

#### IV.

### Иъ лѣченію послѣродовыхъ выворотовъ матки.

Ф. К. Вебера.

(Изъ больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ).

Вывороты матки послѣ родовъ явленіе крайне рѣдкое. Такъ по *Braun*'у на 250.000 родовъ изъ Вѣнской акушерской клиники не было ни одного случая выворота, *Winkel* <sup>1)</sup> на 17000 родовъ, *Denham* на 100000 родовъ изъ Дублинскаго родильнаго дома, *Бекманъ* <sup>2)</sup> на 200.000 родовъ изъ С.-Петербургскаго родильнаго дома не наблюдали ни одного случая выворота. Зависитъ это отъ того, что выворотъ при правильномъ веденіи родовъ и главнымъ образомъ послѣдоваго періода происходитъ крайне рѣдко. Большинство авторовъ по крайней мѣрѣ считаютъ грубые приемы, пускаемые въ ходъ при родахъ для выдѣленія послѣда плохими акушерками или чаще всего простыми повитухами, за самыя частыя причины развитія выворота. Этиологія и симптоматологія послѣродовыхъ выворотовъ матки выяснены въ достаточной степени, тогда какъ лѣченіе въ особенности застарѣлыхъ формъ его представляетъ много спорныхъ пунктовъ влѣдствіе чего я себѣ и позволилъ бы здѣсь привести одинъ случай послѣродоваго выворота матки, наблюдавшійся мною въ больницу Маріи Магдалины и представляющій нѣкоторый интересъ въ терапевтическомъ отношеніи.

<sup>1)</sup> Handbuch f. Frauenkranheiten 1886.

<sup>2)</sup> Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1894. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecologie 1895.

Анна С. Мѣщанка, 28 лѣтъ, хорошо упитанная, но крайне анемичная особа, обратилась въ больницу съ жалобами на періодически повторяющіяся сильныя маточныя кровотеченія. Изъ анамнеза выяснилось, что больная до родовъ была совершенно здоровою женщиною. Менструировала правильно и никакихъ заблѣваній половой сферы не имѣла. Родила она первый разъ 3 года тому назадъ въ срокъ въ городѣ Нарвѣ при очень скверныхъ условіяхъ; при родахъ присутствовала простая бабка. Точныхъ анамнестическихъ указаній больная дать не могла; она только помнила, что сейчасъ послѣ рожденія ребенка она по собственной неосторожности упала съ кровати, причемъ послѣдовало сильное кровотеченіе изъ половыхъ частей, и больная лишилась сознанія. Больная пролежала около 3 недѣль въ постели, причемъ выдѣленія были все время весьма обильными кровянистыми, ее часто лихорадило. Вставъ съ постели она замѣтила у себя опухоль, выступавшую изъ влагалища, но опять легко вправлявшуюся обратно. Съ этихъ поръ больная страдаетъ кровотечениями, которыя первое время были почти безпрестанными, усиливаясь при ходьбѣ и тяжелой работѣ и уменьшаясь при лежанчѣ положеніи больной. Послѣдній годъ кровотеченія стали періодическими, приходя довольно правильно черезъ 2 недѣли и продолжаясь также двѣ недѣли; въ промежутокъ между кровями появлялись довольно обильныя водянистыя бѣли, которыя за послѣднее время приняли зловонный отбѣнокъ. Но стоило больной въ этотъ промежутокъ времени тяжело поработать или имѣть сношенія съ мужемъ, чтобы крови снова открылись. Боли все время были не особенно интенсивными; во время кровотеченій онѣ усиливались, отдавали въ поясницу и бедра и кромѣ того при этомъ всегда появлялось затрудненіе при мочеиспусканіи.

Опухоль, которая въ началѣ довольно часто выходила наружу, постепенно уменьшилась и больше не выпадала изъ влагалища. Больная, бывшая раньше цвѣтущею женщиною, за эти три года стала крайне анемичною, страдала частыми головокруженіями и одышкою. Нарвскіе врачи, лѣчившіе ее безуспѣшно мѣстными вяжущими спринцеваніями, направили ее въ Петербургъ для операціи.

При гинекологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ въ день поступленія 17/VI 1897 года найдено: влагалище значительно расширено; оно выполнено опухолью величиною въ кулакъ, плотной консистенціи, съ совершенно гладкою бархатистою поверхностью, правильной грушевидной формы. Опухоль нижнимъ концемъ доходила почти до вульварнаго кольца, кверху же постепенно суживаясь она простиралась въ шейку матки, которая была значительно расширена и въ видѣ невысокаго валика со всѣхъ сторонъ равномѣрно окружала основаніе опухоли. Изслѣдованіе зондомъ показало, что опухоль со всѣхъ сторонъ непосредственно переходитъ въ ткань шейки матки. При потягиваніи за опухоль и извлеченіи ея наружу желобъ вокругъ основанія

опухоли, представлявшей остатокъ шейки матки, совершенно сглаживался. Такимъ образомъ мы имѣли дѣло съ неполнымъ застарѣлымъ послѣродовымъ выворотомъ матки, который при извлеченіи матки наружу превращался въ полный. Бимануальное и ректальное изслѣдованіе подтвердило нашъ діагнозъ, такъ какъ матки на ея нормальномъ мѣстѣ не оказалось и кромѣ того пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, ясно удавалось прощупать воронку, образованную вывернутою маткою. Определить маточныя отверстія Фаллопиевыхъ трубъ не удалось вслѣдствіе того, что слизистая оболочка вывернутой матки была весьма разрыхлена и легко кровоточила. Вообще вся вывороченная матка представлялась крайне набухшею и отеочною.

Съ начала было рѣшено придерживаться консервативнаго способа лѣченія. Для этого послѣ тщательной дезинфекціи влагалища былъ введенъ кольпейринтеръ *Braun*'а вмѣстимостью около 300 куб. см., который ad maximum былъ наполненъ слабымъ растворомъ сулемы. Кольпейринтеръ, ежедневно вынимался, причѣмъ влагалище проспринцевывалось сулемою. Повышеніе температуры за все время лѣченія кольпейринтеромъ ни разу не наблюдалось. За то при всякомъ выведеніи кольпейринтера появлялось довольно обильное кровотеченіе, которое нѣсколько разъ принимало угрожающіе размѣры. Состояніе матки при этомъ нисколько не измѣнялось, она оставалась такою же отеочною и нисколько не уменьшалась въ размѣрѣ; зѣвъ также не становился податливѣе. Испробовавъ такимъ образомъ кольпейринтеръ въ теченіи двухъ недѣль безъ всякаго результата, я рѣшилъ примѣнить тампонацію всего влагалища іодоформенной марлею, надѣясь производить такимъ образомъ болѣе правильное всестороннее давленіе на матку и этимъ уменьшить потерю крови. Но и этимъ способомъ мнѣ не удалось добиться уменьшенія матки. Кромѣ того больная, которая въ началѣ довольно спокойно переносила кольпейринтеръ, въ концѣ концовъ стала терять терпѣніе и ежедневно умоляла меня не мучить ее долѣе, а скорѣе произвести общанную операцію. Вслѣдствіе этого я рѣшилъ послѣ трехнедѣльнаго безрезультатнаго примѣненія кольпейринтера и тампонаціи произвести операцію, надѣясь по способу *Küstner*'а довольно легко вправить матку.

По указаніямъ *Küstner*'а произведенъ поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; при этомъ пришлось прорѣзать значительную толщину отеочной ткани, прежде чѣмъ было вскрыто Дугласово пространство. Такъ какъ шейка при низведеніи матки совершенно вывернулась, то поперечный разрѣзъ пришлось провести на границѣ перехода вывернутой матки въ сводъ. Длина всей матки равнялась приблизительно 18 см. Указательный палецъ былъ введенъ въ воронку, которая въ своей верхней части была настолько сужена, что съ трудомъ пропускала палецъ; болѣе книзу она становилась шире. Воронка была совершенно пуста; яичники и брюшинные концы Фаллопиевыхъ трубъ находились выше ея. Брюшина, выстилавшая ее не представляла ни сраще-

ній ни вообще слѣдовъ воспаленія. Расширивъ пальцами воронку на столько, что 2 пальца могли свободно проникнуть въ нее, я по *Küstner* у произвелъ разрѣзь срединный по задней стѣнкѣ матки съ начала въ области внутренняго зѣва длиною въ 4 снтм. Когда же этотъ разрѣзь оказался недостаточнымъ, я его продолжилъ вверху на нѣсколько снтм. и книзу до слиянія съ первымъ поперечнымъ разрѣзомъ. Такимъ образомъ задняя стѣнка вывернутой матки представляла срединный разрѣзь длиною около 10 снтм. Не смотря на это матка, представлявшаяся весьма отечною и лишенною всякой упругости, въ началѣ нисколько не поддавалась, и только послѣ того, какъ была примѣнена довольно значительная сила, удалось наконецъ вправить ее. При этомъ получился однако обширный неправильной формы разрывъ, который начинался у конца продольнаго разрѣза и доходилъ до самаго дна матки. Слизистая оболочка матки настолько разрослась, что послѣ вправления никоимъ образомъ не удавалось сблизить оба края раны задней стѣнки матки. Кромѣ того было бы крайне рискованно зашить подобную рану и погрузить матку затѣмъ въ брюшную полость, такъ какъ края верхней части раны были совершенно неровными, разорванными.

Вслѣдствіе этого я рѣшилъ произвести ампутацію матки, тѣмъ болѣе что трудно было ожидать, чтобы такъ сильно измѣненная матка была бы способна правильно функціонировать. Операция произведена слѣдующимъ образомъ: при потягиваніи за вывернутую матку наложены на шейку ея на 3 снтм. ниже перехода ея въ своды 4 шелковыхъ лигатуры по способу, употребляемому *Zweifel* емъ при миотоміяхъ. Такимъ образомъ вся ножка матки была плотно перевязана въ четыре пучка. На 2 снтм. ниже лигатуръ матка срѣзана ножемъ. При этомъ внутренняя часть оставшейся ножки сильнѣе укоротилась, такъ что нѣкоторыя лигатуры оказались недостаточными и получилось небольшое кровотеченіе изъ маточныхъ артерій. Сейчасъ же на всѣ кровоточащія сосуды наложены отдѣльныя лигатуры, послѣ чего наложены кетгуттовые швы съ начала на оба листка брюшины, а затѣмъ болѣе глубокіе на обѣ губы оставшейся шейки матки. Подъ конецъ зашита продольная рана задней губы шейки и поперечная рана въ заднемъ сводѣ. Послѣоперационный періодъ протекалъ совершенно гладко. Слегка кровянистыя выдѣленія, бывшія первое время послѣ операции, скоро совершенно прекратились. При влагалищномъ изслѣдованіи черезъ недѣлю найдено: рана въ заднемъ сводѣ а также продольная задней губы совершенно зажили; шейка матки начинаетъ формироваться; она еще широка и свободно пропускаетъ 2 пальца въ неглубокую воронку съ неровными бархатистыми стѣнками. Черезъ 3 недѣли послѣ операции больная выписана изъ больницы совершенно здоровою. Влагалищныя выдѣленія совершенно прекратились, явленія анемія исчезли. Шейка матки немного удлинилась и сдузилась, такъ что пропускала только одинъ палець; длина полости шейки равнялась приблизительно тремъ снтм.

Недавно я получилъ отъ больной письмо, въ которомъ она меня извѣщаетъ, что чувствуетъ себя совершенно бодрою и здоровою; ни бѣлей ни кровотеченія нѣтъ. Только 2 мѣсяца послѣ операціи показались необильныя крови, продолжавшіяся два дня. Большая ихъ считаетъ нормальною менструаціею.

При изслѣдованіи отрубзанной части матки найдено: длина ея 12 смтм. Слизистая оболочка представляется бархатистою; толщина мышечнаго слоя довольно равномѣрна, колеблется между 2—3 смтм. Брюшина блестяща, никакихъ воспалительныхъ измѣненій не представляетъ. Въмѣстѣ съ маткою удалены маточныя концы Фаллопиевыхъ трубъ, тогда какъ яичники, не представлявшіе никакихъ измѣненій, оставлены на мѣстѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ткани матки найдено: слой слизистой оболочки въ общемъ значительно уже нормальнаго. Толщина его въ различныхъ мѣстахъ значительно варьируетъ. Поверхностный эпителий исчезъ безслѣдно: край слизистой оболочки не совсѣмъ ровный и имѣетъ желтоватый оттѣнокъ. При большемъ увеличеніи оказывается, что это зависитъ отъ межкѣлочныхъ небольшихъ кровоизліяній въ поверхностный слой. Отъ маточныхъ железъ на большей части препаратовъ не осталось никакого слѣда. Только на нѣкоторыхъ остались неправильно изогнутыя полости, остатки прежнихъ железъ. Эпителия въ нихъ опредѣлить не удавалось; только 2—3 подобныхъ полости были выполнены безструктурною зернистою массою, продуктомъ жироваго распада эпителия. Въ остальномъ слизистая оболочка этой матки еще отличалась отъ нормальной тѣмъ, что рядомъ съ мелкими кругловатыми соединительными кѣлками попадались удлиненныя и веретенообразныя; мѣстами даже появлялись тонкіе цуги молодой соединительной ткани. Мышечный слой матки кромѣ переполненія сосудовъ кровью и значительнаго расширенія лимфатическихъ пространствъ ничего особеннаго не представлялъ. Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ имѣлась полная атрофія слизистой оболочки матки съ исчезновеніемъ эпителиальныхъ образований и превращеніемъ ея соединительно-тканнаго остова въ грануляціонную ткань.

Свѣжій послѣродовой выворотъ матки, разъ онъ своевременно будетъ замѣченъ, пока шейка матки еще не успѣла надъ нимъ сократиться, почти всегда удается довольно легко вправить. Многіе авторы совѣтуютъ при этомъ не примѣнять наркоза, такъ какъ боли, испытываемыя при вправленіи больными, служатъ хорошимъ мѣриломъ той силы, которую можетъ употребить операторъ, не причиняя большой вреда.

Такъ какъ при свѣжемъ выворотѣ матка обыкновенно представляется весьма дряблою, то при вправленіи слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ, чтобы не произвести продыравливанія ея. Если послѣ многократныхъ осторожныхъ попытокъ

матка не вправляется и если нѣтъ на лицо угрожающихъ для жизни явленій, то лучше оставить ее на время не вправленною, чтобы дать ей возможность уменьшиться. *Harrys* <sup>3)</sup> считаетъ при выворотѣ три періода благопріятными для вправленія матки, именно сейчасъ послѣ родовъ или, если зѣвъ настолько сократился, что матку при легкихъ попыткахъ вправленія не удастся вправить, послѣ 7—8 недѣль, такъ какъ matka за это время вслѣдствіе обратнаго развитія настолько уменьшится, что вправление можетъ совершиться довольно легко.

Третій благопріятный моментъ наступаетъ по *Harrys*'у въ тѣхъ случаяхъ застарѣлаго выворота, гдѣ больныя въ теченіе продолжительнаго времени теряютъ большое количество крови, такъ какъ matka при этомъ уменьшается въ размѣрѣ и ткани дѣлаются болѣе мягкими и уступчивыми. Относительно первыхъ двухъ пунктовъ понятно слѣдуетъ согласиться съ *Harrys*'омъ, что же касается третьяго, то по крайней мѣрѣ въ нашемъ случаѣ мы видѣли какъ разъ противное; не смотря на то, что кровотеченія были весьма продолжительными и интенсивными, matka была не уменьшена и скорѣе даже увеличена, шейка же ригидна и совершенно неподатлива. *Denicé* <sup>4)</sup> считаетъ самымъ благопріятнымъ моментомъ для вправленія вывернувшейся матки годъ послѣ родовъ, такъ какъ къ этому времени обратное развитіе матки произошло самымъ совершеннымъ образомъ, да и больная успѣла оправиться отъ кровотеченій, которыя обыкновенно въ первые мѣсяцы послѣ родовъ бываютъ самыми сильными. Особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя сами кормятъ, не слѣдуетъ спѣшить съ вправленіемъ, такъ какъ кормленіе очень хорошо дѣйствуетъ на обратное развитіе и кровотеченія никогда не бываютъ интенсивными.

Для ручнаго вправленія матки въ застарѣлыхъ случаяхъ описанъ авторами цѣлый рядъ способовъ, на которыхъ я не хочу подробно останавливаться. (См. *Бруднякъ* <sup>5)</sup>). Главный принципъ состоитъ въ томъ, что рука или нѣсколько паль-

<sup>3)</sup> Centralblatt. f. Gynaecol. 1880.

<sup>4)</sup> *Denicé*.—(Bordeaux). Inversio uteri. Paris. Librairie Bailliére 1883.

<sup>5)</sup> *Бруднякъ*.—Къ вопросу о примѣненіи кольцеобразнаго при лѣченіи выворота матки. Диссертация. С.-Петербургъ 1894/95.

цевъ введенныхъ во влагалище производить по возможности равномерное давленіе на вывернутую матку, тогда какъ другая рука снаружи старается фиксировать область шейки матки, и если это позволяетъ толщина брюшныхъ покрововъ, введя 2—3 пальца въ воронку, расширить ее.

*Pate* <sup>6)</sup> удалось вправить довольно оригинальнымъ образомъ выворотъ матки, существовавшій 40 лѣтъ, у 70 лѣтней старухи; онъ ввелъ указательный палецъ одной руки въ прямую кишку, а другой черезъ расширенную уретру въ мочевой пузырь; этими пальцами онъ сверху проникъ въ воронку, образованную вывернутую маткою, тогда какъ оба большихъ пальца черезъ влагалище давили непосредственно на тѣло матки; вправление произошло довольно легко.

Для вправленія старыхъ выворотовъ употреблялись различные иногда довольно сложные инструменты, состояшіе изъ чашечки, вмѣщавшей дно матки, и стержня. Одинъ изъ первыхъ инструментовъ этого рода описанъ *Viardel'*емъ <sup>7)</sup> въ 1674 году и названъ имъ *geroussoir*. Особенно въ Англии подобное инструментальное вправление приобрѣло себѣ права гражданства. Въ большомъ ходу еще до настоящаго времени тамъ инструментъ, описанный *Aveling'*омъ. *Aveling* <sup>8)</sup> самъ въ 11 случаяхъ выворота матки съ успѣхомъ произвелъ вправление своимъ инструментомъ. Тѣмъ не менѣе этотъ способъ не безупреченъ, такъ какъ вслѣдствіе того, что при немъ можно примѣнять значительную силу, часто наблюдались обширныя поврежденія стѣнокъ матки и разрывы влагалища. Кромѣ того вслѣдствіе продолжительнаго давленія плотнаго неподатливаго инструмента наблюдалось омертвѣніе матки съ летальнымъ исходомъ. Въ настоящее время этотъ способъ кромѣ Англии почти повсюду оставленъ.

*Chassagny* <sup>9)</sup> въ сравнительно недавнее время предложилъ способъ, который заслуживаетъ нѣкотораго вниманія. Онъ наложилъ на вывернутую матку три толстыхъ эластическихъ лигатуры, постепенно стянувъ ихъ *ad maximum*; накладывалъ онъ

<sup>6)</sup> *Pate*.—(Cincinnati), *Centralbl. f. Gynaecol.* 1878.

<sup>7)</sup> Цитировано по *Denucé*.

<sup>8)</sup> *Aveling*.—*On Inversio of the uterus.* London 1883.

<sup>9)</sup> *Chassagny*.—*Lyon medical* 1889, Avril.

лигатуры начиная снизу, такъ что такимъ образомъ онъ значительно уменьшилъ объемъ матки. Затѣмъ онъ постепенно снижалъ лигатуры начиная съ верхней, и вдавливалъ ниже лежащую часть матки въ полость шейки; вправление произошло весьма легко. Этотъ способъ по моему мнѣнію примѣнимъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка вслѣдствіе затруднительнаго изъ нея оттока крови представляется весьма набухлою и отечною.

Самымъ рациональнымъ средствомъ при невравимомъ выворотѣ матки слѣдуетъ считать кольпейринтеръ. Онъ впервые былъ примѣненъ по *Брудняку—Vockendahl'* емъ по другимъ авторамъ *Tyler Smith'* омъ, и въ послѣднее время занялъ первое мѣсто среди различныхъ способовъ лѣченія выворотовъ. Для этого обыкновенно употребляется кольпейринтеръ *Braun'* а, который наполняется воздухомъ или водою resp. слабымъ дезинфицирующимъ растворомъ. Послѣднее слѣдуетъ предпочитать, такъ какъ при этомъ получается болѣе энергичное давленіе на матку и вправление совершается скорѣе. Само собою разумѣется, что всѣ манипуляціи должны производиться при строгомъ соблюденіи антисептическихъ правилъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ легко наступаетъ инфекція и больныя начинаютъ лихорадить. Кольпейринтеръ ежедневно вынимается и влагалище спринцуетъ какимъ нибудь дезинфицирующимъ растворомъ. Количество жидкости, вводимой въ кольпейринтеръ, колеблется отъ 300—750 куб. снт. и зависитъ отъ величины его, ширины влагалища и отъ того, какъ больная переноситъ кольпейризмъ. Обыкновенно начинаютъ съ меньшихъ количествъ и постепенно доходятъ до большихъ. Чтобы увеличить эффектъ кольпейриза *Krukenberg* <sup>10)</sup> и *Runge* <sup>11)</sup> не запирали край кольпейринтера, а оставляли его въ сообщеніи съ иригаторомъ, такъ что жидкость въ кольпейринтерѣ находилась подъ постояннымъ давленіемъ водянаго столба, вышиною около 120 сант. *Runge* такимъ образомъ удалось произвести вправление въ теченіе 14 часовъ, послѣ того какъ двухнедѣльное примѣненіе обыкновеннаго кольпейриза осталось безъ всякаго результата.

<sup>10)</sup> *Krukenberg*.—Centralbl. f. Gynaec. 1886.

<sup>11)</sup> *Runge*.—St. Petersburger Med. Wochenschr. 1887.



Если больная, имѣющія выворотъ матки, страдаютъ зло-  
воннымъ выдѣленіемъ или вывернутая матка представляетъ  
обширную язвенную поверхность, то надо первымъ дѣломъ цѣле-  
сообразнымъ лѣченіемъ уничтожить эти симптомы и только  
тогда приступить къ кольпейризу; въ противномъ случаѣ неми-  
нуемо разовьются тяжелыя общія явленія, которыя не разъ  
ставили въ вину кольпейризу.

Для объясненія, какимъ образомъ производитъ кольпейрин-  
теръ вправленіе матки, существуютъ двѣ теоріи. Одни авторы  
(*Neugebauer* <sup>12</sup>), *Бруднякъ*) объясняютъ это дѣйствіе чисто  
механически, такъ какъ кольпейринтеръ дѣйствуетъ непосред-  
ственно на вывернутую матку, уменьшая ея объемъ и вдавливая  
ее кверху по направленію къ шейкѣ. Кромѣ того кольпейринтеръ,  
растягивая своды влагалища, расширяетъ также шейку матки, къ  
которой онѣ прикрѣпляются, вслѣдствіе чего вправленіе облегчается.  
*Рейнъ* <sup>13</sup>) считаетъ дѣйствіе кольпейринтера преимущественно  
динамическимъ, такъ какъ растягивая влагалище онѣ раздражаетъ  
нервные центры, заложенные преимущественно въ сводахъ, и рефлекторно  
вызываетъ сокращенія матки. При этомъ вызывается цѣлый рядъ коор-  
динированныхъ движеній мышечныхъ волоконъ полового тракта.  
Мышечный аппаратъ матки при этомъ распадается на двѣ  
части подобно тому, какъ это описано *Shroeder*'омъ для матки  
во время родового акта, на полую трубку, принимающую  
активную роль въ этомъ процессѣ и верхнюю часть выводную  
трубку, играющую пассивную роль и постепенно растягивающуюся,  
причемъ нижняя часть, въ настоящемъ случаѣ дно матки, какъ-бы  
рождается въ брюшную полость.

*Фогель* <sup>14</sup>) большое значеніе приписываетъ растяженію  
пузыря или прямой кишки. По его мнѣнію кольпейринтеръ  
только тогда приводитъ къ цѣли, когда онѣ давить на моче-  
испускательный каналъ или прямую кишку и вызываетъ  
задержку мочи или кала. Матка при помощи апоневротичес-

<sup>12</sup>) *Нейебауеръ*.—Журналъ Акушерства 1892. Медицина 1886. Centralbl. f. Gyn. 1887.

<sup>13</sup>) *Рейнъ*.—Журн. Акушерства и Женск. бол. 1892, засѣданіе Акуш. общ. въ Кіевѣ.

<sup>14</sup>) *Фогель*.—Къ механизму вправленія застарѣлыхъ выворотовъ матки подвѣзліаніемъ кольпейринтера. Юбилейный сборникъ въ честь *Славянскаго*.

кихъ волоконъ, расположенныхъ подбрюшинно, тѣсно связана какъ съ пузыремъ такъ и съ прямой кишкою. При выворотѣ эта зависимость матки отъ сосѣднихъ органовъ еще увеличивается, такъ какъ всѣ связки матки а также всѣ фиброзныя волокна очень напряжены. Понятно, что разъ пузырь и rectum значительно растянуты, они могутъ потягивая матку постепенно вызвать вправленіе выворота. Этимъ вполне объясняется механизмъ самопроизвольныхъ вправленій, описанный многими авторами (*Meißer*<sup>15)</sup>, *Schatz*, *Spiegelberg*).

Случай *Schatz*'а, гдѣ самопроизвольное вправленіе произошло послѣ сильныхъ поносовъ, нисколько не противорѣчитъ этому объясненію, такъ какъ при каждомъ испражненіи происходитъ потягиваніе за мышечно-фиброзныя волокна, идущія отъ прямой кишки къ маткѣ.

По моему мнѣнію дѣйствіе кольпейринтера нельзя объяснить исключительно механическимъ или динамическимъ путемъ; это весьма сложный актъ, при которомъ должны быть приняты во вниманіе цѣлый рядъ факторовъ. Что кольпейринтеръ вызываетъ сокращенія мышечныхъ волоконъ матки, не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ какъ мы чудесно знаемъ, насколько чувствительна матка къ раздраженію влагалища и какъ легко этимъ путемъ вызвать сокращенія ея, въ особенности если это раздраженіе происходитъ такимъ грубымъ насильственнымъ путемъ, какъ при введеніи кольпейринтера. Механическое вліяніе кольпейринтера понятно никто оспаривать не будетъ. Объясненіе, даваемое *Фогель*'емъ навѣрное примѣнимо въ цѣломъ рядѣ случаевъ, хотя придавать растяженію пузыря и прямой кишки такое важное значеніе едва-ли возможно. Не послѣднее мѣсто принадлежитъ при вправленіи матки широкимъ связкамъ, содержащимъ хотя и скудныя мышечныя волокна, а главнымъ образомъ круглымъ связкамъ, снабженнымъ довольно хорошими мышцами. При раздраженіи кольпейринтеромъ нервныхъ центровъ, заложенныхъ во влагалищѣ, рефлекторнымъ образомъ вызываются мышечныя сокращенія всего полового аппарата. Очень можетъ быть, что и тазовое дно принимаетъ при этомъ участіе. Кромѣ того

<sup>15)</sup> *Meißer* — Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1889.

извѣстное значеніе имѣеть состояніе внутрибрюшнаго давленія. Вслѣдствіе этого *Hennig* <sup>16)</sup> предлагаетъ испробовать вполне рациональное, по его мнѣнію, предложенное первоначально еще Гиппократомъ для выпаденія матки и въ широкихъ размѣрахъ практикуемое въ нашемъ простонародіи—приставленіе къ нижней части живота большой сухой банки въ формѣ глинянаго горшка; отъ этого, какъ полагаетъ *Hennig*, внутрибрюшное и внутриматочное давленіе становится отрицательнымъ, меньше наружнаго атмосфернаго давленія, благодаря чему инвертированное дно матки втягивается вверхъ.

Для уменьшенія внутрибрюшнаго давленія гораздо удобнѣе примѣнить колѣнолоктевое положеніе. Первый, примѣнявшій это положеніе съ успѣхомъ при выворотѣ матки, былъ *Jan van Wy* <sup>17)</sup> въ 1792 году. Колѣнолоктевое положеніе вмѣстѣ съ кольпейринтеромъ примѣнялась у насъ между прочими *Сутуринымъ* <sup>18)</sup>, который остался имъ очень доволенъ. Но не во всѣхъ случаяхъ это положеніе приводитъ къ цѣли. Такъ въ случаѣ *Сертеева* <sup>19)</sup> этимъ способомъ не удалось произвести вправление.

Въ послѣднее время описаны нѣкоторыя видоизмѣненія при примѣненіи кольпейринтера, которыя заслуживаютъ полнаго вниманія. Такъ *Barsony* <sup>20)</sup>, примѣнившій въ одномъ случаѣ обыкновенный кольпейризмъ въ теченіе 2 недѣль безъ всякаго результата, плотно затампонировалъ всѣ своды іодоформенной марлею, а затѣмъ вставилъ кольпейринтеръ; черезъ сутки послѣдовало вправление. Объясняется это совсѣмъ просто: кольпейринтеръ помѣщается при широкомъ влагалищѣ между вывернутымъ тѣломъ матки и стѣнкою влагалища и при своемъ наполненіи придавливаетъ матку къ противоположной стѣнкѣ влагалища. Вслѣдствіе этого давленіе на инвертированную матку происходитъ крайне неравномѣрно, и она не въ состояніи проявить всю свою сократительную энергію; кромѣ того механическое растяженіе верхней части влагалища и шейки матки при этомъ происходитъ крайне неравномѣрно.

<sup>16)</sup> Цитированъ по *Meißner* Журн. Акуш. 1889.

<sup>17)</sup> См. *Fries*. Abhandlung. v. d. Umkehr der Gebärmutter 1804.

<sup>18)</sup> *Сутуринъ*.—Къ лѣченію хронич. выворотовъ матки. Врачъ 1890.

<sup>19)</sup> *Сертеевъ*.—Журналъ Акушерства и Женск. болѣзн. 1890.

<sup>20)</sup> *Barsony*.—(Budapest) Centrbl. f. Gyn. 1890.

Если же произвести тампонацію сводовъ іодоформенной марлею, матка лишается возможности отклониться въ сторону, и кольпейринтеръ дѣйствуетъ исключительно на нижнюю поверхность матки по оси, соотвѣтствующей приблизительно оси таза и благоприятной для вправленія матки. Въ то же время тампоны, лежащіе въ сводахъ, разбухаютъ отъ пропитыванія влагалищнымъ и маточнымъ секретомъ и постепенно расширяютъ равномерно шейку матки. *Chadwick* <sup>21)</sup> съ той же цѣлью вводилъ каучуковое кольцо, наполненное воздухомъ, которое укладывалось въ своды, а затѣмъ кольпейринтеръ. *Kocks* <sup>22)</sup> устроилъ по тому же принципу особаго рода кольпейринтеръ съ воронкою по срединѣ, въ которую помѣщается, инвертированное тѣло матки, такъ что при наполненіи кольпейринтера матка не могла смѣщаться въ сторону. Онъ назвалъ свой кольпейринтеръ—*Kegeltrichtertampon*. Менѣе удачнымъ слѣдуетъ назвать способъ проф. *Treub*'а, описанный его ученикомъ *Thomee* <sup>23)</sup>. *Treub* примѣняетъ два кольпейринтера; одинъ меньшей величины фиксируется непосредственно подъ дномъ инвертированной матки корнцангомъ, послѣ чего вводится второй кольпейринтеръ большей величины; первый въ видѣ тампона долженъ вдавливать матку кверху.

Нѣкоторые авторы (*Schroeder*, *Hofmeier*) считаютъ болѣе рациональнымъ вмѣсто введенія кольпейринтера производить систематическую тампонацію всего влагалища іодоформенной марлею, такъ какъ при этомъ получается болѣе равномерное давленіе на всю инвертированную матку. Что касается послѣдняго пункта, то съ ними безусловно надо согласиться; за то этотъ способъ гораздо хлопотливѣе, мучительнѣе для больной и примѣнимъ только въ клиникахъ и хорошо устроенныхъ больницахъ, кольпейринтеръ же очень удобно можетъ быть примѣненъ при самыхъ скверныхъ условіяхъ.

Благодаря примѣненію кольпейринтера удавалось вправлять не только сравнительно свѣжіе случаи выворота, но даже очень застарѣлые. На сколько мнѣ извѣстно, самый замѣчательный

<sup>21)</sup> Цитированъ по *Брудняку* Спб. диссертация 1894/95.

<sup>22)</sup> *Kocks*.—*Centralbl. f. Gynaec.* 1890.

<sup>23)</sup> *Thomee*.—(*Holland*) *Dissertation. Leyden* 1894. *Ref. Centrbl. f. Gynaec.* 1895.

случай въ этомъ отношеніи былъ случай *Шуварскаго* <sup>24)</sup>, гдѣ послѣродовой выворотъ существовалъ 20 лѣтъ и былъ вправленъ послѣ 4 недѣльнаго примѣненія кольпейринтера. Продолжительность примѣненія кольпейринтера по статистикѣ *Брудняка*, описавшаго 65 подобныхъ случаевъ, колеблется между нѣсколькими часами и 50 днями.

Не смотря однако на хорошіе результаты, добытые при лѣченіи старыхъ выворотовъ кольпейринтеромъ, есть цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ этотъ способъ совершенно не примѣнимъ. Нѣкоторыя женщины, большею частью нервныя особы, имѣють до того чувствительное влагалище, что вливаніе даже ничтожныхъ количествъ жидкости въ кольпейринтеръ, вложенный во влагалище, вызываетъ жесточайшія боли. Понятно, что въ такихъ случаяхъ продолжительное примѣненіе кольпейринтера не мыслимо.

Кромѣ того кольпейринтеръ иногда вызываетъ лихорадку, не смотря на то, что всѣ манипуляціи производятся строго антисептически, и больная посредствомъ продолжительныхъ антисептическихъ влагалищныхъ спринцеваній была хорошо подготовлена къ этому способу лѣченія. Само собою разумѣется, что случаи, гдѣ вывернутая матка представляетъ обширныя гангренозныя язвы, не подлежатъ такому лѣченію. Если лихорадка не достигаетъ высокихъ цифръ и самочувствіе остается удовлетворительнымъ, примѣненіе кольпейринтера можетъ быть продолжено, причемъ повятно надо крайне внимательно слѣдить за состояніемъ больной; если же лихорадка принимаетъ септическій характеръ, появляются зловонныя выдѣленія и иногда даже болѣзненность въ нижней части живота и явленія раздраженія брюшины, кольпейринтеръ долженъ быть сейчасъ оставленъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ въ нашемъ, гдѣ слизистая оболочка ивентированной матки была крайне кровоточива, кольпейринтеръ вызывалъ довольно серьезныя кровотеченія. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ замѣнить кольпейризомъ тампонаціею всего влагалища іодоформенной марлею или по *Barsony* тампонировать своды и затѣмъ ввести кольпейринтеръ, такъ

<sup>24)</sup> *Шуварскій*.—Журналъ Акушерства и Жен. болѣзней, 1892 г. Протоколы засѣданія Кіевского Акушерскаго Общества.

какъ при послѣднемъ способѣ матка будетъ находиться подъ равномернымъ давленіемъ и кровотеченіе не можетъ послѣдовать.

*Бруднякъ* описываетъ 2 случая (*Lawson Tait* и *Wels*), гдѣ примѣненіе кольпейриза повело къ летальному исходу. Оба эти случая изъ старыхъ доантисептическихъ временъ. Въ настоящее время это едва-ли можетъ случиться, если только придерживаться анти-и асептики и тщательно слѣдить за общимъ состояніемъ больной.

Но и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кольпейринтеръ хорошо переносится, не всегда наступаетъ благопріятный результатъ.

Такъ изъ 65 случаевъ, собранныхъ изъ литературы *Бруднякомъ*, въ 17 случаяхъ выворотъ не былъ вправленъ. *Бруднякъ*, большой поклонникъ этого метода, предполагаетъ, что во всѣхъ 17 случаяхъ кольпейризь продолжался недостаточно продолжительное время. Очень можетъ быть, что при болѣе настойчивомъ примѣненіи кольпейриза въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ и произошло бы вправление, но несомнѣнно то, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ вправление невозможно вслѣдствіе чисто анатомическихъ причинъ. Сюда принадлежать тѣ случаи, гдѣ вслѣдствіе мѣтнаго пельвеоперитонита происходятъ сращенія брюшины, покрывающей матку, и даже полная облитерация воронки. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ случаяхъ маточное кольцо въ области внутреннего зѣва вслѣдствіе перерожденія мышечныхъ волоконъ дѣлается весьма ригиднымъ и неподатливымъ, и тѣло матки вслѣдствіе затрудненнаго оттока изъ нея крови и хроническихъ гиперпластическихъ процессовъ въ ней значительно увеличивается въ объемѣ. При совокупности этихъ условій вправление также можетъ сдѣлаться невозможнымъ.

Если вправление вывернутой матки не удалось ни по одному ни по другому способу, приходится прибѣгнуть къ операціи, такъ какъ только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ болѣзненные симптомы, вызванные выворотомъ матки, на столько незначительны, что не вызываютъ серьезныхъ опасеній. Въ прежнее время въ такихъ случаяхъ приходилось дѣлать ампутацію матки, теперь же благодаря способу, описанному въ 1893 году *Küstner*'омъ, мы въ нѣкоторыхъ изъ этихъ слу-

чаевъ можемъ произвести вправленіе кровавымъ путемъ и сохранить цѣлость матки.

Ради полноты хочу здѣсь упомянуть о способѣ, предложенномъ *Gaillard Thomas*'омъ <sup>25)</sup> профессоромъ гинекологіи въ New-York'ѣ. Этотъ авторъ совѣтовалъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ многократныя попытки ручнаго вправленія не приводили къ цѣли, производить лапаротомію.

Вскрывъ брюшную полость, онъ сверху посредствомъ особаго инструмента, имѣющаго сходство съ расширителемъ перчатокъ, старался расширить воронку и затѣмъ, надавливая изъ влагалища, вправить матку. Самъ онъ оперировалъ по этому способу два раза. Въ первомъ случаѣ вправленіе было весьма затруднительнымъ, не смотря на то, что воронка была хорошо расширена; больная въ концѣ концовъ поправилась, не смотря то, что при вправленіи получился обширный разрывъ передняго свода. Во второмъ случаѣ *Thomas*'а вправленіе было нѣсколько болѣе легкимъ, но больная погибла отъ перитонита. Кромѣ этихъ двухъ мнѣ изъ литературы удалось собрать еще четыре случая (*Eduard Malins* <sup>26)</sup>, *Schmalzfuss* <sup>27)</sup> *Munde* <sup>28)</sup> и *Macintosh* <sup>29)</sup>). Во всѣхъ случаяхъ вправленіе было весьма затруднительно и всегда получались обширныя травматическія поврежденія какъ самой матки такъ и сводовъ. Въ двухъ случаяхъ (*Malins* и *Mundé*) вправленіе не удалось и пришлось въ концѣ концовъ наложить черезъ влагалище лигатуру. Въ двухъ остальныхъ случаяхъ вывороты были довольно свѣжіе, въ случаѣ *Schmalzfuss*'а даже только 10 дневный. Не смотря на это и здѣсь требовались довольно продолжительныя манипуляціи и не обошлось безъ поврежденій матки. Изъ 5 случаевъ значить одинъ смертельный и два неудачныхъ—результатъ не важный. Вслѣдствіе этого громадное большинство авторовъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ англійскихъ, категорически высказываются противъ этого способа вправленія.

<sup>25)</sup> *Gaillard Thomas*.—Practical Treatise on the Diseases of Women 1872.

<sup>26)</sup> Centrbl. f. Gynaecol. 1886.

<sup>27)</sup> Centrbl. f. Gynaecol. 1886.

<sup>28)</sup> Centrbl. f. Gynaecol. 1889.

<sup>29)</sup> Medical. Record. 1893. August.

Ампутація хронически инвертированной матки производилась еще въ давнишніе времена. Такъ *Denucé* <sup>30)</sup> въ своей классической монографіи о выворотѣ матки приводитъ 24 подробныхъ случая изъ XVII и XVIII столѣтій, названныхъ имъ ненаучными (*extrascientifiques*), такъ какъ операціи эти были произведены большею частью невѣжественными цирульниками и бабками, которые часто совершенно не знали, съ чѣмъ они имѣютъ дѣло. Не смотря на это процентъ смертности былъ сравнительно не особенно высокій. Изъ этихъ больныхъ только около половины умерли. Операція производилась весьма примитивно, приче́мъ вывернутая часть матки просто отрѣзалась ножомъ безъ всякой предварительной или послѣдовательной остановки кровото́ченія, или же отжигалась каленымъ желѣзомъ.

Съ развитіемъ хирургіи вообще взглядъ хирурговъ на лѣченіе застарѣлыхъ выворотовъ матки сталъ опредѣленнѣе. Здѣсь выработались три способа операціи: 1) тупымъ путемъ посредствомъ эластической лигатуры или экразера, 2) отжиганіемъ аппаратомъ *Paquelin*'а или гальванокаустической петлей и 3) рѣзущими инструментами. Послѣдній въ доантисептическое время былъ самымъ опаснымъ, такъ какъ при этомъ наносилась свѣжая рана, черезъ которую очень легко могла наступить общая инфекція, а кромѣ того наступали довольно сильныя кровотече́нія, съ которыми не легко было справиться. Лигатуры обыкновенно брались эластическія, такъ какъ болѣзненность при нихъ не такъ значительна; онѣ накладывались на основаніе вывернутой матки и туго затягивались, такъ что вся матка подвергалась омертвѣнію. Результаты, полученныя этимъ способомъ въ доантисептическое время, были весьма печальными. Такъ изъ 5 случаевъ, приведенныхъ *Borham*'омъ <sup>31)</sup>, 4 кончились летально. Смерть происходила отъ перитонита или общей септицеміи, такъ какъ омертвѣвавшая часть матки подвергалась гніенію. Экразеръ всегда пользовался большимъ почетомъ во Франціи, гдѣ даже еще въ сравнительно недавнее время *Denucé* ему давалъ предпочтеніе передъ другими болѣе современными способами. Глав-

<sup>30)</sup> *Denucé*.—I. с.

<sup>31)</sup> Цитир. по *Winkel*'ю. *Handbuch. f. Frauenkrankheiten*, 1886.



ный недостатокъ экразера состоитъ въ томъ, что послѣ него очень легко можетъ наступить послѣдовательное кровотеченіе. Это кровотеченіе при удаленіи экразеромъ вывернутой матки тѣмъ опаснѣе и тѣмъ легче можетъ произойти, что шейка послѣ удаленія матки имѣетъ склонность вправляться въ брюшную полость, причемъ свѣжая культия можетъ разойтись и произойти сильнѣйшее кровотеченіе, которое часто невозможно остановить черезъ влагалище. Впрочемъ многое при этомъ зависитъ отъ доброкачественности инструмента и отъ того, на сколько быстро происходитъ отжиманіе матки. Такъ *C. v. Braun* въ Вѣнѣ произвелъ въ 5 случаяхъ удаленіе инвертированной матки посредствомъ экразера, во всѣхъ съ благоприятнымъ исходомъ. Относительно результатовъ, добытыхъ этими способами въ доантисептическое время, можно судить по слѣдующимъ статистическимъ даннымъ, взятымъ у *G. Thomas'a* <sup>32)</sup>: изъ 43 случаевъ, гдѣ матка удалена лигатурою, 33 выздоровѣли, 10 умерли; изъ 5 случаевъ, гдѣ матка удалена ножомъ или экразеромъ, 3 выздоровѣли, 2 умерли; изъ 9 случаевъ, гдѣ матка удалена ножомъ или экразеромъ послѣ предварительнаго наложенія лигатуры, 6 выздоровѣли и 3 умерли. Всего значить изъ 57 случаевъ 42 выздоровѣли и 15 умерли. Такъ что процентъ смертности равнялся 26,3. По болѣе подробной статистикѣ, составленной *Depucé* и захватывающей часть антисептическаго періода, процентъ смертности отъ ампутаціи вывернутой матки по различнымъ способамъ равнялся приблизительно 20.

Въ настоящее время, когда мы благодаря успѣхамъ анти-асептики и усовершенствованному способу останавливанія крови, не боимся ни инфекціи ни послѣдовательныхъ кровотеченій, самымъ раціональнымъ способомъ ампутаціи инвертированной матки слѣдуетъ считать операцію рѣзущими инструментами, такъ какъ при этомъ получается свѣжая рана, гдѣ мы можемъ разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ и послѣ остановки кровотеченія соединить швами соответствующіе слои.

Я не буду описывать различныя видоизмѣненія этого способа, которыхъ не мало, такъ какъ большинство авторовъ

<sup>32)</sup> *Gaillard Thomas*.—Lehrbuch. f. Frauenkrankheiten, 1873.

старались измѣнить его въ томъ или другомъ направленіи. Я только укажу на тѣ принципы, которыхъ слѣдуетъ придерживаться при исполненіи этой операціи и опишу ее въ томъ видѣ, какъ она была проведена въ самое послѣднее время выдающимися гинекологами (*Schauta, Fritsch, Славянский, Сутуинъ, Толочиновъ*).

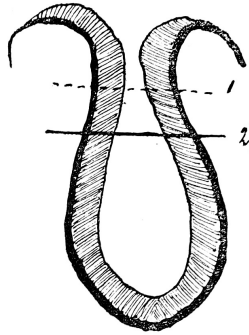
При описаніи этой операціи я имѣю въ виду полный выворотъ матки, такъ какъ, если выворотъ до операціи и не былъ полнымъ, онъ обыкновенно во время операціи въ моментъ низведенія матки превращается въ таковой. Передъ операціею на ножку вывернутой и низведенной передъ вульву матки накладывается эластическій жгутъ, или же она въ нѣсколько частей перевязывается крѣпкими шелковыми лигатурами. Послѣдній способъ былъ первый разъ примѣненъ у насъ въ Россіи проф. *Толочиновымъ*<sup>33)</sup> въ Харьковѣ, а затѣмъ въ Вѣнѣ проф. *Schauta*; онъ несомнѣно имѣетъ преимущество передъ эластической лигатурою, въ особенности если шелковыя лигатуры хорошо стянуты, такъ какъ соскальзываніе ихъ съ культи послѣ удаленія матки невозможно. Эти лигатуры накладываются только предварительно съ тою цѣлью, чтобы во первыхъ остановить кровотеченіе, а во вторыхъ воспрепятствовать вывернутой части шейки вправиться въ брюшную полость, послѣ того какъ матка была отрѣзана, къ чему она имѣетъ сильную тенденцію. Лигатуры эти при тонкой ножкѣ матки можно наложить иглою *Deschamps*; если же ножка очень мясиста, то лучше всего лигатуры накладывать по способу, предложенному *Zweifel* емъ для ухода за ножкою при надвлагалищной ампутаціи міоматозной матки; при этомъ въ трехъ четырехъ мѣстахъ ножка прикалывается толстой иглою съ двойной лигатурою; концы сосѣднихъ лигатуръ плотно перевязываются между собою, такъ, что получается очень прочное стягиваніе всей шейки. Инвертированная матка отрѣзается ножницами и ножомъ на два сантиметра ниже мѣста стягиванія; *Славянский* при этомъ совѣтуетъ отрѣзать такъ, чтобы площадь окровавленія получила коническую форму съ болѣе углубленнымъ центромъ, такъ какъ при такой формѣ культи

<sup>33)</sup> См. Поюровскій. Журналъ Акушерства и Женск. болѣзней 1893 г.

удобнѣе накладывать швы и легче удастся сблизить края раны. По моему мнѣнію такой совѣтъ не совсѣмъ правиленъ, такъ какъ для насъ не такъ важно, чтобы слизистая оболочка вывернутой шейки была хорошо спита; гораздо большее значеніе слѣдуетъ придавать глубокому шву на брюшинные края матки, такъ какъ при послѣдующемъ самопроизвольномъ вправленіи шейки матки этому шву придется отдѣлять брюшную полость отъ сообщенія съ вновь образующеюся полостью шейки матки. Поэтому гораздо рациональнѣе производить разрѣзъ не конусообразный, гдѣ доступъ къ центру его затрудненъ, а простой въ одной плоскости. Затѣмъ непременно слѣдуетъ наложить лигатуры на всѣ перерѣзанные сосуды, вѣтви *art. uterinae* и *art. spermaticae int.*, просвѣты которыхъ обыкновенно хорошо видны въ перерѣзанныхъ широкихъ связкахъ матки. Подъ конецъ накладываются этажные швы, для чего лучше всего брать кетгутъ, разъ есть возможность достать его стерильнымъ; въ началѣ зашиваютъ крайне тщательно брюшныя поверхности оставшейся части матки, затѣмъ идутъ глубокіе швы, захватывающіе всю толщу маточной стѣнки и подъ конецъ болѣе мелкими швами соединяютъ слизистую оболочку. Разъ есть полная увѣренность, что сосуды всѣ хорошо перевязаны и швы плотно наложены, то можно снять эластическую лигатуру или предварительные швы; въ противномъ случаѣ слѣдуетъ ихъ оставить еще на нѣсколько дней. Обыкновенно уже по истеченіи нѣсколькихъ сутокъ наступаетъ самопроизвольное вправленіе шейки матки, какъ это наблюдалось въ случаѣ *Сутургина, Погоровскаго* и нашемъ. Шейка постепенно суживается и въ концѣ концовъ формируется довольно порядочная полость шейки матки, которая въ нашемъ случаѣ достигла глубины 3 сан. (См. рис.).

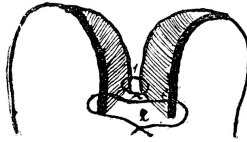
Обыкновенно послѣ операціи боли и кровотеченія прекращаются, такъ какъ главная часть матки удалена, слизистая же оболочка остающейся шейки матки вслѣдствіе улучшившихся условій питанія и кровообращенія принимаетъ болѣе или менѣе нормальный видъ. Въ нашемъ случаѣ мнѣ больная письменно сообщила, что она 2 мѣсяца послѣ операціи имѣла, по ея мнѣнію, нормальныя регулы. Понятно, что о настоящей менструаціи не можетъ быть и рѣчи, но очень можетъ

Фиг. I.



Фиг. I. Схематическій рисунокъ инвертированной матки. Толстымъ штрихомъ обозначена слизистая оболочка матки, тонкимъ—ея брюшная поверхность. 1. Мѣсто наложенія эластической или шелковыхъ лигатуръ. 2. Мѣсто разрѣза стѣнокъ матки.

Фиг. II.



Фиг. II. Шейка матки послѣ ампутаціи тѣла ея. Брюшинный край разрѣза матки сильнѣе сократился. 1. Шовъ, наложенный на брюшину, покрывающую матку. 2. Глубокій шовъ, соединяющій остальные слои матки.

Фиг. III.



Фиг. III. Шейка матки послѣ самопроизвольнаго вправленія ея въ брюшную полость. № 1 и 2 какъ на фиг. III.



быть, что особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вмѣстѣ съ шейкою остается еще нижній отрѣзокъ матки, наступятъ періодическія не большія кровотеченія, такъ какъ дѣятельность яичниковъ обыкновенно не нарушается. *Winkel* даже высказалъ опасеніе, какъ бы не наступила беременность, разъ яичники не удаляются. Я думаю, что это опасеніе чисто теоретическаго свойства, такъ какъ полость брошины крайне плотно отдѣлена отъ полости шейки матки. Если же даже удастся яйцу проникнуть въ полость шейки и оплодотвориться, то оно едва ли будетъ въ состояніи укрѣпиться здѣсь и развиться въ нормальную беременность.

Единственный недостатокъ выше описаннаго способа ампутаціи вывернутой матки состоитъ въ томъ, что мы при немъ можемъ поранить тѣ посторонніе органы, которые случайно находятся въ воронкѣ, образованной инвертированной маткою, что къ счастью встрѣчается крайне рѣдко. Этого можно избѣгнуть, если, прежде чѣмъ произвести ампутацію матки, испробовать способъ кроваваго вправленія, предложенный *Küstner*'омъ <sup>34)</sup>. Этотъ способъ довольно простъ и несомнѣнно даетъ во многихъ случаяхъ благоприятный результатъ, гдѣ кольпепринтеръ не привелъ къ цѣли. Вслѣдствіе этого въ настоящее время едва ли кто нибудь, зная способъ *Küstner*'а, рѣшится сдѣлать ампутацію матки, не испробовавъ его предварительно.

Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ низведенія всей вывернутой матки производится широкій поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ на мѣстѣ перехода его въ заднюю губу матки, причемъ вскрывается заднее дугласово пространство. Пальцемъ, введеннымъ въ брюшную полость, ощупывается вся воронка; если брюшинныя поверхности склеены, онѣ разъединяются тупымъ путемъ; кишечныя петли, которыя иногда приращены къ воронкѣ, освобождаются, сама же воронка постепеннымъ введеніемъ двухъ трехъ пальцевъ расширяется ad maximum. Не рѣдко уже послѣ этихъ манипуляцій удается вправить матку. Въ противномъ же случаѣ *Küstner* совѣтуетъ сдѣлать разрѣзъ вдоль задней стѣнки вывер-

<sup>34)</sup> *Otto Küstner*.—Methode konservirender Behandlung der inveterirten Inversio uteri puerperalis. Centralbl. f. Gynaec. 1893, № 41.

нутой матки по срединной линіи приблизительно въ области внутренняго зѣва. Въ его собственномъ случаѣ послѣ небольшого подобнаго разрѣза, длиною всего въ 2 сантиметра, вправление удалось замѣчательно легко (*spielend leicht*), не смотря на то, что многократныя попытки ручнаго вправленія и двухмѣсячный кольпейризь не дали никакихъ результатовъ. Послѣ этого вправленная матка сильно ретрофлектируется и продольная рана ея задней стѣнки зашивается черезъ расширенную рану въ заднемъ сводѣ. Подъ конецъ наглухо зашивается послѣдняя рана.

Просматривая литературу за послѣдніе 3 года, я къ своему крайнему удивленію нашелъ всего 3 случая, гдѣ способъ *Küstner*'а былъ испробованъ. Это пожалуй объясняется рѣдкостью вообще выворотовъ матки, а отчасти тѣмъ, что кольпейринтеръ, благодаря хорошимъ результатамъ, добытымъ имъ въ послѣднее время, вытѣснилъ всѣ остальные способы вправленія матки. 2 случая описаны *Josephson*'омъ <sup>35)</sup> и одинъ *Netzel*'емъ <sup>36)</sup> Въ обоихъ первыхъ случаяхъ способъ *Küstner*'а не привелъ къ цѣли, не смотря на то, что авторъ не ограничился короткимъ продольнымъ разрѣзомъ, а расщепилъ даже всю шейку матки. Въ одномъ изъ его случаевъ выворотъ существовалъ всего 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяца, во второмъ же 17 лѣтъ. Послѣ ампутаціи матки обѣ больныя быстро поправились. Въ случаѣ *Netzel*'я, гдѣ выворотъ существовалъ 6 мѣсяцевъ и больная не переносила кольпейринтера вслѣдствіе вызывавшейся имъ лихорадки, вправление по *Küstner*'у произошло весьма легко. Понятно, что на основаніи такого незначительнаго числа случаевъ мы не имѣемъ никакого права дѣлать выводы на счетъ достоинствъ или недостатковъ способа *Küstner*'а.

Въ моемъ случаѣ я приступилъ къ оперативному пособию, испробовавъ кольпейризь въ теченіе трехъ недѣль безъ всякаго результата. Я долженъ сознаться, что не зная статьи *Küstner*'а, я кольпейринтеръ примѣнялъ бы съ большей настойчивостью и болѣе продолжительное время. Прочитавъ же ее, я воображалъ, что вправление произойдетъ сравнительно

<sup>35)</sup> *Josephson*.—(Stockholm). Hygiea 1896, № 7, Ref. Centralbl. f. Gynaec. 1897, № 19.

<sup>36)</sup> *Netzel*.—Hygiea 1896. Ref. Centrbl. f. Gynaecol. 1897, № 1.

легко, и не считалъ себя въ правѣ дольше мучить больную, въ особенности въ виду того, что кольпейринтеръ почти всякій разъ вызывалъ у больной довольно сильное кровотеченіе. При операціи однако оказалось, что я ошибся; вправление не удавалось, не смотря на то, что была расщеплена по срединной линіи вся задняя губа шейки матки. Лишь только послѣ того, какъ была примѣнена значительная физическая сила послѣ довольно продолжительныхъ попытокъ наконецъ удалось вправить матку, причемъ однако получился обширный разрывъ всей задней поверхности матки. Сохранить вправленную матку при такихъ условіяхъ было невысказуемо, и пришлось произвести ампутацію ея.

Въ нашемъ случаѣ еще пожалуй можно бы было сохранить матку, если-бы при разсѣченіи задней стѣнки ея не ограничиться только ея нижнею частью, а при невозможности вправленія продолжить разрѣзъ почти до самаго дна матки. Послѣ улавшагося такимъ образомъ вправленія всегда можно бы было, сильно ретрофлектируя матку, тщательно соединить края раны рядомъ швовъ, такъ какъ при этомъ имѣлось бы дѣло съ совершенно ровными рѣзанными краями. А что матка, разрѣзанная по срединной линіи, можетъ хорошо сростись, мы отлично знаемъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ съ цѣлью удаленія міомъ изъ полости матки производилось срединное сѣченіе ея передней стѣнки по способу *Doyen*'а.

Теперь только спрашивается, насколько слѣдуетъ дорожить подобной маткою, находившейся нѣсколько лѣтъ въ вывернутомъ состояніи, т. е. способна-ли въ подобной маткѣ развиваться нормальная беременность. Изъ литературы мнѣ удалось на счетъ этого найти только весьма скудныя указанія. Такъ *A. Martin* приводитъ одинъ случай, гдѣ послѣ вправленія свѣжаго трехнедѣльнаго выворота наступила нормальная беременность. Кромѣ того *Emmet* <sup>37)</sup> описываетъ случай, гдѣ больная, у которой онъ вправилъ давно существовавшій выворотъ, забеременѣла; къ сожалѣнію онъ не указываетъ, сколько времени существовалъ выворотъ. Въ случаѣ, описанномъ мною выше, слизистая оболочка вывернутой матки была

<sup>37)</sup> Americ. Journal. of. medic. sciences 1866.



очень сильно измѣнена и представляла рѣзкіе признаки атрофіи: эпителий исчезъ безслѣдно, а соединительнотканый остовъ слизистой оболочки превратился въ грануляціонную ткань. Трудно себѣ представить, что при такихъ условіяхъ матка можетъ еще правильно функціонировать.

Подъ конецъ я бы хотѣлъ указать на то, что *Martin* и *Hofmeier* совѣтуетъ не ограничиваться ампутаціею вывернутого тѣла матки, а произвести полное вылущеніе матки по типичному способу. Оба автора основываются на чисто теоретическихъ разсужденіяхъ, такъ какъ ни тотъ ни другой этой операціи въ дѣйствительности не производили.

По ихъ мнѣнію ампутація вывернутой матки не удовлетворяетъ строго хирургическимъ требованіямъ, такъ какъ при ней никогда нельзя добиться полной и вѣрной остановки кровотеченія. Тутъ же я долженъ замѣтить, что это мнѣніе было ими высказано 8 и 10 лѣтъ тому назадъ, когда еще не производилась ампутація въ томъ усовершенствованномъ видѣ, какъ это описано выше. Полное удаленіе матки представляетъ несомнѣнно болѣе опасную операцію, такъ какъ при ней приходится широко вскрыть брюшную полость и вообще наносятся болѣе обширныя пораненія; потеря крови при ней всегда бываетъ значительнѣе, что особенно надо принять въ расчетъ въ виду того, что операція обыкновенно предпринимается у очень обезкровленныхъ больныхъ. Послѣ полной экстирпаціи матки нерѣдко наблюдаются приращенія кишечныхъ петель къ рубцу влагалищныхъ сводовъ, что вредно вліяетъ на отпращенія кишечника и даже можетъ вести къ перекручиванію и закрытію просвѣта кишки съ развитіемъ ileus'a. *Sutton* считаетъ возможнымъ вслѣдствіе нѣжности сращеній, отдѣляющихъ полость брюшины отъ полости влагалища, проникновеніе мужскаго сѣмени въ брюшную полость. На сколько мнѣ извѣстно полное удаленіе матки ради выворота ея ни разу не было произведено. По моему мнѣнію эта операція при такихъ условіяхъ довольно затруднительна, въ особенности вслѣдствіе того, что мочевоу пузырь очень тѣсно связанъ съ шейкою матки и нерѣдко своею задненижней стѣнкою втягивается въ воронку, образованную вывернутой маткою, такъ что при вскрытіи передняго Дугласова пространства очень

легко можетъ быть пораненъ. Вслѣдствіе всего этого удаленіе всей матки ради выворота ея едва ли можно считать раціональнымъ.

Резюмируя въ краткихъ словахъ все выше сказанное, я еще разъ хочу обратить вниманіе на то, что при послѣродовыхъ выворотахъ матки, не поддающихся легко ручному управленію, первое мѣсто должно принадлежать кольпейринтеру въ его обыкновенной формѣ или видоизмѣненной по указаніямъ *Runge, Barsony*. Примѣненіе кольнолоктоваго положенія при этомъ заслуживаетъ полнаго вниманія. При примѣненіи кольпейринтера надо вооружиться терпѣніемъ и не прекращать его раньше 3—4 недѣли, а если больная его хорошо переноситъ, даже дольше. Если кольпейринтеръ не приводитъ къ цѣли, или почему либо противопоказанъ, слѣдуетъ непременно попробовать способъ *Küstner*'а, причемъ длиною срединнаго разрѣза задней стѣнки матки можно не стѣсняться. Если всѣми этими способами не удастся вправить матки, остается какъ *ultimum refugium* ампутація матки. Последнюю всегда слѣдуетъ производить рѣзущими инструментами, причемъ особое вниманіе надо обращать на перевязку всѣхъ сосудовъ широкихъ связокъ и на тщательное наложеніе швовъ на брюшинную поверхность матки.

---