

Оставляя в стороне вопрос об этиологии, гистогенезе, предложенных классификациях и соответствующих им клинических признаках саркомы желудка, достаточно освещенных в упомянутых мною выше работах, я хотел бы только коснуться вкратце результатов оперативного вмешательства при саркоме желудка, так как в конце концов они-то и являются моментом, определяющим практическое значение вопроса. О характере вмешательства разногласий не существует: „радикальное удаление опухоли оперативным путем при саркоме желудка является единственным методом лечения, который может дать исцеление“ (Конечный). Первая резекция желудка по поводу саркомы была произведена Бильротом в 1887 году. Результаты последующих оперативных вмешательств при саркомах желудка приведены в работах Минца, Лофаро, Цише, Давидсона, Гессе и Конечного. Средняя смертность при резекциях, в зависимости от формы саркомы, колеблется от 28—33%. До 3-х лет живут 25—30%. Описаны случаи полного излечения после резекции желудка по поводу саркомы (случай Шопера—14½ лет, Гессе—8½, Конечного—7 лет). Недавно Кох в своей работе упоминает о больной Ласиля (Швеция), оперированной в 1925 году, которая в 1929 году еще была жива.

Приведенные результаты оперативного лечения сарком желудка не блестящи, но они не хуже, а при некоторых формах и лучше такого же лечения рака желудка. Вообще возможность продлить жизнь обреченного больного даже и на 3 года, а иногда и на больше—достаточно говорит в пользу оперативного вмешательства при саркомах желудка. Нужно полагать, что с ростом интереса врачей к этой форме заболевания желудка и связанного с этим дальнейшего изучения его—чаще будут учитываться врачами моменты, говорящие в пользу возможности и этого, хоть и редкого, заболевания желудка. А это в свою очередь, безусловно, должно будет отразиться на своевременности предпринятого вмешательства и даст лучшие результаты, чем приведенные выше.

Литература. 1. Konjetzny. Erg. d. Chir. u. Ort. V. XIV. 1921.—2. Jaki. D. Z. f. Chir. B. 210.—3. Коган и Зейденберг. В. X. и П. О. т. XI.—4. D. Fedorow. Arch. f. kl. Chir. B. 159. 5. Кох Е. Укр. Мед. Арх. т. V, том 3. 1930.—6. Жуковская. Каз. Мед. Ж. № 4. 1928—7. Багров Ю. Б. В. X. и П. О. Кн. 64.—8. Богораз проф. Н. X. А. т. XXI. № 83. 1930.

Из Госпитальной акушерско-гинекологической клиники Днепропетровского медицинского института.

К технике операции Webster-Baldy-Franke при retroflexio uteri.

Профессора Д. Е. Шмундак.

Можно уверенно в настоящее время говорить о том, что ни одно из заболеваний женской половой сферы, требующих оперативного лечения, не пестрит таким богатством и разнообразием предложенных методов оперативного воздействия как дислокация матки в форме retroflexio. Еще только полтора года тому назад на заседании акушерско-гинекологического общества в Гамбурге (30/1 30 года), где дебатировался воп-

рос о выборе оперативного метода при лечении retroflexio uteri, Grube во время демонстрации своих таблиц с отдельными фазами операций одновременно подчеркнул, что несмотря на наличие около 250 методов операций, все же результаты лечения до сих пор не совсем ободрающие.

Залогом успеха всякого оперативного вмешательства является необходимость правильного учета показаний к таковому, а также наличие всех необходимых условий для производства операции. Такое же существенное значение приходится отнести и точно разработанной технике операции, так как погрешность в этом смысле может свести к нулю результаты последней.

Уже то обстоятельство, что в целом ряде случаев один и тот же метод операции при retroflexio uteri в различных руках дает неодинаково утешительные результаты, указывает на то, что еще не все детали в этиологии retroflexio uteri уяснены и что не все случаи могут быть оперированы по одному строго определенному методу и что в каждом отдельном случае необходима строгая индивидуализация в соответствии с тщательным изучением больной.

Подтверждение этому факту можно найти у тех хирургов, которые, пользуясь вначале определенным методом, получают хорошие результаты, а в дальнейшем при чрезвычайно широком применении того же метода без строгого учета показаний и условий, необходимых для его применения, испытывают в нем разочарование, так как результаты его становятся значительно худшими.

При знакомстве с литературой по данному вопросу можно встретить по поводу одной и той же операции совершенно различные статистические данные. Так, например, при операции Alexander-Adamsa, по данным Franz'a, наблюдается 4,3% рецидивов, v. Jaschke же, на основании литературных данных, число рецидивов доводит до 10%, почти такой же % рецидивов (9,5%) получил на своем материале и Stoeschel, а по статистике Hodler'a % рецидивов достигает довольно внушительной цифры, приближаясь к 23%.

Точно такие же резкие колебания % рецидивов можно наблюдать и при целом ряде других операций, производимых по поводу retroflexio uteri. Такие резкие колебания % рецидивов у различных авторов всегда позволяют сделать вывод, что там, где имеется большой % неудач, повидимому, чаще нарушаются показания к данной операции, игнорируется отсутствие соответствующих условий для операции и зачастую совершаются погрешности в смысле техники выполнения операции.

В этом отношении операция W.-B.-F. у различных авторов дает неодинаковый % рецидивов, и диапазон колебания этих рецидивов достигает чрезвычайно резких степеней. Если на материале Stoeschel'a, Gerich'a, Либова не наблюдалось совершенно рецидивов, если у Kienlin'a % этот не превышает цифры 1,6, то у Zimmermann'a число рецидивов доходит до 28%.

Знакомство с материалом по вопросу об операции W.-B.-F. при retroflex. uteri показывает, что одни авторы пользуются этой операцией только при подвижных загибах матки, другие применяют ее и при фиксированных retroflex'иях, ряд авторов прибегают к ней и при удалении воспалительно-измененных придатков, независимо от того, удалены ли

придатки с обеих сторон или только с одной стороны. В последнем случае, т. е. при удалении придатков с одной стороны, авторы производят обычно одностороннюю операцию по W.-B.-F., на другой же стороне (там, где удалены придатки) они культу перитонизируют круглой связкой. В целом ряде случаев авторы применяют операцию W.-B.-F. при операциях на придатках, когда нет *retroflexio uteri*. Тогда она носит характер не исправляющей операции, а профилактической.

Применяя операцию W.-B.-F. исключительно у молодых женщин и как операцию исправляющую и как операцию преследующую цели профилактические, я пришел к заключению, что большой % рецидивов и осложнений у некоторых авторов находится в значительной зависимости от погрешностей в смысле техники при производстве данной операции. Только при тщательно проводимой технике операция W.-B.-F. дает хорошие результаты.

Сущность операции W.B.-F. состоит в том, что после вскрытия брюшной полости круглые связки с одной и другой стороны захватываются в определенном месте (на расстоянии 3—4 сант. от угла матки) и протягиваются через вновь образованные отверстия в широких связках на заднюю поверхность матки с каждой стороны, где и фиксируются швами. После этого брюшная полость закрывается.

Мною производится обычно вскрытие брюшной полости небольшим разрезом по Pfannenstiel'ю длиной в 6—7 см.

Захватывание матки каким-либо инструментом излишне, так как подвижную матку можно вывести в нормальное положение, введя в брюшную полость два пальца. Точно также и при наличии сращений достаточно бывает ввести два пальца, чтобы ими отделить матку от сращений и перевести ее в нормальное положение.

Для того, чтобы меньше травмировать круглые связки, мы на намеченные места (на расстоянии 3—4 сант. от углов матки) не накладываем предварительно зажимов, как делают это некоторые авторы, а прошиваем их тонкими шелковыми швами, которые при этом не завязываются, а только удерживаются на зажимах Pean'a.

После этого специально заостренным пинцетом Кохера широкая связка со стороны ее задней поверхности прокалывается так, что круглая связка остается медиально от острия пинцета. В разведенные branches пинцета захватывается шелковая лигатура, наложенная раньше на круглую связку, и таким образом круглая связка протягивается через образованное отверстие в широкой связке на заднюю поверхность матки. Точно также затем поступают с другой круглой связкой.

При проведении пинцета через широкую связку необходимо проводить его ниже расположения яичниковой связки и только немного сбоку от ребра матки. Это делается для того, чтобы при последующей фиксации круглых связок яичники были приподняты, так как обычно при *retroflexio* матки они опущены и лежат в заднем Дугласе, по временам ущемляясь и причиняя большой в некоторых случаях значительные боли.

Кроме того необходимо соблюдать и второе условие, так как при прокалывании широких связок дальше от ребра матки и ближе к ампулярной части труб в последующем наблюдается расширение вновь образованного отверстия в широкой связке, что может повести к ущемлению кишечной петли. Хотя такая возможность возникновения *ileus'a* чрезвы-

чайно редка, но все же совершенно исключена быть не может. Для избежания такого осложнения можно дополнительно наложить 2—3 узловатых кетгутовых шва, чтобы закрыть это широкое отверстие.

Помимо того, что при таких условиях возможно возникновение ileus'a благодаря расширению отверстия в широкой связке, проведение круглых связок ближе к ампулярной части труб способствует еще тому, что сами трубы частично или отрываются от широких связок, или перегибаются, что может явиться в дальнейшем одним из предрасполагающих моментов для возникновения внематочной беременности.

На нашем материале в одном случае больная Ч. 33 лет, имевшая двое нормальных родов и два искусственных аборта, причем после последнего аборта не беременевшая уже 7 лет, была подвергнута операции W.-B.-F. по поводу retroflexio uteri mobilis. Сама операция и послеоперационный период прошли гладко и больная выписалась в хорошем состоянии. Спустя два месяца больная вновь поступила в клинику по поводу нарушенной правосторонней трубной беременности, причем во время операции было установлено, что матка в anteflexio, но левая труба резко перегнута, так как круглая связка была протянута ближе к ампулярной части, а не к боковому ребру матки. Положение правой трубы трудно было установить, так как она была увеличена, разорвана и несколько подворочена к задней поверхности широкой связки, где и припаялась.

Наконец, при прокалывании Кохеровским пинцетом широких связок необходимо избегать кровотечения.

После того как круглые связки протянуты через отверстия в широких связках на заднюю поверхность матки, мы рекомендуем соединить одним шелковым швом обе петли круглых связок, для чего воспользоваться одной из шелковых держалок, проведя ее и через другую круглую связку. Большинство авторов предлагают соединять петли круглых связок между собой только после того, как эти петли будут фиксированы к задней стенке матки.

Предварительное соединение круглых связок без того, чтобы они уже были фиксированы к задней стенке матки, по нашему мнению, создает больше удобств при корригировании матки, как в смысле придания ей, так и в смысле придания ей той или иной степени anteflexio.

Одним из основных преимуществ операции W.-B.-F. является возможность при ней варьировать степень anteflexio и поднятия матки. Это отмечает и Stoesckel, который считает, что ни одним другим способом нельзя так корригировать положение матки, как способом W.-B.-F.

При этом трубы остаются совершенно свободными, что очень важно для нормального продвижения яйца. Применяя в течение трех лет эту операцию, Stoesckel ни в одном случае не получил рецидива, причем все случаи последующих беременностей закончились нормальными срочными родами, а матка осталась в anteflexio.

Пришивать круглые связки к задней поверхности матки надо таким образом, чтобы они не были пришиты очень низко у шейки матки или очень высоко у дна, так как в том и другом случае можно получить рецидив. Обычно после предварительной коррекции положения матки нижний шов находится на расстоянии 2—3 сант. от шейки матки, причем предварительно петлю круглой связки надо расправить для того,

чтоб в последующем она приросла к задней стенке матки на большом пространстве.

Каждая петля круглой связки прикрепляется двумя узловатыми тонкими шелковыми швами, причем можно воспользоваться и второй держалкой для того, чтобы не травмировать лишней раз круглые связки. При пришивании круглых связок к задней стенке матки (как и при пришивании держалками круглых связок) необходимо пользоваться исключительно круглыми иглами небольшого размера, так как они меньше ранят стенку матки. При этом необходимо проникать иглой на определенную глубину в толщу матки, так как при поверхностном пришивании шелковые швы могут быстро прорезаться, а при очень глубоком — мы рискуем проникнуть в маточную полость и создать условия для инфицирования шва и для развития эндометриоза.

Применение обычных игл с острыми режущими краями при этой операции нежелательно, так как такое незначительное отступление в технике может способствовать прорезыванию швов и таким образом свести к нулю операцию.

О том, что необходимо пользоваться шелковыми швами при этой операции и что это является обязательным условием успешности такой операции, имеются указания ряда авторов. Это было подчеркнуто и Нейманном на заседании акушерско-гинекологического общества в Гамбурге 30-го января 30 г., когда он указывал, что кто не хочет иметь рецидивов после операции W.-B.-F., тот должен применять только шелк. В прениях по докладу Неймана, Кёхлер, критикуя различные способы операции при retroflexio uteri, высказывался положительно относительно операции W.-B.-F. Анализируя при этом данные Кемптерга, который сообщал о плохих результатах после операции по W.-B.-F., Кёхлер указывал, что подобные результаты зависели от технических погрешностей. Во всех этих случаях в качестве шовного материала применялся кетгут. Подобные лапаротомии показали, что при такой технике от операции W.-B.-F. вообще нельзя ожидать успеха. Всякая операция по W.-B.-F., которая проводится кетгутом, приводит обычно к рецидиву.

Еще до этого Франке указывал, что при правильной технике результаты операции W.-B.-F. так хороши, как ни при какой другой операции. Когда вначале Франке пользовался кетгутом, то у него наблюдались случаи при запущенных формах retroflexio, где швы или рано развязывались, или рассасывались раньше, чем наступала прочная спайка между круглыми связками и задней стенкой матки. После этого Франке стал шить только шелком и уже в дальнейшем не получал таких осложнений.

Франке дополнительно пользуется пессарием, снимая его после операции на 12—14 день, и получает хорошие результаты. Мы, как правило, пессария не применяем, а рекомендуем его только в тех случаях, когда матка несколько увеличена, плотна и тяжелее нормальной. Франке указывает, что результаты при этом настолько хороши, техника операции так проста, проведение ее так быстро и свободно от опасностей, что эту операцию необходимо настоятельно рекомендовать. Значение технических подробностей при этой операции делает понятным такой высокий % (28) рецидивов у Зиммермана, так как достаточно немно-

го погрешить в технике и пришивать круглые связки к матке не шелком, а кетгуттом, как результаты будут в значительной степени ухудшены.

Среди русских авторов операция W.-B.-F. также получила широкое распространение и должную оценку. Данные Окинчица, Широкова, Орлова, Либова Сердюкова, Черток и др. подтверждают ценность этой операции и возможность получения при пользовании ею прекрасных результатов.

Производя по вышеописанному методу операцию W.-B.-F., мы за период с 10-го марта 30 г. по 1-е мая 31 г. преоперировали 62 больных. Большинство из них (53 больных) принадлежат к цветущему возрасту (от 20—35 лет) и только 9 больных более старшего возраста.

Операция производилась по преимуществу при подвижной retroflexio uteri (у 42-х больных), в меньшем числе случаев она была произведена при фиксированной retroflexio (у 16-ти больных), кроме того в 4-х случаях она была применена как мера профилактическая при производстве операции по поводу других показаний (нарушенная внематочная беременность), причем у последних четырех больных в двух случаях была произведена двухсторонняя фиксация по W.-B.-F., а в двух случаях—односторонняя.

У 16-ти больных одновременно с операцией W. B.-F. произведена и операция colporrhineorrhaphia. Во всех случаях операция производилась без всяких затруднений; послеоперационный период протекал гладко (исключая 1 случай послеоперационной пневмонии) причем в тех случаях, где разрез был произведен по Pfannenstiel'ю, мы в 47 случаях получили первичное заживление, а в 6 случаях заживление пло per secundam. Что же касается остальных случаев, при которых разрез брюшной стенки был произведен по средней линии, то в 6 случаях заживление было первичным, а в 3-х случаях—вторичным. Такой большой % вторичных заживлений при разрезе по средней линии объясняется тем, что мы пользовались этим разрезом только в тех случаях, где на основании предварительного исследования можно было предполагать наличие значительных воспалительных изменений. Во всех случаях ближайшие результаты операции были вполне удовлетворительными. Все больные выписались из клиники при отсутствии прежних жалоб и при нормальном подвижном положении матки.

Что касается отдаленных результатов операции W.-B.-F., каковым материалом мы еще не располагаем, то здесь, как и при всякой другой исправляющей положение матки операции, окончательный успех зависит не только от самой операции, но и от последующего поведения больной. Для получения положительных стойких результатов недостаточно только ограничиться той или иной операцией, но необходимо в дальнейшем обратить самое серьезное внимание на улучшение функций брюшного пресса.

Назначение соответствующих бандажей, гимнастика, массаж живота, общее укрепляющее лечение, строгое соблюдение рационального режима—вот все те необходимые послеоперационные мероприятия, которые могут в дальнейшем способствовать длительному эффекту оперативного вмешательства.

Литература: 1) F. Franke—Z. f. Gyn. 1924 г. № 26.—2) W. Stoerckel—Z. f. Gyn. 1924 г. № 26.—3) Либов—Журнал акуш. и ж. бол. 1927 г.—4) Черток—Труды 1-го Всеукр. съезда акуш. и гинек. 1927—5) O. Gerich—Med. Klinik. 1929 г. 11.—6) Окинчица—Опер. Гинек. 1920 г.—7) H. Kienlin—Z. f. Gyn. 1930 № 12.—8) Heunemann—Z. f. Gyn. 1930 г. № 12.