

Проф. Л. Л. ОКИНЧИЦ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

Ч А С Т Ь II

Неправильности в форме и положении матки

С 68 рис. в тексте

Ч А С Т Ь III

Внематочная беременность

С 30 рис. в тексте

(Из клинических лекций, читанных студентам Государственного
Института Медицинских Знаний в Ленинграде)

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“
(основ. В. С. Эттингер)
ЛЕНИНГРАД
Проспект Володарского, 49
1926

Ленинградская Коммунальная типо-литография. Улица 3-го Июля, 55.
Ленинградский Гублит № 16251. 13^{1/2} л. Тир. 4500 экз. Зак. № 6864.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Часть II.

	Стр.
1. Введение	1
2. Неправильности в форме и положении матки, возникающие до наступления половой зрелости вследствие неправильного развития полового аппарата	3
Hyperanteflexio uteri infantilis	11
Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici	23
Retroversio-retroflexio uteri infantilis	31
Uterus hypoplasticus simplex	39
3. Неправильности в форме и положении матки, возникающие в периоде жизни после наступления половой зрелости в связи с травмой, инфекцией и другими причинами, зависящими от половой жизни, выкидыша, родов и т. д.	51
Ruptura perinei inveterata grad. II; descensus vaginae partis anterioris	55
Descensus vaginae; abruptio pedunculi anterioris m. levatoris ant; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis corporis et colli uteri	63
Ruptura perinei grad. III; descensus vaginae; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis; laceratio colli uteri; ectropion.	79
Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus et prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri	89
Retroversio uteri fixata; metritis chronica; perimetritis adhaesiva	102

Часть III.

1. Введение	113
2. Внематочная трубная беременность первых месяцев, не нарушенная	117
3. Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем разрыва трубы	129
4. Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем выкидыша	147
5. Внематочная беременность с образованием haematocele retro-uterina	162
6. Интерстициальная трубная беременность	178
7. Беременность в рудиментарном роге	192
8. Внематочная беременность второй половины	201

ВВЕДЕНИЕ.

В числе гинекологических заболеваний, заставляющих искать врачебной помощи, имеется целый ряд таких, где сущность болезни заключается в той или иной неправильности в форме и положении матки; поэтому мы позволим себе все относящиеся сюда виды заболеваний включить в одну общую группу, не смотря на то, что и причины и клинические проявления могут быть весьма различны.

Чтобы в дальнейшем изложении не могло быть каких-либо неясностей в терминологии, постараемся точно формулировать, что мы понимаем под неправильностями в форме и положении матки, а для этого нам придется напомнить нормальную картину того и другого.

Что касается формы матки, то она характеризуется в основных своих чертах следующими признаками: 1. Матка представляет собою полый мышечный орган, имеющий грушевидную, уплощенную в передне-заднем размере форму; длина всей матки равняется у нерожавшей 7—8 см, у рожавшей 8—9 см, ширина в области дна на месте отхождения труб равняется 5 см, толщина тела в передне-заднем размере равняется 3 см.—2. Матка состоит из тела и шейки, при чем между первым и второй существуют определенные взаимоотношения; во-первых, у взрослой женщины длина тела матки в два раза больше длины шейки, и во вторых, тело и шейка образуют между собою угол величиною около 100 градусов, открытый спереди; вершина его соответствует области внутреннего зева; такое расположение тела и шейки по отношению друг к другу называется флексией и при названных условиях представляет собою нормальную *anteflexio*.—3. В частности отличительные особенности тела матки при условии нормального ее развития состоят в следующем: верхний край дна матки, заключенный между ее углами, представляет собою линию, выгнутую кверху; толщина мышечной стенки матки в области тела равняется в среднем 1 см. Шейка матки у нерожавшей женщины отличается тем, что влагалищная ее часть имеет форму усеченного конуса; у рожавшей женщины влагалищная часть шейки имеет цилиндрическую форму; наружный зев у нерожавшей имеет круглый вид, а у рожавшей—вид поперечной щели.

Исходя из приведенных данных, мы имеем возможность определить то или иное отклонение от нормальной формы матки в каждом случае.

Что касается положения матки, то под этим термином мы понимаем отношение матки в ее целом или отдельных ее частей к окружающим тканям и соседним органам, по преимуществу же к определенным отделам костного таза, как имеющего постоянные не смещаемые опознавательные точки.

Положение матки признается нормальным, когда оно отвечает следующим условиям: 1. При стоячем положении женщины матка находится на такой высоте, что наружный зев соответствует плоскости, проходящей через верхний край симфиза и обе *spinae ischiadicae*. При условии нормальной подвижности матки кверху и книзу, носящем название

scensus, она может быть смещена кверху настолько, что верхний край дна соответствует середине расстояния между пупком и лобком, а книзу ее можно низвести настолько, что наружный зев совпадает с областью влагалищного входа — 2. По отношению к стенкам таза матка располагается следующим образом: область внутреннего зева или перегиба между телом и шейкой находится по середине расстояния между лоном и крестцом и между боковыми стенками таза, т.е. совпадает с осью таза; это отношение к стенкам таза называется *positio*; при нормальной подвижности матки она может быть смещена до соприкосновения с соответствующей стенкой таза. — 3. В то время, как по отношению к боковым стенкам таза матка располагается по средней линии не только в области внутреннего зева, но и в остальных своих частях, по отношению к передней и задней стенке таза условия оказываются иными: именно, тело матки наклонено кпереди от оси таза по направлению к лону, а шейка отклонена кзади от нее по направлению к крестцовой впадине. Это состояние матки носит название наклонения или *versio*, а так как характер последнего определяется положением тела матки, то нормальную признается *anteversio*. При нормальной подвижности матки наклонение ее тоже может изменяться, при чем движения матки здесь следуют закону двуплечего рычага; верхним более длинным плечем является тело матки, а нижним более коротким ее шейка; вращение рычага совершается вокруг неподвижной точки, соответствующей области внутреннего зева, и при наклонении тела матки кпереди шейка должна отклониться кзади, а при наклонении тела кзади шейка должна отклониться кпереди. — 4. При нормальных условиях левое ребро матки смещено несколько вперед, т.е. имеется известная степень поворота всей матки вокруг ее оси, совпадающей с длинником матки; это состояние носит название *rotatio*; если же поворот ограничивается только телом матки, то это состояние называется *torsio* и скорее относится к изменению формы, а не положения матки.

Исходя из вышеприведенных данных, мы можем, следовательно, допустить изменение нормального положения матки в отношении *scensus*, *positio*, *versio* и *rotatio*.

Сейчас мы не будем останавливаться на отдельных видах неправильной формы или положения матки, а постараемся их сгруппировать, положив в основу группировки причину, т.е. этиологию их.

Руководствуясь этим соображением, мы можем наметить две основных группы относящихся сюда заболеваний:

К первой мы можем отнести все те случаи, где неправильность в форме или положении матки возникла в детском возрасте до наступления половой зрелости, и где она является результатом неправильного развития всего организма или только полового аппарата.

Ко второй мы можем отнести те случаи, где неправильность в форме или положении матки возникла уже после того, как развитие половых органов было вполне закончено. Причиной возникновения той или иной неправильности здесь могут явиться обстоятельства, связанные с половой жизнью, выкидышем, родами и т.д. в виде инфекции или травмы пол. органов.

Принятое нами деление имеет свое основание также и в том, что каждая из названных групп требует специальных методов профилактики и лечения и дает ряд характерных осложнений, проявляющихся определенными клиническими признаками.

Ограничиваясь этими общими замечаниями, перейдем к рассмотрению каждой группы в отдельности.

I. Неправильности в форме и положении матки, возникающие до наступления половой зрелости, вследствие неправильного развития полового аппарата.

Те случаи заболеваний, где сущность патологических изменений состоит в той или иной неправильности в развитии матки, в том или ином отклонении от нормальной ее формы или положения, составляют только небольшую часть обширной группы, так называемых, пороков развития половых органов.

Вся названная группа распадается на следующие отделы:

1. Пороки развития внутренних половых органов, куда относятся а) пороки развития яичников, б) пороки развития труб и в) пороки развития матки и влагалища.
2. Пороки развития наружных половых органов.
3. Гермафродитизм.
4. Врожденные заращения полового канала или *gynatresia congenita*.

В свою очередь пороки развития матки имеют свою классификацию и распадаются на несколько отдельных классов.

В настоящее время наибольшим распространением пользуется классификация, предложенная *Winckel*'ем, который положил в ее основу отдельные ступени развития матки, именно:

I. Первый месяц внутриутробной жизни.

- а) Полное отсутствие обоих Мюллеровых ходов.
- в) Полное отсутствие одного из Мюллеровых ходов.

II. Второй месяц внутриутробной жизни.

Полное отсутствие соприкосновения Мюллеровых ходов между собою.

- а) *Uterus didelphys s. duplex separatus*.
- α. *Uterus rudimentarius solidus*.
- β. *Uterus rudimentarius partim excavatus*.

III. Третий месяц внутриутробной жизни.

а) Соприкосновение Мюллеровых ходов между собою соответственно шейке матки и влагалищу, но полное отсутствие слияния их.

Uterus pseudodidelphys.

б) Полное взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов соответственно матке и влагалищу при отсутствии слияния их.

Uterus introrsum arcuatus septus.

IV. Четвертый и пятый месяц внутриутробной жизни.

а) Взаимное соприкосновение и слияние Мюллеровых ходов только в области шейки матки и влагалища.

Uterus bicornis.

б) Взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов на всем протяжении матки и влагалища при слиянии их только в области влагалища и шейки.

Uterus introsum arcuatus subseptus.

с) Неполное взаимное соприкосновение Мюллеровых ходов в области дна матки при слиянии их в местах соприкосновения.

Uterus arcuatus.

V. С начала шестого по конец десятого месяца внутриутробной жизни.

а) Полное слияние Мюллеровых ходов в области матки и влагалища при недостаточно выраженной выпуклости дна матки.

Uterus planifundalis.

в) Законченная форма матки новорожденной при общей длине матки в 3—3,5 см и отношении длины шейки к длине тела матки. как 1:0,5 или 1:0,75.

Uterus foetalis.

VI. От начала первого до конца десятого года детского возраста. Длина матки 3,75 см; отношение длины шейки и тела 1:1,1.

Uterus infantilis.

VII. От 10 до 16 лет, т. е. до наступления половой зрелости. Длина матки 7,5 см; отношение длины шейки и тела. как 1:2.

Uterus virgineus.

Однако, если мы внимательно, шаг за шагом, проследим ход развития матки с первого месяца внутриутробной жизни плода до наступления половой зрелости девушки, то мы увидим, что правильной постепенности в росте и развитии матки не существует, и что мы должны весь цикл развития матки и вообще половых органов разбить на два совершенно самостоятельных и независимых друг от друга периода.

Первый период включает в себе всю внутриутробную жизнь плода до его рождения, при чем матка к этому времени имеет совершенно определенную, типичную форму и носит название *uterus foetalis*.

Главные отличительные черты такой матки состоят в том, что величина ее в среднем равняется 3,5 см, при чем длина шейки к длине тела относится по наблюдениям Kussmaul'a, как 1:0,5, а по моим наблюдениям, как 1:0,75, т. е. длина шейки равняется 2 см, а длина тела 1,5 см; поперечный размер шейки равняется 1,5 см, а поперечный размер тела матки 0,8 см. Длина матки в это время относится к длине всего тела новорожденного, как 1:12, и, по наблюдениям Küstner'a, матка новорожденной настолько относительно велика, что она не помещается в малом тазу, а значительная часть ее располагается над

лоном в свободной брюшной полости, при чем тело матки образует с ее шейкой или тупой открытый кпереди угол или прямую линию; в последнем случае ось всей матки несколько наклонена своим верхним концом кпереди. (Рис. 1 и 2).

Непосредственно после рождения девочки в ее матке происходят весьма характерные изменения, которые состоят главным образом в том, что матка начинает уменьшаться во всех своих частях, при чем это уменьшение прогрессирует приблизительно до конца второго года жизни, затем это уменьшение или обратная инволюция матки на некоторое время останавливается, а с начала третьего года жизни ребенка матка снова начинает расти и увеличиваться во всех своих размерах. при чем сперва это совершается медленно, так что к десяти годам матка едва превышает размеры *uterus foetalis*; однако, чем ближе к моменту наступления половой зрелости, тем развитие матки идет быстрее.



Рис. 1.



Рис. 2.

Положение матки и влагалища у новорожденной.
Взято у Вауера.

Проще всего это можно видеть на следующей таблице:

Возраст.	Длина всей мат- ки.	Длина шейки.	Длина тела.	Попереч- ный раз- мер шей- ки.	Попереч- ный раз- мер тела.
Новорожденная	3,5	2,0	1,5	1,5	0,8
Ребенок 2-х лет	2,4	1,3	1,1	0,8	0,4
4-х лет	3,0	1,5	1,5	1,0	0,6
10-ти лет	3,75	1,75	2,0	1,4	0,8
Девушка 16-ти лет, достигшая половой зрелости	7,5	4,25	5,0	2,0	3,0

Из этой таблицы мы видим, во-первых, что происходят изменения длины как шейки, так и тела матки, а во-вторых, что происходит также изменение толщины мышечной стенки матки.

Что касается уменьшения длины отдельных частей матки, то к концу второго года вся матка оказывается уменьшенной приблизительно на 1 см, при чем уменьшение длины шейки выразилось почти в полтора раза сильнее, чем уменьшение длины тела матки; при последующем росте матки взаимоотношения длины шейки и тела матки претерпевают еще большее изменение, так как тело увеличивается в размере значительно быстрее, чем шейка.

Взаимоотношения длины тела и шейки матки в различные годы жизни девочки видны на следующей таблице:

В о з р а с т .	Длина шей- ки.	Длина тела.	Отношения их друг к другу.	Длина всей матки.
Новорожденная . . .	2,0	1,5	100:75	3,5
Ребенок 2-х лет . . .	1,3	1,1	100:85	2,4
10-ти лет . . .	1,75	2,0	100:111	3,75
Девушка 16-ти лет . .	2,5	5,0	100:200	7,5

Уменьшение толщины мышечной стенки матки в первое время после рождения ребенка совершается в еще более значительной степени, чем уменьшение ее длины; именно, в то время, как длина матки двухлетней девочки уменьшилась на 1,1 см, что составляет $\frac{1}{3}$ длины матки новорожденной, уменьшение толщины тела матки к тому же времени происходит на 0,2 см, а толщины шейки матки на 0,4 см, что составляет $\frac{1}{2}$ первоначальной их толщины.

Как видно из приведенных таблиц, с начала третьего года жизни девочки начинается постепенное увеличение размеров матки, при чем сперва оно идет очень медленно, так что к десяти годам жизни матка едва достигает своих прежних размеров; только с этого времени развитие матки совершается быстрее, при чем к моменту наступления половой зрелости длина матки оказывается увеличенной приблизительно в 2 раза, толщина же ее в области тела успела возрасти в 4 раза.

Констатируя эти данные, мы, естественно, должны задать себе вопрос, чем вызваны эти изменения в матке новорожденной.

Вауер объясняет их тем, что рост матки внутриутробного плода зависит от секреторной деятельности яичников матери, которая прекращает вместе с рождением ребенка свое протективное влияние. Halban, напротив, не признает такой зависимости, приводя случаи беременности, закончившиеся срочными родами, где, несмотря на полную кастрацию, произведенную во время беременности, состояние матки новорожденной было такое же, как и при наличии яичников у матери.

Поэтому, надо искать другой причины и надо думать, что проективное влияние на матку внутриутробного плода оказывают не яичники матери, а послед, секреторная деятельность которого прекращается с рождением ребенка; это предположение тем более вероятно, что на основании моих экспериментальных исследований впрыскивание вытяжки из хориона кастрированным животным задерживает атрофию матки так же, как и впрыскивание вытяжки из фолликулярной ткани яичников. Но, как бы то ни было, мы должны считаться с фактом, что после рождения ребенка создаются какие то новые условия, которые вызывают атрофию матки, при чем эта атрофия может быть остановлена только посредством секреторной деятельности яичников самого ребенка, и от ее интенсивности будет зависеть не только приостановка обратной инволюции матки, но и дальнейшее ее увеличение.



Рис. 3. Различные степени развития матки.

Из сказанного мы видим, что половой аппарат и в частности матка в период времени от первых дней внутриутробной жизни плода до наступления половой зрелости находятся под влиянием различных факторов; именно, до рождения ребенка стимулом для развития матки является секреторная деятельность последа, с момента же рождения таковым служит секреторная деятельность яичников самого ребенка.

Поэтому, мне кажется, для классификации пороков развития матки будет правильнее принять другую систему, положив в ее основу эти два самостоятельных периода в жизни организма.

Таким образом, мы должны подразделить все пороки развития на две больших группы, отнеся к первой те из них, которые возникают во время внутриутробной жизни плода и которые должны рассматриваться, как врожденные пороки развития матки. Ко второй группе должны быть отнесены те, которые возникают в период времени от рождения девочки до наступления половой зрелости, при чем эти пороки развития матки ни в каком случае не должны рассматриваться

как врожденные, так как они возникают из матки, отвечающей по своему виду *uterus foetalis*, благодаря или слишком резко выраженной инволюции матки новорожденной, или благодаря недостаточно интенсивному ее росту.

В виду только что сказанного я предлагаю далее вторую группу подразделить на две основных формы неправильного развития матки:

1. *Uterus hypoplasticus*, представляющая собою форму недоразвития матки, возникшую в возрасте ребенка первых лет жизни вследствие чрезмерной обратной инволюции матки; отличительными признаками для этой формы является уменьшение размеров всей матки при том условии, что отношение длины шейки к длине тела такое, как у матки, вполне развитой, т. е. выражается отношением 1:2. Такое взаимоотношение величины шейки и тела создается потому, что здесь уклонение от правильного развития состоит только в чрезмерной инволюции непосредственно после рождения, дальнейшее же развитие идет обычным порядком.

2. *Uterus infantilis*, представляющая собою форму недоразвития матки, возникшую в возрасте ребенка более старшего возраста вследствие недостаточного роста матки в этом периоде; отличительными признаками для этой формы является уменьшение размеров всей матки при том условии, что отношение длины шейки к длине тела остается таким, как у матки новорожденной, т. е. выражается, как 1:0,75. Такое взаимоотношение длины шейки и тела создается потому, что, как выше было указано, только начиная с десяти лет рост тела матки быстро опережает рост шейки.

Так как растущая матка ребенка находится под влиянием целого ряда условий, могущих отразиться на ее форме и положении, то мы, естественно, должны ждать, что при ненормально сильно выраженной инволюции матки или при слишком медленном ее развитии эти условия успеют проявить себя в более значительной степени.

Из этих условий главную роль играют следующие:

1. Величина внутрибрюшного давления, колеблющаяся в широких пределах.

2. Состояние соседних органов, именно: мочевого пузыря и прямой кишки, которое изменяется в зависимости от их наполнения.

3. Тяжесть кишечных петель, помещающихся при нормальных условиях на задней поверхности тела матки.

Перечисленным агентам противопоставляется упругость мышечной стенки матки, которая зависит от степени развития в ней мышечных элементов.

Различные сочетания перечисленных условий вызывают то или иное уклонение от правильной формы и положения матки, при чем надо иметь в виду, что форма и наклонение таза здесь тоже играют важную роль, являясь predisposing моментом.

Не входя здесь в подробное обсуждение возникновения того или другого отклонения от правильного развития матки, что мы сделаем при разборе отдельных случаев, наметим только главные, наиболее часто встречаемые формы.

В окончательном виде предлагаемая нами классификация такая:

А. Врожденные пороки развития матки, куда мы относим уже приведенные выше разновидности согласно схемы Винтера.

В. Пороки развития матки, приобретенные в детском возрасте:

I. *Uterus hypoplasticus*, неправильность в развитии матки, возникающая в первые годы жизни девочки, при отношении длины шейки к длине тела, как 1 : 2:

1) *Uterus hypoplasticus simplex*, где матка, уменьшенная в размерах, имеет правильную антеверсию и антефлексию.

2) *Hyperanteflexio uteri hypoplastici*, когда имеется чрезмерно острый угол между телом и шейкой, открытый кпереди.

3) *Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici*, когда матка отклонена кзади, но угол между шейкой и телом открыт кпереди.

4) *Retroversio-retroflexio uteri hypoplastici*, когда имеется одновременно и отклонение и перегиб матки кзади.

II. *Uterus infantilis*, неправильность в развитии матки, возникающая в возрасте старше десяти лет, при отношении длины шейки к длине тела, как 1 : 0,75:

1) *Uterus infantilis simplex* где матка, уменьшенная в размерах, имеет правильную антеверсию и антефлексию.

2) *Hyperanteflexio uteri infantilis*, когда имеется чрезмерно острый угол между телом и шейкой, открытый кпереди.

3) *Retroversio-anteflexio uteri infantilis*, когда матка отклонена кзади, но угол между шейкой и телом открыт кпереди.

4) *Retroversio-retroflexio uteri infantilis*, когда одновременно имеется и отклонение и перегиб матки кзади.

По наблюдениям Stolper'a врожденные пороки развития матки ему пришлось наблюдать на 7.400 больных в 0,2%. Мне на моем амбулаторном материале в 16.500 больных случаев пороков развития матки, приобретенных в детском возрасте, пришлось видеть в 7,4%. Таким образом, мы видим, что случаи, относящиеся ко второй группе, встречаются значительно чаще, и поэтому практический интерес их больше, тем более, что они сопровождаются целым рядом типичных жалоб.

Так как все эти жалобы обнаруживаются обычно уже после наступления половой зрелости, т.е. после времени появления месячных, когда развитие полового аппарата уже почти закончено, то мы, конечно, получим гораздо лучшие результаты здесь не от лечения, а от профилактики. Но профилактика возможна только при том условии, если мы признаем, что эти формы неправильного развития матки возникают в детском возрасте, а не во время внутриутробной жизни плода.

Признав это, мы должны окончательно отрешиться от принятой до сих пор терминологии, например, „*hyperanteflexio uteri congenita*“, или „*retroflexio-versio uteri congenita*“, несмотря на то, что в руководствах по гинекологии даже последнего времени приходится еще встречать такое безусловно неправильное определение.

На основании моих наблюдений эти неправильности в форме и положении матки распределяются в следующем взаимном отношении:

	Отдельные формы неправильного развития матки.	Число отдельных форм в %.
I-ая группа.	<i>Uterus hypoplasticus simplex</i>	15
	<i>Hyperanteflexio uteri hypoplastici</i>	11
	<i>Retroversio-anteflexio uteri hypoplast.</i>	26
	<i>Retroversio-retroflexio uteri hypoplast.</i>	21

Отдельные формы неправильного развития матки.		Число отдельных форм в 0/0.
II-ая группа.	Uterus infantilis simplex	12
	Hyperanteflexio uteri infantilis	5
	Retroversio-anteflexio uteri infantilis	7
	Retroversio-retroflexio uteri infantilis	2



Рис. 4. Нормальная величина, форма и положение матки у взрослой женщины.

Ограничиваясь этими общими сведениями и исходя из нормального положения и формы матки, представленных на рисунке 4, перейдем к разбору отдельных случаев относящихся сюда заболеваний.

Hyperanteflexio uteri infantilis.

Больная А. Т., 19 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила четыре дня тому назад с жалобами на боли во время месячных.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь, других заболеваний не отмечает.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году; первый год они приходили с перерывами в два и три месяца, последние же два года они приходят через четыре недели с нередкими запозданиями на несколько дней; продолжаются они по два дня в небольшом количестве, сопровождаясь всегда болью в животе; по словам больной, эти боли начинаются за несколько часов до появления крови и продолжаются только первый день месячных, быстро затихая; боли носят тянущий характер и локализуются в нижней части живота, отдают в ноги и сопровождаются головной болью; тошнотой, иногда рвотой; последние месячные были две недели тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить шесть месяцев тому назад, при чем каких либо заболеваний в половых органах в связи с ней не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Жалобы больной сводятся к болям в связи с месячными, и она начало их связывает с появлением первых месячных, при чем боли обязательно повторяются при каждом менструальном периоде.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме отмеченного заболевания корью в раннем детстве, больная других заболеваний не помнит.

7. *Отправление кишечника.* Кишечник всегда работает правильно.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Мочиспускание нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная брюнетка, высокого роста (165 см); ноги относительно длинные (84 см до верхнего края симфиза); ширина плеч 39 см, ширина бедер 32 см, при стоячем положении внутренние поверхности бедер не соприкасаются между собою; костный таз уклонений от нормы не представляет; вес тела равен 64 кг; подкожный жировой слой развит хорошо; грудные железы небольшой величины; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски; на нижних конечностях волосистость выражена

несколько сильнее обычного; внутренние органы уклонений от нормы не представляют; осмотр и ощупывание брюшной области ничего ненормального не обнаружили; пульс 76 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту; дыхание грудного типа; температура в пределах 36,4—36,8.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях расположена в виде ромба с вершиной у пупка; при раздвигании больших губ ладьевидная ямка глубокая; слизистая оболочка влагалищного входа нормальной окраски; влагалище узкое; складки слизистой оболочки выражены хорошо; влагалищная часть матки имеет вид острого конуса, несколько сплюсненного в передне-заднем размере; наружный зев имеет форму поперечной щели и обращен кзади от проводной оси таза; тело матки в антеверзии и образует с шейкой острый, открытый кпереди угол; величина матки несколько меньше нормы; при измерении зондом длина всей полости матки равняется 5 см, при чем 2,5 см приходится на длину цервикального канала и 2,5 см на длину полости тела матки; таким образом отношение длины шейки к длине тела матки, принимая толщину мышечной стенки в области дна, равной 1 см, выразится, как 1,0:1,4, подвижность матки нормальна; придатки определить не удается; в клетчатке и брюшине таза изменений нет; при исследовании зеркалом слизистая оболочка влагалища нормальной окраски; выделений из влагалища нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи. Никаких уклонений от нормы нет; суточное количество 1800—2100 куб. см, удельный вес 1015—1018.

б. Исследование крови. Число эритроцитов 4.800.000; количество гемоглобина 75%; показатель окраски 0,9 и число лейкоцитов 7400.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищной флоры II; реакция кислая.

д. Биологических реакций произведено не было.

Итак, мы имеем в нашем распоряжении все данные, которые мы получили как из анамнеза, так и при исследовании больной, и нам остается дать им критическую оценку для того, чтобы поставить диагноз и прогноз и наметить план лечения.

Остановимся сперва на анамнезе и посмотрим, что он нам может дать для выяснения настоящего случая.

Начнем разбор анамнеза в хронологическом порядке. В раннем детстве больная, по ее словам, перенесла корь; других заболеваний она не отмечает. Хотя корь, как и всякое острое инфекционное заболевание в детском возрасте, может неблагоприятно отразиться на состоянии полового аппарата, но едва ли здесь только этим можно объяснить имеющиеся в половом аппарате уклонения.

Переходя далее ко второму важному этапу в анамнезе, именно, к периоду наступления половой зрелости, который знаменуется, главным образом, появлением месячных, мы видим, что у нашей больной они впервые пришли сравнительно поздно, на шестнадцатом году, при чем первый год они приходили с большими перерывами.

Оба эти обстоятельства до известной степени позволяют нам предположить отсталость в развитии половых органов и в частности матки. На это же указывают нам боли во время месячных, которые начали появляться с первого же менструального периода, так как мы

знаем, что механическая дисменоррея, зависящая от неправильного развития матки, обнаруживается одновременно с наступлением половой зрелости.

Следующие данные анамнеза, т. е. начало половой жизни, в этом случае не представляют особого интереса, так как по словам больной никаких нарушений в состоянии половых органов в связи с началом половой жизни не было, и поэтому отпадает всякое основание предполагать здесь возможность гонококковой инфекции, возникающей особенно часто в связи с началом половой жизни; то обстоятельство, что беременности за истекшие шесть месяцев половой жизни еще не было, может тоже быть истолковано, как доказательство неправильного развития половых органов при том, однако, условии, что в данном случае не применялись искусственные средства, затрудняющие возможность наступления беременности, и что относительное бесплодие не зависит от состояния мужа.

Подводя итоги тем данным, которые мы получили из анамнеза, мы можем сделать следующие предположения: во первых, у нашей больной, повидимому, имело место неправильное или недостаточное развитие половых органов в детском возрасте, и во-вторых, это отклонение от нормального развития в том или ином виде отразилось на состоянии матки, вызвав явления дисменорреи.

Перейдем теперь к анализу данных, полученных нами при исследовании больной, и посмотрим, насколько они могут подтвердить только что высказанные нами предположения.

Отступления от нормы, отмеченные нами при общем исследовании больной, сводятся к следующему:

Длина ног несколько превышает обычную относительную величину, так как средина женского тела совпадает с верхним краем лона, что вместе с тем определяет и длину нижних конечностей; таким образом у нашей больной длина ног должна была бы равняться 82,5 см, в то время как она равняется 84 см.; ширина плеч превышает ширину бедер несколько больше среднего, так как у женщин разница этих размеров обычно не превышает 4 см, в то время как у нашей больной она достигает 7 см; отсутствует соприкосновение внутренних поверхностей бедер в стоячем положении; при хорошо развитом подкожном жировом слое грудные железы относительно малы; на нижних конечностях имеется усиленная волосистость.



Рис. 5. Hyperanteflexio uteri infantilis

При гинекологическом исследовании отмечены следующие отклонения от нормы: волосистость на наружных частях развита по мужскому типу; ладьевидная ямка глубокая; влагалище узкое; влагалищная часть матки имеет вид острого конуса, несколько сплюсненного в передне-заднем размере; наружный зев имеет форму поперечной щели; тело и шейка матки образуют открытый спереди острый угол; величина

матки меньше нормальной, при чем длина всей полости равна 5 см; а длина шейки к длине тела относится, как 1:1,4. (Рис. 5).

Подводя итог всем уклонениям, отмеченным нами при исследовании больной, мы должны признать, что в данном случае она всего ближе отвечает по своей конституции так называемому интерсексуальному типу женщины, где неправильности в развитии зависят от недостаточной половой дифференцировки секреторных элементов яичника, благодаря чему и специфическая деятельность их оказывается относительно недостаточной.

Из полученных нами объективных данных нас, конечно, главным образом, должны интересовать результаты гинекологического исследования, и, оценивая их, мы видим, что они подтверждают высказанное нами на основании анемнеза предположение об имеющемся здесь недоразвитии полового аппарата и в частности матки, так как последняя меньше нормальной величины, а глубокая ладьевидная ямка и форма влагалищной части и наружного зева тоже служат доказательством этому.

Стараясь точно определить имеющееся здесь уклонение в развитии матки, мы должны его формулировать так:

Hyperanteflexio uteri infantilis, т. е. тело и шейка матки образуют острый угол, и шейка относительно слишком велика.

Как видно из сказанного, установить здесь анатомический диагноз не представляло трудностей, и нам остается только выяснить, отвечает ли он тому, что мы должны ждать здесь на основании жалоб больной, другими словами, могут ли последние быть объяснены найденными нами анатомическими изменениями.

Наша больная поступила в клинику с жалобами на боли во время месячных; такое состояние носит специальное название „*dysmenorrhoea*“, при чем последняя, как известно, может быть или воспалительной, или механической, или, наконец, психической. Под названием воспалительной дисменорреи мы понимаем боли в связи с месячными, которые зависят от того, что под влиянием предменструальной гиперемии обостряется воспалительный процесс, имеющийся в матке, придатках или вообще в области таза; отличительными признаками такой дисменорреи является то, что боли начинаются за некоторое время, иногда за несколько дней до начала выделения крови, при чем они начинаются тем раньше и выражены тем сильнее, чем острее воспалительный процесс; с появлением крови боли начинают постепенно затихать.

Так называемая психическая дисменоррея, повидимому, в большинстве случаев имеет своей причиной какую-либо психическую травму.

Под названием механической дисменорреи принято понимать боли, появляющиеся во время месячных и зависящие от наличия какого-либо препятствия, мешающего свободному выходу менструальной крови из матки. Характерным для такой дисменорреи является то, что боли возникают незадолго до появления крови, обыкновенно за несколько часов, благодаря тому, что в полости матки уже начинает скопляться менструальная кровь, растягивающая стенки матки и вызывающая болезненные сокращения ее, которые стремятся протолкнуть кровь через имеющееся препятствие; как только кровь находит себе выход, интенсивность болей резко и быстро падает.

Кроме того, существенным отличительным признаком служит то обстоятельство, что механическая дисменоррея, в громадном большинстве случаев, проявляется с приходом первых же месячных, как результат неправильного развития матки, в то время, как воспалительная ее форма обнаруживается обычно значительно позднее, являясь следствием инфекции, связанной с половой жизнью, выкидышем или родами.

Так как у нашей больной боли при месячных начинаются за несколько часов перед появлением крови и затем быстро затихают, и так как они возникли вместе с приходом первых месячных, то, на основании только что сказанного, мы можем признать, что здесь имеется механическая форма дисменорреи, тем более, что в анамнезе нет никаких указаний на какое-либо бывшее раньше инфекционное заболевание полового аппарата или на какую-либо психическую травму.

Сделав такое заключение, посмотрим, имеются ли в матке такие объективные признаки, которые объясняли бы собою задержку менструальной крови.

Как видно из данных объективного исследования, мы отметили следующие отклонения от нормального состояния матки: во-первых, шейка и тело матки образуют между собою острый угол, открытый кпереди, во-вторых, шейка матки относительно длиннее, чем при нормальных условиях, именно, длина шейки относится к длине тела матки, как 1 : 1,4, в третьих, влагалищная часть матки имеет коническую форму с наружным зевом в виде поперечной щели, и, наконец, величина всей матки несколько меньше нормальной, равняясь 6 см.

На основании моих личных наблюдений, дисменоррея вообще встречается в среднем в 52% случаев всех видов неправильного развития матки, возникающих в детском возрасте; однако, значительное большинство, именно, от 69% до 70% приходится как на *uterus hypoplasticus*, так и на *uterus infantilis* при условии наличия гиперантефлексии матки. Из этих данных мы должны сделать вывод, что причиной механической дисменорреи, главным образом, является перегиб матки кпереди в области внутреннего зева в то время, как относительно большая длина шейки и коническая ее форма, отличающая *uterus infantilis* от *uterus hypoplasticus*, повидимому, большого значения не имеют.

Итак, у нашей больной механической причиной дисменорреи мы должны признать только перегиб матки в области внутреннего зева, так как имеющиеся в данном случае другие признаки недоразвития матки не могут препятствовать свободному оттоку менструальной крови.

Что касается значения перегиба матки в области внутреннего зева для возникновения механической дисменорреи, то он только тогда начинает проявлять свое вредное влияние, когда угол между телом и шейкой матки становится острым; доказательство этому мы видим, во-первых, в том, что при нормальной антефлексии, когда названный угол в среднем равняется 100 градусам, более во время месячных при прочих нормальных условиях не бывает; во-вторых, на основании моих наблюдений дисменоррея при наличии ретрофлексии матки наблюдается сравнительно реже, так как здесь угол между телом и шейкой матки не достигает таких значительных степеней уменьшения, как при патологической антефлексии.

В то время, как вообще при недоразвитии матки дисменоррея наблюдается в 52% случаев, при *hyperanteflexio uteri hypor-*

lastici она встречается в 70%, а при hyperanteflexio uteri infantilil в 69%, что в совокупности составит 69,5%; другими словами можно сказать, что 17,5% случаев дисменорреи зависят от чрезмерной антефлексии; с другой стороны, при retroversio-retroflexio uteri hypoplastici дисменоррея встречается в 61% случаев, а при retroversio-retroflexio uteri infantilil в 50%, что в совокупности составит 55,5%, т.-е. на счет ретрофлексии можно отнести только 3,5%; таким образом, перегиб матки кпереди имеет в пять раз большее значение для возникновения механической дисменорреи, чем перегиб матки кзади.

Степень перегиба потому имеет влияние на возникновение дисменорреи, что, чем острее угол, тем сильнее выражено в месте перегиба прижатие внутренней поверхности передней стенки матки к задней и, следовательно, тем более затруднен отток менструальной крови из полости матки.

Уяснив себе сущность изменений в матке и причину возникновения здесь дисменорреи, мы должны задать себе вопрос, когда, почему и как возникли эти анатомические изменения в матке.

Что касается первого вопроса, то ответить на него не трудно, так как с одной стороны мы видели, что врожденными такие изменения матки быть не могут, с другой стороны дисменоррея обнаружилась у нашей больной с первым же появлением месячных, т.-е. во время наступления половой зрелости, следовательно, образование патологической антефлексии здесь должно быть отнесено к детскому возрасту.

В детском возрасте рост матки не совершается вполне равномерно; так, например, к десяти годам матка только слегка превышает размеры матки новорожденной девочки, и отношение длины шейки к длине тела выражается, как 1 : 1,1, в то время, как у шестнадцатилетней девушки длина матки в два раза больше, чем у новорожденной, а отношение длины шейки к длине тела выражается, как 1 : 2,0; поэтому для простоты терминологии я и предложил различать два типа недоразвитой матки, именно uterus hypoplasticus, относящуюся своим возникновением к возрасту до 10 лет, и uterus infantilil, относящуюся к возрасту старше 10 лет. В виду того, что по своему характеру матка нашей больной относится к типу uterus infantilil, то мы имеем возможность еще более точно определить время возникновения неправильности развития матки в данном случае и приурочить его к возрасту от 10 до 16 лет.

На второй вопрос, именно, почему здесь образовалась неправильная форма матки, мы можем ответить так: если мы сравним нормальную матку, образующую тупой, открытый кпереди угол, с гиперантефлектированной маткой у нашей больной, где шейка и тело образуют острый угол, открытый кпереди, то мы можем представить себе происхождение такого резкого перегиба матки только или как результат какой то силы, не встречающейся при обычных условиях и заставляющей растущую матку приобрести неправильную форму, или как результат слишком большой податливости мышечной стенки матки.

Так как для признания первого предположения у нас нет никаких данных, то нам приходится остановиться на втором, и мы должны представить себе, что мышечная стенка матки оказалась здесь более податливой благодаря тому, что совершающаяся после рождения ребенка инволюция матки вызвала истончение ее стенки, которое было выражено слишком сильно или продолжалось ненормально долго.

В виду того, что инволюция матки новорожденной парализуется секреторной деятельностью яичников ребенка, от которой зависит также и дальнейший рост матки, то нам приходится признать у нашей больной недостаточную интенсивность таковой.

Понижение секреторной деятельности яичников может в свою очередь зависеть от недоразвития яичников, являющегося только одним из признаков общего недоразвития организма или дистрофии вследствие наследственного сифилиса, туберкулеза и т. под., или же зависит от изолированной недостаточности функции яичников. В первом случае имеется целый ряд признаков недоразвития, рассеянных во всем организме в любом из его органов; во втором случае дело ограничивается признаками недоразвития половых органов и наличием уклонений в том или другом из вторичных половых признаков.

У нашей больной, как это видно из данных объективного исследования, нет признаков общего недоразвития организма, а отмеченные нами неправильности дают картину, всего ближе соответствующую интерсексуальному типу, возникновение которого зависит от недостаточной дифференцировки половой железы, представляющей собою образование, приближающееся к железе смешанного пола или *ovotestis*.

Само собою понятно, что специфическое влияние продуктов деятельности такого яичника окажется относительно недостаточной для нормального развития половых органов и для достаточного выявления соответственных вторичных половых признаков; но ответить на вопрос, отчего зависит эта недостаточная дифференцировка, не представляется возможным, так как эта аномалия относится к первому периоду внутриутробной жизни плода и должна рассматриваться, как конституциональная особенность.

Итак, поставленный нами второй вопрос, именно, почему у нашей больной образовалась неправильная форма матки, мы должны разрешить следующим, кажущимся нам наиболее вероятным образом: вследствие недостаточной секреторной деятельности яичников стенка матки слишком продолжительное время оставалась истонченной и податливой, почему нормальные внешние условия, как внутрибрюшное давление, наполнение соседних органов и тяжесть кишечных петель получили возможность проявить свое действие в большей степени, чем обычно.

Нам остается ответить только на третий вопрос, именно, каким образом возникла данная неправильность матки.

Если мы вспомним, что брюшной пресс при всяком напряжении повышает внутрибрюшное давление, и представим себе матку ребенка с ее проводной осью, наклоненной верхним концом кпереди, и с помещающимися на ее задней поверхности петлями кишек, то нам станет ясным, что при всяком физическом напряжении, связанном с сокращением мышц передней брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления будет стремиться наклонить кпереди и книзу верхний отдел матки. Так как в области внутреннего зева соответственно месту прикрепления к матке *ligamenta cardinalia* она имеет неподвижную точку вращения, которая делит всю матку на два неравных по своей длине колена, одно верхнее большее, представляющее собою тело матки, и другое нижнее меньшее, представляющее собою ее шейку, то естественно, что при наклонении тела матки кпереди влагалищная часть матки должна переместиться кзади, и мы будем иметь нормальную антеверсию матки. При продолжительном действии упомянутых сил и при нормальной упругости мышечной стенки матки образуется перегиб

матки кпереди в области внутреннего зева, при чем угол, приблизительно, равняется ста градусам. Но если мышечная стенка матки будет ненормально податлива, то физиологическая антефлексия матки легко может перейти в патологическую, и между телом и шейкой матки образуется острый открытый кпереди угол или гиперантефлексия.

Следовательно, гиперантефлексия матки у нашей больной должна была образоваться под влиянием давления брюшного пресса в период роста детского организма при недостаточной упругости мышечной стенки матки.

Решив таким образом, когда, почему и как развилось данное патологическое состояние матки, уяснив себе его сущность и установив зависимость жалоб больной от имеющихся анатомических изменений матки, мы получаем возможность поставить правильное предсказание и наметить план лечения.

Если целью нашего лечения в данном случае мы поставим полное устранение всех патологических изменений в половом аппарате больной, то предсказание должно быть признано неблагоприятным, так как все найденные нами изменения в матке и половых органах вообще возникли в детском возрасте, в периоде развития организма, и являются результатом недоразвития полового аппарата. Правда, принято считать, что матка сохраняет еще некоторую способность к росту до 24 или 25 лет, а нашей больной только 19 лет, однако, после наступления половой зрелости дальнейшее развитие матки выражено весьма слабо, поэтому едва ли мы можем рассчитывать в данном случае на полное излечение.

Этот случай наглядно указывает нам, что при таких условиях мы должны ожидать гораздо лучшего результата не от лечебных приемов, а от профилактических мер, состоящих в своевременном устранении тех причин, которые неблагоприятно влияют на развитие матки в детском возрасте. Но так как симптомы болезни обнаруживаются только вместе с появлением первых месячных и только тогда заставляют больную обратиться к врачу, и так как мы не имеем прямых предвестников болезни, указывающих на происходящие в половом аппарате ребенка отклонения от правильного развития, то только очень внимательное отношение к общему состоянию детского организма может дать нам возможность подметить и оценить имеющиеся налицо косвенные признаки.

Таковыми мы в настоящее время должны признать:

во-первых, то или иное проявление общего недоразвития организма или так называемой дистрофии,

во-вторых, недостаточную выраженность определенного пола или так называемых вторичных половых признаков,

в-третьих, данные анамнеза, указывающие на перенесенные острые инфекционные заболевания детского возраста.

В тех случаях, когда в детстве обнаруживаются приведенные косвенные указания на возможность неправильного развития половых органов, немедленно должны быть приняты соответственные меры, чтобы устранить их причины или парализовать их действие.

Если мы целью нашего лечения поставим более скромную задачу освободить больную только от беспокоящих ее проявлений или симптомов заболевания, то предсказание будет значительно лучше.

В первом случае мы можем назвать лечение радикальным, а во втором случае только симптоматическим.

Радикальное лечение будет состоять в том, чтобы в случае общего недоразвития ребенка направить лечение на причину его вызывающую, именно, если имеется дистрофия на почве наследственного сифилиса, то должно быть назначено специфическое противосифилитическое лечение; если дистрофия вызвана наследственным туберкулезом, то должно быть предпринято общее укрепляющее лечение посредством назначения внутрь мышьяка, железа и рыбьего жира.

У тех больных, где имеется изолированная недостаточность внутренней секреции яичников, должны быть применены меры, улучшающие кровоснабжение тазовых органов, например, солено-хвойные ванны, теплые солевые клизмы, осторожная гимнастика для мышц нижних конечностей и тазового дна без напряжения брюшного пресса; для последней цели можно рекомендовать езду на велосипеде в умеренном, однако, количестве. Из внутренних средств в этих случаях будут уместны препараты из ткани яичника в виде *ovarin'a*, *ovaraden'a*, *proprovar'a*, но не *luteovar'a*; в некоторых случаях, при одновременном гипотиреозидизме, будет целесообразно вместе с препаратами из яичника назначать небольшие дозы *thyreoidin'a*, так как это вещество, являясь продуктом щитовидной железы, которая служит антагонистом яичнику, должно в небольших дозах стимулировать деятельность яичника. В подходящих случаях следует поднять вопрос о пересадке яичника.

В тех случаях, когда больная обращается к врачебной помощи в возрасте после наступления половой зрелости, результаты врачебных приемов, направленные на улучшение и усиление деятельности яичников, будут менее надежны; тем не менее от них не следует отказываться; даже, напротив, если больная живет половой жизнью, то к упомянутым мероприятиям следует прибавить горячие влагалитические орошения с прибавлением морской, крейцнахской или поваренной соли; для спринцевания следует брать большие количества жидкости, стаканов 8 или 12, но жидкость должна вытекать под небольшим давлением, для чего кружку следует вешать не выше, чем на аршин над кроватью и не открывать полную струю; температура орошений, начиная с 32 градусов Реомюра, постепенно повышается, ежедневно по одному градусу, и доводится до 36 и даже 38 градусов. Уместно также грязевое лечение.

Надо иметь в виду, что иногда половая жизнь сама по себе дает хорошие результаты, благодаря связанной с нею гиперемии полового аппарата, при чем боли во время месячных могут совершенно исчезнуть; беременность же является здесь наиболее могучим лечебным средством; однако, как известно, наступление беременности вообще затруднено при всех видах недоразвития матки, а на основании моих наблюдений, кроме того, оказывается, что имеющаяся у нашей больной форма недоразвития матки в виде *hyperanteflexio uteri infantilis* стоит вместе с *retroversio-retroflexio uteri infantilis* на первом месте среди других форм недоразвития, давая всего 7% беременности, что, вероятно, зависит и от относительно большой величины влагалитической части и от острого угла между шейкой и телом матки.

Симптоматическое лечение у больных, страдающих *hyperanteflexio uteri infantilis*, должно состоять в устранении главных жалоб, которыми являются дисменоррея и бесплодие.

Остановимся сначала на дисменоррее. Из лекарственных веществ, действующих только болеутоляющим образом, можно указать на *salicyrinum*, *aspirinum*, *pyramidonum*, *apioium*, *eumenolum* и некоторые

чисто наркотические вещества, как, например: морфий, опий и т. п. Лично я наиболее надежные результаты получаю от применения салипирина или аспирина, назначая тот или другой препарат три раза в день в количестве 0,5, начиная с того момента, как только больная замечает приближение болей. Чтобы усилить действие лекарства, следует одновременно применять резиновый пузырь с горячей водой на низ живота.

Более надежные и стойкие результаты к устранению болей дает оперативное вмешательство, которое состоит в уничтожении тем или иным путем сужения в области внутреннего зева, которое, как мы видели, зависит от слишком резкого перегиба матки кпереди.

С этой целью Александровым предложен способ, состоящий в том, что посредством передней кольпотомии делают себе доступной переднюю стенку матки и в области перегиба соответственно внутреннему зеву вырезают из толщи мышечной стенки матки четырехугольную пирамиду, обращенную своей вершиной в глубину стенки и имеющую основание в виде ромба; края ромба соединяются швами таким образом, что рубец получает направление по длиннику матки, благодаря чему передняя стенка матки удлиняется, и угол между телом и шейкой матки становится менее острым.

Хотя этот способ должен коренным образом устранить перегиб матки кпереди, но он довольно сложен и, вероятно, поэтому не нашел широкого распространения.

Гораздо охотнее пользуются приемами, направленными на непосредственное расширение внутреннего зева. Самым простым из них будет расширение при помощи дилаторов Гегара или же ламинарий; однако, эффект от такого расширения исчезает очень скоро, поэтому мы этим способом никогда не пользуемся как самостоятельным, а комбинируем его с кровавым расширением внутреннего зева по методу, предложенному Калиновским. Состоит он в следующем: сперва цервикальный канал расширяется дилаторами Гегара до пятого или шестого номера, затем узким тупоконечным ножом Потта делается крестообразно четыре надреза в области внутреннего зева, и расширение продолжается до восьмого или девятого номера, после этого острой кюреткой выскабливается область внутреннего зева, и цервикальный канал туго тампонируется марлевой полоской, которая удаляется через сутки.

Этот способ давал нам всегда хорошие результаты в тех случаях, где боли были вызваны сужением в области внутреннего зева, безразлично имелась ли *hyperanteflexio uteri hypoplastici* или *hyperanteflexio uteri infantilis*. Однако, при последней форме нередко оказывается чрезвычайно трудно пройти через внутренний зев, благодаря значительной длине шейки матки, не только расширителем, имеющим небольшую кривизну, но и сильно изогнутым маточным зондом; а так как форсированное зондирование в таких случаях легко может повести к прорыву задней стенки матки в области ее перегиба, то для предупреждения этой опасности я с успехом пользовался предварительным разрезом задней губы влагалищной части по средней линии, что всегда очень облегчало проведение зонда через место сужения.

Что касается нашего лечения, направленного на устранение бесплодия, то, признавая зависимость его в равной мере, как от гиперантефлексии, так и от большей величины влагалищной части, мы должны стремиться устранить обе эти причины.

Уяснить себе влияние гиперантефлексии на возникновение бесплодия не трудно, так как связанное с нею сужение в области внутреннего зева может затруднять проникновение сперматозоидов в полость матки; несколько сложнее объяснить влияние ненормально большой длины влагалищной части; вероятно, это зависит от того, что при этих условиях наружный маточный зев отстоит сравнительно далеко от заднего свода влагалища, где скопляется сперма, и это обстоятельство затрудняет сперматозоидам возможность проникнуть в цервикальный канал; подтверждение такому предположению мы с особой наглядностью видим, сопоставляя одни и те же разновидности группы *uterus infantilis* и *uterus hypoplasticus*; так, например, при *retroversio-anteflexio uteri hypoplastici* среди наблюдавшихся мною больных имели в анамнезе беременность 34%, а при *retroversio-anteflexio uteri infantilis* только 18%, далее, при *retroversio-retroflexio uteri hypoplastici* беременность была отмечена в 25%, в то время, как при *retroversio-retroflexio uteri infantilis* она была отмечена только в 7%.

Итак, для устранения бесплодия мы должны, во-первых, облегчить сперматозоидам проходимость через отверстие внутреннего зева и, во-вторых, сделать влагалищную часть матки менее длинной.

Первого мы достигаем тем же приемом, которым мы пользовались для лечения механической дисменореи, т.е. кровавым расширением внутреннего зева по способу Калиновского.

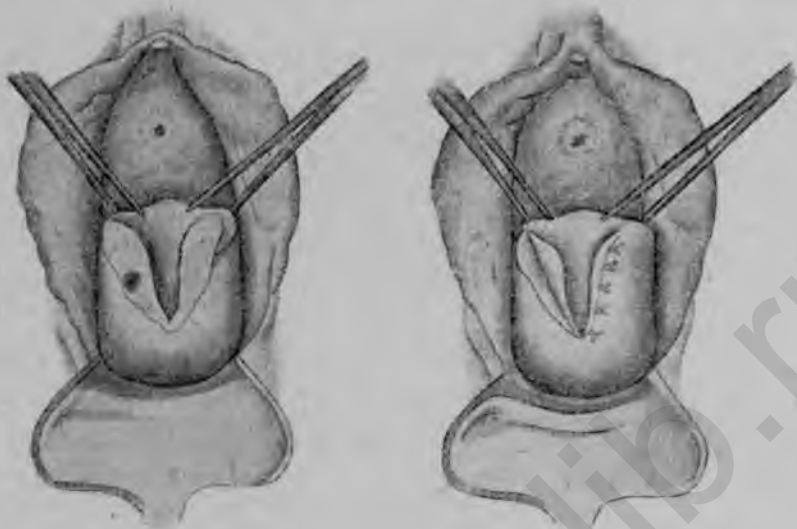
Для достижения второй задачи часто пользуются отсечением определенного участка влагалищной части матки при помощи термокаутера или ножа. Второй способ предпочтительнее, так как не оставляет после себя рубцовых изменений. Состоит он в следующем: сперва производятся два боковых разреза влагалищной части на желаемой высоте, затем от передней и от задней губы влагалищной части отсекаются куски определенной величины таким образом, что основания их имеют форму треугольника, вершиной обращенного кверху; затем края разрезов соединяются тонкими шелковыми или кэтутовыми швами.

Прежде, при удлиненной конической влагалищной части матки не редко производили кровавое расширение цервикального канала, делая по предложению *Simson'a* боковые разрезы шейки; в настоящее время этот способ почти всеми оставлен, так как благодаря такому рассечению влагалищной части образуется выворот слизистой оболочки цервикального канала или *ectropion*, вызывающий катарральное состояние последней, тем более, что этим путем недостаточно облегчается проникновение сперматозоидов в цервикальный канал.

В тех случаях, когда удлинение влагалищной части выражено не особенно сильно, можно ограничиться рассечением задней губы влагалищной части матки, благодаря чему наружный зев приобретает удлиненную в передне-заднем направлении форму, и верхний его край приближается к заднему своду влагалища.

Детали техники этого оперативного вмешательства состоят в том, что после рассечения задней губы влагалищной части по средней линии настолько, что верхний конец разреза немного не доходит до места прикрепления заднего свода к влагалищной части, из каждой половинки задней губы вырезается на месте, соответствующем срединному разрезу, по небольшому треугольному кусочку ткани, благодаря чему облегчается сближение края разреза слизистой оболочки цервикального канала с краем разреза слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть.

Мною этот способ был применен в 80 случаях бесплодия, стоящего в связи с той или иной формой неправильного развития матки, при чем он дал следующие результаты: при различных видах *uterus infantilis* беременность вообще наблюдается только в 10% случаев, а после применения названной операции число беременностей возросло до 17% или на 7% стало больше.



Рассечение задней губы
влагалищной части.

Иссечение треугольных
кусочков ткани и наложение швов.

Рис. 6. *Discisio labii posterioris portionis vaginalis.*

Переходя к лечению нашей больной, мы, для устранения механической дисменорреи и для облегчения наступления беременности, остановимся на кровавом расширении внутреннего зева и рассечении задней губы влагалищной части матки; кроме того, в виду сравнительно молодого возраста больной, имеетс некоторое основание рассчитывать на то, что применение соответствующих мероприятий еще может благоприятно повлиять на дальнейшее развитие матки. Из таких мероприятий вполне показанными должны считаться горячие влагалищные спринцевания с прибавлением морской или крейцнахской соли (доводя температуру постепенно до 38 градусов Реомюра); как уже было упомянуто выше, такие горячие влагалищные орошения должны производиться лежа в постели, при чем кружка должна помещаться не высоко над кроватью, не выше $\frac{1}{2}$ —1 аршина, а жидкости следует брать не менее 6 или 8 стаканов.

Кроме того, следует назначить внутрь препараты яичника в виде *ovarin'a* или *proprova'а*. Эти препараты применяются нами в виде таблеток внутрь по 0,3 или 0,5 три раза в день или в виде капель, по 40 капель 2 раза в день, при чем это средство больная должна принимать в течение нескольких месяцев, делая время от времени небольшие перерывы.

Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici.

Перейдем теперь к истории болезни следующей больной.

Больная Н. К., 26 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она поступила неделю тому назад с жалобами на бесплодие и на бели.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве, в возрасте от 6 до 8 лет, она перенесла корь и скарлатину в тяжелой форме.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году, установились сразу и приходят обычно через четыре недели, продолжаясь 3 или 4 дня, без болей, в умеренном количестве; последние месячные кончились только что.

3. *Начало половой жизни.* Половую жизнь больная начала с семнадцати лет и каких-либо заболеваний половых органов в связи с этим она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Года три тому назад больная начала замечать появление из влагалища выделений, которые оставляют пятна на белье.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме упомянутых заболеваний, перенесенных в детстве, она других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Сколько больная себя помнит, всегда наблюдалась склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочепускание нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная блондинка среднего роста (158 см), правильного телосложения и удовлетворительного питания (вес 56,8 кг.), жировой подкожный слой развит умеренно; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 74—78 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 16—18 в минуту правильного типа, температура держится в пределах 36,5—36,8. При осмотре и ощупывании брюшной области ничего ненормального не обнаружено; грудные железы развиты умеренно; кишечник не вздут, но наполнен каловыми массами.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях развита правильно; большие и малые губы, а также влагалищный вход никаких уклонений от нормы не предста-

вляют. При раздвигании половой щели из влагалища выделяется небольшое количество желтоватых слизисто-гнойных выделений. Влагалище довольно узкое, слизистая оболочка его без особых изменений; передний влагалищный свод слабо выражен, плоский; задний свод глубокий, но узкий. Влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса; наружный зев круглый, смещен кпереди от проводной оси таза; тело матки средней величины, правильной формы; оно отклонено кзади настолько, что ось тела матки совпадает с проводной осью таза; между шейкой и телом матки имеется открытый кпереди угол, по величине, приблизительно, соответствующий нормальному; вывести тело матки кпереди удается не легко. Придатки матки, брюшина и клетчатка таза без заметных изменений. При осмотре зеркалом вокруг наружного зева определяется эрозия в виде красноватого кольца шириною в половину сантиметра; из цервикального канала выступает слизисто-гнойная пробка, с трудом поддающаяся удалению. При измерении зондом длина полости всей матки равняется 5,6 см, при чем длина цервикального канала равна 2,2 см, а длина полости тела матки равна 3,4 см; таким образом, принимая толщину мышечной стенки в области дна матки, равной 1 см, мы получим отношение длины шейки матки к длине ее тела, равное 2,2 : 4,4 или 1 : 2.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Никаких отклонений от нормы нет; суточное количество 1.600—2.000 к. с., удельный вес 1015.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.600.000, количество гемоглобина 82⁰/₁₀₀, показатель окраски 0,9, число лейкоцитов 7.600.

с. Бактериологическое исследование. Бактериологическое исследование выделений из влагалища и цервикального канала обнаружило присутствие представителей нормальной флоры влагалища, гонококка не обнаружено, степень чистоты влагалищного содержимого II; реакция кислая.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Постараемся теперь дать оценку всем данным, полученным нами, как из анамнеза, так и при исследовании больной, и начнем с первого.

Проследив внимательно анамнез в последовательном порядке, мы видим, что в детстве больная перенесла корь и тяжелую скарлатину, которые могли отразиться на состоянии ее половых органов; несмотря на это, половая зрелость наступила на шестнадцатом году и никакими расстройствами со стороны месячных не сопровождалась.

Начало половой жизни, с которым часто бывает связано возникновение гонорройной инфекции, здесь не дает нам никаких на нее указаний; наконец, беременности до сих пор у больной не было, несмотря на 8 лет замужества, так что вместе с этим отпадает возможность целого ряда инфекционных заболеваний полового аппарата, которые бы вают связаны с родами или выкидышем.

Таким образом, мы видим, что анамнез, кроме перенесенных в детстве острых инфекционных заболеваний, не дает нам других указаний на причину возникновения тех жалоб, с которыми больная к нам обратилась, т.-е. на бесплодие и бели.

Перейдем теперь к оценке полученных нами данных при исследовании больной. Результаты общего исследования больной не обнаружили никаких неправильностей в состоянии ее организма, кроме некоторого переполнения кишечника, зависящего от склонности к запо-

рам, которая наблюдалась всегда. При специально гинекологическом исследовании мы можем отметить следующие отклонения от нормы: влагалище несколько уже нормального; передний его свод слабо выражен, плоский; задний свод глубокий, но узкий; матка имеет неправильное положение, так как ее тело отклонено кзади, а влагалищная часть кпереди от проводной оси таза, при чем, однако, угол между шейкой и телом открыт кпереди; другими словами, матка находится в положении ретроверзии и антефлексии; подвижность матки не вполне свободна; при осмотре зеркалом на влагалищной части матки вокруг наружного зева имеется эрозия и, кроме того, из цервикального канала выделяется в небольшом количестве слизисто-гнойный, вязкий секрет.

Что касается лабораторных исследований, произведенных в настоящем случае, то моча и кровь не обнаружили никаких отклонений от нормального состояния, а при исследовании выделений из цервикального канала и влагалища в них найдены только представители нормальной флоры полового аппарата.

Из сказанного мы видим, что в данном случае имеется ряд признаков, указывающих на не вполне правильное и недостаточное развитие половых органов, именно, узость влагалища и форма его сводов; далее, здесь имеется неправильное положение матки, которое в виду явлений недоразвития, только что приведенных, и небольших размеров матки может с известным правом быть признано возникшим в детском возрасте; наконец, наличие эрозии и выделений из цервикального канала говорит за воспалительный процесс или эндоцервицит. Таким образом, анатомический диагноз в этом случае может быть нами формулирован следующим образом:



Рис. 7. Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici.

Retroversio-anteflexio uteri hypoplastici; endocervicitis.

Для того, чтобы установить зависимость между найденными нами анатомическими изменениями в половом аппарате нашей больной и ее жалобами, мы должны выяснить более подробно причину, способ и время возникновения этих изменений, т.-е. мы должны постараться ответить на вопросы: когда, почему и как они образовались.

При решении вопроса о времени возникновения неправильного положения матки мы должны, во-первых, признать, что оно возникло уже после рождения, так как мы уже видели, что врожденными такие отклонения матки быть не могут, во-вторых, мы имеем основание думать, что здесь ретроверзия матки образовалась до наступления срока половой зрелости, так как после этого периода отклонения матки кзади развиваются почти исключительно в связи с родами или выкидышем, как результат недостаточной обратной инволюции матки, у нашей же больной ни того, ни другого в анамнезе нет.

Объяснить себе причину ретроверзии матки у нашей больной мы должны тем, что она связана с известной степенью недоразвития полового аппарата вообще, а последнее, вероятно, зависит от недостаточной секреторной деятельности яичников, так как признаки недоразвития ограничиваются здесь только половым аппаратом.

Допустить здесь недостаточность секреторной деятельности яичников мы имеем известное основание, вспомнив анамнез, где больная нам указывала, что в раннем детстве, когда ей было около семи лет, она перенесла корь и тяжелую скарлатину.

Хотя вопрос о вредном влиянии острых инфекционных заболеваний детского возраста на состояние полового аппарата и в частности яичников изучен еще не достаточно, но, что это влияние существует, не подлежит никакому сомнению, при чем это влияние может проявляться двояким путем: или инфекционное заболевание вызывает общее тяжелое истощение всего организма, а вместе с тем и яичников, нарушая их правильную внутрисекреторную работу, или оно непосредственно дает очаги воспаления в том или ином отделе полового аппарата; так, например, при скарлатине описаны случаи воспаления паренхимы яичника.

Последний вопрос, именно: способ возникновения ретроверзии матки, в данном случае разрешается определенным образом, если мы примем в расчет имеющиеся здесь явления недоразвития в половом аппарате нашей больной вообще.

При исследовании больной мы отметили, что влагалище у нее узкое, что передний влагалищный свод плоский, и что передняя губа влагалищной части матки, благодаря этому, слабо выражена, в то время, как задний свод влагалища глубокий, но узкий. Так как при обращенной к лону влагалищной части матки расстояние между местом прикрепления нижнего края передней стенки влагалища в области влагалищного входа и местом прикрепления ее верхнего края в области переднего свода должно быть меньше, чем при обычных условиях, то при нормальной длине влагалищной стенки должен образоваться избыток ее, и она должна нависать, выпячиваясь несколько из влагалищного входа; однако, при исследовании нашей больной этого мы не нашли, и поэтому мы должны заключить, что длина передней влагалищной стенки здесь меньше обычного. Мы видим, следовательно, что недоразвитие полового аппарата нашей больной в значительной степени отразилось на состоянии влагалища и выразилось в его узости и короткости передней стенки.

Посмотрим, насколько эти отклонения от нормы могли повлиять на положение матки.

Если мы представим себе матку и влагалище девочки в возрасте семи или восьми лет, когда матка успела снова достигнуть той величины, которую она имела к моменту рождения ребенка, и допустим, что к этому времени она будет находиться в состоянии нормальной антеверзии и антефлексии, то, считаясь с особенно интенсивным ростом половых органов в возрасте, близком к периоду наступления половой зрелости, мы найдем, что при неравномерно быстром росте матки и влагалища это должно отразиться на их взаимном расположении. Отстающее в росте влагалище, оставаясь коротким и узким, будет удерживать влагалищную часть матки ближе к лону; благодаря этому, влагалищная часть окажется со временем, в зависимости от прогрессирующего увеличения объема таза, перемещенной из крестцовой

впадины кпереди от проводной оси таза, а тело матки должно будет переместиться кзади от последней; другими словами, получается ретроверзия матки.

Как одно из доказательств того, что ретроверзия матки у нашей больной образовалась в периоде, близком к наступлению половой зрелости, а не в первые годы жизни ребенка, можно привести то обстоятельство, что, несмотря на ретроверзию, матка сохранила свою нормальную антефлексию; это могло оказаться возможным только при том условии, что матка пришла в состояние ретроверзии уже после того, как она успела оправиться от атрофии, совершающейся в ней в первое время после рождения ребенка, и после того, как стенка ее достаточно окрепла; в противном случае, под тяжестью кишечных петель, помещающихся при ретроверзии матки на ее передней поверхности, и под влиянием внутрибрюшного давления должна бы была развиться также и ретрофлексия.

Таким образом, мы должны прийти к заключению, что недоразвитие матки у нашей больной в виде *uterus hypoplasticus* возникло раньше, а разновидность в виде *retroversio-anteflexio* развилась в более поздние годы детского периода.

Постараемся теперь выяснить время, причину и способ возникновения имеющихся в половых органах нашей больной воспалительных изменений, проявившихся в виде эндоцервицита.

Сама больная указывает, что бели появились у нее около трех лет тому назад; следовательно, мы должны отнести начало воспалительного процесса в слизистой оболочке цервикального канала к этому времени.

Причина возникновения эндоцервицита, как известно, может зависеть или от инфекции, проникающей в цервикальный канал извне со стороны влагалища, или от неправильного кровообращения в области таза, вызывающего застойную гиперемия.

Говоря об инфекции, прежде всего имеют в виду гоноррею, но здесь ее не трудно исключить, как на основании отрицательного результата при исследовании выделений на присутствие в них гонококков, так и вследствие отсутствия каких либо объективных данных в половых органах, указывающих на перенесенную гоноррею, например, *massa gonorrhoea*; наконец, и в анамнезе больной нет характерных для гонорреи жалоб на режущие боли при начале мочеиспускания, и появление белей не совпало с началом половой жизни.

Кроме гонококка, инфекционный эндоцервицит может быть вызван целым рядом других микроорганизмов, являющихся случайными обитателями влагалища; однако, для того, чтобы попадающие в цервикальный канал из влагалища микробы могли вызвать здесь воспалительный процесс в слизистой оболочке, необходимы предрасполагающие к этому обстоятельства, как, например, травма во время родов или застойная гиперемия с усиленной трансудацией и изменением кислой реакции влагалищного секрета в нейтральную или щелочную. Что касается клинической картины хронического эндоцервицита инфекционного происхождения, то она едва ли чем отличается от эндоцервицита, являющегося результатом застойной гиперемии. Как там, так и здесь, на первый план выступает появление характерных слизистых или слизисто-гнойных выделений, являющихся результатом гиперсекреции желез слизистой оболочки цервикального канала и содержащих примесь клеток эпителия влагалища, белых кровяных шариков и различных бактерий.

Как видно из анамнеза, мы не находим каких-либо прямых указаний на причину возникновения здесь эндоцервицита. Наличие ретроверзии матки в данном случае не может быть рассматриваема, как причина застойной гиперемии, так как неправильное положение матки образовалось еще в периоде роста организма и полового аппарата, и, таким образом, сосудистая система тазовых органов могла приспособиться к имеющимся условиям; поэтому, нельзя в этом отношении проводить аналогию между ретроверзией, развившейся в детском возрасте, и ретроверзией, образовавшейся в зрелом возрасте женщины, обычно в связи с родами или выкидышем, так как в последнем случае неправильное положение матки развивается быстро, вызывает перегиб широких маточных связок и затруднение оттока венозной крови из матки; при этих условиях застойной гиперемии распространяется на всю матку и проявляется не только гиперсекрецией желез слизистой оболочки тела и шейки матки, но, главным образом, явлениями меноррагии.

В настоящем случае развитие эндоцервицита скорее всего приходится поставить в связь с склонностью к запорам, которая по словам больной наблюдалась постоянно, начиная с детского возраста. Как известно, та или другая форма недоразвития половых органов часто сопровождается недостаточным развитием кишечника, которое проявляется относительно большей длиной кишечного канала и слабостью мускулатуры кишечных стенок. Совокупность этих условий затрудняет правильное передвижение кишечного содержимого, вызывает скопление каловых масс, а это, в свою очередь, нарушает правильное кровообращение, как в кишечнике, так и вообще в тазовой области. Таким образом, мы находим у нашей больной достаточные основания для возникновения застойной гиперемии, постепенно распространившейся и на матку вместе со слизистой оболочкой цервикального канала; набухшая слизистая оболочка теряет свою нормальную сопротивляемость вредному действию находящихся всегда во влагалище и нижних отделах цервикального канала бактерий, и изменения в слизистой оболочке приобретают смешанный характер застойно-инфекционного процесса.

Из сказанного мы видим, что эндоцервицит не стоит здесь в непосредственной связи с неправильностью в развитии и положении матки, но что имеется только косвенная зависимость постольку, поскольку склонность к запорам объясняется имеющимися явлениями недоразвития.

Выяснив сущность найденных нами анатомических изменений в половых органах нашей больной и способ их возникновения, посмотрим, насколько они могут объяснить собою главную жалобу больной на бесплодие.

Вопрос может идти здесь о влиянии, во-первых, данной формы недоразвития матки в виде *uterus hypoplasticus*, во-вторых, неправильного положения матки в виде *retroversio-anteflexio* и в-третьих, воспалительных изменений в виде эндоцервицита.

Что касается значения недоразвития матки при бесплодии, независимо от формы и положения матки, то на основании моих наблюдений эта жалоба наблюдается в среднем в 84% всех случаев, при чем *uterus hypoplasticus* дает 78%, а *uterus infatilis* 89%. Таким образом, уже наличие недоразвития матки сама по себе в достаточной степени могла объяснить жалобу больной на бесплодие.

Посмотрим далее, насколько здесь играет роль неправильное положение матки. Сравнивая между собою различные разновидности *uterus hypoplasticus* оказывается, что по полученным мною данным *retroversio-anteflexio uteri hypoplastici*, имеющаяся у нашей больной, дает наименьшее количество случаев бесплодия, т. е. 66%, и, следовательно, приходится притти к заключению, что данная неправильность положения матки большого значения не имеет.

Наконец, не может вызывать сомнения, что эндоцервицит в большей или меньшей степени затрудняет возможность зачатия, так как сперматозоиды должны преодолевать большие трудности, проникая в цервикальный канал при гиперсекреции желез его слизистой оболочки.

Теперь, зная зависимость бесплодия у нашей больной от той или иной неправильности в состоянии ее полового аппарата, мы получаем возможность установить предсказание и наметить план лечения.

Предсказание в данном случае не может считаться благоприятным, так как мы можем устранить только одну, менее серьезную причину, затрудняющую наступление зачатия, именно эндоцервицит, в то время, как главная причина, т. е. недоразвитие матки, в возрасте нашей больной устранено быть не может. Однако, надо иметь в виду, что, оценивая предсказание при бесплодии, мы всегда должны помнить значение в этом вопросе состояния мужа, поэтому обязательно должно быть произведено исследование его спермы на содержание сперматозоидов и их подвижности.

Переходя к лечению нашей больной, мы начнем с устранения эндоцервицита. Для этого нам, во-первых, необходимо привести в порядок кровообращение в тазовой области; а так как застойная гиперемия здесь зависела от хронических запоров, то нам прежде всего с ними и придется бороться. Для того, чтобы урегулировать работу кишечника, следует назначить соответственную диету, при чем здесь приходится считаться с индивидуальными особенностями каждого случая, а не придерживаться определенного шаблона, т. к. в одном случае удается получить прекрасные результаты от назначения молока и молочных блюд, в другом случае, наоборот, хорошую услугу дает тяжелая пища в виде черного хлеба, гречневой каши, капуста и т. д.; нередко хорошее действие оказывает стакан прохладной кипяченой воды, выпиваемый ежедневно утром натощак. Если названных мероприятий недостаточно, то приходится прибегать к назначению легких слабительных, тонизирующих кишечник, в виде препаратов *cascaга sagrada* и подобных, или назначать систематически клизмы.

Чтобы устранить явления застойной гиперемии, можно рекомендовать тепловатые солено-хвойные ванны, температурою в 28—29 градусов, продолжительностью в 10—15 минут, раза два или три в неделю; кроме того, следует назначить легкую гимнастику для мышц передней брюшной стенки и области таза.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке цервикального канала легче всего могут быть устранены посредством смазывания цервикального канала два или три раза в неделю 5% раствором *argenti nitrici* при помощи зонда Плейфера. Для устранения слизисто-гнойных выделений назначаются ежедневные влагалищные спринцевания в 28—30 градусов с прибавлением каких-либо легких дезинфицирующих средств или соды.

Перечисленными мероприятиями и ограничится лечение в данном случае, т. к. мы уже отметили, что недоразвитие матки в возрасте нашей больной не может быть устранено, а неправильное положение матки не влияет на возможность зачатия и потому не требует лечения.

Однако, касаясь вопроса о том, следует ли здесь исправлять положение матки, мы сталкиваемся с принципиальным вопросом, требует ли всякая ретроверзия матки исправления или нет. Хотя на этот счет сейчас еще нет полного единства взглядов, однако, мы присоединяемся к мнению, разделяемому большинством и сводящемуся к тому, что ретроверзии матки, развившиеся после того, как женщина достигла зрелого возраста, обязательно требуют исправления, в то время, как ретроверзии матки, образовавшиеся в детском возрасте, требуют исправления только в исключительных случаях, когда к тому есть специальные показания.

Эта точка зрения оправдывается тем, что в первом случае ретроверзия матки вызывает перегиб широких маточных связок, благодаря чему затрудняется свободный отток венозной крови из матки; во втором же случае положение широких связок принимает определенное положение одновременно с положением матки, вследствие чего и расположенные в связках сосуды постепенно приспособляются к данным условиям.

Retroversio-retroflexio uteri infantilis.

История болезни третьей больной, относящейся к этой же группе, такова:

Больная Р. Н., 32 л., девица, учительница, урож. Ленинграда, русская.

В клинику она поступила около недели тому назад с жалобами на боли в крестце, усиливающиеся перед месячными, на неправильные месячные и на бели.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве больная перенесла дифтерит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году и затем, после перерыва в полгода, стали приходить каждые четыре недели, продолжаясь по четыре дня не обильно и без болей; с двадцати трех лет тип месячных постепенно изменился, они стали приходить через три недели, а иногда и чаще, сделались обильнее и продолжительнее, затягиваясь на шесть и даже восемь дней, за последние пять лет появились боли перед месячными и во время них, отдающие главным образом в крестце; последние месячные кончились неделю тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная вовсе не жила.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было упомянуто, с двадцати-трехлетнего возраста больная отмечает изменения со стороны месячных в виде дисменорреи и меноррагии; одновременно появились также бели, усиливающиеся перед месячными.

6. *Болела ли чем-нибудь раньше?* Кроме перенесенных в детстве кори и дифтерита других заболеваний больная не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Наблюдается постоянная склонность к запорам, которые усиливаются перед месячными.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Уклонений от нормы нет.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная темная шатенка, выше среднего роста (162 см), умеренного питания (вес 58 кг); кожные покровы и слизистые оболочки бледны; подкожный жировой слой развит слабо; грудные железы небольшие, дряблые; грудная клетка длинная, узкая и плоская; эпигастральный угол острый; ребра легко можно пересчитать, десятое ребро свободное, шея длинная, плечи как бы свисают, лопатки расположены крыловидно; позвоночник в верхнем отделе слегка кифотически искривлен, в поясничном отделе лордоз выражен слабо; наклонение таза 52 гр.; конечности со слабо развитой мускулатурой; стопа плоская; брюшные органы имеют склонность к опущению; пульс 76 ударов в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 16 в минуту, дыхание грудного типа; температура в пределах от 36,2 до 36,5.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на половых частях развита правильно; большие губы выражены слабо, малые губы выступают из за них; при раздвигании половой щели влагалищный вход узкий; окраска слизистой оболочки его бледна и слегка цианотична; девственная плева едва пропускает конец мизинца; из влагалища выделяются в умеренном количестве жидкие желтоватые бели. Внутреннее исследование приходится производить через прямую кишку, при чем удается определить несколько удлиненную плотную влагалищную часть матки с наружным зевом, направленным по проводной оси таза; тело матки резко отклонено кзади и образует с шейкой открытый кзади угол; оно несколько плотнее обычного и болезненно при давлении; величина его немного больше нормальной; вывести матку из ее неправильного положения не удастся. Придатки не определяются. В клетчатке и брюшине таза каких либо изменений нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.* Суточное количество 1800—2200 к.см, удельный вес 1017; реакция слабо кислая; никаких патологических форменных или химических элементов не обнаружено.

б. *Исследование крови.* Число эритроцитов равно 4.200.000, количество гемоглобина равняется 64%; показатель окраски 0,74; число лейкоцитов 7800.

с. *Бактериологическое исследование.* Бактериологическое исследование выделений из влагалища обнаружило присутствие представителей обычной флоры влагалища, с преобладанием кокков; степень чистоты влагалищного содержимого III; реакция слабо кислая.

д. *Биологические реакции.* Таковых произведено не было. Нам предстоит теперь дать оценку всем данным, полученным как из анамнеза, так и при исследовании больной.

Начнем с анамнеза и проследим его внимательно в последовательном порядке.

Останавливаясь на его первом этапе или периоде детского возраста, мы видим, что больная перенесла дифтерит, но, повидимому, это не отразилось на развитии и состоянии полового аппарата, так как половая зрелость наступила своевременно, и месячные в первые годы имели правильный тип и характер. Таким образом, мы можем признать, что к моменту наступления половой зрелости воспалительных изменений в половых органах не было. Что же касается вопроса о состоянии полового аппарата в смысле его развития, то мы можем исключить с известной вероятностью только те формы неправильного развития его, которые так или иначе отражаются на типе и характере месячных, вызывая появление дисменорреи и олиго- или аменорреи,—как, например, гиперантефлексия матки или резкое ее недоразвитие.

Отсутствие половой жизни, а, следовательно, и беременности, в значительной степени исключает вероятность инфекции, по крайней мере некоторыми видами микроорганизмов, именно гонококками и гноеродными микробами, так как заражение гонорреей обычно связано с половой жизнью, а стрептококковая или стафилококковая инфекция чаще всего бывает связана с родами или выкидышем.

Приведенные данные заставляют нас признать, что анамнез в этом случае не позволяет нам в достаточной степени выяснить причину болезненного состояния больной.

Посмотрим, насколько в этом отношении нам могут помочь те данные, которые нами получены при исследовании больной.

Результаты общего исследования сводятся к некоторым признакам малокровия, проявляющимся в бледности кожных покровов и слизистых оболочек; это подтверждается также при исследовании крови, обнаружившем довольно значительное уменьшение количества гемоглобина до 64% при показателе окраски, равном 0,74, в то время, как число эритроцитов уменьшено незначительно и равняется 4.200.000; таким образом, в данном случае мы можем признать наличие малокровия в виде „oligochromaemia“.

Кроме того, общий вид больной, форма грудной клетки и позвоночника, наличие плоской стопы и подвижного десятого ребра дают нам в данном случае яркую картину женщины астенического типа без резких признаков недоразвития в половом аппарате, при чем имеющиеся в нем неправильности сводятся к следующему: при гинекологическом исследовании мы, во-первых, должны отметить неправильную форму и положение матки; как нами было указано, тело матки образует с шейкой открытый кзади угол, и, следовательно, мы имеем здесь ретрофлексию матки; кроме того, тело матки оказывается резко отклоненным кзади, в то время, как влагалищная часть матки располагается так, что наружный зев направлен по проводной оси таза, другими словами, матка помимо ретрофлексии находится также в состоянии ретроверзии; наконец, влагалищная часть матки несколько удлинена; во-вторых, мы обратили внимание на то, что консистенция, как шейки, так и тела матки несколько плотнее нормы, при чем последнее кроме того болезненно при ощупывании и немного увеличено; в-третьих, при осмотре наружных половых частей и влагалищного входа определяется недостаточное развитие больших губ не прикрывающих собою малые губы, а также синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа; в-четвертых, наконец, при раздвижении половой щели из влагалища выделяются в умеренном количестве жидкие желтоватые бели, которые при бактериологическом исследовании обнаружили только присутствие представителей обычной флоры влагалища с преобладанием кокков.



Рис. 8. Retroversio-retroflexio uteri infantilis.

Кроме упомянутых уже лабораторных исследований крови и влагалищных выделений было произведено исследование мочи, которое не обнаружило ничего ненормального.

Подводя итоги только что приведенным нами данным как общего, так и специально гинекологического исследования, мы прежде всего должны констатировать, что имеем в настоящем случае болную резко выраженного астенического типа, при чем найденные в половом аппарате неправильности могут быть распределены на две группы. К первой относится отности неправильности в форме и положении матки, которые скорее всего надо рассматривать, как проявление того же астенического состояния, выражающегося в недостаточном тоне свя-

зочного аппарата матки и ее мышечной стенки, что и повело к возникновению ретроверзии-ретрофлексии матки; ко второй группе следует отнести ненормальную плотность тела и шейки матки, увеличение и болезненность тела матки и, наконец, выделения из влагалища, при чем все эти признаки должны рассматриваться, как следствие хронического воспалительного процесса.

Таким образом, мы можем наш гинекологический диагноз в данном случае формулировать следующим образом:

Retroversio-retroflexio uteri infantilis; metro-endometritis chronica.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы выяснить сущность найденных в половых органах больной изменений, определить время, причину и способ их возникновения и установить зависимость между найденными анатомическими изменениями и жалобами больной, которые заключаются в болях в крестце, неправильных месячных и белях.

Остановимся сперва на неправильной форме и положении матки. Что касается вопроса о том, когда здесь образовалась ретроверзия-ретрофлексия матки, то так же, как и в двух предыдущих случаях, мы должны признать на основании тех же соображений, что неправильное положение и форма матки у этой больной образовались в промежуток времени от ее рождения до момента наступления половой зрелости. Причину и способ их образования можно рисовать себе следующим образом: учитывая физиологическую способность матки изменять свое положение по отношению к проводной оси таза в зависимости от наполнения мочевого пузыря и прямой кишки, которое заставляет тело матки отклоняться кзади, а шейку отклоняться кпереди, не трудно себе представить, что такое изменение положения матки не может остаться без последствий, если оно будет повторяться часто в продолжение долгого времени. Благодаря отклонению матки кзади, затрудняется свободный отток венозной крови по широким связкам, и мышечная стенка матки приходит в состояние застойной гиперемии, теряя свою упругость. Если же принять в соображение, что это происходит в детском возрасте, когда мышечная стенка матки вообще еще не успела достаточно окрепнуть, то даже небольшое повышение внутрибрюшного давления легко может вызвать образование перегиба матки кзади, и она из состояния ретроверзии легко перейдет в ретроверзию-ретрофлексию, особенно, если, как в нашем случае, имеется понижение тонуса связочного аппарата и мышечной стенки матки.

При этом естественно возникает вопрос, могут ли приведенные выше условия вызвать образование в детском возрасте ретроверзии-ретрофлексии матки при нормальном ходе развития матки, или здесь необходима наличность явлений недоразвития. Вероятно, уже одной застойной гиперемии будет достаточно, чтобы образовалась ретрофлексия матки так, как нам это приходится наблюдать при образовании ретрофлексии матки у взрослой женщины в послеродовом периоде; следовательно, явления недоразвития матки, понижающие упругость мышечной стенки матки, будут служить только обстоятельством, способствующим и предрасполагающим к возникновению ретрофлексии, а поэтому и у нашей больной мы должны рассматривать явления недоразвития полового аппарата тоже, как обстоятельство, благоприятствующее образованию ретрофлексии матки, но не безусловно необходимое.

Итак, если наши рассуждения о способе возникновения в данном случае ретроверзии-ретрофлексии правильны, то мы должны доказать, что в детском возрасте нашей больной действительно имелось

неправильное опорожнение кишечника и мочевого пузыря. Что касается первого, то мы имеем в анамнезе прямые указания на постоянную наклонность к запорам; допустить же у нашей больной неправильное опорожнение мочевого пузыря нам позволяют следующие соображения: как видно из расспроса больной, она учительница, следовательно, в детском возрасте посещала сама школу и, конечно, как и всякий ребенок, не понимая вредного влияния задержки мочи, из ложной стыдливости или просто по небрежности не мочилась во время пребывания в школе, а опорожняла мочевой пузырь перед уходом в школу или по возвращении домой. Если к этому прибавить вредное влияние длительного неподвижного сидения в классе, то, мне кажется, причин для появления застойной гиперемии в области таза более чем достаточно, а эта последняя, понижая тонус мышечной стенки матки, является главной причиной образования ретрофлексии.

Мы выяснили себе время, причину и способ развития у нашей больной неправильного положения и формы матки, и нам остается доказать причинную связь между этими неправильностями и жалобами больной.

Как мы видели из анамнеза, больная обратилась в клинику с жалобами на боли в крестце, усиливающиеся перед месячными, на неправильности месячных, состоящие в том, что последние стали обильнее и продолжительнее, и промежутки между ними сократились, и, наконец, на бели, тоже усиливающиеся перед месячными. Все эти неправильности обнаружилось около десяти лет тому назад, приблизительно на двадцать-третьем году, при чем они развивались постепенно.

В том случае, если бы приведенные жалобы зависели только от ретроверзии-ретрофлексии матки, они должны были бы обнаружиться в связи с наступлением половой зрелости вместе с первым появлением месячных, так как неправильное положение и форма матки в это время уже были налицо.

Однако, неправильности со стороны месячных появились только на двадцать-третьем году, а боли в крестце и бели появились еще позднее; поэтому, если мы хотим установить зависимость между жалобами больной и положением и формой матки, то мы должны найти то недостающее звено, которое связывало бы то и другое.

Найти его будет не так трудно, если мы припомним, что при исследовании больной мы определили ненормальную плотность тела и шейки матки, болезненность при ощупывании тела матки и некоторое его увеличение.

Как мы уже решили, эти данные скорее всего говорят за воспалительный процесс, который здесь, в виду полного отсутствия каких либо указаний на инфекцию, мы должны объяснить себе, как результат длительной застойной гиперемии. Началась эта гиперемия еще в детском возрасте под влиянием сидячего образа жизни сначала в классе в качестве ученицы, теперь же она поддерживается теми же условиями благодаря профессии больной в качестве учительницы. Постепенно, шаг за шагом это постоянное переполнение тазовых органов кровью должно было вызвать анатомические изменения в тканях матки и рано или поздно проявиться определенными симптомами.

Происходящие при этих условиях изменения в мышечной стенке матки сводятся к ее серозному пропитыванию и мелкоклеточной инфильтрации форменными элементами крови с образованием сперва молодой, а затем и более плотной рубцовой соединительной ткани, по-

степенно вытесняющей и заменяющей собою мышечные волокна. Так как названные изменения в подобных случаях совершаются очень медленно в течение многих лет, то у нашей больной, конечно, не удалось бы подметить резких колебаний в консистенции и величине матки, которые наблюдаются при более быстром течении метрита и состоят в том, что сперва матка становится мягче и больше, затем, оставаясь увеличенной, она делается плотной и, наконец, плотность матки прогрессирует, а величина уменьшается. Мы при исследовании больной нашли, что матка плотнее и больше нормы; таким образом, метрит находится здесь во второй стадии развития.

Этими же изменениями в матке мы должны объяснить себе болезненность при ее ощупывании и тянущие, тупые боли в крестце, так как они являются результатом гиперэстезии в сети нервных волокон брюшины, покрывающей матку, а отсюда передаются на нервные сплетения таза.

На ряду с изменениями в мышечной стенке матки неизбежно должны идти и изменения в ее слизистой оболочке; заключаться они будут, с одной стороны, в нарушении состояния и секреторной деятельности желез, а с другой стороны, в перерождении межжелезистой ткани.

В прежнее время при диагностике железистого эндометрита неправильно оценивались изменения в количестве, форме и величине желез и им придавалось слишком большое значение; сейчас, благодаря исследованиям Hirschmann'a и Adler'a, установившим циклическое изменение в железах слизистой оболочки матки в связи с колебаниями менструальной волны, к ним относятся с большей осторожностью, считаясь при оценке микроскопической картины с тем, в какой фазе менструального цикла получены объекты для исследования. Но нельзя отрицать, что под влиянием длительной застойной гиперемии и связанного с нею серозного пропитывания тканей увеличивается количество продуцируемого железами секрета, а вместе с тем развивается не только гипертрофия, но, вероятно, и гиперплазия желез.

В межжелезистой ткани слизистой оболочки матки застойные явления сказываются в мелкоячеистой инфильтрации плазматическими и круглоклеточными элементами с расширением и развитием капиллярной сети сосудов, что приводит к утолщению слизистой оболочки и отражается на месячных, делая их более частыми, продолжительными и обильными.

Таким образом, мы можем считать установленную связь между жалобами больной и анатомическими изменениями в ее половом аппарате, при чем она развивалась в следующем порядке: сперва под влиянием указанных выше причин образовалась ретроверзия-ретрофлексия матки, далее вследствие застойной гиперемии, вызванной негигиеничным образом жизни, развился воспалительный процесс в матке в виде метро-эндометрита, при чем последний имеет смешанный железисто-интерстициальный характер и клинически может быть определен, как катарально-геморрагический эндометрит.

Теперь нам остается только установить предсказание и наметить план лечения нашей больной.

Хотя мы здесь имеем возможность устранить неправильную верзию и флексию матки, а также удалить причины застойной гиперемии в половом аппарате, тем не менее предсказание будет неблагоприятно, так как причины, вызвавшие развитие метро-эндометрита, действовали слишком продолжительное время, и изменения в тканях настолько глубоки и стойки, что едва ли можно рассчитывать на полное их исчез-

новение. Таким образом нам придется довольствоваться только некоторым улучшением в состоянии здоровья больной.

Достигнуть последнего мы можем следующим образом: прежде всего надо начать с исправления положения и флексии матки; для этого у женщины, жившей половой жизнью, можно воспользоваться гинекологическим массажем, приподнимая матку пальцами, введенными во влагалище, и наклоняя тело матки кпереди рукой со стороны передней брюшной стенки; после того как матка выведена и поставлена в положение правильной антеверзии и антефлексии, ее стараются удерживать в таком состоянии при помощи кольца Годже, вставляемого во влагалище; однако, надо иметь в виду, что при ретроверзии-ретрофлексии, развившейся в детском возрасте, этот способ лечения не надежен, так как связочный аппарат матки развит неправильно, и матка легко снова принимает неправильное положение, а иногда ее трудно или даже невозможно вывести из неправильного положения.

Более верные результаты дает оперативное лечение, которое состоит в укорочении круглых маточных связок тем или иным путем. Для достижения этой цели предложено несколько способов; первый способ Alexander-Adams'a заключается в том, что с обеих сторон вскрываются паховые каналы в верхней трети соответственно внутренним отверстиям паховых каналов, после разреза брюшины внутрибрюшные отделы

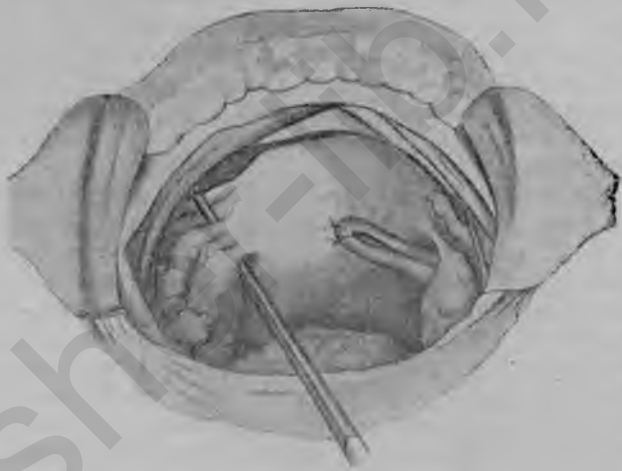


Рис. 9. Укорочение круглых связок по Dartigues-Webster'y.

круглых связок извлекаются наружу и в виде дубликатуры укрепляются внебрюшинно в паховых каналах, и над ними зашиваются разрезанные мышцы и кожа; второй способ Menge состоит в том, что после вскрытия брюшной полости через переднюю брюшную стенку или через передний свод влагалища круглые связки, в виде петель, прикрепляются к передней поверхности матки, и брюшная полость закрывается наглухо; третий способ Dartigues-Webster'a отличается от предыдущего тем, что круглые связки проводятся через сделанные в широких связках отверстия на заднюю поверхность матки и здесь укрепляются в области тела матки.

При выборе оперативного способа лечения у нашей больной предпочтение следует отдать приему Dartigues-Webster'a, так как при нем брюшная полость лучше доступна осмотру глазом, чем при способе Alexander-Adams'a, а это особенно ценно в данном случае при недостаточном детальном исследовании больной через прямую кишку; перед способом Menge выбранный нами прием тоже заслуживает предпочтения, так как он дает возможность придать матке более значительную степень антеверзии.

Придав матке нормальную антеверзию и антефлексию, мы должны устранить причины застойной гиперемии, другими словами,

исправить работу кишечника и посоветовать больной изменить ее образ жизни.

Что касается первого, то мы можем для этой цели воспользоваться соответствующей диетой и назначением легких слабительных в виде, например, препаратов *cascara sagrada*, ревеня и других средств, не вызывающих гиперемии кишек.

Изменение образа жизни больной должно состоять в оставлении продолжительного сидения и в назначении моциона на свежем воздухе; если же это, по условиям ее жизни, невозможно, то следует назначить гимнастику для мышц тазового дна и нижних конечностей без напряжения брюшного пресса.

Наконец, нам остается позаботиться об устранении явлений метроэндометрита. Так как сущность анатомических изменений при этом заболевании, главным образом, состоит в разрастании соединительной ткани, то мы, конечно, не можем рассчитывать на замену ее снова мышечными элементами под влиянием лечения; поэтому все, что мы можем здесь достигнуть, будет ограничиваться только прекращением дальнейшего разрастания соединительной ткани. Для этого мы прежде всего должны улучшить кровообращение в области таза и в частности в матке, что мы до известной степени можем достигнуть назначением теплых ванн, горячих влагалищных спринцеваний и вибрационного массажа.

Ванны температурою в 29 и 30 градусов Реомюра назначаются два или три раза в неделю продолжительностью в 10—20 минут, при чем к воде примешивается 4 или 5 фунтов морской соли и одна рюмка соснового экстракта. Горячие влагалищные спринцевания начинают с температуры в 32 градуса и, повышая ее ежедневно на градус, доводят до 38 градусов, более высокая температура воды плохо переносится, и тогда приходится пользоваться прибором Пинкуса, защищающим кожу наружных половых частей от соприкосновения с жидкостью; для достижения энергичного рефлекторного сокращения мышечной стенки матки следует брать небольшое количество воды, около трех или четырех стаканов, помещать кружку высоко и пускать сильную струю. Вибрационный массаж производится специальным инструментом, вводимым во влагалище и приводимым в движение посредством электрического тока.

Для сокращения сосудов и уменьшения кровонаполнения матки можно также пользоваться лекарственными препаратами, назначаемыми внутрь в виде *extract. fluid. secalis cornuti*, *extract. fluid. hydrastis canadensis*, *extract. fluid. viburni prunifolii*, *extract. fluid. ustilag. maidis* и др.

С целью специального воздействия на слизистую оболочку матки можно произвести выскабливание полости матки, хотя надо иметь в виду, что результат от этого вмешательства будет только временный, так как нельзя рассчитывать, чтобы при одновременном существовании метрита вновь образованная слизистая оболочка надолго могла сохранить нормальный характер; поэтому, в таких случаях предпочтения заслуживает систематическое впрыскивание в полость матки *t-rae jodi*, при чем для того, чтобы избежать неприятных осложнений, связанных с возможным попаданием иода в трубы, следует наконечник шприца Брауна обматывать тонким слоем ваты; такие впрыскивания производятся 2 или 3 раза в неделю в общей сложности в количестве от 10 до 20.

Uterus hypoplasticus simplex.

История болезни последней больной, которой мы позволим себе иллюстрировать данную группу заболеваний, такова:

Больная А. П., 20 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на боли при сношении и на отсутствие месячных в течение одиннадцати месяцев.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная была хилым, болезненным ребенком, при чем, сколько она себя помнит и знает со слов родителей, ходить и говорить она начала сравнительно поздно; во время учения в школе неоднократно болела острыми инфекционными болезнями, характера которых она не знает; учение ей давалось очень трудно, и она не довела его до намеченного конца.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Месячные первый раз появились на восемнадцатом году, были очень скудны; затем они снова пришли через несколько месяцев и появлялись всего раза три или четыре с промежутками в несколько месяцев, при чем последний раз они были одиннадцать месяцев тому назад, приходили они всегда в очень скудном количестве и продолжались один или два дня, но были безболезненны.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась недель шесть тому назад, но за это время были всего три или четыре половых сношения, так как больная их избегает в виду сильной болезненности; ни рези при мочеиспускании, ни белей в связи с началом половой жизни она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Беременности не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Считает себя больной с детства, так как всегда страдала склонностью к головным болям и легкой утомляемостью от всякой физической работы, но так как одною из главных жалоб больной является болезненность при сношении, то она связывает свое заболевание отчасти с началом половой жизни.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме уже упомянутых инфекционных заболеваний в детстве, других она не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Больная отмечает склонность к постоянным запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочеиспускание нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста (152 см); по наружному виду она кажется моложе своих лет и производит впечатление девочки 15 или 16 лет; телосложение правильное, но слабое; питание удовлетворительное (вес 51 кг); кожа и доступные глазу слизистые оболочки бледны; жировой подкожный слой и мускулатура развиты слабо; со стороны строение головы и шеи особых отклонений от нормы нет, только твердое небо несколько глубже и уже,

чем обычно; грудная клетка воронкообразной формы; грудные железы выражены крайне слабо; таз обще-равномерно суженный; внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 76—80 ударов в минуту, ровный, но мягковатый; число дыханий 16—18 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах 36,4—36,8; при осмотре и ощупывании брюшной области живот несколько вздут, но мягкий и безболезненный.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на наружных половых частях и в подмышковых впадинах развита очень слабо; большие губы бедны жиром и не замыкают половой щели, малые губы тоже развиты слабо и в области задней спайки переходят в резко выраженную *raphe medialis* промежности, которая ниже нормальной; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледна, ладьевидная ямка глубокая; на девственной плеве, которая выражена слабо, имеются следы надрывов. При внутреннем исследовании оказывается, что влагалище узкое и короткое; *placae rugatum* выражены резко; влагалищная часть небольшая, имеет форму короткого, тупого конуса; влагалищные своды выражены слабо; матка меньше средней величины, находится в нормальной антеверзии и антефлексии, подвижность ее нормальна; придатки не определяются; клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают. При измерении полости матки зондом длина ее равна 5 $\frac{1}{2}$ см, при чем 2 см приходится на длину цервикального канала и 3 $\frac{1}{2}$ см на длину полости тела матки.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи. Суточное количество 1400—1700 к. см; удельный вес 1017; никаких химических или морфологических патологических элементов моча не содержит.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.200.000; количество гемоглобина 62%; показатель окраски 7,5; число лейкоцитов равно 7.400; лейкоцитарная формула уклонений от нормы не представляет.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого I, реакция кислая.

д. Биологические реакции. Реакция Wassermann'a дала отрицательный результат; реакция Pirquet получилась положительная.

Перейдем теперь к оценке тех данных, которые мы получили как из анамнеза, так и при объективном исследовании больной.

Просматривая анамнез в последовательном порядке, мы должны отметить следующее: в детстве наша больная была болезненным, хилым ребенком, развивалась медленно и неоднократно болела острыми инфекционными заболеваниями; период половой зрелости наступил поздно, на восемнадцатом году, при чем месячные появлялись с большими промежутками в несколько месяцев, были всегда очень скудны и в общей сложности за два года пришли всего три или четыре раза.

Эти указания больной позволяют нам сделать предположение, что параллельно с общим медленным развитием всего организма шло и недостаточное развитие полового аппарата.

Подтверждение этому предположению мы находим и в результате объективного исследования больной. Во первых, мы имеем целый ряд данных, доказывающих недоразвитие всего организма; именно, твердое небо узкое и глубокое; грудная клетка воронкообразной формы; грудные железы выражены крайне слабо; таз равномерно-обще суженный; волосистость на половых частях и в подмышковых впадинах плохо

развита; наконец, по наружному виду больная кажется моложе своих лет и производит впечатление девочки 15 или 16 лет.

Вся совокупность этих недочетов в развитии говорит за то, что мы имеем здесь дело с таким состоянием, которое представляет собою определенный конституциональный тип, называемый инфантилизмом, где признаки недоразвития организма проявляются безотносительно к полу данного субъекта.

Что касается нашей больной, то у нее кроме проявлений общего инфантилизма имеются также признаки недоразвития полового аппарата; именно, большие и малые губы развиты слабо, промежность низкая, на ней резко выражена *tharpe medialis*, ладьевидная ямка глубокая, влагалище узкое и короткое с сильно выраженными *pliscae rugarum*; матка меньше нормальной величины, но отношение длины шейки к длине тела, равное 1:2, отвечает таковому у нормально развитой матки, при чем последняя имеет правильную *anteflexio-anteversio*.

Таким образом, на основании приведенных данных, мы должны в этом случае наш диагноз формулировать так:

Infantilismus, hypoplasia genitalium, uterus hypoplasticus simplex.

Остановившись на этом диагнозе, мы прежде всего должны убедиться в том, насколько им исчерпываются жалобы больной и имеющиеся здесь вообще проявления болезни.

Больная обратилась к нам по поводу болей при сношении и отсутствия месячных в течение одиннадцати месяцев.

Первая ее жалоба, носящая специальное название *dyspareunia*, вполне поддается объяснению, так как может зависеть от ненормальной узости и короткости влагалища.

Что касается второй жалобы на отсутствие месячных, носящей название *amenorrhoea*, то, насколько нам известно, она встречается особенно часто, даже почти исключительно, при *uterus hypoplasticus*, т. е. при той форме недоразвития матки, какую мы имеем у нашей больной; по моим наблюдениям она встречается при этих условиях в 2%—21% случаев, в то время, как при *uterus infantilis* и ее разновидностях эта жалоба совсем не имела места.

Мы видим, таким образом, что наш диагноз вполне объясняет собою имеющиеся жалобы больной, и нам остается только перейти к выбору соответствующего лечения и установить предсказание.

Эта задача значительно труднее, и для того, чтобы с ней справиться, мы должны, во-первых, уяснить себе сущность имеющихся в половом аппарате нашей больной анатомических изменений, а во-вторых, уяснить себе время и способ их возникновения.

При исследовании нашей больной мы нашли у нее целый ряд признаков недоразвития половых органов, при чем наибольший прак-



Рис. 10. *Uterus hypoplasticus simplex.*

тический интерес представляют изменения со стороны матки, так как с ними связаны обычно, как нарушения со стороны месячных, так и неспособность к зачатию и деторождению.

Имеющуюся здесь форму недоразвития матки мы признали за *uterus hypoplasticus*, которая характеризуется тем, что при общем уменьшении величины всей матки отношение длины ее шейки к длине тела равно 1 : 2, т. е. такое же, как у вполне развитой матки.

Так как в основу нашего отношения ко всем формам недоразвития матки мы положили тот взгляд, что они являются не врожденными пороками, а возникают в детском возрасте, то мы должны признать, что причиной служит недостаточная секреторная деятельность яичников ребенка, независимо от того, имеется ли изолированная недостаточность работы яичников, или она является только одним из проявлений общего недоразвития всего организма.

Однако, в виду того, что в течение детского возраста, продолжающегося с первых дней жизни ребенка до наступления половой зрелости, т. е. около 15 или 16 лет, интенсивность секреторной деятельности яичников и при нормальных условиях далеко не одинакова в различные годы жизни ребенка, то естественно, что и протективное влияние яичников на развитие матки в различные периоды детства будет не одинаково. Так, мы знаем, что с возрастом ребенка внутренняя секреция яичников нарастает сперва медленно, а затем все быстрее и энергичнее в зависимости от тех процессов, которые совершаются в паренхиме яичников, в его фолликулах. Поэтому и изменения в матке ребенка, выражающиеся в ее увеличении или росте, не имеют равномерного характера; например, в течение первых двух лет секреторная деятельность яичников даже недостаточна для того, чтобы установить инволюцию матки, и только, начиная с четвертого года жизни, матка начинает медленно увеличиваться, едва достигая к десяти годам своей первоначальной величины, а затем уже рост ее идет сравнительно быстро.

На основании только что сказанного, мы должны думать, что различные неправильности в развитии детской матки возникают в разные периоды жизни ребенка. Возьмем для сравнения *uterus hypoplasticus* и *uterus infantilis*. Под первой формой, как уже было сказано, мы понимаем уменьшение всего размера матки, но при условии, что длина ее шейки к длине тела относится, как 1 : 2; под второй формой мы подразумеваем тоже уменьшение величины всей матки, при чем, однако, отношение длины ее шейки к длине тела будет другое, именно, оно равняется 1 : 1 или даже 2 : 1, т. е. приблизительно такое же, как у новорожденной девочки. (Рис. 11).

Это различие мы можем объяснить себе только тем, что остановка роста детской матки произошла в разные периоды жизни ребенка. Так как приблизительно до десятилетнего возраста отношение между длиной шейки и телом матки остается таким же, каким оно было у новорожденной девочки, и только с десяти лет длина тела матки начинает преобладать над длиной ее шейки, то мы должны считать, что *uterus infantilis* возникает вследствие нарушения правильного роста матки в возрасте после десяти лет, а *uterus hypoplasticus* возникает вследствие нарушения правильного роста матки в возрасте моложе десяти лет и, вероятно, зависит от чрезмерной инволюции матки в первые годы жизни ребенка.

Мы, следовательно, должны отнести форму неправильного развития матки у нашей больной по времени ее возникновения к возрасту моложе десяти лет и здесь искать причину.

Так как в нашем случае, кроме недоразвития матки, имеется целый ряд указанных выше признаков недоразвития, как со стороны половых органов, так и со стороны всего организма больной, и мы определили состояние нашей больной, как инфантилизм, то мы должны признать здесь существование какой то общей причины, которая вызвала все эти явления дистрофии.

Одною из этих причин, которая встречается, повидимому, особенно часто, в настоящее время признается наследственный сифилис; Е. Fournier придает чрезвычайно важное значение умению дать правильную оценку найденным у ребенка явлениям недоразвития, так как часто только характер дистрофических изменений дает врачу возможность установить правильное распознавание и лечение, в то время, как анамнез нередко может быть сомнительным, и могут совершенно отсутствовать какие бы то ни было специфические проявления болезни, а между тем своевременное распознавание имеет очень большое значение, так как у такого ребенка впоследствии могут обнаружиться явления настоящего сифилиса.

Не меньшее значение представляет для нас также вопрос о том, насколько мы можем, благодаря своевременному назначению специфического лечения, предотвратить дальнейшее развитие дистрофических явлений. Ответить на этот вопрос мы можем словами Е. Fournier: „Еще не решено, что специфическое лечение не может оказать благоприятного влияния на дистрофические проявления; я согласен, что эти последние парасифилитического порядка, но кто знает, где кончается сифилис и где начинается парасифилис; к тому же опыт учит нас, что специфическое лечение много раз задерживало, исправляло и даже сводило на нет некоторые наследственно-сифилитические дистрофии“.

Однако, чтобы иметь возможность установить в каждом отдельном случае правильное распознавание природы имеющихся дистрофических изменений, мы должны иметь в виду, что для сифилиса некоторые из них особенно характерны; например, тот же автор считает таковыми наличие зубов Гутчинсона и ягодице-видную форму черепа.

Это тем более важно, так как, кроме сифилиса, имеется целый ряд других причин, которые тоже вызывают весьма разнообразную картину общего недоразвития.

В этом отношении второе место после сифилиса по праву принадлежит наследственному туберкулезу. Еще в 1836 году Hirtz дал картину инфантилизма, как результата наследственного туберкулеза. Lapdouzu допускает здесь передачу особого диатеза, проистекающего из того, что мужская или женская половая клетка пропитывается бацилярным токсином, благодаря чему получают определенные явления дистрофии. Со времени же описанного в 1891 году Schmorl'ем и Birch-



Uterus normalis.



Uterus hypoplasticus. Uterus infantilis.

Рис. 11.

Hirschfeld'ом случая врожденного туберкулеза, где была доказана возможность непосредственного перехода туберкулезных бацилл от матери в организм внутриутробного плода, наследственная передача туберкулеза получает новое объяснение.

И здесь проявления инфантилизма могут быть весьма разнообразны, но все же они имеют в себе и кое-что специфическое, как, например, общий тщедушный вид, быстрое развитие в детстве с остановкой в юношеском возрасте, хлороз, сужение артерий, малые размеры груди, благодаря сужению грудной клетки с изогнутой и выступающей вперед грудиной, длинные тонкие кости и утолщенные суставы и, наконец, нежную кожу с просвечивающими венами.

Так как скрофулез или золотуха тоже стоит в тесной связи с наследственным туберкулезом, то для нас представляют практический интерес признаваемые в настоящее время два различных типа скрофулеза; первая или торпидная его форма характеризуется одутловатым, бледным лицом, толстой верхней губой, белокурыми волосами, толстым, но дряблым подкожным жировым слоем и вялой мускулатурой; вторая или эретическая форма скрофулеза отличается тем, что представителями ее являются худенькие дети с шелковистыми темными волосами, с длинными ресницами, окаймляющими большие темнокарие глаза с синеватой склерой; подкожная клетчатка бедна жиром, а кожа тонка и во многих местах, особенно на висках, пронизана просвечивающими венами.

И при наследственном туберкулезе своевременное правильное распознавание причины неправильного развития ребенка имеет важное значение, так как позволяет нам при помощи соответствующего укрепляющего лечения и режима не только остановить дальнейшее развитие процесса, но и способствовать исчезновению уже образовавшихся дистрофических явлений.

На следующем месте после туберкулеза, как причину инфантилизма, следует поставить влияние алкоголизма родителей. Алкоголизм также, как сифилис и туберкулез, не угасает вместе с большим суб-ектом, а передается потомству в виде чрезвычайно разнообразных явлений дистрофии, например, в задержке, несовершенстве и уклонении в физическом развитии и в предрасположении к различным нервным расстройствам.

Тоже самое можно сказать и о других хронических интоксикациях родителей, как морфинизм, отравление свинцом, никотином и др.

Приведя наиболее частые причины инфантилизма, мы должны выбрать из них ту, которая окажется наиболее вероятной по отношению к нашей больной. Установить ее только на основании имеющихся явлений дистрофии здесь не представляется возможным, так как они не носят в себе чего-нибудь специфического, поэтому нам приходится воспользоваться еще какими либо дополнительными данными. Таковыми могут послужить для нас, во-первых, сведения из более отдаленного анамнеза больной, касающиеся ее родителей и ближайших родственников, и, во-вторых, некоторые биологические реакции.

Обычно, при собирании анамнеза у наших гинекологических больных мы ограничиваемся только теми сведениями, которые имеют непосредственное отношение к самой больной, но в этом случае нам придется сделать отступление и поступить так, как это принято по отношению к больным с заболеваниями внутренних органов в терапевтических клиниках.

При расспросе нашей больной выяснилось, что отец ее, по професии переплетчик, страдал запоем и умер от воспаления легких в возрасте около пятидесяти лет; мать жива до сих пор, ей сорок шесть лет и она здорова; всего в семье нашей больной было четверо детей, из которых двое старших умерло в раннем детстве, а младшая сестра двенадцати лет находится в приюте для эпилептиков.

Таким образом, эти сведения позволяют нам прежде всего видеть причину инфантилизма у нашей больной в алкоголизме отца, который отразился и на судьбе остальных детей.

Что касается возможности использовать здесь биологические реакции, то во-первых, некоторый свет могла бы пролить на дело реакция Wasserman'a, т.е. реакция связывания комплемента с сифилитическим антигеном. Произведенное в этом направлении исследование крови у нашей больной дало отрицательный результат. Во-вторых, здесь могут быть использованы реакции для определения туберкулеза, например, основанные на анафилаксии реакции Pirquet и Calmette'a; в нашем случае была произведена только первая, т.е. кожная реакция, которая дала положительный результат, но так как надо считать общепризнанным, что только получение отрицательного результата дает нам право, с большой вероятностью, исключить наличие туберкулезного поражения, в то время, как положительный результат, получаемый у клинически здоровых лиц в 80%—90% случаев, не позволяет сделать обратного вывода, то мы не можем делать какие-нибудь выводы на основании полученного здесь результата.

Подводя итоги всему сказанному, мы должны сделать следующее заключение: инфантилизм у нашей больной, проявляющийся между прочим со стороны полового аппарата неправильным развитием матки в виде *uterus hypoplasticus*, возник вследствие алкоголизма отца.

Если мы далее зададим себе вопрос, что мы можем здесь ждать от того или другого способа лечения, то ответ нам придется дать весьма неутешительный. Мы признали, что имеющиеся у нашей больной, как общие, так и местные дистрофические явления развились в детском возрасте до наступления половой зрелости; поэтому, в настоящее время, когда больная достигла уже двадцатилетнего возраста, нам приходится считаться с фактом уже совершившимся, и не может быть речи о радикальном лечении, направленном на причину болезни, а в подобных случаях особенно большую ценность приобретают меры профилактические.

Желая в данном случае предупредить возникновение тех изменений, которые связаны с недоразвитием половых органов и в частности матки, мы сталкиваемся с одним весьма существенным затруднением.

Дело в том, что трудность использовать профилактические меры при данных условиях зависит от того, что мы не имеем в детском возрасте прямых указаний на ненормальное состояние матки, так как оно ничем не сказывается до появления первых месячных; поэтому, мы должны уметь предвидеть возможность возникновения изменений в матке, не имея часто прямых предвестников болезни.

Из этого однако не следует делать вывода, что мы совершенно лишены возможности предвидеть недоразвитие матки; при достаточно внимательном отношении к ребенку мы можем воспользоваться целым рядом, правда, косвенных указаний, которые мы можем разделить на четыре главные группы: к первой будут относиться все признаки, характеризующие собою общее недоразвитие организма; ко второй

должны быть отнесены признаки, связанные с недостаточной выраженностью определенного пола; к третьей будет относиться большинство инфекционных заболеваний детского возраста, которые прямо или косвенно влияют на состояние яичников; наконец, в четвертую должны быть выделены все нарушения гигиены детского возраста, которые могут отразиться на правильном развитии полового аппарата.

Что касается профилактических мер, которые могут быть использованы при наличии признаков, относящихся к первой группе, то, как было уже сказано, здесь прежде всего должна быть выяснена причина их возникновения и, в зависимости от нее, должно быть назначено противосифилитическое или другое соответствующее лечение.

При наличии признаков второй группы, где главная причина будет зависеть от пониженной или неправильной секреторной деятельности яичников, мы должны ждать хороших результатов от своевременного назначения препаратов яичника в виде ovarin'a, biovar'a или proovar'a.

Как было сказано, к третьей группе мы отнесли целый ряд острых инфекционных заболеваний детского возраста. Хотя мы должны признать, что влияние их еще недостаточно выяснено, но оно несомненно существует. Между прочим М. Stolz начинает свою статью, посвященную этому вопросу, следующими словами: „Заболевание женских половых органов во время острых инфекционных болезней в детском возрасте проявляется тем меньше, чем сильнее выражены общие явления, среди которых оно теряется; часто только при наступлении половой зрелости обнаруживаются нарушения в состоянии полового аппарата, которые указывают на серьезность понесенных повреждений“.

Повреждения эти могут быть или специфическими, вызванными непосредственным возбудителем инфекции, или вторичными, зависящими от истощения всего организма. Например, при брюшном тифе описаны случаи образования язвенного процесса во влагалище с последующей его атрезией, далее наблюдаются воспалительные изменения в слизистой оболочке и мышечной стенке матки; описаны также случаи гнойного воспаления в трубах, при чем в гное были обнаружены тифозные бактерии; наконец, при более тяжелых формах тифа дело доходит до заболевания яичников; здесь воспалительные изменения распространяются сперва на примордиальные фолликулы, а затем переходят и на созревающие Граафовы пузырьки и в конечном результате вызывают атрофию всего паренхиматозного слоя, которая сопровождается аменореей, бесплодием и атрофией матки.

Влияние других инфекционных заболеваний на состояние половых органов изучено гораздо меньше; так, например, относительно кори мы находим только указание, что месячные усиливаются и появляются раньше срока; при скарлатине описаны случаи, где яичники оказывались увеличенными вследствие паренхиматозного воспаления; при оспе описаны острые воспалительные изменения со стороны эндометрия; относительно влияния инфлуэнцы имеются указания, что часто в области придатков появляются боли, при чем приводятся отдельные случаи возникших на этой почве гнойников в трубах и яичниках.

Хотя приведенные данные весьма скудны, тем не менее они должны заставить нас отнестись с особым вниманием к ребенку, у которого в анамнезе имеются те или иные инфекционные заболевания.

Очень вероятно поэтому, что у нашей больной перенесенные в детстве неоднократно острые инфекционные заболевания, характера которых она не знает, могли оказать известное влияние на состоя-

ние половых органов даже независимо от имеющейся тяжелой наследственности.

Выделив в самостоятельную четвертую группу все нарушения гигиены детского возраста, которые могут отразиться на правильном развитии полового аппарата ребенка, мы не будем останавливаться на них подробно, скажем только, что здесь несомненное значение имеют социальные условия, в которых ребенок растет, так как от них в значительной мере зависит распределение физического и умственного труда, питание и т. д.

Итак, считаясь со всеми приведенными нами обстоятельствами, которые могут до известной степени предупредить о возможности возникновения тех или иных явлений недоразвития половых органов, мы довольно широко можем воспользоваться профилактическими мерами. Однако, возвращаясь к нашей больной, мы оказываемся в таком положении, что ни устранить причины, ни предупредить недоразвитие мы уже не в состоянии, так как время для того и другого упущено, и все, что мы можем сделать в данном случае, будет исчерпываться только тем или иным способом симптоматического лечения. Таким образом, задача врача оказывается здесь весьма скромной и сводится к устранению той или другой из свойственных этим заболеваниям жалоб.

При всех пороках развития матки, приобретенных в детском возрасте, приходится иметь дело со следующими жалобами: боли во время месячных, бесплодие, скудные месячные или их полное отсутствие или же, наоборот, обильные, продолжительные и частые месячные. По имеющимся у меня наблюдениям эти жалобы при *uterus hypoplasticus simplex* распределяются так:

1. Dysmenorrhoea	наблюдается в 22 ⁰ / ₀ случаев.
2. Sterilitas	" 80 ⁰ / ₀ "
3. Oligomenorrhoea	" 29 ⁰ / ₀ "
4. Amenorrhoea	" 21 ⁰ / ₀ "
5. Menorrhagia	" 3 ⁰ / ₀ "

Остановимся сперва на дисменоррее. В то время как при всех разновидностях *uterus hypoplasticus* эта жалоба дает в среднем 49%, достигая при некоторых из них до 70%, здесь, при *uterus hypoplasticus simplex*, она встречается только в 22% случаев. Это, вероятно, надо объяснить тем, что при названной разновидности особенно часто приходится встречаться с полным отсутствием месячных, или же они приходят редко через большие промежутки.

Как известно, принято различать три вида дисменорреи. Первый вид, носящий название механической дисменорреи, зависит от сужения в области внутреннего маточного зева, благодаря чему в полости матки задерживается менструальная кровь, и выражается болезненными сокращениями и схваткообразными болями, которые начинаются обычно непосредственно перед появлением крови.

Вторая форма дисменорреи называется воспалительной и зависит от наличия воспалительного процесса в самой матке или в соседних с нею органах таза; боли здесь начинаются за некоторое время, иногда за несколько дней до наступления месячных, при чем появляются они тем раньше, чем интенсивнее выражен воспалительный процесс.

Третья форма дисменорреи называется нервной или психической, встречается особенно часто у лиц с явлениями более или менее выраженного общего инфантилизма и зависит, вероятно, от пониженной

сопротивляемости нервной системы по отношению к различным психическим травмам.

Так как у нашей больной нет жалоб на боли при месячных, то вопрос о лечении в этом отношении отпадает, но если бы дисменоррея здесь имелась, то при *uterus hypoplasticus simplex* чаще приходится встречаться с третьей, т. е. нервной ее формой, поэтому лечение должно было бы состоять в общих укрепляющих мерах, например, в назначении препаратов мышьяка, железа или фосфора:

Rp. Acidi arsenicosi 0,06
Ferri lactici 4,0
Calcii glycerophosphorici 6,0
Pulv. et succi liquirit. q. s. ut f. pil. № 60.

S. По 2 пилюли 2 раза в день во время еды.

Если мы имеем больную в таком возрасте, когда рост матки еще не закончился, а, как известно, он окончательно прекращается около 24 лет, то хорошие результаты еще можно получить от назначения препаратов яичника в виде *ovarin'a*, *biovar'a* или *proovar'a*.

Перейдем теперь к следующей жалобе, встречающейся при *uterus hypoplasticus simplex*, именно, к жалобе на бесплодие или *sterilitas*.

Из бывших под моим наблюдением 86 женщин, страдающих этой формой недоразвития матки, 76 жили половой жизнью, при чем 80% из них остались бесплодными, а в 20% случаев хотя и наступила беременность, но она во время первых же месяцев заканчивалась выкидышем.

При сопоставлении *uterus hypoplasticus simplex* в этом отношении с другими формами неправильного развития матки оказывается, что при ней возможность зачатия больше, чем при некоторых других формах. Это объясняется, вероятно, тем, что здесь нет ни удлинения шейки, ни сужения в области внутреннего зева. Однако, то обстоятельство, что из 76 женщин, живших половой жизнью, в 20% случаев здесь наблюдалось преждевременное прекращение беременности, позволяет нам высказать предположение, что эта форма неправильного развития матки весьма неблагоприятно отражается на течении беременности.

Конечно, мы не имеем основания исключить здесь совершенно возможность благоприятного исхода беременности, так как степень гипоплазии матки может быть различна, да и причины выкидыша, кроме недоразвития матки, могут быть весьма разнообразны; тем не менее, желая в таких случаях сохранить беременность, мы должны своевременно принять надлежащие меры.

Из них на первом месте должно быть поставлено постельное содержание беременной, особенно в те дни, которые соответствуют менструальным периодам; а так как нарушение беременности в этих случаях происходит обыкновенно в первые месяцы, то это правило должно проводиться особенно строго во время первой половины беременности. Кроме того, хорошие результаты здесь нередко удается получить назначением *extract. fluid. viburni prunifolii*, по 25—30 капель 3 раза в день, начиная прием лекарства за несколько дней до начала периода, соответствующего месячным, и прекращая его одновременно с концом последнего; сущность действия этого препарата, вероятно, состоит в уменьшении менструальной гиперемии. Если эти профилактические меры и не достигнут цели, и выкидыш все же произойдет, то мы можем утешить больную, что при следующей бере-

менности шансов на благоприятный ее исход будет гораздо больше, так как никакие лечебные приемы не могут лучше способствовать развитию матки, чем беременность, даже не дошедшая до конца.

Как мы уже сказали, при *uterus hypoplasticus simplex* приходится встречаться с жалобой на *oligomenorrhoea*, которая наблюдается в 29% случаев, и на *amenorrhoea*—в 21%.

Под *oligomenorrhoea* мы понимаем такие изменения со стороны месячных, когда они появляются через ненормально большие промежутки, становятся скудными, и продолжительность их значительно сокращается; под *amenorrhoea* мы подразумеваем полное отсутствие месячных, при чем они или совсем не появляются или исчезают на более или менее значительное время.

Так как по существу своему обе жалобы стоят очень близко друг к другу, имея одну общую причину, то мы и остановимся на обоих одновременно. Как доказательство этому, можно привести следующие соображения: при *uterus hypoplasticus simplex* первая жалоба дает 29% и наблюдается чаще, чем при других формах неправильного развития матки, где она встречается всего не более, чем в 10% случаев; вторая жалоба наблюдается тоже главным образом при *uterus hypoplasticus simplex*, давая здесь 21%, в то время как при других формах она почти совсем не встречается.

Что касается причины как *oligomenorrhoea*, так и *amenorrhoea*, то она состоит в недостаточной секреторной деятельности яичников. Недостаточность эта может быть первичной, когда яичники недоразвиты, или паренхиматозная их ткань разрушена каким либо воспалительным процессом, но может быть также вторичной, т.-е. относительной, когда нарушена координация всей системы желез с внутренней секрецией.

В прямой зависимости от причины недостаточной секреторной деятельности яичников будут находиться и наши лечебные мероприятия, но разобраться в очень сложной системе взаимоотношения желез с внутренней секрецией часто очень не легко.

В тех случаях, где дело идет о первичной недостаточности яичников, там едва ли можно рассчитывать вообще на какие-нибудь результаты от лечения, и только некоторую пользу может оказать назначение препаратов яичника или пересадка яичников для пополнения недостающего количества продуцируемого яичниками вещества.

Там же, где имеется относительная недостаточность яичников, зависящая от нарушенной координации эндокринных желез, следует постараться выяснить сущность дела, так как применение органотерапии без критической оценки каждого случая и огульное назначение препаратов яичника не только остается бесполезным, но может даже принести вред.

Я не буду здесь останавливаться долго на этом сложном вопросе, а позволю себе только привести несколько примеров.

Нередко приходится наблюдать больных, где на ряду с *oligomenorrhoea* и *amenorrhoea* имеется склонность к ожирению, которое Noorden считает эндогенным и ставит в зависимость от пониженной деятельности щитовидной железы или *hypothyroidismus*. Так как щитовидная железа и яичник являются антагонистами, то понижение интенсивности работы одной из названных желез нарушит существующее между ними равновесие; при гипотиреозидизме это нарушение сперва обнаружится тем, что получится избыточная секреция яичников, которая постепенно будет понижаться, пока снова не восстановится прежнее равновесие, при чем в конечном результате обе железы будут работать недостаточно.

Из сказанного ясно, что здесь больше пользы принесет назначение тиреоидина одного или совместно с оварином, чем просто овариин.

Возьмем другой пример, Базедову болезнь, где тоже нередко приходится наблюдать oligo- и amenorrhoea. Здесь сущность заболевания состоит в первичной гиперсекреции щитовидной железы, и яичники оказываются относительно недостаточными для того, чтобы восстановить равновесие. При данных условиях назначение препаратов яичника с целью устранить неправильности месячных будет мало целесообразно, так как оно может дать только временный результат, поэтому будет гораздо разумнее применить здесь лечение антигиреоидином.

Переходя к вопросу о лечении аменорреи у нашей больной, мы должны признать, что она зависит от первичной недостаточности работы яичников, недоразвитие которых возникло в связи с общим инфантилизмом, имея в основе одну общую причину.

Исходя из этих соображений, мы должны считать здесь предсказание относительно устранения аменорреи и излечения гипоплазии матки весьма неблагоприятным; однако, имея в виду, что нашей больной только 20 лет, и что рост матки еще не вполне закончен, мы можем оказать хотя некоторое благоприятное влияние на ее развитие назначением ovarin'a или proprovar'a, в таблетках по 0,3 три раза в день или в каплях по 40 кап. 2—3 раза в день.

Перечисляя те жалобы, с которыми нам приходится встречаться у больных с uterus hypoplasticus simplex, мы уже упомянули о menorrhagia. Под ней мы понимаем такие изменения со стороны месячных, когда они становятся более частыми, продолжительными и обильными.

На основании наших наблюдений эта жалоба при uterus hypoplasticus simplex встречается относительно редко, давая всего 3%. Так как гипоплазия матки сама по себе не включает каких нибудь специальных причин для возникновения геморрагического или интерстициального эндометрита, то правильнее будет признать, что меноррагия в таких случаях является случайным осложнением, вызываемым какой либо побочной причиной; поэтому при наличии этой жалобы наше внимание должно быть обращено на выяснение и устранение этой причины.

Наконец, заканчивая обсуждение вопроса о лечении нашей больной, мы должны еще остановиться на болезненности при половом сношении.

Так как при осмотре больной мы не нашли никаких повреждений и воспалительных изменений, которые могли бы объяснить эту жалобу, то мы имеем право думать, что причина заключается в недоразвитии половых органов, именно в узости влагалищного входа и влагалища. Наша больная живет половой жизнью сравнительно недавно, всего шесть недель, поэтому мы можем рассчитывать, что со временем половые органы ее постепенно приспособятся, и в виду этого воздержание от половой жизни здесь не показано, напротив, она даже желательна, так как, вызывая гиперемию половых органов, она может оказать благоприятное влияние на состояние матки.

Однако, надо иметь в виду, что иногда на этой почве развивается вагинизм, и в таких случаях приходится прибегать к оперативному лечению, которое состоит в рассечении одной из ножек musculi constrictoris cunni.

II. Неправильности в форме и положении матки, возникающие в периоде жизни после наступления половой зрелости в связи с травмой, инфекцией и другими причинами, зависящими от половой жизни, выкидыша, родов и т. д.

Как уже было отмечено, неправильности в форме и положении матки оказываются не только приобретенными в раннем детстве, но нередко встречаются, как следствие таких условий, которые могут проявить себя только в зрелом возрасте женщины, живущей половой жизнью.

Причиной их возникновения является обычно или инфекция или травма, которые связаны с половой жизнью, выкидышем или родами; гораздо реже они бывают вызваны опухолями, исходящими из половых органов, или какой-либо случайной причиной.

Что касается значения инфекции, то она может проявляться в двух направлениях: или воспалительный процесс поражает брюшину таза, и в результате его образуются сращения, смещающие матку в том или ином направлении, или инфекция вызывает воспалительные изменения в матке, которые задерживают ее правильное обратное развитие после выкидыша или родов, благодаря чему нарушается нормальный тонус мышечной стенки матки и создаются благоприятные условия для ее отклонения кзади или перегиба.

Травматические повреждения половых органов, способные отразиться на форме и положении матки, почти исключительно связаны с родовым актом и заключаются в нарушении целостности нижнего отдела родовых путей и мышц тазового дна.

Так как конечным результатом измененного положения матки, возникшего в зрелом возрасте, является ее выпадение, то, чтобы не возвращаться к этому вопросу при разборе отдельных случаев, остановимся здесь в кратких чертах на тех взглядах, которые сейчас приняты для объяснения механизма опущения матки.

Хотя еще в 1887 году Сohn на съезде естествоиспытателей в Висбадене заявил, что „вопрос об оперативном лечении опущения влагалища и матки представляет собою вполне законченную главу в гинекологии“, мы, тем не менее, видим, что как относительно этиологии, так и способов лечения, споры далеко не кончены.

Самой давней из теорий, созданных для объяснения механизма опущения матки и влагалища, является теория Schultze, которая им коротко формулируется так: „этиология выпадения матки вместе с тем есть этиология ее ретрофлексии“.

Наиболее частой, почти исключительной причиной ретрофлексии матки Schultze считал ослабление ее связочного аппарата, именно слабость мышечных элементов крестцовоматочных и круглых связок. Коль скоро матка благодаря этой причине приходит в состояние ретроверзии или ретрофлексии, то уже физиологического повышения внутрибрюшного давления достаточно, чтобы заставить ее постепенно опускаться, так как гладкая мускулатура связочного аппарата матки может перемещать ее, но удержать ее от опущения не может.

Эта теория считалась общепризнанной до 1907 года, когда появилась обстоятельная работа Halban'a и Tandler'a: „Анатомия и физиология выпадения женских половых органов“.

Названные авторы придают исключительно важное значение мускулатуре тазового дна и говорят, что она, в лице главным образом *m. levatoris ani*, по своему анатомическому расположению и физиологическим особенностям является замыкающим аппаратом для тазового выхода. Таким образом она служит прибором, поддерживающим снизу внутренние тазовые органы или их „Stützapparat“.

До тех пор, пока акушерская промежность и мышцы тазового дна целы, они в состоянии удерживать на месте мочевой пузырь и переднюю стенку влагалища; если же целостность их нарушена, то обязательно образуется *cystocele vaginalis*, вызывающая отклонение матки кзади, что в свою очередь является непременно этапом для опущения и выпадения матки.

Чтобы в дальнейшем не повторяться, напомним здесь анатомическое строение тех отделов мягких родовых путей, с повреждением которых нам обычно приходится встречаться.

Прежде всего мы, следовательно, должны иметь в виду тот отдел тазового дна, который носит название акушерской промежности. В ее состав входят следующие мышцы:

1. *Musculus bulbo-cavernosus s. constrictor cunni*, охватывающий кольцом влагалищный вход.

2. *Musculus transversus perinei superficialis*, представляющий собою парную мышцу, прикрепляющуюся своими наружными концами к седалищным костям, а внутренними концами переходящую в сухожильное растяжение, носящее название *centrum tendineum perinei*.

3. *Musculus sphincter ani externus*, окружающий собою отверстие заднего прохода в виде кольца.

Под этим поверхностным мышечным слоем лежит второй более глубокий, который состоит из следующих мышц:

1) *Musculus transversus perinei profundus*; он представляет собою у женщин сравнительно слабо развитую мышечную пластинку в виде треугольника, расположенную в *angulus pubis*.

2) *Musculus levator ani*, передние ножки которого прикрепляются к внутренней поверхности лобковых костей с обеих сторон от влагалища и охватывают собою в виде петли нижний отдел влагалища и прямой кишки (рис. 12 и 13).

Как видно из сказанного, обе последние мышцы не входят непосредственно в состав акушерской промежности; поэтому, говоря о разрыве промежности, мы имеем обыкновенно в виду только первую группу названных мышц, при чем в зависимости от глубины разрыва принято различать следующие степени его:

Разрывом промежности первой степени мы называем нарушение целостности задней спайки влагалищного входа без повреждения мышц.

Разрывом второй степени называется такое повреждение, когда нарушена целость *m. constrictor sinipi* и *centrum tendineum perinei*.

Разрывом третьей степени называется повреждение промежности, когда нарушается также целость *m. sphincter ani externus*, а вместе с тем и прямой кишки.



Рис. 12. Мышцы промежности. (Поверхностный слой).

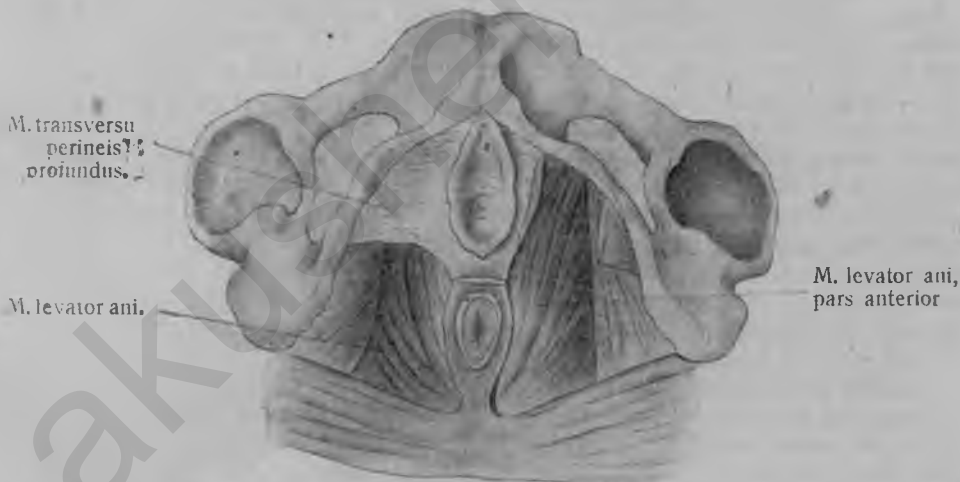


Рис. 13. Мышцы промежности. (Глубокий слой).

Самостоятельное место занимает нарушение целости тазового дна, состоящее в отрыве одной из ножек *m. levatoris ani* от места ее прикрепления; при этом акушерская промежность может оказаться не поврежденной.

Перейдем теперь к третьей и последней теории, предложенной для объяснения механизма выпадения матки. Автором ее явился в 1912 году Eduard Martin; он отводит очень скромную роль мышцам тазового дна в этиологии опущения влагалища и матки, так как, по его мнению, матка при нормальном ее положении висит свободно в тазу и не приходит в непосредственное соприкосновение с тазовым дном.

На основании своих исследований последний автор приходит к заключению, что матка удерживается в своем нормальном положении посредством специального аппарата, названного им „Haftapparat“, который связывает матку со стенками таза. Он представляет собою обширную сеть фиброзных пучков, заложенных в клетчатке таза, и дает несколько более компактных образований или „Verdichtungszoneп“, нося общее название retinaculum uteri.

Все причины, вызывающие опущение матки, E. Martin распределяет на две группы; к первой он относит такие, которые объединяются названием „клиническая этиология“, а ко второй такие, которые составляют „анатомическую этиологию“ и согласно его взгляду сводятся к изменениям в retinaculum uteri.

Заканчивая этим краткий обзор предложенных теорий для объяснения механизма опущения влагалища и матки, я не буду здесь входить в критическую их оценку, замечу только, что каждая из них, вероятно, приложима для определенного ряда случаев. Но так как на основании наших наблюдений 85% случаев опущения матки и влагалища падает на женщин рожавших, у которых роды осложнились нарушением целостности тазового дна, 13,5% приходится на женщин рожавших, но без нарушения целостности тазового дна, и только 1,5% приходится на женщин не рожавших, то мы имеем основание думать, что среди названных причин первое место должно быть отведено мышцам тазового дна и в частности мышцам акушерской промежности.

Наконец, я не могу здесь не коснуться еще одного обстоятельства, которое обратило на себя наше внимание в связи с нарушением питания, другими словами, голодания, вызванного непомерным ростом цен на продукты питания у нас в течение 1918, 1919 и 1920 г.г.

Так как число случаев опущения влагалища и матки за это время значительно возросло, повысилось в 1,5—2 раза, а количество выпавшей матки возросло с 2,5% до 10,5%, то естественно напрашивается связать эти два факта и объяснить увеличение числа случаев опущения матки и влагалища помимо прочих условий также исхуданием и атрофией жировой клетчатки таза. За это предположение говорит, между прочим, то обстоятельство, что за последние два года увеличилось число случаев опущения влагалища и матки, как у женщин рожавших, где роды не были осложнены разрывом промежности, именно с 13,5% до 21,5%, так и у не рожавших, именно с 1,5% до 3,5%.

Хотя некоторыми, например, A. Martin'ом, Mackenrodt'ом и Küstner'ом, уже делались указания на значение атрофии жировой клетчатки таза при опущении внутренних женских половых органов, но эта причина выставлялась только, как второстепенная, в то время, как на основании приведенных наблюдений роль ее, повидимому, должна быть признана более серьезной, и она должна быть поставлена на одинаковом ряду с прочими упомянутыми причинами.

Ruptura perinei inveterata grad. II; descensus vaginae partis anterioris.

Больная К. П., 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику больная поступила неделю тому назад с жалобами на бели и на учащенное и болезненное мочеиспускание.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Больная, по ее словам, в раннем детстве перенесла какое то острое инфекционное заболевание, но она не может точно указать какое.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить всегда через четыре недели по четыре или пять дней, обильно и без болей; последние месячные были недели две тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась два года тому назад, и в связи с этим больная каких-либо заболеваний в области полового аппарата не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Через два месяца после выхода замуж наступила беременность, которая протекала благополучно и закончилась срочными правильными родами живым ребенком; родила она дома с бабкой; встала после родов на седьмой день и чувствовала себя здоровой; кровянистые выделения продолжались около двух недель; месячные после родов пришли первый раз через шесть недель, затем пропали и снова стали приходить через восемь месяцев, вскоре после того, как больная перестала кормить грудью.

5. *Начало настоящего заболевания.* Спустя немного времени после родов, следовательно, около года тому назад, больная заметила появление белей, оставляющих на белье желтоватые пятна, а месяца три тому назад больная стала жаловаться на учащенные позывы к мочеиспусканию и на ощущение после окончания мочеиспускания, будто мочевого пузыря не вполне опорожнен.

6. *Болела ли чем нибудь раньше?* Кроме отмеченного в детстве заболевания, больная ничем не страдала.

7. *Отправление кишечника.* Уклонений от нормы нет.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Мочеиспускание учащено, болезненно в конце.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (160 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 60 кг).

Сердце, легкие, почки и кишечник уклонений от нормы не представляют. Температура, пульс и дыхание нормальны. При осмотре и ощупывании живота никаких изменений не наблюдается. Грудные железы развиты правильно.

2. *Данные гинекологического исследования.* Волосистость на половых частях развита правильно. При раздвинутых ногах половая щель несколько зияет; окраска слизистой оболочки влагалища и влагалищного входа застойна; передняя стенка влагалища несколько выпячивается наружу, при чем это усиливается при кашле и натуживании. На месте задней влагалищной спайки беловатый рубец неправильной формы, идущий сверху слева от *colonna rugata*. Расстояние от заднего края влагалищного входа до отверстия заднего прохода укорочено и равняется только трем сантиметрам. При ощупывании пальцем обе ножки *m. levatoris ani* оказываются не поврежденными. При бимануальном исследовании влагалищная часть матки имеет цилиндрическую форму; наружный зев в виде поперечной щели, обращен кзади от проводной оси таза; тело матки находится в нормальной антеверзии-антефлексии; форма, величина и консистенция матки, а также и подвижность ее нормальны. В придатках матки, клетчатке и брюшине таза никаких изменений нет. При надавливании пальцем со стороны влагалища на место, соответствующее шейке мочевого пузыря, больная чувствует болезненность и позыв на мочеиспускание, но из мочеиспускательного канала ничего не выдавливается. При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища и влагалищной части имеет застойный, синеватый оттенок; во влагалище имеются в умеренном количестве жидкие желтоватые выделения.

3. *Лабораторные исследования.*

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 2200 к. см; цвет янтарно-желтый; имеется помутнение; реакция нейтральная; удельный вес 1018; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при исследовании осадка—цилиндров нет, белые кровяные шарики в количестве 15—20 в поле зрения, имеется довольно много клеток мостильного и веретенообразной формы эпителия и фосфорнокислых солей.

б. Исследование крови. При исследовании крови количество эритроцитов равняется 4.600.000; процентное содержание гемоглобина 84%; показатель окраски 0,9 и общее число белых кровяных шариков 7.200.

в. Бактериологические исследования. Бактериологическое исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококка дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого II; реакция кислая.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Подводя итог тем данным, которые мы получили из анамнеза и при объективном исследовании, и останавливаясь сперва на анамнезе, мы можем отметить следующее: относительно периода детства большая не дает нам никаких указаний, могущих представить интерес; половая зрелость наступила своевременно, при чем месячные всегда имели правильный четырехнедельный тип и не представляли никаких уклонений от нормы, что позволяет нам заключить, что половой аппарат нашей больной, вероятно, не представлял каких либо уклонений; что касается половой жизни, то при начале ее больная не отмечает ни белей, ни рези при мочеиспускании, что до известной степени исключает инфекцию

гонорреей; как мы видим далее из показаний больной, вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая закончилась правильными срочными родами; это обстоятельство тоже до известной степени служит доказательством, что в это время половые органы нашей больной были здоровы; хотя послеродовой период прошел без осложнений, и кровянистые выделения продолжались всего около двух недель, что говорит за правильное обратное развитие матки, тем не менее больная указывает что вскоре после родов она стала замечать появление выделений из половых частей, которые оставляют на белье желтоватые пятна; это обстоятельство все-таки заставляет нас думать, что роды или послеродовой период, протекавшие без явных отклонений от нормы, вызвали какие то изменения в половых органах; наконец, отмечаемое больной учащение мочеиспускания, сопровождаемое позывами и чувством недостаточного опорожнения мочевого пузыря, тоже приходится поставить в какую то связь с бывшими родами, так как других каких либо объяснений мы в анамнезе для них не находим.

Перейдем теперь к оценке данных, полученных при объективном исследовании, и посмотрим, могут ли они объяснить собою перечисленные жалобы больной. Результаты общего исследования таковы, что они не обнаруживают никаких патологических изменений; при гинекологическом исследовании отмеченные нами отклонения от нормы сводятся к следующему: на месте задней спайки влагалищного входа имеется беловатый рубец неправильной формы, идущий кверху во влагалище слева от *columna rugarum*; расстояние от заднего края влагалищного входа до отверстия заднего прохода укорочено; передняя стенка влагалища несколько выпячивается наружу, особенно при натуживании или кашле; окраска слизистой оболочки влагалища имеет синеватый, застойный оттенок; при надавливании пальцем со стороны влагалища на место, соответствующее шейке мочевого пузыря, имеется болезненность; во влагалище в умеренном количестве скопляются жидкие желтоватые выделения.

Из сказанного мы, во-первых, видим, что здесь имелось нарушение целостности промежности, несомненно связанное с бывшими родами, хотя больная о нем не упоминает, так как, вероятно, и не была осведомлена; что касается глубины повреждения тканей промежности, то мы должны здесь признать нарушение целостности кожи, слизистой оболочки задней стенки влагалища и некоторых мышц промежности, именно *m. constrictor cunni* и *centrum tendineum perinei*, в котором сходятся оба внутренних конца *m. m. transversi perinei superficiales*; следовательно, мы здесь будем иметь разрыв промежности второй степени (рис. 14).

Во-вторых, состояние передней влагалищной стенки, которая в своем нижнем отделе выступает за пределы влагалищного входа, называется ее опущением и зависит от того, что этот отдел передней стенки влагалища лишен благодаря разрыву промежности своей нормальной опоры (рис. 15).



Рис. 14. Разрыв промежности второй степени и опущение передней стенки влагалища.

Болезненность при надавливании в области шейки мочевого пузыря зависит от воспалительных изменений в слизистой оболочке пузыря, состоящих в ее отечности и застойной гиперемии, что подтверждается синеватым цветом соседних участков слизистой оболочки влагалища; как известно, все венозные сплетения тазовой области анастомозируют между собою и не имеют клапанов.



Рис. 15. Опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря при разрыве промежности.

Наконец, желтоватые выделения, имеющиеся во влагалище, являются результатом застойной гиперемии в стенках влагалища.

Таким образом, формулируя коротко наш анатомический диагноз, мы можем его выразить следующим образом:

Ruptura perinei inveterata gradus II. Descensus vaginae partis anterioris. Catarrhus colli vesicae urinariae. Colpitis.

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы, во-первых, выяснить взаимную связь найденных нами анатомических изменений и, во-вторых, определить их отношение к жалобам больной.

Что касается первого вопроса, то мы должны взаимную зависимость анатомических отношений представить себе так: в

хронологическом порядке прежде всего произошел разрыв промежности, который благодаря небрежности или невежественности бабки, наблюдавшей за родами, остался не зашитым; вследствие этого лишенная своей нормальной опоры передняя стенка влагалища начинает опускаться, при чем опущение сперва ограничивается только ее отделом, соответствующим нижней трети влагалища.

Так как передняя влагалищная стенка тесно связана с *ligamentum vesico-vaginale*, на которой лежит задняя стенка мочевого пузыря, его шейка и мочеиспускательный канал, то при опущении первой будут смещаться по направлению к влагалищному входу соответствующие отделы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; только наружное отверстие уретры не смещается благодаря тому, что оно прочно удерживается на месте посредством *lig. praeurethrale*.

Опущение задней стенки мочевого пузыря, называемое *cystocele*, не может не отразиться на отправлении пузыря, так как оно неизбежно связано с нарушением кровообращения в венозном сплетении — *plexus vesico-vaginalis*. Вследствие этого слизистая оболочка шейки мочевого пузыря и внутренний его сфинктер будут находиться в состоянии застойной гиперемии и отечности, и это будет проявляться ощущением учащенного позыва, некоторой болезненностью в конце мочеиспускания и ложным желанием мочиться после надлежащего опорожнения мочевого пузыря.

Той же застойной гиперемией объясняется и наличие выделений из влагалища, которые представляют собой не что иное, как трансудат

из кровеносных сосудов влагалищной стенки, так как застойные явления не ограничиваются только упомянутым венозным сплетением, а распространяются также на plexus utero-vaginalis и прочие венозные сплетения тазовой области.

Желтоватый, гноевидный характер выделений объясняется примесью клеток слущивающегося влагалищного эпителия, белых кровяных шариков и различного вида бактерий, населяющих влагалище.

Таким образом мы имели возможность выяснить, что заболевание нашей больной, имеющее своей причиной разрыв промежности во время родов, состоит в опущении передней влагалищной стенки, а это последнее обстоятельство в свою очередь вызвало нарушение кровообращения в некоторых отделах полового аппарата, благодаря чему и возник катарр шейки мочевого пузыря и застойный кольпит или вагинит. Нам остается, следовательно, только установить предсказание и наметить план лечения при данной форме заболевания.

Что касается предсказания при разрыве промежности вообще, то мы должны безусловно признать, что нарушение целостности мышц тазового дна всегда со временем вызовет сперва опущение передней влагалищной стенки, а затем и более значительное смещение тазовых органов; поэтому при разрывах промежности первой степени наложение швов сейчас же после родов желательнее во избежание проникновения инфекции, а при разрывах второй и третьей степени оно необходимо также для предупреждения смещения тазовых органов.

Следовательно, всякий разрыв промежности должен быть зашит непосредственно после родов; если же по небрежности или неопытности врача или бабки, наблюдавших роды, это не было сделано своевременно, и родильница не была осведомлена о разрыве промежности, то она сама может этого вовсе не подозревать, и разрыв обнаруживается гораздо позднее при гинекологическом исследовании, вызванном каким либо другим заболеванием, или вследствие того, что начинают один за другим появляться симптомы, зависящие от постепенно развивающегося опущения органов таза; первыми из них, как мы видим у нашей больной, являются жалобы на бели и некоторые неправильности при мочеиспускании.

Если больная относится к себе невнимательно и не обратит должного внимания на первые симптомы, то впоследствии опущение тазовых органов переходит в выпадение матки и влагалища, причиняющее значительные неудобства, а иногда и страдания, не угрожающие, впрочем, опасностью для жизни больной.

Само собою понятно, что результаты лечения будут тем надежнее, и все жалобы больной, зависящие от явлений застойной гиперемии, исчезнут тем скорее, чем раньше будет приступлено к надлежащему лечению, которое должно состоять прежде всего в восстановлении целостности промежности, а затем уже в различных мероприятиях, направленных к устранению застойных явлений.

Однако, если уже успело произойти опущение передней стенки влагалища и образовалась cystocele, то ограничиться только зашиванием разрыва промежности будет недостаточно, так как растянутая передняя влагалищная стенка и после восстановления промежности продолжает оставаться опущенной; поэтому в этих случаях вместе с зашиванием разрыва мышц промежности должно производиться удаление избытка передней влагалищной стенки.

Порядок операции такой: сперва из передней стенки влагалища вырезается лоскут слизистой оболочки в виде ромба или удлиненного в продольном размере овала, и края разреза соединяются швами по длине влагалища; мы для этой цели всегда пользуемся непрерывным швом из кэтгута (рис. 16).

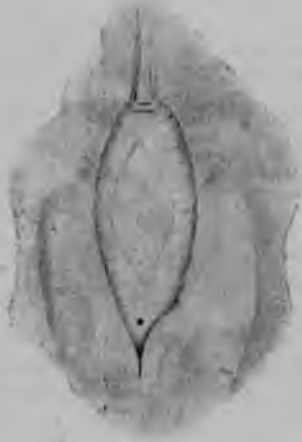


Рис. 16. Способ освежения при отлучении передней стенки влагалища.

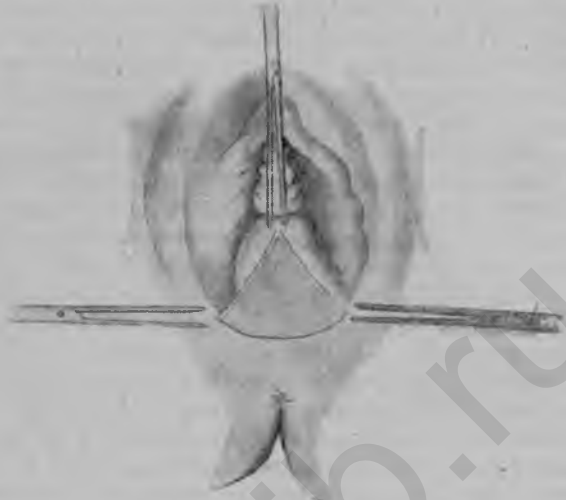


Рис. 17. Способ освежения при разрыве промежности второй степени.

Покончив с передней влагалищной стенкой, приступают к восстановлению целостности промежности. Для этого прежде всего намечается и удаляется лоскут из задней стенки влагалища и кожи промежности.

Способов окровавления предложено много, но мы при неполных разрывах промежности пользуемся всегда способом Негар'а, намечая треугольный лоскут с вершиной, расположенной по средней линии на задней стенке влагалища, и с основанием, идущим в поперечном направлении по границе кожи промежности (рис. 17).

После удаления лоскута приступают к соединению мышц промежности по средней линии; и для этой цели предложено много различных способов, как в отношении применяемого материала для швов, так и их наложения; мы всегда в течение уже более десяти лет пользуемся исключительно с'емным непрерывным швом из бронзо-алюминиевой проволоки; таким путем мы избегаем оставления в тканях погружных швов, которые никогда не могут вполне исключить возможность нагноения, особенно, если для этого пользоваться шелком, который не рассасывается.

Техника применения с'емного проволочного шва весьма простая и состоит в том, что первый вкол иглы с проволокой производится через слизистую оболочку влагалища у вершины названного треугольника; затем, идя сзади наперед, делают последовательно вкол и выкол поочередно то с той, то с другой стороны через дно окровавленного поля, отступя на сантиметр кнутри от края разреза; игла вкалывается настолько глубоко, чтобы в шов захватывались мышцы; последний выкол делается на кожу промежности; при натягивании концов проволоки площадь окровавления уменьшается, и боковые края треугольника

сближаются, удерживаясь в этом положении насчет упругости проволоки. Удаляется этот шов на восьмой или девятый день после операции таким образом, что задний конец проволоки отрезается ножницами у самого основания ее, и она вытягивается за передний конец (рис. 18, 19 и 20);

Края разреза слизистой оболочки влагалища соединяются непрерывным швом из кэтгута, а края кожного разреза соединяются узловыми с'емными шелковыми швами.

Как на передней влагалищной стенке, так и на промежности операция носит специальное название: первая называется *colporrhaphia anterior*, а вторая — *colporrhaphia*.

В тех случаях, где *cystocele* выражено значительно, что обычно зависит от расхождения по средней линии

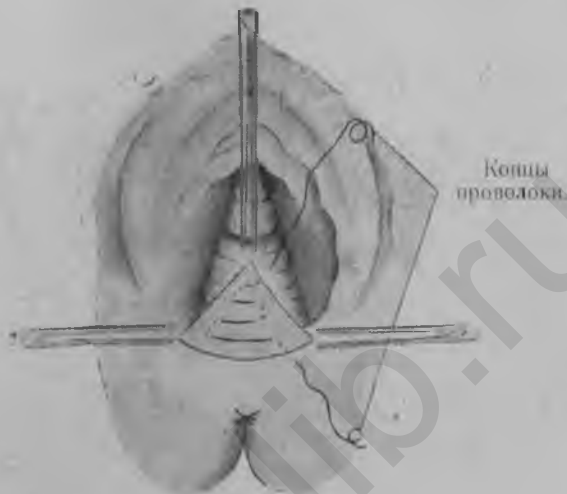


Рис. 18. Наложение с'емного проволочного шва.

ножек *ligamenta vesicovaginalia*, там более надежные результаты дает способ, предложенный

Vinip'om; состоит он в том, что после удаления лоскута влагалищной стенки обе пластинки *lig. vesicovaginale* освобождаются от лежащего на их верхней поверхности мочевого пузыря, и края их или просто соединяются по средней линии, или, для большей прочности, один край кладется на другой, так что получается дубликата их (рис. 21 и 22).



Рис. 19. Наложение непрерывного кэтгутового шва.

После того как операция произведена, и послеопера-

ционный период закончен, нам остается устранить те явления, которые вызваны застойной гиперемией, именно, бели и неправильности при мочеиспускании.

Для достижения первого мы пользуемся тепловатыми (29°) влагалищными спринцеваниями с прибавлением вяжущих средств, из которых мы предпочтительно применяем 8% раствор формалина в разведении

одной столовой ложки названного раствора на 4 стакана воды, назначая такие спринцевания по одному или по два раза в день.

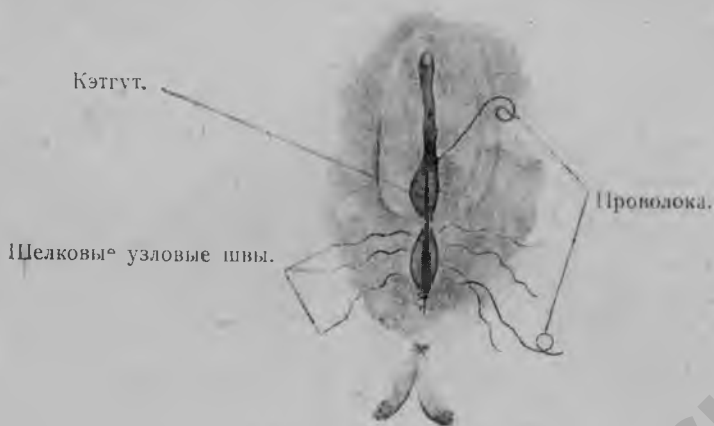


Рис. 20 Наложение узловых с'емных шелковых швов.



Рис. 21. Освобождение краев lig. vesico-vaginale.



Рис. 22. Соединение краев lig. vesico-vaginale.

Передняя кольпорафия по способу *Vumt a.*

Для лечения катарра шейки мочевого пузыря мы обычно применяем впрыскивания в мочеиспускательный канал посредством спринцовки *Тарновского* *argentum nitricum* в виде $\frac{1}{2}\%$ раствора.

Descensus vaginae; abruptio pedunculi anterioris m. levatoris ani; retroversio-retroflexio uteri metro-endometritis corporis et colli uteri.

История болезни второй больной такая:

Больная А. С., 27 лет, замужняя, служит на табачной фабрике, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на частые и обильные месячные, бели, боли в крестце и учащенные позывы к мочеиспусканию.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь и скарлатину.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить через четыре недели по четыре дня не обильно и без болей; последние три года месячные приходят через три недели, стали обильнее и продолжаются по 6 или 7 дней; последние месячные только что кончились.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с восемнадцати лет; каких либо заболеваний или уклонений в состоянии половых органов в связи с этим больная не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая протекла без осложнений; роды наступили в срок и продолжались около 24 часов; по словам больной особенно долго тянулись потуги, и она настолько ослабела, что ребенка пришлось выжимать; ребенок родился живой; рожала больная в родильном приюте; сколько она помнит, разрыва промежности не было, так как швов ей не накладывали; после родов чувствовала она себя хорошо, температура была нормальна; выписалась она домой на восьмой день, при чем кровянистые выделения продолжались дома еще три или четыре дня. Кормила больная сама до девяти месяцев. Месячные пришли после родов первый раз через шесть недель; затем они пропали и возобновились вскоре после того, как она перестала кормить, сохранив прежний тип. Через четыре месяца после прекращения кормления наступила вторая беременность, протекавшая правильно, только больная чувствовала более сильное напирание вниз; роды наступили в срок, продолжались всего шесть часов, при чем тужиться пришлось очень мало; рожала больная в том же приюте; ребенок родился живой; после родов она

чувствовала себя хорошо и выписалась на восьмой день почти без кровянистых выделений; кормила грудью всего четыре месяца, так как ребенок умер; месячные пришли первый раз после родов только после прекращения кормления. Больше беременностей не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Спустя два года после последних родов больная стала замечать, что месячные, бывшие до тех пор правильными, начали становиться постепенно продолжительнее и обильнее; приблизительно с этого же времени появились бели и боли в крестце, а также чувство тяжести внизу живота, особенно перед месячными.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме упомянутых заболеваний, бывших в раннем детстве, больная других не отмечает.

7. *Отправление кишечника.* Последние два или три года больная стала замечать склонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* За последний год появились учащенные позывы и иногда при кашле или смехе непроизвольное мочеиспускание.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная высокого роста (166 см), правильного телосложения и удовлетворительного питания (вес 64,5 кг), жировой подкожный слой развит достаточно; кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 76 ударов в минуту; температура держится в пределах 36,4—36,9; число дыханий 18 в минуту, дыхание правильного типа. При осмотре живота заметны striae gravidarum; при ощупывании брюшной области никаких ненормальностей не обнаружено; размеры таза нормальны.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; при раздвинутых бедрах половая щель зияет, задняя спайка цела; кожа промежности и слизистая оболочка влагалищного входа без следов каких либо повреждений; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и доступной глазу части влагалища синюшна; передняя стенка влагалища выпячивается во влагалищный вход; при натуживании и кашле это выпячивание увеличивается. Мышечное кольцо влагалищного входа легко растягивается пальцами; при ощупывании передних ножек m. levatoris ani слева прощупывается хорошо выраженный мышечный валик, справа же он совершенно отсутствует, и палец, введенный в нижний отдел влагалища, легко ощупывает нисходящую ветвь лобковой кости. Стенка влагалища слегка отечна, складки ее сглажены. При бимануальном исследовании влагалищная часть оказывается цилиндрической формы; она мягковата; наружный зев в виде поперечной щели и обращен несколько кпереди от проводной оси таза; тело матки прощупывается через задний свод и образует с шейкой тупой угол, открытый кзади; консистенция матки мягковата, величина ее несколько больше нормальной, ощупывание болезненно; подвижность матки нормальна, и ее легко удается поставить в правильное положение. В придатках, клетчатке и брюшине таза изменений нет. При осмотре зеркалам слизистая оболочка влагалища и влагалищной части синюшна; на последней вокруг наружного зева имеется эрозия, выделяющаяся своим более ярким, красноватым цветом и бархатистой поверхностью; во влагалище довольно много жидких, серозно-слизистых выделений.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1.950 к. см, цвет янтарно-желтый; удельный вес 1016; белка, сахару и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получается небольшой осадок сероватого цвета, обнаруживающий под микроскопом единичные белые кровяные шарики и довольно много эпителия мочевого пузыря.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равняется 4.800.000; процентное содержание гемоглобина равно 86%; показатель окраски 0,9; общее число лейкоцитов 7.450.

с. Бактериологическое исследование. Бактериологическое исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококков дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого III; реакция слабо кислая.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Постараемся теперь на основании полученных нами данных выяснить сущность заболевания. Для этого начнем с оценки тех результатов, которые мы получили из анамнеза. Здесь мы должны отметить следующее: в детстве больная перенесла корь и скарлатину, но это, повидимому, не отразилось на правильном развитии полового аппарата, так как период половой зрелости наступил своевременно на пятнадцатом году, и месячные установились сразу, имея правильный тип и характер, что касается начала половой жизни, то каких либо заболеваний или уклонений в состоянии половых органов в связи с этим больная не отмечает, и таким образом, мы имеем известное право исключить гонококковую инфекцию, которая, как известно, особенно часто бывает связана с началом половой жизни; вскоре после выхода замуж больная забеременела, что также говорит за правильное развитие и здоровое состояние полового аппарата в это время; беременность протекла правильно и закончилась в срок родами, которые продолжались дольше обычного; так как, по словам больной, особенно долго продолжались потуги, т.-е. затянулся период изгнания настолько, что ребенка пришлось выдавливать и так как, с другой стороны, размеры таза здесь нормальны, то мы имеем основание думать, что препятствие, мешавшее нормальному течению родов, зависело не от состояния костного таза, а лежало в мягких родовых путях; мягкие родовые пути могут оказывать ненормально большое затруднение для прохождения подлежащей части или благодаря их неподатливости или ригидности, что часто наблюдается у пожилых первородящих, или вследствие прохождения подлежащей части через этот отдел родовых путей в ненадлежащем размере; так как наша больная при первых родах находилась всего лишь в возрасте около двадцати лет, то первая из приведенных причин мало вероятна. Больная далее указывает, что ей швов после родов не накладывали; поэтому мы не имеем основания допускать здесь разрыв промежности, тем более, что рожала она в специальном учреждении при надлежащем уходе. Послеродовой период прошел без осложнений, и обратная инволюция половых органов совершалась правильно, так как кровянистые выделения после родов продолжались всего около десяти дней; доказательством тому, что роды не оставили после себя непосредственно никаких изменений в состоянии матки, служит сохранение и после родов прежнего правильного типа и характера месячных, а также сравнительно скорое наступление второй беременности, которая протекала правильно и

закончилась нормальными срочными родами. Относительно второй беременности и родов мы можем только отметить, что во время беременности больная чувствовала более сильное напирание вниз, а роды длились всего шесть часов, из чего мы можем заключить, что мягкие родовые пути не мешали быстрому прохождению подлежащей части; послеродовой период и на этот раз прошел без всяких осложнений, и больная чувствовала себя вполне здоровой, пока она не начала замечать последние три года, что месячные постепенно стали приходить чаще и сделались обильнее и продолжительнее; приблизительно в это же время появились бели и боли в крестце, а также чувство тяжести внизу живота перед месячными. Все эти изменения в состоянии больной появились не вдруг, а развивались медленно и постепенно, и мы не находим в анамнезе каких-либо прямых указаний, могущих объяснить причину и момент возникновения болезни; поэтому правильнее будет думать, что уже раньше, чем больная обратила внимание на упомянутые неправильности, в ее половом аппарате были изменения,



Рис. 23. Retroversio-retroflexio uteri, descensus vaginae, cystocele.

которые только не давали себя знать: а так как мы в анамнезе находим только одно обстоятельство, так или иначе нарушающее полное благополучие больной, именно ненормально длительный период изгнания во время первых родов, то мы и возьмем его пока под подозрение и проверим справедливость его анализом объективных данных, полученных при исследовании больной.

Подводя итоги наиболее существенным данным, полученным при исследовании, мы должны отметить следующее: во-первых, нарушение в состоянии *m. levatoris ani*, заключающееся в том, что правая ножка его отсутствует, и ее совершенно не удается ощупать; во-вторых, опущение передней влагалищной стенки; в-третьих, отклонение матки кзади с образованием тупого открытого кзади угла между ее телом и шейкой и, наконец, в-четвертых, увеличение и размягчение матки с образованием эрозии на ее влагалищной части.

На основании сказанного мы можем так формулировать анатомический диагноз в этом случае:

Abruptio pedunculi anterioris dextri m. levatoris ani; descensus vaginae partis anterioris; retroversio-retroflexio uteri; metro-endometritis corporis et colli uteri.

Наша дальнейшая задача будет состоять в том, чтобы выяснить время, причину и способ происхождения этих изменений в половых органах нашей больной, привести их в определенную систему и установить взаимную связь между ними и жалобами больной.

На основании анамнеза мы приурочим начало заболевания больной или, правильнее говоря, время возникновения в ее половом аппа-

рате каких-то изменений к первым родам, при чем мы высказали подозрение, что причина их заключалась в ненормально большом препятствии со стороны мягких родовых путей в области тазового дна, которое зависело от прохождения головки через этот отдел родовых путей в ненадлежащем размере. Данные исследования подтверждают это предположение, так как отрыв правой ножки *m. levatoris ani* от места ее прикрепления к внутренней поверхности лонной кости легче всего мог произойти при условии, что головка проходила через выход таза в переднеголовном предлежании при заднем виде второй позиции, когда головка опускается на тазовое дно в правом косом размере таза.

Не настаивая на безусловной правильности нашего предположения, мы в конце концов должны считаться с фактом нарушения целостности тазового дна именно во время первых родов, так как вторые роды протекали, напротив, чрезвычайно легко, и так как уже во время второй беременности больная отмечает более сильное чувство напирания вниз. Такое нарушение целостности тазового дна тоже относится к разрывам акушерской промежности, представляя одну из их разновидностей, при чем существенное отличие заключается в том, что здесь часто может отсутствовать поранение кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа, вследствие чего непосредственно после родов [разрыв может] остаться нераспознанным, при чем это нельзя ставить в вину персоналу, наблюдавшему за ходом родов.

Уяснив себе время и способ возникновения нарушения целостности тазового дна в этом случае, посмотрим, насколько этот вид травмы мягких родовых путей может отразиться на состоянии полового аппарата.

По существу и здесь так же, как и в тех случаях, где имеется типичный разрыв промежности второй степени, все сводится к тому, что прежде всего теряется опора для передней влагалищной стенки. Не имея достаточной поддержки, нижний отдел передней влагалищной стенки начинает опускаться по направлению к влагалищному входу, увлекая за собою постепенно вышележащие ее отделы. Этому до известной степени способствует то обстоятельство, что передняя влагалищная стенка тесно связана с нижней стенкой мочевого пузыря, благодаря чему и эта последняя опускается вместе с влагалищем и образует дивертикул пузыря, носящий специальное название *cystocele*; в нем скопляется моча, которая своею тяжестью еще больше выпячивает стенку влагалища; с другой стороны, такое изменение в положении мочевого пузыря не может не отразиться на его отправлениях; так как передней влагалищной стенке отвечает по своему положению не только нижняя стенка мочевого пузыря, но также его шейка и мочеиспускательный канал, то благодаря их смещению нарушается правильное кровообращение в их тканях, слизистая оболочка и мышца внутреннего сфинктера становится отечной, и больная начинает жаловаться на учащенные позывы к мочеиспусканию; при конце мочеиспускания получается ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря или более или менее сильно выраженные тенезмы, и, наконец, появляется недержание мочи, которое особенно легко обнаруживается при кашле, смехе и всяком натуживании. Только нижний отдел мочеиспускательного канала и область его наружного отверстия остается на месте независимо от степени опущения влагалища, так как он удерживается посредством *ligamentum praeaurethrale*.

Так как верхний край передней влагалищной стенки прикрепляется к передней губе влагалищной части, то опущение влагалища, достигнув известной степени, в дальнейшем встречает на своем пути препятствие; оно будет заключаться в том, что смещению книзу влагалищной части матки по направлению проводной оси таза будет мешать крепкая парная связка, *ligamentum cardinale*, заложенная в основании широких маточных связок и прикрепляющаяся к матке с той и другой стороны на уровне внутреннего маточного зева. Но в виду того, что место прикрепления передней влагалищной стенки к *portio vaginalis* находится ниже прикрепления к матке *ligamenta cardinalia*, то потягивание опускающейся стенки влагалища за переднюю губу влагалищной части может легко заставить последнюю сместиться кпереди от проводной оси таза; благодаря этому расстояние между передней и задней точками прикрепления названной влагалищной стенки станет короче и получится еще больший избыток ее длины и усиленное ее опущение, в то время как *portio vaginalis* приблизится к лону и будет более легко доступна при исследовании пальцем, при чем ее наружный зев будет обращен кпереди. Такое перемещение влагалищной части матки кпереди заставит тело матки по закону рычага и при неподвижной точке вращения в области внутреннего зева отклониться кзади, и мы получим ретроверсию матки. Только что представленный механизм образования ретроверсии матки вполне соответствует тому, что мы наблюдаем при наполнении мочевого пузыря или *ampulla recti*, и не выходит за пределы физиологической подвижности матки; различие будет состоять только в том, что при названных условиях ретроверсия становится постоянной, и поэтому такое положение матки должно вызвать нарушение в свободном оттоке крови из нее по *plexus uterovaginalis*. Происходит это потому, что названные венозные сплетения заложены в толще широких маточных связок, которые при отклонении матки кзади будут до известной степени перекручиваться, так как внутренние или медиальные края этих связок, прикрепленные к боковым ребрам матки, вместе с последней будут менять свое положение, в то время как наружные или латеральные края широких связок остаются неподвижно прикрепленными к боковым стенкам таза.

Заложенные в широких связках артерии обладают более упругими стенками, чем легко сдавливаемые вены; поэтому приток артериальной крови к матке будет страдать в значительно меньшей степени, чем отток венозной крови, и благодаря этому в матке будет развиваться застойная гиперемия; это в свою очередь понизит мышечный тонус маточной стенки и легко может привести к тому, что ретроверсия перейдет в ретрофлексию, т. е. образуется перегиб матки кзади в области внутреннего зева.

Вызванная неправильным положением матки застойная гиперемия должна отразиться на состоянии ее тканей, и в результате длительного переполнения кровью явится целый ряд изменений в стенках матки. Эти изменения и связанные с ними симптомы всегда вполне типичны и развиваются в определенной последовательности.

Сперва происходит пропитывание тканей матки серозным выпотом; отдельные мышечные волокна и прослойки из соединительной ткани набухают, и пространство между отдельными клеточными элементами становится шире. Затем, начинаясь в непосредственной окружности сосудов, образуется мелкоклеточная инфильтрация тканей за счет форменных элементов крови в виде лейкоцитов и клеток раздражения

Тигк'а, которые проникают сюда через стенки сосудов, тоже измененных под влиянием отека; постепенно эта инфильтрация прогрессирует и пронизывает собою всю стенку матки. Наконец, из этих круглоклеточных элементов начинает развиваться молодая волокнистая соединительная ткань, которая со временем подвергается рубцеванию.

Соответственно этим изменениям в тканях маточной стенки мы получаем целый ряд объективных признаков, обнаруживаемых при исследовании, а также определенную группу клинических признаков, вызывающих вполне характерные жалобы больной.

Названные изменения в матке не ограничиваются только мышечной ее стенкой, а распространяются также и на слизистую оболочку полости и цервикального канала матки и в совокупности дают картину, носящую название метро-эндометрита.

Считаясь с давностью процесса, мы различаем несколько этапов метро-эндометрита, что, как мы увидим дальше, имеет большое практическое значение, так как определяет наше отношение к больной в смысле предсказания и лечения.

В этом отношении мы можем наметить следующие этапы или периоды болезни:

Первый период метро-эндометрита, отвечающий образованию отека и началу мелкоклеточной инфильтрации, объективно характеризуется тем, что матка в это время увеличена в объеме, мягка и несколько чувствительна при давлении; слизистая оболочка ее утолщена, при чем наблюдается, с одной стороны, гипертрофия и гиперплазия желез, а с другой стороны, набухание межжелезистой соединительной ткани с усиленной васкуляризацией ее за счет расширения и развития капиллярной сети сосудов. Эти изменения в мышечной стенке матки и особенно в ее слизистой оболочке проявляются в усилении секреции желез, благодаря чему увеличивается количество выделений из половых органов и появляются так называемые бели; кроме того, начинают проявляться изменения со стороны месячных, состоящие в том, что последние становятся обильнее и продолжительнее и приходят чаще. Таким образом, процесс в слизистой оболочке матки по своим анатомическим изменениям будет отвечать смешанной форме эндометрита, именно, как железистой, так и интерстициальной, а клинически он должен быть назван катарральным и геморрагическим. Последняя жалоба больной, состоящая в чувстве тяжести внизу живота и тянущих болях в крестце и пояснице, будет зависеть от застойной гиперемии, как в матке, так и вообще в области таза, так как затруднение свободного оттока крови по венам *plexus uterovaginalis* обязательно вызовет переполнение кровью и других сплетений таза, как *plexus vesicovaginalis* и *plexus haemorrhoidalis*, благодаря тому, что все названные венозные сплетения тесно анастомозируют между собою и, кроме того, вены таза не имеют клапанов. Застойная гиперемия в области *plexus vesicovaginalis*, во-первых, будет проявляться цианозом слизистой оболочки влагалища, а во-вторых, еще более усилит упомянутые уже нарушения функций мочевого пузыря. Переполнение кровью сосудов *plexus haemorrhoidalis* прежде всего обнаружится склонностью к запорам, которая будет зависеть не от механического давления отклоненной кзади матки на прямую кишку, а от того, что мышечная стенка кишки будет находиться в состоянии серозного пропитывания и теряет свой нормальный тонус.

Перейдем теперь ко второму периоду метро-эндометрита, когда на почве мелкоклеточной инфильтрации происходит усиленное разрастание молодой соединительной ткани. При исследовании больной получаемые при ощупывании матки данные сводятся к следующему: матка остается увеличенной или даже это увеличение прогрессирует настолько, что размеры матки становятся в полтора или два раза больше, чем при норме; консистенция матки изменяется в том отношении, что она становится постепенно плотнее; болезненность матки при ощупывании остается прежней. Что касается жалоб больной, то они в общих чертах остаются прежними, т. е. сводятся к белям, меноррагии и болям в крестце и пояснице; чувство тяжести внизу живота, нарушение работы мочевого пузыря и кишечника тоже продолжают оставаться в том же

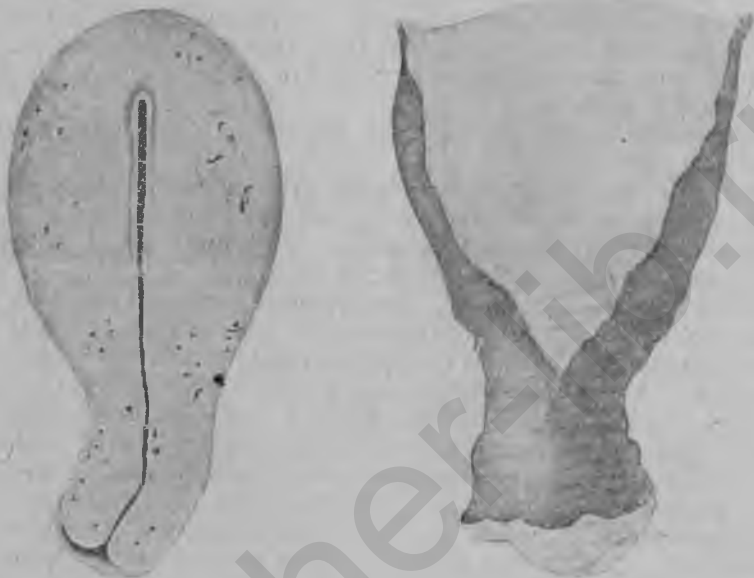


Рис. 24. Metritis chronica в стадии гипертрофии ($\frac{2}{3}$ натуральной величины).

виде; пожалуй, некоторое изменение наблюдается в том отношении, что потери крови во время месячных становятся еще более обильными благодаря тому, что в стенках сосудов матки начинает развиваться склероз и теряется их сократимость, да кроме того молодая соединительная ткань вытесняет собою и приводит к атрофии мышечные элементы маточной стенки и таким образом понижает способность к сокращению матки в ее целом (рис. 24).

Третий период метро-эндометрита в отношении анатомических изменений в тканях матки характеризуется тем, что вновь образованная соединительная ткань постепенно стареет, уплотняется, рубцуется и сморщивается. Благодаря этому мышечные элементы маточной стенки, сдавливаемые со всех сторон волокнами соединительной ткани, погибают и заменяются плотной рубцовой тканью; в стенках сосудов склероз прогрессирует, и они совершенно теряют способность спадаться. В слизистой оболочке тоже идет усиленное рубцевание в межжелезистой ткани, вследствие чего слизистая оболочка становится значительно тоньше, железы уменьшаются в количестве и в длине, количество про-

дуцируемого ими секрета становится меньше, и по характеру своему он становится более вязким.

Внутреннее исследование дает нам следующую картину: величина матки постепенно уменьшается, и нередко размеры ее становятся даже меньше нормы; консистенция матки делается плотнее и, наконец, достигает почти хрящевой плотности; болезненность при ощупывании матки уменьшается или даже совершенно исчезает, так как вместе с уменьшением величины матки прекращается перерастяжение ее брюшинного покрова (рис. 25).



Рис. 25. Metritis chronica в стадии атрофии (2/3 натуральной величины).

Клинические симптомы, которыми проявляется данный период метро-эндометрита, состоят в том, что выделения из половых органов уменьшаются в количестве и становятся вязкими, тягучими, а бывшие до того изменения со стороны месячных, которые носили характер меноррагии, переходят сперва в метроррагию, а затем нередко заканчиваются наступлением аменорреи.

Названные перемены зависят главным образом от тех изменений которые происходят в слизистой оболочке матки и состоят в ее атрофии. Благодаря последней количество желез уменьшается; следовательно, уменьшается и количество продуцируемого ими секрета; с другой стороны, нарушается кровоснабжение эпителия желез, что отражается на характере секрета.

Как известно, кровоотделение, называемое метроррагией, отличается от меноррагии тем, что оно не обязательно совпадает с месячными, а может появляться в любое время; принимая это различие, мы можем объяснить происхождение метроррагий во время последнего периода метро-эндометрита, во-первых, склерозом сосудов маточной стенки, а во-вторых, тонкостью слизистой оболочки матки; при этих условиях для появления кровотечения нет необходимости в менструальной гиперемии, а достаточно всякой случайной причины, вызывающей прилив крови к области таза. Однако, атрофия всех тканей матки может наконец достигнуть такой степени, что развивается полная облитерация сосудов матки и аменоррея.

Вот в общих чертах последовательный ход развития тех изменений, которые происходят в тканях матки на почве застойной гиперемии и дают картину болезни, носящей название метро-эндометрита.

Как видно из всего сказанного, мы кладем в основание всех названных изменений в матке хронический воспалительный процесс без обязательного наличия инфекции, который состоит в новообразовании соединительной ткани: однако, некоторые, например, *W. Fletcher Shaw*, на основании своих исследований приходят к заключению, что в громадном большинстве случаев, относимых к группе метро-эндометритов, анатомические изменения в мышечной стенке матки состоят



Нормальная послеродовая матка.



Хронический воспалительный метрит с обильным разрастанием соединительной ткани.



Хронический метрит на почве субинволюции с обильным разрастанием эластических волокон.



Хронический метрит на почве гипертрофии.

Рис. 26. Различные формы хронического метрита по *W. Fletcher Shaw*.

в резком увеличении количества эластических волокон (рис. 26). По наблюдениям названного автора из 100 случаев метро-эндометрита в 95 имелась гипертрофия эластических волокон, в 4 случаях имелась гипертрофия всех составных частей, т.-е. мускулатуры, соединительной ткани, эластических волокон и сосудов, и только в одном случае изменения состояли в разрастании соединительной ткани; таким образом только этот последний случай является настоящим представителем хронического метрита. Гипертрофию эластических волокон *Goodall* рассматривает, как результат недостаточного обратного развития матки

или ее субинволюции после родов или выкидыша; поэтому, почти во всех без исключения случаях, где при бимануальном исследовании обнаруживаются признаки хронического метрита, по мнению названного автора, в анамнезе должна оказаться беременность, закончившаяся так или иначе.

Если мы теперь вернемся к нашей больной, то развитие болезни у нее мы должны рисовать себе в такой последовательности: первопричиной болезни здесь является нарушение целостности тазового дна, происшедшее благодаря отрыву правой ножки *m. levatoris ani*; это обстоятельство повлекло за собою опущение передней стенки влагалища и образование *cystocele*, что в свою очередь вызвало возникновение ретроверзии-ретрофлексии матки; благодаря связанной с неправильным положением матки застойной гиперемии, у больной развился метро-эндометрит и произошло нарушение работы мочевого пузыря и прямой кишки и боли в крестце.

Что касается анатомических изменений в тканях матки у нашей больной, то мы должны признать, что здесь имеется метро-эндометрит в первом периоде, так как матка увеличена, мягка и болезненна; бели, обильные, продолжительные и частые месячные говорят за то, что изменения в слизистой оболочке матки представляют собою железисто-интерстициальный или катаррально-геморрагический эндометрит; эрозия на влагалищной части матки объясняется тем, что воспалительный процесс в слизистой оболочке распространился также и на цервикальный канал и дал картину эндоцервицита.

Считаясь с временем появления жалоб у больной, срок возникновения метро-эндометрита мы должны отнести к периоду последних трех лет, т.-е. ко времени первых родов, осложнившихся нарушением целостности тазового дна, при чем до первых проявлений результатов ее или первых признаков метро-эндометрита прошло около четырех лет.

Теперь перейдем к предсказанию и лечению при метро-эндометрите вообще, включая сюда и вопрос об устранении, как вызвавших его причин, так и прочих сопутствующих ему осложнений, а затем уже остановимся на предсказании и лечении в данном случае.

Поднимая вопрос о предсказании, мы главным образом должны иметь в виду не причину болезни, которою здесь является нарушение целостности промежности, а те осложнения, которые успели развиться, как следствие застойной гиперемии; иначе говоря, все будет сводиться к тому, насколько далеко успели зайти изменения в мышечной стенке матки и ее слизистой оболочке.

Так как мы признали, что у нашей больной метро-эндометрит находится в первом периоде, то предсказание должно считаться сравнительно благоприятным.

Переходя к лечению нарушений целостности тазового дна и вызванных им осложнений вообще, мы прежде всего, конечно, должны остановиться на вопросе, как следует относиться к разрывам промежности и какими методами пользоваться для восстановления ее целостности.

Представляя себе ясно те серьезные последствия, которые влечет за собою разрыв промежности, лишая тазовые органы их опоры и допуская их смещение, мы должны без всяких оговорок признать, что во всех без исключения случаях, где нарушение целостности тазового дна не ограничивается только разрывами кожи или слизистой оболочки,

а распространяется на мышцы промежности, необходимо оперативным путем восстановить нормальное состояние тазового дна.

Как известно, различают несколько форм разрыва промежности, руководствуясь тем, какие мышцы будут повреждены: именно, может быть нарушена целостность *m. constrictor cunnii*, *m.m. transversi perinei superficiales*, *m. sphincter ani externus* и, наконец, *m. levator ani*. Так как мы в данном случае имеем нарушение целостности последней из названных мышц, то мы на этой форме разрыва промежности только и остановимся.

Сущность травмы здесь сводится к тому, что правая передняя ножка *m. levatoris ani* оторвана от места ее прикрепления к внутренней поверхности правой лонной кости; поэтому оперативное лечение должно было бы состоять в прикреплении оторванной ножки на ее обычное место. Такой способ операции, правда, предлагался, но он настолько технически сложен и мало надежен, что не нашел широкого распространения. Отыскать оторванную ножку, успевшую сократиться и атрофироваться с течением времени, представляется далеко не легкой задачей, а с другой стороны, прикрепление ее к надкостнице лобковой кости вряд ли может быть достаточно прочным. Поэтому мы в таких случаях ограничиваемся только сужением просвета влагалища и его входа посредством обыкновенной кольпоперинеоррафии, как при разрывах промежности второй степени, при чем избыток передней влагалищной стенки удаляется при помощи передней кольпоррафии.

В последнее время *Fothergill* ем предложен способ видоизмененной передней кольпоррафии, состоящий в том, что удаляемый лоскут стенки влагалища имеет форму не овала, а треугольника с основанием, лежащим в переднем влагалищном своде, благодаря чему достигается не только удаление избытка влагалищной стенки, но и исправление ретроверзии матки (рис. 27).

Более надежные результаты в смысле исправления ретроверзии-ретрофлексии матки дает укорочение круглых маточных связок тем или иным способом. Наиболее распространенными из них являются следующие:

Во-первых, способ *Alexander-Adams'a*, состоящий в том, что посредством разрезов вдоль Пупартовых связок вскрываются поочередно оба паховых канала, отыскиваются внутренние



Рис. 27. Форма лоскута при передней кольпоррафии по способу *Fothergill'a*.

их отверстия, вскрываются *processus vaginales* брюшины и через полученные отверстия извлекаются петли внутрибрюшинных отделов круглых связок, которые укрепляются швами в паховых каналах, после чего над ними сшиваются края разрезанных мышц и кожи (рис. 28); этот способ показан в тех случаях, когда нет ни сращений в брюшине таза, ни каких либо изменений со стороны придатков матки. Во-вторых, способ, предложенный недавно *Dartigues-Webster'ом*, который, как уже нами было описано выше, состоит в том, что по вскрытии брюшной полости петли круглых связок выводятся на заднюю поверхность матки через отверстия, сделанные тупым путем в широких маточных связках под *ligamentum ovarii proprium* с каждой стороны; здесь они фиксируются в области тела матки несколькими тонкими шелковыми швами; назван-

ная операция может быть произведена как брюшно-стеночным способом, так и влагалищным, при чем в последнем случае в брюшную полость проникают посредством передней кольпотомии, и для того, чтобы сделать себе доступную заднюю поверхность матки, последняя извлекается во влагалище через разрез в брюшине переднего



Извлечение петли круглой связки.

Укрепление петли круглой связки.

Рис. 28. Операция укорочения круглых связок по *Alexander Adams*'у.

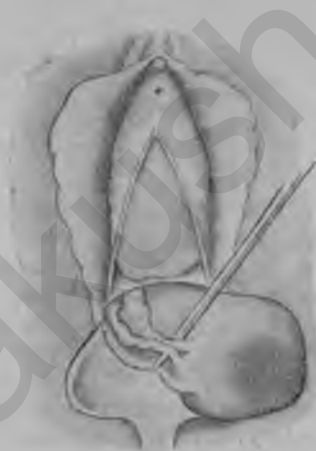


Рис. 29. Укорочение круглых связок по способу *Dartigues-Webster* а через влагалище. (Проведение петли круглой связки через толщу широкой связки).

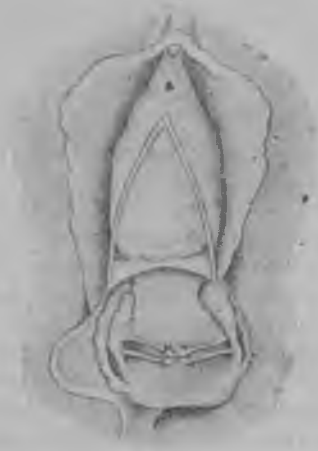


Рис. 30. Укорочение круглых связок по способу *Dartigues-Webster* а через влагалище. (Укрепление круглых связок на задн. поверхности матки).

Дугласова пространства (рис. 29 и 30). Наконец, в-третьих, круглые связки могут быть укорочены по способу *Menge*, который от предыдущего отличается тем, что петли круглых связок укрепляются на передней поверхности матки (рис. 31).

Кроме оперативного лечения при отклонении матки кзади может быть поднят вопрос о консервативном лечении при помощи пессариев. Для этой цели в настоящее время обыкновенно пользуются кольцом *Hodge* из твердого каучука. Перед тем как кольцо будет поставлено, должна быть восстановлена целостность промежности, и матка должна быть приведена в правильное положение; в дальнейшем кольцо требует систематического контроля и ухода, для чего больная должна по крайней мере каждые шесть месяцев являться к врачу, и кольцо должно быть удалено, тщательно очищено и введено вновь в случае

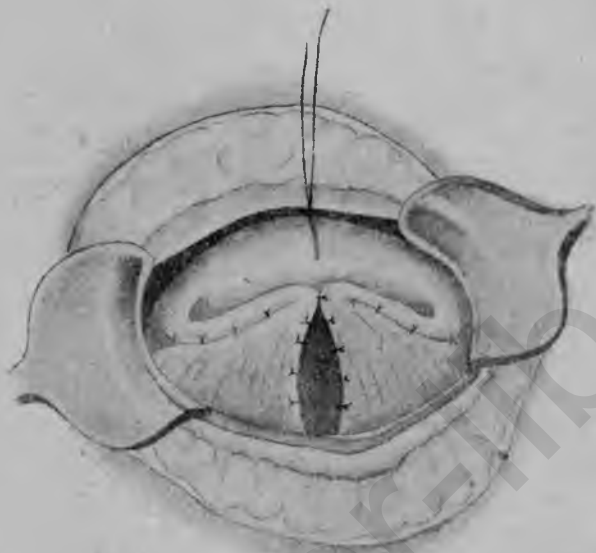


Рис. 31. Укорочение круглых связок по способу *Menge*.

отсутствия во влагалище признаков раздражения; иначе на некоторое время больная должна быть оставлена без кольца; при таком наблюдении за больной кольцо можно носить в течение многих лет; для того, чтобы предупредить запрокидывание матки в первое время после того, как поставлено кольцо, следует рекомендовать больной коленно-локтевое положение или положение „à la vache“ утром и вечером по 10—15 минут; такое положение создает в брюшной полости отрицательное давление, и тело матки благодаря собственной тяжести отклоняется кпереди. Однако, надо иметь в виду, что кольцо никогда не дает нам полной гарантии в том, что матка при всяких условиях сохранит свое правильное положение; поэтому у женщин, занимающихся физическим трудом, оперативное исправление ретроверзии-ретрофлексии матки заслуживает предпочтения (рис. 32).

После того как положение матки будет исправлено тем или иным способом, нам останется устранить те болезненные явления, которые связаны с застойной гиперемией в органах таза и проявляются в виде белей, обильных, частых и продолжительных месячных, болей в крестце, чувства тяжести внизу живота, нарушения работы мочевого пузыря и кишечника.

Именно здесь, поднимая вопрос о лечении метро-эндометрита, чрезвычайно важно точно установить, в каком периоде он находится, так как от этого будет зависеть выбор лечебного метода.

В тех случаях, когда воспалительный процесс в мышечной стенке и слизистой оболочке матки ограничивается только отеком тканей и мелкоклеточной инфильтрацией, т. е. когда мы будем иметь первый период болезни, там есть полное основание надеяться, что средства, сокращающие сосуды и мышцы маточной стенки, устранят явления гиперемии. Эти средства будут состоять в следующем: во-первых, внутрь следует назначать один из препаратов спорыньи, например, *extractum fluidum secalis cornuti* по 15—25 капель три раза в день; это средство можно давать в чистом виде или в комбинации с *extractum fluidum hydrastis canadensis* или *extractum fluid. viburni prunifolii* в той же дозировке; во-вторых, надо рекомендовать больной горячие влагалищные спринцевания или души; больная должна делать их лежа в постели утром и вечером, при чем кружку следует вешать повыше, жидкости брать немного, стакана 3 или 4, а температура, начиная с 32 градусов и прибавляя каждый день по одному градусу, должна быть доведена по крайней мере до 38 градусов; одним словом, спринцевания следует организовать так, чтобы термическое и механическое действие струи жидкости



Рис. 32. Кольцо *Hodge* in situ.



Кольцо *Hodge*'а.

Рис. 32.

было не продолжительно, но энергично; в-третьих, здесь можно применить вибрационный или ручной гинекологический массаж, чтобы таким путем вызвать рефлекторное сокращение мускулатуры матки.

Если бы эти меры не устранили вполне явлений эндометрита, то с успехом можно применить выскабливание слизистой оболочки полости матки.

Там, где воспалительный процесс уже достиг второго периода, и где имеется разрастание соединительной ткани еще без резко выраженной наклонности к рубцеванию и сморщиванию, будет показанным, кроме применения всех вышеназванных мер, назначить систематические впрыскивания в полость матки иодной настойки по 1—2 к. см, два или три раза в неделю, посредством шприца *Брауна*; смысл этих впрыскиваний состоит в том, что помимо местного прижигающего влияния на слизистую оболочку матки иод всасывается и способствует рассасыванию вновь образованной соединительной ткани; с этой же целью в последнее время предлагается применение подкожных впрыскиваний фибролизина; выскабливание слизистой оболочки в таких случаях нерационально, так как процесс здесь не огра-

ничивается слизистой оболочкой, а успел уже распространиться на мышечную стенку.

Наконец, в третьем периоде метро-эндометрита, когда рубцевание соединительной ткани успело зайти далеко, иногда единственным средством, могущим избавить больную от кровотечений, является удаление матки.

Для того, чтобы улучшить вообще кровообращение в области таза, можно с успехом пользоваться теплыми солено-хвойными ваннами.

Если неправильности со стороны мочеиспускания не удастся устранить общими мерами, то приходится прибегнуть к местному лечению в виде впрыскивания в уретру $1/4\%$ — $1/2\%$ раствора *argentum nitricum*.

Для устранения запоров приходится пользоваться легкими слабительными, например, *cascaia sagrada*.

Нам остается еще решить, какие принять меры для лечения эндометрита, проявляющегося образованием эрозии на влагалищной части. С этой целью мы обычно пользуемся смазываниями цервикального канала и влагалищной части 5% раствором *argentum nitricum* посредством зонда Плейфера, обмотанного ватой; кроме того, назначаются влагалищные спринцевания из теплой воды с прибавлением на каждые три стакана воды одной столовой ложки следующей смеси: *acetii pyroliginosi* 40,0; *acidi tannici* 40,0; в более упорных случаях можно применять ту же смесь в виде влагалищных ванночек при помощи тубчатого зеркала.

Переходя к нашей больной, мы можем наметить следующий план лечения: сперва произведем выскабливание полости матки, затем укоротим круглые связки посредством передней кольпотомии с одновременным удалением лоскута из передней стенки влагалища, наконец, закончим операцию восстановлением тазового дна по типу зашивания промежности при разрыве второй степени; при таком распределении все оперативное вмешательство может быть произведено в один прием со стороны влагалища; после того как закончится послеоперационный период, можно перейти к лечению ваннами, горячими влагалищными спринцеваниями с древесным уксусом и таннином и к назначению внутрь *extract. fluid. secalis cornuti* по 15 капель три раза в день, за несколько дней до и во время месячных.

Ruptura perinei grad. III; descensus vaginae, retroversio-retroflexio uteri, metro-endometritis, laceratio colli uteri, ectropioni.

Перейдем теперь к следующей больной; ее история болезни такова:

Больная Н. К., 24 лет, замужняя, прислуга, уроженка Новгородской губернии, русская.

В клинику она поступила несколько дней тому назад с жалобами на неправильные и обильные месячные, бели, боли в крестце, недержание газов и жидкого стула.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Каких-либо заболеваний в детстве больная не помнит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные пришли на шестнадцатом году, тип их установился сразу, и они стали приходить через 4 недели по 5 дней, без болей, не обильно. Последние месячные только что кончились.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с двадцати лет, при чем никаких уклонений в состоянии половых органов больная в связи с ней не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная была беременна только один раз, при чем беременность наступила вскоре после выхода замуж, протекала нормально и закончилась срочными родами. Рожала больная в родильном приюте, роды продолжались 36 часов и были закончены при помощи щипцов; ребенок родился мертвый; при родах произошел разрыв промежности, который был зашит, но швы нагноились, и разрыв не сросся. После родов больная лихорадила несколько дней и выписалась в конце третьей недели, при чем в это время у нее еще были кровянистые выделения, которые продолжались до шести недель и перешли в обильные месячные.

5. *Начало настоящего заболевания.* Со времени родов больная не чувствует себя вполне здоровой; месячные стали приходить чаще, иногда через три и даже через две недели; продолжительность их увеличилась до 8--10 дней, и они стали обильнее. Выделения не прекращались со времени родов, только изменили свой характер и из кровянистых перешли в гнойные. Вскоре после родов начались боли в крестце.

6. *Болела ли чем раньше?* Каких-либо общих или специально гинекологических заболеваний больная не указывает.

7. *Отправления кишечника.* Со стороны кишечника имеется склонность к запорам, которая обнаружилась только после родов; с этого же времени больная лишилась способности удерживать газы и жидкие испражнения.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Перед месячными больная замечает учащенные позывы.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (160 см), правильного сложения, кроме небольшого искривления нижних конечностей; питание плохое (вес 49 кг); жировой подкожный слой развит слабо; слизистые оболочки бледны. Внутренние органы нормальны; пульс 80 ударов в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 18 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах нормы от 36,5 до 36,8. При осмотре живота заметны *striae gravidarum*; при ощупывании брюшной области ничего ненормального не обнаружено. Измерение таза дало следующие результаты: *dist. trochanterica* 32 см, *dist. cristarum* 29 см, *dist. spinarum* 28,5 см, *conjugata externa* 18 см, *conjugata diagonalis* 10 см; таким образом таз оказывается плоским рахитическим.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; при раздвинутых ногах половая щель зияет: в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа звездчатый рубец; мышечное тело акушерской промежности разрушено, и влагалищный вход отделяется от заднепроходного отверстия только узким рубцовым мостиком; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища синюшная; передняя стенка влагалища опущена и выпячивается во влагалищный вход; при кашле и натуживании это выпячивание увеличивается. При внутреннем исследовании влагалищная часть матки оказывается цилиндрической формы, плотная, величина ее нормальна; наружный зев имеет вид поперечной щели с боковыми надрывами, при чем справа надрыв распространяется почти до свода; наружный зев обращен кпереди от проводной оси таза. Тело матки прощупывается через задний свод и образует с шейкой угол, открытый кзади; консистенция матки плотная, величина ее больше нормальной; ощупывание болезненно, подвижность матки нормальна. В придатках, клетчатке и брюшине таза изменений нет. При осмотре зеркалом во влагалище оказываются слизисто-гнийные выделения в умеренном количестве; слизистая оболочка синюшна; передняя и задняя губы влагалищной части несколько развернуты, и глазу доступна часть слизистой оболочки цервикального канала, отличающаяся от окружающих тканей своим красноватым цветом. При измерении зондом длина всей полости матки равна 9 см.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.* Суточное количество мочи 2100 куб. см; цвет янтарножелтый; удельный вес 1014; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, обнаруживающий под микроскопом единичные белые кровяные шарики и довольно много эпителия мочевых путей.

б. *Исследование крови.* Число эритроцитов равно 4.100.000; процентное содержание гемоглобина равняется 52%; показатель окраски 0,75; общее число лейкоцитов равняется 7600.

с. Бактериологическое исследование. Исследование выделений из влагалища на присутствие в них гонококков дало отрицательный результат. Степень чистоты влагалищного содержимого IV; реакция щелочная.

d. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

Для того, чтобы в данном случае выяснить сущность заболевания, проследим внимательно анамнез и объективное исследование.

Начиная с анамнеза, мы можем отметить, что ни в детском возрасте больной, ни при наступлении половой зрелости, ни при начале половой жизни никаких отклонений от нормального состояния здоровья не обнаружено, и таким образом мы имеем основание считать, что развитие полового аппарата совершалось правильно, и что инфекции гонококками при начале половой жизни не было. Дальнейшим подтверждением тому, что половые органы у нашей больной к началу ее замужества находились в здоровом состоянии, служит то обстоятельство, что первая беременность наступила вскоре после начала половой жизни и протекала правильно.

Первая ненормальность, на которую приходится обратить внимание, состояла в том, что роды продолжались 36 часов, т. е. значительно дольше обычного, что они были закончены щипцами и осложнились разрывом промежности, который был зашит, но швы нагноились, и сращение не было достигнуто.

Далее следует отметить, что больная после родов несколько дней лихорадила, и что кровянистые выделения после родов продолжались до шести недель и закончились обильными месячными.

Начиная с родов, больная уже не чувствовала себя вполне здоровой, так как месячные изменили свой прежний характер и стали обильнее и чаще; кроме того, появились гнойные бели и боли в крестце.

Из приведенных данных анамнеза мы можем сделать тот вывод, что роды оставили после себя изменения в половых органах больной, при чем характер жалоб больной говорит скорее всего за метроэндометрит, развившийся вследствие послеродовой инфекции.

Перейдем теперь к оценке данных, полученных нами при исследовании больной.

При общем исследовании мы могли отметить только явления истощения больной, сказывающиеся в бледности слизистых оболочек, в слабом развитии подкожного жирового слоя и в относительно низком весе больной по сравнению с ее ростом. Кроме того, измерение таза обнаружило его ненормальное строение, при чем полученные размеры заставляют признать его за плоский рахитический таз, что подтверждается также искривлением нижних конечностей.

При гинекологическом исследовании нами были обнаружены следующие отклонения от нормального состояния половых органов: половая щель зияет; в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа имеется звездчатый рубец; мышечное тело акушерской промежности разрушено, и влагалищный вход отделяется от заднепроходного отверстия только узким рубцовым мостиком; окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища синевата; передняя стенка влагалища опущена и выпячивается наружу, при чем это выпячивание усиливается при кашле и натуживании; влагалищная часть матки плотнее нормального; на ней имеются боковые надрывы, из которых левый глубже и распространяется почти до бокового свода;

матка находится в ретроверзии-ретрофлексии; консистенция ее плотная, величина больше нормальной, ощупывание болезненно; длина всей полости матки равняется 9 см; из матки выделяются слизисто-гнийные зеленоватые бели (рис. 33 и 34).

На основании сказанного мы можем кратко формулировать полученные нами анатомические изменения в половых органах больной так:

Ruptura perinei grad. III. Descensus partis anterioris vaginae. Retroversio-retroflexio uteri. Metroendometritis. Laceratio colli uteri. Ectropion.



Рис. 33. *Ruptura perinei completa inveterata.*



Рис. 34. *Laceratio colli uteri; ectropion.*

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы привести в определенную систему полученные данные, выяснить время, причину и способ происхождения найденных изменений и определить их отношение к жалобам больной.

Что касается времени возникновения некоторых из приведенных изменений, то разрыв промежности и надрывы на шейке, несомненно, относятся к родам и, по всей вероятности, являются непосредственным следствием извлечения плода щипцами, при чем предрасполагающим обстоятельством могло послужить истощение и плохое питание больной, благодаря чему сопротивляемость тканей была понижена.

Остальные изменения в половом аппарате нашей больной должны были развиваться в такой последовательности: на почве разрыва промежности сперва образовалось опущение передней стенки влагалища, затем последнее повлекло за собою смещение влагалищной части кпереди по направлению к лону, благодаря чему тело матки должно было отклониться кзади, другими словами образовалась ретроверзия матки; вызванная ею застойная гиперемия в матке способствовала нарушению тонуса мышечной стенки матки, вследствие чего тело матки под действием внутрибрюшного давления отклонилось еще более кзади, и ретроверзия перешла в ретроверзию-ретрофлексию матки; такое положение матки должно было в еще большей мере нарушить кровообращение в ней, и таким образом создались условия, благоприятствующие развитию метро-эндометрита.

Разрывы на влагалищной части тоже не могли остаться без влияния; именно, они прежде всего вызвали расхождение передней и задней губ *portio vaginalis* или так называемый *ectropion*, благодаря чему впослед-

ствии должен быть развится метрит шейки матки и воспаление слизистой оболочки цервикального канала или эндоцервицит.

Вот в основных чертах те изменения, которые должны были развиться на почве повреждения мягких родовых путей во время родов. Однако, в настоящем случае имеется еще одно обстоятельство, которое тоже не могло остаться без влияния. Мы имеем в виду указания больной в анамнезе на то, что послеродовой период осложнился повышением температуры, т. е. что здесь имела место какая то инфекция.

Так как по словам больной разрыв промежности был зашит непосредственно после родов, но в швах произошло нагноение, и они не срослись, то можно было бы думать, что повышение температуры зависело от этого; однако мы, во-первых, обычно не наблюдаем повышения температуры при нагноении в швах, наложенных на разрыв промежности, так как рана поверхностная и открытая, благодаря чему всасывание токсинов незначительно; во-вторых, больная указывает нам на то, что кровянистые выделения после родов продолжались у нее в течение шести недель вместо обычных 10 дней, другими словами, обратная инволюция матки совершалась неправильно, что должно вызвать у нас подозрение на возможность здесь эндометрита, возникшего непосредственно после родов благодаря инфекции, проникшей в полость матки. Подозрение это становится тем более вероятным, что роды тянулись необычно долго и потребовали оперативного вмешательства, связанного с манипуляциями в родовых путях; кроме того, непосредственно после родов появились выделения, которые приняли гноевидный характер и продолжают до сих пор, а со стороны месячных обнаружилось изменения, состоящие в том, что они стали приходить чаще и сделались продолжительнее и обильнее.

Принимая в соображение все вышесказанное, мы имеем основание думать, что в развитии метро-эндометрита здесь сыграла большую роль, помимо разрыва промежности и связанного с ним смещения тазовых органов, имевшая место послеродовая инфекция, которая вызвала недостаточную обратную инволюцию матки.

Таким образом в настоящем случае мы можем представить себе развитие хронического метрита приблизительно так, как это делает W. Fletcher Shaw, т. е. что анатомические изменения в мышечной стенке матки состоят в резком увеличении количества эластических волокон, хотя на ряду с этим весьма возможно допустить и усиленное развитие соединительной ткани, как результат воспалительного процесса.

Признав у нашей больной наличие метро-эндометрита, мы должны решить, какому периоду данной формы заболевания отвечают найденные нами изменения в матке. Так как матка по своей величине превышает нормальные размеры и так как консистенция матки плотнее нормальной, то мы должны признать, что имеем здесь метрит во втором периоде его развития, так как на первый план выступает уже не застойная гиперемия с отеком стенки матки, а гипертрофия соединительной ткани, которая еще не успела перейти в состояние сморщивания и рубцевания. В слизистой оболочке матки изменения сводятся к гипертрофии межжелудистой ткани и к усиленной васкуляризации ее, а с другой стороны имеется также гипертрофия и гиперплазия желез; таким образом по характеру анатомических изменений мы можем признать здесь эндометрит железисто-интерстициальный, а по клиническим симптомам, состоящим в меноррагии и гиперсекреции желез, эндометрит катарально-геморрагический.

Что касается анатомических изменений специально в шейке матки, то они отчасти являются результатом общего метро-эндометрита, отчасти же зависят от разрыва шейки и образовавшегося на этой почве зияния цервикального канала; благодаря последнему обстоятельству слизистая оболочка цервикального канала становится более доступной различным вредным влияниям, и в ней развивается воспалительный процесс, который главным образом отражается на состоянии желез, вызывая гиперсекрецию; эта последняя сказывается как в увеличении количества вязкого слизистого секрета, так и в растяжении и переполнении отдельных желез их содержимым, благодаря чему образуются так называемые *ovula Nabothi*.

Если наше предположение о недостаточном обратном развитии матки после родов в данном случае правильно, то мы можем здесь несколько иначе объяснить происхождение ретроверзии-ретрофлексии матки; именно, помимо влияния разрыва промежности и связанного с ним опущения тазовых органов, существенную роль в этом отношении могло сыграть зависящее от субинволюции матки состояние ее мышечной стенки; оно должно было заключаться в том, что матка дольше обычного оставалась увеличенной и относительно тяжелой, при чем мышечная стенка не имела своего нормального тонуса; вполне естественно ждать в подобных случаях, что такая матка под влиянием внутрибрюшного давления, особенно при длительном лежании лихорадящей родильницы на спине, легко может перейти в положение ретроверзии, а затем и ретрофлексии. Таким образом в подобном случае независимо от степени нарушения целостности промежности, независимо даже вообще от состояния тазового дна, мы в конечном результате должны ожидать образования ретроверзии-ретрофлексии матки, сопровождающейся всеми явлениями метро-эндометрита.

Установив время, причину и способ возникновения, а также сущность имеющихся в данном случае анатомических изменений в половых органах, посмотрим, насколько они могут служить причиной имеющихся жалоб больной.

Как мы видели из слов больной, они состоят в недержании газов и жидкого стула, в частых, длительных и обильных месячных, в белях и в болях в крестце.

Что касается первой жалобы на недержание газов и жидкого стула, то она без труда может быть объяснена характером нарушения целостности промежности, так как разрыв распространился здесь на всю акушерскую промежность вплоть до прямой кишки и, следовательно, кроме *m. constrictor cunni* и *centrum tendineum perinei* нарушена также целостность *m. sphincter ani externus*.

Остальные жалобы на меноррагии, бели и боли в крестце являются результатом имеющегося у больной метро-эндометрита.

Наконец, нам остается установить в настоящем случае предсказание и наметить план лечения.

Что касается первого, то в отношении восстановления целостности промежности предсказание должно быть признано безусловно благоприятным, так как зашивание промежности не представляет здесь каких либо специальных трудностей, а вместе с этим должны исчезнуть жалобы на недержание газов и жидкого стула.

Совершенно иным будет предсказание относительно возможности устранить остальные жалобы. Так как они зависят от метро-эндометрита, который уже успел зайти довольно далеко, а именно перешел во

второй период, то надеяться на полное излечение здесь, конечно, не может быть никакого основания, и все будет сводиться только к тому, насколько мы будем в состоянии воспользоваться лечением симптоматическим.



Рис. 35. Способ окровавления при полных разрывах промежности по Freund'у.

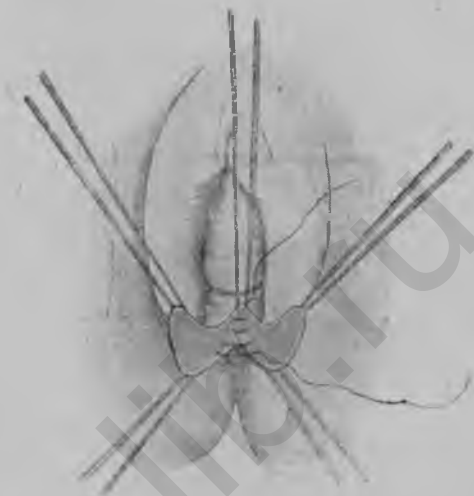


Рис. 36. Способ наложения с'емного проволочного шва на стенку прямой кишки.

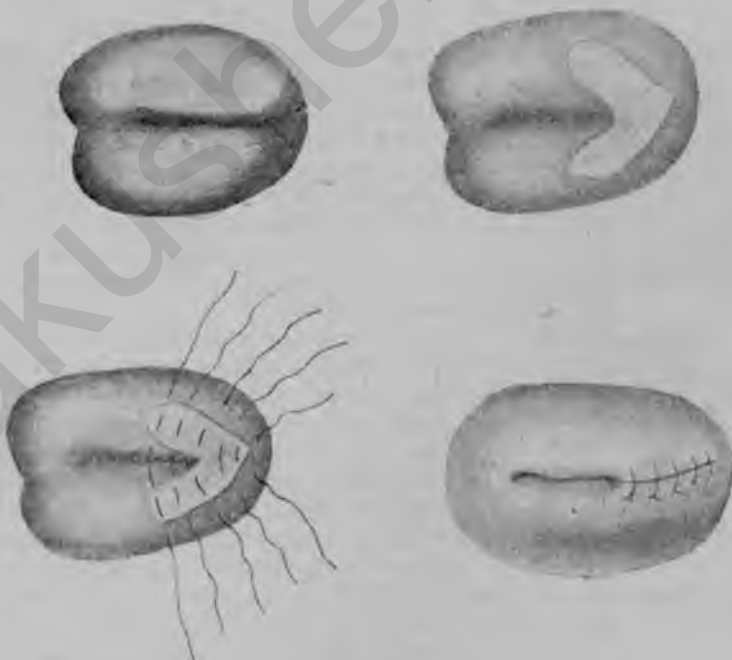


Рис. 37. Операция Emmet'a при laceratio colli uteri.

В подобных случаях, когда время для радикального лечения уже упущено, становится особенно очевидным то значение, которое имеет

рофилактика таких заболеваний. Если бы здесь своевременно было распознано неправильное положение матки, и была бы дана верная оценка тем последствиям, которыми оно угрожает, то оказалось бы



Рис. 38. Laceratio colli и гипертрофия шейки.



Рис. 39. Клиновидное иссечение влагалищной части.

Excisio cuneiformis по *Schröder'y*.

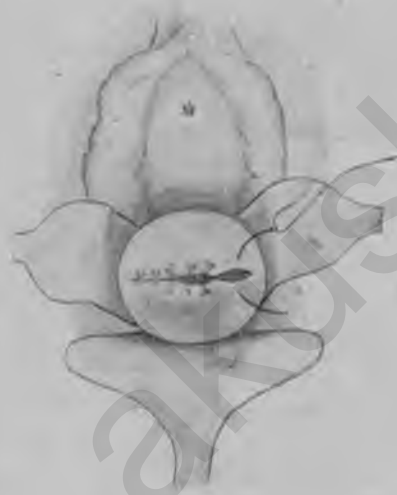


Рис. 40. Наложение швов при клиновидной эксцизии.

чрезвычайно просто их предупредить; поэтому следует признать обязательным производить внутреннее исследование каждой родильницы прежде, чем ей будет разрешено встать или выписаться из родильного учреждения; второе внутреннее исследование должно быть произведено по истечении шести недель после родов, когда заканчивается обратное развитие матки.

Если при исследовании окажется, что матка отклонена кзади и что обратное развитие ее совершается недостаточно энергично, то применением кольца Hodge в комбинации с горячими влагалищными спринцеваниями и с назначением внутрь препаратов спорыньи мы легко можем достигнуть стойкого устранения названных изменений.

Что касается лечения подобных больных, то оно распадается на два момента. Во-первых, должна быть восстановлена целостность промежности и влагалищной части матки; во-вторых, должны быть устранены явления, зависящие от метро-эндометрита.

Зашивание промежности при разрывах третьей степени по своей технике несколько отличается от зашивания промежности при разрыве второй степени. Различие будет заключаться в том, что для восстано-



Рис. 41. Направление разреза.



Рис. 42. Удаление влагалищной части. Круговая ампутация шейки.

вления сфинктера прямой кишки и создания тела промежности форма окровавления должна быть не в виде треугольного лоскута, а в виде бабочки по способу, предложенному *Freund*'ом. Кроме того, при зашивании полных разрывов промежности особенно хорошую услугу всегда нам оказывало применение с'емного непрерывного проволочного бронзо-алюминиевого шва, как при соединении краев слизистой оболочки прямой кишки, так и при соединении мышц промежности; названный шов накладывается в таких случаях в два этажа (рис. 35 и 36).

Восстановление целостности влагалищной части матки обычно производится по способу, предложенному *Emmet*'ом, который состоит в образовании небольших поверхностей окровавления на передней и задней губе соответственно месту разрыва (рис. 37).

Устранив нарушение в половых органах, причиненные травмой, переходим к лечению метро-эндометрита. Как нами уже было указано, оно в данном периоде болезни должно будет ограничиться главным образом лечением симптоматическим, именно, назначением внутрь средств, вызывающих сокращение мышц и сосудов матки, в виде: *extr. fluid. secalis cornuti*, *extr. fluid. viburni prunifolii* или *extr. fluid. hyd-*



Рис. 43. Наложение швов.

tastis canadensis, которые применяются во время месячных; кроме того, хорошие результаты может оказать систематическое впрыскивание в полость матки иодной настойки; наконец, некоторую пользу могут принести горячие влагалищные спринцевания под высоким давлением.

Для лечения эндоцервицита, кроме дезинфицирующих спринцеваний, приходится пользоваться систематическим смазыванием слизистой оболочки цервикального канала раствором серебра в виде *solutio argenti nitrici 5%* при помощи зонда *Плейфера*, обернутого тонким слоем ваты.

Наконец, в тех случаях, где метрит шейки выражен резко, приходится прибегать к оперативному вмешательству, которое будет состоять или в клиновидной эксцизии влагалищной части матки по способу, предложенному *Schröder*'ом (рис. 38—40), или в круговой ампутации шейки (рис. 41—43).

Эти оперативные приемы имеют целью удалить избыток ткани шейки и придать ей правильную форму.

акusher-lib.ru

Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus; prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri

История болезни следующей больной такая:

Больная О. С., 52 лет, вдова, кухарка, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику она поступила шесть дней тому назад с жалобами на кровянистые выделения, тяжесть внизу живота и ощущение какого то постороннего тела в области наружных половых частей.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная не помнит, болела ли она чем нибудь в детстве.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году и стали приходить через четыре недели по 4 дня без болей и не обильно; последние пять лет месячные приходили чаще, обильнее и иногда продолжались около двух недель; прекратились месячные совершенно три года тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная начала жить половой жизнью на двадцать-втором году и в связи с этим никаких уклонений в состоянии половых органов не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, протекавшая правильно и закончившаяся нормальными срочными родами живым ребенком; рожала больная в приюте и выписалась домой на восьмой день вполне здоровая; она кормила грудью в течение года, причем месячных во время кормления не имела; после прекращения кормления месячные вскоре восстановились, сохранив прежний характер. Через два года после первых родов больная забеременела снова, и роды и послеродовой период прошли также благополучно, хотя она рожала дома с повивальной бабкой; месячные появились тоже через год после родов, когда больная прекратила кормление. Больше родов не было, но были еще две беременности, закончившиеся выкидышами на третьем и втором месяцах; причину выкидышей больная установить не может; оба раза больная лежала в больнице, где ей делали выскабливание, при чем она быстро поправлялась; последний выкидыш был двадцать лет тому назад.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная отмечает, что спустя три или четыре года после вторых родов месячные постепенно сделались более обильными и продолжительными, и одновременно с этим появились бели и тянущие боли в крестце; через два с половиною года после того, как месячные совершенно прекратились, т.е. около

шести месяцев тому назад, начались постоянные кровянистые выделения в небольшом количестве, и вместе с этим больная стала жаловаться на ощущение постороннего тела в области наружных половых частей.

6. *Болела ли чем раньше?* Каких либо общих или специально гинекологических заболеваний больная не указывает.

7. *Отправление кишечника.* Со стороны кишечника наблюдаются постоянные запоры.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Больная жалуется на появляющиеся в последнее время затруднения при мочеиспускании; как она говорит, „мочу закладывает“.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста (156 см), правильного сложения, неудовлетворительного питания (вес 48 кг); жировой слой развит недостаточно; видимые слизистые оболочки нормальной окраски; кожа на лице и теле дряблая, морщинистая, так что больная выглядит старше своих лет. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют; пульс 84 удара в минуту, ровный, напряженный; поверхностные артерии плотные; число дыханий 20 в минуту, дыхание правильного типа; температура держится в пределах нормы от 36,4 до 36,9. При осмотре живота определяется расхождение прямых мышц; при ощупывании брюшной области оказываются несколько опущенными печень и правая почка; других ненормальностей нет.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые части дряблые, жировой слой отсутствует; при раздвинутых ногах половая щель зияет, и из влагалищного входа выпячивается влагалищная часть матки и нижняя треть передней влагалищной стенки. Окраска слизистой оболочки влагалища бледная, слегка синюшная; только вокруг наружного маточного зева, представляющего собою поперечную щель с боковыми надрывами, имеется ярко красное кольцо шириною от одного до двух сантиметров с неровными, резко очерченными краями. Это красное поле представляет собою язву с гладким дном, кровоточащим при дотрагивании. При натуживании выпячивающееся из влагалищного входа тело значительно увеличивается, и обнаруживаются вся передняя, задняя и боковые стенки влагалища, представляющие собою мешок, в котором можно ощупать плотный тяж толщиной в палец, идущий кверху и теряющийся в малом тазу; этот тяж является продолжением влагалищной части матки и соответствует ее шейке. Пальцем, введенным в прямую кишку, удается ощупать небольшое тело матки, которое служит непосредственным продолжением упомянутого тяжа; прощупать трубы и яичники не удается; клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают. При введении зонда через наружный зев длина всей полости матки равняется 12 см, при чем из них 8 см приходится на длину шейки и только 4 см приходится на длину полости тела матки. Введенным в мочевой пузырь катетером удается установить, что часть мочевого пузыря в виде cystocele помещается в выпячивающемся наружу влагалищном мешке. Прямая кишка тоже дает выпячивание в задний отдел этого мешка, образуя rectocele. После того, как выпячивающееся наружу тело вправлено в малый таз, в области кожи промежности и слизистой оболочки влагалищного входа обнаруживается старый рубец; промежность укорочена; расстояние от влагалищного входа до заднего прохода не больше двух сантиметров.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1900 к. см; цвет соломенно-желтый; удельный вес 1011; белка, сахара и других патологических химических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, состоящий из фосфатов, белых кровяных шариков и порядочного количества эпителия мочевых путей.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равно 4.400.000; процентное содержание гемоглобина равно 72%; показатель окраски 0,84; общее число лейкоцитов равняется 7800.

с. Бактериологическое исследование. Таковое произведено не было.

д. Биологические реакции. Таковых произведено не было.

И в данном случае для выяснения сущности заболевания мы сперва остановимся на тщательном разборе анамнеза.

Здесь мы должны отметить следующее: так как детский возраст нашей больной и период наступления половой зрелости не обнаружили никаких отклонений от нормы, то мы с известной вероятностью можем исключить у нее неправильности в развитии полового аппарата, тем более, что первая беременность наступила вскоре после выхода замуж, протекала правильно и закончилась нормальными родами; далее, так как при начале половой жизни больная не отмечает ни рези при мочеиспускании, ни белей, то мы можем исключить также возможность гонококковой инфекции, по крайней мере, в это время; наконец, так как больная впервые отмечает неправильности месячных; появление белей и тянущих болей в крестце спустя некоторое время после вторых родов, то мы можем допустить, что именно эти роды играют известную роль в возникновении всех названных жалоб, хотя они обнаружилились только спустя три или четыре года после родов; то обстоятельство, что последовавшие за вторыми родами две беременности закончились выкидышами без определенной причины, только подтверждает наше предположение, что эти роды вызвали какие то изменения в половых органах нашей больной.

Покончив с анамнезом, перейдем к оценке тех данных, которые нами получены при объективном исследовании.

Главные изменения, которые мы можем отметить в половом аппарате, здесь сводятся к следующему: в области промежности имеется рубец, являющийся результатом разрыва второй степени, который произошел при одних из бывших родов; матка находится в состоянии неполного выпадения, понимая под этим смещение матки книзу по проводной оси таза, когда влагалищная часть матки уже выступает за пределы влагалищного входа, но в полости малого таза еще остается более или менее значительная часть матки; вышеприведенное определение мы применяем для отличия от опущения матки, „descensus uteri“, когда влагалищная часть матки еще не успела выступить за пределы introitus vaginae; полным же выпадением матки в отличие от неполного мы называем такое ее состояние, когда вся матка, т.-е. ее шейка и тело, уже находится вне полости малого таза; далее, здесь имеется полное выпадение влагалища, так как стенки влагалища всей своей поверхностью находятся снаружи вне малого таза; кроме того имеется истончение и удлинение шейки матки, при чем последняя вместо 2—3 см равняется здесь 8 см; влагалищная часть матки тоже обнаруживает некоторые изменения, состоящие в изъязвлении ее по окружности наружного зева; наконец, мочевого пузыря и прямая кишка

тоже принимают участие в смещении, и определенные участки их стенок располагаются в мешке, образованном влагалищем и выпячивающемся наружу (рис. 44 и 45).

Формулируя коротко приведенные анатомические изменения, мы приходим к следующему диагнозу:

Ruptura perinei inveterata grad. II; prolapsus uteri incompletus et prolapsus vaginae completus; elongatio colli uteri; exulceratio portiois vaginalis; cystocele et rectocele.

Теперь нам предстоит привести в систему все полученные нами данные, выяснить время, причину и способ происхождения найденных нами изменений и определить их отношения к жалобам больной.



Рис. 44. Prolapsus uteri (наружный вид).



Рис. 45. Prolapsus uteri (на поперечном разрезе).

Возникновение данного состояния половых органов нашей больной мы можем представить себе следующим образом: вследствие разрыва промежности, происшедшего, вероятно, во время вторых родов, когда больная рожала дома, образовалось опущение передней влагалищной стенки, которое, постепенно увеличиваясь, повело за собою смещение влагалищной части матки кпереди, а тела матки кзади; другими словами, образовалась ретроверзия матки; была ли здесь также и ретрофлексия матки, нельзя сказать с уверенностью, так как при постепенном смещении матки книзу угол между телом и шейкой мог со временем выпрямиться; в дальнейшем на почве неправильного положения матки, под влиянием вызванной им застойной гиперемии, должны были возникнуть воспалительные изменения в тканях матки, т. е. метро-эндометрит, что находит себе подтверждение в том, что за последние пять лет до полного прекращения месячных они приходили чаще и сделались обильнее и продолжительнее; эти же изменения в матке, вероятно, послужили причиной для выкидышей; после того, как матка пришла в состояние ретроверзии, возник целый ряд условий, благоприятствующих поступательному движению матки книзу по направлению к тазовому выходу: во-первых, под влиянием застойной гиперемии, распространяющейся и на связочный аппарат матки, должна была в значительной степени пострадать эластичность и устойчивость послед-

него; во-вторых, вследствие отклонения матки кзади должен был образоваться избыток длины широких маточных связок, так как точки прикрепления их медиальных концов к углам матки должны были приблизиться вместе с телом матки к точкам прикрепления их латеральных концов на стенке таза соответственно крестцово-подвздошным сочленениям; таким образом, фиброзные тяжи, образующие верхние ребра широких связок в виде *ligamentum ovarii proprium* и *ligamentum infundibulopelvicum* теряют способность удерживать матку от смещения вниз по проводной оси таза.

Совокупность обоих приведенных причин лишала тазовые органы их нормальной устойчивости по отношению к действию внутрибрюшного давления.

К этим двум основным причинам присоединилась в данном случае еще физиологическая атрофия тканей, зависящая от возраста больной, а также скудная наличность жировой клетчатки, которая при нормальных условиях играет не последнюю роль в поддержании тазовых органов в их надлежащем положении; наконец, известное значение здесь имеет нарушение целостности тазового дна.

На первом месте, конечно, надо поставить две первые причины, так как при ретроверзиях матки, развившихся в детском возрасте, растущий одновременно с маткой связочный аппарат приспосабливается к создавшимся условиям, и опущение матки наблюдается реже, чем в тех случаях, где ретроверзия развилась в зрелом возрасте, когда рост полового аппарата уже закончился.

Кроме того, опущение и выпадение матки наблюдается нередко у женщин, еще не достигших климактерического возраста, где, следовательно, еще нет физиологического увядания тканей, а также у женщин с вполне удовлетворительным питанием и целым тазовым дном.

Целость тазового дна, как механическое препятствие для выпадения матки, имеет только относительное значение, так как, во-первых, можно привести целый ряд случаев, где причиной выпадения матки служила ее ретроверзия, образовавшаяся вследствие послеродовой субинволюции половых органов, и где тазовое дно находилось в полной исправности; во-вторых, мы можем в этом убедиться, если при нарушенной целостности тазового дна и одновременном существовании ретроверзии матки мы ограничимся только зашиванием промежности; при этих условиях рано или поздно все-таки образуется опущение матки.

В этом и состоят основные черты того механизма, по которому совершается смещение матки книзу, при чем от невинного на первый взгляд разрыва промежности дело может дойти до полного выпадения матки и влагалища.

Столь значительное смещение матки и влагалища, конечно, должно отразиться и на положении соседних органов малого таза. Прежде всего это сказывается на положении мочевого пузыря и вызывает значительное опущение его задней стенки, образующей дивертикул, в котором моча легко задерживается, инфицируется и ведет к развитию цистита. Благодаря перегибу мочеиспускательного канала, происходящему вследствие опущения мочевого пузыря, опорожнение мочи становится иногда совершенно невозможным; мочевой пузырь растягивается до крайних пределов и, если это продолжается долго, то может развиться омертвление стенки пузыря, которое может вызвать тяжелые последствия, а иногда даже заражение крови и смерть больной.

Прямая кишка тоже нередко смещается вместе с задней стенкой влагалища, образуя rectocele; однако, надо иметь в виду, что для прямой кишки это смещение далеко не так обязательно, как для мочевого пузыря, так как анатомическая связь между кишкой и стенкой влагалища менее тесная. Значение rectocele тоже гораздо менее серьезно, так как оно не влечет за собою каких-либо опасных для больной осложнений, кроме запоров.

Иногда приходится наблюдать также и другие осложнения, стоящие в связи с опущением матки; так, например, у нашей больной при измерении матки зондом мы могли определить значительное удлинение шейки: из общей длины всей полости матки, которая равняется 12 см, только 4 см приходится на длину полости тела матки и 8 см на расстояние от наружного до внутреннего зева. Увеличение длины шейки зависело здесь не от гипертрофии влагалищной части матки, а от изменения ее надвлагалищной части, т. е. отдела шейки, простирающегося от места прикрепления сводов влагалища кверху до области внутреннего зева.

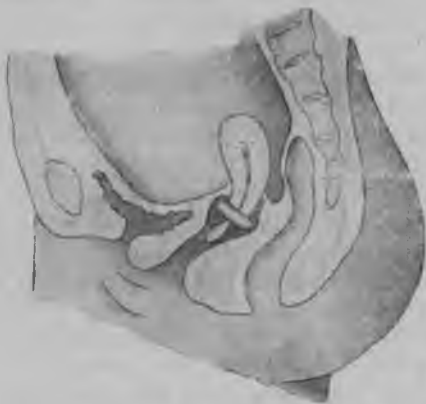


Рис. 46. Кольцо Menge in situ.

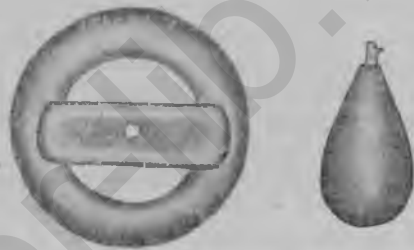


Рис. 47. Кольцо Menge в разобранном виде.

Как мы определили при исследовании, в выпячивающемся мешке влагалища можно было прощупать тяж толщиной в палец, который по своему положению соответствовал шейке матки, служил непосредственным продолжением влагалищной части, а кверху переходил в тело матки; следовательно, мы имели здесь не только удлиненную, но вместе с тем и утонченную шейку, и поэтому объяснить себе увеличение длины шейки в этом случае мы должны таким образом: опущение матки, достигнув известной степени, встретило в дальнейшем на своем пути препятствие со стороны связочного аппарата матки в лице ligamentum cardinale и, благодаря этому, тело матки, расположенное выше названной связки, должно было задержаться в своем поступательном движении книзу, в то время как атрофированная под влиянием возраста ткань шейки начала вытягиваться по длине под тяжестью влагалищных стенок, и это растяжение достигло такой степени, что дало возможность влагалищной части матки и сводам спуститься за пределы влагалищного входа.

Второе осложнение, которое мы могли отметить у нашей больной, состоит в изъязвлении влагалищной части. Оно представляет собою не что иное, как результат травмы от постоянного трения влагалищной части матки о кожу бедер, белье и т. д.; наличие изъязвления объясняет собою жалобу больной на постоянные кровянистые выделения.

Точное выяснение характера язвы, имеющейся у нашей больной, представляет серьезное значение, так как в этом возрасте, как известно, нередко приходится наблюдать раковое поражение влагалищной части матки, и несвоевременное его распознавание может иметь для больной непоправимые последствия.

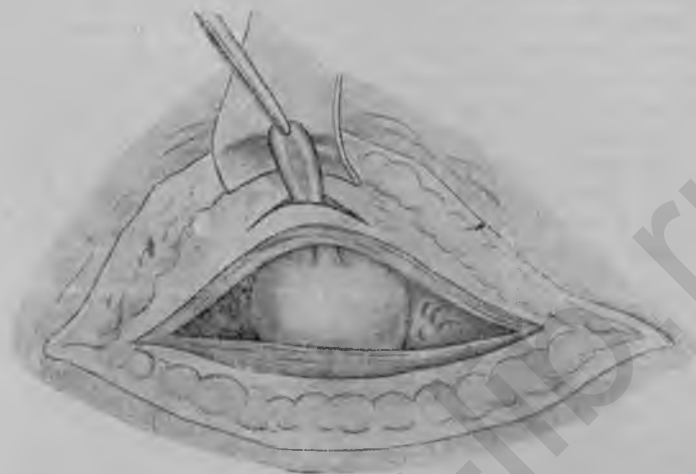


Рис. 48. Выведение круглой связки через разрез в передней брюшной стенке

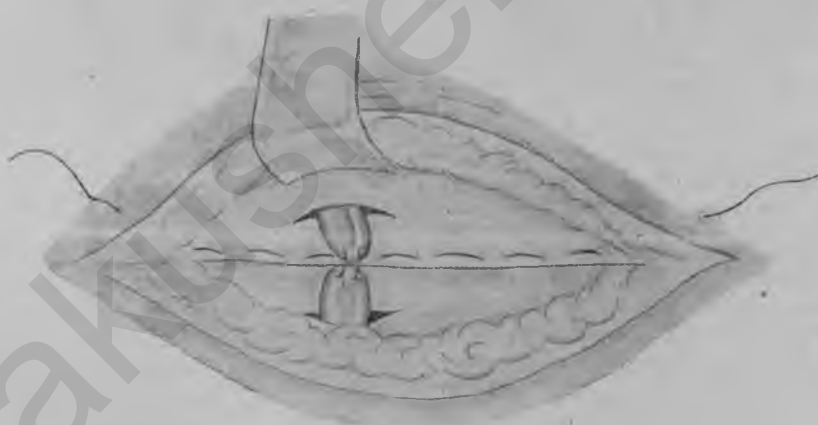


Рис. 49. Укрепление круглых связок поверх апоневрозов.

Вентрофиксация с укорочением круглых связок по способу Doléris-Gilliam'a.

В данном случае диагноз не представляет больших затруднений, так как, во-первых, здесь достаточно ясно определяется этиологический момент, вызвавший образование язвы, а во-вторых, поверхностное ее расположение, наличие резко очерченных краев и гладкого дна говорит против карциноматозной язвы, являющейся результатом распада ракового инфильтрата.

Закончив этим оценку полученных нами данных, перейдем к установке предсказания и выбора метода лечения в нашем случае.

Что касается первого, то оно должно быть признано здесь вполне благоприятным, так как мы имеем возможность устранить как выпадение матки и влагалища, так и все связанные с этим жалобы больной.

Для достижения этой цели можно воспользоваться двумя способами лечения: неоперативным или оперативным.

В первом случае лечение будет состоять в том, что матка и влагалище вправляются в малый таз и удерживаются на месте специальным pessarium. Прежде для этого пользовались обыкновенно круглыми толстыми кольцами *Mayera* из мягкой резины или из твердого каучука; однако, они имеют тот недостаток, что мягкие кольца, хотя и вводятся легко, но зато быстро портятся во влагалище и меняют свою форму; кроме того, они способствуют образованию кольпита, так как их стенка пропитывается влагалищными выделениями, которые таким образом задерживаются и начинают разлагаться; твердые же кольца не обладают последним недостатком, но вводятся с трудом и при введении



Рис. 50. Colporhexia anterior по Снегиреву.



Рис. 51. Операция *P. Müller'a*.

причиняют боль. Поэтому мы сейчас пользуемся в подобных случаях кольцом, предложенным *Menge*; оно состоит из твердого каучукового толстого, круглого кольца с поперечной перекладкой, снабженной отверстием по середине, в которое при помощи специального затвора укрепляется грушевидный каучуковый пелот. Преимущество этого кольца состоит в том, что можно пользоваться кольцами меньшего размера, так как пелот не позволяет кольцу изменять во влагалище свое положение и этим мешает ему выпасть (рис. 46 и 47).

Но какова бы ни была система кольца, мы пользуемся кольцами только в тех случаях, где есть противопоказание к оперативному лечению, так как кольцо требует постоянного наблюдения и его сравнительно часто приходится менять во избежание пролежней.

Для оперативного лечения выпадения матки предложен целый ряд способов. Наиболее старым из них является операция, состоящая в прикреплении матки тем или иным путем к передней брюшной стенке или *ventrofixatio uteri*. Сейчас мы сравнительно часто пользуемся этой операцией, так как она дает довольно надежные результаты, при условии, что мышцы передней брюшной стенки хорошо сохранены; производство этой операции мы считаем специально показанным, когда,

кроме выпадения матки, имеется опухоль придатков, грыжа белой линии или другие осложнения, требующие вскрытия брюшной полости через разрез передней брюшной стенки.

В таких случаях в настоящее время мы пользуемся способом, предложенным *Doleris* и видоизмененным *Gilliam*'ом; состоит он в том, что, несколько отступя от краев срединного разреза брюшной стенки, делают с каждой стороны небольшие отверстия через брюшину, прямые



Рис. 52. Вскрытие брюшины переднего Дугласова пространства.



Рис. 53. Выведение тела матки во влагалище.

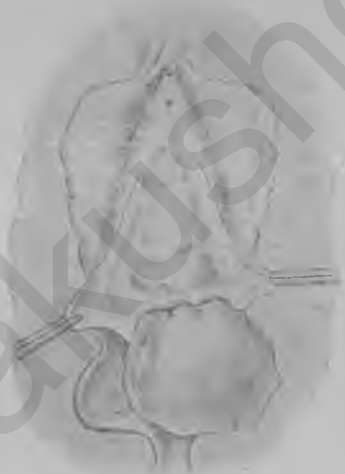


Рис. 54. Укрепление края брюшины к задней поверхности матки.



Рис. 55. Покрытие матки лоскутами передней влагалищной стенки.

Interpositio uteri vesico-vaginalis.

мышцы и апоневрозы косых мышц и через них выводят наружу петли круглых связок, которые после закрытия разреза брюшины и апоневроза соединяются между собою несколькими тонкими шелковыми швами, а затем соединяются края кожного разреза (рис. 48 и 49).

Кроме операции *ventrofixatio uteri* для той же цели можно воспользоваться способом, предложенным *Снегиревыми*, состоящим в том, что через разрез брюшной стенки над Пупартовой связкой с каждой стороны прикрепляют к названной связке выпяченные пальцем со стороны влагалища боковые его своды (рис. 50).

Далее, для той же цели можно применить операцию *P. Müller'a*, которая заключается в том, что удаляется все влагалище до уровня влагалищного входа вместе с влагалищной частью матки, и после вправления оставшейся части матки в малый таз полученная на месте удаленного влагалища полость наглухо закрывается в несколько ярусов; этот способ допустим только в тех случаях, когда после наступившего климактерического возраста полость матки успела облитерироваться, и слизистая оболочка ее не дает выделений (рис. 51).



Рис. 56. *Interpositio uteri vesico-vaginalis*.
(Отношение матки к мочевому пузырю после операции).

Наконец, тоже довольно часто применяемым нами способом при выпадении матки является предложенная *Schauta—Wertheim*'ом операция *interpositio uteri vesico-vaginalis*. Она состоит в том, что сперва делается продольный разрез по передней влагалищной стенке, и в обе стороны отсекаются ее края на 3—4 см; затем, мочевой пузырь отодвигается кверху, вскрывается брюшина переднего Дугласова пространства, и тело матки выводится во влагалище; после того, как передний край разреза брюшины фиксирован на задней поверхности матки у основания ее тела, матка покрывается отсекаемыми участками передней влагалищной стенки, и они соединяются в продольном направлении швами, захватывающими и переднюю стенку матки (рис. 52-56). Но надо иметь в виду, что эта операция, не исключая возможности наступления беременности, делает роды совершенно невозможными; поэтому там, где она производится прежде чем наступил климактерический период, ее обязательно следует комбинировать со стерилиза-

цией тем или другим путем, например, посредством резекции труб по предложению *Kirchhoff'a* (рис. 57).

Разнообразие лечебных приемов, предложенных при выпадении матки, уже должно вызвать сомнение в их надежности, и статистика и клинический опыт нас действительно учат, что все перечисленные способы не безупречны в смысле возможности рецидива или благодаря связанным с ними осложнениям.

Исходя из этих соображений, мы за последнее время стали применять новую модификацию оперативного лечения при выпадении матки.

Применяемая нами операция состоит в полном удалении матки и влагалища, и надо думать, что этот способ не представляет нового

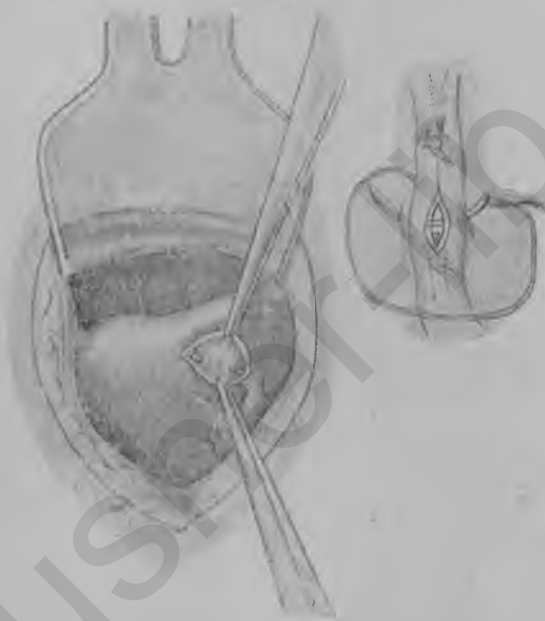


Рис. 57. Стерилизация посредством резекции труб (по способу *Kirchhoff'a*).

оригинального оперативного вмешательства, хотя он, повидимому, еще никем не проводился систематически, а только рекомендовался *Martin'ом* и некоторыми другими.

Как и всякий оперативный метод, он, конечно, должен иметь свои точно установленные показания и противопоказания.

Главное противопоказание к его применению состоит в том, что он исключает возможность половой жизни; следовательно, он допустим только в преклонном возрасте.

При отсутствии этого условия, а также при отсутствии специальных показаний к применению вентрофиксации, мы считаем названный способ заслуживающим предпочтения по своей надежности.

Что касается техники этой операции, то она состоит в следующем: после того, как матка и влагалище по возможности вытянуты наружу, проводится циркулярный разрез через стенку влагалища у места его перехода во влагалищный вход; затем вся влагалищная стенка

отсепаровывается от подлежащих тканей до места ее прикрепления к влагалищной части матки; не удаляя отдельно влагалища, отодвигают кверху тупым путем мочевой пузырь, после чего вскрывается сперва брюшина переднего Дугласова пространства, а затем брюшина заднего Дугласова пространства, перерезаются на зажимах и перевязываются связки и маточные артерии, как при обычном удалении



Рис. 58. Вид тазового дна на поперечном разрезе после полного удаления матки и влагалища.

матки; после этого тело матки выводится наружу через передний или задний разрез брюшины, накладываются зажимы на круглые связки, трубы и ligamenta ovarii propria; матка удаляется; культя перевязывается; брюшная полость закрывается соединением переднего и заднего краев разреза тазовой брюшины в поперечном направлении; культя правой и левой стороны соединяются между собою для большей устойчивости тазового дна, а полость, образовавшаяся на месте удаленного влагалища, закрывается наглухо посредством кисетных швов, идя сверху вниз, так что полость совершенно уничтожается; наконец, края слизистой оболочки влагалищного входа соединяются в продольном направлении несколькими

узловыми швами, для чего мы пользуемся тонким шелком, в то время как для всех остальных швов нами применяется исключительно кэтгут (рис. 58).



Рис. 59. Очертание лоскута при сочетании передней кольпоррафии и ампутации шейки.



Рис. 60. Вид после удаления влагалищного лоскута и ампутации шейки.

Основываясь на полученных нами результатах, которые нам удалось, правда, проследить, может быть, недостаточно долгое время и на недостаточно большом материале, мы тем не менее успели получить от этого способа вполне благоприятное впечатление.

Переходя к лечению нашей больной, мы можем здесь наметить следующий план: при выборе способа для фиксации матки или вообще для устранения выпадения мы скорее всего остановимся на операции *interpositio uteri vesico-vaginalis* по способу Schauta-Wertheim'a, так как возраст больной, хотя она и вдова, еще не исключает возможности половой жизни, и таким образом полное удаление матки и влагалища или удаление одного влагалища по способу P. Müller'a неуместно; для вентрофиксации в данном случае нет каких-либо специальных показаний тем более, что, как было указано, мышцы передней брюшной стенки атрофированы, а способ Снегирева технически довольно сложен и недостаточно надежен.

Однако, в нашем случае ограничиться только фиксацией матки нельзя, так как кроме ее выпадения имеется еще удлинение шейки и разрыв промежности; поэтому оперативное вмешательство здесь должно состоять в следующем: сперва выкраивается овальный лоскут из передней стенки влагалища, чтобы удалить ее избыток; в этот лоскут захватывается и влагалищная часть матки, для чего нижний край разреза проводится по заднему своду влагалища; отсепаровав намеченный лоскут и отделив несколько боковые края остающейся передней влагалищной стенки от подлежащих тканей, чтобы иметь чем впоследствии покрыть матку, освобождаем шейку матки на желаемую высоту и ампутуруем ее круговым разрезом; затем, обшив культю шейки циркулярно краем влагалища, переходим к типичной операции *interpositio uteri vesico-vaginalis* и заканчиваем операцию задней кольпоррафией и перинеоррафией по способу Hegar'a (рис. 59 и 60).

Лечение нашей больной и будет состоять только в этом оперативном вмешательстве, так как оно должно избавить больную от всех ее жалоб.

Retroversio uteri fixata; metritis chronica; perimetritis adhaesiva.

История болезни последней из больных, относящихся к этой группе, такая:

Больная М. Н., 40 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Тверской губернии, русская.

В клинику поступила несколько дней тому назад с жалобами на неправильные и очень обильные месячные.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла скарлатину и корь.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные пришли на тринадцатом году, установились сразу и стали появляться через каждые три недели, продолжаясь по 6 дней, не обильно, но всегда сопровождалась болями, которые первое время совпадали с началом менструального периода, а впоследствии сделались более длительными и из схваткообразных превратились в тупые, тянущие. Последние 10 лет месячные постепенно сделались очень обильными, но продолжительность их осталась прежняя. Месячные в последний раз были неделю тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на восемнадцатом году, при чем она не отмечает никаких уклонений в состоянии половых органов в связи с началом половой жизни.

4. *Беременности и их исходы.* Первая беременность наступила только на двадцать-пятом году, т.-е. через восемь лет после выхода замуж, несмотря на то, что больная никаких предохранительных от беременности средств не применяла. По словам больной беременность, роды и послеродовой период протекали совершенно правильно. Рожала она дома с акушеркой, встала с постели на восьмой день; кровастые выделения после родов продолжались не более двух недель. Больная сама кормила, и месячные возобновились только через десять месяцев после родов вскоре после того, как она прекратила кормление. Характер месячных остался прежний, с тою только разницею, что боли перед месячными исчезли. Спустя пять лет, т.-е. на тридцатом году, больная забеременела снова, но на втором месяце беременности без всякой видимой причины начался выкидыш, который тянулся около недели, пока, наконец, не повысилась температура до 39; это

заставило больную обратиться в больницу, где ей было произведено выскабливание полости матки. Однако, несмотря на выскабливание, температура не опустилась, и больная перенесла тяжелое заболевание половых аппаратов, заставившее ее провести в больнице около двух месяцев. Больше беременностей не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своей болезни к упомянутому уже выкидышу, при чем, сколько она помнит, температура в больнице в течение первых трех недель держалась на высоких цифрах, были ознобы, рвота и сильные боли внизу живота. Сперва ее заставляли лежать неподвижно на спине и клали мешок со льдом на живот, а затем, когда температура пала, ей делали согревающие компрессы, теплые ванны, горячие влагалищные спринцевания и назначали какие то свечи в прямую кишку. Хотя она выписалась из больницы в удовлетворительном состоянии, но с этого времени месячные стали обильнее и продолжительнее; кроме того, появились гнойвидные бели, и боли во время месячных изменили свой прежний характер; именно, они стали тупыми и локализовались преимущественно в области крестца. С годами бели и боли исчезли, в то время как потери крови во время месячных сделались еще обильнее, в виду чего больной три месяца тому назад было снова произведено выскабливание полости матки, не давшее, однако, никаких результатов.

6. *Болела ли чем раньше?* Кроме указанных в детстве заболеваний больная других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Со времени выкидыша больная страдает хроническими запорами.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Учащенные позывы к мочеиспусканию.]

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста (153 см); правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 63,5 кг); кожа и видимые слизистые оболочки бледны; жировой подкожный слой развит умеренно. Внутренние органы нормальны; пульс 82 удара в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 16 в минуту, правильного типа; температура держится в пределах от 36,4 до 36,9. При осмотре живота на коже заметны striae gravidarum; при ощупывании брюшной области повышенная чувствительность на месте promontorium соответственно местоположению plexus interiliacus s. uterinus communis.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты правильно; на промежности следов травмы нет. Передняя стенка влагалища слегка опущена; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледновата. При внутреннем исследовании: влагалищная часть матки оказывается цилиндрической формы, значительно плотнее нормального, величина ее небольшая; наружный зев имеет вид поперечной щели, он обращен кпереди от проводной оси таза; матка несколько меньше средней величины, очень плотная; тело матки отклонено кзади; угол между телом и шейкой матки изглажен и матка представляет собою почти прямую линию; ощупывание матки безболезненно; подвижность матки ограничена в значительной степени, и привести ее в правильное положение антеверзии-антефле-

ксии не удается; ощупать придатки матки не удается; клетчатка таза особых изменений не обнаруживает; в брюшине заднего Дугласова пространства, повидимому, имеются спайки, так как свести при исследовании пальцы наружной и внутренней руки позади матки не удается. При измерении зондом длина всей полости матки равняется 7 см.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1960 к. см; цвет янтарно-желтый; удельный вес 1021; белка, сахара и других химических патологических элементов нет; при центрифугировании получен небольшой беловатый осадок, состоящий из незначительного количества белых кровяных шариков, эпителия мочевых путей и солей.

б. Исследование крови. Число эритроцитов равняется 4.200,000; процентное содержание гемоглобина равняется 61%; показатель окраски 0,73; общее число лейкоцитов равняется 8100.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого II. Реакция кислая.

д. Биологические реакции. Таковые произведены не были.

Собрав анамнез и произведя исследование, подвергнем их внимательному анализу и отметим то, что представляет существенную ценность для выяснения характера настоящего заболевания.

Начиная с анамнеза, мы должны обратить наше внимание на следующее: в детстве наша больная перенесла корь и скарлатину, что, как известно, могло отразиться на ходе развития полового аппарата; период половой зрелости наступил своевременно, и месячные имели правильный тип, но по словам больной они всегда сопровождались болями, совпадавшими с началом месячных и носившими схваткообразный характер; это обстоятельство позволяет нам думать, что в матке во время детского возраста возникли какие то неправильности в развитии, вероятно, служившие механическим препятствием для свободного оттока крови из матки; скорее всего здесь может возникнуть подозрение на сужение в области внутреннего зева вследствие гиперантефлексии матки; что касается начала половой жизни, то больная в связи с этим никаких неправильностей не отмечает; поэтому нет основания предполагать наличие гонококковой инфекции, по крайней мере, в это время; как нами было отмечено, первая беременность наступила только через восемь лет после выхода замуж, несмотря на то, что больная не применяла никаких предохранительных средств; такое позднее наступление первой беременности до известной степени тоже служит подтверждением, что в половом аппарате нашей больной имелись какие-то неправильности в развитии, при чем по нашим наблюдениям оказывается, что бесплодие особенно часто наблюдается при всех разновидностях *uterus infantilis*, где шейка относительно большой длины, и при гиперантефлексии, как при *uterus infantilis*, так и при *uterus hypoplasticus*; первая беременность, роды и послеродовой период прошли без осложнений, и месячные сохранили свой прежний тип с тою только разницею, что сопровождающие их боли исчезли; это обстоятельство еще раз доказывает, что причина болей зависела от какого то механического препятствия, мешавшего свободному выделению менструальной крови из полости матки; вторая беременность, наступившая через пять лет после первой, закончилась выкидышем без всякой видимой причины, и выкидыш осложнился тяжелым воспалительным забо-

леванием половых органов, заставившим больную провести два месяца в больнице.

Больная сама связывает начало своей болезни именно с упомянутым воспалением после выкидыша; насколько можно судить по ее словам, имелись признаки, которые говорили за локализацию процесса в брюшине, так как болезнь сопровождалась рвотой, ознобами, сильными болями внизу живота и высокой температурой. В результате этого заболевания произошло изменение со стороны месячных; они стали обильнее и продолжительнее, и, кроме того, снова появились боли во время месячных, которые отличались от прежних болей тем, что они имели тянущий характер и локализовались в крестце; наконец, с этого же времени больная стала замечать гнойвидные бели. Все эти признаки указывают на то, что заболевание отразилось на состоянии матки, вызвав метро-эндометрит.

Таким образом, на основании анамнеза мы можем сделать следующие более или менее вероятные заключения: во-первых, в половом аппарате нашей больной, повидимому, имелись изменения, зависящие от неправильного его развития в детском возрасте; состояли они скорее всего в гиперантефлексии матки, как проявлении частичного инфантилизма; во-вторых, перенесенное воспалительное заболевание после выкидыша в свою очередь вызвало ряд изменений, которые, вероятно, отразились на состоянии брюшины таза и на матке.

Теперь перейдем к оценке данных, полученных при объективном исследовании. Сводятся они в главных чертах к следующему: из данных общего исследования больной можно отметить только повышенную чувствительность на месте про-
ponctum, соответственно расположению нервного симпатического сплетения, носящего название *plexus interiliacus s. uterinus communis*; некоторые придают этому признаку

довольно большое диагностическое значение, считая наличие его обязательным при воспалительных заболеваниях половых органов; при гинекологическом исследовании передняя стенка влагалища оказывается несколько опущенной; матка несколько меньше средней величины, очень плотная; тело матки отклонено кзади, а наружный зев обращен кпереди от проводной оси таза; угол между телом и шейкой матки изглажен, и матка представляет собою почти прямую линию; подвижность матки ограничена в значительной степени, и привести ее в правильное положение антеверзии-антефлексии не удастся; в брюшине заднего Дугласова пространства, повидимому, имеются спайки, так как свести при исследовании пальцы наружной и внутренней руки не удастся; при исследовании зондом длина всей полости матки равняется 7 см (рис. 61).

Сущность анатомических изменений в половых органах нашей больной состоит, следовательно, в уплотнении и уменьшении матки,



Рис. 61. *Retroversio uteri fixata*.

что соответствует метриту третьей степени, в неправильном положении матки в виду отклонения ее кзади и в фиксации матки на счет сращений в брюшине заднего Дугласова пространства.

Коротко мы можем формулировать так анатомический диагноз в настоящем случае:

Metritis chronica, retroversio uteri fixata, perimetritis adhaesiva chronica.

Далее нам предстоит выяснить время, причину и способ происхождения найденных изменений и установить их отношение к жалобам больной.

Что касается первого вопроса, то решить его в данном случае не представляется особенно трудным, так как в анамнезе имеются достаточно ясные указания, что начало настоящего заболевания относится к выкидышу и связанной с ним инфекции. Несколько труднее решить, какое значение здесь имели предполагаемые нами явления недоразвития полового аппарата, и имели ли они на самом деле место, так как при исследовании в настоящее время гиперантефлексии нет, напротив, угол между телом и шейкой матки изглажен, и матка представляет собою почти прямую линию.

Однако, если представить себе, что недоразвитие матки здесь проявлялось в виде *hyperanteflexio uteri hypoplastici*, то дальнейшее развитие изменений в половых органах нашей больной мы можем представить себе так: под влиянием первых родов бывшее до тех пор сужение в области внутреннего зева исчезло, и боли во время месячных прекратились; так дело обстояло до второй беременности, которая закончилась выкидышем, осложнившимся каким то воспалительным заболеванием половых органов; под его влиянием обратное развитие матки совершилось, вероятно, недостаточно энергично, и, потеряв свой нормальный мышечный тонус, матка легко могла отклониться кзади, тем более, что этому способствовало длительное лежание больной на спине; таким образом возникла ретроверзия матки, при чем угол между шейкой и телом совершенно изгладился; доказательством тому, что в данном случае ретроверзия развилась не в детском возрасте, когда развитие половых органов еще не было закончено, а в зрелом возрасте, служит опущение передней влагалищной стенки; под влиянием образовавшихся склеек в брюшине заднего Дугласова пространства ретроверзия матки сделалась стойкой и сохранилась до настоящего времени. Как перенесенное воспалительное заболевание, так и ретроверзия сама по себе, а тем более их совокупность, должны были вызвать в тканях матки ряд изменений, которые дали картину метро-эндометрита; доказательство этому мы видим в том, что месячные снова стали болезненными и сделались обильными, что появились бели и боли в крестце. Эти признаки соответствовали явлениям метрита первой и второй степени, когда матка увеличена на счет застойной гиперемии или разрастания соединительной ткани; по мере рубцевания вновь образованной соединительной ткани величина матки уменьшается, исчезают боли во время месячных, вызванные перерастяжением брюшинного покрова матки, и прекращаются бели благодаря атрофии слизистой оболочки, но количество теряемой во время месячных крови остается попрежнему увеличенным или становится еще больше вследствие развивающегося склероза кровеносных сосудов матки.

На основании сказанного, мы приходим к заключению, что здесь имеется хронический метро-эндометрит в стадии атрофии или в третьем периоде.

Нарисовав себе, таким образом, ход заболевания у нашей больной и развитие анатомических изменений в половых органах, перейдем теперь к установке предсказания и выбора плана лечения.

Что касается предсказания, то здесь, конечно, нельзя рассчитывать на *gestitio ad integrum*, несмотря ни на какие мероприятия с нашей стороны, так как восстановить утраченные мышечные элементы и удалить рубцовую соединительную ткань из матки нет возможности.

Правда, для жизни больной данное заболевание не представляет непосредственной опасности, но длительные обильные потери крови не могут не отразиться на ее общем состоянии, и мы действительно видим, что кожа и слизистые оболочки бледны и что при достаточном количестве эритроцитов, равняющемся 4.200.000, процентное содержание гемоглобина понижено до 61%, а показатель окраски до 0,73; другими словами здесь имеется *oligochromaemia*.

Приступая к обсуждению вопроса о лечении в подобных нашему случаях, вполне естественно, что нас должен интересовать главный симптом болезни, состоящий в кровотечении во время месячных.

Если мы обратимся к данным литературы, то мы увидим, что в этом отношении имеется несколько самостоятельных точек зрения в зависимости от того, каким образом различные авторы объясняют себе сущность анатомических изменений в матке и причину кровотечений.

Одни, как, например, *Ruge* и *Veit*, главное значение придают изменениям, происходящим в слизистой оболочке матки, другими словами объясняют кровотечения эндометритом.

Другие, как *Scanzoni*, *Fritsch* и в последнее время *Theilhaber*, *Meier*, *Lorenz* и *Hirsch*, объясняют происхождение кровотечений теми изменениями, которые происходят в мышечной стенке матки и состоят в разрастании соединительной ткани.

Наконец, *Pankow*, *Hitschmann* и *Adler* видят причину кровотечений не в состоянии матки, которая, как макроскопически, так и микроскопически может быть совершенно нормальной, а в функциональном расстройстве секреторной деятельности яичников.

Последняя точка зрения в настоящее время нашла особенно широкое распространение настолько, что некоторые (например, *Aschoff*) предлагают название „*Metritis chronica*“ заменить посредством „*Metropathia chronica*“ или „*Metropathia haemorrhagica*“, а *Döderlein* советует диагноз „хронический метрит“ сохранить только для очень ограниченного числа случаев, где имеются воспалительные изменения в придатках или сращения в окружности матки.

Не входя здесь в критическую оценку приведенных взглядов, мы остановимся только на тех лечебных приемах, которые уместны при хроническом метрите, понимая под этим хронический воспалительный процесс в матке, состоящий по преимуществу в гипертрофии соединительной ткани.

Исходя из высказанного соображения, мы тем самым признаем полную неосновательность всех лечебных приемов местного характера, направленных на слизистую оболочку матки, как смазывания, прижигания, выпаривания и даже выскабливание.

Что касается последнего способа, то бесцельность его легко понятна, так как, не имея возможности устранить основную причину кровотечения, зависящую от изменений в мышечной стенке матки, мы

можем, удалив большую слизистую оболочку, достигнуть некоторого улучшения самое большое на короткое время. Доказательство этого мы видим как из повседневного опыта, так и из внимательно просле-



Рис. 62. Перевязка *atr. uterinae* после перерезки на *важме*.

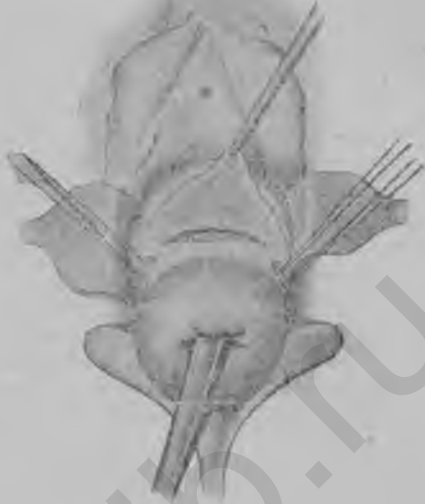


Рис. 63. Вскрытие брюшины перед него свода.



Рис. 63. Вскрытие брюшины заднего свода.

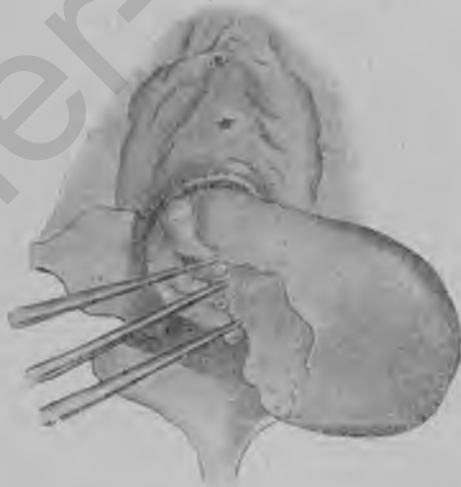


Рис. 65. Наложение зажимов на круглую связку, трубу и яичниковую связку.

Удаление матки через влагалище.

женных наблюдений *Russe*; наконец, и данный случай является вполне убедительным доказательством высказанного нами взгляда, так как произведенное три месяца тому назад выскабливание не дало никаких результатов.

Итак, наш выбор лечебного метода в подобных случаях может колебаться только между применением рентгеновских лучей или удалением матки.

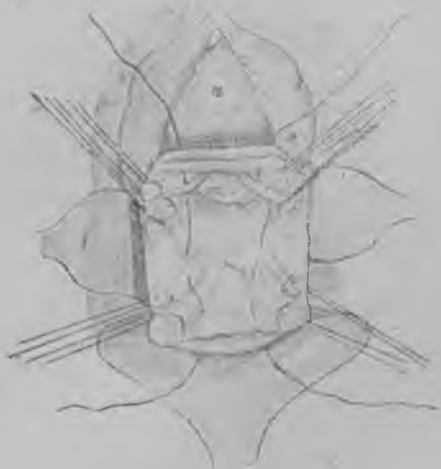


Рис. 66. Наложение швов, фиксирующих культи

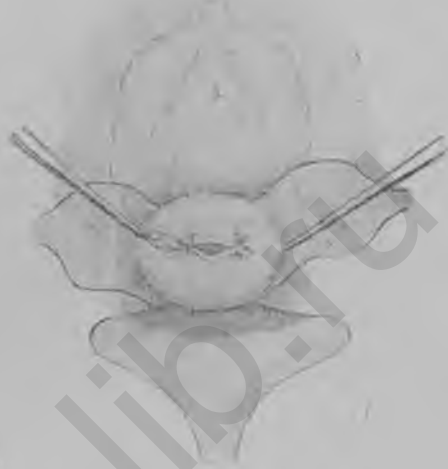


Рис. 67. Фиксация культи в бокских сводах.



Рис. 68. Закрытие влагалищного разреза.

Удаление матки через влагалище.

Первый из названных способов здесь должен считаться вполне уместным с точки зрения его радикальности, так как кровотечения носят характер меноррагии, и поэтому прекращение работы яичников должно вызвать наступление стойкой аменорреи.

Однако, он имеет и свои противопоказания; так как сущность лечебного эффекта при нем связана с разрушением железистой ткани

яичника, с прекращением его внутренней секреции, играющей важную роль в общей экономии организма, то рентгенизация яичников по возможности не должна применяться в молодом возрасте, и в настоящее время этим способом пользуются только тогда, когда больная находится в возрасте, близком к климактерическому, т.-е. успела достигнуть сорока, самое меньшее тридцати восьми лет.

Техника лечения рентгеновскими лучами состоит в том, что больной на область яичников дается определенное количество X лучей, при чем средние количества колеблются в пределах от 150 до 300. Так как кожа передней брюшной стенки переносит без вреда количество X лучей не более 20, то освещения производятся не за один раз, а отдельными сериями с промежутками в две или три недели. Каждая серия в свою очередь состоит из нескольких отдельных освещений, производимых на определенные участки кожи, называемые полями освещения; на каждое поле дается около 20X, и таких полей, через которые лучи могут достигать яичников, устанавливают четыре или пять, при чем все поля могут быть по очереди освещены в один сеанс, или же освещения производятся в течение нескольких следующих друг за другом дней. Результат лечения, т.-е. аменоррея, обычно наступает не сразу, иногда после второй серии, а чаще только после третьей, при чем в начале лечения кровопотери могут даже усиливаться.

Второй способ лечения, состоящий в удалении матки, имеет то преимущество перед рентгенизацией, что при нем удаляется только больной орган, который благодаря произошедшим в нем изменениям уже успел потерять способность к зачатию и вынашиванию беременности, и слабая сторона этого метода состоит только в том небольшом риске для больной, который связан вообще со всякой операцией.

Техника операции здесь может быть двоякая: можно избрать или брюшностеночный или влагалищный путь.

Так как в настоящее время оба названные способа оперирования представляют одинаково небольшую опасность для больной, то нет основания давать принципиальное предпочтение одному из них, и в каждом случае следует руководствоваться их особенностями, при чем на первое место приходится поставить величину матки.

В данном случае матка имеет небольшие размеры, и удалить ее через влагалище не представит труда; имеющиеся в брюшине малого таза сращения тоже не могут играть роли.

Особенности оперативной техники применяемого нами влагалищного удаления матки состоят в следующем: сделав круговой разрез влагалища на уровне перехода его на влагалищную часть матки, его отодвигают тупым путем кверху настолько, чтобы сделать себе доступным основания широких связок и расположенные над ними маточные артерии; наложив зажим на одну из *ligamentum cardinale* и проведя над зажимом кэгутовую лигатуру, связку перерезают ножницами между зажимом и маткой и лигатуру затягивают; также поступают со связкой другой стороны, затем захватывают в зажим маточную артерию одной стороны, перевязывают ее в таком же порядке и таким же образом поступают с маточной артерией другой стороны; перевязке сосудов после предварительного наложения зажимов и перерезке сосуда мы придаем значение потому, что благодаря этому лигатуры затягиваются гораздо надежнее; далее тупым путем при помощи пальца отодвигают кверху мочевой пузырь и ножницами вскрывают брюшину переднего

Дугласова пространства; таким же образом вскрывается брюшина заднего Дугласова пространства, и тело матки выводится во влагалище через передний или задний разрез брюшины, смотря потому, куда это легче сделать; наложив зажимы на круглую связку, трубу и яичниковую связку с каждой стороны, матку удаляют, а культя перевязывают отдельными катгутовыми лигатурами; все культя фиксируются с каждой стороны в углах разреза влагалища при помощи крепких катгутовых швов, проходящих через передний край влагалищного разреза, через передний край разреза брюшины, через задний край разреза брюшины и через задний край разреза влагалища; наконец, края влагалищного разреза соединяются над культями в поперечном направлении посредством непрерывного катгутового шва, и таким образом брюшная полость оказывается закрытой наглухо (рис. 62--68).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

Ч А С Т Ь ІІІ.

ВВЕДЕНИЕ.

Приступая к изложению клиники внематочной беременности, мы в самых кратких чертах остановимся на общих сведениях о ее сущности, чтобы не повторяться при разборе отдельных случаев.

Под названием „внематочная или эктопическая беременность“ мы понимаем имплантацию оплодотворенного яйца не на обычном месте, каковым должна служить слизистая оболочка полости матки.

В зависимости от места прикрепления яйца вне матки мы различаем несколько отдельных форм эктопической беременности, именно:

1. трубную беременность;
2. яичниковую беременность;
3. брюшинную беременность и
4. беременность в рудиментарном добавочном роге матки.

При трубной беременности оплодотворенное яйцо прикрепляется на внутренней поверхности трубы в том или другом ее отделе; при яичниковой беременности яйцевая клетка вступает в соединение со сперматозоидом не в ампулярном конце трубы, как при нормальных условиях, а раньше, когда она еще не успела покинуть лопнувшего фолликула; при брюшной беременности имплантация яйца происходит на брюшине малого таза по близости от брюшного отверстия трубы или от яичника, при чем прикрепление яйца может быть здесь первичным, или же яйцо сперва проникает в ампулярный конец трубы, начинает здесь развиваться и только позднее под влиянием сокращений стенок трубы перемещается на прилегающую брюшину; при беременности в рудиментарном добавочном роге матки можно тоже допустить две возможности: или сперматозоиды проникают в брюшную полость через трубу, соответствующую нормально развитому рогу матки, отсюда распространяются на противоположную сторону и производят оплодотворение яйцевой клетки, происходящей из яичника, соответствующего рудиментарному рогу, или же оплодотворяется яйцевая клетка, про-

исходящая из того же яичника, который соответствует нормальному рогу матки, и уже оплодотворенная яйцевая клетка попадает в противоположную трубу и отсюда в рудиментарный рог матки.

Практический интерес представляет, главным образом, трубная беременность, так как остальные формы внематочной беременности встречаются очень редко, а если их и приходится наблюдать, то установить точное распознавание не всегда удастся не только при исследовании больной, но даже на полученном при операции препарате.

Трубная же беременность, напротив, представляет собою заболевание, далеко не редкое; даже в небольшой клинике всегда между

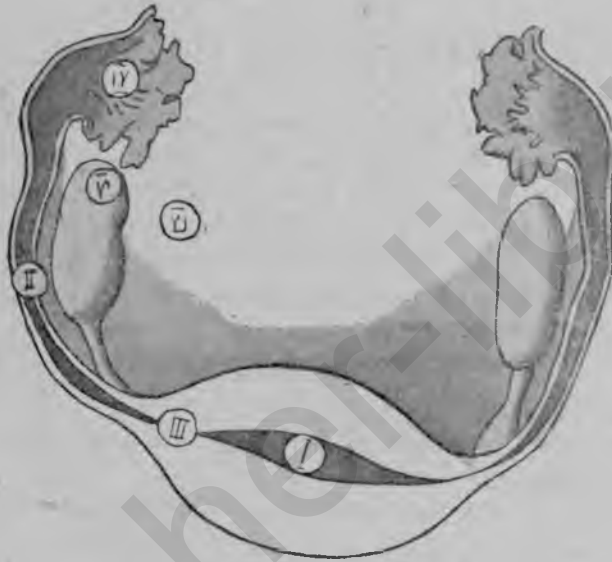


Рис. 1. Различные возможности имплантации яйца.

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| I. Graviditas normalis. | IV. Graviditas tubaria ampularis. |
| II. " tubaria isthmica. | V. " ovariaca. |
| III. " interstitialis. | VI. " abdominalis. |

больными окажется такая, где имеется трубная беременность в том или ином периоде; и *Werth* на основании своего материала допускает, что она составляет не менее 3% всех гинекологических заболеваний.

Трубную беременность, в свою очередь, приходится тоже подразделять на несколько отдельных форм в зависимости от того, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, и мы различаем: graviditas tubaria fimbrica, ampularis, isthmica и interstitialis, при чем чаще других наблюдается graviditas tubaria isthmica, затем, graviditas tubaria ampularis и только в исключительных случаях остальные формы.

Главными причинами трубной беременности в настоящее время считаются следующие:

1. Согласно теории *Freund'a*, недоразвитие внутренних половых органов, проявляющееся, между прочим, ненормально большой длиной и извилистостью труб и узостью их просвета, может вызвать возникновение трубной беременности, так как оплодотворенной в ампулярном конце трубы яйцевой клетке приходится пройти более длинный и трудный путь; с момента оплодотворения яйцевая клетка начинает сегментироваться, поэтому при замедленном передвижении яйцо достигает более узких отделов трубы, успев значительно увеличиться в объеме, и дальнейшее передвижение его становится невозможным.

2. Второй причиной трубной беременности являются воспалительные изменения в слизистой оболочке, в мышечной стенке или в брюшинном покрове труб. Первое место здесь занимают изменения в слизистой оболочке, состоящие в слущивании мерцательного эпителия и утолщении складок, благодаря чему образуется сужение или полное зарастание просвета трубы. Но так как передвижение яйца в трубе совершается не только на счет колебания ресничек эпителия, но и благодаря перистальтическим сокращениям ее стенок, то воспалительные изменения их в виде соединительно-тканной инфильтрации в значительной степени затрудняет передвижение яйца. Наконец, воспалительные изменения в области брюшинного покрова трубы с образованием склеек и сращений тоже нарушают правильную ее перистальтику или ведут к смещениям и перегибам трубы.

3. Третьей причиной является слишком большая абсолютная величина яйца, которая может зависеть или от патологического состояния самой яйцевой клетки, например, от отека, или от ненормального роста яйца благодаря слишком быстрому делению яйцевой клетки, или, наконец, от чрезмерной длины того пути, по которому яйцу приходится следовать, например, в случае перехода яйца из яичника одной стороны в трубу противоположной стороны.

В последнее время начинают раздаваться голоса, которые приписывают причину возникновения внематочной беременности тоже свойствам яйцевой клетки, но они объясняют значение последней здесь не чрезмерной ее величиною, а *G. Poorten*, например, находит, что причина внематочной беременности в большинстве случаев зависит от повышенной жизненной энергии яйца, дающей ему возможность имплантироваться на неприспособленной для этого слизистой оболочке трубы.

После того, как оплодотворенная яйцевая клетка задержалась в том или другом участке трубы, она вступает в такие же отношения к тканям стенки трубы, как и при имплантации в полости матки к слизистой оболочке последней, т.е. она проникает в толщу слизистой оболочки. Различие будет зависеть только от тех особенностей, которые отличают слизистую оболочку трубы от слизистой оболочки полости матки.

Оплодотворенная яйцевая клетка относится к тканям материнского организма, как чужеродное, и стремится проникнуть в их толщу, чтобы добыть себе питательный материал, но ткани материнского организма обладают определенными защитительными приспособлениями, которые прежде всего состоят в том, что слизистая оболочка полости матки утолщается и вместо 1 — 2 мм достигает толщины в 7 мм и больше, образуя так называемую децидуальную или отпадающую оболочку, благодаря чему плодное яйцо, имплантировавшееся в полости матки, остается в толще ее слизистой оболочки и не приходит в непосредственное соприкосновение с мышечной стенкой матки. В трубе же соединительно-тканый слой слизистой оболочки выражен очень слабо, поэтому настоящей децидуальной оболочки не образуется и яйцо проникает до мышечного слоя трубы, так что ворсинки хориона непосредственно в нее врастают.

Это обстоятельство в связи с пространственным несоответствием трубы, как плодместилища, и решает дальнейшую судьбу трубной беременности, которая в громадном большинстве случаев не доходит до нормального конца.

Ограничиваясь этими краткими общими замечаниями, перейдем к разбору отдельных случаев внематочной беременности.

Внематочная трубная беременность первых месяцев, не нарушенная.

История болезни первой больной следующая:

Больная Т. К., 25 лет, замужняя, прислуга, родилась в Тверской губернии, русская.

Она обратилась в амбулаторию клиники, желая узнать причину запоздания месячных, и отсюда была направлена в стационарное отделение клиники.

I. Анамнез.

1. *Детство.* Больная может только указать, что в детстве она перенесла скарлатину.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на шестнадцатом году, при чем в течение первого года они приходили с перерывом в два и три месяца; затем, они стали приходить через 4 недели, иногда с запозданием на несколько дней; продолжают месячные по 3 дня в небольшом количестве и сопровождаются всегда болью внизу живота, которая появляется перед самым началом отделения крови и затем быстро исчезает; последние месячные были шесть недель тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить с двадцати лет, при чем каких-либо заболеваний половых органов она в это время не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Ни выкидышей, ни родов не было.

5. *Начало настоящего заболевания.*

6. *Болела ли раньше?* Ни общими заболеваниями, кроме скарлатины, перенесенной в детстве, ни специально гинекологическими, прежде не болела.

7. *Отправления кишечника.* Кишечник всегда работает правильно.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Со стороны мочеиспускания уклонений от нормы нет.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.*

Больная среднего роста—162 см и удовлетворительного питания; вес 63 кг. Температура и пульс нормальны. При осмотре грудей они небольшой величины, кожа, покрывающая соски и околососковые кружки, ясно пигментирована, и Монтгомеровы железы выступают довольно резко; получить каплю молозива не удается. Язык чистый и влажный.

В строении костной системы отмечаются некоторые особенности, именно, ноги относительно длинные, верхний край симфиза на 3 см выше середины тела; угол лонной дуги приближается к прямому, наконец, в стоячем положении внутренние поверхности бедер не соприкасаются между собою.

Аппетит хороший. При осмотре и ощупывании живота ничего патологического не отмечается.

2. Данные гинекологического исследования.

Волосистость на наружных половых органах достаточная, но верхняя ее граница не совпадает с надлобковой складкой, а по средней линии достигает пупка. Наружные половые органы развиты правильно; при раздвигании больших губ ладьевидная ямка оказывается довольно глубокой; слизистая оболочка влагалищного входа слегка цианотична; выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании влагалище узкое; влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплющенного в передне-заднем размере; консистенция ее немного мягче нормальной; наружный зев имеет форму поперечной щели и обращен кзади от проводной оси таза; тело матки находится в нормальной антеверзии и образует с шейкой острый угол, открытый впереди, величина матки немного больше нормальной; консистенция ее мягковата, подвижность нормальна. Левые придатки без изменений, а правые несколько опущены, безболезненны, но увеличены до размера голубиного яйца, при чем, однако, ощупать яичник отдельно от трубы не удастся. Клетчатка и брюшина таза без изменений.

При осмотре зеркалом слизистая оболочка влагалища и влагалищной части матки слегка цианотична; из наружного зева выделяется немного вязкой прозрачной слизи.

3. Лабораторные исследования:

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1.600 куб. см; удельный вес 1.018; реакция слабо кислая; белка, сахара и других патологических элементов не обнаружено; при микроскопическом исследовании найдены отдельные клетки пузырного эпителия и единичные лейкоциты.

б. Исследование крови. Количество эритроцитов 4.980.000; количество гемоглобина 88%; показатель окраски 0,88; количество лейкоцитов 7.200; лейкоцитарная формула нормальна. Скорость оседания эритроцитов один час сорок пять минут.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищного содержимого I. Реакция кислая.

д. Биологические реакции. Реакция с флоридзином положительная.

Переходя к разбору истории болезни данной больной, мы должны исходить из того, что она обратилась к нам, чтобы выяснить причину, вызвавшую запоздание месячных, поэтому нашей ближайшей задачей и будет ответить на этот вопрос, воспользовавшись данными, полученными, как из анамнеза, так и при исследовании.

Так как наиболее часто причиной задержки месячных служит беременность, то мы должны начать с того, чтобы последнюю подтвердить или отвергнуть.

Если мы признаем здесь беременность, то мы должны определить, не имеется ли с ее стороны каких-либо неправильностей; если же

беременность будет отвергнута, то нам придется искать другие причины, могущие вызвать аменоррею.

В данном случае может идти речь только о беременности первых месяцев, поэтому остановимся на тех признаках, которые соответствуют этому ее сроку.

Признаки, которыми мы пользуемся при распознавании беременности, принято делить на две группы; к первой относятся так называемые субъективные признаки, получаемые из распроса больной, ко второй относятся объективные признаки, добываемые посредством исследования.

Из субъективных признаков на первом месте стоит появление аменорреи, т.е. отсутствие своевременного появления месячных. Хотя аменоррея имеет здесь большую ценность и прежде всего заставляет подумать о беременности, но значение ее все же только относительное, так как, с одной стороны, она может иногда зависеть от других при-

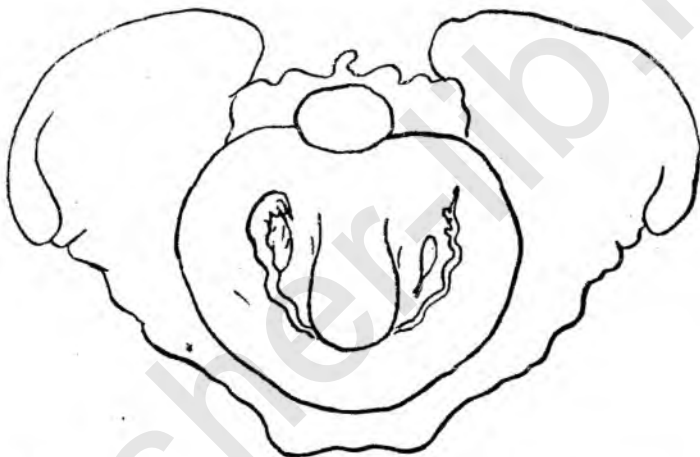


Рис. 2. Данные, полученные при внутреннем исследовании.

чин, а с другой стороны, и при беременности в первые месяцы могут еще появляться месячные. Поэтому, отсутствие месячных приобретает значение только в совокупности с другими признаками, и мы в данном случае будем считаться с тем обстоятельством, что последние месячные были у нашей больной шесть недель тому назад, но делать пока каких-либо окончательных выводов не будем.

Вторым субъективным признаком беременности является тошнота и рвота. Они наблюдаются при беременности в более или менее резкой форме в 60% случаев в течение первых трех месяцев.

В настоящее время большинство рассматривает тошноту и рвоту при беременности, как результат отравления организма матери веществами, вырабатываемыми плодным яйцом; но, так как эти симптомы появляются не у всех беременных, то надо признать существование каких-то предрасполагающих обстоятельств, и Kaltenbach считает, что здесь большое значение имеет повышенная возбудимость нервной системы; известное значение, вероятно, имеет также состояние половых органов так, например, рвоту в первые месяцы беременности чаще приходится наблюдать при различных формах недоразвития матки, где

к интоксикации присоединяется еще и механический момент в виде несоответствия между величиной растущего плодного яйца и вместимостью матки. Иногда тошнота и рвота наблюдаются очень рано, почти одновременно с аменорреей, чаще же они обнаруживаются только на втором месяце беременности.

Как мы видели из вопроса нашей больной, у нее жалоб на тошноту и рвоту нет, несмотря на то, что здесь их можно было бы ожидать скорее, так как исследование обнаружило некоторые признаки недоразвития матки, именно, влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплющенного в переднезаднем размере, наружный зев имеет вид поперечной щели, тело матки образует острый, открытый спереди угол, влагалище узкое, ладьевидная ямка глубокая; кроме того, месячные имели склонность к запаздыванию и всегда сопровождалась болями.

Нередко одним из первых субъективных признаков беременности является также учащенное мочеиспускание, которое зависит от гиперемии в области шейки мочевого пузыря, вызванной беременностью. В данном случае этот признак тоже отсутствует.

Ко второй группе признаков беременности, которые определяются посредством исследования и называются объективными признаками, относится синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища, увеличение матки, изменение ее консистенции в виде размягчения, как тела, так и влагалищной части и, наконец, изменение формы тела матки, сюда же относится пигментация околососковых кружков, более резкое выступание Монгмеровых железок, выдавливание из груди капли молозива и пигментация белой линии живота.

Синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа и влагалища зависит от венозной гиперемии, вызванной беременностью; но так как такие же застойные явления могут быть вызваны целым рядом других причин, как местного, так и общего характера, то этот признак имеет только относительное значение; поэтому, хотя он и имеется у нашей больной, мы можем им воспользоваться только в совокупности с другими признаками.

Увеличение матки приобретает как диагностический признак большую ценность в том случае, если оно соответствует сроку беременности и может быть проверено повторными исследованиями, при чем окажется, что рост матки идет параллельно с развитием беременности. Однократное же исследование, как в нашем случае, где матка оказалась несколько увеличенной, может иметь только относительное значение, так как увеличение матки может зависеть от наличия в ней опухоли, метрита и тому под., поэтому и этим признаком мы должны пользоваться с осторожностью и только в совокупности с другими данными.

Консистенция влагалищной части матки и ее тела становится при беременности мягче, но то же самое приходится наблюдать при застойных явлениях в матке, вызванных другими причинами, поэтому размягчение влагалищной части и тела матки у нашей больной тоже еще не может считаться безусловным признаком беременности.

Изменение формы матки при беременности состоит в том, что ее тело из сплющенного в передне-заднем размере становится шаровидным; однако, это изменение наблюдается только с третьего месяца, когда плодное яйцо достигает такой величины, что выполняет собою всю полость матки. В нашем случае такого изменения матки не отмечается,

и мы не могли его ожидать, так как здесь по времени последних месячных может идти речь только о втором месяце беременности.

Что касается изменений со стороны груди, свойственных беременности, то у нашей больной мы могли определить усиленную пигментацию околососковых кружков и довольно резкое выступание Монтгомеровых железок; получить каплю молозива не удалось, но обычно оно появляется позднее, не ранее третьего месяца.

Что касается лабораторных исследований, то мы должны, во-первых, обратить внимание на ускорение оседания эритроцитов, достигшее здесь 1 часа 45 минут вместо средней скорости у женщин от 3 до 5 часов; такое ускорение считается характерным для беременности. Во-вторых, проба, предложенная *Камнитцером* с флоридзином, дающая у беременных гликозурию, в данном случае тоже оказалась положительной.

Пигментации белой линии живота не отмечалось.

И так, если мы подведем итоги полученным данным, то мы будем иметь здесь следующие признаки, говорящие за наличие беременности: отсутствие месячных в течение шести недель, синюшную окраску влагалища и влагалищного входа, некоторое увеличение матки, мягковатую консистенцию тела и влагалищной части матки и усиленную пигментацию околососковых кружков и более резкое выступление Монтгомеровых железок; наконец, ускоренное оседание эритроцитов и положительная реакция с флоридзином тоже говорят за беременность.

Перечисленных признаков в их совокупности достаточно, чтобы с большой долей вероятности допустить у нашей больной наличие беременности; однако, решить этот вопрос окончательно мы можем только при повторном исследовании через две или три недели.

Допустив беременность, мы становимся перед вторым вопросом, именно, имеем ли мы здесь правильную беременность, или же в данном случае имеются какие-либо отклонения от нормы.

При исследовании больной мы констатировали одну неправильность в состоянии половых органов, которая заключалась в том, что правые придатки матки оказались увеличенными до размеров голубиного яйца и несколько опущенными, при чем, однако, ощупать яичник отдельно от трубы не удалось.

Такое незначительное изменение придатков матки может зависеть от застойной гиперемии, вызванной их опущением; далее, оно может быть результатом воспалительных изменений в них и, наконец, оно может быть вызвано тем, что плодное яйцо задержалось в правой трубе, и мы, следовательно, имеем внематочную беременность.

Если исследование больной дает нам хотя бы весьма неопределенные указания на возможность внематочной беременности, то мы обязаны к такому случаю отнестись очень внимательно и подвергнуть все имеющиеся данные тщательной критической оценке, так как нераспознанная своевременно внематочная беременность может угрожать больной очень серьезными последствиями.

Так как у нашей больной может идти речь только о внематочной беременности первых месяцев, то мы будем считаться с теми диагностическими признаками, которые относятся к этому периоду.

С другой стороны, так как громадное большинство внематочных беременностей оказывается трубной беременностью, то мы и будем иметь ее в виду, тем более, что с точки зрения интересов больной

форма внематочной беременности не играет большой роли, так как всякая из них одинаково опасна.

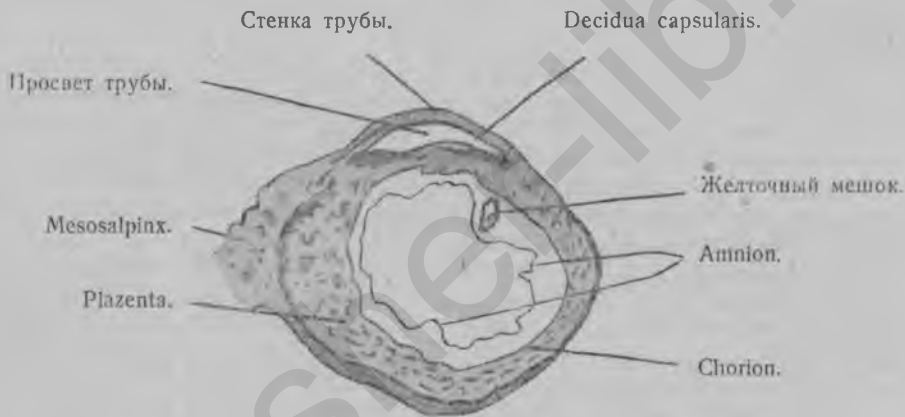
Из признаков, характерных для трубной беременности, на первом месте стоят те изменения в форме и величине трубы, которые зависят от присутствия в ней плодного яйца.

Под влиянием растущего плодного яйца соответственный отдел трубы растягивается и здесь образуется утолщение овальной формы, которое, постепенно увеличиваясь, достигает к концу четвертой недели величины голубиного яйца, к концу восьмой недели величины куриного

Место готовящегося
разрыва трубы.



Graviditas tubaria isthmica.



Поперечный разрез через трубу при ненарушенной трубной беременности.

Рис. 3.

яйца и к концу двенадцатой недели величины гусиного яйца. Консистенция этого образования при ощупывании мягко-эластическая, что зависит от небольшой толщины трубной стенки и содержащейся в плодном яйце жидкости.

Однако, надо иметь в виду, что далеко не всегда удастся с уверенностью установить, что найденное при исследовании образование относится к трубе, а не к прилежающему к ней яичнику, так как на точность исследования влияет и податливость брюшной стенки и толщина подкожного жира и целый ряд других случайных причин.

При исследовании нашей больной, найдя увеличение правых придатков до величины голубиного яйца, мы не могли с точностью сказать, представляет ли найденное нами тело яичник или утолщенную

трубу; в пользу трубы здесь до известной степени говорит то обстоятельство, что ощупывание этого тела безболезненно, в то время, как ощупывание даже вполне здорового яичника вызывает обычно легкое ощущение боли.

Вторым важным диагностическим признаком для дифференцирования маточной беременности от внематочной являются те изменения, которые происходят в матке. Как при маточной, так и при внематочной беременности, консистенция тела и шейки матки изменяется в одинаковой степени, становясь мягче. Что касается величины матки, то она и в том и в другом случае тоже изменяется, но не в одинаковой степени в различные сроки беременности. Приблизительно до конца второго месяца беременности увеличение матки происходит главным образом за счет утолщения мышечной стенки матки независимо от того, в каком отделе полового аппарата произошла имплантация плодного яйца, и только с третьего месяца при маточной беременности матка начинает увеличиваться благодаря растяжению ее полости растущим плодным яйцом; поэтому мы можем воспользоваться названным признаком только с третьего месяца беременности и для нашего случая он ценности не имеет. Наконец, при маточной беременности наблюдается изменение формы тела матки, которое из уплощенного в переднезаднем размере становится шаровидным; таким образом этим признаком можно воспользоваться для дифференциальной диагностики, но так как он обнаруживается тоже только с третьего месяца, когда плодное яйцо успеет выполнить собою всю полость матки, то здесь он значения иметь не может.

Остальные признаки, как синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа, изменения со стороны грудных желез, отсутствие месячных и тошнота, поскольку она зависит от интоксикации продуктами жизнедеятельности плодного яйца, более или менее одинаковы, как при маточной, так и при внематочной беременности.

Некоторыми указывается еще на один признак, будто бы характерный для внематочной беременности, именно на более ясно выраженную пульсацию маточной артерии, определяемую со стороны того влагалищного свода, который соответствует беременной трубе. Однако, если представить себе, насколько разнообразно расположение маточных артерий и их отношение к окружающим тканям, то этот признак едва ли может считаться надежным.

Ускорение оседания эритроцитов и гликозурия при впрыскивании флоридзина дают нам право с известной вероятностью допустить наличие беременности вообще, но как способ дифференциальной диагностики между маточной и внематочной беременностью обе эти реакции совершенно не пригодны.

Итак, у нашей больной имеется единственное объективное данное, которое наводит нас на мысль о возможности внематочной беременности, именно, увеличение правых придатков матки. Правда, эти изменения не находят себе другого объяснения, так как в анамнезе нет указаний на бывший раньше воспалительный процесс в области половых органов и при ощупывании придатков они совершенно безболезненны, но все же казалось бы, что ставить даже предположительный диагноз на основании приведенных данных едва ли возможно.

Однако, если мы попробуем подойти к решению данного вопроса с другой стороны, если мы вспомним этиологию внематочной беремен-

ности вообще и спросим себя, не имеется ли здесь такого этиологического момента, который мог бы способствовать возникновению трубной беременности, то мы увидим, что вероятность таковой будет у нашей больной гораздо более приемлема.

Из анамнеза нашей больной мы видим, что первые месячные появились у нее на шестнадцатом году, т. е. своевременно, но в течение первого года они приходили с перерывами в два и три месяца, а затем сохранили наклонность к запаздыванию на несколько дней. Месячные сопровождаются всегда болью внизу живота, которая появляется перед самым началом отделения крови и носит характер механической дисменореи. Половую жизнь больная начала с двадцати лет и в течение пяти лет замужества ни разу не была беременна, так что здесь приходится признать наклонность к бесплодию.

Эти данные заставляют нас предположить наличие каких-то ненормальностей в половом аппарате, которые ведут свое начало с детства и являются результатом недоразвития полового аппарата.

Подтверждение этому мы находим при исследовании больной, именно, она носит на себе некоторые признаки интерсексуального типа как, например, относительно большая длина ног, форма угла лонной дуги приближающаяся к прямому углу, отсутствие соприкосновения между внутренними поверхностями бедер в стоячем положении, далее, хотя волосистость на наружных половых органах достаточная, верхняя ее граница не совпадает с надлобковой складкой, а по средней линии достигает пупка; ладьевидная ямка глубокая, влагалище узкое, влагалищная часть матки имеет форму острого конуса, несколько сплющенного в передне-заднем размере; наружный зев представляет собою поперечную щель и тело матки образует с шейкой острый, открытый кпереди угол; все эти данные говорят за то, что здесь имеется недоразвитие полового аппарата, а матка представляет собою *hyperanteflexio uteri hypoplastici*. Так как такое недоразвитие не ограничивается только теми изменениями, которые доступны нашим обычным способам исследования, а часто распространяются и на трубы, то мы с полным правом можем их здесь допустить.

Как известно, при недоразвитии полового аппарата изменения в трубах выражаются в их чрезмерной длине и извилистости и являются одною из наиболее частых причин возникновения трубной беременности.

Таким образом, если мы не имеем достаточных данных, чтобы доказать у нашей больной наличие трубной беременности, то у нас все же имеются основания допустить ее с большой вероятностью.

Чтобы исчерпать в полной мере все доступные нам способы распознавания, как беременности вообще, так и внематочной беременности в частности, нам остается еще остановиться на тех данных, которые могут быть получены путем лабораторных исследований.

Если мы теперь перейдем от теоретических рассуждений к практическим выводам, оценивая их с точки зрения интересов больной, то мы увидим, что для нее во всех отношениях будет выгоднее, если мы к ней отнесемся, как к больной с внематочной беременностью.

Опасность, связанная с внематочной беременностью, заключается в том, что уже в первые месяцы беременности в громадном большинстве случаев происходит преждевременное нарушение ее или в виде разрыва трубы, или в виде трубного выкидыша. Как в том, так и в другом случае, это сопровождается кровотечением в брюшную

полость: оно нередко может представить для больной смертельную опасность, устранимую только немедленным оперативным вмешательством. Поэтому при подозрении на внематочную беременность мы должны поставить больную в такие условия, чтобы оперативная помощь могла быть оказана без промедления.

Для этого надо настоять на том, чтобы больная до выяснения окончательного диагноза была помещена в лечебное заведение. Конечно, не исключается возможность, что у больной окажется нормальная беременность, и она будет помещена в лечебное заведение напрасно, но это неудобство для нее искупается тем большим риском, которому она подвергается в том случае, если нарушение внематочной беременности произойдет в домашней обстановке и больную при явлениях тяжелой анемии придется транспортировать в больницу.

Обыкновенно, для выяснения диагноза требуется период времени от двух до четырех недель, при чем весьма желательно, чтобы больная провела в лечебном заведении время, соответствующее периоду ближайших месячных, так как нарушение внематочной беременности часто совпадает с предменструальной гиперемией полового аппарата.

Лично мне пришлось наблюдать три случая, где нарушение внематочной беременности произошло в то время, когда больные находились в лечебном заведении под наблюдением, при чем оно сопровождалось настолько обильным кровотечением в полость брюшины, что потребовалось безотлагательно оперативное вмешательство; поэтому я окончательно укрепился в том взгляде, что в каждом случае, подозрительно относительно внематочной беременности, больная заблаговременно должна быть помещена в лечебное заведение.

При повторном исследовании через две или три недели в большинстве случаев удастся выяснить истинное положение дела, так как за это время изменения в придатках должны прогрессировать, если они действительно зависели от развивающегося в трубе плодного яйца. Здесь имеет также диагностическое значение, говорящее в пользу трубной беременности, то обстоятельство, что нарастающее увеличение придатков не сопровождается повышением температуры и прочими воспалительными явлениями и наблюдается только с одной стороны.

При повторном исследовании мы можем также получить весьма ценные данные и со стороны матки, так как в случае нормальной беременности матка за этот период времени должна увеличиться и изменить свою форму соответственным образом, в то время, как при внематочной беременности этого не произойдет.

Если через указанное время мы укрепимся в том убеждении, что у больной имеется внематочная беременность, то перед нами встает новый вопрос: ждать ли дальше и держать больную под наблюдением, или, не откладывая, приступить к операции.

Вопрос этот не решается так просто, как могло бы казаться, и на этот счет существуют различные точки зрения.

Одни держатся такого крайне консервативного взгляда, что даже при несомненной внематочной беременности оперативное вмешательство уместно только после того, как беременность сама собою так или иначе будет нарушена; если же этого не произойдет, то следует ждать того времени, когда плод станет жизнеспособным и только тогда произвести чревосечение, чтобы получить живого ребенка. Как бы заманчива ни казалась эта точка зрения, повседневный опыт учит нас, что внематочная беременность исключительно редко достигает того срока, когда

плод становится жизнеспособным, поэтому в угоду этих призрачных расчетов едва ли мы имеем право подвергать больную той опасности, которая связана с самопроизвольным нарушением внематочной беременности.

Другие, тоже сторонники консервативного отношения к внематочной беременности, придерживаются выжидательного метода потому, что самопроизвольное нарушение ее, происходящее преимущественно в раннем периоде беременности, иногда заканчивается для больной благополучно и без операции и сопровождается небольшим кровотечением в брюшную полость, которое может бесследно рассосаться или образовать ограниченную кровяную опухоль.

Эта точка зрения опирается несомненно на довольно большой клинический материал и, надо думать, не мало случаев нарушения внематочной беременности остается нераспознанными или совсем не попадает под наблюдение врача, но, мне кажется, для правильного решения вопроса мы должны определить, что для больной безопаснее: тот риск для ее жизни и здоровья, который связан с самопроизвольным нарушением внематочной беременности, или же риск, связанный с операцией чревосечения.

При выжидательном методе исход трубной беременности может быть тройкий: или нарушение ее произойдет без тяжелых для больной явлений, и кровоизлияние в брюшную полость рассосется, не оставляя никаких последствий, или дело заканчивается образованием кровяной опухоли в брюшной полости, обычно в малом тазу позади матки или в трубе, при чем может потребоваться длительное рассасывающее лечение, а иногда вскрытие haematocеле или удаление haematosalpinx'a; или, наконец, нарушение трубной беременности сопровождается настолько значительным кровотечением в брюшную полость, что для спасения жизни больной требуется немедленное оперативное вмешательство.

Насколько часто встречается тот или иной исход, нельзя сказать с уверенностью, так как установить диагноз внематочной беременности, закончившейся в первые месяцы, мы можем только определением наличия крови в брюшной полости или при вскрытии последней или посредством пробной пункции, поэтому я позволю себе основывать мои заключения только на цифровых данных моего личного операционного материала.

Из 1148 оперированных мною, путем вскрытия брюшной полости, больных, в 136 случаях имелась внематочная беременность в том или ином виде, что составляет 11,5%, из них погибло 9 больных, что составляет 6,7%.

При наличии ненарушенной трубной беременности была оперирована только одна больная, при чем исход операции был хороший.

При явлениях острой тяжелой анемии операция была произведена в 86 случаях, при чем все больные поправились, все же погибшие больные относятся к затянувшимся случаям, нередко осложненным инфекцией.

Кроме того, в 34 случаях оперативное вмешательство ограничивалось вскрытием заднего Дугласова пространства через задний свод влагалища по поводу haematocеле retrouterina; из этих больных погибла одна, что составит 3%; она была оперирована при тяжелых явлениях инфекции.

Из приведенных цифр с достаточною ясностью видно: во-первых, какой опасности подвергается больная, страдающая внематочной бере-

менностью, и во-вторых, насколько эта опасность уменьшается при своевременном, т. е. возможно раннем производстве операции; и, если оказывается, что ранняя операция, произведенная непосредственно после нарушения внематочной беременности, не дала ни одного случая смерти, то мы тем более должны этого ждать, если больная подвергнется операции еще до нарушения беременности при отсутствии явлений анемии.

Мне кажется, сказанного вполне достаточно, чтобы мы могли притти к определенному выводу, что при установленной точно внематочной беременности следует безусловно отдать предпочтение активному, а не выжидательному методу. Однако, трудность проведения в жизнь этого метода заключается в том, что распознать внематочную беременность до ее нарушения далеко не легко и, как было мною указано, я до настоящего времени имел только один такой случай.

Вернемся теперь к нашей больной.

Заподозрив у нее внематочную беременность, мы должны объяснить ей серьезность положения и постараться настоять на том, чтобы до окончательного выяснения диагноза она поместилась в лечебное заведение.

Если наше предположение об имеющейся здесь внематочной беременности найдет себе подтверждение, то второй нашей обязанностью будет убедить больную в необходимости оперативного вмешательства.

Что касается самого способа операции, то на этот счет может возникнуть целый ряд вопросов главным образом в смысле проведения принципа консерватизма.

Во-первых, можно поступить наиболее консервативно и удалить плодное яйцо, не удаляя самой трубы; во-вторых, можно удалить беременную трубу вместе с плодным яйцом; в-третьих, наконец, может быть поднят вопрос об удалении обеих труб.

Все эти три точки зрения имеют свои логические основания, и мы попытаемся, дав каждой из них критическую оценку, сделать наш выбор.

Первое предложение, высказанное впервые Muret в 1893 году, больше всего отвечает общепринятому хирургическому принципу, согласно которому при всякой операции ограничиваются удалением только самого неизбежного; технически провести это в жизнь при трубной беременности часто не представляет трудности. Здесь можно поступить двояко: или, как это было сделано *Prochownik'*ом, *Martin'*ом, *Zung'*ом, *Stras-smann'*ом и другими, стенка трубы рассекается по длиннику ее соответственно местоположению плодного яйца, последнее удаляется, яйцевое ложе выскабливается острой ложечкой и разрез трубы закрывается швами; или, как предлагает Bröse в случаях расположения плодного яйца в ампулярном конце трубы, оно осторожно выдавливается наружу, т.-е. производится как бы полный викидыш. Однако, мы должны спросить себя, не представляет ли опасности для больной оставление трубы, которая один раз уже послужила местом возникновения внематочной беременности. Если имплантация яйца произошла в трубе вследствие ее недоразвития, т.-е. чрезмерной длины, извилистости и тонкости ее, то мы не имеем никакого основания рассчитывать, что возникшая в ней беременность исправит эти недостатки; напротив, мы должны думать, что благодаря этому просвет трубы пострадает. Благодаря особенностям строения слизистой оболочки трубы, яйцевая клетка, имплантировавшаяся в трубе, проникает через толщу ее слизистой оболочки и продолжает разви-

ваться между последней и мышечной стенкой трубы. Таким образом, удаляя плодное яйцо, мы оставляем соответствующий отдел трубы, лишенным его слизистой оболочки, и, если здесь впоследствии не образуется полной непроходимости, то, во всяком случае, может произойти сужение просвета трубы и к обстоятельствам, способствующим возникновению трубной беременности, прибавится еще одно. Поэтому такое консервативное отношение к беременной трубе может иметь смысл только в тех случаях, где задержанию оплодотворенной яйцевой клетки в трубе способствовали такие воспалительные изменения последней, которые могут быть устранены или во время операции, например, сращения вокруг трубы, или могут быть излечены впоследствии.

Второе предложение, состоящее в том, чтобы во время операции удалить беременную трубу, имеет наибольшее число сторонников. Такое отношение к трубе оправдывается вышеизложенными соображениями, при чем, удаляя трубу, мы всегда тщательно перитонизируем культю, обшивая ее круглой связкой, для того, чтобы устранить возможность возникновения повторной внематочной беременности в оставленной части трубы.

Третье предложение, состоящее в том, чтобы одновременно с удалением беременной трубы произвести стерилизацию при помощи удаления, перевязки или резекции второй трубы, является наиболее радикальным и находит известное оправдание в том, что при недоразвитии полового аппарата, распространяющемся на трубы, обе трубы поражены в одинаковой степени и, оставляя вторую трубу, мы не устраняем возможности возникновения в ней беременности. Последовательное возникновение внематочной беременности сперва в одной, а затем в другой трубе, правда, не представляет собой большой редкости и, по мнению *R. Werth*а, наблюдается в 5% случаев; я на моем оперативном материале наблюдал пять случаев повторной трубной беременности, что составляет 3,7%; но значительно чаще приходится наблюдать, когда после трубной беременности наступала правильная беременность; по тому же автору это наблюдалось по некоторым статистикам в 50% случаев, а я имел больную, которая в течение двух лет перенесла сперва операцию по поводу правосторонней трубной беременности с удалением соответствующей трубы, затем имела нормальную беременность, закончившуюся родами, и, наконец, подверглась операции по поводу левосторонней трубной беременности.

Сопоставляя те соображения, которые приводятся в защиту каждого из приведенных способов вмешательства при трубной беременности, мне кажется наиболее правильным, отвечающим интересам больной, будет тот, где удаляется только беременная труба, поэтому мы будем его проводить и в данном случае, если дальнейшее наблюдение подтвердит у нашей больной наличие трубной беременности.

Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем разрыва трубы.

Перейдем теперь к следующей больной.

Больная Л. П. 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством уроженка Киева, русская.

В клинику она доставлена час тому назад в полуобморочном состоянии с жалобами на общую слабость, головокружение и режущие боли внизу живота слева.

I. Анамнез.

1. *Детство.* В раннем детстве больная перенесла корь и ветренную оспу и ничего больше отметить не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить всегда через четыре недели по 4 дня не обильно и без болей; последние месячные были 7 недель и 3 дня тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с двадцати лет, при чем больная не отмечает в связи с нею никаких отклонений в состоянии половых органов.

4. *Беременности и их исходы.* Не смотря на то, что больная никаких предохранительных средств не применяла, беременности за четыре года замужества не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Заболела внезапно дома сегодня утром, когда, встав с постели, пошла в уборную; сперва появились сильные боли режущего характера внизу живота слева, а затем закружилась голова настолько сильно, что больная упала и в обморочном состоянии была перенесена домашними на кровать.

6. *Болела ли раньше?* Ни общими заболеваниями, кроме указанных в детстве, ни специально гинекологическими, прежде не болела.

7. *Отправления кишечника.* Еще с детства больная отмечает склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Со стороны мочеиспускания отклонений от нормы прежде не было, но в настоящее время больная сама мочиться не может.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура при поступлении больной в клинику 35,8; пульс 124 удара в минуту, ровный, но очень мягкий; дыхание учащено до 34 в минуту. Кровяное давление несколько понижено. $РМа = 106$, и $РМи = 78$. Сознание ясное, но больная апатична и вяло отвечает на вопросы. Язык влажный и чистый. Границы сердца нормальны, над верхушкой слышен шумок; со стороны легких отклонений от нормы нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки очень бледны. При осмотре живота он умеренно вздут;

при ощупывании он мягкий и несколько болезненный в левой подвздошной области; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона с обеих сторон в наиболее отлогих отделах брюшной области и над лоном, флюктуации получить не удается. Со стороны груди как-либо изменений отметить не удается.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы нормальны; волосистость развита правильно. Слизистая оболочка влагалищного входа бледна, выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании получены следующие данные: влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса, нормальной величины, мягковатой консистенции; наружный зев круглый, обращен кпереди от проводной оси таза; тело матки несколько больше нормы, отклонено кзади и образует с шейкой угол, открытый кзади; конси-

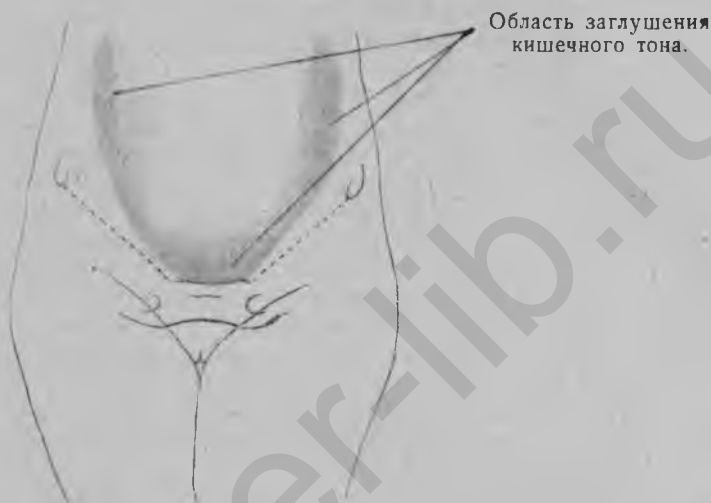


Рис. 4. Данные, полученные при перкуссии области живота.

стенция тела матки тоже мягковата, форма его нормальна; подвижность матки чрезвычайно свободна. Правые придатки не определяются; с левой стороны у угла матки и несколько кзади от нее прощупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удается определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы величиною в куриное яйцо, слегка болезненное и довольно тесно связанное с левым углом матки. Форма влагалищных сводов не изменена; определить скопление жидкости в малом тазу не удается. В клетчатке таза изменений нет.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.*

Несмотря на то, что больная не мочилась с утра, т.е. в течение около четырех часов, из мочевого пузыря выпущено катетром всего 85 к. см мочи. Цвет мочи светлый, она прозрачна, удельный вес 1011, реакция слабо кислая. Белка, сахара и других патологических элементов не найдено. При микроскопическом исследовании ничтожного осадка получены отдельные клетки мочевого пузыря и два-три лейкоцита в нескольких полях зрения. Кроме того, изредка встречаются кристаллы фосфорно-кислой магнезии; ни цилиндров, ни красных кровяных шариков не найдено.

в. Исследование крови.

		Нормальная картина у женщин.	Исследование I. год—мес.—числ.
Количество эритроцитов		4.500.000—5.250.000	2.300.000
Характер эритроцитов	Изменение окраски.	—	Базофильн. зернист.
	Изменение величины	—	нет.
	Изменение формы	—	нет.
	Изменение структуры.	—	Отдел. нормобласт.
Количество гемоглобина		85%—110%	43%
Показатель окраски		0,9—1,0	0,93
Количество лейкоцитов		7.000—8.000	5.000
Лейкоцитарная формула.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%	3.300; 66%
	Эозинофилы.	80—320; 1—4%	125; 2,5%
	Базофилы.	20—80; 0,1—1%	25; 0,5%
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1350; 28%
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	200; 4%
Нейтрофильная картина. Арнета.	Одноядерные.	8%	12%
	Двухядерные	24%	24%
	Трехядерные	48%	46%
	Четырехядерные.	16%	15%
	Пятиядерные	4%	3%
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—	Число миелоцитов немного увеличено.
	Дегенеративные	—	нет.
Тромбоциты		250.000—300.000	124.000
Сухой остаток.		21%	16%
Удельный вес.		1.050—1.056	1044
Коэффициент вязкости.		4,38	2,1
Скорость свертываемости		7—8 минут	10 мин.
Щелочность		426—533 м.г. NaOH	442
Резистентность эритроцитов		Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,47%
Количество гликогена	нет.
Скорость осаждаем. эритроцитов		5 час.	45 мин.

с. Бактериологическое исследование. Степень чистоты влагалищной флоры I; реакция кислая.

д. Биологические реакции. Реакция с флоридзином отрицательная.

Собрав как из анамнеза, так и при исследовании все необходимые нам данные, перейдем теперь к критической оценке их.

Если мы проследим анамнез в хронологическом порядке, то мы убедимся, что в нем до самого последнего времени не имеется никаких указаний, которые можно было бы поставить в связь с имеющимся сейчас заболеванием. Именно, наступление половой зрелости совершилось в обычный срок; тип и характер месячных был всегда нормален, и они были безболезненны; начало половой жизни тоже прошло без всяких осложнений, что дает нам право с большой вероятностью исключить гонококковую инфекцию; только длившееся в течение четырех

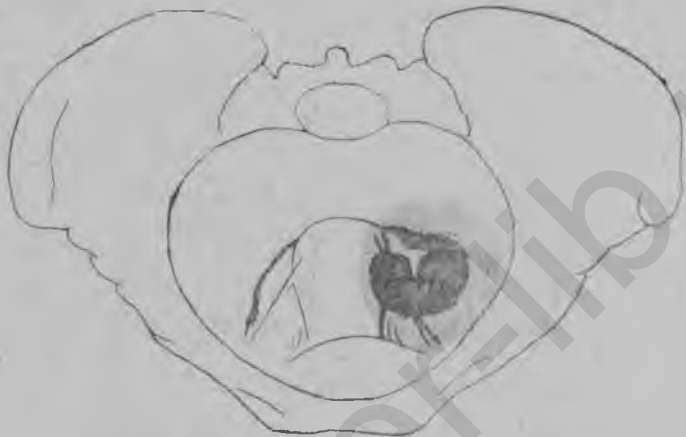


Рис. 5. Данные, полученные при бимануальном исследовании.

лет замужества бесплодие заставляет нас подумать о том, не зависит ли оно от каких-либо неправильностей в состоянии полового аппарата нашей больной.

В той части анамнеза, которая непосредственно предшествует началу заболевания, мы, наоборот, имеем одно обстоятельство, требующее тщательной оценки; я имею в виду указание больной на отсутствие месячных в течение около восьми недель.

Итак, в анамнезе мы имеем два факта, заслуживающие внимания: во-первых, бесплодие в течение четырех лет, и во-вторых, аменоррею, продолжающуюся семь с половиною недель.

Постараемся дать им объяснение на основании тех данных, которые мы получили при исследовании больной.

Желая выяснить причину бесплодия, мы всегда должны иметь в виду, что оно может зависеть не только от состояния полового аппарата женщины, но также и от ее мужа, поэтому при исследовании больной мы должны решить, имеются ли в половых органах ее такие уклонения от нормального состояния, которые в достаточной мере объясняют бесплодие; если таковых нет, то необходимо произвести исследование семени мужа.

Далее надо помнить, что бесплодие, связанное с ненормальным состоянием половых органов женщины, чаще всего зависит от одной из трех причин: или имеются те или иные явления недоразвития половых органов, или имеются воспалительные изменения в них, или, наконец, имеется приобретенное в связи с родами или выкидышем неправильное положение матки.

Последняя причина в нашем случае сама собою отпадает, так как больная не имела совсем беременности. Вторая причина тоже очень мало вероятна, так как в анамнезе нет указаний на воспалительные заболевания половых органов. Поэтому, скорее всего здесь может идти речь о бесплодии, вызванном недоразвитием полового аппарата.

При исследовании больной мы не нашли ни в наружных, ни во внутренних ее половых органах никаких указаний на недоразвитие, кроме имеющейся ретроверзии-ретрофлексии матки, и, таким образом, нам необходимо выяснить, насколько здесь названная неправильность матки является результатом недоразвития, и может ли она сама по себе быть причиной бесплодия.

Надо думать, что здесь ретроверзия-ретрофлексия матки развилась в детском возрасте больной, так как в зрелом возрасте эта неправильность матки обычно возникает вследствие недостаточного обратного развития ее после родов или выкидыша, или вследствие какого-либо воспалительного процесса в брюшине таза, на что мы указаний в анамнезе не имеем.

Напротив, образование ретроверзии-ретрофлексии матки в детском возрасте, как результат недостаточного интенсивного развития ее, наблюдается нередко, так как в тех случаях, когда мышца матки после рождения девочки не может достаточно быстро оправиться от физиологической атрофии, оно легко поддается различным вредным влияниям со стороны соседних органов и брюшного пресса и приобретает неправильное положение и форму. Правда, в этих случаях, наряду с ретроверзией-ретрофлексией матки часто имеются другие признаки недоразвития, придающие матке характерный вид *uterus hypoplasticus* или *uterus infantilis*, это не обязательно, так как уже одной физиологической слабости мышечной стенки матки достаточно в детском возрасте, чтобы все вредные моменты могли себя проявить.

Допуская из трех вышеназванных причин возникновения ретроверзии-ретрофлексии матки у нашей больной наиболее вероятной неправильное развитие матки, мы должны имеющееся здесь бесплодие объяснить именно этой неправильностью, так как известно, что среди других форм неправильного развития матки в этом отношении она играет не последнюю роль.

Перейдем теперь к оценке другого факта, отмеченного в анамнезе нашей больной, т.-е. к имеющейся у нее аменорее в течение последних восьми недель.

Так причину задержки месячных в определенном возрасте при наличии половой жизни чаще всего является беременность, то прежде всего постараемся на основании данных, полученных при исследовании, выяснить этот вопрос.

В нашем случае мы не имеем никаких субъективных признаков беременности, так больная не жалуется ни на тошноту или рвоту, ни на какие-либо другие ощущения, часто связанные с беременностью; здесь нет также изменений со стороны груди в виде усиленной пиг-

ментации околосоковых кружков, выступления Монтгомеровых железок или появления капли молозива, поэтому главное наше внимание мы должны обратить на изменения со стороны половых органов.

При осмотре влагалищного входа мы нашли слизистую оболочку бледной, в то время, как при беременности она обычно имеет синюшный оттенок. При внутреннем исследовании полученные нами со стороны матки данные таковы: тело матки несколько больше нормального, форма его не изменена; консистенция его у влагалищной части мягковата.

При аменоррее длительностью в восемь недель, где может идти речь о беременности двух месяцев, этих данных, конечно, не достаточно, чтобы признать наличие беременности; мы здесь должны были ожидать более значительное увеличение матки и некоторое изменение формы ее тела, так как к концу второго месяца нормальной беременности оно уже начинает становиться шаровидным.

Что касается лабораторных исследований, которыми мы могли бы воспользоваться для решения вопроса о беременности, то реакция скорости оседания эритроцитов, которая здесь равнялась 45 мин., не соответствовала таковой при беременности, а была значительно ускорена, что вероятно зависело от острого малокровия.

Реакция с флоридзином здесь получилась отрицательная, но надо иметь в виду, что она дает положительные результаты только при наличии живого и жизнеспособного плодного яйца.

Итак, полученные при исследовании данные не решают окончательно вопроса, но с известным правом позволяют исключить наличие прогрессирующей беременности вообще, и в частности беременности, развивающейся в матке.

Займемся теперь теми данными, которые стоят в непосредственной связи с началом заболевания.

Из анамнеза мы видим, что оно началось внезапно за несколько часов до того, как больная была доставлена в клинику, при чем сперва появились сильные боли внизу живота слева, а затем закружилась голова настолько сильно, что больная упала; случилось это в то время, когда она, встав утром с постели, пошла в уборную.

Такое обморочное состояние в связи с резкими болями в животе могло зависеть от спазматических болей в кишках, вызвавших появление шока, или от перекручивания ножки могущей быть опухолью яичника, или, наконец, от внутреннего кровотечения в брюшную полость.

Мы остановимся только на этих трех предположениях, потому что обморок стоял в связи с сильной болью внизу живота, и посмотрим, которая из них наиболее вероятна.

За первое предположение говорит то, что боли в животе появились в то время, когда больная направилась в уборную для обычного опорожнения кишечника; но, если бы боли действительно зависели от усиленной перистальтики кишек, то мы должны были бы иметь указание на то, что больная имела жидкий стул; этого, однако, мы не имеем. Если мы поищем доказательства в данных, полученных при исследовании, то за это предположение будет говорить только бледность покровов и слизистых оболочек, а также изменение пульса, что может зависеть от шока и падения кровяного давления; однако, мало вероятно, чтобы шок, вызванный болью в кишках, мог продолжаться так долго, тем более что при ощупывании живота имеется только небольшая ограниченная болезненность слева внизу и нет никаких явле-

ний острого гастро-энтеро-колита, так как язык влажный и чистый, нет ни тошноты, ни рвоты, ни поноса.

Второе предположение имеет за себя также некоторые данные, так как при перекручивании ножки кисты яичника нередко приходится наблюдать сильные боли внизу живота, которые могут сопровождаться обмороком и учащением пульса, но обычно здесь выступают более резко и другие признаки раздражения брюшины, как рвота, вздутие и напряжение живота, а затем повышение температуры. Выяснению диагноза главным образом помогают данные внутреннего исследования, при чем в брюшной полости удается определить эластическую опухоль большей или меньшей величины, связанную с одним из углов матки посредством ножки. В нашем же случае мы нашли при внутреннем исследовании следующее: с левой стороны у угла матки и несколько кзади от нее ощупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удастся определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы величиною с куриное яйцо, несколько болезненное и довольно тесно связанное с углом матки; таким образом эти данные далеко не отвечают тому, что мы могли рассчитывать найти при перекрученной кисте.

Остановимся теперь на третьей возможности, т. е. на кровоизлиянии в брюшную полость.

При этом мы должны ответить на два вопроса: во-первых, мы должны доказать наличие внутреннего кровотечения, и, во-вторых, мы должны определить его исходное место.

Что касается первого вопроса, то за внутреннее кровотечение говорят следующие данные: головокружение, понижение температуры тела до 35,8, мягкий и учащенный до 124 ударов в минуту пульс, учащенное до 34 в минуту дыхание, понижение кровяного давления до $PMa=106$ и $PMi=78$, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, апатичное состояние, заглушение кишечного тона при перкуссии в наиболее отлогих отделах брюшной области и над лоном и изменения крови в виде уменьшения числа эритроцитов до 2.300.000, уменьшения количества гемоглобина до 43%, понижения коэффициента вязкости и некоторых других изменений.

Как мы видим, у нашей больной имеется достаточно данных, говорящих в пользу внутреннего кровотечения, поэтому мы можем признать его с большой вероятностью; однако, такое благоприятное для распознавания сочетание признаков наблюдается не всегда, и часто может не достать то одного, то нескольких.

Одним из наиболее постоянных признаков при кровотечении вообще и в частности при внутреннем кровоизлиянии в брюшную полость является головокружение, доходящее до обморока; здесь не всегда наблюдается полное соответствие между тяжестью обморока и количеством потерянной крови, и надо думать, что известное значение имеет рефлекс с брюшины вследствие ее раздражения кровью, как посторонним телом.

Понижение температуры тела при внутреннем кровотечении обычно наблюдается, но как только кровотечение прекращается, температура довольно быстро снова достигает нормальных цифр, а затем даже повышается нередко до 38 градусов, что, вероятно, зависит от всасывания излившейся в брюшную полость крови.

Изменения со стороны пульса, состоящие в том, что он становится частым и мягким, наблюдаются при внутреннем кровотечении обычно

венно, хотя и здесь приходится отметить индивидуальные особенности, зависящие, как от работоспособности сердца, так и от возбудимости сосудодвигательной нервной системы; нередко даже при значительном кровотечении пульс долго держится в удовлетворительном состоянии, в то время как в других случаях даже при сравнительно небольшой потере крови быстро наступает значительное учащение пульса и падает его наполнение. *Mirto* наблюдал даже замедление пульса до 50—46 ударов и объясняет это раздражением блуждающего нерва.

Наблюдаемое обычно при внутреннем кровотечении учащение дыхания, которое вместе с тем становится поверхностным, зависит отчасти от недостатка кислорода благодаря уменьшению числа эритроцитов, а отчасти также от раздражения брюшины.

Далее, при всякой потере крови, безразлично наружной или внутренней, всегда наблюдается падение кровяного давления; степень его падения во-первых, зависит от количества потерянной крови, а во-вторых, от состояния кровеносных сосудов. Как известно, при потере крови, равной $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ всего наличного ее количества, наблюдается падение кровяного давления до 0 и смерть; однако, надо иметь в виду, что убыль жидкости в кровеносной системе быстро пополняется на счет поступления в нее жидкости из других отделов и тканей организма, при чем уже во время кровотечения при нормальной эластичности сосудистых стенок кровяное давление стремится выравняться, и кровяное ложе приспособляется к своему содержанию. Это обстоятельство имеет некоторое диагностическое значение в сочетании с другими данными; например, при дифференциальной диагностике между кровоизлиянием в брюшную полость и перитонитом в первом случае мы должны иметь резкое уменьшение числа эритроцитов и количества гемоглобина при сравнительно небольшом понижении кровяного давления, в то время как во втором случае окажется более значительное понижение кровяного давления в то время, как число эритроцитов и количество гемоглобина пострадает значительно меньше.

Бледность кожных покровов и слизистых оболочек при кровотечении зависит не столько от сердечной слабости и падения кровяного давления, сколько от измененного состава крови, при чем в этом случае кожа имеет желтоватый, восковидный оттенок, в то время как при бледности, зависящей от слабости сердца, вызванной перитонитом, цвет кожи имеет сероватый, землистый оттенок.

Что касается психики больной при кровотечении, то она находится в прямой зависимости от анемии мозга и сперва проявляется в вялости и апатичности, а при очень тяжелых потерях крови нередко переходит в состояние возбуждения.

Несомненный диагностический интерес при кровотечении в брюшную полость имеет определение здесь свободной жидкости, которая скопляется при лежании больной на спине преимущественно в наиболее отлогих боковых отделах живота и над лоном; при перкуссии в таком случае в указанных местах наблюдается заглушение кишечного тона, но, так как излившаяся кровь быстро свертывается и образует многочисленные мелкие сгустки между петлями кишек, то при перемещении больной, например, с одного на другой бок, не наблюдается такого резкого изменения границ жидкости, как при асците или гнойном экссудате; по той же причине обыкновенно не удается определить флюктуации. Однако, в виду того, что все приведенные особенности не всегда в достаточной мере выясняют характер жидкости,

многие рекомендуют в сомнительных случаях производить пробный прокол через задний влагалищный свод. Как один из довольно характерных признаков кровоизлияния в брюшную полость даже при сравнительно небольшом скоплении жидкой крови в малом тазу, я позволяю себе привести чрезвычайно легкую подвижность матки при этом, так как между нею и соседними органами образуется слой жидкости; но это наблюдается только до тех пор, пока не успеет наступить осумкование излившейся крови. *Соловьев* считает надежным признаком нарушенной внематочной беременности определение тестоватости в заднем Дугласовом пространстве, которая зависит от образования там мелких кровяных сгустков; по его наблюдениям этот признак держится не долго. *Ochleker* указывает как на один из признаков кровоизлияния в брюшную полость на болевые ощущения в правом плече, зависящие от раздражения *perv. phrenici* со стороны нижней поверхности диафрагмы.

Наконец, мы должны остановиться на тех признаках кровотечения, которые сказываются в изменении морфологических и физико-химических свойств крови. Между ними резко других бросается в глаза уменьшение числа эритроцитов, которое в тяжелых случаях может быть весьма значительно; параллельно с уменьшением числа эритроцитов идет уменьшение количества гемоглобина, при чем показатель окраски остается нормальным или таким, каким он в данном случае был до кровотечения; здесь, следовательно, нам приходится иметь дело с той формой анемии, которая носит название „*oligocythaemia*“. Из других изменений со стороны эритроцитов следует отметить некоторую полихроматофилию, при чем в теле эритроцита нередко удается определить базофильную зернистость в виде мелких синеватых черточек и точек; кроме того, между нормальными эритроцитами попадают отдельные нормобласты, т. е. ядросодержащие шарики, что должно рассматриваться, как результат усиленной регенерации.

Со стороны белых кровяных шариков при кровотечении удается отметить тоже некоторое уменьшение их абсолютного количества, но, так как лейкоциты вследствие меньшего их удельного веса и большой липкости удерживаются в кровеносной системе, то относительное их количество может даже увеличиться от 10% до 30%. Лейкоцитарная формула остается без изменений, а формула Арнета изменяется в том отношении, что на счет усиленной регенерации несколько нарастает число одноядерных шариков.

Физико-химические свойства крови при кровотечении тоже претерпевают известные изменения, именно, количество сухого остатка и удельный вес становятся меньше, что зависит от разжижения кровяной плазмы и уменьшения числа форменных ее элементов. Коэффициент вязкости крови значительно понижается, при чем, как известно, у здоровых людей отмечается строгий параллелизм между количеством гемоглобина и форменных элементов с одной стороны и коэффициентом вязкости с другой; последний по *Hess*'у составляет приблизительно $\frac{1}{20}$ числа, показывающего процентное содержание гемоглобина данной крови. Определение коэффициента вязкости крови является весьма ценным признаком при дифференциальной диагностике, когда вопрос идет о распознавании перитонита или внутреннего кровотечения при внематочной беременности, так как в первом случае он повышен, а во втором понижен. Далее, при кровотечении отмечается некоторое замедление свертываемости крови. Что касается изменения щелочности крови

и стойкости эритроцитов при кровотечениях, то каких-либо определенных указаний мы на этот счет не имеем.

Кроме перечисленных изменений в крови при внутренних кровотечениях в сыворотке удается определить присутствие гематина благодаря всасыванию красящего вещества крови из брюшной полости и т. д.

Согласно технике, предложенной *Егоровым* и видоизмененной применительно к внематочной беременности *Антошиной*, реакция состоит в следующем: к 3 к. см. спиртового 5% раствора пирамидона прибавляется 8 капель 50% уксусной кислоты и 8 капель свежей перекиси водорода. К этой смеси прибавляется одна капля сыворотки испытуемой больной, которая отстаивалась в термостате при 37 градусах в течение одного часа, отсасывалась и дважды центрифугировалась; через 1—2 минуты после прибавления сыворотки получалось при наличии гематина фиолетовое окрашивание смеси. Окрашивание держится не более 5 минут.

Признав у нашей больной наличие кровотечения в брюшную полость, мы можем перейти ко второму вопросу, т. е. к определению источника кровотечения.

У женщин в возрасте, допускающем возможность беременности и живущих половой жизнью, почти исключительной причиной кровоизлияния в брюшную полость является нарушенная внематочная беременность.

На 86 случаев внутреннего кровотечения, оперированных мною при явлениях тяжелой анемии, приходится два случая, где кровотечение в брюшную полость было вызвано нарушением целостности свежего желтого тела вследствие механической травмы; в одном из них травма была связана с половым сношением во время месячных, а во втором был ушиб вследствие удара в живот. Таким образом, на моем материале только 2,2% кровотечений в брюшную полость не стояли в связи с внематочной беременностью.

Исходя из этих соображений, мы и у нашей больной должны прежде всего остановиться на допущении внематочной беременности, зная, что в большинстве случаев приходится иметь дело с трубной беременностью.

Как мы видели, при выяснении причин аменореи в нашем случае, мы пришли к выводу, что здесь нет данных для признания нормальной маточной беременности, поэтому поищем, нет ли каких-либо указаний, говорящих в пользу внематочной беременности.

При внутреннем исследовании больной мы нашли, что с левой стороны у угла матки и несколько сзади от нее прощупывается мягковатая разлитая резистентность, в которой удается определить ближе к углу матки более плотное образование овальной формы, величиною в куриное яйцо, слегка болезненное и довольно тесно связанное с углом матки, правые же придатки не определяются; кроме того, консистенция матки несколько мягче нормальной, и тело ее немного увеличено.

Так как в анамнезе больной нет указаний на бывшее раньше воспалительное заболевание половых органов и так как настоящая картина болезни исключает острый воспалительный процесс в придатках, то с наибольшей вероятностью мы можем признать найденные изменения в левых придатках, как результат трубной беременности, чем вполне может быть объяснено изменение консистенции и величины матки. Принимая же в соображение те данные, которые указывают на

кровоизлияние в брюшную полость, мы должны считать, что трубная беременность здесь уже нарушена и таким образом, наш диагноз здесь будет:

Graviditas tubaria sinistra; haemorrhagia diffusa in cavo abdominale; anaemia acuta.

Остановившись на этом диагнозе, нашей ближайшей задачей будет выяснить те анатомические изменения, которые здесь имеются в половых органах, и установить их взаимную связь со всеми проявлениями болезни в данном случае.

Ближайшие вопросы, которые будут подлежать нашему обсуждению, следующие: во-первых, мы должны решить, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, во-вторых, каким способом произошло нарушение беременности.

Что касается первого вопроса, то ответить на него не всегда удастся на основании исследования больной до вскрытия брюшной полости. На деле же почти одинаково часто приходится наблюдать, как *graviditas tubaria ampullaris*, так и *graviditas tubaria isthmica*; несравненно реже встречается *graviditas tubaria interstitialis*.

При первой из названных форм трубной беременности яйцо помещается в относительно широкой ампулярной части трубы и образует здесь круглое или овальное тело мягко-эластической консистенции, легко подвижное и расположенное в глубине малого таза сбоку от матки; при имплантации яйца в средней более узкой части трубы здесь образуется овальное тело той же консистенции, при чем растяжение стенки трубы совершается неравномерно и сильнее выпячивается свободный край трубы; при этой форме трубной беременности связь ее с маткой более тесная и подвижность плодместилища менее свободна; в тех случаях, когда яйцо укрепляется в интерстициальной части трубы, на первый план выступает изменение формы дна матки; оно теряет свою симметрию, так как выпячивание стенки плодместилища идет по направлению наименьшего сопротивления, т.е. кверху и кнаружи, благодаря чему соответственный угол матки утолщается и выдается кверху и в сторону, а место прикрепления соответствующей трубы, круглой и яичниковой связок располагается выше, чем на противоположной стороне.

Так как у нашей больной определялось слева от матки овальное тело, довольно тесно связанное с углом матки, то мы должны признать



Рис. 6. *Graviditas tubaria isthmica sinistra rupta in situ.*

здесь наиболее вероятной *graviditas tubaria isthmica*; кроме того, так как упомянутое тело окружено более мягкой разлитой резистентностью, то есть основание думать, что в окружности трубы образовались кровяные сгустки.

Перейдем теперь ко второму вопросу, именно к тому способу, которым здесь совершилось нарушение трубной беременности.

Как известно, трубная беременность в громадном большинстве случаев нарушается в течение первых месяцев беременности и зависит это от следующих обстоятельств:

В первое время беременности происходит некоторое утолщение мышечной стенки трубы на месте прикрепления яйца, но затем оно прекращается, и труба начинает растягиваться растущим плодным яйцом, благодаря чему стенка трубы постепенно истончается.

С другой стороны в слизистой оболочке трубы происходят изменения, аналогичные тем, какие мы наблюдаем в слизистой оболочке матки, т.е. образуется децидуальная оболочка, но так как слизистая оболочка трубы значительно тоньше, то образующаяся децидуальная оболочка не может в достаточной мере оградить мышечный слой от врастания в него ворсинок плодного яйца, тем более что уже непосредственно после имплантации яйцевая клетка проникает через всю толщу слизистой оболочки и располагается между нею и мышечным слоем.

Так как ворсинки плодного яйца обладают способностью разрушать те тканевые элементы, с которыми они приходят в соприкосновение, и так как мышечный слой не обладает достаточной сопротивляемостью по отношению к ним, то ворсинки постепенно врастают в его толщу и нередко прорастают насквозь, так что остается сохранившимся только тонкий слой покрывающей трубу брюшины, наконец, ворсинки прорастают и брюшину и на поверхности ее получают мелкие отверстия в виде решета. Таким образом, возникает вторая причина истончения стенки трубы.

Но названные два обстоятельства являются только подготовительными, а непосредственной причиной разрыва стенки трубы служит чаще всего кровоизлияние в область плодместилища, благодаря чему резко повышается давление внутри трубы, которого истонченная ее стенка выдержать не может.

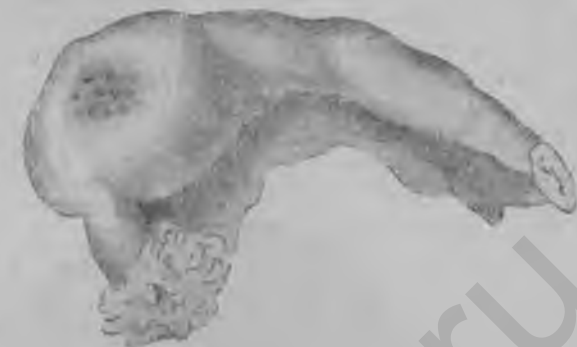
Кровотечение в области плодместилища при трубной беременности в основе своей имеет ту же причину, т.е. разрушающую способность ворсинок плодного яйца. Врастая в стенку трубы ворсинки, встречают на своем пути веточки кровеносных сосудов и, нарушая их целостность, вызывают кровотечение, при чем, как количество излившейся крови, так и дальнейшая судьба кровоизлияния может быть различна.

Во-первых, разрушенный кровеносный сосуд может относиться к брюшинному покрову трубы; в этом случае кровотечение происходит в свободную брюшную полость, а на поверхности трубы удается найти только точечное кровоточащее отверстие, несмотря на то, что потеря крови может быть очень значительной и даже опасной для жизни. Так как в таком случае кровоизлияния внутрь трубы может не быть, то связь ворсистой оболочки с ложем плодного яйца не нарушается; поэтому беременность может существовать дальше и давать повторные приступы кровотечения.

Во-вторых, при более глубоком расположении разрушенного сосуда кровотечение происходит внутрь трубы, благодаря чему содер-

жимое ее быстро увеличивается в объеме, и истонченная стенка трубы не выдерживает этого напряжения и разрывается. Как растяжение трубы скопляющейся в ней кровью, так и ее разрыв, сопровождаются болями внизу живота в соответствующей стороне; в первом случае боли носят схваткообразный характер и зависят от рефлекторных сокращений стенки трубы; во втором случае внезапно появляется острая режущая боль, ведущая иногда к потере сознания.

В тех более редких случаях, когда кро-



Готовящийся разрыв трубы вследствие прорастания ее стенки ворсинками плодного яйца.



Частичное рождение плодного яйца при разрыве стенки трубы.

воизлияние, происходящее внутрь трубы, не сопровождается разрывом ее стенки, в трубе образуется кровяная опухоль, при чем плодное яйцо погибает; опухоль эта носит название „haematosalpinx“. Жидкие составные части плодного яйца всасываются, окружающее его кровоизлияние начинает организоваться, и в результате образуется трубный мясистый занос или *molal carnosa*.



Родившееся плодное яйцо. Плодовместилище после рождения яйца.

Рис. 7. Различные стадии при разрыве беременной трубы.

В тех случаях, когда происходит разрыв стенки трубы, плодное яйцо целиком или частично может выскользнуть в брюшную полость.

При разрыве стенки трубы кровотечение в свободную брюшную полость обычно бывает значительным и может угрожать жизни больной. Место разрыва в большинстве случаев располагается на свободном крае трубы; значительно реже разрыв может произойти там, где труба прикреплена к широкой связке, и кровотечение совершается в толщу последней, раздвигая собою пластинки образующей ее брюшины (рис. 8).



Рис. 8. Graviditas tubaria sinistra, haematoma intraligamentaris.

В-третьих, наконец, кровоизлияние происходит в области плодovместилища таким образом, что нарушается только целостность *decidua capsularis*; благодаря этому плодное яйцо попадает в просвет трубы и при помощи сокращений ее мышечной стенки может через абдоминальное отверстие достигнуть свободной брюшной полости. Этот способ нарушения трубной беременности носит название трубного выкидыша (рис. 9).

Кроме вышеизложенной причины нарушения трубной беременности, здесь, конечно, большую роль играет травма, или непосредственно направленная на беременную трубу, например, грубое бимануальное исследование, удар в область живота и т. п., или вызывающая только застойную гиперемия в тазовых органах. Не исключается также возможность перекручивания беременной трубы, что тоже вызывает резкое кровонаполнение в области плодovместилища.

На самый способ нарушения трубной беременности, несомненно, имеет большое влияние место имплантации яйцевой клетки в трубе; так, например, при *graviditas tubaria ampularis* мы должны ждать скорее трубного выкидыша, в то время, как при *graviditas tubaria isthmica* вероятнее может произойти разрыв трубы.

Признав у нашей больной на основании данных исследований *graviditas tubaria isthmica*, осложненную кровоизлиянием в брюшную полость, мы скорее всего должны допустить, что нарушение беременности произошло здесь посредством разрыва стенки трубы. За это предположение говорят следующие данные: во-первых, больная отмечает появившиеся внезапно острые боли слева внизу живота режущего

характера, во-вторых, появилось головокружение, которое скоро перешло в картину тяжелого острого малокровия, которое чаще наблюдается при разрыве трубы, а не при выкидыше.

Выяснив механизм нарушения трубной беременности в нашем случае, мы должны постараться установить ее этиологию, так как это обстоятельство имеет несомненное значение при выработке лечебного плана.

Место прободения
decidua capsularis.



Трубный выкидыш.
Внутреннее прободение плодного мешка.

Место прободения
стенки
трубы и
decid. basalis.



Разрыв трубы.
Наружное прободение плодного мешка.

Рис. 9.

Как мы уже указывали в самом начале, основными этиологическими моментами внематочной беременности являются следующие: во-первых, различные формы недоразвития внутренних половых органов, комбинирующиеся с ненормальностью труб; во-вторых, воспалительные изменения в придатках, и в-третьих, ненормальное состояние самой яйцевой клетки. Кроме этих основных причин имеет известное значение целый ряд случайных обстоятельств, например, опухоли яичников или матки, и т. под.

Что касается вопроса о том, которой из основных причин в этиологии трубной беременности отдать предпочтение, то в настоящее время на основании накопившегося клинического материала придется признать, что первенствующее значение имеют, повидимому, воспалительные изменения в придатках, так, например, на материале

Züntz'a в 75% трубной беременности установлены бывшие раньше воспалительные заболевания половых органов; по вычислению *Dührsen'a* указания на воспалительные заболевания половой сферы имелись в 68% в анамнезе страдающих внематочной беременностью; у других авторов, как, например, у *Д. Отта*, *Н. Какушкина*, *С. Кузьмина* и других, этот процент хотя и ниже, но все же колеблется от 21% до 41%. Среди воспалительных заболеваний придатков первое место занимают, повидимому, те, которые связаны с пуэрперальной инфекцией, и они отмечены приблизительно в 2 или 3 раза чаще, чем те, которые связаны с гоноррейной инфекцией.

Некоторые формы недоразвития полового аппарата, связанные с ненормальным состоянием труб в виде их относительной длины и спиральной извитости, на что впервые было указано *Freund'ом* и *Frommel'ем*, тоже играют несомненную роль в этиологии трубной беременности, но по мнению *Я. Порховник* и *В. Виттенбурга* значение этого фактора несколько переоценивалось в виду незначительного процента нерожавших при внематочной беременности, именно, по *Fehling'у* и *Fritsch'у*, нерожавших насчитывается всего около 10% или 12%.

Остальные причины встречаются гораздо реже и носят случайный характер.

В виду того, что у нашей больной нет никаких указаний на бывший ранее воспалительный процесс в придатках и нет также никаких явных признаков недоразвития в области половых органов, то причина, здесь вызвавшая возникновение трубной беременности, должна быть признана случайной, так как развившаяся в детстве ретроверзия-флексия матки могла задержать наступление беременности, но не могла быть причиной трубной беременности.

Переходя к лечению нашей больной, мы едва ли ошибемся, если скажем, что единственный правильный путь здесь будет немедленное оперативное вмешательство.

Как мы видим, больная находится в состоянии тяжелой острой анемии, и у нас нет уверенности в том, что кровотечение из разорванной трубы прекратилось или не возобновится снова. Кроме того, разбирая предшествующую больную, мы определенно высказали тот взгляд, что выздоровление идет гораздо быстрее и успешнее при активном лечении, нежели при консервативном.

Что касается самого способа оперативного вмешательства, то я отдаю в таких случаях безусловное предпочтение брюшностеночному чревосечению с разрезом по средней линии по следующим соображениям: у больной, находящейся в состоянии тяжелой острой анемии, операция должна быть произведена по возможности быстро, а для этого прежде всего все операционное поле должно быть хорошо доступно осмотру глазом; это имеет особенно важное значение при трубной беременности, так как разрыв трубы может произойти в самые ранние сроки беременности, и, приступая к операции, мы не всегда можем быть уверены, которая труба беременна, ибо изменения в трубе могут быть недоступны бимануальному исследованию; наконец, при этом способе возможно проведение наибольшего консерватизма при операции, и достигается наиболее совершенная перитонизация культи.

При операции по поводу нарушенной внематочной беременности со значительным кровоизлиянием в брюшную полость приходится сталкиваться с вопросом, как поступить с находящейся в брюшной полости кровью.

На этот счет среди гинекологов существуют различные взгляды. Одни считают необходимым удалить по возможности всю кровь, для чего брюшная полость тщательно протирается тампонами или салфетками, а в прежнее время еще применялся дренаж брюшной полости через задний влагалитный свод. Другие, напротив, оставляют излившуюся кровь в брюшной полости из боязни травмировать брюшину при вытирании, тем более, что по мнению многих оставленная в брюшной полости кровь быстро всасывается и оказывается даже полезной обескровленному организму. Мы, обыкновенно, ограничиваемся только удалением сгустков и той части жидкой крови, которая легко доступна, так как тщательно освободить брюшную полость от крови невозможно; это потребовало бы слишком много времени и несомненно оказалось бы вмешательством, понижающим сопротивляемость брюшины по отношению к инфекции и способность ее к всасыванию; но мы совершенно согласны со взглядом *R. Werth'a*, что продукты асептического распада оставленной в брюшной полости крови не безразличны для организма, а скорее обладают некоторыми вредными свойствами, так как при этих условиях обычно приходится наблюдать желтуху и повышение температуры до 38 градусов и выше.

По мнению *A. Mueller'a* известное значение имеет способ происхождения излившейся в брюшную полость крови, так, по его наблюдениям при трубном выкидыше кровь напоминает менструальную и плохо всасывается, поэтому оставлять ее в брюшной полости не следует.

Говоря о судьбе крови, излившейся в брюшную полость при нарушении внематочной беременности, нельзя обойти молчанием горячо дебатированный в последнее время в литературе вопрос о переливании собственной крови. *Kulenkampff*, *Fridemann* и др. предлагают для этой цели специальные приемы, которые в главных чертах состоят в том, что собранная из брюшной полости кровь смешивается с физиологическим раствором и раствором *natrii citrici*, фильтруется и вливается еще во время операции в локтевую вену. Названные авторы находят, что такое вливание весьма благотворно отражается на состоянии больных и способствует скорейшему выздоровлению. Конечно, против этого нельзя возражать, однако, в 133 случаях внематочной беременности, оперированных мною путем брюшностеночного чревосечения, несмотря на то, что я ни разу не пользовался приведенным способом, ни одна больная не погибла от анемии, и явления малокровия быстро исчезали. Девять больных, умерших после операции, все были оперированы при явлениях перитонита с высокой температурой, и весьма возможно, что в этих случаях такое переливание крови могло оказать пользу, повышая сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией, но оно не могло иметь место, так как находящаяся в брюшной полости кровь была заведомо инфицирована.

Что касается некоторых технических частных операций, то они в общих чертах сводятся к тому, что соответственная труба удаляется обычным путем, культия тщательно перитонизируется, а яичник по возможности оставляется. Кроме того, в виду анемии еще во время операции или непосредственно после нее производится вливание физиологического раствора или под кожу или в вену. Из этих же соображений в послеоперационном периоде назначаются в первые дни каждые 3—4 часа маленькими клизмы из физиологического раствора с прибавлением сахара и коньяка.

Так как в таких случаях операция производится часто экстренно, и кишечник больной заблаговременно не очищен, то уже в первые дни после операции следует назначить очистительную клизму.

Как известно, и при внематочной беременности в матке образуется отпадающая оболочка, которая при нарушении беременности выделяется наружу. В тех случаях, когда операция производится непосредственно после нарушения беременности, децидуальная оболочка выделяется в ближайшие два или три дня после операции и это сопровождается обычно умеренным отделением крови из половых органов. Только в исключительных случаях потеря крови бывает настолько значительной, что она требует специальных мероприятий до выскабливания полости матки включительно. Зависит это или от существования хронического метро-эндометрита или, в исключительных случаях, от одновременного существования внематочной и маточной беременности, находящейся в состоянии выкидыша; последнюю возможность надо иметь в виду, так как в литературе описано таких случаев около двухсот.

Итак, заканчиваем мы разбор данной больной решением приступить безотлагательно к оперативному вмешательству.

Трубная беременность первых месяцев, нарушенная путем выкидыша.

История болезни третьей больной такая:

Больная Б. А., 32 лет, замужняя, прачка, родилась в Ленинграде, русская.

Поступила она в клинику два дня тому назад с жалобами на кровотечение, продолжающееся уже около двух недель, и на боли, появляющиеся временами в виде схваток в левой стороне живота внизу.

1. Анамнез.

1. *Детство.* В детстве больная каких-либо заболеваний не помнит.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на четырнадцатом году, установились сразу и стали приходить через 3 недели по 6 дней, не обильно и без болей. Последние месячные были правильно около двух с половиною месяцев тому назад, а две недели как появились выделения темной крови в небольшом количестве.

3. *Начало половой жизни.* Половой жизнью больная начала жить на двадцать-пятом году; каких-либо ненормальностей со стороны половых органов она в связи с этим не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Вскоре после выхода замуж наступила беременность, которая закончилась срочными родами живым ребенком; рожала она в родильном приюте; послеродовой период прошел гладко, и она выписалась домой на восьмой день; кровянистые выделения после родов продолжались дней десять; больная сама кормила до года, и первые месячные пришли вскоре после прекращения кормления. Через три месяца после отнятия ребенка от груди больная забеременела вторично, но произвела себе искусственный выкидыш на третьем месяце, после него должна была вследствие повышения температуры поступить в больницу, где ей было произведено выскабливание задержавшихся частей плодного яйца, и где она пробыла около четырех недель.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своего заболевания к выкидышу, так как после него месячные хотя и приходили правильно, но всегда сопровождались болями внизу живота слева; боли начинались за несколько дней до появления крови и исчезали вместе с прекращением месячных; со времени выкидыша больная стала замечать бели; с этого же времени появилась склонность к запорам. Как уже было сказано, после двухмесячной задержки две

недели тому назад появились выделения темной крови в небольшом количестве; почти одновременно с появлением крови больная почувствовала боли внизу живота слева, продолжавшиеся часа два, носящие схваткообразный характер и сопровождавшиеся легким головокружением; через пять дней боли возобновились, но были значительно слабее; третий приступ болей был дня два тому назад и сопровождался снова головокружением; в таком состоянии больная была доставлена в клинику, где при уборке у нее из влагалища выделился сгусток, который при более внимательном осмотре оказался состоящим не только из свернувшейся крови, но и из какой то ткани.

6. *Болела ли раньше?* Кроме заболевания, связанного с выкидышем, других не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* До выкидыша стул всегда был правильный, а после него обнаружилась склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Нормально.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная небольшого роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура больной во время пребывания в клинике вечером 37,1, утром 36,8; пульс около 80—90 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту. Язык чистый влажный. Склеры слегка желтушной окраски. При осмотре груди замечается более интенсивная пигментация околососковых кружков и выступание Монтгомеровых железок; при надавливании удается получить небольшую каплю молозива. Осмотр области живота ничего ненормального не обнаруживает кроме некоторого расхождения прямых мышц; при ощупывании брюшной области слева в нижнем отделе подвздошной впадины определяется неясная резистентность без резких границ; при перкуссии кишечный тон здесь несколько заглушен.

2. *Данные гинекологического исследования.* Исследование половых органов дало следующее: волосистость на половых частях развита правильно; наружные половые органы нормальны; слизистая оболочка влагалищного входа имеет слегка застойный оттенок; из влагалища выделяется небольшое количество кровянистых истечений бурого цвета, крошковатых и напоминающих кофейную гущу.

При внутреннем исследовании влагалищная часть матки оказалась цилиндрической формы, нормальной величины; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади от проводной оси таза; тело матки нормальной формы, несколько увеличено и мягковато; матка находится в правильной антефлексии и антеверзии, но слегка смещена в правую сторону; подвижность ее несколько ограничена. Правые придатки не изменены; в области левых придатков определяется мало болезненное мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся у левого угла матки и постепенно расширяющееся; наибольшая ширина этого тела достигает около 2—2½ пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягковатую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки и выполняющую собою также и левую половину заднего Дугласова пространства. Левый влагалищный свод несколько шире правого; слизистая оболочка влагалища в области сводов подвижна; клетчатка тазовой полости без изменений.

При осмотре выделившегося из влагалища сгустка после того, как свернувшаяся кровь была отмыта, он оказался состоящим из пленки

толщиною около 3 мм., которая имела форму трехугольного мешка, напоминающего собою маточной полости с двумя отверстиями у основания, соответствующими маточным отверстиям труб, и одним более широким отверстием у вершины соответственно области внутреннего зева.



Рис. 10. Данные внутреннего исследования.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи. Суточное количество мочи 1900 куб. см.; удельный вес 1012; реакция слабо кислая, белка, сахара и других патологических элементов не обнаружено; при микроскопическом исследовании найдены отдельные клетки пузырного эпителия.

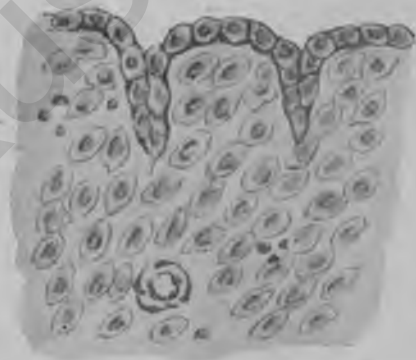


Рис. 11. Та же оболочка при микроскопическом исследовании.

б. Гистологическое исследование. Исследование под микроскопом срезов, полученных из выделившейся из влагалища пленки обнаружило, что она представляет собою децидуальную оболочку полости матки без каких-либо частей плодного яйца, так как ворсинок хориона не обнаружено.

с. Исследование крови.

	Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1.		
		— год —	мес. — число.	
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000	4.200.000		
Характер эритроцитов	Изменение окраски	— нет.		
	Изменение величины	— нет.		
	Изменение формы	— нет.		
	Изменение структуры	— нет.		
Количество гемоглобина	85%—110%	76%		
Показатель окраски	0,9—1,0	0,94		
Количество лейкоцитов	7.000—8.000	7.200		
Лейкоцитарная формула	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%	4.700; 65%	
	Эозинофилы	80—320; 1—4%	260; 3,6%	
	Базофилы	20—80; 0,1—1%	40; 0,5%	
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1.800; 25%	
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	400; 5,5%	
Нейтрофильная картина Арнета	Одноядерные	8%	8%	
	Двухядерные	24%	22%	
	Трехядерные	48%	49%	
	Четырехядерные	16%	17%	
	Пятиядерные	4%	4%	
Патологические формы лейкоцитов	Регенеративные	—	нет.	
	Дегенеративные	—	нет.	
Тромбоциты	250.000—300.000	240.000		
Сухой остаток	21%	—		
Удельный вес	1.050—1.056	1.052		
Коэффициент вязкости	4,38	3,9		
Скорость свертываемости	7—8 минут	8 минут		
Щелочность	426—533 м. г. NaOH	—		
Резистентность эритроцитов	Rm. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,47%		
Количество гликогена	—	—		
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	2 час. 25 минут		

4. *Бактериологические исследования.* При исследовании влагалищных выделений, имевших кровянистый характер, патогенных бактерий не найдено. Реакция выделений щелочная.

5. *Биологические реакции.* Реакция с флоридзином дала отрицательный результат. Реакция с пирамидоном дала положительный результат.

Располагая всеми этими данными, полученными, как из анамнеза, так и при исследовании больной, мы должны установить распознавание имеющегося здесь заболевания и наметить план лечения.

Остановимся сперва на тех данных, которые мы получили из анамнеза.

Они позволяют нам сделать вывод, что до бывшего, четыре года тому назад, искусственного выкидыша в половом аппарате нашей больной никаких патологических изменений не было, так как половая зрелость наступила своевременно, месячные носили правильный характер, вскоре после начала половой жизни наступила беременность, закончившаяся правильными родами и нормальным послеродовым периодом; после прекращения кормления месячные восстановились, сохранив прежний тип, и вскоре наступила вторая беременность; эта беременность была прервана искусственно на третьем месяце, и выкидыш осложнился каким-то пуэрперальным заболеванием, заставившим больную четыре недели провести в больнице, при чем с этого времени месячные стали сопровождаться болями внизу живота слева.

В виду того, что эти боли стояли в связи с месячными, начинаясь за несколько дней до появления крови, мы должны признать здесь наличность воспалительной дисменорреи, а так как боли локализовались всегда в определенном месте внизу живота слева, то можем предположить здесь или заболевание левых придатков матки, или заболевание соответственного отдела тазовой клетчатки; одновременно с болями появились также бели, поэтому мы должны признать также существование катаррального или железистого эндометрита.

Итак, первый вывод, который мы можем сделать на основании анамнеза, будет состоять в том, что в течение последних четырех лет со времени выкидыша в половых органах нашей больной имеются воспалительные изменения, возникшие, вероятно, вследствие инфекции, связанной с выкидышем.

Второе обстоятельство, которое обращает на себя наше внимание, заключается в том, что за последние четыре года беременности не было, в то время, как прежде одна беременность следовала быстро за другой. Причину этого относительного бесплодия мы скорее всего должны видеть в тех изменениях в состоянии половых органов, которые были вызваны воспалительным процессом и состояли в заболевании левых придатков и слизистой оболочки полости матки.

Наконец, третье обстоятельство, отмеченное нами в анамнезе и относящееся к периоду, непосредственно связанному с началом настоящего заболевания, состоит в том, что месячные задержались на два с половиною месяца, а затем появились две недели тому назад выделения темной крови в умеренном количестве, при чем это сопровождалось схваткообразными болями внизу живота слева и головокружением.

Что касается причины задержки месячных, то прежде всего здесь, конечно, приходится подумать о возможной беременности. За вероятность этого предположения в нашем случае, кроме аменорреи, говорят

изменения в грудных железах, именно, пигментация околососковых кружков, выступание Монтгомеровых железок и выделение капли молозива, а также некоторое увеличение и размягчение матки и слегка синюшная окраска слизистой оболочки влагалищного входа. Правда, величина матки, ее форма и консистенция не соответствуют двухмесячной беременности, но здесь надо иметь в виду, что речь может идти только о нарушенной беременности, так как уже около двух недель имеются кровянистые выделения, и из матки выделился сгусток крови, содержащий в себе децидуальную оболочку и, кроме того, большая жалуется на периодически повторяющиеся схваткообразные боли внизу живота. Поэтому, говоря о маточной беременности, мы должны считать, что она закончилась выкидышем, и матка находится в состоянии обратной инволюции, при чем в полости матки, вероятно, не осталось частей плодного яйца, так как наружный зев закрыт.



Децидуальная оболочка при внематочной беременности.



Децидуальная оболочка с остатками ворсинок при маточном выкидыше.

Рис. 12.

Отрицательный результат с флоридзином, а также недостаточное ускорение оседания эритроцитов не исключает здесь возможности беременности, так как речь может в данном случае идти только о беременности нарушенной.

Сделав такое предположение, мы, следовательно, можем остановиться или на диагнозе маточной беременности, закончившейся выкидышем, при чем найденные в левых придатках изменения являются результатом бывшего четыре года тому назад воспалительного процесса, или же мы можем допустить, что у больной имеется левосторонняя внематочная беременность, находящаяся в состоянии нарушения.

В настоящем случае вопрос о правильности первого или второго предположения значительно упрощается, принимая в расчет данные, полученные при микроскопическом исследовании выделившегося из матки кусочка ткани.

Микроскоп обнаружил только децидуальную, т.е. отпадающую оболочку, без наличия каких либо элементов, присущих плодному яйцу; поэтому мы можем считать, что здесь имеется внематочная беремен-

ность, так как при нарушении маточной беременности кроме отпадающей оболочки мы должны бы были найти хотя бы незначительные остатки плодного яйца в виде ворсинок хориона.

Однако, вопрос не всегда решается так просто, так как децидуальная оболочка из полости матки при нарушении внематочной беременности выделяется не всегда; так, например, *Winckel* наблюдал ее отхождение в 8 случаях из 12, а *Hennig* в 23 случаях из 31; кроме того, нередко отхождение оболочки остается незамеченным или больная отмечает только, что выделился кровяной сгусток, который она приняла за плодное яйцо. Такая ошибка особенно возможна, когда отпадающая оболочка выделяется из матки целиком, представляя полный слепок ее полости.



Поверхность, обращенная в полость матки.

Поверхность, обращенная к стенке матки.

Рис. 13. Децидуальная оболочка при внематочной беременности, выделившаяся целиком.

В других, правда, более редких случаях, отпадающая оболочка выделяется в виде мелких, едва заметных, обрывков ткани, примешивающихся к вытекающей из матки крови, придавая последней особый характерный вид, напоминающий собою кофейную гущу, благодаря бурому цвету и крошковатой консистенции. Этот характерный вид кровянистых выделений при нарушении внематочной беременности имеет несомненно диагностическое значение, так как он помогает нам исключить обычное менструальное кровоотделение. Обстоятельство это приобретает особенно важное значение в тех случаях, когда нарушение внематочной беременности происходит без предварительной задержки месячных, т. е. совпадает с ближайшим менструальным периодом, что по наблюдениям *Какушкина* имеет место в 15,1% случаев несомненной внематочной беременности, а по другим авторам наблюдается еще гораздо чаще, так у *Martin'a* в 32,5%, а у *Jwase* даже в 44,2%.

Хотя маточное кровотечение считается одним из наиболее постоянных признаков нарушения внематочной беременности и по данным *Какушкина* наблюдалось им в 82,3% случаев, но надо иметь в виду,

что оно появляется не всегда в начале процесса, и нередко приходится прибегнуть к операции, не дожидаясь этого признака, который появляется уже в послеоперационном периоде. В таких случаях диагностическое значение маточного кровотечения и характера выделяющейся крови отпадает, а тем более теряет свою ценность микроскопическое исследование выделившихся кусочков ткани.

В этих случаях приходится пользоваться другими данными. Так, например, за внематочную нарушенную беременность с кровоизлиянием в брюшную полость будут говорить признаки острой анемии, по своей тяжести не соответствующие незначительному количеству теряемой наружу крови.

К этим признакам в первую очередь должны быть отнесены: головокружение,ходящее нередко до потери сознания, учащение и слабость пульса, понижение кровяного давления, учащение дыхания, уменьшение количества гемоглобина и числа эритроцитов, понижение коэффициента вязкости крови и замедление ее свертываемости, появление базофильной зернистости в эритроцитах и определение жидкости в брюшной полости, желтушная окраска склер и кожи и положительная реакция с пирамидоном; далее имеет значение локализация и характер болей, которые при трубной беременности хотя и могут носить схваткообразный характер, напоминающий сокращения матки при выкидыше, но всегда локализуются не по середине, а сбоку от матки соответственно положению беременной трубы; наконец, ценным диагностическим признаком являются изменения в трубе соответственной стороны и характер этих изменений.

Как мы видели из анамнеза и объективного исследования нашей больной, признаки анемии и внутреннего кровоизлияния выражены крайне мало и неясно. Мы имеем только указания на повторяющиеся три раза приступы легкого головокружения, сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота слева, поэтому остановимся несколько подробнее на тех изменениях, которые нам удалось определить в левых придатках.

Здесь мы нашли мало болезненное, мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся от левого угла матки и постепенно расширяющееся; наибольшая ширина этого тела достигает около 2—2½ пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягкую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки и выполняющую собою также и левую половину заднего Дугласова пространства.

Остановливаясь только на приведенных выше изменениях в левых придатках матки и не касаясь прочих симптомов данного заболевания, мы можем возникновение их объяснить себе тройким образом: во-первых, можно допустить острый воспалительный процесс в трубе и яичнике с образованием экссудата в окружности их; во-вторых, можно признать эти изменения за хронический воспалительный процесс в придатках, развившийся в связи с бывшим выкидышем около четырех лет тому назад; в-третьих, наконец, мы можем здесь предположить возможность левосторонней трубной беременности, находящейся в состоянии нарушения.

Что касается первой из приведенных возможностей, т. е. острого сальпинго-оофорита, осложненного экссудатом, то ее не трудно отвергнуть, так как и объективные данные при исследовании больной и вся картина болезни этому не соответствует. При остром воспалительном

заболевании придатков мы должны бы были иметь повышение температуры, постоянные боли, усиливающиеся при исследовании, целый ряд явлений, указывающих на раздражение брюшины, как рвоту, вздутие живота, наконец, консистенция воспалительного экссудата была бы иная, границы его были бы более выражены и мы имели бы ощущение эластичности.

Посмотрим далее, насколько в данном случае картина отвечает хроническому сальпинго-оофориту. На основании данных исследования, изменения, найденные в трубе, до известной степени соответствуют тому, что мы имеем при *sactosalpinx*'е воспалительного происхождения; по крайней мере, колбасовидная форма трубы здесь напоминает хронический гнойный сальпингит или *pyosalpinx*; но, с другой стороны, мягковатая консистенция ее противоречит этому предположению, так как при *pyosalpinx* давнего происхождения стенки его обычно значительно утолщены и он производит впечатление плотного бугристого тела; наконец, допуская здесь наличие хронического *pyosalpinx*, мы не находим объяснения для той мягкой резистентности, которая его окружает.

Таким образом, у нас остается третья из допущенных нами форм заболевания, именно, левосторонняя трубная беременность в состоянии нарушения. Форма и консистенция трубы вполне отвечает этому предположению, а окружающую трубу мягкую резистентность легко можно объяснить образовавшимся по соседству с ней кровяными сгустками. Наблюдающиеся в данном случае симптомы болезни, как повторяющиеся от времени до времени боли внизу живота и сопровождающие их приступы головокружения тоже скорее всего говорят за внематочную беременность.

Остановившись поэтому на диагнозе: *graviditas tubaria sinistra*, нам остается еще выяснить причину ее возникновения и способ ее нарушения.

Помня, что в преобладающем числе случаев внематочной беременности причиной служит бывший раньше воспалительный процесс в половых органах, при чем особенно важное значение, повидимому, имеет пуэрперальная инфекция, посмотрим, нет ли и у нашей больной каких-либо указаний на этот счет.

В анамнезе мы находим, что бывший у нее выкидыш осложнился каким-то заболеванием, которое сопровождалось повышением температуры и заставило больную четыре недели провести в больнице. С этого времени месячные стали сопровождаться болями внизу живота слева, появились бели и склонность к запорам, а также обнаружилось относительное бесплодие.

Приведенные данные не только говорят нам за наличие в половых органах нашей больной каких-то воспалительных изменений, но позволяют нам думать, что эти изменения локализовались в левых придатках матки в виде хронического *salpingo-oophoriti*'а. Однако, допуская возможность возникновения беременности в больной трубе, мы должны себе представить, что проходимость этой трубы не вполне нарушена, а изменения носят такой характер, что так или иначе затрудняют передвижение оплодотворенной яйцевой клетки, что может зависеть от патологического состояния слизистой оболочки трубы, ее мышечной стенки или брюшинного покрова.

Ответить в нашем случае с уверенностью на вопрос, в чем состояли здесь изменения в трубе, не представляется возможным в виду

вторичных изменений в ней, вызванных беременностью, и мы должны ограничиться допущением существования хронического сальпингита.

Что касается нарушения трубной беременности в настоящем случае, то нам приходится выбор наш делать между тремя возможностями: во-первых, ворсинки плодного яйца, вращая в толщу мышечной стенки трубы, могут достигнуть брюшинного ее покрова, разрушая попадающиеся на своем пути веточки кровеносных сосудов, благодаря чему может произойти очень тяжелое кровотечение в брюшную полость без того, чтобы плодное яйцо отделилось от своего ложа; во-вторых, вследствие кровоизлияния в область плодместилища может произойти разрыв стенки трубы, при чем плодное яйцо может выскользнуть в брюшную полость; в-третьих, кровоизлияние происходит в область плодместилища таким образом, что целостность стенки трубы не нарушается, а происходит только разрыв *decidua capsularis*; благодаря этому, плодное яйцо вместе со скопившейся в трубе кровью начинает вследствие сокращения мышечной стенки трубы перемещаться по направлению к абдоминальному ее концу и может родиться в брюшную полость.

При первом способе нарушения трубной беременности на передний план выступают явления острой анемии вследствие кровотечения в брюшную полость, при чем боли могут совершенно отсутствовать.

При втором способе процесс всегда сопровождается приступом острых режущих болей в области соответственной трубы вследствие разрыва ее стенки; кровотечение в брюшную полость при этом тоже обычно бывает настолько значительным, что появляются признаки острого малокровия.

При третьем способе тоже имеются боли, но они носят схваткообразный характер и, обыкновенно, приходится наблюдать несколько приступов, повторяющихся с большими или меньшими промежутками; количество излившейся в брюшную полость крови обычно бывает менее значительно и явления анемии выражены слабее.

Причины, благодаря которым трубная беременность в одном случае заканчивается разрывом трубы, а в другом случае—выкидышем, могут быть различны. С одной стороны, имеет значение местоположение и величина того сосуда, целостность которого нарушается, с другой стороны, несомненное значение имеет также и место прикрепления яйцевой клетки в том или другом отделе трубы. От местоположения разрушенного сосуда будет зависеть, произойдет ли кровоизлияние непосредственно в брюшную полость или в область плодместилища; от величины сосуда будет зависеть количество излившейся крови; наконец, место прикрепления яйца в трубе имеет то значение, что, чем ближе яйцо будет расположено к абдоминальному концу трубы, тем легче может произойти выкидыш, и, наоборот, чем яйцо расположено ближе к маточному концу трубы, тем вероятнее становится разрыв ее стенки, так как скопляющаяся в трубе кровь не имеет свободного выхода в брюшную полость, и внутреннее давление в трубе достигает более высокой степени.

Так как у нашей больной наблюдалось несколько приступов болей, сопровождавшихся головокружением, и боли носили схваткообразный характер, а также в виду отсутствия явлений острой анемии, мы имеем больше оснований думать, что здесь произошел трубный выкидыш, а не разрыв трубы, тем более, что и количество излившейся в брюшную полость крови незначительно.

Поэтому, наш окончательный диагноз здесь будет: *graviditas tubaria sinistra; abortus tubarius*.

В дальнейшем нам остается еще выяснить те анатомические изменения в половом аппарате больной, которые вызваны трубным выкидышем.

Как уже было указано, при трубном выкидыше вследствие кровоизлияния в области плодместилища происходит нарушение целостности *decidua capsularis*. Благодаря быстрому увеличению объема содержимого трубы появляются рефлекторные сокращения ее мышечной стенки, плодное яйцо отделяется от своего ложа и вместе со скопившимися



Рис. 14. *Haematosalpinx* с сохранившимся плодом.

в трубе кровяными сгустками начинает передвигаться по направлению к абдоминальному концу трубы, при чем конечный исход трубного выкидыша может быть весьма разнообразен.

Во-первых, кровоизлияние в области плодместилища может быть незначительным, так что отделение яйца совершается только на небольшом пространстве, и дальнейшее развитие и рост его могут продолжаться дальше. Это состояние аналогично *abortus incipiens* при маточной беременности. Приступ болей при этом обыкновенно выражен слабо и головокружение не наблюдается вовсе или бывает незначительным, завися не от потери крови, а от раздражения брюшины вследствие быстрого растяжения трубы. Сокращения трубы могут распространяться на мышечную стенку матки и вызвать отделение децидуальной ее оболочки. Беременность, однако, может продолжаться и достигнуть нормального срока, или, что наблюдается гораздо чаще, она спустя некоторое время все же нарушается тем или иным способом.

Во-вторых, кровоизлияние может быть более значительным и плодное яйцо отделяется все или в значительной степени от своего ложа, при чем дальше оно уже не может развиваться. Вследствие недостаточности энергичных сокращений трубы или благодаря тому, что яйцо расположено далеко от абдоминального конца трубы, оно задерживается в трубе. В этом случае дальнейшая судьба совершающихся здесь изменений в трубе будет состоять в том, что излившаяся кровь свертывается, образует сгусток, который постепенно начинает организовываться, прорастая соединительную тканью и давая в конечном итоге мясистый занос или *mola carnosa*. Нередко в центре его удается найти хорошо сохранившийся плодик. Надо иметь в виду, что это образование очень трудно или совсем не поддается рассасыванию и нередко требует оперативного удаления.

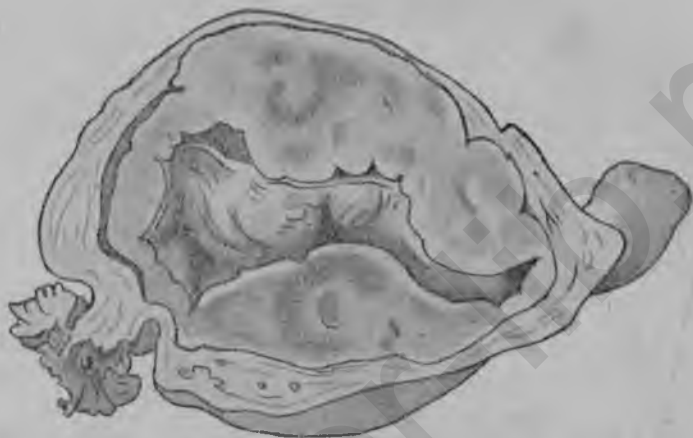


Рис. 15. *Haematosalpinx* переходящий в *mola carnososa*.

В-третьих, отделившееся плодное яйцо под влиянием сокращений трубы постепенно перемещается в ампулярный ее конец и здесь задерживается в области абдоминального отверстия трубы. Это состояние соответствует неполному маточному выкидышу или *abortus incompletus*. Приступы схваткообразных болей при этом могут повторяться несколько раз с большими или меньшими промежутками, при чем обычно происходит кровоотделение в брюшную полость через абдоминальное отверстие трубы нередко в значительном количестве, так что не исключается возможность появления признаков острой анемии, и может потребоваться экстренное оперативное вмешательство.

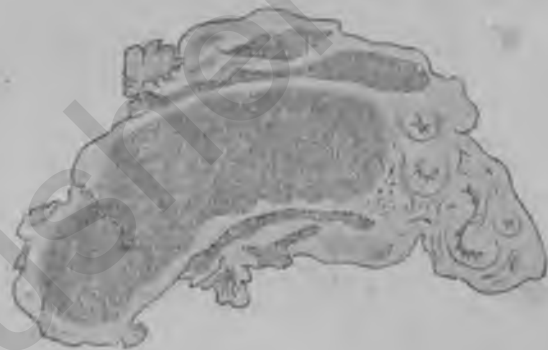
В-четвертых, наконец, отделившееся плодное яйцо может родиться в брюшную полость; в этом случае мы будем иметь полный выкидыш или *abortus completus*. Скорее всего такой исход мы можем ожидать тогда, когда плодное яйцо с самого начала было прикреплено в ампулярном отделе трубы. При этих условиях трубный выкидыш тоже может сопровождаться приступом схваткообразных болей и более или менее обильным кровотечением в брюшную полость, но надо думать, что нередко выкидыш может здесь пройти почти незамеченным и нераспознанным, при чем в трубе не остается никаких изменений, доступных бимануальному исследованию; в других же случаях, после вы-

деления плодного яйца в трубе остается свернувшаяся кровь и образуется haematosalpinx.

Возвращаясь к тем данным, которые мы получили из анамнеза и при исследовании нашей больной, мы должны признать у нее неполный трубный выкидыш, т. е. третью из приведенных выше возможностей, так как левая труба представляет собою мало болезненное мягковатое тело колбасовидной формы, начинающееся у левого угла матки и постепенно расширяющееся к абдоминальному концу; наибольшая ширина этого тела достигает 2—2 $\frac{1}{2}$ поперечных пальцев, при чем периферический его конец переходит в мягкую резистентность без резких границ, расположенную слева и позади матки.



Наружный вид.



То же на продольном разрезе.

Рис. 16. Неполный трубный выкидыш.

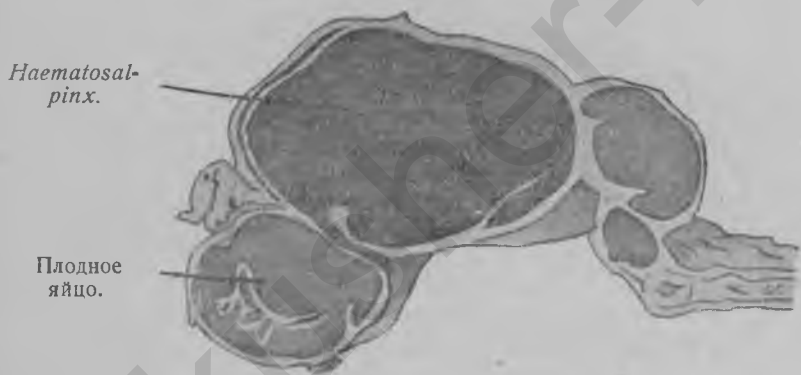
Таким образом, труба представляет собою haematosalpinx, а в ампулярном наиболее растянутом отделе ее, повидимому, находится задержавшееся здесь плодное яйцо; мягкая же резистентность, находящаяся у периферического конца трубы слева и позади матки, является кровью, излившуюся в брюшную полость и превратившуюся в кровяные сгустки. Этому вполне отвечают сопутствующие симптомы, в виде повторявшихся три раза приступов схваткообразных болей внизу живота слева, которые сопровождалась головокружением, и признаки указывающие на всасывание кровяного пигмента из очага кровоизлияния.

Выяснив сущность имеющихся здесь анатомических изменений, мы должны наметить план лечения трубного выкидыша вообще и в частности для нашей больной.

Как уже было сказано, трубный выкидыш может произойти, не сопровождаясь значительным внутренним кровотечением, оставаясь иногда даже нераспознанным; в этих случаях родившееся в брюшную полость яйцо и излившаяся кровь всасываются, и в трубе остаются только те изменения, которые послужили причиной для возникновения трубной беременности, например, хронические изменения воспалитель-



Законченный трубный выкидыш и *haematosalpinx*.



Haematosalpinx на разрезе.

Рис. 17.

ного характера, или явления недоразвития, поэтому нам приходится считаться только с ними, внематочная же беременность, как таковая, никаких специальных мероприятий с нашей стороны не требует.

В других случаях, именно там, где трубный выкидыш сопровождается скоплением крови в трубе или задержкой плодного яйца, и где образуется *haematosalpinx* или *moia carnosa*, там можно попытаться достигнуть рассасывания путем назначения тепла в виде согревающих компрессов, горячих влагалитических спринцеваний и теплых соленых или грязевых ванн, далее можно назначить влагалитические ша-

рики из сгущенного глицерина с тигенолем; но надо иметь в виду, что рассасывающее лечение далеко не всегда ведет к цели; а так как такие опухоли трубы часто образуют склейки с окружающими тканями и органами, например, с петлями кишек, с маткой, с мочевым пузырем или с пристеночной брюшиной, и благодаря этому могут причинять больной тягостные ощущения или воспаляться и нагнаиваться благодаря вторичной инфекции из кишек, то мы должны относиться к ним, как к серьезному заболеванию и, если рассасывающее лечение не дает быстрого результата, не откладывать на долго оперативное вмешательство. Кроме того, применение рассасывающего лечения допустимо только тогда, когда мы вполне уверены, что беременность не прогрессирует.

Наконец, в тех случаях, когда больная попадает под наблюдение врача во время приступа болей и исследование устанавливает неполный трубный выкидыш, тоже следует предпочесть оперативное вмешательство по возможности безотлагательно. В пользу такого образа действий будут говорить следующие соображения: во-первых, если даже данный приступ обойдется благополучно, боли затихнут и кровоизлияние будет умеренным, то мы никогда не можем иметь уверенности, что через некоторое время такой же приступ не повторится, и что он не осложнится опасным для жизни кровотечением; во-вторых, если даже не будет следующих приступов, то неполный трубный выкидыш в дальнейшем вызовет те же осложнения, что и haematosalpinx или *moia caposa*, и, следовательно, не исключается необходимость операции в будущем.

На основании всего сказанного, вопрос о способе лечения нашей больной решается просто. Установив здесь неполный /трубный выкидыш в периоде затишья, мы не будем ждать нового приступа, а воспользуемся хорошим состоянием больной и нормальной температурой, чтобы произвести операцию.

При выборе способов оперативного вмешательства в данном случае мы будем держаться того же принципа, который был нами изложен по вопросу о лечении внематочной беременности вообще. Именно, мы воспользуемся брюшиностеночным чревосечением, так как оно представляет значительные преимущества в смысле доступности осмотра глазом операционного поля и проведения тщательной перитонизации культи; далее, мы удалим беременную трубу даже в том случае, если бы технически оказалось возможным ограничиться только освобождением ее от содержимого, так как считаем, что оставление такой трубы угрожает больной повторной внематочной беременностью в той же трубе; оба яичника по возможности будут оставлены, а вопрос о судьбе второй трубы будет решен во время операции в зависимости от ее состояния.

Что касается техники удаления трубы, то она здесь ничем не будет отличаться от обычной *salpingectomy* с изолированной перевязкой сосудов и перитонизацией культи при помощи круглой связки. Для лигатур и швов мы, как всегда, воспользуемся кэтгутом, а брюшная стенка будет закрыта наглухо в таком порядке: края разреза брюшины соединяются непрерывным тонким кэтгутовым швом, края апоневрозов соединяются непрерывным с'емным проволочным швом, а края кожного разреза соединяются зажимами Мишеля.

Внематочная беременность с образованием *haematocele retrouterina.*

История болезни четвертой больной следующая:

Больная К. П. 24 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, родилась в Новгороде, русская.

Поступила она в клинику три дня тому назад с жалобами на тупые боли и чувство тяжести внизу живота и кровянистые выделения, продолжающиеся около трех недель.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Насколько больная помнит, в раннем детстве она перенесла несколько острых инфекционных заболеваний, но каких именно, не знает.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и стали приходить через 4 недели по 5 дней, не обильно и без болей; последние месячные были около трех месяцев тому назад правильно.

3. *Начало половой жизни.* Половая жизнь началась с восемнадцати лет, при чем в связи с нею каких-либо заболеваний половых органов больная не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная имела три беременности, из которых первая наступила вскоре после выхода замуж и закончилась нормальными родами, при чем послеродовой период прошел правильно; через год после первых родов, когда больная прекратила кормление, наступила вторая беременность, которая тоже закончилась нормальными родами и послеродовым периодом, этот раз больная кормила только три месяца, так как ребенок умер; через семь месяцев после вторых родов наступила третья беременность, которая закончилась выкидышем на втором месяце по неизвестной для больной причине; выкидыш больная перенесла на ногах, хотя кровотечение продолжалось около двух недель, и она чувствовала недомогание.

5. *Начало настоящего заболевания.* Со времени выкидыша больная считает себя не вполне здоровой, так как месячные стали обильнее и сопровождаются болью внизу живота и в пояснице; кроме того, она стала замечать бели, но начало настоящего заболевания она относит к ближайшему времени, когда, спустя восемь недель после бывших в последний раз правильных месячных, три недели тому назад у нее появились внезапно сильные боли внизу живота слева, сопровождающиеся головокружением; одновременно из влагалища показалось отделение темной крови в умеренном количестве, которое продолжается с небольшими перерывами до сих пор; острые боли продолжались не долго и перешли затем в тупые боли внизу живота и чувство тяжести, и больная стала ощущать познабливание и жар.

6. *Болела ли раньше?* Кроме указанных выше заболеваний, больная других не отмечает.

7. *Отправление кишечника.* До выкидыша стул был всегда правильный, а после него обнаружилась склонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* Со времени выкидыша появились жалобы на учащенные позывы.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* Больная среднего роста, правильного сложения и удовлетворительного питания. Температура тела при поступлении в клинику 38,7; пульс 116 в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения; число дыханий 24 в минуту. Кровяное давление в пределах нормы $РМа = 119$, $РМi = 92$. Сознание ясное. Язык обложен, но влажный. Со стороны сердца и легких никаких ненормальностей не определяется. Кожные покровы и слизистые оболочки умеренно бледны и слегка имеют желтушный оттенок. Грудные железы дряблые, из них удается выдавить небольшую каплю молозива. При осмотре живота нижняя часть его несколько выступает; при его ощупывании над лоном и немного вправо от средней линии прощупывается плотное тело, выступающее на два поперечных пальца над верхним краем лона и по величине и по форме напоминающее собою дно матки; подвижность его очень ограничена. Непосредственно позади этого тела прощупывается резистентность, имеющая не резко очерченную



Рис. 18. Данные внутреннего исследования.

границу в виде выгнутой кверху линии, достигающей по средней линии уровня на три поперечных пальца выше верхнего края лона и постепенно опускающейся по обе стороны в малый таз; ощупывание мало болезненно; при перкуссии в области резистентности имеется полное заглушение кишечного тона, при чем перкуторная граница на один или полтора поперечных пальца ниже пальпаторной.

2. *Данные гинекологического исследования.* При осмотре наружных половых органов они уклонений от нормы не представляют; окраска слизистой оболочки влагалищного входа бледновата; из влагалища выделяется небольшое количество бурой кровянистой жидкости.

При бимануальном исследовании влагалищная часть оказывается смещенной кверху, кпереди по направлению к лону и несколько вправо; она имеет форму цилиндра нормальной консистенции; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади и немного влево и не пропускает конца указательного пальца; тело матки несколько увеличено и плотноватой консистенции, смещено кверху, кпереди и наклонено несколько вправо; оно соответствует тому образованию, которое прощупывается снаружи над лоном, другими словами, матка находится

в состоянии *elevatio*, *antepositio* и *dextroversio*. Задний влагалищный свод выпячен во влагалище, слизистая его оболочка сглажена, но подвижна; при надавливании пальцем он дает впечатление умеренно напряженной эластичности. Позади матки прощупывается мягко-эластическое тело величиною в детскую голову; в левом отделе этого тела, начинаясь от угла матки, определяется более плотный участок, напоминающий собою утолщенную трубу. При попытке сместить находящееся за маткой образование, оно оказывается совершенно неподвижным, тесно прилегая к стенкам таза и выполняя собою весь малый таз. Левый яичник и правые придатки матки определить не удается. Клетчатка таза, доступная ощупыванию со стороны влагалища, свободна. Пробная пункция через задний свод обнаружила наличие темной кровянистой жидкости.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи.

Суточное количество мочи 1860 куб. см, удельный вес 1018; цвет насыщенно-желтый, прозрачность полная; реакция слабо кислая. Полученная катетром моча не содержит ни белка, ни сахара. В осадке, полученном центрифугированием в небольшом количестве, обнаружены клетки эпителия мочевого пузыря, частью небольшими кучками, частью расположенные одиночно; кроме того, имеются лейкоциты в небольшом количестве и кристаллы фосфорнокислой магнезии; ни цилиндров, ни красных кровяных шариков не обнаружено.

б. Исследование крови.

	Нормальная картина крови у женщин.		Исследование 1. год...мес....числ.	
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000		4.200.000	
Характер эритроцитов {	Изменение окраски	—	Нет.	
	величины	—	Нет.	
	формы	—	Нет.	
	структы	—	Нет.	
Количество гемоглобина	85%—110%		74%	
Показатель окраски	0,9—1,0		0,9	
Количество лейкоцитов	7.000—8.000		12.400	
Лейкоцитарная форма.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%	10.200;	82%
	Эозинофилы	80—320; 1—4%	80;	0,64%
	Базофилы	20—80; 0,1—1%	30;	0,24%
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%	1.790;	14,4%
	Мононуклеары крупн.	250—500; 2—5%	300;	2,4%
Нейтрофильная картина Арнета.	Одноядерные	8%	10%	
	Двухядерные	24%	28%	
	Трехядерные	48%	46%	
	Четырехядерные	16%	14%	
	Пятиядерные	4%	2%	
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—	Число миелоцит. немного увеличено.	
	Дегенеративные	—	Нет.	
Тромбоциты	250.000—300.000		180.000	
Сухой остаток	21%		—	
Удельный вес	1.050—1.056		1.052	
Коэффициент вязкости	4,38		4,1	
Скорость свертываемости	7—8 минут		8 мин.	
Щелочность	426—533 м. г. NaOH		—	
Резистентность эритроцитов	R.M. 0,33%; R.m. 0,48% NaCl.		0,46%	
Количество гликогена	—		Нет.	
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.		24 мин.	

с. Бактериологическое исследование

При бактериологическом исследовании кровянистой жидкости, добытой при пробной пункции, получены в чистой культуре следующие микробы:

Характеристика полученного микроба. № 1.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Кокки.
2. Группировка. — Короткие цепочки.
3. Подвижность. — Нет.
4. Реснички. — Нет.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.
7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Спротивляемость.
10. Образование пигмента. — Нет.
11. Способность к гемолизу. — Нет.
12. Интенсивность роста. — Небольшая (8 колоний).

II. Раст на питательных средах.

1. Желатина:
 - а) Вид колоний. — Мелкие, едва заметные.
 - б) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - а) Муть. — Небольшая.
 - б) Осадок. — Нет.
 - с) Пленка. — Нет.
3. Агар:
 - а) Рост на простом агаре. — Мелкие прозрачные колонии.
 - б) Рост на сахарном агаре. — То же.
 - с) Рост на кровяном агаре. — То же.
4. Молоко (свертывание).
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту.
7. Наиболее благоприятные среды.
8. Отношение к цветным средам.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Не обесцвечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Streptococcus brevis ahaemoliticus*.

Характеристика полученного микроба. № 2.

I. Морфологические и биохимические особенности.

1. Форма и величина. — Короткая палочка с округленными концами.
2. Группировка. — Изолировано и нитями.
3. Подвижность. — Ограниченная.
4. Реснички. — 4—8 жгутиков по окружности.
5. Капсула. — Нет.
6. Споры. — Нет.

7. Отношение к кислороду. — Факультативный анаэроб.
8. Температурный оптимум.
9. Спротивляемость.
10. Образование пигмента. — Индол.
11. Способность к гемолизу.
12. Интенсивность роста. — Умеренная.

II. Рост на питательных средах

1. Желатина:
 - a) Вид колоний. — В форме виноградного листа.
 - b) Разжижение. — Не разжижает.
2. Бульон:
 - a) Муть. — Хлопьевидная.
 - b) Осадок. — Хлопьевидный.
 - c) Пленка. — Нет.
3. Агар:
 - a) Рост на простом агаре. — Гладкие, беловатые, блестящие пленки.
 - b) Рост на сахарном агаре. — То же.
 - c) Рост на кровяном агаре. — То же.
4. Молоко (свертывание). — Свертывает.
5. Картофель.
6. Отношение к сахару и спирту. — Брожение с образованием газа.
7. Наиболее благоприятные среды. — Обычные среды.
8. Отношение к цветным средам. — Среда *Endo* и *Drigalskii* окрашиваются в красный цвет.

III. Отношение к краскам.

1. Обычная окраска. — Окрашивается хорошо.
2. Окраска по Граму. — Обесивечивается.
3. Специальная окраска.

IV. Бактериологический диагноз. *Bacterium coli commune*.

d. Биологические реакции.

Реакция с флоридзином дала отрицательный результат. Реакция с пиридоном дала положительный результат.

			1	2	3	4	5	6	7
Д	П	Т							
42	140	41							
40	150	40							
35	190	39							
30	110	38							
25	100	37							
20	80	36							
15	30	35							

Кривая температуры, пульса и дыхания за время пребывания больной в клинике.

На основании полученных данных постараемся установить распознавание настоящего заболевания и для этого начнем с анамнеза, чтобы точно установить начало болезни и причину ее возникновения.

Полученные из анамнеза сведения позволяют нам сделать заключение, что до выкидыша, который произошел около трех с половиною лет тому назад, не имелось никаких патологических изменений в половом аппарате нашей больной, так как половая зрелость наступила своевременно, месячные имели нормальный характер, вскоре после начала половой жизни наступила беременность, закончившаяся правильными родами и послеродовым периодом, затем, после прекращения кормления, наступила вторая беременность, которая закончилась тоже благополучно, и вскоре наступила третья беременность, которая до второго месяца протекала правильно.

Наступивший на втором месяце беременности выкидыш является первым обстоятельством, которое заставляет нас подумать о том, что в организме больной не все обстоит благополучно. Хотя выкидыш прошел сравнительно легко и больная перенесла его на ногах, но после него появился целый ряд симптомов, указывающих на ненормальное состояние органов таза, именно, месячные стали обильнее и сопровождались болью внизу живота и в пояснице, появились бели, склонность к запорам и учащенные позывы к мочеиспусканию.

Так как до выкидыша больная чувствовала себя вполне хорошо, и ни одной из упомянутых жалоб не было, и так как больная не может указать какой-либо причины, могущей вызвать выкидыш, то мы имеем право думать, что он произошел вследствие какого-нибудь случайного обстоятельства и все перечисленные жалобы являются непосредственным его следствием.

Вопрос, который нам предстоит разрешить и который для нас представляет практический интерес, будет состоять в том, чтобы на основании приведенных симптомов определить характер тех изменений, которые произошли в половых органах нашей больной после выкидыша.

Больная указывает главным образом на изменения со стороны месячных, которые стали более обильными и болезненными, при чем боли она чувствовала в пояснице и внизу живота; кроме того, больная указывает на появление выделений из влагалища или белей, на появившуюся склонность к запорам и учащенное мочеиспускание. Совокупность этих жалоб скорее всего позволяет нам допустить здесь наличие хронического метро-эндометрита, сопровождающегося явлениями застойной гиперемии в области таза, а ближайшей причиной его возникновения вероятнее всего явилось недостаточное обратное развитие матки после выкидыша или ее субинволюция, что до известной степени подтверждается тем, что отделение крови после выкидыша продолжалось около двух недель.

Так как субинволюция матки в пуэрперальном периоде является одною из наиболее частых причин образования ретроверзии матки, то мы и в настоящем случае легко можем ее допустить, и тогда развитие застойной гиперемии в области таза, метро-эндометрит и относительное бесплодие в течение последних трех лет становится для нас еще более понятным.

Перейдем теперь к той части анамнеза, которая стоит в непосредственной связи по времени с имеющимся сейчас заболеванием.

Здесь мы, во-первых, должны отметить, что месячных не было в течение восьми недель, а затем, около трех недель тому назад появились внезапно боли внизу живота, сопровождающиеся головокружением, и одновременно из влагалища показалось отделение темной крови в умеренном количестве.

Во-вторых, больная указывает, что острые боли продолжались недолго и перешли в боли тупого характера и чувство тяжести внизу живота, при чем больная стала жаловаться на познабливания, сменяющиеся приступами жара.

Что касается указания больной на временную задержку месячных, то она прежде всего заставляет нас подумать о возможности беременности, а появившееся вновь кровоотделение, сопровождавшееся болями в животе, должно рассматриваться, как признак нарушения беременности.

Чтобы подтвердить наше предположение о беременности, мы, конечно, прежде всего должны поискать соответственных признаков. В данном случае мы находим единственное указание на беременность, которое состоит в том, что из груди удается выдавить каплю молока; однако, с одной стороны, этот признак у рожавшей женщины не может рассматриваться, как безусловный, а с другой стороны, то обстоятельство, что нарушение беременности у нашей больной началось уже три недели тому назад, могло совершенно аннулировать все имевшиеся прежде признаки беременности, так как они могли за это время исчезнуть.

Так как появление крови сопровождалось, по словам больной, головокружением и боли локализовались сбоку от матки, то у нас невольно должна возникнуть мысль о том, что мы имеем здесь дело с нарушением внематочной беременности.

Указания больной на тупые боли внизу живота, на чувство тяжести, познабливание и жар говорят за то, что в области таза возникли какие-то изменения воспалительного характера.

Итак, на основании разбора этой части анамнеза мы приходим к заключению, что у нашей больной весьма вероятно имелась внематочная, левосторонняя трубная беременность, которая три недели тому назад нарушилась, и это осложнилось каким-то воспалительным процессом в половом аппарате.

Познакомимся теперь ближе с теми изменениями, которые мы здесь нашли при объективном исследовании больной, чтобы, с одной стороны, выяснить их характер, а с другой—убедиться, насколько они соответствуют нашему предположению о нарушенной трубной беременности.

При бимануальном исследовании мы нашли следующую картину: влагалищная часть матки оказывается смещенной кверху, кпереди и несколько вправо; наружный зев не пропускает конца указательного пальца; тело матки несколько увеличено и плотноватой консистенции, смещено кверху, кпереди и наклонено несколько вправо; оно соответствует тому образованию, которое прощупывается снаружи, через брюшную стенку над лоном; задний влагалищный свод выпячен во влагалище, слизистая его оболочка сглажена, но подвижна; при надавливании пальцем он дает впечатление умеренно напряженной эластичности; позади матки прощупывается мягко-эластическое тело величиною в детскую головку; верхняя его граница определяется через переднюю брюшную стенку в виде выгнутой кверху линии на уровне

трех поперечных пальцев выше верхнего края лона; ниже этой линии имеется заглушение кишечного тона, при чем перкуторная граница на 1—2 поперечных пальца ниже пальпаторной; в левом отделе этого тела определяется более плотный участок, напоминающий собою утолщенную трубу; при попытке сместить находящееся за маткой тело, оно оказывается совершенно неподвижным, тесно прилегая к стенкам таза и выполняя собою весь малый таз; придатки матки определить не удается; клетчатка таза, доступная ощупыванию со стороны влагалища, изменений не представляет.

На основании этих данных мы приходим к заключению, что в области таза позади матки имеется какое-то образование, выполняющее собою заднее Дугласово пространство и смещающее собою матку кверху и кпереди; судя по его мягко-эластической консистенции, оно имеет жидкое содержимое.

Нашей очередной задачей теперь будет определить, что это образование собою представляет, при чем вопрос может идти или о скопившейся в тазу и осумковавшейся жидкости того или другого характера, или о мешчатой опухоли яичника или трубы.

Допустим сперва, что в нашем случае имеется мешчатая опухоль трубы или *sactosalpinx*, т. е. жидкость заключается в растянутой трубе, и посмотрим, насколько полученные нами объективные данные и вся клиническая картина отвечают этому предположению. Как известно, при *sactosalpinx*'е опухоль обычно имеет форму, напоминающую собою реторту, которая своим узким концом начинается от угла матки; опухоль располагается сбоку и несколько сзади от матки и смещает последнюю главным образом в противоположную сторону и только отчасти кверху и кпереди; контуры ее обычно выражены более отчетливо и она может обладать нередко значительной подвижностью, особенно в тех случаях, когда имеется ретенционный *hydrosalpinx*; в последнем случае и консистенция опухоли иная, чем у нашей больной, так как стенка трубы значительно истончена, благодаря чему при ощупывании получается ощупывание тонкостенного эластического мешка; при гнойной опухоли трубы или *pyosalpinx*'е данные исследования в отношении консистенции и ограниченной подвижности ближе совпадают с теми, которые имеются в нашем случае, но против *pyosalpinx*'а здесь говорит течение болезни, так как обыкновенно образование гнойной опухоли трубы сопровождается явлениями местного воспаления брюшины, которые в данном случае отсутствовали.

Предположим далее, что у нашей больной имеется кистозная опухоль яичника. Такая опухоль или имеет ножку и поэтому обладает значительной подвижностью, или же развивается интралигаментарно. В последнем случае опухоль развивается в толще одной из широких связок и смещает матку в противоположную сторону и отчасти кпереди и кверху, а так как в данном случае опухоль помещается позади матки и смещает ее главным образом кпереди и кверху, то предположение об интралигаментарной опухоли яичника здесь должно быть отвергнуто. В тех случаях, когда опухоль яичника имеет ножку, она, достигнув известной величины, обыкновенно перемещается из малого таза в вышележащие отделы брюшной полости и здесь может свободно смещаться; только в исключительных случаях, например, благодаря воспалительным изменениям в брюшине малого таза, опухоль теряет свою подвижность и остается на своем первоначальном месте; развиваясь дальше при этих условиях и увеличиваясь в объеме, она посте-

пенно выполняет собою малый таз и смещает матку кверху и кпереди; таким образом получаемая при исследовании картина будет аналогичной той, которую мы имеем в данном случае; однако, заключающаяся в опухоли жидкость будет находиться в других условиях, чем там, где она скопляется непосредственно в полости малого таза, именно, внутреннее давление в такой ущемленной в тазу опухоли будет значительно больше, поэтому консистенция ее будет напряженной, туго-эластической, а не мягко-эластической, как в нашем случае; в этих случаях границы опухоли, определяемые через переднюю брюшную стенку, обыкновенно отчетливо выражены и перкуторная граница будет ближе совпадать с пальпаторной, чем при осумкованном в брюшной полости экссудате.

Посмотрим, наконец, какую картину при объективном исследовании дает нам скопившаяся в малом тазу и осумковавшаяся жидкость. По закону тяжести она скопляется в наиболее глубоких отделах таза, именно в заднем Дугласовом пространстве; выполнив его, она выпячивает задний влагалищный свод по направлению влагалища, а матку оттесняет кверху и кпереди; консистенция такого образования мягко-эластична, подвижность совершенно отсутствует, верхняя граница не резко очерчена и перкуторная граница не совпадает с пальпаторной, а стоит на 1—2 поперечных пальца ниже, так как верхняя стенка его образуется на счет спаявшихся между собою петель кишек, которые при перкуссии дают тимпанит.

Из сказанного видно, что на основании имеющихся данных мы с большей вероятностью должны допустить у нашей больной скопление жидкости непосредственно в полости малого таза и нам остается определить ее характер и происхождение.

Что касается характера жидкости, то мы можем предполагать здесь скопление серозного или гнойного выпота, или кровоизлияние.

Так как и серозный и гнойный выпот являются результатом воспалительного инфекционного процесса в брюшине малого таза, то образование такого экссудативного пельвеоперитонита должно сопровождаться целым рядом клинических признаков. Именно, заболевание начинается при явлениях раздражения брюшины, т. е. сопровождается рвотой, болью в животе, учащением пульса, повышением температуры, задержкою стула и иногда задержкою мочи; когда воспалительный процесс в брюшине отграничивается и становится местным, брюшинные явления затихают и начинается всасывание экссудата или, при гнойном его характере, он может искать себе выхода чаще всего через стенку прямой кишки.

В нашем случае, как видно из анамнеза, заболевание началось несколько иначе, не типично для пельвеоперитонита, так как явления раздражения брюшины отсутствовали, а одновременно с болями внизу живота появилось головокружение.

Так как мы высказали предположение, что у нашей больной имеется нарушенная внематочная беременность и так как мы не находим другого объяснения для скопления жидкости в малом тазу, то всего проще будет допустить, что найденное нами позади матки образование представляет собою осумкованное кровоизлияние или haematocoele retrouterina, тем более что реакция с пирамидоном положительна и есть желтушная окраска покровов, что говорит за внутреннее кровоизлияние.

Конечно, проще всего сомнения относительно характера жидкости здесь могли бы быть разрешены при помощи пробного прокола через задний свод влагалища. Некоторые, например, *Мионов*, считают этот прием незаменимым при распознавании внематочной беременности, при чем названный автор дает следующие указания для правильной оценки полученного результата: если кровь получается не всякий раз, когда вкалывается игла и, если при этом количество полученной крови мало (1—1½ куб. см), кровь получается только при обратном выведении иглы и на глубине 1—2 см, и, если кровь более яркая и сильно липкая, то все это указывает на то, что кровь эта получена из поврежденного при проколе кровеносного сосуда, а не из haematocoele и haematosalpinx'a.

Не отрицая диагностического значения пробного прокола, надо, однако, иметь в виду, что и он не обеспечивает нас вполне от ошибок: так, например, *Какушкин* и другие приводят случай, где при проколе была получена старая черная кровь, и на этом основании был поставлен диагноз внематочной беременности, в то время, как при последующем чревосечении была обнаружена опухоль яичника с кровянистым содержанием. Поэтому пробный прокол имеет ценность только при тщательной оценке всех полученных, как из анамнеза, так и при исследовании, данных.

Так как у нашей больной при пробном проколе была получена темная кровь и все остальные признаки болезни более всего говорят за внематочную беременность, то это заставляет нас еще больше укрепиться в диагнозе заматочной кровяной опухоли, образовавшейся, как результат нарушенной внематочной беременности.

Приняв этот диагноз, мы, однако, встречаемся с двумя обстоятельствами, которые могут у нас вызвать некоторые сомнения. Во-первых, здесь имеется целый ряд явлений, указывающих на наличие остро воспалительного процесса, который не является необходимым спутником внематочной беременности. Во-вторых, реакция с флоридзином дала отрицательный результат, что в данном случае и следовало ожидать, так как флоридзиновая гликозурия получается только при ненарушенной, прогрессирующей беременности.

Наличность воспалительного процесса тоже не будет говорить против нарушенной внематочной беременности, если мы его будем рассматривать, не как неизбежное следствие последней, а как случайное осложнение, и возникновение его у нашей больной представим себе следующим образом.

Излившаяся в брюшную полость кровь по законам тяжести скопляется в наиболее глубоких ее отделах, каковым, прежде всего, является заднее Дугласово пространство; поэтому здесь обычно и образуется заматочная кровяная опухоль или haematocoele retrouterina, и только в исключительных случаях, например, при фиксированной ретроверзии матки кровь скопляется в переднем Дугласовом пространстве, образуя haematocoele anteuterina.

Самое название „haematocoele“ установлено со времени *Nelaton*'а для осумкованного излияния в области таза вообще, а так как оно в громадном большинстве случаев является результатом нарушенной внематочной беременности, то многие, например, *Fritsch*, совершенно отождествляют оба эти понятия.

Как известно, даже большие количества крови, излившиеся в свободную брюшную полость, легко всасываются брюшиной, часто не оста-

вляя после себя даже следа, поэтому естественно возникает вопрос, почему в некоторых случаях такого всасывания не происходит и образуется haematocoele.

По мнению *Busse*, здесь имеет влияние целый ряд причин, именно, он считает, что при нарушении внематочной беременности кровь из трубы поступает в брюшную полость не в жидком виде, а в свернувшемся состоянии; далее, он придает значение также тому, что здесь к крови примешаны разнообразные форменные элементы в виде частей плодного яйца; наконец, главную причину он видит в том, что уже в момент кровоизлияния в брюшине таза имеются изменения в виде хронического воспалительного процесса, который, по его мнению, сопутствует внематочной беременности.



Рис. 19. Haematocoele retrouterina.

Допуская для некоторых случаев значение приведенных выше причин, *Werth*, однако, думает, что здесь главную роль играет различная способность к всасыванию определенных отделов брюшины, так как известно, что вышележащие ее отделы, особенно сальник, гораздо быстрее и энергичнее поглощают из брюшной полости не только жидкие вещества, но и форменные элементы, в то время, как всасывающая способность брюшины малого таза сравнительно не велика.

Что касается более детальной анатомической структуры haematocoele, то по наблюдениям *Sänger'a*, *Muret'a*, *Zweifel'a* и других, скопившееся в области таза кровоизлияние сравнительно быстро покрывается по наружной своей поверхности довольно плотным слоем соединительной ткани, которая образует оболочку, отделяющую кровоизлияние от окружающих частей; иногда эта оболочка настолько плотна, что удаётся весь мешок удалить не нарушая его целости.

По мнению *Sänger'a*, названная оболочка состоит из очень густой сети фибрина, в то время, как *Werth* считает, что она образована из плотной соединительной ткани, при чем грануляционные элементы находятся в состоянии рубцевания.

Прежде образование такой оболочки допускали только при кровоизлиянии, которое вызвано трубным выкидышем, однако, в настоящее время считают, что haematocoele может в некоторых случаях образоваться и при разрыве беременной трубы.

Содержимое haematocoele состоит главным образом из свернувшейся крови, при чем дальнейшая судьба ее будет различна в зависимости от целого ряда условий.

Прежде всего надо иметь в виду, что такое осумкованное кровоизлияние чрезвычайно трудно поддается рассасыванию. Оно совершается таким образом, что кровяные сгустки постепенно прорастают соединительной тканью, красящее вещество крови исчезает, а волокна



Рис. 20. Мешок haematocoele, удаленный вместе с беременной трубой.

соединительной ткани сморщиваются и, наконец, на месте бывшей haematocoele остается плотная сероватая масса, образующая плотные рубцовые сращения между маткой и соседними органами и вызывающая их смещение.

Но так как стенка кровоизлияния тесно связана с некоторыми отделами кишечника, именно с прямой кишкой, с петлями тонких кишек и flexura sigmoidea, то создаются весьма благоприятные условия для инфекции содержимого haematocoele. Бактерии, населяющие названные отделы кишечного канала, проникают через стенку кишки внутрь кровоизлияния и, находя здесь благоприятную среду для своего дальнейшего развития, вызывают разложение крови и нагноение. При этих условиях содержимое haematocoele снова становится жидким, кровяные сгустки распадаются, размягчаются, и содержимое ее приобретает вид темнобурой, иногда почти черной, густой жидкости с примесью большего или меньшего количества гноя, при чем она обычно имеет зловонный кишечный запах, так как в инфекции, кроме кишечного стрептококка, принимает участие кишечная палочка.

Нагноительный процесс в haematocoele всегда сопровождается целым рядом явлений, сопутствующих всякой инфекции; именно, тем-

пература повышается иногда до высоких цифр и носит ремиттирующий характер, пульс учащается соответственно температуре, в крови наблюдается увеличение числа лейкоцитов, по преимуществу относящихся к нейтрофилам. В дальнейшем, в зависимости от тяжести инфекции появляются и другие изменения в крови, как уменьшение числа эритроцитов и количества гемоглобина, исчезновение эозинофилов, смещение картины крови *Арнета* влево, ускорение оседания эритроцитов и т. д.

Если мы теперь вернемся к нашей больной, то мы можем убедиться, что имеющиеся у нее признаки инфекции вполне аналогичны

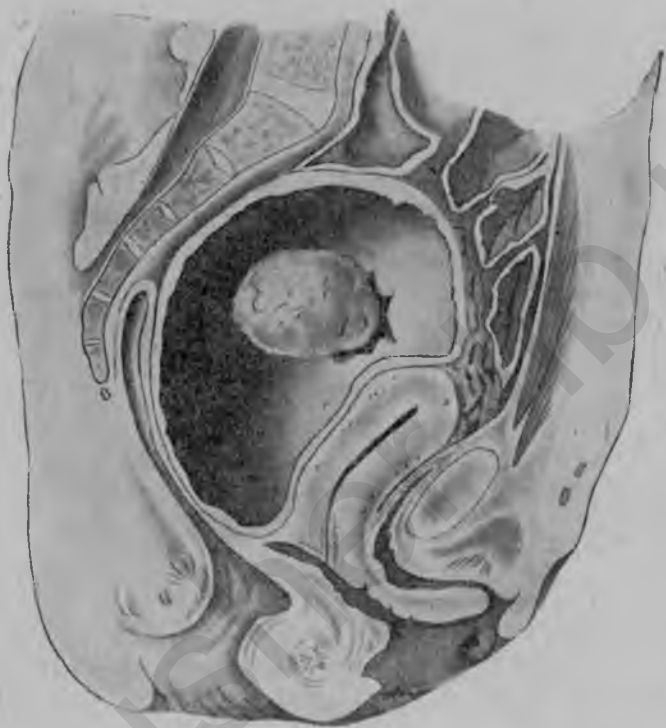


Рис. 21. Отношение *haematocoele retrouterina* к соседним органам.

только что описанным, именно, за время пребывания больной в клинике температура колебалась в пределах от 37,2 утром и 39 вечером, пульс был учащен, давая от 110 до 116 ударов в минуту, число лейкоцитов было увеличено до 12.400, при чем 82% приходилось на счет нейтрофилов; скорость оседания эритроцитов достигает 24 минут.

Последним и наиболее убедительным доказательством тому, что причина названных явлений заключалась в инфекции содержимого haematocoele, служит результат бактериологического исследования ее содержимого, который обнаружил при пробной пункции наличие *bacterium coli commune* и *streptococcus brevis non haemolyticus*.

Таким образом, наш окончательный диагноз в данном случае будет: *graviditas extrauterina, haematocoele retrouterina suppurativa*.

Принимая в расчет общее удовлетворительное состояние больной, мы в настоящем случае в смысле предсказания можем высказаться благоприятно, тем более, что и изменения в крови сравнительно незначительны, так как количество эозинофилов, равное 80 в куб. см, не переходит нижней границы нормы, и смещение нейтрофильной картины *Арнета* влево выражено слабо, именно, одноядерных нейтрофилов имеется 10%, двухядерных—28%, трехядерных—46%, четырехядерных—14% и пятиядерных—2%. Уменьшение числа эритроцитов до 4.200.000 и количества гемоглобина до 74% должно рассматриваться скорее, как результат кровоизлияния в брюшную полость, а не как влияние инфекции.

Однако, несмотря на благоприятное предсказание в настоящий момент, мы тем не менее должны подумать о соответствующем лечении нашей больной, тем более, что имеющееся сейчас проявления инфекции могут в дальнейшем приобрести более серьезный характер.

Поэтому перейдем теперь к лечению haematocoele вообще и в частности у нашей больной.

Так как осумкованное кровоизлияние в области таза почти исключительно зависит от происшедшего нарушения внематочной беременности, то первый вопрос, который мы должны себе задать, и который будет иметь большее значение в нашем отношении к haematocoele, будет состоять в том, насколько образование осумкованной кровяной опухоли гарантирует от нового кровоизлияния, т. е. служит ли оно безусловным доказательством, что внематочная беременность вполне закончилась.

Как нас учит клинический опыт, haematocoele чаще образуется при трубном выкидыше, в то время, как при разрыве трубы чаще наблюдается разлитое кровоизлияние в свободную брюшную полость; с другой стороны, мы знаем, что трубный выкидыш протекает, сопровождаясь повторными, иногда многочисленными приступами внутреннего кровотечения, поэтому образование haematocoele совершенно не дает нам уверенности в том, что не будет нового приступа, который по своей тяжести не потребует немедленного оперативного вмешательства.

На основании сказанного мы должны относиться к haematocoele также, как вообще к внематочной беременности, находящейся в состоянии нарушения, т. е. по возможности безотлагательно применить оперативное лечение в виде брюшинотомического чревосечения.

Второе соображение, которое будет говорить в пользу этого метода лечения, заключается в том, что haematocoele, даже если она не будет инфицирована и не нагноится, угрожает большой серьезными осложнениями вследствие того, что она оставляет после себя плотные сращения между тазовыми органами, вызывая их смещение и нарушая их правильные отправления.

Операция чревосечения при haematocoele производится по общепринятым правилам, некоторой особенностью здесь является только то обстоятельство, что стенка кровяной опухоли часто оказывается тесно спаянной со стенками кишек, поэтому при выделении мешка следует соблюдать большую осторожность, чтобы не поранить кишку и не вызвать образования кишечного свища. Тем не менее желательно выделить и удалить кровяную опухоль, не нарушая ее целостности, чтобы не загрязнить брюшную полость ее содержимым. В тех случаях, где сращения с кишками очень плотны, там лучше сознательно оставить

часть капсулы haematocoele. Если по вскрытии брюшной полости обнаруживается, что кровяная опухоль не может быть удалена без нарушения ее целостности, то следует оградить брюшную полость от загрязнения отграничивающими тампонами, вскрыть стенку мешка, тщательно удалить его содержимое и только тогда попытаться удалить капсулу по возможности на большем протяжении. Так как при этом обычно появляется паренхиматозное кровотечение, то следует озаботиться о тщательной перитонизации, пользуясь для этого при необходимости сальником.

Перед закрытием брюшной полости операционное поле высушивается марлевым тампоном и осторожно протирается спиртом.



Рис. 22. Дренаж замочной кровяной опухоли.

Только в исключительных случаях, когда содержимое haematocoele обнаруживает явные признаки разложения или примеси гноя, когда температура при операции субфебрильна и скорость оседания эритроцитов менее часа, мы не закрываем брюшную полость наглухо, а прибегаем к дренажу.

Дренаж брюшной полости в этих случаях производится таким образом, что из заднего Дугласова пространства во влагалище через задний свод проводится резиновая трубка и, кроме того, оставляется открытой нижняя часть разреза брюшной стенки, куда вводятся марлевые полоски.

Итак, в большинстве случаев мы применяем при haematocoele оперативный способ лечения в виде чревосечения, удаляя при этом

беременную трубу; однако, приходится встречаться с такими случаями, когда признаки инфекции выражены настолько сильно, что удаление кровяной опухоли брюшностеночным путем может представить для больной серьезную опасность. Это имеет место тогда, когда температура носит выраженный нагноительный характер, когда имеется значительное учащение пульса и увеличение количества лейкоцитов, и скорость оседания эритроцитов меньше 45 минут. В этих случаях опасность брюшностеночного чревосечения заключается в том, что, не имея полной уверенности в возможности удалить опухоль без нарушения целостности ее стенки, мы рискуем загрязнить свободную брюшную полость содержимым haematocoele, в котором имеются вирулентные бактерии.

При таких условиях мы должны найти такой способ оперативного вмешательства, который позволил бы нам опорочить кровяную опухоль от ее содержимого, не рискуя тем, что оно может проникнуть в свободную брюшную полость, и, таким способом лучше всего может служить вскрытие брюшной полости со стороны влагалища, при чем в случае haematocoele retrouterina разрез производится через задний свод влагалища, а при haematocoele anteuterina—через передний свод.

Что касается техники операции, то она ничем существенным не отличается от таковой при операции по поводу пельвеоперитонита; именно, сперва производится разрез влагалищной стенки в поперечном направлении, затем при задней кольпотомии корнцангом вскрывается брюшина заднего Дугласова пространства, а при передней кольпотомии сперва отделяется пальцем мочевого пузыря от шейки матки и таким же, как в предыдущем случае, способом вскрывается брюшина переднего Дугласова пространства. После того, как жидкое содержимое опухоли вылилось наружу, полость мешка осторожно освобождается от сгустков крови при помощи пальца так, чтобы не нарушить целостности стенки мешка. Наконец, в полость опухоли вводится толстая резиновая трубка:

Закончив этим обсуждение методов лечения при haematocoele вообще, наметим план лечения нашей больной.

Так как в нашем случае имеются все признаки, указывающие на инфекцию значительной интенсивности, именно, температура вечером достигает 39 градусов, пульс дает 116 ударов в минуту, и число лейкоцитов равняется 12.400, а скорость оседания эритроцитов достигает 24 минут, то нам придется ограничиться задней кольпотомией и введением дренажа; при этом надо иметь в виду, что и после вскрытия опухоли температура еще некоторое время может оставаться повышенной, пока полость совсем не освободится от разлагающейся крови и не облитерируется. В некоторых, правда, сравнительно, редких случаях, несмотря на операцию, может наступить летальный исход, так, на нашем материале из 26 случаев haematocoele, оперированных посредством задней кольпотомии, погибла одна больная от общей инфекции, что составит 3,8%.

После того, как полость haematocoele совершенно выполнится, в области таза остаются плотные сращения, которые, обычно требуют длительного рассасывающего лечения в виде грязевых ванн, горячих влагалищных спринцеваний, глицериновых влагалищных шариков или тампонов и т. д.

Интерстициальная трубная беременность.

История болезни пятой больной следующая:

Больная Е. И., 29 лет, замужняя, сестра милосердия, уроженка Воронежа, русская.

Обратилась она в амбулаторию клиники по поводу небольших болей в животе и задержки месячных; из амбулатории она была направлена в стационарное отделение для наблюдения, где она и находится в течение восьми дней.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Насколько больная помнит, она перенесла в детстве только легкую корь.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные наступили на четырнадцатом году, но в течение первых трех лет приходили с большими промежутками в 2 и 3 месяца; только с 17 лет они приобрели правильный тип, появляясь каждые четыре недели и продолжаясь по 3 дня без болей, но всегда очень обильно; последние месячные были за семь недель до поступления больной в клинику.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на двадцатом году, при чем каких-либо заболеваний в это время со стороны половых органов она не отмечает.

4. *Беременности и их исходы.* Больная имела две беременности; первая наступила через 3 года после выхода замуж, а вторая через 5 лет; обе беременности закончились преждевременно выкидышами на третьем месяце по неизвестным для больной причинам, сопровождалась значительной потерей крови и потребовали выскабливания полости матки; воспалительными явлениями они не сопровождалась.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было сказано, больная обратилась в амбулаторию клиники по поводу небольших болей внизу живота и несколько слева; эти боли имели тупой характер и появлялись временами, особенно, когда больная много двигалась. Кроме того, больная желала выяснить вопрос относительно беременности, так как месячные задержались на семь недель. В виду недостаточной ясной картины, полученной при исследовании в амбулатории, и подозрения на неправильную беременность, больная была помещена для наблюдения в стационарное отделение клиники, где она провела восемь дней и чувствовала себя относительно хорошо, жалуясь только на легкую тошноту по утрам. Сегодня утром, в то время, как больная мылась, она почувствовала головокружение, которое быстро усилилось настолько, что она едва дошла до постели; болей в животе при этом не было.

6. *Болела ли раньше?* Кроме склонности к бронхиту больная ничего отметить не может.

7. *Отправление кишечника.* Кишечник всегда работал правильно, только во время месячных наблюдалась некоторая склонность к запорам.

8. *Отправление мочевого пузыря.* В течение последнего месяца наблюдается учащенное мочеиспускание.

II. Status praesens.

1. Данные общего исследования.

При поступлении в клинику обнаружено:

Больная небольшого роста (154 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 52 кг); температура тела 36,8; пульс 76 ударов в минуту, ровный, хорошего наполнения; число дыханий 18 в минуту. Кровяное давление нормально: P_{Ma} = 118, P_{Mi} = 94. Язык чистый, влажный. Со стороны сердца, легких и прочих внутренних органов отклонений от нормы нет. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Грудные железы развиты мало, околососковые кружки пигментированы, Монтгомеровы железки выступают довольно резко; выдавить каплю молозива не удается. При осмотре, ощупывании и перкуссии живота ничего ненормального определить не удается.

2. Данные гинекологического исследования.

Наружные половые органы развиты правильно; волосистость на них развита довольно слабо; при раздвигании половой щели окраска



Рис. 23. Форма матки, определенная при внутреннем исследовании.

влагалищного входа носит несколько застойный оттенок; выделений из влагалища нет.

При бимануальном исследовании влагалище довольно узкое; влагалищная часть матки имеет форму усеченного конуса; передний влагалищный свод выражен мало; наружный зев круглый, смещен кпереди от проводной оси таза; тело матки отклонено кзади настолько, что ось его совпадает с проводной осью таза; между шейкой и телом матки имеется тупой, открытый кпереди угол; консистенция всей матки несколько мягче обычной; тело матки увеличено в объеме, соответ-

ствует приблизительно величине беременной матки около 6 недель форма тела матки неправильная, имеется асимметрия, зависящая от того что левый угол матки развит сильнее, благодаря чему дно матки по верхнему краю имеет косое направление снизу вверх и справа налево; консистенция левого угла матки на ощупь мягче остальной части тела; левые придатки отходят от наиболее выступающего его бокового полюса и никаких изменений не представляют; правые придатки тоже нормальны и расположены на обычном месте; расстояние между отхождением правых и левых придатков по отношению к величине матки несколько больше обычного. Матка безболезненна при ощупывании и подвижна. Клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают.

При исследовании больной в настоящее время, т.-е. на восьмой день ее пребывания в клинике, картина резко изменилась, Больная находится в полубодромочном состоянии. Температура тела 36,1, пульс



Рис. 24. Область заглушения кишечного тона.

102 удара в минуту, ровный, но слабого наполнения и легко сжимаем; дыхание учащено до 28 в минуту. Резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Кровяное давление понижено: $PMa=102$, $PMi=78$. Живот немного вздут, мягок и слегка чувствителен при пальпации; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона, которое начинается на 3 поперечных пальца над лоном и по направлению книзу усиливается, захватывая также наиболее отлогие боковые части живота; в области притупления определяется ясная волна флюктуации. При бимануальном исследовании задний свод немного выполнен, пастозен; в боковых сводах, особенно слева, тоже прощупывается мягкая пастозность без резких границ: матка и придатки ясно не контурируются, но тело матки переместилось кпереди и подвижность его стала свободнее; наружный зев закрыт.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи:

За время пребывания больной в клинике суточное количество мочи было около 1800 куб. см; удельный вес 1016; цвет соломенно-желтый, прозрачность полная. Ни белка, ни других каких-либо патологических элементов найдено не было.

в. Исследование крови.

	Нормальная картина крови у женщин.	Исследование 1.		Исследование 2.	
	 год IV мес. 12 числ.	 год IV мес. 18 числ.	
Количество эритроцитов	4.500.000—5.250.000	4.600.000		2.500.000.	
Характер { эритроцитов	Изменение окраски	—		Нет.	
	„ величины	—		Нет.	
	„ формы	—		Нет.	
	„ структуры	—		Нет.	
Количество гемоглобина	85%—110%	86%		45%	
Показатель окраски	0,9—1,0	0,93		0,9	
Количество лейкоцитов	7.000—8.000	7.400		5.200	
Лейкоцитар- ная фор- мула.	Нейтрофилы	4.400—5.200; 55—70%		3.400; 65,3%	
	Эозинофилы	80— 320; 1— 4%		220; 3%	
	Базофилы	20— 80; 0,1— 1%		60; 0,8%	
	Лимфоциты	1.600—2.400; 20—35%		1.920; 26%	
	Мононуклеары крупн.	250— 500; 2— 5%		400; 5,4%	
Нейтрофиль- ная картина Арнета.	Одноядерные	8%		11%	
	Двухядерные	24%		25%	
	Трехядерные	48%		47%	
	Четырехядерные	16%		14%	
	Пятиядерные	4%		3%	
Патологические формы лейкоцитов.	Регенеративные	—		Нет.	
	Дегенеративные	—		Нет.	
Тромбоциты	250.000—300.000	260.000		180.000	
Сухой остаток	21%	—		—	
Удельный вес	1.050—1.056	1.052		1.045	
Коэффициент вязкости	4,38	4,32		2,4	
Скорость свертываемости	7—8 минут	8 мин.		9 мин.	
Щелочность	426—533 м. г. NaOH	486		—	
Резистентность эритроцитов	RM. 0,33%; Rm. 0,48% NaCl.	0,46		—	
Количество гликогена	—	Нет.		—	
Скорость осаждаем. эритроцитов	5 час.	1 час. 50 мин.		50 мин.	

с. Биологические реакции. На второй день поступления больной в клинику реакция с флоридзином дала положительный результат.

Проба с пирамидоном на 8-й день после обморока дала положительный результат.

Имея перед собою все данные, полученные как из анамнеза, так и при объективном исследовании больной, попытаемся в них разобраться для того, чтобы поставить правильное распознавание и наметить план лечения.

Как мы видели из истории болезни настоящей больной, клиническая картина распадается на две части: одну, относящуюся к моменту поступления больной в клинику, и другую, которая выявилась утром сегодняшнего дня, значительно отличающуюся от первой.

Что касается первой части, то наша задача сводится здесь к выяснению вопроса о том, имеется ли в данном случае беременность, и если она имеется, то не представляет ли она каких-либо отклонений от нормального течения.

Относительно второй части наша задача будет состоять в том, чтобы решить, в чем заключаются те изменения, которые произошли в состоянии больной, и чем они вызваны.

Остановимся сперва на той части истории болезни, которая относится ко времени поступления больной в клинику, и постараемся ответить на поставленные нами вопросы.

Как видно из скорбного листка, больная обратилась в амбулаторию клиники, главным образом, для выяснения вопроса, не беременна ли она, так как месячные у нее отсутствуют уже в течение семи недель.

В данном случае убедиться в наличии беременности не представляло затруднений, так как здесь имелись налицо: во-первых, субъективные признаки в виде аменореи, тошноты и учащенных позывов к мочеиспусканию; во-вторых, объективные признаки в виде усиленной пигментации околососковых кружков, довольно резкого выпячивания Монтьегеровых железок, застойных явлений в слизистой оболочке влагалищного входа, увеличение матки соответственно сроку возможной здесь беременности и размягчение ее консистенции, и, в-третьих, положительный результат реакции с флоридзином и ускорение оседание эритроцитов до 1 ч. 50 м.

Таким образом, вопрос о беременности легко разрешался в положительном смысле, но вместе с тем, благодаря некоторым данным, полученным при исследовании больной, возникло сомнение, имеем ли мы здесь вполне правильную беременность.

Признаки, заставляющие нас сомневаться в правильном развитии беременности, состояли в том, что матка имела неправильную форму, именно, вместо того, чтобы быть симметрично шаровидной, она обнаруживала явную ассиметрию, которая зависела от того, что левый ее угол был развит сильнее, благодаря чему дно матки по верхнему краю имело косое направление снизу вверх и справа налево, при чем консистенция левого угла матки мягче остальной части тела; левые придатки отходили от наиболее выступающего его бокового полюса и никаких изменений не обнаруживали; расстояние между местом отхождения правых и левых придатков по отношению к величине матки несколько больше обычного.

Приведенные данные заставляли нас допустить две возможности: или здесь имела место имплантация яйца в левом углу матки, или же

яйцо задержалось и продолжало развиваться в *pars intermuralis* левой трубы и мы имели левостороннюю межуточную беременность.

Желание выяснить этот вопрос и заставило нас поместить больную в клинику для наблюдения.

Посмотрим, однако, сперва, насколько данные, полученные нами из анамнеза и при исследовании больной, сами по себе позволяли решить этот вопрос в ту или другую сторону.

Разбирая анамнез, мы должны отметить следующие обстоятельства, указывающие, что в половом аппарате нашей больной имелись какие-то отклонения от нормы: прежде всего, хотя первые месячные пришли в обычное время, именно в 14 лет, но в течение первых трех лет они появлялись через большие промежутки в 2 и 3 месяца, и только с 17 лет они приобрели правильный четырехнедельный тип; далее, мы видели, что первая беременность наступила только через 3 года, т.-е. здесь имелось относительное бесплодие; и, наконец, как первая, так и вторая беременность, закончились выкидышем на третьем месяце, по неизвестным для больной причинам.

Все эти факты в их совокупности позволяют нам подозревать скорее всего такие ненормальности в половом аппарате больной, которые могли зависеть от недостаточного его развития, и нам остается подтвердить это предположение данными исследования. И, действительно, мы находим здесь следующие указания: грудные железы мало развиты, волосистость на наружных половых частях выражена слабо, передний влагалищный свод плоский, матка находится в положении ретроверзии, при чем между шейкой и телом матки имеется тупой открытый кпереди угол. Так как плоская форма переднего свода и отсутствие нависания передней стенки влагалища, говорит здесь за то, что ретроверзия возникла еще в детском возрасте, а не стоит в связи с бывшими выкидышами, то мы должны рассматривать ее, как одну из неправильностей в развитии полового аппарата.

Итак, данные, как анамнеза, так и объективного исследования, совпадают, указывая на некоторый инфантилизм с недоразвитием половых органов нашей больной.

Но, если мы себя спросим, можем ли мы на основании этого указания решить, имеется ли здесь имплантация яйца в углу матки или в межуточном отделе трубы, то мы должны ответить отрицательно, с единственной только оговоркой, что недоразвитие половых органов является нередко одною из причин внематочной беременности вообще.

Посмотрим далее, насколько те данные, которые были нами получены при исследовании больной, могут разрешить наши сомнения относительно характера беременности.

Для этого нам придется в кратких чертах напомнить, что понимают сейчас под названием „межуточная беременность“, и какими она проявляет себя признаками.

Под межуточной беременностью разумеют беременность, развивающуюся в той части трубы, которая проходит через толщу мышечной стенки матки и имеет в длину около 1 см.

Так как плодное яйцо может прикрепиться и развиваться в различных участках этого отрезка трубы и при своем развитии увеличиваться и расти в различные стороны, то могут образоваться различные виды межуточной беременности и в настоящее время предложено несколько их классификаций.

Так, например, *Dezeimeris* признает 4 вида межуточной беременности: 1) беременность межуточно-маточную с развитием яйца в маточной части трубы; 2) беременность межуточно-маточную с проникновением яйца в мускулатуру матки; 3) беременность трубно-маточную с развитием яйца в трубе, при чем оно растет в сторону полости матки и в нее проникает; 4) беременность маточно-трубную брюшную, при которой послед занимает матку и трубу, а плод лежит в брюшной полости.

Hennig признает три вида межуточной беременности: 1) трубно-маточную; 2) межуточную или *graviditas interstitialis* и 3) внутривенечную или *graviditas intramuralis*.

По *Бекману* имеется два вида, именно, трубно-маточная или *graviditas tubo-uterina*, и внутривенечная или *graviditas interstitialis propria*.

Werth признает за истинную межуточную беременность только одну форму, именно, внутривенечную с развитием яйца по направлению ко дну матки.

Glaesmer тоже признает только собственно внутривенечную форму, но в зависимости от направления, в котором развивается яйцо он делит ее на три вида: 1) яйцо развивается по направлению дна матки; 2) яйцо развивается внутрь боковой стенки матки; 3) яйцо развивается по направлению перешеечной части трубы.

Наконец, *Lequeux* предлагает следующую схему:

1) Беременность межуточная-трубная, которая делится на: а) с развитием в трубу; б) с развитием в матку; в) истинную трубную.

2) Беременность межуточная - внутривенечная, которая делится на: а) с развитием ко дну матки; б) с развитием в боковую стенку матки.

Из приведенных классификаций видно, насколько разнообразны могут быть отношения яйца к своему ложу при межуточной беременности, но все они в конце концов имеют только теоретический интерес; в сущности же важно признать, как это подчеркнул в своей работе *П. Попов*, что оплодотворенное яйцо может прикрепиться в различных отделах маточного отрезка трубы и в своем дальнейшем развитии может принимать какое угодно направление; поэтому, кроме истинной межуточной беременности мы должны допустить существование смешанных форм, именно: трубно-межуточную и маточно-межуточную, которые являются переходными к истмической беременности или беременности в углу матки, что по указанию *Bar'a* в значительной степени затрудняет правильное распознавание.

При истинной беременности всегда имеются определенные объективные признаки, именно, косое положение дна матки, отмеченное *Ruge* и *Simon'*ом, отхождение круглой маточной связки и трубы от наиболее выступающего сегмента маточного угла и широкое основание плодместилища; при смешанных же формах некоторые из приведенных признаков могут быть выражены неясно или совершенно отсутствовать.

Из только что сказанного мы видим, что объективные признаки при межуточной беременности могут быть выражены не всегда одинаково ясно, а кроме того в начальном периоде беременности они ничем не будут отличаться от тех, которые приходится наблюдать при развитии яйца в углу матки, так как в этом случае дно матки имеет косое направление, место отхождения круглой связки и трубы и отношении

плодовместилища к остальной части матки будет такое же. Только при дальнейшем развитии беременности последний признак, именно отношение плодовместилища к остальной матке, может нам помочь правильно ориентироваться, так как при развитии плодного мешка в углу матки он по мере роста выполнит собою всю полость матки, и асимметрия его постепенно изгладится, в то время, как при межуточной беременности соответственный угол матки будет продолжать гипертрофироваться, и асимметрия будет прогрессировать.

Припоминая те объективные данные, которые нами были получены при исследовании нашей больной, мы должны признать, что и они не дают нам возможности при однократном исследовании установить



Рис. 25¹ Graviditas interstitialis dextra IV mens.

точно, какую форму беременности мы здесь имеем — маточную или внематочную. А так как в каждом случае, где возникает вопрос о возможности внематочной беременности, больная должна быть поставлена в такие условия, чтобы ей в любое время могла быть оказана оперативная помощь, то помещение нашей больной в клинику для наблюдения тем более необходимо.

Итак, при поступлении больной в клинику у нее была определена беременность с подозрением на развитие яйца в левом маточном отрезке трубы.

Остановимся теперь на той части истории болезни, которая относится к ближайшему времени, когда в состоянии больной произошла резкая перемена.

Перемена эта выразилась в том, что сегодня утром, в то время, как больная мылась, она почувствовала головокружение, которое быстро усилилось настолько, что она едва дошла до кровати; болей в животе при этом не было. Сейчас больная находится в полуобморочном состоянии; температура тела 36,1; пульс 102 удара в минуту, ровный, но слабого наполнения и легко сжимаем; дыхание учащено

до 28 в минуту; появилась резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек; кровяное давление понизилось до $РMa = 102$ и $PMi = 78$; живот стал несколько вздутым и чувствительным при давлении; при перкуссии определяется заглушение кишечного тона, начинающееся на 3 поперечных пальца выше лона и усиливающееся книзу, захватывая также наиболее отлогие боковые части живота; в области притупления определяется ясная волна флюктуации; при бимануальном исследовании задний свод оказывается пастозным и заднее Дугласово пространство не свободно; в боковых сводах, особенно слева, тоже стала определяться мягкая резистентность без резких границ; контуры матки и придатков стали менее отчетливы, при чем тело матки несколько переместилось кпереди и подвижность его стала свободнее; в составе крови тоже произошли некоторые изменения, именно: число эритроцитов сократилось с 4.600.000 до 2.500.000 в к. мм, и появилась базофильная зернистость; количество гемоглобина понизилось с 86% до 45%, при чем показатель окраски остался почти без изменения; общее число белых кровяных шариков с 7.400 уменьшилось до 5.200, при чем лейкоцитарная формула, т.е. взаимное отношение отдельных форм почти не изменилось, только количество эозинофилов понизилось с 0,8% до 0,3%; нейтрофильная картина Арнета немного сместилась влево за счет увеличения числа одноядерных регенеративных элементов или метамиелоцитов; удельный вес крови с 1.052 понизился до 1.045; коэффициент вязкости тоже понизился с 4,32 до 2,4; скорость свертываемости крови стала несколько меньше и вместо 8 минут равняется 9, скорость оседания эритроцитов с 1 ч. 50 м. повысилась до 50 м. и реакция с пирамидоном получилась положительная.

Все только что перечисленные данные мы можем распределить на две группы: одни из них, как полуобморочное состояние, изменение со стороны пульса, температуры, дыхания, кровяного давления, окраски кожных покровов и слизистых оболочек и морфологических и физико-химических свойств крови, говорят за наличие тяжелой острой анемии; другие, как заглушение кишечного тона в некоторых отделах брюшной области, флюктуация и увеличившаяся подвижность матки, говорят за скопление жидкости в брюшной полости. Поэтому, естественно возникает предположение, что находящаяся в брюшной полости жидкость представляет собою кровоизлияние, что подтверждается до известной степени наличием мягкой пастозной резистентности в заднем и боковых сводах; и, таким образом, острая анемия является непосредственным результатом этого кровоизлияния.

Высказав это предположение, нам остается выяснить причину и исходное место кровотечения в брюшную полость.

Проще и естественнее всего, конечно, будет рассматривать у нашей больной внутреннее кровотечение, как результат нарушения допущенной нами здесь внематочной беременности.

Как это убедительно вытекает из работы *Улезко-Строгановой*, нарушение целостности стенок плодместилища при внематочной беременности зависит исключительно от способности к прорастанию и разрушению подлежащей ткани ворсинками плодного яйца.

В этом отношении межтубочная беременность ничем не отличается от внематочной беременности вообще, так как в маточном отрезке трубы также нет компактного железистого слоя и образование децидуальной оболочки тоже не происходит в достаточной мере.

Отсутствие болей, которые обыкновенно наблюдаются при разрыве беременной трубы и при трубном выкидыше, в данном случае, вероятно, объясняется тем, что кровотечение произошло не внутри плодовместилища, а непосредственно в брюшную полость вследствие разрушения стенки какого-либо из кровеносных сосудов, расположенных близко к периферии.

Объединяя обе выделенные нами части истории болезни нашей больной, мы видим, что они совпадают в том отношении, что в обоих приходится допускать наличия внематочной беременности, а так как на основании данных исследования здесь приходится иметь в виду только межзачаточную беременность, то наш окончательный диагноз должен быть:

graviditas interstitialis sinistra interrupta, haemorrhagia diffusa, anaemia acuta gravis.

Данная форма внематочной беременности относится к сравнительно редким разновидностям ее. Так, *Werth* в 1904 году насчитывает всего 40 случаев несомненной межзачаточной беременности, описанных в литературе, а *Lequeux* в 1912 году устанавливает их число от 70 до 75.

Что касается отношения числа случаев межзачаточной беременности к внематочной беременности вообще, то у различных авторов оно весьма не одинаково; например, *Werth* на 120 случаев оперированной трубной беременности не встретил ни одного случая межзачаточной беременности, в то время, как у *Vacmana* в 1902 году на 114 случаев трубной беременности было 4 случая межзачаточной; *Lawson-Tait* выводит среднее отношение, равное 1:100; мне лично на чревосечении по поводу трубной беременности, пришлось встретить межзачаточную беременность два раза.

Этиология межзачаточной беременности не всегда оказывается достаточно ясной, и надо думать, что она аналогична с этиологией внематочной беременности вообще, т.-е. причина ее возникновения в большинстве случаев зависит от бывших раньше воспалительных процессов в придатках матки или от недоразвития половых органов. Как механическую причину, *Werth* признает полипозные образования в устье трубы, а *Hoffmann*—маленькие миомы, вдающиеся в просвет трубы в маточном ее отрезке; *Baudelocque* и *Leopold* указывают на возможность аномалии в прохождении трубы через стенку матки.

Так как в нашем случае при исследовании больной нам не удалось найти в половом аппарате других изменений кроме тех, которые указывали на известную степень неправильного развития матки, то мы должны на них и остановиться, как на этиологическом моменте ненормальной имплантации яйца.

Переходя к лечению межзачаточной беременности, мы прежде всего должны установить наше отношение к распознанной, но еще не нарушенной межзачаточной беременности.

Так как она, обычно, кончается разрывом плодного мешка и обильным кровотечением в брюшную полость, то в интересах больной целесообразнее, не дожидаясь катастрофы, прибегнуть к оперативному вмешательству. *Lequeux* советует оперировать уже при имеющемся подозрении на возможность межзачаточной беременности, не стесняясь тем, что чревосечение может оказаться пробным. Однако, имея в виду, что в начальном периоде межзачаточной беременности ее не всегда возможно бывает отличить от беременности в углу матки, а кроме того, допуская возможность самопроизвольного выкидыша через естествен-

ные пути при маточно-межуточной ее форме, следует путем наблюдения постараться выяснить правильный диагноз, поставив больную в такие условия, чтобы оперативная помощь могла быть ей оказана в любое время.

По статистике *Werth'a* разрыв плодместилища наблюдается, начиная от первого и кончая шестым месяцем беременности, при чем, однако, большинство случаев приходится на третий месяц беременности; случаи доношенной междуточной беременности *Rooswinkel'a* и *Treub'a* представляют собою собственно вторичную брюшную беременность после нарушения междуточной беременности.

Что касается нашего отношения к нарушенной междуточной беременности, то оно должно быть совершенно таким же, как при нарушенной трубной беременности, т.-е. по возможности безотлагательно должно быть произведено брюшностеночное чревосечение, и только в исключительных случаях, когда кровоизлияние уже осумковалось, можно выжидать, если замечается склонность к рассасыванию, или приходится ограничиться вскрытием *haematocoele*, если имеются признаки инфекции.

Но в виду того, что при междуточной беременности нарушение ее совершается посредством разрыва плодместилища, при чем место разрыва в большинстве случаев находится в верхней или верхнезадней его части, оно сопровождается всегда обильным внутренним кровотечением; поэтому немедленное оперативное лечение становится неизбежным.

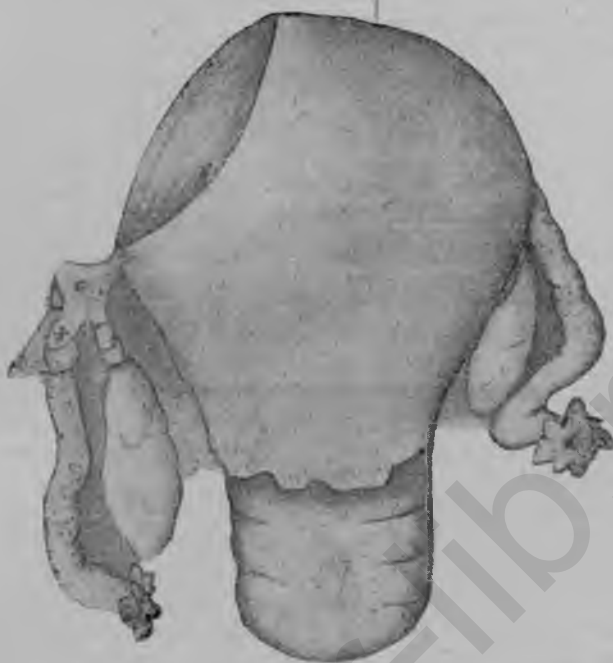
Впервые операция при междуточной беременности была произведена *Lawson-Tait'ом* в 1892 году. По материалу, собранному *Werth'ом*,

на 31 случай, где была произведена операция, приходится четыре смерти. Операции производились весьма разнообразно, именно в большинстве случаев производилось иссечение плодместилища или надвлагалищная ампутация матки, значительно

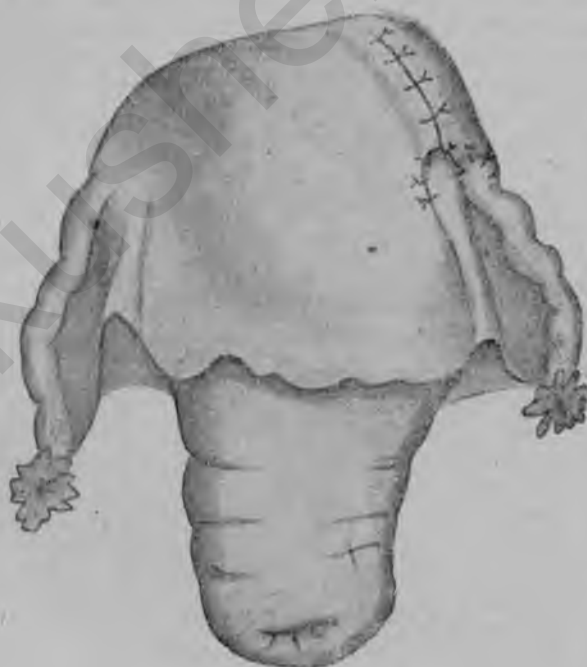


Местоположение и вид прободения стенки матки ворсинками плодного яйца (вид сзади).

Удаленное плодместилище.



Вид матки после удаления плодместилища.



Вид матки после закрытия раны и прикрепления культи придатков (вид спереди).

Рис. 26.

реже было сделано полное удаление матки путем брюшностеночного или влагалищного чревосечения.

При выборе способа оперативного вмешательства предпочтение следует отдать брюшностеночному методу, так как он дает возможность лучше ориентироваться. Конечно, желательно быть, по возможности, консервативным и ограничиваться только иссечением плодовместилища, однако, окончательно наметить план операции можно только после вскрытия брюшной полости, так как приходится считаться с целым рядом обстоятельств, как-то—с местом и величиною разрыва, с состоянием матки, придатков и вообще органов таза. Возможный консерватизм здесь имеет тем более основание, что не исключается возможность последующих самопроизвольных родов после иссечения беременного угла матки при межзачаточной беременности, как это в одном случае описано *Holst*'ом.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны признать, что здесь имеются достаточные настоятельные показания к безотлагательному оперативному вмешательству благодаря явным признакам тяжелого острого малокровия.

Что касается самого способа операции, то мы остановимся на брюшностеночном чревосечении и по возможности ограничимся иссечением плодовместилища.

В дополнение к изложенной нами на предыдущей лекции истории болезни с демонстрацией больной, я позволю себе в кратких словах доложить вам данные, полученные при операции.

По вскрытии брюшной полости в ней оказалось довольно много жидкой крови. Форма матки и место отхождения левых придатков вполне отвечало тому, что было определено при бимануальном исследовании; круглая связка отходила несколько медиально и ниже трубы. На задней поверхности заднего угла матки, немного отступя книзу от верхнего его края, имелось отверстие величиною около сантиметра в диаметре с неровными истонченными краями; из него выпячиваются ворсинки плодного яйца.

После наложения зажимов на связку яичника, трубу и круглую связку, они отделены от матки и плодовместилище иссечено в виде пирамиды, вершина которой обращена в толщу мышечной стенки матки. Края раны соединены узловатыми кэтгутовыми швами и культя фиксированы к левому углу матки так, что они покрывают собою разрез ее стенки.

По вскрытии удаленного плодовместилища оказалось, что оно имеет стенку толщиной от 7 до 9 мм, состоящую из мускулатуры матки; в нем находится плодное яйцо, соответствующее шестинедельной беременности, и небольшое количество свернувшейся крови. На разрезе видно, что труба теряется в верхней части плодовместилища в латеральном его отделе; на поверхности плодовместилища, обращенной к матке, с трудом удается найти просвет маточного отростка трубы, который на глубине не более 2 мм слепо кончается.

Периферическая часть левой трубы никаких воспалительных изменений не обнаруживает.

Брюшная полость была закрыта наглухо; в настоящее время после операции прошло четыре дня и состояние больной хорошее.

Беременность в рудиментарном роте.

История болезни шестой больной следующая:

Больная А. Н., 24 лет, замужняя, конторщица, уроженка Смоленской губернии, русская.

Обратилась в амбулаторию клиники по поводу задержки месячных с целью выяснить вопрос относительно наличия беременности. В виду возникшего подозрения на неправильную беременность больная для наблюдения помещена в стационарное отделение клиники.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Больная в детстве развивалась плохо, была слабым ребенком и часто болела, но точно указать характер заболевания она не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на четырнадцатом году, установились сразу и приходили всегда через 4 недели по 5 дней без болей и в небольшом количестве. Последние месячные были 8 недель тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж около года тому назад, при чем каких-либо заболеваний половых органов в это время не отмечает.

4. *Беременность и их исходы.* Ни выкидышей, ни родов не было.

5. *Начало настоящего заболевания.* Как уже было сказано, больная обратилась в амбулаторию с целью выяснить вопрос относительно беременности и никаких жалоб, кроме тошноты по утрам в течение последнего месяца, не имела.

6. *Болела ли раньше?* Кроме постоянной склонности к бронхитам и перенесенного однажды еще в молодости воспаления легких других болезней она не отмечает.

7. *Отправления кишечника.* Всегда кишечник работал правильно.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Последние 5—6 недель стала замечать учащенные позывы.

II. Status praesens.

1. *Данные общего исследования.* При поступлении в клинику обнаружено следующее: больная среднего роста (162 см), правильного сложения, плохого питания (вес 53 кг); температура, пульс и дыхание никаких отклонений от нормы не представляют; тоже и кровяное давление. Язык чистый, влажный. Груды развиты слабо, околосоковые кружки не резко пигментированы. Монтгомеровы железки ясно выступают; выдавить каплю молозива не удается. Кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты. При осмотре, ощупывании и перкуссии живота ничего ненормального определить не удается.

2. *Данные гинекологического исследования.* Наружные половые органы развиты недостаточно; малые губы выступают из-за больших; волосистость на половых частях развита слабо. Слизистая оболочка влагалищного входа имеет застойный характер; из влагалища имеется немного беловатых выделений, ладьевидная ямка глубокая.

При бимануальном исследовании влагалище оказывается довольно узким и коротким; влагалищная часть имеет форму острого конуса и несколько удлинена; консистенция ее мягковата; наружный зев в виде поперечной щели обращен кзади от проводной оси таза и несколько вправо. Тело матки несколько увеличено, но не соответствует сроку возможной беременности, мягкой консистенции, отклонено несколько влево, в антеверзии и образует с шейкой открытый кпереди угол нормальной величины; подвижность матки свободная. Левые придатки определяются на соответственном месте и изменений не представляют. Справа, на уровне внутреннего зева, от матки отходит какое-то тело круглой формы, мягкое, величиною в мандарин, не болезненное при ощупывании, подвижное, но связанное с маткой довольно широкой ножкой; сбоку и несколько сзади от этого тела прощупывается яичник нормальной величины; трубу и круглую связку определить не удастся. Клетчатка и брюшина таза никаких изменений не обнаруживают.

При повторном исследовании через две недели матка очень мало увеличилась, но названное тело стало заметно больше, достигая величины апельсина; форма и консистенция его остались прежними, а подвижность стала еще свободнее; кроме того, усилился цианоз слизистой оболочки влагалищного входа и изменения груди стали тоже более резкими.

3. *Лабораторные исследования.*

а. *Исследование мочи.*

Суточное количество в среднем 1800 куб. см; удельный вес 1017; цвет соломенно-желтый, прозрачность полная; ни белка, ни других каких-либо патологических элементов не обнаружено.

б. *Исследование крови.*

Количество эритроцитов 4.200.000 в куб. мм; количество гемоглобина 72%; показатель окраски 0,84. Количество лейкоцитов 7.400 в куб. см, лейкоцитарная формула и картина Арнета нормальны; со стороны других физико-химических свойств крови отклонений от нормы тоже не обнаружено, кроме ускорения оседания эритроцитов, достигающего 1 ч. 55 м.

с. *Биологические реакции.*

Реакция с флоридзином дала положительный результат.

Располагая всем запасом данных, полученных как из анамнеза нашей больной, так и при исследовании ее, мы должны подвергнуть их критической оценке, чтобы установить правильное распознавание и сообразно диагнозу, если это потребуется, наметить план лечения.

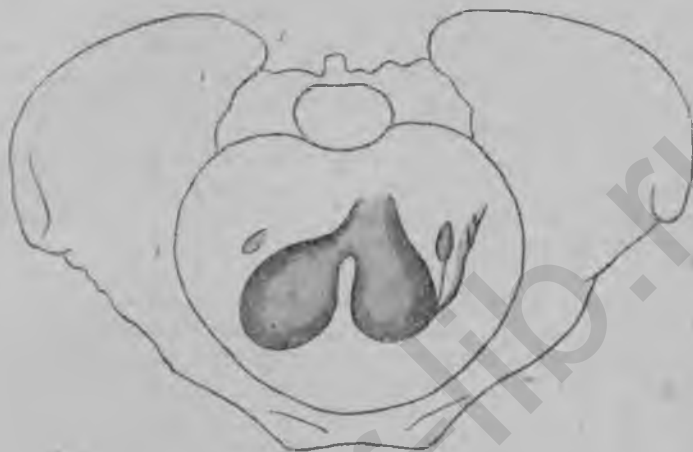
Причина, побудившая больную обратиться за врачебным советом, заключалась в желании выяснить вопрос о наличии беременности, и наша задача состояла бы только в том, чтобы подтвердить или отвергнуть это предположение, если бы при исследовании больной не возникло подозрения на неправильную беременность.

Таким образом, вопрос осложнился, и перед нами возникают уже три задачи: во-первых, мы должны выяснить вопрос о наличии беременности вообще, во-вторых, если существование беременности здесь будет признано, мы должны решить, правильная ли она, или нет, и, на-

конец, в-третьих, если беременность будет признана неправильной, нам придется выяснить характер этой неправильности.

Начнем с первого вопроса, т.-е. распознавания беременности вообще.

В настоящем случае не представляется затруднений решить его в положительном смысле, так как в пользу беременности говорит целый ряд признаков, именно: больная отмечает отсутствие месячных в течение 8 недель и тошноту по утрам в течение последнего месяца, а также



Вид сверху.



Вид спереди.

Рис. 27. Данные, полученные при бимануальном исследовании.

позывы к учащенному мочеиспусканию; при исследовании больной отмечено ясное выступание Монтгомеровых железок в области околосоковых кружков, слизистая оболочка влагалищного входа обнаруживает признаки застойной гиперемии, влагалищная часть и тело матки имеют мягкую консистенцию, тело матки несколько увеличено; наконец, реакция с флоридзином дала положительный результат.

Признав на основании приведенных данных у нашей больной факт существования беременности установленным, перейдем ко второму вопросу, т.-е. к выяснению ее правильности.

В этом отношении нам приходится отметить два обстоятельства, говорящие против нормального развития беременности

Во-первых, увеличение матки не соответствует сроку беременности согласно продолжительности аменорреи, именно, матка меньше, чем ей надлежит быть.

Во-вторых, справа от матки в малом тазу располагается какое то тело, связанное с нею довольно широкой ножкой, которая начинается на уровне внутреннего зева.

Первое обстоятельство может быть истолковано или в том смысле, что беременность наступила не в связи с бывшими последний раз месячными, а совпала с первыми отсутствующими месячными, или же приходится допустить, что плодное яйцо развивается не в полости матки, т.-е. имеется внематочная беременность.

Второе обстоятельство, состоящее в нахождении в области таза упомянутого образования, связанного с маткой, говорит или за наличие опухоли правых придатков того или иного происхождения, или за ту или другую форму внематочной беременности.

Так как оба обстоятельства, которые заставляют нас предположить здесь неправильную беременность, допускают возможность существования внематочной беременности, то мы и должны признать это объяснение наиболее вероятным, и нам остается только решить третий вопрос, именно, выяснить форму внематочной беременности у нашей больной.

Однако, принимая во внимание, что имеющиеся данные недостаточны, чтобы с полной уверенностью исключить здесь нормальную маточную беременность, комбинирующуюся с опухолью правых придатков, остановимся несколько подробнее на том образовании, которое мы определили в тазу рядом с маткой для того, чтобы выяснить его характер.

Как уже было указано, оно представляет собою круглое тело величиною в мандарин, мягкой консистенции, не болезненное при ощупывании, подвижное и связанное с маткой довольно широкой ножкой, начинающейся на уровне внутреннего зева; сбоку и несколько сзади от него определяется, повидимому, яичник нормальной величины; труба и круглая связка не определяются.

Благодаря круглой форме этого тела его скорее всего можно счесть за кисту яичника, но здесь мы сейчас же наталкиваемся на ряд противоречий. Во-первых, имеющаяся в данном случае ножка начинается на несоответствующем месте, так как при кисте яичника она образована яичниковой связкой *ligamentum ovarii proprium*, которая начинается от угла матки, а не на уровне внутреннего зева; кроме того, ножка, обыкновенно, менее массивна; во-вторых, консистенция кисты яичника, обыкновенно, более туго-эластическая, в то время, как здесь она мягкая; в-третьих, позади и сбоку от названного тела определяется другое небольшое тело, напоминающее собою яичник.

Кроме новообразования яичника здесь мог бы возникнуть вопрос о воспалительной опухоли яичника или о *ruoovarium'e*, однако, против этого предположения говорит, с одной стороны, упомянутый уже характер ножки и консистенция, а с другой стороны, отсутствие воспалительных изменений как в данный момент, так и вообще в анамнезе.

Далее, здесь можно было бы допустить существование опухоли в правой трубе, но против этого говорит форма опухоли. Если бы мы имели в настоящем случае опухоль трубы, то она должна была иметь

форму колбасовидную или в виде реторты и начинаться от угла матки; а так как опухоли в трубе в большинстве случаев воспалительного происхождения, то и анамнез должен был носить в себе соответствующие указания на перенесенный воспалительный процесс.

Наконец, речь могла бы идти о паровариальной правосторонней кисте. В таком случае мы могли бы определить кроме опухоли и соответствующий яичник, как это и было в данном случае, но консистенция опухоли и ее отношение к матке было бы иное. Во-первых, паровариальная опухоль тонкостенна и поэтому упруго эластична, а во-вторых, она не связана с маткой посредством ножки.

Итак мы видим, что ни одна из обычно встречающихся форм опухолей придатков не отвечает тем данным, которые мы нашли при исследовании нашей больной, поэтому мы возвратимся к уже высказанному нами предположительно диагнозу внематочной беременности и постараемся выяснить, не окажется ли между различными видами внематочной беременности такой, которая соответствовала бы характеру найденной нами здесь опухоли,

Говоря о внематочной беременности, прежде всего имеют в виду трубную беременность в том или ином отделе трубы, при чем следует отметить, что в настоящем случае приходится считаться только с ненарушенной трубной беременностью.

Принято различать три разновидности трубной беременности, именно: *graviditas tubaria interstitialis, isthmica* и *ampullaris*.

В первом случае беременность развивается в маточном отрезке трубы, при чем плодovместилище не имеет ножки и, помещаясь в толще стенки угла матки, вызывает асимметрию последней. Во втором и третьем случае плодovместилище может иметь более или менее выраженную ножку, образованную маточным концом трубы, но эта ножка начинается от соответствующего угла матки, а не в области внутреннего зева, как в настоящем случае. Кроме того, плодovместилище имеет овальную форму, своим большим диаметром расположенным по длине трубы.

Из сказанного видно, что характерные признаки найденного нами у больной тела, расположенного в малом тазу, не соответствуют тем данным, которые имеются при трубной беременности.

Кроме трубной беременности различают еще брюшинную беременность, яичниковую беременность и беременность в рудиментарном роге матки.

Что касается первой из только что названных форм, то она, во-первых, чаще встречается в виде вторичной формы, развившейся вследствие нарушения какого-либо из других видов внематочной беременности, поэтому в анамнезе должны иметься соответствующие данные, указывающие на нарушение беременности в виде болей, обморока и т. д., во-вторых, брюшинная беременность не имеет ножки и лишена подвижности.

Вторая из названных форм, т.е. яичниковая беременность, всегда клинически протекает, как трубная беременность и поэтому обладает всеми ее признаками, и только после операции иногда только путем микроскопического исследования удается точно установить правильное распознавание.

Третья форма, именно, беременность в рудиментарном роге матки, напротив, обладает довольно характерными признаками, и хотя *Шпигельберг* в 1885 году категорически заявил, что беременность в зачаточном роге нельзя диагностировать, и что даже на трупе не легко

поставить дифференциальную диагностику с трубной беременностью, уже в 1911 году *Бекман* указывает, что из 24 собранных им случаев диагноз был правильно поставлен в 7 случаях; кроме того, в 1912 году *Абуладзе* опубликовал еще один случай правильной диагностики, а в 1914 году *Щербина* приводит два случая беременности в рудиментарном роге матки, при чем в одном из них правильный диагноз был поставлен до операции. Таким образом, из опубликованных до 1914 года 150 случаев беременности в рудиментарном роге правильный диагноз до операции был поставлен 9 раз, т. е. в 6 % случаев.

Из этого мы видим, что распознавание при этой форме внематочной беременности представляет значительные трудности и, во всяком случае, оно не так просто, как находит *Абуладзе*.

Последний автор при наличии внематочной беременности обещает безошибочно ставить диагноз беременности в зачаточном роге матки на основании только безболезненности и подвижности плодместилища. Однако, *Werth* и другие авторы не придают этим признакам безусловно решающего значения и вместе с *Бекманом* гораздо больше считаются с признаком *Pfannenstiel'*a, который состоит в том, что снаружи от плодместилища удается прощупать круглую связку. Но надо иметь в виду, что прощупать круглую связку удается далеко не в каждом случае, и, повидимому, это достигается легче при доношенной или вообще более поздней беременности. Так, например, правильные диагнозы были поставлены на основании этого признака *Оттом* и *Linder'*ом, при чем в обоих случаях была доношенная беременность.

Наиболее надежным диагностическим признаком служит в определенных случаях характер ножки и ее отношение к небеременной половине матки; например, в первом случае *Щербиной* ножка, связывающая небеременную половину матки с круглой опухолью, расположенной в малом тазу, начиналась на уровне внутреннего зева в виде довольно широкого образования. Но и этот признак не всегда одинаково выражен, так как ножка может быть весьма различной толщины и длины и под влиянием беременности она может быть настолько размягчена, что прощупать ее совершенно не удастся.

В первые месяцы беременности, когда плодместилище еще находится в малом тазу, довольно характерным оказывается взаимное расположение небеременной части матки и беременного рудиментарного рога, именно, они обычно располагаются в расходящемся снизу вверх направлении.

В более поздние периоды беременности плодместилище перемещается из малого таза в свободную брюшную полость и по мере увеличения занимает симметричное положение, при чем небеременная матка оттесняется книзу и располагается в резкой антеверзии или ретроверзии, нередко симулируя собою опухоль половых органов, например, узел фибромиомы. В этих случаях правильному распознаванию помогают два обстоятельства: во-первых, доказать наличие беременности в том образовании, которое находится в полости живота не трудно, благодаря признакам со стороны плода, как движение и сердцебиение его; кроме того, иногда удается вызвать сокращение стенки плодместилища; во-вторых, выяснить характер находящегося в малом тазу тела и убедиться, что это небеременная половина матки, можно посредством зондирования.

В тех случаях, когда плод успел погибнуть, распознавание становится более трудным, но здесь может помочь делу выделение из небе-

ременной части матки слепка децидуальной оболочки, форму свою напоминая полость матки.

В некоторых случаях, например, в описанном *Бекманом* случае, правильное распознавание облегчается наличием раздвоения влагалища или остатка перегородки, что позволяет предполагать раздвоение и выше лежащих дериватов Мюллеровых нитей.

Перечислив по возможности все признаки, характеризующие собою беременность в рудиментарном роге матки, мы должны признать, что каждый из них, взятый в отдельности, не является абсолютным; так, например, круглую связку удастся определить преимущественно в поздние сроки беременности; ножка, связывающая рудиментарный рог со второй половиной матки, может быть весьма различна по длине, консистенции и толщине; зондирование может дать тот же результат, как и при интерстициальной или вообще внематочной беременности и т. д.; поэтому приходится считаться с совокупностью целого ряда признаков.

Возвращаясь к нашей больной, мы можем отметить следующие из них: находящееся в малом тазу круглое тело связано с маткой довольно широкой ножкой, начинающейся от матки на уровне внутреннего зева; тело матки отклонено несколько влево, т.е. в противоположную сторону; опухоль довольно подвижна и безболезненна; круг-

лые связки не определяются; раздвоения влагалища нет; в виду раннего срока беременности признаков со стороны плода обнаружить не удастся; так как в виду увеличения размера матки не исключалась возможность маточной беременности, зондирование не было произведено.

Из сказанного видно, что допустить в настоящем случае наличие беременности в рудиментарном роге матки мы могли только с известной вероятностью, поэтому вполне естественно наше решение



Интерстициальная беременность.



Беременность в добавочном роге.

Рис. 28.

поместить больную в клинику для дальнейшего наблюдения, тем более выжидание при беременности в рудиментарном роге матки для больной менее опасно, чем при других формах внематочной беременности, так как ее нарушение обычно происходит более поздно, чаще в периоде между тремя и шестью месяцами.

При повторном исследовании через две недели нами были получены следующие данные: матка очень мало увеличилась, в то время, как лежащее с нею рядом в малом тазу тело стало заметно больше и достигло величины апельсина; форма и консистенция его остались прежними, а подвижность стала еще свободнее.

На основании этих данных диагноз беременности в правом рудиментарном роге матки стал из предположительного достоверным и, установив наш диагноз, как *graviditas corni rudimentarii dextri uteri*, мы должны определить наше отношение к этой аномалии беременности и наметить план лечения.

Но для того, чтобы все наши заключения было строго обоснованы, мы должны прежде всего, точно установить, что принято понимать под „беременностью в рудиментарном или зачаточном роге матки“, и какие анатомические изменения происходят в нем под влиянием беременности.

Впервые беременность в зачаточном роге матки описана *Mauriceau* и *Vassal'em* в 1669 году, а вполне точно она установлена *Stolz'em* в 1832 году и *Rokitansk'im* в 1842 году. Сперва число этих случаев эктопической беременности накапливалось в литературе весьма медленно, и до 1888 года их было описано всего 33. Затем благодаря усовершенствованию гинекологической диагностики число их стало возрастать значительно быстрее и в 1814 году по данным *Щербиной* их насчитывается уже 150, что, однако, по сравнению с числом внематочных беременностей вообще составит только небольшие доли процента.

В настоящее время понятие о беременности в зачаточном или рудиментарном роге матки установлено вполне точно, именно, недоразвитый рог матки характеризуется тем, что он является замкнутым в нижнем своем отделе: с нормально развитым рогом матки он не общается, а соединяется с ним посредством тяжа, не имеющего вовсе просвета, или имеющего просвет, который может быть обнаружен только при помощи микроскопа; недоразвитый рог имеет свою трубу и яичник и от наружного его конца отходит круглая связка; мускулатура его развита слабо, а местами, по наблюдению *Бекмана*, она почти совершенно вытеснена соединительной тканью; полость в нем небольшая и выслана недоразвитой слизистой оболочкой.

Возникает эта аномалия в развитии матки еще в первые месяцы внутриутробной жизни плода вследствие недостаточного образования просвета в одной из Мюллеровых нитей и неполного их слияния, которое здесь происходит только в области нижней и отчасти средней их трети.

Благодаря этим несовершенствам анатомического строения рудиментарного рога матки возникает целый ряд уклонений в его физиологической функции; так, например, слизистая оболочка зачаточного рога вследствие своего недоразвития не дает отделения крови во время месячных или дает его только в исключительно редких случаях; иначе мы бы имели в каждом случае зачаточного рога образование *haematometр'ы* в нем, благодаря отсутствию свободного оттока крови, в то время, как на деле это наблюдается очень редко; способность

к зачатию тоже значительно понижена, так как полное отсутствие сообщения с полостью цервикального канала и второго рога матки или наличие микроскопического канала делает проникновение сперматозоидов в соответствующую трубу совсем или почти невозможным, и имплантация оплодотворенной яйцевой клетки в зачаточном роге возможна только путем перехода сперматозоидов или оплодотворенного уже яйца с противоположной стороны; наконец, зачаточный рог не соответствует назначению плодовместилища, во-первых, потому, что недоразвитая слизистая оболочка не может способствовать образованию нормальной децидуальной оболочки и благодаря этому ворсинки хориона приобретают возможность беспрепятственно проникать в толщу мышечной стенки, хотя при этом и не происходит полного ее проредания, как при трубной беременности, но истончение мышцы способствует возникновению разрыва плодовместилища; во-вторых, значительное количество соединительной ткани в стенке зачаточного рога



Рис. 29. Беременность в левом добавочном роге.

не дает ему возможности гипертрофироваться в достаточной степени в первые месяцы беременности, благодаря чему в дальнейшем происходит перерастяжение и истончение отдельных участков стенки и наклонность к разрыву.

Уяснив себе сущность анатомических изменений, происходящих в рудиментарном роге при наличии в нем беременности, нам уже не трудно будет установить наше отношение к этой форме эктопической беременности.

Так как роды естественным путем при беременности в рудиментарном роге матки совершенно невозможны и, так как беременность при этом в большинстве случаев нарушается преждевременно, обычно в периоде между третьим и шестым месяцем беременности, представляя очень серьезную опасность для больной, то не может быть спора о том, что наше оперативное вмешательство здесь оказывается неизбежным, и весь вопрос будет сводиться только к выбору наиболее подходящего для него времени.

Большинство гинекологов, например, *Бекман*, *Витт* и другие, предлагают применять оперативное лечение без выжидания, как только

будет выяснен диагноз, считая последнее опасным для больной; напротив, *Абуладзе* рекомендует путем выжидания достигнуть жизнеспособности плода и только тогда произвести кесарево сечение; свою точку зрения он основывает на том обстоятельстве, что по статистике *Werth'a* из 100 случаев беременности в роге матки вообще, в 9 случаях, относящихся несомненно к беременности в зачаточном роге, были получены жизнеспособные дети. Однако, если мы с одной стороны, представим себе ту опасность, которую представляет собою выжидание для матери, а с другой стороны примем в соображение, что по наблюдениям *Winkel'a* у 50% детей, развивающихся вне матки, имеются различного рода уродства и дифформации, то мы не можем не согласиться со мнением *Щербиной*, что выжидание принесет вероятный вред матери и даст крайне сомнительную надежду на получение живого и правильно развитого плода; поэтому оно может быть допущено только по настоятельному требованию матери, при чем если она согласится все время беременности находиться под наблюдением врача в больничной обстановке.

Оставляя в стороне эти исключительные случаи, мы будем держаться точки зрения большинства и в нашем случае будем настаивать на безотлагательном оперативном вмешательстве, признавая здесь диагноз беременности в зачаточном роге установленным.

Что касается техники операции, то она должна производиться путем брюшностеночного чревосечения, независимо от того, имеются ли уже признаки нарушения беременности или нет, при чем должен соблюдаться возможный консерватизм, именно, следует удалять только беременный рог, сохраняя придатки с обеих сторон и небеременный рог, так как, во-первых, в дальнейшем не исключается возможность нормальных родов, а во-вторых, надвлагалищная ампутация обоих рогов матки или одновременное удаление придатков, соответствующих беременному рогу, несколько не ускоряет производство операции.

Самый способ удаления беременного рога матки ничем существенным не отличается от обычной надвлагалищной ампутации матки; различие состоит только в том, что приходится перевязывать сосуды: *ramus tubarius*, *ramus ovarii* и *ramus lig. rotundi*, с одной, а не с обеих сторон.

Культи трубы, яичниковой связки, круглой связки и ножки, соединяющей беременный рог со второй половиной матки, должны быть тщательно перитонизированы по общим правилам.

Намеченного плана операции мы будем держаться и в данном случае.

Внематочная беременность второй половины.

История болезни седьмой больной следующая:

Больная С. И., 34 лет, замужняя, занимается домашним хозяйством, уроженка Ленинграда, русская.

В клинику поступила неделю тому назад из-за сильных болей в животе, особенно справа, в верхней его части.

1. Анамнез.

1. *Детство.* Болела ли чем в детстве, больная указать не может.

2. *Наступление половой зрелости и характер месячных.* Первые месячные появились на пятнадцатом году, установились сразу и приходили всегда правильно через 4 недели по 3 дня без болей и не обильно: последние месячные были восемь с половиною месяцев тому назад.

3. *Начало половой жизни.* Больная вышла замуж на двадцатом году и каких-либо заболеваний половых органов в это время не отметила.

4. *Беременности и их исходы.* Всего имела 5 беременностей, все закончились срочными нормальными родами; первая беременность наступила вскоре после замужества; последние роды были 6 лет тому назад. Всех детей больная сама кормила до года. Вторые и последние роды осложнились в послеродовом периоде лихорадочным заболеванием, вследствие чего больной пришлось лежать первый раз 2 недели, а последний раз около месяца, характер заболевания она выяснить не может. По словам больной восемь с половиною месяцев тому назад она снова забеременела, при чем первые четыре месяца она чувствовала себя хорошо; в начале пятого месяца у нее без видимой причины появились сильные боли внизу живота справа, сопровождавшиеся головокружением и рвотой; спустя два дня появилось отделение крови в умеренном количестве и выделился порядочной величины сгусток; температура была повышена до 38 градусов; больная около двух недель провела в постели и приглашенный врач высказал предположение о возможности начинающего выкидыша и воспалении нервеобразного отростка. Постепенно состояние больной улучшилось; беременность продолжала развиваться дальше, и больная вскоре начала чувствовать движение плода, но со времени этого заболевания она постоянно жаловалась на боли в животе справа, которые ощущались особенно сильно в связи с движением плода. В остальном беременность развивалась дальше без особых осложнений.

5. *Начало настоящего заболевания.* Больная относит начало своего заболевания к пятому месяцу беременности, когда имело место

упомянутое уже осложнение; так как она жила вне города и обращаться к врачу было трудно, то она терпела до тех пор, когда боли стали трудно переносимы и, наконец, приехала в Ленинград и поступила в клинику.

6. *Болела ли раньше?* Кроме упомянутых заболеваний после вторых и последних родов больная других болезней не указывает.

7. *Отправления кишечника.* Больная всегда жаловалась на склонность к запорам.

8. *Отправления мочевого пузыря.* Мочеиспускание правильное.

II. Status praesens.

1. Данные общего исследования.

Больная среднего роста (158 см), правильного сложения и удовлетворительного питания (вес 58 кг). Температура держится в пределах 36,8 до 37,3 градусов, пульс 90 ударов в минуту; число дыханий 20 в минуту; кровяное давление в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен. Грудь дряблые, околососковые кружки резко пигментированы, Монгтомеровы железки ясно выступают, легко удается выдавить каплю молозива. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Живот равномерно выпячен; окружность его на уровне пупка равна 92 см, при пальпации живот мало болезнен; в нем определяется тело овальной формы, напоминающее собою матку и своим верхним краем доходящее до нижнего края ребер; вызвать сокращение стенок этого тела посредством растирания не удается; в верхнем правом его сегменте отчетливо прощупываются мелкие части плода; головка плода стоит подвижно над тазовым входом, спинка его обращена влево; рукою и глазом ясно определяются движения плода; при выслушивании слева ниже пупка хорошо определяется сердцебиение плода, имеющие 144 удара в минуту. Размеры таза нормальны.

2. Данные гинекологического исследования.

Наружные половые органы и волосистость на них развиты правильно; половая щель зияет; слизистая оболочка влагалищного входа синюшна; выделений из влагалища нет.

При внутреннем исследовании влагалищная часть стоит высоко, смещена влево и несколько кзади; наружный зев пропускает конец пальца; через передний и правый свод влагалища ясно определяется предлежащая часть, именно, головка плода, стоящая подвижно над тазовым входом; позади и несколько влево от нее определяется довольно высоко в тазу плотноватое тело, величиною в небольшой кулак, по форме напоминающее собою тело матки; у левого его угла не ясно определяются придатки. Клетчатка и брюшина таза свободны.

3. Лабораторные исследования.

а. Исследование мочи.

Суточное количество в среднем 1650 куб. см, удельный вес 1018, цвет соломенно-желтый, прозрачность полная. Имеется белок в виде следов; сахара и других патологических элементов не найдено. При исследовании осадка, полученного в очень небольшом количестве, найдены клетки эпителия мочевого пузыря и лейкоциты по одному-два в поле зрения микроскопа; цилиндры не обнаружены.

б. Исследование крови.

Число эритроцитов равно 4100 в куб. миллиметре; количество гемоглобина равно 70%; показатель окраски равен 0,84; количество лейкоцитов слегка увеличено, до 8600 в к. мм, лейкоцитарная формула и

картина Арнета нормальны; со стороны других физико-химических свойств крови ничего ненормального не обнаружено, скорость оседания эритроцитов 1 час 40 мин.

с. Биологические реакции.

Реакция с флоридзином дала отрицательный результат.

Приступая к разбору настоящего случая на основании собранных нами данных, мы прежде всего должны обратить наше внимание на то обстоятельство, что наша больная, считающая себя беременной около восьми с половиною месяцев, обратилась в клинику по поводу сильных болей, которые продолжают уже в течение четырех месяцев и со временем становятся все более интенсивными.

Таким образом, наша ближайшая задача должна состоять в том, чтобы, во-первых, убедиться в наличии беременности и в том, на-



Данные наружного исследования. (Членорасположение плода).

Данные внутреннего исследования. (Отношение матки к плодместилищу).

Рис. 30.

сколько она правильна, а во-вторых, выяснить причину болей и связь их с беременностью.

Что касается первого вопроса, т.-е. установления наличия беременности, то в настоящем случае он решается просто, так как мы имеем здесь безусловные признаки ее, как определяемые рукой и глазом движения плода и определяемое выслушиванием сердцебиение плода, не говоря уже о целом ряде относительных признаков, именно: пигментации околососковых кружков, резком выступании Монтгомеревых железок, получении капли молозива, увеличении живота соответственно сроку беременности и, наконец, определении, как при наружном, так и при внутреннем исследовании, отдельных частей плода.

Итак, беременность здесь должна считаться прочно установленной.

Второй вопрос, касающийся правильного развития беременности в данном случае, напротив, представляется здесь далеко не таким простым и легким.

Хотя мы при исследовании можем здесь констатировать наличие живого плода, по своим размерам отвечающего сроку беременности в восемь с половиною месяцев и находящегося в правильном положении, но на ряду с этим имеются такие данные, которые заставляют нас подозревать, что беременность развивается не вполне правильно.

Данные эти состоят в следующем: влагалищная часть матки стоит высоко и смещена влево; позади и несколько влево от стоящей подвижно над тазовым входом головки определяется довольно высоко в тазу плотноватое тело, величиною в небольшой кулак, по форме напоминающее собою тело матки; вызвать сокращение стенок плодместилища при растирании рукою через брюшную стенку не удастся; наконец, стенки плодместилища настолько тонки, что через них отчетливо удастся прощупать мелкие части плода.

Остановимся несколько подробнее на приведенных данных и постараемся дать им критическую оценку.

В первую очередь нами было отмечено асимметричное расположение влагалищной части матки; в последние месяцы беременности она обычно стоит довольно высоко в тазу по средней его линии и смещена кзади, здесь же наблюдается, кроме того, смещение ее в левую сторону; само по себе это обстоятельство не является решающим в каком либо отношении, так как неправильное положение влагалищной части может зависеть от рубцовых изменений в клетчатке таза и в крестцово-маточных связках, но на ряду с другими данными оно может говорить за эктопическое развитие беременности.

Далее нами было отмечено, что рядом с предлежащей головкой, несколько влево и кзади от нее, определялось в тазу плотное тело, величиною в кулак и напоминающее собою по форме тело матки. Объяснить его происхождение мы можем двояко: или это тело представляет собою опухоль, чаще всего миому, развившуюся в нижнем сегменте матки, или оно является истинным телом матки, в то время, как плодное яйцо развивается внематочно. Установить правильное распознавание при этом нередко бывает трудно, и описан ряд ошибок в диагнозе, например, в случае *Fritch'a* ошибочно было определена внематочная беременность там, где ее не оказалось, и, наоборот, в случае *Schaut'a* и *Vilson'a* было приступлено к искусственному родоразрешению *per vias naturales* при наличии внематочной беременности. Облегчить правильное распознавание здесь может исследование больной под наркозом; однако, в некоторых случаях внематочной беременности соотношения плодместилища и небеременной матки могут быть таковы, что ограничить их один от другого даже под наркозом оказывается невозможным; при таких условиях выяснить истинное положение дела может только зондирование матки; но в виду опасности нарушить маточную беременность, этот прием допустим только тогда, когда подозрение на эктопическое развитие беременности достаточно обосновано. Что касается нашей больной, то мы пока ограничимся только тем, что будем учитывать определение названного тела рядом с головкою плода, как одно из доказательств, которое на ряду с другими будет говорить за возможность здесь внематочной беременности.

Третьим обстоятельством, заставляющим нас предположить здесь неправильное развитие беременности, нами было названо отсутствие сокращений стенок плодовместилища при растирании их рукою через брюшную стенку. Как известно, мы пользуемся этим признаком при дифференциальной диагностике между опухолями брюшной полости и беременной маткой, так как мышечная стенка последней дает сокращения, в то время, как стенки опухолей этой способностью не обладают. Поэтому отсутствие сокращений стенок плодовместилища в данном случае заставляет нас заподозрить, что они не состоят из мышечной ткани матки, и что беременность, следовательно, развивается внематочно.

Наконец, нами было указано, что стенки плодовместилища настолько тонки, что через них чрезвычайно легко удается прощупать отдельные части плода. Хотя этот признак сам по себе и не является решающим в каком-бы то ни было отношении, так как то же самое приходится нередко наблюдать у многорожавших с растянутой, дряблой брюшной стенкой и истонченной стенкой матки, но в совокупности с другими признаками он тем не менее должен учитываться, как говорящий в пользу эктопического развития плода.

Итак, мы видим, что ни одно из приведенных данных не позволяет нам высказать определенно в отношении диагноза, но все они допускают вероятность развития беременности внематочно.

Остановившись пока на этом заключении, имеющем только предположительное значение, перейдем ко второму из поставленных нами вопросов, именно, к выяснению причины болей, из-за которых больная и обратилась в клинику, и к установке связи их с имеющейся беременностью.

Бекман в своей статье о внематочной беременности последних месяцев придает очень большое диагностическое значение болям и говорит: „Если женщина беременная в последние месяцы жалуется на сильные боли в животе, то всегда следует думать о внематочном развитии плода“.

Важное диагностическое значение болям при распознавании внематочной беременности придается и другими авторами, хотя надо иметь в виду, что они могут встречаться и при маточной беременности, осложненной различными воспалительными изменениями в тазу; поэтому *Рыжков* правильно отмечает, что диагностическая ценность их увеличивается в том случае, если можно установить их зависимость от движений плода.

Наша больная определенно отмечает, что боли в животе ощущаются особенно сильно при движениях плода, при чем с течением беременности они вообще постепенно усиливались и за последнее время стали почти невыносимы. Таким образом, здесь боли скорее всего говорят за наличность внематочной беременности; однако, с другой стороны, вспоминая анамнез нашей больной, мы находим указание на то, что два раза послеродовые периоды были осложнены какими-то воспалительными заболеваниями, при чем после последних родов она болела около месяца; поэтому здесь нельзя исключить вполне наличности в брюшной полости сращения между маткой и кишками или другими соседними органами, и боли могут зависеть от этих хронических изменений в брюшине.

Вообще происхождение болей при внематочной беременности последних месяцев объясняют различно; иногда они могут зависеть

просто от растяжения плодовместилища, например, в случаях ненарушенной трубной беременности, в других случаях они являются результатом образования воспалительных спаек и сращений между плодным мешком и брюшными органами; *Бекман* объясняет в своих случаях происхождение болей механическим раздражением брюшины движениями плода, свободно лежащего в брюшной полости.

Таким образом поставленный нами вопрос о происхождении болей в данном случае и об их отношении к имеющейся беременности получает следующее разрешение: они несомненно связаны с наличием беременности и заставляют нас заподозреть здесь эктопическое ее развитие.

Из всего сказанного с достаточной ясностью вытекает, что возможность у нашей больной внематочной беременности становится весьма вероятным, поэтому мы и остановимся сейчас на диагнозе: *graviditas extrauterina menses VIII.*

Дальнейшая наша задача будет состоять в том, чтобы подтвердить этот диагноз, и, в случае, если это удастся, выяснить форму внематочной беременности и наметить план нашего отношения к больной.

Как известно, первый случай доношенной внематочной беременности с живым плодом был опубликован *Müller*'ом в 1809 году. Начиная с этого времени и до 1914 года *Бекманом* собрано в литературе 230 случаев внематочной беременности последних месяцев, а за последние годы в литературе наберется еще несколько десятков случаев, что доказывает, какой небольшой процент этих случаев приходится наблюдать по отношению к общему количеству внематочных беременностей.

Знакомясь с литературой о внематочной беременности последних месяцев, прежде всего поражаешься обилием диагностических ошибок, что объясняется трудностью распознавания, поэтому приходится соглашаться с *Sittner*'ом, который замечает, что глава о доношенной внематочной беременности есть вместе с тем глава диагностических ошибок.

Трудность распознавания заключается не в том, чтобы определить наличие беременности, а в том, чтобы выяснить ее расположение, при условии, однако, что плод живой.

Признаки, которыми здесь приходится руководствоваться, сводятся к следующему: во-первых, возможность более или менее полного ограничения небеременной матки от плодовместилища; во-вторых, ясное определение частей плода под брюшными покровами, и, в-третьих, сильные боли в животе в последние месяцы беременности, особенно, если они связаны с движениями плода.

К этим основным признакам следует добавить наблюдаемое в некоторых случаях смещение влажной части кверху или в ту или другую сторону и отсутствие рефлекторного сокращения стенок плодовместилища при механическом раздражении их через переднюю брюшную стенку.

Кроме того, *Бекман*, обращает внимание, как на один из признаков доношенной внематочной беременности, на ложные родовые боли, которые обычно появляются несколько раньше срока родов, и несмотря на то, что они продолжаются долго, не вызывают раскрытия зева.

Наконец, как на одно из крайне редких явлений, наблюдающихся при внематочной беременности последних месяцев, можно указать на *hydrothoea gravidarum*, описанную *Краснопольским*.

Все перечисленные признаки, взятые в их совокупности, достаточно характерны, чтобы выяснить правильный диагноз, но, к сожалению, только в исключительных случаях они имеются все налицо и выражены с достаточной определенностью, а кроме того они могут наблюдаться и при маточной беременности. Так, например, нами было уже указано, что опухоли, исходящие из половых органов и находящиеся в тазу, могут симулировать небеременную матку; ясное определение частей плода через брюшную стенку хотя и говорит в пользу эктопического развития беременности, но, с одной стороны, оно может наблюдаться и при маточной беременности, если брюшная стенка и стенка матки дряблая и тонкая, а с другой стороны, и при внематочной беременности ощупать части плода совершенно не удается, если брюшная стенка толстая, если имеется сильная болезненность при исследовании или если послед развивается на передней брюшной стенке, как это описано в случае *Рыжкова*; боли, наблюдаемые обычно при внематочной беременности, как было уже сказано, могут зависеть от хронических воспалительных изменений в брюшине и наблюдаются нередко и при маточной беременности; смещение влагалищной части матки тоже иногда может зависеть от перенесенных прежде воспалительных заболеваний клетчатки и брюшины таза; отсутствие сокращения стенок плодместилища при их механическом раздражении является довольно характерным признаком, но и этот признак теряет свое значение, если плодный мешок образован растянутой трубой и рудиментарным рогом матки и содержит мышечные волокна; наконец, появление ложных родовых болей тоже имеет только относительное значение, так как может иметь место только при доношенной внематочной беременности.

Разобрав все признаки, которыми пользуются при распознавании внематочной беременности, мы должны прийти к выводу, что среди них нет ни одного, который безусловно мог бы решить диагноз, и что даже их совокупность не исключает иногда возможности сомнения, поэтому в тех случаях, где вопрос остается недостаточно выясненным, рекомендуют произвести зондирование матки.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны согласиться, что диагноз эктопического развития беременности хотя весьма и вероятен, но не безусловно достоверен, поэтому, имея в запасе только что упомянутый прием, прежде чем им воспользоваться, постараемся объективные диагностические признаки пополнить данными анамнеза, которые тоже не редко могут оказать большую услугу в деле распознавания внематочной беременности.

Просматривая анамнез нашей больной, мы видим, что он в первой своей части не содержит ничего, что могло бы благоприятствовать внематочной беременности, так как детство, наступление половой зрелости и начало половой жизни ничем не осложнилось, и только воспалительные заболевания, сопровождавшие вторые и особенно последние роды, могли бы послужить обстоятельством, благоприятствующим возникновению внематочной беременности.

Переходя к той части анамнеза, которая совпадает с моментом, признаваемым больной за начало ее болезни, мы здесь находим следующие указания: после того, как первые четыре месяца настоящей беременности прошли благополучно, в начале пятого месяца появились без видимой причины сильные боли внизу живота справа, сопровождавшиеся головокружением и рвотой; спустя два дня появилось из

влагалища отделение крови в умеренном количестве и выделился порядочной величины сгусток; температура была повышена до 38 градусов; больная около двух недель провела в постели, и приглашенный врач высказал предположение о возможности начинающегося выкидыша и воспалении червеобразного отростка; затем, состояние больной постепенно улучшилось, беременность продолжала развиваться, но с этого времени больная стала жаловаться на боли внизу живота справа, которые постепенно прогрессировали.

Приведенные данные анамнеза, взятые сами по себе, без отношения к дальнейшей картине болезни, могли отвечать тому диагнозу, который был высказан приглашенным в то время врачом, но они не исключали и другого толкования, т.-е. нарушения правосторонней вне-маточной беременности, и в литературе имеется много указаний на возможность такого рода диагностических ошибок.

Как известно, при начинающемся, например, трубном выкидыше обычно наблюдаются боли внизу живота в соответствующей стороне; при этом часто приходится отмечать головокружение, иногда доходящее до обморока, и из матки выделяется децидуальная оболочка, что сопровождается отделением крови; и несмотря на это беременность может развиваться дальше. Повышение температуры до 38° тоже не представляет здесь исключительной редкости и, вероятно, зависит от раздражения брюшины или от всасывания излившейся в брюшную полость крови.

Таким образом, если анамнез нашей больной и содержит в себе очень мало данных, предрасполагающих к образованию вне-маточной беременности, то, с другой стороны, заболевание, имевшее место на пятом месяце беременности, довольно характерно и скорее всего говорит в пользу того, что здесь действительно имеется эктопическое развитие беременности.

Имея в своем распоряжении все эти данные, нам остается только окончательно подкрепить наш диагноз, произведя зондирование матки.

Результаты, полученные при зондировании, следующие: введенный в цервикальный канал зонд направлялся влево и несколько кзади и проникал на глубину в 9 см. Таким образом, его направление и глубина проникновения вполне отвечали расположению и величине того тела, которое определялось в тазу рядом с лежащей частью плода; другими словами, это тело представляло собою небеременную матку, и, следовательно, наш диагноз вне-маточной беременности должен считаться доказанным.

Однако, имея в виду, что при вне-маточной беременности имплантация и дальнейшее развитие яйца может происходить в различных отделах не только трубы, но и таза вообще, мы не можем считать диагноз полным до тех пор, пока мы и в данном случае не установим точно место развития яйца и характер плодместилища.

В отношении характера плодместилища *Werth* предлагает все случаи вне-маточной беременности второй половины разбить на две группы: к первой—он относит те случаи, где беременность развивается в замкнутом плодном мешке, например, в трубе или рудиментарном роге, при чем надо иметь в виду, что трубная беременность последних месяцев наблюдается крайне редко и может иметь место только при имплантации яйца в ампулярной части трубы, являющейся более объемистой; ко второй группе относятся случаи с открытым плодме-

стилищем, при чем плод может находиться в оболочках или лежать свободно в брюшной полости.

Внематочная беременность с открытым плодоемстилищем в свою очередь может возникать двояким образом, именно, она может образоваться первично или вторично.

К первичной форме внематочной беременности с открытым плодоемстилищем относятся случаи *graviditas fimbriae ovaricae*, где яйцевая клетка прикрепляется к определенной бахромке трубы, а затем растущее плодное яйцо занимает соседние участки тазовой области; и случаи истинной брюшинной беременности. Что касается последней формы, то в прежнее время, с легкой руки *Hecker'a*, который в своей работе из 196 случаев внематочной беременности второй половины—132 относит к первичной брюшинной беременности, большинство авторов держалось этой же точки зрения. Хотя сейчас, благодаря более детальному анатомическому обследованию каждого случая, ошибочность этого взгляда стала очевидна, тем не менее *Werth* не находит достаточных оснований, чтобы совершенно отвергнуть существование истинной брюшинной беременности, и допускает ее существование, но в исключительно редких случаях.

Значительно чаще приходится наблюдать вторичное образование внематочной беременности с открытым плодоемстилищем, при чем в этих случаях она развивается следующим образом: или плодное яйцо, находящееся в ампулярном отделе трубы, постепенно растягивает брюшное отверстие трубы, выступает значительной своей частью в брюшную полость, и, наконец, целостность оболочек яйца нарушается, плод выходит в свободную брюшную полость; а послед остается прикрепленным к внутренней поверхности трубы, или же развивающаяся в маточном отделе трубы беременность нарушается посредством разрыва стенки трубы и плод рождается в брюшную полость, в то время, как связь послета с внутренней поверхностью трубы сохраняется; последняя возможность наблюдается исключительно в первые месяцы беременности.

Для выяснения в каждом отдельном случае формы внематочной беременности последних месяцев, кроме данных исследования, имеет большое значение анамнез, так как он помогает нам установить время и характер нарушения беременности, если таковой имел место.

И в нашем случае, благодаря имеющимся в анамнезе указаниям, мы имели возможность установить, что в начале пятого месяца беременности, повидимому, произошло ее нарушение, которое сопровождалось резкими болями и головокружением, т. е. надо думать, что произошел разрыв плодоемстителя. А так как в громадном числе случаев внематочная беременность развивается в одной из труб, то, вероятно, здесь произошел разрыв стенки трубы и мы, следовательно, имеем внематочную беременность с открытым плодоемстилищем, образовавшимся вторично.

Высказав предположение, что беременность у нашей больной развивалась в трубе, естественно возникает вопрос о том, в каком отделе трубы произошла имплантация яйца, другими словами, имеем ли мы здесь *graviditas tubaria ampullaris, isthmica* или *interstitialis*.

При трубной беременности второй половины принято, по предложению *Werth'a*, различать в зависимости от формы плодоемстителя и его отношения к матке две формы: одну с образованием ножки и вторую, имеющую широкое основание.

Первая форма характеризуется тем, что плодovместилище относится к матке подобно опухоли яичника на ножке, при чем матка располагается или в резкой антеверзии или, наоборот, в ретроверзии и отнесена книзу и в сторону; эта форма возможна при развитии беременности в ампулярном отделе трубы.

При этой форме плодovместилище связано с маткой широким основанием, при чем нижний сегмент плодного мешка в большей или меньшей степени опускается в область малого таза, а матка оказывается смещенной кверху и в сторону; эта форма наблюдается при *graviditas isthmica* и *graviditas interstitialis*, при чем в первом случае матку бывает возможно контурировать отдельно от плодного мешка, а во втором случае удастся, самое большее, определить один свободный угол матки.

Так как у нашей больной плодovместилище не имело ножки, но тем не менее удавалось рядом с ним определить тело, своею формой и величиною напоминающее матку, то скорее всего мы должны признать, что здесь имелось первоначально *graviditas isthmica*.

Кроме трубной беременности вопрос здесь мог идти о беременности в рудиментарном роге или в дивертикуле матки.

Что касается первой возможности, то она не может быть вполне исключена на основании данных исследования, но против нее до известной степени говорит, как большая редкость случаев беременности в рудиментарном роге вообще, так и отсутствие ножки, идущей от области внутреннего зева матки.

Беременность в дивертикуле матки тоже представляет очень большую редкость и таких случаев описано до сих пор не более десятка, при чем первый подробно изложен *Schickelé*, который отмечает следующие, характерные для этой формы беременности, признаки: дивертикул обычно находится в области дна матки, поэтому придатки располагаются ниже плодного мешка на их обычном месте; тоже самое приходится сказать и относительно круглых связок; стенка плодного мешка содержит в себе гладкую мускулатуру, и, наконец, всегда имеется широкое сообщение между плодovместилищем и полостью матки. Приведенных данных достаточно, чтобы в нашем случае исключить эту форму беременности.

Итак, наиболее вероятным диагнозом в данном случае будет:

„Вторичная брюшная беременность живым восьмимесячным плодом, развившаяся из нарушенной путем разрыва стенки *graviditas isthmica*“.

Придя к этому диагнозу, мы должны, однако, иметь в виду, что здесь распознавание в значительной мере облегчалось благодаря тому, что плод был живой, и, таким образом, наличие беременности решалось просто.

В тех случаях, когда приходится иметь дело с мертвым плодом при внематочной беременности второй половины, распознавание значительно труднее, так как вопрос идет иногда не только о том, чтобы определить эктопическое развитие беременности, но о наличии беременности вообще; а это нередко чрезвычайно трудно, так как после смерти плода все субъективные и объективные признаки беременности могут совсем исчезнуть и плод может резко деформироваться, благодаря происходящим в нем изменениям, которые могут состоять в мацерации, скелетировании, высыхании и об'извествлении.

Переходя к лечению внематочной беременности второй половины, мы не будем останавливаться на способах, применявшихся в давно

прошедшее время, как, например, умерщвление плода посредством впрыскивания морфия в плодный мешок и т. п., так как все они представляют только исторический интерес. В настоящее время все сходится на той точке зрения, что единственный правильный образ действия представляет здесь оперативное вмешательство.

Однако, принимая это основное положение, как незыблемый закон, акушеры расходятся в вопросе о выборе времени для операции и о способе ее выполнения.

Относительно первого вопроса существует два взгляда, именно, большинство русских акушеров, как, *Отт, Рейн, Снегирев* и другие, придерживаются того мнения, что при прогрессирующей внематочной беременности, зашедшей во вторую половину, не следует торопиться с операцией и необходимо выждать момента, когда можно получить наиболее жизнеспособный плод; другие же акушеры, как: *Werth, Schauta, Vimm, Бекман* и прочие, считают, что операция должна быть произведена сейчас же по установке диагноза, совершенно игнорируя интересы плода, так как во выжидание представляет опасность для матери, во-первых, вследствие разрыва плодного мешка, а во-вторых, потому что со временем имеющиеся в брюшной полости сращения становятся более плотными и производство операции делается более затруднительным.

Кроме того, они приводят тот довод, что по исследованиям *Winkel'a* приблизительно у 50% плодов, развивающихся внематочно, наблюдаются различные деформации, особенно часто в области головки.

Правда, *Малиновский* приходит к выводу на основании опубликованных в литературе случаев, что выжидание не ухудшает прогноза, но число случаев, на котором он строит свои заключения, так ограничено, что заключения его мало убедительны. Мне кажется, примирить до известной степени обе точки зрения можно таким образом, если согласиться, что выжидание будет тем более допустимо, чем срок беременности ближе к моменту наступления жизнеспособности плода. Кроме того беременная должна находиться в лечебном учреждении, где ей во всякое время может быть оказана хирургическая помощь. Далее, следует считаться с тем, имеется ли беременность в закрытом или открытом плодместилище и были ли во время беременности явления нарушения ее или нет, так как при наличности закрытого плодместилища и отсутствии указаний на нарушение беременности имеется меньше оснований боятся образования плотных сращений. Наконец, операция должна быть произведена прежде, чем наступит срок родов, так как этот момент связан особенно сильно с возможностью произвольного разрыва плодного мешка.

Что касается техники операции, то до настоящего времени в этом отношении тоже имеется некоторое разногласие, именно, сейчас конкурируют два способа: первый состоит в полном удалении плодместилища и плода, а второй ограничивается извлечением одного только ребенка с оставлением последа и частичным удалением плодместилища.

Допустимость второго способа оправдывается опасностью кровотечения при отделении последа и опасностью поранения тех органов, с которыми связан послед и плодместилище.

Хотя некоторые авторы, например, *Potocki*, держатся того взгляда, что опасность кровотечения может быть вполне исключена, если предварительно перевязать все сосуды, питающие плодместилище и по-

след, т.-е. маточную и яичниковую артерии, однако, надо иметь в виду, что в некоторых случаях очень крупные сосуды направляются к последу позади плодместилища из сальника или брыжейки кишек.

В свою очередь и второй способ не лишен весьма больших опасностей для больной, во-первых, благодаря возможности вторичных кровотечений вследствие отделения последа впоследствии, при чем справиться с этим кровотечением значительно труднее, чем во время операции, а во-вторых, благодаря большой вероятности инфекции вследствие омертвения последа.

На основании приведенных соображений, мне кажется, принципиально должен быть признан только один способ оперативного вмешательства, именно, полное удаление всего плодместилища и последа, а второй способ не должен рассматриваться как самостоятельный метод, а только, как неизбежная уступка, вызванная особенностями каждого данного случая.

Следовательно, всегда надо стремиться к тому, чтобы удалить все плодместилище и послед, и только, если это окажется невозможным из-за опасности поранить кишки или другие органы, можно оставить по возможности малые части последа и плодного мешка.

Этой точки зрения мы будем держаться, приступая к операции нашей больной, при чем здесь нет надобности откладывать операцию, так как плод уже жизнеспособен и нет никаких оснований заставлять больную страдать от тяжелых болей, с которыми она поступила в клинику, тем более, что здесь имеются данные, указывающие, на бывшее нарушение беременности и, следовательно, на возможность образования более прочных сращений в брюшной полости в связи с выжиданием.