

Из Нежинской хирургической больницы (зав. врач Т. И. Вольский).

Сто влагалищных удалений матки по поводу выпадения¹⁾.

Т. И. Вольский.

Посвящается "лекпому, студенту-заочнику Мединститута, С. Я. Кантор в знак особой признательности за лучшую помощь на трудном хирургическом поприще в глухой провинции.

Сейчас, как никогда, вопрос о восстановлении трудоспособности является острым в нашей стране.

В настоящей своей статье я считаю небезынтересным поделиться тем, что сделано нами в Нежинской хирургич. б-це женщине-селянке, страдающей одним из тяжких недугов—выпадением матки, для восстановления ее трудоспособности.

У лиц физического труда единственно верным способом лечения выпадений матки я считаю влагалищное удаление ее с отдельным сшиванием lig. cardinal и кольпоррафией с кольпоперинеоррафией.

К этому выводу мы пришли не сразу; ряд других рекомендуемых операций, как разнообразные виды вентрофикаций, операц. Schauta-Wertheim'a и др. были этапными к тому, чтобы extirpatio uteri totalis per vaginam признать методом наилучшим в смысле радикальности, безопасным и своего рода профилактическим.

Я не стану распространяться на минусах всех выше упомянутых этапных операций. Скажу только, что они не радикальны сплошь и рядом, не избавляют женщину от болей внизу живота, особенно при напряжениях и, самое главное, оставлять больную матку женщине, которая уже не думает рожать, значит подвергать ее риску заболевания раком, каковой, как известно, поражает матку в первую очередь и поражает каждую пятую женщину, доживающую до старости (Н. Н. Петров).

Влагалищное удаление выпавшей матки с оставлением здоровых яичников и, одновременно, создание упора для внутренностей путем сшивания lig. cardinal и приподнятия суженной промежности, является по своей эффективности, несомненно, операцией выбора.

Операцию эту мы производим следующим образом.

Подготовка больных к операции, по условиям провинциальной б-цы, была лишь кратковременной; она заключалась в ежедневном, двукратном орошении вагины раствором сулемы 1:2000, в улучшенном, по возможности, питании и ежедневной инъекции раствора стрихнина 0,1%—1,0. С вечера, перед операцией, ставилась очистительная клизма.

Правда, бывали больные, которые шли на операцию на другой день после поступления в больницу. Лабораторное исследование флоры вагины, из-за отсутствия лаборатории при б-це, никому не было произведено.

Большая часть (78) больных прооперирована под общим эфирным наркозом, а часть (22) под спинно-мозговым обезболиванием (Sol. Novocaini 5%—1,5).

После тщательного обмывания вагины теплой водой с мылом и сулемой 1:1000, прогираания спиртом и двукратного смазывания Т-га jodi 10%, операцию мы начинаем с треугольного иссечения передней стенки вагины, основанием к шейке матки, затем следует кольцевидный разрез вокруг шейки матки. Отсепаровав острым путем и легким оттягиванием мочевого пузыря, отделяем зондом Кохера lig. cardinalia, захватываем их из кокера и пересекаем. После этого заканчивается отслаивание мочевого пузыря, вскрывается брюшина и тело матки пулевыми щип-

¹⁾ Должено XXIII научн. конф. врачей Неж. хирург. б-цы.

цами извлекается наружу. В брюшную полость вставляется отгораживающая узкая салфетка. Трубы и круглые связки по два раза в разных точках прошиваются катгутом, чтобы не последовало соскальзывания лигатуры, стягиваются и удерживаются на пенах до зашивания наглухо брюшины. Затем накладываются зажимы Кохера на широкие связки и маточно-крестцовые, и матка отсекается. Тщательное лигирование культи, глухой кистный шов на брюшину с захватыванием в этот шов культи труб и круглых связок *Lig. cardinalia* в отдельности прошиваются, перетягиваются и связываются вместе. Под конец катгутовой узловой шов на переднюю стенку вагины и кольпоперинеоррафия. В последнем случае слизистая с рубцами иссекается по Hegarty. Вагина высушивается, протирается T-gae jodi и на сутки вставляется тампон.

В дальнейшем туалет сухими салфетками и периодическое смазывание iodной настойкой.

Так нами оперировано 100 больных за три последние годы (1931, 32 и 33).

Из этого числа умерло три, а 97 стали совершенно здоровыми и работоспособными. У выздоровевших послеоперационное течение, несмотря на то, что многие больные были весьма ослабленного питания и пожилого возраста, проходило вполне удовлетворительно.

Не было особых жалоб на боли в животе, больные могли свободно дышать, откашливать, им разрешалось раннее движение.

Ни разу не было осложнений со стороны мочеиспускания, функция кишечника, в отношении газов, с первого же дня была нормальной.

Швы на промежности у всех были прочны, лишь серозно-кровянистые и серозно-гнойные выделения из вагины у некоторых больных иногда затягивались до 2-х, 3-х недель.

Психика больных резко изменялась уже в больнице. Лицо, из ушедшего в себя, становилось открытым и благородным. Лишь становились наши больные на ноги, как брались за работу, убирали палату, ухаживали за соседними больными и своим добрым настроением успокаивали ожидающих операции.

Три смерти, что произошли у нас от операции, несомненно омрачают наш успех, но никоим образом не являются цифрами, свидетельствующими об опасности этого способа. Смерти эти могли бы и отсутствовать при более внимательном отношении к данным больными и к отдельным моментам операции. Одна смерть последовала у больной, которая, вследствие истощения и отечности, подготавливалась к операции больше других и на операцию была взята при не вполне прошедшей еще отечности и умерла после операции на третий день от нарастающей сердечной слабости.

У второй больной последовало внутрибрюшинное кровотечение, гематома, которая нагноилась, вызвав у ослабленной больной септическое заболевание, кончившееся смертью.

Третья больная умерла два часа спустя после операции от эфирного наркоза, который оказался губительным для ее сердца.

Ясно, что смерти эти последовали не от влагалищного метода удаления маток, а от общих причин, которые могут быть устранимы.

У всех трех выпадение матки было полное, они были инвалидами и нельзя было бы восстановить их здоровье и трудоспособность без оперативного вмешательства.

Полным выпадением из наших 6-ных страдало 39, не полным 12 и переходной формой 49. Причину выпадения маток в наших случаях надо усматривать в расслаблении связочного аппарата матки, растяжении и на-

рушении целостности тазового дна. Предрасполагающими же моментами к этому послужили частые и многочисленные роды в условиях сельского быта, неисправленные послеродовые повреждения промежности и ослабленное питание.

Из числа наших больных рожало 99. Рожавших по одному разу было 3; по два раза—3; по три р.—4; по 4 р.—6; по 5 р.—8; по 6 р.—10; по 7 р.—18; по 8 р.—19; по 9 р.—8; по 10 р.—7; по 11 р.—3; по 12 р.—4; 13 р.—3; 14 р.—2 и 15 р.—2.

Разрывы промежности оказались: 1 ст. у 15; 2 ст. у 61; 3 ст. у 14; не было разрыва лишь у 10. Выпадение матки началось вскоре же после первых родов у 14; после 2-х у 12; после 3-х—13; после 4-х у 9; после 5-х—6; после 6-х—7; после 7-х—у 9; после 8-х—у 7; после 9-х—2; после 10-х у 3. Не установлено прямой связи с родами у 17. Почувствовали выпадающую матку 40 больных от одного года до 5 лет; от 5—10 лет—25; от 10—15 л.—16; от 15—20 л.—6 и свыше 20 л.—12. Страдание это, по словам больных, в начале было терпимо, невмоготу же стало лишь в последние годы, что тесно связано с одной стороны с возрастом, ослабленным питанием и тем физическим трудом, который обязаны нести наши больные по своему социальному положению.

Возраст наших больных следующий: от 20 до 30 л.—5; от 30 до 40 л.—15, от 40—50 л.—37; от 50—60 л.—30; от 60—70 л.—10 и свыше 70 л.—3. Социальное положение б-х: членов колхоза—72; бедняков—11; середняков—7; иждивенцев—7 и рабочих—3.

Влагалищному удалению матки, по поводу выпадения ее, во многих руководствах уделено лишь по несколько строк с выводами, не располагающими к означенному оперативному пособию. Проф. Орлов в своем руководстве по женским болезням пишет (стр. 149) „При полном выпадении матки рекомендуется еще ее удаление, т. е. *extirpatio uteri totalis per vaginam*, но эта операция может не дать хороших результатов, ибо спустя некоторое время влагалище может снова выпасть“.

Проф. Бондарев (Кривский—руков. по женск. болезн, стр. 642) говорит: „В тяжелых случаях выпадения, в особенности в климактерическом периоде, нередко применяется удаление матки и влагалища“.

Гудим Левкович (Б.М.Э., т. 6, стр. 75) отмечает: „При значительно выраженных изменениях со стороны выпавших органов, нередко приходится удалять матку *per vaginam*. Частые рецидивы—выпадение влагалища, вынудили отказаться от более широкого применения этого метода“.

Так как по вопросу о рациональной помощи женщинам, особенно—физического труда, страдающим выпадением матки, не способной в дальнейшем выполнять свою основную физиологическую роль—деторождение, имеются противоречия в отношении выбора того или иного оперативного пособия, мы и решили поделиться нашим скромным опытом. Больше половины прооперированных женщин нами опрошено и осмотрено в смысле отдаленных результатов, которые оказались прекрасными.

Мы считаем: 1) *Extirpatio uteri totalis per vaginam* с отдельным подшиванием *lig. cardinalae* и кольпоперинеоррафией—операцией выбора при выпадениях матки у женщин физического труда, у которых матка не может исполнять своей основной физиологической роли—акта деторождения.

2) Операция эта должна производиться после тщательной общей подготовки больной и достаточной дезинфекции влагалища.

3) Операция эта, при внимательном отношении к отдельным ее актам, тщательном гемостазе, совершенно безопасна и может быть произведена у женщин независимо от возраста и степени общего питания.