая рука делает и массаж матки, когда это нужно, при остром расслаблении стенок матки (Н. В. Марков), при кровотечении, параличе.

4. При ретрофлексии, после выведения матки, последняя по возможности удерживается левой рукой во время операции.

5. Операции делать, как правило, без общего наркоза, под местной анестезией или внушением, гипнозом.

6. Все расширители вводятся медленно, осторожно. Стараться не вводить лишнего расширителя; после номера 12 расширители вводятся еще медленнее, так как от каждого следующего можно ожидать надрыва или разрыва шейки, что может привести к новым осложнениям.

7. Большую часть яйца необходимо удалять абортцангом в то время, когда левая рука лежит на матке, оказывая противодействие абортцангу, предохраняя ее от перфорации.

8. Кюреткой удалять остатки яйца, не удаленные абортцангом. Соскобы кюреткой делаются мягкой рукой, особенно в области внутреннего зева, и делается их столько, сколько необходимо.

9. Оперировать обязательно спокойно, не разговаривая, сосредоточенно, внимательно взвешивая каждое движение.

10. При неполных абортах предварительным зондированием, обходя осторожно все стороны полости матки, следует исключить перфорацию матки, а затем применить инструментальное осторожное опорожнение ее, чаще при нормальной температуре.

Поступила 7 июля 1962 г.

ПОСЛЕАБОРТНАЯ СЕПТИЧЕСКАЯ АНУРИЯ

Канд. мед. наук Е. З. Рабинович

Гинекологическое отделение (зав. — Е. З. Рабинович, научный руководитель — проф. Г. К. Черепакин) 12-й больницы г. Горького

В настоящее время наблюдаются еще летальные исходы от послеабортного сепсиса, частым осложнением которого является острая почечная недостаточность. По А. Я. Пытелю, основным патогенетическим фактором острой почечной недостаточности является ишемия. В результате аноксии почечной ткани может наступить некроз эпителия канальцев с полным нарушением избирательной реабсорбции. Другим фактором является повышение внутрипочечного давления, часто связанное с интерстициальным отеком. Повышение внутрипочечного давления ведет к сдавлению сосудов и канальцев, в результате развиваются кортикальная ишемия и нарушение оттока мочи.