

8. Для предупреждения нередких спастических сокращений миометрия, особенно в тазовых углах, в третьем периоде родового акта мы в последнее время в конце периода раскрытия или в начале периода изгнания назначаем один из спазмолитиков (атропин, тифен, но-шпа и др.).

При подобном подходе к реализации задачи одновременного обезболивания и ускорения родов современными средствами акушерской анальгезии достигается эффективное болеутоление, укорочение родового акта на 2—3 часа у первородящих и на 1,5—2 часа у повторнородящих и резкое снижение частоты затяжных родов. Кроме того, улучшение под влиянием спазмолитиков маточно-плацентарного кровообращения способствовало снижению всех видов асфиксии плода и новорожденного до 3—3,8%, т. е. примерно на 40%. Интранатальная потеря детей, несмотря на поступление в клинический стационар в разные годы 40—60% женщин с осложненным течением беременности и родов, колеблется в пределах 0,8—1,3%. Внутричерепные травмы детей снижены с 2 до 0,7% у доношенных и до 1,5% — у недоношенных детей. Различные нарушения сократительной функции, в том числе развившиеся до применения спазмолитиков, констатированы лишь у 4,6% рожениц. Частота затяжных родов (свыше 18 часов) уменьшилась у нас в последние годы с 4—5 до 1—2,2%.

Самым существенным итогом нашей работы является снижение патологических кровопотерь в последовом периоде и в раннем пуэрпери до 3—5%. За последние 12 лет (29 тыс. родов) мы не потеряли от кровотечений этого характера ни одной женщины, ни у одной женщины по этим показаниям не была экстирпирована матка, ни у одной не производилась перевязка магистральных сосудов. Не было поводов и для использования приемов реанимации из-за анемии.

Следование основным приемам нашей акушерской тактики, щажение в родах нервно-психических сил женщины, достижение выраженного болеутоления, отказ при отсутствии показаний от средств родостимуляции, используемых нами лишь при гипотонической форме слабости родовой деятельности, — все это обеспечивает нормальное течение и благополучное завершение родового акта у преобладающего большинства рожаящих женщин. В этом нетрудно убедиться при преодолении все еще не изжитого предубеждения широких врачебных кругов против использования средств эффективного современного медикаментозного болеутоления в родах и профилактики нарушений сократительной функции плодотонизирующих сил.

УДК 616—003.978—618.15—616—089.844

НАШ ОПЫТ КОЛЬПОПОЭЗА ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА

Доц. Л. А. Козлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научн. консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В СССР с 1936 г. созданием искусственного влагалища из тонкого кожно-эпидермального свободного аутографта занимался И. И. Грищенко. Его докторская диссертация, последующие публикации по этому вопросу и, в частности, выступление на III Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов в Вене в 1961 г. получили одобрение. Продолжением его исследований явились работы З. И. Замятиной. Основным минусом этого способа считают сморщивание стенок и сужение просвета влагалища в отдаленные после операции сроки и потерю вагиной своего функционального значения. Поэтому И. И. Грищенко рекомендовал этот способ для замужних женщин, оставляя для незамужних кольпопоз из кишечника. Видимо, этот взгляд разделяла и З. И. Замятина, так как из 31 оперированной ею женщины 27 жили половой жизнью (о 4 нет сведений).

Казанская акушерско-гинекологическая клиника им. проф. В. С. Груздева занималась вопросом создания искусственного влагалища с 20-х годов. Испробованы кишечные методы (В. С. Груздев), брюшина в эксперименте, околоплодные оболочки и первородная смазка (П. В. Маненков). Не достигнув вполне удовлетворительных результатов от перечисленных методов, клиника с 1964 г. перешла на изучение кожного кольпопоза, как безопасного для жизни и технически несложного метода.

Нам представлялась перспективной свободная аутографта тонкого кожного лоскута, взятого дерматомом. В этом убеждали успехи современной пластической хирургии [1, 2, 3, 8—13].

В процессе разработки этого способа образования искусственного влагалища мы полагали одной из основных задач устранение сморщивания стенок и сужения просвета влагалища.

Причиной сужения искусственного влагалища из кожного лоскута может служить плохое приживление лоскута, некроз его и отторжение с последующим рубцеванием раны; развитие рубцовой соединительной ткани на границе воспринимающего ложа с лоскутом; контрактивные свойства самой кожи, вследствие которых лоскут, лишенный поддерживающей основы, быстро сокращается.

Отторжение лоскута возникает при плохом гемостазе и грубом давлении протеза на кожный лоскут, последнее зависит от материала и конструкции его. Имеются сообщения об изготовлении протезов из гуттаперчи, стекла, металла, дерева, резиновой губки, мужского кондома, заполненного парафином, марлей или ватой, марлевого бинта, проволочного каркаса, обернутого резиновой губкой или марлей, и др. Усовершенствование протезов шло в основном в направлении уменьшения их жесткости при сохранении упругости для хорошего прижатия кожного лоскута.

Однако всем предложенным до сих пор протезам присущи 4 существенных недостатка: 1) они плохо отводят раневое содержимое, создавая угрозу инфицирования; 2) не позволяют до их извлечения осуществлять визуальный контроль за состоянием трансплантата; 3) исключают возможность проведения ежедневной антисептической обработки кожного лоскута; 4) требуют применения после операции постоянного катетера.

Мы изготовили ажурную конструкцию протеза, которую назвали «каркас для кольпопоза» (рис. 1).

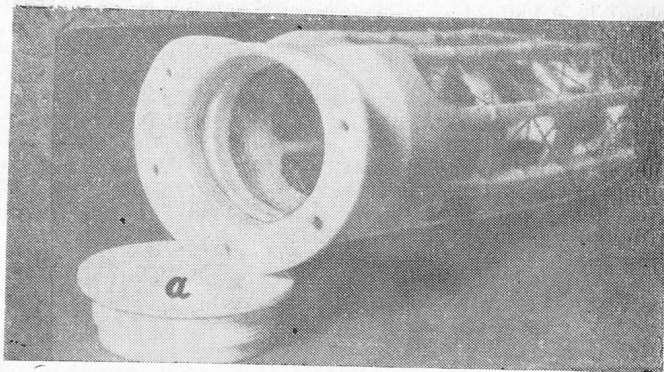


Рис. 1.

Основу каркаса образует фторопластовая трубка (диаметр 4 см, длина — 11—12,5 см), состоящая из опорных ребер с оптимальной площадью давления. На внутреннем конце трубки — закругление с отверстием, на наружном — резбовая пробка (рис. 1, а). Пространство между опорными ребрами переплетено полиэтиленовой нитью.

Каркас, обладая небольшой площадью давления на кожный лоскут, позволяет устранить перечисленные выше недостатки: 1) раневое содержимое свободно стекает внутрь каркаса и ежедневно удаляется марлевым тампоном; 2) отвернув пробку, можно тщательно осмотреть стенки влагалища и по изменению окраски кожного лоскута распознать гематому, пунктировать ее и тем самым способствовать приживлению лоскута; 3) одновременно стенки влагалища можно орошать раствором антибиотиков или антисептиков; 4) свободное расположение уретры между двумя опорными ребрами на передней поверхности каркаса обеспечивает возможность самостоятельного мочеиспускания, а закрытие отверстия каркаса резбовой пробкой предохраняет от затекания мочи внутрь его.

Наконец, плотное прижатие каркасом трансплантата к ране избавляет от необходимости пришивать кожный лоскут к краям разреза входа во влагалище.

Используя наш каркас, мы создали с 1964 по 1970 г. искусственные влагалища при аплазии их у 35 женщин в возрасте от 17 до 32 лет (19 из них — замужние). Операцию проводят под местной инфильтрационной анестезией, в 5 моментов.

1. Больная лежит на спине с ногодержателем Отта. Образуют раневой канал для влагалища между уретрой и мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади, по размерам и объему соответствующий полости влагалища взрослой женщины. Для этого слизистую входа во влагалище ближе к ладьевидной ямке разрезают в поперечном направлении с переходом разреза на основания малых половых губ. Затем преимущественно тупым тупфером расслаивают ткани до брюшины, что узнают по подвижности купола канала при дыхании. Во избежание повреждения мочевого пузыря и прямой кишки осуществляют контроль бужом № 12 через прямую кишку и катетером через уретру. Примеркой каркаса устанавливают необходимые размеры ка-

нала. Кровотечение при этом, как правило, небольшое. Отдельные сосуды перевязывают. Подготовленный канал тампонируют марлевым тампоном.

2. Большую переводят в положение на правом боку. Наружную поверхность верхней половины левого бедра дезинфицируют спиртом, смазывают стерильным вазелиновым маслом и снимают дерматомом кожные лоскуты толщиной 0,4 мм. В нашем распоряжении был дерматом Казанского медико-инструментального завода, позволяющий брать кожные лоскуты шириной 4 см. Это определяло размеры двух кожных лоскутов, необходимых для полного покрытия ими каркаса: 25×4 см и 10×4 см. При наличии дерматома другой марки (например, Киевского медико-инструментального завода), позволяющего снимать более широкие лоскуты, можно брать 1 лоскут размером 25 на 7—8 см или 2 лоскута по 12,5 на 7—8 см. Для предохранения от высыхания лоскуты помещают в теплый физиологический раствор с добавлением на 500 мл раствора 300—500 тыс. ед. пенициллина.

3. Кожные лоскуты расластывают раневой поверхностью наружу и укрепляют на каркасе, а затем сшивают кетгутом № 00. Мы предпочитаем узловатый шов, так как он способствует хорошему оттоку раневого содержимого. С этой же целью в нескольких местах на лоскутах целесообразно делать небольшие насечки. Вколы выкол иглы производят со стороны эпидермиса, поэтому и узлы швов, располагаясь с той же стороны, не препятствуют приживлению трансплантата. Кожные лоскуты постоянно увлажняют теплым физраствором, а по окончании шивания каркас, покрытый кожным чехлом, заворачивают во влажную марлевую салфетку.

4. Больную вновь укладывают в положении на спине с ногдержателем Отта. Тампон из канала извлекают, проверяют гемостаз, а затем 4 плоскими ложкообразными зеркалами (подъемник, боковики) канал раскрывают так, чтобы свободно вошел каркас с кожным чехлом. При этом обращают внимание на то, чтобы уретра располагалась между двумя опорными ребрами каркаса, а наружное отверстие ее — против выреза на флянце наружного конца каркаса. Зеркала извлекают, каркас фиксируют 2 шелковыми швами к коже больших половых губ, в него вводят марлевый тампон и отверстие закрывают пробкой (рис. 2).

5. Донорскую рану на некоторое время покрывают сухой марлевой салфеткой для уменьшения кровотечения, а затем накладывают повязку со стерильным вазелиновым маслом. Этот момент выполняют параллельно третьему.

В послеоперационном периоде наблюдают за общим состоянием, мочеиспусканием, опорожнением кишечника, за состоянием кожного трансплантата. Обращают внимание на полость искусственного влагалища и донорскую рану.

Общее состояние всех оперированных женщин было удовлетворительным.

У большинства женщин мочеиспускание осуществлялось самостоятельно, лишь некоторым выводили мочу катетером в первые 2—3 дня после операции. Следует заметить, что задержка мочеиспускания была связана не с прижатием уретры каркасом, а с неумением мочиться лежа и со стеснительностью. Поэтому следует до операции уделять больше внимания обучению самостоятельно мочиться в судно лежа в кровати.

Если не было самостоятельного опорожнения кишечника, то на 5-е сутки ставили очистительную клизму.

Основное внимание мы уделяли наблюдению за кожным трансплантатом. Ежедневно со 2-го дня после операции через отверстие в каркасе удаляли тампон. Если обнаруживались участки синюшного цвета, то их пунктировали или на них делали насечки. Затем стенки орошали раствором антибиотиков или фурациллина. После осушения вновь вводили марлевый тампон и заворачивали пробку. Швы, фиксирующие каркас, смазывали настойкой йода.

На донорской ране через сутки после операции делали первую повязку с удалением возможно большего числа слоев марли. На оставшиеся 2—3 слоя марли, крепко прилипшие к ране, накладывали повязку с 10% синтомициновой эмульсией или биопастой. В течение нескольких дней повязку меняли ежедневно. К 5-7-му дню она подсыхала, и отпадала необходимость ежедневных перевязок. С 12-го дня наступала эпителизация раны, и повязка начинала отделяться от поверхности тела. Эти участки обрезали ножницами. К 14—16-му дню повязка полностью отделялась, обнажая хорошо эпителизованную поверхность донорского участка ярко-красного цвета. В дальнейшем целесообразно наложение сухой защитной марлевой наклейки для предохранения от травмирования молодого эпителиального покрова. В течение года окраска кожной раны бледнела, и донорский участок становился малозаметным, на нем

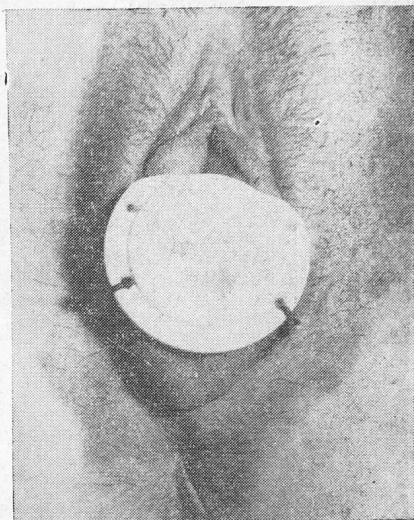


Рис. 2.

зновь вырастали волосы. Только у одной женщины из 35 образовался сплошной келоидный рубец, что, по-видимому, зависело от особенностей заживления кожной раны у нее. Ввиду таких случаев следует брать кожный лоскут с малозаметных участков тела, например с ягодиц [13].

Каркас удаляли из влагалища у нескольких больных на 9—10-й день после операции, а у большинства — на 8-й день с осторожным отделением его от поверхности кожного трансплантата.

У 34 оперированных было полное приживание кожи, и только у 1 наблюдалось отторжение 10 см^2 из-за своевременно не обнаруженной гематомы. Так как площадь кожного лоскута, используемого для кольпопоза, равнялась 140 см^2 , то потеря 7% его не отразилась на исходе. Дефект покрылся эпителием. В этом случае повинен не каркас, а врач, просмотревший гематому.

Таким образом, используя предложенный нами каркас, мы добились хорошего приживания кожного лоскута, а следовательно, исключили опасность последующего рубцевания и сужения влагалища в связи с некрозом и отторжением лоскута.

В дальнейшем предупреждение сморщивания стенок и сужения просвета влагалища достигалось планомерным ношением пластмассового пеллота подходящего размера (рис. 3), который вводили во влагалище после спринцевания и смазывания 10% синтомициновой эмульсией или биопастой.

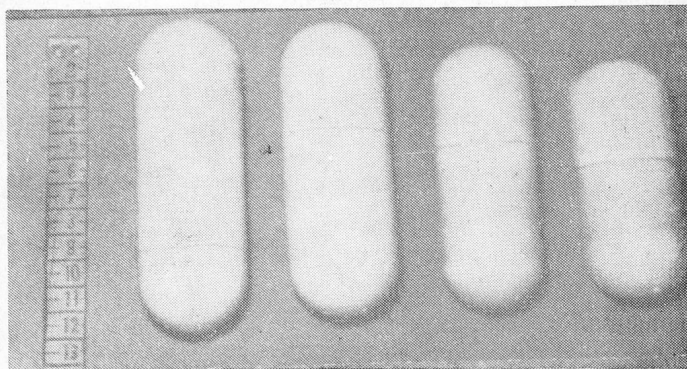


Рис. 3.

Мы установили следующий режим ношения пеллота: в течение 3 месяцев — постоянное ношение с ежедневным туалетом, затем 1—2 месяца — введение только на ночь, с 4—5-го месяца — введение 1 раз в несколько дней (количество свободных от пеллота дней устанавливается индивидуально опытным путем самой женщиной), к 6-му месяцу — 1 раз в 2—3 недели и даже 1 раз в месяц в удобное для женщины время суток. Общая длительность обязательного ношения пеллота — 1 год. У замужних женщин, регулярно живущих половой жизнью, эти сроки сокращались.

Замечено, что очень важно выдерживать постоянное ношение пеллота в первые три месяца. В дальнейшем уплотнение стенок и сужение просвета влагалища, возникающие при длительном перерыве в ношении пеллота, легко ликвидируются последовательным введением на короткое время пеллотов меньшего диаметра. При этом размер влагалища и эластичность его стенок восстанавливаются полностью до исходного состояния.

Из 35 оперированных женщин 7 обследованы на сроках от полугода, а остальные 28 — от 1 года до 5 лет после операции. Установлен хороший анатомический эффект, а в случае замужества — нормализация половых сношений. Влагалище у всех женщин в ближайшие и отдаленные сроки после операции было нормальной длины и ширины, а стенки его — мягки и эластичны. Волосы во влагалище не росли. Микрофлора была кокковая или отсутствовала. Реакция — от слабо кислой до щелочной. Стенки влагалища слегка увлажнены и покрыты местами беловатым налетом. На сухость при половых сношениях пожаловались 3 женщины. Ликвидация сухости у них достигалась смазыванием влагалища борным вазелином или синтомициновой эмульсией. При прекращении ношения пеллота в мазках обнаруживались эпителиальные клетки, подобные таковым в нормальном влагалище.

Особенно хорошие результаты мы получили при производстве искусственного влагалища у девушек до замужества. Известно, что даже сторонники кожного кольпопоза [4] при выполнении его у незамужних отдают предпочтение сигмоидальному кольпопозу. Являясь принципиальными противниками кишечного кольпопоза, мы и в этих случаях производили кожный кольпопоз по указанной методике с неизменным положительным эффектом. Из 16 девушек к настоящему моменту 6 вышли замуж. Половая жизнь у них протекает нормально.

В заключение следует указать, что ни у одной из оперированных женщин не было повреждения уретры, мочевого пузыря и прямой кишки ни во время операции, ни во время применения каркаса; планомерное ношение пеллота с периодическим его извлечением и туалетом искусственного влагалища также не вызвало осложнений. По данным некоторых авторов [9, 11], оставление протеза на длительное время может вызвать расстройство кровообращения в стенке искусственного влагалища, появление эрозий на его поверхности и даже образование свищей в прямую кишку и мочевой пузырь.

Во время ношения пеллота следует избегать езды на велосипеде, мотоцикле, верхом на лошади и т. п., так как это может привести к травме влагалища, что и имело место в одном из наших наблюдений.

ВЫВОДЫ

1. Кожный кольпопоз свободной аутотрансплантацией тонкого (0,4 мм) лоскута, взятого дерматомом, в противоположность кишечному кольпопозу, является весьма эффективной, технически несложной и совершенно безопасной операцией.

2. Предложенный нами каркас для кольпопоза позволил добиться хорошего приживления кожного лоскута, что в комплексе с последующим планомерным ношением пеллота предупреждало и устраняло сморщивание стенок и сужение просвета искусственного влагалища, а следовательно, давало в итоге хороший анатомический и функциональный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н. Н. Кожная пластика. Медгиз, М., 1955.—2. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. Прага—Москва, 1967.—3. Гнилорыбов Т. Е., Кот А. И. Пластика свободным кожным лоскутом. Минск, 1968.—4. Грищенко И. И. Образование искусственного влагалища по методу кожно-эпидермальной аутотрансплантации. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1940; Программа и доклады 2-й научн. конф. Харьковск. мед. ин-та, 1960; Материалы научн. засед. Харьковск. научн. мед. об-ва, 1960; Доклад на III Всемирном конгрессе акуш. и гинек. (отдельн. оттиск). Вена, 1961.—5. Груздев В. С. Казанский мед. ж., 1926, 2; 1928, 8; 1933, 7.—6. Замятина З. И. Акуш. и гинек. 1955, 5; 1964, 3; В кн.: Актуальн. вопросы акуш., гинек. и педиатрии. Львов, 1964.—7. Маненков П. В. Итоги клинического опыта. Казань, 1968.—8. Петров В. И. Свободная пластика кожи. Медицина, Л., 1964.—9. Demjen S., Hudcovic A., Pomtuch A. Acta chir. plast. 1966, 8, 3.—10. Evans G. N. Am. J. Obstet. Gynec., 1967, 99, 7.—11. Jacson I. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1965, 72, 3.—12. Ulfelder H. Am. J. Obstet. Gynec., 1968, 100, 6.—13. Page E. W., Owsley J. Q. Ibid., 1969, 105, 5.

УДК 618.14—616—006.3.04

О САРКОМАХ МАТКИ

Ю. П. Николаева-Грачева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова, научн. консультант—проф. Х. Х. Мецеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова¹

Вопрос о саркомах матки изучен недостаточно. По-видимому, это связано с относительной редкостью данного заболевания.

В отечественной литературе саркому матки впервые описал Н. Ф. Толочин в 1869 г. Затем было опубликовано около 45 сообщений о единичных случаях, а в 1949 г. А. С. Апетов привел 22 случая сарком без указания гистологического строения опухоли.

¹ Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии (зав.—доц. В. С. Соловьев) Пермского медицинского института и 7/1 1966 г. доложена на Пермском обществе акушеров и гинекологов.