

К вопросу об оперативном лечении значительных выпадений женских половых органов¹).

С. А. Драверта (Вятка).

Вопрос о лечении выпадений женских половых органов, издавна обращавший на себя много внимания со стороны специалистов и вообще практических врачей, в последние годы, по понятным причинам, стал еще более острым и неотложным. Пережитые страной военные и революционные годы вовлекли широкие круги женщин в систематическую физическую работу, часто непосильно тяжелую, а медицинская и, в частности, акушерская, помощь в то же время сократилась количественно и понизилась качественно. Поэтому вопрос о выпадениях с новым интересом стал обсуждаться в специальной литературе, в заседаниях медицинских обществ, на съездах. Такое положение вопроса дает и мне решимость высказать свои мысли по этому поводу и поделиться своим опытом в деле лечения выпадений.

Работая все время преимущественно среди населения, посвящающего себя физическому труду, я, естественно, часто встречался в своей практике с разными формами выпадений и был поставлен в необходимость подавать посильную помощь этим больным с тем или другим успехом. Неудовлетворенность существующими общеизвестными способами лечения значительных выпадений давно заставляла меня задумываться над их возможным усовершенствованием, и в результате я скомбинировал способ оперативного лечения выпадений, которым я и пользуюсь, как мне кажется, с успехом— с 1920 года до сих пор. Кроме меня, этим способом в соответствующих случаях воспользовались д-ра И. Е. Молчанов и В. А. Дьяконов в Вятской Уездной больнице и З. С. Батурина—в Вятской Железнодорожной и Тюремной больницах и остались им довольны.

Толчком к выработке предлагаемой мною операции мне послужило знакомство со способами лечения выпадений по Kocher'у, Migrhy и Снегиреву. Задумавшись над предложенными ими методами лечения выпадений я решил скомбинировать их, воспользовавшись преимуществами каждого из них и сладив их недостатки. Позднее, в 1922 г., из кратких журнальных рефератов я узнал, что покойный Вимм также пришел к признанию принципа, выдвинутого Снегиревым и Migrhy, но в подробностях со способом Вимма я, к сожалению, ознакомиться не имел возможности.

Как известно, способ Kocher'a состоит в том, что, сделав срединный разрез брюшной стенки, вытягивают матку из брюшной раны до уровня внутреннего зева; здесь спереди и сзади пришивают пристеноч-

¹⁾ Доложено в Вятском Медицинском Обществе в сентябре 1925 г.

ную брюшину к маточной, оставляя трубы и яичники в полости брюшины, а остальную часть разреза брюшины зашивают; затем кладут матку на зашитую брюшину и сшивают края раны брюшной стенки, прикрепляя по возможности высоко складки круглых связок с обоих сторон; в заключение зашивается кожа. Так описана эта операция в пятом издании „Оперативной Хирургии“ Ко sch eг'a (рус. пер. 1909 г.). В „Оперативной Гинекологии“ D ö d e r l e i n'a и K r ö n i g'a. 1905 г. (рус. пер. 1907 г.), она описана несколько иначе: после перевязки обеих труб дно матки втягивается в нижний угол брюшной раны таким образом, чтобы оно лежало вне брюшной полости, и окаймляется пристеночной брюшиной, причем швы захватывают переднюю и заднюю стенки матки; когда брюшная полость будет таким образом замкнута, над вшитым дном сшивают апоневроз и мышцы и вставляют стеклянный дренаж до дна матки.

Способ M i g r h u состоит в том, что, сделав поперечный надлобковый разрез брюшной стенки до апоневроза, разрезают последний и остальные ткани брюшной стенки коротким продольным разрезом, через который извлекают наружу матку; разрезывают ее по средней линии вдоль до области внутреннего зева, иссекают мукозу тела с частью миометрия и распластанный в виде крыльев орган пришивают к апоневрозу, после чего зашивают кожу.

Наконец, способ Снегирева состоит в пришивании выпяченного из влагалища пальцем помощника передне-бокового свода к наружному краю влагалища прямой мышцы живота выше пупаровой связи, а также выпяченного задне-бокового свода в области копчика; такое пришивание может быть выполнено или в двух указанных местах по диагонали, или в 4 точках.

Все приведенные способы, несомненно, в отдельных случаях ведут к цели, но, на мой взгляд, они не свободны от крупных недостатков. В самом деле, при способе Ко sch eг'a, особенно при более старой его модификации, приведенной у D ö d e r l e i n'a и K r ö n i g'a, фиксация матки осуществляется при помощи пристеночной брюшины и поперечной фасции, тканей очень растяжимых, нежных, почему фиксация эта и не обещает быть особенно прочной. Сверх того тут возможны значительные боли от растяжения, когда тяжелая матка будет стремиться вниз и натягивать срощенную с ней брюшину. Пришивание складок из круглых связок— для прочности фиксации, введенное в позднейшую модификацию способа, серьезного значения иметь, разумеется, не может по понятным причинам. Способ M i g r h u в смысле прочности укрепления матки весьма надежен, но он сопряжен с большой травмой и сильно уродует женщцу, лишая ее функций эндометрия. Наконец, способ Снегирева неудобен тем, что для основательной фиксации требует четырех отдельных разрезов, и при нем может получиться, особенно при негладком заживлении, серьезное сужение прямой кишки; наконец, способ этот может, повидимому, неблагоприятно влиять на нормальную флору влагалища.

Обсуждая описанные способы, мы видим, что в основу их положены два принципа—удаление матки от проводной линии таза у Ко sch eг'a (в новейшей модификации его способа) и фиксация матки непосредственно за шейку—у M i g r h u или посредством сводов—у Снегирева. Применение обоих этих принципов при лечении выпадений женских половых органов обещает быть плодотворным, т. к. они основаны на дан-

ных физиологии и анатомии. В самом деле, извлекая матку по Кошегу из брюшной полости и помещая ее внебрюшинно в толще передней брюшной стенки, мы, во-первых, отдаляем ее от проводной линии таза, где действие условий, смещающих ее вниз, является максимальным; во-вторых, мы ставим ее в такое положение, что внутрибрюшное давление, почти совершенно не отдавливая ее вниз, главным образом прижимает ее к передней брюшной стенке, действуя сквозь пристеночную брюшину и поперечную фасцию. Что же касается второго принципа,—фиксации матки снизу за шейку.—выдвинутого Снегиревым и Миргру, то ведь в естественных условиях матка как раз и укреплена в тазу этим своим отделом при помощи *fascia endopelvina* и ее отростков.—связок, образующих так называемый поддерживающий аппарат матки, который прикрепляется и дополняется в свою очередь снизу же с помощью *diaphragma pelvis* и *diaphragma urogenitale*. Когда этот прочный в норме аппарат в силу тех или других причин ослабел или частично разрушился, мы почти бессильны восстановить его; но вполне последовательно воспользоваться для его замены сходной по крепости, строению и физиологической функции тканью—брюшным апоневрозом, создав из него своего рода протез поддерживающего аппарата матки. Большое значение имеет приложение этого протеза именно к шейке матки, притом возможно низко: дело в том, что влагалищные своды очень тесно соединены с шейкой весьма прочной волокнистой тканью, составляя с ней как-бы одно целое; поэтому, укрепляя на определенном уровне шейку, мы тем самым фиксируем тут и верхнюю часть рукава. Таким образом метод фиксации шейки одинаково пригоден и достаточен как для устранения первичного выпадения влагалища, так и для устранения первичного выпадения влагалища, осложненного последующим выпадением матки. Выбор же возможно низко лежащего участка шейки для фиксации важен потому, что общеизвестно, как сильно иногда вытягивается шейка при выпадении влагалищной части, и в силу этого понятно, что, чем более книзу мы отнесем место фиксации шейки, тем возможность такого растяжения ее меньше и, стало быть, эффект фиксации прочнее.

Основываясь на приведенных выше соображениях, я выработал следующий способ оперирования значительных пролапсов женских половых органов—безразлично, развились ли они, как первичное выпадение матки, или как первичное выпадение влагалища. Делается поперечный разрез брюшной стенки по Рфеннстейлю, матка вытаскивается в брюшной разрез, широкие связки расправляются, и на них накладываются Кошеговские пинцеты, по два с каждой стороны, таким образом, что один зажим захватывает вместе круглую связку, трубу и собственную связку яичника возможно близко к этому последнему, а другой зажим накладывается на те же образования возле первого, несколько медиальнее. Затем захваченные зажимами ткани перерезываются между каждой парой зажимов, и разрез широкой связки продолжается дальше книзу на необходимое в каждом отдельном случае расстояние,—иногда до самой пузырно-маточной складки. Все 4 зажима заменяются потом крепкими шелковыми лигатурами, причем периферические, у яичников, коротко срезываются, и яичники уходят на свое нормальное место, а центральные, у матки, оставляются длинными. Если пришлось рассечь широкие связки на значительном протяжении, то разрез их обшивается непрерывным швом; если же разрез

мал и не кровоточит, то он оставляется без обшивания. Мобилизованная таким образом матка выводится далеко из брюшной полости, которая затем наглухо замыкается путем сшивания непрерывным швом брюшины и по-перечной фасции, начиная от верхнего угла разреза брюшины и до задней поверхности матки в области внутреннего зева, где шов закрепляется на серозном покрове матки. Маленький участок разреза брюшины впереди от выведенной наружу маточной шейки остается не зашитым и замыкается впоследствии, благодаря тесному прилеганию его краев к выступающей между ними шейке. После того берется прочная, довольно толстая шелковая нить на толстой же иголке, иголка вкладывается в нижний дистальный край разреза апоневроза около белой линии, минуя мышцу и брюшину, проводится сквозь шейку—между ее серозным и слизистым слоями у самой пузырно-маточной складки, выкалывается в апоневрозе с противоположной стороны белой линии, тоже минуя брюшину и мышцу, и нитка крепко завязывается и коротко обрезывается. Полагаю, что более прочной была-бы фиксация шейки, особенно в случаях первичного выпадения влагалища, если-бы предварительно, отделив несколько, небольшим поперечным разрезом, пузырь и сдвинув его немногого книзу, пришить обнаженную от серозного листка шейку непосредственно к апоневрозу, фиксируя ее местом, лежащим ниже пузырно-маточной складки; но имеющийся у меня опыт показал ,что и первый способ фиксации достаточно прочен.

Таким образом шейка, лежащая между краями оставленного незашитым маленького участка брюшинной раны и между медиальными краями обеих прямых и пирамидальных мышц, широко соприкасается с внутренней поверхностью брюшного апоневроза и крепко с ним срастается. Затем замкнутым пинцетом Kocheg'a протыкаются, на том или ином—в зависимости от случая—уровне, симметрично на обеих сторонах, сбоку от белой линии, апоневроз и прямая мышца живота, захватывается общая кулья круглой связки, трубы и яичниковой связки, оставленная у матки вместе с необрязанной лигатурой, протаскивается сквозь отверстие в апоневрозе и пришивается на его передней поверхности с помощью этой же лигатуры. В последнее время я протягиваю культи только сквозь прямые мышцы и фиксирую их лигатурами к задней поверхности апоневроза, связывая лишь концы лигатур на его передней поверхности: это технически проще, а результат получается не хуже. Наконец, накладываются 3 или 4 более тонких узловатых шелковых шва, проводимых через прямую мышцу одной стороны, вещества матки и прямую мышцу другой стороны; швы эти сближают друг с другом медиальные края прямых мышц и приводят в широкое и тесное соприкосновение переднюю поверхность матки с их задней поверхностью, обеспечивая плотное срастание этих поверхностей. Эти швы проводятся с таким расчетом, чтобы один из них лежал в области нижнего сегмента матки, один или два в области ее тела и один в области дна. После того обычным образом зашиваются апоневроз, подкожная клетчатка и кожа. Во многих случаях, но отнюдь не принципиально всегда, операция дополняется мною восстановлением промежности.

Эффект описанной операции сводится к следующему: щейка матки и столь тесно связанные с ней своды влагалища, а, стало быть, и все влагалище, получают прочную точку прикрепления в брюшном апоневрозе в самом крепком его месте, у белой линии; тело матки подкрепляет собой столь часто расходящиеся и слабые—у страдающих пролапсом женщин—

прямые мышцы живота; в то же время матка не лежит совсем неподвижно, что было бы нефизиологично для столь подвижного органа,—напротив, она имеет возможность проделывать довольно обширные экскурсии, по направлению и силе довольно близкие к обычным, но только происходящие под влиянием иных сил, чем в норме (во-первых, при сокращении и расслаблении прямых мышц живота тесно сращенная с ними матка не может не передвигаться вверх и вниз,—правда, на небольшое расстояние, причем этому движению матки не мешает фиксация к апоневрозу ее шейки, столь податливой обыкновенно при пролапсах, а тем более фиксация еще более растяжимых культей широких связок; во-вторых, во время сокращения всей брюшной стенки, при физических напряжениях женщины, двигается и вся матка, каковое движение ее совершается по направлению некоторой равнодействующей, слагающейся из двух движений, а именно, из перемещений органа в дорсально-центральном и каудально-краиальном направлениях).

Указанные движения матки, подобно обычным, нормальным ее движениям, способствуют венозному кровообращению в ней и устраниению обычных при выпадениях застоев и их последствий. При этом внутрибрюшное давление, прижимая матку плотнее к брюшной стенке, способствует фиксации органа и в то же время не действует вытискающим образом на шейку, помещенную значительно кпереди от направления равнодействующей брюшных сил. Таким образом сила, которая при нормальных анатомических условиях, а тем более при начавшемся пролапсе, стремится вытолкнуть матку из таза, преодолевая сопротивление поддерживающего ее аппарата,—после описанной операции лишь способствует удержанию ее на известной высоте. В этом легко убедиться, если после операции ввести во влагалище палец, приложить его слегка к влагалищной части матки и попросить больную потужиться,—сейчас же мы ощущаем, что при напряжении брюшного пресса влагалищная часть уходит от пальца более или менее вверх, а при его расслаблении возвращается на прежнее место. В этом и заключаются достоинство и смысл описанной операции.

Я предвижу возможность различных возражений против предлагаемого мною способа. Можно, напр., говорить о том, что способ этот совсем не считается с этиологией пролапса, что это—лечение чисто-симптоматическое, что данная операция грубо нарушает анатомию и не считается с физиологическими функциями матки, ее подвижностью, беременностью и т. д. На это я могу сказать, что оперативное лечение вообще всегда является симптоматическим. Создаем-ли мы костную подпорку по Albee для смещающихся позвонков при туберкулезном спондилите, делаем-ли желудочно-кишечное соусье при сужении привратника, вшиваем-ли сальник в брюшную стенку по Toldt при асците, делаем ли трахеотомию при крупце, удаляем-ли хрусталик при катараракте, делаем-ли поворот при поперечном положении и т. д., и т. д.,—мы всегда действуем только симптоматически; тем не менее все указанные мероприятия целесообразны, общеприняты и необходимы. Что же касается несогласованности предлагаемого способа с данными анатомии и физиологии, то нельзя, конечно, не признать этого факта, но в то же время надо отметить, что в данном способе имеются подробности, смягчающие эту отрицательную сторону, а именно, с анатомической стороны надо учесть применение для фиксации матки апоневроза,—ткани, по строению и свойствам близкой к фасциальной,

которая в норме фиксирует матку; приложение фиксирующей силы в области шейки тоже соответствует нормальным отношениям, так что способ этот не является уж столь противоестественным, как это могло бы показаться на первый взгляд. С физиологической стороны я должен еще раз напомнить о том, что матка оказывается после данной операции фиксированной подвижно, причем направление движения и об'ем его довольно близко подходит к нормальным. Наконец, что касается беременности, то, понятно, как самая техника операции, так и получаемое новое положение матки исключают возможность и допустимость последней. Эта отрицательная сторона операции искупается, однако, тем, что оперировать значительные проляпсы приходится обыкновенно у многорожавших, часто находящихся уже в климактерии женщин. Можно было бы еще ожидать упрека в возможности после операции жалоб со стороны пузыря—в зависимости от некоторого стеснения пространства для его расширения, но таких жалоб я ни разу не слыхал: очевидно, пузырь отлично приспособляется к создаваемым операцией условиям, расширяясь при наполнении не вверх, а в стороны.

Итак, сознавая различные слабые стороны способа, я все же вижу в нем и ряд положительных сторон, которые заставляют меня охотно пользоваться этой операцией. Прежде всего надо отметить простоту и легкость техники, ее доступность любому оператору. Далее, она требует мало времени для своего производства, что делает ее безопасной даже для женщин очень преклонного возраста; мне лично нераз приходилось производить ее у старух далеко за 60 лет, при наличии изменений в органах кровообращения и дыхания,—однако, без всяких дурных последствий. Надо еще упомянуть, что при этой операции вполне возможно раннее вставание, столь важное у данной категории больных. Затем применение здесь поперечного разреза брюшной стенки по P f a n n e n s t i e l'ю, со всеми его преимуществами, является также очень ценной стороной данной операции, особенно для больных с выпадениями, всегда имеющих ослабленные, растянутые брюшные стенки. Очень важно, далее, что операцию легко проделать не только под общим ингаляционным наркозом, но и под поясничным и особенно крестцовыми эпидуральными обезболиваниями, а также под местной анестезией; двумя последними способами я и пользуюсь особенно охотно. Большим преимуществом операции является, потом, отсутствие изувечения женщины и сохранение функций матки и влагалища, что имеет не только психологическое значение, но и глубокое физиологическое, если допускать инкреторную и экскреторную функцию матки и ее обратное воздействие на яичники, не говоря уже о менструации. Наконец, как я убедился из опыта, нет необходимости дополнять данную операцию восстановлением промежности, особенно в случаях первичного выпадения матки; правда, я применял часто при ней пластику промежности, но больше, так сказать, для порядка, чем из сознания ее необходимости.

Что касается прочности достигаемого при операции результата то, поскольку я могу судить по имеющимся у меня до сих пор данным, она очень удовлетворительна. Я имел возможность проследить состояние трех женщин, перенесших описанную операцию—и притом, по счастливой случайности, без дополнения пластикой промежности—по истечении более года после вмешательства; две из них были оперированы лично мной, третья д-ром И. Е. Молчановым. Все они после операции продолжали зани-

маться земледельческим трудом, а одна из них, кроме того, еще земляными работами; при исследовании результат операции у всех оказался безукоризненным¹⁾.

В первый раз я проделал описанную операцию 9/XII 1920 г.; с тех пор до настоящего времени у меня накопился 61 случай ее. Все они, за исключением одного, закончились благополучно. Операционная рана в большинстве заживала хорошо, да и там, где этого не было,—где имело место образование гематом с нагноением подкожной клетчатки,—на конечном результате операции это несколько не отражалось. Упомянутый выше неблагоприятный исход имел место у пожилой женщины с хроническими изменениями в системе органов кровообращения и дыхания; смерть наступила после снятия швов внезапно, когда больная села в постели. Очевидно, здесь летальный исход не зависел от особенностей именно данной операции и произошел бы и после всякой другой.

Из изложенного, мне кажется, можно видеть, что предлагаемая операция является достаточно теоретически обоснованной и практически проверенной, а потому и заслуживающей дальнейшего испытания и изучения, о чем я и прошу товарищей, не претендуя особенно на приоритет в этом деле.

D-r S. A. Drawert (Wjatka). Zur operativen Behandlung grosser Prolapse der weiblichen Genitalien.

Der Autor schlägt ein neues Verfahren der operativen Behandlung des Prolapses vor, welches eine Kombination der Verfahren von Kocher, Snegireff und Murphy darstellt. Die Operation wird mit einem Schnitt der Bauchwand nach Pfannenstiel begonnen. Das Corpus uteri wird von den Adnexen abgetrennt und extraperitoneal fixiert, der obere Teil des Cervix uteri wird an die Aponeurose der Bauchwand ange näht; ausserdem wird die Aponeurose an zwei Stellen durchstochen, durch die Oeffnungen werden die gemeinsamen Stümpfe der Ligam. rotunda, der Eileiter und der Ligam. ovarii propr. geführt und ebenfalls an die Aponeurose ange näht. Nach diesem Verfahren hat der Autor 61 Fälle von Prolaps operiert und blieb mit den erhaltenen Erfolgen sehr zufrieden. In 1 Falle ereignete sich zwar ein Exitus der aber mit der Operation scheinbar nicht in Zusammenhang stand.

¹⁾ Потом я имел возможность проконтролировать еще нескольких женщин; результат у всех оказался стойким.