

III.

Объ операціяхъ на широкихъ связкахъ и на придаткахъ матки.

Проф. д-ра А. П. Губарева (въ Москвѣ).

„Только тотъ кто не хочетъ идти впередъ приходитъ въ негодованіе, когда ему скажутъ, что онъ сбился съ прямого пути“
Шимановскій.

Прекрасные результаты, получаемые современной хирургіей при операціяхъ на придаткахъ матки исключаютъ, повидимому, всякую надобность въ усовершенствованіи общепринятыхъ приѣмовъ обращенія съ ножкою, остающагося послѣ удаленія подвергшагося заболѣванію органа, ибо пригодность этихъ приѣмовъ имѣетъ за себя опытъ многихъ десятилѣтій и многія тысячи случаевъ, увѣнчавшихся успѣхомъ.

Между тѣмъ есть много побочныхъ послѣдствій, проявляющихся уже по выздоровленіи послѣ операціи, и съ которыми приходится считаться, потому что они могутъ обусловливать невыносимыя боли и иные непріятные симптомы послѣ операцій съ самымъ благопріятнымъ и удачнымъ исходомъ.

Нѣкоторыя изъ этихъ слѣдствій зависятъ прямо отъ оперативныхъ приѣмовъ, снискавшихъ себѣ всюду полныя права гражданства и общепринятыхъ, какъ приѣмы классическіе.

Сюда прежде всего относятся лигатуры *en masse*, которыя неизмѣнно примѣняются даже при самыхъ простыхъ, сидящихъ на узкой ножкѣ, кистахъ. Если пионеры овариотоміи *Mc. Dowell*, *Spencer Wells*, *Koeberle* и ихъ ученики съ полнымъ

правомъ и послѣдовательностью должны были остановиться на этомъ простѣйшемъ приѣмѣ, то для этого было много причинъ, которыя въ настоящее время едва ли имѣютъ то значеніе, которое онѣ имѣли тогда. Здѣсь все таки на первомъ планѣ выступалъ вопросъ о времени. Необходимость оперировать быстро была однимъ изъ условій успѣха. Въ настоящее время такіе случаи, гдѣ можно удовольствоваться простой перевязкой ножки овариальной опухоли встрѣчаются рѣдко и тѣ немногія минуты, на которыя сокращается при этомъ продолжительность операции, благодаря простой перевязкѣ ножки, едва ли могутъ имѣть какое нибудь практическое значеніе. Къ тому же большинство операторовъ такую перевязанную ножку все-таки обшиваютъ, прикрывая лигатуры и раненую поверхность культи окружающей брюшиной, на что тоже требуется нѣкоторое время. Совершенно естественнымъ поэтому представляется стремленіе распространить и на эти операции общій хирургическій принципъ т. е. избѣгать наложенія лигатуръ *en masse*.

Крупныя усовершенствованія, внесенныя въ послѣднее время въ оперативную технику лѣченія фиброміомъ матки *) показали, что въ этомъ направленіи можно многого достигнуть. Однако не подлежитъ сомнѣнію, что еще многое въ оперативной гинекологіи требуетъ тщательнаго изученія и внимательной разработки. Недавно Пр. Доц. А. Н. Соловьевъ, подводя итоги своихъ наблюденій относительно экстирпаціи матки, наглядно отмѣтилъ эту сторону дѣла: «Можно сказать такъ», говоритъ онъ, «что, если прежде акушеръ былъ боленъ, пока не разрѣшится щипцами, теперь и гинекологъ страдаетъ до тѣхъ поръ, пока не видоизмѣнитъ тѣмъ или другимъ путемъ операции при фибромахъ матки. Понятно, что это служить залогомъ работы мысли и противъ этой болѣзни бороться не слѣдуетъ, лишь бы дѣло двигалось впередъ и въ науку вносилось бы что либо новое» **).

*) См. мою статью: Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки; этотъ журналъ Апрель 1897.

**) А. Н. Соловьевъ. О лигатурномъ и пинцетномъ способахъ остановки кровотеченія при экстирпаціи матки „Хирургія“ томъ III № 16 Апрель Москва 1898.

Примѣненіе принципа операціи *Doyle* для экстирпаціи фиброміомъ матки—устраненіе предварительнаго гемостаза (*sans hémostase préalable*) можетъ внести существенныя упрощенія въ оперативныхъ приѣмахъ на придаткахъ матки и въ частности при удаленіи опухолей связанныхъ съ широкой связкой.

Въ самомъ дѣлѣ очевидно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ удаленіе пораженной трубы, или яичника не требуетъ вовсе ни предварительной перевязки ножки, ни предварительнаго наложенія зажимающаго пинцета.

Тренделенбургское положеніе, съ приподнятымъ тазомъ, до такой степени дѣлаетъ доступнымъ поле операціи, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется какая либо ножка, или гдѣ ее можно получить искусственно, нѣтъ никакой надобности въ предварительной перевязкѣ ножки, потомучто ее всегда можно просто перерѣзать ножницами и перевязать одни кровоточащіе сосуды.

Другое дѣло если опухоль интерлигаментарная, или какъ теперь стали говорить межсвязочная, здѣсь возможность избѣжать предварительнаго гемостаза представляется на первый взглядъ весьма сомнительной.

Я еще не имѣю достаточно основаній, утверждать, чтобы это сомнѣніе во всѣхъ случаяхъ было лишено основанія, но могу привести много фактовъ въ пользу того, что весьма нерѣдко возможно избѣжать примѣненія предварительнаго гемостаза и при вылученіи опухолей интерлигаментарныхъ. По крайней мѣрѣ логическія основанія подыскать для этого трудно.

При межсвязочныхъ опухоляхъ можетъ быть два случая: или 1, опухоль помѣщается дѣйствительно въ самой толщѣ основанія широкой связки между обоими ея листками, или 2, она сдѣлалась интерлигаментарной вслѣдствіе обширныхъ старыхъ сращеній, которыя, стягивая сморщившуюся брюшину на одной изъ поверхностей опухоли, заставили ее вросли въ широкую связку, растягивая ея противоположный листокъ.

Въ первомъ случаѣ, т. е. тогда когда имѣется настоящая интерлигаментозная опухоль, она, по топографическимъ условіямъ, должна быть окружена той клѣтчаткой, въ которую она

вросла и ея отношенія къ этой клѣтчаткѣ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ отношеній фиброматозной матки къ этой ткани, а слѣдовательно возможно столь же быстрое вылуценіе ея безо всякихъ предварительныхъ лигатуръ, какъ это дѣлается по способу *Doyen*. Если артеріи и вены, которыя расположены на поверхности опухоли будутъ перерѣзаны, то кровоточить могутъ только артеріи, а ихъ не трудно захватить пинцетами; къ тому же крупныхъ артерій здѣсь можетъ быть только двѣ (*arteria uterina* и *arteria ovarica*.) Для того чтобы вены могли кровоточить необходимо одно изъ двухъ: или 1, чтобы питающія ихъ артеріи не были перерѣзаны, или 2, чтобы венозный оттокъ былъ чѣмъ нибудь затрудненъ. Для этого послѣдняго явленія иногда достаточно перевязать какой нибудь сосудистый пучекъ напр. *plexus rampiniiformis*. При этомъ получается тоже явленіе какъ при наложеніи повязки передъ кровопусканіемъ (*fascia ante venae sectionem*): вены растягиваются и пока не перерѣзаны всѣ питающія ихъ артеріи, кровотеченіе можетъ получиться основательное. Тоже самое должно произойти и тогда, когда артеріи уже перерѣзаны, если захваченъ лигатурою большой венозный пучекъ, и вслѣдствіе этого затрудненъ оттокъ крови въ глубже лежащихъ венахъ, вслѣдствіе устраненія проходимости захваченныхъ лигатурой анастомозовъ. Послѣ удаленія опухоли остающаяся культи настолько сморщивается и кровоточащая раненая поверхность настолько уменьшается, что опасаться невозможности остановить кровотеченіе нѣтъ никакого основанія.

Таковы теоритическія соображенія. Клиническія наблюденія подтверждаютъ справедливость многихъ изъ этихъ соображеній: они показываютъ, что при вылуценіи широкихъ связокъ у самаго ихъ основанія, нѣтъ никакой надобности въ предварительной перевязкѣ чегобы то ни было.

Такъ при радикальной операціи при рактъ матки (согласно принципамъ, которые я излагалъ на XII Международномъ конгрессѣ *), т. е. при вылуценіи ея вмѣстѣ съ широкими связками (*per laparotomiam*) не трудно убѣдиться, что, руководствуясь принципомъ операціи *Doyen*, можно не накладывая

*) См. этотъ Журналъ т. XI сентябрь 1897.

предварительно ни одного пинцета, удалить вмѣстѣ съ маткой, почти всю клѣтчатку основанія широкихъ связокъ и значительную часть влагалища, какъ это мнѣ и удалось сдѣлать два раза. Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи послѣдній случай, оперированный недѣли двѣ тому назадъ (18. 20. IV. 98), потому что пришлось перевязать только четыре артеріальныхъ ствола и ихъ удалось изолировать еще до ихъ перерѣзки, кромѣ ихъ для остановки кровотечения никакихъ лигатуръ и пинцетовъ не понадобилось. Матка удалена вся вмѣстѣ съ придатками и широкими связками, которыя отъ нея отдѣлены не были—вырѣзано все цѣликомъ.

Полное отсутствіе кровотечения при этой операціи надо объяснить: 1, благопріятнымъ для оттока венозной крови (вверхъ по венамъ) тренделенбурговскимъ положеніемъ, 2, сильнымъ растяженіемъ связокъ матки, сѣуживавшимъ просвѣтомъ всѣхъ сосудовъ, которые въ нихъ заложены (растяженіе зависѣло отъ вытягиванія матки захваченной щипцами *Museux*) и 3, перерѣзываніемъ всѣхъ питающихъ поле операціи артерій, а слѣдовательно прекращеніемъ доступа крови въ область разрѣзаемыхъ тканей.

Если возможно вырѣзать обѣ широкія связки вмѣстѣ съ маткой, не перевязывая предварительно ничего вовсе, то едвали есть основаніе сомнѣваться въ томъ, что возможно вырѣзать часть широкой связки помощью того же самаго приѣма и едвали есть основаніе опасаться при этомъ серьезнаго кровотечения. Опасаться возможности не найти перерѣзанную артерію тоже нѣтъ никакого основанія, потому что поле операціи весьма доступно, благодаря приподнятому тазу.

Итакъ вылуценіе настоящихъ интерлигаментозныхъ опухолей, т. е. такихъ, которыя лежатъ въ клѣтчаткѣ основанія широкихъ связокъ повидимому возможно производить помощью тѣхъ же приѣмовъ, помощью которыхъ дѣлается экстирпація матки по *Doyle*. Преимущества быстрого вылуценія опухолей и удобства, вытекающія изъ того, что остановка кровотечения предпринимается только по окончаніи вылуценія опухоли были оцѣнены еще представителями классической хирургіи доантисептическихъ временъ и надо удивляться, что мы такъ мало пользуемся результатами ихъ опытности въ этомъ на-

правленіи. Въ сороковыхъ годахъ знаменитый *Dieffenbach* писалъ: «Bei der Operation grösserer Balggeschwülste muss man sich nicht durch die Blutung abhalten lassen, die Operation schnell zu beendigen; will man erst die Gefässe unterbinden so geht viel Zeit verloren und der Ungeübte kommt damit nicht zu Stande, die Assistenten müssen die Finger darauf setzen. Dagegen ist es meistens leicht die Gefässe zu finden, wenn die Geschwulst entfernt und die Höhle mit Wasser ausgespült ist.» *).

Мой знаменитый учитель покойный проф. *R. v. Volkmann* блестяще умѣлъ пользоваться этимъ стариннымъ правиломъ. Припоминаю случай вылуценія имъ рака прямой кишки. Всѣ присутствовавшіе были поражены пренебреженіемъ, съ которымъ онъ относился къ кровотеченію во время этой операціи: артеріальныя вѣтки толщиной въ *art. radialis* — вѣтки *art. haemorrhoidalis media*, оставлялись имъ безъ всякаго вниманія и безпрестанно покрывали поле операціи огромными сгустками, пока онъ вырѣзалъ перерожденную кишку. По удаленіи новообразованія достаточно было нѣсколькихъ секундъ, что-бы захватить пинцетамъ всѣ кровоточившіе сосуды. На мой вопросъ, почему онъ не перевязываетъ предварительно артеріи, онъ съ свойственной ему живостью и отвѣчалъ: «Ja, es ist sehr umständlich: man verliert viel Zeit, und der Kranke verliert viel mehr Blut».

Предохранительныя лигатуры, наложенныя передъ вылуценіемъ опухоли, тоже не всегда гарантируютъ отъ кровотеченія. Припоминаю случай изъ моей Юрьевской дѣятельности, (1893) гдѣ при вылуценіи настоящей интерлигаментарной, величиной съ голубиное яйцо, дермоидной кисты лѣвой широкой связки потребовалось наложеніе по крайней мѣрѣ 18 лигатуръ, чтобы остановить довольно обильное венозное кровотеченіе, несмотря на то, что всѣ сосуды, идущіе отъ матки и *plexus pampiniformis* были перевязаны еще до начала вылуценія опухоли, оказалось, что кровь шла изъ вены, помѣщавшейся какъ разъ по срединѣ широкой связки и не могла быть захвачена ни той лигатурой, которая была наложена на *ligamentum ovarii proprium*, ни той, которая была наложена на *plexus pampini*

*) *J. F. Dieffenbach*.—Die Operative Chirurgie. Leipzig 1845 B. I pag. 254.

formis ligamentum intundibulo—pelvicum. Для меня не подлежит сомнѣнію, что еслибы я оперировалъ этотъ случай въ тренделенбургскомъ положеніи и не сдѣлалъ бы предварительной перевязки plexus rampruniformis, то не получилось бы никакого венознаго кровотока и мнѣ не пришлось бы затянуть въ этомъ простомъ случаѣ операцію на 40 минутъ и не понадобилось бы вставлять дренажъ, что все таки сократило бы срокъ послѣдовательнаго лѣченія.

Разумѣется, будутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ, вслѣдствіе обширныхъ сращеній съ кишками и вообще съ брюшными органами, примѣненіе общаго принципа — не дѣлать предварительнаго гемостаза — можетъ оказаться невозможнымъ, но въ большинствѣ случаевъ приростаніе опухоли къ задней поверхности широкой связки, т. е. превращеніе ея въ интерлигаментарную вслѣдствіе сращеній, не должно служить показаніемъ къ предварительной перевязкѣ, идущихъ къ ней сосудистыхъ пучковъ.

Если сращенія можно отдѣлить пальцами, или разсѣчь ножницами, то безразлично, будетъ ли это оваріальная опухоль, или трубная беременность или salpingoophoritis — нѣтъ никакой надобности перевязывать ножку, какъ бы толсты ни были проходящія въ ней сосуды, напр. при большихъ оваріальныхъ кистахъ гораздо раціональнѣе и правильнѣе съ точки зрѣнія оперативной хирургіи просто перерѣзать ножницами эту ножку и захватить кровоточащія артеріи обыкновенными Réan'овскими пинцетами, а затѣмъ обшить по общимъ правиламъ культю скорняжнымъ швомъ.

Въ послѣднее время я такъ и поступаю. Для этого, фиксировавши брюшину на обоихъ краяхъ ножки — т. е. отмѣтивши концы будущаго разрѣза двумя Kocher'овскими пинцетами, захватывающими только одну брюшину, я прямо перерѣзаю ножницами всю ножку и, не обращая вниманія на кровотечение, сразу удаляю опухоль; конечно, если во время перерѣзыванія ножки попадаетъ крупная артерія, то она тотчасъ захватывается пинцетомъ, а если еѣ удастся замѣтить еще до перерѣзки, то не трудно еѣ захватить пинцетомъ и до перерѣзки. Культя тотчасъ сморщивается и на ней видны кровоточащіе сосуды. Они захватываются пинцетами, изолируются

и перевязываются по общимъ правиламъ. Затѣмъ, придерживаясь принципомъ шва *Lembert*, я обшиваю черезъ край тонкимъ шелкомъ оставшуюся культю. Концы этого непрерывнаго (скорняжнаго) шва стягиваются и завязываются. Очень рѣдко приходится наложить еще одинъ или два простыхъ узловатыхъ шва, чтобы достигнуть полнаго прикрытія культи и сближенія серозныхъ листковъ. Ни во время операціи, ни послѣ нея я не наблюдаю кровотеченія. Соскальзыванье лигатуръ съ перевязанныхъ артерій едвали возможно и понятно само собой, что его ожидать не приходится, потому что лигатуры ослабѣть не могутъ и нѣтъ тканей, которыя онѣ могли бы перерѣзать. Наконецъ стянутая непрерывнымъ швомъ культя служить прочной гарантіей противъ послѣдовательнаго кровотечения и невозможно представить себѣ механизмъ при которомъ оно могло бы произойти.

Помощью только что описаннаго оперативнаго приѣма я въ послѣднее время оперировалъ четыре случая трубной беременности, два случая *salpingoophoritis* и нѣсколько кистомъ— всего 9 случаевъ.

Перерѣзать ножку всегда слѣдуетъ, идя снутри кнаружи, т. е. отъ матки къ *plexus rampiniformis*. Конецъ той артеріальной вѣтки, которая идетъ отъ *arteria ovarica* къ трубѣ и той, которая идетъ отъ нея къ яичнику, иногда не требуется перевязывать вовсе, тогда какъ артерію, идущую со стороны матки обыкновенно приходится перевязывать. О томъ, что вены для остановки кровотеченія чаще приходится перерѣзывать, чѣмъ перевязывать я уже писалъ не разъ, а что ихъ можно не перевязывать, это большое преимущество описываемаго мною приѣма.

Повторяю въ заключеніе, что нисколько не сомнѣваюсь, что примѣненіе этого простаго и рациональнаго приѣма—избѣгать предварительнаго гемостаза (*sans hémostase préalable*) можетъ иногда оказаться невозможнымъ; но я твердо вѣрю, чтоимъ можно пользоваться гораздо чаще, чѣмъ это можно было бы предположить на основаніи соображеній теоритическихъ.