

Из гинекологического отд. (зав. В. Е. Лебедев) 1 сов. им. Ленина больницы (гл. врач М. В. Михельсон) и акушерско-гинекологической клиники Саратовского мединститута (директор проф. О. С. Парсамов).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОМИОМ МАТКИ.

В. Е. Лебедев.

С точки зрения лечения фибромиомы матки можно разделить на 4 основных группы: в 1-ю группу следует отнести все фибромиомы, которые не требуют никакого лечения (такие фибромиомы по статистике Франца встречаются в 23,1%), во 2-ю группу— те случаи, где показана операция, в 3-ю группу— те опухоли, которые подлежат лучевому лечению и, наконец, в 4-ую группу— те случаи, где можно выбирать между кровавым и некровавым способами лечения. За 10 лет (1925—1934) в гинеколог. отд. 1 сов. б-цы подверглись операции по поводу фибромиомы 435 больных.

Показаниями для хирургич. лечения фибромиом нам служили: 1) значительная величина опухоли (более 3 мес. берем. матки) (182 случая или 41%); 2) локализация опухоли— в первую очередь подслизистое расположение узлов (110 сл.—25,3%), заднешейные узлы (23 или 5,3%), интралигаментарные фибромиомы (14 или 3,2%), а также и небольшие фибромиомы, осложненные изменениями в придатках матки или небольшие фибромиомы, причиняющие больным значительные расстройства в смысле болей, развития малокровия и не поддающиеся консервативному лечению.

Изменения в придатках нам встретились 203 раза, т. е. в 46,2%. Последнее обстоятельство подтверждает существующее мнение, что при фибромиомах осложнения со стороны придатков встречаются сравнительно часто (по статистике Нобля из Филадельфии на 1905 опер. случаев—36%; по данным Франца—23%, по данным Сарней из Тюбингенской клиники—81,4). Среди изменений в придатках мы имели—хронич. воспалит. процессы в 90 случ.; кисты яичников и кистозные изменения в яичниках в 79 случ.; мешчатые опухоли труб в 34 случ. (6 cystohydros, 15 hydrosalp., 13 pyosalpinx).

Осложнения встретились на нашем материале в 32 случ. (кистозное перерождение фибр. узлов—4 раза, обызвествление—2, злокачественное перерождение—2, нагноение узла—1, кровоизлияние—1, паразитарн. узел—1, некротизированные подслизистые узлы—20 случ. Кроме этих осложнений мы имели в 13 случ. (3%) фибромиомы, осложненные беременностью (беременность сроком от 1 до 6 мес.).

В 10 случ. матка была удалена с плодом и в 3 случ. произведена была консервативная миомектомия (энуклеация) с сохранением беременности. В 2 случаях (при берем. в 3 и 3½ мес.) наступили срочные роды, протекавшие совершенно нормально, и в 1 случае при 6-мес. беременности наступили преждевременные роды. Два раза наблюдалась комбинация фибромиомы с поражением матки раком (в одном случае — рак шейки, во втором —

рак тела). В 3 случаях — комбинация с внематочной беременностью: повидимому, во всех 3 случ. фибромиома послужила этиологическим моментом для развития эктопич. беременности; 1 раз встретилось сравнительно редкое осложнение: перекручивание матки по вертикальной оси—т. наз. torsio uteri.

По величине матки, измененной фибромиомой, мы в 76 случ. имели матку с 3¹/₂-м. бер., в 59 сл.—4-мес., 21—с 5-мес., 14—с 6-мес., 9—с 7-мес., 3—с 8-мес., 1—с 9-мес., в остальных 253 сл. величина матки была меньше 3¹/₂-мес. беременности.

Междувязочно расположенные фиброзные узлы (14) были величиной с куриное яйцо (3 случая), с кулак—3, в 2 мужских кулака—2, с голову взрослого—1. Заднешеечные узлы—велич. с гусиное яйцо (2), с кулак и более (8 сл.), с голову доношен. плода (3). Величина подслизистых узлов колебалась от грецкого ореха до размеров головы доношенного плода. По возрасту больные фибромиомой распределялись таким образом: от 22 до 27 лет—12 (2,8%), от 30 до 50 лет—389 б-ных (89,3%). Наиболее часто поражаются фибромиомой женщины в возрасте от 30 до 50 лет.

Переходя к вопросу об операциях при фибромиомах, надо отметить, что влагалищный метод, сыгравший большую роль в развитии оперативной гинекологии, отжил свой век, и огромное большинство современных гинекологов предпочитает удалять фибромиомы брюшностеночным путем. В настоящее время сторонников вагинального метода «во что бы то ни стало» уже нет; применяется как тот, так и другой метод—в более простых случаях вагинальный, в более сложных—брюшностеночный. Во многих случаях выбор метода зависит от вкуса оператора, и поэтому можно наблюдать в различных учреждениях известные уклоны в сторону того или другого метода. На нашем материале мы имели только один случай вагинального чревосечения. При брюшностеночном чревосечении по поводу фибромиомы представляются три возможности: энуклеация, надвлагалищная ампутация и экстирпация матки.

Первое чревосечение с целью удаления фибромиомы было произведено в 1853 году в Америке Кимбаллом.

В те времена смертность от операции фибромиом была чрезвычайно высока,—так, напр., по Славянскому, в 1864 г. она равнялась 67—80%, с течением времени смертность постепенно снизилась: в 1872 г.—52%, 1885—33%, в 1907 г. по статистике Додерлейна она была в 9%, в 1912 упала до 5%. По новейшим данным (Франц)—смертность—2,3%, по Кривскому—2,1%.

Критерием для сравнительной оценки того и другого метода операции обычно служит послеоперационная смертность. Если мы будем сравнивать смертность при фибромиомах в зависимости от метода операции, то несомненно в этом отношении надвлагалищная ампутация матки имеет преимущество перед консервативной миомектомией и экстирпацией матки. Совсем еще недавно спор о преимуществах надвлагалищной ампутации перед полной экстирпацией матки не сходил со страниц специальной прессы, этот вопрос дебатировался и на съездах.

На съезде акушеров и гинекологов в Киеве в 1928 г. этот во-

прос также подвергся широкому обсуждению и вызвал очень оживленный обмен мнений.

Мне кажется, что в настоящее время этот спор является совершенно излишним и методологически неправильным. Нельзя, пользуясь статистикой смертности при надвлагалищной ампутации, говорить, что этот метод лучше потому, что смертность при нем меньше, чем при экстирпации. Сравнивать можно лишь тогда, когда имеются одинаковые условия; мы же прекрасно знаем, что надвлагалищная ампутация производится в более простых, а экстирпация—в более сложных случаях, т. е. осложненных изменениями в придатках или в самой опухоли. Поэтому мы должны совершенно отвергнуть сравнение результатов надвлагалищной ампутации и полной экстирпации и считать, что каждый из этих методов имеет свои показания и противопоказания. Совершенно прав был проф. Окинчиц, который, на VIII съезде акушеров и гинекологов, резюмируя прения по вопросу о лечении фибромиом, сказал, что «спор этот возник потому, что решали вопрос о том, как лечить фибромиому, а не больную женщину, страдающую фибромиомой. Если же исходить из этой точки зрения, то каждый метод имеет свои строгие показания, и лечение не может быть произвольно заменено одно другим, т. е. необходима строгая индивидуализация».

Разделяя эту точку зрения, мы в своей операционной работе подходили к выбору метода операции, строго индивидуализируя случаи и учитывая сопутствующие условия.

Так, энуклеация произведена нами всего 15 раз, т. е. в 3,4%, преимущественно у молодых женщин, в 50% в возрасте до 30 лет—при наличии субсерозных узлов и отсутствии заметных изменений в придатках. Смертность в этих 15 случ. равна 0. Правда этот метод сохраняющей хирургии чреват большими последствиями: во-1-х, возможность рецидива (по литературным данным 6—8%), во-2-х, при сохранении менструации и возможности беременности «сохраняется» и менорагия (от 20 до 96% по Штрассману); беременность же наступает не чаще, чем в 8% случаев (он же).

По Сердюкову, из 50 случ. энуклеации только в 2 случ. прекратилось кровотечение, в остальных же 48 кровотечение продолжалось с прежней силой. По статистическим данным при энуклеации наблюдается наиболее высокая смертность (по Додерлейну при экстирпации—5%, при надвлагалищной ампутации—4,9%, энуклеации 10,5%; по Атабекову, при экстирпации—4,2%, при надвлагалищной ампутации 3,2%; при энуклеации 6,6%; по Гамбарову—при экстирпации 4,0%, при надвлагалищной ампут. 2,7% и при энуклеации—5,8%).

Отрицательной стороной энуклеации является также частота послеоперационных осложнений—кровотечения, гематомы, инфекция. Экстирпацию матки мы произвели 117 раз, т. е. в 26,9%, причем показаниями для экстирпации были заболевания шейки матки (эндцервицит, эрозии, глубокие разрывы); воспалительные заболевания придатков и вторичные изменения в опухоли (нагноения, некроз, злокачественное перерождение и т. п.). На 117

случаев экстирпации матки мы имели 6 смертей, что составляет 5,1%. При прочих равных условиях мы отдавали предпочтение надвлагалищной ампутации, считая, что оставление влагалищной части шейки матки и неизменное влагалище не лишено известного значения, особенно в молодом возрасте. Преимущество надвлагалищной ампутации заключается еще и в том, что технически эта операция значительно проще, чем экстирпация и производится значительно быстрее.

В пользу надвлагалищной ампутации говорит и то обстоятельство, что при ней не вскрывается влагалище.

Опасность оставления влагалищной части шейки матки в смысле возможного ее поражения раком несомненно преувеличена. Мы на своем материале в 302 случая надвлагалищной ампутации не видели ни одного случая рака шейки. Эссен-Меллер на 799 надвлаг. ампут., а Франц на 635 случ. ни разу не наблюдали рака культи шейки. По подсчету Альбрехта на 3436 надвлаг. ампутаций, раковое заболевание шейки наблюдалось всего в 0,32%.

На 302 случая суправагинальной ампутации мы имели один случай смерти (0,33%). Общая смертность на нашем материале в 435 случ. равна 1,6%. Причиной смерти во всех 7 наших случаях был перитонит. В 6 случаях, как было уже указано выше, смерть последовала после полного удаления матки, причем в 5 случаях имелась подслизистая фибромиома с явлениями омертвения, из них в одном случае узел находился на ножке вне половой щели (между бедер больной). В шестом случае больная, 57 лет, имела множественную фиброму величиной с 5-мес. берем. матку и большой заднешеечный узел. Одна больная, 45 лет, погибла после надвлагалищной ампутации при множественной фиброме (операция по способу Фера).

В техническом отношении операция по поводу фибромиомы матки не представляет каких-либо особенностей — разрез брюшной стенки применяется в зависимости от величины опухоли, с одной стороны, и осложнений со стороны придатков, с другой; в 223 случаях применен продольный разрез, в 212 случ. — разрез Пфанненштиля.

В 2 случаях произведена экстренная операция, ввиду угрожающего жизни маточного кровотечения; в послеоперационном периоде — переливание крови, оба случая закончились благополучно. При надвлагалищной ампутации матка ампутировалась приблизительно на уровне внутрен. зева, брюшина мочевого пузыря всегда фиксировалась к культе шейки, лигатурный материал — шелк на сосуды и связки, кетгут на культю шейки и брюшину, брюшная рана закрывалась послойно (4-этаж. швом) — непрерывный кетгут на брюшину, апоневроз и мышцы, шелк и скобки на кожу. Шейка матки иссекалась клиновидно, чтобы удалить возможно больше слизистой цервикального канала.

При надвлагалищной ампутации яичники удалены в 97 сл. т. е. в 32,1%, в остальных случаях яичники сохранены — в 32 случ. оба, в 105 сл. — правый и в 68 сл. — левый. При полном удалении матки (117 случ.) удалены оба яичника в 79 случ., т. е. в 67,6%; со-

хранены в 38 сл: правый—22 случ., левый—14, оба—2 раза). Дренаж применяли лишь в заведомо инфицированных случаях—влагалище в таких случаях наглухо не зашивалось, в клетчатку под брюшину вводился марлевый дренаж—выводился через влагалище. Особое внимание обращалось всегда на тщательный гемостаз.

В 5 случ. была произведена надвлагалищная ампутация матки по методу Фора. Показаниями для этого метода являлись случаи, где необходимо было спешить с операцией в виду большой слабости больных, резкой анемии, вызванной сильнейшим кровотечением. Продолжительность операции по Фору — от 15 до 25 минут.

При операциях по поводу фибромиом попутно были произведены—аппендектомия—64 раза, удаление грудной железы—1 раз (фиброаденома), грыжесечение—1 раз, пластические операции на влагалище и промежности — 5 раз. Наркоз в 257 случ., т. е. в 59% — эфирный, в 175 сл. (40%) — спинномозговая анестезия; 2 раза местная анестезия (Novocain) при консервативн. миомектомии и 1 раз—гипноз (при надвлагалищной ампутации).

В случаях резкой анемии больных, при наличии Hb менее 30%, до операции применялось переливание крови; таких случаев было 7. Это давало возможность сравнительно быстро (через 5—7 дней) повысить количество Hb (с 14, 17, 19% до 27—28%) и без особого риска приступить к оперативному вмешательству.

Из серьезных осложнений во время операции, необходимо отметить повреждение мочевого пузыря—5 раз, причем в 2 случ. отмечено образование в послеоперационном периоде пузырно-влагал. свища. Из послеоперационных осложнений 10 раз (2,3%) отмечено нагноение брюшной раны и образование воспалительного экссудата в 40 сл. т. е. в 9,2%, причем экссудаты наблюдались чаще при полной экстирпации, чем при надвлагалищной ампутации (на 117 экстирпац.—18 раз—15,3% и на 302 надвлаг. ампут. 22 раза, т. е. в 7,9%).

В заключение считаю необходимым подчеркнуть, что

1) при наличии показаний к оперативному лечению фибромиомы матки не существует операции выбора. Консервативная миомектомия, надвлагалищная ампутация и полное удаление матки должны применяться в зависимости от конкретных условий;

2) показаниями для полного удаления матки служат во 1-х, изменения шейки (новообразование, воспален., рубцы), во 2-х, вторичные изменения в самой опухоли (некроз, нагноение, перерождение, в 3-х, заболевание придатков матки;

3) при прочих равных условиях преимущество имеет надвлагалищная ампутация матки;

4) смертность при хирургическом лечении фибромиом зависит главным образом от осложнений, как со стороны самой опухоли, так и со стороны придатков, в несложненных случаях смертность приближается к 0.