

Е. З. РАБИНОВИЧ

Оперативное лечение пролапсов матки и влагалища

Из гинекологич. отдел. (зав. Е. З. Рабинович) Сормовской больницы (завед. Н. А. Дивногорский) г. Горького

Вопросу лечения опущений и выпадений матки посвящена огромная литература. Еще в 1910 году Вандервельде насчитывал 217 различных операций. До последнего времени на страницах печати появляются все новые модификации, что служит доказательством отсутствия еще вполне удовлетворяющего способа.

Много лет спорили и по вопросу о том, что удерживает матку в ее нормальном положении. Одни (Шульце и другие) считали, что главная роль принадлежит подвешивающему аппарату и что ослабление последнего (мышечных элементов круглых и крестцово-маточных связок) ведет к ненормальному положению матки. Гальбан и Тандлер доказали, что главная роль принадлежит тазовому дну и что повреждение последнего ведет к ненормальному положению матки. Особенно развил это учение Яшке.

Случаи опущения и выпадения матки, наблюдающиеся у нерожавших и составляющие 1,5%, имеют своей причиной функциональную недостаточность тазового дна.

Груздев доказал, что обе системы, подвешивающий и поддерживающий аппараты, составляют единое целое и связаны друг с другом непрерывным переходом тканей, входящих в них.

Кроме того, взаимное равновесие внутренних органов нарушается при патологических условиях, а потому вопрос о выпадении матки не может рассматриваться узко, вне связи с состоянием остальных органов брюшной полости.

Понимание механизма пролапса важно для выбора терапии, а потому наряду с изменением взглядов и теорий менялась и терапия.

Операции, предложенные авторами, приписывающими главную роль подвешивающему аппарату (Александр-Адамс, Менг Дартиг—Вебстер, Долери, Бумм и др.), чрезвычайно просты, но дают большой процент рецидивов; больные сохраняют способность бегать.

Операции, рассчитанные на изменения мускулатуры тазового дна и соединение разошедшихся мышц (Гегара, Лаусон—Тет, Песталоцци и друг.), устранить выпадения, повидимому, не могут и применяются часто как попутные операции.

Операции гистеропексии (Кохер, Мерфи, Леопольд—Черни и др.) сейчас применяются довольно редко ввиду последующих болей и рецидивов; по Фелингу—23,1%, по Кюстнеру—34%, по Вестермарку—46,8% рецидивов. Мало пригодными оказались также операции вагинофиксации (Пишвен, Макенродт, Дюрсен, Пфаненштиль).

Мы за период с 1932 по 1938 год оперировали 90 больных по поводу пролапса, из них: 70 по методу Александр—Вертгейм—Шаута, 10 по методу Мартин—Фритш и 10 по методу Нейгебауер—Лефор.

Операция Александр—Вертгейм—Шаута имеет много сторонников, но и немало противников. Отрицательными сторонами этой операции считают: 1) нарушение нормальных анатомических условий; 2) невозможность родов; 3) якобы лихорадочное послеоперационное течение; 4) послеоперационные кровотечения. Разноречивы цифры рецидивов и процента смертности.

Рецидивы: по Шауту — 22%, Вестермарку — 36%, Штеккелю — 3,7%, Гусакову — 1,1%. Смертность: по Шауту — 6,5%, Кюстнеру — 7,5%, Гусакову — 1,1%, Шарпену — 0%.

Результаты проведенных нами операций по методу Александр—Вертгейм—Шаута представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Год	Колич. случ.	Смертность	Проконтролировано	Рецидив	После операц. кровот.
1932	13	0	7	0	0
1933	12	0	9	1	0
1934	9	1	8	1	0
1935	11	0	6	0	0
1936	12	0	5	0	1
1937	12	0	5	1	0
1938	1	0	0	0	0
70		1 — 1,4%	40	3 — 3,75%	1 — 1,4%

Все операции произведены под спинномозговой анестезией. Во всех случаях попутно производилась пластика промежности по Гергару или Лаусон — Тету.

Возраст больных: до 45 лет — 4 (попутно стерилизация), 45 — 55 л. — 32, 55 — 65 л. — 30, старше 65 — 4 чел.

Среднее пребывание больной после операции на койке — 10 дней. Из 70 больных двукратное повышение температуры выше 38° наблюдалось у 10 больных, трехкратное — у 5 больных.

На основании наших наблюдений считаем, что эта операция в случаях, где половая жизнь не исключена, с успехом может быть применена. Само собой понятно, что в чадородном возрасте обязательна стерилизация.

Единственный случай смерти, указанный в таблице 1, последовал от перитонита. Во время операции оказались мощные сращения между маткой и кишками, которые не были установлены до операции. Кстати говоря, мощные сращения при полных пролапсах, по нашему мнению, довольно редко встречаются. Послеоперационное кровотечение имело место в одном случае, через 15 дней после операции. По словам больной оно появилось после коитуса. Других осложнений мы не имели.

Если операция Александра — Вертгейма — Шаута описана почти во всех наших руководствах, то описание операции Мартин — Фритш имеется только в оперативной гинекологии Окинчиц 1938 года и в Журнале гinek. и акуш., № 3 1933 года, в статье Попова (клиника

МОКИ). Попов в 1933 году опубликовал 104 случая с 6 смертями, из которых 3 случая при повторных пролапсах. Окинчиц на 50 случаев — 3 смерти от воспаления дыхательных путей и пороков сердца. Рецидива по данным обоих авторов ни в одном случае не было.

Мы начали по этому методу оперировать с 1936 года. Убедившись в том, что самый трудный и кропотливый момент этой операции составляет отсепаровка вагины, мы внесли корректив, заключающийся в том, что после проведения кругового разреза у основания конуса, который получается в результате выведения пулевыми щипцами за шейку матки, мы вместо отсепаровки вагины целиком, по типу вывернутого чулка, как это делают указанные выше авторы, проводим 4—5 дополнительных разрезов, продольных вагине и перпендикулярных круговому разрезу, и вагину отсепаровываем не целиком, а в виде отдельных лоскутов. Дальше мы заканчиваем эту операцию следующим образом. Мочевой пузырь отслаивается кверху, вскрывается переходная складка брюшины, а затем вскрывается задний ее листок в области заднего Дугласа. Матка выводится с помощью пулевых щипцов наружу и перевязываются (иногда после предварительного наложения зажимов) круглые и яичниковые связи и трубы. Связки перерезаются сначала слева, на широкую связку накладывается зажим Дуайена и перерезается центрально от зажима у края матки. Маточные сосуды обычно удается перевязать отдельно, а культи широкой связки обшиваются непрерывным кетгутом. Так же поступаем с другой стороны. На отсепарованный мочевой пузырь накладываем кисет, при завязывании которого избыточная часть пузыря втягивается внутрь. Оба листка брюшины сшиваются посредине, оставив с боков отверстия для выведения культей, которые пришиваются к оставшейся части влагалища, а полость, оставшаяся после удаления влагалища, закрывается кисетными кетгутовыми швами в несколько этажей. Рана влагалища зашивается. В нижний угол раны по направлению к прямой кишке вставляется небольшой тампон. На месте вагины образуется сплошной рубец.

„Лоскутный“ способ отсепаровки вагины настолько облегчает и ускоряет операцию, что мы последнее время выполняем ее в 30—40 минут и перестали ее считать технически трудной.

Результаты наших операций по методу Мартин—Фритша представлены на таблице 2.

Таблица 2

Год	Колич. случ.	Смертность	Проконтроли- ров.	Рецидив
1936	4	0	4	0
1937	4	0	4	0
1938	2	0	2	0
	10	0	10	0

Возраст больных: от 60 до 70 л.—8, от 70 до 75 л.—1, старше 75 л.—1 чел.

Эту операцию мы производим исключительно там, где возраст исключает половую жизнь. Все операции прошли под спинномозговой анестезией.

Наконец остановимся на операции Нейгебауер—Лефора, подкупающей простотой своей техники и возможностью оперировать.

В сборнике научных трудов ЦАГИ (Ленинград) Левит опубликовал 103 случая с полным выздоровлением в 101 и частичным в 2 случаях. Абрамович на 150 случаев имел 4,5% рецидивов. Швабе провел 31 случай без рецидивов.

Результаты наших операций по методу Нейгебауер — Лефора представлены на таблице 3.

Таблица 3

Год	Колич. случ.	Смертность	Прокон- ролиров.	Рецидив	Возраст
1935	2	0	2	0	Все старше 65 лет.
1936	3	0	3	0	
1937	3	0	2	0	Анестезия — местная
1938	2	0	1	0	
	10	0	8	0	

В ы в о д ы

1. Сопоставляя результаты операций по трем методам, мы считаем что по радикальности первое место занимает операция Мартин—Фритша, второе — Нейгебауер—Лефора и третье—Александр—Вертгейм — Шаута.

2. Операция Мартин — Фритш и Александр — Вертгейм — Шаута не должна применяться при повторных пролапсах и в случаях, где до операции установлено наличие сращений.

3. При повторных пролапсах в возрасте, исключаящем половую жизнь, лучше применить операцию Нейгебауер — Лефора.

4. В чадородном возрасте операция Александр — Вергейм — Шаута может быть применена при условии попутной стерилизации.

5. Операции Мартин — Фритш и Нейгебауер — Лефор могут быть применимы в возрасте, где половая жизнь исключается.

6. В случае дряхлости организма безусловно следует отдать предпочтение операции Лефора, как менее сложной и не требующей общего наркоза.

7. Операция Лефора не показана при наличии язв.

8. „Лоскутный“ способ отсепаровки вагины значительно ускоряет и упрощает операцию Мартин — Фритш.

Поступила 31.1.1939.