

А. И. Петченко

ГИНЕКОЛОГИЯ

А. И. ПЕТЧЕНКО

Проф., доктор мед. наук

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечфака Крымского
медицинского института

ГИНЕКОЛОГИЯ

*РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УССР

Киев — 1960

Книга представляет собой руководство по гинекологии для врачей и студентов. Автором использованы современные научные данные отечественной и зарубежной литературы.

Главы о раке шейки и тела матки, влагалища и вульвы, а также о лучевой и оперативной терапии рака матки написаны действительным членом АМН СССР проф. А. И. Серебровым. В руководстве помещена глава «Детская гинекология», крайне необходимая современному гинекологу.

Книга иллюстрирована большим количеством рисунков, частью цветных.

Петченко Александр Иванович
ГИНЕКОЛОГИЯ.

Руководство для врачей и студентов

Редактор *М. М. Сыркин*
Техредактор *А. Д. Гитштейн*
Корректор *В. М. Протасевич*

Переплет художн. *А. В. Посохова*

БФ23837. Заказ № 1001. Тираж 30 000. Подписано к печати 31.X. 1960 г.
Учетно-издат. листов 61,72. Бумага 70×108¹/₁₆-бумажных 25,18; печати. листов 69,61
с учет. вклеек. Цена 34 руб. 85 коп. С 1.I. 1961 г. — 3 руб. 49 коп. (с учетом вклеек).

4-я военная типография.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее руководство по гинекологии проф. А. И. Петченко представляет собою, по существу, второй том вышедшего в 1954—1956 гг. в Госмедиздате УССР руководства по акушерству того же автора.

Относительная полнота и новизна изложения, использование современных научных материалов отечественной и зарубежной литературы делает руководство интересным для врачей акушеров-гинекологов, особенно мало знакомых с монографической литературой по специальности. Руководство по гинекологии может быть также использовано студентами медицинских высших учебных заведений.

Главы о раке шейки и тела матки, влагалища и вульвы, а также оперативной и лучевой терапии рака матки написаны действ. членом АМН СССР проф. А. И. Серебровым. В написании отдельных глав руководства принимали участие научные сотрудники кафедры ЛПМИ доц. К. М. Баженова и доц. В. А. Голубев.

Значительная часть рисунков и фото — оригинальные. Цветные таблицы и серийные рисунки взяты из отечественных (Губарев, Мандельштам, Серебров) и зарубежных (Вейбель, Пегам — Амрейх, Штеккель — Райфершейд) руководств. Оперативная гинекология изложена кратко, в небольших главах, являющихся пропедевтическими к изучению курса оперативной гинекологии.

1

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

akusher-lib.ru

Глава I

ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Гинекология (от греческих слов *gune* — женщина и *logos* — наука) означает в переводе «наука о женщине». В это понятие должны были входить акушерство, а также физиология, биология, эмбриология женщины. Но в силу ряда условий понятие «гинекология» сузилось и под ним понимается теперь только специальность, касающаяся болезней женских половых органов, в основном вне периода беременности.

Современная физиология на основании биологических особенностей различает такие периоды жизни женщины.

1. Период детства. Этот период длится от рождения до наступления периода полового созревания, т. е. приблизительно до 10 лет; он будет подробно описан в ч. II, главе 16, посвященной детской гинекологии.

2. Период полового созревания — от 10 до 16 лет. Этот период характеризуется наступлением первых менструаций (*menarche*).

3. Период половой зрелости наступает с появлением менструаций и продолжается до начала прекращения их (приблизительно до 45—47 лет). Таким образом, длительность этого периода составляет 30—35 лет.

4. Климактерический период (*climacterium*, *climax*) — сравнительно короткий период между концом периода половой зрелости и менопаузой. Он длится от полугода до 2—3 лет.

5. Период менопаузы (*menopausa*) — от полного прекращения менструации, т. е. от 45—47 лет и приблизительно до 55 лет.

6. Старческий период (*senium*) от 55 лет до смерти.

Остановимся подробнее на периоде полового созревания.

Девочка от мальчика, помимо различия в строении половых желез, отличается также ростом и весом. Известно, что новорожденный мальчик весит в среднем больше, чем новорожденная девочка (приблизительно на 250 г). Рост новорожденных мальчиков в среднем превосходит рост новорожденных девочек на 1 см. Но в возрасте от 10 до 15 лет наступает заметное увеличение роста девочки, и она догоняет ростом мальчика. К концу 15-го года мальчик снова перегоняет ростом девочку.

Мужчина обладает более коротким туловищем, чем женщина, что

обуславливается развитием у последней более длинного живота в интересах роста будущего плода. Ширина плеч у мужчины больше, чем у женщины, ширина бедер больше у женщин. Женщина обладает абсолютно меньшей, но относительно большей головой, нежели мужчина. Костные выступы лица менее выражены, нижняя челюсть значительно меньше, чем у мужчины. Вся костная система женщины развита слабее, чем у мужчины; то же можно сказать и в отношении мускулатуры. Все эти признаки различия в строении туловища мужчины и женщины (мальчика и девочки) носят название вторичных половых признаков. По мере приближения к периоду половой зрелости вторичные половые признаки становятся более заметными. Особенно это касается развития подкожного жирового слоя. Последний у женщин гораздо более развит, нежели у мужчин. Содержание жира у мужчин составляет 18,2% общего веса тела, а у женщины 28,2%. Развитой подкожный жировой слой делает формы женского тела уже в период начала полового созревания мягкими и округлыми. Кожа женщины (девушки) несколько светлее, чем у мужчин. Волосистость в области лобка у мужчин и у женщин имеет различную форму: у женщин волосистость лобка имеет форму треугольника, вершина которого направлена книзу; у мужчин она имеет форму ромба, доходящего иногда по пупка. Характерной особенностью мужчины является растительность на лице в виде усов и бороды; зато у женщин больше развита волосистость на голове. Волосы у нее выпадают позднее и в меньшем количестве, чем у мужчины.

Наиболее заметным из вторичных половых признаков женщины является развитие грудных желез. Располагаясь у ребенка под IV ребром, грудные железы к началу половой зрелости женщины разрастаются и занимают пространство между III и VI ребрами. Отличительным вторичным половым признаком является также голос: у женщин он выше, чем у мужчин, в низких тонах в среднем на одну октаву, в высоких — на две (Н. Е. Ишлонский).

Гортань у женщины приблизительно на $\frac{1}{4}$ меньше, нежели у мужчины, и форма ее остается на детской стадии развития; в зависимости от этого выпячивание гортани, «кадык», у женщин почти отсутствует.

Но наиболее яркий признак наступившего полового созревания девочки — появление первых менструаций (menarche). В нашей климатической полосе они появляются у девочек в возрасте 12—14 лет. Если менструации наступают в возрасте моложе 10-го года жизни (4—6 лет), то это явление носит название преждевременных менструаций (menstruatio praesox). Обычно одновременно с преждевременными менструациями отмечается раннее развитие вторичных половых признаков. Если менструации наступают после 20 лет или еще позднее, то они носят название запоздалых менструаций (menstruatio tarda). Запоздалые менструации наблюдаются чаще всего у инфантильных женщин.

К л и м а к т е р и й. По определению В. В. Слоницкого, под климактерическим периодом следует понимать сравнительно непродолжительный период жизни женщины, в течение которого она, по общим закономерностям целостного организма, вступает в новый период жизни — период физиологической стерильности и постепенного угасания менструальной функции.

Распространенное и укоренившееся мнение, что климактерий женщины является прямым переходом от детородного возраста к старости, — неправильно, научно не обосновано и практически вредно.

При нормальных условиях и нормальном состоянии организма физиологическое прекращение воспроизводительной функции и менструаций не только не приводит к старости и увяданию всех половых функ-

ций, но, наоборот, как защитный процесс, способствует сохранению еще длительное время здоровья и либидо женщины; атрофия гениталий обычно не наступает, в организме содержится в течение длительного времени достаточное количество эстрогенов и других гормонов.

Старение организма происходит в течение всей жизни, и с самого ее начала параллельно процессам эволюции развиваются процессы инволюции. Поэтому климактерический период неправильно рассматривать как критический возраст женщины, для которого будто бы характерны уже наступившая старость и ряд заболеваний. За климактерием следует не старость, а период менопаузы, имеющий свои особенности.

Климактерический период разделяется на физиологический и патологический. Климактерий, как физиологический процесс, должен проходить незаметно, с постепенным прекращением месячных, без каких-либо болезненных нарушений, требующих лечения.

Патологический климактерий нередко протекает весьма тяжело и требует специального лечения. Наиболее частыми и тяжелыми нарушениями нормального течения климактерия являются ангионеврозы («приливы») и расстройство менструальной функции, которые клинически проявляются в форме ациклических кровотечений (см. ч. II, главу 5).

Продолжительность климактерия весьма различна. При некоторых заболеваниях, таких, например, как фибромиомы и аденомиоз матки, наблюдается позднее наступление климактерия — в возрасте 55 лет и старше (*climax tarda*). С другой стороны, наблюдаются случаи раннего наступления климактерического периода — в возрасте 30—35 лет, что бывает при инфантилизме и двусторонних опухолях яичников (*climax praesox*).

По Цондеку, климактерий можно разделить на три стадии (соответствующие, до известной степени, анатомическим изменениям в матке): гиперфолликулиновую (полигормональную); олигофолликулиновую (гипофолликулиновую) и полипролановую (афолликулиновую, по Мандельштаму).

Первая стадия, гиперфолликулиновая, характеризуется увеличенной продукцией фолликулина в моче (до 500 и даже до 1000 МЕ на 1 л). Под действием громадных количеств фолликулина в крови матка увеличивается, размягчается. Эта стадия может длиться неделями и даже месяцами и клинически может проявляться в виде полигормональной аменореи или кровотечений.

Вторая стадия, олигофолликулиновая (гипофолликулиновая), сопровождается резким снижением количества фолликулина, продукция которого может вовсе прекратиться. Клинически эта стадия характеризуется рядом известных вазомоторных и нервно-психических расстройств (вследствие раздражения вазомоторного центра).

Третья стадия, полипролановая, характеризуется повышением функции передней доли гипофиза с выделением больших количеств пролана А (гипофизарного гонадотропина), до 110 МЕ в 1 л мочи, что доказывает прекращение оварияльной функции. Разница между климаксом и кастрацией в смысле наводнения организма гонадотропным гормоном обнаруживается в том, что в первом случае это происходит постепенно, а во втором — быстро. В этой стадии происходит атрофия матки. Некоторые современные авторы делят климактерий на стадии: гиперфолликулиновую, олигофолликулиновую и агормональную.

Термином *менопауза* обозначают период полного прекращения менструаций и постепенный переход от климактерия к старости. Менопауза, как сказано выше, длится около 10 лет — от 45—47 до 55. Мазер и Израэль (Mazer a. Israel, 1947) исчисляют ее в 15 лет: от 45 до 60 лет, что не совсем верно. Менопауза характеризуется появлением заметных общих и местных изменений в организме. Из общих изменений характерно видимое старение: появление морщин на лице, склонность к ожирению, понижение либидо. Наблюдаются неприятные субъективные симптомы — «приливы» к голове, ощущение удушья, явления психоневроза, гипертония, расстройство функций эндокринных желез. В связи с последним в периоде менопаузы иногда развиваются

базедова болезнь, явления акромегалии, депигментация; появляются конкременты в печени и почках. Особо следует отметить наклонность в этом периоде к развитию злокачественных новообразований.

Заметные изменения наблюдаются в щитовидной железе; она, как и после кастрации, увеличивается в объеме, в ней накапливаются липоиды и коллоиды. В гипофизе уменьшается передняя доля, увеличивается количество эозинофильных клеток, и появляются так называемые клетки кастрации (Энгельбах; Engelbach, 1932). В надпочечниках происходит гиперсекреция в клетках коркового слоя, протоплазма которых становится прозрачной и зернистой, содержит липоиды (Н. Г. Сердюков, 1928).

Основные изменения со стороны генитальной системы заключаются в атрофии матки и грудных желез и полном прекращении менструаций. Функция яичников угасает постепенно. При этом атрофия наружных гениталий, влагалища и матки наблюдается значительно позднее прекращения менструаций. Этим объясняются казуистические случаи наступления овуляции, беременности и родов в возрасте 55—60 лет. Так, Г. Д. Софроненко (1956) наблюдала роды у 62-летней женщины.

С прекращением функции яичников в менопаузе слизистая влагалища становится тонкой, легко ранимой, подверженной инфекции. Вход во влагалище не растяжим, половое сношение затруднено. Наружное отверстие уретры и meatus urethrae, участвуя в обратной инволюции, значительно суживаются. Во время менопаузы часто развиваются кольпиты.

Последний период жизни женщины — сенильный (senium) — характеризуется общими старческими изменениями во всем организме, падением трудоспособности, иногда развитием старческого маразма.

Глава 2

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ ЖЕНЩИНЫ ТИПЫ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Все признаки, унаследованные и приобретаемые во время внутриутробной и внеутробной жизни, характеризуют конституцию женщины. «Конституциональными признаками можно считать только те, которые значительно и длительно влияют на сопротивляемость организма и на его способность реагировать на различные внешние и внутренние воздействия» (К. К. Скробанский).

Конституциональные особенности накладывают отпечаток на весь организм и выражаются во внешних морфологических признаках, в интенсивности и скорости его физиологических реакций, а также в склонности к тем или другим заболеваниям. Современная практическая гинекология различает четыре конституциональных типа женщин (рис. 1): 1) пикнический, 2) астенический, 3) инфантильный, 4) интерсексуальный.

1. Пикнический тип. Пикнический тип можно причислить к нормальной конституции. Женщины этого типа обычно небольшого или среднего роста. Конечности небольшой длины, грудная клетка округлой формы, плечевой пояс узкий, ребра расположены почти горизонтально, кифоз спинной части позвоночника незначителен, лицо округлое с невысоким лбом и коротким носом, подбородок не выдается, округлой формы. Кожа белая, гладкая, эластичная; подкожная клетчатка развита значительно, сосуды ее полупросвечивают; волосистость лобка развита по женскому типу. Линия смыкания бедер — в виде прямой; угол наклона таза большой. Основные функции женского организма — менструации, беременность, роды, лактация — протекают нормально и легко. С другой стороны, у пикничек чаще, чем у женщин иной конституции, наблюдаются доброкачественные и злокачественные опухоли матки, желчнокаменная болезнь и мозговые инсульты.

2. Астенический тип. Астеническая конституция характеризуется слабым развитием мышечной и соединительнотканной систем. По Скробанскому, женщины астенической конституции обладают уменьшенными поперечными размерами; они довольно высокого роста, ниже среднего питания, с бледной окраской кожных покровов. Конечности у них длинные, кости тонкие; отмечается неполное смыкание бедер. Череп долихоцефалической формы, лицо и нос удлинены, шея длинная,

грудная клетка узкая и длинная, уплощенная, с сильно выступающими ключицами и отвисающими лопатками. Эпигастральный угол острый. Имеется более или менее выраженный кифоз грудной части и лордоз поясничной части позвоночника. Характерным считается подвижность 8 ребра (*costa decima fluctuans*) — признак Штиллера. У женщины астеничек нередко наблюдается плоскостопие, X-образное искривление ног. Имеется явное предрасположение к энтероптозу. Иногда отмечаются явления неврастения и психастении.

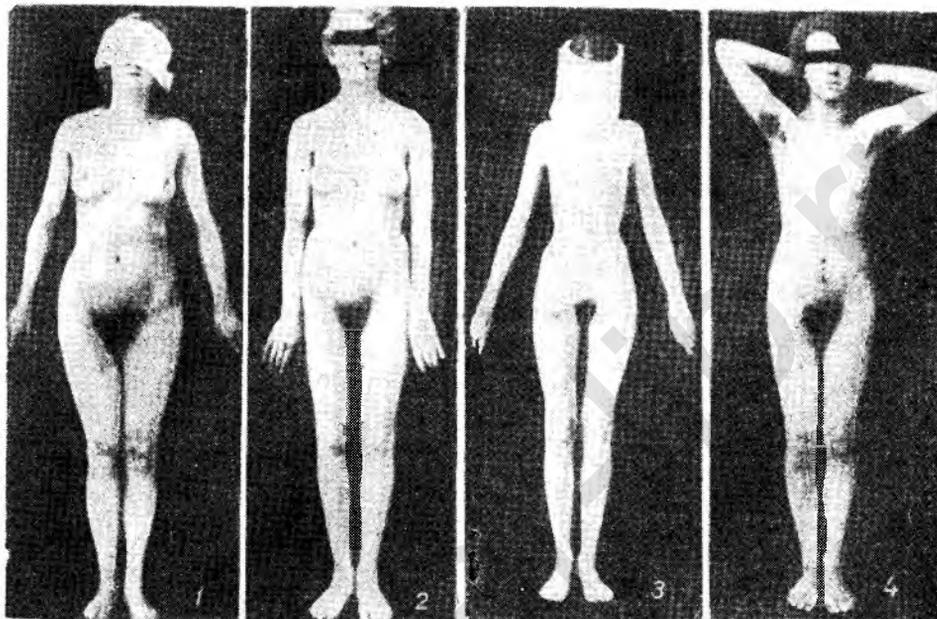


Рис. 1. Конституциональные типы.

1 — пикнический; 2 — астенический, 3 — инфантильный; 4 — интерсексуальный.

В половой системе наблюдаются некоторые анатомические изменения. Таз имеет небольшой угол наклона, но форма таза типичная для женщин. Матка чрезмерно подвижна. У женщин астенической конституции легко развивается опущение матки и влагалища, так как мускулатура брюшной стенки и тазового дна у них расслаблена и истончена. У них часто образуются варикозные расширения, часты расстройства менструальной функции: наблюдаются преимущественно меноррагии вследствие ослабления сократительной способности миометрия; часта также дисменорея (менструальные боли).

У женщин астеничек понижена сопротивляемость к инфекциям, поэтому воспалительные заболевания, в частности гонорея, протекают у них более тяжело и длительно. Такие женщины плохо переносят оперативные вмешательства, поэтому следует избегать оперативного лечения их тогда, когда к этому нет жизненных показаний. С другой стороны, они весьма восприимчивы к гипнозу и психотерапии. Хорошие результаты у них дают общеукрепляющее лечение и физиотерапевтические процедуры, в особенности, если они сопровождаются психотерапией.

3. **И н ф а н т и л ь н ы й** (гипопластический) тип. Состояние инфантилизма имеет большое значение в гинекологии и акушерстве.

Под инфантилизмом понимают остановку развития организма на сравнительно ранней стадии. Инфантилизм может быть общим, когда все органы и системы недоразвиты (*infantilismus universalis*) и частичным, или местным (*infantilismus partialis*), когда недоразвитие ограничивается только одной системой органов, например половых (*infantilismus genitalis*).

Инфантильные женщины чаще всего небольшого роста (реже встречаются более высокого роста), с тонкокостным скелетом и небольшой головой, мелкими, юношескими чертами лица. У них нередко наблюдается высокое узкое небо, редко расставленные зубы. Грудная клетка напоминает детскую, верхняя апертура ее мала, эпигастральный угол тупой, ребра располагаются почти горизонтально. Таз обычно — общесуженный, угол наклона небольшой. При общем инфантилизме нередко обнаруживается гиперплазия сердечно-сосудистой системы, «капельное» сердце, узкая аорта. Характерным считается большая подвижность слепой кишки (*caecum mobile*), большая длина сигмовидной кишки и широкий просвет аппендикса.

При генитальном инфантилизме все вышеописанные признаки общей инфантильности могут отсутствовать.

При осмотре наружных половых органов отмечается вогнутая корытообразно, высокая промежность, через которую проходит очень заметный шов. Лонный угол узок; тазовая диафрагма развита слабо. Малые губы и в некоторых случаях клитор увеличены; малые губы недостаточно прикрыты большими. Влагалище узкое с резко выраженной складчатостью, своды не выражены; матка мала (гипопластическая матка), в одних случаях форма и положение ее правильны; в других — имеется удлинённая шейка и очень маленькое тело матки (детская, или инфантильная, матка); нередко отмечается значительный угол между телом и шейкой (*hyperanteflexio uteri*). Трубы очень длинные и извилистые, яичники невелики, расположены высоко.

У инфантильных женщин месячные наступают позже нормального срока, нередко аномалии: усиленные и удлиненные менструальные кровотечения либо периодически наступающая аменорея; нередко также очень болезненные месячные (дисменорея). Такие женщины очень часто страдают бесплодием или же беременность у них наступает поздно — в возрасте 25—30 лет; могут наблюдаться частые выкидыши. В родах нередко первичная и вторичная слабость схваток. Ряд авторов (Гегар; Негар) находили у женщин инфантильной конституции склонность к заболеванию туберкулезом, в частности генитальным.

Некоторые авторы различают гипопластический тип сложения женщины, понимая под этим выраженную инфантильность (гипоплазию) половых органов и нередко комбинацию *co status thymico-lymphaticus* (А. Э. Мандельштам).

4. **Интерсексуальный тип.** Весьма интересным является конституциональный тип женщины, которому присвоен термин «интерсексуальный». Этот термин свидетельствует о недостаточно выраженной половой дифференцировке, причем не только в отношении сомы, но и в отношении психики. Интерсексуальный тип представляет собой смешение мужских и женских черт, дает множество переходных типов, причем женские черты могут соответствовать пикническому, астеническому или инфантильному типам.

Женщины интерсексуального типа обычно высокого роста, скелет у них сильно развит, плечевой пояс шире тазового. Грудная клетка широкая, ребра направлены книзу, но подчревный угол довольно широк. Форма таза приближается к мужскому. Угол наклона таза мал; но-

ги длиннее туловища, смыкание бедер неполное. Отсутствует округлость форм, свойственная женщине, жировой слой выражен умеренно. Волосяной покров на лобке чрезмерно развит, перекрывает наружные половые органы и от лобка распространяется к пупку, по мужскому типу; обильно покрыты волосами бедра, голени и даже грудь. Грудные железы развиты недостаточно, соски маленькие; кожа грудных желез отличается мраморностью. Половые органы у интерсексуальных женщин часто недостаточно развиты, гипопластичны; у них отмечается позднее наступление менструаций, обычно очень недлительных, с небольшой кровопотерей и нередко болезненных; способность к зачатию понижена. Для интерсексуальных женщин характерны половая дисгармония, холодность с резким понижением либидо, черты гетеросексуальности.

Типы высшей нервной деятельности. Основные особенности нервных процессов в коре головного мозга определяют тип высшей нервной деятельности. По выражению А. Г. Иванова-Смоленского, тип высшей нервной деятельности человека представляет собой как бы сплав из прирожденных черт и изменений, обусловленных внешней средой и приобретенных в течение индивидуального развития.

И. П. Павлов на многочисленных примерах показал, что при разных типах нервной системы животных могут возникать различной интенсивности и характера реакции на одни и те же по силе раздражители. Например, последствия кастрации для высшей нервной деятельности животных совершенно различны в зависимости от типа нервной системы: «У сангвиника отмечается лишь временное маленькое затруднение, после короткого времени его нервная деятельность восстанавливалась. Средний уравновешенный тип требует для восстановления нормальной деятельности систематический отдых. У слабого типа после кастрации наблюдается резкое ухудшение высшей нервной деятельности» (Павловские среды, т. I, стр. 110—111).

Естественно ожидать, что у людей с различным типом нервной системы обычные импульсы, а тем более усиленные, могут вызывать различные реакции, в том числе и патологические. Поэтому врач у постели больной должен учитывать ее типологические особенности, так как течение заболевания и успех лечения будет различным в зависимости от типа нервной системы.

Определение типа высшей нервной деятельности (ВНД) животных в настоящее время является более или менее простым, так как имеются определенные данные, характеризующие динамику основных нервных процессов у них. Определение же типа нервной деятельности человека представляет собой очень трудную и все еще не разрешенную задачу.

В настоящее время предложено несколько методов для определения типа высшей нервной деятельности человека. Метод словесного эксперимента (А. Г. Иванов-Смоленский), метод направленных речевых реакций (Л. В. Гаккель), фармакологический и др. Однако ни один из этих методов не может считаться совершенным. И все же ряд авторов, пользуясь приблизительными типологическими особенностями женщин, сделал интересные для акушерства и гинекологии выводы.

Как известно, И. П. Павлов разделял типы в. н. д. на сильные и слабые. Сильные типы, в свою очередь, могут быть разделены на уравновешенных и неуравновешенных, а уравновешенные на типы — подвижной и инертный. Сила нервной системы проявляется в трудоспособности при тяжелых эмоциональных переживаниях, в инициативе, настойчивости, смелости. Люди сильного типа охотно выполняют работу,

требующую большого напряжения сил, и получают удовлетворение от преодоления трудностей.

Люди со слабым типом нервной системы стараются уйти на путь более легкий, боятся трудностей, испытывают потребность в переменах, быстро утомляются, неусидчивы и несдержанны.

С. Н. Астахов (1956) установил, что женщины со слабым типом высшей нервной деятельности чаще дают срывы в поведении во время родов после психопрофилактической подготовки. Ранние токсикозы встречаются чаще у лиц с тем же типом ВНД.

Л. Ф. Шинкарева установила, что у женщин сильного типа ВНД есть все основания предполагать нормальное течение родов; у них обнаружены хорошие показатели применения психопрофилактического метода подготовки к родам. У женщин слабого типа можно ожидать в родах различного рода осложнения; психопрофилактическая подготовка у них может привести к положительному результату только в том случае, если она будет достаточно длительной и систематичной. Л. Ф. Шинкарева наблюдала большую частоту случаев слабости родовой деятельности также у женщин со слабым типом ВНД. По нашим данным, у таких женщин чаще наблюдаются проляпсы матки.

Глава 3

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ И ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГИНЕКОЛОГИИ

ГОРМОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА

Функциональная связь гипофиза и гипоталамуса с женской половой системой очень велика.

Гипофиз у новорожденной девочки развит достаточно хорошо. Вес его 0,1—0,15 г; он состоит из трех долей, каждая из которых содержит свои специфические гормоны.

Изменение структуры гипофиза у детей идет в направлении постепенного сужения и зарастания щели средней доли, а также в направлении дифференцировки клеточных элементов передней доли. Дифференцировка гипофиза заканчивается к 7—8 годам. В гипофизе к 10—12 годам отмечается большая продукция коллоида (В. И. Пузик).

Гипофиз (мозговой придаток) взрослой женщины — небольшой орган овальной формы, вес которого составляет около 0,57 г. Он расположен в турецком седле основной кости черепа. Кушинг (Cushing) справедливо отметил, что «ни один орган человеческого тела не защищен так хорошо, не расположен столь центрально и не спрятан столь тщательно, как гипофиз». Гипофиз взрослой женщины состоит из трех долей — передней, задней и промежуточной. Первая из них имеет железистый характер, вторая представляет собой нейрогипофиз, третья является промежуточной долей, отщепляющейся от задней доли. Таким образом, задняя доля состоит из внутренней части, представляющей собой выпячивание гипоталамуса, и наружной — эпителиальной. Гипофиз взрослой женщины больше гипофиза мужчины (за счет увеличенной передней доли).

В передней доле гипофиза различают два вида клеток по интенсивности их окрашивания: хромофильные и хромофобные. Последние являются материнскими (Бидль; Biedl). Хромофильные клетки в свою очередь делятся на ацидофильные и базофильные в зависимости от способности к окрашиванию содержащихся в них зерен. У детей эозинофильные клетки, вырабатывающие гормоны роста, имеются в достаточ-

ном количестве; базофильные клетки, вырабатывающие гонадотропные гормоны, могут отсутствовать, появляясь позднее периода новорожденности. Передняя доля гипофиза значительно увеличивается при беременности, при этом нередко возникают явления акромегалии, как это бывает при аденомах передней доли гипофиза; утолщаются кости лица, пальцев рук и ног. С прекращением беременности увеличение передней доли и симптомы акромегалии проходят сами собой. Передняя доля гипофиза вырабатывает большие количества гонадотропных гормонов. И. А. Эскин экспериментально доказал зависимость выделения гонадотропных гормонов от тонууса вегетативной нервной системы: симпатическая нервная система тормозит, а парасимпатическая стимулирует выделение гонадотропных гормонов. В последнее время доказано, что деятельность передней доли гипофиза стимулируется импульсами из гипоталамуса, шейного симпатического узла и надглазничного ядра.

Задняя доля гипофиза (нейрогипофиз) не увеличивается во время беременности. Она содержит три вида клеток: клетки эпендимы, клетки нейроглии и крупные веретенообразные клетки, получившие название питуицитов (Бюти; Buti). Питуицитам, как наиболее характерным клеткам нейрогипофиза, приписывается функция образования гормонов — вазопрессина и окситоцина. Задняя доля гипофиза, как и передняя, находится под контролем центральной нервной системы, и раздражения к ней идут от гипоталамической области через надглазничное ядро. Морфологическое строение и функциональная способность задней доли гипофиза зависят от стимулов, исходящих от надглазничного ядра; если надглазничное ядро в эксперименте разрушается, то задняя доля атрофируется и гормональная деятельность ее прекращается.

Резко выраженные эмоции, в том числе отрицательные, могут нарушать гормональную функцию гипофиза, что приводит в свою очередь к нарушению менструального цикла (кровотечению или прекращению менструаций).

Гормоны передней доли гипофиза

Передняя доля гипофиза продуцирует ряд гормонов, из них важнейшие для организма следующие: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеотропный (ЛТГ), лютеинизирующий (ЛГ), тиреостимулирующий, или тиреотропный (ТСГ), аденокортикотропный (АКТГ), гормон роста (ГР).

Наибольший интерес для акушера-гинеколога представляют гонадотропные гормоны передней доли гипофиза. Ранее считали, что существуют два гонадотропных гормона: фолликулостимулирующий и лютеинизирующий; их называли пролан А и пролан Б. В последнее время лактогенный гормон получил название третьего гонадотропного гормона. Фолликулостимулирующий гормон способствует накоплению в фолликулах эстрогенного гормона (старое название фолликулин) и созреванию самого фолликула. Под влиянием фолликулина происходит развитие фазы пролиферации в эндометрии. Лютеинизирующий гормон способствует развитию желтого тела и секреторной фазы эндометрия. Овуляция происходит под воздействием обоих гонадотропных гормонов. Лактогенный (или лютеотропный) гормон стимулирует секрецию прогестерона желтым телом, а также лактацию.

Гонадотропные гормоны неспецифичны и стимулируют функцию как мужской, так и женской половой железы (гонады). Гонадотропные гормоны являются протеинами, но химическая формула их еще не вы-

явлена. Следует помнить, что небольшие дозы эстрогенов (фолликулярного гормона) способствуют усиленному выделению гонадотропных гормонов гипофиза, а большие дозы эстрогенов понижают или даже прекращают выделение их.

Кроме гипофиза, гонадотропный гормон в больших количествах выделяется во время беременности плацентой. Этот гормон сходен с гормоном передней доли гипофиза, но имеет некоторые отличительные свойства, отмеченные И. А. Эскиным. Так, например, плацентарный гонадотропный гормон (по современным авторам, хориальный гонадотропин) отличается от гипофизарного гонадотропина (синоним пролана) тем, что, вызывая в яичниках такие же изменения, как и последний, не способен вызвать их у гипофизэктомированных животных.

Секреция плацентарного гонадотропина продолжается в течение всей беременности и родов до момента отделения плаценты.

Наибольшее количество гипофизарного гонадотропина выделяется в предовуляционные дни (14—16-й день от начала менструации) и в первый день менструации.

Из других гормонов передней доли гипофиза для гинеколога интерес представляет адренокортикотропный гормон (АКТГ), стимулирующий выделение корой надпочечника так называемых кортикоидных гормонов: кортина, кортикостерона, дезоксикортикостерона, кортизона и др., а также тиреотропный гормон.

Гиперпродукция адренокортикотропного гормона при аденомах передней доли гипофиза, как и опухоль коры надпочечника, может вызвать синдром Кушинга, что указывает на тесную связь между гипофизом и надпочечниками.

Тиреотропный гормон регулирует содержание йода в щитовидной железе, а также образование в ней йодтирозина и тироксина. Избыточное количество этого гормона ведет к гипертрофии щитовидной железы.

Гормоны задней доли гипофиза

При обработке измельченных частей задней доли гипофиза рядом авторов в 1942 г. было получено вещество, обладающее окситоическим, прессорным и антидиуретическим действием, то есть способностью сокращать матку, повышать артериальное давление и снижать диурез.

В настоящее время получен чистый окситоин (питоцин), не оказывающий влияния на кровяное давление и диурез. В противоположность прежним препаратам — вытяжкам из задней доли гипофиза — окситоин может применяться у лиц с повышенным кровяным давлением (при эклампсии, нефропатии, гипертонической болезни).

Питуитрин представляет собой гормональный препарат из задней доли гипофиза млекопитающих; он содержит гормоны тонефин и орастин. В 1 мл содержится 3 ЕД. Препарат этот повышает тонус сосудов и кровяное давление, усиливает сократительную деятельность матки и желудочного тракта, уменьшает мочеотделение при несахарном диабете (А. И. Черкес, 1955). В гинекологии питуитрин применяется при кровотечениях подкожно или в шейку матки, а также при послеоперационных парезах кишечника и мочевого пузыря.

Питуитрин нередко комбинируют с препаратом грудной железы; полученный при этом препарат маммофизин обладает более мягким и более физиологическим действием на матку, чем питуитрин.

Гормоны межуточной доли гипофиза

Из межуточной доли гипофиза получен меланофорный гормон (интермедин). Гормон этот не изменяет кровяное давление, но обладает отчетливым меланофорным (образующим пигмент меланин) действием при введении его лягушкам и некоторым рыбам (корюшка, гольян). На этом основана так называемая меланофорная реакция для определения ранних сроков беременности (А. Э. Мандельштам).

ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ

Функцию яичников разделяют на генеративную, вегетативную и гормональную. О генеративной функции мы говорили в книге «Акушерство» (Госмедиздат УССР, 1955).

Вегетативная функция яичников, по Р. Шредеру, делится на вегетативно-половую и вегетативно-соматическую.

Вегетативно-половая функция заключается в том, что яичники своими гормонами действуют на половой аппарат, способствуя его росту и дифференцировке, а на протяжении всей жизни женщины — сохранению тонуса и кровоснабжения его.

Вегетативно-соматическая функция яичников сказывается на организме в целом, обеспечивая развитие и сохранение вторичных половых признаков, а также обмен веществ, что было доказано работами Ансельмино и Гофмана (Anselmino и Hoffmann).

На гормональной функции яичников женщины остановимся более подробно.

К женским половым гормонам относится фолликулярный гормон (правильнее его называть эстрогенным гормоном, так как он вызывает у животных течку—эструс) и гормон желтого тела — прогестерон.

Фолликулярный (эстрогенный) гормон

Фолликулин секретруется theca interna folliculi яичника и содержится в его жидкости; кроме того, доказано наличие фолликулярного гормона в желтом теле и плаценте. Секретция фолликулярного гормона в яичнике женщины происходит периодически в связи с периодическим созреванием фолликулов. Во время их созревания количество гормона в жидкости и стенках фолликулов достигает максимума, резко снижаясь после менструации. В желтом теле яичника фолликулярный гормон имеется в небольшом количестве; максимум его накапливается в период расцвета желтого тела. Одним из доказательств выработки фолликулина плацентой является тот факт, что удаление яичников во время беременности не отражается на выделении фолликулина с мочой.

Наибольшей концентрации в крови фолликулин достигает в фазе пролиферации эндометрия и, главным образом, к концу ее.

Во время беременности количество фолликулина в крови увеличивается (600 МЕ на 1 л). Максимальное содержание эстрогенного гормона в моче беременных, по Цондеку и Ашгейму, достигает 8000—10 000 МЕ на 1 л. Перед началом родов содержание этого гормона в моче резко падает и достигает нормы только через 100—140 часов после родов.

Вначале полагали, что фолликулярный гормон является однородным веществом. В 1929—1930 гг. фолликулярный гормон был выделен

в кристаллическом виде ($C_{18}H_{22}O_2$) и назван эстроном. В дальнейшем был выделен менее активный гормон — эстриол, в 1935 г. — еще один дериват — эстрадиол.

Более поздние наблюдения Мерриана (Maggian, 1937) и его сотрудников показали, что кривая выделения тотальных эстрогенов, составленная Цондеком, является правильной, но если говорить об отдельных фракциях эстрогенного гормона, то в последние месяцы беременности наблюдается усиленная продукция эстрадиола, а количество свободных эстронов и эстриола резко снижается, в особенности эстриола.

Полагают, что от $1/2$ до $2/3$ эстрогенов в крови находятся в связанном состоянии (у женщин протейн плазмы содержит эстроген в β -глобулиновой частице) (Робертс и Шего; Roberts a. Szego, 1946). Эстрогены усиливают реакцию матки на прогестерон и удлиняют срок существования желтого тела; в последние месяцы беременности прогестерон воздействует на рост беременной матки.

Три вида эстрогенного гормона — эстрон, эстриол и эстрадиол — не находятся в стабильном состоянии. Метаболизм отдельных эстрогенов совершается под влиянием медиаторов, гормонов, а также витаминов и электролитов. В фазе пролиферации менструального цикла в моче находят эстрон, в секреторной фазе, а также во время беременности — эстриол, в фазе десквамации, при месячных — эстрадиол; при аменорее, как правило, эстрадиол не обнаруживается.

По С. К. Лесному, в организме совершается метаболизм эстрогенов в связи с ходом циклических процессов: эстрон и эстриол в настоящее время рассматривают как разные фазы обмена эстрадиола. Биологическая активность уменьшается от эстрадиола к эстриолу. Эстрадиол способен к переходу в эстрон, и, наоборот, эстрон может переходить в эстриол, но не наоборот, то есть: эстрадиол \rightleftharpoons эстрон \rightarrow эстриол.

При маточных кровотечениях, преждевременных родах, отслойке плаценты обнаруживается значительная и длительная экскреция эстрадиола (С. Е. Файермарк). Данные о метаболизме эстрогенных гормонов были использованы для терапии нарушений беременности и некоторых других видов патологии женской половой сферы (Е. И. Кватер, 1956), для чего были предложены способы перевода одних фракций эстрогенного гормона в другие.

В метаболизме стероидных гормонов принимает участие печень, причем естественные эстрогены легче инактивируются печенью, чем искусственно вводимые (Сегалов; Segaloff, 1926; Липшюц; Lipschütz, 1944). Имеется указание на то, что инактивизация или метаболизм стероидных гормонов происходит в матке (Смис и Смис; Smith a. Smith, 1938). Именно в матке эстрон превращается в эстриол. Однако в настоящее время роль матки в метаболизме эстрогенов еще не выяснена окончательно; еще менее выяснена роль матки в метаболизме прогестерона. Известно, что превращение прогестерона в прегнандиол может происходить у женщин с удаленной маткой, но для этого необходимо наличие яичников (Джонс и Те-Линде; Jones a. The Linde, 1941).

При низком содержании половых гормонов возбудимость центральной нервной системы, в частности коры головного мозга, снижается, и раздражения, идущие извне, становятся подкорковыми.

Экспериментальные исследования (С. Н. Какушкин, 1947) показали, что эстрогены изменяют ацетилхолиновый обмен в нервной ткани. Возбудимость ЦНС тесно связана именно с этим (ацетилхолин) медиатором.

Эстрогены принимают участие в регуляции углеводного обмена,

большие дозы их вызывают гипергликемию (Б. О. Изаксон). Введение их способствует также увеличению количества холестерина крови. Имеется доказанная связь между эстрогенами и витаминами А, В, С, D и Е. Так, ороговение клеток эпителия влагалища — гиперкератоз, явившееся следствием недостатка витамина А, легко излечивается введением эстрогенов. Имеется несомненное биологическое сходство между эстрогенным гормоном и витамином К. Этот витамин способен вызвать течку у кастрированных животных (эстрогенный эффект).

Многообразное физиологическое действие эстрогенов заключается в следующем:

1) они вызывают появление вторичных половых признаков, рост матки, появление пролиферационной фазы эндометрия, течку у животных;

2) подавляют продукцию гонадотропного гормона передней доли гипофиза;

3) стимулируют сокращения матки (и труб), подавляя тормозящее действие прогестерона на мускулатуру этих органов. Большие дозы эстрогенов вызывают гиперплазию эндометрия, а иногда и миометрия;

4) задерживают лактацию, подавляя действие лактогенного гормона гипофиза;

5) усиливают основной обмен веществ. При понижении его продукции наступает ожирение;

6) повышают либидо, способствуют наступлению зачатия. Переходя через плацентарный барьер, эстрогены способны влиять на состояние половых органов плода и новорожденного (нагрубание грудных желез, кровянистые выделения из матки).

Методы определения эстрогенов по фракциям многочисленны и сложны. В последнее время В. Г. Орлова и В. Н. Наместникова (1959) предложили свой способ определения эстрадиола, эстрона и эстриола в моче беременных женщин методом хроматографической адсорбции.

Эстрогенные гормоны широко применяются для лечения многих гинекологических заболеваний (см. ч. III, гл. 3).

Гормон желтого тела (прогестерон)

После разрыва фолликула и выхода яйцеклетки (овуляция) в яичнике образуется желтое тело, которое вырабатывает гормон прогестерон.

В 1896 г. В. В. Подвысоцкий впервые высказал мысль о том, что желтое тело является железой внутренней секреции. Это мнение в дальнейшем было подтверждено К. К. Скробанским.

Небольшое количество прогестерона обращается также в фолликулин. Гормону желтого тела, прогестерону, приписывают две основные функции: 1) влияние на слизистую матки, характерное для секреторной (прегравидной) фазы; 2) протективное влияние на оплодотворенное яйцо, причем им создаются условия покоя в матке, необходимые для имплантации.

Для гинекологической практики важны следующие биологические свойства прогестерона: он обладает способностью ослаблять тонус маточной мускулатуры, что обосновывает применение его при гипертонии матки (первичная дисменорея); подавляет повышенную продукцию эстрогенного гормона, вызывающего некоторые виды маточных кровотечений; понижает основной обмен и способствует переводу малоактивного эстрона в более активный эстриол. Наиболее важная особенность прогестерона — способствовать переходу фазы пролиферации эндомет-

рия в фазу секреторную — используется для лечения аномалий менструального цикла.

МУЖСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ (АНДРОГЕНЫ)

В нормальных условиях в организме женщин и мужчин образуются гормоны того и другого пола (эстрогены и андрогены), причем органами их секреции являются не только половые железы, но и корковая часть надпочечников.

До момента полового созревания у мальчиков и девочек с мочой выделяется одинаковое количество андрогенов. У женщины продукция андрогенов достигает наивысшего уровня к 30 годам и сохраняется в таких пределах до наступления климактерия. В результате новейших экспериментальных и клинических исследований выявлены следующие важнейшие свойства андрогенов в отношении яичников матки и гипофиза женщины: а) андрогены подавляют развитие и созревание фолликулов и образование желтых тел; б) они угнетают пролиферацию эндометрия и способствуют его атрофии; в) в больших дозах андрогены (как и эстрогены) подавляют образование гонадотропных гормонов гипофиза.

Все эти свойства андрогенов позволили применить их для устранения гиперфолликулинии.

Из андрогенных препаратов употребляют метилтестостерон (таблетки по 5 мг) и тестостерон-пропионат (ампулы для инъекций по 10, 25 и 50 мг).

Эти препараты в небольших дозах (5—15 мг в сутки) были успешно применены нами при кровотечениях, связанных с фибромиомой матки, главным образом у пожилых больных, а также для лечения так называемых функциональных маточных кровотечений. Большие дозы андрогенов применяются для лечения запущенных злокачественных опухолей яичников и матки.

ГОРМОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Как известно, надпочечники играют большую роль в сохранении защитных свойств организма при действии на него различных вредных агентов, в том числе токсинов; при этом происходит быстрая мобилизация стероидных гормонов коры надпочечников в крови. При удалении надпочечников животные быстро погибают.

Однако следует помнить, что защитная реакция надпочечников является не первичной, а вторичной, так как вначале выделяется в кровь адренокортикотропный гормон передней доли гипофиза, который, как сказано, является стимулятором функции коры надпочечников.

Кора надпочечников вырабатывает две группы гормонов: минералокортикоиды и глюкокортикоиды. Минералокортикоиды регулируют минеральный обмен, главным образом натрия и калия. Глюкокортикоидных гормонов насчитывается два: кортикостерон и гидрокортизон. Глюкокортикоидные гормоны регулируют углеводно-белковый обмен веществ, повышают уровень сахара в крови и увеличивают выделение азота с мочой (И. А. Эскин, 1956).

Глюкокортикоиды и адренокортикотропный гормон обладают также противовоспалительными свойствами.

Наряду с минералокортикоидами в корковом слое надпочечников образуются также и половые гормоны: андрогены, эстрогены и прогестерон.

Для исследования андрогенной и эстрогенной активности мочи, помимо обычных биологических тестов, применяется биохимический метод

определения общего количества содержащихся в моче стероидов с кетоновой группой в положении 17, так называемых 17-кетостероидов. Количество выделяемых с мочой за сутки 17-кетостероидов у взрослых женщин составляет от 3,5 до 14,6 мг (у мужчин от 9,4 до 20,9 мг).

Экскреция 17-кетостероидов существенно не изменяется на протяжении менструального цикла.

При нарушенной функции надпочечников с явлениями гирсутизма и вирилизма выделение 17-кетостероидов может превышать норму на 400% (А. Т. Камерон; Camerоn, 1947).

Функция гипофиза и коры надпочечников регулируется центральной нервной системой, что доказано методом условных рефлексов.

ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вес щитовидной железы у новорожденных колеблется от 1 до 7 г; в дальнейшем она прогрессивно увеличивается.

У девочек и у женщин вес щитовидной железы выше, чем у мальчиков и мужчин.

Некоторые авторы считают, что детская щитовидная железа богаче соединительной тканью, чем железа взрослых. Фолликулы — небольшого размера. К. В. Парский считает, что у плода 8—9 месяцев развитие железы уже закончено, в дальнейшем она только продолжает свой рост. Коллоидное вещество представляется у детей и юношей более жидким, чем у взрослых.

Гистоструктура щитовидной железы новорожденных не представляется законченной. Йод содержится в незначительных количествах, гормона тироксина еще очень мало. Значение щитовидной железы для растущего организма девочки очень велико: она регулирует основной обмен, возбудимость центральной нервной системы, кроветворение, влияет на мускулатуру сердца и сосудов.

В период полового созревания наблюдается менструальное набухание щитовидной железы под влиянием усиления гормональной деятельности яичников; эти набухания имеют циклический характер. Набухание щитовидной железы начинается за один-три дня до менструации, достигает наивысшей степени в первый день менструации и с третьего дня постепенно уменьшается. Имеются данные об увеличении щитовидной железы в связи с половым лечением.

Необходимо отметить, что развитие базедовой болезни часто совпадает с периодом половой зрелости; менструальная функция при этом нарушается: появляются циклические и ациклические кровотечения, реже аменорея (прекращение менструаций).

Функция щитовидной железы в значительной степени регулируется тиреотропным гормоном передней доли гипофиза.

Исследования Френкель-Конрата (Fraenkel-Conrat, 1943) показали, что гормоном щитовидной железы является йодированный альбумин, а не тироксин. Заместительной терапией после удаления щитовидной железы было установлено, что человеческая щитовидная железа ежедневно продуцирует количество гормонов, эквивалентное $\frac{1}{3}$ мг тироксина, и что суточное количество йода, необходимое для этой продукции, составляет 0,2 мг (Салтер, цит. по А. Т. Камерону).

Есть основание считать, что гормон щитовидной железы необходим для роста и регуляции основного обмена. Нарушение функции щитовидной железы — гипотиреоз и гипертиреоз — связано с большими изменениями в организме. К клинической картине гипертиреоза относят

кретинизм и детскую микседему, а также микседему взрослых. Гипертиреоз вызывает появление базедовой болезни, встречающейся у женщин в четыре раза чаще, чем у мужчин, а также различные формы узловатого зоба. Деятельность щитовидной железы тесно связана с функцией половых желез женщины. При дисфункциях щитовидной железы нередко наступают аномалии менструального цикла (аменорея, дисменорея, циклические кровотечения), сексуальная функция понижается. Лечение препаратами щитовидной железы в гинекологии имеет довольно большое распространение.

При заболеваниях щитовидной железы происходят нарушения менструального цикла. При гипофункции щитовидной железы наиболее часто встречаются задержки менструаций и аменорея, но иногда и гиперполименорея. При тиреотоксикозе обычно наступает усиление менструаций с нередким переходом в ациклические кровотечения.

В отношении возрастных особенностей в настоящее время считают, что в период полового созревания и при беременности потребность организма в гормоне щитовидной железы повышается. Во время менструального цикла наблюдаются волнообразные колебания в функции щитовидной железы. В климактерии нередко отмечается дисфункция щитовидной железы с признаками базедовизма. После наступления менопаузы и после кастрации функция щитовидной железы часто повышается.

Таким образом, можно считать, что небольшие дозы гормонов щитовидной железы способствуют нормальному развитию яичников, большие же дозы тормозят нормальную их функцию, задерживают половое созревание и вызывают кистозную атрезию фолликулов (А. Э. Мандельштам, 1959).

ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Паращитовидные железы в утробном периоде не активны, их гормональная деятельность заменяется влиянием материнских эпителиальных телец. У новорожденных эти железы малы, имеют однообразное строение; оксифильные клетки и скопления коллоида, характерные для взрослых и детей старшего возраста, отсутствуют. Закрывающийся в паращитовидных железах гормон паратирина регулирует кальциевый обмен и щелочно-кислотный баланс в организме. Уже в первые месяцы жизни устанавливается структура паращитовидной железы; начиная от 6—7-летнего возраста, и особенно в возрасте 8—10 лет, в паращитовидной железе отмечается появление оксифильных клеток. Инволюция паращитовидной железы происходит в сочетании с инволюцией зубной железы. С наступлением периода полового созревания происходит гиперемия паращитовидных желез во время менструации. У молодых девушек в этом периоде наблюдается иногда склонность к хорее и тетании связанных с нарушением функции этих желез.

ЗОБНАЯ, ИЛИ ВИЛОЧКОВАЯ, ЖЕЛЕЗА (ТНУМУС)

Железа эта у новорожденных играет значительную роль. Она расположена в переднем средостении. Величина, консистенция и форма этой железы подвергаются резким индивидуальным колебаниям. В раннем детстве в железе различают доли, дольки и фолликулы. Фолликулы состоят из кортикального слоя и мозгового вещества. По М. С. Маслову

фолликул тимуса представляет собою комбинацию эпителиальной и лимфатической железы. У новорожденной кортикальный слой толще мозгового, обнаруживаются в значительном количестве тельца Гассалля. Зобной железе приписывается влияние на рост и способность нейтрализации ядовитых продуктов обмена. Приписываемая некоторыми авторами функция кровотоверения не является постоянной функцией этой железы.

Зобная железа у новорожденных весит в среднем 11,7 г (по Н. П. Гундобину). По отношению к весу тела зобная железа составляет у новорожденного 4,2%, у двухлетнего ребенка 2,2% и у взрослого 0,3%. Вес зобной железы у женщин относится к весу таковой у мужчин, как 4 : 5; однако в возрасте от 6 до 15 лет у лиц женского пола железа может быть более объемистой (В. И. Пузик).

В период полового созревания иногда наблюдается задержка в обратном развитии зобной железы (thymus). Сохранение этой железы в периоде полового созревания приводит к образованию патологического состояния status thymico-lymphaticus. Опасность, возникающая в случае применения общего наркоза у таких лиц,— внезапная смерть — общеизвестна.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА (PANCREAS)

Поджелудочная железа у новорожденных содержит в изобилии островки Лангерганса. Эта железа вырабатывает гормон, регулирующий сахарный обмен, и функционирует еще в утробной жизни плода.

Инсулярный аппарат поджелудочной железы, по мнению В. И. Пузика, имеет доминирующее значение во внутриутробном периоде и в первые два года жизни ребенка, а позднее сочетает свою функцию с функцией половых желез, гипофиза и щитовидной железы, осуществляющих дифференцировку организма. Поджелудочная железа во время менструации гипермируется.

МОЛОЧНЫЕ (ГРУДНЫЕ) ЖЕЛЕЗЫ

Значительным изменениям подвергаются в периоде половой зрелости молочные железы. Они увеличиваются и определяют в своем развитии один из вторичных половых признаков. Во время менструации почти у каждой женщины наблюдается набухание грудных желез с выделением из сосков при массаже нескольких капель молозивоподобной жидкости.

Иногда у женщин встречаются гипертрофированные молочные железы, а также добавочные железы (полимастия) или добавочные соски (полителия).

* * *

Особенностью развития женского полового аппарата является тот факт, что во внутриутробном периоде оно не заканчивается, а продолжается после рождения и окончательно завершается только ко времени половой зрелости.

Исследованиями К. М. Быкова и его сотрудников доказано, что все внутренние органы связаны с центральной нервной системой посредством многочисленных центробежных и центростремительных импульсов. Кортиковая регуляция функций всех внутренних органов осуществляется и во внутренних половых органах. Исследования советских авторов за последнее десятилетие показали, что во внутренних половых органах имеются многочисленные специальные баро-, механо-, термо-

и хеморецепторы. Эти рецепторы имеются в слизистых оболочках, сосудах, миометрии и т. д. Пути рефлексов с вышеуказанных рецепторов двоякие: через нервы и сплетения вегетативной нервной системы и через центральную нервную систему. Работами В. М. Лотис было доказано, что раздражения рецепторов матки могут доходить до коры головного мозга, что дает возможность получать условнорефлекторные реакции на раздражение матки. Рефлексы, образующиеся при возбуждении рецепторов матки, подчиняются тем же законам, что и рефлексы с других интерорецепторов. Они могут быть подавлены наркотическими веществами; у кастрированных животных они отсутствуют.

Чувствительность матки неполовозрелых животных меньше, чем у половозрелых. Отмечается большая зависимость рецепций матки от половых гормонов — эстрогенов и гормонов желтого тела (Е. Ш. Айрапетьянц, Е. Ф. Крыжановская, Н. А. Калинина, Г. Г. Хечинашвили). Имеется несомненная рефлекторная связь матки с гипофизом. Рефлекторные реакции с рецепторов матки усиливаются при увеличении продукции эстрогенных гормонов. Рефлекторная функция матки нарушается при эмоциональном возбуждении, при расстройствах менструального цикла (дисменорея, аменорея). Половые гормоны влияют на реактивность матки, ее рост. В свою очередь, действие половых гормонов связано с функциональным состоянием рецепторов матки. Рецепция матки различна в зависимости от возраста: в периоде полового созревания интерорецепция матки еще недостаточна, в климактерии она полностью угасает (Е. И. Кватер, 1956).

Вопросом о нервной регуляции функции половых органов женщины занимались, главным образом, отечественные авторы. Еще в диссертации Н. В. Ястребова (1881), доказавшего связь между патологией цервикального сплетения и заболеваниями яичников, идеи нервизма выступают вполне отчетливо. Учение И. П. Павлова об организме, как едином целом, нашло отражение в работах крупнейших ученых нашей специальности.

Гормональная регуляция менструального цикла также находится под общим влиянием центральной нервной системы — коры головного мозга. Экспериментально-клиническими работами последних лет (Н. Л. Гармашева, Е. И. Гуревич и др.) доказано, что кора больших полушарий головного мозга и находящаяся в зависимости от нее вегетативная нервная система играют основную роль в регуляции менструального цикла женщины и полового цикла животных. При менструации происходит смена процессов возбуждения и торможения в больших полушариях головного мозга, а также смена влияний симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. В свою очередь, вегетативная нервная система взаимодействует с половыми гормонами. В последние полтора-два десятилетия появились работы из лабораторий И. Л. Гармашевой и И. А. Эскина, касающиеся преимущественно нервной регуляции менструального цикла и его аномалий. Механизм половых циклов, согласно работам Эскина, представляет собой «результат сложного взаимодействия, с одной стороны, двух эндокринных желез: передней доли гипофиза (гонадотропные гормоны) и яичника (половые гормоны — фолликулярный гормон и гормон желтого тела) и, с другой стороны, интимных функциональных связей передней доли гипофиза и вегетативной нервной системы». К этому следует добавить участие импульсов, идущих через кору головного мозга. По Н. Л. Гармашевой, помимо безусловных рефлексов, в нервной регуляции менструального цикла принимают участие и условнорефлекторные реакции.

Ряд авторов (С. Е. Дризгалович, А. А. Куликовская, Р. Л. Шуб, 1945) отметили, что в некоторых случаях хронической аменореи лечение эстрогенами и усиленным питанием не было эффективным. Лишь назначение, помимо этой терапии, витамина В₁ или простиग्мина вызвало появление менструаций. Известно, что аменорея наступает часто при различных душевных переживаниях. Ложная беременность возникает у женщин при страстном желании забеременеть. Расстройство менструаций также может наступить при психических инсультах, а также под влиянием гипноза.

Сопоставляя взаимоотношения между нервной и эндокринной системами, Г. А. Бакшт выдвинул следующие три положения.

1. Гормонообразование и гормоновыделение в передней доле гипофиза и в яичнике изменяются в зависимости от колебания тонуса симпатической и парасимпатической нервных систем. Отсюда вытекает принцип нейро-эндокринной корреляции.

2. Гипофиз морфологически и функционально связан с гипоталамическими ядрами межучного мозга, образуя целостную диэнцефало-гипофизарную систему. Отсюда эндокринно-рефлекторный характер физиологических процессов, регулируемых с участием гипофиза.

3. Обнаружение в яичниках и в матке интэрорецепторов свидетельствует о том, что импульсы, зарождающиеся в чувствительных окончаниях этих органов, передаются в кору головного мозга. С открытием интэрорецептивных, т. е. непосредственных афферентных связей яичников и матки с корковыми центрами, замыкается в части половой системы круг доказательств истинности положений И. П. Павлова о регулирующей роли коры головного мозга в течении физиологических и патологических процессов в органах этой области.

ЛИТЕРАТУРА

(к общей части)

Арсеньева М. Г. и Раскин А. М. К вопросу о клинике и патогенезе клим. невроза. *Акуш. и гинек.*, 1960, 4.

Астахов С. Н. Значение лечебно-охранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии. *Медгиз*, 1956.

Бакшт Г. А. Обмен вещества у беременных. *Медгиз*, 1929.

Баранов В. Г. Тез. докладов 12 сессии АМН СССР. М., 1958, стр. 35.

Благосклонная Я. В. Роль нервного и эндокринного факторов в патогенезе клим. невроза. *Дисс.*, Л., 1955.

Вихляева Е. М. К вопросу об угасании менструальной функции у женщин в климактерическом периоде. *Сов. мед.*, 1959, 2, 111—116.

Какушкина Е. А. Учение И. П. Павлова и задачи эндокринологии в области акушерства и гинекологии. *Акуш. и гинек.*, 1952, 6.

Какушкина Е. А. Соотношение эстрадиола, эстрогена и эстриола в моче женщин как диагностический тест функционального состояния половой сферы. *Акуш. и гинек.*, 1958, 2.

Камерон А. Т. Достижения современной эндокринологии (перевод с английского). *Изд. ин. лит.*, М., 1948.

Кватер Е. И. Клинико-экспериментальные данные о роли витаминов, гормонов и химизма нервной деятельности в метаболизме эстринов. *Акуш. и гинек.*, 1946, 6.

Кватер Е. И. и Каганович И. И. Роль гормонов и витаминов в наступлении родовой деятельности. *Акуш. и гинек.*, 1947, 4.

Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. *Медгиз*, 1956.

Крыжановская Е. Ф. Хеморецепция сосудов и слизистой оболочки матки кошки и влияние на нее гормонов яичника. Рефлекторные реакции женского организма. *Медгиз*, 1952.

Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика. *ЦНИАГИ*, 1940.

- Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз, 1959.
- Окинчиц Л. Л. Женский половой гормон и его значение в гинекологии. Акуш. и гинек., 1936, 1.
- Орлова В. Г. и Наместникова В. Н. Определение эстрадиола, эстрогена и эстриола в моче беременных женщин методом хроматографической адсорбции. Акуш. и гинек., 1959, 2.
- Павлов И. П. Павловские среды, т. 1, стр. 110—111.
- Павлова Е. С. Морфологические изменения щитовидной железы под влиянием некоторых гормонов и вытяжек. Акуш. и гинек., 1939, 4.
- Парский К. В. Щитовидная железа и ее изменения по возрастам. СПб, 1901.
- Проблемы патологии климаксу у жінок. Держмедвидав, 1959.
- Сердюков Н. Г. Эндокринные железы и женская половая сфера. Вестник сов. мед., 1925, 1.
- Сисьмий М. Г. Применение диэтилстильбэстрола при угрожающих выкидышах. Сб. «Акушер.-гинек. практика», под ред. проф. А. И. Петченко, Киев, 1952.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии. Медгиз, 1937.
- Файермарк С. Е. Экспериментальные данные к вопросу о метаболизме эстрогенных гормонов у женщины. Акуш. и гинек., 1946, 6.
- Файермарк С. Е. Экскреция гормонов полового цикла при аменорее женщины. Акуш. и гинек., 1945, 1.
- Цырульников М. Л. Динамика экскреции половых гормонов у женщин после удаления матки. Акуш. и гинек., 1947, 5, 40.
- Эскин И. А. Нервная регуляция эндокринной функции гипофиза. Успехи совр. биол., 1941, 1.
- Эскин И. А. Актуальные вопросы физиологии гипофиза и коры надпочечников. Мед. раб. от 27.VII, 1956.
- Aschner. Die Konstitution der Frau. Berlin, 1924.
- Biedl. Deutsch. med., Wschr., 1922, 48, 1630.
- Bucy. J. Comp. Neurol., 1930, 1, 505.
- Cushing. Lancet, 1930, 11, 119, 175.
- Engelbach. Endocrine Medicine. Spring. Baltimore. 1932.
- Halban-Seitz. Physiol. u. Pathol. des Weibes. 1926.
- Mazer a. Israel. Menstrual disorders a. sterility. NJ, 1949.
- Smith a. Smith. Am. J. Obot. a. gynec., 1938, 36, 340.
- Zondek B. Klin. a. experim. investigation of the genital functions a. their hormon. regulation. Baltim., 1941.

II

ЧАСТЬ СПЕЦИАЛЬНАЯ

akusher-lib.ru

Глава I

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Анамнез. Общее исследование. Специальное исследование: физические методы исследования; бимануальное исследование; ректальное исследование. Инструментальные методы исследования. Функциональные методы исследования. Цитологический метод исследования. Лабораторные и дополнительные методы исследования.

АНАМНЕЗ

Значение анамнеза для диагностики гинекологических заболеваний чрезвычайно велико. Область женских половых органов очень тесно связана с другими органами и системами; патологию ее никогда нельзя отделять от целостного организма. И. П. Павлов и его ученик А. Г. Иванов-Смоленский чрезвычайно большое значение придавали анамнезу. Приступая к собиранию анамнеза гинекологической больной, необходимо научиться оценке различных жалоб и симптомов. Чтобы собрать анамнез с наибольшей полнотой и целесообразностью, лучше всего пользоваться определенной схемой, которая входит в клиническую историю болезни. Гинекологическая клиника Ленинградского государственного педиатрического медицинского института (ЛГПМИ) пользовалась следующим бланком истории болезни, в котором имеется схема анамнеза, заполняемая при приеме стационарных и амбулаторных больных.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЛГПМИ

История болезни

1. Паспортные сведения: фамилия, имя, отчество, возраст, национальность, семейное положение, профессия.

А. Анамнез

2. Жалобы

Начало заболевания

3. Анамнез жизни

а) Бытовые условия

б) Перенесенные в детстве заболевания и инфекции

Перенесенные общие, послеродовые, гинекологические и венерические заболевания

г) Семейный анамнез

д) Болезни мужа (алкоголизм, туберкулез, сифилис)

4. Анамнез основных функций женщины

1. Менструальная функция: начало менструации _____
характер _____ изменения _____ срок последних менструаций _____
климакс _____ менопауза _____
2. Родовая функция: общее количество беременностей _____
из них родов _____ роды протекали _____ аборт(ов) всего _____
из них самопроизвольных _____ искусственных _____
Срок последней беременности: роды _____ аборт _____
Осложнения после родов и аборта _____ число детей _____
3. Выделительная функция: бели _____ давность _____
характер _____ чем лечилась _____
4. Сексуальная функция: либидо _____ оргазм _____
половое удовлетворение _____ Меры предохранения от беременности _____
Боли, кровотечения после сношений _____
5. Функция кишечника и мочевого пузыря _____
6. Подробный анамнез данного заболевания _____

Б. Статус общий

Рост _____ Вес _____ Конституция _____ Телосложение _____
Питание _____ Сердце _____ Легкие _____ Печень _____
Селезенка _____ Почки _____
Состояние нервной системы _____ Тип высшей нервной деятельности _____
Эндокринная система _____
Лабораторные исследования _____

В. Статус гинекологический (первичный)

Дата _____ Состояние живота (осмотр, пальпация, перкуссия) _____
лобок _____ наружные половые органы _____ гимен _____
уретра _____ железы преддверия _____ влагалище _____
своды _____ шейка и зев _____ матка _____
придатки _____ параметров и брюшина _____
Осмотр с помощью зеркал _____ Прочие методы инструментального
исследования, их результаты _____
Диагноз предварительный _____
Клинический диагноз; дифференциальный диагноз _____
Осмотр профессора _____ Диагноз заключительный _____
_____ Прогноз _____
Течение болезни _____ Лечение _____
Результаты _____
Эпикриз.

Остановимся немного подробнее на отдельных вопросах анамнеза и истории болезни гинекологической больной в целом. Из паспортных сведений особое внимание следует уделить возрасту больной, так как это имеет значение при возрастной патологии женщины, а также для проведения рациональной терапии, которая в различном возрасте может быть различной. Большое значение имеет профессия, так как некоторые виды гинекологических заболеваний связаны с определенной профессией.

Из анамнеза заболевания основными вопросами врача являются следующие два: 1) на что жалуется больная (необходимо точно выяснить характер и сущность жалоб); 2) когда началось заболевание, сколько времени считает себя больной. Дальнейшие подробности о данном заболевании выясняются после анамнеза жизни, фамильного анамнеза и опроса об основных функциях женщины.

Из анамнеза жизни выясняют бытовые условия, в которых находится женщина, перенесенные в детстве заболевания, перенесенные общие, гинекологические, послеродовые и венерические заболевания; кроме того, необходимо выяснить, не было ли серьезных и социально опасных заболеваний у мужа (алкоголизм, туберкулез, сифилис).

Затем переходят к анамнезу так называемых «основных функций» женщины, которых насчитывается четыре.

1. Вначале останавливаются на анамнезе *менструальной функции*, причем обязательно выясняют время наступления первых менструаций (menarche). Далее спрашивают, сразу ли установились месячные, как они протекали — циклично или с перерывами; через сколько недель наступали и сколько дней длились; проходили с болями или безболезненно. Позднее наступление менструаций и длительные перерывы между ними указывают на общее недоразвитие организма женщины или на недоразвитие половых органов. Следует также выяснить, не изменились ли месячные после замужества (что случается, например, при заражении гонореей). Наконец, из анамнеза выясняют срок последних менструаций. У пожилых выясняют время появления климактерия или менопаузы и особенности течения последних.

2. Опрашивая женщину о *родовой функции*, следует выяснить общее число беременностей, сколько из них закончились родами и абортми; не было ли преждевременных родов, искусственных и самопроизвольных абортов; когда была последняя беременность (роды или аборт); были ли осложнения беременности, родов или абортов, какие; число детей. Большое число беременностей, особенно закончившихся абортми, характерно для больших раком шейки матки, небольшое или бесплодие — для больших фибромиомы матки. Многократные искусственные аборты могут быть причиной бесплодия и воспалительных заболеваний половых органов.

3. Характер выделений — *выделительная функция* — из уретры, цервикального канала, вульварных желез, влагалища и матки считается патологическим в тех случаях, если нормальные выделения продуцируются в большом количестве (гиперсекреция) или имеют дурной запах, или если к белям (флюор) примешивается гной, кровь, серозная жидкость. Из анамнеза выясняется давность этого страдания, не пытались ли выделения белями, какое проводилось лечение белей.

4. Анамнез *сексуальной функции* особенно важен у больных неврозами, фибромиомы матки, воспалительными процессами гениталий. Выясняется, имеется ли половое влечение (либидо), оргазм и половое удовлетворение. Важно также выяснить, не бывает ли болей и контактных кровотечений при половых сношениях, а также способ предохране-

ния от беременности, обратив внимание на *coitus interruptus*, если он применяется.

После получения указанных сведений можно считать, что анамнез в значительной части собран. Далее необходимо собрать дополнительный анамнез относительно функций мочевого пузыря и кишечника (особенно прямой кишки); неправильная функция их влияет на положение половых органов и их функцию. Анамнез о четырех функциях женского организма облегчает дальнейший более подробный опрос о данном заболевании. Больная должна дать подробные сведения о своем заболевании, его клиническом течении, проведенной терапии и т. п., которые могут быть важны для правильной постановки диагноза и дальнейшего лечения.

ОБЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

После получения анамнестических данных переходят к объективному исследованию для определения общего состояния больной и ее гинекологического статуса.

В стоячем положении больной определяют особенности ее сложения. Измеряют рост и вес, определяют развитие мышечной системы, скелета, жирового слоя, состояние кожи. К положительным признакам следует причислить хорошее развитие мышечной системы, особенно мышц брюшного пресса, хороший тургор тканей, упругость (а не пастозность) подкожного жирового слоя, правильную (в виде прямой) линию смыкания бедер. Щелевидная вдавленность на уровне пупка указывает на расхождение прямых мышц живота. Отмечают (если они имеются) дефекты строения скелета, особенно позвоночника (кифозы, сколиозы, лордозы); отмечают также деформации черепа и грудной клетки — утолщение реберных хрящей; выясняют, нет ли искривления конечностей — признаки перенесенного рахита. Обращают внимание на рубцы, грыжи, наличие отеков, кожных сыпей, варикозных расширений вен, на общие свойства кожи (гладкая или морщинистая), сухость ее, пигментацию.

После осмотра исследующий врач переходит к изучению состояния внутренних органов: перкутирует и аускультует сердце и легкие, определяя их границы, пальпирует и перкутирует печень, селезенку, почки. Не следует забывать также о ротовой полости, состоянии зубов, десен, миндалин. Тут же измеряются температура и артериальное кровяное давление. Обычными приемами изучают состояние нервной системы, а также — в процессе исследования и из разговора с больной — ее психику. Весьма важным является определение состояния эндокринной системы. Необходимо осмотреть щитовидную и грудные железы.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Физические методы исследования

Прежде чем приступить к гинекологическому исследованию, нужно создать для него необходимые обстановку и условия. Для специального осмотра желательно иметь гинекологическое кресло (рис. 2), но, по совету Д. О. Отта, можно пользоваться деревянным столом и двумя табуретами, расположенными у одного из концов стола. Женщина укладывается на край стола с согнутыми в коленях ногами. При этом

применяются известные из акушерства ногодержатели Отта или стандартные ногодержатели, прикрепляющиеся к деревянному столу или имеющиеся при гинекологическом кресле. При необходимости исследования в домашних условиях, ногодержатели свертываются из обыкновенных простынь (см. наше «Руководство по акушерству», стр. 450).

Положение больной на столе может быть двояким. *Первым положением* (позицией) называют такое, когда женщина лежит горизонтально на спине, ноги ее согнуты только в коленных суставах и покоятся на ногодержателях или табуретах (рис. 3). При *втором положении* (позиции) женщина приводит бедра и согнутые колени к животу; их можно укрепить ногодержателями Отта (рис. 3а). При таком положении укорачивается влагалище, и шейка матки становится доступнее для исследования. Во время исследования больная должна свободно дышать и не напрягаться.

Применяется иногда боковое положение больной, причем вышележащая нога сгибается в коленном суставе и немного приводится к животу (рис. 4). Такое положение удобно для осмотра анального отверстия и промежности.

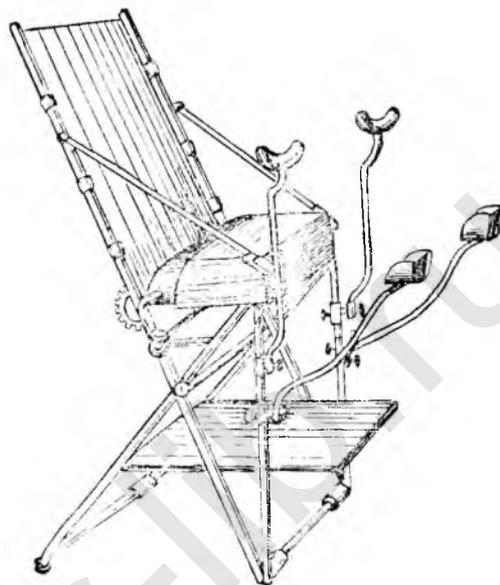


Рис. 2. Кресло для гинекологического исследования.

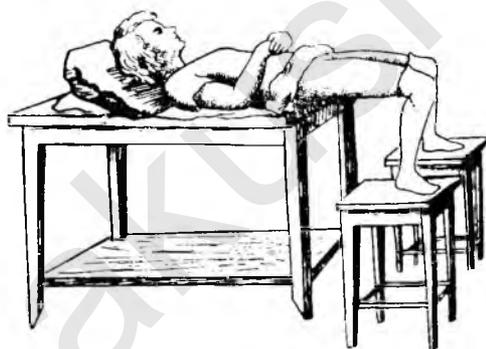


Рис. 3. Положение больной при гинекологическом исследовании. Первая позиция (по Отту).

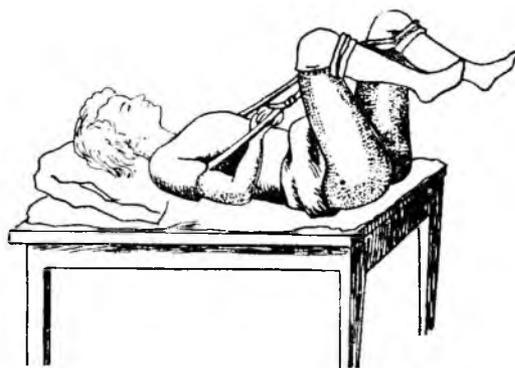


Рис. 3а. То же. Вторая позиция.

При исследовании мочеполовых свищей иногда пользуются коленно-локтевым (рис. 5) или коленно-грудным, положением, при котором женщина стоит на коленях и опирается на локти. В этом положении брюшные внутренности отходят от диафрагмы, и в брюшной полости создается отрицательное давление. Иногда приходится укладывать ис-

следуемую женщину в положение по Тренделенбургу (головой книзу). Такое положение применяется преимущественно при операциях.

Для гинекологического исследования необходима подготовка рук врача и подготовка больной. При этом исследовании больная должна



Рис. 4. Осмотр анального отверстия и промежности при положении на боку (Келли).

быть гарантирована от внесения инфекции в половые пути, что возможно при массовых осмотрах женщин. Лучше всего производить исследование в резиновых перчатках. После всякого исследования врач моет руки в перчатках водою с мылом и обрабатывает их куском ваты, смоченной дезинфицирующим раствором (2% хлорамин, 1% лизол). Перед гинекологическим исследованием больная должна опорожнить мочевой

пузырь или, если это необходимо, мочу выпускают катетером. Катетеры — металлические, резиновые или стеклянные — необходимо простерилизовать кипячением вместе с прочими инструментами, нужными для исследования. Наружные половые органы женщины перед гинекологическим исследованием должны быть подмыты струей теплой воды из кружки Эсмарха, а при гнойных выделениях необходимо спринцевание влагалища слабым (1:10000) раствором марганцовокислого калия.

Пальпация живота. К этому методу исследования гинеколог прибегает очень часто. Пальпация производится несколькими приемами. Ее можно проводить при положении женщины на спине, на боку или стоя. Пальпировать необходимо теплыми руками, причем начинать пальпацию следует не с того места, где больная ощущает боли, а с отдаленного, следя за мимикой больной. Пальпация может производиться двумя руками или одной.



Рис. 5. Осмотр влагалища при коленно-локтевом положении.

Первый прием — пальпация двумя руками (рис. 6), ладони которых укладываются симметрично на живот. Медленными, осторожными движениями ладони погружаются вглубь и перемещаются в различных на-

правлениях. При пальпации изучается толщина брюшной стенки, болезненность, напряжение или расхождение прямых мышц, наличие в глубине брюшной полости опухолей. При глубокой пальпации можно ощутить пульсирующую аорту.

Для изучения ограниченного участка живота можно пальпировать одной рукой (рис. 7). Пальпация ведется систематически, причем на-



Рис. 6. Пальпация живота двумя руками.



Рис. 7. Пальпация живота одной рукой.

чинают с области эпигастрия и кончают гипогастрием, прощупывают подложечную, пупочную и надлобковую области; пальпируют край печени, селезенку. Необходимо помнить, что внутренние женские половые органы прощупываются только в увеличенном состоянии.

Ощупывание почек, забрюшинных опухолей производится двумя руками, из которых одна помещается под поясницей (рис. 8).

Наличие асцитической жидкости диагностируется следующим приемом. Обе руки ладьями укладываются на боковые стенки живота, причем одна рука производит толчкообразное движение; при этом вторая рука ощущает эти толчки (флюктуация). При пальпации живота можно обнаружить в известных точках болезненность, характерную для воспалительных процессов органов брюшной полости. Такие болевые точки могут быть найдены в области желчного пузыря и червеобразного отростка (точка Мак-Бурнея и др.). При определении напряжения брюшной стенки необходимо помнить о легком напряжении ее (субдефанс) при внематочной беременности (симптом Брауде). В некоторых случаях, если результаты обычной пальпации неясны, применяются приемы Пагенштехера (двуручная пальпация по методу толкательных движений), приемы Образцова—Стражеско (перкуторная пальпация) и другие.

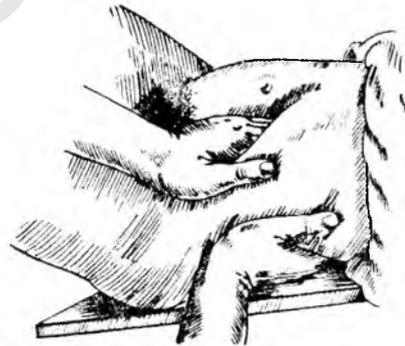


Рис. 8. Ощупывание глубоко лежащих опухолей.

Перкуссия живота. Перкуссия живота применяется для определения контуров опухоли или отдельных органов брюшной полости. Все опухоли и осумкованные гноескопления дают притупление; кишеч-

ник, желудок — тимпанический звук. При наличии свободной жидкости в брюшной полости (в том числе крови при внематочной беременности) в середине живота может прослушиваться тимпанический звук, а в отлогих местах — притупление; при перемене положения больной границы притупления изменяются. Мочевой пузырь при переполнении также дает тупой звук, поэтому необходимо опорожнять пузырь перед каждым исследованием. Перкуссии лучше всего производить в пяти на-

правлениях, начиная от пупка, как это было рекомендовано Г. Г. Гентером (рис. 9).

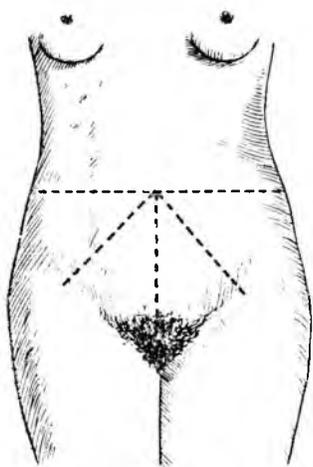


Рис. 9. Направление перкуссии живота (по Гентеру).

Перкуссия может иногда способствовать дифференциальному диагнозу между воспалительными опухолями. С этой целью Г. Г. Гентер предложил перкутировать *spina ilii ant. sup.* При параметритах, тесно прилегающих к тазовой стенке, прослушивается тупой звук; при сактосальпинксах (мешотчатое воспаление трубы с гнойным, серозным или кровянистым содержимым) сохраняется тимпанический звук (рис. 10). При опухолях или экссудатах в тазу с обширными кишечными сращениями может наблюдаться несоответствие между перкуторной границей и пальпаторной; последняя будет располагаться выше.

Если опухоли и экссудаты исходят из малого таза, то притупление, определяемое ниже пупка, переходит непосредственно в область малого таза.

Аускультация живота. Аускультация живота в гинекологии производится гораздо реже, чем в акушерстве. Она применяется, например, для дифференциального диагноза между беременностью больших сроков и крупной опухолью, исходящей из таза: отсутствие сердцебиения плода говорит против беременности. Аускультация применяется также для определения наличия или отсутствия перистальтики кишечника, например, при непроходимости его. При продувании труб, применяемом для диагностики бесплодия, аускультация живота позволяет улавливать свистящий шум от проникающего из трубы в брюшную полость воздуха (если трубы проходимы). Аускультацией можно также уловить шум трения брюшины при сочетании туберкулеза женских половых органов с туберкулезным перитонитом. Наконец, при крупных фибромиомах матки аускультация живота определяет нежный шум вследствие наличия в опухоли расширенных сосудов.

Осмотр живота и наружных гениталий. Больная лежит в первом положении на столе или в гинекологическом кресле. Сначала производится наружный осмотр живота. Обращается внимание на его конфигурацию, величину, кожные покровы с их патологическими особенностями: рубцы, свищевые отверстия, грыжевые выпячивания, расширение подкожных вен, пигментация, состояние пупка, выпячивания от находящихся в глубине опухолей, волосистость живота, отечность брюшной стенки и т. д.

При осмотре наружных гениталий определяется степень их развития, выясняется, нет ли черт инфантильности (узкая половая щель, выпячивание малых губ и клитора); у подростков отмечают форму волосистости лобковой области. Если волосистость заканчивается над лобком горизонтально, то это характерно для женского типа, если волоси-

стость поднимается по белой линии по направлению к пупку, то она относится к мужскому типу и встречается при инфантильности и у интерсексов. Далее осматривают большие и малые губы (величина, отеки, язвы, опухоли, варикозные разрастания, кондиломы). Осматривая половую щель, обращают внимание на степень смыкания последней, на разрывы и рубцы промежности. Слегка разведя половую щель, осматривают гимен и преддверие влагалища: клитор, наружное отверстие урет-

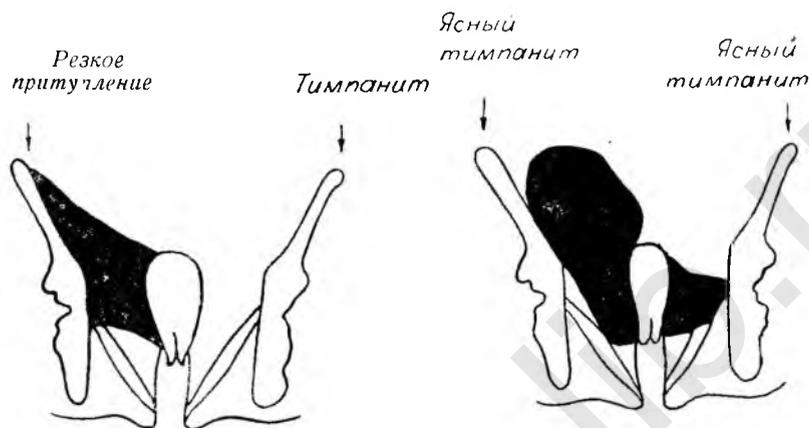


Рис. 10. Перкуторная диагностика воспалительных опухолей по Гентеру. Слева — параметрит, справа — сактосальпинкс.

ры и парауретральные ходы, область выводных протоков бартолиновых желез. У рожавших, заставляя больную потужиться, определяют, нет ли опущения или выпадения влагалищных стенок.

Измерение живота. Измерение живота в гинекологии производится редко. Оно может понадобиться при больших опухолях для наблюдения за их ростом, при асците — для наблюдения за увеличением или уменьшением последнего. Измерение окружности живота производится сантиметровой лентой на уровне пупка или на уровне наибольшей ширины опухоли.

Бимануальное исследование

Бимануальное влагалищное, комбинированное или внутреннее исследование производится введенными во влагалище пальцами одной руки, причем другой рукой фиксируют через брюшную стенку матку с придатками (рис. 11). Перед бимануальным исследованием необходимо опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку. Исследование производится на гинекологическом столе или кресле в первом или во втором положении женщины; чаще всего исследование производится во втором положении. Второе положение, безусловно, необходимо для исследования матки, состояния придатков. Бимануальное исследование чаще производят правой рукой, при этом левая рука является наружной. Д. О. Отт рекомендовал вводить во влагалище левую руку, а пальпировать снаружи — правой. Но лучше всего научиться исследовать в одинаковой степени как правой, так и левой рукой. Исследование производится одним или двумя пальцами (одним — у нерожавших и у девушек с растянутым гименом). Положение пальцев руки исследующего:

указательный и средний пальцы вытянуты, безымянный и мизинец прижаты к ладони, большой палец оттянут кзади. Пальпирующими являются указательный и средний пальцы, на кончиках которых, по выражению некоторых авторов, помещается «глаз» гинеколога.

Приступая к исследованию, врач надевает резиновые перчатки, помытые и продезинфицированные, становится между бедер лежащей женщины, слегка сгибаясь над ней и опираясь правой ногой о скамеечку или перекладину стола. Раздвинув большим и указательным пальцами

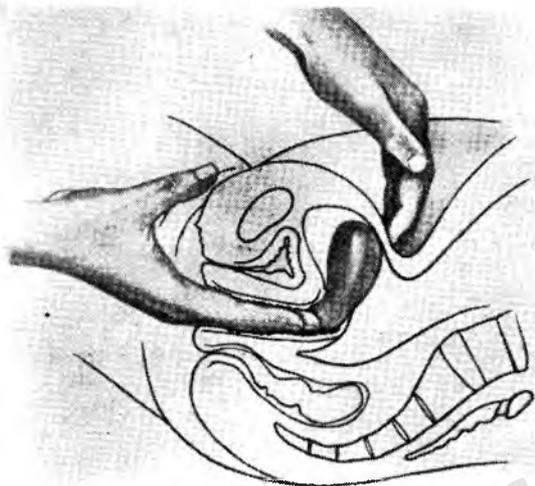


Рис. 11. Положение рук при влагалищном бимануальном исследовании.

левой руки малые и большие губы, врач вводит во влагалище пальцы правой руки, несколько отжимая книзу промежность. Необходимо избегать соприкосновения большого пальца с областью клитора и уретры, являющимися наиболее чувствительными зонами. Пальцы при введении во влагалище должны скользить по задней стенке его.

Бимануальное исследование должно производиться по определенному плану.

1. Осматривают наружные гениталии (см. выше), при этом обращают внимание на область уретры и скеновских ходов с одновременным легким массажем уретры; осматривают выводной проток бартолиниевой железы (делается попытка выдавить из него секрет), ладьевидную ямку и промежность.

2. Введя пальцы во влагалище, определяют длину и ширину его, степень влажности, складчатость слизистой, наличие перегородки (при раздвоении его), опухоли, рубцы и инфильтраты. Через переднюю стенку обычно прощупывается тяж, толщиной в мизинец — уретра, особенно резко выступающая при инфильтрации ее стенок (хронический парауретрит).

При обследовании влагалищных сводов определяют глубину их; особенно глубоким является задний свод, в котором накапливается сперма во время полового сношения (*receptaculum seminis*). Определяется смещаемость слизистой сводов, наличие опухолей, выпячиваний, болезненность или отсутствие ее при надавливании, особенно через задний свод, наличие (или отсутствие) опухолей или экссудата в дугласовом пространстве.

3. После исследования влагалища пальцами ощупывают влагалищную часть шейки матки. Определяют ее величину, форму (коническая, цилиндрическая, цилиндро-коническая), форму наружного маточного зева: у нерожавших зев круглый, у рожавших — в виде поперечной щели. Отмечают наличие на шейке матки разрывов и рубцов после родов, наличие или отсутствие *ovula Nabothi*, опухолей, выворота (эктропион), эрозий. Отмечается также положение шейки (смещения к лону, к крестцовой впадине, боковые); патологическое положение шейки встречается нередко при смещениях матки.

4. При исследовании матки двумя пальцами правой руки фиксируют влагалищную часть ее, приподнимая матку кпереди и кверху и приближая дно ее навстречу пальцам левой наружной руки. Одновременно пальцами наружной руки осторожно надавливают на брюшную стенку, стремясь прощупать заднюю поверхность тела матки. Таким образом, матка располагается между двух рук. При исследовании матки необходимо определить величину, форму, положение, консистенцию, чувствительность и подвижность ее.

Длина матки, составляющая в норме 7—10 см вместе с шейкой, у рожавшей женщины больше, чем у нерожавшей. Дно матки не выходит за пределы входа в малый таз. В физиологических условиях уменьшение матки наблюдается в климактерическом периоде и в менопаузе, а также при инфантильности и атрофии. Увеличение матки наблюдается при ее опухолях. Матка взрослых женщин имеет грушевидную форму, сплюснута в направлении спереди назад.

В нормальных условиях матка находится в определенном положении, которое отчасти изменяется при перемене положения туловища (из лежачего в стоячее и наоборот), при напряжениях, при переполнении мочевого пузыря, прямой кишки и т. п. Между шейкой и телом матки имеется угол, открытый кпереди. Тело матки также согнуто под углом, обращенным кпереди, а кроме того, вся матка наклонена кпереди (anteversio-flexio).

Определив величину матки, необходимо отметить консистенцию ее (мягкая при беременности, плотная при фибромиомах матки). Важно также определить чувствительность матки. Нормальная матка не чувствительна к давлению; в патологических же случаях (эндометрит, опухоли) болезненность может появиться. Болезненность может наблюдаться также при движении матки во время бимануального исследования, что может зависеть от воспаления придатков матки или воспалительных сращений вокруг нее.

Наконец, определяют степень подвижности матки. В норме, особенно у рожавших, она достаточно подвижна. При опущении или выпадении матки подвижность ее будет чрезмерной. Ограниченная подвижность наблюдается при экссудатах в полости таза, инфильтратах околоматочной клетчатки, сращениях с опухолями соседних с маткой органов или при опухолях в ней самой.

После исследования матки переходят к ощупыванию придатков ее — труб и яичников (рис. 12, 13), связочного аппарата матки, а также околоматочной клетчатки и брюшины. При здоровых придатках трубы прощупываются редко — у $\frac{1}{5}$, яичники — только у $\frac{1}{3}$ женщин. Для исследования придатков и параметрия пальцы внутренней руки располагаются в одном из боковых сводов, наружная же рука размещается на уровне дна матки, но правее или левее средней линии. Исследующий стремится свести обе руки для того, чтобы прощупать придатки или инфильтрат сходящимися пальцами. Необходимо отметить форму, величину, консистенцию, болезненность и подвижность труб, яичников, опухоли или инфильтрата. При воспалительных процессах придатков раздельно прощупать яичник и трубу иногда не удается; определяется лишь опухоль, описываемая, как конгломерат. Экссудаты в малом тазу, а также кровь при внематочной беременности накапливаются почти всегда в дугласовом пространстве, оттесняя матку кпереди и выпячивая заднюю влагалищную стенку или свод.

Необходимо помнить, что переполнение мочевого пузыря, прямой или сигмовидной кишки может симулировать опухоль матки или придатков. В полости таза могут располагаться также экстрагенитальные опухоли.

После придатков исследуют доступные связки матки. Прощупать можно круглые связки, идущие от ребра матки по направлению к внутреннему отверстию пахового канала, и крестцово-маточные связки, идущие от задней поверхности матки (на уровне внутреннего зева) кзади. При воспалительных процессах крестцово-маточные связки могут быть

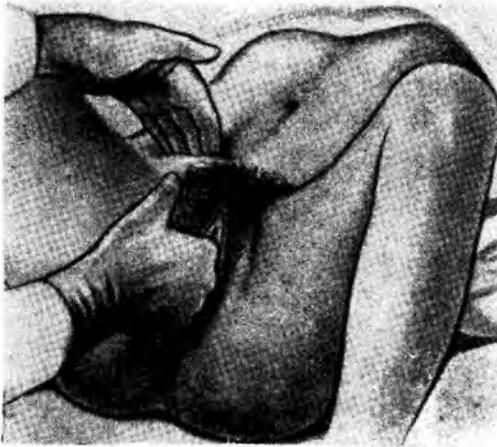


Рис. 12. Бимануальное исследование правых придатков матки.

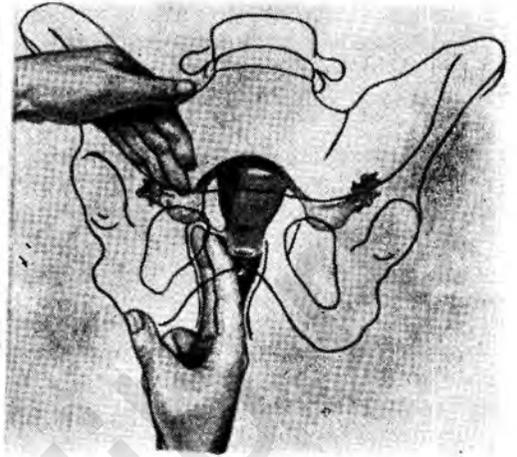


Рис. 13. То же (схема).

утолщены вследствие инфильтрации; при некоторых формах недоразвития матки или аномалий ее положения они могут быть укороченными.

Околосматочная клетчатка, брюшина малого таза и периметрий пальпируются только при наличии в них инфильтратов (воспалительных или раковых) или периметритических (брюшинных) спаек и тяжей, а также свежих или оплотневших экссудатов. Ограниченная подвижность матки также является одним из признаков развития инфильтратов параметриев или периметритических сращений и экссудатов (адгезивного или экссудативного периметрита).

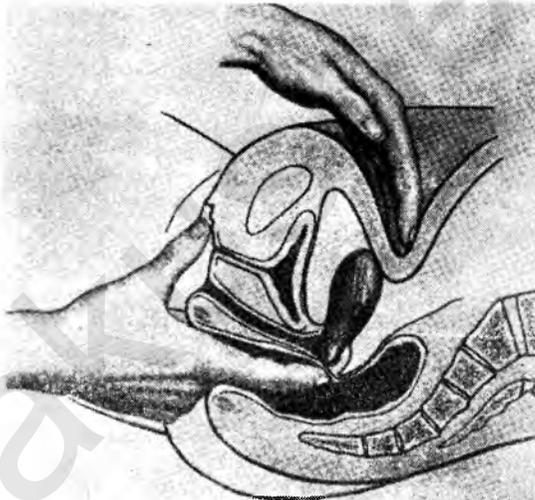


Рис. 14. Положение рук при бимануально-ректальном исследовании.

Ректальное исследование

В тех случаях, когда влагалищное исследование является недостаточным из-за опухолей или экссудата в дугласовом пространстве, инфильтратов в параметриях, спаек задней поверхности матки, а также у девственниц, влагалищное исследование дополняется бимануальным ректальным (рис. 14).

Ректальное исследование считается обязательным при раке шейки матки, так как с его помощью также легче обнаружить инфильтраты в параметриях.

В некоторых случаях (для изучения особенностей ректо-вагинальной перегородки) производят комбинированное ректо-вагинальное исследование, при котором указательный палец вводится во влагалище, а средний — в прямую кишку; наружная рука пальпирует тазовые органы через брюшную стенку. В редких случаях для изучения пузырно-маточного пространства в передний свод влагалища вводится большой палец, а в прямую кишку — указательный. Ректальное исследование производится после клизмы, обязательно в резиновой перчатке. Указательный палец смазывается вазелином или слегка намыливается. Пользоваться напальчниками негигиенично.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование гинекологической больной только с помощью физических методов является недостаточным; оно должно быть дополнено исследованием с помощью различных инструментов и приборов.



Рис. 15. Набор гинекологических инструментов петровской эпохи (Государственный Эрмитаж).

Исследование зеркалами является обязательным не только в стационаре, но и на амбулаторных приемах, а также во время массовых онкологических осмотров. Гинекологические зеркала были известны в глубокой древности. В Россию они были привезены Петром I, образцы их можно найти в Петровской галерее Государственного Эрмитажа в Ленинграде (рис. 15, 16).

Влагалищные зеркала бывают цилиндрическими, створчатыми и ложкообразными.

Цилиндрические или круглые зеркала (рис. 17) имеют форму цилиндра с раструбом на одном из концов; изготавливаются они из стекла, обычного или молочного, металла или пластмассы. Диаметр должен быть различным; необходимо иметь набор от трех до шести зеркал. Круглое зеркало вводится следующим образом: большим и указательным пальцами левой руки раскрывают половую щель и, подводя к ней зеркало, захваченное правой рукой, вставляют узкий конец его во влагалищный вход, слегка отдавливая промежность книзу. Если зерка-

ло на своем конце скошено, то более длинную стенку его направляют книзу. Вращательными движениями зеркало продвигают в глубь влагалища до тех пор, пока влагалищная часть шейки не вставится в его просвет.

При введении зеркала женщину предпочтительнее укладывать во

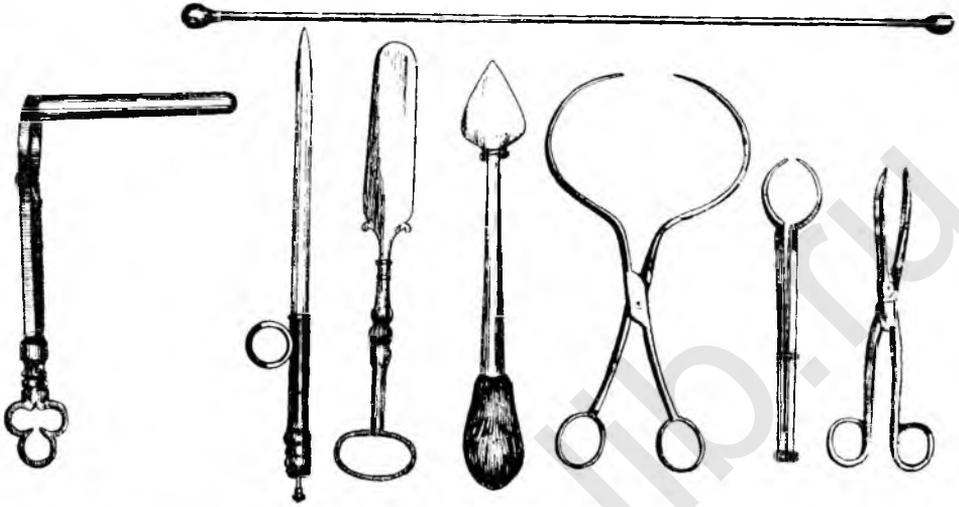


Рис. 16. Набор акушерско-гинекологических инструментов петровской эпохи (Государственный Эрмитаж).

второе положение, так как при этом укорачивается влагалище. Осмотр влагалищных стенок цилиндрическими зеркалами не очень удобен; он возможен только при продвижении зеркала в глубину или при извлечении его.

Но эти зеркала удобны для лечения (влагалищные ванночки, смазывание эрозий шейки и т. п.).



Рис. 17. Осмотр шейки матки с помощью цилиндрического (круглого) зеркала.

Из створчатых влагалищных зеркал на практике наиболее часто применяется двустворчатое зеркало системы Куско или Треля (рис. 18). Модели эти различаются между собой тем, что при действии винтом обе створки зеркала Куско раздвигаются более у своего конца, в то время как створки зеркала Треля расширяются равномерно по всей длине.

Зеркало Куско хорошо растягивает влагалище у сводов, в то время как зеркало Треля способствует равномерному растяжению всей влагалищной трубки.

Введение этих зеркал производится следующим приемом: раздвинув левой рукой половую щель, правой рукой захватывают зеркало и, отжав его клювом промежность по направлению книзу, вводят сомкну-

тое зеркало косо по отношению к половой щели. Продвинув зеркало до половины, поворачивают его плашмя. Одновременно раздвигают зеркало с тем, чтобы влагалищная часть шейки матки оказалась между створками, затем фиксируют при помощи винта нужную степень расширения влагалища.

Зеркала эти удобны тем, что при пользовании ими не требуется помощников. С помощью этих самодержашихся зеркал можно не только осмотреть влагалище и шейку матки, но и применять некоторые лечебные процедуры. Имеются также створчатые зеркала, позволяющие производить некоторые оперативные пособия, например, выскабливание слизистой матки, зашивание разрывов шейки матки.

В тех случаях, когда влагалище должно быть расширено больше, а также для некоторых влагалищных операций применяются ложкообразные зеркала (рис. 19 и 19а), к которым требуется специальный подъемник для удержания передней влагалищной стенки. Ложкообразные зеркала бывают разной формы и величины. Сдвоенное зеркало Симса разных калибров специальной рукоятки не имеет (рис. 19, 10). Зеркала Дуайена (рис. 19а, 2) также разных калибров удобны для осмотра шейки при длинном влагалище, а также при операциях. Особенно удобен набор зеркал Симона со съемными ручками (рис. 19, 5, 6; см. также рис. 390). Зеркала Фрича также имеют съемную рукоятку; они коротко усечены на конце, что дает возможность хорошо низводить шейку (рис. 19а, 3).

Для более широкого обнажения влагалищных стенок и сводов используются пластинчатыми зеркалами — «подъемником» и «боковиками», которые вводятся во влагалище в области боковых сводов (рис. 19, 2, 4). Способ обнажения влагалищной части шейки матки при помощи ложкообразного зеркала с подъемником изображен на рис. 20; вначале вводится ложкообразное (заднее) зеркало, а потом подъемник.

При осмотре с помощью зеркал изучают особенности влагалища, сводов и шейки матки. Зеркала позволяют определить окраску слизистой влагалища, цвет и характер выделений, разращения слизистой, изъязвления и опухоли влагалища (если они имеются), а также сводов. С помощью зеркал определяют состояние влагалищной части шейки матки — разрывы и рубцы, эктропион, эрозии, опухоли, гипертрофию и элонгацию, различные степени атрофии и разрушения злокачественными опухолями.

Зондирование полости матки. Зондирование полости матки (рис. 21, 22) предпринимается в тех случаях, когда необходимо изучить длину и проходимость цервикального канала, конфигурацию полости матки, наличие в ней опухолей. Зондирование широко применяет-

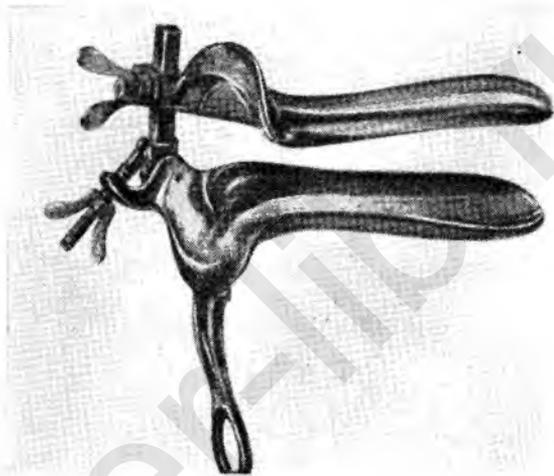


Рис. 18. Самодержашееся влагалищное зеркало Треля.

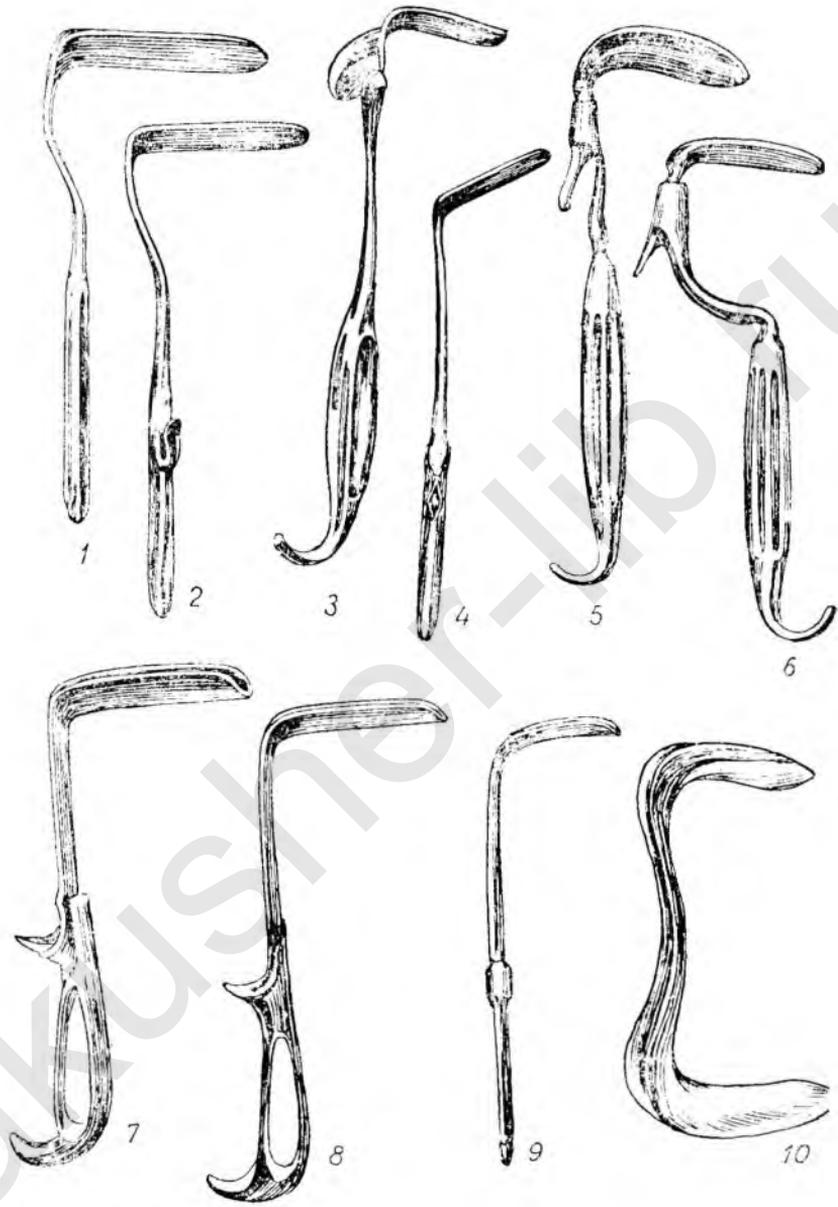


Рис. 19. Влагалищные зеркала разных систем.

ся при некоторых влагалищных операциях: перед выскабливанием слизистой матки, перед ампутацией шейки, для определения опухолей (узлы, полипы) полости матки, двурогости и т. п. Для зондирования полости матки необходимо приготовить ложкообразные зеркала, подъемник, две пары пулевых щипцов, длинный анатомический пинцет и маточный зонд. Зонд представляет собой никелированную латунную палочку с делениями, оканчивающуюся на одном конце небольшим утолщением, а на другом плоской рукояткой. На расстоянии 7 см от пуговчатого конца имеется второе утолщение или отметка, обозначающая нормальную длину полости матки.



Рис. 19а. Задние влагалищные зеркала.

После стерилизации инструментов женщину укладывают в гинекологическое кресло во втором положении. Мочу выпускают катетером, влагалище спринцуют. После введения во влагалище зеркала Симса или Симона с подъемником захватывают пулевыми щипцами переднюю губу шейки матки; подъемник удаляют и матку низводят к половой щели. Потягивая на себя пулевые щипцы, врач, осторожно держа зонд двумя-тремя пальцами, вводит его в цервикальный канал, причем у внутреннего зева ощущается небольшое сопротивление. Введя зонд в полость матки до ее дна, определяют длину ее, пользуясь делениями зонда, а затем, скользя зондом по передней, задней и боковым стенкам матки, — форму полости матки, приблизительную величину угла между телом и шейкой, наличие в полости матки выпячиваний (опухоль), неровную поверхность (полипы) и т. п. При двурогой матке может потребоваться введение второго зонда.

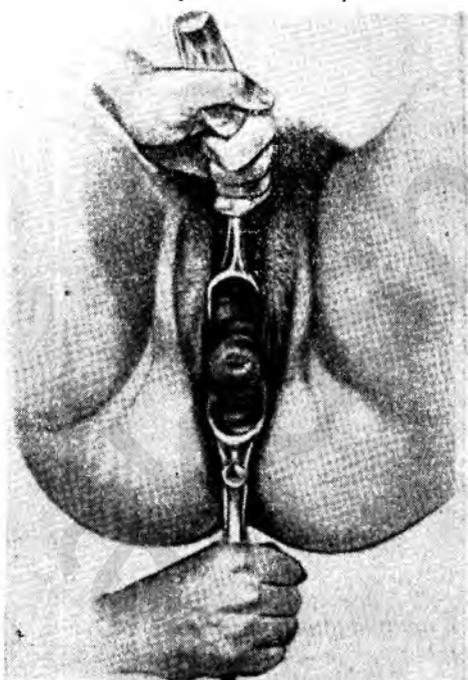


Рис. 20. Осмотр влагалища и шейки матки с помощью подъемника и заднего ложкообразного зеркала.

Зондирование матки должно быть проведено в условиях строгой асептики и антисептики. Непосредственно перед зондированием влагалищную часть шейки матки и цервикальный канал протирают спиртом или 5% раствором йода, причем предварительно должна быть удалена слизистая пробка. Зондирование, ввиду опасности инфекции, может

лишнюю часть шейки матки и цервикальный канал протирают спиртом или 5% раствором йода, причем предварительно должна быть удалена слизистая пробка. Зондирование, ввиду опасности инфекции, может

применяться только в условиях стационара. Наблюдались случаи и других осложнений зондирования — перфорации матки, кровотечения, борьба с которыми возможна только в стационарных условиях. Таким образом, этот вид инструментального исследования, граничащий с оперативным пособием, является серьезной манипуляцией. Зондирование

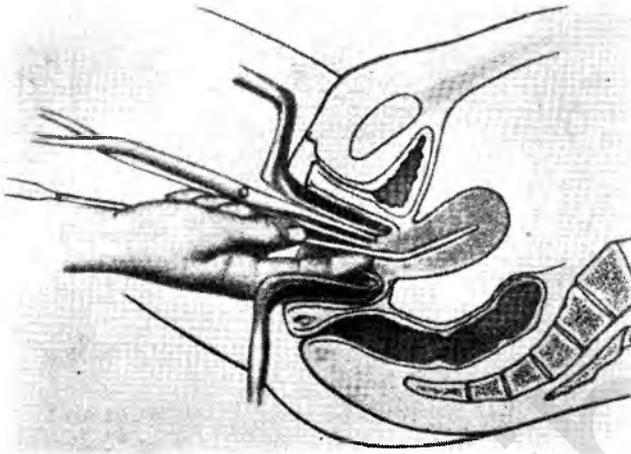


Рис. 21. Зондирование полости матки.

полости матки имеет свои противопоказания: гнойные выделения из цервикального канала (гонорейный эндоцервицит), распадающаяся раковая язва влагалищной части шейки матки, острые и подострые воспалительные процессы придатков матки и подозрение на беременность. Пункция через задний свод. Простейшим и наиболее удобным доступом в полость малого таза, точнее — в дугласово пространство, где сосредоточиваются все виды крово- и гноескоплений генитального происхождения, — является задний свод влагалища. В пространстве ниже шейки матки между расходящимися крестовоматочными связками имеется тонкая стенка из слизистой влагалища, соединительнотканного слоя и брюшины. В этом именно месте и производится пробная пункция заднего свода.

Эта пробная пункция предпринимается для диагностики внематочной беременности и для обнаружения различных крово- и гноескоплений в дугласовом пространстве (пельвеоперитонит, пиосальпинкс, гнойный параметрит, пиоварун, гематоцеле, гематосальпинкс).

Техника. Пункция заднего свода может быть выполнена двумя способами: 1) с помощью зеркала и 2) по пальцам.

1. Для пункции заднего свода по первому способу (рис. 23) во влагалище вводится зеркало (Симса); при этом влагалище оттягивается кзади, а задняя губа шейки матки захватывается пулевыми щипцами и отводится кпереди. В растянутый таким образом задний свод вводится строго по средней линии, между крестово-маточными связками, толстая и длинная игла, скошенная тупо на своем конце и надетая на шприц.

2. При пункции заднего свода по второму способу (рис. 24) во вла-

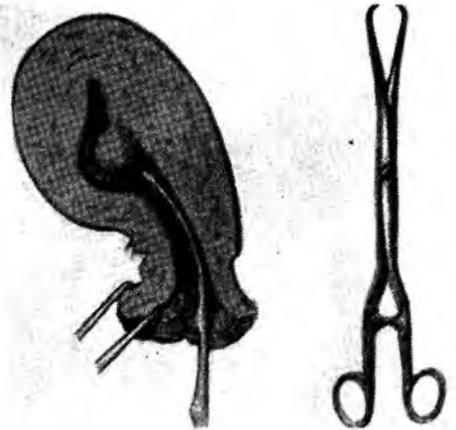


Рис. 22. Зондирование полости матки при субмукозном узле. Справа пулевые щипцы.

Таблица 1.



Кольпоскопическая картина при раке шейки матки (Р. Ганзе).

Таблица II.



То же.

Таблица III.



То же.

галище вводят два пальца (указательный и средний) левой руки и устанавливают их под шейкой в области крестцово-маточных связок, которые предварительно должны быть определены. Необходимо основаниями пальцев хорошо отжимать промежность книзу. Между введенными во влагалище пальцев правой рукой проводят к заднему своду длинную и довольно толстую иглу, надетую на 5—10-граммовый шприц Рекорда.

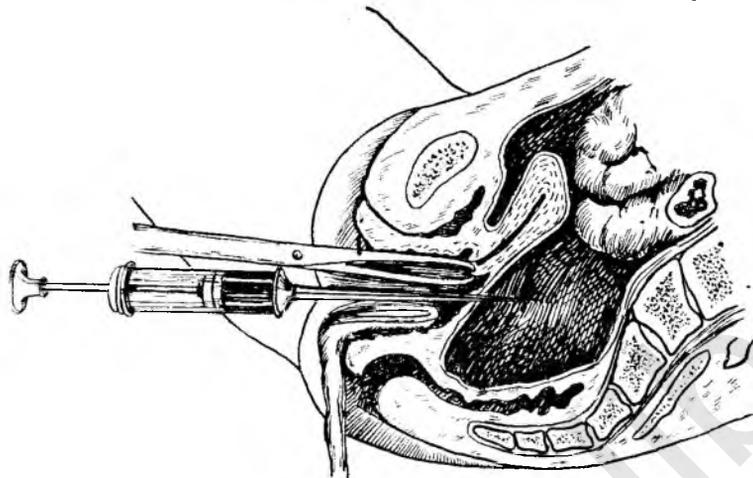


Рис. 23. Пункция заднего свода. Введено зеркало, и задняя губа шейки матки захвачена пулевыми щипцами.

Игла вкалывается ниже шейки по средней линии заднего свода, между крестцово-маточными связками, и направляется горизонтально или слегка кпереди.

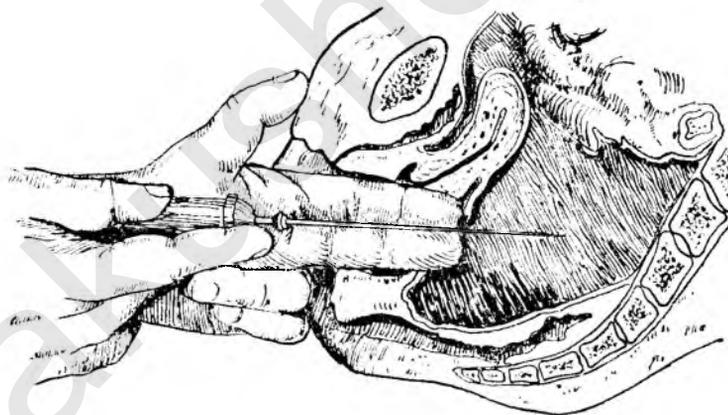


Рис. 24. Пункция заднего свода по пальцам.

В случае скопления крови в дугласовом пространстве кровь попадает в шприц сразу же после прокола тонкой стенки заднего свода. Если имеется гематоцеле или если игла попадает в полость гематосальпинкса, то ей необходимо пройти некоторое, хотя и небольшое, пространство, прежде чем в шприц поступит кровь. При этом кровь будет не жидкой, как при свежем кровоизлиянии, а густоватой, темной, со сгу-

сточками, что и считается характерным для внематочной беременности с давнишним кровоизлиянием.

Если кровь сразу не поступила в шприц, то можно рекомендовать небольшое перемещение конца иглы кзади с последующим медленным извлечением ее и оттягиванием поршня; этот способ хорош при небольших кровоизлияниях.

При пункции некоторых давнишних гноескоплений густой гной может закупорить отверстие иглы, вследствие чего в шприц он не попа-

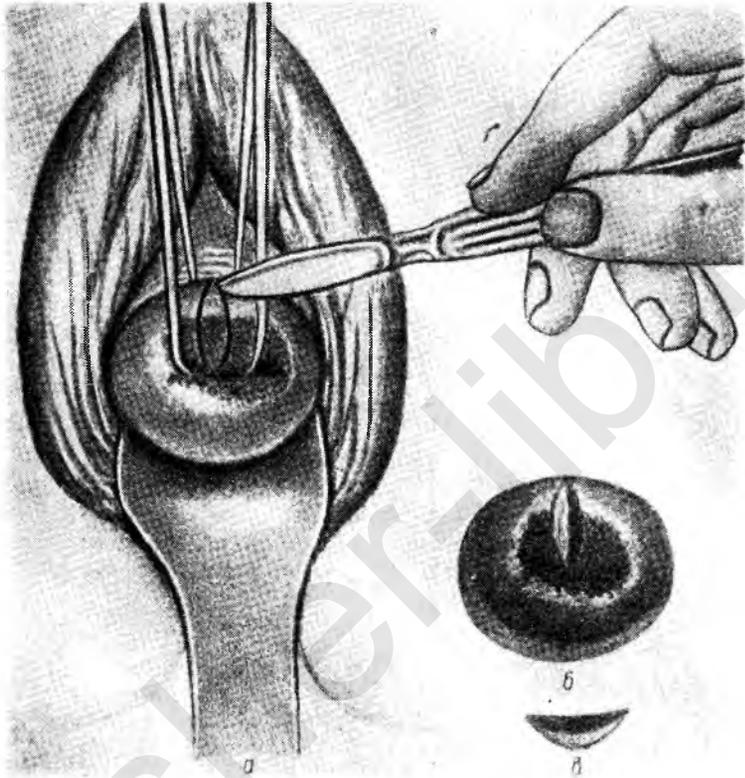


Рис. 25. А — биопсия из эрозиванной шейки матки; Б и В — клиновидный кусочек ткани вырезан (Брауде).

дает. В этих случаях иглу следует извлечь и промыть, а пункцию провести более толстой иглой или повторить той же иглой в другом месте.

Биопсия. Взятие пробного кусочка ткани для микроскопического исследования носит название биопсии. В гинекологической практике чаще всего пробный кусочек ткани приходится брать из влагалищной части шейки матки. Показаниями для биопсии являются эрозии шейки, длительно не поддающиеся консервативной терапии, папилломатозные разрастания и особенно язвы, сопровождающиеся разрушением ткани. Только при декубитальных язвах шейки и влагалища, в случае выпадения его, к биопсии не прибегают. Кроме шейки матки, биопсия нередко проводится в области вульвы, наружного отверстия уретры, стенок влагалища и пр.

Техника биопсии шейки матки лучше всего разработана И. Л. Брауде (рис. 25). После дезинфекции наружных половых частей и влагалища в последнее вводятся ложкообразное зеркало и подъемник. Шейка

матки и своды дезинфицируются повторно, влагалищная часть шейки захватывается двумя парами пулевых щипцов так, чтобы между ними располагался подозрительный участок шейки. Тонким скальпелем овальным разрезом, радиально в отношении наружного зева, клиновидно иссекается подозрительная ткань таким образом, чтобы в удаляемый кусочек попала и здоровая ткань. На ранку накладываются два-три кетгутовых шва. Иссеченный кусочек промывают физиологическим раствором (но не обрабатывают спиртом и йодом) и помещают в пробирку с 4% раствором формалина. Во влагалище вводят тампон, конец которого смочен раствором пенициллина. Вместо иссечения ткани современные авторы применяют для взятия материала петлю аппарата для диатермокоагуляции (рис. 26) или острую ложечку, что лучше делать при значительных некротических изменениях шейки.

Расширение шейки и пальцевое обследование полости матки. В тех случаях, когда обследование зондом не дает ясных результатов состояния полости матки, можно произвести пальцевое обследование ее, но в этом случае необходимо предварительно расширить цервикальный канал.

Техника. Для этой манипуляции требуется набор металлических расширителей, две пары пулевых щипцов и ложкообразные зеркала с подъемником. После предварительной дезинфекции наружных половых органов и спринцевания влагалища в него вводится зеркало Симса или Симона и подъемник; одной парой пулевых щипцов захватывается передняя губа, другой — задняя. Шейка низводится, причем подъемник удаляется, а ложкообразное зеркало заменяется зеркалом Фрича. Теперь шейка хорошо доступна для расширения. Последовательно по номерам вводят металлические расширители Гегара от № 4 до № 14 или 15, т. е. до проходимости указательного пальца. После расширения шейки указательным пальцем обследуют полость матки (рис. 27), особенно тщательно в маточных углах. При желании собрать материал для микроскопического исследования можно ввести в матку кюретку и произвести диагностическое выскабливание ее слизистой.

Пробное (диагностическое) выскабливание слизистой матки. Пробное выскабливание является одним из видов биопсии и часто применяется в гинекологической практике. Оно показано при маточных кровотечениях, вызывающих подозрение на рак тела матки, хорионэпителиому или наличие в матке остатков плодного яйца.

Противопоказанием к применению пробного выскабливания являются острые и подострые воспалительные процессы, подслизистая фибромиома матки (после выскабливания может наступить некроз узла), гонорейный эндоцервицит.

Техника пробного выскабливания напоминает выскабливание при неполном или медицинском аборте (см. наше «Руководство по акушерству», ч. III, гл. 9). После дезинфекции наружных половых органов и спринцевания влагалища в него вводят зеркала. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами, цервикальный канал умеренно расширяют расширителями Гегара до 8—10-го номера. Небольшой острой кюреткой



Рис. 26. Наконечники для диатермокоагуляции и биопсии (петля).

выскабливают всю слизистую матки, особенно тщательно у маточных углов. В тех случаях, когда необходимо повторное пробное выскабливание для наблюдения за менструальным циклом, проводится так называемое «strichabrasio»; при этом маленькой кюреткой делают только одно движение от дна к внутреннему зеву матки. Для определения фазы менструального цикла достаточно небольшого соскоба. Аш (Asch) и А. И. Петченко с целью диагностики хронической гонорей, терапии очаговых форм эндоцервицита и контроля излеченности (А. И. Петченко)



Рис. 27. Пальцевое обследование полости матки (Поляно).

рекомендовали брать соскоб из цервикального канала. Аш предложил для выскабливания цервикального канала специальную ложечку.

Переходим к изложению эндоскопических методов исследования в гинекологии. К ним относятся: кольпоскопия, гистероскопия, цистоскопия, уретроскопия и диафаноскопия.

Кольпоскопия. Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал и осветительного прибора с увеличением носит название кольпоскопии.

Первый прибор для кольпоскопии был предложен в 1925 г. Гинзельманом. Первоначальная модель аппарата Гинзельмана представляла собою бинокулярную лупу, снабженную осветительным прибором; увеличение достигало $3\frac{1}{2}$ раз. В дальнейшем этот кольпоскоп был усовершен-

ствован как самим автором, так и другими. В СССР Л. Л. Окинчиц предложил монокулярный кольпоскоп с увеличением в 10—30 раз. В настоящее время выпускаются усовершенствованные кольпоскопы бинокулярного типа на штативе (рис. 28). Изданы современные атласы кольпоскопических картин (R. Ganse, 1954).

Кольпоскопические картины (табл. I, II, III по Ганзе) дают возможность осуществить тончайшую диагностику предраковых состояний шейки матки или ранних стадий рака. Кроме того, кольпоскопия применяется при подозрении на криминальные вмешательства для плодонизгнания. Кольпоскопические изменения в шейке матки при криминальном аборте являются достаточно характерными (С. М. Беккер).

Гистероскопия. Приборы для осмотра полости матки, снабженные оптической системой, носят название гистероскопов. Они устроены по принципу цистоскопа. Р. Шредер (R. Schröder), пользуясь усовершенствованным гистероскопом Гауса, изучал циклические изменения эндометрия. И. М. Литвак при помощи этого же аппарата изучал патологические изменения слизистой послеродовой матки. Гистероскопия до известной степени заменяет гистерографию, пальцевое обследование полости матки и пробное выскабливание.

Цистоскопия. Цистоскопией (рис. 29) должен владеть не только уролог, но и гинеколог. В особенности широко применяется цистоскопия у больных раком матки. Одна из цистоскопических картин —

буллезный отек слизистой мочевого пузыря — является нередкой находкой, когда рак шейки матки зашел уже довольно далеко.

Диафаноскопия, или метод исследования различных полостей при помощи просвечивания изнутри, стала применяться в гинекологии Штекелем при выпадении передней стенки влагалища. А. М. Мажниц широко применял диафаноскопию для изучения границ мочевого пузыря и дифференциальной диагностики тазовых опухолей.

Техника диафаноскопии заключается в том, что в мочевой пузырь вливают 250—300 мл 3% раствора борной кислоты и в затемненной комнате в него вводят цистоскоп клювом кпереди,

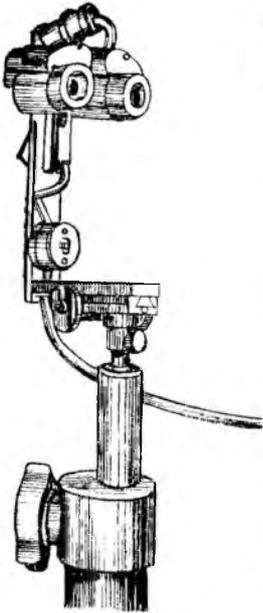


Рис. 28. Кольпоскоп.

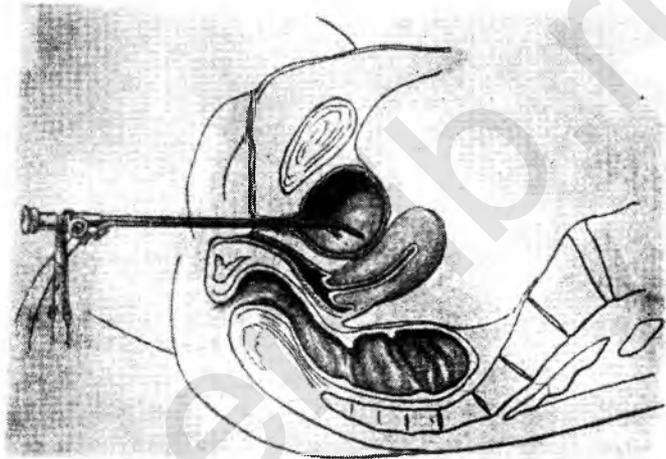


Рис. 29. Цистоскопия.

при этом мочевой пузырь хорошо освещается. При поворачивании клюва освещаются и боковые отделы мочевого пузыря.

Уретроскопия. Исследования уретры с помощью специального оптического прибора уретроскопа (рис. 30) называется уретроскопией. Общеизвестный уретроскоп Валентина был модифицирован Штекелем, который укоротил его до 4—6 см. Уретроскопия показана при поражении уретры опухолями — полипоз, папилломы, рак, при наличии инородных тел и при хронических уретритах. При остром уретрите уретроскопия противопоказана. При помощи уретроскопа проводятся лечебные манипуляции.

Ректоскопия, или ректороманоскопия, представляет собой метод оптического обследования прямой кишки и сигмы (рис. 31). В разработке этого метода приняли участие С. П. Федоров, Д. О. Отт, Келли, Штраус и др. Наиболее современным является ректороманоскоп Штрауса, состоящий из набора трубок 20—30 см длиной; осветительная часть инструмента снабжена электрической лампочкой. Исследование производится после очищения кишечника. Женщина лежит на спине или укладывается в коленно-локтевое положение. После смазки вазелином тубус с obturatorом вводят вращательным движением в прямую кишку; затем obturator извлекают и заменяют светоносителем, после чего включают свет. Показаниями для ректороманоскопии являются кровянистые выделения, подозрительные на рак прямой кишки, запущенные формы рака шейки, перфорация гнойников в прямую кишку.

Пертубация. Определение проходимости фаллопиевых труб способом продувания их воздухом носит название пертубации. Пертубация была предложена Рубином (Rubin) в 1920 г. По Рубину, кислород пропускался из баллона под контролем манометра через канюлю в полость матки под давлением 100 мм ртутного столба. Попадание газа в

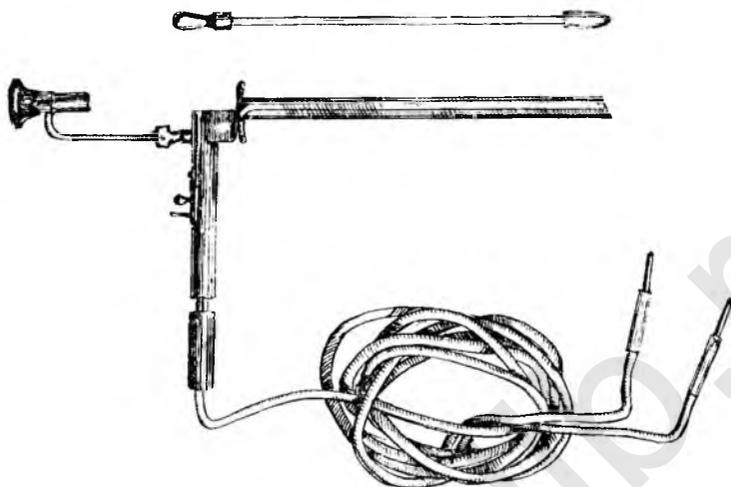


Рис. 30. Уретроскоп.

брюшную полость определялось флуороскопически или рентгенографически. В СССР метод пертубации был разработан А. Э. Мандельштамом, который в 1922 г. предложил свой прибор (рис. 32). Прибор Ман-

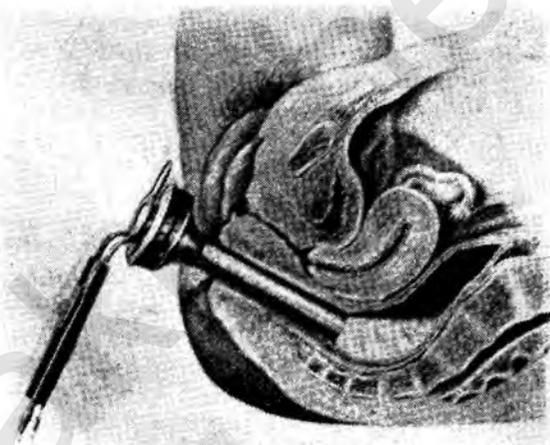


Рис. 31. Ректоскопия.

дельштама состоит из следующих частей: грушевидного баллона, нагнетающего воздух, манометра, стеклянной банки с резиновой пробкой, через которую пропущены две стеклянные трубочки — приводящая и отводящая, резиновых трубок, соединяющих все части прибора; к концу отводящей резиновой трубки присоединяется специальная металлическая канюля с конусовидным наконечником и отверстием на конце. Целесообразно иметь набор таких канюль разного диаметра. Стеклянная банка

наполняется дезинфицирующим раствором и служит для визуального контроля прохождения воздуха через систему. Сходный с прибором Мандельштама аппарат Зельгейма отличается от него отсутствием банки с жидкостью, и вместо грушевидного баллона в нем воздух нагнетается большим шприцем.

Продувание труб следует производить в первую неделю после окон-

чания менструаций. Перед продуванием необходимо тщательно исследовать больную бимануально, исследовать флору влагалища и цервикального канала и проверить реакцию оседания эритроцитов (РОЭ). Показанием к пертубации является так называемый «тубарный фактор» при бесплодии (для установления проходимости труб). К противопоказаниям к продуванию относятся: беременность, патологические кровотечения, острые и подострые воспалительные процессы и опухоли придатков и матки.

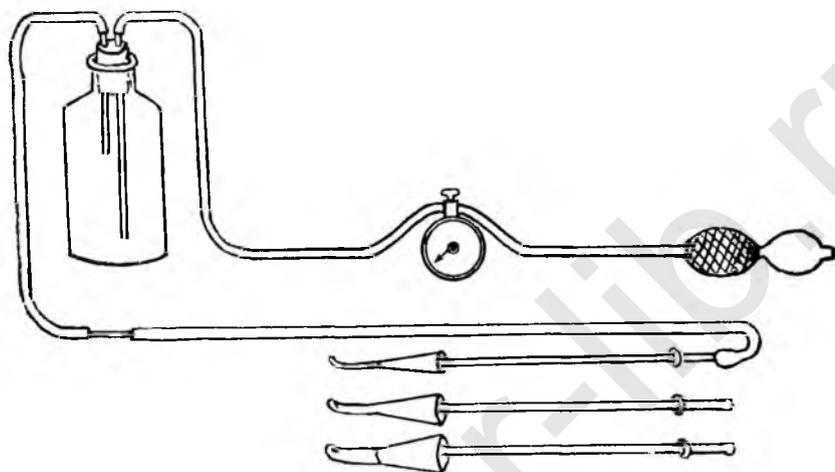


Рис. 32. Аппарат для продувания труб (Мандельштам).

Техника продувания труб заключается в следующем. После дезинфекции наружных половых органов и влагалища вводятся влагалищные зеркала, пулевыми щипцами захватываются передняя и задняя губы шейки, зеркало Симона заменяется зеркалом Фрича, шейка матки смазывается йодом, а цервикальный канал только спиртом после тщательного обтирания и удаления слизистой пробки. Направление шеечного канала устанавливается с помощью зонда. Между пулевыми щипцами в полость матки вводится канюля соответствующего калибра. Врач плотно прижимает правой рукой канюлю к шейке, фиксируя левой рукой шейку матки пулевыми щипцами. Для лучшей герметичности и сужения наружного зева можно перекрещивать пулевые щипцы. Помощник нагнетает баллоном воздух, за давлением которого следят по манометру. При этом возможны следующие положения: 1) стрелка движется вперед и назад, но не поднимается выше 50—80 мм — хорошая проходимость труб; 2) стрелка поднимается на 100—200 мм и медленно опускается — одна или обе трубы проходимы; 3) стрелка поднимается до 150—200 мм и останавливается неподвижно — трубы непроходимы.

Прохождение воздуха в брюшную полость обычно прослушивается в области гипогастрия стетоскопом или фонендоскопом через брюшную стенку (свистящий звук). Если воздух попадает в брюшную полость, у больных иногда появляются боли в плече и лопатке — френікус-симптом. После исследования инструменты удаляют, влагалище протирают тампоном и больную укладывают в постель.

В 1945 г. С. А. Ягунов предложил более сложный аппарат, позволяющий измерять количество введенного воздуха и получать более

точные сведения о состоянии труб. Этот аппарат позволяет также регистрировать и получать графическую запись сокращений труб.

В настоящее время руководимая нами клиника, как и некоторые другие, пользуется усовершенствованным аппаратом для продувания труб, который выпускается нашей промышленностью (рис. 33); аппарат этот позволяет получать кимографическую запись сокращения труб и дает представление о характере трубной патологии (спазмы, стенозы,

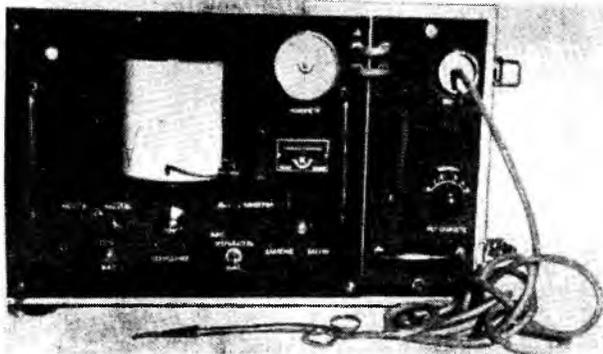


Рис. 33. Современный аппарат для продувания труб.

нарушения перистальтики).

Качества этого аппарата были изучены в клинике (руководимой Е. И. Кватером), И. С. Розовским и П. П. Никулиным в 1959 г. В статье этих авторов указывается на возможность получения пяти типов кимографических кривых, характеризующих различные состояния труб. При кимографической пертубации обнаруживается в сред-

нем 10—12 остилляций труб в 1 минуту. При проходности труб обычно наблюдается френікус-симптом и чувство давления под ложечкой.

Отрицательным моментом при продувании труб описанным выше аппаратом является невозможность полностью исключить обратное выхождение воздуха через шеечный канал.

Пертубацию следует считать более щадящим вмешательством, чем гистеросальпингографию, к тому же ее можно проводить повторно через короткие промежутки времени.

Продувание труб со стороны брюшной полости через ампулярный конец трубы (рис. 34) было предложено Куртисом (Kurtis). Первоначально Куртис пользовался пятиграммовым шприцем Рекорда, носик которого вставлял в воронку трубы, причем пальцами прижимались фимбрии; в дальнейшем Куртис предложил пользоваться специальной канюлей. Мы уже много лет применяем для продувания труб со стороны брюшной полости 5- или 10-граммовый шприц Рекорда, на носик которого надевается резиновый наконечник от спринцовки Тарнавского. В просвет трубы вводят наконечник Тарнавского и пальцами фиксируют фимбриальную часть трубы к наконечнику. Шприцем в трубу медленно нагнетается воздух; при проходности труб прослушивается kloкочущий звук вследствие продвижения воздуха из узкого отверстия в широкую полость матки и влагалища. В случае непроходимости труба раздувается выше места препятствия.

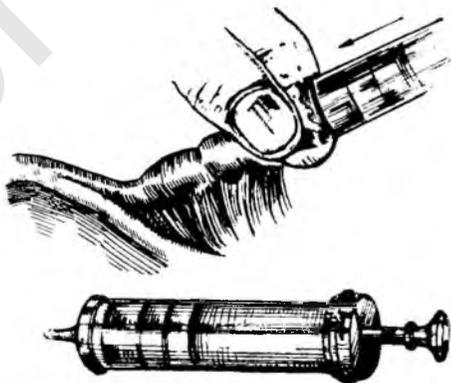


Рис. 34. Пертубация со стороны брюшной полости.

Переходим к описанию некоторых исследований половых органов

женщины с помощью рентгеновых лучей: метросальпингографии, введения в брюшную полость воздуха (газа) — пневмоперитонеум — и рентгенодиагностики для обнаружения инородных тел в мочевом пузыре и в полости таза.

Метросальпингография. Получение при помощи рентгеновых лучей контрастных изображений полости матки и труб носит название метросальпингографии. Окончательное развитие метросальпингографии было достигнуто после получения хорошего контрастного вещества, не раздражающего ткани, — йодолипола (йодипин). Йодолипол представляет собой коллоидное соединение йода с маковым маслом.

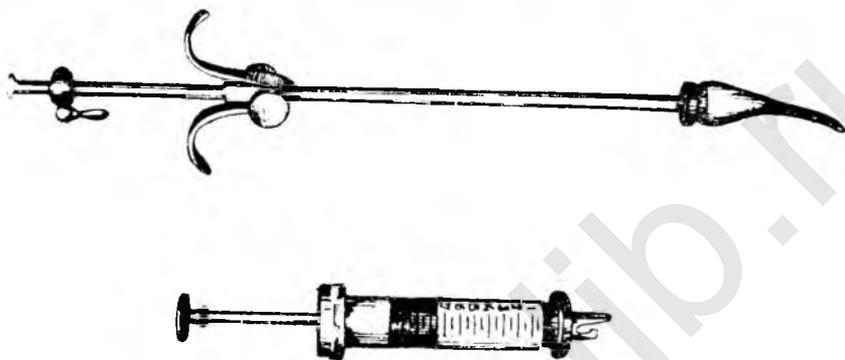


Рис. 35. Наконечник и шприц для метросальпингографии.

Техника метросальпингографии следующая: после очищения кишечника, опорожнения мочевого пузыря и дезинфекции наружных половых органов и влагалища больная укладывается на столе рентгеновского кабинета. Зеркалами обнажается шейка, которую захватывают пулевыми щипцами и низводят. После удаления слизистой пробки и дезинфекции цервикального канала спиртом в шейку вводят металлический наконечник шприца Брауна или специальный наконечник с коническим утолщением (рис. 35). Наконечник присоединяется к 10-граммовому шприцу с контрастным слегка подогретым раствором. Йодолипол вводят очень медленно. Первый снимок производится сразу после введения контрастной массы, следующие снимки — через 3—5 минут. Признаком проходимости труб является обнаружение йодолипола в брюшной полости в виде шариков и скоплений.

Метросальпингография широко применяется для диагностики и отчасти для лечения трубного бесплодия. Метрография имеет значение для диагностики опухолей матки, в особенности подслизистых фибромиом, и пороков развития ее. Пертубация, метро- и сальпингография взаимно дополняют друг друга. Противопоказания к метросальпингографии следующие: воспалительные процессы в острой и подострой стадиях — эндоцервициты, тяжелые кольпиты, обширные эрозии, аднекситы и в особенности мешотчатые воспалительные опухоли труб; кровотечения, как менструальные, так и патологические; тяжелые общие заболевания сердца, легких, печени.

Во избежание спазма интерстициальной части труб следует выждать 3 минуты после введения канюли или применить подкожное впрыскивание раствора атропина (1 мл 0,1% раствора). При пертубации, если воздух проходит толчкообразно, возможно образование аэросальпинкса; описаны случаи шока, даже воздушной эмболии после пертубации. Нередким осложнением после пертубации, значительно реже

после сальпингографии, является возникновение инфекции. Так, при нераспознанном аднексите после пертубации может возникнуть пиосальпинкс или даже пельвеоперитонит.

Наложение пневмоперитонеума. Метод введения в брюшную полость воздуха (газа) путем прокола брюшной стенки имеет уже 50-летнюю давность. Для наложения пневмоперитонеума применяется прибор, состоящий из двух градуированных стеклянных сосудов, один из которых наполнен газом (воздух, углекислота), другой — водой, вытесняющей через систему резиновых трубок газ. Система заканчивается пункционной иглой. Прокол брюшной стенки производится ниже уровня пупка, в лежачем положении больной, у середины левой прямой мышцы. Захвативши кожу в виде складки, производят скальпелем насечку кожи, через которую без всякого насилия вводят иглу в косом направлении кзади и кнутри; после этого из системы пускают воздух в количестве, которое должно быть точно определено. Обычно вводят от 500 мл до 2—3 л. Иглу извлекают и производят рентгеновский снимок.

С помощью пневмоперитонеума удается получить представление о расположении половых органов, состоянии связочного аппарата, о наличии опухолей и отношении их к соседним органам, а также об имеющихся в брюшной полости спайках и сращениях.

Пневмоперитонеум применяется и для лечебных целей, главным образом для лечения туберкулеза женских половых органов. Впервые этот метод предложил в нашей стране в 1892—1893 гг. Д. М. Кишенский. Этим методом широко пользовалась в последнее время М. А. Турдакова (1954).

Гинекологическая рентгенодиагностика. Рентгенодиагностика имеет довольно широкое применение в гинекологии для отыскания инородных тел, для диагностики обызвествленных опухолей, для определения метастазов в костях. С помощью этого метода нам неоднократно удавалось находить инородные тела (иголки, шпильки, обломок стеклянного катетера) в мочевом пузыре, зонды, налочки, шпильки и т. п. в стенках матки и параметриях при криминальном аборте.

Нередко путем рентгенографии можно диагностировать дермоидную кисту яичника при наличии в ней зубов, зачатков челюсти и т. п. Нами был поставлен диагноз перекрученной дермоидной кисты у беременной 6 месяцев, страдавшей припадками болей в животе: на рентгеновском снимке четко выступали зубы и зачаток нижней челюсти. Весьма хорошие результаты дает рентгенография при переломах костей таза.

Пробная лапаротомия и лапароскопия. Пробная лапаротомия применяется в гинекологии для диагностических целей, а также при запущенных злокачественных образованиях гениталий и при туберкулезе женских половых органов. Ею широко пользовался В. Ф. Снегирев.

Лапароскопия — метод осмотра брюшной полости введенным через брюшную стенку специальным прибором с оптической системой.

Лапароскоп для осмотра брюшной полости через влагалище впервые был предложен Д. О. Оттом. Прибор состоит из ложкообразных и плоских зеркал, снабженных маленькой электролампочкой, которая вводится через переднее или заднее кольпотомическое отверстие; женщина при этом находится в положении по Тренделенбургу, брюшная стенка захватывается в области пупка пулевыми щипцами и приподнимается вверх (рис. 36).

В довоенное время получил известность лапароскоп Якобеуса. В последние годы за границей выпущены новые лапароскопы (рис. 37).

Лапароскопия является еще мало распространенным методом.

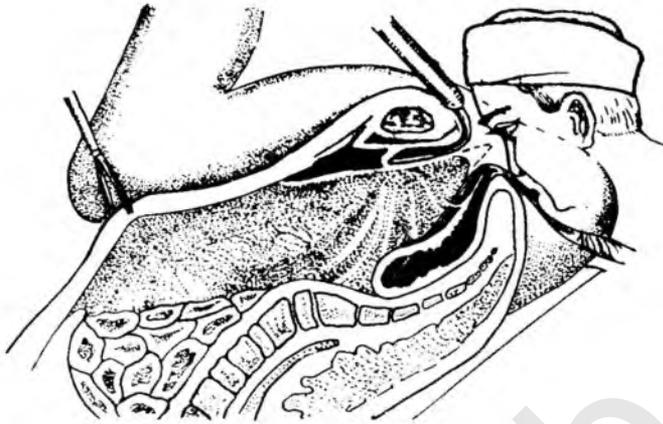


Рис. 36. Лапароскопия (по Огту).

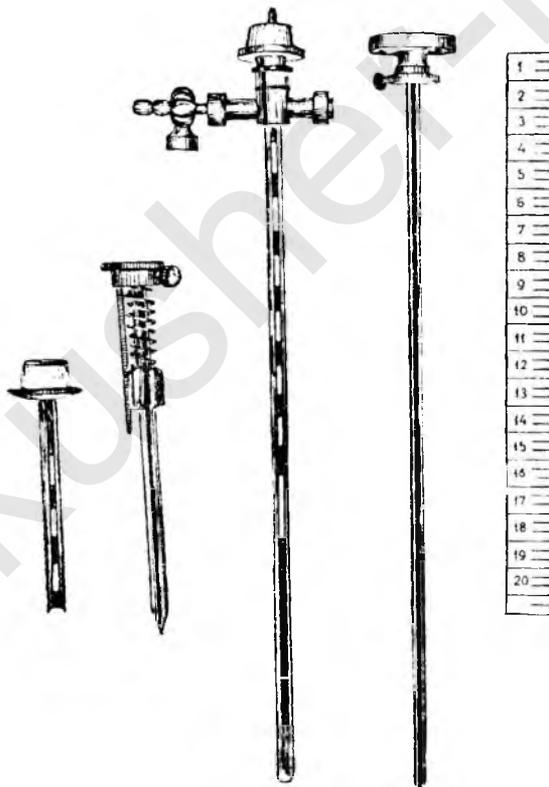


Рис. 37. Современный лапароскоп.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Неудовлетворительность данных, получаемых при статическом местном исследовании в гинекологии, уже давно привела к необходимости пользоваться функциональными методами изучения деятельности отдельных органов женской половой сферы.

А. Э. Мандельштам (1959) указывает, в каких случаях и как следует применять в гинекологии функциональные методы исследования.

Случаи эти следующие: 1) раннее половое развитие женщины или недоразвитие матки; 2) аномалии менструального цикла; 3) климактерические расстройства; 4) бесплодие; 5) аномалии положения влагалища и матки; 6) патологическое состояние вегетативной нервной системы и 7) проверка результатов гормонотерапии.

Раннее половое развитие женщины. В этих случаях А. Э. Мандельштам рекомендует исследовать содержание в моче эстрогенов, гормонов желтого тела, 17-кетостероидов и андрогенов. Кроме того, рекомендуется производить рентгенографию турецкого седла и пневморен, то есть вдувание воздуха в область почек (определение содержания андрогенов и применение пневморена необходимо при подозрении на опухоль надпочечников).

Недоразвитие матки. В этих случаях рекомендуется: изучить цервикальный секрет (время появления слизистой пробки), цитологию влагалищных мазков, соскобы эндометрия (путем strichabrasio); определить рН. Кроме того, необходимо исследовать полость матки зондированием и метрографией до и после лечения. Нужно также знать взаимоотношение размеров тела и шейки матки.

Аномалии менструального цикла. А. Э. Мандельштам предложил многие функциональные методы исследования при различных видах этих аномалий. Так, при аменорее и гипоменорее изучают: анамнез, конституцию, преобладающие черты высшей нервной деятельности, состояние вегетативной нервной системы (см. далее), основной обмен, витаминный баланс (особенно витамина В₁ и С), цитологию влагалищных мазков, содержание в моче половых гормонов: гистологически исследуют эндометрий.

При гиперменорее определяют: симптом «зрачка», содержание фолликулярного гормона в моче (персистенция фолликула) и лютеогормона; изучают цитологию влагалищных мазков в динамике и соскобы эндометрия (железисто-кистозная гиперплазия). При этой патологии рекомендуется также метрография.

При дисменорее также исследуют: состояние ВНС и соскобы эндометрия (strichabrasio) перед началом менструации, также рекомендуется метрография в динамике. Но кроме того, следует определять растяжимость крестцово-маточных связок.

Климактерические расстройства. Те же рекомендации в отношении ВНС, мазков из влагалища, эндометрия. Помимо того: биопсия стенки влагалища для установления содержания гликогена; определение эстрогенов и гонадотропинов в моче и исследование основного обмена (в динамике); повторные измерения кровяного давления.

Бесплодие. То же в отношении цервикальных и влагалищных мазков, рН. Кроме того: определяют быстроту исчезновения сперматозоидов из влагалища и цервикального канала (пробы Шуварского) и производят кимографическую пертубацию фаллопиевых труб в первой и второй половине месяца для выявления наличия (или отсутствия) функционирующего желтого тела. При ограниченной проходимости фаллопиевых труб — динамическая сальпингография, а также метро-

графия для изучения быстроты эвакуации контрастного вещества из полости матки и выяснения типа трубных сфинктеров; при спазме сфинктеров — то же исследование с одновременной инъекцией атропина. Изучают дуги (strichabrasio) эндометрия непосредственно перед ожидаемыми регулами для выявления ановуляторных циклов; при аномалиях месячных — пробное выскабливание в межменструальном периоде для определения состояния эндометрия (туберкулез эндометрия).

Аномалии положения влагалища и матки. Функциональная диагностика состояния промежности, тазового дна и брюшного пресса основывается на применении ручных приемов для определения мощности и растяжимости или несостоятельности промежности и тазового дна, а также инструментальных способов — применение вагинографа Яковлева и Петрова, аппарата Ягунова и Микеладзе, прибора Елкина и др. Полнее о этих способах говорится далее, в главе 4, — о неправильных положениях матки и влагалища. Большое практическое значение имеет определение выделительной функции влагалища, кислотности, рН, «степени чистоты», а также цитологии влагалищного отделяемого.

При выраженном опущении или выпадении матки и особенно при дизурических расстройствах необходимо производить функциональное урологическое исследование (внутривенная пиелография), цисторентгенографию, а иногда и функциональное исследование почек. Все эти исследования проводятся до и после лечения.

Состояние вегетативной нервной системы. Для определения состояния ВНС изучают: терморегуляцию, дермографизм, болевую адаптацию, кожные зоны чувствительности, баланс электролитов, содержание симпато- и парасимпатомиметических веществ в крови, тонус ВНС. Последнее особенно важно при расстройствах менструального цикла.

Функциональная способность матки как моторная, так и секреторная изучается в современной гинекологии для решения различных практических вопросов путем наружной и внутренней гистерографии и других методов. Функциональная диагностика состояния труб определяется методом пертубации и метросальпингографии. Функциональная способность состояния яичников определяется путем изучения гистологического строения эндометрия, исследованием крови и мочи с целью определения овариальных гормонов, а также цитологическим методом.

Из клинических методов для определения функции яичников пользуются симптомом «зрачка» — изменение состояния наружного зева шейки матки, — предложенным О. А. Голубевой, и симптомом «папоротника».

По О. А. Голубевой (1937), в интерменструальном периоде на 8—9-й день от начала менструации наблюдается расширение наружного зева (симптом «зрачка») с появлением стекловидной слизи; это явление держится несколько дней и сопровождается часто нагрубанием груди, тяжестью или болями внизу живота. Указанные явления автор объясняет появлением эстрогена в фазе пролиферации; они бывают особенно резко выражены при эстрогении.

При понижении функции яичников симптом «зрачка» отсутствует, но может появляться под воздействием эстрогенной терапии. Длительно наблюдаемый признак «зрачка», по С. К. Лесному (1958), свидетельствует об угрожающем ановуляторном кровотечении. Цервициты и эрозии препятствуют использованию симптома «зрачка». С. К. Лесной считает, что этот симптом максимально выражен на 14—16-й день менструального цикла, совпадая с моментом овуляции. После прекращения овуляции симптом исчезает и шейка становится «сухой».

Симптом «папоротника» или «арборизации» был описан впервые Папаниколау (1945). Д. Е. Шмундак (1955) рекомендовал этот способ для определения эстрогенов. Феномен кристаллизации слизи характерен не только для слизи цервикального канала, но и для всех других секретов в организме человека. Этот процесс зависит от содержания в слизи коллоидов и солей, подчиняющихся влиянию катаболитов — эстрогенов

и прогестерона. Большинство авторов считает, что интенсивность кристаллизации прямо пропорциональна эстрогенной активности. Кристаллизация дает красивые картины, напоминающие листья папоротника; она наблюдается от 7—8-го дня цикла и заканчивается через сутки после овуляции.

Г. Сыева и С. Докумов (1958) считают феномен «листа папоротника» в слизи канала шейки ценным методом определения функционального состояния яичников и фаз менструального цикла.

Следующим способом определения состояния яичников—овуляции— является измерение температуры в rectum. Как известно, ректальная температура, обычно на несколько десятых градуса выше аксиллярной. В период овуляции или вскоре после нее эта разница составляет 1—1,5°. На 14—16-й день цикла отмечается наивысшая температура («пик»). При отсутствии овуляции, например при ановуляторном цикле, этого «пика» не бывает. Большинство гинекологов считает, что в фолликулярной фазе менструального цикла ректальная температура ниже 37°, в середине цикла температура снижается, но с наступлением фазы желтого тела она повышается на 0,6—0,8° и держится в течение этой фазы. За два дня до наступления менструаций температура снова снижается; снижение объясняется влиянием эстрогена, а повышение ее — влиянием прогестерона. Таким образом, двухфазная температура характерна для двухфазного менструального цикла, а однофазная — для ановуляторного (однофазного).

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

В гинекологической практике применяется цитологическое исследование мазков, отпечатков, соскобов и пунктатов. Некоторые из этих методов, как изучение цитологии влагалищных мазков, приняли характер повседневного клинического исследования. Цитология влагалищных мазков служит также целям изучения функционального состояния яичников. Приводим две схемы определения эстрогенов по цитологии влагалищных мазков и по физическим признакам.

Таблица 1

Метод определения эстрогенов по цитологии влагалищных мазков, разработанный И. Д. Арист, Е. П. Петровой, Г. Л. Дозорцевой и др.

I реакция	В мазке имеются только клетки базального слоя	Резкая недостаточность эстрогенов
II реакция	В мазке, кроме базальных, имеется много промежуточных клеток	Умеренная недостаточность эстрогенов
III реакция	В мазке имеются в основном промежуточные клетки и лишь единичные базальные	Небольшая недостаточность эстрогенов
IV реакция	В мазке имеется много ороговевающих и ороговевающих клеток, базальных клеток совсем нет	Достаточная секреция эстрогенов

Таблица 2

Определение эстрогенов наиболее простым способом, по Т. П. Аносовой

Слизистая крайне тонка, как бы натянута, блестяща (симптом «блеска»). Отделяемое крайне скудно, прозрачно, быстро высыхает. Размазать его по стеклу часто не удается, или мазок получается крайне скудный	Эстрогенов нет или имеется резкая недостаточность их	Первая реакция (по приведенной выше схеме)
---	--	--

Слизистая сочна. Отделяемое в значительном количестве, цветом и консистенцией похоже на молодую простоквашу. По стеклу размазывается легко. Мазок получается мелкозернистый (симптом «зернистости»)	Умеренная или небольшая недостаточность эстрогенов	Вторая и третья реакции
Слизистая сочна, по окраске белесовата, как бы легко припудрена или покрыта изморозью. Отделяемое в очень большом количестве, глыбчатое, похожее на манную кашу или «изморозь» (симптом «изморози»). По стеклу из-за густоты размазывается с трудом, остается глыбчатость, комковатость	Эстрогены содержатся в значительном количестве	Четвертая реакция

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех стационарных и большинства амбулаторных больных производятся различные лабораторные исследования, необходимые для установления диагноза и выбора правильного метода лечения.

Совершенно необходимо произвести клинический анализ мочи, а иногда и биохимический. Мочу лучше всего брать катетером, особенно во время менструации. Выше говорилось об изучении гормонов и их производных, выделяемых с мочой.

У гинекологических больных необходимо также производить клинические исследования крови. Исследование гемоглобина, особенно в динамике, важно для диагностики внематочной беременности, больших кровопотерь, различных гинекологических заболеваний. Снижение процента гемоглобина наблюдается при прогрессирующих злокачественных новообразованиях. Значение определения лейкоцитоза очень важно для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний от опухолей и внематочной беременности. Высокий лейкоцитоз наблюдается при аппендиците. При воспалении придатков септической этиологии наблюдается более высокий лейкоцитоз, чем при гонорейных аднекситах.

Изменение лейкоцитарной формулы характерно для воспалительных процессов, при которых имеется сдвиг влево. Эозинофилия и лимфоцитоз считаются характерными для хронической восходящей гонорей. По нашим наблюдениям, лимфоцитоз при женской гонорее наблюдается в 70—73%, а эозинофилия — в 45—60% случаев.

Реакция оседания эритроцитов (РОЭ) является чрезвычайно важной при клиническом исследовании гинекологических больных. На это было указано еще в 1926 г. А. Э. Мандельштамом. Изучение РОЭ в динамике позволяет судить о течении болезни при воспалительных и некоторых других заболеваниях. Изучение РОЭ дает возможность дифференцировать воспалительные опухоли от внематочной беременности и опухолей матки и придатков. В некоторых случаях пользуются более точным шестиминутным микрометодом РОЭ (А. И. Пегченко и др.). Этот тонкий метод полезен при дифференциальном диагнозе между различными формами воспалительных процессов

женских половых органов. По этому методу РОЭ определяется каждые четверть часа и выводится соответствующая кривая.

При исследовании гинекологических больных большое значение имеет изучение характера и особенностей выделений из влагалища, цервикального канала, уретры. Изучение это может быть бактериоскопическим (см след. главу), бактериологическим и цитологическим и должно производиться в динамике, повторно много раз.

Кроме этих, обязательных для гинекологических больных, требуются иногда некоторые дополнительные исследования не только генитального аппарата, но и других органов. К ним можно отнести исследования желудочного сока, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, исследования с помощью изотопов, сложные урологические — для исключения заболеваний мочевой системы, а также сложные рентгенологические исследования для исключения поражений желудочно-кишечного тракта.

Фазоконтрастная и люминесцентная микроскопия

В последнее время в гинекологии с целью диагностики начали применять методы фазоконтрастной и люминесцентной микроскопии.

Фазоконтрастная микроскопия основана на создании контрастных изображений прозрачных биологических объектов, что достигается внесением в оптическую систему простого микроскопа специального приспособления — фазового кольца.

Метод люминесцентной микроскопии заключается в освещении препарата ультрафиолетовыми или синими лучами, которые вызывают в объекте исследования флуоресценцию различных оттенков. Для возбуждения флуоресценции препарат обрабатывается флуорохромами в большом разведении.

Фазоконтрастная и люминесцентная микроскопия позволяет изучать детали клеток.

Б. И. Железнов (1956) использовал люминесцентную микроскопию для диагностики рака шейки матки и отмечал исключительную наглядность цитологических картин свежих препаратов в синем видимом свете.

А. В. Хохлов и Е. Ф. Опалева (1958) использовали фазоконтрастную и флуоресцентную микроскопию для цитодиагностики рака шейки матки и отмечали рельефность типичных признаков рака и простоту приготовления препаратов.

В. Н. Нестерова (1958) производила люминесцентно-цитологическое исследование слизистой влагалища на протяжении менструального цикла и отмечала отчетливую дифференцировку форменных элементов влагалищных клеток.

Оба метода изучаются в руководимой нами клинике.

Имеются и отрицательные отзывы о люминесцентном методе диагностики. По А. В. Брайцеву (1959), ценность люминесцентного метода при исследовании злокачественных новообразований в дерматологии не подтверждается; этот метод может быть рекомендован для исследования больных дерматозами и красной волчанкой.

ЛИТЕРАТУРА

- Бергольц В. М. Люминесцентная микроскопия. Медгиз, 1953.
Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1952.
Гентер Г. Г. Учебник по акушерству. Медгиз, 1937.
Дозорцева Г. Л. Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии на основе цитологических исследований. Гос. изд. БССР, Минск, 1952.
Железнов Б. И. Диагностика рака женск. пол. орг. при помощи люминесцентной микроскопии. Акуш. и гинек., 1956. 1.
Кривский Л. А. Руководство по женск. бол. Пр. мед., 1927.
Лесной С. К. Заболевания половых желез у женщин. Р-во по клинич. эндокринологии. Медгиз, 1958.
Мажниц А. М. Акуш.-гинекологическая урология. ЦНИАГИ, 1936.
Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика. Л., ЦНИАГИ, 1940.
Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии. ЦНИАГИ, 1947.
Мандельштам А. Э. Семiotика и диагностика женских болезней. Медгиз, 1959.
Менге и Опитц. Руководство по гинекологии. Пр. мед., 1928.

Нестерова В. Н. Люминисцентно-цитологическое исследование на протяжении менструального цикла. Акуш. и гинек., 1958, 6.

Николаев А. П. Руководство к технике исследования, диагностики и лечения в гинекологии. Изд. Донецкого обл. Ин-та ОМД, Сталино, 1937.

Отт Д. О. Оперативная гинекология. СПб, 1910.

Окинчиц Л. Л. Гинекологич. клиника. I—III, Медгиз, 1933.

Петченко А. И. Руководство по акушерству. Госмедиздат УССР, 1955.

Петченко А. И. Дополнительные методы диагностики женской гонореи. Л., 2 ЛМУ, 1938.

Преображенский А. П., Петрова Е. Н. и Моисеенко М. Д. О клинико-диагностическом значении цитологической картины вагинального мазка у женщины. Акуш. и гинек., 1947, 5.

Розовский И. С., Никулин П. П. Аппарат системы завода «Красногвардеец» и его применение для пертубации при бесплодии. Акуш. и гинек., 1959, 3.

Скробанский К. К. Учебник по гинекологии. Медгиз, 1938.

Сыева Г. и Докумов С. Кристаллизация слизи из канала шейки матки при определении гормональной функции яичников. Акуш. и гинек., 1958, 6.

Туманова Е. С. и Подольская И. Ю. Клинико-лабораторные методы определения функционального состояния яичников. Акуш. и гинек., 1952, 2.

Турдакова М. А. Применение пневмоперитонеума. Акуш. и гинек., 1954, 6.

Хохлов А. В. и Опалева Е. Ф. Цитодиагностика рака шейки матки методами фазоконтрастной и флюоресцентной микроскопии. Акуш. и гинек., 1958, 6.

Шмундак Д. Е. и сотр. Новый метод определения эстрогенов. Акуш. и гинек., 1955, 4.

Jache u. Pankow. Lehrbuch der Gynäkologie. Berlin, 1923.

Polano. Gynäkol. Untersuchungslehre. Halb. Seitz., Bd. II, S. 63—114.

Weibel. Lehrbuch der Frauenheilkunde. Berl.—Wien, 1941.

Глава 2

ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бели. Боли. Кровотечения. Бесплодие. Сексуальные расстройства. Расстройства функций мочевого аппарата и кишечника. Общие расстройства.

Гинекологические больные предъявляют обычно немного жалоб. Эти жалобы типичны и укладываются в следующие 7 групп: 1) бели, 2) боли, 3) кровотечения, 4) бесплодие, 5) сексуальные расстройства, 6) расстройства функций мочевой системы и кишечника, 7) сопутствующие общие расстройства.

Разберем последовательно эти группы, имея в виду их значение для патогенеза и диагностики.

БЕЛИ (FLUOR)

Большинство современных авторов (А. Э. Мандельштам, 1940, и др.) различают 5 видов белей: влагалищные, цервикальные, вестибулярные, маточные и трубные.

Влагалищные бели встречаются наиболее часто. Причина происхождения их далеко не всегда может быть объяснена. Нормальный влагалищный флюг представляет собой трансудат, происходящий из капиллярной лимфатической сети влагалища, в котором содержатся клетки плоского эпителия, единичные лейкоциты, влагалищные палочки Додерлейна и незначительное количество посторонней флоры. Палочки Додерлейна способствуют переходу гликогена влагалищных клеток в молочную кислоту, вследствие чего реакция влагалищного секрета обычно кислая. Херлин (Heuglin) разработал учение о четырех степенях чистоты влагалища, знание которых полезно для изучения клинки флюора.

Первая степень чистоты влагалища (рис. 38) (R° — I): обилие палочек Додерлейна, умеренное количество эпителиальных клеток. Посторонняя флора и лейкоциты почти отсутствуют. Реакция влагалищного секрета резко кислая, цвет выделений молочно-белый.

Вторая степень чистоты влагалища (рис. 39) (R° — II): довольно большое количество влагалищных палочек, а также эпителиальных клеток, встречаются единичные лейкоциты и немного посторонней флоры (сонта variabile). Реакция влагалища кислая, цвет выделений молочный слегка желтоватый, с примесью слизи.

Третья степень чистоты влагалища (рис. 40) (R° — III): небольшое количество палочек Додерлейна, много лейкоцитов, умеренное количество эпителия, значительное количество посторонней флоры, чаще всего кокковой. Реакция выделений слабокислая, внешний вид выделений слизисто-гниойный.



Рис. 38. I степень чистоты влагалища.

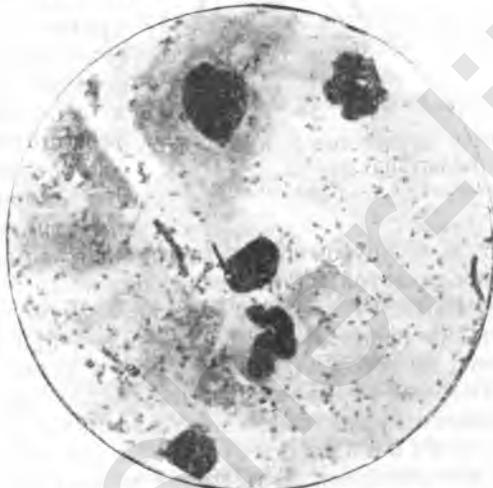


Рис. 39. II степень чистоты влагалища.

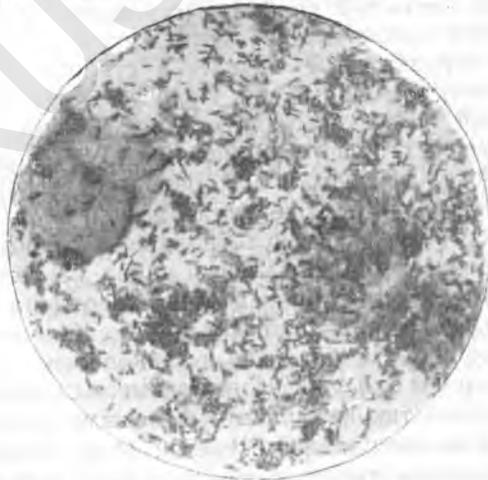


Рис. 40. III и IV степени чистоты влагалища.

Четвертая степень чистоты влагалища ($R^{\circ} = IV$): палочек Додерлейна вовсе нет, обилие посторонней флоры и лейкоцитов, умеренное количество эпителиальных клеток, реакция большей частью щелочная, реже — нейтральная, выделения по виду чисто гнойные.

Для определения четырех степеней чистоты влагалища пользуются обычно бактериоскопическим методом. На практике первую и вторую степени (*fluor albus*) считают признаком здорового состояния половой системы, а третью и четвертую (*fluor flavus*) — признаком воспалительного состояния женских половых органов.

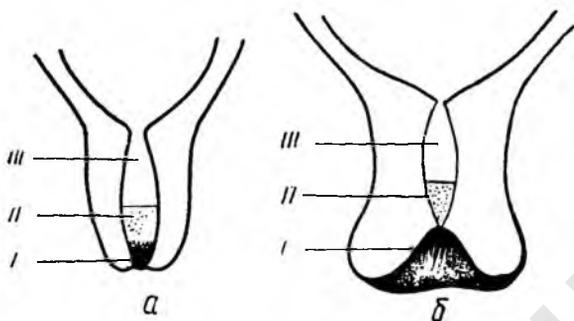


Рис. 41. Бактериальная загрязненность шейки матки по Вальтгарду.

а — у нерожавших; б — у рожавших.

Патологические влагалищные бели распознаются по увеличению количества их (гиперсекреция), изменению консистенции и цвета; последний может быть желтоватым от примеси гноя или красноватым от примеси крови. Патологическая гиперсекреция с понижением кислотности и небольшой примесью лейкоцитов наблюдается у девушек или молодых женщин, страдающих туберкулезом, базе-

довой болезнью и т. п. С другой стороны, гиперсекреция может наблюдаться при атрофии слизистой влагалища у пожилых женщин (старческий кольпит, см. ч. II, гл. 6). Патологические бели могут наблюдаться также при различных инфекционных заболеваниях, при поносах, циститах, глистной инвазии, но особенно при гонорее, а также при злокачественных опухолях. Упорные гнойно-пенистые жидкие выделения встречаются при так называемых трихомонадных вагинитах (см. ч. II, гл. 9).

Шеечные (цервикальные) бели занимают по частоте второе место после влагалищных. Вследствие обилия цервикальных желез шеечные бели вытекают из цервикального канала и накапливаются в виде крупной слизистой пробки у наружного зева. Цервикальный секрет представляет собой стекловидную тягучую слизь. В патологических условиях цервикальные выделения становятся очень обильными, принимают слизисто-гнойный или гнойный характер. Гиперсекреция шеечных выделений может наблюдаться при старых разрывах шейки. Гиперсекреция шеечных белей и изменение их в гнойные и слизисто-гнойные наблюдаются при острой и хронической гонорее шеечного канала, при неспецифических эндоцервицитах, при разрывах шейки, иногда от ношения пессариев. По степени поражения возбудителями Вальтгард (Walther) разделяя цервикальный канал на три зоны (рис. 41): нижняя треть, наиболее инфицированная и содержащая много лейкоцитов, средняя треть, содержащая лейкоциты и единичные бактерии, и верхняя треть, свободная от бактерий и лейкоцитов.

Вестibuлярные бели. Нормальные выделения области преддверия продуцируются так называемыми малыми вестибулярными железами и большой вестибулярной железой (бартолиниевой). Вестибулярные бели появляются вместе с шеечными при половом возбуждении и после сношений. Гиперсекреция прозрачной слизи наблюдается

при чрезмерных половых возбуждениях. Патологические вестибулярные бели сопровождают воспалительные процессы вульвы, влагалища и матки. Но наиболее патологическое значение имеют эти бели при воспалении выводного протока бартолиновой железы при женской гонорее.

Маточные бели. В стадии пролиферации эндометрия маточные бели в нормальных условиях не определяются; в стадии секреции определяется небольшое количество содержащей белок слизи, заполняющей просветы маточных желез, при этом свободной слизи в полости матки не обнаруживается. Патологические маточные бели встречаются при эндометритах: гонорейном, туберкулезном и послеабортном; они могут содержать примесь гноя, крови. Маточные бели встречаются также при доброкачественных (субмукозная фибромиома) и злокачественных (карцинома шейки и полости матки) опухолях, являясь часто одним из первых симптомов рака полости матки.

Трубные бели встречаются редко. Они наблюдаются при так называемых мешотчатых опухолях труб, наполненных гноем или серозной жидкостью, когда происходит периодическое опорожнение их от скопившейся жидкости через маточное отверстие трубы, ранее запаянное (*sactosalpinx profluens*).

Таким образом, в практике чаще всего наблюдаются влагалишные и шеечные бели.

БОЛИ

Боли являются одной из основных жалоб гинекологических больных. Возникновение болей и их распространение зависит от характера заболевания и особенностей иннервации женских половых органов. В настоящее время признают существование специальных нервных окончаний и рецепторов, воспринимающих болевые раздражения. Болевые импульсы поступают по нервным проводящим путям к задним корешкам спинного мозга, откуда направляются в головной мозг. Большое значение имеет также проведение болевых импульсов экстрамедуллярно через симпатическую нервную систему, чрезвычайно сильно развитую в области женских гениталий. Болевые рецепторы и нервные окончания изобилуют также в кровеносной системе гениталий. Кровеносные сосуды здесь развиты весьма значительно; от этого зависит возможность появления болевых импульсов, исходящих из различных отделов половой системы. В головном мозгу восприятие болевых ощущений происходит в области таламуса. Степень болевого ощущения может зависеть от множества причин и прежде всего от состояния высшей нервной деятельности женщины, т. е. от ее типологических особенностей.

С практической точки зрения целесообразно, как это делает В. С. Михайловский (1958), разделить все виды болей у гинекологических больных на три группы: 1) боли воспалительного происхождения; 2) боли, связанные с аномалиями менструального цикла и 3) боли при доброкачественных и злокачественных опухолях гениталий.

Наиболее частыми причинами возникновения болей являются воспалительные процессы женской половой системы. Эти боли возникают на почве биохимических раздражений нервных окончаний рецепторов, наступающих в результате нарушения обмена и изменения химизма среды, отека, расстройства крово- и лимфообращения и образования инфильтратов. Боли становятся интенсивнее, если воспалительный про-

цесс затрагивает париетальную брюшину. Боли воспалительного характера усиливаются также во время менструаций. Особенно сильные боли бывают при разрыве отдельных органов: трубы при пиосальпинксе и внематочной беременности, яичника — при апоплексии. Боли наблюдаются также в результате некроза фиброматозных узлов.

Следующей причиной возникновения болей может быть механическое раздражение от сдавления болезных рецепторов и нервных окончаний половых органов (при опухолях и новообразованиях матки и придатков, при кровоизлияниях в полость опухолей). Боли часто развиваются также в результате сокращений и спазмов мускулатуры матки (рождение миоматозного узла, выкидыш, трубный аборт). Резкие боли наступают при перекручивании ножки опухоли яичника. Боли при злокачественных опухолях являются поздним симптомом и свидетельствуют о запущенности процесса. Они зависят от сдавления нервных окончаний, а также от общей интоксикации организма.

Причиной пояснично-крестцовых болей у женщин, страдающих воспалительными процессами, часто является неврит, сопровождающий воспалительные изменения тазовой клетчатки и брюшины (И. Л. Брауде). Пояснично-крестцовые боли могут вызываться также экстрагенитальными заболеваниями — спондилолистезом, спондилартритом, туберкулезом позвоночника и др. Большое значение имеют боли в результате мышечной усталости в области поясничных мышц, наблюдающиеся при длительном напряжении, а также боли, наступающие в результате энтероптоза, особенно у астеничных женщин.

Отдельно следует отметить так называемую *к о к ц и г о д и н и ю*, или *к о п ч и к о в ы е б о л и*, которые могут достигнуть большой интенсивности. Боли эти возникают при воспалительных заболеваниях, в особенности при застарелых периметритах и остатках параметрита. Они могут возникнуть также в результате переломов в области копчика или как последствие деформирующего артрита, а также при радикулитах. При ректальном исследовании определяется болезненная точка в области копчика; движения его болезненны.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Жалобы на кровотечение из половых органов являются одним из наиболее частых симптомов гинекологического заболевания. Чаще всего кровотечения происходят из матки. Кровотечения могут быть циклическими, т. е. связанными с менструальным циклом, либо ациклическими, когда менструальный цикл не сохранен, и кровотечение происходит беспорядочно (рис. 42, 43). По старой классификации циклические кровотечения назывались меноррагиями, ациклические — метроррагиями. Чаще всего кровотечения как циклические, так и ациклические наблюдаются при воспалительных процессах женских половых органов. Причина кровотечений при воспалительных заболеваниях может заключаться в активной и пассивной гиперемии, специфических эндометритах (гонорейном, туберкулезном), а также может зависеть от перифоритов (поверхностный спаячный процесс), вызывающих нарушение нормального созревания фолликулов.

На втором месте следует поставить кровотечения при фибромиомах и аденомиозе матки. При внутриматочных формах фибромиома матки преобладают циклические кровотечения, при субмукозных (внутри-маточных) узлах — ациклические. Значительные ациклические кровотечения наблюдаются также при раке шейки матки, полипах полости ее.

Очень длительные ациклические кровотечения наблюдаются при персистенции фолликула и при ряде заболеваний эндокринного происхождения. Женщины, страдающих длительными и обильными кровотечениями,



Рис. 42. Графическое изображение маточных кровотечений по Адлеру — Кипарскому (Мандельштам).

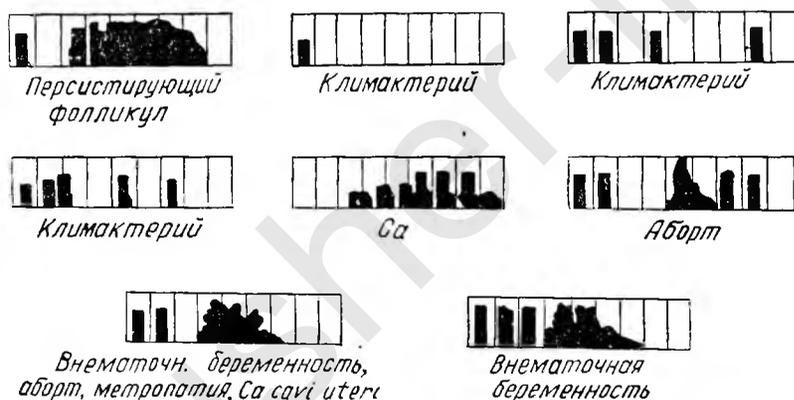


Рис. 43. То же

можно узнать по наружному виду: бледность покровов и слизистых, одутловатость или пастозность лица; при исследовании у них обнаруживаются глухость сердечных тонов и другие явления анемии.

БЕСПЛОДИЕ (STERILITAS)

Весьма частой жалобой больных, обращающихся к гинекологу, является бесплодие. Различают первичное и вторичное бесплодие. Первичным бесплодием называют отсутствие беременности в течение трех-летнего периода супружеской жизни; вторичным — бесплодие после имевших место родов или аборта при давности бесплодия в два-три года. Бесплодие в браке может зависеть и от мужчин (в 30%). Причины женского бесплодия очень многочисленны: они излагаются в ч. II, главе 10. При обследовании бесплодной женщины не следует забывать подвергнуть исследованию и мужа ее.

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Жалобы женщин на расстройства половой жизни наблюдаются довольно часто. Отношение врача к таким больным должно быть чрезвычайно внимательным и тактичным. Расстройства половой жизни, по А. Э. Мандельштаму, бывают следующие: 1) невозможность половой жизни вследствие каких-либо препятствий в половых органах; 2) невозможность полового сношения из-за спазма в области входа во влагалище; 3) болезненность при половом сношении; 4) половая холодность и 5) отсутствие удовлетворения.

К *первой группе* относятся женщины с различными пороками развития, как например, полная или частичная атрезия влагалища, плотность гимена и др.

Вторая группа — страдающие вагинизмом — болевым спазмом входа во влагалище. При попытках к сношению происходит тоническое сокращение бульбокавернозной мышцы и судорога приводящих мышц бедра. Заболевание это психогенного характера; встречается оно у инфантильных и астеничных женщин молодого возраста или у более пожилых, не живших ранее половой жизнью истеричных женщин.

Третью группу составляют больные с узким влагалищем, с воспалительными процессами вульвы и влагалища, а также с воспалительными опухолями придатков матки, воспалительными спайками тазовой брюшины и т. п.

Больные *четвертой группы* — с половой холодностью (*frigiditas sexualis*) или отсутствием либидо — встречаются нередко среди женщин с недоразвитием полового аппарата или с чертами интерсексуальности. У таких женщин месячные приходят нерегулярно, в скудном количестве (В. Штеккель; W. Stoeckel). Как временное явление ослабление либидо наблюдается после перенесенных тяжелых инфекционных заболеваний, иногда после аборт, а как постоянное явление — после хирургической или рентгеновской кастрации.

Отсутствие оргазма может зависеть от некоторых анатомических и физиологических причин: разрыв промежности с расширением влагалищной трубки, от половой слабости мужа и т. д.

Расстройства половой жизни, а также различные половые извращения (подлежат лечению не только у гинеколога, но и у психиатра) могут привести к семейным конфликтам, диспареунии и явлениям тазового застоя крови и лимфы, что обуславливает иногда довольно тяжелое болезненное состояние женщины: она жалуется на общую слабость, боли внизу живота, запоры. Однако объективно, кроме цианоза влагалища и шейки и явлений истерии, никаких патологических изменений со стороны генитального аппарата обнаружить не удастся. Некоторые авторы, впрочем, находят при диспареунии уплотнение крестцово-маточных связок, болезненность в заднем своде (так называемый «задний параметрит»), увеличение матки.

РАССТРОЙСТВА ФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО АППАРАТА И КИШЕЧНИКА

По мнению В. А. Гораша, пятая часть всех больных, обращающихся к гинекологу, страдает заболеваниями мочевых органов, поэтому гинеколог должен знать достаточно хорошо с им п т о м а т о л о г и ю з а б о л е в а н и й м о ч е в о й с и с т е м ы. Гинекологические больные часто жалуются на болезненность и учащение мочеиспускания, затрудне-

ние при попытках мочеиспускания или, наоборот, невозможность удержания мочи. Нередки жалобы на изменение окраски мочи, а также изменение суточного диуреза.

Боли при мочеиспускании наблюдаются чаще всего при уретритах, циститах и пиелитах, причем боли в конце мочеиспускания характерны для циститов, боли в начале мочеиспускания — для уретритов (гонорейных).

Изменение цвета мочи может наблюдаться при пиурии и гематурии. При пиурии моча мутная, содержит хлопья, при стоянии образует большой осадок зеленоватого цвета. Различают начальную (инициальную) пиурию, когда первые же порции мочи содержат гной, что наблюдается, главным образом, при уретритах, и терминальную пиурию — гной содержится лишь в последних порциях мочи: это наблюдается чаще всего при циститах. Тотальная пиурия с содержанием гноя во всех порциях мочи встречается при тяжелых пиелитах или цистопиелитах и при прорыве гноя в мочевой пузырь из соседних органов.

Гематурия представляет собой грозный симптом. Появление крови в моче может иметь чрезвычайно разнообразные причины, и источник кровотечения может находиться в различных отделах мочевыводящих путей. Остро развившаяся гематурия может наступить при травме уретры во время катетеризации, при остром цистите (тригоните), при туберкулезе или камнях пузыря, а также при доброкачественных и злокачественных опухолях мочевого пузыря. Гематурия может зависеть и от почечнокаменной болезни (сопровождается припадками почечной колики); наблюдается также при злокачественных опухолях и туберкулезе почек. В диагностическом отношении при гематурии очень важно собирать мочу катетером, так как при самостоятельном мочеиспускании в мочу может попасть кровь из влагалища (при менструации, маточном кровотечении).

Частичное недержание мочи (при натуживании) может наблюдаться в результате родовой травмы — при опущении и выпадении влагалища. Полное или частичное недержание мочи (без натуживания) встречается при мочеполовых свищах, разрушении стенки мочевого пузыря, при раке шейки матки и т. д.

Задержка мочеиспускания может наблюдаться при значительных проляпсах матки, а также при травмах мочевого пузыря, уретры или при ущемлении этих органов опухолью, исходящей из гениталий. Полная задержка мочи наблюдается при травме или заболевании спинного мозга (*tabes*).

У гинекологических больных часто наблюдается *расстройство со стороны кишечника*. Чаще всего больные жалуются на *запоры или вялость кишечника*. Запоры сравнительно редко вызываются давлением опухоли матки или придатков; чаще они наблюдаются от нерационального питания (мало растительной пищи), при сидячем образе жизни, при кишечных спайках. Запоры весьма характерны для женщин в климактерическом периоде; при этом наблюдаются и другие явления вегетативного невроза.

Поносы могут наблюдаться при острых воспалительных процессах гениталий, пельвеоперитоните и перитоните гинекологического происхождения, а также при туберкулезе придатков в сочетании с туберкулезом кишечника. Поносы могут наблюдаться также при прорывах гнойной опухоли малого таза в сигму или прямую кишку.

После применения рентгенотерапии или радиотерапии в области половых органов могут наблюдаться длительные тенезмы прямой кишки.

ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА

У гинекологических больных имеется нередко ряд общих жалоб, не типичных для гинекологического заболевания. Эти жалобы встречаются чаще всего у пожилых женщин, особенно в климактерическом периоде.

Часто встречаются жалобы на различные явления в области сердца: сердцебиение, боли в области сердца (в периоде климакса и у молодых истеричных женщин), слабость сердечной деятельности и аритмия, связанные с кровопотерями. Часты также жалобы на головокружения или приливы к голове. Чувство жара — характерная жалоба при климактерическом неврозе. Однако подобные жалобы могут наблюдаться также при гипертонии. Поэтому измерение кровяного давления должно быть обязательным у всех гинекологических больных.

У многих гинекологических больных наблюдается значительное ожирение с расстройством жирового и водного обмена веществ. Некоторые больные жалуются на исхудание; этому симптому всегда следует уделять внимание, так как исхудание наблюдается при злокачественных опухолях. Пожилые гинекологические больные часто жалуются на боли в суставах, которые могут быть не только подагрического или ревматического происхождения, но и эндокринного (*arthropathia ovaripri-va*). Нередко женщины, особенно пожилые, предъявляют жалобы на различные нервные расстройства: гиперестезию, невралгии, зуд половых органов, головные боли (мигрени). Совокупность таких жалоб наблюдается при климактерических неврозах. В климактерическом периоде может развиваться также климактерический психоз.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров А. В. Аномалии пояснично-крестцовой части позвоночника у женщин и их клиническое значение. Акуш. и гинек., 1936, 3
- Анохин П. К. О физиологических механизмах болевых реакций. Акуш. и гинек., 1956, 3.
- Боляжина В. И., Жмакин К. Н., Кватер Е. И., Малиновский М. С., Сыроватко Ф. А. Гинекология. Медгиз, 1957.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1952, 1959.
- Вайнштейн Г. Б. Гипогастральный синдром при заболеваниях органов малого таза женщины. Акуш. и гинек., 1952, 6.
- Гораш В. А. Заболевания мочевой системы у женщин. Скробанский. Учебник гинекологии. Медгиз, 1938.
- Кекчеев К. Х. и Сыроватко Ф. А. К вопросу об энтероцептивных раздражениях. Акуш. и гинек., 1939, 5.
- Короткин Н. И. О болевой чувствительности при гинекологических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1938, 1.
- Мандельштам А. Э. Об этиопатогенезе и терапии функ. маточных кровотечений. Акуш. и гинек., 1949, 3.
- Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика. ЦНИАГИ, 1940.
- Мандельштам А. Э. Семiotика и диагностика женских болезней. Медгиз, 1959.
- Михайловский В. С. Характеристика болев у гинекологических хворих. Пед., акуш. і гінек., 1958, 3.
- Скробанский К. К. Учебник по гинекологии. Медгиз, 1938.
- Смирнова Л. А. О диагностическом значении болевых зон в гинекологии. Акуш. и гинек., 1951, 3.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. Москва. 1907.
- Шварцман Е. М. Проблема болей в биологии и патологии женщины (диагностика, профилактика, лечение). Акуш. и гинек., 1941, 4.
- Шушанья П. Г. К вопросу о классификации расстройств менструального цикла. Акуш. и гинек., 1950, 5.
- Vaisch. K. Allgemeine Symptomatologie gynäkologischen Erkrankungen. Menge—Opitz. Handb., 1927.
- Halban. Halb.—Seitz, Handb., Bd. II, S. 1.
- Stöckel. W. Die Geschlechtskälte der Frau. Berl., 1927.

Глава 3

НОРМАЛЬНАЯ ЭМБРИОЛОГИЯ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Развитие мочевой системы и наружных половых органов. Развитие внутренних половых органов. Недоразвитие половых органов. Пороки развития наружных половых органов, влагалища и шейки матки (псевдогермафродитизм, гинатрезии). Пороки развития внутренних половых органов. Полное отсутствие матки и влагалища. Заболевания и опухоли вульвы. Заболевания и опухоли влагалища.

РАЗВИТИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

У человека развивается три генерации почек: 1) предпочка, 2) первичная, или головная, почка — пронефрос, 3) вторичная почка — мезонефрос, или постоянная почка — метанефрос (рис. 44—46).

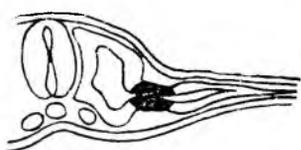


Рис. 44. Дифференцировка мезодермы (по Феликсу). Образование мочевых клубочков первичной почки (справа).

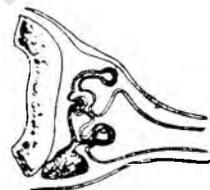


Рис. 45. Схема образования клубочков первичной почки (по Феликсу).

Предпочка встречалась, по-видимому, у вымерших предков позвоночных во взрослом состоянии. У большинства современных низших позвоночных предпочка функционирует лишь в зародышевом состоянии и у взрослых замещается первичной почкой.

В предпочке, развивающейся у человека очень рудиментарно, находят только предпочечные канальцы, зато имеется выводной проток — вольфов ход, впоследствии достигающий клоаки. Вольфов ход представляет собой первичный мочеточник, образующийся уже у эмбриона 5 мм длины.

Первичная почка, или вольфово тело, представляет собой значительно более сложный орган, который располагается каудальнее предпочки на протяжении многих сегментов туловища (отсюда другое ее название «туловищная почка»); в каждом из сегментов туловища имеются канальцы первичной почки, а также ответвления канальцев. Вначале предпочка и первичная почка имеют общий проток — вольфов канал, а затем этот канал разделяется на два: один для предпочки, другой — для первичной почки. Канал, относящийся к предпочке, носит название мюллерова тяжа или нити, а канал первичной почки — вольфова канала. У человека рудиментарные канальцы предпочки не обра-

зуют никакого протока. Вольфов канал есть только проток первичной почки. Позднее от его стенки отщепляется тяж, который приобретает просвет и становится мюллеровым каналом. Вольфовы и мюллеровы протоки открываются в клоаку отдельными отверстиями.

Существенным отличием первичной почки от предпочки является связь ее канальцев с кровеносной системой. Канальцы первичной почки открываются в специальную пару длинных каналов -- вольфовы хо-

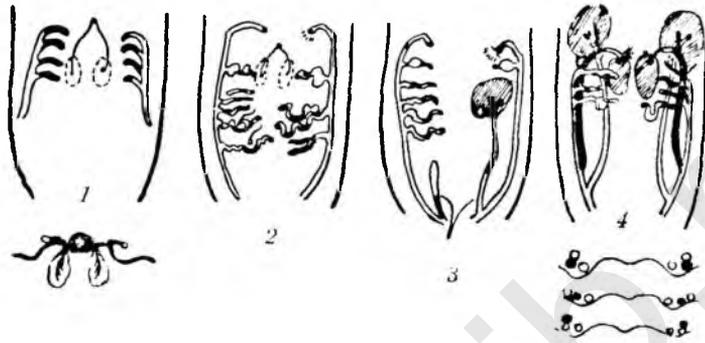


Рис. 46. Схема последовательного развития трех генераций почек (по Ламу).

1 — первичная почка; 2 — вторичная почка; 3 — окончательная почка;
4 — мюллеровы нити.

ды, которые направляются каудально и впадают в клоаку. У высших позвоночных функционирующим органом выделения в зародышевой жизни является первичная почка, а во второй половине зародышевого развития ей на смену приходит вторичная почка.

Вторичная почка формируется у зародыша человека из метанефрогенной ткани (малодифференцированный зачаточный клеточный материал). Из метанефрогенной ткани образуются почечные канальцы, которые вступают в контакт с разветвлениями почечных артерий, при этом возникают мальпигиевы тельца: противоположный конец канальцев переходит в почечную лоханку. От обоих вольфовых протоков возникают слепые выросты, идущие ко вторичной почке. Эти выросты становятся мочеточниками, а их расширенные концы, вросшие в метанефрогенный зачаток, становятся лоханками.

Характерной особенностью вторичной почки является локализация ее в каудальных сегментах туловища (тазовая почка); она обладает огромным количеством канальцев и кровеносных клубочков, тесно связанных с кровеносной системой. Мочевыводящими путями вторичной почки являются мочеточники, которые открываются у одних форм позвоночных в клоаку, а у других — в мочевой пузырь. Мочевой пузырь развивается из выпячивания клоаки, а у высших позвоночных является производным части аллантаиса.

Вторичная почка распадается на два отдела: краниальный, или мезонефрогенный, и каудальный, или метанефрогенный. Обратное развитие начинается в краниальном отделе. Позднее наступает обратное развитие каудального отдела; средний отдел сохраняется дольше всего. У взрослой женщины остатки краниальной части вторичной почки обнаруживаются между листками мезосальника в виде гребневидного об-

разования — эпоофорон; его легко обнаружить при натягивании мезосальпинкса близ ампулярного конца трубы. Остатки каудальной части вторичной почки носят название пареоофорон; они обнаруживаются по соседству с эпоофороном. Из этих остатков может образоваться кистовидная опухоль — паровариальная киста.

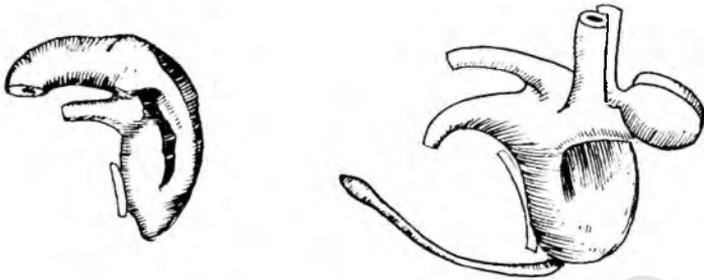


Рис. 47. Клоака эмбриона длиной в 3 мм (по Кольману).
Справа клоака эмбриона длиной в 7 мм.

Остатки первичного мочеточника можно обнаружить в виде прерывистого хода у боковых стенок матки и влагалища; из них может образоваться влагалищная киста, так называемая киста гартнера хода. (см. рис. 72).

Наружные половые органы развиваются из передней части пере-

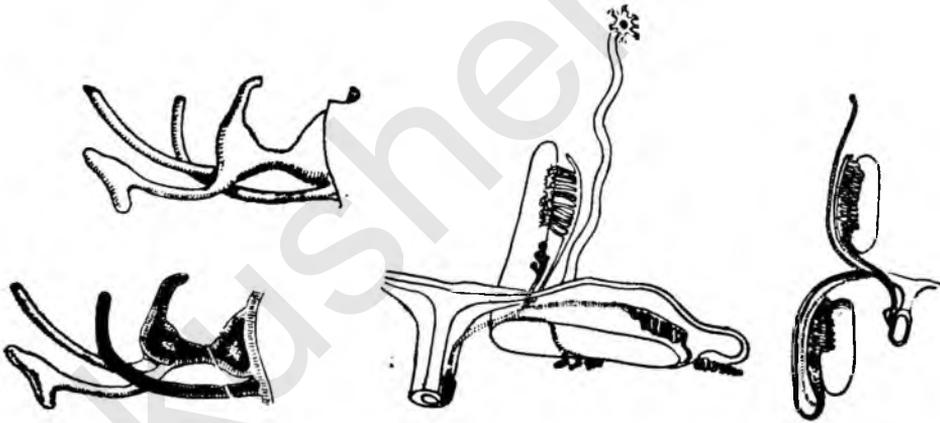


Рис. 48. Клоака эмбриона длиной 11 мм (по Феликсу). Разделение остатков клоаки на синус уrogenиталис и на пузырно-мочеточниковый зачаток.

Рис. 49. Опущение вольфова тела, половых желез и дериватов мюллеровых нитей (по Танделеру).

понки клоаки. Вначале образуется выпячивание — клоакальный, или половой, бугорок. Половой бугорок растет, перекрывает перепонку клоаки и разделяется на два валика. Перепонка клоаки также распадается на два отдела: мочеполовую и заднепроходную перепонки (*septum urogenitale* и *septum urorectale*). Мочеполовая перепонка вскоре сообщается с клоакой, а заднепроходная вскрывается наружу и образует преддверие влагалища (рис. 47, 48, 49).

Половой бугорок дает начало головке полового члена (у женщины — клитору), а также уретральному желобу и уретральным губам. Из двух валликов полового бугорка образуется мошонка (у женщины — большие губы). Из половых складок образуется мочеиспускательный канал, у женщины — малые губы. Из остатков *sinus urogenitalis* образуется треугольник мочевого пузыря и часть мочеиспускательного канала. Из так называемого «мюллеровского холмика» образуется гимен и переход в преддверие (рис. 47—49).

РАЗВИТИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Женская половая железа — яичник — начинает свое развитие позднее вольфова тела, но на ранних стадиях утробной жизни эмбриона. У эмбрионов 5—5½ мм длины на внутренней стороне первичной почки образуется половой валлик, состоящий из наружного кортикально-

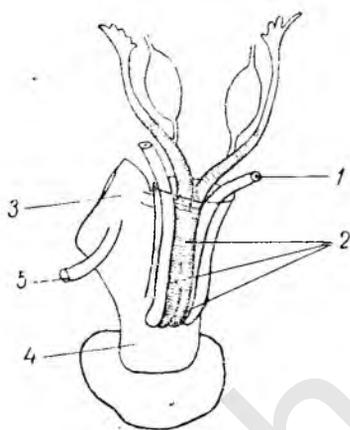


Рис. 50. Схема развития внутренних женских половых органов.

1 — вольфов ход; 2 — мюллеров ход; 3 — мочевой пузырь; 4 — синус уrogenиталис; 5 — мочеточник.

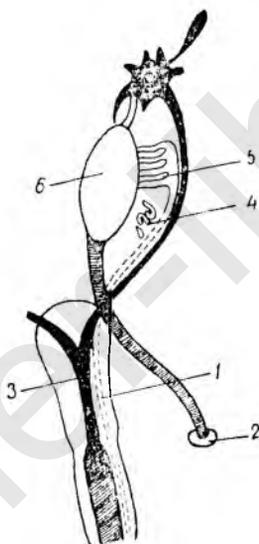


Рис. 51. То же.

1 — вольфов ход; 2 — почечное кольцо; 3 — матка; 4 — пареофорон; 5 — эпифорон; 6 — яичник.

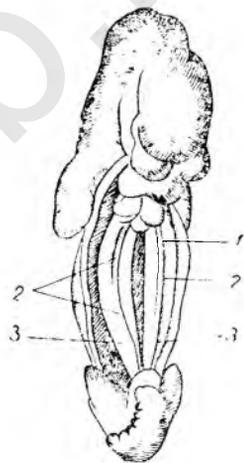


Рис. 52. Человеческий зародыш пяти недель (по Кольману).

1, 3 — первичные почки; 2 — зародышевая складка.

го и внутреннего медуллярного слоев. Позднее в кортикальном слое валлика появляются большие светлые клетки с круглым ядром — первичные половые клетки. Поверхность коркового слоя покрыта зародышевым эпителием. Кортикальный слой врастает в подлежащую соединительную ткань, образуя особые скопления в виде гнезд и тяжей; из них путем дальнейшей дифференциации клеток образуются первичные (примордиальные) фолликулы. В краниальном отделе полового валлика у места соприкосновения с вольфовым телом происходит разрастание эпителия и закладка сети яичника. Так образуется яичник зародыша.

Выводящие пути для половых продуктов яичника — трубы, матка, влагалище — развиваются из так называемых мюллеровских ходов. Выводящие пути для половых продуктов зародышей мужского пола

развиваются из вольфова хода. У человеческого эмбриона в 11 мм длинной латерально от вольфова тела появляются складки, быстро смыкающиеся и образующие канал — мюллеровский канал, или нить.

Из мюллеровских нитей образуются трубы, матка и влагалище. Происходит это следующим образом. Мюллеровские нити, располагаясь вначале латерально от вольфова канала, опускаются и переходят

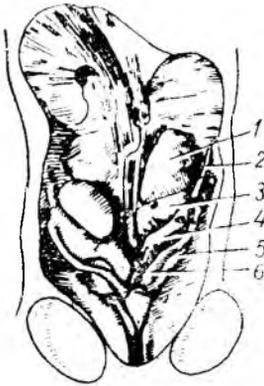


Рис. 53. Половые органы эмбриона длиной в 20 мм.

1 — надпочечник; 2 — диафрагма; 3 — почка; 4 — яичник; 5 — первичный мочеточник; 6 — первичная почка.

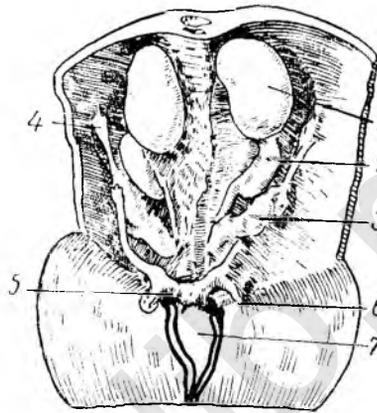


Рис. 54. Половые органы эмбриона длиной 33 мм (по Кольману).

1 — надпочечник; 2 — почка; 3 — яичник; 4 — связка диафрагмы; 5, 6 — паховые связки; 7 — мочевой пузырь.

постепенно на медиальную сторону от него и, наконец, сближаются друг с другом до полного слияния. Верхний отдел мюллеровских нитей, составившийся не слитым, образует трубы; слившиеся участки служат для образования тела матки и шейки, а самый нижний отрезок образует влагалище. Septum urogenitale, расширяясь, превращается в промежность (рис. 49—56).

НЕДОРАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Недоразвитием половых органов называют такое их состояние, когда они останавливаются на внутриутробной или детской степени развития. Недоразвитие половых органов может наблюдаться в связи с общим недоразвитием, особенно костной и сосудистой системы, или же может быть местным, касающимся только внутренних половых органов.

Различают две формы недоразвития матки: гипопластическая матка (*uterus hypoplasticus*) и детская матка (*uterus infantilis*). Гипопластическая матка имеет нормальную форму, тело ее в два раза длиннее шейки, а величина значительно уменьшена. Менструации у таких женщин скудные, наступают поздно, но беременность все же возможна, однако наступает обычно после многих лет супружеской жизни.

Детская матка небольшая, плотная, с очень длинной шейкой (в два раза больше тела), конической влагалищной частью и точечным зевом. Длина полости недоразвитой матки — гипопластической или детской — всегда меньше нормальных 7 см.

Определяют три степени недоразвития матки. При первой степени длина полости матки равна 6—5 см; при второй — 5—3,5 см и при тре-

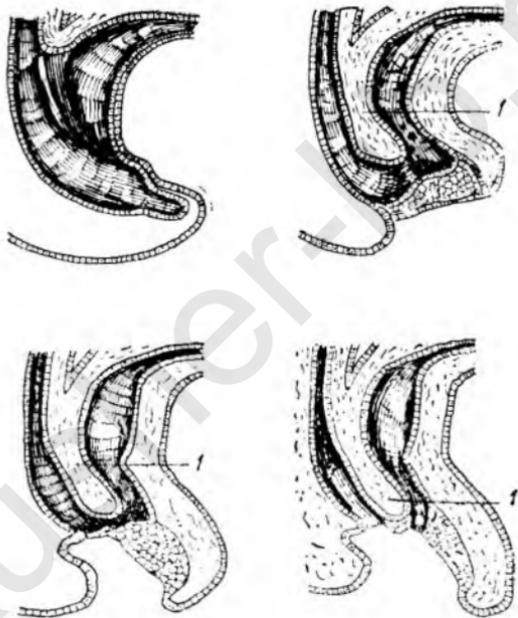


Рис. 55. Отделение прямой кишки от мочевого пузыря уретроректальной перегородкой (1) (по Корнннгу).

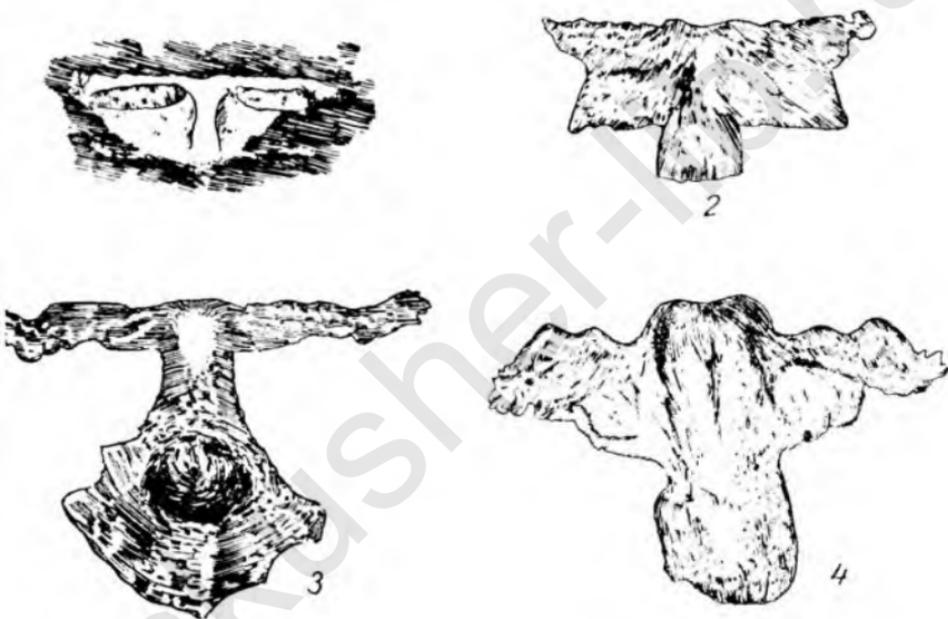


Рис. 56. Внутриутробное развитие матки (по Какушкину).

1 — пятимесячная беременность; 2 — семимесячная беременность; 3 — вось-
мимесячная беременность; 4 — доношенная беременность.

тей — меньше 3,5 см. Обычно имеются и другие признаки недоразвития половых органов: большие губы слабо развиты, малые губы и клитор выступают из-под больших губ, влагалище узкое, своды не выражены, яичники расположены высоко. Грудные железы развиты недостаточно. Менструации скудные, но иногда наблюдаются сильные кровотечения. Менструации очень часто сопровождаются сильными болями (дисменорея). Женщины с детской маткой страдают стойким бесплодием, пониженным либидо и оргазма. Некоторые авторы различают особый вид инфантильной матки — *uterus foetalis*; этот вид диагностируется только после вскрытия полости матки, при этом в ней обнаруживаются *plicae palmatae* — складки, являющиеся продолжением складчатости цервикального канала (рис. 57); в нормальной матке эта складчатость обнаруживается только в шейечном канале, а в полости матки ее нет. У женщин, страдающих недоразвитием матки (длина полости меньше 6—7 см), яичники малой величины и недоразвиты. Что касается труб, то при недоразвитии внутренних половых органов они не только не укорочены, но даже удлинены. Большая длина и извилистость труб напоминают детские трубы. Просвет их очень узок, что предрасполагает к внематочной беременности или бесплодию. Нередко встречается изменение положения недоразвитой матки; это особенно касается зародышевой и детской матки, у которых наблюдается чрезмерная остроугольная антефлексия.



Рис. 57. Матка и часть влагалища новорожденной девочки в разрезе. *Plicae palmatae* (по Тандлеру).

Терапия обеих форм недоразвития матки одна и та же, однако прогноз при детской матке гораздо хуже, чем при гипопластической. Наступление беременности является благоприятным фактором, способствующим дальнейшему развитию матки, однако многие случаи беременности заканчиваются самопроизвольным абортом или преждевременными родами. Лечение недоразвития матки выскабливанием ее слизистой, вопреки мнению некоторых авторов, не стимулирует ее дальнейшего развития. Точно так же операция дисцизии (кровоаого расширения) шейки не является рациональной и не увеличивает шансов на возможность беременности.

Рациональным комплексом лечения недоразвития внутренних половых органов в настоящее время является гормонотерапия (см. ч. III, гл. 3) в сочетании с общеукрепляющим лечением, занятием спортом, а также некоторые виды физиотерапии (для гиперемизирования тазовых органов), как например диатермия, в особенности влагалищная.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Пол человека определяется только по характеру его половых желез. Тех лиц, у которых имеется несоответствие между строением половой железы и внешним видом половых органов или вторичными половыми признаками, называют гермафродитами. Гермафродитизм разделяется на истинный и ложный. При истинном гермафродитизме у одного и того же субъекта имеются две функционирующие

половые железы разных полов. При ложном гермафродитизме, или псевдогермафродитизме, у одного и того же субъекта имеется половая железа одного пола, а половые органы и вторичные половые признаки частью женские, а частью мужские. В литературе собрано более 1200 случаев псевдогермафродитизма и единичные недостоверные — истинного. Редкие случаи сочетания в одной половой железе элементов яичника и мужской половой железы (овотестис) также относятся к гермафродитизму.

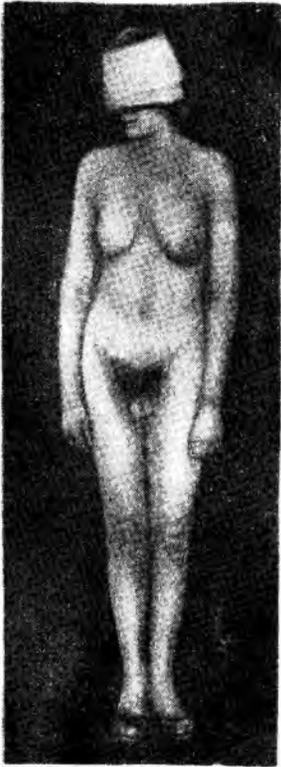


Рис. 58. Ложный мужской гермафродитизм (собственный случай).

Псевдогермафродитизм разделяется на мужской и женский в зависимости от наличия мужской половой железы или яичника. В свою очередь эти две группы могут разделяться каждая на три разновидности: 1) наружный, 2) внутренний и 3) полный псевдогермафродитизм.

А. Э. Мандельштам дает следующую краткую характеристику разновидностей псевдогермафродитизма.

1. Псевдогермафродитизм мужской (имеются только яички):

а) *наружный*: наружные половые органы неправильно развиты, в них преобладает женский тип. Внутренние половые органы — мужские;

б) *внутренний*: при наличии мужских наружных половых органов сохранены мюллеровы ходы;

в) *полный* (наружный и внутренний): наружные половые органы неправильно развиты, приближаясь к женским; мюллеровы ходы сохранены.

2. Псевдогермафродитизм женский (имеются только яичники):

а) *наружный*: наружные половые органы неправильно развиты; внутренние — женские;

б) *внутренний*: тип строения наружных половых органов женский; сохранены вольфовы ходы

в) *полный*: наружные половые органы изменены с преобладанием мужского типа; имеются вольфовы ходы.

У значительной части гермафродитов наблюдаются заболевания мочевого пузыря, недержание или задержка мочи и пороки развития мочевой системы. Вторичные половые признаки представляют большое разнообразие и смешение мужских и женских черт.

По Б. Цондеку (Zondek B., 1959), из мочи ложных женских гермафродитов выделен новый гормон — прегнантриолон. Женщин с теми или иными признаками маскулинизации рекомендуется лечить кортизоном, который тормозит продукцию адренокортикотропного гормона и тем самым нормализует андрогенную активность надпочечников.

Ниже приводим собственный случай ложного мужского гермафродитизма (на стр. 490—491 описан случай женского псевдогермафродитизма).

14 января 1953 г. в руководимую нами клинику поступила больная С., 22 лет. Из анамнеза выяснилось, что больная родилась третьей по счету в здоровой семье, воспитывалась, как девочка, имеет все склонности девочки, психика ее полностью соответствует женскому полу. Больная отмечает влечение к мужчинам. Два года назад у нее были периодические боли внизу живота, которые она приняла за менструальные.

Больная высокого роста (рис. 58), 183 см, вес 73 кг, кадык выпячивается, подкожная клетчатка развита слабо, имеется некоторая сутулость. На нижних конечностях и над лобком обширный волосистой покров по мужскому типу. Наряду с этими мужскими чертами у больной имеются хорошо развитые грудные железы, черты лица женоподные, волосистость на лице отсутствует. В органах грудной и брюшной полости отклонений от нормы нет. При осмотре наружных половых органов (рис. 59) бро-



Рис. 59. Ложный мужской гермафродитизм. Виден рудимент влагалища.

сается в глаза хорошо выраженная мошонка с резким раздвоением ее по средней линии. Под симфизом определяется короткий penis размерами $5 \times 2,5$ см; имеется хорошо выраженный раертитум. В нижней части расщепления мошонки обнаруживается рудимент влагалища глубиной в 3 см. У края верхней стенки влагалища располагается наружное отверстие мочеиспускательного канала (гипоспадия). В правой и левой половине мошонки прощупываются хорошо выраженные яички с придатками и семенниками.



Рис. 60. Атрезия гимена. Гематокольпос.



Рис. 61. Гематокольпос при атрезии гимена (схема).

При ректальном исследовании матка и придатки не определяются. В области шейки мочевого пузыря определяется валикообразное, плотное утолщение, соответст-

вующее по форме предстательной железе. При биопсии из половых желез больной (путем рассечения мошонки) обнаружено типичное строение мужского яичка; мазок, взятый из свежего препарата, обнаружил наличие живых сперматозоидов.

В гинекологической практике имеет значение вопрос о так называемых атрезиях (гинатрезиях), или нарушениях проходимости половых путей. В зависимости от локализации различают атрезии: гименальную, влагалищную и цервикальную.

Зарастание гимена встречается как порок развития или же образуется в раннем детстве в результате местного воспалительного процесса при скарлатине, дифтерии, кори. Гименальная атрезия обнаруживается с наступлением менструации. Менструальная кровь накапливается во влагалище и вызывает боли при месячных, влагалище при

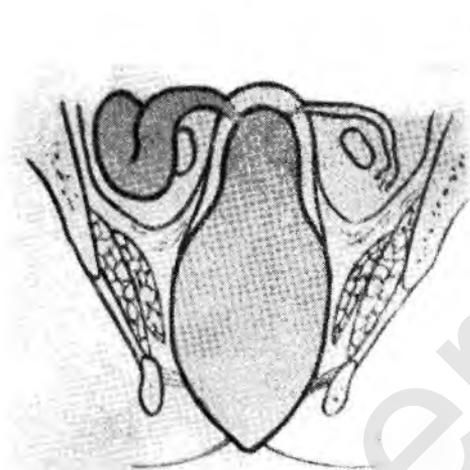


Рис. 62. Гематокольпос, гематометра и гематосальпинкс (схема).



Рис. 63. Атрезия влагалища.

этом растягивается кровью (гематокольпос) (рис. 60, 61), а иногда излившаяся кровь растягивает матку (гематометра) и даже трубы (гематосальпинкс) (рис. 62). Если кровь недостаточно рассасывается и в нее проникает инфекция (из кишечника), то может произойти нагноение скопившейся крови. *Лечение* гименальной атрезии заключается в крестообразном рассечении гимена с подсечением углов этого разреза, после чего изливается темная, густая, дегтеобразная кровь.

Атрезия влагалища (рис. 63) наступает от тех же причин, что и гименальная, но лечение случаев вагинальной атрезии может быть очень затруднительным; этот вид атрезии сопровождается нередко нагноением (пиосальпинкс). *Лечение* оперативное: пластическая операция для восстановления проходимости влагалища, при гематопиосальпинксе чревосечение с целью надвлагалищной ампутации матки.

Атрезия цервикального канала в большинстве случаев образуется вследствие зарастания канала шейки матки в области внутреннего или наружного зева вследствие грубого выскабливания матки или в результате прижиганий канала шейки ляписом. *Лечение* — оперативное.

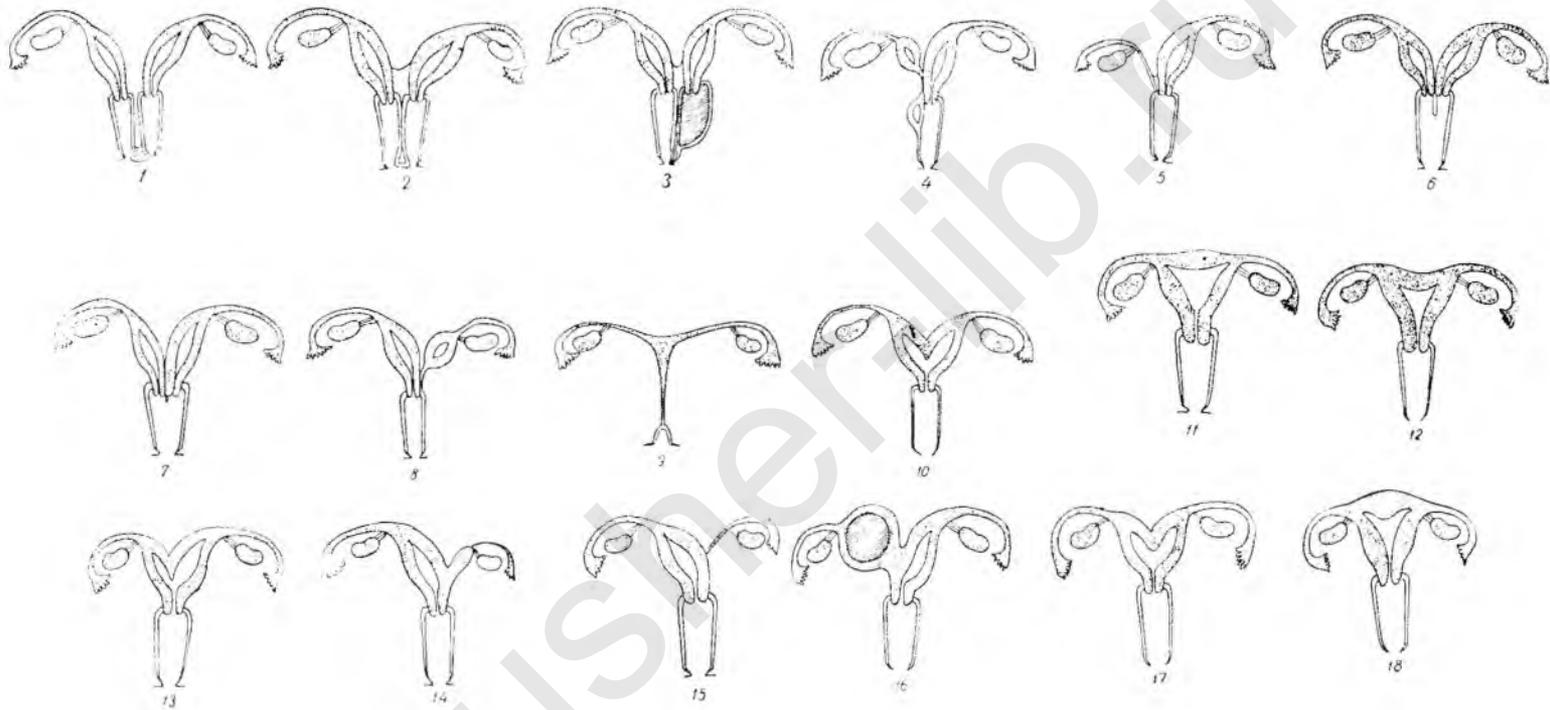


Рис. 64. Пороки развития влагалища и матки (схема). (Р. Шредер).

1—uterus didelphus; 2—vagina et uterus duplex; 3—atresia vaginae sin.; haematocolpos, uterus duplex; 4—vagina rudiment. dextra; cornu rudiment. dextrum; 5—uterus pseudounicornis; atresia cornu dextrum; 6—vagina subseptata; uterus duplex; uterus bicornis, bicollis; 8—uterus bicornis; cornu sin rudimentarium; 9—uterus bicornis rudimentarius solidus; 10—uterus bicornis uncollis; 11—uterus incurvatus; 12—uterus introrsum arcuatus simplex; 13—uterus bicornis asymmetricus; 14—uterus bicornis; cornu sin. rudiment.; 15—uterus pseudounicollis; 16—uterus bicornis; cornu dextr. rudiment.; haematometra; 17—uterus introrsum arcuatus subseptus; 18—uterus foras arcuatus subseptus.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Большое практическое значение имеет такая патология, как пороки развития с раздвоением матки и влагалища вследствие частичного слияния или полного неслияния мюллеровых нитей. Все многообразие таких пороков развития, согласно классификации Нагеля, представлено на рис. 64 (по учебнику Р. Шредера), на котором изображено 18 вариантов полного или частичного раздвоения матки и влагалища, а также на рис. 65—69.



Рис. 65. Uterus bicornis unicollis.

Если мюллеровы нити полностью не сливаются, то образуется *uterus didelphus* — очень редкая аномалия, представляющая собой две полуматки и два влагалища. Неполное слияние мюллеровых нитей приводит к образованию двурогости матки — *uterus bicornis* (рис. 64); шейка при этом может быть раздвоена или нормальна. Маточная перегородка может быть выражена различно, иногда она обнаруживается только у дна матки или близ шейки — *uterus subseptus*. При недоразвитии мюллеровых нитей в матке могут быть односторонние, асимметричные уродства. Нередко встречается так называемый рудиментарный рог. Наблюдаются также различные степени раздвоения влагалища.

Диагностика раздвоений матки и влагалища в выраженных случаях нетрудна и устанавливается путем бимануального исследования; иногда приходится пользоваться зондированием или рентгенографией. Половое сношение даже при полном раздвоении влагалища возможно (обычно в одно и то же влагалище); беременность и роды при двойной матке могут протекать нормально, хотя нередки случаи, заканчивающиеся самопроизвольным выкидышем.

Беременность в рудиментарном роге протекает по типу внематочной беременности и требует оперативного лечения.



Рис. 66. Нерезкая степень двурогости матки. Трубы непроходимы; бесплодие (собственный случай).



Рис. 67. Двурогая матка. Бесплодие. Справа контрастное вещество находится в брюшной полости; слева — следы контрастного вещества за тенью матки. Трубы непроходимы (собственный случай).



Рис. 68. Резкая степень двурогости матки. Трубы непроходимы (собственный случай).



Рис. 69. Uterus subseptus.

ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Полное отсутствие матки встречается только у уродов, у которых имеются и другие тяжелые пороки развития. Чаще встречается рудимент матки в виде поперечного тяжа с утолщением на концах.

Отсутствие влагалища (аплазия) встречается чаще, чем отсутствие матки. Отсутствие влагалища может быть первичным или вторичным. Первичное отсутствие влагалища представляет собой врожденный порок развития, вторичное — заращение (атрезию) в результате слипчивого воспаления. Атрезия влагалища может произойти еще до рождения плода вследствие воспалительных процессов, развившихся в утробной жизни. Но чаще атрезии влагалища являются внеутробными и могут пройти незаметно в раннем детстве. В таких случаях заращение влагалища может произойти вследствие развития воспалительных процессов в нем при заболевании оспой, дифтерией, скарлатиной, тифом и даже корью. У взрослых женщин вторичная атрезия может развиваться в результате тяжелых послеродовых заболеваний или операционной травмы.

Врожденная атрезия влагалища обычно комбинируется с рудиментарным развитием матки, а также с пороками развития мочевых органов (отсутствие одной почки, дистопия почек и пр.).

Лечение аплазии влагалища так же, как и различных форм атрезии, может быть только оперативным: образуют искусственное влагалище — кольпопоз (см. ч. IV, гл. 12).

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ

К заболеваниям вульвы относятся вульвиты, зуд, лейкоплакии и крауроз вульвы, язвы и слоновость вульвы. К опухолям — доброкачественные: кисты бартолиновой железы, фибромы, гемангиомы, липомы; злокачественные — рак вульвы и саркома вульвы (чаще у детей). Большое значение имеет вопрос о травмах вульвы (см. ч. II, гл. 15 и 16).

Вульвиты неспецифические и специфические (гонорейные) описаны в ч. II, гл. 6, 7; в первой из них описаны также пруритус и лейкоплакии.

К язвам вульвы относят мягкий шанкр и первичную сифилитическую язву (твердый шанкр). Острые язвы вульвы (Липшютца) бывают в двух формах: небольшие (милиарные) язвы и обширные, сопровождающиеся лихорадкой, покрытые гнойным налетом. Эти язвы чаще встречаются в детском возрасте. Хроническая язва вульвы — эстиомен (estioemen) — нередко комбинируется со слоновостью. Возможна связь хронической язвы с люэсом, гонореей прямой кишки. Язвы имеют торпидное течение и приводят к образованию свищей и стриктур.

К особым заболеваниям вульвы нужно отнести слоновость — elephantiasis vulvae, которая не может считаться новообразованием. При этом заболевании имеется гиперплазия подкожной клетчатки и кожи, что приводит к образованию бугристой (elephantiasis verrucosa, рис. 70) или гладкой складчатой опухоли (elephantiasis glabra). Опухоль может дать с течением времени распад и изъязвление. *Лечение* — оперативное.

П. Л. Абрамянц и Ш. А. Гулордава описали в 1959 г. случай слоновости вульвы у 47-летней женщины. Больная была оперирована. Вес опухоли 5 кг; она представляла сочетание бугристой и гладкой разновидности элифантiazиса. Необходимо отметить, что при слоновости

конечностей результаты лечения сомнительны, а при слоновости вульвы оперативное вмешательство является методом выбора и дает вполне удовлетворительные результаты.

Опухоли вульвы могут быть доброкачественными и злокачественными. Последние описаны в ч. II, гл. 12. Из доброкачественных опухолей встречаются ретенционные кисты малых губ (рис. 71) или выводного протока бартолиновой железы. Опухоль располагается в нижнем отделе вульвы, достигая величины от грецкого ореха до небольшого мандарина. Диагностика легка. Лечение состоит в вылушивании опухоли под местной анестезией.



Рис. 70. Elephantiasis verrucosa vulvae (Келли).

Реже наблюдаются фибромы вульвы, развивающиеся из соединительной ткани больших губ. По мере роста опухоль вытягивается из губы наподобие ножки, образуя своеобразную висячую опухоль — fibroma pendulum vulvae.

Из других опухолей встречается липома вульвы, которая локализуется в толще больших губ, а иногда в области лобка. Терапия фибром и липом вульвы — оперативная.

О раке вульвы — см. ч. II, гл. 12; саркома вульвы встречается очень редко, преимущественно в детском возрасте.

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПУХОЛИ ВЛАГАЛИЩА

К заболеваниям влагалища относятся: вагиниты (кольпиты), язвы, пороки развития (стенозы, атрезии), доброкачественные (кисты, фибромы) и злокачественные опухоли.

Из эмбриональных остатков гартнерова хода могут образоваться кисты влагалища или реже — кисты влагалищной части шейки матки.

Кисты влагалища локализуются на верхне-боковой стенке влагалища, реже — на задней; размер их — от грецкого ореха до мандарина (рис. 72—73). Содержимое — жидкая желтая слизь. Стенка состоит из соединительной ткани, внутренний покров — из однослойного цилиндрического или кубического эпителия.



Рис. 71. Киста малой губы (собств. случай).

Кисты влагалищной части шейки матки располагаются на боковой стенке шейки; они могут быть множественными в виде четок. *Диагностируются* влагалищные кисты при влагалищном исследовании с помощью зеркал. Диагноз шеечных кист труднее. *Лечение* обеих форм — оперативное, но только при значительной величине опухоли. Доступ к шеечным кистам затруднителен и небезопасен из-за возможности ранения мочеточников.

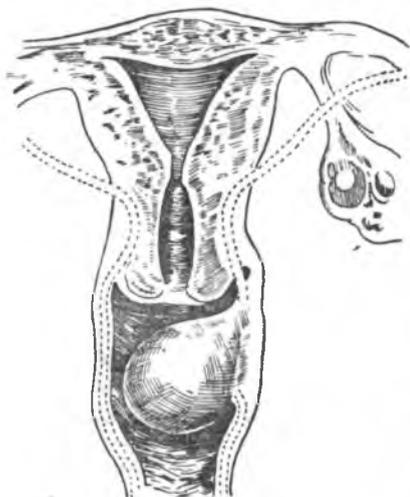


Рис. 72. Гартнеров ход и киста влагалища (схема).



Рис. 73. Киста задней стенки влагалища (Келли).

Фибромы влагалища встречаются в детородном периоде довольно редко, еще реже — у детей. Они имеют форму узла, отличаются плотностью. Кужель Д. и Трнка (Kuzel D., Trnka V., 1958) сообщили о двух случаях миом во влагалище. В одном из них опухоль исходила из боковой стенки, во втором — из левого свода влагалища. В большинстве случаев их легко вылущить, а если имеется ножка — произвести экцизию.

Злокачественные опухоли влагалища — рак и саркома — описаны в ч. II, гл. 12.

ЛИТЕРАТУРА

Эмбриология, пороки развития

- Кнорре Е. Г. Краткий очерк эмбриологии человека. Медгиз, 1959.
 Мандельштам А. Э. К клинике и терапии гинатрезий. Медгиз, 1929.
 Скробанский К. К. Учебник по гинекологии. Медгиз, 1938, стр. 41—49.
 Lubosch. Normale Entwicklung der weiblichen Geschlechtsorgane. Habl-Seitz, Bd. I, S. 205—290.
 G. Fischel. Halb.-Seitz, Bd. III.
 Patten V. M. Human Embryology. Philad., 1946.

Заболевания вульвы и влагалища

- Абрамянц П. Л. и Гулордава Ш. А. О слононости вульвы. Акуш. и гинек., 1959, 2.
 Клейн С. И. О кистах малых половых губ. Гинек. и акуш., 1931, 6.
 Минин Н. С. Слононость вульвы. Акуш. и женск. бол., 1935, 2.

- Орлов В. Н. К казуистике сарком наружных половых частей. Врач, 1900, 21.
- Попов Д. Д. Фибромиома передней стенки влагалища. Врач, 1899.
- Пытель А. Я. О кистозных образованиях вульвы. Гинек. и акуш., 1933, 6.
- Слупский Я. Н. Случай гигантской опухоли (фибромиомы) влагалища. Гинек. и акуш., 1932, 3.
- Ташаева А. Г. Случай слоновости вульвы. Акуш. и гинек., 1956, 5.
- Туберовский Д. Д. К вопросу о доброкачественных мышечных и соединительнотканых опухолях влагалища. Акуш. и женск. бол., 1929, 5. (имеется литературный указатель).
- Kuzel D., Trnka V. Dva pripady vaginalnich myomû. Ceskoslov. Gynaecol., 1958, 1—2.

акusher-lib.ru

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Краткие анатомо-физиологические данные. Патологическая антеверзия-флексия матки. Ретродевиации матки; фиксированные ретродевиации матки. Смещения влагалища и матки книзу. Профилактика и терапия опущений и выпадений влагалища и матки.

КРАТКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Положение матки в малом тазу не является абсолютно точным и однородным у всех женщин вследствие большой подвижности матки, влияния на нее внутрибрюшного давления, наполнения соседних органов — мочевого пузыря (рис. 74) и прямой кишки, изменений в тканях брюшной стенки, тазового дна и т. д. Поэтому о физиологическом (нормальном, типичном) положении матки можно говорить только приблизительно. Матка располагается по средней линии малого таза, дно ее обращено кпереди и кверху, а шейка книзу и немного кзади. Такое наклонение матки носит наименование *versio*; в нормальных условиях матка наклонена кпереди — *anteversio*. Различают еще наклонение матки кзади — *retroversio* и в стороны, к боковой стенке таза — *lateroversio*; последнее разделяется на *dextroversio* и *sinistroversio*. На месте перехода тела матки в шейку при типичном положении матки образуется тупой угол, открытый кпереди; вершина угла находится на уровне внутреннего зева. Такое положение тела матки по отношению к шейке носит название *flexio*, точнее — *anteflexio*. В патологических случаях угол между телом и шейкой может быть направлен кзади — *retroflexio* или в стороны, к боковым стенкам таза — *lateroflexio* (*dextroflexio* и *sinistreflexio*). В нетипичных случаях матка может располагаться не по средней линии таза, а кпереди, кзади или в стороны от нее — *antepositio*, *retropositio*, *lateropositio* (рис. 75) (*dextropositio*, *sinistropositio*). Наклонения и загибы матки кзади носят общее название ретродевиаций.

Отклонение матки кпереди или кзади в физиологических условиях может быть вызвано переполнением прямой кишки или мочевого пузыря.

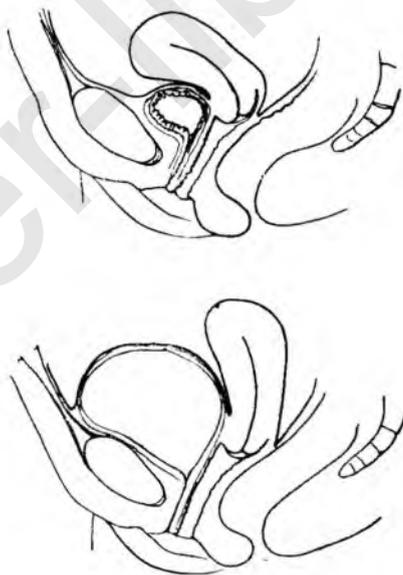


Рис. 74. Изменение положения матки вследствие наполнения мочевого пузыря (схема).

Типично расположенная матка устанавливается по вертикали таким образом, что дно ее не бывает выше лонного сочленения, а наружный зев шейки находится на уровне седалищных бугров (*linea interspinalis*).

В патологических случаях матка может быть приподнята (*elevatio*, рис. 76) или, наоборот, смещена книзу — опущение или даже выпадение матки (*descensus, prolapsus uteri*).

Таким образом, нормальным (физиологическим, типичным) положением матки в малом тазу является наклон ее кпереди с образованием угла между телом и шейкой кпереди (*anteversio-anteflexio*). При этом образуется второй угол между влагалищной частью шейки матки и влагалищем, открытый кпереди и равный 70—100°.

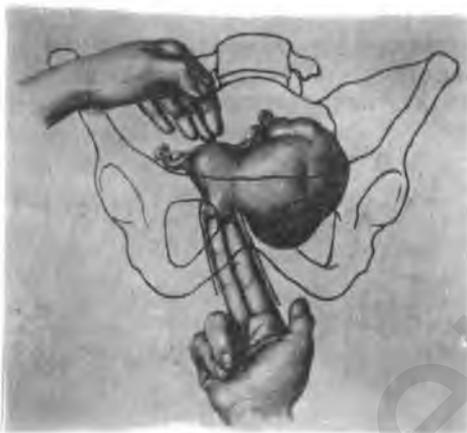


Рис. 75. Декстروпозиция матки. Матка смещена фиброматозным узлом, исходящим из левой стороны ее



Рис. 76. Приподнятое положение матки (*elevatio*). Матка приподнята субсерозным узлом, исходящим из шейки.

У новорожденных матка стоит высоко, у инфантильных женщин она находится выше нормального уровня. Напротив, у пожилых матка опускается книзу вследствие атрофии тазового дна.

Физиологическая подвижность матки обнаруживается в лежачем или коленно-локтевом положении. При бимануальном исследовании женщины, лежащей на спине, всегда следует учитывать большую или меньшую степень физиологической ретроверзии матки.

При беременности (свыше трех-четырех месяцев) матка не смещается кзади, так как лежит на поясничных позвонках.

Особое значение для положения матки в тазу имеет влияние внутрибрюшного давления (см. ниже), а также потеря маткой своего тонуса.

Для понимания процесса смещений матки необходимо знать анатомию и физиологические особенности так называемого подвешивающего и поддерживающего аппаратов ее.

Подвешивающий, или связочный, аппарат матки состоит из круглых, крестцово-маточных и широких связок. Круглые связки слабо подвешивают матку, так как представляют собою дубликатуру брюшины с небольшим лишь количеством мышечных элементов соединительной ткани; роль этих связок скорее заключается в удерживании

матки в состоянии anteversio; при беременности они легко растягиваются. Крестцово-маточные связки, или ретракторы, так же как и круглые, не способны фиксировать неподвижно шейку матки, но могут возвращать матку к нормальному положению при ее физиологических экскурсиях. Широкие связки и находящиеся в их толще кардинальные связки (lig. cardinalia) более надежны, чем обе предыдущие, способны напрягаться при перемещениях матки, но все же и они не могут в достаточной степени фиксировать матку. С боковых сторон шейки матки и верхней части влагалища определяются зоны уплотненной клетчатки, которые Мартин (Martin) описал как особый аппарат — retinaculum uteri. В этом аппарате различают три отдела: передний, средний и задний. В переднем отделе заключены соединительнотканые пучки, идущие от передней стенки шейки к мочевому пузырю — lig. vesico-uterina и дальше к лонному сочленению — lig. pubo-vesicalia.



Рис. 77. Retinaculum uteri (Martin).

В среднем отделе заключены соединительнотканная сеть и тяжи, обволакивающие сосуды и идущие к боковым стенкам таза. Это уже описанные кардинальные связки. Третий отдел — retinaculum uteri — мышечные и соединительнотканые пучки, входящие в состав крестцово-маточных связок (рис. 77).

Поддерживающий аппарат состоит из влагалища с пузырно-влагалищной и ректо-влагалищной перегородками и мышц тазового дна. К последним, как известно, относится мочеполовая и тазовая диафрагма. Наиболее значительная роль в удерживании матки в типичном положении принадлежит мощной мышце тазовой диафрагмы — леватору (m. levator ani); мочеполовая диафрагма с ее мелкими мышцами играет сравнительно меньшую роль.

В. С. Груздев впервые указал, что поддерживающий и подвешивающий аппарат матки представляет собой единое целое; обе системы тесно связаны между собой благодаря переходу мышечных и соединительнотканых волокон из одной в другую. Оба аппарата взаимно дополняют друг друга, причем поддерживающий аппарат имеет большее значение для фиксации матки, подвешивающий же лишь возвращает матку в нормальное положение при уклонении ее от этого положения в физиологических условиях. Необходимо также помнить о взаимной приспособляемости органов брюшной полости, о чем говорил К. К. Скробанский. Эти органы следует рассматривать как единое целое: прилегающая тесно друг к другу, они, благодаря присущим им тургору и тону их стенок, поддерживают друг друга, создавая известное равновесие органов брюшной и тазовой полостей.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНТЕВЕРЗИЯ-ФЛЕКСИЯ МАТКИ

Как говорилось выше, нормально (типично) матка находится в состоянии anteversio-flexio (рис. 78).

Патологическим следует считать только резкие степени наклонения и перегиба матки кпереди (рис. 79).

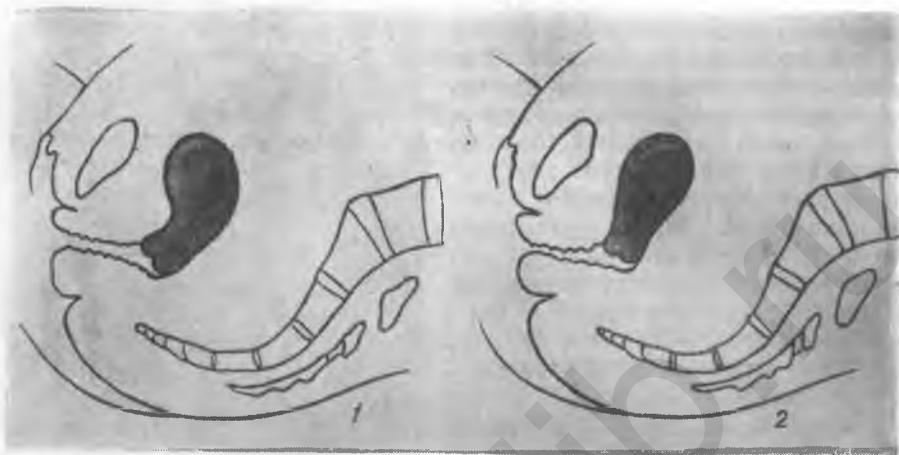


Рис. 78.

1 — anteversio-flexio; 2 — anteversio uteri.

Антеверзия матки и легкие степени антефлексии могут наблюдаться при воспалительных спайках после оперативных вмешательств (вент-



Рис. 79. Гиперантефлексия матки.

росуспензии, вентрофиксации), при отвислом животе у беременной (anteversio-flexio uteri gravidi), фибромиомах матки и др.

РЕТРОДЕВИАЦИИ МАТКИ

Классификация. По М. В. Елкину, различают три степени ретродевиации матки: 1) ретроклинация — с сохранением антефлексии; иначе говоря, это состояние можно назвать — *retroversio-anteflexio uteri* (рис. 80); 2) ретроверзия — наклонение матки кзади без выраженного угла между телом и шейкой матки (рис. 81); 3) ретрофлексия — загиб матки кзади вследствие образования выраженного угла между телом и шейкой матки (рис. 82).

Этиопатогенез. Отечественные гинекологи (М. В. Елкин) считают, что в этиологии ретродевиаций (наклонений и загибов кзади) родовой травме и родовому акту принадлежит лишь незначительная роль; некоторое значение имеет только расслабление подвешивающего (связочно-



Рис. 80. Ретроверзия-антефлексия матки (ретроклинация по Елкину).

Рис. 81. Ретроверзия матки (Елкин).

Рис. 82. Ретрофлексия матки (Елкин).

го) аппарата, остающееся после родов. По мнению этих авторов, ретродевиации образуются обычно еще до полового созревания в результате частого повышения внутрибрюшного давления при тяжелом физическом труде детей и подростков, что наблюдалось весьма часто в дореволюционное время в русском крестьянском быту и на предприятиях, где применялся труд несовершеннолетних.

Для возникновения ретродевиаций необходимо расслабление подвешивающего аппарата при наличии полноценного поддерживающего аппарата, то есть мышц тазового дна, особенно леватора; при одновременном расслаблении мышц тазового дна развивается не ретродевиация, а опущение и выпадение матки и влагалища.

Благоприятствуют возникновению ретродевиаций и такие анатомические особенности, как врожденная короткость задней стенки влагалища, длинная коническая шейка и, в особенности, малый угол наклона таза (этот угол образуется пересечением плоскости входа в малый таз с горизонтальной — в норме 60°). В родах при малом наклонении таза половая шель обращена больше кпереди и кверху, вследствие чего создаются условия для наклона матки кзади.

Ретродевиация матки может развиваться в детском возрасте только с того времени, когда матка опустится в верхнюю, широкую часть полости малого таза и когда тело ее начнет перегонять в своем росте шейку, что соответствует возрасту около 10 лет.

При каждом сокращении брюшного пресса и повышении внутрибрюшного давления шейка матки встречает достаточное сопротивление со стороны сокращающейся синхронно с мышцами брюшной стенки

гластинки леватора. При неповрежденном и хорошо функционирующем тазовом дне, основная мышца которого — леватор — поставлена косо кпереди, создаются условия для перегиба матки кзади. Противодействием леватора, согласно закону параллелограмма сил, будет отталкивать шейку кпереди и устанавливать ее по длиннику влагалища. Если матка обладает хорошим тонусом, то по закону двуплечового рычага, в котором точке фиксации соответствует место прикрепления *retinaculum uteri*, тело матки одновременно с перемещением шейки кпереди неизбежно должно отклониться кзади. При этом кишечные петли получают более свободный доступ в *excavatio vesico-uterina* и довершают процесс образования первой степени ретродевиации (*retroversio-anteflexio*). При дальнейшем повышении внутрибрюшного давления первая степень ретродевиации переходит во вторую (*retroversio*), а затем в третью (*retroflexio*) (см. рис. 80—82). Образованию ретрофлексии много способствует, как сказано выше, длинная коническая шейка при узком влагалище.

Таким образом, для возникновения ретродевиации нужны два условия: хорошо функционирующее и сохранившееся тазовое дно и хороший тонус матки. При пониженном тоне матки последняя не последует за передвижением шейки кпереди, а в противоположную сторону, кзади, а, напротив, под влиянием внутрибрюшного давления и напора кишечных петель станет перемещаться все более кпереди, образуя в конечном итоге патологическую антефлексию (*hyperanteflexio uteri*). Это явление наблюдается редко. Гораздо чаще стабильно образуется ретродевиация, при этом в матке и околоматочной клетчатке из-за перегиба сосудов будут иметь место застойные явления; в зависимости от этого матка постепенно теряет свой первоначальный тонус, расслабляется, и ретродевиация из первой степени переходит во вторую и третью.

Симптомы. Подвижную («физиологическую») ретродевиацию можно обнаружить почти у четверти всех женщин, но лишь небольшая часть из них предъявляет жалобы, которые можно связать с этим состоянием матки. Эти жалобы следующие: боли в крестце и пояснице, меноррагии, дисменорея, бели, реже — привычный выкидыш.

В настоящее время оперативное лечение по поводу ретродевиации производится редко. Общее недомогание, наблюдаемое иногда при этом заболевании, зависит в большинстве случаев не от ретродевиации, а от сопутствующих неврозов, энтероптозов и т. п.; терапия их — по принципам общеукрепляющего лечения. Оперативное лечение или лечение пессариями может быть применено лишь в случаях, когда симптомы могут зависеть непосредственно от наличия выраженных форм ретродевиации.

К таким симптомам можно отнести следующие. 1) циклические кровотечения с неприятным запахом крови вследствие застоя ее в полости матки из-за смещения шейки кверху; 2) боли в крестце, боли в пояснице и животе при длительном стоянии.

Беременность при ретродевиации в большинстве случаев протекает нормально благодаря тому, что матка (при хорошем тоне) с четвертого месяца самостоятельно выправляется. Лишь в редких случаях (при плохом тоне) матка может ущемиться в малом тазу — *incaeratio uteri gravidi*, чему могут способствовать большая глубина дугласова пространства, суженный таз или периметритические сращения.

Диагноз ретродевиации устанавливается путем бимануального исследования (рис. 83—84): шейка матки расположена высоко, наружный зев ее определяется позади симфиза, тело матки запрокинуто глубоко в дугласово пространство; при ретрофлексии угол между телом и шейкой

направлен кзади. Дифференцировать ретродевиацию следует от оплотневших экссудатов, например при подостром периметрите (языкообразное выпячивание заднего свода, болезненность, повышенная температура, высокая РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле), от гематоцеле (опухоль мягковата, занимает большую часть дугласова пространства; в сомнительных случаях вопрос решается пункцией заднего свода, причем при гематоцеле получается кровь), от опухолей яичника и фибромиом матки. При опухолях следует учитывать все присущие им особенности — форму, подвижность, связь с маткой и т. п. (см. ч. II, гл. 11, 13).



Рис. 83. Диагностика ретроверзии матки путем бимануального исследования.



Рис. 84. Диагностика ретрофлексии матки путем бимануального исследования.

Возможность выведения матки кпереди является необходимым условием для диагноза подвижной ретроверзии. Выведение (репозиция) матки применяется также для лечебных целей. Наиболее распространенным является комбинированный ручной способ выведения матки по Шульце (рис. 85). Больную с опорожненным мочевым пузырем и прямой кишкой укладывают на кресло или жесткую кровать (кушетку). Репозиция по Шульце состоит из трех моментов: первый — одним или двумя пальцами проникают в задний свод и приподнимают тело матки. Наружная рука, идя навстречу пальцам другой руки, введенным во влагалище, старается «подловить» дно матки — второй момент. Почти одновременно пальцами внутренней руки оттесняют шейку матки кзади — третий момент. Д. О. Отт при репозиции предлагал указательный палец вводить во влагалище, средний — в rectum.

В тех случаях, когда у тучных женщин репозиция ручным приемом не удастся, применяют способ Кюстнера (Küstner) с захватыванием передней губы шейки матки пулевыми щипцами (рис. 86). Захватив шейку, низводят матку по направлению к половой щели; пальцы свободной руки вводят в задний свод и приподнимают тело матки. Одновременно шейку матки отодвигают кзади. Способ Кюстнера не дает полного успеха при удлинении шейки или слабом тоне матки.

Третий способ репозиции — применение маточного зонда, который вводят в полость матки и которым приподнимают ее. Этот способ противопоказан при подозрении на беременность и при воспалительных процессах в матке и придатках (гонорея). Опасность применения этого



Рис. 85. Три момента выведения ретрофлексированной матки по Шульце.

способа заключается в возможности перфорации стенки матки. Поэтому малоопытным врачам не следует им пользоваться.

Были предложения способствовать репозиции матки, укладывая больную в коленно-локтевое положение или вводя во влагалище резиновый баллон (кольпейринтер). Ручной прием репозиции, предпринятый под наркозом, позволяет вывести матку не только при подвижной ретродевиации, но даже при фиксированной.



Рис. 86. Выведение матки по Кюстнеру.

Лечение подвижных ретродевиаций может быть консервативным (ортопедическим) или оперативным.

Ортопедическое лечение в настоящее время применяется довольно редко. Оно заключается в назначении влагалищных пессариев из твердого каучука (Ходже, Томаса) или более мягкого — из латуни, обтянутых резиной (Шульце). Форма первых двух изображена на рис. 87. Пессарий вводится так, чтобы его широкая часть располагалась в заднем своде и удерживала шейку, узкая — помещалась во влагалище (рис. 88). Пессарий вводится сразу после репозиции матки. Через три-четыре дня надо проконтролировать его положение и в дальнейшем осуществлять этот контроль каждый месяц. При явке больной извлеченный пессарий

саний кипятится или заменяется новым. Женщина, носящая пессарий, должна дома ежедневно спринцевать влагалище легким дезинфицирую-



Рис. 87. Пессарии: 1 — Ходже; 2 — Томаса; 3 — Фрича.



Рис. 88. Правильно введенный пессарий Ходже (Гофмейер).



Рис. 89. Фиксированная ретрофлексия матки.

щим раствором (борной кислоты, марганцовокислого калия) или раствором соды (при вязких выделениях).

Фиксированные ретродевиации матки

Вопрос о фиксированных и полуфиксированных ретродевиациях матки (*retroversio, retroflexio uteri fixata, subfixata*) имеет большее практическое значение, чем о подвижных ретродевиациях, так как в основе первых лежат воспалительные процессы в малом тазу или их остаточные явления в виде сращений (рис. 89). Соответственно этому терапия фиксированных ретродевиаций должна быть противовоспалительной и проводится строго по принципам, изложенным при описании терапии воспалительных заболеваний гениталий в остром и подостром периодах. Фиксированную ретродевиацию лечат в хроническом периоде воспалительного процесса; при этом должна быть соблюдена осторожность, чтобы не вызвать обострений со стороны придатков. Лечение обычно проводится физиотерапевтическими процедурами (ионтофорез, соллюкс, диатермия, грязелечение). Если физиотерапия оказала эффект

и не вызвала обострений, то для растяжения спаек и выведения матки кпереди полезно применить гинекологический массаж (см. стр. 559).

Если консервативная терапия оказывается безрезультатной, то как последнее средство может быть применен оперативный метод лечения. При лапаротомии удаляют хронически воспаленные и значительно измененные органы (обычно трубы, реже яичники; у молодых проводится только односторонняя овариотомия). Затем освобождают матку от периметритических сращений и, выведя кпереди, перекрывают ее дно вскрытой (операция Песталоцца) или невскрытой (операция Какушкина) пузырно-маточной складкой брюшины.

СМЕЩЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ КНИЗУ

Смещения влагалища и матки книзу могут происходить одновременно, либо смещение влагалища может наблюдаться и без смещения матки. Однако не может быть такого положения, чтобы смещение книзу матки не сопровождалось смещением влагалища.



Рис. 90. Cystocele.



Рис. 91. Rectocele.

Классификация смещений книзу влагалища и матки определяет их клиническую картину. По К. Ф. Славянскому, различают три степени смещений влагалища книзу.

1. Опущение передней стенки влагалища (descensus parietis anterioris vaginae), задней (descensus parietis posterioris) или обеих вместе (descensus parietum vaginae). Во всех этих случаях стенки не выходят за пределы входа во влагалище.

2. Выпадение передней влагалищной стенки (prolapsus parietis anterioris, cystocele, рис. 90), задней (prolapsus parietis posterioris, rectocele, рис. 91) или комбинации обеих; стенки выходят кнаружи от влагалищного входа (prolapsus parietum vaginae).

3. Полное выпадение влагалища (*prolapsus vaginae totalis*, рис. 92), которое сопровождается выпадением также и матки.

Смещения матки или опущение шейки матки (*descensus uteri* или *descensus colli uteri*); матка своей шейкой достигает уровня входа во влагалище (рис. 93).

1. Опущение матки или опущение шейки матки (*descensus uteri* или *descensus colli uteri*); матка своей шейкой достигает уровня входа во влагалище (рис. 93).



Рис. 92. Полное выпадение влагалища, выпадение матки; декубитальная язва влагалища.



Рис. 93. Опущение матки; шейка матки у входа во влагалище.

2. Начинающееся выпадение матки или выпадение шейки матки (*prolapsus uteri incipiens*; *prolapsus colli uteri*); вне половой щели определяется (при натуживании больной или без него) свисающая шейка матки.

3. Неполное выпадение матки (*prolapsus uteri incompletus*); вне половой щели определяется не только шейка, но и часть тела или все тело матки, за исключением дна.

4. Полное выпадение матки (*prolapsus uteri completus*); вне половой щели определяется не только тело, но и дно матки, позади которого можно свести указательный и средний пальцы обеих рук.

Этиопатогенез. Смещения влагалища и матки книзу происходят большей частью у рожавших немолодых женщин 40—50 лет, подвергшихся во время родов травме — разрывам леватора и мочеполовой диафрагмы. К этой основной причине можно добавить еще две — постоянное повышение внутрибрюшного давления и образование ретродевиации матки. По А. Э. Мандельштаму, малый угол наклона таза (менее 40°) предрасполагает к опущению и выпадению матки и влагалища. Имеет безусловное значение и размер *hiatus genitalis*. Как известно, размер его у нерожавших в среднем равняется 3×4 см, у рожавших — 4×5 см. При разрывах промежности, особенно

второй и третьей степени, размер hiatus genitalis достигает 6,5×7,5 см (М. В. Елкин).

У нерожавших опущения и выпадения матки и влагалища наблюдаются значительно реже. Они встречаются, например, при атрофии матки в менопаузе. Описаны отдельные случаи проляпсов при *spina bifida*, когда наступает паралич 3-го и 4-го крестцовых нервов. Наблюдаются также случаи проляпсов при инфантилизме с недостаточным развитием мышц тазового дна у молодых женщин. И. Л. Брауде правильно отмечает, что резкое похудание на почве недостаточного питания и тяжелого физического труда также благоприятствует возникновению проляпсов.



Рис. 94. Частичное удлинение шейки матки.



Рис. 95. Удлинение и выпадение шейки матки.

По поводу самого процесса образования смещений книзу матки и влагалищных стенок необходимо сделать некоторые пояснения.

Легче всего происходит смещение книзу передней стенки влагалища, так как наиболее мощная мышца тазового дна — *m. levator ani* — к ней не прикрепляется. Выпадение передней стенки влагалища, цистоцеле, образуется при дефектах мочеполовой диафрагмы и отчасти леватора, который является второй преградой для выпадения этой стенки. Большую роль для удерживания пузыря в физиологическом положении играет прочность пузырно-влагалищной перегородки. Образование цистоцеле может не зависеть от опущения или выпадения матки в тех случаях, когда матка сохраняет наклон кпереди или если матка не прошла через hiatus genitalis.

Опущение матки происходит после предварительной стадии ретродевиации; выпадение ее наблюдается в результате травмы тазового дна, причем матка проходит через hiatus genitalis. Гораздо реже она выпадает без повреждения тазового дна (леваторов), но для этого нужны

особые условия: большая глубина дугласова пространства или смещение леваторов.

Непосредственной причиной, вызывающей смещение книзу матки и влагалища, является повышение внутрибрюшного давления (при физических напряжениях, запорах). Его вредное действие сказывается больше при ретродевиации матки, чем при нормальном ее положении, так как при ретродевиации площадка, на которую падает сила давления, будет больше, чем при антеверзии.

Иногда под влиянием постоянного повышения внутрибрюшного давления образуется выпадение задней стенки влагалища — rectocele.

Если тело матки опустилось мало, например при фиксации его сращениями (*retroversio fixata*), то между пубо-ректальными ножками леватора укрепляется влагалищная часть шейки матки, что приводит к постепенному развитию гипертрофии или удлинению шейки матки (*elongatio colli*, рис. 94, 95).

Полные и неполные выпадения матки наступают при повышении внутрибрюшного давления только при условии значительного растяжения или надрывов леватора при большом зиянии *hiatus genitalis*; такие степени выпадения матки сочетаются с выпадением или выворотом влагалища (см. рис. 92).

Симптоматология и клиническое течение. Первыми жалобами больных со смещением книзу влагалища и матки является чувство давления внизу живота, ощущение тянущих болей во влагалище; в дальнейшем развиваются боли в крестце, реже в пояснице, расстройства мочеиспускания — задержка или учащение, но чаще недержание мочи при напряжениях. Менструальная функция иногда нарушается: наступают длительные кровотечения типа меноррагии, но это может встретиться только в запущенных случаях. Часто наблюдаются бели. Беременность возможна. Наклонность к выкидышу наблюдается только до четырех месяцев беременности, после чего матка поднимается за пределы малого таза и подтягивает за собой выпавшие влагалище и шейку.

Вышеуказанные симптомы резко выражены у астеничных и инфантильных женщин. Всеми авторами отмечается редкость образования рака шейки матки при выпадениях.

При длительно протекающих проляпсах наблюдаются вторичные изменения шейки: 1) гипертрофия и элонгация ее, о чем говорилось выше; 2) декубитальные язвы на *portio vaginalis* и стенках влагалища, дающие серозно-кровянистое отделяемое и 3) полипозные разращения влагалищной части, обычно располагающиеся у краев наружного зева (табл. IV); они могут вызывать контактные кровотечения (при коитусе, влагалищных исследованиях).

При значительном выпадении матки придатки также смещаются книзу, располагаясь глубоко в дугласовом пространстве.

Проляпсы нередко сопровождаются грыжей брюшной стенки и выпадением прямой кишки вследствие расслабления сфинктера в результате родового травмы (*prolapsus recti*).

Диагностика смещений влагалища и матки книзу не представляет собой трудностей; она устанавливается специальными приемами (рис. 96—99), а также функциональными исследованиями. Уложив женщину на гинекологическое кресло (лучше во II позиции), вправляют частично выпавшие или опущенные органы, после чего изучают путем осмотра степень зияния половой щели, устанавливают наличие разрывов промежности.

Определение функционального состояния вульварного кольца и промежности производится ручными и инструментальными приемами.

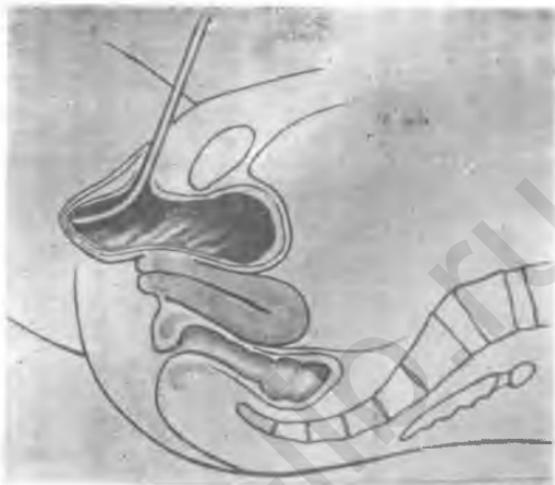


Рис. 96. Диагностика cystocele.



Рис. 98. Диагностика неполного выпадения матки и удлинения шейки.

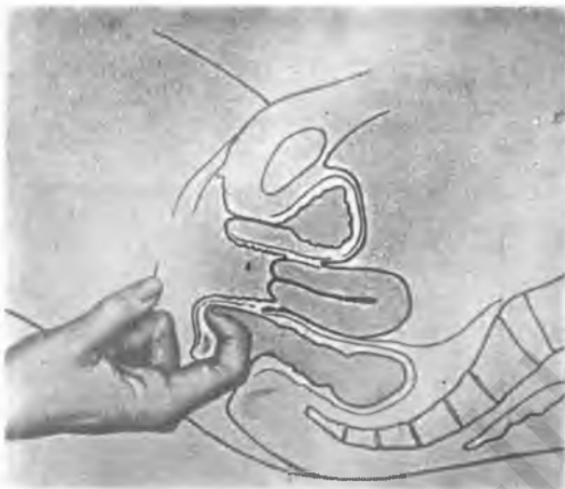


Рис. 97. Диагностика rectocele.



Рис. 99. Диагностика полного выпадения матки.

ми. Из ручных приемов можно указать на два, представленные на рис. 100 и 101, и приемы для испытания полноценности леваторов (рис. 102, 103). Для инструментальных исследований применяют прибор Елкина (рис. 104), вагинограф Яковлева и Петрова (рис. 105), аппарат для абдомино-перинеотонографии по Ягунову — Микеладзе.



Рис. 100. Прием для определения функционального состояния вульварного кольца и промежности.



Рис. 101. Пальцевой прием для определения функционального состояния промежности.

Пользование этими приемами и приборами отчасти понятны из рисунков; подробности описаны в монографии А. Э. Мандельштама «Функциональная диагностика в гинекологии» (стр. 9—42).

При отсутствии специальных приборов предлагают больной потужиться, причем при опущении влагалища обнаруживаются крупные поперечные складки передней, задней или обеих стенок его. При выпадении влагалища обнаруживаются грыжеподобные, полушаровидной формы, эластической консистенции «опухоли» — cystocele и rectocele. При

опущении матки в половой щели, которую полезно раздвинуть большим и указательными пальцами левой руки, можно увидеть шейку матки.

Однако натуживание не всегда дает представление о степени выпя-



Рис. 102. Прием для испытания полноценности леватора.

дения, поэтому необходимо захватить шейку пулевыми щипцами и низвести ее умеренным потягиванием книзу. При этом можно обнаружить ту или иную степень проляпса. При натуживании следует обратить внимание, нет ли истечения мочи. При извлечении наружу выпавшей матки тщательно осматривают стенки влагалища и portio vaginalis для обнаружения вторичных изменений шейки: удлинения ее и гипертрофии, декубитальных язв и полипозных разрастаний. Более точное представление о длине матки можно, например, получить при зондировании полости ее; границы мочевого пузыря в случаях cystocele определяются введением катетера; степень участия стенки recti при rectocele определяется ректальным исследованием.

Дифференцируют выпадение матки с родившимся фиброматозным узлом и выворотом матки. Для родившегося узла характерен валик растянутого наружного зева, окружающего узел. Выворот матки—явление крайне редкое; на «опухоли», покрытой эндометрием, можно обнаружить внутренние отверстия труб.



Рис. 103. Пальцевой прием для прощупывания леватора (Келли).

Клиника проляпсов матки во время войны. Нами были изучены (1945) особенности выпадений матки за время Великой Отечественной войны в условиях блокады Ленинграда. Отмечалось значительное повышение числа больных с опущением и выпадением генитальных органов. Уязвимым для проляпсов оказался возраст 30—50 лет

(71%) — более молодой, чем наблюдаемый в мирное время (40—50 лет). У всех больных отмечалась большая или меньшая степень дистрофии, причем похудание наступало быстро. Подавляющее число больных (92,2%) несло с начала войны тяжелую физическую нагрузку. Причинами, способствовавшими частоте выпадений матки в 1941—1944 гг., следует считать дистрофию при усиленной физической нагрузке. Однако

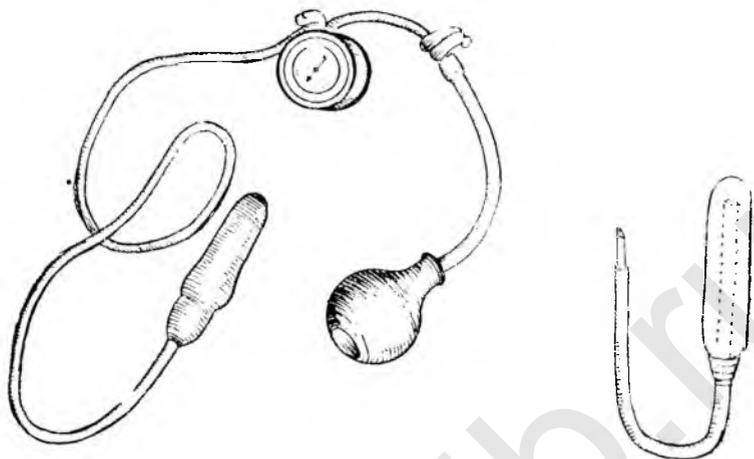


Рис. 104. Прибор Елкина. Справа наконечник этого прибора.

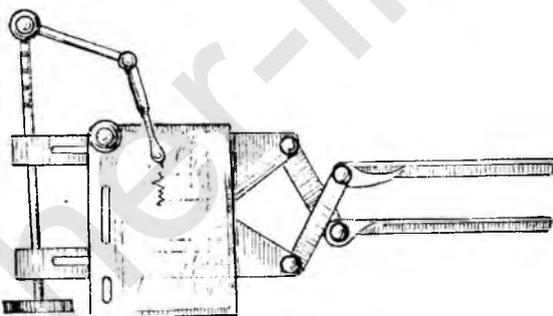


Рис. 105. Вагинограф Яковлева и Петрова.

пролапсы отмечались почти исключительно у лиц, имевших анатомические дефекты тазового дна после родов. Пролапсы военного времени следует относить к остро развившимся формам; в мирное время пролапсы развиваются медленно, хронически. В зависимости от остроты развития этого заболевания, ретродевиация, как первичный этап выпадения матки, может отсутствовать. В годы войны у женщин с выпадением матки наблюдалась большая частота обширных и глубоких декубитальных язв шейки и влагалища, слизистая которых не успевала ороговевать. С другой стороны, гипертрофия, удлинения шейки, полипозные разращения ее, требующие для своего развития длительного времени, в военные годы почти не встречались.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ОПУЩЕНИЙ И ВЫПАДЕНИЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Профилактика опущений и выпадений влагалища и матки заключается в правильной постановке родовспоможения, в рациональном ведении родов, в правильном ведении дородового и послеродового периодов. Роды должны вестись с наименьшим травматизмом; без соответ-

ствующих показаний и условий не должны применяться наложение щипцов и другие акушерские операции. Разрыв промежности и другие виды травм половых путей должны быть тщательно зашиты. В дородовом и послеродовом периодах необходимо соблюдать гигиенический режим, устранять запоры, проводить лечебную физкультуру. При лечении смещений влагалища и матки книзу могут быть применены три вида терапии: консервативный, ортопедический и оперативный. Консервативный метод лечения заключается в общеукрепляющем режиме, в особенности в тех случаях, когда больная истощена, например, после перенесенного тяжелого инфекционного заболевания и т. п. Само

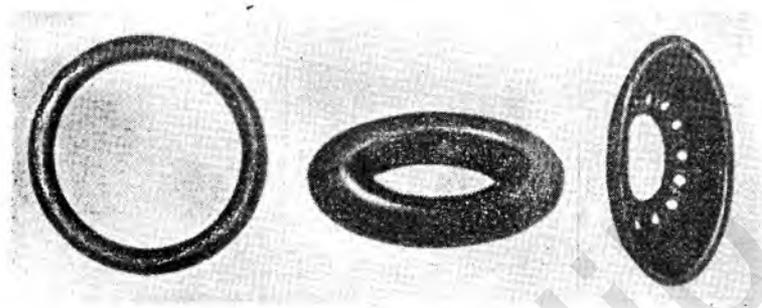


Рис. 106. Различные виды пессариев при выпадении матки.

по себе быстрое исхудание женщины, особенно при скрытой акушерской травме (растяжение леваторов), может привести к опущению или выпадению гениталий. В этих случаях усиленное питание, а также лечебная гимнастика и гинекологический массаж (см. ч. III, гл. 5) могут способствовать излечению такого временного смещения матки и влагалища. Это консервативное лечение широко применялось при проляпсах военного времени.

Ортопедический метод лечения состоит в введении во влагалище различных пессариев. Чаще всего применяются кольцевидные пессарии различных диаметров, изготовляемые из пластмассы, эбонита и металла, обтянутого резиной. Реже применяются блюдцеобразные пессарии (рис. 106). Пессарий вводится во влагалище ребром в вертикальном положении, а в глубине его поворачивается в горизонтальное, при этом он должен упираться в мышцы леватора. Лечение пессариями нерационально, так как подбор подходящего пессария затруднителен. Кроме того, пессарий раздражает стенки влагалища, вызывает появление белей и пролежней и легко выпадает.

М. Прохоров (Польша, 1957) предложил простой гистерофор (рис. 106, 1), в котором поддерживающий пелот сделан из резиновой груши, применяемой для детских клизм. После вправления выпавшей матки резиновая груша, вдвое сложенная продольно, вводится во влагалище. Выпадению груши из влагалища препятствует специальная повязка, прикрепляемая к поясу (рис. 106, 2). Такой гистерофор очень дешев, доступен, и больная может вводить его и удалять без всякого труда.

Наиболее радикальным является оперативный метод лечения выпадений влагалища и матки. Основным принципом операции является восстановление тазового дна, а при выраженной ретродевиации — перемещение матки в антеверсию. В детородном возрасте принимается во внимание необходимость сохранения возможности рожать. Наиболее частой операцией при опущении и выпадении стенок влагалища, а также матки является так называемая пластика промежности и

влагалища. По существу эта операция состоит из двух операций — передней кольпоррафии (передней пластики) и задней кольпоррафии (задней пластики, кольпоперинеоррафии).

Передняя кольпоррафия заключается в удалении избытка влагалищного лоскута и отсепаровке и зашивании пузырно-влагалищной (предпузырной) фасции, чем удерживается от выпадения мочевого пузыря. Кольпоперинеоррафия заключается в удалении избытка влагалища путем иссечения лоскута в виде треугольника или бабочки с последующим соединением разошедшихся краев леваторов, чем усиливается функциональная способность мышц тазового дна.

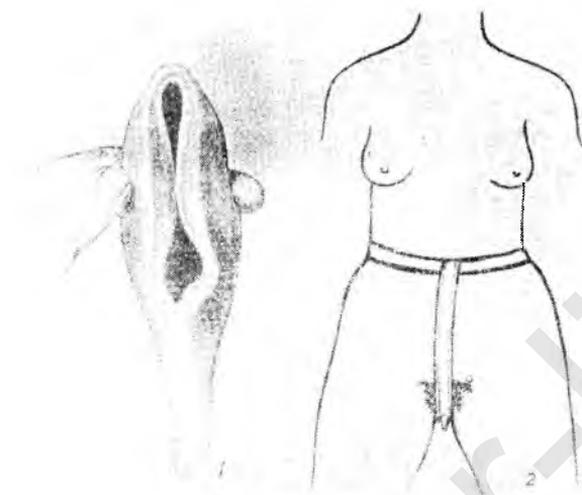


Рис. 106 Гистерофор Прохорова и повязка, удерживающая его.

Техника этих операций изложена в ч. IV, главе 3.

Кроме этих основных операций, для восстановления тазового дна производят нередко дополнительные операции: при элонгации или гипертрофии шейки матки — ампутацию ее, при большом цистоцеле — ушивание мочевого пузыря по способу Штеккеля.

При значительной степени ретродевиации для предотвращения рецидивов следует произвести операцию, коррегирующую положение матки. Из многих предложенных

с этой целью операций мы пользуемся операцией вентросуспенсиции по способу Елкина или Кипарского. Эти операции можно производить и в детородном возрасте. У пожилых женщин мы применяем вентрофиксацию по Кохеру, а у ослабленных пожилых женщин ограничиваемся вмешательствами через влагалище по типу операции Лефора—Нейгебауэра или операции Лабгарда. После этих операций половая жизнь невозможна. Техника этих операций описана в ч. IV, гл. 4 и 5. В новейшее время для большей эффективности оперативного метода предлагают комбинацию так называемой склеротерапии с операцией по восстановлению тазового дна при выпадении матки: прежде всего производится двухсторонняя инфильтрация параметриев 2 мл дондрена — зарубежного препарата, вызывающего склероз околоматочной клетчатки; через месяц — передняя и задняя пластика. Исходы таких операций благоприятны при минимальном риске и простейшей технике (Даниэль; Daniel, 1956).

Влагалищную экстирпацию матки при полном выпадении ее мы не считаем рациональным методом лечения, так как благодаря матке удерживается на месте мочевого пузырь. Если же по показаниям со стороны шейки (эрозия, предрак) необходимо все же сделать влагалищную экстирпацию матки, то во избежание рецидива проляпса влагалищных стенок и мочевого пузыря, необходимо произвести сшивание кардинальных связок и высокую заднюю пластику.

Операции по поводу выпадений влагалища и матки по сборной статистике дают не менее 7% рецидивов. Причиной этих рецидивов является отчасти применение нерациональных методов оперативной помо-

щи. К ним относятся, например, операции интерпозиции матки, часто осложняющиеся болями и нарушением менструального цикла, операции Александер—Адамса (укорочение круглых связок через паховые разре-



Рис. 107. Разрыв промежности III степени (Келли).



Рис. 108. Разрыв промежности III степени; видна часть слизистой прямой кишки.

зы), экстирпация матки через влагалище; многие способы вентрофиксации вызывают иногда тяжелые осложнения, включая илеус. Операции, рекомендуемые нами, дали за много лет только около 4% рецидивов. Из новых методов пластических операций интерес представляет так называемая манчестерская кольпоррафия (см. ч. IV, гл. 5) и ее модификация. Процент рецидивов при ней невелик (Бейли, Bailly, 1954—1956).

В данной главе следует упомянуть также о послеродовых разрывах промежности третьей степени с нарушением целостности сфинктера или прямой кишки (рис. 107, 108). В первом случае у больных отмечается недержание газов, во втором — недержание кала, особенно жидкого (при поносах). Старые разрывы промежности могут не сопровождаться выпадением влагалищных стенок или опущением матки. С другой стороны, при них нередко наблюдается выпадение стенок прямой кишки (рис. 109). Оперативное вмешательство в этих случаях является единственным методом лечения; техника его описана в ч. IV, гл. 3.



Рис. 109. Выпадение стенок влагалища и прямой кишки (Келли).

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. Неправильные положения матки. В книге: «Неоперативная гинекология» Брауде, М. С. Малиновский и А. И. Серебров. Медгиз, 1957, стр. 165—184.
- Гамбаров Г. Г. О девятицах и выпадениях матки. Труды 2-го Закавказского съезда акуш. и гинек., Ереван, 1937, стр. 176—193.
- Гиммельфарб Г. И. К вопросу о девятицах матки кзади. Труды 1-го Всеукраинского съезда акуш. и гинек. Киев, 1928, стр. 453—464.
- Груздев В. С. К патогенезу проляпсов женского полового аппарата.
- Дзвездзе А. Г. Выпадение матки и влагалища. Грузмедгиз, Тбилиси, 1948.
- Елкин М. В. Этиология ретродевиации матки. Сб., посв. проф. М. В. Елкину. 2 ЛМИ, Ленинград, 1939.
- Какушкин Н. М. Основные принципы в терапии опущений и выпадений матки и влагалища. Труды VI Всесоюзного съезда гинек. и акуш. М., 1925, стр. 23—25.
- Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика, ч. I, ЦНИАГИ. Ленинград, 1940.
- Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии, Л., 1947, стр. 9—42.
- Петченко А. И. Клиническое течение и терапия опущений и выпадений гениталий у дистрофичек. Акуш. и гинек., 1945, 2.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии. Медгиз, 1938, стр. 297—335.
- Vailly K. V. A clinical investigation into uterine prolapse with stress incontinence treated with modified Manchester colpography. J. Obst. a. ginek. Brit. Empire, 1956, 65, 5, 663—677.
- Daniel W. Combination von Sklerotherapie mit plastischer Operation bei Uterusprolaps. Wien. med. Wschr., 1956, 34, 732—733. Wien. med. Wschr., 1955, 28—29, 590.
- Küster. Lage und Bewegungsanomalien des Uterus. Weit Handbuch der Gynäk. Bd. I.
- Martin. Der Haftapparat der weiblichen Genitalien. Berlin, S. Karger, 1911.
- Schultze B. Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. A. Hirschwald, Berlin, 1881.
- Prochorow M. Hysterofor zaimprowisowany z gruszki gumowej. Ginecologia polska, 1957, 6.
- Kelly A. Operative Gynecology. London. H. Kimpton, 1900.
-

Глава 5

АНОМАЛИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Общие сведения о менструальном цикле. Аменорея: первичная и вторичная; тералия аменореи. Псевдоаменорея. Дисменорея (альгоменорея): первичная и вторичная; терапия дисменореи. Ановуляторный цикл менструаций: физиологический и патологический. Маточные гинекологические кровотечения: циклические, ациклические кровотечения и переходные. Дисфункциональные кровотечения. Терапия гинекологических кровотечений. Кровотечения в климактерии и менопаузе. Викарные менструации

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ

Менструацией (месячными, menses) называют периодические выделения крови из матки женщины. Первые менструации (menarche) появляются обычно в начале половой зрелости (pubertas) — с 12—16 лет. Полное половое созревание у женщины наступает к 17—19 годам. Менструальные кровотечения цикличны, повторяются через правильные промежутки времени и длятся три-шесть дней. Месячные повторяются на протяжении всего детородного периода женщины, прерываясь только во время беременности и кормления грудью, и постепенно заканчиваются в переходном — климактерическом возрасте (45—47 лет). Количество теряемой ежемесячно крови составляет 50—150 г. Менструальная кровь щелочной реакции, темная, с примесью слизи, отличается малой свертываемостью, содержит много гликогена, липоидов и ферментов.

К началу первых менструаций в организме девушки совершается ряд изменений: формы тела приобретают округлость, свойственную взрослой женщине, появляются вторичные половые признаки — рост грудных желез, волосистость на лобке; заканчивается развитие наружных и внутренних половых органов.

Менструальным циклом называют физиологические процессы, протекающие за период времени, начиная от первого дня менструации до первого дня следующей менструации. По М. С. Малиновскому, наиболее частым является 28-дневный цикл (в 60%), реже — 30—35-дневный (10—12%) и 21-дневный (последний в 28%). Менструальный цикл разделяют на эндометриальный и овариальный циклы, в зависимости от циклических изменений, происходящих в слизистой матки и в яичнике. Однако следует помнить, что, помимо местных (в эндометрии и яичнике), во время менструального цикла наблюдаются также общие волнообразные изменения во всем организме женщины (рис. 110), отмеченные Д. О. Оттом и его учеником С. С. Жихаревым. Заслуживают этих авторов, а также их предшественников — В. Ф. Снегирева, А. В. Репрева, М. И. Горвица — является отход от старых локалистических воззрений на менструальный цикл как на местный процесс и понимание его как функцию единого и целостного организма.

После окончания менструации из тонкого базального слоя эндометрия начинается быстрый рост слизистой матки, причем за четыре-пять дней толщина слизистой увеличивается почти в четыре раза. Рост наблюдается как в строме, так и в железах. В клетках эпителия желез много фигур деления ядер. Маточные железы удлиняются и скоро на-

чинают штопорообразно извиваться, однако эпителий их, несмотря на выраженную пролиферацию, не выделяет секрета, и в полости желез его не имеется. Эта фаза развития слизистой матки носит название пролиферационной.

С 13-го по 15-й день включительно слизистая фаза пролиферации достигает своего завершения. После этого в клетках эпителия желез обнаруживаются первые признаки секреторной функции — начало секреторной фазы эндометрия.

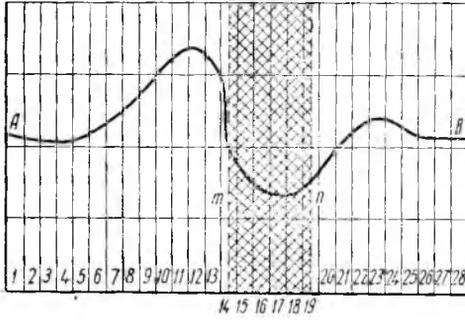


Рис. 110 Схема волнообразных циклических изменений (АВ) в организме женщины; п — п — дни менструаций (по Отту).

С 16-го дня деление ядер клеток эпителия желез прекращается, клетки увеличиваются в длину и становятся светлыми или с участками просветления, наполняются секретом.

С 18—20-го дня железы становятся пилообразными вследствие складчатости их стенок. Железистый эпителий секретирует богатый гликогеном секрет. Ядра становятся пузырькообразными, светлыми и располагаются базально. Митозы и мерцательный эпителий исчезают. Просветы желез резко увеличиваются вследствие скопления секрета.

Клетки стромы также укрепляются, особенно в верхнем слое функциональной части эндометрия (компактный слой). Капилляры функционального слоя расширяются и превращаются местами в клубки из резко извитых артериол. Весь функциональный слой утолщается до 8—10 мм, в нем ясно дифференцируется верхний — компактный слой ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ толщины функционального) из децидуоподобных клеток и нижний более толстый — спонгиозный слой (Е. Н. Петрова, 1959).

Характерными для этой части секреторной фазы развития слизистой матки являются, кроме описанных изменений, фигуры распада ядер — начало распада эндометрия при менструации. Конец секреторной фазы можно назвать пременструальной или прегравидной фазой.

Вышеописанные изменения эндометрия в фазах пролиферации и секреции принимались прежними авторами за местные воспалительные изменения и описывались как *endometritis interstitialis*, *endometritis glandularis*, *cystica* и т. п.

Дальнейшие изменения эндометрия, происходящие во время менструации, носят название десквамации. Ей предшествуют значительные сосудистые изменения в эндометрии, изученные лишь в последнее время.

Ряд авторов установил развитие предменструального спазма сосудов в эндометрии (Бартельмец, Bartelmez; М. Д. Гутнер). При спазме сосудов происходит гипоксия с повреждением эндотелия капилляров и последующей проницаемостью капилляров и отеком. Дальнейший спазм сосудов приводит к развитию очагов некроза. Еще позднее, под влиянием усиления ферментативных процессов, накопления углекислоты и гистамина, спазм прекращается. Таким образом, первоначальная ишемизация сменяется разрывом сосудов и образованием экстравазатов и наружным кровотечением — начало фазы десквамации.

Отторжение слизистой матки происходит в спонгиозном слое, большая часть которого сохраняется близ базального слоя. Кровотече-

ние происходит из раневой поверхности базального слоя и прекращается после сокращения матки (как в послеродовом периоде). На пятый-шестой день после начала менструации, т. е. после прекращения выделения крови из матки, развитие цикла начинается сначала.

В первой половине менструального цикла, т. е. до дня овуляции, развитие пролиферационной фазы в эндометрии обуславливается воздействием гормона зреющего фолликула — фолликулина, или, правильнее, эстрогенного гормона (гормона, вызывающего течку, — эструс); этот гормон образуется в theca interna фолликула.

Во второй половине менструального цикла, т. е. после овуляции, гормон желтого тела (прогестерон) вызывает секреторную фазу эндометрия. Последний готовится к возможной беременности как увеличением секреции желез, так и отложением гликогена в большей части клеток поверхностно расположенных желез. Однако без предварительной подготовки матки эстрогенным гормоном действие прогестерона было бы невозможно. Важно также, что при созревании фолликула эстрогенный гормон вызывает сокращения матки, в то время как прогестерон, прекращая сокращения матки, обеспечивает ей необходимый для привившегося яйца покой. В случае наступления менструации сокращения матки вновь усиливаются вследствие уменьшения секреции прогестерона; эти сокращения способствуют опорожнению матки во время месячных. Вместе с тем опыты на животных показали, что при отсутствии (удалении) гипофиза созревание фолликулов и образование желтых тел невозможно. Следовательно, имеется нервно-эндокринное влияние со стороны гипофиза на действие гормонов яичников.

Как сказано выше, из передней доли гипофиза выделено шесть гормонов: 1) гормон роста, 2—3) два гонадотропных гормона, 4) лактогенный (лютеотропный), или пролактин, 5) тиреотропный, 6) адренотропный. Предполагается существование седьмого гормона — метаблического, или гормона межтучного обмена (А. Т. Камерон, 1948).

Современные авторы (Е. И. Кватер, 1956 и др.) считают пролактин третьим гонадотропным гормоном.

Один из гонадотропных гормонов — фолликулостимулирующий, или эстрогенный (ФСГ) — стимулирует развитие фолликулов в яичниках, второй стимулирует образование лютеиновых клеток желтого тела яичников, почему и называется лютеинизирующим гормоном (ЛГ) — прогестероном. Лактогенный гормон, или пролактин, нужен для образования прогестерона в лютеиновой ткани (почему называется лютеотропным). Пролактин вызывает также лактацию; он необходим для постоянной секреции молока. Для полного развития молочных желез необходимы все три гормона: эстрогенный, прогестерон и пролактин.

Гормональная регуляция менструального цикла в свою очередь находится под общим регулирующим влиянием центральной нервной системы через гипоталамус и переднюю долю гипофиза. Гипофиз находится в сосудистой и нервной связи с гипоталамусом, его ножка как бы врастает в ядра последнего имеющие густую капиллярную сеть. Наличие порталных сосудов между ядрами гипоталамуса и передней долей гипофиза обеспечивает гуморальную регуляцию его функций со стороны гипоталамуса (А. Э. Мандельштам, 1959). Ядра таламуса регулируют различные гормональные функции в организме и могут вызвать их дисфункцию, в том числе расстройства менструаций, вплоть до полного прекращения их или появления длительных кровотечений.

В редких случаях у взрослых женщин наблюдаются менструации без овуляции — однофазный, или ановуляторный, цикл. Доказать отсут-

стве овуляции можно путем выскабливания слизистой матки накануне менструации — в соскобе обнаруживается фаза пролиферации эндометрия, а не секреторная. Женщины с таким менструальным циклом бесплодны (А. Э. Мандельштам, К. В. Проняева).

Одной из особенностей менструального цикла у молодых девушек, только начавших менструировать, является частота однофазных (ановуляторных) циклов. Такие месячные нередко переходят в длительные кровотечения. В периоде полового созревания длительные маточные кровотечения часто бывают проявлением различных как гинекологических, так и экстрагенитальных или общих заболеваний и патологического состояния организма в целом. В их числе можно назвать инфантилизм (общий или генитальный), очаги фокальной инфекции (тонзиллиты), нефрит, заболевания сердечно-сосудистой системы и крови (тромбопения), гипертиреоз, гипофизарное ожирение, психические травмы, перенесенные инфекционные заболевания и т. п. Подобные маточные кровотечения получили название «ювенильных»; они являются важнейшим и трудно поддающимся терапии видом расстройств менструального цикла у девочек 10—16-летнего возраста (ч. II, гл. 16).

В новейшей работе Б. Цондека (Zondek, 1959) для объяснения сущности менструации приводятся две основные теории: 1) теория Аллена (Allen) — падения количества эстрогенов, 2) сосудистая теория, разработанная Мерки и Бартельмессом (Markee a Bartelmez). В 1938 г. Алленом было показано, что кровотечение может быть вызвано не только падением количества эстрогенов, но и падением количества прогестерона. Далее удалось вызвать кровотечение, связанное с падением количества андрогенов. Однако имеется ряд случаев, когда кровотечение не связано с падением количества эстрогенов. Введение прогестерона может затормозить появление менструального кровотечения на две недели. Кровотечение удалось получить у животных, не имеющих менструального цикла, путем внутривенного введения хориального гонадотропина (у крыс). Маточное кровотечение у женщины может наблюдаться при различных функциональных состояниях эндометрия (атрофия, пролиферация, секреция). Функция яичников тесно связана с функцией надпочечников; экскреция кортикоидов происходит циклически и тесно связана с половым циклом. Введение эстрогенов увеличивает выделение кортикоидов с мочой. При маскулинизации увеличивается экскреция андрогенов.

Таким образом, нормальные менструации, *eumenorrhaea* (рис. 111, 1), находятся в зависимости от нормально протекающих физиологических процессов в эндометрии и яичниках. Эти органы в свою очередь подчиняются регулирующему влиянию центральной нервной системы.

Аномалии менструального цикла очень разнообразны. Их можно разделить на следующие группы: полное отсутствие менструаций — аменорея (*amenorrhaea*); скудные непродолжительные и редкие менструации — гипоменорея, олигоменорея, опсоменорея (*hypomenorrhaea*, *oligomenorrhaea*, *opsomenorrhaea*), обильные менструации — меноррагии, или циклические кровотечения (наступают ритмично), неправильные менструации — метроррагии, или ациклические кровотечения (рис. 111, 2).

По признаку болезненности менструаций различают: альгоменорею (*algomenorrhaea*), при которой во время менструации имеются боли в генитальных органах, и дисменорею (*dysmenorrhaea*), при которой боли в половых органах сопровождаются головной болью, рвотой, болями в подложечной области и т. п.

По времени наступления первых менструаций различают: преждевременные менструации (*menstruatio praesox*), наступающие в возра-

сте моложе 10 лет, и запоздалые менструации (*menstruatio tarda*), наступающие в возрасте старше 20 лет.

С целью более полного изучения многочисленных причин, лежащих в основе аномалии менструального цикла, А. Э. Мандельштам предложил общую этиологическую классификацию менструальных расстройств.

1. В связи с беременностью, нормальной или патологической: физиологическая аменорея при нормальном течении беременности; лактационная аменорея; маточные кровотечения при аборте, пузырном заносе, предлежании плаценты, при внематочной беременности, на почве плацентарного полипа, децидуального эндометрита и др.

2. На почве недоразвития внутренних половых органов или пороков развития (аменорея, гипоолигоменорея, гиперменорея, альгодисменорея).

3. В связи с воспалительными заболеваниями полового аппарата (гонорея, туберкулез, септическая инфекция), при длительных воспалительных (особенно нагноительных) экстрагенитальных процессах в различных органах; общих инфекционных заболеваниях (туберкулез, бруцеллез, скарлатина, тиф, оспа, дифтерия, грипп, пневмония и др.).

4. На почве новообразований (доброкачественных и злокачественных) матки (фиброма, саркома, рак, хорионэпителиома), яичников (разнообразные blastомы), надпочечников, гипофиза и др.

5. При эндокринных заболеваниях (яичников, гипофиза, надпочечника, щитовидной железы, поджелудочной железы и др.); этот пункт во многом схожий с п. 4.

6. В связи с нервными и психическими заболеваниями и психотравмами (заболевания центральной нервной системы; психические заболевания, психические аффекты; умственное переутомление и др.).

7. На почве заболеваний сердечно-сосудистой системы (декомпенсированные пороки сердца, склероз сосудов, гипертоническая болезнь; эндокардит; венозный застой на почве расширения вен и др.).

8. При заболеваниях кровотоворных органов (лейкозы, геморрагический диатез, тромбопения и др.).

9. На почве травматических повреждений (чрезмерное выскабливание полости матки; мочеполовые свищи, травма головного или спинного мозга).

10. При нарушении нормальных экологических условий (недостаточное питание — полное или неполное голодание, гиповитаминозы; плохие жилищные условия; изменение климатических условий — пребывание в отдаленных северных районах или в условиях знойного юга и др.).

Наша классификация аномалий менструального цикла представлена на табл. 3.



Рис. 111.

1 — нормальные менструации; 2 — метроррагия (схемы).

Классификация аномалий менструального цикла по автору

1. Аменорея (первичная и вторичная). Физиологическая, искусственно вызванная, патологическая от общих и местных причин, нейропсихогенная, военного времени. Псевдоменорея.
2. Дисменорея (первичная и вторичная). Механическая, конституциональная, нейропсихогенная, эндокринная.
3. Ановуляторный (однофазный) цикл менструаций, с явлениями гиперэстрогении; с явлениями гипозестрогении.
4. Гинекологические кровотечения с морфолого-анатомическими изменениями.
 - А. Циклические кровотечения.
 - Б. Ациклические кровотечения.
 - В. Переходные кровотечения: добавочные, межменструальные.
5. Гинекологические кровотечения без морфолого-анатомических изменений (дисфункциональные кровотечения). Циклические при двухфазном и ановуляторном цикле, ювенильные, при персистенции фолликула и желтого тела, при недостаточности овариальных гормонов, при гипофункции эндометрия, климактерические, при гормонопродуцирующих опухолях яичника, при экстрагенитальных заболеваниях.
6. Викарные менструации.

АМЕНОРЕЯ

Отсутствие месячных у взрослой женщины может быть первичным или вторичным.

Первичной аменореей называют полное отсутствие месячных с пубертатного возраста у женщины, находящейся в периоде половой зрелости; вторичной аменореей называют прекращение ранее бывших менструаций на длительное время или навсегда.

По тяжести заболевания различают три степени аменореи:

1-я степень — аменорея с длительностью менее года; длина полости матки 5—5,5 см; явлений гипофункции яичника не наблюдается.

2-я степень — длительность — до 2—3 лет; длина полости матки около 3,5 см.

3-я степень — длительность — более 3 лет, длина полости матки менее 3,5 см; наблюдаются явления выпадения функции яичника.

По этиологии аменорею можно разделить на следующие группы: физиологическая, искусственно вызванная, патологическая — от общих и местных причин, нейропсихогенная, аменорея военного времени и так называемые викарирующие менструации.

1. *Физиологическая аменорея* наблюдается до периода полового созревания, т. е. до 12—16 лет, а также после наступления менопаузы, т. е. с возраста 45—47 лет. Кроме того, физиологическая аменорея наблюдается при беременности (в единичных случаях небольшие менструации продолжают в первые месяцы беременности) и в периоде лактации (в последнем случае также возможны исключения: менструации могут продолжаться либо рано возобновиться).

2. *Искусственно вызванная аменорея* встречается после хирургического удаления яичников или рентгенокастрации, а также после систематических впрыскиваний йодной настойки в полость матки с целью предохранения от беременности. В редких случаях аменорея наблюдается после грубо произведенного выскабливания слизистой матки, когда удаляется и базальный слой.

3. *Патологическая аменорея* от общих причин наблюдается: после

острых инфекционных заболеваний (тифы, скарлатина, дифтерия); после хронических истощающих заболеваний (туберкулез, малярия); после хронических интоксикаций и отравлений свинцом, ртутью; при наркомании (морфинизм).

Аменорея — частый спутник эндокринных заболеваний яичника, гипофиза, надпочечников, поджелудочной, щитовидной желез (рис. 112—113).

Часто встречается аменорея при гипофункции и при опухолях яичника (аренобластома). Аменорея гипофизарного происхождения наблюдается при болезни Иценко — Кушинга (аденома гипофиза, рис. 114), при *dystrophia adiposo-genitalis*, питuitarной кахексии (болезнь Симондса, рис. 115). Реже встречается аменорея при опухолях надпочеч-



Рис. 112. Адипозо-генитальная дистрофия у 32-летней женщины, страдающей аменореей и бесплодием (Мазер и Израэль).



Рис. 113. 18-летняя женщина с синдромом Лауренса — Бидля. Резкое ожирение; аменорея. Пигментный ретинит; слепота (Мазер и Израэль).

ников, сопровождающаяся явлениями вирилизма (гипертрихоз). Аменорея, или гипоменструальный синдром, может наступить при диабете, гипотиреозе, общем ожирении и т. д.

4. *Патологическая аменорея* от местных причин может быть связана с инфантилизмом и гипоплазией матки, встречается при туберкулезном эндометрите, а также при тяжелых воспалительных поражениях матки и придатков (пиовариум).

Свищи акушерского и гинекологического происхождения могут также явиться причиной аменореи.

В последнее время С. К. Лесной, М. Д. Моисеенко (1959) описали так называемую «маточную» форму аменореи. Такая аменорея развивается после выскабливания беременной матки и связана с атрезией канала шейки матки, причем гематометра не образуется. М. Д. Моисеенко считает, что в канале шейки, в области истмуса, образуются

сращения, вызываемые в послеабортном периоде воспалительными процессами. Почти у всех больных наблюдается некоторое уменьшение матки.

С. К. Лесной рекомендует у всех женщин, жалующихся на прекращение менструаций после выскабливания, обязательно проверить проходимость цервикального канала при помощи зонда и лишь потом назначать гормонотерапию или физиотерапию. Если канал непроходим, то необходимо его расширить до №№ 5—7 Гегара.



Рис. 114. Женщина 31 года. Болезнь Иценко — Кушинга. Стойкая аменорея гипофизарного происхождения на почве развития базофильной аденомы (Мазель и Израэль).



Рис. 115. Болезнь Симондса (питуитарная кахексия) у 28-летней женщины. Аменорея с 22 лет (Мазель и Израэль).

Профилактика «маточной» формы аменореи заключается в бережном отношении к шейке и тканям матки во время внутриматочных вмешательств

5. *Нейро-психогенная аменорея* развивается почти в половине случаев психических заболеваний: психозы, шизофрения, психические травмы (Е. Д. Молдавская-Свет). В результате психической травмы может наступить внезапное прекращение начавшихся менструаций — *suppressio menses*. Аменорея, возникшая при охлаждении и ожогах, может быть объяснена нейродистрофическими процессами, возникшими при повреждении периферических нервных окончаний.

6. *Аменорея военного времени* была изучена во время блокады Ленинграда (М. А. Петров-Маслаков, А. И. Петченко, К. Н. Цуцульковская). В это понятие включают голодную аменорею и аменорею от нервных потрясений. Аменорея в военные годы наблюдалась при общем недостатке питания, а также у тех женщин, которые питались консервами, но в пищевом рационе которых не хватало витаминов, особенно витамина С и группы В.

Аменорея военного времени наступала в результате атрофии половых органов, причем атрофия матки в тяжелых случаях достигала 3-й степени. Отмечалась потеря эластичности тканей, отсутствие вестибулярных и цервикальных выделений, сухость слизистой влагалища, потеря влагалищными клетками гликогена, ретроверзия матки вследствие потери ею эластичности и тонуса, более частое выпадение влагалища и матки и появление декубитальных язв. В яичниках также наблюдалась общая атрофия, исчезновение фолликулов, склероз сосудов и развитие соединительной ткани. В некоторых случаях аменорея заканчивалась наступлением преждевременного климакса.

Терапия аменореи

Лечение аменореи: диетотерапия, гормоно- и витаминотерапия, физиотерапевтические методы, курортное лечение. Внутрь назначают глюкозу, препараты железа и мышьяка.

Лечение диетой должно предусматривать не только высококачественное по калорийности питание, содержащее жиры, белки, углеводы, но и введение естественных витаминов. Кроме того, рекомендуется введение синтетических витаминов, особенно С и В. Одновременно назначается общеукрепляющий режим — отдых, пребывание на воздухе, занятие легким спортом.

Гормонотерапия назначается по схеме введения тех видов овариальных гормонов, которые соответствуют фазе менструального цикла. В первые 15—20 дней цикла назначают препараты эстрогенного гормона (фолликулин, синэстрол), в следующие 6—10 дней — препараты гормона желтого тела (прогестерон)¹. Дозировка в среднем составляет около 150—200 тыс. ЕД эстрогенов и 30—40 мг прогестерона. Критерием для правильного применения гормона является цитологическая картина влагалищного мазка: I и II картины диктуют необходимость увеличения дозы эстрогенов, а III и IV — прекращения их введения.

При общем или местном инфантилизме назначают эстрогены на срок не менее четырех или шести недель. С. К. Лесной (1958) рекомендует диэтилстильбэстрол по 1 мг два раза в день или диэтилстильбэстрол-пропионат по 5 мг в 1 мл через три-четыре дня. Еще лучше назначать димэстрол; его достаточно вводить в дозе 12 мг (2 мл раствора) один раз в одну-две недели. С. К. Лесной проводил также лечение диэтилстильбэстролом в таблетках, содержащих 1 мг вещества, которые вводил в размельченном виде посредством особого троакара в подкожную клетчатку для создания депо эстрогена; при медленном растворении препарат оказывал действие на протяжении четырех-пяти недель.

Лечение больных со вторичной аменореей, по С. К. Лесному, лучше проводить циклически, индивидуализируя дозы гормонов в зависимости от функциональных показателей. Гормонотерапия как бы создает фазы цикла. Поэтому следует назначать эстрогены по 10 000—20 000 ЕД в день на протяжении 15—20 дней, а затем вводить в течение 6—8 дней прогестерон или прегнин. При преждевременно наступившем климаксе можно назначать димэстрол, действующий более продолжительное время, а затем прогестерон или прегнин. Надо полагать, что насыщение организма эстрогенами тормозит продукцию фолликулостимулирующего

¹ Схемы варьируют в зависимости от длительности менструального цикла до появления аменореи (21—30 дней).

гонадотропного гормона, который у таких больных часто содержится в повышенном количестве.

Наш сотрудник В. В. Слоницкий с успехом применял внутриматочное введение эстрогенов при запущенных формах аменореи.

Из физиотерапевтических методов особенно эффективны диатермия (особенно влагалищная) и грязелечение. Непременным условием успеха является сочетание физиотерапии с гормонотерапией и витаминным питанием.

ПСЕВДОАМЕНОРЕЯ

Иногда встречается так называемая псевдоаменорея. Этим термином называют видимое отсутствие менструальных кровотечений, фактически появляющихся, но не имеющих выхода наружу. Такое явление наблюдается при атрезиях отдельных участков цервикального канала, влагалища или гимена. Накапливающаяся выше места препятствия кровь (haematocolpos, haematometra) рассасывается до наступления следующих менструаций. Лечение — только хирургическое.

ДИСМЕНОРЕЯ (АЛЬГОМЕНОРЕЯ)

У большинства женщин при нормальных менструациях наблюдается некоторое недомогание в виде общей разбитости, головной боли, болей в области гениталий, запоров и т. п. (mollimina menstrualia). В тех случаях, когда это недомогание резко выражено, говорят о дисменорейных болях. По классификации Зейтца (Seitz), боли только в генитальном аппарате (преимущественно в матке) носят название альгоменорей, разнообразные общие боли при менструациях — дисменореи, комбинации тех и других — альгодисменореи. На практике обычно во всех указанных случаях пользуются термином «дисменорея».

Симптоматология дисменорейных болей очень разнообразна. Чаще всего наблюдаются тупые ноющие боли внизу живота, иногда в крестце. Нередко боли носят схваткообразный характер, отдают в бедра. Из общих расстройств чаще всего наблюдаются слабость, депрессия, отсутствие аппетита, головные боли, нередко в виде мигрени, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Боли в животе, а также общие расстройства могут наблюдаться за два-четыре дня до менструаций, иногда они прекращаются с наступлением последних. В других случаях наблюдаются непрерывные боли на протяжении всего периода менструаций и даже спустя несколько дней после их окончания.

Различают дисменорею первичную и вторичную.

Первичная дисменорея (эссенциальная) наблюдается у женщины с первых менструаций. Вторичная наступает в результате некоторых гинекологических заболеваний или, реже, вследствие общих причин.

Наибольший интерес представляет первичная дисменорея. При этом виде дисменореи боли сопровождаются сильными сокращениями матки, носят схваткообразный или судорожный характер и нередко приводят к временной нетрудоспособности. Начинаются боли за $1/2$ —1 сутки до появления кровотечения и длятся около двух суток.

Из множества причин происхождения первичной дисменореи приведем следующие:

1. *Механические* боли объясняются переполнением полости мат-

ки кровью при малой емкости ее, гиперантефлексией матки или узкостью канала конической шейки, вследствие чего затрудняется отток крови.

2. *Конституциональные* — инфантилизм и астеническая конституция (90% больных).

3. *Нейро-психогенные*: — дисменорея объясняется лабильностью нервной системы с понижением порога чувствительности (Крениг, Гофмейер); другие авторы объясняли дисменорейные боли спазмами у внутреннего зева, спазмофилией, ваготонией и т. п. Новак (Novak), Кот и Лериш (Cotte, Leriche) считали причиной дисменореи дегенеративные явления в приводящих отрезках п. п. praesacralis (plex. hypogastricus). Г. А. Бакшт у одной из оперированных больных с резекцией п. praesacralis обнаружил неврит пресакрального нерва.

Этот вид дисменореи наблюдается также у истеричных женщин и при расстройствах психики.

4. *Эндокринные*. — по мнению Яшке, Кемпбелла (Campbell), дисменорея развивается при недостаточной продукции гормонов желтого тела. Зибке (Siebke) отмечал, что женщины с инфантильной маткой и дисменореей выделяют больше фолликулина, чем здоровые. М. Е. Баррац (1940) трактовала дисменорею как дисгормоноз, при котором повышается выделение пролана А (гормон передней доли гипофиза), приводящее к гиперфолликулинемии. Повышенное количество фолликулина ведет к беззненным сокращениям матки, к возбуждению функции желтого тела, а также вызывает ряд нервных расстройств — бессоницу, головные боли, усиление перистальтики желудка и кишок (рвота, поносы).

Современные авторы (Е. И. Кватер) считают, что при дисменорее имеется недостаточное продуцирование эстриола в лютеиновой фазе менструального цикла и увеличено количество эстрадиола во время менструации.

Особо следует подчеркнуть, что все виды эндокринной функции подчиняются регулирующему влиянию центральной нервной системы.

Патогенез возникновения болей *во время менструаций* при первичной дисменорее объясняется гипертонией миометрия и сильными сокращениями матки; последние при дисменорее значительно более выражены, чем при нормальных менструациях. Новейшие исследователи допускают усиление сокращений матки во время месячных после фазы относительного покоя в секреторном периоде. Методом внутриматочного введения баллона можно доказать, что в первый день менструации маточные сокращения достигают силы большей, чем до менструаций. Дикинсон (Dickinson) путем ректального исследования определил, что за два дня до менструации маточные сокращения слабы, а наибольшей силы они достигают к концу менструаций. Г. Шульце (Schultze) методом рентгенографии показал, что маточные сокращения во время менструаций усиливаются. На основании этих исследований, произведенных различными способами и приведших к одному выводу, можно считать неоспоримым факт усиления маточных сокращений во время менструаций. Если при последних нормальные (т. е. сравнительно безболезненные) самопроизвольные сокращения матки переходят в интенсивные судорожные (тетанические), то наступают дисменорейные боли.

Вторичная дисменорея чаще всего наблюдается в результате перенесенных воспалительных заболеваний матки и придатков, при фиксированных ретродевиациях матки, интрамуральных формах фибромом, особенно при расположении узлов у маточных рогов, а также при внутреннем аденомиозе. В последних двух случаях боли наступают

за несколько дней до менструации и продолжаются в течение первых дней после ее наступления.

Особым диагностическим признаком аденомиоза является увеличение объема матки до менструации и уменьшение после ее окончания.

Редкую форму дисменореи представляет так называемый *endometritis membranacea exfoliativa*. При менструации, сопровождающейся резкими схваткообразными болями, из матки выделяется пластинка эндометрия треугольной формы, иногда с отверстиями, соответствующими маточным концам труб или отверстию внутреннего зева шейки. Дифференцировать эту ткань от аборта позволяет отсутствие ворсин хориона. Причины этого заболевания еще не выяснены.

Терапия дисменореи

Терапия дисменореи различна в зависимости от формы ее — первичной или вторичной.

При первичной дисменорее большое применение имеет гормонотерапия. В связи с тем, что гормон желтого тела (прогестерон) обладает специфическим действием при перевозбуждении (гипертонии) матки, он был предложен для лечения дисменореи. Первые отзывы о действии прогестерона при дисменорее были положительными (Кемпбелл и Хиссау; Campbell a. Hissaw, 1939); отзывы последующих авторов менее благоприятны, но все же вполне удовлетворительны. По сводной статистике Рейнольдса (Reynolds S., 1939) положительный результат от применения прогестерона при дисменорее отмечается в 45—47%. Этот сравнительно малый процент объясняется тем, что не при всех случаях дисменореи можно доказать недостаточность продукции желтого тела как причину этого заболевания. Кроме того, плохо поддаются лечению прогестероном дисменорейные боли у женщин с гипопластической маткой. В этих случаях необходимо в первой половине менструального цикла назначать эстрогенный гормон и только после этого (во второй половине цикла) переходить к лечению прогестероном.

Некоторые авторы (Кеннеди, Визерспун; Kennedy, Witherspoon, К. К. Скорбанский) наблюдали успех от одного только эстрогенного гормона при дисменорее у инфантильных женщин. К. К. Скорбанский, основываясь на том факте, что искусственное введение эстрогенов тормозит продукцию пролана А, для подавления выделения его проводил лечение дисменореи фолликулином, благодаря чему снижалась гиперфолликулинемия. Некоторые авторы (Визерспун) для стимуляции выработки гормона желтого тела и подавления гипертонии матки применяли пролан В. В настоящее время лечение дисменореи прогестероном назначается за пять-семь дней до менструации, причем прогестерон вводится ежедневно по 5 мг. При гипоплазии матки лечение прогестероном сочетается с назначением эстрогенных препаратов: вначале применяется синэстрол или диэтилстильбэстрол в течение первой половины менструального цикла в общей дозе 100 000—200 000 ЕД, после чего переходят на инъекции прогестерона по 5 мг ежедневно в течение восьми-десяти дней.

Абрамсон и Рейд (Abramson D., Reid D. E., 1958) при первичной дисменорее рекомендовали лечение релаксином. Релаксин назначается внутрь в таблетках по 4 мг до шести раз в день или путем внутримышечных инъекций водного раствора релаксина. Успех, в особенности при повторных курсах, достигал 80%. Эффективность действия релаксина объясняется свойством расслаблять соединительнотканые элементы шейки матки и миометрия.

А. В. Эммануэль (1958) рекомендовала метод лечения больных дисменореей новокаиновой гальванизацией солнечного сплетения.

Методика: больную кладут на прокладку, пропитанную физиологическим раствором, и соединяют с катодом кожный сегмент солнечного сплетения; второй электрод накладывают между пупком и мечевидным отростком; его прокладку также смачивают физиологическим раствором. Затем больная выпивает 50 мл 0,25% раствора новокаина, после чего включается электрический ток (от 2 до 5 А). Процедуры ежедневные по 20—30 минут. Обычно эффект наступает после четырех-пяти сеансов. У всех больных получен хороший результат.

Интересно отметить, что в прошлом гинекологи-практики с успехом применяли при дисменорее внутриматочное введение пессариев. С точки зрения современной физиологии этот успех можно объяснить гиперплазией и гипертрофией волокон миометрия, развивающимися вследствие нахождения в матке инородного тела; последнее оказывает на стенки матки давление, подобное давлению плодного яйца. Мы получили хороший эффект от применения пессариев при одновременном назначении гормонотерапии (синэстрол в сочетании с прогестероном).

После открытия Флиссом (Fliess) связи между половыми органами женщины и слизистой шийной раковины носовой некоторые гинекологи с переменным успехом лечили дисменорею кокаинизацией слизистой носа — введением в него тампона, смоченного раствором кокаина.

Для терапии дисменорей, этого длительного страдания, был применен также хирургический метод. Котт и Лериш во Франции (Cotte et Leriche) предложили резекцию п. praesacralis, причем Котт сообщил о 125 успешных случаях такой операции. Г. А. Бакшт и мы произвели свыше полутора десятка операций, давших относительный успех, но наряду с этим было несколько случаев безрезультатных. В настоящее время эта операция производится редко, уступая место физиотерапии и гипнозу.

Лечение вторичной дисменорей должно быть строго причинным. Для устранения воспалительного процесса гениталий как причины дисменорей необходимо длительное курсовое противовоспалительное лечение с применением физиотерапии, грязелечения и т. п. Опухоли (фибромиомы, аденомоз) матки требуют оперативного лечения.

Некоторые гинекологи относят к дисменорее интерменструальные или срединные боли (Mittelschmerz), появляющиеся изредка у нервных женщин в дни овуляции. Боли ощущаются внизу живота в области матки или по сторонам от матки в области яичников и сопровождаются незначительным и кратковременным кровотечением. Причины интерменструальных болей выяснены недостаточно. Иногда боли прекращает прогестерон.

АНОВУЛЯТОРНЫЙ ЦИКЛ МЕНСТРУАЦИИ

В летние месяцы у некоторых видов обезьян (*macacus rhesus*) наблюдаются так называемые однофазные или ановуляторные циклы, протекающие, как нормальные менструации, но без овуляции, без образования желтого тела и при отсутствии секреторной фазы эндометрия.

Мнение Р. Майера и Клауберга, что без овуляции не может быть желтого тела, а без желтого тела не может быть менструации в последнее время опровергнуто. Ановуляторный цикл наблюдается и у некоторых женщин. Доказать отсутствие овуляции у них можно путем выскабливания слизистой матки накануне менструации — в соскобе обнаруживается пролиферационная фаза эндометрия вместо нормальной для это-

го срока секреторной фазы. Впервые это обнаружил Е. Новак в 1935 г. Так как овуляция не происходит, то женщины с таким менструальным циклом бесплодны.

Е. А. Какушкина (1959) выявляет однофазный менструальный цикл по взаимоотношению различных фракций эстрогенов (эстрадиола, эстрона и эстриола).

Первые работы в СССР об ановуляторном цикле принадлежат А. Э. Мандельштаму и К. В. Проняевой.

Ановуляторные циклы у нормально менструирующих женщин встречаются нередко — в 2—3% (по Е. И. Кватеру); повторные ановуляторные циклы — в 2%, у бесплодных — в 5—10% и у кормящих грудью — в 40—50%. Ановуляторные циклы могут наблюдаться также в периоде полового созревания, во время менапаче и последующих менструаций, а также в климактерическом периоде. Ввиду того, что у всех этих групп женщин ановуляторный тип менструаций не сопровождается сильными кровотечениями или другими расстройствами, то однофазный цикл в периоде полового созревания, в периоде лактации и в климактерии следует считать физиологическим.

Напротив, ановуляторные циклы, сопровождающиеся длительными кровотечениями, в основе которых лежит гиперэстрогения, отсутствие овуляции и желтого тела — при стойком бесплодии, являются патологическими (см. стр. 261).

Некоторые авторы относят ановуляторные циклы, сопровождающиеся кровотечениями, к функциональным маточным кровотечениям. Это следует считать неправильным, так как при ановуляторных циклах имеются определенные анатомо-морфологические изменения.

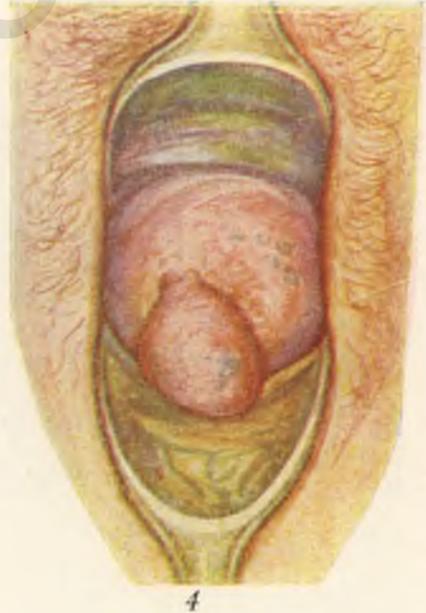
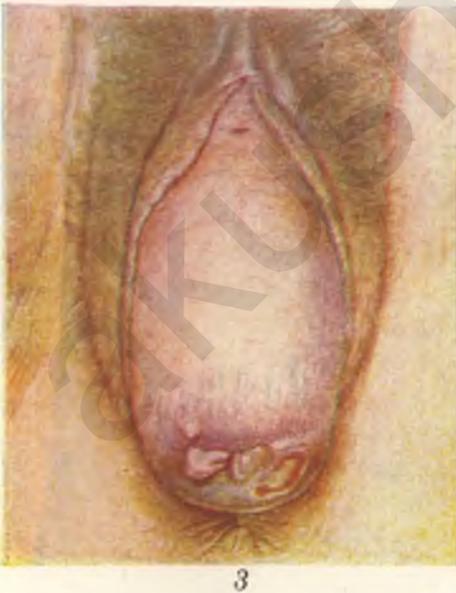
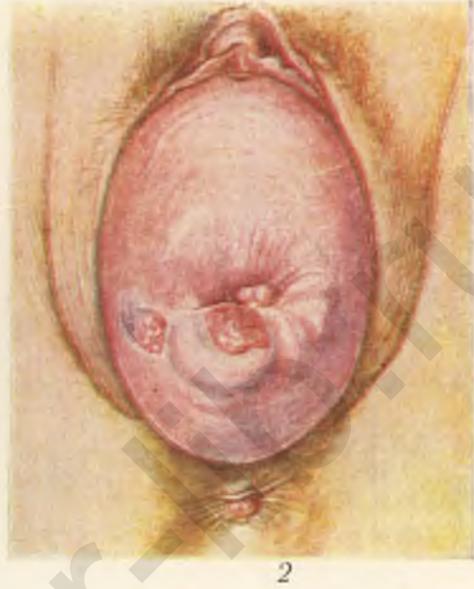
Что касается кровотечений при однофазном цикле менструаций, то этиопатогенез их изучен еще недостаточно, не существует какой-либо классификации и не разработана их эффективная терапия. При патологическом однофазном цикле наблюдаются иногда чрезмерно сильные, продолжительные месячные типа меноррагии. Такие кровотечения встречаются чаще в период первых менструаций у молодых девушек или у пожилых в начале климактерия. Матка в таких случаях увеличена, плотновата, а шейка размягчена, внутренний зев приоткрыт (симптомокомплекс гиперэстрогении).

В других случаях наблюдаются скудные, укороченные менструальные кровотечения. При внутреннем исследовании определяется маленькая матка с длинной конической шейкой и узким влагалищем; внутренний зев закрыт (симптомокомплекс гипоэстрогении).

У первой группы больных наблюдается четвертая, реже третья реакция, а у второй группы — вторая или первая реакция при цитологическом исследовании влагалищных мазков. Лечение то же, что и при геморрагической метроррагии.

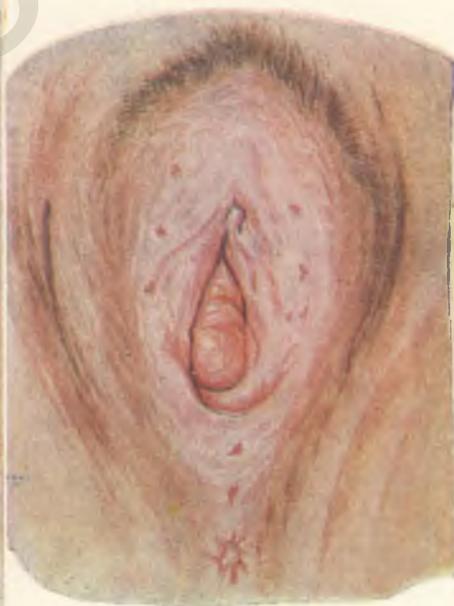
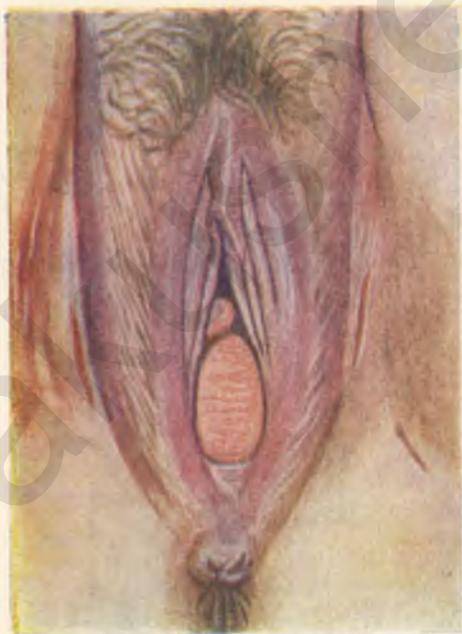
Для лечения кровотечений при патологическом ановуляторном цикле, по Кватеру, вводят в периоде, соответствующем у здоровых женщин первой половине менструального цикла, эстрогены (особенно при инфантилизме), а также гонадотропные гормоны — сыворотку жеребых кобыл (с 6-го по 14-й день цикла ежедневно по 500 ЕД). Общеукрепляющее лечение обязательно.

В некоторых случаях (с понижением основного обмена) полезно назначать препарат щитовидной железы — тиреоидин по 0,1 2 раза в день.



Выпадение матки и влагалища (Вейбель).

1 — неполное выпадение матки; цистоцеле; глубокая декубитальная язва; 2 — полное выпадение влагалища с выпадением матки; мелкие декубитальные язвы; 3 — выпадение матки; цистоцеле; полипозные разращения и эрозия у наружного зева; 4 — гипертрофия шейки при проляпсе; крупный железистый полип близ наружного зева; на передней губе множественные ovula Nabothii.



Заболевания вульвы (Вейбель):

1 - vulvitis; 2 - pruritus vulvae; 3 - claustris vulvae.

МАТОЧНЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В главе «Общая симптоматология гинекологических заболеваний» было отмечено, что среди основных симптомов женских болезней на первом месте стоят маточные кровотечения.

Под термином «маточные гинекологические кровотечения» (в отличие от «какушерских») следует понимать такие кровотечения, когда вместо нормальных менструальных выделений имеются слишком обильные кровотечения (гиперменорея), слишком частые менструации (полименорея) или появляются кровотечения с нарушением ритма — метроррагии, ациклические кровотечения. Прежде все эти виды гинекологических кровотечений разделяли на меноррагии и метроррагии. В последнее время эти термины заменены терминами «циклические» и «ациклические» кровотечения. Проблема гинекологических кровотечений имеет большую историю. Ее можно разделить на три периода. Первый — ложноанатомическое учение Руге, согласно которому причина гинекологических кровотечений объясняется различными гистологическими изменениями эндометрия; при дальнейшем изучении эти изменения оказались отдельными фазами менструального цикла. Второй период можно назвать периодом ложнофункционального учения (Шикеле), по которому обильное маточное кровотечение объяснялось обилием яичниковых гормонов, а скудное — понижением продукции половых гормонов.

Третий период — период изучения функций половых органов в свете учения И. П. Павлова. В свою очередь функции последних рассматриваются во взаимодействии с функциями целостного организма, находящегося под общим регулирующим влиянием центральной нервной системы.

Маточные кровотечения отличаются большим разнообразием в зависимости от этиологии и патогенеза, возраста больной, условий окружающей среды и т. д. Классификация гинекологических кровотечений до сих пор не разработана окончательно еще и потому, что этиология и патогенез маточных кровотечений не всегда могут быть точно выяснены.

Одной из лучших современных классификаций маточных кровотечений мы считаем классификацию М. Д. Гутнера, основанную на патогенетических и клинико-морфологических признаках (см. табл. 4).

Дополнением к этой классификации является классификация А. Э. Мандельштама (1959) кровотечений в постклимактерическом периоде.

1. Кровотечения на почве поражения матки (шейки или тела):
 - а) язвенные процессы различного характера;
 - б) полипы (слизистые или фиброматозные);
 - в) злокачественные новообразования (рак, саркома), реже доброкачественные (аденомы).
2. Кровотечения на почве поражения яичников:
 - а) развитие гормонопродуцирующих опухолей (гранулезоклеточковая, текаклеточковая опухоль);
 - б) развитие раковой опухоли (саркомы).
3. Кровотечения из матки на почве экстрагенитальных процессов:
 - а) атероматоз сосудов;
 - б) гипертоническая болезнь;
 - в) декомпенсированный порок сердца.
4. Кровотечения из влагалища, вульвы, уретры (язвы различного происхождения, травмы и др.).

На основе классификации А. С. Гологорского нами составлена классификация гинекологических (маточных) кровотечений, отражающая причины той или иной группы их. В классификации все кровотечения делятся на две группы: 1) кровотечения, сопровождающиеся морфоло-

Классификация функциональных маточных кровотечений по М. Д. Гутнеру
(схема)

Цикличность кровотечения	Тип кровотечения	Патогенез
1. Циклические менструальные кровотечения.	а) Меноррагии при полном цикле. Длительность кровотечения до 10 дней	Нарушение сократительной функции миометрия. Нарушение трофической иннервации. Недостаточная регенерация эндометрия
	б) Меноррагии при укороченном цикле. Длительность кровотечения до 10 дней	Влияние возрастного фактора. Нарушенный механизм рефлекторно-гормональных реакций
2. Ациклические кровотечения	а) Метроррагии при удлиненном или укороченном однофазном цикле с чрезмерной продукцией эстрогенов в организме. Длительность кровотечения свыше 10 дней	Влияние возрастного фактора. Нарушенный механизм рефлекторно-гормональных реакций
	б) Кровотечения при двухфазном цикле с чрезмерной продукцией прогестерона	Нарушенная реактивность центральной или периферической нервной системы под влиянием возрастных изменений или предшествовавших вредных воздействий на половой аппарат. Нарушенная функция гипофиза и яичника
	в) Кровотечения при недостаточной продукции вариальных гормонов	Влияние возраста, перенесенные ранее воспалительные процессы придатков матки
	г) Кровотечения при деятельном эндометриозе	Нарушенная реактивность
3. Функциональные кровотечения не связанные с менструальным циклом	Менструальноподобные выделения у новорожденных	Внезапный биологический сдвиг в организме
	Наступление кровотечения после кастрации	
4. Функциональные кровотечения экстрагенитальной этиологии	Кровотечения типа метро- и метроррагии	Заболевания сердца, легких с застойными явлениями в малом тазу; болезни эндокринной системы, обмена веществ, гиповитаминозы, болезни сосудов, эссенциальная тромбопения.

го-анатомическими изменениями в половых органах и 2) кровотечения без этих изменений, т. е. функциональные или, вернее, дисфункциональные. Первая группа кровотечений в свою очередь делится на три подгруппы 1) циклические, 2) ациклические и 3) циклические несвоевременные (переходные).

**Классификация гинекологических кровотечений, сопровождающихся
анатомическими изменениями**
(по Гологорскому — Петченко)

А. Циклические кровотечения, их причины

1. Внутрстеночные фибромиомы.
2. Внутренний аденомиоз матки.
3. Воспалительные заболевания придатков матки, перипроцессы.
4. Ретродевиации матки.
5. Гипоплазия и инфантилизм матки.
6. Патологический климактерий.
7. Общие, инфекционные, эндокринные заболевания, болезни крови.

Б. Ациклические кровотечения

1. Подслизистые фибромиомы матки.
2. Слизистые, аденоматозные и фиброзные полипы шейки и тела матки.
3. Внутренний аденомиоз матки.
4. Рак шейки и тела матки, саркома и хорионэпителиома матки.
5. Опухоли влагалища и вульвы.
6. Эндометриты: туберкулезный и гонорейный.
7. Эрозии и другие заболевания шейки.
8. Остатки нарушенной нормальной и патологической беременности: нарушенная внематочная беременность, плацентарные полипы, пузырный занос.
9. Общие, инфекционные, эндокринные заболевания, болезни крови.

В. Переходные кровотечения

1. Добавочные кровотечения.
2. Межменструальные кровотечения.

Перейдем к рассмотрению причин и характера кровотечений при заболеваниях, сопровождающихся циклическими, ациклическими и переходными кровотечениями.

А. Циклические кровотечения

1. Внутрстеночные фибромиомы. Прежде некоторые авторы, как Гальбан (Halban), объясняли механизм циклических кровотечений при интрамуральных фибромиомах матки следующим образом. Мышечная стенка матки, заключающая в своей толще узлы фибромиомы, не способна к длительным и сильным сокращениям, вследствие чего сосуды базального слоя во время менструации не сдавливаются полностью и не тромбируются, что приводит к обильным и затяжным кровотечениям. Чем ближе миоматозные узлы расположены к базальному слою эндометрия, тем обильнее кровотечение, величина узлов при этом не имеет большого значения. В новейшее время многие авторы считают, что фиброматозные узлы в миометрии создают только предрасположение к маточным кровотечениям, действительной же причиной считают гормональные влияния. Так, Беклер (Béclère, 1954) причиной циклических кровотечений при фибромиомах считает повышенную продукцию эстрогенных гормонов, что приводит к гиперплазии эндометрия (см. ч. II, гл. II).

2. Внутренний аденомиоз матки. Появление маточных кровотечений в прежнее время объясняли понижением сократительной

способности маточной мускулатуры. Сторонники гипергормонального влияния яичников (гиперэстрогении, по Беклеру) видят причину кровотечения в циклических и патологических изменениях эндометрия. Маточное кровотечение при внутреннем аденомиозе обнаруживается у $\frac{3}{4}$ больных.

3. Причина кровотечений при воспалительных заболеваниях придатков матки, в том числе хронических спаечного характера, заключается в активной и пассивной гиперемии, развитии эндометритов специфического порядка, гонорейном и туберкулезном, а также зависит от периоофоритов разной этиологии, нарушающих нормальное созревание и функцию фолликулов и желтых тел.

4. Ретродевиации матки, в особенности фиксированные и субфиксированные, сопровождающиеся явлениями тазового застоя, вызывают нередко значительные циклические кровотечения. Они устраняются излечением этих неправильных положений матки.

5. Гипоплазия и инфантилизм матки вызывают циклические менструальные кровотечения довольно редко; в этих случаях чаще наблюдаются аменорея или краткие необильные менструальные кровотечения.

6. Патологический климактерий может вызывать циклические, но чаще ациклические кровотечения, которые характеризуются беспорядочным течением с периодическими возвращениями к циклическим кровотечениям или временной аменорее.

При исследовании определяется небольшое увеличение и плотность матки; менструации нередко носят характер ановуляторных (однофазных).

7. Общие заболевания, в том числе нервные и психические потрясения, могут вызвать постоянные изменения менструаций, приближающиеся по типу к циклическим кровотечениям; это согласуется с мнениями современных авторов о решающей роли центральной нервной системы в патогенезе аномалий менструального цикла (Н. Л. Гармашева, Ф. А. Сыроватко и др.).

Острые и хронические инфекции — тифы, грипп и малярия — часто вызывают обильные менструации. Развивающийся при этих заболеваниях авитаминоз играет не последнюю роль (А. П. Николаев). Большую роль играют также заболевания сердечно-сосудистой системы, хронические нефриты, а также цирроз печени. Наконец, заболевания эндокринных органов, вызывающие различные аномалии менструальных циклов, нередко способствуют появлению циклических кровотечений. Это может наблюдаться при гипо- и гипертиреозах, гипофизарной недостаточности, заболеваниях поджелудочной железы. Оказывают влияние также физическое переутомление, авитаминозы, болезни обмена веществ и др.

Б. Ациклические кровотечения

1. Подслизистые фибромиомы матки. При субмукозных фибромиомах, занимающих значительную часть полости матки или даже всю ее, слизистая опухоли постоянно травмируется вследствие трения о стенки матки; это трение, вызываемое каждым физическим напряжением большой, и приводит к кровотечению. Второй причиной кровотечений при подслизистых фибромиомах является перерастяжение миометрия и патологическое разращение и утолщения эндометрия при этом заболевании. Но самые обильные кровотечения, приводящие больных

часто к анемии, вызываются некрозом подслизистого фиброматозного узла.

2. Слизистые и фиброзные полипы тела и шейки матки вначале вызывают обычно умеренные кровотечения, при этом эндометриальный цикл протекает нормально. Нередко эти повторяющиеся небольшие кровянистые выделения связываются с менструациями. С усилением кровотечения из полипов менструальные кровотечения становятся ациклическими.

3. Внутренний аденомиоз матки, для которого характерны циклические кровотечения и дисменорея, дает картину ациклических кровотечений в климактерическом возрасте или при сочетании с подслизистыми миомами и полипами или с хроническим воспалительным заболеванием придатков и газовой брюшины.

4. Рак шейки и тела матки. При ранних стадиях рака шейки матки кровотечение носит характер контактный, в виде небольших кровянистых пятен при сохранении более или менее обычного типа менструации. По мере роста раковой опухоли и разрушения сосудистых веточек кровотечения становятся более частыми и обильными и перекрывают циклические менструальные кровотечения. При раке тела матки причина кровотечения заключается в распаде опухоли. Так как рак тела матки развивается чаще всего в менопаузе, то кровотечения носят ациклический характер. Более обильные кровотечения наблюдаются при распространении опухоли глубоко в миометрии.

5. Источники ациклических кровотечений могут находиться вне матки, что наблюдается при новообразованиях, язвенных процессах влагалища, уретры (полипы, рак, туберкулез, гуммозные и трофические язвы).

6. Эндометриты. Хронические и специфические эндометриты — туберкулезные и гонорейные — также могут вызывать длительные ациклические кровотечения. Клиническая картина этих эндометритов излагается в главах о гонорее и туберкулезе гениталий.

7. Эрозии влагалищной части шейки матки, а также эктропион (выворот слизистой цервикального канала при разрывах шейки) также могут давать ациклические кровотечения, обычно небольшие или контактные (при коитусе). Одновременно с этими ациклическими кровянистыми выделениями происходят нормальные менструации, так как эндометриальные (маточные) и яичниковые компоненты менструального цикла не нарушены.

8. Довольно частой причиной ациклических кровотечений является нарушенная нормальная и патологическая беременность: плацентарные остатки и полипы, децидуальные эндометриты, пузырьный занос. Эти кровотечения, с известным правом, относятся к акушерским, здесь же о них упоминается в связи с госпитализацией таких больных в гинекологические стационары.

9. Общие, инфекционные, эндокринные заболевания, а также болезни крови могут быть причиной не только циклических, но и ациклических кровотечений.

В. Переходные кровотечения

К ним относятся: 1) добавочные и 2) межменструальные кровотечения.

Эти кровотечения А. С. Гологорский называет переходными формами между циклическими и ациклическими кровотечениями.

Добавочные кровотечения могут возникать до или после менстру-

альных кровотечений, непосредственно присоединяясь к ним. Продолжительность этих кровотечений превышает 10—12 дней. Эндометральный и яичниковый циклы протекают нормально. В основе добавочных кровотечений лежат те же заболевания, что и при ациклических кровотечениях.

Межменструальные кровотечения вклиниваются между двумя месячными, но не позднее 17—19-го дня цикла.

Внеполовые заболевания также могут вызвать до- и послеменструальные и межменструальные гинекологические кровотечения. Они объясняются токсической дистрофией миокарда при инфекционных заболеваниях либо застоем крови в тазу при болезнях сердца, печени, почек и легких.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В эту группу мы включили различные кровотечения, возникающие под влиянием расстройств нервно-гормональной и гуморальной регуляции менструального цикла. Кровотечения эти относятся к циклическим или, чаще, к ациклическим. Анатомические факторы, объясняющие причины появления кровотечений, отсутствуют или выступают слабо и непостоянно. Дисфункциональные кровотечения можно разделить на следующие виды.

1. Циклические кровотечения при двухфазном цикле.
2. Циклические кровотечения при ановуляторном цикле.
3. Ювенильные кровотечения (ановуляторные).
4. Геморрагическая метрпатия при персистенции фолликула (ановуляторный тип).
5. При персистенции желтого тела — двухфазный цикл с гиперпродукцией прогестерона.
6. При недостаточной продукции овариальных гормонов.
7. При слабо функционирующем эндометрии с достаточной продукцией овариальных гормонов.
8. Кровотечения климактерические, преклимактерические.
9. При гормонопродуцирующих опухолях яичников.
10. При экстрагенитальных заболеваниях: инфекционных, эндокринных, атероматозе сосудов, гипертонической болезни, сердечных декомпенсациях, болезнях крови.

1. Циклические кровотечения при двухфазном цикле наблюдаются довольно часто. Они разделяются на: 1) гиперменорею — ненормально обильные кровотечения, иногда со сгустками крови, 2) полименорею — ненормально длительные — от 7 до 12 дней (затяжные) кровотечения. Встречается и комбинация этих кровотечений (гипер-полименорея).

Причинами гиперменореи и полименореи называют следующие.

Гипоплазия и инфантилизм матки, отражая функциональную недостаточность маточной мышцы или яичников, вызывают кровотечения типа полименореи; лишь в меньшинстве случаев наблюдаются незначительные кровянистые выделения — гипоменорея.

Воспалительные заболевания матки и придатков весьма часто (в 35%) вызывают полименорею, которая объясняется слабостью и мнотропной дегенерацией матки на почве хронической инфекции.

Неправильные положения матки вызывают нередко полименорею и другие расстройства менструаций вследствие застойных явлений. Явления тазового застоя (*stasis congestiva pelvis*) на почве энтероптоза, хро-

нических запоров, геморроя также могут вызывать циклические, но обильные и длительные кровотечения (гипер-полименорею).

Такие же кровотечения могут вызвать общие заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, нарушения обмена веществ, эндокринные расстройства (щитовидной железы, гипофиза) и психические переживания (положительные и отрицательные эмоции, особенно при неустойчивости вегетативной нервной системы).

2. Циклические кровотечения при ановуляторном цикле.

Мы имеем в виду здесь патологический ановуляторный цикл, о котором говорилось на стр. 127—128, т. е. кровотечения без овуляции, без образования желтого тела и его гормона—прогестерона, но при длительном влиянии эстрогенов. Кровотечения носят характер гипер-полименореи и наблюдаются чаще в периоде полового созревания, при первых менструациях (menarche) или последующих за ними, при климаксе, а также и в детородном периоде женщины. В таких случаях при бимануальном исследовании определяется увеличенная плотная матка и размягченная шейка с приоткрытым зевом. В соскобе обнаруживается поздняя пролиферация либо гиперплазия эндометрия.

Реже встречается иная клиническая картина—гипоолигоменорея—скудные, укороченные кровотечения. Эти кровотечения встречаются при гиперплазии и инфантилизме матки. Матка маленькая, обычно с длинной шейкой, зев закрыт. Цитология мазков из влагалища дает I или II реакции, что указывает на неполноценность яичников, на недостаточное выделение эстрогенов.

3. Ювенильные кровотечения (ановуляторного типа) отчасти нам уже знакомы. Они будут описаны подробно в ч. II, главе 16.

4. Так называемая «геморрагическая метропатия типа Шредера» представляет собой сборное понятие, в которое входит целый ряд заболеваний. Ни морфологические, ни гормональные исследования современных авторов не внесли еще полной ясности в патогенез этой большой группы маточных кровотечений. Термин «геморрагическая метропатия» ничего не обозначает; он свидетельствует только о том, что имеется заболевание матки, сопровождающееся кровотечением.

Другой термин «персистирующий фолликул», применяемый некоторыми авторами с целью анатомического обоснования гиперфолликулинии с последующей гиперплазией эндометрия, далеко не всегда подтверждается при операции и особенно гистологическим исследованием: персистенции фолликула часто не находят. Сущность геморрагической метропатии типа Шредера заключается в длительном существовании (персистировании) зрелого фолликула (рис. 116): овуляции при этом не происходит, и фолликул постепенно подвергается кистозной атрезии; желтого тела в яичнике не образуется. Второй и последующие фолликулы могут проходить те же стадии персистенции и атрезии. Длительное существование фолликулов ведет к гиперпродукции и накоплению эстрогенов, под влиянием которых в эндометрии развивается патологическая пролиферация функционального слоя его. Таким образом, в эндометрии образуется железистая гиперплазия, которая переходит в кистозную с полипозными разрастаниями. Образования секреторной фазы в эндометрии не происходит. Имеется «однофазный» тип менструального цикла. В результате разрастания эндометрия и недостаточности питания в нем наступают дистрофические изменения: явления некроза и распада, массового образования тромбов, в результате

чего отдельные участки патологически измененного эндометрия отторгаются, что сопровождается длительным кровотечением. Кровотечение продолжается до тех пор, пока не восстановится нормальный менструальный цикл, для чего необходимо образование желтого тела и переход эндометрия в секреторную фазу.

По Е. И. Кватеру, при маточных кровотечениях на почве персистенции фолликулов наблюдается длительное усиленное выделение эстрадиола; продуцирования эстриола у этих больных не происходит. Имеются данные о том, что геморрагическая метропатия встречается у женщин с сильным неуравновешенным типом высшей нервной деятельности.

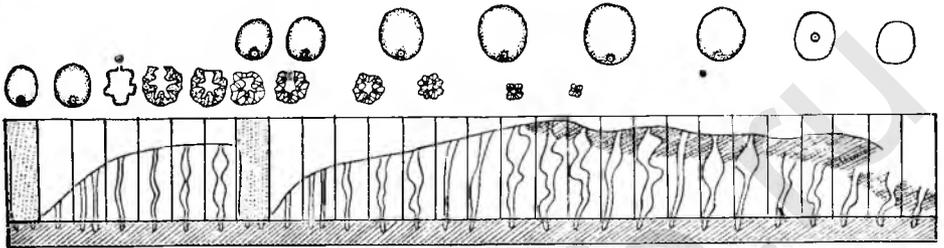


Рис. 116. *Metrorrhagia haemorrhagica* (схема). Первый яичниковый и относящийся к нему маточный менструальный цикл в пределах нормы. Второе созревающее яйцо не выталкивается из фолликула; последний остается в зрелом состоянии (персистенция). Слизистая матки переходит из нормальной фазы пролиферации в патологическую — glandулярно кистозидную гиперплазию. Появляются тромбозы и некрозы.

а с другой стороны — со слабым типом. Чаще всего это заболевание наблюдается у молодых девушек (ювенильный тип) и в период климактерия (климактерический тип).

Кровотечения при геморрагической метропатии наступают часто после задержки менструации от 2—5 дней и до 6—8 недель. Кровотечения продолжаются от 3—4 недель до 2—3 месяцев и дольше. Интенсивность кровотечений очень различна: от небольших и мажущихся выделений до профузных кровотечений, вызывающих вторичное малокровие с падением содержания гемоглобина до 25% и ниже. В матке всегда развиваются макро- и микроскопические изменения. Чаще всего наблюдается увеличение размеров матки, как до 6—7 недель беременности, шейка ее отечна и гипертрофирована, шейный канал приоткрыт. В меньшинстве случаев матка не увеличена, шейный канал не зияет, внутренний зев закрыт. Первое состояние считается характерным для гиперэстрогении, второе — для гипозэстрогении. Микроскопические изменения наиболее выражены в эндометрии. Слизистая полости матки утолщена, пропитана кровоизлияниями, на некоторых участках встречаются некрозы; характерны гиперплазия и гиперемия эндометрия, кистозное или полипозное расширение желез, склероз и гиалиноз сосудов.

Яичники при геморрагической метропатии увеличены, часто находятся в состоянии мелкокистозного перерождения; желтые тела отсутствуют.

Диагноз геморрагической метропатии ставится на основании клинической картины, гистологического исследования соскоба, а также путем цитологического исследования мазков (находят большое количество эстрогенных гормонов).

Диагноз геморрагической метропатии, однако, не всегда подтвер-

ждается гистологическим исследованием соскобов, полученных при выскабливании.

5. Кровотечения при персистенции желтого тела — двухфазный цикл с гиперпродукцией гормона желтого тела — наблюдаются редко. В этих случаях желтое тело, находясь в стадии расцвета, персистирует, секреторная фаза остается з эндометрии длительно, эндометрий разрастается до появления кровотечений, напоминающих менструацию, но распада эндометрия не происходит: в нем находят отек, диапедез и небольшие очаги некроза (Е. Н. Петрова, 1959). О персистенции желтого тела писали Р. Майер, Б. Цондек, Р. Шредер, Е. Н. Петрова и др. Патогенез персистенции желтого тела не выяснен; Е. Н. Петрова объясняет его нарушением функции гипофиза с длительным выделением лютеинизирующего и лютеотропного гормонов.

6—7. Дисфункциональные кровотечения могут наблюдаться при недостаточной продукции обоих овариальных гормонов, а также при слабо функционирующем эндометрии с нормальной продукцией овариальных гормонов. Обе эти причины кровотечений подтверждают мнение некоторых авторов о том, что яичники и эндометрий — единое гормональное целое.

8. Климактерические (преклимактерические) кровотечения наблюдаются при патологически протекающем климаксе. Менструации у женщин, находящихся в климактерии, очень часто однофазные, ановуляторные.

Исследования гормонального зеркала, произведенные В. В. Слоничким (см. А. И. Петченко «Фибромиомы матки», Киев, 1958), показали, что гиперфолликулиновый статус не вполне закономерный при физиологическом течении климактерия, при патологическом — очень стойкий, особенно при персистенции фолликула; количество 17-кетостероидов и прегнандиола в этом случае понижено. При сильных и длительных кровотечениях количество эстрогенов резко падает.

Созревание фолликулов, овуляция и развитие желтого тела в течение климактерия происходят нерегулярно. Менструации появляются нерегулярно — то чаще, то реже, часто переходят в кровотечение.

Почти всегда климактерическое кровотечение напоминает кровотечение при геморрагической метрорпатии типа Шредера. Морфологическая картина эндометрия в климактерическом периоде, по Е. Н. Петровой (1959), характеризуется неясностью разделения эндометрия на 3 слоя — компактный, спонгиозный и базальный; во второй половине цикла фаза желтого тела не выражена. Наблюдается диффузная или очаговая гиперплазия базального слоя со склеротическими изменениями в сосудах.

Все это затрудняет отторжение функционального слоя во время менструации и вызывает удлиненные, обильные и болезненные менструации. Переход эндометрия в секреторную фазу неполноценен. Слой секреторной слизистой тонкий, железы слабо извиты, но гликоген в эпителии сохранен. В результате происходит утолщение пролиферирующей слизистой, т. е. гиперплазия эндометрия (Е. Н. Петрова).

9. Гормонопродуцирующие опухоли яичника, к которым относятся гранулезоклеточные опухоли (фолликуломы), текомы и аренобластомы, могут вызывать различного рода кровотечения в разном возрасте — от периода детства до менопаузы включительно. Подробности об этих опухолях описаны в ч. II, гл. 13.

10. Дисфункциональные кровотечения, так же как и ранее описанные формы, могут наблюдаться в связи с экстрагенитальными заболеваниями: инфекционными, эндокринными, гипертонической болезнью, атероматозом сосудов, сердечными декомпенсациями,

болезнями крови и т. д. В большинстве случаев при них наблюдается однофазный цикл менструаций.

ТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ (МАТОЧНЫХ) КРОВОТЕЧЕНИЙ

Терапия маточных гинекологических кровотечений должна преследовать две цели: 1) борьбу с кровотечением, которую иногда следует проводить очень срочно из-за анемии больной и 2) регулирование менструальных циклов (после прекращения кровотечения).

Для остановки любого вида маточных гинекологических кровотечений наиболее эффективными медикаментозными средствами являются: внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция, 8—10 мл через день; подкожное введение питуитрина — 1 мл; внутримышечные инъекции 3% пахикарпина — 5 мл. Для воздействия на тонус матки путем раздражения рецепторов шейки В. В. Слоницкий с успехом пользуется смазыванием влагалищной части шейки хлорэтилом или эфиром. При сильных кровотечениях по витальным показаниям применяется выскабливание слизистой матки или тампонада влагалища; последняя менее эффективна.

Терапия циклических и ациклических кровотечений, по возможности, должна быть патогенетической. При кровотечениях в зависимости от наличия внутривенной и субмукозной фибром показана операция; такое же лечение применяется при выраженном внутреннем аденомиозе матки. Как патогенетическую терапию мы применяем в соответствующих случаях, особенно в пожилом возрасте, при интрамуральных фибромиомах и внутреннем аденомиозе андрогенную терапию, назначая от 2 до 4 таблеток метилтестостерона (1 таблетка — 5 мг) в течение нескольких месяцев (см. ч. II, гл. 11).

Маточные кровотечения, зависящие от воспалительных заболеваний придатков матки, необходимо лечить воздействием на основной воспалительный процесс, при специфических процессах (гонорея, туберкулез) следует применять специфическое лечение (ч. II, гл. 7 и 8). Одновременно назначается симптоматическое лечение — хлористый кальций, препараты, сокращающие матку, или сосудосуживающие средства. При кровотечениях, сопутствующих недоразвитию матки, необходимо бороться с этим состоянием, применяя общеукрепляющую, симптоматическую, гормональную терапию. Инфекционные и эндокринные заболевания, вызывающие циклические и ациклические маточные кровотечения, лечат по общим правилам, но со включением терапии кровотечений.

Ю. Якубов (Болгария, 1959) при функциональных маточных кровотечениях (16 больных) получил благоприятный эффект от кортизона и еще лучший эффект от комбинированного лечения кортизоном и бром-кофеином.

Слизистые, железистые и фиброзные полипы тела и шейки матки, вызывающие ациклические кровотечения, должны быть удалены. Рак шейки и тела матки, а также новообразования вульвы и влагалища должны быть оперированы с применением, где показано, лучевой терапии. Специфические эндометриты, вызывающие длительное кровотечение, следует лечить, как это указано в соответствующих главах. При эрозиях и эктропионе шейки матки применяется диатермокоагуляция или ампутация шейки. Остатки тканей в матке после аборта или родов, а также пузырный занос лечат выскабливанием. Кровотечения

при внематочной беременности требуют лапаротомии с удалением беременной трубы.

Наиболее трудна терапия дисфункциональных кровотечений, особенно кровотечений при персистенции фолликула, и климактерических. Прежде всего такие больные тщательно исследуются, включая определение гормонального зеркала; но одновременно проводится симптоматическая терапия для уменьшения кровотечения. При сильных, угрожающих жизни кровотечениях необходимо еще до окончания лабораторного исследования срочно произвести выскабливание слизистой матки.

К диагностическому выскабливанию прибегать не следует при метропатиях у молодых женщин; у пожилых, наоборот, его применяют широко, ввиду возможности возникновения у них злокачественной опухоли. Лечебное выскабливание при метропатиях дает стойкий результат лишь в половине случаев. Весьма часто наблюдается временный эффект — кровянистые выделения сначала уменьшаются, но потом вновь усиливаются. При значительном обескровливании и при отсутствии кровоостанавливающего эффекта от выскабливаний, а также от симптоматического лечения полезно применять повторные трансфузии небольших количеств крови (150—225 мл).

Еще лучше переливать плацентарную кровь, в которой содержится много гемоглобина, эстрогенный гормон, хориальный гонадотропин и хлористый кальций. Производят дробные переливания крови по 50—60 мл через два-три дня, всего пять-шесть вливаний.

Важнейшее место в терапии дисфункциональных кровотечений принадлежит гормонотерапии, которая должна быть регулирующей (Е. И. Кватер). Применение тех или других гормонов базируется на данных исследования содержания гормонов, хотя бы путем изучения цитологии влагалищных мазков. Е. И. Кватер применяет комбинацию эстрогенного гормона и прогестерона, но в разных дозах, соответственно данным гормонального анализа. При достаточной насыщенности эстрогенным гормоном назначаются небольшие дозы фолликулина (по 5000 ЕД) в течение 10—12 дней; затем в течение 2—3 дней вводится по 5000 ЕД фолликулина вместе с 5 мг прогестерона и, наконец, в течение последующих 6—8 дней — ежедневно по 5—10 мг прогестерона. Этот метод регулирует менструальный цикл уже с самого начала: 1) фазу созревания фолликула, регенерации и пролиферации слизистой оболочки матки, 2) фазу подготовки к овуляции, овуляцию и начальную стадию образования желтого тела — конец стадии регенерации и начало секреторной фазы слизистой и 3) фазу расцвета желтого тела и секреторную фазу слизистой оболочки матки.

После выскабливания слизистой матки гормонотерапию начинают с шестого дня после операции, причем сначала назначают фолликулин, а при пониженной сократительной способности матки добавляют внутримышечно маммофизин и внутривенно хлористый кальций (Е. И. Кватер).

По С. К. Лесному, в тех случаях, когда выскабливание матки нежелательно, назначают прогестерон или прегнин и во время кровотечения. При этом последнее может усилиться.

При непрекратившемся кровотечении нецелесообразно давать прогестерон на протяжении более шести-восьми дней или при остановившемся кровотечении прервать курс лечения. Если кровотечение прекратилось, то в последующем применяют гормонотерапию профилактически с целью предотвращения нового кровотечения.

III—IV или IV реакции влагалищных мазков, при хорошо выра-

женном признаке «зрочка» после 14—16 дней цикла, следует рассмагивать как предвестники нового кровотечения, а потому они являются показанием к назначению прогестерона или прегнина. Тем больным, у которых через 7—10 дней после остановки кровотечения определяется II реакция влажалищного мазка, а признак «зрочка» отсутствует, перед назначением прогестерона или прегнина вводят эстрогены по 10 000 ЕД ежедневно (6—10 дней) до появления III—IV или IV реакции влажалищного мазка или хорошо выраженного признака «зрочка». Через 2—5 дней после последующей прогестеронотерапии появляются менструальноподобные кровоотделения. С. К. Лесной не считает целесообразным всем больным с дисфункциональными кровотечениями перед применением прогестерона назначать эстроген, как рекомендуют некоторые авторы (Е. И. Кватер).

Борьбой с кровотечением, даже в случае успеха и с завершением первого курса гормонотерапии, роль врача не заканчивается: необходимо еще нормализовать менструальный цикл больной. Для этой цели назначается комплексная терапия — воздействие на организм в целом: правильный гигиенический режим, физический и эмоциональный покой, рациональное питание, общеукрепляющие средства, витамины, глюкоза. Существенным дополнением к этой общей терапии является правильно подобранная гормонотерапия. Назначают прогестерон в ампулах по 5 мг один-два раза в день в течение семи или десяти дней. Вместо прогестерона можно назначить внутрь (сублингвально) прегнин в таблетках по 5 мг три раза в день по две таблетки. Прегнин действует слабее прогестерона. Выгодно комбинировать назначение прогестерона с пахикарпином или, как рекомендует Е. И. Кватер, с маммофизином (1 мл ежедневно под кожу в течение восьми-десяти дней). Тот же автор рекомендует производить инъекции прогестерона в шейку матки.

М. Г. Арсеньева и М. Г. Кистинг (1959) и мы для лечения постгеморрагических анемий применяли гемостимулин, а также комбинацию гемостимулина и гидролизина (Л-103) и получили хорошие результаты.

Для стойкой нормализации менструального цикла повторные курсы гормонотерапии эстрогеном и прогестероном необходимо проводить в течение двух-четырех месяцев. Применение одного прогестерона допустимо только во второй фазе менструального цикла. Этот метод предназначен для легких случаев; при более тяжелых назначается комбинация эстрогена с прогестероном (см. выше).

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КЛИМАКТЕРИИ И МЕНОПАУЗЕ

При патологическом течении климактерия наиболее важными являются нервные расстройства и маточные кровотечения. Нервные расстройства напоминают картину вегетативного невроза: нарушение функции высших вегетативных центров, диэнцефалической области. Симптомы климактерического невроза: «приливы», потливость, сердцебиение, боли в области сердца, головокружения, шум в ушах, головные боли. Продолжительность приливов — от 30 секунд до 1—2 мин., более длительные припадки наблюдаются у лиц, ранее страдавших неврозами (М. Г. Арсеньева и А. М. Раскин, 1960). Приливы начинаются с резкой гиперемии лица с ощущением жара; это ощущение распространяется по всему телу. Реже приливы наступают в нижних конечностях и распространяются вверх. Приливы наступают один или несколько раз в сутки. Иногда вслед за жаром наступают головокружения, боли в сердце, потоотделение. Причину приливов Цондек усматривал в расстрой-

стве иннервации вазомоторов, Н. Н. Какушкин — в расстройствах функции сосудисто-двигательных центров.

При патологическом климаксе наблюдаются также сердечно-сосудистые расстройства: жалобы на одышку, сердцебиение, боли в области сердца, невозможность сделать глубокий вдох, дыхание с редкими выдохами. Одышка зависит, по Д. Ф. Чеботареву, от нарушения нервных регуляторных механизмов. У этих женщин наблюдается потребность в глубоких вдохах в состоянии покоя, что бывает у подлинно сердечных больных только при физических напряжениях. Сердцебиение часто наступает после приливов. Но нередко и во время полного покоя, часто по ночам. Боли в сердце ощущаются в области предсердий, а не за грудиной, часто отдают в левое плечо, в руку; они не связаны с физическим напряжением. Д. Ф. Чеботарев считает, что эти боли только частично зависят от коронарной недостаточности, главным же образом от повышенной чувствительности. Неясен вопрос о тоне сосудов при патологическом климактерии. Дифференциальный диагноз от гипертонической болезни труден. Гормонотерапия позволяет отличить гипертонию при климаксе от гипертонической болезни, при которой она бесполезна.

При патологическом климаксе часто наблюдаются головные боли, нередко очень сильные, иногда с характером мигрени; они почти всегда сопровождаются тошнотами; упорные головные боли чаще бывают при раннем климаксе.

Иногда наблюдается также функциональное недержание мочи, которое объясняется анатомическими изменениями тканей замыкательного аппарата мочевого пузыря вследствие нарушения гормонального баланса (О. В. Проскура, А. Ф. и Б. Ф. Златман, 1960). В климактерии и менопаузе встречаются кожные заболевания, зависящие от нарушения функций эндокринных желез: зуд в области вульвы, лейкоплакии и крауроз. В этом же периоде могут развиваться функциональные и органические заболевания глаз, в частности, катаракта и глаукома (М. И. Авербах).

Климактерические расстройства (приливы) могут наблюдаться задолго до выраженного климакса, иногда же через 20—25 лет после менопаузы.

В последнее время подтверждается, что климактерические расстройства могут появляться при нормальной или даже повышенной активности эстрогенов, а также при сохранении менструального цикла. Герман (1957) считает причиной климактерических расстройств возрастные изменения функций центров межоточного мозга. А. И. Ступо (1960), изучая путем плевизмографии изменения периферических сосудов у женщин с климактерическими невротами, нашла характерные спастические состояния артериальных капилляров и значительный венозный застой как следствие этого.

Терапия при климактерических невротозах должна быть комплексной: рациональное питание с ограничением жиров и алкоголя, психотерапия. Внутрь назначают малые дозы брома с кофеином, пирамидон. Большое значение имеет гормонотерапия, но те или иные препараты должны назначаться в зависимости от гормонального зеркала. Из эстрогенов назначают синэстрол или димэстрол, последний для длительного действия. Прописывают также витамины А, Е, группы В. При ахлоргидрии назначают внутрь соляную кислоту. Совершенно необходима лечебная физкультура, водолечение. Можно рекомендовать также шейно-лицевую ионогальванизацию по Келлату. Лечение патологии климакса должны проводить совместно гинеколог, невропатолог и терапевт.

Переходя далее к изложению вопроса о климактерических маточных кровотечениях следует сказать, что по характеру изменений менструальной функции перед наступлением менопаузы Е. М. Вихляе-

ва (1959) различает две группы женщин: с мено-метроррагиями (36,6%) и с увеличением интервалов между менструациями с уменьшением их интенсивности (63,4%). Изменения менструального цикла в климактерическом периоде продолжались в среднем 1 год и 7 месяцев. Менопауза, по Е. М. Вихляевой, наступает в среднем в возрасте около 46¹/₂ лет. В 66% случаев наступлению менопаузы предшествовали изменения менструального цикла. Женщины этой группы вступили в менопаузу позже (в возрасте около 49 лет), чем женщины, у которых менопауза наступила внезапно (около 45 лет). Внезапное наступление менопаузы наблюдалось главным образом при несвоевременном климаксе, как раннем, так и запоздалом. У женщин, страдавших раком тела матки, развившемся в период менопаузы, наблюдалось более позднее наступление менопаузы, чем у здоровых. Позднее наступление климакса и менопаузы отмечается и у больных фибромиомой и аденомиозом матки.

Для быстрой остановки начавшегося климактерического кровотечения, а также для остановки затяжного кровотечения В. В. Слоницкий вводил в полость матки при помощи шприца Брауна раствор адреналина с новокаином. Положительный эффект зависел, по-видимому, от нормализации кортиковисцеральных взаимоотношений в результате временной блокады интерорецепторов. Быстрое прекращение затяжных климактерических кровотечений мы нередко наблюдали после однократного введения больших («ударных») доз эстрогенов—100 000—200 000 ЕД.

Кроме вышеуказанных методов, при климактерических кровотечениях применялась также психотерапия с устранением отрицательных эмоций и объяснением сущности климактерического периода. Из медикаментов назначался бром-кофеин с добавлением, когда нужно, снотворных и обезболивающих. Из физиотерапевтических процедур применялась ионизация или диатермия молочных желез.

Из гормонов для лечения климактерических кровотечений применяются эстрогены или андрогены. А. И. Петченко (1958), В. Г. Бутомо (1959) применяли андрогены при кровотечениях у фиброматозных больных в возрасте, близком к менопаузе при наличии у них гиперэстрогении.

О. И. Кулаго (1958) применяла с успехом андрогены у больных с климактерическим кровотечением. Почти у всех больных имелась III—IV реакция при цитологическом исследовании влагалища. Автор нашла, что тестостерон-пропионат эффективен при лечении всех фаз климактерических расстройств и при введении в организм восстанавливает нарушенный менструальный цикл при выраженном эстрогенном профиле.

Л. М. Шифман (1958), изучая показания к назначению эстрогенов при климактерическом неврозе, пришел к выводу, что высокая реактивность полового аппарата к эстрогенам указывает на необходимость соблюдения особой осторожности при лечении эстрогенами. При высокой реактивности в легких случаях следует назначать витаминную терапию, в более тяжелых — сочетание аналогов мужских половых гормонов с малыми дозами натуральных эстрогенов. Больным с низкой реактивностью к эстрогенам и высоким содержанием фолликулостимулирующих гормонов можно вводить как эстрогены, так и андрогены (отдельно или комплексно). Эти гормоны способствуют нормализации функции диэнцефало-гипофизарной системы.

Больным, близким к менопаузе, с успехом назначается андрогенная терапия: метилтестостерон на курс лечения в течение одного месяца.

ца от 300 до 600 мг. При назначении андрогенов улучшается общее самочувствие, смягчаются явления ангионевроза, быстрее наступает менопауза.

ВИКАРНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ

Викарные менструации (*vicarius* — заменяющий) представляют собой пример викарирующих процессов, довольно распространенных в природе, при которых, в зависимости от определенных условий, вырабатываются приспособительные (заменяющие) реакции организма на воздействие разнообразных раздражителей; этими раздражителями могут быть функциональные и органические изменения в тканях или органах, в том числе и в яичнике. Благодаря этим процессам осуществляется жизнедеятельность организма при различных патологических условиях (А. И. Струков, 1959).

Периодические кровотечения из экстрагенитальных органов, наступающие у женщин, страдающих аменореей, носят название викарных менструаций. Кровотечения могут наступать из носа, зева, уха, кишечника, мочевого пузыря, молочных желез, а также из рубцов после операции; чаще всего наблюдаются носовые кровотечения. Больные испытывают, как и при нормальных месячных, *polimina menstrualia*, у них обнаруживается понижение свертываемости крови и повышенная проницаемость сосудов.

Большая часть викарных кровотечений связана с дисфункцией яичников. Часть же возможно отнести к так называемому наружному аденомиозу (эндометриозу, см. ч. II, гл. 11). Это особенно касается кровотечений кишечных, лузирных и из послеоперационных рубцов.

В нашей практике встретилось несколько случаев (4) викарных кровотечений из носа и уха. Случаи кровотечения из пупка, послеоперационных рубцов брюшной стенки и влагалища были отнесены нами к эндометриодным гетеротопиям (всего 3 случая).

ЛИТЕРАТУРА

- Апетов С. А. К вопросу о ювенильных маточных кровотечениях. *Акуш. и гинек.*, 1955, 1.
- Арсеньева М. Г. и Кистинг М. Г. Лечение постгеморрагических анемий у гинекологических больных новыми гемостимулирующими препаратами. *Акуш. и гинек.*, 1959, 1.
- Арсеньева М. Г. и Раскин А. М. К вопросу о клинике и патогенезе климактерического невроза. *Акуш. и гинек.*, 1960, 4.
- Беккер С. М. Маточные кровотечения. Изд. Центр. инст. акуш. и гинек., Л., 1940.
- Блошанский Ю. М. О функциональном состоянии центральной нервной системы в течение овариально-менструального цикла. *Акуш. и гинек.*, 1952, 6.
- Гамбаров Г. Г. и Джавахишвили А. М. К вопросу об ановуляторных кровотечениях при бесплодии. *Акуш. и гинек.*, 1953, 5.
- Голубева О. А. О периодических изменениях шейки матки в течение менструального цикла. *Акуш. и гинек.*, 1937, 8.
- Голубчин С. Б., Баевская Г. И. и Скрипникова Р. Г. Ретроплацентарная плазма при маточных кровотечениях. *Акуш. и гинек.*, 1945, 2.
- Гутпер М. Д. Функциональные маточные кровотечения. Красноярск, 1956.
- Довженко Г. И. К вопросу о патогенезе маточных кровотечений у женщин, страдающих персистенцией фолликулом. ВМА. Сб. рефератов научных работ за 1950 г., Л., 1953, стр. 137—138.
- Дозорцева Г. Л. Применение гормона желтого тела в акушерстве и гинекологии. *Сов. мед.* 1952, 5 стр. 34—36.
- Какушкина Е. А. Возможность выявления однофазности менструального цикла по отношению эстрогенов в моче. *Акуш. и гинек.*, 1959, 4.

- Калантарова Е. К. и Ордынец Г. В. Содержание эстрогенных гормонов в моче у больных геморрагической метропатией. *Акуш. и гинек.*, 1949, 3.
- Кватер Е. И. Этиология и терапия так называемых функциональных маточных кровотечений. *Сов. мед.*, 1950, 2, стр. 26—36.
- Киршенблат Я. Д. и Соловьев В. С. Опыт гормональной терапии при нарушениях менструального цикла. *Акуш. и гинек.*, 1954, 2.
- Краевская И. С. Роль витамина С в этиологии и патогенезе маточных кровотечений. *Акуш. и гинек.*, 1939, 10.
- Круглова М. М. Гистологические изменения в слизистой оболочке матки при аменорее. *Акуш. и гинек.*, 1953, 6.
- Лельчук П. Я. Климактерические кровотечения. *Акуш. и гинек.*, 1955, 3.
- Лесной С. К. Распознавание и лечение дисфункциональных маточных кровотечений. *Акуш. и гинек.*, 1955, 3.
- Лесной С. К. Маточная форма аменорей. *Акуш. и гинек.*, 1959, 3.
- Малиновский М. С. К вопросу о расстройствах менструального цикла. Сб. работ по акуш. и гинек., М., 1944.
- Мандельштам А. Э. Об этиопатогенезе и терапии функциональных маточных кровотечений. *Акуш. и гинек.*, 1949, 3.
- Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. *Медгиз*, 1959.
- Михайлов В. П. Некоторые данные по аменорее. Сб. работ по акуш. и гинек., М., 1944.
- Могилев М. В. К вопросу об обмене витамина С при маточных кровотечениях. *Акуш. и гинек.*, 1937, 12, стр. 26—31.
- Моисеев М. Д. Вопросы о маточных формах аменорей. *Акуш. и гинек.*, 1959, 3.
- Николаев В. В. и Здравомыслов В. И. Экспериментально-клинические данные по вопросу о применении маммофизина. *Акуш. и гинек.*, 1937, 9—10.
- Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. М., 1952.
- Петченко А. И., Гостева М. И., Андреева Н. Ф. Применение нового препарата пахикарпина в акушерстве и гинекологии. *Акуш. и гинек.*, 1953, 5.
- Покровский В. А. Диагностика маточных кровотечений на основании гистологического исследования соскобов. *Акуш. и гинек.*, 1936, 1.
- Покровский В. А. Функциональные маточные кровотечения и их лечение. *Сов. мед.*, 1950, 5, стр. 30—32.
- Проблеми патології клімаксу у жінок. Київ, 1959.
- Проняева К. В. Ановуляторный менструальный цикл у женщины. *Акуш. и гинек.*, 1946, 3.
- Пронь Г. П. К вопросу о функциональных маточных кровотечениях и их лечении прогестероном. *Акуш. и гинек.*, 1955, 1.
- Слоницький В. П. и Хмелевский В. Н. Лечение геморрагических метропатий типа Шредера ретроплацентарной кровью. *Акуш. и гинек.*, 1936, 7, 777—780.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. М., 1907.
- Фейгель И. И. и Покровский В. А. К гистопатологии маточных кровотечений. *Акуш. и гинек.* 1936, 3, стр. 251—258.
- Харитонов С. А. Аменорея — вегетативно-эндокринный синдром. *Акуш. и гинек.*, 1945, 1.
- Хмелевский В. Н. Лечение *dismenorrhoea membranacea*. *Акуш. и гинек.*, 1936, 12.
- Хмелевский В. Н. и Проскурина Н. Г. Лечение маточных кровотечений при фибриомах матки клизмами из ретроплацентарной крови. *Акуш. и гинек.*, 1941, 7—8.
- Шванг Л. И. и Ромм И. Я. Изменения электроэнцефалограммы при дисменорее. *Акуш. и гинек.*, 1953, 1.
- Шифман Л. М. О показаниях к назначению эстрогенов при климактерическом неврозе. *Акуш. и гинек.*, 1958, 6, стр. 52—57.
- Шушанья П. Г. Лечение геморрагической метропатии мужским половым гормоном. *Акуш. и гинек.*, 1947, 2.
- Шушанья П. Г. К вопросу о классификации расстройств менструального цикла, менструаций и механизма кровотечения. *Акуш. и гинек.*, 1950, 5.
- Емануель А. В. Новый метод лікування хворих на дисменорею новокаїновою гальванізацією сонячного сплетення. *Пед., акуш. і гинек.*, 1958, 1, стор. 39, 41.
- Якубов Ю. Лечение функциональных маточных кровотечений кортизоном и бром-кофеином. *Акуш. и гинек.*, 1959, 1.
- Яропольская Г. Н. Опыт лечения гинекологических кровотечений вит. В₁. *Вит. В₁* С. *Акуш. и гинек.* 1937, 4, стр. 25—30.

Глава 6

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ (И НЕКОТОРЫЕ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ) ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Анатомо-биологические особенности женских гениталий. Этиопатогенез воспалительных процессов и роль нервной системы в развитии воспаления. Общие и местные реакции организма. Частная патология и терапия неспецифических воспалительных (и некоторых невоспалительных) заболеваний: вульвиты; острые кондиломы; зуд вульвы; лейкоплакия, крауроз; вульвиты; бартолиниты; кольпиты; паракольпиты; цервициты и эрозии; эндометриты. Аднекситы: сальпингиты и оофориты. Параметриты, периметриты и пельвиперитониты. Клиническое течение и распознавание аднекситов, параметритов и пельвиперитонитов. Профилактика и терапия воспаления придатков тазовой клетчатки и брюшины. Гинекологические перитониты, клиника и терапия.

Воспалительные процессы женских половых органов по этиологическому признаку могут быть разделены на неспецифические и специфические; к последним относятся гонорея, туберкулез и некоторые другие заболевания женской половой сферы.

АНАТОМО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ

Неспецифические воспалительные процессы являются весьма распространенными. Особенности женского организма — менструальная функция, роды и пуэрперий, доступность половых органов, в том числе и внутренних гениталий, внешним влияниям — способствуют проникновению в половые пути женщины: различных патогенных микроорганизмов как экзогенного, так и эндогенного происхождения. Контакт полости матки через ампулярный конец трубы со свободной брюшной полостью благоприятствует переходу инфекционных возбудителей на яичники, брюшину и кишечник.

Существует несколько путей распространения инфекций. Первый из них, идущий через влагалище, цервикальный канал, полость матки и трубы, можно назвать каналикулярным. Вторым путем считают распространение инфекции по лимфатическим путям и третьим — по кровеносным сосудам. Воспалительные процессы женских половых органов возникают и при общих инфекционных заболеваниях: дифтерии, гриппе, скарлатине, оспе, рождистом воспалении, а также при воспалительных процессах соседних органов — аппендиците, холецистите, панкреатите.

Организм женщины не остается беззащитным против внедрения в половые органы патогенных возбудителей воспаления, обладая различными защитными средствами в этой борьбе. Из таких защитных при-

способлений большую роль играет кислая реакция влагалищного секрета. Известно, что искусственно введенная во влагалище культура стрептококка быстро здесь погибает; через два-три дня его уже нельзя обнаружить во влагалище. Таким образом, молочная кислота влагалищного секрета является неблагоприятной средой для патогенной флоры.

Железы канала шейки матки выделяют большое количество густой слизи, скапливающейся у наружного зева в виде слизистой пробки; эта пробка является хорошей биологической преградой для проникновения патогенных возбудителей из влагалища в матку. При глубоких разрывах шейки матки, в особенности с нарушением целостности наружного зева или при вывороте слизистой цервикального канала (эктропион), этот важный защитный фактор выпадает.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Неспецифические воспалительные процессы гениталий чаще всего вызываются гноеродной группой — различными видами стафило- и стрептококков, затем кишечной палочкой и пневмококками, вирусом гриппа и некоторыми другими. Под влиянием того или другого инфекционного начала образуется типичный очаг воспаления с накоплением экссудата. Классические признаки воспалительного процесса — гиперемия, отечность тканей, боли, повышение температуры — всегда имеются налицо. Эта фаза воспаления носит название, по И. Г. Руфанову, экссудативной, или фазы набухания. За ней следует вторая фаза — регенеративная, или фаза отбухания (по Руфанову), которая характеризуется организацией экссудата. Следует, однако, помнить, что воспалительная реакция в гениталиях возникает, с одной стороны, в результате действия бактерий и их токсинов, а с другой — в результате воздействия на ткани продуктов распада белков.

Роль нервной системы в развитии воспаления

Все воспалительные процессы в женских половых органах совершаются при участии нервной системы. «Если путем перерезки нерва выключить данный сегмент, то не будет местного процесса», — говорил А. Д. Сперанский.

При перерезке подчревных нервов наблюдаются атрофические процессы в эндометрии и дистрофические — в миометрии (С. С. Вайль, М. Г. Пильщик и др.).

Согласно работам А. Д. Сперанского, А. В. Вишневого и др., выяснено, что поражение периферических нервных окончаний и рецепторов вызывает вялое течение воспалительных процессов и тормозит процессы регенерации тканей.

А. В. Попов на секционном материале нашел значительные морфологические изменения в пристеночных ганглиях матки женщин, страдавших хроническими эрозиями шейки матки.

А. Э. Мандельштам, придавая значение воздействию микробов при первичных воспалительных заболеваниях женских половых органов, предостерегает от переоценки этого фактора при обострениях в хроническом периоде. Он считает, что в результате воспаления анатомические изменения в тканях являются новым раздражителем, вызывающим ответные реакции. Величина и длительность раздражения периферических рецепторов нервной системы и вовлечение вышележащих нерв-

ных центров определяют, по Мандельштаму, характер, интенсивность и длительность клинических явлений воспаления. Обострение перенесенных ранее воспалительных заболеваний в части случаев можно объяснить следовой реакцией; в основе ее лежит сохранение следов многократных подпороговых раздражений центральной нервной системы. Клиническая картина обострений проявляется в виде более или менее полного рецидива воспалительного процесса. Рецидивы и обострения могут возникнуть под действием различных неспецифических раздражителей — охлаждения, травмы, нервного истощения — или под влиянием внеполовой инфекции.

ОБЩИЕ И МЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА

С момента проникновения бактерий в ткани женских половых органов начинается борьба между микробами и макроорганизмом. Реакция последнего на микробную инвазию или другие вредные факторы может быть бурной, умеренной, торпидной, ослабленной или вовсе отсутствовать.

Большая роль в этих реакциях принадлежит вегетативной нервной системе, особенно при болях.

Воспалительные заболевания гениталий вызывают значительные нейрогуморальные и иммунологические сдвиги в организме женщины.

Общие реакции особенно выражены при острых воспалительных процессах или обострениях. Они выражаются в повышении температуры, лейкоцитозе, ускорении РОЭ, сдвиге лейкоцитарной формулы влево, изменениях в обмене веществ, в частности обмене кальция и т. п.

Местные реакции — болезненность в воспаленном участке, отек и ощущение жара (*dolor, tumor, calor* прежних авторов). При этом происходит расширение сосудов в воспаленном органе или ткани с появлением выпота.

Как было сказано, все эти процессы развиваются под влиянием центральной нервной системы.

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Вульвиты (табл. V, 1). Вульвит, или воспалительный процесс наружных половых органов, может быть острым или хроническим. Несмотря на обилие флоры, первичные вульвиты встречаются редко; в большинстве случаев вульвиты вторичного происхождения. Кроме гонококков (возбудителей гонореи), при вульвитах наблюдаются различные виды бактериальной флоры: кокки, диплобациллы, стафилококки, влагалищные трихомонады, кишечная палочка и др. (о гонорейных и трихомонадных вульвитах будет сказано в ч. II, гл. 7 и 9; о часто встречающихся вульвитах девочек — в главе 16).

Первичные вульвиты встречаются в результате постоянной травмы и нечистоплотного содержания половых органов. Так, грубые закладки, которые носят женщины во время менструации, кожные заболевания и расчесы, а также различные другие раздражения, увлажнение кожи вульвы при частичном недержании мочи или при мочеполювых свищах могут вызвать первичный вульвит, вначале острый, а потом хронический. Особое предрасположение к вульвиту наблюдается при диабете и цистопиелитах.

Гораздо чаще встречается вторичный вульвит. Он возникает в результате раздражения наружных половых органов гнойными выделениями из влагалища и шейки матки. При длительности этих выделений вульвиты становятся хроническими.

Диагностика вульвитов нетрудна. Больные жалуются, в особенности в остром периоде, на зуд и жжение в области вульвы, болезненность при дотрагивании и обильные гнойные выделения. При осмотре обнаруживается отек и гиперемия больших и малых губ: в остром периоде — диффузного характера, в хроническом — в виде отдельных островков. Кожа вульвы легко мацерируется не только в области самой вульвы, но и в области паховых сгибов и внутренней поверхности бедер. Иногда на малых губах могут встречаться небольшие язвы. Паховые железы могут быть увеличенными. Нередко вульвиты сопровождаются появлением острых кондилом, располагающихся вокруг половой щели.



Рис. 117. Острые кондиломы вульвы.

Профилактика вульвитов заключается в соблюдении правил личной гигиены и лечении заболеваний, являющихся причиной белей.

Лечение вульвитов должно заключаться в местных лечебных процедурах и лечении заболеваний, вызвавших вульвит. В остром периоде больную лучше всего уложить в постель, остричь

волосы на половых частях и прикладывать к воспаленным органам примочки из свинцовой воды или однопроцентного раствора резорцина (И. Л. Брауде). Через два-три дня можно назначить теплые сидячие ванночки из слабого раствора марганцовокислого калия (1:10 000). При сильном зуде назначают снотворное и смазывание вульвы (2% кокаиновой или 5% анестезиновой мазью). В соответствующих случаях проводят лечение вагинита, заболеваний шейки матки, диабета и циститов, если какое-либо из этих заболеваний имеется.

Острые кондиломы половых органов и промежности (*condylomata acuminata*). Частым спутником вульвитов и кольпитов различной этиологии являются бородавчатые разрастания — острые кондиломы (рис. 117). Они состоят из гипертрофированного сосочкового слоя кожи и имеют вид папиллярных бледно-красного цвета образований с мокнувшей поверхностью. Микроскопически в соединительной ткани сосочка обнаруживаются расширенные лимфатические щели и кровеносные сосуды, а также резкая субэпителиальная инфильтрация. Плоский многослойный эпителий имеет неравномерную толщину, поверхностный его слой местами слущивается и образует мокнущую поверхность с обильной флорой.

Кондиломатозные элементы лежат отдельными островками и сливаются в конгломераты вида цветной капусты. Кондиломы локализу-

ются чаще всего в области вульвы, у входа во влагалище, на промежности, вокруг ануса, а также во влагалище и на шейке матки. В процессе роста кондиломы изъязвляются, некротизируются, дают обильное мутное отделяемое со зловонным запахом. Особенно быстрый рост их наблюдается у беременных.

Наличие кондилом, которые некоторые авторы считают парагоннейшим заболеванием, не дает права относить их к гонорее, так как кондиломы могут образоваться под влиянием негонорейных белей, при беременности, у нечистоплотных женщин.

Для лечения острых кондилом можно применять смазывание их 3% раствором резорцина на 70° спирту, но надежнее удалять, подсекая ножки ножницами Купера или диатермокоагуляцией. Обширные поверхности, покрытые кондиломами, выскабливают острой ложечкой под легким наркозом; после операции назначают антибиотики.

В целях полноты изложения здесь уместно упомянуть о **зуде вульвы** (*pruritus vulvae*) (табл. V, 2), хотя он и не является заболеванием воспалительным. Больные жалуются на очень сильный зуд, приводящий к расчесам, фурункулам и абсцессам. Вначале никаких объективных явлений на коже вульвы не замечается, но уже в это время гистологическое исследование может выявить гипертрофию соединительнотканых сосочков и паракератоз. Зуд вульвы часто встречается при диабете, холемии и как психоневроз в периоде климактерия и менопаузы. Для лечения этого заболевания применяют кокаиновые, анестезиновые мази или осторожное обмывание зудящих мест 2% раствором карболовой кислоты. Эстрогенные препараты дают благоприятные результаты при недостаточности эстрогенов, т. е. при первой или второй реакции цитологии влагалищных мазков. Причинное лечение должно быть проведено также у диабетиков. Если причина пруритуса неизвестна, то можно испытать рентгенотерапию, которая может дать нередко быстрый и надежный эффект. При психогении применяют гипнотерапию.

К особым формам заболевания вульвы относится **лейкоплакия вульвы** (*leucoplakia vulvae*). Лейкоплакия представляет собой небольшие, иногда множественные, беловатого цвета пятнышки, слегка выступающие над поверхностью тканей. Элементы лейкоплакии очень стойки и не смываются при обработке их. Лейкоплакию считают предраковым заболеванием; некоторые авторы полагают, что она предшествует другому, очень редкому заболеванию — **краурозу вульвы** (*carcinosis vulvae*, табл. V, 3). При краурозе наблюдается постепенное сморщивание наружных половых органов: малых губ, клитора; вход во влагалище резко уменьшается, кожа вульвы лишается пигмента, становится сухой, гладкой, через нее просвечивают вены. Субъективно женщины жалуются на зуд и сухость покровов вульвы. При микроскопическом исследовании при краурозе определяются атрофия кожных сосочков, исчезновение эластических волокон и рубцовое изменение подкожной клетчатки. С течением времени нередко образуются трещины и изъязвления, в области которых может развиваться рак. Вначале крауроз имеет сходство с лейкоплакией, но он сопровождается отеком, чего при лейкоплакии не бывает. *Лечение* заключается в применении тех же средств, что и при *pruritus vulvae*. Некоторые применяют эстрогены, но без особого эффекта. В выраженных случаях прибегают к экстирпации вульвы (К. Шредер, Зенгер), хотя и эта операция не гарантирует от рецидивов.

Вестибулиты. Преддверие влагалища богато криптами, а также мелкими вестибулярными железами, отверстия выводных протоков которых малозаметны; лишь отверстие выводного протока большой вести-

булярной железы (бартолиновой) легко обнаруживается в складке между малой губой и гименом, ниже середины половой щели. Заболевания бартолиновой железы (выводного протока и самой железы) мы выделяем в особую группу.

Неспецифический вульвит представляет собою обычно вторичное заболевание вследствие перехода воспалительного процесса на *vestibulum* из вульвы, влагалища и частично из уретры. В остром периоде слизистая преддверия гиперемирована и отечна, местами мацерирована или изъязвлена. Из всей этой пораженной поверхности обильно продуцируется гнойное отделяемое с различной флорой — гонококки, стафилококки, кишечная палочка, кокки; гонококковые вульвиты описаны в ч. II, гл. 7. Степень поражения отдельных участков преддверия различна: при кольпитах в большей мере поражается ладьевидная ямка; при уретритах — верхняя часть преддверия. В хронических случаях диффузной гиперемии и отечности не наблюдается; имеются лишь отдельные очаги или островки малиново-красного цвета и скопления гноя в мелких железах и криптах. Отмечено, что явления вульвита развиваются в более резкой степени и диффузно у инфантильных женщин, старух и беременных.

Профилактика вульвита заключается в своевременном, раннем лечении заболеваний вульвы, уретры, влагалища и шейки.

Лечение должно производиться одновременно с лечением первичных заболеваний. При локальных воспалительных изменениях — смазывание очагов 3—5% раствором ляписа. При диффузных поражениях можно рекомендовать подмывание раствором марганцевокислого калия с последующей присыпкой порошками дезинфицирующих веществ (борная кислота) или смазыванием 1% синтомициновой эмульсией. Особого лечения требуют гонорейные и трихомонадные вульвиты (ч. II, гл. 7 и 9).

Бартолиниты. Клинические картины воспалительного процесса бартолиновой железы и ее выводного протока находятся в зависимости от анатомического строения их. Как известно, бартолиновая железа находится глубоко в толще мышц промежности. Из нее выходит несколько мелких выводных протоков, сливающихся в ампулу, из которой выходит затем главный выводной проток большой длины, но суживающийся по направлению к своему наружному отверстию. Выводной проток железы поражается воспалительным процессом гораздо чаще, чем сама она. К заболеваниям бартолиновой железы и ее протока — бартолинитам — относятся: 1) каналикулит; 2) ложный абсцесс; 3) абсцесс бартолиновой железы.

1. **К а н а л и к у л и т ы.** При диффузных вульвитах воспалительные процессы распространяются также на наружную треть выводного протока бартолиновой железы. При поражении выводного протока — каналикулита — вокруг наружного отверстия его отмечается малиново-красная точка или пятнышко («пятнышко Зенгера»). При поражении наружной части выводного протока, кроме этого пятнышка, обнаруживается небольшая припухлость, и при надавливании на край половой щели можно увидеть немного патологического секрета желтоватой окраски. Каналикулиты раньше считались симптомом гонореи; однако мнение это неверно, так как в $\frac{2}{3}$ случаев в отделяемом гонококков не находят, а обнаруживают лишь кокковую флору — стафилококк, кишечную палочку и т. п.

2. **Л о ж н ы й а б с ц е с с.** Так как наружное отверстие выводного протока бартолиновой железы невелико, то при воспалительных процессах оно закрывается, причем в выводном протоке накапливается сек-

рет, и стенки его вследствие этого растягиваются. Таким образом образуется ложный абсцесс, или острый псевдобартолинит (рис. 118), при этом появляется отек и припухлость большой и малой губ в виде синеватой болезненной опухоли, выходящей из полости щели и частично закрывающей последнюю. Характерно, что сама железа в процессе не участвует. Общее состояние больных страдает мало, температура субфебрильная или даже нормальная, но ходить больные не могут. Через несколько дней ложный абсцесс вскрывается самопроизвольно, обычно в верхне-внутренней части малой губы. При недостаточном самопроизвольном опорожнении ложного абсцесса (поэтому следует предпочесть более раннее искусственное его опорожнение) может возникнуть хронический бартолинит, дающий рецидивы с картиной ложного абсцесса, или кистозное образование без воспалительных явлений в окружности — «киста бартолиниевой железы».

3. Абсцесс бартолиниевой железы. Если через выводной проток в железу проникают вслед за гонококками или самостоятельно вирулентные гноеродные бактерии, обычно стафилококки или кишечная палочка, то возникает истинный абсцесс, или флегмона, бартолиниевой железы с гнойным расплавлением ее выводного протока и окружающих тканей. В этих случаях покраснение и болезненность выражены значительно, паховые железы припухают, температура достигает высоких цифр, больные не могут ходить, общее состояние их тяжелое. Когда абсцесс (правильнее, флегмона) размягчается и достигает поверхности, гной прорывается наружу обычно в том же месте, что и при ложном абсцессе. Однако лучше вскрыть его и дренировать полость.



Рис. 118. Псевдобартолинит (ложный абсцесс).

Профилактика бартолинитов заключается в своевременном лечении вульвитов, вагинитов и вестибулитов. *Лечение:* при ложном абсцессе с появлением флюктуации следует вскрыть его разрезом по внутренней стенке малой губы и ввести в полость стрептомицин или пенициллин и слегка дренировать ее марлевой полоской, чтобы предотвратить закрытие разреза. При истинном абсцессе железы, как было сказано, абсцесс вскрывают и дренируют. Необходимо добиваться хорошего опорожнения этого глубокого гнойного очага.

Кольпиты (вагиниты). Воспалительные процессы слизистой влагалища (colpitis, vaginitis) могут быть вызваны различными патогенными микроорганизмами — гонококками, стрептококками, стафилококками, кишечной и дифтерийной палочками и др. Однако воспалительный процесс при попадании во влагалище этих бактериальных возбудителей развивается не всегда: для его возникновения необходимо нарушение трофики тканей стенок влагалища под влиянием общих или местных причин (нарушение обмена веществ, инфекционные заболевания, пони-

жение овариальной функции, травма химическая или механическая и т. п.).

Кольпиты можно разделить на следующие клинические группы: простые, гранулезные, старческие, трихомонадные, гонорейные, дифтерийные.

Особо отметим вагинизм (см. стр. 72). *Лечение* — временное прекращение половой жизни, психотерапия.

Кольпит простой (colpitis simplex, табл. VI, 1) является наиболее частой разновидностью кольпита. Он характеризуется появлением обильных влагалищных белей — от серозных до гнойных, в зависимости от тяжести заболевания и флоры. В острой стадии заболевания имеется болезненность во влагалище и промежности, больная вынуждена лежать. При осмотре с помощью зеркал обнаруживается гиперемия и отек слизистой влагалища, которая в тяжелых случаях изъязвлена и покрыта гнойным отделяемым.

Реже, чем простой кольпит, встречается кольпит гранулезный (colpitis granularis, табл. VI, 2), с выступающими на фоне гиперемированной слизистой влагалища зернышками, представляющими собой мелкие инфильтраты в субэпителиальном слое, в которых в избытке встречаются плазматические клетки.

Для *лечения* простого и гранулезного кольпитов в острой стадии применяют сидячие ванны из слабого раствора марганцевокислого калия (1 : 10 000). По миновании острых явлений назначают влагалищные спринцевания (см. ч. III, гл. I) 35—36° тем же раствором или растворами древесного уксуса или квасцов. При вязких слизистых выделениях первые спринцевания производят 2% раствором соды.

Лучший эффект дают влагалищные ванночки, т. е. наполнение влагалища с помощью зеркала раствором древесного уксуса, растворами 2—3% протаргола или 2% ляписа. Если при кольпите наблюдаются эрозии, то можно применять также лечение тампонами с 5% квасцами. 10% ихтиолом (см. рецепты в ч. III, гл. I). При гранулезном кольпите производят протирания влагалища куском ваты, смоченным 1—2% раствором ляписа или 3% раствором протаргола, через день, тампоны из 2% стрептомицина, а позднее — рыбьего жира.

Старческий кольпит (colpitis senilis, s. vetularum, табл. VI, 3) встречается в позднем климактерии или в менопаузе. При этом заболевании, помимо зуда и обильных серозно-кровянистых выделений, наблюдаются начальные или выраженные явления старческой атрофии. У таких больных влагалище узкое, своды его не выражены, влагалищная часть шейки матки атрофична, матка очень маленькая; имеются также старческие (атрофические) изменения вульвы. Слизистая влагалища истончена, теряет бархатность и складчатость, гладка, диффузно гиперемирована, а местами на ней заметны мелкие темно-красные пятнышки, легко кровоточащие. Участки, лишённые эпителия, обнаруживают склонность к рыхлым плоскостным спайкам. При тяжелых старческих кольпитах наблюдаются значительные кровянистые выделения, которые нередко дают повод заподозрить раковое новообразование матки или влагалища.

В связи с атрофическим процессом *лечение* должно быть щадящим (избегать крепких прижиганий). Применяются вяжущие спринцевания или ванночки из древесного уксуса; тампоны из рыбьего жира. Эстрогены можно назначать только не страдавшим ранее дисфункциональными маточными кровотечениями или фибромиомой матки (необходимо предварительное цитологическое исследование).

Реже, чем предыдущие формы, наблюдаются дифтерийные

кольпиты (*colpitis diphtherica*) с образованием налетов; возбудителем их является не только дифтерийная палочка, но и золотистый стафилококк, стрептококки. Эти кольпиты встречаются при общих инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия, тифы), но могут возникать также после криминального аборта. Кроме гиперемии и гнойных выделений, на слизистой влагалища обнаруживается значительная десквамация эпителия до полного обнажения стромы, что может привести к плотному слипанию складок влагалища, вызывающему ту или иную степень стеноза или атрезии его.

Изредка встречается у взрослых женщин истинная дифтерия влагалища с образованием характерных беловато-сероватых блестящих пленок. Диагноз ставится на основании бактериологического исследования.

Гангренозный кольпит (*colpitis gangraenosa*) — также редкая форма кольпита. Возникает она из дифтерийного кольпита, при некоторых отравлениях (ртутью), при инфекционных заболеваниях. Образующиеся некротические участки слизистой постепенно отторгаются и могут привести к стенозам.

Гангренозные и дифтеритные кольпиты могут вызвать инфекцию окружающей влагалище клетчатки — паракольпит. В начале этого осложнения через влагалище определяется плотноватый болезненный инфильтрат, переходящий во флегмону. Заболевание сопровождается высокой температурой.

При лечении дифтерийных и гангренозных кольпитов показано применение антибиотиков, введение тампонов с грамицидином. При

дифтерии назначают введение антидифтерийной сыворотки от 20 до 50 тыс. АЕ. Гнойный паракольпит подлежит оперативному лечению.

У детей иногда наблюдаются соор-кольпиты (*soor-colpitis*, табл. VI, 4) вследствие попадания во влагалище грибка молочницы. Лечение инфузиями буры.

Цервициты (эндоцервициты) и эрозии. Неспецифические цервициты возникают главным образом в результате разрывов шейки матки в родах, ношения пессариев, нечистоплотности. Разрывы, обычно боковые, нарушают целостность циркулярной мускулатуры сфинктера шейки; сокращающиеся при этом продольные волокна способствуют зиянию наружного зева, причем нередко слизистая цервикального канала выворачивается наружу, образуя так называемый эктропион (*ectropion*, рис. 119 и табл. VII, 3).

В острой стадии цервицита в области наружного зева наблюдаются гиперемия, отек и гнойные желто-зеленые выделения. Острый период проходит довольно быстро, и вместе с ним исчезает гиперемия шейки, причем остается только красноватый венчик вокруг *orific. ext. colli*; гнойные выделения переходят в слизисто-гнойные, а затем и в слизистые — слегка желтоватого оттенка. Даже в остром периоде темпера-



Рис. 119. Боковые разрывы шейки и начинающийся эктропион.

тура не повышается, болей почти нет. В хронической стадии отмечаются только бели слизистого или слизисто-гнойного характера. Примесь крови к выделениям, особенно после сношений (контактные кровотечения), указывает на образование на шейке матки эрозии или полипозных разражений. Точес диагноз цервицита можно поставить только после введения во влагалище зеркала, а еще лучше — при кольпоскопии. При неспецифическом цервиците воспалительные явления вокруг уретры, скеновых ходов и выводных протоков бартолиновых желез, типичные для гонореи, отсутствуют.

Очень частыми спутниками цервицита являются эрозии, *ovula Nabothi* и полипозные разражения. Эрозии, или изъязвления шейки матки, могут быть истинными и ложными. Истинная эрозия (рис. 120 и 121) представляет собой настоящий дефект многослойного плоского эпителия на определенном участке шейки; ложная эрозия (рис. 122) покрывается на месте дефекта сползающим из цервикального канала тонким слоем цилиндрического однорядного эпителия. Эрозии развиваются обычно на границе многослойного плоского эпителия *portionis vaginalis uteri* и цилиндрического из цервикального канала. По излечении цервицита ложная эрозия вновь покрывается свойственным этому месту многослойным плоским эпителием. Истинная эрозия встречается гораздо реже, чем ложная, так как существует недолго, переходя через несколько дней в ложную. Поэтому ложную эрозию называют первой стадией заживления эрозии, а замену цилиндрического эпителия многослойным плоским — второй стадией заживления, знаменующей собою выздоровление.

По внешнему виду невооруженным глазом почти невозможно различить истинную эрозию от ложной: обе темно-красного цвета, ясно заметны на бледно-фиолетовом фоне влагалищной части шейки матки. Темно-красный цвет ложной эрозии зависит от прозрачности цилиндрического эпителия, сквозь который просвечивает богатый сосудами подэпителиальный слой, полностью обнаженный при истинной эрозии. Различают несколько видов эрозий: простая, фолликулярная, папиллярная и эрозированный эктропион.

Простая эрозия (*erosio simplex*, табл. VII, 1) представляет собою псевдоэрозию.

Папиллярной (*erosio papillaris*, рис. 123, табл. VII, 2) эрозию называют в тех случаях, когда цилиндрический эпителий из цервикального канала внедряется в глубь эрозии в виде небольших железок или клеточных скоплений; при этом поверхность эрозии становится слегка бугристой, легко кровоточит.

Если на поверхность ложной эрозии напластовывается плоский эпителий и закрывает выводные протоки цервикальных желез или если эти протоки закрываются по другим причинам (перегиб, заращение), то в железках накапливается слизистый секрет и они превращаются в небольшие кисты величиной от просяного зерна до фасолины. Эрозия, покрытая по поверхности такими ретенционными образованиями, называется *фолликулярной* (*erosio follicularis*). Существуют еще эрозии, вызванные грибом молочницы — *соог* или трихомонадами.

Отдельные закупоренные цервикальные железки носят название *наботиевых ячеек* (кист) — *ovula Nabothi*. Они чаще всего располагаются близ наружного зева шейки и представляют собою небольшие выпячивания, выделяющие при проколе желтоватую слизь. *Ovula Nabothi* могут также располагаться довольно высоко от наружного зева. Если их много, то они способствуют фолликулярной гипертрофии шейки. Даже одиночные наботиевы кисты вызывают расстройство цир-

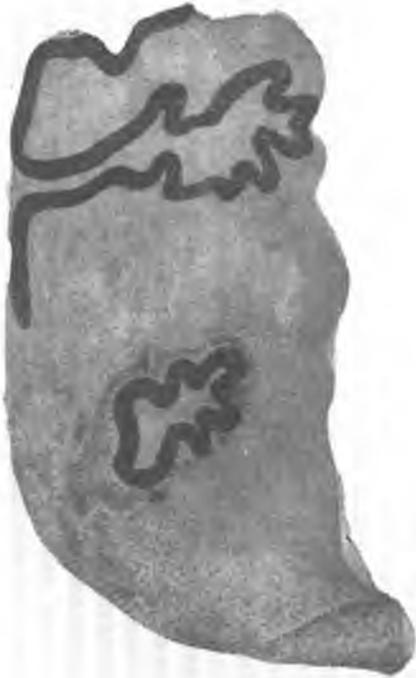


Рис. 120. Истинная эрозия (И. Л. Брауде). Дефект эпителия на слизистой влагалищной части матки. Воспалительная инфильтрация стромы.



Рис. 121. Истинная эрозия.



Рис. 122. Ложная эрозия (И. Л. Брауде). Замена многослойного плоского эпителия цилиндрическим. Воспалительная инфильтрация стромы.

кулярного кровообращения — застойную гиперемию — влагалищной части шейки, вследствие чего она приобретает синюшный цвет. В отдельных ovula Nabothi могут находиться гонококки.

Папиллярные и фолликулярные эрозии онкологи (М. Ф. Глазунов, А. И. Серебров, 1951) считают предраковым состоянием шейки матки. А. И. Серебров относит эти эрозии, а также фолликулярную гипертрофию шейки к «железисто-мышечным гиперплазиям». М. Ф. Глазунов называет железисто-мышечные гиперплазии «эндоцервикозом», поскольку наряду с гиперплазией эпителия имеется и мышечная гиперплазия; в основе этого процесса, по мнению Глазунова, лежат дисгормональные



Рис. 123. Папиллярная эрозия.

состояния. К гиперпластическим процессам шейки, являющимся предраковым состоянием, Серебров относит также дискератозы шейки матки, лейкоплакии (табл. VII, 4), акантоз (акантопапилломатоз) и эритроплакии (подобие лейкоплакий, но красно-бурого цвета вследствие просвечивания сосудов). Подробности о предраке даны в ч. II, гл. 12.

Лечение цервицитов в острой стадии не должно быть активным. В этих случаях прописывают покой, но постельный режим назначают только особо нервным женщинам. В качестве местного лечения применяют индифферентные или щелочные сприн-

цевания. К. К. Скробанский назначал всегда теплые спринцевания с содой (столовую ложку на 1 л воды) для отмывания слизи.

При хронических цервицитах лечение должно быть и местным, и общим. Это значит, что следует обратить внимание на весь организм и, если необходимо, назначить общеукрепляющее лечение. При хронических воспалительных заболеваниях внутренних половых органов применяют физиотерапию. Так как основной жалобой при цервицитах являются бели, необходимо лечить их, предварительно изучив причины, могущие вызвать эти бели (вестибулярные железы, влагалище, матка, придатки). Что касается лечения шейки матки, то прежде всего необходимо устранить полипы, ovula Nabothi, эрозии и эктропион. Удалять полипы шейки необходимо не на амбулаторном приеме, а в стационаре, так как всегда следует не только «открутить» полип, но и выскоблить слизистую цервикального канала. Удаленный полип подлежит гистологическому исследованию. Можно удалять полипы и с помощью диатермокоагуляции.

Наботиевы кисты (яички) подлежат обязательному разрушению в силу указанных выше их патологических особенностей. Даже на амбулаторном приеме наботиевы кисты можно прокалывать и смазывать йодом. При множественных ovula Nabothi больных лучше положить в стационар и сделать множественные проколы (скарификацию) тонким скальпелем или иглой аппарата для диатермокоагуляции. При нахождении ovula Nabothi высоко над уровнем наружного зева прокол их технически труден.

Лечение эрозий должно быть уделено особое внимание; его нужно начинать возможно раньше. Необходимо исключить специфические эрозии (гонорея, туберкулез). В настоящее время почти оставлены всевозможные прижигающие средства для лечения эрозий. Допустимо применение смазываний, влагалистных ванночек и тампонов из не раздражающих, вяжущих, слабо дезинфицирующих и стимулирующих рассасывающих средств. Таковы смазывания раствором протаргола (3—5%), танин-глицерином (10%), ванночки из древесного уксуса, протаргола, колларгола, тампоны из рыбьего жира, синтомициновой эмульсии. В последние годы распространение получила жидкость Гордеева, содержащая йод.

При длительно незаживающих эрозиях, если консервативное лечение в течение четырех-шести недель не помогает, по А. И. Сереброву, необходимо произвести диатермокоагуляцию эрозии с предварительной биопсией шейки для исключения рака. При обширной эрозии в последнее время производится диатермоконизация — клиновидное иссечение шейки с помощью специального электрода — или конусовидная ампутация шейки матки по Штурмдорфу (ч. IV, гл. 4).

При *эктропионах* лучшим методом лечения в настоящее время признается диатермокоагуляция или диатермоконизация; последняя, при обширных, осложненных эрозией эктропионах обязательна. При старых разрывах шейки матки можно попытаться зашить их путем операции Эммета.

Эндометриты. В конце прошлого и в начале настоящего столетия диагнозом «эндометрит» очень злоупотребляли, мало обращая внимания на состояние яичников при этом заболевании. Классификация эндометритов, разработанная Руге и Фейтом (Ruge, Veit), была весьма сложна (endometritis interstitialis, glandularis, cystica и т. д.). Адлер, Р. Шредер, Панков (Adler, R. Schröder, Pankow) в первой четверти XX века опровергли учение Руге—Фейта, доказав, что описанные ими формы эндометритов представляют собою фазы нормального менструального цикла.

В настоящее время термином «эндометрит» нередко злоупотребляют молодые врачи, наблюдая больных с воспалительными заболеваниями и явлениями маточного кровотечения. Этим больным ставится диагноз несуществующего заболевания: «endometritis haemorrhagica».

В полость матки, обычно стерильной, инфекция может проникнуть во время менструации, при сношениях в этом периоде, при некоторых лечебных процедурах (выскабливание, зондирование полости матки, грубые протирания цервикального канала и т. п.); реже инфекция проникает гематогенным (туберкулез) или нисходящим путем из труб. Чаще всего в полость матки (после родов, во время аборта) проникают стафило-стрептококки, гонококки и туберкулезная палочка. В зависимости от этиологии мы различаем три вида эндометритов: 1) пуэрперальный или послеабортный — септической этиологии, 2) гонорейный и 3) туберкулезный.

Воспалительный очаг в эндометрии, в тех случаях, когда он не затрагивает базального слоя и миометрия, а ограничивается только функциональным слоем, остается в последнем только до ближайшей менструации и отторгается и удаляется из полости матки вместе с функциональным слоем эндометрия и менструальной кровью. Так и бывает, например, при гонорейных эндометритах. Поэтому такие поверхностные эндометриты являются скоропроходящим заболеванием, острым, без перехода в хронический эндометрит.

Но если воспалительный процесс проникает в базальный слой эндометрия, не отторгающийся при менструации, то заболевание может пе-

рейты в хроническое. Дальнейшее проникновение процесса в миометрий вызовет уже метроэндометрит.

Особенностью эндометрита, как воспалительного процесса, является весьма частый переход инфекции в фаллопиевы трубы. Например, гонорейные эндометриты почти всегда осложняются поражением труб — сальпингитами. С другой стороны, сальпингиты могут вызвать рецидив уже закончившегося поверхностного эндометрита (нисходящая инфекция).

Гонорейный и туберкулезный эндометриты будут описаны в главах о специфических воспалительных заболеваниях. Пуэрперальный эндометрит описан в нашем руководстве по акушерству (ч. II, гл. 16).

Переходим к описанию острого и хронического эндометритов гинекологического происхождения или возникших в связи с общими инфекционными заболеваниями.

Острый эндометрит (*endometritis acuta*) развивается после аборта, некоторых лечебных манипуляций (зондирование полости матки, выскабливание слизистой ее, смазывание цервикального канала, удаление полипов и субмукозных узлов), после гриппа, ангины. Анатомические изменения при этом заболевании заключаются в разрушении и некрозе функционального (иногда и базального) слоя эндометрия и в появлении в подэпителиальном слое защитного вала из лейкоцитов (круглоклеточная инфильтрация). В тяжелых случаях инфекция может проникнуть через защитный вал в миометрий (метроэндометрит) и даже в кровяное русло, вызывая в последнем случае септическое заболевание (*septicaemia, septicaemia*).

Из *клинических симптомов* при остром эндометрите отмечаются: повышение температуры, боли в животе и пахах, гнойные выделения из половых органов, болезненность и некоторое увеличение матки при влагалищном исследовании.

Лечение заключается в назначении постельного режима. В первые дни — до снижения температуры — лед на живот, затем можно постепенно начать применять согревающие компрессы. Все внутриматочные процедуры противопоказаны. Из медикаментозных средств назначают антибиотики (стрептомицин по 250 000 ЕД два раза в сутки, пенициллин по 100 000 ЕД через три часа или дюранным методом), сульфаниламиды (норсульфазол по 1,0 через четыре часа) и болеутоляющие (белладонна, опиум, пантопон или промедол).

Хронический эндометрит (*endometritis, metroendometritis chronica*) развивается из подострого. При хроническом эндометрите белей становится меньше, они принимают характер слизисто-гнойных. В инфильтратах находят плазматические клетки и лейкоциты; местами эндометрий пропитан кровью и некротизирован. Инфекция может распространиться на базальный слой эндометрия, а оттуда на миометрий, волокна которого отекают и постепенно атрофируются. Соединительная ткань разрастается и заменяет мышечные волокна, матка увеличивается в объеме (хронический метроэндометрит). Воспалительный процесс из миометрия может распространиться на периметрий и, вызвав здесь отложение фибрина и спайки, создать картину адгезивного периметрита.

Важнейшими *симптомами* хронического метроэндометрита являются бели, боли в пояснице и нередко — расстройства менструального цикла: меноррагии и метроррагии.

Лечение — консервативное: компрессы на живот на ночь, теплые спринцевания, нонтофорез, диатермия, парафинотерапия и в конце курсового лечения — грязелечение. Выскабливание слизистой матки в последнее время не рекомендуется.

Так называемые послеабортные эндометриты (*endometritis post abortum*) не всегда являются воспалительными заболеваниями; нередко они представляют собой субинволюцию матки и атипическую регенерацию эндометрия из остатков *deciduae*. Некоторые авторы послеабортные эндометриты называют децидуальными (*endometritis deciduae*); слово «эндометрит» здесь следует понимать условно.

Аднекситы: сальпингиты и оофориты. Аднекситы (аднеха—придатки; рис. 124) — наиболее частое и серьезное гинекологическое заболевание, значительно нарушающее трудоспособность женщины. Воспалительный процесс гораздо чаще захватывает трубу, чем яичник; в большинстве случаев яичники вовлекаются в воспалительный процесс вторично. В нормальных условиях труба хорошо защищена от проникнове-

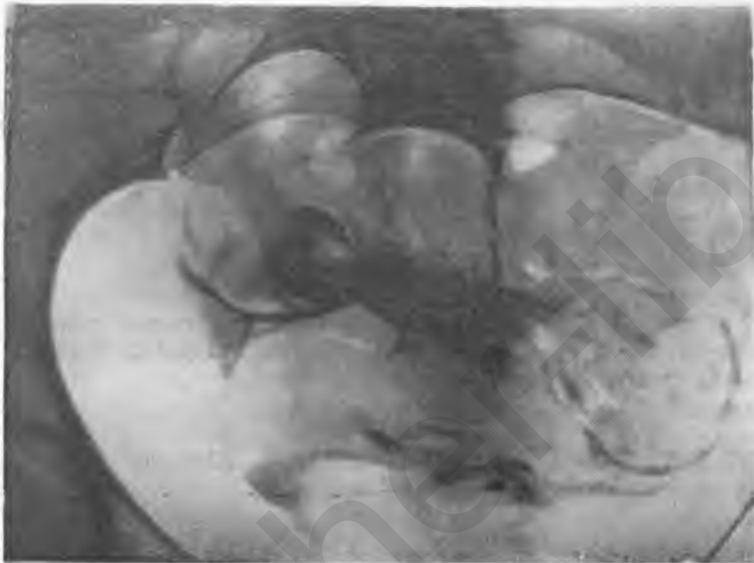


Рис 124. Двустороннее хроническое воспаление придатков — аднекситы. Через 48 часов после метросальпингографии. Определяется левосторонний гидросальпинкс. Справа — измененные придатки (собств. случай).

ния в нее инфекции: бактерицидные свойства влагалища, слизистая пробка у наружного зева шейки матки, стерильность полости матки и узкий просвет маточного конца самой трубы являются естественными барьерами против проникновения инфекции в трубу через полость матки. Только при наличии инфекции в самой матке может развиваться инфекция также в трубах. Это, как сказано выше, интраканаликулярный, или восходящий, путь распространения инфекции. Он начинается во влагалище, проходит через цервикальный канал в полость матки, а оттуда в трубы. Возможен еще нисходящий путь, когда инфекция из аппендикса проникает в ампулярный конец правой трубы. Возможен также гематогенный путь проникновения инфекции в трубы, что характерно для туберкулеза гениталий.

Инфекционные возбудители, которые попадают в трубы, разнообразны: стафило-стрептококки, гонококки, туберкулезная палочка, пневмококки, гриппозный вирус и др.

По данным Яшке-Панкова (*Jaschke-Pankow*, 1923), воспалительные заболевания труб гонорейной этиологии были отмечены у 43% больных.

септические — у 35% и туберкулезные — у 22%. Наш материал послевоенных лет показывает (в приблизительных цифрах), что аднекситы гноеродной и колибациллярной этиологии встречаются в 60%, гонорейные — в 15%, туберкулезные — в 8%, гриппозные — в 5%, от охлаждения — в 2% и неясной этиологии — в 10%. Из числа больных первой группы (60%) колибациллярная инфекция имела место у 5%, инфекция из аппендикса могла быть доказана у 5%.

В отношении группы гонорейных аднекситов надо отметить, что в большом проценте случаев гонорейная инфекция сменяется впоследствии стафилококковой, колибациллярной и стрептококковой. На нашем материале (193С) на основании кожной вакцинодиагностики было показано, что к гонорейной инфекции стафилококковая присоединилась позднее в 22%, колибациллярная в 18% и стрептококковая в 4% случаев. Эти виды инфекции следует рассматривать как вторичную, но не смешанную. Поэтому точный процент больных с воспалительными заболеваниями гонорейной этиологии вычислить даже путем чувствительной вакцинодиагностической реакции очень трудно.

Рассмотрим анатомо-клинические формы сальпингитов и оофоритов. Воспалительные неспецифические процессы в маточных трубах можно разделить на 8 групп:

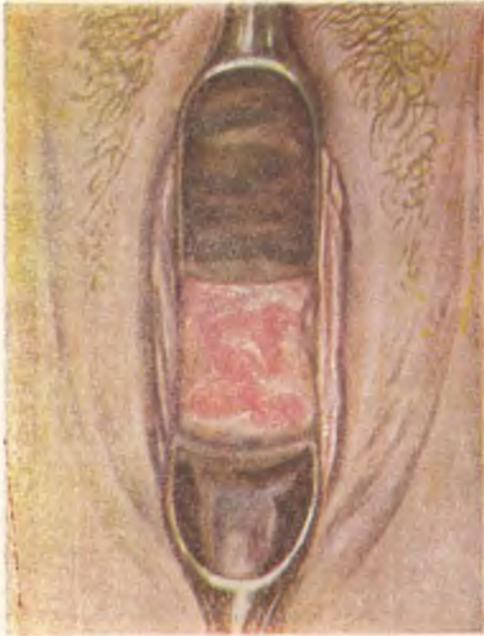
- 1) эндосальпингит (*endosalpingitis*);
- 2) катаральный сальпингит (*salpingitis catarrhalis*);
- 3) гнойный сальпингит (*salpingitis purulenta*);
- 4) гнойная мешотчатая опухоль трубы (*pyosalpinx*);
- 5) тубоовариальный абсцесс (*abscessus tuboovarialis*);
- 6) серозная мешотчатая опухоль трубы (*hydrosalpinx*);
- 7) тубоовариальная киста (*cystis tuboovarialis*);
- 8) периаднекситы (*periadnexitis*).

Здоровая труба имеет в своем просвете ряд продольных складок и не имеет никаких желез.

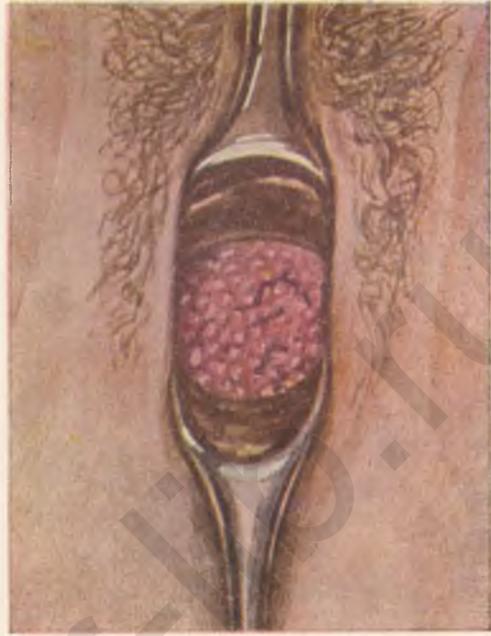
Начальная стадия воспалительного процесса трубы захватывает ее слизистую, в которой отмечается набухание, расширение сосудов и усиленная секреция поверхностного эпителия. Это и есть — *endosalpingitis*. Если воспалительный экссудат проникает глубже — в соединительнотканый и мышечный слой стенки трубы, то заболевание принимает форму *salpingitis catarrhalis* или *salpingitis interstitialis*; стенка трубы при этом равномерно утолщается, труба легко пальпируется.

В случае гнойного расплавления слизистой трубы — *salpingitis purulenta* — в толще ее стенки может образоваться абсцесс, вскрывающийся в просвет трубы. Вся труба увеличивается и утолщается. Гной может проникнуть до серозного покрова трубы, что вызывает сращение ее с соседними органами и прежде всего с яичником.

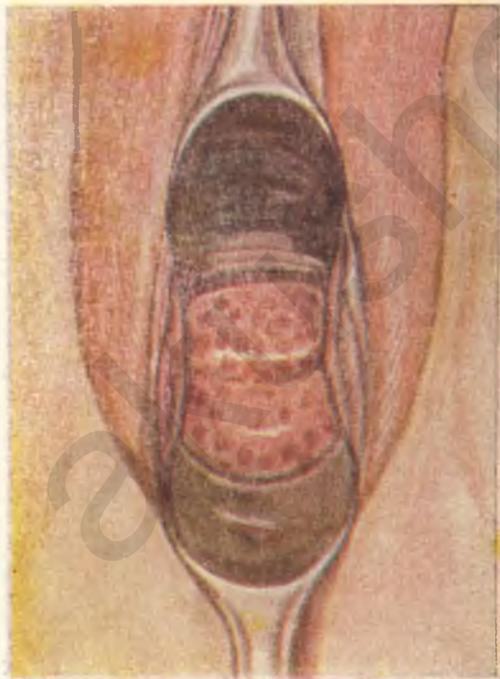
Гнойные сальпингиты имеют свои особенности в зависимости от рода инфекции. При септических гнойных сальпингитах имеется обильное гноеобразование; гибель эпителия и слипание складок труб выражены резко. Напротив, при гонорейных и туберкулезных сальпингитах количество гноя невелико, но имеется резко выраженный распад эпителиального покрова, слипание и разрушение складок. Колибациллярные гнойные процессы имеют склонность к быстрому улучшению, как только *b. coli* попадет из анаэробной среды в аэробную например, при вскрытии очага; эти процессы хорошо и быстро поддаются лечению коливакциной (С. М. Беккер, 1931). Следует отметить также как особенность септических гнойных сальпингитов — замедленное образование сращений вокруг вскрывшегося участка трубы. В этих случаях быстрый переход инфекции на соседнюю брюшину нередко ведет к общему перитониту раньше, чем успеют образоваться отграничиваю-



1



2



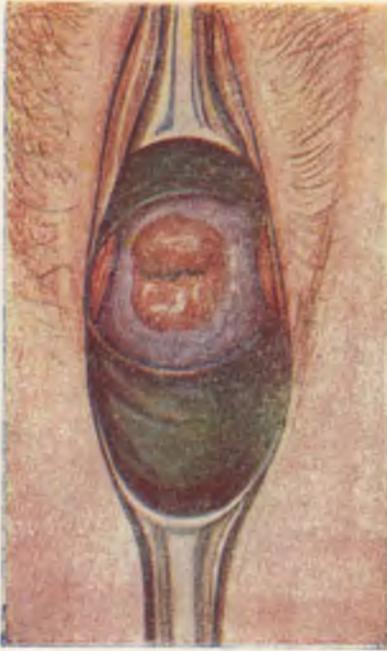
3



4

Кольпиты (вагиниты) (Вейбель).

1 — colpitis simplex acuta; 2 — colpitis granularis; 3 — colpitis senilis; 4 — soor-colpitis.



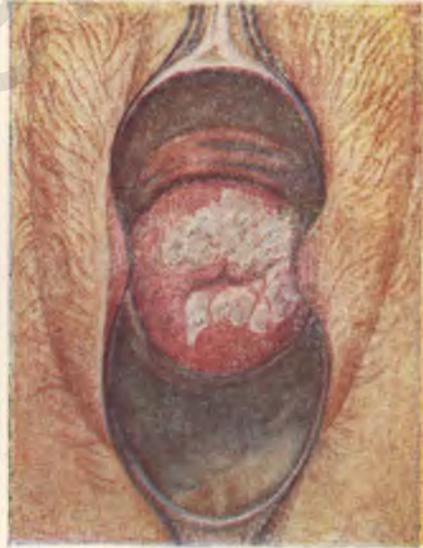
1



2



3



4

Эрозии и эктропион (Вейбель):

1 — erosio simplex; 2 — erosio papillaris; 3 — ectropion; 4 — leucoplakia eterosio.



Двусторонний пиосальпинкс, удаленный при операции.

щие сращения. При гонорейных сальпингитах, благодаря быстрому и значительному образованию спаек, развитие перитонита почти не наблюдается. Сальпингиты септические — чаще односторонние, гонорейные — всегда двусторонние.

При гнойных сальпингитах различной этиологии весьма характерным является процесс слипания и полной закупорки фимбриальной части трубы.

Отдельные отечные фимбрии втягиваются в просвет ампулы трубы и, соприкасаясь своей брюшинной поверхностью, плотно слипаются; в этом месте можно впоследствии заметить дугообразные рубчики. За-



Рис. 125. Левосторонний adnextumor; правосторонний hydrosalpinx.

крытие ампулярного конца трубы совершается нередко и более просто: он спаивается с ближайшим органом, чаще всего с яичником, реже с петлей кишки или с телом матки. Маточный конец трубы под влиянием гноя обычно слипается и делается непроходимым еще раньше, чем ампулярный, и труба превращается в гнойный мешок — пиосальпинкс. С течением времени стенки пиосальпинкса утолщаются вследствие инфильтрации стенок трубы, слизистая разрушается и замещается грануляционной тканью (metabona ruogenica).

Пиосальпинкс почти всегда окружается обширными сращениями с соседними органами — яичником, сальником, задней поверхностью матки, брюшиной дугласова пространства, кишечником. Яичник обычно участвует в воспалительном процессе вторично: увеличенная, утолщенная и извитая труба окутывает его сращениями, и тогда образуется конгломерат, называемый adnextumor (рис. 125). Гной в пиосальпинксе в первые месяцы жидкий, содержит стрепто-стафилококки, *b. coli* (в последнем случае — зловонного, калового запаха); с течением времени, однако, гной становится густым и стерильным, поэтому выхождение его при операции в брюшную полость не представляет опасности. Если же в гное флора вирулентна, то выход гноя в брюшную полость угрожает перитонитом; в этом случае требуется срочная лапаротомия.

Гной из пиосальпинкса может прорваться также в толстую кишку, обычно в ресіт (такой прорыв дает хороший прогноз), реже — в мочевой пузырь, во влагалище (трубно-влагалищный свищ) и еще реже — через брюшную стенку. Сравнительно редким явлением можно считать выход гноя через маточное отверстие трубы (ставшее проходимым), через матку и влагалище наружу; при этом больная замечает

внезапное появление большого количества жидкого (от примешивания маточных и влагалишных белей) гноя. Это явление носит название *pyosalpinx profluens*. В тех случаях, когда пиосальпинкс сростается с яичником, в толще которого также имеется гнойник, перегородка, разделяющая оба гноескопления, может рассосаться; образуется общая полость, наполненная гноем, — тубоовариальный абсцесс (*abscessus tuboovarialis*, рис. 126, 126а).



Рис. 126. Тубоовариальный абсцесс.

Мешотчатые опухоли трубы (общее название их — *sactosalpinx*) по своему содержанию разделяются на вышеописанные гнойные — *pyosalpinx* (табл. VIII), серозные — *hydrosalpinx* (рис. 127), или *serosalpinx*, наполненные кровью — *haematosalpinx*.

Последние встречаются главным образом при вне-маточной беременности; гематосальпинкс воспалительного происхождения бывает

едва в 10% всех случаев этой опухоли. Гематосальпинкс содержит жидкую кровь: это геморрагический экссудат со значительной примесью крови.

Гидросальпинкс образуется так же, как и пиосальпинкс. Однако в отличие от пиосальпинкса опухоль окружена обычно незначительным количеством рыхлых паутинных спаек, тонкостенна, полупрозрачна, полуподвижна и больше пиосальпинкса, достигая величины кулака и даже головки новорожденного. При гидросальпинксе растяжение трубы серозным выпотом происходит преимущественно в ампулярном конце; остальная часть трубы растягивается меньше, при этом имеет четкообразный вид вследствие поперечных перегородок. Нередко вся опухоль ретортообразной формы.



Рис. 126а. Тубоовариальный абсцесс (собственный случай).

Гидросальпинкс в противоположность пиосальпинксу — чаще двусторонняя опухоль, что, как мы говорили, характерно для гонорейной инфекции. Если рассасывания пиосальпинкса почти не наблюдается, то гидросальпинкс может в некоторых случаях рассосаться. Гидросальпинкс, чаще чем пиосальпинкс, может периодически опоражниваться через свой маточный конец, ставший проходимым, в матку и влагалище (*hydrosalpinx profluens*). С другой стороны, гидросальпинкс чаще, чем пиосальпинкс, может перекручиваться (*torsio*).

Сращение гидросальпинкса с кистозно-перерожденным яичником может привести к рассасыванию перегородки между полостями этих органов и образованию общей кистовидной ретенционной опухоли — тубоооариальной кисты (*cystis tuboovarialis*), наполненной серозным прозрачным содержимым и окруженной небольшим количеством рыхлых паутинообразных сращений, припаявающих опухоль к заднему листу широкой связки. Вылущение этой кисты в процессе операции может представлять трудности, но разрыв стенки во время вылущения происходит не часто, так как, несмотря на тонкость, стенки опухоли обладают достаточной прочностью.

Воспалительные заболевания яичников, как говорилось выше, почти всегда являются вторичными вследствие переноса инфекции из трубы. Просачивающийся серозный, серофибринозный или серозно-гнойный выпот из ампулярного конца трубы быстрее всего попадает на поверхность яичника. После организации выпота яичник посредством сращений остается в связи с перекрывающей его утолщенной и извитой трубой, образуя наиболее частую



Рис. 127. Двусторонний гидросальпинкс (Кроссен).

форму воспаления придатков — аднексит, или сальпингооофорит. При попадании вирулентного гноя трубы в полость вскрывшегося фолликула или желтого тела, в толще яичника образуется абсцесс фолликула или абсцесс желтого тела; в этих случаях яичник интимнее срастается с трубой и разделить их при операции почти невозможно (*adnextumor*). В редких случаях вирулентная инфекция (гемолитический стрептококк, стафилококк) и ослабленное состояние организма могут привести к распространению гнойника в глубь яичника, который превращается в гнойный мешок (*ruovarium*, рис. 128). В тех случаях, когда имеется смежное расположение двух гнойников — трубы и яичника, разделяющая их перегородка, как говорилось выше, может рассосаться, и обе гнойные полости сольются в одну, образовав тубооариальный абсцесс (*abscessus tuboovarialis*). Пиовариум — тяжелейшее заболевание, приводящее нередко к амилоидному перерождению органов и к смерти. Пиовариум, как и тубооариальный абсцесс, большей частью одностороннее заболевание.

К последней группе воспалительных заболеваний придатков относятся периаднекситы (перипроцессы). Так называют изме-

нения серозного покрова матки, трубы и поверхности яичника (*perimetritis adhesiva*, *perisalpingitis*, *perioophoritis*, рис. 129, 130, 131, 132), заключающиеся в образовании пластических перепонок, тяжей и нитей, которыми в избытке покрыты эти органы после перенесенного ранее эксудативного процесса и выхода гноя из серозного (серофибринозного) выпота в брюшную полость. Клиническое значение этих старых и на вид незначительных процессов весьма велико, так как они ведут к бесплодию и нарушениям менструального цикла.



Рис. 128. Правосторонний септический пиовариум (вид сзади, в разрезе).

типичным образцом лимфогенной (гораздо реже — гематогенной) инфекции. Входными воротами при этом заболевании являются разрывы шейки матки или плацентарная площадка, реже — своды при нарушении их целостности. Параметриты вызываются чаще всего стрептококками или стафилококками. Гонорейная инфекция, распространяясь

Параметриты (*parametritis*, рис. 133), или воспаление околоматочной клетчатки, возникают почти всегда в связи с беременностью — в пуэрперии, после криминального и других абортот, после нерациональных лечебных процедур, травмы и пр. Параметрит является



Рис. 129. Адгезивный периметрит. Рас- сечение сращений скальпелем (Келли).



Рис. 130. Перисальпингит, вызвавший искривление трубы (Келли).

интраканаликулярным путем (влагалище — цервикальный канал — матка — трубы — брюшина), крайне редко поражает параметрии, доступ к которым лежит через лимфатические пути в стенке матки. Обширные параметриты при дальнейшем распространении могут выйти за пределы околоматочной клетчатки и вызвать воспалительный процесс в тазовой клетчатке — **пельвелоцеллюлит** (*pelveocellulitis*).



Рис. 131. Адгезивный пельвеоперитонит
(Доделерейн — Крениг).

1 — дно матки; 2 — прямая кишка.



Рис. 132. Двусторонний периаднексит. Деформация матки после хронического воспалительного процесса; трубы непроходимы (рентгенограмма) (собственный случай).

Параметрит чаще бывает односторонним, значительно реже — двусторонним. Выпот при этом заболевании богат фибрином, образует плотный неподвижный инфильтрат, располагающийся от ребра матки до тазовой стенки. Низко расположенные параметриты доходят до заднебоковых сводов, сглаживая и выпячивая их в сторону влагалища.



Рис. 133. Правосторонний параметрит.

Высоко расположенные параметриты достигают уровня пупартовой связки и выше. Изредка (при колибациллярной инфекции) в слое клетчатки между шейкой матки и мочевым пузырем наблюдаются передние параметриты, образующие как бы каркас под передней брюшной стенкой (*plastron abdominale* — французских авторов, рис. 134). В редких случаях поражение клетчатки может распространиться по задней стенке таза к почке с вовлечением в воспалительный (включая и

гнойный) процесс околопочечной клетчатки — *п а р а н е ф р и т*. В случае распространения инфекции кзади, по клетчатке крестцово-маточных связок, может развиваться поражение паравагинальной (паракольпальной) клетчатки — *п а р а к о л ь п и т*.



Рис. 134. Передний параметрит — *plastron abdominale* (Менге и Опитц).



Рис. 135. Правосторонний гнойный параметрит.

В 25—30% случаев плотный инфильтрат в параметрии в каком-либо участке размягчается и нагнаивается, образуя флегмону околоматочной или тазовой клетчатки (*parametritis purulenta, pelveocellulitis purulenta, phlegmone pelvis*, рис. 135).

Если гнойник не будет вскрыт, то происходит прорыв гноя в соседние органы — во влагалище (через задний или боковой свод), в пря-

мую кишку, в мочевой пузырь, в область пупартовой связки, реже — через седалищное отверстие, кнутри от бедренной кости, у квадратной мышцы, и очень редко — в области пупка.



Рис. 136. Эксудативный периметрит.



Рис. 137. Адгезивный периметрит. Фиксированная ретропозиция матки.

Неспецифические эксудативные периметриты и пельвеоперитониты возникают чаще всего вторично в результате прорыва эксудата из ампулярного конца трубы в дугласово пространство (при интраканаликулярном распространении инфекции); реже воспалительный эксудат, обычно гнойный, поступает в дугласово пространство и в полость таза при разрыве большого листка сальпинкса или яичника.

В остром периоде, наступающем внезапно при явлениях «острого живота», происходит отек и гиперемия брюшины с образованием гнойного, серозно-гнойного, серо-фибринозного или серозного эксудата. Если уровень эксудата достигает дна матки, — говорят об эксудативном периметрите (рис. 136, 137), а если он поднимается выше и перекрывает дно матки, —



Рис. 138. Эксудативный пельвеоперитонит (абсцесс дугласова пространства, Менге и Опитц).

о пельвеоперитоните (рис. 138). Гнойный и серозно-гнойный эксудат являются характерными для стафило-стрептококковой инфекции, серозно-гнойный с каловым запахом — для колибациллярной. Эксудативные негнойные (серозные, серофибринозные) пельвеоперитониты и периметриты в 40% — гонорейного происхождения; гнойные же, с наличием гонококков в эксудате, встречаются не чаще, чем в 15%.

В первые дни острого периода в заднем своде влагалища образуется напряженный и болезненный участок; в последующие дни вырывается полусферическая опухоль, выпячивающая задний свод. Границы опухоли уходят вверх и в стороны; верхняя граница прощупывается неясно, и перкуторная граница не совпадает с пальпаторной, так как верхняя граница опухоли образуется спаянными экссудатом и ограничивающимися его распространением кишечными петлями.

При экссудативном периметрите выпячивающийся в заднем своде выпот более ограничен и напоминает поперечную складку или «язычок». В обоих случаях выпот (при экссудативном периметрите и пельвеоперитоните) напоминает конус с основанием, направленным кверху; он смещает матку кпереди и кверху. Перитонеальные явления и боли быстро проходят, негнойный экссудат организуется и уплотняется, вызывает уменьшение объема опухоли и «язычка». При гнойных скоплениях явления нарастают и приводят к выпячиванию не только заднего свода, но и задней стенки влагалища; из прямой кишки появляется слизь, что требует немедленного опорожнения экссудата.

Клиническое течение и распознавание аднекситов, параметритов и пельвеоперитонитов

Клиника негнойных сальпингитов разнообразна. В остром и подостром периодах, а также при обострениях хронического процесса бывают боли, отчасти схваткообразные, усиливающиеся при вставании или половом сношении. Температура не достигает высоких цифр. Частым симптомом при сальпингитах является расстройство менструального цикла: наблюдаются не только циклические, но и ациклические кровотечения, нередко при этом развивается дисменорея. Весьма обычной является жалоба на бесплодие, особенно при двусторонних процессах; даже небольшой процесс типа *endosalpingitis* может оставить после себя стойкое бесплодие.

Гораздо тяжелее протекают гнойные сальпингиты, особенно пиосальпинкс. Острый период тянется дольше, боли сильнее, повышение температуры длительное и достигает высоких цифр, РОЭ — 40—70 мм в час, лейкоцитоз — около 18 000. Перитонеальные симптомы выражены резко и затягиваются на недели, сопровождаясь кишечными явлениями. По миновании острого периода наступает затишье, во время которого все симптомы почти исчезают; но затем вся картина заболевания может вновь обостриться. Эти обострения, требующие постельного режима и обычно стационарного лечения, характерны для гнойных заболеваний труб. При влагалищном исследовании определяется весьма болезненная, толщиной с сосиску, труба, которая может опуститься в дугласово пространство.

Пиосальпинкс в острой стадии вызывает еще более бурную картину «острого живота», длительную высокую температуру. Пиосальпинкс может глубоко опускаться в дугласово пространство, симулируя пельвеоперитонит. Общее состояние больных тяжелое в течение многих дней. РОЭ — 60—80 мм в час, лейкоцитоз достигает 12 000—20 000, в лейкоцитарной формуле резкий сдвиг влево. Пиосальпинкс, как правило, переходит в хроническое заболевание. Работоспособность больных снижается; у них наблюдаются частые обострения.

Клиническая картина острого гнойного воспаления яичника — *пидо-варитума* — протекает часто (после родов, после инфицированного выкидыша) под видом септикемии или септического перитонита.

При внимательном внутреннем исследовании сбоку от матки находят округлую, малоподвижную, болезненную опухоль; иногда удается прощупать отдельно трубу, что подтверждает диагноз пиовариума. Многонедельная высокая с большими ремиссиями, иногда сопровождающаяся ознобами и потоотделением, температура является почти постоянной при гнойниках яичника и tuboовариальных абсцессах.

Клиническое течение параметритов более спокойное, чем при гнойном воспалении труб и яичников. Лихорадочный период при параметрите длится одну-две недели. При затяжных (гнойных) параметритах нередко образуется временная контрактура одноименного тазобедренного сустава вследствие вовлечения в процесс т. ileopsoas (рис. 139). Прорыв гнойника параметрия во влагалище или в прямую кишку обычно заканчивается постепенным выздоровлением. Прорыв в мочевой пузырь вызывает тягостные дизурические явления, длящиеся много недель. При отсутствии нагноения происходит длительное постепенное рассасывание инфильтрата, оставляющего в параметрии тяжи и рубцы, приводящие к смещению матки в сторону и кзади. Выздоровление наступает через три-восемь недель.



Рис. 139. Правосторонний гнойный параметрит, подошедший под т. ileopsoas. Вынужденное положение правого бедра.

Клиническая картина пельвеоперитонита отличается от течения общего перитонита. При экссудативном пельвосооперитоните (а тем более при экссудативном периметрите) местные явления, в противоположность разлитому перитониту, преобладают над общими. При пельвосооперитоните боли внизу живота более резкие и наступают раньше, но прекращаются быстро. Кроме боли, в начале заболевания наблюдаются тошнота, рвота, вздутие живота, напряжение брюшной стенки, задержка стула; при общем перитоните эти явления нарастают постепенно и развиваются позднее. При пельвосооперитоните пульс учащен, но соответствует температуре, ознобов нет. Перитонеальные явления с самого начала резко выражены, локализуются ниже пупка и через несколько дней исчезают. К этому времени образуется выпот, об особенностях которого говорилось выше.

На практике очень часто приходится дифференцировать пиосальпинкс от гидросальпинкса. Как сказано выше, по величине пиосальпинкса обычно меньше гидросальпинкса, его стенки плотны и толсты, опухоль в целом малоподвижна, так как она окружена обширными спайками, и болезненна, дает частые обострения, лейкоцитоз повышен, РОЭ значительно ускорена (в среднем лейкоцитоз около 15 000, РОЭ — 50—70 мм в час). Гидросальпинкс — опухоль тонкостенная, довольно подвижная, малобезболезненная, почти не дает повышения температуры и изменений лейкоцитоза и РОЭ.

Дифференциальный диагноз между внематочной беременностью (гематосальпинкс), пиосальпинксом и гидросальпинксом решается в пользу первой на основании анамнеза, краткости заболевания, данных

исследования крови, наличия признаков беременности и получения крови при пункции заднего свода.

Характер инфекции, а тем самым и этиология заболевания, выясняется бактериоскопическим исследованием мазков выделений, что обязательно у всех больных с воспалительными заболеваниями гениталий. При этом наиболее важно одновременно выявить гонорею, если она имеется, как социально опасное заболевание. Поэтому, кроме бак-

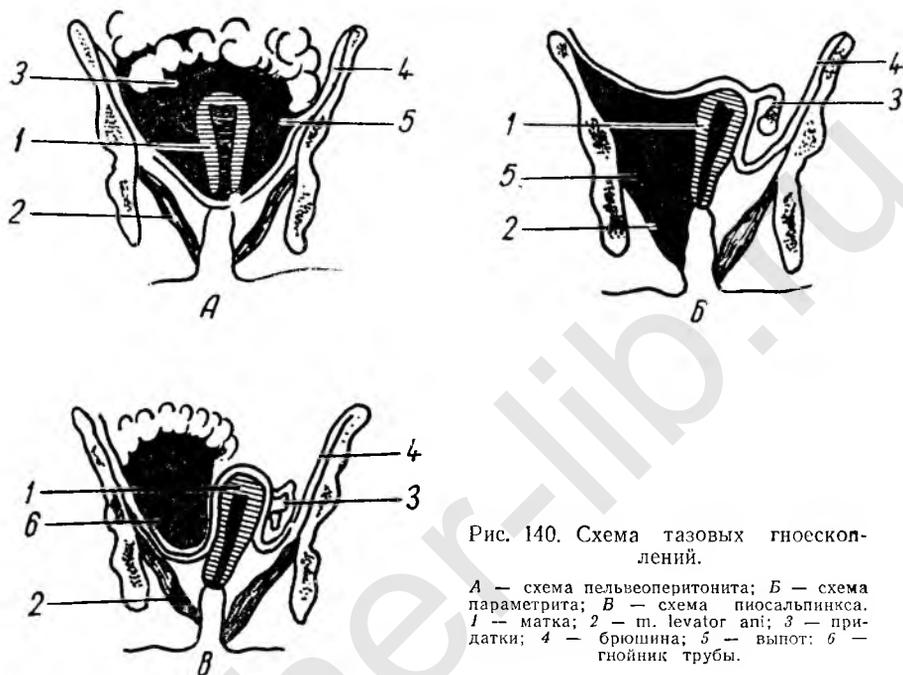


Рис. 140. Схема тазовых гноескоплений.

А — схема пельвеперитонита; Б — схема параметрита; В — схема пиосальпинкса. 1 — матка; 2 — m. levator ani; 3 — придатки; 4 — брюшина; 5 — выпот; 6 — гнойник трубы.

териоскопии выделений, желательнo производить реакцию Борде—Жангу и вакцинодиагностику по Бурлакову (см. ч. II, гл. 7).

Умение распознавать гнойно-воспалительные опухоли и гноескопления — пиосальпинкс (сактосальпинкс), параметрит и пельвеперитонит — является весьма важным, так как при диагностической ошибке возможна неправильная терапия с нанесением вреда больной.

Выше приводится схематический рисунок 140 тазовых гноескоплений, а ниже дифференциально-диагностическая таблица 6, назначение которых — облегчить диагностику этих заболеваний.

Таблица 6

Дифференциально-диагностическая таблица тазовых гноескоплений

	Пельвеперитонит	Параметрит	Пиосальпинкс
Температура	Умеренно высокая	Высокая постоянная	Высокая
Пульс	Учащен	Учащен соответственно температуре	Учащен

Раздражение брюшины	Выражено	Отсутствует	Выражено умеренно
Расположение эксудата (опухоли)	Высокое, у тела матки	Низкое, у шейки или сбоку от матки	Сбоку (сзади) от матки
Консистенция эксудата	Плотно-эластическая, уплотняется медленно	Плотная, хрящевая; быстро уплотняется, иммобилизует матку	Плотно-эластическая
Перкуторные границы опухоли	Ясные снизу и с боков, неясные сверху	Ясные сверху, неясные с боков	Ясные снизу и с боков, неясные сверху
Отношение эксудата к костям таза	Не прилегает к стенкам таза	Прилегает вплотную к костям таза	Отделяется от стенок таза
Подвижность опухоли	Незначительная	Отсутствует	Умеренная («брюшинная»)
Болезненность	Резкая	Умеренная	Значительная
Отношение к слизистой сводов	Слизистая смещается	Слизистая плохо смещается	Слизистая смещается

Профилактика и терапия воспаления придатков, тазовой клетчатки и брюшины

Профилактика должна заключаться в асептическом ведении родов, борьбе с криминальными абортами, применении стерилизованного инструментария при лечебных манипуляциях, гигиене половых органов и половой жизни.

Лечение аднекситов, всегда продолжительное, требует от больной и лечащего врача терпения и настойчивости. Несвоевременное прерывание лечения является одной из причин рецидивов и обострений. Лечение различно в зависимости от периода заболевания.

В *остром периоде* аднексита, параметрита или эксудативного пельвеоперитонита, когда еще дифференцировать друг от друга эти заболевания почти невозможно, терапия однородна для всех видов островоспалительного процесса; она заключается в строго постельном режиме с соблюдением физического и эмоционального покоя. Больной назначается лед на низ живота (на два часа, после чего перерыв на полчаса-час и т. д.), при болях — наркотики — свечи с *extr. Belladonnae*, промедол 2% или пантопон 2% — 1 мл подкожно. С большой осторожностью берут мазки для бактериологического исследования (из уретры, влагалища), не вводя зеркал. Только после взятия мазков, исследования крови (лейкоцитоз, РОЭ, гемограмма) и мочи назначают антибиотики и сульфаниламиды (рецептуру см. ч. III, гл. I). В первые дни назначается жидкая и полужидкая диета. Тщательно следят за стулом, назначая при надобности гипертонические клизмочки из поваренной соли. Необходимо избегать всякой психической травмы; нервным больным полезно назначать бромиды. Через одну-две недели температура обычно снижается, боли уменьшаются или прекращаются. При ваги-

нальном исследовании можно более точно поставить диагноз заболевания.

В *подостром периоде* постепенно переходят на тепловое и рассасывающее лечение. В этом периоде, в особенности если процесс в придатках, параметрии и тазовой брюшине не гнойный, можно через два дня после применения льда перейти на первую тепловую процедуру — согревающий компресс на нижнюю половину живота.

Назначение антибиотиков после падения температуры можно прекратить.

После падения температуры для скорейшей стабилизации подострого воспалительного процесса (снижения РОЭ, лейкоцитоза, уменьшения болей) мы уже много лет с успехом назначаем облучение живота ультрафиолетовыми лучами (четыре-шесть сеансов), которые можно применять взамен компрессов. В то же время для стимуляции рассасывания можно применять аутогемотерапию (каждый третий день по 5, 6, 8 и 10 мл) или еще лучше — инъекции плацентарной крови или сыворотки (по Филатову) по той же схеме. Вслед за применением кварца назначают ионтофорез хлористым кальцием для организации воспалительного выпота, а позднее — ионтофорез йодистым калием или люголевским раствором для скорейшего рассасывания воспалительных сращений.

При отсутствии обострения под влиянием этого лечения и при наклонности процесса к стабилизации, при нормальной температуре и РОЭ не выше 30—35 мм по Панченкову (снижение температуры происходит быстрее, чем ускорение РОЭ), мы наряду с кварцевой лампой (чередую сеансы) пользуемся лампой соллюкс. Комбинация кварц-соллюкс обладает болеутоляющим и рассасывающим действием, предотвращая склерозирующее действие воспалительного процесса на ткани.

В дальнейшем мы переходим на лечение парафином, но не на диатермию, которую рекомендуют некоторые авторы, так как последняя в подостром периоде часто дает ухудшения. Через 12—15 сеансов парафинотерапии (технику ее см. в ч. III, гл. 6) обычно состояние больных улучшается настолько, что их можно выписать на амбулаторное лечение или домой. После выписки для продолжения лечения можно рекомендовать повторные инъекции плацентарной крови (до 12), парафинотерапию — до 15—20 сеансов, теплые спринцевания, вяжущие или антисептические, в зависимости от характера белей. Но так как спринцевания имеют ограниченное поле действия (поэтому в остром периоде из-за риска обострения их не следует применять, ограничиваясь подмываниями), то лучше назначать теплые сидячие или общие ванны с хвойным концентратом — через один-два дня, всего шесть-десять ванн. Только после такого лечения можно начать брюшино-крестцовую диатермию, а после двух-трех таких сеансов перейти к влагалищной диатермии или комбинации ее с влагалищным ионтофорезом КЛ.

Такая же примерно схема лечения может применяться при параметритах, не перешедших в нагноение, и при серозных и серофибринозных пельвеоперитонитах (периметритах). Различие в ведении этих групп больных по сравнению с ведением больных с аднекситами заключается в том, что при больших инфильтратах параметрии и экссудативных пельвеоперитонитах в начале лечения применяют гирудотерапию (см. ч. III, гл. 2): две-четыре пиявки к коже надпупковой области на 15 мин.; через пять дней процедуру можно повторить. С образованием явного инфильтрата или оплотневающего выпота (в форме «язычка» или поперечного валика) тазовой брюшины полезно произвести пункцию через задний свод вла-

галища. При пункции обычно удается добыть несколько миллилитров серозной жидкости, что ускоряет рассасывание и уменьшает боли. Заключительным звеном терапии всех этих заболеваний является физиотерапия (ионтофорез CaCl или KJ , диатермия) и, по возможности, курортное лечение с применением грязелечения, а также гинекологический массаж.

Гораздо более трудной является терапия гнойно-воспалительных процессов: гнойных сальпингитов, пиосальпинксов, tuboовариальных абсцессов, пиовариума и гнойного пельвеоперитонита (периметрита).

Если в первой группе — негнойных воспалительных процессов — преобладает консервативная терапия, то во второй — гнойных — оперативная.

Острый период при гнойных процессах в малом тазу, проходящий при очень бурных перитонеальных явлениях, требует большого внимания со стороны врача и очень тщательного обслуживания. Назначения в первые дни болезни — как при негнойных процессах. Жесткая лихорадка с большими ремиссиями, поты требуют частой смены белья и обтирания тела — один-два раза в день теплой водой (лучше с одеколоном). Это имеет не только гигиеническое значение, но и лечебное, так как поддерживает функцию почек. При явлениях в легких необходимо придать больной полусидячее положение. Большое внимание следует уделять состоянию сердечно-сосудистой системы. Во избежание застойных явлений назначают банки, эфедрин (5% раствор 1 мл один раз в день подкожно). Пища больных должна быть легкой, но питательной, содержать большое количество витаминов; кроме того, таким тяжелым больным витамины нужно давать и в искусственных препаратах: аскорбиновую кислоту — до 300 мг, витамин B_1 — до 50 мг, витамин B_{12} — 0,3 мг в сутки. При стрептококковой инфекции назначают пенициллин — 800 000 ЕД, стрептомицин — 500 000 ЕД, при стафилококковой — стрептомицин 500 000 ЕД, норсульфазол по 6 г в сутки, при колибациллярной — биомицин по 0,1—0,2 по две таблетки 4—5 раз в день, тетраамицин или тетрациклин — не более 2 г в сутки.

При тяжелых гнойно-экссудативных процессах вначале назначают пиявки в надпоясочные области. Через несколько дней вводят внутривенно 10% раствор хлористого кальция 8—10 мл, инъекцию которого повторяют через день. При тяжелых и затяжных процессах в первое время назначают трансфузии донорской или одноклассовой плацентарной крови по 100—150 мл через один-два дня; при улучшении — переходят на инъекции плацентарной крови или аутогемотерапию. При затяжных гнойно-экссудативных процессах мы применяли с хорошими результатами триаду: 1) вначале пиявки на низ живота, 2) после снижения температуры — инъекции плацентарной крови, 3) в стадии клинического улучшения — парафинотерапия (аппликации на низ живота). Такое лечение с хорошими результатами было применено по нашему предложению С. А. Борнштейном (1952) у 108 больных.

Если возбудитель высоковирулентен, больная ослаблена и пиосальпинкс увеличивается, то можно опасаться прорыва гноя в брюшную полость. В случае прорыва и во избежание разлитого перитонита требуется экстренное чревосечение; для предупреждения такого прорыва следует пунктировать задний свод (при негнойных сактосальпинксах не рекомендуется), выпустить гной и ввести в полость гнойника раствор стрептомицина или пенициллина. Такое местное лечение антибиотиками было применено у 109 больных и дало в 65% случаев клиническое выздоровление и в 22% — улучшение.

При гнойных пельвеперитонитах, периметритах и параметритах, когда обнаруживается выпячивание сводов, а иногда задней влагалищной стенки, показано срочное вскрытие заднего свода (colpotomia posterior) с введением дренажа. Кольпотомия обычно дает хорошие результаты, но после нее остаются инфильтрированные придатки и нерассосавшийся плотневший экссудат, которые долечиваются, как хронические аднекситы, — физиотерапией, грязелечением, гинекологическим массажем.

Следует опасаться вскрытия через задний свод большого пиосальпинкса, заполнившего дугласово пространство и принятого за пельвеперитонит. Вскрытый таким образом пиосальпинкс оставляет после себя длительно незаживающий трубно-влагалищный свищ с обильным гноеотделением, так как образуется мощная *membrana pyogenica*; особенно нежелательно вскрытие пиосальпинкса туберкулезной этиологии. Лечение больных с такими свищами — оперативное с удалением всего гнойного очага, а часто и матки.

Оперативное лечение аднекситов все еще является вопросом, не решенным окончательно. Если необходимость оперативного лечения гнойных пельвеперитонитов, параметритов и самостоятельно вскрывшегося пиосальпинкса не представляет сомнений, то целесообразность хирургического лечения аднекситов представляется многим гинекологам спорной.

Несомненно, нужен самый строгий отбор больных, правильный выбор времени для операции и правильно избранный метод самой операции в зависимости от возраста.

В настоящее время общепринято, что больные с воспалительными заболеваниями должны пройти длительное консервативное лечение (если нет показаний к срочной операции), и лишь в тех случаях, когда оно не дало эффекта, — применить оперативный метод. Новая эра антибиотиков и сульфаниламидов, с одной стороны, улучшила результаты консервативного лечения, с другой — сделала возможным осуществление без осложнений таких операций, которые ранее считались опасными.

Излишний радикализм в смысле удаления матки при операциях по поводу воспалительно-измененных придатков, что рекомендовали Г. М. Гиммельфарб, М. М. Миронов, Н. М. Какушкин, М. В. Елкин, К. К. Скробанский, в настоящее время оставлен, по крайней мере у женщин в возрасте до 40 лет. Чем моложе больная, тем консервативнее должна быть операция: удаляют одну или две трубы и не более одного яичника, оставляя матку. С эпохой антибиотиков связан также отказ от дренирования брюшной полости как обычными марлевыми и резиновыми дренажами, так и тампоном Микулича, который в настоящее время применяется очень редко. Взамен дренажей вводят в брюшную полость раствор стрептомицина (250 000—500 000 ЕД) или пенициллина (до 1 000 000 ЕД).

Почти безусловным показанием к операции, иногда без длительной подготовки консервативной терапией, является пиовариум или трубовариальный абсцесс. Именно среди таких (не оперированных) больных наблюдалась смертность от перитонита или истощения (амилоидоз внутренних органов). Послеоперационная смертность среди больных, оперированных по поводу гнойно-воспаленных придатков, еще недавно достигавшая 8—15%, в последние годы снизилась почти до нуля. Так, по данным Г. Ф. Мясищева (1955), на 105 больных, оперированных по поводу гнойных поражений придатков (лапаротомии), послеоперационной смертности не было. Среди большого количества наших больных с

числом лапаротомий по поводу гнойных аднекситов больше 200 смертных случаев также не было.

Что касается ближайших и отдаленных результатов, то, по материалу Мясищева, из 105 оперированных у 67 послеоперационный период протекал без осложнений, а у 38 были неопасные осложнения (в том числе 14 культевых инфильтратов). Число этих осложнений значительно ниже по сравнению с приводимыми авторами данными довоенного времени. Полное восстановление трудоспособности женщин было отмечено Г. Ф. Мясищевым в 82,5%; в 3 случаях наступила беременность.

Следует отметить, что и в группе указанных больных, леченных консервативно, в настоящее время достигнуты лучшие результаты. Поэтому оперативный метод у больных с воспалительными заболеваниями не следует предпочитать консервативному лечению. Основную массу гинекологических больных с воспалительными заболеваниями нужно лечить консервативными методами с применением антибиотиков, сульфаниламидов, витаминов, гемотерапии, физиотерапии и курортно-санаторного лечения (особенно — грязелечения). Эти методы лечения при воспалении гениталий в большинстве случаев (90%) дают выздоровление при условии их рационального использования и только 5—10% указанных больных следует подвергать оперативному лечению путем чревосечения.

Гинекологические перитониты, клиника и терапия

Перитониты гинекологического происхождения развиваются после оперативных вмешательств, после абортов, после опорожнения гнойника таза в брюшную полость (о послеродовых перитонитах см. А. И. Петченко «Акушерство»). Клиническое течение перитонита очень разнообразно: оно зависит от вирулентности возбудителя, общего состояния больной, способности брюшины к сопротивлению и отграничению инфекции, бактерицидности брюшинного экссудата. Прогноз резко ухудшается при попадании в брюшную полость, кроме гноя, каловых масс, крови, содержимого кист (особенно — дермоидных) и т. п.

В флоре при перитонитах находят стрептококки и стафилококки, особенно гемолитические, кишечную палочку, пневмококки и изредка — гонококки. Различают перитониты первичный и вторичный. При первичных сразу поражается вся или большая часть брюшины; вторичные перитониты образуются из пельвеоперитонита после разрыва гнойника трубы, яичника или параметрия, разрыва матки и т. д.

Первичный перитонит начинается вскоре после инфицированного выкидыша, родов, иногда на второй, но чаще на третий-пятый день.

Клиническая картина не столь характерна, как при хирургических перитонитах. Боли в животе, напряжение брюшной стенки, метеоризм и другие симптомы «острого живота» могут быть затушеваны, но обильная и частая рвота наблюдается почти всегда. Температура различна по высоте, пульс учащен до 160 ударов в минуту, не соответствует температуре. В отлогих частях живота перкуторно можно определить выпот. Быстро нарастает анемия. Посев крови бывает положительным не всегда. Изменения картины крови резкие: очень высокий лейкоцитоз (выше 20 000), выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов включительно, отсутствие эозинофилов, лимфопения. РОЭ ускорена до 70—80 мм в 1 час. Прогноз — хуже, чем при хирургических перитонитах, даже при условии своевременной лапаро-

томии, так как эти перитониты являются местным проявлением общей генерализованной инфекции (септицемии, септикопиемии).

Отмечается нарастающее падение сердечной деятельности, потеря жидкости и тепла организмом, парез кишечника и резкая интоксикация. Смерть наступает на третьи-седьмые сутки.

Что касается анаэробной инфекции, изредка развивающейся при внебольничных криминальных абортах, при которой может наблюдаться картина газовой гангрены матки с последующим перитонитом, то прогноз в этих случаях абсолютно плохой. Из четырех больных Л. И. Бубличенко и двух наших — ни одна не была спасена.

При вторичных перитонитах операция, если она предпринимается срочно, дает лучший прогноз. В частности, начинающиеся перитониты при разрыве пиосальпинкса, пиовариума и нагноившихся кист не дали ни одного случая летальности после чревосечения (А. Э. Мандельштам, Г. Ф. Мясичев, А. И. Петченко).

ЛИТЕРАТУРА

Аристова В. Н. Пункция с последующим введением антибиотиков как лечебный метод при воспалительных экссудативных процессах в малом тазу у женщин. *Акуш. и гинек.*, 1957, 1.

Архангельский Б. А. Лечение лучами Рентгена воспалительных процессов женской половой сферы. *Тр. VII Всесоюзн. съезда гинек. и акуш.* Л., 1927, стр. 436—441.

Бакрадзе А. Т. Плацентарная кровь как лечебный метод при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. *Тр. II Закавказ. съезда (Ереван, 1936)*, Ереван, 1937, стр. 154—157.

Бакшт Г. А. Витамины в акушерско-гинекологической практике. *Тр. Всесоюзн. конференции по витаминам.* Изд. АМН СССР, 1940, стр. 208—213.

Беккер С. М. К вопросу о колибациллярных заболеваниях женской половой сферы. *Гинек. и акуш.*, 1931, 4.

Белиц О., Быховская А. и Хмелевский В. Анестезия зон Геда при гинекологических заболеваниях. *Акуш. и гинек.*, 1936, 10.

Борнштейн С. А. Диатермокоагуляция и коагуляция шейки матки при хронических патологических процессах в ней. *Акуш.-гинек. практика*, под ред. А. И. Петченко, Киев, 1952.

Борнштейн С. А. Применение шивок, плацентарной крови и парафина для терапии острых воспалительных заболеваний женских гениталий. *Акуш.-гинек. практика*, под ред. А. И. Петченко, Киев, 1952.

Букатый Г. Ф. Опыт применения тканевой терапии при гинекологических заболеваниях. *Акуш. и гинек.*, 1952, 6.

Бутылин А. Г. Терапия сном при септических воспалительных процессах женской половой сферы. *Акуш. и гинек.*, 1953, 4.

Верхадский Н. П. Блокада зон Геда в терапии острых воспалительных заболеваний женской половой сферы. *Акуш. и гинек.*, 1947, 5.

Гиллерсон А. Б. Ультравысокочастотная терапия воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщины. *Акуш. и гинек.*, 1941, 2.

Гиллерсон А. Б. Гнойное воспаление тазовой клетчатки. *Акуш. и гинек.*, 1941, 7—8.

Гиллерсон А. Б. и Марковникова Е. Б. Сравнительная оценка крови, взятой из пальца и шейки матки при воспалении внутренних женских половых органов. *Акуш. и гинек.*, 1938, 6.

Гительман Э. В. К вопросу о лечении сактосальпинкса. *Акуш. и гинек.*, 1951, 1.

Гиржель Я. Ю. Блокирование зоны Геда при лечении воспалительных заболеваний женского полового аппарата. *Акуш. и гинек.*, 1940, 7—8.

Горбатов М. А. и Сисъмий М. Г. Местное применение пенициллина при тазовых тубоэктопиях. *Акуш.-гинек. практика*, под ред. А. И. Петченко, Киев, 1952.

Добронравов П. Н. Применение отечественного белкового препарата (овопротенина) для лечения женщин с воспалительными заболеваниями половых органов. *Акуш. и гинек.*, 1953, 3.

Жедрицкий И. П. Некоторые особенности взаимоотношений червеобразного отростка, трубы и яичника. *Акуш. и гинек.*, 1949, 1.

Зелинский В. В. Внутривенное вливание новокаина при гинекологических заболеваниях. *Акуш. и гинек.*, 1953, 3.

Зиньковский Я. Д. Применение «холодной» ртутно-кварцевой лампы в гинекологии. Акуш. и гинек., 1945, 2.

Какушкин Н. М. Некоторые данные к вопросу о так называемых воспалительных опухолях и о хирургическом их лечении. Акуш. и гинек., 1940, 5.

Келлат Г. А. Комплексная нейрорефлекторная физиотерапия эндоцервицитов и эрозий шейки матки. Акуш. и гинек., 1952, 6.

Кипарисов Н. С. К вопросу о значении новокаинового блока в деле консервативного лечения пельвеоперитонитов. Акуш. и гинек., 1941, 2.

Козлова В. И. Опыт лечения трихомонадного кольпита и воспалительных эрозий шейки матки синтомциновой эмульсией. Акуш. и гинек., 1952, 5.

Кошурникова Н. А. Патологические изменения в яичниках при хроническом воспалении фаллопиевых труб и остаточных явлениях их воспаления. Акуш. и гинек., 1957, 3.

Кузьмина Н. А. Опыт лечения эрозий шейки матки жидкостью Гордеева. Акуш. и гинек., 1952, 1.

Куколев Я. В. Лечение воспалительных процессов внутренних половых органов методом внутрикожного раздражения. Акуш. и гинек., 1951, 3.

Мандельштам А. Э. Воспалительные заболевания женских половых органов в свете учения о нервизме. Изд. ГИДУВ, Л., 1957.

Мартынцин М. Я. Рефлекторная терапия воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов. Акуш. и гинек., 1956, 1.

Медник Г. Л. Влияние АКТГ и кортизона на экссудативную фазу воспаления. Проблемы эндокрин. и гормонотерапии, 1957, 3, стр. 61—63.

Морунова В. П. Функциональное состояние вегетативной нервной системы при воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов. Акуш. и гинек., 1939, 5.

Николаева М. Ф. Тканевая терапия при гинекологических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1953, 5.

Орлов Т. К. Тканевая терапия воспалительных гинекологических заболеваний. Акуш. и гинек., 1953, 5.

Панцевич И. Ф. Рефлекторная терапия при острых воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Акуш. и гинек., 1953, 2.

Панцевич И. Ф. и Брусиловский И. А. Лечение хронических воспалительных процессов женских гениталий грязевыми аппликациями на область солнечного сплетения. Акуш. и гинек., 1956, 2.

Петров-Маслаков М. А. Опыт применения электрофореза новокаином при острых воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов. Акуш. и гинек., 1937, 7.

Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. Медгиз, Л., 1952.

Петров Д. Г. и Лысенко Е. В. Плазмотерапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акуш. и гинек., 1953, 2.

Писемский Г. Ф. Заболевания маточных труб, Гл. 30-я в «Руководстве по женским болезням» Л. А. Кривского. Л., 1927, стр. 821—843.

Попова-Дюмина А. Р. Аутогемотерапия при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Сб. трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 133—141.

Пшеничкова А. С. и Пинкус Б. Б. Применение биогенных стимуляторов в терапии воспалительных гинекологических заболеваний. Акуш. и гинек., 1951, 6.

Рабинович Я. С. Новокаиновый блок нервной системы в консервативном лечении воспалительных процессов женской половой сферы. Акуш. и гинек., 1936, 3.

Ревякина С. А. Внутривентральное введение пенициллина при перитоните. Сов. мед., 1952, 1, стр. 32—33.

Ровинская П. Е. Лечение воспалительных заболеваний в гинекологии экстрактами из листьев алоэ. Акуш. и гинек., 1949, 1.

Рудюк М. П. Тканевая терапия при эрозиях шейки матки. Акуш. и гинек., 1954, 2.

Серебров А. И. Эрозии шейки матки и их рациональное лечение. Акуш. и гинек., 1951, 6.

Сисьмий М. Г. К вопросу о трубно-влагалищных свищах. Акуш.-гинек. практика, под ред. А. И. Петченко. Киев, 1952.

Соломинский Б. Н. Лечение эрозий шейки матки жидкостью Гордеева № 2. Сов. мед., 1951, 8, стр. 16—18 и Акуш. и гинек., 1951, 3.

Третьяков В. В. Новокаиновый блок нервной системы при лечении зуда наружных половых органов. Акуш. и гинек., 1935, 3.

Фаертаг Л. М. Клиническая гематология гинекологических воспалительных заболеваний. Сб. трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 49—60.

Харитонов М. А. Аутогемотерапия воспалительных заболеваний половых органов. Тр. VII Всесоюз. съезда гинек. и акуш., Л., 1935, стр. 336—363.

Шамшина Т. М. Сравнительная оценка эффективности применения жидкости

Гордеева и новокаиновой блокады при хронических цервицитах и длительно не заживающих эрозиях. Акуш. и гинек., 1954, 6, стр. 69—72.

Шполянский Г. М. Роль вегетативной нервной системы в патологии и терапии некоторых гинекологических заболеваний. Л., 1939.

Циммерлинг Я. Н. Течение хронических воспалительных процессов женского полового аппарата под влиянием новокаиновой блокады по Вишневному. Акуш. и гинек., 1940, 1.

Stoekel W. Lehrbuch der Gynöckologie. 3 Aufl., 1934.

Weibel W. Lehrbuch der Frauenheilkunde. B. II. Gynäkologie. Urb. u. Schwarzen. Wien, 1941.

акusher-lib.ru

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ГОНОРЕЯ

Краткие исторические сведения. Общие свойства возбудителя. Изменчивость гонококков. Пути и способы распространения гонококков. Смешанная инфекция. Классификация женской гонореи по автору. Методика обследования больной гонореей. Общая диагностика женской гонореи. Клиника и терапия гонореи нижнего отдела гениталий. Клиника и диагностика гонореи верхнего отдела гениталий. Лечение гонореи верхнего отдела гениталий. Терапия гонореи антибиотиками. Гонорейный экссудативный перитрит, пельвеоперитонит. Гонорейный диффузный перитонит. Контроль излеченности гонореи. Организация борьбы с женской гонореей. Схемы лечения антибиотиками женской гонореи.

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

В 1879 г. Нейссер (Neisser) открыл возбудителя гонорей — гонококка; он же дал классическое описание морфологии гонококка. Окончательное доказательство специфичности гонококка было представлено Буммом (Bumm), выделившим чистую культуру гонококка, и Вертгеймом (Wertheim, 1891), предложившим метод культивирования гонококка на кровяном агаре. Но в то время как Бумм считал, что гонококк распространяется по поверхности эпителия, Вертгейм придерживался мнения, что гонококк паразитирует не только на слизистых оболочках, но что он может проникнуть в железы, толщу соединительной ткани и даже мускулатуры. Около 1887 г. для дифференцирования гонококков от других диплококков стали пользоваться методом окраски по Граму. Дальнейшим уточнением наших сведений в области патологической анатомии восходящей гонореи мы обязаны, главным образом, Шредеру (Schreder), К. П. Улезко-Строгановой и др.; вакцинодиагностики — Бруку (Bruck), И. Г. Бурлакову и др. и вакцинотерапии — Бруку, В. Е. Дембской, Букура (Bucura), И. Г. Бурлакову; бактериоскопии — Ашу (Asch), А. А. Васильеву-Чеботареву; эндоскопии — А. Г. Кану; морфологии гноя и крови — Е. А. Селькову; клиники, диагностики и терапии — В. Е. Дембской, И. Г. Бурлакову, Г. А. Бакшту, М. В. Елкину, Н. З. Иванову, А. Г. Кану, Е. И. Кватеру, А. И. Петченко, И. И. Фейгелю и др.

Развитие диатермокоагуляции и других видов физиотерапии, химиотерапии и лечения антибиотиками внесло много ценного в лечение женской гонореи. В настоящее время женская гонорея вполне излечима.

ОБЩИЕ СВОЙСТВА ВОЗБУДИТЕЛЯ

Морфологически гонококк представляет собой диплококк, каждая из половинок которого имеет вид кофейного зерна или почки; длина его 1,6, ширина — 0,8 микрона. Гонококк окружен капсулой, которая не видна при обычной окраске метиленовой синькой. Е. А. Сельков заснял оболочку гонококка при помощи электронного микроскопа.

При затемненном поле зрения гонококк представляется значительно более крупным. Особенно крупные экземпляры попадают в после родовых лохиях (В. Е. Дембская).

Гонококк является исключительно человеческим паразитом. При

делении гонококк вначале удлиняется, затем появляется поперечная перетяжка, и из каждой пары возникают два новых. От такого деления гонококки группируются «семейкой», в которой число пар гонококков колеблется от 4 до 20 и более (рис. 141).

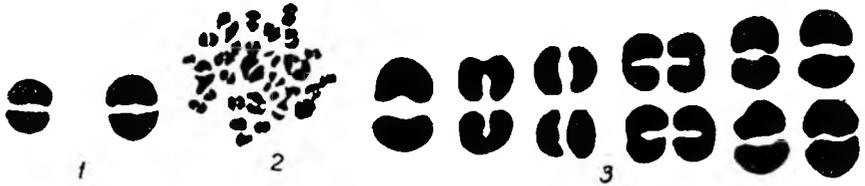


Рис. 141. Формы размножения гонококков:
1 — диплококк, форма кофейных бобов; 2 — форма и рост гонококка; 3 — размножение гонококков.

Тинкториальные свойства гонококка: он легко окрашивается растворами основных анилиновых красок (метиленовая синька, фуксин), но также легко отдает их; на этом основан метод обесцвечивания. Эта легкая окрашиваемость объясняется тем, что гонококки богаты нуклеиновой кислотой. Дегенеративные формы хуже окрашиваются основными красками, так как содержат мало нуклеиновой кислоты. Гонококк окрашивается ярче цитологических элементов мазка из влагалища, но менее ярко, чем вульгарная флора. Капсула гонококка равна половине толщины его, вследствие чего эти половины никогда не соприкасаются. Это один из важнейших признаков их расположения. Другой признак заключается в расположении кучки гонококков в виде «цветочного щитка», т. е. оси щелей расположены друг к другу под углом.

Для дифференциальной окраски лучшим до сих пор является способ Грама. Метод состоит в том, что препарат окрашивается генциан-виолетом, после чего обрабатывается люголевским раствором и фиксируется спиртом. Одни бактерии окрашиваются в темно-лиловый цвет, другие обесцвечиваются спиртом, почему дополнительно окрашиваются контрастной краской (эозин, фуксин) в розовый цвет. Гонококки, окрашенные по Граму, представляются значительно большими по величине, чем окрашенные метиленовой синькой (табл. IX, А).

Воспалительные инфильтраты, вызванные гноеродными микробами или гонококками, очень сходны. Но с распространением гонорейного инфильтрата в глубь тканей некоторое количество лейкоцитов в нем замещается лимфоцитами и плазматическими клетками, которые многие считают характерными для гонореи. К. П. Улезко-Строганова в 1908 г. среди обычного мелкоклеточного инфильтрата обнаружила крупные эпителиондные клетки с вакуолизированной протоплазмой, так называемые ксантомные клетки, которые она считала характерными для затяжной гонореи.

Выращивание гонококка на искусственных средах является довольно затруднительным, хотя и наиболее достоверным с точки зрения диагностики. Наиболее благоприятными считаются среды, содержащие человеческие альбумины, — серозная, асцитическая жидкости, кровь — при слабощелочной реакции последних и оптимальной для гонококка температуре (35—38° С). Распространенными средами являются смесь человеческой сыворотки с бульон-пептон-агаром, асцит-агаром и смесь человеческой или животной крови и агара.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ ГОНОКОККОВ

«Изменчивость — одно из важнейших свойств живой природы» (В. Д. Тимаков) — заключается в способности микроорганизмов изменять свои признаки. Изменения свойств микроорганизмов касаются их вирулентности, иммунологических, серологических, антигенных и биохимических признаков. В особенности резко проявляется повышение вирулентности при попадании микробов в высоковосприимчивый организм или в организм с ослабленной устойчивостью к данному виду микробов. В основе изменчивости микробов лежат адаптационные, приспособительные механизмы (В. Д. Тимаков и А. Г. Скавронская, 1959).

Изменять свойства микроорганизмов (в частности, гонококков) могут антибиотики и бактериофаги, а также ткани организма человека, под влиянием которых наблюдаются самые разнообразные новые свойства микробов. Поэтому, например, могут быть получены варианты микроорганизмов, устойчивые к антибиотикам.

Нерациональное применение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов привели к тому, что эти, активные вначале, лекарственные препараты утратили свое лечебное действие, вследствие чего увеличилось число рецидивов заболевания, количество бациллоносителей, кандидомикозов и т. д. (В. Д. Тимаков и др.).

Так называемые атипичные, дегенеративные формы возбудителей заболевания, в частности гонококков, следует относить к явлению изменчивости гонококков. Для диагностики гонореи необходимо знать эти атипичные и дегенеративные формы. Они были описаны Жанэ, а также Ашем («ашевские формы»). Формы эти встречаются обычно при подострой и хронической гонорее. Дегенеративные формы в последние годы встречаются чаще, чем типичные. Различают несколько стадий дегенераций по Ашу. При *первой стадии дегенерации* гонококк становится меньше или больше своих обычных размеров. Крупные формы (макродиплококки) являются, по Дембской, представителями более стойких разновидностей. Мелкие экземпляры (микродиплококки) представляют собой дегенеративные формы, плохо поддающиеся окраске и не растущие на средах; их нередко находят в результате недостаточного лечения. Во *второй стадии дегенерации* можно встретить формы гонококков, которые, вздуваясь, образуют подобие шаров. В *третьей стадии* половинки диплококка могут превратиться в два шара, причем шары эти бывают различной величины. *Четвертая стадия* может дать превращение диплококка в один крупный шар.

Доказательством принадлежности «ашевских форм» к возбудителям гонореи является окраска их по Граму и переход их в типичные нейссеровские формы при улучшении условий питания.

З. С. Голотина и Е. А. Мещанинова (1950) находили атипичные гонококки в выделениях 42% больных сульфаниламидорезистентной гонореей, у 27,7% больных подострой и у 22% больных острой гонореей.

Однако сульфаниламидорезистентные и пенициллинорезистентные атипичные гонококки, попав в организм здорового человека, не вызывают у него картины острой гонореи, но этот человек становится бессимптомным гонококконосителем.

Гонококк не вырабатывает растворимых токсинов; они освобождаются лишь с момента гибели и распада гонококка, следовательно, являются типичными эндотоксинами.

Вопрос о возможности получения экспериментальной гонореи у животных надо считать до настоящего времени не разрешенным.

ПУТИ И СПОСОБЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНОКОККОВ

Гонорейное заболевание передается почти исключительно путем полового сношения. Заражение при посредстве белья, губок, ванны встречается у взрослых женщин очень редко.

Инкубационного периода при гонорее не существует, так как заражение слизистой наступает сразу при контакте с вирусом, но субъективные и объективные симптомы у женщин проявляются через три-восемь дней, иногда через три-четыре недели, т. е. позднее, чем у мужчин.

Распространение гонорейной инфекции возможно, главным образом, по слизистым оболочкам, покрытым цилиндрическим или переходным эпителием. Многослойный плоский эпителий влагалища служит барьером для проникновения гонококка в глубь тканей; только у женщин инфантильных, астеничной конституции, у беременных и у старух возможно поражение многослойного плоского эпителия.

У взрослых женщин очаги поражения чаще всего наблюдаются в уретре, цервикальном канале, вестибулярных железах, реже — в прямой кишке; поражение влагалища обычно является следствием раздражения стекающим из цервикального канала секретом. Установлено, что путь распространения гонорейной инфекции — интраканаликулярный: цервикальный канал — полость матки — трубы — яичники и брюшина (табл. IX, Б).

По В. А. Лапшиной (1954), локализация гонорейного заболевания была следующая: в уретре — у 58 женщин (26,1%), в шейке матки — у 51 (22,9%), в уретре и шейке — у 78 (35,1%), в уретре и бартолиновой железе — у 3 (1,4%), в шейке и бартолиновой железе — у 2 (0,9%), в уретре, шейке и придатках матки — у 9 (4,1%), в уретре, шейке и бартолиновой железе — у 14 (6,3%), в уретре, шейке и суставах — у 2 (0,9%), в шейке и придатках — у 3 (1,4%), в шейке и прямой кишке — у 2 (0,9%).

Всего Лапшина наблюдала 164 уретрита (73,9%), 161 эндоцервицит (72,5%), 2 ректита (0,9%).

Гонореею вульвы, вестибулярных желез, уретры, влагалища, шейки и прямой кишки принято называть открытой гонореей; гонорейное поражение эндометрия матки, труб, яичников и брюшины — восходящей гонореей. Частота восходящей гонорей составляет 20—30% общего числа случаев этого заболевания.

Месячные — наиболее частая причина асцендирования гонорейного процесса. Так, Гартман определял частоту восходящей гонорей после месячных в 58%, М. Г. Кушнир — в 62%, Г. А. Бакшт и А. И. Петченко — в 33%. Следующими по частоте причинами Бакшт и Петченко находили: аборт и диагностическое выскабливание полости матки — в 17%, коитус вскоре после родов, злоупотребление половой жизнью — в 8%, различные нерациональные лечебные процедуры — в 4%. В 28% причины асцендирования гонорей оказались невыясненными. Следует полагать, что усиленная перистальтика фаллопиевых труб в секреторной фазе является довольно частым поводом к асцендированию.

СМЕШАННАЯ ИНФЕКЦИЯ

Если при острой форме заболевания гонококк обнаруживается в типичных формах, то при хронических гонококковых воспалительных процессах зачастую типичного гонококка обнаружить невозможно. Первичная смешанная инфекция — одновременное проникновение несколь-

ких видов бактерий — встречается редко; чаще всего различные виды бактерий проникают в организм после предшествовавшего внедрения гонококка.

По материалам Г. А. Бакшта и А. И. Петченко, на основании кутанной диагностической вакцинации, можно заключить, что стафилококковая инфекция присоединяется в 22%, колибациллярная — в 18% и стрептококковая — в 4% заболеваний гонорей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕИ ПО АВТОРУ

Вопрос о классификации женской гонореи до настоящего времени не может считаться разрешенным. Отвергая термины «открытая» и «восходящая» гонорея, мы, по примеру французских авторов, придерживаемся терминов: «гонорея нижнего отдела, или нижняя» и «гонорея верхнего отдела гениталий, или верхняя».

Предлагаемая нами классификация такова:

Г-1. Очаги от наружных половых органов до внутреннего зева.

Г-2. Очаги выше внутреннего зева (эндометриты и сальпингиты, негнойные периметриты и периаднекситы).

Г-3. Большие конгломераты и гнойно-экссудативные процессы в придатках и брюшине (пиосальпинксы, пиовариумы, гнойные периметриты, пельвеоперитонит).

Г-4. Метастазы.

ПГ — постгонорейные процессы.

Группа Г-1 соответствует термину «нижняя гонорея», группа Г-2 и Г-3 — термину «гонорея верхнего отдела». В значительном проценте случаев имеет место сочетание нижней гонореи с верхней — так называемая смешанная, или «комбинированная», форма.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ ГОНОРЕЕЙ

Правильное взятие материала для исследования из всех пораженных гонококками участков половой системы предопределяет во многом точность ответа лаборатории. Мазки для бактериоскопии и отделяемое (секрет) для бактериологического исследования должен брать с безусловной педантичностью лечащий врач.

Лучшими инструментами для взятия мазков из женских половых органов следует считать петлю из упругой проволоки, захваченную корнцангом или впаянную в стеклянную палочку, а также ложечку Аша, Фолькмана или подобные им небольшие хирургические ложечки. При обилии отделяемого можно также пользоваться для взятия материала анатомическим пинцетом или узким корнцангом. Метод взятия мазка ватой на палочке ненадежен; кроме того, в этом случае мазок загрязняется волокнами ваты. При взятии мазков из уретры необходимо, чтобы больные в течение двух часов до этого не мочились.

Отделяемое из уретры берут после тщательного массажа ее стенок пальцем, введенным во влагалище, или соскабливают проволочной петлей. При массаже уретры заодно выдавливают и содержимое скеновых ходов, откуда также следует взять мазки.

Для получения секрета из бартолиновой железы и ее протока пользуются методом Франца: область железы зажимают между двумя пальцами, причем указательный вводят во влагалище, а большой приклады-

вают снаружи у заднего отрезка большой губы (рис. 142), или методом К. А. Иванова: указательный палец одной руки вводят во влагалище, малую губу отводят в сторону, чтобы ясно обнажить отверстие выводного протока железы, и прижимают ее средним и указательным пальцами

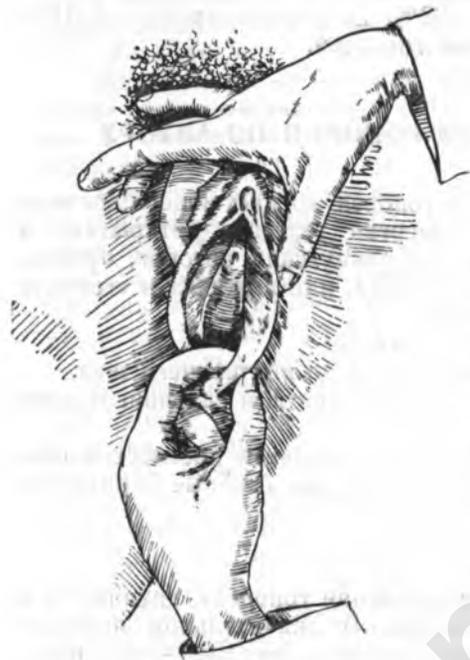


Рис. 142. Массаж области бартолиновой железы (по Францу).

другой руки. И тем и другим способом железу и выводной проток сдавливают между пальцами, и секрет хорошо выжимается из всей системы. Контрольному осмотру подлежат места расположения мелких желез и лакун преддверия, из которых в отдельных случаях также следует брать мазки. Для получения влагалищного и цервикального мазков вводят влагалищное зеркало. Влагалищный мазок берут из заднего свода; по этому же мазку определяют степень влагалищной чистоты. Только в конце беременности и у родильниц мазки для диагностики гонореи берут из влагалища во избежание травмирования шейки. Мазок из цервикального канала берут после тщательного протирания влагалищной части шейки и наружного зева марлевым шариком на корнцанге для удаления слизистой пробки из зева. Удаление пробки подчас затруднительно и иногда, вследствие присущей ей большой вязкости, приходится «отрывать» ее анатомическим пинцетом. Мазок по

вышеуказанной методике берут из нижней и средней трети («зоны Вальтгарда») цервикального канала, верхнюю треть практически следует считать стерильной.

В первые дни асцендирования или обострения процесса в придатках, сопровождающегося повышенной температурой и резкой болезненностью при исследовании, мазков брать не следует. Само исследование в этих случаях носит ориентировочный характер и имеет целью установить характерные для гонореи черты — двусторонность поражения или свежий тазовый выпот. В хронических случаях с невыраженными клиническими данными получение первичных мазков полезно сочетать с одним из видов провокации (см. ниже).

Последними берут мазки из прямой кишки, промывая ампулу небольшим количеством теплого физиологического раствора через катетер (способ Кана-Глингера) или простой спринцовкой, или обнажая слизистую ректальным зеркалом. Во всех случаях добытые гнойные комочки переносят на стекло и размазывают для последующей фиксации и окраски.

Мазки берут на два стекла: на одно — для окраски метиленовой синькой, на другое — для окраски по Граму. Не следует слишком интенсивно растирать отделяемое по стеклу, чтобы не раздавить форменные элементы. Фиксация производится высушиванием мазков на воздухе и трехкратным проведением стекла над пламенем спиртовки

(прикосновение вслед за этим стекла к коже руки не должно вызывать ощущения ожога).

Брать материал для бактериологического исследования следует с соблюдением правил асептики, стерилизованными инструментами.

Провокацией называется метод, с помощью которого стараются искусственно активировать жизнедеятельность гонококков и вызванный ими воспалительный процесс, чтобы усилить секрецию из глубоких очагов заболевания. Сущность провокации основана на нарушении взаимоотношений, установившихся между микро- и макроорганизмом.

Различают следующие методы провокации: алиментарный, химический, механический, иммунобиологический, физиотерапевтический.

Химический метод — наиболее старый и распространенный. Уретру смазывают 1—2% ляписом, 3—5% протарголом или колларголом. Цервикальный канал смазывают 3—5% ляписом или раствором Люголя (Jodi puri — 1,0, Kalii jodati — 2,0, aq. destillata — 50,0).

К механическим методам относятся: расширение уретры бужами или дилататорами, массаж уретры на буже. В отношении шейки — осторожное расширение канала гегаровскими расширителями, введение физиологического раствора в подслизистый слой цервикального канала (чтобы выдавить содержимое глубинных желез), отсасывание слизи из шейки с помощью банки Бира и наложение на шейку на сутки алюминиевого колпачка Кафки, после чего колпачок удаляют и цервикальный секрет, добытый из него, исследуют.

А. П. Кушелевский рекомендует производить скарификации или инцизии слизистой шеечного канала; мы сочетаем скарификацию с наложением на сутки колпачка Кафки. Для скарификации применяют узкий бистури или иглу от 20-граммового шприца, одним из этих инструментов делают ряд насечек или уколов на передней, задней и боковых стенках цервикального канала. Эти активные методы, как и расширение цервикального канала бужами, не могут быть рекомендованы для широкого применения в амбулаторно-диспансерной обстановке и пригодны лишь для стационаров, притом с учетом всех противопоказаний (острый и подострый период цервицита, болезненность придатков, высокий лейкоцитоз, ускоренная реакция оседания эритроцитов).

Из физиотерапевтических методов провокации можно назвать: термические — горячие ванны, горячие спринцевания, нагретые металлические зонды (Франц). И. И. Фейгель предложил для провокации длительные (до двух часов) сеансы диатермии. Рекомендованы также местные световые ванны (А. П. Кушелевский), облучение шейки матки лампой Ландекера, ультразвук (С. А. Ягунов), интрацервикальный ионтофорез (С. А. Ягунов и Р. Я. Кишиневская), грязевые интравагинальные процедуры (А. М. Мажниц).

Иммунобиологическая провокация основана на появлении после введения (межмышечно или регионарно) гоновакцины так называемой «негативной» фазы, при которой все симптомы болезни временно ухудшаются. Особенно следует использовать очаговую реакцию, при которой наблюдается усиление выделений с появлением в них гонококков. Кроме вакцины, для провокации пользуются неспецифическими препаратами — молоком, введением собственной крови больной внутримышечно 5—12 мл или в шейку матки 2—3 мл (Е. И. Кватер, А. И. Петченко).

Алиментарная провокация, столь излюбленная прежними авторами, в настоящее время применяется главным образом при уретри-

гах. Для раздражения слизистой оболочки уретры дают больным алкоголь (пиво), соленую или острую пищу.

Лучшими являются, несомненно, комбинированные методы провокации, например, сочетание химической, механической и иммунологической, что мы и применяем. Мазки из отделяемого всех очагов заболевания исследуют раздельно через 24, 72 и 96 часов, а с наступлением менструаций — во время и после них.

ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕИ

Цито-бактериоскопический метод. Гонорейное поражение мужских и женских половых органов распознается главным образом путем микроскопического исследования выделений из желез преддверия, уретры, цервикального канала. Нахождение в этих секретах гонококков подтверждает гонорейный характер данного заболевания. Несмотря на многие недостатки, бактериоскопический метод остается до настоящего времени основным методом диагностики гонореи. Остальные методы следует считать дополнительными.

К важнейшим недостаткам бактериоскопического метода следует отнести то, что не всегда удается обнаружить гонококки даже при повторном исследовании и в особенности в хронических случаях, а также трудность дифференцирования гонококков от другой бактериальной флоры. В. И. Константинов и А. С. Жарковская обнаружили гонококки при хронической гонорее у 20—30% женщин, Е. П. Майзель — у 40%, А. И. Петченко — у 31%. Бактериоскопический метод требует повторных исследований; однократное бактериоскопическое исследование при хронической гонорее обнаруживает гонококки лишь в незначительном проценте случаев. Чем длительнее заболевание, тем меньше шансов найти гонококки без применения провокации не только в первичном мазке, но и в последующих.

Если бактериоскопически гонококки обнаружены, то диагноз ясен. Если же они не найдены, то возможность гонореи все же не исключена; в этих случаях необходимо обратить внимание на атипичные формы гонококков. Крайне важно также обратить внимание на характер отделяемого (гной, слизь, серозная жидкость) и особенно на количество в нем форменных элементов (лейкоциты, плоские клетки) и отношение микрофлоры к лейкоцитам.

По Г. А. Бакшту и А. И. Петченко, различают три основных цитобактериоскопических картины гонореи (рис. 143).

Картина первая (K_1). Большое количество сегментированных лейкоцитов (экссудат) при отсутствии посторонней флоры, гонококки расположены внутри- или внеклеточно.

Картина вторая (K_2). Та же цитологическая картина, но без гонококков. Посторонняя флора отсутствует. Эта картина обнаруживается весьма часто при хронической гонорее и может перейти в первую после провокации. Таким образом, лейкоцитоз без посторонней флоры может считаться картиной, подозрительной на гонорею.

Картина третья (K_3). Небольшое количество бесструктурных лейкоцитов в состоянии некробиоза. Обилие посторонней флоры. Появление посторонней флоры следует считать переломом в сторону улучшения при лечении (Р. М. Фронштейн); первыми после гонококка появляются кокковые формы, за ними — грамдиплококки, коккобациллы, па-

лочковидные формы; появление палочковидных форм свидетельствует о начале выздоровления и в большинстве случаев исключает наличие гонококков.

Существует непрерывная динамика изменений картин мазков под влиянием лечения и даже времени.

Бактериологическое исследование. Бактериологический метод диагностики, наиболее доказательный и точный, на практике не получил большого распространения из-за своей сложности и длительности. Большинство авторов считает, что для распознавания гонореи достаточно бактериоскопического исследования.

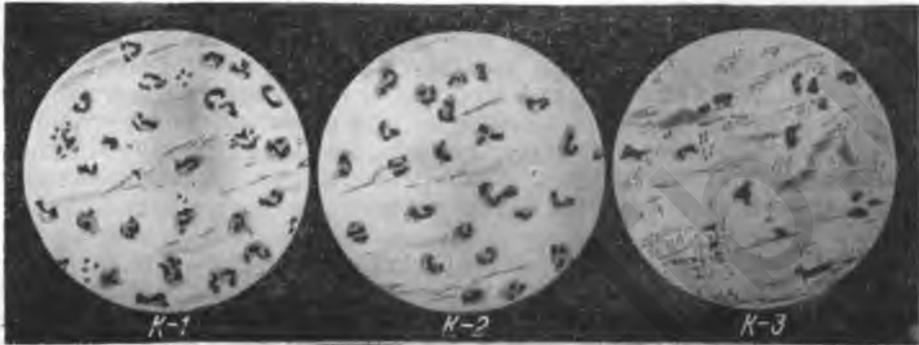


Рис. 143. Цито-бактериоскопические картины гонореи (Бакшт — Петченко).

В связи с развитием учения о сульфаниламидорезистентных формах гонореи методу бактериологических посевов вновь стали придавать большое значение. По Хагерману (Hagermann), гонорея, перешедшая в латентную фазу в результате неполноценной сульфаниламидотерапии, может долго не обнаруживаться бактериоскопически, и только методом посева можно выявить гонококки.

Реакция связывания комплемента по Борде—Жангу. Борде вместе с Жангу разработали технику реакции фиксации комплемента при гонорее.

По концепции В. Е. Дембской, реакция Борде—Жангу не является показателем инфекции, а указывает на сенсibilизацию организма данным инфекционным агентом.

Для постановки реакции Борде—Жангу берут из кубитальной вены в пробирку 5—6 мл крови. В последние годы предлагают пользоваться небольшим количеством крови, полученной из укола шейки матки. Если необходимо переслать кровь на далекое расстояние (в участковой практике), можно пользоваться высушенной сывороткой. Для этого кровь оставляют при комнатной температуре на три часа. После образования свертка его отделяют от стенок пробирки стеклянной палочкой, пробирку же переносят в прохладное место. На следующий день на листок вошаной бумаги размером 6—8 см наливают 0,5 мл сыворотки и дают ей просохнуть в течение суток, предохраняя от солнечного света и пыли. Бумажку с высохшей (в виде стекловидной пленки) сывороткой свертывают подобно аптекарскому порошку и пересылают в лабораторию. Срок годности высушенной сыворотки 10—15 дней.

Большинство авторов признает, что при гонорее нижнего отдела гениталий у женщин реакция Борде—Жангу дает положительный результат лишь в 5—20%. При гонорее верхних отделов эта реакция в

большинстве случаев (от 40 до 100%) выпадает положительно. При пиосальпинксах и аднекситах реакция более выражена; при периметритах, периаднекситах и эндометритах — меньше. Лишь в тех случаях гонорей, когда имеются осумкованные очаги в бартолиниевой железе, уретре, цервикальном канале, реакция Борде—Жангу выпадает положительно. Отсюда можно сделать вывод, что результаты реакции зависят не от наличия гонококков в выделениях, а от клинического проявления заболевания, причем глубоко гнездящиеся очаги поражения, обильно омываемые кровью и лимфой, обычно вызывают положительную реакцию.

Реакция Борде—Жангу очень ценна для установления этиологии аднекситов и артритов неясного происхождения. Но она теряет свое значение, если проводилось длительное лечение гоновакциной. Введение гоновакцины здоровым людям вызывает положительную реакцию Борде—Жангу, длящуюся от 1 до 3 месяцев. О сроке наступления положительной реакции после заражения авторы дают различные данные, колеблющиеся между четырьмя днями и шестью неделями; средним сроком следует считать две недели. Относительно времени исчезновения положительной реакции Борде—Жангу после выздоровления нет единого мнения.

В. Е. Дембская, считая эту реакцию показателем аллергических сдвигов в организме, допускает, что она может иметь прогностическое значение (больные, у которых отмечается отрицательная реакция, резистентны к стрептоциду), но отрицает пригодность этой реакции в качестве критерия излеченности.

Реакция Лисовской. Основываясь на работах Дебре и Парафа, предложивших определение туберкулезного антигена в моче для диагностики туберкулеза мочевых путей, С. Н. Лисовская предложила применять этот метод для определения гонококкового антигена в моче больных, подозрительных на гонорею. Методика реакции Лисовской заключается в следующем: к испытуемой моче прибавляют противогонококковую сыворотку и комплемент; если в моче содержится гонококковый антиген, то получается отклонение комплемента, при добавлении гемолитической системы гемолиз не наступает. Другие авторы, а также и мы, считают этот метод малоудовлетворительным, так как в 30% случаев наблюдалось несовпадение реакции с результатами клинического исследования.

Реакция Фейгеля. И. И. Фейгель для диагностики женской гонорей, в особенности хронических или латентных форм, предложил реакцию на антиген с выделениями из цервикального канала.

Сущность реакции состоит в том, что с выделениями из цервикального канала ставится реакция отклонения комплемента; это — реакция Борде—Жангу только в обратном порядке: цервикальные выделения служат антигеном, а в качестве антитела берут сыворотку животного, иммунизированного культурой гонококков.

Техника получения материала: на шейку матки на 12—24 часа одевают колпачок Кафки, после чего колпачок с выделениями помещают в стерильную посуду и отправляют в лабораторию для приготовления из выделений антигена. Результаты реакции, по данным Фейгеля, положительные в 80—91,2%. По этому же автору, реакция становится отрицательной после излечения (через 2—4 месяца); таким образом, она имеет значение для критерия излеченности. Ценность реакции для диагностики латентной гонорей подтверждена рядом авторов.

Вакцинодиагностика. Введение гоновакцины — один из старых методов диагностики гонорей. И. Г. Бурлаков, А. Э. Мандель-

штам, А. И. Петченко, С. М. Беккер считают кожную реакцию весьма ценной для диагностики; по Бурлакову, кожная реакция дает правильный ответ в 70%, по Беккеру — в 75%, по Мандельштаму — в 70—90% и по Петченко — в 97% случаев гонорей.

Кожная реакция подтверждает наличие гонорейного процесса, не показывая активности его; она читается через 48 часов, в первые же сутки считается неспецифической. Реакция остается на некоторое время и по прекращении заболевания.

Выгодно пользоваться высокими титрами (2 млрд. микробных тел в 1 мл); впрыскивают 0,1 мл гоновакцины в верхне-наружную часть бедра. Реакция читается так: 1) краснота около 1 см в диаметре с заметной инфильтрацией — слабоположительная (+); 2) резкая краснота более 1 см в диаметре с ясно ограниченной инфильтрацией — положительная (++) ; 3) те же явления, но при наблюдении через 72 часа — резкоположительная реакция (+++). Реакция исчезает через три-четыре дня.

Регионарное (местное) введение гонококковой вакцины для диагностики гонорей было предложено Пуанкю и разработано у нас И. Г. Бурлаковым.

Регионарная реакция доказывает, по Бурлакову, наличие живых возбудителей в области локализации процесса, так как в основе этой реакции лежит резкое усиление окислительных процессов, местный ацидоз, а окислительные процессы возможны только при условии, если деструкции подвергаются живые возбудители. В этом основное отличие регионарной реакции от кожной. Техника регионарной реакции заключается в том, что вводят 0,2 мл гонококковой вакцины (400 млн. микробных тел) в слизистую цервикального канала или в слизистую влагалища. Положительной реакцией считают повышение температуры до 38° (+), повышение температуры до 39° — ясноположительной (++) и повышение до 40° — резкоположительной реакцией (+++).

Кроме повышения температуры, реакция сопровождается ознобом, головной болью, иногда рвотой и местными болями (в области пораженных придатков). Реакция наступает через 15—45 минут и продолжается в течение 2—16 часов. Наивысший подъем температуры наблюдается через три-четыре часа после введения вакцины. Положительные результаты регионарной реакции при явной гонорее наблюдаются в 94,6%, при подозреваемой — в 67,7%. Регионарная реакция сочетает в себе элементы провокации, поэтому на следующий день после введения вакцины следует брать повторно мазки для бактериоскопии. Отрицательной стороной регионарного метода являются бурные реакции, поэтому применение этого метода противопоказано в амбулаторной практике и ослабленным больным.

Определение морфологии крови. Влияние токсина гонококков на морфологию крови больных своеобразно; оно касается, главным образом, состава белой крови. Изменения клеток гноя и крови при лечении гонорей были подробно изучены Е. А. Сельковым (1958). Лейкоцитоз при гонорее, по данным ряда авторов, не повышается, оставаясь большей частью в пределах 4000—10 000 лейкоцитов в 1 мм³ крови (Л. Л. Окинчиц, М. В. Елкин, Н. М. Овчинников, А. И. Петченко и др.). Иногда обнаруживается повышенный лейкоцитоз при острой гонорее и при асцендировании процесса. В 89% случаев гонорей верхних отделов женской половой системы лейкоцитоз остается в пределах нормы и только в 11% он превышает 10 000. Ограниченность процесса, малая связь с общим крово- и лимфообращением является причиной нормального лейкоцитоза при гонорее. Когда условия всасывания лучше

(в послеродовом периоде, при генерализации процесса), отмечается высокий лейкоцитоз. Наиболее значительный лейкоцитоз наблюдается в тех случаях, когда имеется комбинация гонорейных пиосальпинксов с перипараметритами, что можно объяснить смешанной инфекцией. В противоположность гонорейным аднекситам, параметриты, как заболевания, не характерные для гонореи, дают высокие цифры лейкоцитоза (12 000—20 000 и выше).

В гемограмме крови наибольшее практическое значение при гонорее имеют изменения количества лимфоцитов и эозинофилов. Эозинофилию считают характерной особенностью крови гонорейных больных (Л. Л. Окинчиц, А. И. Петченко, Е. А. Сельков и др.). Ланге наблюдал значительную эозинофилию (15—20%) при гонорейных эндометритах и аднекситах. А. В. Файнштейн, изучая морфологические изменения крови при воспалениях придатков различной этиологии, нашел, что только при гонорейных аднекситах встречается эозинофилия (4,5—12%). Увеличение эозинофилов указывает на защитную реакцию организма, которая наступает, по-видимому, быстрее, чем при других инфекциях (Н. М. Овчинников, Г. А. Бакшт и А. И. Петченко). Эозинофилия в крови, как признак аллергического состояния, может наступить и после введения гонококковой вакцины, поэтому исследование крови на лейкоцитарную формулу следует производить до вакцинации, а не наоборот. По Е. А. Селькову, эозинофилы появляются при местном лечении в выделениях на третьи-пятые сутки и служат признаком неосложненного течения гонореи, они нейтрализуют эндотоксины.

Лимфоцитоз в крови при гонорее (свыше 25%) находили М. А. Тербинская-Попова, Л. Л. Окинчиц, А. И. Петченко и др. В остром периоде и при обострениях гонореи, в особенности при пиосальпинксах или пельвеоперитонитах, ни лимфоцитоза, ни эозинофилии не бывает; наоборот, наблюдается кратковременная лимфопения, снижение числа или исчезновение эозинофилов. С прекращением острых воспалительных явлений лимфопения переходит в лимфоцитоз, увеличивается количество эозинофилов. С этими оговорками можно считать, что лимфоцитоз и эозинофилия являются частыми и характерными спутниками гонореи. Мы находили лимфоцитоз при женской гонорее в 70—73,3%, а эозинофилию — в 45—60% случаев.

Реакция оседания эритроцитов. Значительное ускорение дает острая гонорея верхнего отдела гениталий; уретриты и эндоцервициты даже с обильным гнойным отделяемым не дают заметного ускорения РОЭ. При гонорее придатков чаще наблюдается ускорение реакции; в этих случаях она может помочь диагностике, особенно при сопоставлении с лейкоцитозом. Триада — нормальный лейкоцитоз, ускоренная реакция оседания эритроцитов, положительная реакция на гоновакцину — позволяет ставить предположительный диагноз гонореи в тех случаях, когда гонококки длительное время не обнаруживаются (А. И. Петченко, 1937).

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ГОНОРЕИ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛИЙ

В прошлом клиницисты ввели в практику термин «латентная гонорея». С. В. Трахтенберг и Д. С. Бердичевская называли такую форму гонорейной инфекции «субъективно бессимптомной». Со времени широкого внедрения в практику антибиотиков и химиотерапии клиническое течение гонореи изменилось по сравнению с тем, что мы наблюдали в тридцатых-сороковых годах. Как правильно отмечает В. А. Лапшина

(1954), свежая женская гонорея в настоящее время часто является субъективно-бессимптомной и может быть не выявленной при первом посещении женщиной консультации.

Гонорейный вульвит (*vulvitis gonorrh.*). Вульва взрослой женщины только в исключительных случаях поражается первичным гонорейным процессом, так как большая часть ее покрыта многослойным плоским эпителием. Лишь в тех случаях, когда эпителий тонок, имеет нежную структуру или разрыхлен, могут наблюдаться первичные вульвиты, что встречается у инфантильных женщин, в старческом возрасте и у беременных.

При остром гонорейном вульвите область вульвы гиперемирована, отечна, болезненна при давлении, покрыта гнойным экссудатом, образовавшимся на мацерированных местах со слущенным эпителием. В бороздках и складках вульвы встречаются корочки засохшего гноя, под которыми можно найти скопления гонококков. Особенно сильно бывает поражена внутренняя сторона больших губ. Малые губы отекают и слипаются (синехии). Острый период гонорейного вульвита протекает недолго: через неделю острые явления стихают. Сток обильного гнойного отделяемого из влагалища, цервикального канала может вызвать вторичный неспецифический вульвит — форма более частая, чем первичный гонорейный вульвит. В этих случаях жалобы больных сводятся к ощущению зуда и жжения в области вульвы, что может вызвать расчесы, экзему или дерматит и предрасполагает к мастурбации. Явления усиливаются при неопрятности, постоянном смачивании вульвы мочой, продолжительной ходьбе. Острый период длится 5—7 дней.

При хронических гонорейных вульвитах взрослых поражение ограничивается иногда только отдельными, изолированными, выступающими в виде красноватых или гноящихся сосочков фолликулами. При латентной гонорее хронические вульвиты диагностируются с трудом по малозаметным, красноватым, упорно не исчезающим пятнам на влагалишных стенках. Выделения незначительны, носят слизисто-гнойный характер. Основной жалобой больных является зуд в области вульвы. Длительность заболевания — многие недели, даже месяцы.

Диагноз гонорейного вульвита основывается на нахождении гонококков в гнойном отделяемом или под корочками.

Прогноз при условии местного лечения и лечения лежащих выше очагов и общей терапии гонореи благоприятен.

Для *профилактики* вульвитов необходимо гигиеническое содержание наружных гениталий.

Наряду с *лечением* пораженных гонококками очагов, следует применять обмывания наружных половых органов или сидячие ванны из слабого раствора марганцовокислого калия (1 : 5000).

В остром периоде вульвита назначают примочки из того же раствора марганцовокислого калия. В подострой или хронической стадии применяют смазывания пораженных участков раствором ляписа (1—3%), протаргола (3—5%), колларгола (3—5%) или эмульсией синтомицина. Ограниченные эрозии смазывают 1—3% раствором ляписа, в дальнейшем применяют 5% протарголовую мазь или присыпки *bism. subnitri* — 5,0, *talci* — 45,0. При раздражении области паховых сгибов и внутренней поверхности бедер их припудривают следующим составом: *camph. tritae.* — 0,5, *zinci oxydat.* — 2,5, *talci* — 50,0 (И. Л. Брауде). Параллельно с местным лечением вульвита проводится лечение других очагов гонорейной инфекции — эндоцервицита, а также вестибулита и вагинита. Вакциноterapia при вульвитах взрослых оказывает хорошее

действие. Более эффективна химиотерапия и терапия антибиотиками (пенициллин, стрептомицин и др.) в обычных дозировках. У инфантильных женщин рекомендуется испытать одновременное применение фолликулина, сокращающего длительность гонорейного процесса.

Гонорейный вестибулит (vestibulitis gonorrh.).

В остром периоде слизистая преддверия с ее лакунами и железами диффузно красна, отечна, легко кровоточит вследствие мацерации эпителия. В обильном гнойном отделяемом обнаруживаются гонококки.

При затяжном течении вестибулита могут наблюдаться следующие патологоанатомические формы его: 1) конгестивная — лакуны представляют темно-красные углубления, содержащие каплю гноя; 2) гипертрофическая — с образованием красноватых возвышений, величиной до икринки; 3) суппуративная, при которой появляются возвышения величиной до лесного ореха, часто пагнаивающиеся и оставляющие после себя свищи.

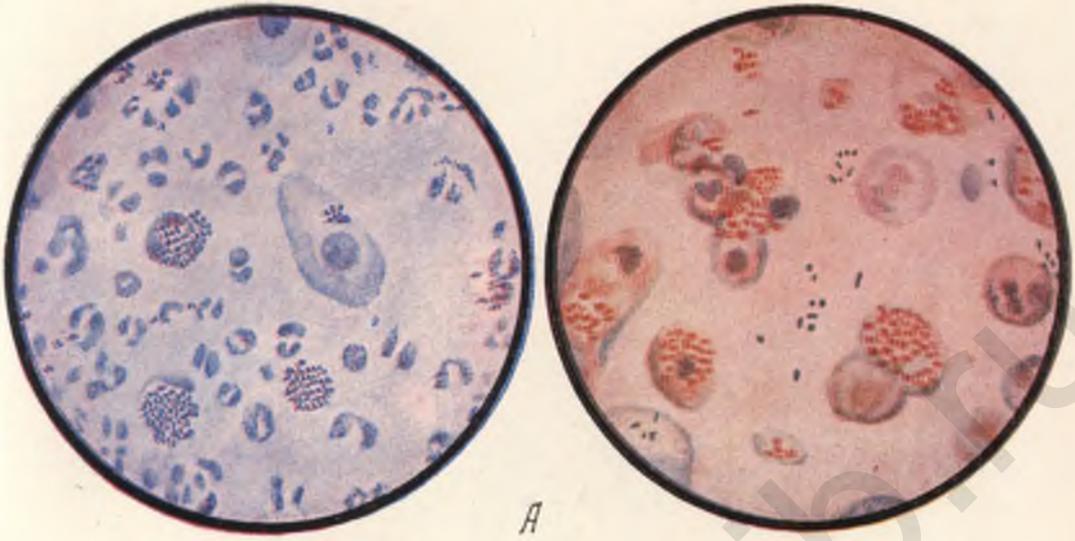
Более сложные изменения наблюдаются при одновременном поражении гонококками бартолиниевых желез и скеновых ходов (см. ниже). При поражении вестибулярных лакун в области ладьевидной ямки и преддверия обнаруживают гиперемию, отечность и обильный гнойный экссудат, местами засыхающий в корочки, под которыми скрываются гонококки.

Для гонорейного вестибулита доказательно только нахождение гонококков в мазках или в соскобе слизистой. Все остальные случаи, протекающие, как гонорейный вестибулит, следует считать неспецифическими, вторичными. Первичные гонорейные вестибулиты наблюдаются только у инфантильных женщин, пожилых и беременных. Вторичные вестибулиты встречаются обычно у конституционально полноценных женщин детородного возраста.

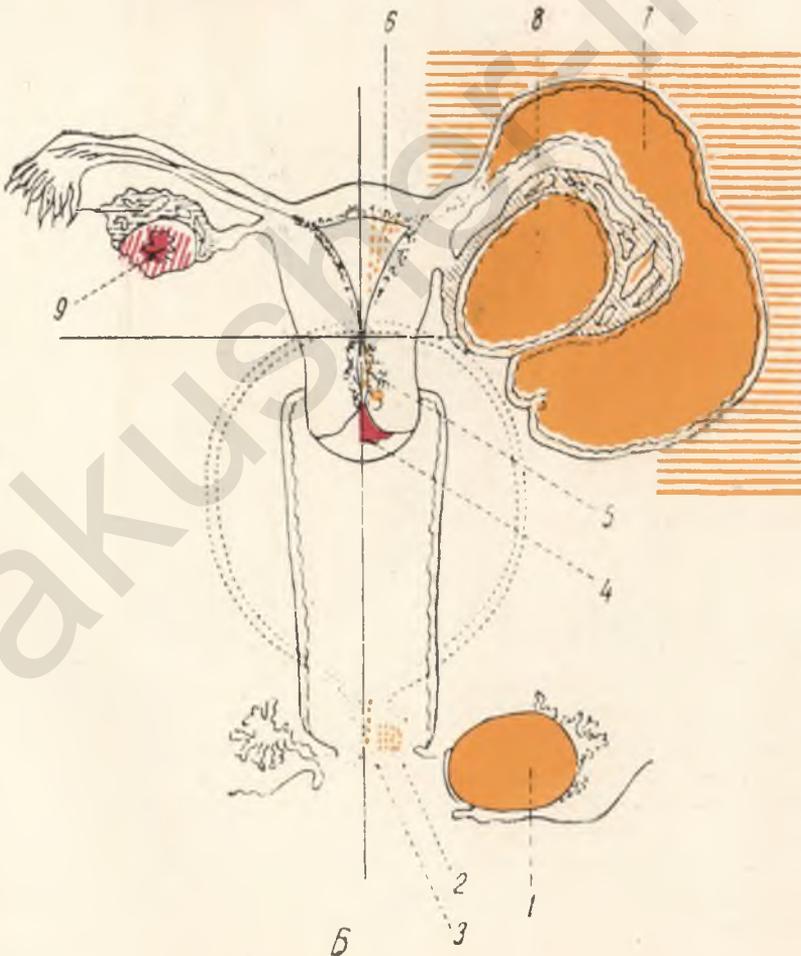
Прогноз гонорейных вестибулитов благоприятен при условии общего и местного лечения как этого очага, так и соседних очагов заболевания.

Профилактика первичного вестибулита совпадает с профилактикой гонореи вообще, профилактика вторичного вестибулита заключается в раннем лечении соседних очагов — уретры, вагины, цервикального канала.

Местное лечение острых вестибулитов состоит в лечении слизистой преддверия, проводимом одновременно с лечением вульвы, уретры и влагалища. При сильном зуде и жжении следует применять вышеуказанные присыпки. При затяжных вестибулитах (конгестивная и гипертрофическая формы) с локальными воспалительными изменениями в отдельных лакунах и устьях железок необходимо применять смазывание этих очагов 1—3% растворами ляписа, а иногда и точечные прижигания очагов ляписом, напаянным на тонкий зонд, или произвести диатермокоагуляцию их. При суппуративной форме со скоплением гноя в мелких железах и ходах прибегают к рассечению или проколу очагов с последующим присыпанием их сульфаниламидами или смачиванием раствором пенициллина. Вакциноterapia в некоторых случаях (осумкованные очажки) оказывается эффективной. Кроме местного применения сульфаниламидов и пенициллина, показано и хорошо действует одновременное назначение сульфаниламидов внутрь и инъекции пенициллина (параллельно с лечением других очагов). При правильном лечении прогноз хороший. Установление излеченности и контроль ее основываются на исчезновении гонококков и всех клинических симптомов заболевания.



А



Б

А. Окраска гонококков метиленовой синькой (слева); окраска по Грамму (справа).
 Б. Схема гонорейных заболеваний женской половой системы (по Опитцу):

Слева — нормальные половые органы, справа — изменения в органах вследствие гонореи:
 1 — бартолинит; 2 — парауретральный абсцесс; 3 — уретрит; 4 — эрозия на шейке матки;
 5 — эндоцервицит; 6 — эндометрит; 7 — пиосальпник; 8 — пиовариум; 9 — желтое тельце.

Таблица X



Ложный абсцесс бартолиновой железы с намечающимся прорывом содержимого (Штеккель-Рейфершейд).

Гонорейный бартолинит (*bartholinitis gonorrh.*). После цервикально-канала и уретры третьей по частоте локализацией гонорейного процесса является бартолиниева железа и ее выводной проток.

Клинические картины гонорейного поражения бартолиниевой железы разнообразны. Следует различать следующие формы.

1. **Поверхностный каналикулит** (*macula gonorrh.*). Под влиянием инфицирования выводного протока железы со стороны влагалища и шейки матки гонококками и постоянного раздражения вытекающим оттуда секретом возникает покраснение окружности наружного отверстия протока в виде яркой красной каймы или пятнышка. Однако эти «пятнышки», описанные Зенгером (*Senger*), не специфичны для гонорей, но их наличие заставляет подозревать гонорею и искать гонококки в этом и других очагах.

2. **Каналикулит, периканаликулит**. В случае инфицирования самого протока на более или менее значительном протяжении (каналикулит) происходит выделение из него патологического секрета. Это «сохашее отверстие» — признак каналикулита. При пальпации определяется веретенообразная или овоидная, слегка болезненная опухоль, соответствующая воспаленному и растянутому выводному протоку. В хронических случаях стенки его утолщаются вследствие воспалительной инфильтрации, но безболезненны (периканаликулит).

3. **Ложный абсцесс**. При длительной закупорке устья выводного протока бартолиниевой железы и при инфицировании его гонококками или другими возбудителями образуется так называемый ложный абсцесс, при котором в процесс вовлекается только проток, но не ткань железы. Этот ложный абсцесс железы (*pseudobartholinitis*, табл. X) может образоваться иногда в течение немногих часов. Появляется отек и краснота большой и малой губ. Потом опухоль увеличивается и, сглаживая борозду между губами, выходит из половой щели в виде красного или фиолетового эластичного болезненного выпячивания, величиной до гусиного яйца, перекрывающего половую щель. Клиническое течение ложного абсцесса нетяжелое; температура обычно субфебрильная или даже нормальная. Жидкий гной или серозно-гнойная жидкость в большинстве случаев прорывается самостоятельно через отверстие выводного протока либо находит себе путь через внутреннюю поверхность малой губы реже — через большую губу. В гное ложного абсцесса находят гонококки, однако далеко не всегда (см. предыд. гл.).

4. **Абсцесс железы**. В случаях, когда через устье выводного протока проникают вместе с гонококками гноеродные бактерии (стафилококки, стрептококки или кишечная палочка), возникает абсцесс в самой железе с гнойным расплавлением окружающей соединительной ткани (см. там же).

5. **Хронические индурации железы**. Гораздо важнее в отношении скрытой инфекции и длительного течения гонорей поражение самой бартолиниевой железы. В этих случаях при пальпации по Францу обнаруживается увеличенная железа с уплотненными, но малоболезненными стенками. При надавливании на область железы выходит капля гноя или слизисто-гнойного секрета. При микроскопическом исследовании последнего находят в нем в обильном количестве сегментарные лейкоциты, нередко — гонококки (K_1, K_2).

6. **Ретенционная киста**. Следующая форма поражения системы бартолиниевой железы представляет собой медленно развивающееся скопление секрета в выводном протоке вследствие закупорки его устья. Возникает ретенционная киста выводного протока, могущая достигать величины гусиного яйца, почти не вызывающая болей. В части

случаев можно доказать связь ее с существовавшим ранее гонорейным каналикулитом.

Бартолиниты имеют исключительное значение в смысле развития реинфекции. По В. А. Лапшиной (596 больных), поражение бартолиниевой железы и ее протока встречается чаще всего на третьей неделе заболевания гонореей; хроническое уплотнение железы появляется обычно на втором месяце; общий процент поражений бартолиниевой железы при гонорее составляет 29,6. А. И. Петченко (130 гонорейных стационарных больных) обнаружил каналикулиты и хронические бартолиниты в 20,4%, кисты — в 2,3% и абсцессы — в 5% случаев.

Прогноз при свежих каналикулитах при условии своевременного и правильного лечения благоприятен. Застарелые гнойные каналикулиты и хронические индурации с трудом поддаются лечению, являясь постоянно рецидивирующими очагами гонореи. В таких случаях показано вылушивание бартолиниевой железы и ее выводного протока.

Местное лечение при каналикулитах состоит в промывании выводного протока железы с помощью шприца и тупой прямой иглы, через которую вводят раствор протаргола 2—3% 1—2 мл, 1—2% раствора ляписа или раствор пенициллина 100 000 ЕД, растворенных в 10 мл воды. Эти процедуры производят ежедневно, пока из отделяемого не исчезнут гонококки и выдавливаемый секрет не станет прозрачным.

В тех случаях, когда канал пройти не удастся, полезно применить бировскую банку (К. А. Иванов). Эффективны и не раздражают ткани перигландулярные инъекции пенициллина. Давно также применяются перигландулярные инъекции собственной крови, по Гюбнеру, и регионарная вакциноterapia. Для местной аутогемотерапии (по Гюбнеру) берут из локтевой вены больной 2—5 мл крови и вводят ее выше и ниже отверстия выводного протока железы. Эти инъекции повторяют от трех до шести раз с промежутками в два дня. Техника регионарной вакциноterapia та же, причем проводится серия инъекций (три-шесть) повышающимися дозами — от 50 до 300 млн. микробных тел. Вакциноterapia дает лучшие результаты в случаях с положительной реакцией Борде—Жангу.

Остро развившиеся каналикулиты хорошо поддаются лечению сульфаниламидными препаратами и антибиотиками, хронические же случаи гнойных каналикулитов и хронических индураций железы — плохо. Находящиеся в протоках железы гонококки приобретают пенициллинорезистентные и сульфаниламидорезистентные свойства. Лечение псевдоабсцессов — хирургическое: при наступлении флюктуации производят разрез по внутренней поверхности малой губы, после чего в спаившуюся полость вводят на сутки небольшой тампон с пенициллином. О лечении истинных абсцессов сказано в предыдущей главе.

При лечении хронических индураций железы применяют тепловое лечение (грелки, соллюкс) аутогемотерапию по Гюбнеру (введение аутокрови в окружность инфильтрата), местное лечение инъекциями антибиотиков, а также общую терапию гонореей.

Гонорейный уретрит (*urethritis gonorrh.*). При острой гонорее частота уретритов составляет 75—100%, при хронической же — только 30—60% (Г. А. Бакшт и А. И. Петченко).

Патологические изменения в женской уретре при гонорейном уретрите характеризуются двумя особенностями: субэпителиальной (лейкоцитарной и плазмоклеточной) инфильтрацией и очаговым разрушением и разрыхлением покровного эпителия. В развитии гонорейного процесса в уретре весьма важную роль играют уретральные железы и лаку-

ны, поражение которых Лангер (Langer, 1936) обнаружил у 123 женщин из 140 им обследованных. Проникшие сюда гонококки могут вызвать упорное очаговое поражение с перигландулярными инфильтратами. В случаях закупорки секретом протока уретральной железы образуются небольшие псевдоабсцессы, что способствует весьма упорному течению уретрита. В результате присоединения вторичной инфекции появляются парауретральные абсцессы, которые могут прорваться в уретру или влагалище и образовать свищ (рис. 144), а в дальнейшем — рубцовый парауретрит.

Дизурические расстройства при женской гонорее встречаются гораздо реже, чем при мужской. Расстройства эти заключаются в болях и резах в начале мочеиспускания и характерны для острого периода заболевания или для обострений; учащенное мочеиспускание наблюдается при уретритах с вовлечением в процесс внутреннего отверстия уретры или части треугольника Льео.

По Лапшиной (1954), никаких жалоб не предъявили 145 из 222 женщин (65,3%), жаловались на резь при мочеиспускании 7 (3,2%), на резь и бели — 6 (2,6%), боли — 14 (6,3%), бели — 39 (17,6%), бели и боли — 6 (2,6%), зуд — 4 (1,9%), ранние менструации — одна (0,5%). 92,2% всех уретритов и 66% эндоцервицитов протекали субъективно бессимптомно.

При осмотре в острых случаях уретрита — на третий-пятый день после заражения — обнаруживается гиперемия и отек наружного отверстия уретры, слизистая которой иногда вывернута в виде валика. При легком надавливании на уретру со стороны влагалища из нее выделяется вначале серозно-гнойный, а затем гнойный секрет; через две-три недели количество его уменьшается и становится слизисто-гнойным. Задняя стенка уретры, ощущаемая через влагалище, инфильтрирована и болезненна; на ней можно видеть расширенные отверстия скеновых ходов.

Основным клиническим симптомом уретрита являются выделения из уретры. Для диагноза гонорейного уретрита необходимо нахождение гонококков в мазках или культуре. Нахождение в мазках большого количества сегментированных лейкоцитов (К-2) является подозрительным на гонорею. Большое значение для диагноза имеет уретроскопия, которая у женщин производится технически легче и безболезненнее, чем у мужчин. При отсутствии уретроскопа переднюю часть уретры и скеновых ходов можно осмотреть с помощью двух согнутых головных шпильек (способ Келли); можно пользоваться также носовым створчатом зеркалом или ушной воронкой с боковым прорезом. Уретроскопия противопоказана в остром периоде заболевания.

В хронических случаях уретрита клиническая картина не

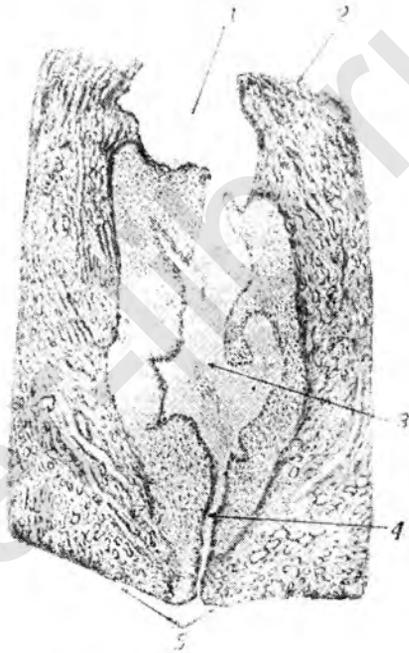


Рис. 144. Уретро-вагинальный свищ после парауретрального абсцесса (Гальбан — Тандлер).

1 — дивертикул; 2 — стенка уретры; 3 — полость с некротическими массами; 4 — свищевой ход; 5 — передняя стенка влагалища.

демонстративна, и при очаговых формах заболевание может протекать бессимптомно. Если поражена передняя часть уретры, то слизистая утолщена, шероховата, покрыта маленькими язвочками или выдается в виде красноватого валика; отделяемого мало; иногда выдавливается только небольшая «розовая капля». Если уретрит — задний, то изменения слизистой могут быть обнаружены только уретроскопически, а введенный во влагалище палец прощупывает уплотнение задней части уретры, и из глубины канала выдавливается капля гноя. При диффузной форме хронического уретрита можно обнаружить ярко-красную матовую окраску слизистой и отсутствие складчатости; слизистая легко кровоточит вследствие трещин, эрозий и точечных кровоизлияний. При очаговых формах уретрита находят мягкие или твердые инфильтраты. Мягкий инфильтрат, характерный для подострых случаев, имеет темноватую окраску; складчатость над ним сглажена, проведение интрумента через уретру болезненно. Твердые инфильтраты, встречающиеся при хронической гонорее, имеют вид белесоватых радиальных полос; введение тубуса уретроскопа при этих инфильтратах безболезненно, но может быть слегка затруднительным вследствие стенозов. Стриктуры из-за большой ширины и растяжимости женской уретры встречаются гораздо реже, чем у мужчин.

Несмотря на большой процент самоизлечения гонорейного уретрита у женщин, *прогноз* при них следует ставить с осторожностью, особенно в хронических случаях. Чем раньше начинается лечение, тем лучше прогноз. При хронических очаговых формах гонорейного уретрита прогноз благоприятен лишь при условии правильного и систематического лечения и зависит от степени участия в процессе скеновых ходов, так как очаги в этих местах часто являются источниками реинфекции.

Гонорейный скенит (*skeneitis gonorrh.*, рис. 145). Ввиду наличия в скеновых ходах цилиндрического эпителия, гонококки охотно поселяются в глубине последних. Субэпителиальная инфильтрация стенок ходов нередко переходит в болезненные периуретральные инфильтраты. Хроническое поражение устья скеновых ходов приводит к склеротическим изменениям в окружающих тканях, при этом отверстия ходов расширяются и зияют. Скениты могут служить поводом к образованию псевдоабсцессов этой области. Прорываясь в уретру или во влагалище, они оставляют после себя свищ.

В острых случаях гонореи явления скенита затушевываются явлениями уретрита, в хронических случаях легко заметен отечный валик на нижней полуокружности уретры, причем при массаже уретры из отверстия пораженного скенова хода выдавливается капля гноя. Отверстие скенова хода можно видеть невооруженным глазом по способу Келли, указанному выше (с помощью двух головных спилек, рис. 146), но лучше всего после смазывания уретрального отверстия раствором протаргола или ихиола. Выдавленный из хода секрет не скоро образуется снова: обычно перед ближайшими менструациями. Гнойный секрет подозрителен в отношении гонореи, но может быть вызван и другой инфекцией.

Диагноз устанавливается только путем обнаружения гонококков в мазках или посевах. Хронические скениты могут длиться годами совершенно бессимптомно, оставаясь и тогда, когда гонорейный процесс в уретре ликвидировался: «скенит часто переживает уретрит» (М. А. Гейльман). Задерживаясь в скеновых ходах, гонококки могут вызвать реинфекцию уретры, а иногда перед влагалище также реинфекцию шейки матки. По Гейльману, частота скенитов составляет 54,8%, по Г. А. Бакину и А. И. Петченко — только 20,7%.

При лечении острого уретрита и скенеита необходимо особенно строго соблюдать общие для введения гонорейных больных принципы полового покоя и диетического режима. Больной следует назначить обильное питье (чай, молоко). Местное лечение в остром периоде следует начинать немедленно по обнаружении заболевания. В первые дни оно заключается в наружных обмываниях преддверия раствором марганцовокислого калия 1 : 6000, введении в уретру глазной пипеткой нескольких капель 1% раствора ляписа или 2% раствора протаргола. При стихании острых явлений приступают к методическому лечению уретры ежедневными промываниями ее обильным количе-



Рис. 145. Воспаление правой скеновой железы со сдавлением уретры и смещением ее влево (y) (Штекель).

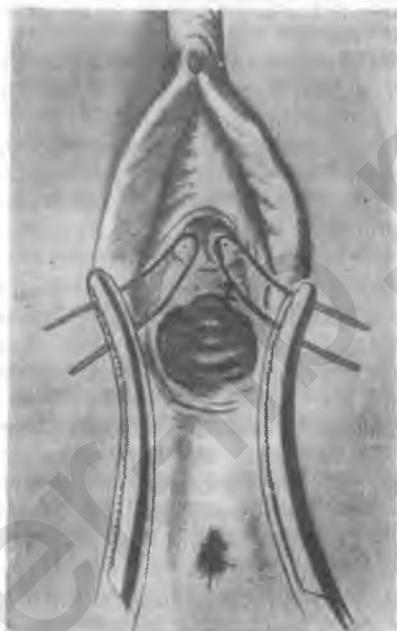


Рис. 146. Обнаружение интрауретрально расположенных желез Скене (Келли).

ством теплого раствора марганцовокислого калия (1 : 6000) из кружки Эсмарха или шприца Жанэ. К жанетизации добавляют инстилляцию в уретру 5 мл 1% раствора протаргола, 2% колларгола или $\frac{1}{2}\%$ ляписа.

В хронических случаях также применяются жанетизация и инстилляция. При очаговых формах, установленных уретроскопически, добавляют массаж уретры на буже, при этом буж смачивают 10—15% раствором протаргола и глицерина. При инстилляциях рекомендуется менять препараты серебра во избежание привыкания гонококков к одному и тому же препарату. Концентрация растворов должна быть обратной пропорциональна остроте воспалительного процесса.

При обнаружении в уретре (через уретроскоп) отдельных инфильтратов, эрозий или полипов следует прибегнуть к эндоуретральному лечению: инфильтраты смазывают 10—20% раствором ляписа; при эрозиях, трещинах и полипах эти места прижигают путем диатермокоагуляции. Все процедуры проводят под контролем зрения через уретроскоп. Все виды местного лечения уретры следует во избежание реинфекции сочетать с местным лечением парауретральных ходов и других очагов заболевания. Лучшим способом является выжигание скеновых ходов путем диатермокоагуляции. Можно также прижигать их ляписом,

напаянным на проводничок от иглы к шприцу; напаяние производится раскаливанием докрасна проводничка под пламенем спиртовки с последующим прикосновением к палочке ляписа. Прижигание ходов производится через один-два дня.

Лечение уретрита длится от четырех до шести недель. Необходим педантичный бактериоскопический контроль в процессе лечения. Применение вакцинотерапии при женских гонорейных уретритах имеет гораздо меньшее значение, чем при гонорее верхнего отдела половых органов, и целесообразно лишь при осумкованных микроочагах, создающих условия для выработки антител в крови, т. е. при положительной реакции Борде—Жангу. В этих случаях хорошие результаты дают параретральные введения гоновакцины в возрастающих дозах от 50 до 300—500 млн. микробных тел.

Лечение антибиотиками и сульфаниламидными препаратами показано при всех формах уретритов и весьма эффективно.

Гонорейный вагинит, или кольпит (vaginitis s. colpitis gonorrh.). Различают первичные и вторичные гонорейные вагиниты. Первичный гонорейный вагинит так же, как и вульвит, наблюдается редко и лишь в особенно благоприятных для его развития условиях: у инфантильных и гипопластичных женщин, при беременности и у пожилых. Во всех этих случаях эпителий вагины нежен или атрофичен, защитные свойства его понижены. Гораздо чаще наблюдаются вторичные вагиниты, которые возникают вследствие поражения вышележащих отделов полового аппарата.

Гистологическая картина при гонорейных вагинитах не имеет специфических черт и может протекать под видом colpitis simplex, colpitis maculosa, colpitis granularis.

При colpitis simplex слизистая гиперемирована, капилляры ее расширены, имеется круглоклеточная инфильтрация в субэпителиальном слое, эпителий над сосочками истончен. При colpitis maculosa сосочковый слой отекает и просвечивает сквозь истонченный слой влагалищного эпителия.

Colpitis granularis характеризуется гнездными инфильтратами в субэпителиальном слое у вершин сосочков; в инфильтратах много плазматических клеток.

Наблюдаемая бактериоскопическая картина мазков при гонорейных вагинитах очень пестра: в жидком отделяемом, не содержащем слизи, имеется много лейкоцитов, пласты слущенного эпителия и обилие разнообразной флоры; гонококки обнаружить трудно (по Кушнiru — лишь в 5%). Только у больных инфантильной и гипопластической конституции, беременных и пожилых, у которых, как сказано выше, гонорейный вагинит может быть первичным, гонококки обнаруживаются легче и в значительном количестве, причем клинические явления выражены более резко.

По *клинической картине* гонорейные вагиниты в основных чертах сходны с вульгарными вагинитами, в меньшей мере — трихомонадными. При вторичных вагинитах, вызванных эндоцервицитом, часто отмечается гиперемия заднего свода и задней стенки влагалища. В *острых случаях* отмечаются отечность, легкая кровоточивость и болезненность слизистой; обильные жидкие гнойные выделения дополняют картину. При *затяжных вагинитах* болезненность стенки влагалища может дать картину вагинизма (спазм m. constrictoris cunni).

Острый вагинит при гонорее, бурно развиваясь, проходит обычно в течение трех недель, не оставляя после себя следов. Хронический вагинит является редкостью. Он развивается главным образом в неблаго-

приятных гигиенических условиях, у неопытных больных и характеризуется покраснением и утолщением слизистой, покрытой зернистыми возвышениями или беловато-желтоватым налетом. Типичная локализация хронического вагинита — задний свод и задняя стенка вагины поблизости от влагалищной части шейки матки.

Часто гонорейные вагиниты смешивают с трихомонадными. Но для трихомонадных вагинитов характерны гнойно-пенистые выделения. Наличие трихомонад во влагалищном отделяемом не исключает гонореи, и наоборот, наличие гонококков не исключает трихомонадного заболевания влагалища.

Прогноз при вторичных кольпитах благоприятен, так как лечение первичного очага (эндоцервицита) быстро ликвидирует вагинит. Хуже прогноз при первичных вагинитах, однако при систематическом лечении, общем и местном, они излечиваются скоро.

Гонорейные вагиниты не оставляют после себя никаких отдаленных последствий: слизистые пластические процессы (стриктуры) описаны как исключение.

Профилактика первичных вагинитов совпадает с профилактикой гонореи вообще; профилактика вторичных вагинитов заключается в активном и раннем лечении первичных очагов заболевания (уретры, шейки матки, желез преддверия).

Местное лечение вагинитов проводится различными методами, из которых наибольшее распространение имеют спринцевания, влагалищные ванночки, протирание стенок влагалища, введение во влагалище тампонов и шариков и так называемое сухое лечение.

Спринцевание производится ежедневно, один-два раза, обязательно в лежачем (на спине) положении больной, из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и гладким из толстого стекла влагалищным наконечником, при небольшом давлении жидкости (кружку подвешивают на 0,5—0,75 м над уровнем тела). В остром периоде применяют слабые теплые растворы марганцовокислого калия, 1 : 5000—1 : 8000, в подостром периоде — растворы более крепкой концентрации (от 1 : 1000 до 1 : 3000) или растворы неочищенного древесного уксуса (acetum rugolign. crudum) 50 мл на 1 л.

При затяжных вагинитах хороший результат дают вяжущие спринцевания: *aluminis pulv.* — 1 чайная ложка на 1 л воды или *zinci sulfur.* — 15,0 + *alum. pulv.* 45,0 — 1 чайная ложка на 1 л; можно пользоваться также крепкими растворами *kalii hypermang.* (1 : 3000—1 : 1000).

Весьма эффективно местное лечение: влагалищные ванночки из 2—3% раствора колларгола или протаргола, 1—3% раствора ляписа, а при склонности к кровотечению — неочищенный древесный уксус или 3% перекись водорода. Эти растворы вливают во влагалище после предварительного спринцевания и очищения стенок его ватными шариками, через створчатое зеркало, стараясь, чтобы раствор пришел в интимное соприкосновение со стенками влагалища и покрыл *portio vaginalis*; раствор оставляют во влагалище на 2—5 минут. Влагалищные ванночки делают ежедневно или через день до тех пор, пока отделяемое не станет светлым и необильным. На курс требуется от 6 до 12 ванночек.

В хронических случаях, особенно при гранулезном вагините, к ванночкам присоединяют протирание влагалища растворами серебра. Протирание производят два раза в неделю через введенное во влагалище зеркало куском ваты или марли, смоченной одним из указанных растворов и захваченной на корнцанг или тампонодержатель. Всего производится на курс пять-шесть протираний.

Очень распространено лечение вагинита тампонами, смоченными в растворе ихтиола или протаргола на глицерине (10—15%). Тампоны вкладывают во влагалище (после спринцевания) через день и оставляют на 12—24 часа. Всего вводят подряд 6—12 тампонов до исчезновения воспалительных изменений слизистой. Против лечения ихтиолом возражают онкологи, так как ихтиол является канцерогенным веществом, однако краткость лечебного курса не может вызвать таких опасений.

При упорных вагинитах с обильными гнойными выделениями некоторые авторы назначают вместо спринцеваний, ванночек и тампонов «сухой» метод лечения. Чаще всего применяют введение во влагалище при помощи пульверизатора через день порошкообразной борной кислоты или лучше — белого стрептоцида; применяются также фитонциды (ч. III, гл. I).

Вакциноterapia при первичных вагинитах дает хорошие результаты только в небольшом проценте случаев (с глубокими очагами воспаления, при положительной реакции Бордс — Жангу). Общее лечение сульфаниламидными препаратами при первичных гонорейных вагинитах весьма эффективно, но целесообразнее проводить его одновременно с местным лечением. Лечение антибиотиками дает весьма хорошие результаты. Положительные результаты лечения вторичных вагинитов сульфаниламидными препаратами, антибиотиками, фитонцидами зависят от излечения других очагов поражения, расположенных по соседству (цервикальный канал, *ectum*).

Гонорейный эндоцервицит (*endocervicitis gonorrh.*). Поражение цервикального канала при гонорее встречается наиболее часто. В остром периоде гонореи шейка поражается реже, чем в хроническом. По автору, при острой гонорее поражение шейки наблюдалось в 85%, при хронической — в 94%. Эти цифры свидетельствуют о почти полном отсутствии самоизлечения и большом упорстве цервикальной гонореи.

Гонококки, попадая через остатки слизистой пробки (она отторгается при коитусе) в цервикальный канал, находят для себя в щелочной среде последнего хорошую питательную среду. Обычным местом поражения считают нижние две трети (первая и вторая зоны Вальтгарда) цервикального канала; верхняя треть считается зоной практически стерильной. Наиболее резкое поражение канала шейки матки, вплоть до полного разрушения желез, наблюдается в первой зоне, т. е. в нижней трети; в средней трети бывают поражены только выводные протоки желез. Верхнюю треть цервикального канала гонорейный процесс может затрагивать лишь в 7% случаев.

При гистологическом исследовании находят: как только гонококки попадают на цилиндрический эпителий канала шейки, они по межклеточным пространствам проникают в подэпителиальный слой, где вызывают гиперемию и экссудацию. Поверхностный эпителий частью разрушается эндотоксинами, частью же приподнимается экссудатом, причем клетки подвергаются цитолизу. Гонорейный процесс глубоко проникает в канал шейки, поражая и цервикальные железы (рис. 147). Почти в каждой железе пораженного участка наблюдаются перигландулярные инфильтраты, состоящие из круглых и плазматических клеток, причем эти инфильтраты нередко похожи на небольшие абсцессы. Эти перигландулярные инфильтраты — причина хронического течения гонорейных эндоцервицитов, а также рецидивов и постгонорейных катаров шейки. В хронических случаях происходит значительная пролиферация покровных и железистых клеток, вследствие чего количество слизистого секрета увеличивается. В результате инфильтра-



Рис. 147. Гонорейный эндоцервицит (А. И. Петченко).
1 — многоядный цилиндрический эпителий; 2 — растянутые железы.



Рис. 148. Гонорейный эндоцервицит (А. И. Петченко).

1 — плоский эпителий языкообразно вдаётся в подлежащую ткань; в нем небольшие скопления лейкоцитов; 2 — субэпителиальная инфильтрация.

дии стромы происходит сдавливание выводных протоков желез, которые, наполняясь секретом, образуют ретенционные кисты (ovula Nabothi) не только близ наружного зева, но почти на всем протяжении цервикального канала. Возможность длительного существования гонококков в поверхностных ovula Nabothi доказана Буммом и Жане, а в отношении глубоких кистовидно измененных желез канала шейки матки — Фигарелля (Figarella, 1938), Е. И. Кватером и нами.

Меньшее значение, чем перигландулярная инфильтрация, имеет субэпителиальная инфильтрация и метаплазия цилиндрического эпителия, выстилающего цервикальный канал, в плоский. Залегание плоского эпителия может быть в виде широких полос (рис. 148) или в виде отдельных отростков, а также по поверхности и в полости желез, что, по Шредеру, является характерным для гонорей. Воспалительный инфильтрат при гонорее шейки матки состоит из лимфоидных элементов с примесью плазматических клеток, лейкоцитов, а иногда эозинофилов (рис. 149, 150); плазматические клетки встречаются преимущественно в затяжных случаях.

Клиника эндоцервицитов. В остром периоде при осмотре шейки с помощью зеркал находят гиперемию, отечность и разрыхление слизистой влагалищной части шейки. У нерожавших шейка часто на всем протяжении становится вишнево-красной, у рожавших — покрывается малинового цвета островками, эпителий которых отпадает, оставляя после себя язвочки. Наружный зев у тех и других покрывается поверхностной эрозией со свежим гнойным налетом. Но уже спустя одну-две недели наступает самопроизвольное улучшение: воспалительная гиперемия уменьшается, и у наружного зева остается только венчик красного цвета, особенно выраженный на задней губе шейки вследствие мацерации ее эпителия стекающим сюда гнойным секретом (истинная эрозия). При послеродовых разрывах шейки отечная слизистая цервикального канала нередко выпячивается наружу (эктропируется) и легко кровоточит при дотрагивании. Из пораженного цервикального канала выделяется вначале гнойный, а через четыре-шесть недель слизисто-гнойный секрет.

В хроническом периоде только небольшой красный венчик вокруг наружного зева и слизистые выделения из цервикального канала могут указывать на гонорейный эндоцервицит, причем зачастую и эти признаки могут отсутствовать.

Встречается иногда латентная форма гонорейных эндоцервицитов, протекающая почти без клинических симптомов и без значительных местных воспалительных изменений.

Гонорейные эндоцервициты даже в остром периоде протекают без болей, так как шейка матки обладает небольшим количеством чувствительных нервов.

Основной жалобой больных, страдающих эндоцервицитом, являются бели. Бели вызывают увлажнение малых и больших губ, слипание их, они «крахмалят» белье желтоватыми пятнами и вызывают вторичные вагиниты и вульвиты. В хронических случаях цервикальные выделения не характерны. Обильная слизистая секреция может зависеть от хронического метрита шейки, сопровождающегося гипертрофией цервикальных желез; при бактериоскопии в выделениях находят только вульгарную флору. С другой стороны, очень малая секреция почти сухой шейки содержит иногда множество гонококков. Повышенная секреция поддерживает мацерацию плоского эпителия шейки, на которой весьма часто обнаруживают эрозии, покрывающиеся цилиндрическим эпителием, опускающимся сюда из цервикального ка-

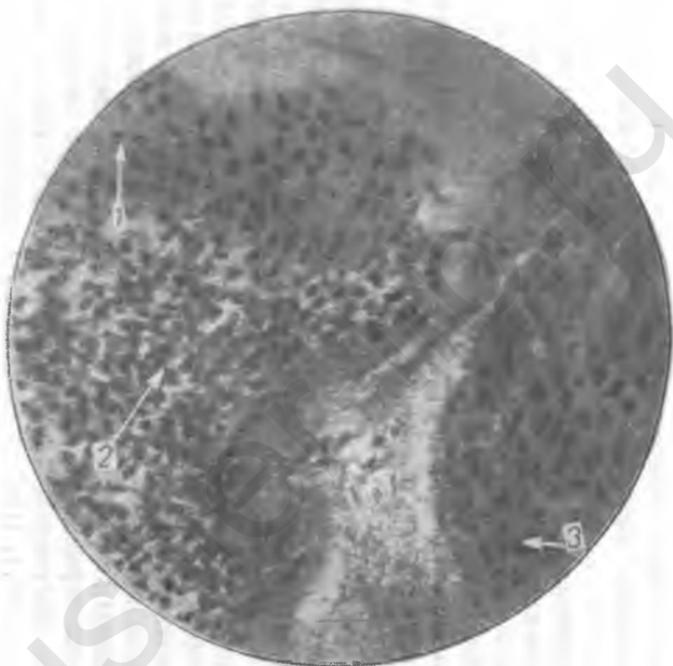


Рис. 149. Гонорейный эндоцервицит (А. И. Петченко).

1 — плоский эпителий; 2 — субэпителиальная инфильтрация из лимфоидных элементов, плазматических клеток и лейкоцитов;
3 — перигландулярная инфильтрация из тех же элементов.

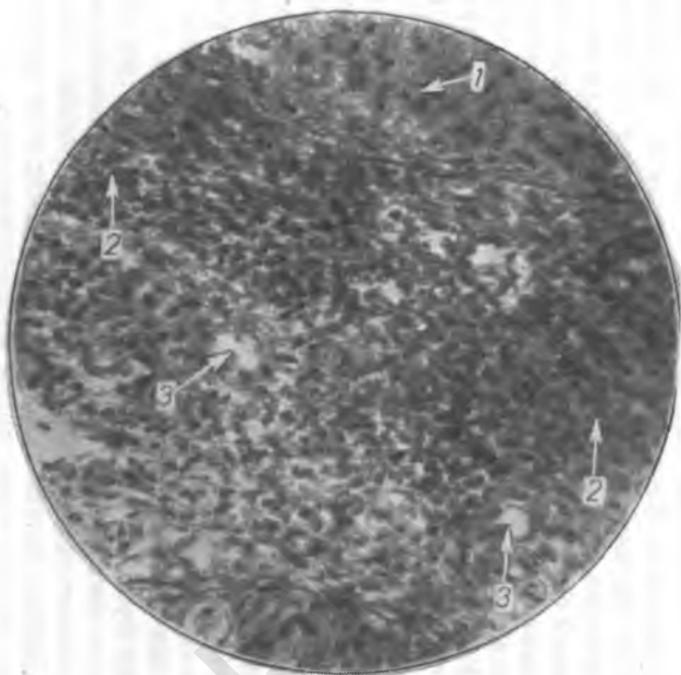


Рис. 150. Гонорейный эндоцервицит (А. И. Петченко).

1 — плоский эпителий; 2 — субэпителиальный инфильтрат из лимфоидных элементов и плазматических клеток; 3 — отдельные плазматические клетки.

нала (псевдоэрозии). Для эндоцервицитов с эрозией характерны небольшие (контактные) кровотечения после полового акта.

Распознавание гонорейного цервицита основывается на бактериоскопическом исследовании: нахождении гонококков в цервикальном секрете. Применение провокации при эндоцервицитах должно проводиться широко и последовательно. При безрезультатности исследования после провокаций следует применять активные эндоцервикальные методы: инцизии канала шейки по Кушелевскому или скарификацию с последующим наложением на шейку колпачка Кафки (на сутки). Благодаря присасывающему действию колпачка, при вскрытых скарификацией очагах, в колпачке накапливается богатый материал для мазков или посева, притом из разных отделов шеечного канала.

Реакция Борде—Жангу как диагностический метод при эндоцервиците не имеет большого практического значения, так как при гонорее шейки без поражения придатков она дает положительный результат только в 5—20%. Большое диагностическое значение имеет реакция Фейгеля. Несомненное диагностическое значение имеет вакцинодиагностика, особенно регионарная, по Бурлакову. Помимо учета результатов самой реакции, необходимо использовать введение вакцины как провокацию и брать мазки три дня подряд.

Менструальная функция нарушается незначительно. При хронических эндоцервицитах со вторичными изменениями шейки могут наблюдаться только несколько усиленные или затян timerные месячные без нарушения их ритма. Либи до иногда немного понижается; в отдельных случаях отмечается, напротив, повышенное половое влечение.

Прогноз при гонорейных эндоцервицитах, при условии тщательного лечения как шейки, так и других очагов гонореи, следует считать благоприятным: все формы эндоцервицита излечимы.

Наиболее частым *осложнением* гонореи шейки следует считать асцендирование процесса в эндометрий, трубы, тазовую брюшину. Даже латентно протекающая форма гонорейного эндоцервицита не гарантирует от внезапного перехода гонококков выше внутреннего зева при соответствующих условиях (месячные, пuerперий, интенсивная половая жизнь).

Стриктуры цервикального канала после эндоцервицита встречаются редко, чаще у нерожавших, как последствие нецелесообразного лечения (прижигание крепкими растворами медикаментов). Частыми последствиями хронических эндоцервицитов являются метриты шейки.

Профилактика гонореи шейки при заболевании уретры заключается в быстрейшем лечении последней и осторожных спринцеваниях влагалища.

Лечение эндоцервицитов должно быть местным и общим. Местное лечение в остром периоде заключается в покое и осторожных спринцеваниях под низким давлением раствором марганцовокислого калия 1 : 6000. Спринцевания производят один-два раза в день (в зависимости от количества выделений), для чего берут 1—2 л раствора. По миновании первых дней острого периода приступают к влагалищным ванночкам, техника которых та же, что при кольпитах, но перед вливанием раствора необходимо очистить цервикальный канал от слизи. Достигается это обтиранием зева и канала ватной палочкой, смоченной 10% раствором соды или перекисью водорода. В качестве лекарственных средств используются раствором колларгола (2—3%), протаргола (2—3%) или ляписа (1—3%). Шейка должна быть целиком покрыта введенной жидкостью, которая в силу капиллярности поднимается в канал и приходит в соприкосновение со слизистой. Раствор оставляют во вла-

галище на 3—5 минут. Ванночки применяются ежедневно. Спринцевания на этот период не прекращают. И спринцевания, и ванночки продолжают до исчезновения гнойных выделений.

Основной процедурой являются протирания цервикального канала ватной палочкой, смоченной 3—5% раствором протаргола, 5—8% раствором колларгола или 2—5% раствором ляписа. Протирания начинают после 8—10-дневного лечения ванночками. В хронических случаях можно начинать курс протираний без предварительного лечения ванночками. *Техника протираний* в отличие от смазываний заключается в том, что шейку захватывают пулевыми щипцами, а зонд Плейфера, обернутый ватой и смоченный лекарственным раствором, вводят в канал шейки; зонд вращают и двигают вперед и назад. Этим достигается химическое раздражение и реактивное обострение торпидно текущего гоночного процесса.

При протирании цервикального канала, как и при других эндоцервикальных процедурах, следует педантично соблюдать три правила: предварительно очищать канал от слизи и гноя ватной палочкой, смоченной 3% перекисью водорода или 10% раствором соды, не заходить за внутренний зев и пользоваться стерильным материалом.

При эрозиях применяют дополнительное лечение тампонами с иктиол-глицерином или протаргол-глицерином. Действие тампонов основано на гигроскопичности глицерина, отсасывающего цервикальный секрет из глубины шейки. При застарелых эрозиях проводят лечение их диатермокоагуляцией или диатермокоагуляцией шейки матки.

Лечение витаминами (А, В, С) весьма показано при длительном течении гонорей, особенно у больных с ослабленным питанием. Местное лечение гонорей шейки и других очагов должно комбинироваться с вакципотерапией, химиотерапией и пенициллинотерапией. Неспецифическим средством является аутогемотерапия в шейку матки: 2—3 мл крови, взятой из вены, вводят в толщу шейки. Успешность местной аутогемотерапии шейки матки зависит от повышения ее иммунных свойств, вызывающих уменьшение воспалительной реакции тканей; имеет значение и механический фактор: выдавливание секрета глубоких цервикальных желез введенной кровью («массаж желез»). Курс состоит из четырех-шести инъекций (см. «Лечебные схемы», стр. 228).

Вакципотерапию при гонорейных эндоцервицитах большинство авторов также применяет регионарно: по Букура — в толщу шейки или по Бурлакову — под слизистую цервикального канала. Следует применять средние дозы, начиная от 50 млн. микробных тел, постепенно доводя их до 600 млн. микробных тел (шесть инъекций). Ввиду того, что впрыскивать в шейку большое количество жидкости трудно, следует пользоваться вакциной высокого титра (2 млрд. микробных тел в 1 мл), распределяя вводимое количество на три-четыре инъекции.

Химиотерапия сульфаниламидными препаратами играет большую роль в лечении гонорей цервикального канала. Однако при пользовании этими препаратами необходимо помнить о химиорезистентности гонококков: в последние годы результаты химиотерапии гонорей заметно ухудшились вследствие злоупотребления приемами сульфаниламидов. Лечение гонорей малыми дозами сульфаниламидов также приводит к сульфаниламидорезистентности и способствует переходу гонорей в латентную форму (Хагерман). Лучше применять большие дозы, но не длительное время: назначать норсульфазол по 1.0 через четыре часа, всего 18—20 г на курс.

Пенициллинотерапия и лечение другими антибиотиками проводится в значительных дозировках, лучше всего по дюрантному способу.

Мы рекомендуем при гонорее нижнего отдела гениталий (включая острые и хронические эндоцервициты) 600 000 ЕД, а при комбинированной гонорее — 900 000 — 1 млн. ЕД антибиотиков (см. ниже «Лечебные схемы»).

Некоторые очаговые формы хронического эндоцервицита не поддаются действию пенициллина. Для терапии хронических гонорейных эндоцервицитов с глубокими железистыми очагами, плохо омываемыми тканевыми жидкостями, необходимы активные эндоцервикальные методы лечения. При наличии поверхностно расположенных *ovula Nabothi* следует производить их прокол, что устраняет здесь очаг гонококков и улучшает кровообращение шейки. При глубоко расположенных кистовидно измененных железах методом выбора является аутогемотерапия, причем кровь вводится в шейку матки. Инцизии слизистой цервикального канала, рекомендованные, как сказано выше, А. П. Кушелевским для диагностических целей, применяют и для лечебных целей; после инцизии вводят в цервикальный канал на 20 минут турунду с норсульфазолом. Метод этот эффективнее, чем скарификации канала шейки матки.

Из физиотерапевтических методов при лечении эндоцервицитов применяют горячие общие сидячие ванны, облучение кварцем, диатермию, влагалищное грязелечение. Почти все эти методы лечения применяются в хронической стадии и носят характер вспомогательных. В упорных случаях хронической цервикальной гонорее с успехом применяют диатермокоагуляцию канала шейки. Быстрое введение и выведение головчатого электрода вызывает поверхностную коагуляцию слизистой, достаточную для опорожнения скрытых очагов и вместе с тем не вызывающую рубцовых изменений канала (Т. А. Кандинова, 1945, П. В. Толстов, 1959).

Если подобные методы не дают излечения, то при соответствующих показаниях (метрит шейки, множественные *ovula Nabothi*, упорные эрозии, *ectropion*) остается прибегнуть к диатермокоагуляции или конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдорфу.

При цервикальной гонорее, в отличие от других очагов заболевания, всегда имеется опасность перехода процесса выше внутреннего зева, поэтому в процессе лечения необходимо принимать соответствующие *профилактические* меры. В остром периоде эндоцервицита противопоказаны грубые методы исследования (бимануальное), особенно в период менструации, запрещаются все эндоцервикальные процедуры и, конечно, внутришеечные вмешательства. Диета должна быть не раздражающей, спиртные напитки, тяжелая физическая работа и физкультурные упражнения запрещаются; предписывается строгое воздержание от половой жизни. Все это особенно важно соблюдать во время менструаций, когда имеются условия, облегчающие проникновение инфекции в полость матки: зияние зева и антиперистальтика матки. В этот период больную следует уложить в постель и для уменьшения маточных сокращений назначить препараты белладонны.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛИЙ

Гонорейный эндометрит (*endometritis gonorrh.*). Гонорейная инфекция обычно проникает в эндометрий из цервикального канала, но в хронических случаях возможна реинфекция эндометрия и из фаллопиевых труб при наличии в них гонорейного процесса.

Проникшие в полость матки гонококки быстро внедряются между

эпителиальными клетками эндометрия в подэпителиальный слой, причем в истонченных слоях эндометрия, расположенных у внутреннего отверстия цервикального канала, гонококки проникают до базального слоя; в утолщенном слое эндометрия — у дна и в области верхнего сегмента матки — гонококки остаются обычно в поверхностной зоне функционального слоя. Предменструальное утолщение эндометрия препятствует глубокому проникновению гонококков до базального слоя. Межменструальная фаза в эндометрии также не создает условий для глубокого проникновения гонококков. Наиболее уязвимый постменструальный период — фаза регенерации эндометрия, когда обнажен и легко поражается базальный слой; регенерация эндометрия при этом задерживается, период менструального кровотечения удлиняется, или оно переходит в длительные мажущиеся кровянистые выделения. Если проникновение гонококков происходит в менструальные дни (фаза десквамации), то обязательно поражается базальный слой.

В острой стадии гистологические изменения эндометрия заключаются в лейкоцитарной инфильтрации подэпителиального слоя. Инфильтрат состоит из многоядерных нейтрофилов, а позднее и из лимфоцитов; в затяжных случаях преобладают плазматические клетки. Отмечается поверхностное изъязвление на многих участках функционального слоя. С наступлением менструации происходит десквамация функционального слоя и отторжение воспалительных очагов, но часть гонококков остается и быстро размножается на благоприятной для них раневой поверхности базального слоя. Последующие менструации, конечно, могут привести к полному излечению, но самый факт попадания гонококков первично или вторично на поверхность базального слоя дает иногда повод к развитию хронического гонорейного эндометрита, который ограничивается обычно отдельными изолированными очагами.

В тяжелых случаях гонорейного эндометрита после отторжения функционального слоя новый не отрастает, так как базальный поврежден воспалительным инфильтратом; менструальный цикл при этом нарушается, гормоны (фолликулярный и желтого тела) перестают оказывать влияние на регенеративную способность базального слоя. Только через шесть-восемь недель, а иногда и позднее, эндометрий начинает реагировать на гормональные импульсы со стороны яичника, и снова нарастает настоящий базальный слой. Все же в первой слизистой, уже способной к образованию пролиферационной и секреторной фазы, еще долгое время в базальном слое попадают воспалительные инфильтраты с круглыми и плазматическими клетками.

Жалобы больных при гонорейных эндометритах неоднородны. В значительной части случаев проникновение инфекции в полость матки не сопровождается никакими симптомами, в других случаях, однако, могут наблюдаться бурные явления. Основным и наиболее постоянным симптомом гонорейного эндометрита являются *выделения из матки*, которые в первые дни заболевания носят кровянисто-гнойный, а в последующие — принимают слизисто-гнойный или слизисто-гнойно-кровянистый характер. У нерожавших нередко схваткообразные боли вследствие затрудненного оттока выделений. Ближайшие менструации затягиваются, становятся обильнее и нередко наступают на два-три дня раньше срока. Иногда появляются небольшие кровотечения в дни овуляции (12—14-й день менструального цикла); эти кровотечения сопровождаются обычно «межменструальными болями». В тяжелых случаях гонорейного эндометрита кровянистые выделения могут наблюдаться в течение всего менструального цикла, усиливаясь в дни менструа-

ции. Таким образом, *более или менее обильные циклические кровотечения* являются вторым важным симптомом гонорейного эндометрита. В настоящее время гонорейные эндометриты встречаются редко. Одновременное поражение придатков всегда нарушает менструальный цикл и ведет к *ациклическим кровотечениям*. Описанные нарушения менструаций постепенно исчезают в течение трех-пяти менструальных циклов.

Частыми признаками эндометрита являются *боли*, которые сильнее выражены у дна матки. Пальпация области придатков малоболезненна. Важным признаком подострого и хронического эндометрита является зияние внутреннего зева шейки матки, которое наблюдается уже в первые недели заболевания, притом не только в период кровотечения, но и вне его. При растяжении наружного зева пулевыми шпипцами можно заметить, что истечение гнойного или серозно-гнойного секрета происходит из области, находящейся выше внутреннего зева. Выделения при эндометритах более жидкие, чем при эндоцервицитах.

Диагноз устанавливается на основании бактериоскопического исследования выделений из полости матки. Техника взятия маточного секрета для исследования довольно затруднительна, и его следует производить в стационаре, а не в амбулатории. В руководимой нами клинике используются наконечником маточного шприца Брауна. Перед употреблением этот наконечник обертывают кондомной резиной или пальцем тонкой резиновой перчатки и стерилизуют. После дезинфекции канала шейки (перекисью водорода, эфиром и спиртом) наконечник вводят выше внутреннего зева. При обратном потягивании резиновой обкладки последняя разрывается, наконечником прикасаются к стенкам эндометрия и в шприц насасывают маточное содержимое.

Профилактика эндометритов совпадает с профилактикой асцендирования гонорей в верхний отдел гениталий.

Лечение острого эндометрита сходно с лечением гонорей в период асцендирования вообще. При кровотечениях хороший эффект получают от внутривенных вливаний 5—10% раствора хлористого кальция или глюконата кальция. Внутриматочное лечение следует проводить в постменструальном периоде, когда слизистая эндометрия наиболее тонка, и лишь в том случае, если воспалительный процесс в придатках достаточно стабилизировался. С помощью шприца Брауна после дезинфекции цервикального канала (перекисью водорода, эфиром и спиртом) вводят в матку 5—10% раствор колларгола или 2% раствор протаргола, но надежнее вводить раствор пенициллина (100 000 ЕД); инстилляцию повторяют через день в количестве 4—6.

При хронических гонорейных эндометритах, когда можно думать о проникновении гонококков до базального слоя эндометрия, можно рекомендовать вводить в полость матки (после очищения цервикального канала) 300 000 ЕД пенициллина или 250 000 ЕД стрептомицина; процедура повторяется через день, всего три раза, в постменструальном периоде. Вакцинотерапия эффективна лишь в тех случаях, когда одновременно гонококками поражены и придатки. Применение сульфаниламидных препаратов внутрь дает хорошие результаты в острых случаях; при хронических же они должны применяться в комбинации с пенициллином и вакциной.

Гонорейный сальпингит; гонорейный аднексит (salpingitis, adnexitis gonorrh.). Гонорейные поражения придатков матки — труб и яичников — имеют наибольшее практическое значение по своим последствиям. Ни в одном органе гонорея не вызывает таких разнообразных и тяжелых патологических изменений, сопровождающихся различными осложнениями, как в трубах.

Частота поражения труб одновременно с поражением яичников и тазовой брюшины при острой гонорее исчисляется в 25%, при хронической — в 50%. Поражения яичников в большинстве случаев являются вторичными, зависящими от первичного поражения труб, поэтому частота оофоритов не может быть установлена с достаточной достоверностью.

Различают следующие виды гонорейного заболевания фаллопиевых труб: 1) эндосальпингит, 2) катаральный сальпингит, 3) гнойный сальпингит, 4) нодозный сальпингит, 5) пиосальпинкс, 6) аднекстумор, 7) тубоовариальный абсцесс, 8) гидросальпинкс, 9) перисальпингит, 10) тубоовариальная киста (см. для сравнения предыд. гл.).

Гонорейные поражения яичников имеют следующие клинико-анатомические формы: 1) периоофориты, 2) мелкокистозное превращение яичников, микроабсцессы (фолликула, желтого тела), 3) пиовариумы.

Гонорейные эндосальпингиты характеризуются небольшой гиперемией и отечностью и почти полным отсутствием утолщения трубы; ампулярный конец открыт и из него выделяется (особенно при надавливании) немного мутноватой серозной или серозно-гнойной жидкости. При микро-

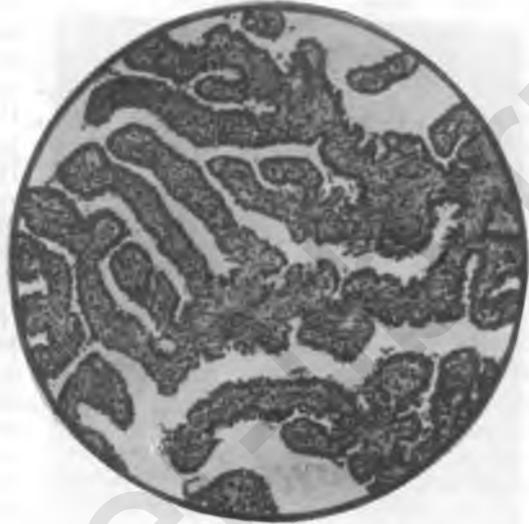


Рис. 151. Эндосальпингит. Складки слизистой отечны.

скопическом исследовании отмечается отечность трубных складок, под эпителием которых наблюдается скопление лейкоцитов; в строме складок — отечное пропитывание, расширение сосудов, немного плазматических клеток и лимфоцитов (рис. 151). При эндосальпингитах опухоль труб пальпировать невозможно, определяется лишь чувствительность по ходу трубы или близ маточных углов ее. Общее состояние больной страдает мало, боли незначительны, субфебрильная температура держится недолго.

При гонорейном катаральном сальпингите труба не значительно утолщена, гиперемирована, фимбрии ее отечны, частично склеены между собой. Из ампул вытекает в значительном количестве серозная или серозно-гнойная жидкость, которая, попадая в полость малого таза, вызывает раздражение брюшины. Воспалительный экссудат, имея отток через маточное отверстие трубы, может инфицировать эндометрий. При катаральном сальпингите воспалительная инфильтрация под эпителием и в строме складок выражена резче, чем при эндосальпингитах; эпителий складок местами слущен и образует язвенные поверхности, что способствует слипанию складок (рис. 152). Если гонорейный катаральный сальпингит не переходит в гнойную форму, то все явления быстро исчезают.

Клинические явления выражены нерезко: боли ощущаются, главным образом, при пальпации живота. Температура повышается на два-пять дней, не достигая 38°, общее состояние страдает мало. Лейкоцитоз не повышается. Реакция оседания эритроцитов умеренно ускорена (25—30 мм в 1 час по Панченкову). Если поражение ограничивается только

трубой, то можно отдельно прощупать яичник. Если в процесс вовлечен и яичник, то прощупывается умеренно болезненный конгломерат.

Гонорейный гнойный сальпингит. При нем гонококки глубже проникают в ткани трубы, внедряясь преимущественно в ампулярный конец ее.

Гонорейный гнойный сальпингит сопровождается обычно повышением температуры (выше 39° в первые дни) и дает более тяжелую общую картину заболевания, чем катаральный. При пальпации определяется весьма болезненная труба, утолщенная (ампулярная) часть которой не-

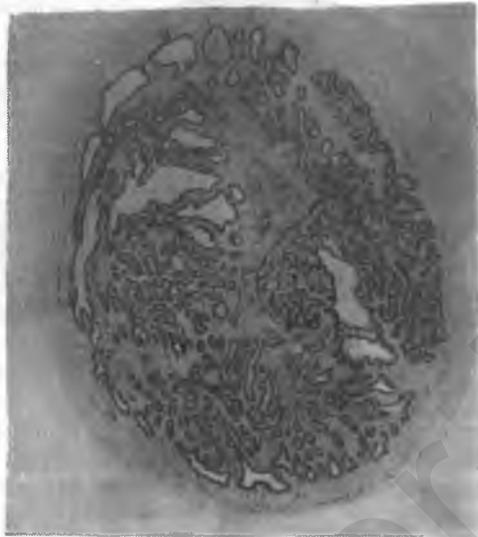


Рис. 152. Гонорейный катаральный сальпингит. Складки слизистой местами слиплись, пла-

вскают в экссудате. несколько провисает, но не опускается в заднее дугласово пространство (что характерно для негнойных сактосальпингитов). Реакция оседания эритроцитов значительно ускорена (40—70 мм). Лейкоцитоз в первые дни умеренно повышен (10 000—12 000), но быстро приходит к норме.

В строме складок слизистой трубы происходит резкая пролиферация клеточных элементов — лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток, в результате чего складки на вершине колбовидно утолщаются и плавают в обильном гнойном секрете, выполняющем полость трубы. Эпителий на верхушках складок трубы отторгается, образуя изъязвления; эти обнаженные от эпителия участки складок легко слипаются между собой, образуя

характерную мелкопетлистую сеть (рис. 153). В фимбриальной части происходит закрытие брюшного отверстия трубы вследствие слипания пластическим экссудатом отдельных утолщенных фимбрий.

Труба в *острой стадии* утолщена (с палец), гиперемирована, покрыта у ампулярного конца или в области отдельных фимбрий фиброзно-гнойным налетом. Гной находит себе выход через брюшное или маточное отверстие трубы. В случае выхода гноя в полость брюшины наступают резкие перитонеальные явления, а впоследствии образуются сращения фимбриального конца с брюшиной, яичником, маткой, с окружающими органами (гонорейный адгезивный сальпингит, перисальпингит). В *хронической стадии* труба умеренно утолщена, ампулярный конец обычно запаян, фимбрии атрофированы. Иногда труба мягковата вследствие частичного рассасывания экссудата.

При гонорейном нодозном сальпингите, встречающемся только в хронических случаях гонореи, в трубе находят узловатые утолщения, состоящие из небольших полостей или ветвистых ходов величиной от крупной горошины до лесного ореха, наполненных серозной жидкостью или гноем (рис. 154). Гонорейный нодозный сальпингит при бимануальном исследовании определяется как ограниченное, четкообразное болезненное утолщение трубы близ одного из маточных углов. *Диагноз* этой формы затруднителен. *Жалобы* сводятся к постоянным ноющим болям внизу живота (А. П. Губарев). Реакция оседания эри-

троцитов ускорена (13—30 мм) при нормальном лейкоцитозе и гемограмме.

При описанных формах гонорейного сальпингита в складках слизистой труб может развиваться язвенный процесс и нагноение; тогда складки почти полностью уничтожаются, просвет трубы растягивается гнойным экссудатом, фимбриальный конец трубы запаивается, узкий просвет маточного конца трубы легко облитерируется, и она постепенно превращается в замкнутый гнойный мешок — гонорейный пиосальпинкс (рис. 155—156, табл. XI, I).

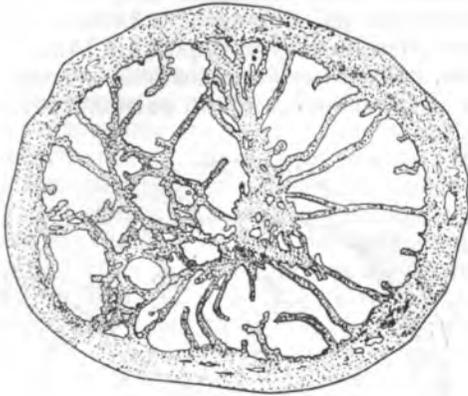


Рис. 153. Хронический гонорейный пиосальпинкс; складки слизистой слиплись.

Процесс закрытия брюшного отверстия фаллопиевой трубы был изучен Г. Ф. Цомакионом (см. гл. 6). Гнойно-фибринозный экссудат, наиболее характерный для гонореи, вытекающий из ампулы трубы, оказывает пластическое, спаивающее действие на фимбрии; бахромки трубы втягиваются внутрь ампулярного кольца и спаиваются между собой при явлениях местного фибринозного перитонита. Некоторое время верхушки бахромок еще видны, а в дальнейшем на месте их

остаются только дугообразные светлые рубцы. Спустя продолжительное время стенки пиосальпинкса приобретают характер толстой оболочки из грануляционной ткани (*membrana pyogenica*), которая, в случае вскрытия пиосальпинкса через задний свод, способна весьма длительно про-

дурцировать много гноя и оставлять свищи. Гной этот содержит, кроме лейкоцитов, много плазматических клеток. Гонококки в нем можно обнаружить только в начале заболевания; в дальнейшем гной становится стерильным или в нем появляется посторонняя флора: стафилококки, кишечная палочка и др. В гистологических срезах гнойно воспаленной трубы в субэпителиальном слое, а также вокруг капилляров в складках труб можно обнаружить плазматические клетки. По Улезко-Строгановой, более типичными для гонореи следует считать ксантомные клетки — крупные ячеистые клетки, наполненные двоякопреломляющим веществом; их роль заключается в удалении липоидоподобных продуктов распада.



Рис. 154. Гонорейный нодозный сальпингит. На мезосальпинксе милиарные туберкулезные высыпания (Келли).

Диагноз пиосальпинкса устанавливается по округлой или овоидной форме сильно увеличенной трубы или извитой (ретортообразной) форме при менее крупных опухолях. Опухоль всегда ограничено подвижна, плотно-эластической консистенции, различной степени болезненности, не

доходит до стенки таза или соприкасается с ней на ограниченном пространстве, чем и отличается от параметрита.

Гонорейный пиосальпинкс в остром и подостром периодах вызывает значительное повышение температуры; в хронических случаях часто дает обострения. По величине пиосальпинкс обычно меньше гидросальпинкса, имеет больше тенденции к опущению в дугласово пространство, симулируя гнойный эксудативный периметрит или пельвеоперитонит. Старый пиосальпинкс, плотно спаянный с маткой, может симулировать фибромиому матки, тем более, что гной его из-за плотности стенок трубы не всасывается и не вызывает повышения температуры. Анализ крови, реакция оседания эритроцитов, повторные исследования отделяемого помогают установить диагноз. Если пиосальпинкс располагается

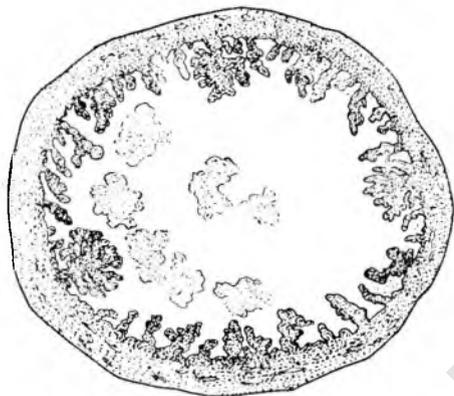


Рис. 155. Гонорейный пиосальпинкс. Резко круглоклеточная инфильтрация стенок трубы; остатки складок слизистой.



Рис. 156. То же. Складки слизистой почти исчезли.

в дугласовом пространстве и оказывает давление на мочевой пузырь или прямую кишку, то у больной могут развиваться дизурические расстройства или запоры.

В единичных случаях (при неполном зарастании маточного отверстия трубы) может периодически происходить прорыв гнойного эксудата в полость матки, причем размеры опухоли трубы заметно уменьшаются (*pyosalpinx profluens*).

К трубе благодаря сращениям нередко припаяется яичник, причем в большинстве случаев он не принимает существенного участия в воспалительном процессе. Если спайки весьма значительны, причем труба и яичник неразличимы и образуют одну опухоль, то последнюю называют *adnexitum*. Эта опухоль — результат хронического процесса — утолщение стенки старого пиосальпинкса; яичник при этом замурован в спайках и скрыт в витках трубы, кистозно перерожден и функционально неполноценен. *Adnexitum* плотен, иногда бугристый, умеренно болезнен, малоподвижен. Пальпаторная и перкуторная границы опухоли из-за спаек с кишечником не совпадают: перкуторная граница на 1—3 см ниже пальпаторной (симптом Окинчица), но перкуссия в области верхней части подвздошной кости, в отличие от параметрита, дает тимпанит (отрицательный симптом Гентера).

Гонорейный тубоовариальный абсцесс. Диагностика

его затруднительна; ему присущи пальпаторные признаки, характерные для пиосальпинкса и пиовария. Во многих случаях, где подозревается пиовариум, можно по истечении полутора-двух месяцев думать об образовании тубоовариального абсцесса. При гонорее почти всегда придатки другой стороны увеличены; при неспецифических процессах, как и пиовариум, тубоовариальный абсцесс большей частью одностороннее заболевание.

Весьма частым хроническим гонорейным поражением трубы является мешотчатая опухоль трубы с серозным содержимым — гонорейный гидросальпинкс. Происхождение его недостаточно ясно: одни полагают, что он образуется из пиосальпинкса, а другие — что он развивается первично. Гонорейный гидросальпинкс при бимануальном исследовании дает ощущение опухоли эластической консистенции, малоблезненной, по очертаниям напоминающей пиосальпинкс, но с более ясным контуром и с более выраженными изгибами. Иоахимовиц считает, что гидросальпинкс может образоваться очень быстро, иногда в течение нескольких часов. Медленное рассасывание мешотчатых опухолей трубы, несмотря на длительное лечение, является одним из диагностических признаков этих опухолей. Пальпация яичника отдельно от трубы удается в большинстве случаев гидросальпинкса; напротив, при пиосальпинксах из-за болезненности и обширных сращений прощупать яичники отдельно в большинстве случаев не удается.

На месте бывшего эксудата, выступавшего из ампулярного конца трубы, остаются пластические перепонки и сгустки, которые под влиянием перемещения подвижной трубы превращаются с течением времени в паутинные перепонки и тяжи — гонорейный перисальпингит.

Остатки рассасывающегося эксудата образуют сетевидные, паутинные или нитевидные сращения, окутывающие яичник. При наличии пиосальпинкса последний заворачивается вокруг яичника и, покрывая его сращениями, нередко целиком его замуровывает.

Яичник вовлекается в гонорейный процесс вторично, и в $\frac{3}{4}$ случаев поражение яичников при гонорее — это спаечно-рубцовый процесс (perioophoritis) с первоисточником в трубах. Такие перипроцессы требуют особого внимания ввиду вызываемого ими бесплодия, болей, задержки газов, а главное — расстройств менструально-овариального цикла вследствие нарушения функций фолликулярного аппарата и желтого тела.

Бимануально перисальпингиты (периоофориты) диагностируются на основании ограниченной подвижности придатков и болезненности при смещении их во время исследования. Большая часть больных, страдающих гонорейными сальпингитами, с течением времени становится здоровыми и работоспособными; у большинства из них остается только бесплодие и пониженное половое влечение.

Около 20% таких больных продолжает оставаться хрониками. У них наблюдаются расстройства менструации, боли, вздутия кишечника, а в более свежих случаях и явления частичной непроходимости, запоры, бели, боли при половом акте, бесплодие, дизурические расстройства, невозможность выполнять тяжелую физическую работу. Характерно, что интенсивность болей и других жалоб не соответствует обширности спаечно-рубцовых изменений в тазовых органах; в ряде случаев обширный диффузный адгезивный пельвеоперитонит обнаруживается как случайная находка при операциях, не связанных с наличием спаек. Иногда же незначительные спайки или тяжи могут вызвать жестокие боли, длительные кровотечения или явления частичной непроходимости.

Для диагностики проходимости труб при сращениях их широкое

распространение получил метод продувания труб (пертубация). При дизурических расстройствах необходимо производить цистоскопию.

Гонорейные тубоовариальные кисты легко смешать с интралигаментарными кистами яичника и гидросальпинксами. Диагноз ставится на основании следующих данных: прощупывание ретроортобразной опухоли, малоподвижной, безболезненной; при этом невозможно прощупать отдельно яичник, если женщина много и часто болела воспалением придатков. Нормальный состав крови, гонорейный анамнез и положительная кутанная вакцинореакция подтверждают диагноз тубоовариальной кисты гонорейной этиологии.

Яичники, как правило, поражаются гонореей вторично. Воспалительный экссудат с гонококками, вытекая в брюшную полость из ампу-



Рис. 157. Гонорея придатков матки (вид сзади). В правом яичнике абсцесс желтого тела: слева — сальпингоофорит. Адгезивный периметрит и периаднексит.

лярного конца трубы, попадает на поверхность яичника. Содержащиеся в гное гонококки вызывают воспалительную реакцию на поверхности яичника, не нарушая вначале функции фолликулярного аппарата. Эпителий брюшины, окружающей яичник, сливается, и между яичником и трубой образуются спайки.

Продолжительная застойная гиперемия в малом тазу, вызванная воспалением тазовых органов, и хроническая интоксикация приводят к преждевременному созреванию фолликулов с патологическими изменениями их структуры в виде мелкокистозного превращения яичников. Его не следует считать безусловно патогномичным для гонореи, так как оно может наблюдаться и при других воспалительных или дегенеративных процессах и дисгормонозе, но частота его при гонорее неоспорима.

Сравнительно редко гонококки проникают в растущий или созревающий фолликул. Гной, попавший из трубы на яичниковый эпителий, может вызвать гонорейный абсцесс фолликула в момент разрыва последнего. Так как для скопления гноя полость уже имеется, то такие абсцессы называют ложными фолликулярными абсцессами яичника. Если гонококк попадает в желтое тело, то подобным же образом развивается псевдоабсцесс желтого тела гонорейной этиологии. В обоих случаях яичник увеличивается и может достичь размеров куриного яйца. В процесс вовлекается яичник только на одной стороне.

Абсцесс фолликула или желтого тела (табл. XI, 2, рис. 157) диагно-

стируется с трудом, потому что пораженный яичник плотно спаян с трубой. Подозревать абсцессы в яичнике можно на основании длительной лихорадки и наличия большой округлой опухоли (до куриного яйца величиной), прощупываемой наряду с удлиненной опухолью трубы.

В ряде случаев дело доходит до образования гонорейного гнояника яичника (pyoovarium), причем гонококки и присоединившаяся к ним другая инфекция вызывают глубокий распад тканей яичника. В этих случаях лютеиновый слой разрушается, в оболочке абсцесса появляются скопления лейкоцитов и псевдоксантомных клеток, возникает грануляционная ткань с наличием лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток. В случаях разрушения перегородки между стенкой проosalpinкса и абсцессом яичника образуется общая гнойная полость — тубоовариальный абсцесс.

Диагноз гнойника яичника устанавливается на основании многодневной гектического характера температуры (с большими ремиссиями). При этом на некотором расстоянии от матки находят округлую, с неясными контурами малоподвижную, флюктуирующую и болезненную опухоль. Диагноз становится вполне достоверным, если над опухолью или сбоку от нее определяется утолщенная и окруженная спайками труба.

Мы не касались хронических поражений матки при гонорее. Такие поражения наступают поздно, по миновании инфекционного периода гонорей, и являются, по существу, постгонорейными.

Хронические постгонорейные метриты — частые спутники хронических гонорейных аднекситов, периаднекситов и адгезивных пельвеоперитонитов. Развиваясь в результате хронической инфекции в придатках, хронические метриты дают картину увеличенной, плотной, малоболезненной матки.

Патологоанатомически различают две стадии развития метрита: 1) стадию инфильтрации (гиперплазия соединительной ткани) и 2) стадию индурации (сморщивание соединительной ткани). В обоих случаях имеет место постепенное развитие склероза сосудистых стенок.

Клинические проявления метрита: гиперсекреция (жидкое маточное отделяемое) и расстройства менструального цикла в виде циклических и ациклических кровотечений; иногда — тупые боли внизу живота. Расстройства менструаций далеко не всегда следует ставить в связь с метритом.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛИЙ. ТЕРАПИЯ ГОНОРЕИ АНТИБИОТИКАМИ

Прогноз при гонорее верхнего отдела гениталий хуже, чем при гонорее нижнего отдела. Пока гонококки находятся в нижнем отделе половых органов, прогноз в отношении полного выздоровления благоприятен; если же они проникают выше внутреннего зева, то прогноз в 80% становится в анатомическом смысле неблагоприятным. В отношении ликвидации инфекции прогноз благоприятен, ибо при применении современных методов лечения всегда можно добиться исчезновения гонококков из всех очагов заболевания.

Успех *лечения* зависит от ранней обращаемости, аккуратного лечения, правильного режима, полового воздержания и качества самого лечения. Чрезвычайно важно соблюдение полового покоя. Значение его видно из того факта, что у женщин, живущих во время лечения половой жизнью, отмечаются более затяжные и тяжелые формы гонорей придатков, чем у воздерживающихся. Своевременно и тщательно проведенное лечение, даже при наличии процесса в придатках, может в 20%

случаев восстановить родовую функцию женщины, что следует считать практически равноценным полной *restitutio ad integrum*.

В остром периоде гонореи придатков или при обострениях с наличием повышенной температуры, болей и перитонеальных явлений лечение следует начинать с предоставления больным органам полного покоя. Назначают постельный режим в течение всего лихорадочного периода, а также в период месячных. Следует избегать повторных влагалищных исследований, особенно инструментальных. При скоплении газов больным назначают гипертоническую клизму из 10% раствора поваренной соли 100—150 мл, вводится газоотводная трубка. Для ослабления перистальтики кишок и маточных сокращений назначают внутрь белладонну: *t-gae Belladonnae* — 8 капель два-три раза в день; экстракт дают в порошках или свечах: *extr. Belladonnae* по 0,02 два-три раза в день; при очень сильных болях — пантопон 2% 1 мл или промедол 2% 1½—2 мл подкожно. При высокой температуре и перитонеальных явлениях в качестве противовоспалительного средства применяют пузырь со льдом на низ живота два-три раза в день по два часа. Лед следует применять до спадения температуры и ликвидации перитонеальных явлений, но не дольше пяти-шести дней во избежание образования значительных сращений. Больным, которые не переносят льда, следует рекомендовать постепенный переход от пузыря с холодной водой к пузырю со льдом. Применять с самого начала местное тепло нерационально, так как это способствует затягиванию острого периода заболевания из-за излишней гиперемии внутренних гениталий и может вызвать обострение процесса. Через два-три дня после отмены льда постепенно переходят к тепловому рассасывающему лечению: сначала назначают согревающий компресс на живот, а в условиях стационара — облучение кварцевой лампой нижней половины живота. Это же лечение продолжают в первые дни подострого периода. Облучение кварцевой лампой особенно показано, если течение лихорадочного периода приняло затяжной характер.

Диета в остром периоде гонорее должна быть легко усвояемая и не раздражающая. Для лучшего промывания мочевых путей назначают обильное питье (чай, молоко, минеральные воды).

В остром периоде аднексита местное лечение уретры, шейки, бартолиновых желез и других очагов не применяют, но тщательно соблюдают все меры гигиенического содержания больных. Для этого над подкладным судном два раза в день обмывают область наружных гениталий 1% раствором хлорамина или марганцевокислого калия (1 : 10 000). Спринцевания влагалища в первые дни острого периода противопоказаны, и их можно назначать лишь тогда, когда успокоятся боли и снизится температура, причем спринцевания производят под слабым давлением жидкости. При маточных кровотечениях циклического или ациклического характера прибегают к введению хлористого кальция или назначают аутогемотерапию. Хлористый кальций не следует назначать внутрь, так как он разлагается соляной кислотой желудка. Его назначают в микроклизмах (5% раствор — 50 мл) один-два раза в подогретом виде. Еще лучше применять внутривенные вливания 10% хлористого кальция (5—10 мл). В последние годы с успехом применяется пахикарпин 3% по 5 мл внутримышечно два раза в день.

В остром периоде гонореи придатков не показаны также химиотерапия и вакцинотерапия. При значительной интоксикации (головные боли, бессонница) вводят внутривенно 40% раствор глюкозы (30—50 мл) с добавлением 300 мг аскорбиновой кислоты. С улучшением самочувствия, в конце острого периода, можно назначать инъекции собственной крови больной по 5—10 мл в ягодицу через день-два. При обширных эк-

судативных процессах в брюшине малого таза целесообразно чередовать по дням аутогемотерапию с инъекцией хлористого кальция в вену. В этих случаях назначают также пиявки, по две на каждую надпочечную область.

Через пять-десять дней, когда острые явления стихнут — температура снизится, перитонеальные явления прекратятся, процесс перейдет в подострую стадию и больная начнет передвигаться, можно приступить к местному лечению.

Местное лечение в подостром периоде должно проводиться широко в отношении уретры, вестибулярных желез и лакун, но ограниченно — в отношении шейки матки. Уретра подвергается жанетизации, инстилляции, но не бужированию; допустимы осторожные спринцевания влагалища, а спустя несколько дней и влагалищные ванночки. Но влагалищные тампоны и протирания цервикального канала применять не следует, так как ими можно вызвать сокращения матки и обострение воспалительного процесса.

Из *общих методов лечения* можно применять аутогемотерапию, а немного позднее — вакцинотерапию. Последнюю начинают с 50 млн. микробных тел, вводимых внутримышечно в ягодичу, и доводят постепенно до 800 млн. — 1 млрд. микробных тел, пока организм даст реакцию. Промежутки между отдельными инъекциями — три дня; при сильной реакции их удлиняют, но дозу не повышают. Кроме этого обычного введения гоновакцины, применяются еще, для лучшего воздействия на матку и трубы, инъекции ее в слизистую канала шейки матки или в толщу слизистой задней стенки влагалища (по Бурлакову), или в толщу самой шейки (по Букура). Начинают введение вакцины, так же, как и в ягодичу, с 50 млн. микробных тел и, постепенно повышая дозу, доходят через пять-восемь инъекций до 800 млн. и даже до 1—2 млрд. микробных тел, в зависимости от реакции. При введении в шейку реакция наступает через 20—30 минут и протекает более бурно, чем при введении в ягодичу; поэтому этот метод применяется при лечении не слишком ослабленных больных и более пригоден для стационаров.

После нескольких инъекций гоновакцины можно перейти к химиотерапии и терапии антибиотиками. Из сульфаниламидов эффективен норсульфазол. Комбинированное применение гоновакцины, химиотерапии и антибиотиков (сульфаниламиды и пенициллин или стрептомицин) одновременно с местным лечением является наилучшим из современных методов лечения гонореи верхнего отдела гениталий. Под влиянием этой комбинированной терапии гонококки исчезают из всех очагов нижних гениталий, а увеличенные придатки и экссудаты уменьшаются.

На особом месте стоит терапия гонорее антибиотиками. *Пенициллин* в сравнительно небольших дозах является одним из лучших и быстродействующих препаратов при лечении гонорейных очагов верхнего отдела женских половых органов. В сульфаниламидорезистентных случаях применяется пенициллин.

Наш сотрудник Б. С. Калинин провела пенициллинотерапию 663 больных острой и 1927 больных хронической гонореей и изучила ближайшие и отдаленные результаты этого лечения.

Больные острой гонореей получали на курс 400 000 ЕД пенициллина с числом инъекций две-четыре (дюрантно); 223 женщины из 663 были обследованы после лечения в период от шести месяцев до десяти лет. Ни у одной из них при тщательном бактериологическом и серологическом исследовании явлений гонорей не было установлено. У 1927 больных хронической гонореей после предварительной подготовки иммунотерапией (гоновакцина, лактотерапия, аутогемотерапия и др.) применя-

лось лечение пенициллином в суммарной дозе 600 000 ЕД. При осложнениях (аднекситы, периметриты, пельвеоперитониты, артриты) курсовая доза пенициллина увеличивалась до 2 млн. ЕД и назначались комбинации с рядом других антибиотиков: стрептомицином, биомицином, левомицетином, синтомицином, а также с сульфаниламидными препаратами.

Из указанных 1927 больных было обследовано в период от шести месяцев до десяти лет после лечения 1454. Из них у 77 женщин (5,4%) были обнаружены в выделениях гонококки или грамотрицательные диплококки, морфологически сходные с гонококками. У этих больных проводилась повторная комплексная терапия с выявлением и лечением очагов поражения. У остальных женщин клинически, бактериоскопически и серологически явлений гонорей не было отмечено.

Из осложнений при пенициллиновой терапии чаще всего наблюдалась крапивница, появляющаяся в сроки от 5 минут до нескольких суток после начала лечения. Наблюдались также реакции на пенициллин в виде ангионевротического отека и синдрома, напоминающего сывороточную болезнь. Поэтому при длительном применении пенициллина необходимо систематически проводить лабораторный контроль на микрофлору влагалища, грибки рода кандиды альбиканс, мочроты, испражнений, мочи (С. И. Позен, 1957).

Устранению пенициллинорезистентности гонококка способствует применение других антибиотиков. В настоящее время применяется целый ряд высокоактивных антибиотиков: стрептомицин, синтомицин, биомицин, левомицетин и др.

Стрептомицин. Преимуществом стрептомицина перед другими антибиотиками является то, что его можно применять небольшими дозами на курс лечения. И. М. Порудоминский назначает 1 г при неосложненной гонорее и 1,5—3 г при осложненной и хронических формах гонорей. В амбулаторных условиях его можно вводить с интервалами в 12—24 часа. Недостатком стрептомицина является сравнительно быстрое развитие устойчивости у чувствительных к нему микробов. Поэтому его следует применять главным образом в случаях неудач после лечения пенициллином или совместно с последним (см. «Схемы», стр. 228).

Синтомицин является неочищенным препаратом левомицетина. Он обладает некоторой токсичностью, его можно назначать внутрь. К. А. Карышева и К. С. Чемеринская (1954) считают, что синтомицин эффективнее, чем пенициллин и стрептомицин. Синтомицин может быть применен у больных, безуспешно леченных пенициллином или стрептомицином, а также у больных, которые по тем или иным условиям не могут являться повторно к врачу для получения инъекций пенициллина. При гонорее нижнего отдела гениталий у женщин И. М. Порудоминский рекомендует курсовую дозу в 10 г в течение четырех дней: первые два дня по 3 г и последующие два дня по 2 г. При острой восходящей гонорее у женщин, а также при хронической гонорее рекомендуют 12—15 г синтомицина в течение четырех-пяти дней. Разовые дозы в 0,5 г назначают через равные промежутки времени с ночным перерывом в 8 часов. Беременность не является противопоказанием для применения синтомицина.

Побочные явления в виде головной боли, тошноты, жидкого стула и учащенной дефекации не препятствуют продолжению лечения синтомицином. При появлении рвоты, кожных высыпаний, повышении температуры и т. п. лечение синтомицином следует прекратить. Для уменьшения побочных явлений рекомендуется назначать витамины В₁ и С.

Левомицетин. С. А. Артемьев, О. И. Ньюникова, А. Б. Жаров и др.

пришли к выводу, что левомецетин является весьма эффективным средством в терапии гонорей. Он может быть применен в тех же случаях, что и синтомицин. Женщинам с гонореей нижнего отдела гениталий рекомендуется курсовая доза в 5 г в течение двух дней: первый день — 3 г, второй день — 2 г. Разовые дозы назначают через равные промежутки времени с ночным перерывом в 8 часов. Женщинам с восходящей гонореей, а также при лечении больных хронической гонореей рекомендуется 6—7 г (по 0,5 шесть раз в сутки) левомецетина. Побочные явления — те же, что и при лечении синтомицином, — не препятствуют продолжению лечения левомецетином. Прекратить лечение следует при появлении кожных высыпаний, при повышении температуры и т. п.

Биомицин. Действие биомицина при гонорее женщин изучали С. А. Артемьев, Е. Н. Туранова, В. В. Ковалева (1955). Эти авторы делают следующие выводы. Под влиянием лечения биомицином уже через три-четыре часа наступают изменения морфологических свойств гонококков. Отношения к окраске по Граму гонококки под влиянием биомицина не изменяют.

Для женщин с гонореей нижнего отдела мочеполовой системы курсовая доза биомицина в 3 г является достаточной для излечения; женщинам с восходящей гонореей следует применять более высокие курсовые дозы биомицина — 4—6 г. У большинства женщин с гонореей нижнего отдела мочеполовой системы после лечения биомицином наступает клиническое выздоровление. У части больных остаются постгонорейные воспалительные явления, для устранения которых требуется применение дополнительных методов местного воздействия и физиотерапия.

При лечении биомицином в дозе 3—6 г у значительного числа больных отмечаются побочные явления, в частности, поражение слизистой оболочки рта дрожжеподобными грибами. Эти побочные явления обычно легко протекают и исчезают без лечения.

А. Н. Голутвина, Н. Н. Иконников и сотрудники (1955) подчеркивают эффективность биомицина, который сокращает сроки лечения. Биомицин переносится хорошо и только иногда вызывает безболезненное учащение стула.

* * *

Таким образом, для лечения гонорей могут быть применены различные антибиотики. Но все же пенициллин остается ведущим средством лечения острой и хронической гонорей женщин. Применяемые при этом дозы пенициллина почти не вызывают побочных явлений и осложнений. Препарат с успехом применяется и местно при эндоцервицитах и уретритах (И. И. Каганович и С. В. Трахтенберг, 1949).

Для усиления действия пенициллина и для удержания необходимой концентрации его в крови и пораженных очагах рекомендовано одновременно с применением его введение молока или аутогемотерапия (Н. М. Овчинников, 1951, И. А. Липский и Г. М. Лапин, 1952 и др.). Но большинство гинекологов вводят пенициллин в 1/2% растворе новокаина. Мы применяем аутокровь или новокаин, но не молоко; аутокровь вводим в ягодицу или в шейку матки.

Местное лечение открытых очагов нижнего отдела гениталий при хронических аднекситах проводится более энергично, чем в остром и подостром периодах гонорей верхнего отдела. При уретритах допустимы, кроме жанетизации и инстилляций, также массаж на буже, прижигания инфильтратов под контролем уретроскопа. Влагилице можно спринцевать растворами $KMnO_4$, хлористым цинком с квасцами, фурациллином и т. п. Шейку лечат, как при хронических эндоцервицитах, влагилицем.

ными ванночками, смазываниями, вакуумтерапией — наложением на шейку банки с отрицательным давлением; при эрозиях — лекарственными тампонами, диатермокоагуляцией канала шейки и эрозий (под контролем определения лейкоцитоза, реакции оседания эритроцитов).

При хронической гонорее придатков гораздо более широкое применение, чем при острой и подострой форме, имеет рассасывающая терапия, физиотерапия, курортно-санаторное лечение. Это же лечение применяется при постгонорейных аднекситах. Из методов рассасывающей терапии вначале применяют согревающие компрессы на область живота. Действие компресса можно усилить прикладыванием к нему грелок. Большое распространение имеют сидячие ванны 32—40° продолжительностью 20—30 минут, а также общие ванны 35—37° продолжительностью 15—20 минут.

Одним из наиболее доступных физиотерапевтических методов является местная световая ванна, которая устанавливается над животом больной на 15—20 минут. К этому методу лечения нужно переходить постепенно, назначая его после согревающих компрессов, так как при слишком раннем применении световая ванна может вызвать обострение заболевания.

При затяжных экссудативно-рубцовых процессах в дугласовом пространстве, при оплотневших периметритах, фиксации матки, инфильтрации крестцово-маточных связок и т. п. мы считаем наилучшими видами физиотерапии влагалищный ионтофорез (К/Ј) или комбинацию последнего с влагалищной диатермией, которая быстро приводит к рассасыванию инфильтратов и спаек. Применение диатермии при гонорейных аднекситах может быть начато только в фазе относительной или полной стабилизации заболевания (РОЭ не выше 15 мм), но при этом нужно помнить о возможности обострения при наличии старого пиосальпинкса. Диатермия эффективна для рассасывания остатков перипроцесса; но она не оказывает заметного влияния на сактосальпинксы. В этих случаях уместно сочетать диатермию с вакцинотерапией.

Заключительным звеном в терапии многих гонорейных и постгонорейных заболеваний верхнего отдела гениталий является массаж и грязелечение. Направлять на грязелечение можно только при безусловно стабильных процессах, т. е. больных с нормальной температурой, нормальной скоростью оседания эритроцитов, отсутствием сдвигов в гемограмме. Всякое, даже незначительное обострение, с температурой выше 37,5° за последние три-четыре месяца до направления на грязи является *противопоказанием* для этого вида лечения. Кроме наружного применения грязи — «лепешки», «труссы» и т. п., в последние годы получил распространение интравагинальный метод: во влагалище через цилиндрическое зеркало вводится подогретая до 50—54° грязь, которая тупфером проталкивается до сводов. В таком положении больную оставляют на один-два часа, после чего грязь вымывают путем обильного спринцевания влагалища. Можно вводить в задний и боковые своды по грязевому тампону, завернутому в марлю; тампоны эти оставляют на 24 часа. Наилучший эффект грязелечение дает при остаточных экссудативных процессах, инфильтратах и перипроцессах. Сактосальпинксы рассасываются под влиянием грязелечения не могут; в редчайших случаях наблюдается опорожнение их содержимого через маточное отверстие трубы (sactosalpinx profluens). В большинстве случаев в результате грязелечения рассасывается тот перипроцесс, который появляется на поверхности пораженных гонореей труб и яичников. Что касается матки, то крупные «метритные» матки поддаются грязелечению и обычно к концу курса уменьшаются в объеме; при этом фиксированные ретро-

девиации становятся более подвижными, в особенности если грязелече- ние сочеталось с последующим массажем.

Около 5—6% случаев гонорейного поражения придатков не под- даются консервативному лечению, в том числе и грязелечению. В боль- шинстве случаев это пиосальпинксы, реже пиоварии или тубоовариаль- ные абсцессы. В этих случаях, исчерпав все допустимые консерватив- ные методы лечения, приходится прибегать к операции. Время назначе- ния операции не укладывается ни в какие сроки и диктуется лишь пе- реходом воспалительного процесса в относительно стабильное состоя- ние: нормальная температура, реакция оседания эритроцитов не выше 30 мм по Панченкову, отсутствие сдвига лейкоцитарной формулы влево, нормальный лейкоцитоз и отсутствие каких-либо подозрений на откры- тый, даже латентный гонорейный процесс.

Характер операции различен, в зависимости от возраста, содержи- мого опухоли трубы (гной или серозная жидкость), а также от нали- чия спаек и их характера. Если удаление малопораженных труб пред- ставляет несложную операцию, то удаление пиосальпинкса и больших овариальных и тубоовариальных образований представляет подчас большие затруднения и опасность ввиду возможного излития гноя и брюшную полость и ранения мочеточника. При молодом возрасте боль- ных ограничиваются только удалением труб, редко одного яичника; в возрасте старше 40 лет удаляют матку с придатками.

Гонорейный эксудативный периметрит, пельвеоперитонит (perimetritis, pelveoperitonitis exsudativa gonorrh.).

Гонорейный эксудативный пельвеоперитонит и периметрит (разница между ними в количестве эксудата) всегда являются вторичным заболе- ванием: следствием вовлечения в гонорейный процесс труб. Гонококки могут проникать в дугласово пространство: 1) непосредственно с изли- вающимся через абдоминальное отверстие трубы воспалительным эксу- датом при прорыве гноя в брюшную полость из пиосальпинкса, тубо- овариального абсцесса или пиовариума, 2) из субсерозного слоя трубы по лимфатическим сосудам.

Острая стадия периметрита или пельвеоперитони- та характеризуется образованием местного отека тканей с серозным пропитыванием их и образованием серозного, серо-фибринозного или (реже) гнойного эксудата. Для гонорейной инфекции характерен серо- фибринозный, богатый фибрином эксудат, обладающий пластическими свойствами, ведущий к быстрому образованию отграничивающих сра- щений.

Если эксудата немного и он быстро осумковывается, то воспали- тельный процесс не распространяется выше дугласова пространства: образуется эксудативный периметрит, а в случаях нагное- ния эксудата — гнойный периметрит или пельвеопери- тонит. По окончании острого периода (при отсутствии нагноения) на- чинается стадия организации выпота, который быстро уплотняется и выпячивает задний свод. Окончательное рассасывание выпота за- тягивается иногда на долгий срок. После рассасывания воспалитель- ного выпота остаются тяжи и сращения (perimetritis, pelveoperitonitis adhaesiva), ведущие к смещению матки и придатков и спайкам между ними.

Диагноз. При пельвеоперитоните (а тем более при периметрите), в противоположность общему перитониту, местные явления преоблада- ют над общими. Боли внизу живота при гонорейном тазовом перито-

ните более резки, чем при таком же процессе другой этиологии; они особенно выражены вначале, в период воспалительной гиперемии, но прекращаются довольно быстро. Кроме болей, в начале заболевания отмечаются тошнота, рвота, метеоризм, задержка стула. Пульс учащен, но соответствует температуре; ознобов нет. Симптом Щеткина—Блюмберга, очень резко выраженный в начале заболевания, быстро исчезает. Острый период длится не более трех-шести дней и сменяется подострым периодом, который растягивается на две-шесть недель.

В первые дни заболевания топическая диагностика не может быть проведена; через задний свод определяется только резистентность и болезненность. В последующие дни через задний свод определяется конусовидная или куполообразная опухоль, напрягающая или выпячивающая задний свод; при периметритах эта опухоль меньше и принимает форму язычка или поперечно расположенного валика. В обоих случаях границы опухоли уходят кверху и в стороны, причем при периметритах верхняя граница не поднимается выше уровня дна матки, а при пельвеоперитонитах может достигать пупка. Верхняя граница, образованная спаянными кишечными петлями и сальником, пальпируется неясно, при этом перкуторная граница не совпадает с пальпаторной (последняя выше). Выпот явно располагается позади матки, которая отодвигается кпереди и приподнимается кверху. Опухоль не прилегает тесно к тазовым стенкам, резко болезненна, плотно эластической консистенции; затем опухоль постепенно уплотняется. Слизистая заднего свода смещается свободно.

Гонорейный характер такой воспалительной опухоли устанавливается на основании наличия других клинических очагов (уретрит, цервицит), в которых были обнаружены гонококки, с учетом вышеизложенных характерных особенностей гонорейного выпота. При наличии жидкого экссудата или при нагноении его пункция заднего свода с последующим бактериологическим исследованием экссудата дает возможность поставить точный диагноз. В подостром периоде при повторном исследовании удается обычно выявить источник заболевания — утолщенную болезненную трубу или иную опухоль в области придатков.

При *дифференциальном диагнозе* нужно иметь в виду внематочную беременность (*haematosalpinx, haematocele peritubaria*). Соответствующий анамнез, отсутствие повышенной температуры, высокого лейкоцитоза и ускоренной реакции оседания эритроцитов решают диагноз в пользу внематочной беременности; при сомнениях прибегают к пункции заднего свода.

Прогноз quo ad vitam в большинстве случаев благоприятен, но нужно всегда помнить о возможности развития общего перитонита. В особенности в случаях с разрывом пиосальпинкса при наличии вторичной инфекции. В редких случаях гнойный экссудат прорывается в кишку или мочевой пузырь, что может вызывать улучшение или, наоборот, дальнейшие осложнения (пиелиты, гоносепис — при прорыве в мочевой пузырь). Прогноз для полного выздоровления неблагоприятен, так как газовые гонорейные перитониты, даже небольшие, оставляют после себя значительные спайки, требующие дополнительного лечения и отражающиеся на общем состоянии больных.

Профилактика гонорейного пельвеоперитонита и периметрита при гонорее других очагов заключается в осторожном и правильно проводимом местном лечении, соблюдении покоя во время месячных и строгого полового воздержания.

Лечение в остром периоде такое же, как при острых аднекситах: лед на живот, покой и наркотики (свечи с пантопоном, опиум, белла-

донной). При больших выпотах рекомендуется внутривенное введение 10% раствора хлористого кальция; одновременно назначают внутримышечно пенициллин (по взятии мазков на гонококки). В подострой стадии постепенно переходят на тепловые процедуры, начиная с согревающего компресса. Для ускорения рассасывания выпота применяют раствор хлористого кальция внутривенно или в микроклизмах (50 мл 5% раствора в теплом виде два раза в день), аутогемотерапию. Иногда пробная пункция заднего свода дает толчок к быстрому рассасыванию выпота, даже если при пункции добыто только немного жидкости. Если при пункции заднего свода получают гнойный выпот, то задний свод вскрывают и дренируют.

Местное лечение очагов заболевания, кроме лечения уретры, и вакциноterapia на все время развития острого экссудативного перитонита или пельвеоперитонита приостанавливаются и возобновляются лишь после падения температуры или опорожнения гноескопления.

В хронических случаях гонорейного адгезивного перитонита или пельвеоперитонита широко применяется физиотерапия. Особенно полезны влагалищный ионофорез в сочетании с влагалищной диатермией, грязелечение на курорте или влагалищное грязелечение в стационаре.

Гонорейный диффузный перитонит (*peritonitis diffusa gonorrh.*).

В мировой литературе описано только 75 случаев гонорейного диффузного перитонита (Гудман), причем только 30 из них были подтверждены бактериологически. Интересно отметить, что при диффузных перитонитах гонококки не уживаются с другими возбудителями перитонитов.

По Фигарелля (Figarella, 1938) для развития гонорейного диффузного перитонита необходимы два условия; значительная вирулентность гонококка и инфантильное состояние полового аппарата женщины. Причиной развития перитонита Иоахимовиц считает недостаточное содержание фибрина в перитонеальном экссудате, вследствие чего не могут образоваться ограничивающие процесс спайки.

Проникновение инфекции в свободную брюшную полость наблюдается обычно во время менструации или вслед за ее окончанием, или после полового акта. В редких случаях инфекция распространяется при операциях на придатках по поводу воспалительного процесса, а также при спонтанном вскрытии пиосальпинкса, тубовариального абсцесса или пиовариума.

Анатомической особенностью гонорейного перитонита является малое количество экссудата с большим количеством в нем гонококков. Нередко экссудата вовсе нет; имеется только гиперемия и отек брюшины, особенно тазовой. Кишечные петли свободны и только кое-где покрыты гнойным налетом — «сухой» перитонит.

В *симптоматологии* гонорейного диффузного перитонита необходимо прежде всего отметить внезапное начало и быстрое развитие основных симптомов «острого живота», но эти симптомы выражены слабее, чем при перитонитах, вызванных стрепто-стафилококками. В легких и благоприятно протекающих случаях перитонеальные явления держатся два-три дня, после чего быстро ослабевают. Длительность перитонеальных явлений не превышает одной недели. Температура не достигает высоких цифр. Сердечная недостаточность, падение кровяного давления, парез кишок обычно выражены резко. Смертность достигает 15—25%.

Диагноз перитонита нетруден, но этиология выясняется только после бактериологического исследования, для чего необходима лапаротомия; пункция заднего свода может и не дать материала для посева. У детей и подростков вагинит наводит на мысль о возможной гонорейной этиологии перитонита.

При *дифференциальном диагнозе* необходимо помнить об остром аппендиците и перфоративных перитонитах. Больные, перенесшие гонорейный перитонит, надолго остаются бесплодными и страдают болями и явлениями частичной непроходимости, зависящими от образования обширных спаек.

Лечение гонорейного диффузного перитонита нужно строго индивидуализировать. Нет сомнения, что лечение в более легких случаях может быть проведено консервативно и, вначале во всяком случае, выжидательно. При этом применяются подкожные и ректальные вливания физиологического раствора и глюкозы, сердечные средства, химиотерапия, пенициллинотерапия, еще лучше — стрептомицин. Из физиотерапевтических процедур можно испытать суховоздушные ванны, диатермию солнечного сплетения и применение токов УВЧ. Для устранения пареза кишечника назначают питуитрин, физостигмин, адреналин.

Если замечают угрожающие местные симптомы в области большого таза — метеоризм, напряжение брюшной стенки, а также нарастание угрожающих общих явлений (учащение пульса несоответственно температуре, рвота, парез кишок, *facies abdominalis*), то необходимо прибегнуть к срочной лапаротомии. Техника операции, по различным авторам, различна: одни оставляют в брюшной полости тампон Микулича без удаления или с удалением придатков, другие зашивают рану наглухо.

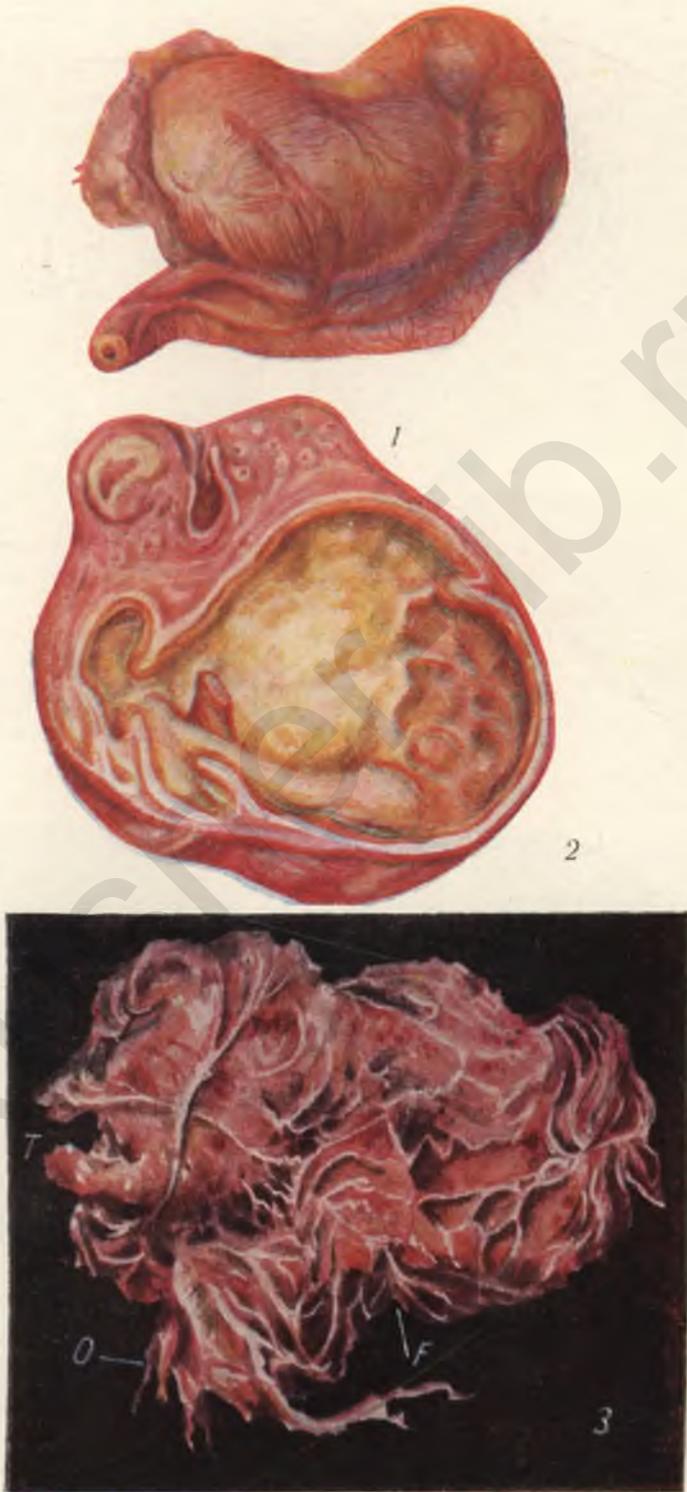
КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ

Понятие излеченности может быть двояким: а) исчезновение гонококков в выделениях (уретры, шейки, вестибулярных желез, прямой кишки), т. е. излечение открытой гонореи, и б) излечение пораженных гонорейным процессом внутренних гениталий.

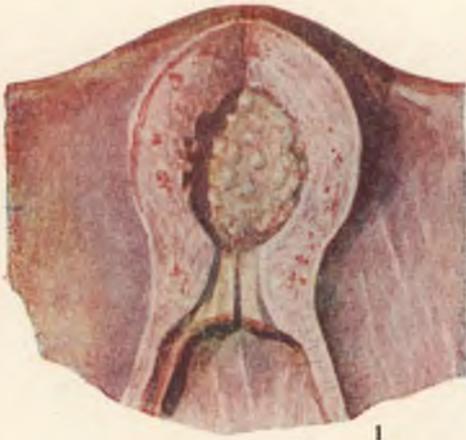
Устранение гонококков возможно во всех случаях открытой гонореи, после чего гонококки в верхнем отделе гениталий сами по себе исчезают. Полное же (анатомическое) излечение возможно в подавляющем большинстве случаев открытой гонореи, но лишь в небольшой части случаев поражений внутренних гениталий. При поражении последних нередко наблюдается клиническое излечение, но полное *restitutio ad integrum* наступает не более чем в 20—30%.

На практике важно исчезновение гонококков в выделениях. Постгонорейные воспалительные изменения в придатках могут оставаться на месяцы и даже годы. По истечении какого срока можно считать больную излеченной в смысле ликвидации открытого процесса? Большинство авторов считают излечением отсутствие гонококков в течение трех месяцев после законченного лечения, при непрерывном условии отсутствия гонококков после месячных и провокаций.

Мы применяем комбинированную провокацию: алиментарно-иммунно-химическую (см. стр. 185). Провокацию приурочивают к окончанию менструации, когда в результате усиленного прилива крови к тазовым органам создаются благоприятные условия для роста гонококков. Провокация заключается в следующем: в шейку матки вводится гоновакцина (200 млн. м. т.); при отсутствии последней в шейку матки вводится 2 мл аутокрови; уретра и цервикальный канал смазываются раствором



Гонорея придатков матки:
1 — гонорейный пиосальпинкс; 2 — абсцесс желтого тела; 3 — периаднексит; T — маточный конец трубы; O — яичник; F — фимбриальный конец трубы; (1—3 — Штекель-Рейффершейд; 2 — Амани).



1



2



3



а



б

Туберкулез женских половых органов (Вейбель):

1 — туберкулезный эндометрит; 2 — туберкулезный сальпингит и перисальпингит; 3 — туберкулезные язвы вульвы; 4 — туберкулез влагалищной части шейки матки: а — до лечения; б — после рентгенотерапии.

Люголя в разведении 1 : 4. По возможности накануне назначается алкоголь. Мазки берутся три дня подряд; в мазках при стойком излечении находят третью цито-бактериоскопическую картину — «К₃» (см. стр. 186 и рис. 143). Кроме того, после ближайших трех менструальных периодов берут мазки иногда после дополнительной провокации. Этот метод применяется как критерий излечимости после законченного курса специфической терапии.

Реакция Борде—Жангу, по В. Е. Дембской и Л. А. Залкиндю (1956), при гонорее нижних отделов половых органов женщины и открытых очагах в прямой кишке чаще всего бывает отрицательной; положительная встречается только в 15—25% случаев. При гонорее же, перешедшей за внутренний зев, и при наличии осумкованных очагов реакция Борде—Жангу в 75—80% случаев положительна. После излечения гонорей реакция Борде—Жангу в течение трех-четырех месяцев и даже трех лет может быть положительной; в дальнейшем она становится отрицательной. Таким образом, для установления излеченности реакции Борде—Жангу имеет лишь относительное значение и может быть использована как подсобный метод в совокупности с другими клиническими данными. Реакции Борде—Жангу и Фейгеля дополняют друг друга.

Для большей уверенности в излеченности гонорей необходимо проверить состояние каждого из очагов. Так, излеченность при гонорейных вульвитах устанавливается на основании исчезновения клинических явлений, однако нельзя быть окончательно уверенным в излечении вульвита до момента излечения всех вышележащих очагов — преддверия, влагалища, уретры, шейки и т. д.

Установление излеченности при гонорейных вестибулитах основывается на исчезновении гонококков и всех клинических симптомов через две-три недели местного лечения и на второй-третий день химио-пенициллинотерапии.

Критерием излеченности гонорейного бартолинита является стихание воспалительного процесса и стойкое исчезновение гнойного отделяемого, лейкоцитов и гонококков из мазков. По данным К. А. Иванова, методическое лечение бартолинитов местными процедурами, перигландулярными инъекциями, химиотерапией и пенициллином приводит к излечению бартолинитов в течение срока до двух месяцев.

О клиническом и бактериоскопическом излечении гонорейных уретритов и скенеитов можно говорить тогда, когда уретра не инфильтрирована и при массаже ее не появляется гнойных выделений и гонококков в мазках, если нет скенеитов и парауретритов и имеется третья цито-бактериоскопическая картина (К₃) в мазках.

Контроль излеченности при гонорейных эндоцервицитах надо проводить очень тщательно, так как клинические явления исчезают значительно раньше, чем гонококки, а в случаях латентной гонорей могут и вовсе отсутствовать. Для констатирования излеченности применяют серию провокаций и ведут длительные наблюдения. Перед окончанием курса лечения проводят контрольные бактериоскопические исследования. Лечение проводят до ближайших месячных, во время или после которых берут два-три раза контрольные мазки (физиологическая провокация). При отрицательных результатах анализов на гонококки и после перерыва в лечении проводят провокации алиментарную, химическую, иммунобиологическую и провокацию с помощью наложения колпачка Кафки. При отрицательных результатах всех этих провокаций больная является через месяц — тотчас после очередной менструации. При этом посещении вновь проводят химическую и иммунобиологическую провокации, после чего через 24, 48 и 72 часа берут мазки

для бактериоскопического исследования; подобные исследования производят еще два раза после очередных месячных. Следовательно, больная подвергается осмотру, провокациям и бактериоскопическому контролю в течение трех менструальных периодов.

При отсутствии гонококков во всех анализах больная освобождается от дальнейшего наблюдения.

Абсолютного критерия излеченности при гонорее при датков не существует, но по совокупности клинических, цито-бактериоскопических, серологических данных почти с полной достоверностью можно судить о наступившем излечении. Провокации должны варьировать, например: первая — алиментарно-химическая, вторая — с вакциной или аутокровью, третья — с инцизией цервикальных очагов и наложением колпачка Кафки и т. п.

Нормальный срок лечения — 6—8 недель. В течение этого периода запрещается половая жизнь. По окончании лечения больная с учета не снимается; она обязана в течение трех месяцев, после каждой менструации, являться для бактериоскопического контроля. В случае отсутствия гонококков больная к концу третьего месяца снимается с учета.

ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕЕЙ

До сего времени наблюдается недостаточное внимание к этиологии воспалительных заболеваний гениталий. Нередко больные восходящими гонорейными процессами получают общее противовоспалительное лечение, ибо этиологический фактор выявляется недостаточно внимательно. В результате такого лечения островоспалительные явления стихают, но больные продолжают быть носительницами гонококков. Не подлежит сомнению, что значительная часть женщин, длительно и часто болеющих воспалительными процессами гениталий, должна подвергнуться стационарному обследованию и лечению.

В последние годы издан ряд приказов и распоряжений об усилении борьбы с женской гонореей, о мерах выявления ее и о работе в этом направлении женских консультаций и вендиспансеров. Основные из этих приказов следующие: приказ Министерства здравоохранения СССР №806 1949 г. «О мерах по усилению борьбы с венерическими болезнями»; письмо Министра здравоохранения РСФСР от 1949 г. «О роли и задачах гинекологов в борьбе с женской гонореей», приказ Министерства здравоохранения СССР № 143 от 15.II 1951 г. «Об усилении борьбы с гонореей женщины и приказ Министра здравоохранения СССР № 3-м от 7. I. 55 г. «О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости населения венерическими и заразными кожными заболеваниями». По поводу каждого случая гонореи у женщины врач-гинеколог должен установить контакт с вендиспансером и дать все имеющиеся сведения о больной. Вендиспансер же берет на учет как данную больную, так и прочих членов семьи (мужа, детей).

Учет и обеззараживание очагов. Основой диспансерного метода борьбы с гонореей вообще и женской, в частности, является регистрация и учет. В СССР существует закон (1946) об обязательном карточном учете каждого случая венерического заболевания, как острого, так и хронического. Карточки должны находиться в вендиспансерах.

Учету вендиспансера подлежат все носительницы острой и хронической гонореи и тех форм осложненной гонореи, при которых имеются открытые очаги (в уретре, цервикальном канале, бартолиниевых железах, прямой кишке). Вендиспансер оказывает также социальную помощь и активно наблюдает за аккуратным лечением больных; наблюдение за

улучшением материально-бытовых и санитарных условий больных является второй особенностью работы диспансера.

Весьма важна обследовательская работа, которая направлена на борьбу с источниками инфекции. Работа эта прежде всего должна проходить в семье заболевшего. При венерических заболеваниях (гонореей) необходимо обследование и лечение мужа, а также детей. Если у девочек находят вульвиты или вульвовагиниты, необходимо тщательное цито-бактериоскопическое исследование выделений на гонорею.

Для выявления гонореи у женщин, проходящих систематические осмотры, А. И. Груздова (1959) предлагает следующее: каждая женщина с воспалительным процессом мочеполовой системы хотя бы в одном очаге подлежит тщательному обследованию на гонорею с применением комбинированных провокаций.

При отрицательных результатах лабораторного обследования, но стойкой клинической картине гонорейного поражения мочеполовых органов необходимо все же проводить антигонорейное лечение.

Конфронтации, как методу выявления женской гонореи, следует придавать особенное значение. Наличие у больной эндоцервицита или уретрита и особенно двустороннего воспалительного процесса гениталий побуждает лечащего врача вызвать для обследования в вендиспансер мужа.

Санпросветрарбота. Одним из важнейших и общепризнанных методов борьбы с венболезнями вообще и гонореей, в частности, является санитарное просвещение. Санпросветрарбота женской консультации (вендиспансера) должна являться частью общей санпросветрарботы, осуществляемой органами здравоохранения; она должна быть увязана с тем кругом интересов, которыми живет данная группа населения.

Санпросветрарбота внутри консультации (диспансера) во время приема должна быть направлена на разъяснение больным основных гигиенических правил, подлежащих выполнению не только во время болезни, но и в будущем. В лекциях и беседах, проводимых в консультациях и вне их, ставятся вопросы борьбы с венболезнями вообще и гонореей, в частности, социальной сущности гонореи, вопросы полового просвещения, общественной и личной профилактики. Желательно сопровождать лекции хорошей выставкой или демонстрацией диaposитивов.

Личная профилактика. Вопрос о личной профилактике после подозрительного полового сношения имеет важное значение в деле борьбы с распространением гонореи. Однако существующие методы и средства профилактики заболевания еще далеки от совершенства.

Современные средства личной профилактики женской гонореи делятся на механические и химические, хотя надежных средств, предохраняющих женщину от заражения, не существует. К механическим относится мужской кондом, применяемый и для профилактики беременности. Обладая достаточной надежностью, кондом притупляет половые ощущения. К механическим средствам, применяемым женщиной, относятся до известной степени предохранительные против беременности колпачки Мензинга, Миспа, Капки и др. Но они защищают от заражения только канал шейки матки. Ко второй группе относятся средства химические, дезинфицирующие слизистую оболочку (соли серебра, растворы гиперманганата, антибиотиков и др.). Эти средства могут принести пользу главным образом мужчинам. У женщин шансы на успех личной профилактики гонореи гораздо меньше, чем у мужчин, ввиду обилия у первых входных ворот для инфекции. Все же такие мероприятия, как

опорожнение мочевого пузыря и обмывание после сношения самой женщиной наружных гениталий мылом и дезинфицирующим раствором с последующей обработкой влагалища, уретры и цервикального канала, в ряде случаев могут оказать свое предохранительное действие. Лучше всего это производится в специальных пунктах профилактики венерических заболеваний, существующих в больших городах при вендиспансерах. С целью профилактики заражения назначаются также применяемые в вендиспансерах и консультациях для женщин сульфаниламиды и антибиотики.

Ниже приводим схемы лечения антибиотиками женской гонорей в остром и хроническом периодах.

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ЖЕНСКОЙ ГОНОРЕЙ

В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Методика I

1-й день в 9 часов	инъекция пенициллина	300 000 ЕД	внутримышечно
в 18 »	»	300 000 ЕД	»
2-й день в 9 »	» стрептомицина	250 000 ЕД	»
в 18 »	» стрептомицина	250 000 ЕД	»

Методика II

1-й день в 9 часов	инъекция пенициллина	300 000 ЕД	внутримышечно
в 18 »	» стрептомицина	250 000 ЕД	»
2-й день	биомицин по 200 000 ЕД (2 таблетки)	4 раза в день	
3-й »	» 200 000 ЕД	» » » »	
4-й »	» 200 000 ЕД	» » » »	
5-й »	» 200 000 ЕД	» » » »	

Вместо биомицина можно также назначать левомицетин или синтомицин в указанных выше дозах.

В ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Перед назначением антибиотиков — подготовка гоновакциноотерапией¹ от 200 млн. микробных тел при постепенном повышении дозы до 2 млрд. подкожно.

При введении в шейку матки дозы также увеличиваются: начинают от 100 млн. и последнюю инъекцию делают в 800 млн. — 1 млрд.

Все инъекции производятся через два дня. Доза увеличивается, если нет общей реакции на последнюю инъекцию; если реакция есть, доза не увеличивается.

1-й день в 9 час. инъекция пенициллина или стрептомицина 500 000 ЕД внутримышечно;

в 18 час. инъекция стрептомицина или пенициллина 500 000 ЕД внутримышечно;

2—6-й дни биомицин по 200 000 ЕД (2 таблетки) 4 раза в день.

Местное лечение всех очагов обязательно.

ЛИТЕРАТУРА.

Артемьев С. А., Туранова Е. Н., Ковалева В. В. Биомицин в терапии гонорейных и негонорейных воспалительных заболеваний мочеполовых органов. Вестн. венер. и дермат., 1955, 6.

Артемьев С. А., Лурье С. С., Туранова Е. Н., Ковалева В. В. Комплексное применение пенициллина и левомицетина у больных гонореей. Вестн. венер. и дермат., 1958, 6.

Артемьев С. А., Нюникова О. И., Жаров А. В. и др. Левомицетин в терапии гонорей (итоги комплексной работы). Вестн. венер. и дермат., 1959, 2.

Арутюнов В. Я. Кожные и венерические болезни. Москва, 1948.

¹ При отсутствии гоновакцины применяют аутогемотерапию в возрастающих дозах 5—7—10 мл внутримышечно, экстракт алоэ или стекловидное тело.

- Арутюнов В. Я. Лечение гонореи пенициллином в камполоне. Вестн. венер. и дермат., 1950, 5.
- Бакшт Г. А. и Петченко А. И. Гонорея женщины. Воронеж, 1936.
- Барановская Д. С. Частота и клиника поражения прямой кишки при женской гонорее. Акуш. и гинек., 1948, 6, стр. 36—37.
- Брауде И. Л. Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, 1939.
- Бубличенко Л. И. К вакцинотерапии женской гонорее. Гинек. и акуш., 1931, 2, стр. 187—192.
- Бурлаков И. Г. О местной вакцинации при воспалительных процессах женской половой сферы. Гинек. и акуш., 1930, 6, стр. 465—482.
- Васильев-Чеботарев А. А. Значение гормональных факторов в женской гонорее. Венер. и дермат., 1945.
- Голотина З. С., Мещанинова Е. А., Резникова А. И. К механизму действия пенициллина при гонорейной инфекции. Вестн. венер. и дермат., 1950, 4, стр. 29—32.
- Голутвина А. Н. Сравнительная оценка эффективности различных сульфамидных препаратов при лечении гонорей у женщин. Диссертация, Свердловск, 1947.
- Голутвина А. Н., Иконников Н. Н. и др. Биомицины в терапии женской гонорее. Вестн. венер. и дермат., 1955, 6.
- Груздова А. И. Роль смотрового кабинета при выявлении хронической гонореей женщины. Вестн. венер. и дермат., 1959, 4.
- Дембская В. Е. Женская гонорея и специфические методы лечения. Изд. «Практическая медицина», 1926.
- Дембская В. Е. Теоретические обоснования для применения стрептомицина при женской гонорее. Акуш. и гинек., 1939, 10.
- Дембская В. Е. О механизме действия стрептомицина. Казан. медиц. журн., 1939, 9.
- Дембская В. Е. и Залкинд Л. А. Гонорея женщины. Медгиз, 1956.
- Дмитриев А. И. Химиотерапия гонорее. Медгиз, М., 1940.
- Елкин М. В. Гонорея женщины и ее лечение. Изд. «Практическая медицина», Л., 1926.
- Иванов К. А. Диагностика и терапия гонорейных бартолинитов. В кн.: Научные работы Ленинградских дермато-венерологов за годы Отечественной войны, стр. 185—187, Л., 1945.
- Каганович И. И. и Трахтенберг С. В. Лечение гонорейных эндоцервицитов и уретритов инъекциями пенициллина в пораженный орган. Вестн. венер. и дермат. 1949, 1, стр. 46—47.
- Калина Г. П. Изменчивость патогенных микроорганизмов. Госмедиздат УССР, 1949.
- Калинер Б. С. О лечении женской гонорее пенициллином. Вестн. венер. и дермат., 1947, 2, стр. 35—37.
- Кан А. Г. Гонорейные заболевания женского организма. Медгиз, М., 1950.
- Каплун Э. М. Провокация скрытых форм цервикальной гонорее 10% раствором поваренной соли. Акуш. и гинек., 1950, 1, стр. 47.
- Кватер Е. И. Течение менструального цикла у женщин, больных гонореей. Сов. мед., 1940, 1, стр. 28—32.
- Кватер Е. И. и Каганович И. И. Лечение женской гонорее местным применением пенициллина. Сов. мед., 1948, 12, стр. 26—27.
- Кватер Е. И. Основные вопросы борьбы с гонореей женщины. Сов. мед., 1949, 10, стр. 36—38.
- Кушелевский А. П. Оценка критериев излеченности гонорее в акушерской и гинекологической практике. Труды Инст. акуш. и гинек., т. 1, М., 1948.
- Кушнер М. Г. К патологической анатомии гонорей женской половой сферы. Труды VIII Всесоюзного съезда акуш.-гинек., Киев, 1930, стр. 259—260.
- Ландесман А. У. и Эйнох А. И. Реакция оседания эритроцитов при гонорее у женщин. Гинек. и акуш., 1931, 5, стр. 410—413.
- Лапшина В. А. Особенности течения свежей гонореей у женщин. Вестн. венер. и дермат., 1954, 5.
- Лельчук П. Я. Вопросы диагностики гонореей у женщин. Сб. трудов инст. акуш. и гинек., Ростов на Дону, 1948, в. 8.
- Линде Е. И. Современное лечение женской гонорее. Сов. мед. 1948, 9.
- Лисовская С. Н. О причинах, обуславливающих неправильные ответы на гонококковый антиген. Вестн. венер. и дермат., 1948, 5.
- Мажбиц А. М. Акушерско-гинекологическая урология. Л., 1936.
- Майзель Е. П. Гонорея женщин. Труды Центр. ин-та акуш. и гинек., Л., 1946.
- Молдавская-Свет Е. Д. Сульфидино-нонотерапия острой гонореей женщин. Акуш. и гинек., 1946, 6.
- Овчинников Н. М. Изменчивость гонококков при пенициллинотерапии. Вестн. венер. и дермат., 1948, 2.

- Орлова М. Е. Дегенерация гонококка в выделениях женских половых органов. Сб. трудов акуш.-гинекологического института Ростов на Дону, 1948, в. 8.
- Петченко А. И. Вакцинодиагностика женской гонорейи в условиях стационара. Гинекологический и акушерский журнал, 1931, 5, стр. 84—92.
- Петченко А. И. Аутогемотерапия в шейку матки при женской гонорее. Акушерский и гинекологический журнал, 1936, 2, стр. 230—234.
- Петченко А. И. Дополнительные методы диагностики женской гонорейи. Л., 2ЛМИ, 1938.
- Петченко А. И. К вопросу о классификации женской гонорейи. Сб. Ленинградского института дерматологии и венерологии, 1945.
- Петченко А. И. О значении некоторых гематологических данных цитологии гонорейного гноя для диагностики женской гонорейи. Сов. врач. журнал, 1937, стр. 22.
- Позен С. И. Побочные действия и осложнения при пенициллиновой терапии. Вестник венерологии и дерматологии, 1957, 6.
- Порудоминский И. М. и Петченко А. И. Гонорейи мужчин и женщин. Медгиз, М., 1947.
- Порудоминский И. М. Синтомицин в терапии гонорейи. Вестник венерологии и дерматологии, 1955, 6.
- Савицкая О. Ю. и Добров Б. М. О динамике реакции на гонококковый антиген при лечении гонорейи у женщин. Акушерский и гинекологический журнал, 1950, 1.
- Сельков Е. А. О некоторых закономерных изменениях клеток гноя и крови при лечении гонорейи. Докторская диссертация, автореферат, 1958.
- Симанович Э. А. Клинико-гистологическая картина гонорейных эндоцервицитов, леченных сульфамидными препаратами. Кандидатская диссертация, автореферат, М., 1950.
- Софронова О. А. Опыт пенициллинотерапии женской гонорейи. Вестник венерологии и дерматологии, 1948, 6.
- Сперанский В. А. Пенициллинотерапия сульфамидоустойчивых форм гонорейи. Вестник венерологии и дерматологии, 1949, 1, стр. 25—27.
- Тимаков В. Д. и Скаврская А. Г. Изменчивость микроорганизмов. БМЭ, т. II, стр. 78—113.
- Туранова Е. Н. Экспериментальное изучение влияния пенициллина на функцию яичника. Сб. Центр. кожно-венер. институт, 1948, 10.
- Фейгель И. И. Диагностика женской гонорейи реакцией на гонококковый антиген. Медгиз, 1941.
- Фейгель И. И., Добров Б. М. Усовершенствование диагностики гонорейи у женщин при помощи реакции на гонококковый антиген. Акушерский и гинекологический журнал, 1949, 6.
- Фролов Ф. Ф. Пенициллин в аутокрови при лечении гонорейи. Вестник венерологии и дерматологии, 1950, 4, стр. 48—50.
- Харченко А. М. Сравнительная оценка некоторых методов пенициллинотерапии гонорейи у женщин. Вестник венерологии и дерматологии, 1950, 5, стр. 54—56.
- Целищева А. Д. Клиника и диагностика ано-ректальной гонорейи у женщин. Казах. мед. журнал, 1938, 8—9.
- Asch R. Mschr. Geburtsh. Bd. XLV, 1927.
- Bucura C. Entzündliche Erkrankungen der weibl. Geschlechtsorgane. Sping. Wien, 1930.
- Buschke A. u. Langer E. Lechrbuch der Gonorrhöe. Sping., Berlin, 1926.
- Figarella. Rev. fr. gyn., 9, 1938.
- Franz R. Die Gonorrhöe des Weibes. Sping., Wien, 1927.
- Kelly H. Operative Gynecology. London, Kimpton., 1900.
- Mazer a. Israel. Menstruel Disorder a. Sterility. Hoeber, 1, Lond., 1946.
- Wagner G. A. Gonorrhöe des weiblichen Geschlechtsapparates. Hald. u. Seitz. Bd. V, I

Глава 8

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. БРУЦЕЛЛЕЗ ГЕНИТАЛИЙ

Туберкулез гениталий. Частота туберкулеза женских половых органов. Локализация туберкулезного процесса в различных отделах гениталий. Классификация. Клиническое течение. Связь туберкулеза гениталий с туберкулезными поражениями других органов. Диагностика. Прогноз. Профилактика и терапия. Бруцеллез гениталий.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЕНИТАЛИЙ

Частота туберкулеза женских половых органов определяется различно как патологоанатомами, так и клиницистами и колеблется в пределах 1—30% от числа больных воспалительными процессами гениталий. Н. И. Горизонтов определял частоту туберкулеза гениталий в 9,5%. На материале руководимых нами клиник этот процент равнялся 6—8.

Локализация туберкулезного процесса в различных отделах гениталий (табл. XII), по данным Н. И. Горизонтова, В. А. Покровского и нашим, приблизительно такова: туберкулезное поражение труб встречается в 85—90%, туберкулез эндометрия — в 25—50%, туберкулез яичников — в 15%, туберкулез влагалищной части шейки матки — в 12%, туберкулез вульвы и влагалища — в 2—3%.

По мнению большинства авторов, туберкулез женских половых органов является вторичным; по мнению Гегара, встречаются случаи первичного туберкулеза. Пути распространения туберкулезного процесса: лимфогенный, гематогенный и каналикулярный; последний признается не всеми авторами.

Классификация. Не касаясь устаревших классификаций, главным образом французских авторов, мы придерживаемся современной классификации В. А. Покровского, по которой туберкулез женских половых органов делится на следующие формы: 1) продуктивная; 2) экссудативно-продуктивная; 3) казеозная с обызвествлением и инкапсуляцией очагов и 4) казеозная — диффузная.

1. *Продуктивная форма.* В свежих случаях чаще всего поражаемый орган — трубы — немного утолщен и инъецирован. В толще слизистой или на серозном покрове — отдельные бугорки. В хронических случаях наблюдается картина неспецифического сальпингита: фимбриальные концы трубы запаяны, она окружена спайками; нередко эта опухоль, типа крупного гидросальпинкса, окружена ложнобрюшинными кистами (сероцеле, адгезивный периметрит, периаднексит). В более тяжелых случаях находят фиброзные изменения стромы слизистой трубы, в мышечном слое ее — периваскулярные инфильтраты из лимфоидных элементов, отдельные бугорки. Серозный слой утолщен. Матка обычно не поражается.

2. *Экссудативно-продуктивная форма.* Придатки представляют собою конгломерат — аднекстумор. На серозном покрове — высыпание туберкулезных бугорков (рис. 158). На трубах нодозные утолщения с поражением мышечного слоя, в просвете труб — гной или казеозный распад, иногда наблюдается образование пиосальпинкса. Нередки пораже-

ния яичника в виде пиовариума размером до кулака с толстой стенкой, покрытой творожистым распадом. Могут встречаться и тубоовариальные абсцессы. В матке иногда наблюдаются явления туберкулезного эндометрита (рис. 159).

3. *Казеозная форма с обызвествлением и инкапсуляцией очагов.* Трубы утолщены, сероза усеяна туберкулезными бугорками. В просвете труб — казеозный распад. В тяжелых случаях труба и яичник спаяны в один конгломерат (рис. 160); при этом иногда образуется абсцесс дугласова пространства. Казеозные массы окружены валом из лимфоидных и эпителиоидных клеток, мышечный слой инфильтрирован, микроскопически обнаруживаются характерные для этой формы обызвествленные участки (петрификаты).

При этой форме туберкулеза постоянно встречается туберкулезное поражение матки: казеозное изменение слизистой с бугорками, реже — единичные туберкулезные бугорки. В яичниках нередко находят гной (пиовариум) с некротическими массами в полости и туберкулезной грануляционной тканью у внутренних стенок.

4. *Казеозная форма без инкапсуляции* представляется наиболее тяжелой, дающей плохой прогноз из-за туберкулеза легких; тяжелое поражение гениталий вызывает нередко образование фистул, переход в пельвеоперитонит и, как утверждает В. А. Покровский, в милиарный туберкулез.

Клиническое течение. Средний возраст больных исчисляется авторами в 20—30 лет. Мы наблюдали, однако, и более ранние случаи заболевания туберкулезом гениталий — 16—19 лет. По нашему мнению, больше половины воспалительных заболеваний у молодых и не живших половой жизнью женщин падает на туберкулез гениталий.

Начало заболевания всегда происходит незаметно, при нормальной или субфебрильной температуре, не сопровождаясь какими-либо резкими проявлениями. Поэтому нередко гинеколог обнаруживает значительные по величине опухоли придатков, почти безболезненные у молодых женщин или девушек, которые до последнего момента не жаловались на боли или ощущение опухолей. Но общие явления — похудание, повышение температуры в разное время суток, потеря аппетита, общая слабость — могут быть обнаружены довольно рано. Более выражены эти явления у женщин астенической и инфантильной конституции, у которых туберкулез гениталий наблюдается чаще и протекает тяжелее.

Первые менструации у таких больных наступают поздно, в 17—19 лет, нередко наблюдаются аменореи и дисменореи, реже меноррагии.

Что касается функции деторождения, то при генитальном туберкулезе в молодом возрасте большинство больных страдает первичным бесплодием. При более позднем начале развития болезни ей могут предшествовать беременность и роды. Но следует помнить, что у некоторых больных при беременности, выкидышах и после родов может произойти генерализация туберкулезного процесса или обострение генитального туберкулеза (рис. 161).

Связь туберкулеза гениталий с туберкулезными поражениями других органов может быть доказана почти всегда. Чаще всего, в 95% случаев, по нашим наблюдениям, можно найти очаги затемнения или петрификаты в легких при рентгеноскопии; при казеозных формах очень часто обнаруживаются очаги свежих поражений. Туберкулезный аднексит больше чем в 50% сочетается с туберкулезом брюшины; характерны тазовые сероцеле, брюшинные псевдокисты (perimetritis, peritonitis



Рис. 158. Туберкулез трубы и сращение ее с сальником (Келли).

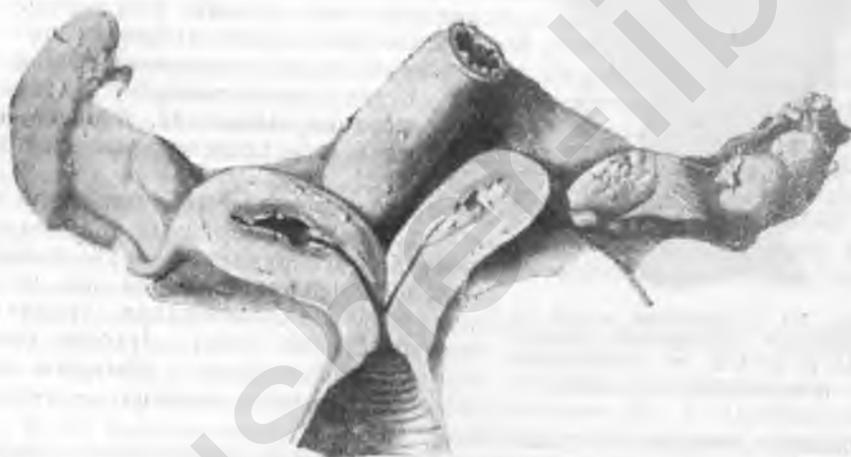


Рис. 159. Туберкулез эндометрия, труб и брюшины (Келли).



Рис. 160. Туберкулез труб и яичников (Келли).

saccata), располагающиеся в дугласовом пространстве, у маточных стенок и выше среди петель толстого кишечника.

При казеозных формах поражения придатков можно наблюдать обширный адгезивный, частью эксудативный пельвеоперитонит. Особенностью сращений органов при туберкулезе придатков является плоскостной их характер, вследствие чего отсепаровка кишечных петель от

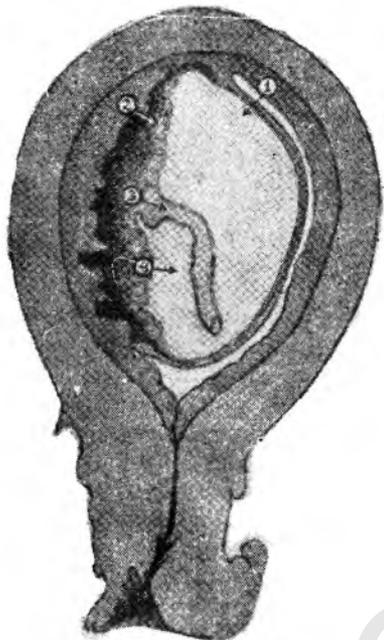


Рис. 161. Беременная матка с возможной локализацией туберкулеза (1, 2, 3, 4) в децидуальной и амниальной оболочках.

матки и придатков может повлечь за собою травму кишечника с образованием каловых свищей. Связь туберкулеза придатков с поражениями кишечника наблюдается очень часто, особенно при казеозных формах, когда в $\frac{2}{3}$ случаев наблюдаются одновременно язвы толстого кишечника, а иногда — фистулы. Одновременное поражение почек туберкулезом встречается редко, так же нечасто возникает туберкулезный менингит.

Диагностика туберкулеза верхнего отдела гениталий и в настоящее время представляет большие трудности. Напротив, диагностика туберкулезных поражений вульвы, влагалища, шейки матки путем гинекологического осмотра, исследования выделений, биопсии и гистологического исследования значительно легче.

Для установления диагноза необходимо тщательно собранный анамнез с выяснением туберкулезной наследственности, обращением внимания на медленное развитие заболевания, сравнительную безболезненность опухолей придатков и неэффективность обычного противовоспалительного лечения — тепловых

процедур, медикаментозных средств и т. д.

Из специальных клинических приемов для диагностики туберкулеза придатков рекомендуется использование признака Гегара (Negar) и симптома И. Л. Брауде.

По Гегару, характерными для туберкулеза придатков являются прощупываемые при влагалищном и ректальном исследовании четкообразные узлы, величиной с вишню или грецкий орех, локализирующиеся в дугласовом пространстве или в области крестцово-маточных связок. Эти узлы представляют собою частицы казеозного распада и оплотневшего эксудата, рассеянные в виде осумкованных опухолей. Эти узлы имеют сходство с подострым оплотневшим серофибринозным эксудативным периметритом или внешним эндометриозом, от которых их и нужно дифференцировать.

Симптом И. Л. Брауде заключается в «слабо выраженном напряжении брюшной стенки, диффузно распространяющемся по всему животу». По существу, этот симптом не что иное, как проявление туберкулезного перитонита, которым часто сопровождается туберкулез придатков.

Диагностика туберкулеза эндометрия осуществляется с помощью диагностического (пробного) выскабливания слизистой матки. Его следует производить при обильных маточных кровотечениях (ограничен-

ныи казеозный процесс в эндометрии, или при аменорее (диффузный туберкулез, множественные туберкулезные очаги в эндометрии). Abreactio probatoria с последующим гистологическим исследованием соскоба дает возмозность в половине подозрительных па туберкулез случаев подтвердить этот диагноз. Со времени введения в практику антибиотиков (стрептомицина) опасность генерализации туберкулеза после выскабливания невелика; необходимо также отбирать больных для выскабливания только при затихании процесса и не производить его в остром периоде заболевания или при обострениях.

Специфические реакции на туберкулез — туберкулезная проба Коха, реакция Манту, Пиркета, Кальметта, хотя и применяются гинекологами, но не имеют большой ценности, так как могут давать положительный результат при имеющихся туберкулезных очагах, например, в легких, что при генитальном туберкулезе встречается очень часто.

В последнее время для диагностики генитального туберкулеза применяется реакция гемоагглютинации по методу Миддельбрук — Дюбо (Middelbruck—Dubo; MD). По данным Люндова и сотрудников (Lundova, Macholda, Soykova, 1956), реакция гемоагглютинации по MD оказалась положительной в 80% случаев заведомого туберкулеза, причем положительный ответ получен при высоком титре разведения (1:64).

Некоторое диагностическое значение имеет вакцинодиагностика воспалительных заболеваний гениталий по Бурлакову. Если при внутривенном введении гоновакцины, стафило-стрептококковой и коливацины высоких титров получается отрицательный результат, то путем исключения можно допустить туберкулезную этиологию аднексита у исследуемой.

Лабораторные методы диагностики не всегда надежны. Данные лабораторно-клинического анализа крови не показывают каких-либо специфических изменений; некоторое диагностическое значение имеет только повышенный лейкоцитоз.

Бактериоскопические и бактериологические исследования мазков выделений из матки и влагалища при подозрении на туберкулезный эндометрит не выявляют туберкулезных палочек, за исключением случаев тяжелых казеозных поражений эндометрия (В. А. Покровский).

И. Л. Брауде предлагает для диагностики туберкулеза придатков назначать стрептомицин. Если длительное тепловое и рассасывающее лечение, а также пенициллинотерапия не дают эффекта, то назначение стрептомицина (успешно действующего при туберкулезных аднекситах) может навести на предположение о туберкулезной этиологии воспалительного процесса, если при таком лечении обнаруживается общий эффект и уменьшение опухолей. Такую диагностику туберкулеза придатков применяем и мы.

Кирхгоф (Kirchhoff) в 1947 г. предложил использовать для диагностики туберкулеза гениталий впрыскивание менструальной крови больных женщин морским свинкам. Способ Кирхгофа был подтвержден Мейснером (Meissner, 1954), который описал подробно методику и результаты бактериологического исследования менструальной крови при генитальном туберкулезе. Метод этот получил в настоящее время значительное распространение. Хорошие диагностические результаты дал также метод бактериологического посева менструальной крови на питательную среду Левенштейна. Возможен также посев цервикального секрета, соскоба эндометрия, промывной жидкости из полости матки и пунктата крупных опухолей придатков (сактосальпингосов).

Известные своими работами по туберкулезу женских гениталий Абурил, Петреску и Кондреа (E. Aburil, V. Petrescu, H. Condrea, 1959)

лучшим методом диагностики считают гистологическое исследование соскобов слизистой матки в предменструальном периоде. Авторы получили положительный результат в 71,2% случаев, в том числе у 6 женщин, страдавших аменореей; в 10% — был найден впервые туберкулезный эндоцервицит, в остальных — туберкулезный эндометрит.

М. С. Ермина, М. М. Абрамова, Н. А. Цагикян и Е. В. Жардецкая (1957) для диагностики туберкулеза гениталий применяют цитологическое исследование маточного содержимого, полученного путем аспирации; при этом находят гигантские эпителиоидные клетки, типичные для туберкулеза.

Основываясь на возможности проникновения туберкулезных палочек гематогенным путем в желудок, М. Д. Розанова (1958) произвела анализ промывных вод желудка. Палочки Коха были обнаружены ею у 37 из 73 больных туберкулезом брюшных органов (брюшины, кишков, внутренних половых органов, забрюшинных лимфоузлов).

Некоторые авторы выделяют латентный туберкулез половых органов. Он характеризуется некоторыми функциональными нарушениями, но главным образом бесплодием. Патологоанатомически очень часто обнаруживается гидросальпинкс. Морен (Morin, 1956) считает, что гидросальпинкс в 10—20% случаев — туберкулезного происхождения. Для диагностики латентного туберкулеза среди других методов следует применять биопсию эндометрия, гистеросальпингографию, посев менструальной крови и прививку ее морской свинке.

Из всего сказанного о диагностике туберкулеза гениталий следует, что точного распознавания этого заболевания каким-либо одним из указанных методов произвести невозможно. Чтобы диагноз из предположительного стал более или менее достоверным, необходимо использовать по возможности, все данные физического исследования, все доступные диагностические приемы и методы, а также лабораторные анализы.

Прогноз при генитальном туберкулезе удовлетворителен, если процесс ограничивается только придатками и если рано предпринято соответствующее лечение. При комбинации генитального процесса с туберкулезом других органов предсказание ухудшается. Форма туберкулеза женских половых органов для прогноза имеет весьма существенное значение. Третья и особенно четвертая форма по классификации В. А. Покровского дают плохой прогноз (нередок переход в милиарный туберкулез).

Профилактика и терапия. Профилактика туберкулеза гениталий, как заболевания вторичного, совпадает с общей противотуберкулезной профилактикой, проводимой в нашей стране в широких масштабах. Для профилактики заражения туберкулезом нижнего отдела гениталий нужно принять меры против попадания в наружные половые пути спермы (и мокроты), содержащей туберкулезные палочки. Такого рода заражение может произойти очень редко и только при повреждении эпителиального покрова влагалища.

Лечение туберкулеза женских половых органов может быть оперативным и консервативным в широком смысле слова, разумея под последним климатотерапию, рентгенотерапию, лечение антибиотиками и химиотерапию.

Из оперативных методов в начале столетия преимущество отдавалось радикальным операциям с удалением матки и придатков (Гегар, Фор; Hegar, J. Fore). Позднее предложили консервативные операции и рентгенотерапию. *Радикальные операции* у молодых женщин являются нежелательными, тем более, что никогда нельзя быть уверенным в окончательной ликвидации первичного туберкулезного очага; показания-

ми к этим операциям служат немолодой возраст и отсутствие очень обширных сращений. Радикальные операции дают от 10 до 15% послеоперационной смертности (В. А. Покровский, 1947) и большой процент послеоперационных осложнений вследствие повреждения кишечника и образования каловых свищей. Повреждение кишечника, как говорилось выше, связано с большой трудностью разъединения массивных плоскостных спаек генитальных органов с кишечником. Частота образования каловых свищей возрастает в несколько раз после операций с применением тампона Микулича и других способов дренирования. При отсутствии послеоперационных осложнений отдаленные результаты после радикальной операции могут быть удовлетворительными.

Консервативные операции (без удаления матки) не дают такого большого процента смертности, как радикальные, число осложнений при них невелико. В. А. Покровский и некоторые французские авторы рекомендуют у молодых женщин производить консервативные операции, с чем можно согласиться.

Пробная лапаротомия уже давно с успехом производится при асцитических формах туберкулезного перитонита в сочетании с туберкулезным аднекситом.

Наш личный опыт подтверждает благоприятное действие пробной лапаротомии, в особенности с одновременным коротким облучением раны и внутренностей брюшной полости ультрафиолетовыми лучами. Большинство авторов связывают успех от пробной лапаротомии с поступлением в брюшную полость воздуха (кислорода). На основании этих наблюдений был предложен метод лечебного пневмоперитонеума при туберкулезе женских половых органов. Д. М. Кишенский первым высказал мысль, что при туберкулезных перитонитах у людей лапаротомию можно заменить введением воздуха в брюшную полость. Лечение методом пневмоперитонеума производится и в настоящее время. М. А. Турдакова (1954), на основании своего большого опыта, считает, что пневмоперитонеум оказывает благоприятное влияние при всех формах туберкулеза гениталий и брюшины в подострой и хронической фазе.

Рентгенотерапия является довольно эффективным методом лечения туберкулеза гениталий, в особенности при тяжелых казеозных формах, протекающих с высокой температурой; при этом назначают преимущественно малые дозы рентгена. В тяжелых случаях применяются дозы, вызывающие временную или полную кастрацию (Робецки; Robecchi, 1956). Большое значение для лечения больших туберкулезом придатков имеет курортно-санаторное лечение. Что касается *гелиотерапии*, то она должна быть применена с большой осторожностью и под контролем квалифицированных специалистов. *Лечение ультрафиолетовыми лучами* должно проводиться в виде общего облучения кварцевой лампой; местное применение ультрафиолетовых лучей на область живота гораздо менее эффективно.

В последние годы большое распространение получило *лечение антибиотиками и специфическими противотуберкулезными препаратами*. Наибольшее распространение получила терапия стрептомицином, который применяется, по возможности, вблизи очага поражения.

С. К. Лесной и М. С. Ермина (1957) при туберкулезных язвенных поражениях вульвы, влагалища, шейки матки применяли стрептомицин местно, путем обкалывания язв 0,25—0,5 г стрептомицина на инъекцию, один раз в день в течение 40—60 дней; на курс лечения требовалось 20—30 г.

Для лечения туберкулезных эндоцервицитов стрептомицин вводил-

ся по 0,25—0,5 г один раз в день в подслизистую цервикального канала.

При туберкулезных эндометритах стрептомицин вводили по 0,5 г в день в толщу шейки матки к внутреннему зеву или в нижний сегмент матки, проводя иглу через цервикальный канал. Курс лечения длился 2—2½ месяца.

При туберкулезном поражении придатков матки с вовлечением в процесс тазовой брюшины первая инъекция стрептомицина по 0,5 г производилась через влагалищный свод в эти образования, а через шесть часов вводилось 0,5 г препарата внутримышечно. На курс лечения требуется 30—60 г. Если в придатках имелся экссудат, то его отсасывали посредством пункции через влагалищный свод с последующим введением через ту же иглу стрептомицина.

Одновременно с лечением стрептомицином многие авторы применяют терапию парааминосалициловой кислотой (ПАСК), которая назначается по 12 г в день (четыре раза по 3 г); курс лечения — до трех месяцев.

Меньшее распространение получили фтивазид и салюзид. С. К. Лесной (1955) сообщает о своем опыте в применении этих препаратов. Фтивазид назначался по 0,25—0,3, три-четыре раза в день. За курс лечения больные получили от 50,0 до 100,0. При экссудативных образованиях после пункций с отсасыванием экссудата в полость вводился фтивазид. Лечение дало следующие результаты: у большинства больных боли в области гениталий исчезли или резко уменьшились, нормализовались менструации, улучшилось самочувствие. Наступило рассасывание осумкованного экссудата.

Этим же автором применялся салюзид. Он был назначен больным с туберкулезными пельвеоперитонитами и сальпингоофоритами комбинированно: внутримышечно и регионарно в шейку матки или в своды влагалища, иногда после пункции (5—10% раствор по 5—10 мл в день на курс от 80 до 250 мл). Лечение дало благоприятные результаты.

С. К. Лесной считает, что фтивазид и салюзид при туберкулезных заболеваниях половых органов у женщин дали выраженный эффект, а потому должны найти применение в гинекологической клинике наряду со стрептомицином и парааминосалициловой кислотой (ПАСК). Однако современные отечественные и зарубежные авторы полагают, что необходимы дальнейшие клинические наблюдения над применением этих новых препаратов.

Морен применяет общее лечение латентного туберкулеза стрептомицином, кортизоном и ПАСК; местное лечение — инстилляцией в матку и трубы смеси стрептомицина и гидрокортизона. Робецки одновременно с антибиотиками рекомендует вводить кортизон или гидрокортизон; показаны также андрогенные препараты, в то время как эстрогенные абсолютно противопоказаны.

Одновременно с вышеуказанной терапией больная должна получить высококалорийное питание и витамины (В₁, В₁₂, С). Необходим строгий (санаторного типа) режим дня, длительный сон, пребывание на воздухе.

Абурел, Петреску и Кодреа (1959) проводят лечение туберкулеза гениталий в четыре этапа: 1) ударная терапия, 2) основное лечение, 3) поддерживающее лечение и 4) консолидирующая терапия в периоде контроля излеченности.

1. Ударный этап лечения проводится с помощью трех тbc-статиков: стрептомицина по 1 г ежедневно; INH (тубазид) от 6 до 8 мг на 1 кг веса больной, внутрь или путем внутривенных вливаний 3% раствора по 40—50 мл на вливание; ПАСК — ежедневные капель-

ные вливания 6% раствора по 12—15 мл. Лечение продолжается 10—30 дней до падения температуры. Одновременно назначают витамины С, комплекса В, D и повторные гемотрансфузии, гормоны, иногда — кортизон и АКТГ (аденокортикотропный гормон).

2. Основное лечение состоит в применении комбинации из двух tbc-статиков. Начинают с INH в таблетках в комбинации с вливаниями ПАСК. Такое лечение длится 30 дней, после чего еще 60 дней продолжают вливания ПАСК через день. Суммарная доза ПАСК за все время 950 г. Если внутривенные вливания становятся тягостными, то переходят на лечение per os или подкожные вливания 3% раствора 500 мл.

3. Поддерживающее лечение проводится с помощью препаратов INH и ПАСК. Лечение применяется около полугода. В последние два месяца можно давать вместо INH стрептомицин (суммарно 60—75 г) в комбинации с ПАСК.

4. Консолидирующее лечение применяется после указанных курсов лечения в течение шести-восьми месяцев, но предварительно делается перерыв на три-четыре месяца, во время которого производятся контрольные бактериологические и морфологические исследования. Если результаты исследований показывают отсутствие излечения, то терапия tbc-статиками продолжается еще четыре-шесть месяцев, иногда в комбинации с кортикостероидами. Если же после контрольных исследований будут получены благоприятные данные, то после трех-шести повторных проверок в течение трех лет при таких же результатах, можно считать больную излеченной.

Хирургическое лечение применялось авторами приблизительно в 30%. Показания к нему следующие.

1. Абсолютные: различные осложнения со стороны кишечника — заворот, стойкие запоры, перфорации.

2. Необходимость хирургического вмешательства возникает в конце основного этапа лечения или полного курса, когда не отмечается улучшения.

После консервативного лечения 70 больных указанные выше авторы наблюдали значительное улучшение у 60% женщин, улучшение — у 30% и не было перемен у 10% больных.

Успех лечения туберкулеза гениталий у женщин зависит, по мнению авторов, от следующего: 1) ранняя диагностика и немедленное лечение; 2) комплексное и интенсивное лечение; 3) длительность лечения tbc-статиками (не менее шести месяцев); 4) хирургическое лечение при точных показаниях.

БРУЦЕЛЛЕЗ ГЕНИТАЛИЙ

Вопрос о состоянии женских гениталий при бруцеллезе освещен мало (С. М. Фензор, И. П. Пономарева и И. Т. Мильченко, А. Г. Ташаева и др.). Жалобы больных бруцеллезом женской половой системы разнообразны: боли в крестце и пояснице, бели, расстройство менструального цикла, иногда — прерывание беременности. Большая часть больных соприкасалась со скотом или домашними животными, пораженными бруцеллезом. Диагноз бруцеллеза устанавливается реакцией Райта—Хеддльсона или аллергической пробой Бюрне. Посевы из паренхиматозных органов, содержимого желудка, мозга, плодов только в 12% обнаруживают культуры бруцелл.

Клиническое течение бруцеллеза гениталий — хроническое. Заболевание встречается в молодом и в среднем возрасте женщины. По данным А. Г. Ташаевой (1952), гиперсекреция из половых органов встречается почти у 60% больных. Еще чаще (в 82%) наблюдается расстройство менструации: аменорея, поли-гиперменорея, болезненные менструации. Обострение заболевания часто вызывает склонность к кровотечениям и к гиперсекреции. Что касается детородной функции, то нередко у больных обнаруживается бесплодие. У $\frac{1}{5}$ больных отмечены самопроизвольные аборт, наступавшие внезапно в сопровождении озноба, высокой температуры, потоотделения.

Как правильно замечают Р. И. Феликс и А. Г. Ташаева, при повторных самопроизвольных выкидышах необходимо исследовать беременных на бруцеллез; если обследование дает положительный результат, следует, кроме гормональной терапии, проводить противобруцеллезную.

И. П. Пономарева и И. Т. Мильченко, изучая функциональное состояние яичников при бруцеллезе, отмечали угнетение функциональной деятельности яичников, понижение содержания гликогена во влагаллищных клетках. А. Г. Ташаева, исследуя цитологические картины влагаллищного содержимого, также отмечала понижение функции яичников; у больных преобладала слабкокислая или нейтральная реакция содержимого. Большинство авторов при объективном исследовании женщин, страдавших бруцеллезом гениталий, находили аднекситы, ретродевиации, инфантильность матки, эрозии. Однако А. Г. Ташаева в 65% случаев объективных изменений гениталий при этом заболевании не обнаружила; возможно, что бруцеллез вызывает функциональные изменения или такие изменения (при эндометритах), которые не поддаются распознаванию при бимануальном исследовании.

При бруцеллезе происходят значительные патоморфологические изменения в плаценте.

Так, С. Ф. Трифонова (1959) при исследовании плаценты 30 роже-ниц, больных бруцеллезом, нашла глубокие структурные изменения в ткани плаценты, воспалительные и дегенеративные поражения стенок сосудов (васкулиты) и усиленное кровонаполнение межворсиночных пространств. При обострении бруцеллезного процесса наблюдается полнокровие сосудов ворсин, воспалительная инфильтрация плаценты и оболочек. В некоторых случаях эти изменения могут быть причиной преждевременного прерывания беременности.

ЛИТЕРАТУРА

Туберкулез

Бобров Н. Н. и Клебанова А. А. Лабораторные методы исследования на туберкулез. Глава в справочном руководстве для врачей «Туберкулез», Медгиз, М., 1925.

Брауде И. Л. К вопросу о клинической диагностике туберкулеза придатков матки. Гинек. и акуш., 1928, 2, стр. 118—125.

Горизонтов Н. И. Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов. Диссертация, Казань, 1909.

Гринчар Н. Н. Местное применение стрептомицина при генитальном туберкулезе женщин. Клинич. мед., 1948, 10, стр. 23—30.

Ермина М. С. Лечение стрептомицином туберкулеза половых органов у женщин. Акуш. и гинек., 1951, 6.

- Ермина М. С. и Цагикян Н. А. Цитологический метод исследования эндометрия при туберкулезе половых органов у женщин. *Акуш. и гинек.*, 1957, 2.
- Кипарский Р. В. Бугорчатка женских половых органов. Глава XVIII в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского. Л., 1927, стр. 475—495.
- Лесной С. К. Опыт применения фтивазида и салюзиды при туберкулезе половых органов у женщин. *Акуш. и гинек.*, 1955, 5.
- Лесной С. К. и Ермина М. С. Генитальный туберкулез у женщин. *Мед. раб.*, 45, 4/VI, 1957.
- Либерберг Р. М. Туберкулез субсерозной фибромиомы матки. *Акуш. и гинек.*, 1937, 2.
- Петрова Е. Н. К вопросу о гистопатологии половых органов у женщин, умерших от экстрагенитального туберкулеза. *Тр. акуш.-гинек. клиники 1 МГУ*, 1930, стр. 184—202.
- Покровский В. А. Генитальный туберкулез Воронеж, 1947.
- Полов И. К вопросу о первичном туберкулезе родовых путей. Диссертация, СПб, 1898.
- Равикович Л. В. Случай первичного туберкулеза влагалища. *Акуш. и гинек.*, 1940, 7—8.
- Турдакова М. А. Применение пневмоперитонеума при туберкулезных поражениях женских половых органов. *Акуш. и гинек.*, 1954, 6.
- Ягунов С. А. К вопросу о лечении туберкулеза женских половых органов кварцевой лампой. *Гинек. и акуш.*, 1931, 1, стр. 37—51.
- Aburel E., Petrescu V. u Condrea H. Die interne Behandlung der Genitaltuberculose *Zbl. f. Gynäk.*, 1959, 37.
- Lundova A., Macholda F., Soykova E. Diagnosis of tuberculosis of the genitals in women. *Gynaecologia*, 1956, 142, 2, 65—72.
- Morin P. La tuberculose genitale latente de la femme *Revue prat.*, 1956, 6, 29, 3197—3209.
- Robecchi E. Sulla terapia della tuberculosi genitale femminile *Minerva ginecol* 1958, 23, 949—950.

Бруцеллез

- Беклемишев Н. Д. Хронический бруцеллез. *Алма-Ата*, 1957.
- Ташаева А. Г. Женская половая сфера и бруцеллез. *Акуш. и гинек.*, 1952, 6.
- Трифоновна С. Ф. Патоморфология плаценты при бруцеллезе. *Акуш. и гинек.*, 1959, 2.
- Феликс Р. И. Аборт у женщин при бруцеллезе. *Акуш. и гинек.*, 1946, 2.
- Фензор С. М. Заболевание женской половой сферы при бруцеллезе. *Акуш. и гинек.*, 1948, 4, 53—55.

Глава 9

ПАЗАРИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: ТРИХОМОАДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ; ЭХИНОКОКК; АКТИНОМИКОЗ; МОЛОЧНИЦА (soor)

Трихомонадные заболевания. Общие сведения о биологии трихомонад¹. Патогенность трихомонад. Условия заражения. Стадии заболевания. Симптоматология и клиника трихомонадных кольпитов. Трихомониаз у беременных и родильниц. Методика исследования и диагностика трихомонадных кольпитов. Рецидивы и реинфекция. Трихомонадоносительство. Лечение трихомониаза. Контроль излеченности. Профилактика трихомониаза. Трихомониаз у мужчин.

Эхинококк; актиномикоз; молочница (soor) гениталий.

ТРИХОМОАДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ

Общие сведения о биологии трихомонад

Из многочисленных видов жгутиковых у человека паразитируют три морфологически различных вида трихомонад:

1) *Trichomonas vaginalis* открыта французом Альфредом Донне (A. Donne) в 1836 г.; ввиду наличия жгутиков он назвал обнаруженное им в гнойном отделяемом влагалища женщин простейшее «трихомонадой» («трихос» — волос). Влагалищная трихомонада — самая крупная из всех разновидностей трихомонад; длина ее достигает 20—36 микронов. Она имеет ундулирующую мембрану (которая доходит только до середины тела) и вегетирует только в нижнем отделе полового аппарата женщины.

2) *Trichomonas intestinalis hominis* открыта в 1860 г. Давеном (Davaine) и независимо от него в 1875 г. Лейкартом (Leuckart). Она гораздо меньше по величине, чем влагалищная форма — 10—17 μ . Кишечные трихомонады имеют очень длинную ундулирующую мембрану, выходящую далеко за конец ее тела в виде жгутика. Кишечные трихомонады поселяются в толстом кишечнике; у жительниц средней Европы встречаются очень редко и у носительниц *trichomonas vaginalis* никогда не были обнаружены в испражнениях (О. Ировец, Р. Петер и др., 1958).

3) *Trichomonas buccalis*, s. *tenax* (Мюллер; Müller, 1773; Добел; Dobell, 1939). Эти трихомонады встречаются во рту у пожилых женщин с кариозными зубами. Их морфологическая особенность — короткая ундулирующая мембрана и небольшая, плохо различимая краевая фибрилла (значительно меньшая, чем у *trichomonas vaginalis*).

Ировец и Петер с сотрудниками считают, что в культурах все три

¹ В разделах о биологии трихомонад, клинике и терапии трихомонадного кольпита использованы материалы нашего сотрудника П. В. Толстова.

вида сохраняют свою морфологию. Попытки ряда исследователей изменить один вид трихомонад в другой не удавались.

Таким образом, *trichomonas vaginalis* является самостоятельным видом жгутиковых трихомонад, не имеющих ничего общего (кроме филогенеза) с трихомонадами из кишечника и ротовой полости.

Величина *trichomonas vaginalis* изменяется в зависимости от условий среды, питания, гормонального фона, состояния кислотного влагалищного содержимого, рН биологической среды (рис. 162, 1—10; 163, 1—6), а также способа обработки препарата для исследования.

Ундулирующая мембрана образуется из выделяемого трихомонадами муцина, в котором можно обнаружить фермент гиалуронидазу. Продольно по телу трихомонады проходит осевая нить или аксоциль (рис. 164) — полая трубка, наполненная сидерофильной зернистостью (П. В. Толстов). Передняя часть аксоциля расширена, огибая ядро, она подходит к ротовому отверстию — цистостоме. Задняя часть аксоциля сужена и выступает за пределы тела в виде копыльца. Хвостовой конец трихомонады является половым органом, служащим для конъюгации особей.

Жгутики (*flagella*) трихомонад (их всегда четыре) являются выпячиваниями протоплазмы; они нежны и топкие. Длина их различна: иногда они в три-четыре раза больше длины тела, иногда едва заметны. По характеру движений жгутики разделяются на бичевидные, пульсирующие и расталкивающие. Активность движения жгутиков зависит от вязкости и высыхания среды, наличия пищи, охлаждения; по-видимому, жгутики выполняют роль и нервночувствительного аппарата.

Многие авторы в прошлом описывали цисты у влагалищных трихомонад. Новейшие авторы отрицают существование цист в обычном смысле слова (наподобие типичных цист у амёб и лямблий). У влагалищных трихомонад находят, правда, округлые образования, которые не содержат ни ядра, ни фибрилл и которые возникают при отшнуровании частей трихомонад. Отвергая цистообразование, современные авторы (О. Ировец, Р. Петер, 1948) считают, что вне человеческого организма трихомонады влагалища очень чувствительны к охлаждению, к повышению температуры выше 40°, к высушиванию и действию солнечных лучей; вода убивает их через 30—40 минут. Поэтому эти авторы считают, что заражение через воду при купании практически исключается. В неразведенном влагалищном содержимом, на полотенцах, губках и т. п. трихомонады живут один-два часа, отдельные особи — до пяти-шести часов.

Патогенность трихомонад

До последнего времени вопрос о патогенности *trichomonas vaginalis* являлся дискуссионным. В то время как Ю. Х. Терас (1955), Б. В. Вершинский (1958) и другие являются убежденными сторонниками патогенности влагалищных трихомонад, Э. М. Каплан, Е. Д. Молдавская-Свет (1936) считают их непатогенными.

Новейшие работы О. Ировец, Р. Петера, Б. А. Теохарова также подтверждают патогенность *trichomonas vaginalis*. Ю. Х. Терас в своей работе, проведенной на мышах и морских свинках, установил, что при заражении чистыми культурами влагалищных трихомонад в брюшной полости животных возникали тяжелые воспалительные процессы и некроз; трихомонады проникали в лимфатические узлы, селезенку, поджелудочную железу и в особенности — в печень, вызывая в этих органах



Рис. 162. Полиморфизм влагалищных трихомонад (П. В. Толстов).

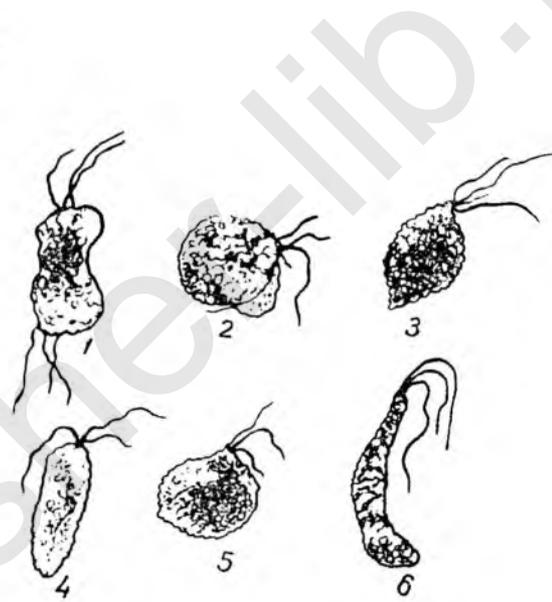


Рис. 163. Морфологические изменения трихомонад под влиянием биологической среды (П. В. Толстов).

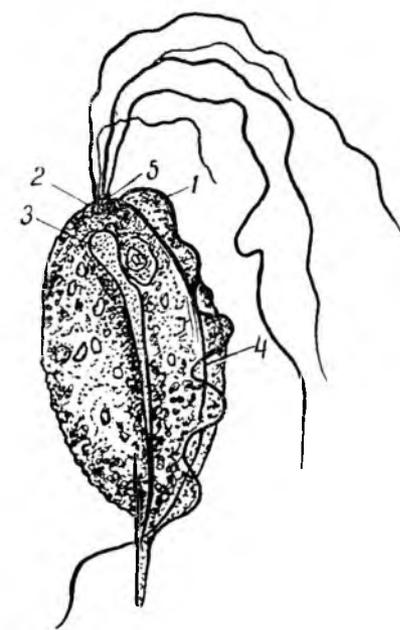


Рис. 164. Трихомонада:

1 — волнообразная перепонка; 2 — ядро; 3 — аксостиль; 4 — опорная нить перепонки; 5 — клеточный рот — цистостома.

воспалительный процесс и некрозы, от которых мышцы погибали в различные сроки. При инфицировании морских свинок в брюшной полости их развивались тяжелые хронические воспалительные процессы, напоминающие грануляционную ткань или гранулематозные очаги, встречающиеся при туберкулезе.

Условия заражения

В связи с отсутствием устойчивых форм (цист) и неспособностью *trichomonas vaginalis* к существованию при неблагоприятных условиях внешней среды современные авторы не придают большого значения внеполовому пути заражения — через полотенца, уборные, бани, загрязненные водоемы и т. д. Обычным и почти единственным путем заражения является половое сношение. Роль мужчины как передатчика инфекции до последнего времени недооценивалась. Между тем мужчина может передавать трихомонадную инфекцию здоровой женщине, не заболевая сам (И. Ира, Росслер; I. Ira, I. Rossler). Скрытая инфекция без всякой клинической картины у мужчин может служить причиной давнего заболевания трихомонадным кольпитом женщины. Заражение половым путем доказывается также заболеванием ее трихомониазом с начала замужества, спустя несколько дней после первого полового сношения.

Стадии заболевания

Динамика трихомонадной инфекции у женщины была изучена О. Ировец, Р. Петером и другими при микроскопическом исследовании мазков из влагалища у многих тысяч женщин. Микроскопические картины течения трихомониаза авторы разделили на три группы: 1) начало заболевания, 2) кульминирующий трихомониаз и 3) хронический трихомониаз.

1. **Н а ч а л о т р и х о м о н и а з а** характеризуется возрастающим числом трихомонад в мазках; при этом количество эпителиальных клеток и палочек Додерлейна уменьшается, а число лейкоцитов, как признак начинающегося воспалительного процесса, нарастает. Посторонняя флора почти отсутствует. На практике эта стадия диагностируется редко.

2. **К у л ь м и н и р у ю щ и й т р и х о м о н и а з** — наиболее часто наблюдаемый. В гнойных выделениях обнаруживаются многочисленные трихомонады, много лейкоцитов и посторонней флоры; палочки Додерлейна исчезают, эпителиальных клеток мало. Выделения жидкие, желтовато-зеленые, гнилостно-сладковатого запаха, содержат пузырьки газа (CO_2). Стадия эта длится от нескольких недель до многих месяцев и даже лет. Эта стадия при отсутствии лечения переходит в следующую — хроническую.

3. **П р и х р о н и ч е с к о м т р и х о м о н и а з е** гнойные выделения прекращаются и на смену им появляются беловатые. Трихомонады обнаруживаются то в большом, то в малом количестве, лейкоцитов мало, много эпителиальных клеток и посторонней флоры (кокки, бациллы и др.). Палочки Додерлейна обычно исчезают полностью. Хроническая стадия может перейти в скрытую: немного трихомонад, много эпителия и палочек Додерлейна.

Частота отдельных стадий, по Р. Дана (R. Dana, 1949), на 1140 больных трихомониазом: в 7,6% случаев имела место начальная стадия, в 68% — кульминирующая и в 24,4% — хроническая.

Симптоматология и клиника трихомонадных кольпитов

Трихомонадные заболевания у женщин очень распространены; по данным разных авторов ими страдает 40—60% женщин, у которых имеются бели. Излюбленным очагом поражения является влагалище, но трихомонады могут попадать и в уретру, цервикальный канал, скенные ходы и выводные протоки бартолиновых желез, а также в матку, придатки.

Таким образом, приходится говорить о трихомонадной инфекции (инвазии) всего мочеполового аппарата женщины.

М. И. Левинсон (1950) обследовал 118 женщин с трихомонадной инвазией и нашел, что влагалище поражалось в 55,8% случаев, влагалище и уретра — в 34,7%; сочетание поражения влагалища и шейки матки было в 7,7%.

Трихомонадные заболевания могут развиваться в различном возрасте. Мы наблюдали их от периода новорожденности до 78 лет; но чаще они встречаются в возрасте от 18 до 45 лет. Иногда это заболевание наблюдается и среди девушек, не живших половой жизнью.

Трихомонадные кольпиты протекают без повышения температуры в подмышечной области, но во влагалище в острой стадии кольпита температура повышается до 38° с десятиями. Основной жалобой больных является бели и некоторое общее недомогание. Наблюдается функциональное расстройство нервной системы — бессонница, красный дермографизм, иногда тахикардия. Степень воспалительного процесса не всегда находится в соответствии с жалобами, продолжительностью заболевания и возрастом. Трихомонадный кольпит обычно сопровождается выделением жидкого гнойного пенистого трансудата, насыщенного большим или меньшим количеством белка. Влагалищные выделения отличаются неприятным запахом; запах вызывается брожением гиалуронидазы. При острых фазах трихомонадного кольпита гликоген в эпителии влагалищных стенок исчезает, понижается содержание молочной кислоты и концентрация водородных ионов. Степень влагалищной чистоты в 78,5% — III и IV (П. В. Толстов). При острых кольпитах в протоплазме трихомонад наблюдаются в большом количестве вакуоли или зернистые (жировые) включения.

П. В. Толстов разделяет трихомонадные кольпиты на острые (23%), подострые (57%), хронические или рецидивирующие после менструации (5%), а также трихомонадоносительство (15%). Клиническое течение трихомонадных кольпитов мы опишем по материалам П. В. Толстова.

Острые кольпиты разделяются, по Толстову, на простые, гранулезные и макулезные.

Простой трихомонадный кольпит. Поверхность стенок влагалища и шейки матки находится в состоянии разлитой гиперемии. Трансудат, выделяемый влагалищем, имеет молочно-пенистую вязкую консистенцию с резким неприятным запахом. Культура трихомонад из влагалищных выделений обладает свойством выделять CO₂, чем можно объяснить образование «пенистости».

Трихомонады в острой фазе воспаления обладают свойством выделять во влагалище фермент гиалуронидазу в повышенной концентрации. Трихомонады с грамтрицательной кокковой микрофлорой, как правило, отражают одну из острых фаз воспаления влагалища. Грамотрицательная кокковая микрофлора является пищей для трихомонад, а поэтому их продукты обмена в этих случаях содержат повышенную концентрацию гиалуронидазы.

Гранулезный трихомонадный кольпит. Поверхность стенок влагалища и шейки матки при острой форме кольпита приобретает иногда зернистый или точечный вид. Гранулезные точки имеют резко красный цвет на общем воспаленном фоне стенок влагалища. При высушивании гранулезных точек увлажнение их появляется через 30—40 секунд. При надавливании стеклянной палочкой на гранулезную точку окраска ее не исчезает. При продолжительном воспалении влагалища трихомонадной этиологии из гранулезных точек разрастаются сосочки, которые затем могут приобрести форму остроконечных кондилом.

Макулезный трихомонадный кольпит. При этом виде кольпита поверхность слизистой влагалища и шейки матки покрываются различных размеров пятнами; они более выражены на стенках влагалища, чем на шейке. Пятна во влагалище выдаются над его поверхностью в виде больших или умеренных выпячиваний. При осмотре этих мест кольпоскопом определяется расширение кровеносных капилляров, которые при сдавливании легко разрываются. После высушивания поверхности пятнистого очага увлажнение его появляется через 20—30 секунд.

Усиленное образование транссудата во влагалище при его воспалении возможно объяснить выделением жидкости из кровеносных и лимфатических капилляров стенок влагалища, шейки матки и цервикального канала. При затяжном трихомонадном кольпите появляются кондиломы на стенках влагалища в виде «язычков». При надавливании стеклянной палочкой на макулезное образование в слизистой влагалища окраска его не изменяется. При остром воспалительном процессе влагалища наблюдалось сужение его полости, что вызывало боль при введении малого размера зеркала Куско даже у рожавших женщин. Рефлекторный спазм гладкой мускулатуры влагалища и кровотоков кровеносных капилляров при острых фазах воспаления его являются распространенными симптомами.

При длительном воспалении влагалища наблюдается также уменьшение емкости мочевого пузыря, что сопровождается учащенным мочеиспусканием. При цистоскопии мочевого пузыря определяется нормальная окраска его стенок. Микроскопическое исследование мочи этих больных не показывает патологических изменений.

Клинические и экспериментальные исследования гранулезных или макулезных трихомонадных кольпитов позволяют сделать вывод о существовании хеморецепторов влагалища, реагирующих на токсины, выделяемые трихомонадами.

Хронический, или рецидивирующий, трихомонадный кольпит проявляется «белями» после менструации или незначительными разъедающего характера выделениями из влагалища. Лечение этой категории больных иногда продолжается годами. Рецидив заболевания является во многих случаях результатом неправильной методики лечения. Так, например, часто проводят только местное лечение (влагалища) и не принимают во внимание инвазии трихомонадами преддверия и внутренних половых органов. Но в особенности часты случаи хронического кольпита при игнорировании исследования на трихомонады и лечения мужа больной.

Источником рецидива заболевания является чаще всего шейка матки; многочисленные наблюдения и исследования секрета из шейки позволили нам в этом убедиться окончательно. При длительном воспалении влагалища трихомонадной этиологии на шейке матки появляются железисто-сосочковые эрозии — также источник рецидива.

Трихомоноз у беременных и родильниц

По отечественным и зарубежным литературным данным, влагалищная трихомонада встречается у беременных в 20—47% случаев. У родильниц, по данным А. А. Васильева-Чеботарева, трихомонады встречаются в 28%. По А. М. Барнагян-Гадзиевой (1953), частота трихомонадной инвазии у родильниц составляет 22,3%.

По данным этого автора клиническое течение послеродового периода у инвазированных женщин мало отличается от такового у неинвазированных родильниц. Влагалищная трихомонада, по-видимому, не играет непосредственной роли в патологии послеродового периода, но создает условия для развития патогенной микрофлоры.

Напротив, С. Г. Юрьевский, М. В. Дударева, Е. В. Жардецкая и М. А. Лебедева (1956) считают, что осложненное течение родового акта может способствовать проникновению трихомонад в матку.

По В. А. Сапожковой (1953), во время родового акта уменьшается активность влагалищных трихомонад и их количество. Трихомонады могут проникать интраамниально при целом плодном пузыре. С 7—8-го дня послеродового периода у большинства женщин с трихомонадной инвазией матки отмечалось исчезновение трихомонад из ее содержимого.

У женщин с трихомонозом половых органов в послеродовом периоде возможно повышение температуры и изменение характера лохий (примесь гноя, крови).

Работ по морфологическим изменениям в стенке влагалища при трихомонадных кольпитах немного.

По К. Г. Тюфановой (1957), при трихомонадных кольпитах в стенке влагалища наблюдается картина воспаления, которая сопровождается диффузной или очаговой мелкоклеточной и гистиоцитарной инфильтрацией подэпителиального слоя, отеком и разволокнением стромы, кровоизлияниями, периваскулярными инфильтратами и склерозом стенок сосудов. Трихомонад под эпителием и в строме обнаружить не удается.

Изменения в стенке влагалища бывают грубее и резче при трихомонадных заболеваниях с обильной кокковой флорой; одна же кокковая флора без трихомонад не дает воспалительных изменений стенок влагалища.

Еще более заметны воспалительные изменения стенки влагалища при трихомонадных кольпитах у беременных. По М. А. Тимохиной (1957), воспалительный процесс в этих случаях сопровождается экссудативно-продуктивными изменениями. Экссудат состоит главным образом из нейтрофилов, лимфоцитов и небольшого числа плазматических клеток и гистиоцитов. Продуктивная реакция выражается в пролиферации эпителия и соединительной ткани, иногда с папиллярными разрастаниями эпителия. Такие патоморфологические изменения при трихомонадных кольпитах дают основание считать влагалищную трихомонаду патогенным протистом.

Методика исследования и диагностика трихомонадных кольпитов

После введения во влагалище ложкообразного зеркала с подъемником из заднего свода маленькой ложечкой берут влагалищное содержимое. Капля содержимого наносится на предметное стекло и смешивается с каплей свежего, подогретого до температуры тела физио-

логического раствора. Во избежание быстрого высыхания капли вокруг нее воском наносится кольцо и на препарат кладут покровное стекло. Таким образом получается нативный препарат без окраски.

При высыхании трихомонады уменьшаются в размере, выпускают муцинообразное вещество, происходит их кучкование и склеивание; жгутики каждой трихомонады втягиваются, тело ее быстро округляется, а оболочка уплотняется (рис. 165). Для оживления трихомонад можно применить однопроцентный раствор подогретой глюкозы, при этом трихомонады вновь выпускают жгутики, увеличиваются и начинают двигаться.

Смотреть трихомонады следует в затемненном поле зрения или после прибавления к исследуемой жидкости разведенной китайской туши. Можно производить исследования на трихомонады и в окрашенных препаратах. Т. Г. Горбовская (1955) особенно рекомендует окраску по Граму. Этот способ удобен тем, что дает возможность одновременного исследования на гоноркокки. Е. В. Сваричевская (1955) отдает предпочтение окраске по Романовскому — Гимза (97% обнаружения трихомонад). А. И. Шухмарева производила окраску трихомонад эозин-метиленовой синькой. В руководимой нами клинике исследуются нативные препараты, а также применяется фазово-контрастный метод микроскопии; последний обладает преимуществом, так как при этом детали строения трихомонад выступают очень четко (ундулирующая мембрана, цистостома, жгутики и хвостовой конец).

Следует отметить, что у нечистоплотных женщин трихомонады из влагалища могут проникнуть в прямую кишку. Исследование экскрета из кишечника на трихомонады производится следующим образом: в прямую кишку вводится специально изготовленный П. В. Толстовым наконечник к шприцу (рис. 166). Наконечник имеет изогнутую форму, чтобы не поранить слизистую прямой кишки; к нему припаяна олива с несколькими отверстиями.

Наконечник вводится в прямую кишку на глубину 16—18 см. Из шприца через наконечник в кишку вводится свежий физиологический раствор $t 37-38^{\circ}$ в количестве 10—15 мл. Смыв через тот же наконечник берут из сигмовидной кишки, так как в прямой кишке биологические условия способствуют инцистированию трихомонад (см. рис. 165). Полученный смыв выливают в пробирку и срочно направляют для микроскопического исследования.

Ю. Х. Герас (1955) показала, что бактериологический метод обнаружения влагалищных трихомонад более точен, чем бактериоскопический, и в большинстве случаев позволяет обнаружить трихомонады через 24—48 часов. Бактериологический метод следует применять при наличии белей или кольпита, если бактериоскопическое исследование не обнаружило трихомонад, а также при оценке результатов лечения.

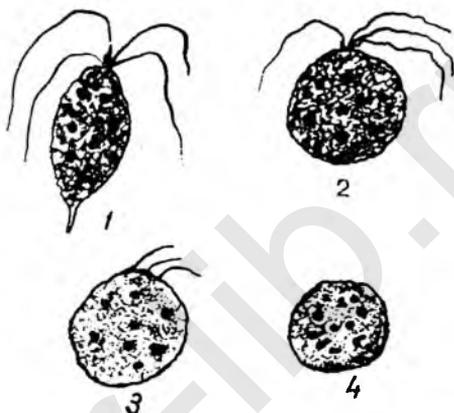


Рис. 165. Защитные фазы анабиоза трихомонад (П. В. Толстов):

1 — трихомонада комменсальной (непатогенной) формы; 2 — трихомонада круглой формы с укороченными жгутиками (первая фаза анабиоза); 3 — трихомонада с мерцающими жгутиками и уплотненной протоплазмой (вторая фаза анабиоза); 4 — инцистирование трихомонады (третья фаза анабиоза).

Рецидивы и реинфекция

Весьма неприятной особенностью трихомонадной инвазии является частота возвратов заболевания. Возвраты могут зависеть как от реинфекции, так и от рецидивов.

Реинфекция происходит от мужчины, страдающего большей частью бессимптомным хроническим трихомонадным уретритом или уретропростатитом. В этих случаях женщина, пройдя лечебный курс и вылечившись, вновь заболевает при половой жизни с нелечившимся мужчиной. «Обострение» при ближайших месячных прикрывает нередко реинфекцию, так как женщины знают, что при менструации процесс часто обостряется.

Рецидивы наступают в связи с тем, что влагалище или уретра, скеновые ходы, цервикальный канал, выводные протоки бартолиновых желез не подвергаются местному лечению.

Трудности лечения влагалища и преддверия заключаются во множестве имеющихся в них складок и лакун, куда легко попадает жидкое содержимое влагалища, но которые малодоступны для порошкообразного лекарственного вещества. При педантичной обработке всех складок влагалища и других очагов излечение может быть достигнуто любыми средствами.

Рецидивы и реинфекции лечат так же, как и первичные поражения.

Трихомонадоносительство

У некоторых женщин трихомонады, находящиеся во влагалище, не вызывают никакой воспалительной реакции и белей, и женщина считает себя здоровой. Наблюдались случаи, когда муж такой трихомонадоносительницы при половых сношениях с другой женщиной заражал ее трихомонадами со всеми клиническими проявлениями. Таким образом, трихомонадоносительницы, не болев трихомониазом сами, являются опасными переносчиками инфекции другим лицам, как мужчинам, так и женщинам. Еще чаще, чем у женщин, трихомонадоносительство наблюдается у мужчин, особенно у тех, жены которых больны трихомониазом.

Трихомонадоносители, как и больные трихомониазом, должны проводить лечение до полного исчезновения трихомонад, периодически подвергаясь контролю.

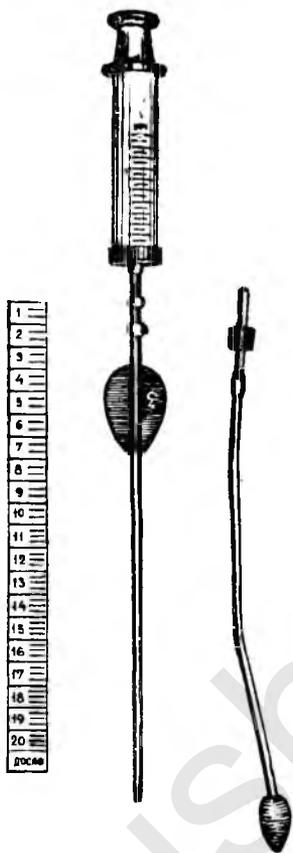


Рис. 166. Оливообразный наконечник П. В. Толстова для взятия выделений из влагалища и сигмовидной кишки. На шприце прямой наконечник для процедур.

Лечение трихомониаза

Прежде чем начать местное лечение трихомониаза, необходимо обратить внимание на общее состояние организма больной, в особенности на состояние ее нервной и сердечно-сосудистой системы и более подробно мочеполового аппарата. При расстройстве нервной и сердечно-сосудистой систем назначают специальное лечение. При воспалительном процессе в придатках матки, в тазовой брюшине или клетчатке, а также при тазовом застое необходимо применить соответствующие гинекологическое лечение; одновременно нужно следить за правильной функцией кишечника, установив необходимую диету.

В качестве лечебных, «специфических» средств против трихомониаза предлагалось бесчисленное количество препаратов, преимущественно для местного применения, а иногда и для *therapia sterilisans magna* (как, например, метиленовая синька, аминоакрихин внутрь). Предлагались химиотерапевтические и галеновые препараты, антибиотики, антисептики, щелочи и кислоты, фитонциды и др. для ирригации, аппликаций, тампонов, в виде свечей, таблеток, капсул, порошков для распыления, кремов, эмульсий. Предложено свыше 190 фармакологических средств и 10 растений для фитонцидотерапии.

Только в последние годы у нас рекомендовали: аминоакрихин (М. В. Бове, 1954); акрихин (Е. Ф. Любомудрова, 1952; А. И. Бурханов, 1954); симтомициновую эмульсию (В. И. Козлова, 1952); грамицидин (Н. С. Бакшеев, 1950); биолактин (Р. С. Ганевская и Э. М. Вербатус, 1934); хлор (В. Е. Дембская и А. А. Перец, 1936); вяжущие (В. В. Зеленский, 1953); фитонциды (А. С. Пшеничникова, А. М. Фой, 1953, М. Г. Шадрин и С. Н. Шапиро, 1954); диатермию солнечного сплетения (Л. А. Решетова, 1953). Большое количество предложенных средств против трихомониаза лишь свидетельствует о их малой пригодности.

Основной причиной неудовлетворительного лечения трихомониаза является незнание многими гинекологами путей заражения и биологии трихомонад. В последнее время Б. А. Теохаров (1958), О. Ировец, Р. Петер с сотрудниками (1958) и другие дают следующие рекомендации по лечению трихомониаза, с которыми мы полностью согласны.

1. Во всех случаях заболевания трихомониазом женщины обязательно вместе с ее лечением проводить также лечение мужа.

2. Лечение должно быть общим — с целью повышения сопротивляемости организма — и местным; последнее должно проводиться во всех очагах поражения трихомонадами (уретра, цервикальный канал, скеновы ходы и выводные протоки бартолиниевых желез).

3. Необходимо применять в комбинации средства, уничтожающие трихомонад, и средства противовоспалительные (бактерицидные) для ликвидации посторонней флоры, поддерживающей воспалительное состояние очагов.

4. Необходим контроль излеченности партнеров в течение и в конце лечебного курса.

Из наиболее употребительных лечебных средств первое место занимает мышьяковый препарат осарсол. Обычно осарсол растворяется в щелочных растворах (2% раствор соды). Но трансудат во влагалище у значительной части больных трихомониазом кислой реакции, а в кислой среде осарсол не оказывает стойкого лечебного действия. Кроме того, воспаленные влагалище, шейка матки и цервикальный канал обычно покрыты, помимо пенистого трансудата, также слизью; удаление трансудата без снятия слизи не гарантирует уничтожение трихомонад, так как они вегетируют под слизью.

Б. А. Теохаров рекомендует, и мы с ним согласны, следующую пропись для присыпки (1 раз в день):

Rp. Osarsoli pulv.
Acidi borici aa 0,3 или streptocidi albi 0,3
Laevomycetini 0,8
Glucosae 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 12

В этой прописи осарсол предназначен для уничтожения трихомонад, борная кислота — для воздействия на дрожжевые грибки, часто сопутствующие трихомонадам, и левомицетин (его можно заменить стрептоцидом 0,3) для уничтожения посторонней флоры, поддерживающей воспалительное состояние очагов.

При хронических трихомонадных поражениях (влагалища, уретры, канала шейки матки) целесообразно применять йод в сочетании с осарсолом в виде протираний:

Rp. Jodi puri 1,0
Kalii jodati 2,0
Natrii bicarb. 4,0
Osarsoli 5,0
Glycerini 50
M. D. S. Наружное. Для протираний.
Перед употреблением подогреть
и взбалтывать.

Техника лечебных процедур. Начинать лечебные процедуры следует с подмывания наружных половых частей и спринцевания влагалища, в особенности в остром периоде трихомониаза с обильными влагалищными выделениями. Подмывание и спринцевание производится настоем ромашки (30 г ромашки заваривают в двух стаканах кипятка; через два часа настой процеживают через марлю и добавляют 1 л теплой (37—38°) кипяченой воды). Спринцевание можно производить также водным раствором риванола 1 : 200 или марганцовокислого калия 1 : 5000. Далее следует обработка преддверия и влагалища лекарственным раствором с помощью ватно-марлевого шарика или пульверизацией порошкообразного вещества, например: осарсола, борной кислоты и глюкозы в равных частях.

Влажная обработка влагалища производится чаще всего 5% раствором осарсола или вышеуказанной прописью Теохарова. Как раствор осарсола, так и порошок Теохарова следует слегка втирать ватным шариком в стенки преддверия и влагалища. При уретрите в уретру вводится раствор осарсола и немного порошка его. Скеновы ходы прижигают ляписом, напаянным на тонкую проволочку (проводник от иглы шприца «Рекорд»). С отверстием выводного протока бартолиниевой железы поступают так же, как с уретрой. Полезно для введения раствора осарсола в выводной проток бартолиниевой железы иметь изогнутую тупую иглу. Канал шейки матки протирают ватной палочкой, смоченной раствором осарсола или, лучше, вышеуказанным раствором йодосарсола. Процедуры проводят ежедневно в течение одной-двух недель.

По стихании острых явлений трихомониаза лечение дополняют введением во влагалище тампонов следующего состава:

Rp. Zinci oxyd. 10,0
Amyli tritici 20,0
Osarsoli
Streptocidi albi aa 5,0
Glycerini 80,0
M. D. S. Паста. Перед употреблением
подогреть.

Кроме описанной методики лечения трихомониаза, в руководимой нами клинике применяется для этой цели метод П. В. Толстова, про-
веренный на 5000 больных. Для лечения, по Толстову, необходимо
иметь: 1) масляную эмульсию «Детойль-ДДТ» (№ 1) (химический ан-
тисептик) и 2) эмульсию (№ 2) следующего состава:

Rp. Zinci oxydati 8,0
Acidi salicylici 2,0
Glycerini 90,0
M. D. S. Для тампонов во влагалище
на одни сутки.

Эмульсия № 1 вливается во влагалище при помощи зеркала в ко-
личестве 15—20 мл. Ватной кисточкой на плейферовском зонде обраба-
тывается слизистая влагалища, шейка матки и цервикальный канал.
Остатки эмульсии удаляются. Вслед за нею, для нейтрализации остат-
ков эмульсии № 1, вводится противовоспалительная эмульсия № 2
в количестве 15—20 мл. Эмульсия должна покрыть также влага-
лищную часть шейки матки. Не высушивая влагалища, вводят сухой
ватный тампон, соответствующий емкости влагалища. Тампон удаляют
через одни сутки, после чего рекомендуются спринцевания настоек
ромашки. Метод Толстова — быстродействующий, для лечения требует-
ся всего три-четыре процедуры.

При неблагоприятных бытовых условиях, когда женщина не имеет
возможности спринцеваться дома, рекомендуется вводить во влагалище
свечи:

Rp. Osarsoli 0,2
Boracis 0,3
Norsulfasoli 0,5
But. cacao q. s. ut f. supp. D. t. d. № 10
S. По одной свече вводить во влагалище на ночь.

С целью быстрого освобождения больной от неприятных ощуще-
ний — жжения, зуда — и обильных выделений с запахом Толстов ре-
комендует следующие меры:

а) во влагалище вводят зеркало, по которому вливают 3% раствор
перекиси водорода, причем шейка матки покрывается им в виде ван-
ночки; зеркало поворачивается на 90° для полной обработки стенок вла-
галища тампоном, вбирающим в себя часть перекиси водорода;

б) в оставшуюся во влагалище перекись водорода прибавляют не-
сколько капель 5% раствора марганцовокислого калия, после чего по
зеркалу начинает выделяться в обильном количестве пена, которая уда-
ляется тампоном. Очищенное влагалище приобретает розовую окрас-
ку. Неприятные ощущения, наблюдавшиеся до указанной манипуля-
ции, исчезают;

в) влагалище вытирают тампоном насухо, вводят тампон с глице-
рином на сутки. Терапевтический эффект наступает сразу после лече-
ния, но рецидив возможен после первой менструации.

Методика лечения беременных женщин. Острое трихомонадное
воспаление влагалища у беременных женщин обычно вызывает тревогу
в связи с возможностью прерывания беременности, а поэтому все лечеб-
ные манипуляции должны быть исключительно бережными. При повы-
шенной проходимости капилляров у этой категории больных влагалищ-
ный трансудат часто бывает окрашен кровью, но после первой или
второй манипуляции воспаление стенок влагалища проходит, и насту-
пает быстрое выздоровление. Лечение беременных женщин с воспали-
тельным влагалища отличается тем, что обработка влагалища производит-
ся только жидкими растворами или порошкообразными веществами,
без введения тампонов.

Контроль излеченности

Излечение от трихомониаза должно контролироваться так же, как при гонорее. Естественной провокацией является менструация. После лечения следует запретить половые сношения до окончания ближайших двух менструальных циклов, во время которых (или до и после менструаций) производится бактериоскопический или, лучше, бактериологический контроль. Взятие выделений для контроля излеченности нужно производить из всех очагов — выводяного протока бартолиниевых желез, уретры, скеновых ходов, влагалища и цервикального канала.

Во время контрольных исследований жены ее муж подвергается повторному контрольному исследованию у уролога. Только после отрицательных результатов исследования у мужа и жены половая жизнь может быть разрешена. Лечение длится два-три месяца; при более коротких сроках лечения наблюдаются рецидивы.

Профилактика трихомониаза

Профилактика должна проводиться по двум направлениям: тщательное соблюдение половой гигиены и недопущение (или лечение) заболеваний, ослабляющих организм. В отношении половой гигиены особенно опасны случайные половые сношения с мужчинами, которые всегда могут оказаться трихомонадоносителями.

Правильно говорят чехословацкие врачи (Ировец, Петер и др.), что сексуальная беспорядочность приводит к большому распространению трихомониаза. При этом следует считать, что алкоголизм является опасным «катализатором» этого заболевания. Трихомониаз как половая болезнь часто встречается вместе с гонореей.

Половые сношения должны быть запрещены до полного излечения (в крайнем случае в супружеской жизни может быть разрешено пользование при коитусе презервативом). Купание в водоемах, банях не следует запрещать, поскольку трихомонады быстро погибают в воде.

Личная профилактика заключается в использовании (мужчиной) презерватива. Женщина должна проспринцеваться тотчас после сношения раствором буры или соды (2%) и ввести во влагалище тампон с 5% раствором протаргола на 10—12 часов.

Трихомониаз у мужчин

Трихомониаз у мужчин был описан позднее — в 1894 г. (Ф. Маршан, К. Миура, Г. Док). Чешский венеролог Чапек в 1927 г. ввел новую нозологическую единицу — «трихомонадный уретрит» у мужчин. Опубликовано около 5 тысяч случаев трихомонадной инфекции у мужчин.

Препараты для исследования берут вскоре после мочеиспускания путем соскоба из уретры. Так как трихомонады у мужчин обладают малой подвижностью жгутиков, то предпочтительнее пользоваться окрашенными препаратами (например, по Романовскому—Гимза). При исследовании свежих препаратов хорошо пользоваться фазово-контрастной микроскопией. В большинстве случаев инфекция остается латентной или псевдолатентной (с небольшими клиническими явлениями). Инкубационный период — одна-две недели. Типичная локализация трихомонад у мужчин — уретра и головка полового члена, а также

простата. При явной инфекции различают три стадии: острую, подострую и хроническую. Острая протекает, как острый гонорейный уретрит. При хроническом уретрите или уретропростатите мужчина при сношении все время инфицирует женщину, вызывая у нее рецидивы.

ЭХИНОКОКК ГЕНИТАЛИЙ

Эхинококк принадлежит к ленточным глистам и широко распространен среди домашних животных (кошек, собак) и рогатого скота. Эхинококковые заболевания нередко имеют эндемическое распространение. Заражение происходит вследствие загрязнения овощей, фруктов, питьевой воды яйцами глист, которые затем попадают в желудок человека. Под действием желудочного сока оболочка яйца эхинококка растворяется, причем освобождается головка паразита, снабженная крючками. Различают солитарную и множественную формы эхинококка. Он перемещается по лимфатическим и кровеносным сосудам. Локализуясь преимущественно в печени, эхинококк может переместиться в полость малого таза. А. П. Губарев (1928) описал каким образом эхинококк спускается с выпуклого края печени в полость малого таза.

По вычислениям Н. В. Маркова (1927), эхинококк женских половых органов встречается в 3,1% случаев эхинококка различных органов. Эхинококк может поселяться в различных отделах женского полового аппарата. Описана локализация эхинококка в матке, яичниках, трубах, но особенно часто в клетчатке малого таза.

По Оттову (Ottow, 1918), Нюрнбергеру (Nürnbergger, 1926), Штекелю (1934), эхинококк нередко встречается в параметрии, куда попадает из прямой кишки.

Клинически эхинококк представляет собою медленно растущую опухоль, которая изредка нагнаивается и вскрывается в соседние органы.

Различают первичный эхинококк женских гениталий и вторичный (чаще всего перемещающийся из печени).

Раздражая своей соединительнотканной оболочкой окружающие органы, эхинококк вызывает образование обширных сращений. Нередко соседние органы от сдавления эхинококком подвергаются атрофии (особенно часто это происходит в яичнике). Описаны случаи прободения и проникновения эхинококковых масс в мочевою пузырь, в прямую кишку, во влагалище.

Диагноз эхинококка очень труден, так как заболевание не имеет ясных симптомов. Для эхинококка характерно медленное течение и безболезненность опухолей, расстройство функций соседних органов: дизурические явления, запоры. Опухоль округлой формы, малоподвижна, плотноватой консистенции. А. Г. Лесовой (1957) описал опухоль, напоминающую кисту на ножке. В полости опухоли была обнаружена прозрачная жидкость и дочерние эхинококковые пузыри. Более трудны для диагностики множественные формы эхинококка; она облегчается в случаях, когда наряду с эхинококком гениталий имеется эхинококк печени (первый и второй случаи К. М. Пичугина—1956). Для диагностики не следует применять пробной пункции опухоли, представляющей опасность в смысле инфекции и диссеминации элементов эхинококка; по мнению современных гинекологов, лучше применять вместо прокола пробное чревосечение. В таких случаях в содержимом опухоли находят крючки и хитиновую оболочку эхинококка. Подтверждают диагноз

реакции Гедини (биологическая реакция связывания комплемента), Вейнберга и кожная реакция Кацони.

Лечение — только хирургическое — абдоминальное чревосечение. Вылушивание опухолей может быть трудным из-за сращений. При невозможности удалить эхинококковую кисту содержимое ее опорожняется, а стенки разреза подшиваются открыто (марсупиализация) и дренируются до залуствования (Штеккель, 1934).

Прогноз — сомнителен.

АКТИНОМИКОЗ ГЕНИТАЛИИ

Актиномикоз — заболевание, вызванное проникновением в ткани организма лучистых грибов, или актиномицетов. До 1934 г. в мировой литературе было опубликовано только 77 случаев актиномикоза женских половых органов. Есть основание думать, что актиномикоз встречается чаще, чем его диагностируют (Г. О. Сутеев, 1951).

Т. И. Машкова (1952) считает, что актиномикоз внутренних женских половых органов не столь редкое, но малоизученное и потому труднораспознаваемое заболевание, дающее весьма значительный процент смертности.

Советскими учеными — С. Ф. Дмитриевым (1947), Н. А. Красильниковым (1950), Д. И. Асниным (1950), Г. О. Сутеевым (1951), Т. И. Машковой (1952) и другими — внесено много нового по этиопатогенезу, диагностике и терапии актиномикоза. Так, С. Ф. Дмитриев предложил фильтрат лизирующихся культур актиномицетов — актинолизат — для диагностики и терапии актиномикоза. Д. И. Аснин разработал методику диагностической кожной реакции с актинолизатом.

Актиномикоз гениталий представляет собою обычно вторичное заболевание, переходящее в эту область чаще всего из слепой кишки. Возможен также гематогенный путь распространения заболевания. Что касается восходящего каналикулярного пути — через влагалище — и лимфогенного, то они пока не доказаны.

На местах внедрения лучистых грибов в ткани придатков или параметрия образуется специфическая гранулема в виде узелка из грануляционной ткани, содержащей круглые эпителиоидные клетки. В центре узелка находится гной. В зоне поражения образуется плотный инфильтрат со множеством таких гнойников, сообщающихся между собою или открывающихся наружу в виде свищей.

Различают открытую и закрытые формы актиномикоза гениталий. Открытая форма сопровождается свищами.

Для *диагностики* необходимо констатировать наличие друзы или мицелия лучистого грибка. В нетипичных случаях делают посев гноя. Обычно же, получив гной из свища или путем пункции очага, исследуют под микроскопом, по возможности, свежий гной.

При закрытых формах подозрение на актиномикоз возникает при отсутствии эффекта от противовоспалительной терапии. Рост и каменистая плотность инфильтрата считаются характерными для актиномикоза; позднее на брюшной стенке, промежности или во влагалище образуются гноеотделяющие свищи.

При длительных гнойных заболеваниях клетчатки малого таза пунктат всегда необходимо исследовать на актиномикоз.

Терапия. В прошлом основным методом лечения актиномикоза считался йодистый калий *per se* или в комбинации с хирургическим методом. С начала текущего столетия не без успеха применяют рентгено-

терапию, но она оказалась пригодной лишь при кожных (наружных) поражениях (шея, лицо); при лечении внутренних органов она не достигает цели.

Эффективность пенициллинотерапии при актиномикозе, отмечаемая некоторыми авторами (Г. О. Сутеев), зависит, по-видимому не от специфического действия пенициллина на актиномикоз, а от воздействия на микробы, вызвавшие вторичную инфекцию.

Лечение актинолизатом, введенное Г. О. Сутеевым и Д. И. Асиным в гинекологии, еще мало изучено; в хирургии оно дало одобряющие результаты.

Хирургическое лечение актиномикоза в большинстве случаев ограничивается инцизиями на месте флюктуации. Чаще всего их производят над пупартовой связкой, во влагалище. Ввиду невозможности выделить пораженный участок из инфильтрата, радикальные операции при актиномикозе неосуществимы. Инцизии иногда небезопасны из-за возможности поражения соседних органов. В этих случаях следует ограничиться пункцией с отсасыванием гноя и последующим введением в очаг пенициллина (И. Л. Брауде), что способствует быстрому рассасыванию инфильтрата.

Таким образом, мощным лечебным фактором в современном лечении актиномикоза является пенициллин в больших дозах (до 30 000 000 единиц на курс) в сочетании со средствами, повышающими реактивность организма. Из новейших способов, еще полностью не апробированных, необходимо отметить предлагаемое Г. О. Сутеевым лечение актинолизатом.

МОЛОЧНИЦА ГЕНИТАЛИИ

Молочница (soor) — заболевание, вызываемое грибом *Monilia (Oidium) albicans*. Под микроскопом он имеет вид густой сети из тонких нитей и множества спор. Молочница встречается у детей в ротовой полости, а у взрослой женщины — во влагалище. Особенно часто молочницу находят у беременных. Клинические явления выражаются в зуде и жжении во влагалище. При осмотре его с помощью зеркал обнаруживается гиперемия и отек влагалищных стенок, на фоне которых определяются небольшие прочно прикрепленные белые пятнышки.

Лечение заключается в протирании пораженных мест 2—3% раствором буры или в смазывании 10% раствором буры на глицерине. Небеременным можно дополнительно рекомендовать спринцевания 3—5% раствором соды.

ЛИТЕРАТУРА

Трихомонадные заболевания

Бакшеев Н. С. Лечение грамицидином трихомонадной инвазии влагалища. Акуш. и гинек., 1950, 6.

Барнагян-Гадзиева А. М. Частота трихомонадной инвазии у беременных и родильниц и ее клиническое значение. Акуш. и гинек., 1953, 6.

Бове М. В. Применение аминоакрихина при трихомонадных заболеваниях половых органов у женщин. Акуш. и гинек., 1954, 6.

Бурханов А. И. Действие акрихина на трихомонад. Акуш. и гинек., 1954, 4.

Вартапетов Р. А., Ковтун И. З. и Пустовойт Л. С. Лечение трихомонадных кольпитов препаратом из медвежьего лука (урзаллом). Акуш. и гинек., 1955, 4.

Вершинский Б. В. О патогенности *trichomonas vaginalis* Donné, 1836, Акуш. и гинек., 1958, 4.

Ганевская Р. С., Вербатус Э. М. К вопросу о лечении трихомонадных вульво-вагинитов биолакцином. Сов. вестн. венер. и дермат., 1934, 3, стр. 263—266.

Горбовская Т. Г. Лабораторная диагностика трихомонадных заболеваний. Акуш. и гинек., 1955, 4.

Дембская В. Е. и Перец А. А. Комбинированное лечение трихомонадного вагинита хлором и насыщенным раствором хлористого патра. Сов. врач. журн., 1936, 14, стр. 1116—1118.

Дозорцева Г. Л. и Лифшиц О. Р. Влагалищные трихомонады. Сб. работ Минского мед. ин-та, 1949, т. II.

Журавский П. В. Новый метод одновременной окраски препаратов для лабораторной диагностики трихомонад и гонококков. Акуш. и гинек., 1953, 1.

Зелинский В. В. К вопросу о применении вяжущих веществ при трихомонадных кольпитах. Акуш. и гинек., 1953, 6.

Иронец О., Петер Р., Пра И. и Петру М. Микробиология влагалища и трихомоназ половых органов. Медгиз, 1958. (Приведена чехословацкая литература).

Козлова В. И. Опыт лечения трихомонадного кольпита и воспалительных эрозий шейки матки синтомициновой эмульсией. Акуш. и гинек., 1952, 5.

Левинсон М. И. К вопросу об эффективности различных методов лечения трихомонадных кольпитов. Акуш. и гинек., 1950, 6.

Лимар В. Р. Лечение трихомонадного кольпита осарсолом. Акуш. и гинек., 1940, 2.

Любомудрова Е. Ф. и Иванова А. И. О применении акрихина для лечения трихомонадных кольпитов. Акуш. и гинек., 1952, 5.

Молдавская-Свет Е. Д. К вопросу о влагалищной трихомонаде. Журн. акуш. и гинек., 1936, 10, стр. 1171—1174.

Пароникян Г. М. Экспериментальное обоснование химиотерапии трихомонадной инфекции. Ереван, 1954.

Пшеничникова А. С. Опыт лечения фитонцидами трихомонадных кольпитов. Акуш. и гинек. 1953, 1.

Робачевский Г. Р. Проблема трихомониаза и организация борьбы с трихомонадными заболеваниями женщин. Акуш. и гинек., 1952, 6.

Решетова Л. А. Терапия трихомонадных кольпитов диатермией солнечного сплетения. Новости медицины, 1953, вып. 34, стр. 26—31.

Сапожкова В. А. Трихомониаз беременных женщин и послеродовая заболеваемость. Акуш. и гинек. 1953, 5.

Сапожкова В. А. pH влагалищного секрета у беременных, у которых во влагалище были обнаружены трихомонады. Акуш. и гинек., 1957, 4.

Сваричевская Е. В. Материалы по диагностике и лечению трихомониаза женских мочеполовых органов. Л., 1955.

Теохаров Б. А. Лечение и профилактика трихомониаза. Сов. мед., 1958, 5.

Терас Ю. X. Еще раз о действии осарсола на влагалищную трихомонаду. Акуш. и гинек., 1958, 3.

Терас Ю. X. Об улучшении диагностики трихомонадных кольпитов. Акуш. и гинек., 1955, 4.

Тюфанова К. Г. Патогистологические изменения стенки влагалища при трихомонадном кольпите. Акуш. и гинек., 1957, 4.

Ткаченко Г. М. Материалы к биологии трихомонад и эпидемиологии трихомонозов человека. Автореферат диссертации, Л., 1955.

Фой А. М. Терапия фитонцидами трихомонадных кольпитов. Новости медицины, 1953, в. 34, стр. 2—8.

Юрьевский С. Г., Дударева М. В., Жардецкая Е. В., Лебедева М. А. Инвазия трихомонад в верхние отделы женских половых органов в послеродовом периоде. Акуш. и гинек. 1956, 5.

Шадрии М. Г. и Шапиро С. Н. Лечение больных трихомонадным кольпитом препаратами морской капусты. Акуш. и гинек., 1954, 4.

Шухмарева А. И. К лабораторной диагностике трихомонад. Акуш. и гинек., 1951, 3.

Эхинококк

Губарев А. П. Оперативная гинекология. Госиздат, 1928, стр. 456.

Лесовой А. Г. Эхинококки яичника. Акуш. и гинек., 1957, 4.

Марков Н. В. Животные паразиты. В руководстве по женским болезням А. В. Кривского. Л., 1927.

Пичугин К. М. Два случая эхинококка женских половых органов. Акуш. и гинек., 1956, 5.

Ottow. Zbl. f. Gynäk., 1918, p. 39.
Nürnbergger. Biol. u Path. des Weibes, Halb. Seitz Bd 8
Stoekel W. Lehrbuch der Gynaekologie, 1934.

А К Т И Н О М И К О З

- Аспин Д. И. Атипичные и редкие случаи актиномикоза. *Акуш. и гinek.* 1950, 6.
Дмитриев С. Ф. Лизис в проблеме актиномикоза. *Медиц. паразитол.* 1947,
4, стр. 75—83.
Карабанова В. С. Об актиномикозе женских половых органов. *Акуш. и ги-
нек.* 1953, 6.
Красильников Н. А. Актиномицеты — антагонисты и антибиотические веще-
ства. М.—Л., 1950.
Машкова Т. И. Два случая актиномикоза женских половых органов. *Акуш.
и гинск.* 1952, 6, 73—76.
Сутеев Г. О. Актиномикоз. М., 1951.

Глава 10

БЕСПЛОДИЕ ЖЕНЩИНЫ

Частота заболевания. Этиология: общие причины, эндокринные расстройства, авитаминозы; аномалии и заболевания тазовых органов; шеечно-вагинальный фактор; тубарный фактор; мужское бесплодие. Относительное бесплодие. Исследование женщины и мужчины. Организация борьбы с бесплодием и его лечение. Искусственное оплодотворение (оплодотворение). Профилактика бесплодия.

Бесплодием (*sterilitas*) называют отсутствие у женщины способности к зачатию.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Трудно учесть число бесплодных браков, так как часть из них искусственно бесплодны вследствие пользования противозачаточными средствами (контрацептивами).

Ниже приводится таблица частоты бесплодия (по обращаемости), по отечественным и зарубежным авторам (табл. 7).

Таблица 7

Частота бесплодия
(по данным отечественных и
зарубежных авторов)

	‰
Какушкин Н. М.	10
Гиммельфарб Г. И.	10
Писемский Г. Ф.	16
Топузе С. И.	8,7
Майзель Е. П.	10,5
Дункан	16
Вест	12
Симпсон	12
Гюфмейстер	14,7
Гирш	20
Мазер и Израэль	13—17

Различают первичное и вторичное бесплодие. Первичным бесплодием называют отсутствие беременности с начала половой жизни, вторичным — если бесплодие наступило после одной или нескольких беременностей. Срок, по прошествии которого женщину считают бесплодной, устанавливается авторами различно: от 2 до 5 лет; мы исчисляем этот срок в 3 года. Можно выделить еще две разновидности бесплодия: абсолютное, когда беременность ни при каких условиях невозможна (отсутствие матки, яичников, атрезия влагалища и т. п.), и относительное — вследствие неспособности донашивания беременности до срока жизнеспособности плода (*infertilitas*); к последней группе относится, например, так называемый привычный аборт (*abortus habitualis*).

ЭТИОЛОГИЯ

Общие причины, эндокринные расстройства, авитаминозы.

Пять основных факторов являются причиной абсолютного бесплодия: 1) общие причины, эндокринные расстройства и авитаминозы; 2) аномалии и заболевания тазовых органов; 3) шеечно-влагалищный фактор; 4) тубарный фактор; 5) мужское бесплодие. Необходимо отметить, что весьма часто встречается комбинация указанных факторов.

Общие причины. К ним относятся инфекционные заболевания, тяжелые общие заболевания (тифы, малярия, туберкулез, сифилис, остеомиелит и др.), оставляющие после выздоровления временное или стойкое бесплодие. Такое же действие на генеративную функцию оказывает хроническое отравление алкоголем, наркотиками (морфин, кокаин), никотином, фосфором, свинцом и другими ядами.

Особый интерес, как причина бесплодия, представляют эндокринные расстройства и связанные с ними нарушения обмена. Из них на первом месте следует поставить *расстройства функции гипофиза, щитовидной железы и яичников*. При расстройстве функций гипофиза наступает так называемое гипофизарное ожирение, аменорея и генитальная гипоплазия с последующим бесплодием.

Из расстройств функций щитовидной железы особое значение имеет гипотиреозидизм — скрытые и легкие формы без микседемы, но сопровождающиеся аменореей и другими расстройствами менструаций, нарушением обмена и т. д.

Нарушение овариальной функции, приводящее к выпадению овуляции (так называемый ановуляторный цикл менструации с отсутствием образования желтого тела в яичнике и секреторной фазы в эндометрии) является причиной бесплодия, по Мазеру и Израэлю (Mazer a. Israel, 1946) в 16%. Эти же авторы отмечают в качестве причины бесплодия недостаточность образования желтого тела, что создает понижение в эндометрии количества гликогена, необходимого для имплантации яйца.

Из других эндокринных органов, расстройство функции которых может привести к бесплодию, следует назвать *надпочечники (кора), поджелудочную железу*.

Авитаминозы. В последние десятилетия доказана важность наличия в организме некоторых витаминов, необходимых для зачатия и сохранения беременности. Таковы витамины А, С, Е, В и К.

Витамин С обладает действием, подобным прогестерону, а также антигеморрагическим действиям, как и витамин К.

Недостаток витамина Е (как отчасти и витаминов группы В и А) отрицательно влияет на спермогенез и овогенез, а также приводит к бесплодию или нарушению беременности.

Аномалии и заболевания тазовых органов

Эта патология является причиной бесплодия в следующих случаях: а) при пороках развития мочеполовых органов (см. ч. II, гл. 3), большая часть которых приводит к абсолютному бесплодию женщины; б) при инфантилизме матки; он является частой причиной относительного бесплодия, так как беременность может наступить в более поздние годы или при тщательном и длительном лечении; в) фибромиомы матки являются частой причиной бесплодия, но развитие его зависит от локализации и топографии фиброматозных узлов. Так, субмукозные уз-

лы, как правило, препятствуют имплантации яйца. Небольшие интрамуральные узелки у рогов матки могут сдавливать интерстициальную часть трубы и вследствие этого вызвать бесплодие; своевременно принятая в этом случае миомэктомия может привести к излечению; г) опухоли яичников, протекая бессимптомно, могут вызвать аменорею и бесплодие. В отдельных случаях резекция яичника и энуклеация опухоли (двусторонняя дермоидная киста) приводят к излечению бесплодия.

Шеечно-влагалищный фактор

Шеечно-влагалищный фактор (или недостаточное осеменение шейки матки по терминологии Мазера и Изразля) является весьма частой причиной бесплодия (около $\frac{1}{3}$ случаев). К этому фактору относятся: разрывы промежности с зиянием половой щели, недоразвитие влагалища (особенно — плоский задний свод, являющийся, как известно, *gesertaculum seminis*), пузырно-влагалищные свищи, эндцервициты, эрозии, эктропион и элонгация шейки, ретрофлексия матки с высоко смещенной шейкой и т. п.

Большое значение для развития бесплодия имеет также неблагоприятный состав вагинального и цервикального секрета. По Я. Н. Полонскому и С. С. Речменскому, повышенная кислотность влагалищного секрета препятствует зачатию. Некоторые авторы допускают, что аномалии сексуальной функции, например, недостаточно выраженный оргазм, не вызывая отторжения слизистой пробки у наружного зева шейки матки, способствуют бесплодию.

Диагностика недостаточного осеменения шейки матки и неполноценности спермы производится одновременно с исследованием мужского бесплодия по методу Шуварского — Хюнера (Hüner).

После клинического обследования мужа, через пять-шесть часов после сношения в межменструальном периоде, с помощью зеркал аспирируют из заднего свода влагалища его содержимое. В нормальных условиях в содержимом влагалища должно быть не менее 20 подвижных сперматозондов в восьми полях зрения. Наличие неподвижных сперматозондов говорит о неполноценности спермы. Далее, вытерев туффером *portio vaginalis*, другой пинеткой аспирируют содержимое из цервикального канала. Наличие в нем 20 подвижных сперматозондов в двух порциях говорит об их жизнеспособности, а также об отсутствии препятствий в канале шейки для прохождения сперматозондов и неблагоприятной среды в нем. Напротив, нахождение неподвижных сперматозондов и единичных экземпляров свидетельствует о неблагополучии в шейке.

Шуварский еще в 1895 году предложил изолированное исследование содержимого цервикального канала и полости матки с помощью специального инструмента; теперь это производится при помощи шприца Брауна.

Тубарный фактор

Тубарный фактор — полная или частичная непроходимость труб (рис. 167, 168, 169, 170) или нарушение нормальной перистальтики — является наиболее частой причиной бесплодия. Двухсторонняя непроходимость труб наступает чаще всего после гонорейного процесса в них, который, как известно, поражает обе трубы, затем после абор-



Рис. 167. Инфантильная матка. Бесплодие; трубы непроходимы (собственный случай).



Рис. 168. Бесплодие; трубы непроходимы (собственный случай).

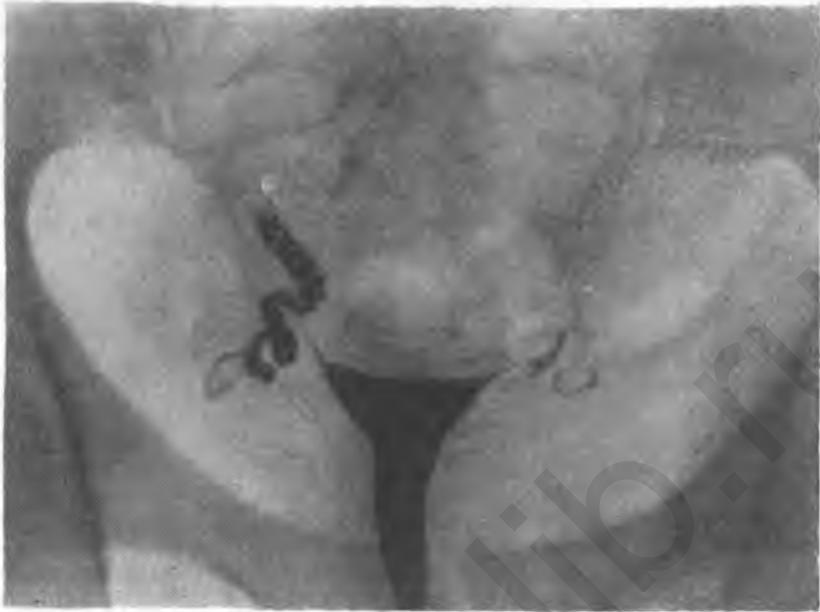


Рис. 169. Бесплодие. Матка небольшая. Правая труба проходима только до ампулярного конца (гидросальпинкс); левая — непроходима (собственный случай).



Рис. 170. Бесплодие. Деформация матки по типу двурогости. Правая труба непроходима, левая — частично проходима (собственный случай).

тов, особенно криминальных, а также, как это показала А. И. Осякина-Рождественская, при различных аномалиях строения труб и при аденомиозе их. Туберкулезные сальпингиты, наряду с эндометритами той же этиологии, также вызывают бесплодие. Недостаточная или неправильная перистальтика труб чаще ведет к внематочной беременности, реже — к бесплодию (А. И. Осякина-Рождественская).

Диагностика непроходимости труб осуществляется с помощью так называемого продувания труб, или пертубации. Однако большую ценность представляет другой метод — метросальпингография (рис. 171, 172, 173), особенно с серийными снимками, или метросальпингокимография с помощью решетчатого кимографа. Техника и противопоказания к этим манипуляциям изложены в ч. II, гл. I.

Мужское бесплодие

Мужское бесплодие — весьма частый фактор бесплодных браков. Г. И. Гиммельфарб исчислял его в 30%. К сожалению, этот фактор часто не учитывается, в то время как он заслуживает наибольшего внимания. Правильно говорит Мазер, что нельзя удовлетвориться кратким ответом лаборанта «большое количество активных сперматозоидов»; необходим подробный ответ и правильная техника собирания спермы и самого исследования. Так, не следует пользоваться для собирания спермы кондомом, как это довольно распространено, а допустить *coitus interruptus* и эякулят собрать в широкогорлую баночку и перевозить его согревая. При исследовании измеряется объем эякулята (в норме около 4 мл), pH (7,8), вязкость, число сперматозоидов в 1 мл (100 млн.), подвижность (90% сохраняют ее по истечении часа), жизнеспособность (10% подвижных сперматозоидов по истечении 24 часов).

Далее исследуют особенности и дефекты морфологии отдельных сперматозоидов.

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ

Относительное бесплодие чаще всего встречается в виде привычного выкидыша (*abortus habitualis*). Этиопатогенез привычного выкидыша в настоящее время изучен довольно полно и частично совпадает с вышеуказанными причинами бесплодия.

Из общих причин привычного аборта можно указать на патологические, нейрогормональные и биохимические факторы, расстройства питания (гиповитаминозы). Давно также известно, что хронические очаги инфекции, в особенности пиелиты и тонзиллиты, могут вызывать выкидыш, в том числе — привычный.

Особенно важны как причина недонашивания эндокринные расстройства; большую роль играет при этом снижение продукции хориального гонадотропина (пролана Б) и прогестерона желтых тел. Прогестерон снижает возбудимость матки, оказывая на нее «протективное действие», и нейтрализует эстрогенный гормон. Как известно, рост беременной матки от начала беременности до родов находится в зависимости от продукции эстрогенов. Избыток активных биологических эстрогенов, особенно эстриола, может вызвать маточные сокращения и выкидыши. Для развития зародыша необходим йодсодержащий гормон тироксин. Недостача его вызывает выкидыш.



Рис. 171. Метросальпингография.

Бесплодие. Матка малых размеров с неровными контурами (следы хронического периметрита). Трубы непроходимы (собственный случай).

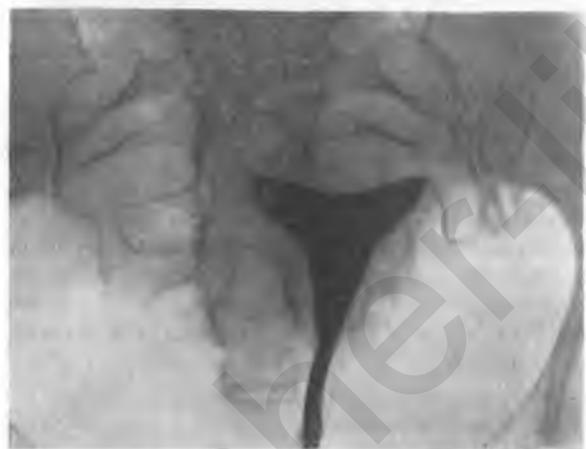


Рис. 172. То же.

Матка несколько неправильной формы. Нитевидные извитые просветы труб, расширенные в ампулярных концах и непроходимые (собственный случай).

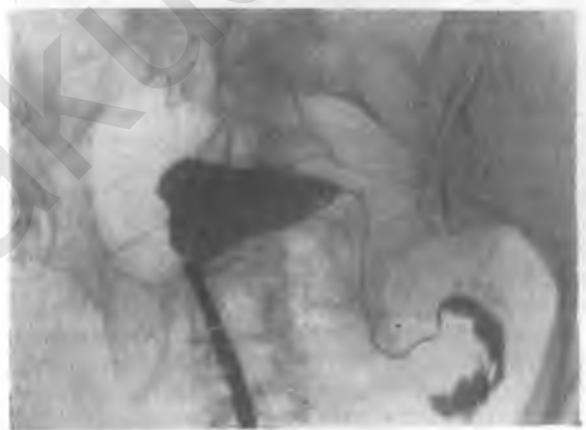


Рис. 173. То же.

Матка неправильной формы. Правая труба не заполняется контрастным веществом, просвет левой трубы нитевидный, значительно расширен в ампулярном конце (собственный случай).

Важнейшим фактором сохранения способности к донашиванию является, как мы уже сказали, нормальное снабжение организма беременной в и т а м и н а м и. Экспериментальные и клинические наблюдения доказали большое значение отсутствия витаминов С, К, и особенно Е, в этиологии привычного выкидыша. Витамин Е, как и большие дозы эстрогенов, вызывают у беременных дегенерацию плаценты. В последнее время витамин Е начали применять для лечения мужского бесплодия. Так, Е. Линднер (E. Lindner, 1957) провел курс лечения витамином Е (150—200 мг ежедневно в течение восьми недель) 40 мужчинам, страдавшим аспермией. У 14 наступил нормальный сперматогенез. У жен восьми из них наступила беременность. Если в течение трех восьминедельных курсов терапевтического эффекта не достигнуто, продолжать лечение нецелесообразно.

Недостача витамина К создает понижение содержания протромбина крови и может вызвать кровотечение в децидуальной оболочке с последующей гибелью плода.

Из причин, относящихся к половым органам, предрасполагают к привычному недонашиванию неблагоприятные условия для нормального развития плодного яйца в полости матки. К ним можно отнести: низкое прикрепление и предлежание плаценты, двурогость матки, полипы ее полости, а в особенности инфантильное состояние матки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ И МУЖЧИНЫ

Исследование женщины при бесплодии требует большого внимания; оно не должно сосредоточиваться только на половых органах, но охватить все органы и системы.

Анамнез должен быть подробным. Следует учитывать все жалобы, а не только касающиеся гениталий, например: боли под ложечкой, спастические запоры, почечная колика и т. д. Так как заболевания всех органов связаны с функцией гениталий, И. Л. Брауде советует при сборании анамнеза у бесплодной женщины выяснить также такие вопросы, как плодovitость членов семьи, имеющиеся у них эндокринные заболевания — диабет, микседема, базедова болезнь и др.

Анамнез о сексуальной функции должен быть более подробным.

После сбора анамнеза и общего исследования производят гинекологическое обследование, которое должно быть выполнено с исчерпывающей полнотой. Как сказано выше, врач должен иметь предварительные сведения о здоровье мужа больной. Однако даже при наличии сведений о возможном бесплодии мужа исследование женщины все же обязательно, ибо стерильный брак часто является результатом дефектов в половой сфере и у мужа и у жены.

Бимануальное исследование должно быть очень тщательным. При необходимости (ожирение, чрезмерная болевая реакция больной) производят ректальное исследование. Исследование с помощью зеркал обязательно; особое внимание при этом следует обратить на изменения шейки матки, состояние сводов и влагалища. Иногда требуются дополнительные методы исследования — зондирование, диагностическое выскабливание слизистой матки и т. п.

Наконец, применяют некоторые виды функционального исследования с целью определения состояния тазового дна и брюшного пресса, проходимость труб (пертубация, метросальпингография), для диагностики функционального состояния эндометрия (ановуляторный цикл) и яичников (реакции на эстрогены, прегнадиол, гонадотропины).

З. Д. Савельева и В. Г. Орлова, изучая обмен гормонов яичника при бесплодии, нашли, что причиной бесплодия у обследованных ими женщин является нарушение обмена гормонов яичников, однофазный менструальный цикл, а у некоторых — и глубокие нарушения метаболизма гормонов коры надпочечников.

Кроме обычных лабораторных исследований (крови, мочи, мазков на гонококки, реакции Вассермана), необходимо произвести исследование секреторной функции, влагалища и матки: кислотности, рН, степени чистоты, определить цитологию влагалищного содержимого и др.

Исследование мужчины обычно производит уролог, но гинеколог должен быть осведомлен о его результатах. О *potentia generandi* мужа можно судить на основании исследования спермы. Тяжелым дефектом спермы является полное отсутствие сперматозоидов — азооспермия, когда зачатие невозможно. Небольшое количество выделяемых с эякулятом сперматозоидов — олигоспермия — в единичных случаях может привести к зачатию, но в подавляющем большинстве случаев ведет к бесплодию, так же как и некроспермия (неподвижность сперматозоидов). Необходимо обращать внимание на изменение формы сперматозоидов; дефекты нормального строения их делают зачатие невозможным.

ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С БЕСПЛОДИЕМ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Большое количество и сложность причин женского бесплодия делают нередко неполноценными попытки отдельных врачей-гинекологов, в особенности в амбулаторных условиях, произвести достаточно полное обследование женщины. Недостаточная противовоспалительная и гормональная терапия, как и невыявление генеза бесплодия, также приводит к большому проценту неудач.

Поэтому организацию борьбы и лечение бесплодия следует в основном сосредоточить в специализированных учреждениях или, по крайней мере, передать подготовленным специалистам, которые должны организовать хорошо оснащенные кабинеты для приема, обследования и лечения бесплодных больных. Такие кабинеты могут быть организованы как в консультациях (И. Д. Арист и А. П. Максимова, 1953), так и при институтах и клиниках. Кроме кабинетов, необходимо иметь в стационарах определенное число коек для сложных методов обследования и лечения (хирургического и пр.) бесплодия. Сказанное отнюдь не лишает права и обязанности каждого гинеколога лечить бесплодие, но в сложных случаях или при длительной безуспешности лечения он должен направить женщину в специальный кабинет или стационар.

Как уже говорилось, лечение бесплодия должно быть не только местным, но и общим. Особенно тщательному общему лечению должны подвергаться женщины, перенесшие инфекционные заболевания и хронические отравления.

Эндокринные расстройства требуют применения современной гормональной терапии (по возможности, после консультации с эндокринологом). При генитальной гипоплазии, недостаточности эстрогенов проводится в течение трех месяцев курс лечения эстрогенами и прогестероном. Эстрогены (синэстрол из расчета 10 000—20 000 ЕД на инъекцию) назначаются в первой половине менструального цикла по одной инъекции внутримышечно через день; прогестерон — по 5—10 мг внутримышечно через день во второй половине цикла до наступления менструаций.

При ановуляторном менструальном цикле проводится лечение гона-

дотропным гормоном (экстракт сыворотки беременных кобыл) или прогестероном.

А. Пальмер (Palmer A., 1957) при обследовании 500 бесплодных женщин выявил, что причиной бесплодия в 84 браках были укороченные «стерильные» циклы. Этим женщинам вводили внутримышечно пять раз через день по 1000 МЕ хориального гонадотропина, начиная с пятогшестого дня постовулярной фазы. У всех женщин отмечено удлинение этой фазы, по крайней мере, до 14 дней. У 53 женщин наступила беременность или во время лечения, или вскоре после него.

В случаях недостаточности гормона желтого тела (обнаруживается реакцией на прегнандиол) — лечение прогестероном внутримышечно по 5—10 мг через день во второй половине менструального цикла.

Явления гипертиреозидизма требуют назначения препаратов щитовидной железы (тиреонин по 0,1 два-три раза в день), диетотерапии.

При витаминной недостаточности необходимо искусственно вводить нужные организму витамины или назначать поливитамины.

Лечение при аномалиях и заболеваниях тазовых органов будет зависеть от характера патологии. Некоторые случаи аномалии, как например *атрезия гимена*, *частичная атрезия влагалища* при наличии матки и яичников могут после операции привести к зачатию. Так, в двух случаях мы получили полный успех после операции по поводу аменореи на почве атрезии средней трети влагалища; после иссечения толстой рубцовой стенки удалосьшить верхний и нижний отрезки влагалища, причем влагалищная часть шейки оказалась полностью открытой. У этих двух больных начались нормальные мenses, и в скором времени обе женщины забеременели и нормально родили.

О лечении бесплодия, зависящего от *фибромиомы матки*, мы уже говорили выше, как и о бесплодии, возникшем при *двусторонней незлокачественной опухоли яичника*, которое может быть устранено в значительном проценте случаев путем консервативной операции: резекции яичника или энуклеации опухоли из яичниковой ткани. Для возникновения беременности необходимо сохранение хотя бы $\frac{1}{10}$ ткани яичника на одной стороне. Приведу для иллюстрации собственный случай.

Гр. Т., 22 лет, замужем три года, не беременеет, в последние шесть месяцев аменорея. Обнаружена двусторонняя опухоль яичников величиной с мандарин. Предположительный диагноз — дермоидная киста обоих яичников. При лапаротомии диагноз подтвердился.

Справа произведена резекция яичника с удалением опухоли и оставлением небольшой части его; слева опухоль вылушена из яичниковой ткани. Оставлено около $\frac{1}{5}$ ткани одного яичника. После операции начались скудные, но регулярные мenses. Через три месяца наступила беременность; на третьем и на шестом месяцах появились симптомы угрожающего выкидыша, приостановленного назначением прогестерона по 5 мг в день. Беременность доносила и родила в срок мальчика весом около 4 кг.

Другие причины бесплодия — *разрывы промежности* (*ruptura perinei*) *зияние половой щели* (*relaxatio perinei*), — когда попавшее во влагалище семя изливается наружу, могут быть ликвидированы путем задней пластинки.

При *плоском заднем своде влагалища* рекомендуется лечение инфантализма; в этих случаях coitus должен производиться со слегка приподнятым тазом; в таком положении женщина остается еще 15 минут после сношения.

Тяжелые случаи *пузырно-влагалищных свищей* сопровождаются стоянием, близким к хроническому; после успешного заживления свища это осложнение проходит, и женщина может забеременеть. Однако

роды в этих случаях должны быть закончены абдоминальным кесарским сечением во избежание рецидива свища.

Невозможность зачатия вследствие *эндоцервицитов, эрозий, эктропиона* может быть устранена соответствующим лечением (лечение гонорей, применение лекарственных тампонов, диатермокоагуляция при эктропионе). *Ретродевиации* при высоком стоянии шейки также могут быть причиной бесплодия; лечить их следует оперативным путем — вентросуспензией.

Оперативное лечение — ампутация шейки матки — требуется иногда при *элонгации, гипертрофии и метрите шейки*.

При *повышенной кислотности влагалища* прежде назначали незадолго до полового сношения спринцевание 2% раствором соды; однако лучше спринцеваться рингеровским раствором с добавлением (ex tempore) 1 г глюкозы на 1 л раствора, что способствует увеличению подвижности и жизнедеятельности сперматозоидов.

Лечение при тубарном факторе бесплодия совпадает с лечением воспалительных заболеваний придатков матки и в подавляющем числе случаев проводится консервативно, как обычно.

Так как бесплодные женщины, перенесшие воспалительные заболевания, в большинстве своем — хронички, то лечение их должно быть активным, но под контролем РОЭ. Для ликвидации воспалительного процесса необходимо длительное курсовое лечение по этапам (ч. II, гл. 6).

После такого лечения (а также, если необходимо, после специфической противогонорейной терапии), если есть уверенность в отсутствии обострений, необходимо сделать проверку проходимости труб пертубацией или метросальпингографией. Эти последние две процедуры являются иногда не только диагностическими, но и лечебными, поэтому в *подходящих случаях* их можно применить с самого начала лечения. Вместе с лечебной пертубацией полезно назначать диатермию (30—40 минут, 20 сеансов) для рассасывания возможных сращений. Мы рекомендуем сеансы диатермии влагалища чередовать с влагалищным ионтофорезом KI.

Французские авторы применяли инъекции — введение в матку и трубы липиодола под давлением 240 мм — и в 12—13% случаев наблюдали успешные результаты (Матье; Mathieu, 1937; Беклер; Bécèle, 1937; Левенталь; Leventhal, 1941).

В тех случаях, когда возможно подозревать (на основании серийных снимков) недостаточную или неправильную перистальтику труб, для возбуждения и регуляции последней применяют эстрогенный гормон — синэстрол — внутримышечно по 10 000 ЕД через день в первой половине менструального цикла. Эстрогенную терапию полезно сочетать с диатермией влагалища; обе процедуры способствуют васкуляризации труб с усилением их моторной функции.

Тканевая терапия при бесплодии применялась в руководимой нами клинике М. П. Никифоровским (1958) в виде подсадок консервированной плацентарной ткани в случаях с воспалительным анамнезом. В результате тканевой терапии беременность наступила в 20% случаев.

В качестве *ultimum refugium*, по исчерпанию всех консервативных методов лечения, применяют хирургическое — лапаротомию и пластические операции на трубах или разъединение спаек. Операции на трубах заключаются: в образовании нового абдоминального отверстия в случаях закрытия ампулярного конца труб — сальпингостомия; в пересадке трубы в матку — при непроходимости маточного конца трубы; в пересадке яичника в матку — при полной непроходимости трубы на всем

ее протяжении. Но чаще всего производится разъединение спаек с целью высвобождения ампулярного конца трубы, через который («сверху») производится пертубация рекордовским шприцем с резиновым наконечником.

Для хирургического лечения бесплодия нужен тщательный отбор больных, прошедших длительное противовоспалительное лечение. Общее число таких больных не превышает 5—10% всех бесплодных. Результаты хирургического лечения бесплодия еще недостаточны.

Г. Роберт (Robert H., 1957) дает критический анализ сборных статистик Greenhill и других по вопросу об эффективности лечения бесплодия посредством пластики труб. При общем количестве 2113 операций беременность наступила у 405 женщин; живых детей родилось 15,1%. Статистика эта, как сводная, включает в себя данные 37 хирургов разной квалификации и с разными возможностями и условиями производства операций, что лишает материал статистической ценности. Если же учесть, что зачастую операции производились при недостаточных показаниях и без тщательного обследования жены и мужа, — ценность этих результатов, по автору, является сомнительной. Он также обращает внимание на то, что, по литературным данным, пластические операции дают в дальнейшем до 9—10% внематочных беременностей. Приведя результаты консервативного лечения бесплодия, автор считает их более удовлетворительными, чем результаты хирургического лечения. По-видимому, хирургическое лечение бесплодия должно быть предоставлено лишь квалифицированным хирургам, полностью вооруженным всем необходимым для производства столь ответственных операций.

Лечение относительного бесплодия — чаще всего привычного выкидыша — относится к акушерству (А. И. Петченко. Акушерство, ч. II, гл. 5, стр. 285—286).

ИСКУССТВЕННОЕ ОСЕМЕНЕНИЕ (ОПЛОДОТВОРЕНИЕ)

Искусственное осеменение (оплодотворение) бывает гомологичное и гетерологическое (другого мужчины). Применяется при питуитарных расстройствах мужа или импотенции его, аномалиях щитовидной железы, расстройстве питания, авитаминозах А, В, Е, инфекциях — грипп, малярия, сифилис. Широкова отметила наступление беременности в 11 случаях из 21, Виноградова — в 6 из 16.

Мастроианни Л., Лаберже и Рок (Mastroianni L., Laberge, Rock, 1957) произвели искусственное оплодотворение 506 раз 113 женщинам, в том числе 299 раз во время фазы овуляции. Применяли необработанную и предварительно обработанную (центрифугирование, добавление пенициллина) сперму. Ее вводили внутриматочно, в шейку матки, в колпачке на влагалищную часть шейки матки и во влагалище. У 7 женщин наступила беременность. Лучшие результаты получены от введения необработанной спермы в задний свод влагалища: из 31 женщины (56 инсеминаций) беременность наступила у 3; при применении полиэтиленового колпачка с необработанной спермой, который оставался на шейке матки по крайней мере 6 часов, из 47 женщин (76 инсеминаций) забеременели 3. Из 17 женщин, которым при этом методе применяли обработанную сперму, ни одна не забеременела; у одной женщины из 29 (68 инсеминаций) беременность наступила после введения обработанной спермы в полость матки. Первые 6 женщин родили в срок, у последней были преждевременные (8 месяцев) роды.

ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

С целью профилактики бесплодия в браке следует проводить соответствующие профилактические мероприятия, а также возможно раннее приступать к лечению различных заболеваний, в результате которых может наступить бесплодие. Необходимо правильное санитарное

просвещение, соблюдение основных правил гигиены месячных и половой жизни, проведение борьбы с внебольничными абортами, лечение: туберкулеза и гонореи половых органов и т. п. Необоснованное хирургическое вмешательство врача — удаление второй трубы при внематочной беременности, расширение показаний к кесареву сечению, высокая ампутация шейки матки, энергичное выскабливание слизистой матки при послеродовых кровотечениях и т. п. — может также повлечь за собой возникновение абсолютного и относительного бесплодия.

Помимо мероприятий по предупреждению женского бесплодия, следует уделить внимание предупреждению мужского бесплодия, например, тщательное лечение в детстве паротита, дающего от 10 до 20% осложненный орхитом с возможным нарушением сперматогенеза. У взрослых должна проводиться борьба с гонореей, иатрогенными заболеваниями. Все эти мероприятия значительно снижают процент бесплодных браков (Тульцер, Tulzer, 1957).

ЛИТЕРАТУРА

Альшевская Е. Н. Организация работы кабинетов по диагностике и лечению бесплодия в женских консультациях. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 76—78.

Арист И. Д. и Максимова А. П. Терапия бесплодия по материалам кабинетов консультации. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 168—172.

Брауде И. Л., Малиновский М. С., Серебров А. И. Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, 1957.

Брауде И. Л. Лечение женского бесплодия. Совет. медиц. 1950, 8.

Гамбаров Г. Г. и Джавахишвили Н. М. К вопросу об ановуляторных кровотечениях при бесплодии. Акуш. и гинек., 1953, 5.

Гиллерсон А. Б., Крутикова К. А. и Коссовская С. М. Консервативное лечение женского бесплодия. Акуш. и гинек., 1940, 1.

Дозорцева Г. Л. Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии на основе цитологических исследований. Минск, 1952.

Дубинчик Я. С. Биологические особенности шеечно-влагалищного секрета и неполноценность спермы как этиологического фактора бесплодия. Акуш. и гинек., 1940, 1.

Израильсон Р. М. Монофазные циклы при бесплодии. Акуш. и гинек. 1947, 6.

Имерлишвили Я. Случай искусственного оплодотворения у женщин. Ж. акуш. и женск. бол., 1933, стр. 380.

Какушкин Н. М. Основные предпосылки к изучению женского бесплодия. Тр. 7-го Всес. съезда гинек. и акуш., 1927.

Круглова М. М. Случай смерти при продувании труб. Акуш. и гинек., 1940, 7—8.

Куликовская А. А. и Загородная В. И. Морфологические и функциональные изменения эндометрия при бесплодии. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 24—31.

Лиходеева Л. Л. Физические методы лечения при анатомической непроходимости фаллопиевых труб. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 64—70.

Майзель Е. П. Патогенез женского бесплодия. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 2—12.

Малиновская В. К. и Савельева З. Д. Клиническая и диагностическая ценность метросальпингографии. Гинек. и акуш., 1933, 3, стр. 39—47.

Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика причин женского бесплодия. Акуш. и гинек., 1946, 2.

Марков Н. В. О проходимости фаллопиевых труб у плодов и о врожденной их непроходимости. Гинек. и акуш., 1931, 2.

Микеладзе Ш. Я. Усовершенствованный аппарат для продувания фаллопиевых труб. Акуш. и гинек., 1941, 6.

Никифоровский М. П. Тканевая терапия некоторых акушерско-гинекологических заболеваний. Вopr. физиол. и патол. родового акта. Под ред. проф. А. И. Петченко

Осякина-Рождественская А. И. О транспорте яйца из яичника в матку. Л., 1947.

Перетц В. Г. и Гладкова Ф. В. К организации станций по лечению бесплодия. Акуш. и гинек., 1938, 5.

Побединский М. Н. Бесплодие женщины. Медгиз, 1949.

- Покровский В. А. Бесплодие женщины. М., 1930.
- Полонский Я. Н. и Речменский С. С. К вопросу о бесплодии при конической шейке. Ж. акуш. и женск. бол., 1928, 3, стр. 303—310.
- Преображенский А. П. К вопросу о гормонотерапии женского бесплодия. Акуш. и гинек., 1946, 2.
- Проняева К. В. Ановуляторный менструальный цикл у женщин. Акуш. и гинек., 1946, 3.
- Русин Я. И. Контрастная рентгенография матки и фаллопиевых труб. Воронеж, 1941.
- Савельева З. Д. и Орлова В. Г. Некоторые данные клиники однофазного менструального цикла при бесплодии. Акуш. и гинек., 1959, 4.
- Семенова Е. А. Гистеросальпингография при определении непроходимости фаллопиевых труб. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 45—52.
- Сироткина Ф. С. Организация районной станции по борьбе с бесплодием. Сборник научных работ Воронежского обл. ин-та охр. матер. и млад., 1940, в. IV, стр. 40—42.
- Старцева Л. Н. Сравнительная оценка данных пертубации, гистеросальпингографии в диагностике трубного бесплодия. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 37—44.
- Топузе С. И. Проблема бесплодия женщины. Госмедиздат УССР, 1934.
- Туманова Е. С. и Подольская И. Ю. Клинико-лабораторные методы определения функционального состояния яичников. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 31—37.
- Хмелевский В. Н. Фибромиома матки и бесплодие. Акуш. и гинек., 1938, 11.
- Цирульников М. С. Эффективность грязелечения при бесплодии на почве воспалительных заболеваний фаллопиевых труб. Акуш. и гинек., 1954, 2.
- Шахтмейстер С. Я. Рентгенокимография матки и труб при бесплодии. Акуш. и гинек., 1950, 3.
- Mazer a. Israel. Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. P. Hoeber, W 1, 1946.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ

Фибромиомы матки. Частота и формы. Гистогенез и строение фибромиом. Экспериментальные фибромиомы. Этиопатогенез. Вторичные изменения в матке и придатках. Клиническое течение и симптомы. Диагностика фибромиом матки. Терапия при бессимптомных фибромиомах. Консервативно-медикаментозная терапия. Андрогенная терапия и другие виды гормонотерапии. Рентгенотерапия. Хирургические методы лечения фибромиом матки. Операции с сохранением менструальной функции. Ближайшие и отдаленные результаты и осложнения после оперативного лечения.

Фибромиомы круглых маточных связок.

Внутренний аденомиоз (матки). Общие сведения. Тесрии возникновения. Значение эстрогенов. Экспериментальный аденомиоз. Поражения матки. Клиническое течение и симптомы. Диагноз. Прогноз и терапия.

Наружный аденомиоз. Аденома матки. Полипы шейки и полости матки.

ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Частота и формы

Фибромиома матки — наиболее часто встречающаяся опухоль¹ этого органа. Опухоль эта — доброкачественная; состоит она из гладкомышечных волокон с примесью большего или меньшего количества соединительнотканых волокон, а также содержит в себе сеть кровеносных и лимфатических сосудов. Смотри по преобладанию мышечных или соединительнотканых волокон, различают миомы и фибромиомы (фиброиды) матки, но так как обычно в опухолях обнаруживаются те и другие волокна, то можно говорить о фибромиомах матки — термин общепринятый. Сравнительно редкие опухоли, построенные только из гладкомышечных волокон, носят название лейомиом.

На секционном материале частота фибромиом матки у женщин старше 35 лет составляет 15—20%. По Р. Шредеру, каждая восьмая женщина является носителем фибромиомы.

По нашим данным, наибольшая частота фибромиом встречается в возрасте 41 года—50 лет (53,5—63,5%). Второе место по фибромиомам занимают женщины в возрасте 31 года—40 лет (33,6—20,8%). По данным Е. И. Поволоцкой-Введенской, в возрасте от 31 года до 45 лет

¹ Фибромиомы матки, по современным воззрениям, правильнее называть не опухолью, а гормональной гиперплазией.

наблюдается 79,4% всех случаев заболевания фибромиомой матки. Возникновение заболевания относится к расцвету овариальной функции женщины — после 20 лет; с угасанием овариальной функции число больных резко падает.

Развитие фибромиомы матки ранее наступления половой зрелости является большой редкостью. Л. Л. Окинчиц (1931) нашел один раз фибромиому матки у девочки до наступления менструаций, Н. М. Какушкин — два раза (0,3%). Мы наблюдали интрамуральную фибромиому с гиалиновым перерождением у девушки 16 1/2 лет.

Фибромиомы матки, как правило, представляют собою узлы, отличающиеся более бледной окраской и более плотной консистенцией от окружающего их миометрия. Чаще всего узлы фибромиомы локализируются в теле матки, значительно реже — в шейке. В матке узлы располагаются чаще у дна, а затем по задней стенке ее. На передней стенке матки узлы встречаются в два раза реже, чем на задней; сравнительно редко опухоли располагаются на боковых стенках. Таким образом, в теле и дне матки фибромиомы наблюдаются в 92—95%, в перешейке и надвлагалищной части шейки — в 4—7% и реже всего на влагалищной части шейки — в 1%. Межсвязочное развитие опухоли встречается сравнительно редко — в 4,5%.

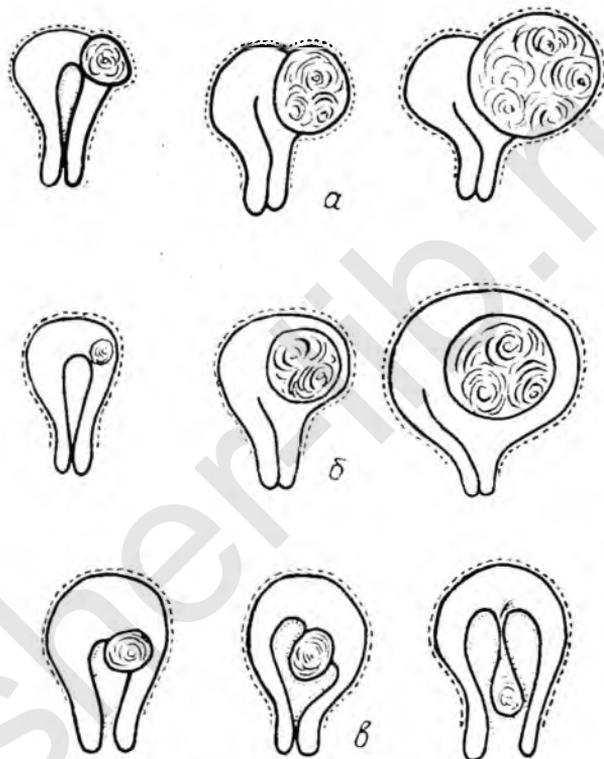


Рис. 174. Схема развития миомы по Феллигу:

а — субсерозная; б — интрамуральная; в — субмукозная.

По расположению в стенках матки различают следующие виды узлов фибромиомы: субсерозные, интерстициальные (интрамуральные, внутривстеночные) и субмукозные, или подслизистые (рис. 174).

Первоначально все узлы располагаются внутривстеночно. Лишь по мере увеличения и роста в сторону полости (центростремительно) или в сторону наружной поверхности матки (центробежно) образуются соответственно субмукозные или субсерозные узлы. Узлы фибромиомы могут быть единичными или множественными, преобладают последние.

Если опухоль располагается между листками широкой связки, то она называется межсвязочной фибромиомой. Эта опухоль обычно оттесняет матку в противоположную сторону.

Наиболее частой формой являются внутривстеночные узлы (43%), в два раза реже встречаются подслизистые (20,8%) и еще реже —

подбрюшинные (16,8%). В 12,5% имелась комбинация двух видов узлов: внутривенных с подбрюшинными (чаще) и внутривенных с подслизистыми (реже). Комбинация всех трех разновидностей узлов встречается не часто. Такие опухоли (или просто множество фиброматозных узлов в любом расположении в отношении стенки матки) носят название множественной фибромиомы (*fibromyoma multiplex*, рис. 175, 176).

Внутривенные (интерстициальные) фибромиомы, развиваясь в толще маточной стенки, достигают нередко большой величины. При наличии только одного узла форма увеличенной матки может напоминать беременную, но консистенция ее плотнее; полость матки при этом удлиняется, нередко растягивается в стороны и уплощается. При наличии нескольких интерстициальных узлов форма матки резко изменяется, становится неправильной, определяется бугристость. Маточная стенка растянута и гипертрофирована. Отчетливо определяется при этой форме опухоли капсула, которая состоит из пучков соединительной и мышечной тканей, облегающих каждый узел. Из-за рыхлого соединения узел легко может быть вылуцен из капсулы.

Подбрюшинные (субсерозные) фибромиомы, развиваясь обычно из внутривенных, растут снаружи, приподнимая над собой серозный покров матки. Степень выпячивания опухоли над поверхностью матки — различная: иногда узел едва выступает над поверхностью стенки матки, в других случаях он выдается над ней с предельной ясностью, наконец, встречаются субсерозные фиброиды на ножке (стебельчатые). Подбрюшинные фибромиомы отличаются особой плотностью, что объясняется преобладанием в них соединительнотканых волокон. Этот вид фибромиом не имеет капсулы и почти не нарушает нормального строения маточной стенки. Опухоли на ножке могут перекручиваться и некротизироваться; в них нередко происходит отложение известковых солей (см. далее).

Подслизистые (субмукозные) опухоли (рис. 177) развиваются из внутривенных и растут в направлении полости матки перекрываясь ее слизистой, источающейся по мере роста опухоли. Нередко подслизистые миомы свисают в полость матки, вытягивая за собой ножку и приобретая каплевидную форму. Такая опухоль может опуститься до внутреннего зева и, вызывая, как инородное тело, маточные сокращения, способствует раскрытию цервикального канала; сама же опухоль «рождается» во влагалище («рождающаяся» фибромиома, *fibromyoma nascens*, рис. 178, табл. XIII, 1).

Плохо снабжаясь питанием (особенно при тонкой ножке), субмукозные фибромиомы подвержены инфекции, некрозу, гангренозным изменениям покрывающей ее слизистой матки. Иногда наблюдаются случаи самоизлечения таких миом: вследствие некроза и отрыва ножки опухоли она рождается во влагалище и затем наружу; при этом наблюдаются сильные потужные боли и кровотечение из матки.

Размеры узлов фибромиом колеблются в широких пределах: от узелков почти микроскопической величины до опухолей, достигающих веса нескольких десятков килограммов.

Фибромиомы матки могут быть одиночными — в этих случаях матка имеет шаровидную форму — или множественными; в последнем случае матка деформируется и принимает подчас причудливую форму. Число узлов может достигать нескольких десятков; в таких случаях матка как бы пафариширована узлами.

Опухоли шейки матки (шеечная фибромиома) могут раз-



Рис. 175. Множественная фибромиома; преимущественно субсерозные узлы (собственный случай).



Рис. 176. Множественная фибромиома.



Рис. 177. Субмукозная миома истмической части матки (Вейбель).



Рис. 178. Крупная субмукозная миома в начале рождения во влагалище (Вейбель).

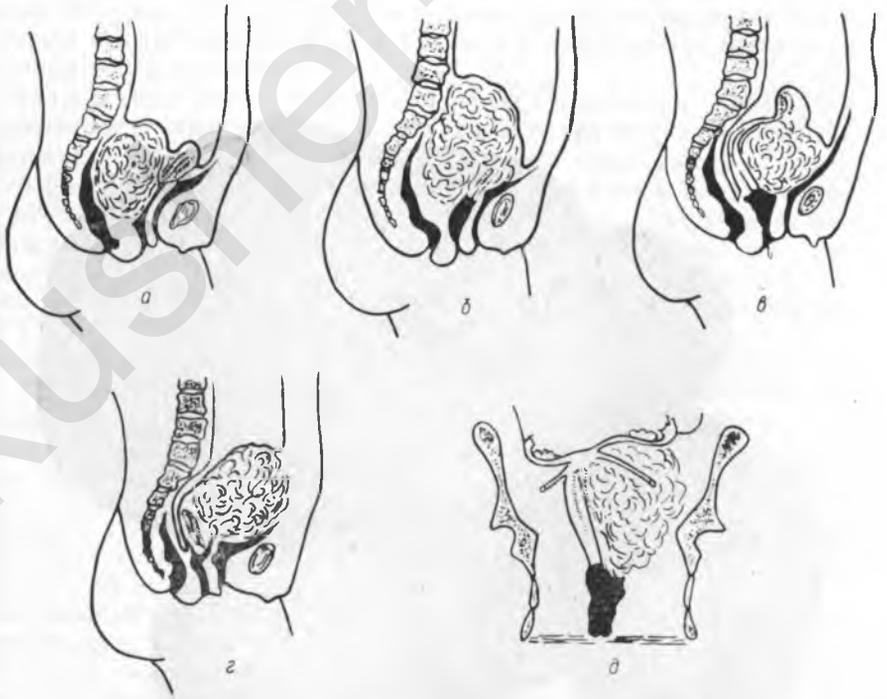


Рис. 179. Атипичные формы фибриом матки (Цомакион):
 а — fibromyoma retrocervicale; б — f. retroperitoneale; в — f. antecervicale s. paravesicale;
 г — f. subperitoneale anterior; д — f. interligamentosum.

виваться в различных направлениях и вызывать сложные анатомические изменения в малом тазу. Г. Ф. Цомакион предложил классификацию атипических, главным образом шейечных, фибромиом, которые он делит на 5 групп (рис. 179).

1. Фибромиома, исходя из задней поверхности шейки матки или ее тела, располагается в позадишеечной клетчатке (рис. 179а).

2. Фибромиома, исходя из шейки или одновременно из тела матки, располагается в позадишеечной клетчатке, отслаивая брюшину от позвоночника (рис. 179б).

3. Фибромиома, исходя из передней стенки шейки матки или тела ее, располагается в позадипузырной клетчатке (рис. 179в).

4. Фибромиома, исходя из шейки или тела матки, отслаивает брюшину передней стенки живота (рис. 179г).

5. Фибромиома, исходя из шейки или тела матки, расслаивает листки широкой связки, выдаваясь верхним своим полюсом в брюшную полость (рис. 179д).

Часто наблюдаются и смешанные формы: так, например, большие позадишеечные миомы могут располагаться в то же время между листками широкой связки.

Малая подвижность шейечной фибромиомы и расположение ее глубоко в тазу, вследствие чего изменяются пространственные соотношения в родовых путях, являются угрозой для родового акта. В связи с тем или другим расположением опухоли иногда также могут возникать тяжелые нарушения со стороны функций мочевого пузыря и прямой кишки.

Гистогенез и строение фибромиом

По своему гистологическому строению мышца матки состоит из трех слоев: первый слой — тонкий, волокна его расположены продольно. Второй слой — толстый, богат сосудами, волокна идут в разнообразных направлениях. В третьем слое небольшой толщины волокна идут преимущественно продольно (А. И. Абрикосов, М. Ф. Глазунов и др.).

Мышечные волокна чаще всего располагаются пучками, между которыми имеются межпучковые анастомозы; все мышечные пучки взаимосвязаны в единую систему, способную к сокращению. Количество соединительной ткани между мышечными волокнами варьирует. Соединительная ткань содержит эластические волокна, расположенные по ходу сосудов, и пучки коллагенных фибрилл в небольшом количестве. При обработке по Футу обнаруживается сеть аргирофильных волокон. Они стоят в генетической связи с мышечными волокнами в поверхностных слоях, в так называемой эктоплазме (М. Ф. Глазунов, 1934).

Мышечные волокна представляют из себя пучки вытянутых клеток. В каждой клетке эксцентрично расположено ядро, чаще палочковидной, реже — овальной формы. При сокращении клеток ядра становятся неправильными, закрученными на концах (М. Ф. Глазунов). Они окрашиваются не интенсивно, так как хроматиновые зерна в них небольшого размера. В ядре различают одно-два ядрышка. По длинной оси мышечных пучков имеются тонкие фибриллы.

Мышечные клетки образуют одну взаимосвязанную сеть благодаря плазматическим перемычкам между волокнами. Если мышца зафиксирована в сокращенном состоянии, то клетки представляются резко очер-

ченными, с истонченными концами в виде нитей, теряющихся в соединительной ткани. Н. М. Чистова (1950) не нашла поперечных перемычек между волокнами, а только волокнистое межклеточное вещество.

Что касается гистогенеза фибромиом, то некоторые авторы полагали, что миомы развиваются исключительно из стенок сосудов; другие считали, что их развитие происходит из клеток соединительной ткани.

Опиз (Opitz, 1914) считал, что клетки миом могут возникнуть в процессе метатлазии соединительной ткани, которая является остатком недифференцированной мезенхимы. Эти взгляды встретили возражения со стороны ряда крупных исследователей.

Н. З. Иванов, Ашов, Р. Мейер и др. (Aschoff, R. Meyer) полагали, что узел опухоли возникает в любом участке миометрия, причем растущие мышечные волокна, сдавливаясь, загибаются и образуют клубок мышечных волокон — зачаток миомы, в котором нет соединительнотканых волокон и сосудов. При этом Р. Мейер считал зачатки миом не замкнутыми и изолированными от остального миометрия, а элементами незрелых, но нормальных мышечных волокон, связанных с прочими волокнами мышечной стенки. По Н. З. Иванову, источником развития миом являются размножающиеся мышечные элементы.

Работ о гистологическом строении фибромиом матки немного. Более подробно морфологическое строение фибромиом матки изучали: К. П. Улезко-Строганова (1926, 1934, 1939), В. С. Груздев (1928), Р. Мейер (1930), Новак (Novak, 1944). Все эти авторы находили пучки гладкомышечных волокон связанными с соединительноткаными волокнами. Последние встречаются в различных количествах и придают опухоли плотную консистенцию. В зависимости от количества соединительнотканых элементов Ашоф (1909) и М. Ф. Глазунов (1934) различали твердые и мягкие миомы.

Большинство авторов считает, что расположение мышечных волокон в опухоли аналогично расположению их в нормальной матке. Однако расположение мышечных волокон в опухоли менее плотно, иногда атипическое — S-образное или веерообразное. Мышечные волокна бывают тоньше и длиннее или же толще и короче. В старых фибромиомах волокна обычно длиннее и толще, чем в маточной мышце. Мышечные клетки фибромиом окрашиваются гематоксилином ярче, чем клетки миометрия.

Форма ядер мышечных клеток фибромиом очень изменчива и многообразна. К. П. Улезко-Строганова находила большей частью овальные ядра, другие авторы — палочковидные. Характерной особенностью мышечных клеток фибромиом является наличие в их протоплазме миофибрилл. По М. Н. Чистовой, миофибриллы в клетках миом короче, но толще, чем обычно.

В волокнистом межклеточном веществе, о котором мы упомянули выше, содержатся пучки аргирофильных волокон, находящихся в соседстве с гладкомышечными волокнами опухоли (рис. 180 а). Как мы уже сказали, микроскопически фибромиома представляет собой ткань из гладкомышечных волокон с примесью соединительной ткани. Однако тип мышечных волокон в узлах, по сравнению с дифференцированными волокнами матки, необычен: мышечные волокна и ядра в фибромиомах короче, имеют скорее овоидную форму, чем палочковидную, и в клетках не наблюдаются митозы, что свидетельствует о доброкачественности опухоли (рис. 180 б). Таким образом, фибромиома представляет собой незаконченную дифференцировку мышечной ткани матки на различных стадиях ее развития (К. П. Улезко-Строганова). Впрочем, в по-

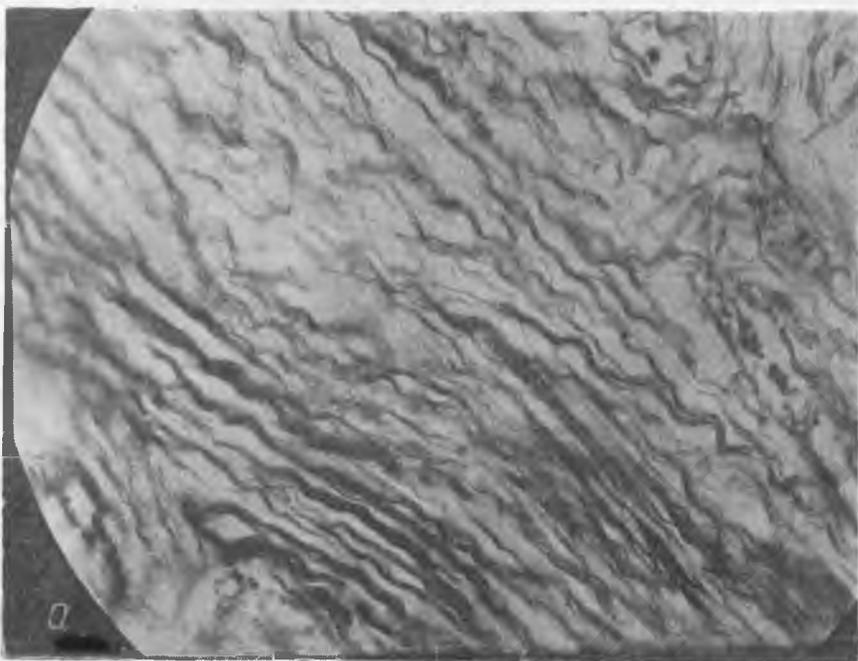


Рис. 180а. Фибромиома матки. Пучки аргирофильных волокон. Увеличение в 700 раз
(Н. М. Чистова).



Рис. 180б. Миома матки, богатая мышечными волокнами.

следнее время некоторые авторы (М. Ф. Глазунов, 1947) считают, что фибромиомы матки — новообразования с законченной дифференцировкой мышечной ткани.

Узлы фибромиом мало снабжены кровеносными сосудами; миомы снабжены богаче. Основные питающие опухоль сосуды залегают в соединительнотканной капсуле. Сосуды, находящиеся в узлах, не имеют адвентициальной стенки. Плохое питание узлов позволяет производить их энуклеацию без большой кровопотери.

В разработке гистогенеза фибромиом матки большую роль сыграли Н. З. Иванов, В. Н. Орлов, К. П. Улезко-Строганова, М. Ф. Глазунов и другие. Их выводы согласуются с основными положениями современных отечественных онкологов (Н. Н. Петров, А. И. Раков, Л. М. Шабал) о том, что развитие blastom происходит из обычных клеток организма.

Лимфатическая система в фиброматозных узлах атипична. Нормальных лимфатических сосудов в них нет (Ашов). В малых щелях нет эндотелия; только перегородки крупных щелей выстланы им.

Иногда встречаются миомы с большим количеством сосудов (myoma teleangiectatica) или с обилием расширенных лимфатических путей (myoma lymphangiectatica).

Экспериментальные фибромиомы

К. П. Улезко-Строганова получала гиперплазию мышечной стенки матки у мышей под влиянием инъекций плацентарной эмульсии, содержащей яичниковые гормоны.

Липшюц (Lipschütz) в опытах на кастрированных морских свинках доказал возможность образования в эксперименте фибромиом матки при длительном введении эстрогена (он производил подсадку частицы таблетки эстрадиола).

Я. С. Кленицкий (1950) при систематическом введении морским свинкам масляного раствора синэстрола получил у 27 свинок из 50 опухоли матки типа фибром и фибромиом и, кроме того, такие же опухоли в разных участках брюшной полости. Отличительными чертами экспериментальных фибромиом является незначительное количество в них гладкомышечных волокон и развитие их вдали от матки в разных местах брюшной полости.

У животных, ближе стоящих к человеку, получение экспериментальных фибромиом матки при длительном введении эстрогенов встречает трудности; это говорит за то, что эстрогены являются не единственным фактором, ведущим к образованию фибромиом. Так, Варгас (Wargas) не смог получить фиброиды матки у кастрированных обезьян при длительном введении им эстрогенов; он наблюдал только некоторое диффузное утолщение в немногих участках матки. В последующем Ингл и Смит (Engle a. Smith) нашли, что у обезьян комбинация эстрогенов с прогестероном скорее и чаще вызывает опухоли матки, чем одни эстрогены.

Интересно действие гормонов на экспериментально вызванные опухоли яичников. Так, И. Д. Нечаева (Ин-т онкологии АМН, 1956) получила экспериментальные опухоли яичников путем облучения всего тела животных рентгеновыми лучами. Вводя одновременно мышам андрогены (тестостерон-пропионат), Нечаева заметила тормозящее влияние этого гормона на формирование опухолей. Синэстрол вызывал меньшее тормозящее влияние и воспалительные осложнения в придатках (спайки).

Последнее обстоятельство весьма важно, так как оно, возможно, объясняет происхождение неспецифических воспалительных изменений в придатках, возникающих в результате эстрогении у больных фибромиомами матки.

Этиопатогенез фибромиом

В прошлом главенствующую роль в возникновении и развитии фибромиом матки отводили местным изменениям в половой системе (матки — яичников).

По мнению Вирхова (1858), причиной возникновения фибромиом матки является ее раздражение. Конгейм (Conheim, 1898) придерживался теории развития опухолей из эмбриональных зачатков. Р. Мейер (R. Meuer, 1907) главную роль в возникновении фибромиом матки приписывал воспалению. По мнению Бойля (Boyl, 1894), большую роль в происхождении фибромиом матки играет воздержание от половой жизни. Развитие фибромиом Керер (Kehrer, 1900) ставил в непосредственную связь с неестественной половой жизнью, в результате которой, по мнению Керера, наблюдаются метроэндометриты невоспалительного характера, гиперсекреция цервикальных желез и мелкокистозное превращение яичников. Д. О. Отт (1911) и другие придавали большое значение в возникновении фибромиом матки инфантилизму половых органов.

Позже Н. М. Какушкин (1928), М. И. Юркевич и В. Н. Хмелевский (1934), Я. С. Кленицкий (1939) установили, что импульсом для роста фибромиом матки являются гормоны яичников. Исследованиями Л. А. Яхонтовой (1952) и др. установлено, что в организме женщин, страдающих фибромиомой матки, наблюдается повышенное количество эстрогенов в крови. Об успехах экспериментального получения фибромиом говорилось выше.

Современные теории объясняют возникновение опухоли влиянием на организм и его органы эндогенных blastomогенных веществ, появляющихся при различных нарушениях обмена (Л. М. Шабад). Особое значение имеют нарушения метаболизма стероидов и половых гормонов. Большая роль в возникновении фибромиом матки принадлежит женскому половому гормону.

По теории Визерспуна (Witerspoon) и других, появление фиброматозных узлов в матке связано с повышенным выделением яичниками фолликулина. У женщин с гиперпродукцией фолликулина через несколько лет обнаруживали появление фиброматозных узлов. У таких женщин — будущих носительниц фиброматозных узлов — можно отметить явления гиперэстрогении: раннее наступление первых менструаций (у одной из наших больных в 9 $\frac{1}{2}$ лет), обильные и длительные менструации, склонность к заболеванию грудных желез и т. п.

По Б. М. Максимовичу (1944), при фибромиомах матки организм женщины перенасыщен эстрогенами: яичники женщин, больных фибромиомой, содержат фолликулина в 47 раз больше, чем здоровые, кровь — в 7,1 раза, моча и маточная мышца — в 3 раза больше нормы.

Количество фолликулина, обнаруженного в моче у больных с фибромиомами матки, составляет, по Беклеру и Симонэ (1954), от 500 ЕД до 1000 и 1500 ЕД на литр; по материалам Н. С. Уточниковой (1955), у страдающих фибромиомами матки определено от 300 до 500 ЕД фолликулина в литре мочи, на контрольном материале, у здоровых женщин, — только 80—250 ЕД. По данным нашего сотрудника В. В. Сло-

ницкого (1956), количество эстрогенов (определялось по методу Смис и Смиса) у больных фибромиомами матки в возрасте 40—50 лет составляло 300—600 и более ЕД в литре мочи.

Большое значение имеет также другой половой гормон — андроген. В нормальных условиях в организме женщин и мужчин образуются гормоны того и другого пола (эстрогены и андрогены), причем органами их секреции являются не только половые железы, но и корковая часть надпочечников, а также плацента.

До момента полового созревания у мальчиков и девочек с мочой выделяется одинаковое количество андрогенов. У женщины продукция андрогенов достигает наивысшего уровня к 30 годам и сохраняется в таких пределах до наступления климактерия. Новейшие экспериментальные и клинические исследования показывают следующие важнейшие свойства андрогенов в отношении матки, яичников и гипофиза женщин:

1) андрогены подавляют развитие и созревание фолликулов и образование желтых тел;

2) угнетают пролиферацию эндометрия и способствуют его атрофии;

3) в больших дозах подавляют (как и эстрогены) образование гонадотропных гормонов гипофиза.

Все эти данные послужили основанием применить гормонотерапию для устранения гиперфолликулинии. С этой целью начали назначать прогестерон и, более успешно, андрогенные препараты.

Мы считаем, что все существующие в настоящее время теории происхождения фибромиом матки являются только звеньями в той цепи причин, которые ведут к образованию фибромиом, но не могут ни в какой мере полностью объяснить возникновение их. Это зависит от того, что авторы указанных теорий недостаточно учитывали роль центральной нервной системы в возникновении и развитии как самой фибромиомы матки, так и всех расстройств в организме, сопутствующих этому заболеванию. Под влиянием импульсов, идущих от центральной нервной системы, и в зависимости от состояния рецепторов, действие гормонов в организме изменяется. Так, при известных условиях, несмотря на высокие концентрации гормона в крови, соответствующие изменения в организме не выявляются. Этот факт подчеркивает нервнорефлекторный механизм действия гормона и опровергает представление о непосредственном — изолированном — действии гормонов на клетки тканей.

М. К. Петровой удалось наблюдать у животных возникновение «спонтанных» злокачественных и незлокачественных опухолей, развившихся только под влиянием «срывов» высшей нервной деятельности повторными, изнурительными для нервной системы, «сшибками», т. е. длительными столкновениями процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга. Л. В. Латманцова обнаружила у 80% больных с незлокачественными и злокачественными опухолями угнетение активности мозговой коры, вплоть до уничтожения альфа-ритма, и, наряду с этим, было выявлено повышение активности стволовой части мозга.

Из сказанного ясно, что роль центральной нервной системы в возникновении и развитии фибромиом матки несомненна.

Интереснейшим вопросом является причина роста фибромиом. Новейшие данные физиологов и онкологов также говорят за то, что нервной системе принадлежит здесь главенствующая роль.

Несмотря на многочисленные работы, главным образом советских ученых, о влиянии нервной системы на рост доброкачественных и злокачественных опухолей, вопрос этот и до настоящего времени не разрешен. Однако установленные, хотя и разрозненные факты позволяют по новому определять понятие опухолевого роста.

«Опухолевый рост — это реакция организма на различные вредные факторы — эндогенные или экзогенные, приобретенные или врожденные, стойко нарушившие нормальный биохимический состав и строение тканей и клеток и изменившие тип их обмена» (Н. Н. Петров). Эта реакция находит условия для своего местного проявления в виде дистрофической пролиферации в том или другом органе или ткани даже и после прекращения прямого действия вызвавшей ее причины.

Попытки влиять задерживающим образом на появление и развитие опухолевого роста посредством воздействия на периферические нервы производились как в клинике, так и в эксперименте. И. П. Павлов еще в 1925 г. обратил внимание на существование во всех тканях организма особых трофических нервов, усиливающих или задерживающих процессы обмена, и предположил возможность существования рефлексов, идущих от опухоли и усиливающих ее рост.

Опыты советских ученых с вирусными опухолями кроликов показали, что нарушение периферической иннервации временно задерживает опухолевый рост; однако только до тех пор, пока не произойдет регенерация нервов. Как сказано выше, опытами М. К. Петровой доказано, что возникновение доброкачественных и злокачественных опухолей в организме животных возможно вследствие столкновения («сшибки») процессов возбуждения и торможения в коре мозга.

Л. В. Латманцова (1951) уже несколько лет проводит исследования, исходя из положения, что опухолевые процессы возникают в результате выхода тех или иных тканей из-под регулирующего влияния нервной системы.

Вторичные изменения в матке и придатках при фибромиомах

Изменения в матке. Изменения в кровеносной системе матки при фибромиомах иногда значительны. При небольших узлах наблюдается асимметрия величины сосудов правой и левой половины матки. Артерии матки обычно извилисты. Штопорообразная извилистость сосудов матки более выражена у рожавших женщин. Артериолы у них приобретают также штопорообразный вид.

Количество первичных ветвей, отходящих от маточной артерии, при фибромиомах увеличивается. Чем больше опухоль и чем длительнее она существует, тем больше первичных ветвей. Диаметр сосудов матки при опухолях увеличивается (С. Н. Давыдов).

Выяснению особенностей кровоснабжения фибромиом были посвящены многие исследования (К. П. Улезко-Строганова, Б. Н. Мошков, С. А. Кошкин, С. Н. Давыдов и др.).

В исследованиях С. Н. Давыдова, проводившихся коррозионным методом и давших наглядную картину всей сосудистой системы матки и фибромиом, были получены некоторые новые сведения. При этом было установлено, что схемы артериальных сосудов опухолей неодинаковы. Так, *интерстициальные* узлы имеют хорошо выраженную сосудистую ножку, состоящую из двух-трех сосудов разного калибра, из которых один является главным (более крупным). Сосуды расположены компактно, на небольшом расстоянии друг от друга, длина их 0,5—1 см.

Таких ножек чаще бывает одна и подходит она, как правило, к нижнему полюсу опухоли. Крупные интерстициальные узлы имеют несколько дополнительных мелких сосудистых веточек, подходящих из матки к разным местам опухоли.

Артерии *субмукозных узлов* начинаются по всей площади соприкосновения опухоли с маткой и сосудистых ножек не образуют. При этом сосуды исходят из толщи матки равномерно по всей площади, без какой-либо концентрации в одном месте. Эти сосуды обычно крупнее, чем сосуды ножек опухолей таких же размеров другой локализации. На своем пути сосуды образуют анастомозы друг с другом.

Типы расположения сосудов в фибромиомах различны: в 45% встречается периферический тип, т. е. такой, когда наиболее крупные сосуды опухоли располагаются по периферии узлов; в 25% встречается центральное расположение этих сосудов; в 30% — смешанное. Периферический тип более свойственен субсерозным узлам, центральный — интерстициальным и смешанный — субмукозным.

Величина просвета сосудов опухоли, как правило, зависит от величины самого узла; чем крупнее узел, тем больше диаметр сосуда. В сосудах иногда встречаются колбовидные утолщения по типу аневризм.

Количество сосудов в опухоли относительно невелико: наиболее богато васкуляризируются субмукозные, в меньшей степени — интерстициальные и еще хуже — субсерозные опухоли. В тех препаратах, где одновременно инъецировались артерии и вены, последние определялись только в капсуле опухолей или на их периферии.

Таким образом, щелевидные, мало связанные друг с другом, прямолинейные, слабо ветвящиеся сосуды фибромиом предрасполагают к возникновению многочисленных некробиотических процессов в опухоли вследствие прекращения или уменьшения ее кровоснабжения, что при таком характере сосудов может встретиться очень часто (С. Н. Давыдов).

Бедность узлов фибромиом матки сосудами, залегающими преимущественно в капсуле узла, отсутствие адвентиционной стенки сосудов, возможность сдавления капсулы или ножки опухоли создают наклонность к расстройствам кровообращения в опухоли. Поэтому неудивительна частота застоев, отека, варикозных расширений и тромбозов, а также геморрагических инфарктов и некрозов в опухоли.

Начальным и наиболее частым осложнением является отек узла. Отечная фибромиома мягка при ощупывании, на разрезе узел тестоват, бледной окраски, влажен, с блестящей гомогенной поверхностью. Элементы соединительной ткани и мышечных волокон раздвигаются протоплазматической жидкостью и подвергаются дегенеративным изменениям — разбуханию, вакуолизации; однако протоплазма их надолго сохраняет способность к окраске по ван Гизон. По К. П. Улезко-Строгановой, при отеках узлов в них происходит также гиалиновое переобразование стенок сосудов с полной облитерацией их просвета и превращением в однородное стекловидное вещество.

Отек чаще наблюдается при интрамуральных фибромиомах, хотя его можно встретить и при субмукозных и субсерозных формах (рис. 181 а, б, в). Он может наблюдаться также при фибромиомах связочно-аппарата матки. Нам пришлось оперировать большую с громадной брюшинной фибромиомой крестцово-маточной связки; опухоль была в состоянии резкого отека, мягкой консистенции, беловатого цвета.

Если нарушения кровообращения, вызвавшие отек, продолжают, то элементы отечной фибромиомы разбухают, протоплазма их разру-



a



б



в

Рис. 181. Отечные фибромиомы:

а — отечный интрамуральный узел; б — множественная фибромиома с отечными узлами; в — субмукозная отечная фибромиома (собственный случай).

шается, а в дальнейшем гибнут и ядра. Такое размягчение узла приводит постепенно к образованию полости, наполненной остатками тканей распавшегося узла и серозной жидкостью. Эти «кистозные миомы», по К. П. Улезко-Строгановой, образуются чаще всего из молодых форм, обладающих склонностью к быстрому росту. В 5% наблюдается гиалиновое перерождение фибромиом (чаще в субсерозных и интерстициальных узлах). Микроскопическая картина в этих случаях многообразна. Иногда гиалиновое перерождение приводит к образованию однородных масс, разбросанных среди мышечной ткани; в других случаях гиалиновое вещество разжижено и образует множество мелких полостей различной величины. Жидкость может быть различного цвета: от соломенно-желтого или зеленоватого до красновато-коричневого. Слившись, мелкие полости образуют иногда одну большую кистовидную полость. Описаны очень крупные опухоли этого рода.

В случаях полного прекращения питания узлов фибромиомы, например, при перекручивании ножки ее (рис. 182) в них развиваются явления некроза. Величина участка некроза пропорциональна величине опухоли. Кроме того, чем больше опухоль, тем чаще можно встретить в ней некротические изменения. Частота некроза узлов составляет, по П. П. Сидорову, 7,7%. Некроз фибромиом чаще всего наблюдается во время беременности или в послеродовом периоде. В фибромиомах могут встречаться как сухой, так и влажный вид некроза (рис. 183). Различают еще так называемый «красный» некроз («красная» дегенерация, рис. 184, табл. XIV).

При сухом (коагуляционном) некрозе происходит постепенное сморщивание участков ткани, подвергшейся некрозу, причем образуются пещеристые полости с остатками омертвевшей ткани (рис. 185). При влажном некрозе наблюдается размягчение и влажное омертвление ткани с образованием кистовидных полостей (рис. 186).

«Красному» некрозу подвергаются чаще всего интрамуральные фиброиды. Эта форма некроза может образоваться при беременности или в послеродовом периоде, но также без всякой связи с беременностью. Макроскопически узел представляется красным или коричнево-красным, мягкой консистенции. Микроскопически находят расширение вен, тромбоз сосудов с явлениями гемолиза в тканях фиброида. Эти опухоли иногда издают запах протухшей рыбы. Причину возникновения «красного» некроза усматривают в гипертонии окружающего узел миометрия с последующим развитием расстройств кровообращения в капсуле фиброида и к периферии от нее (Г. Г. Гамбаров, Альбрехт).

На почве некроза легко может развиваться инфекция и нагноение (абсцесс) в фиброматозном узле. Чаще всего инфицируются в начале рождения подслизистые фибромиомы вследствие сообщения полости матки с влагалищем. Нередко подвергаются инфекции и внутриматочные опухоли, особенно, если имеется некроз узлов, впячивающихся в полость матки, и капсула узла при этом нарушается в своей целостности. Наблюдаются, впрочем, случаи проникновения инфекции и в «закрытые» интрамуральные и субсерозные узлы. В качестве возбудителя инфекции могут быть стафило-стрептококки и, особенно часто, кишечная палочка.

В узлах, подвергшихся перерождению, могут происходить процессы обызвествления (рис. 187, 188) — отложения солей извести (фосфорнокислой, углекислой, сернокислой) — п е т р и ф и к а ц и я.

Обычно петрификация наблюдается в виде рассеянных по периферии или в глубине узла очагов отложения солей, видимых и невооруженным глазом. Эти отложения чаще наблюдаются на поверхности



1



2

Миомы матки (Вейбель):
1 — рождающаяся субмукозная миома; 2 — глиалиновое пре-
вращение миоматозного узла.

Таблица XIV



Красная дегенерация внутривеночного узла миомы матки; некроз эндометрия (Альбрехт).



Рис. 182. Перекручивание ножки субсерозной миомы (Вейбель).



Рис. 183. Влажный некроз субсерозного интрамурального узла; при разрезе узла излилось много буроватой жидкости (собственный случай).

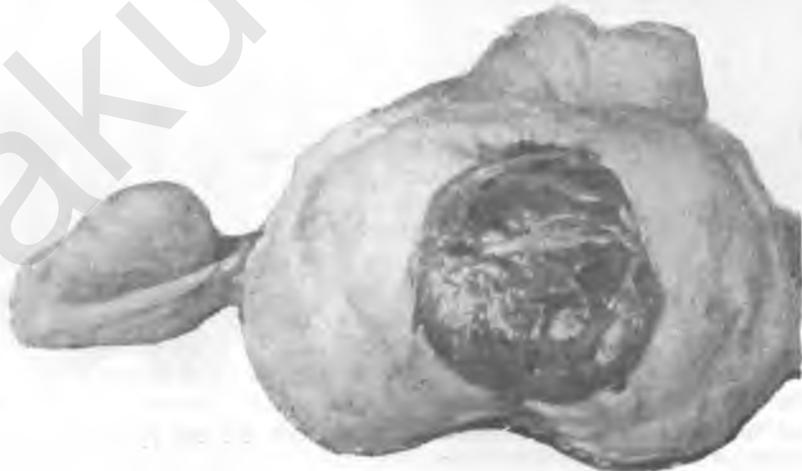


Рис. 184. «Красный» некроз интрамурального узла. Экстирпация матки с придатками (собственный случай).

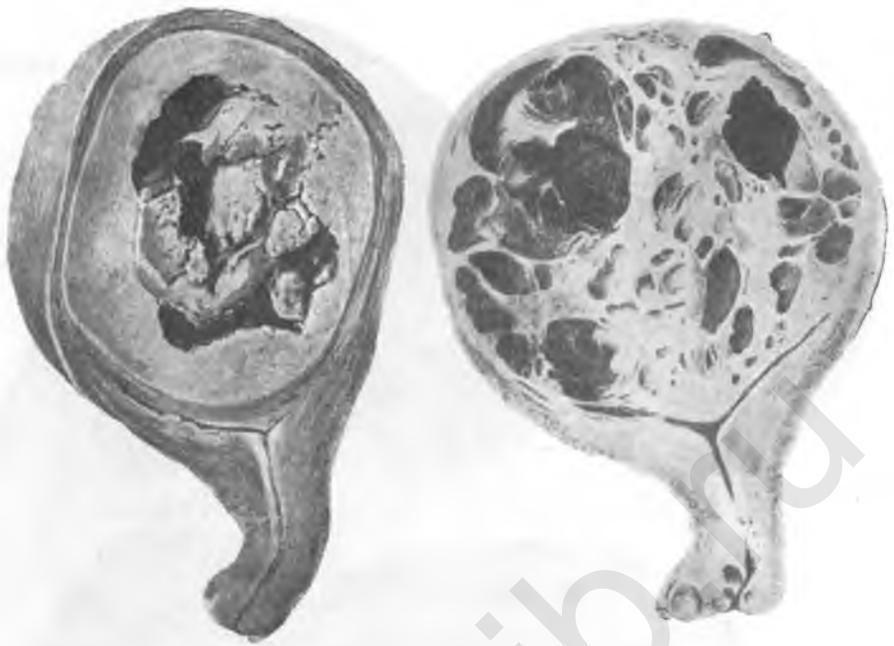


Рис. 185. Некротическая миома (Вейбель). Рис. 186. Мягкая кистовидная миома (Вейбель).

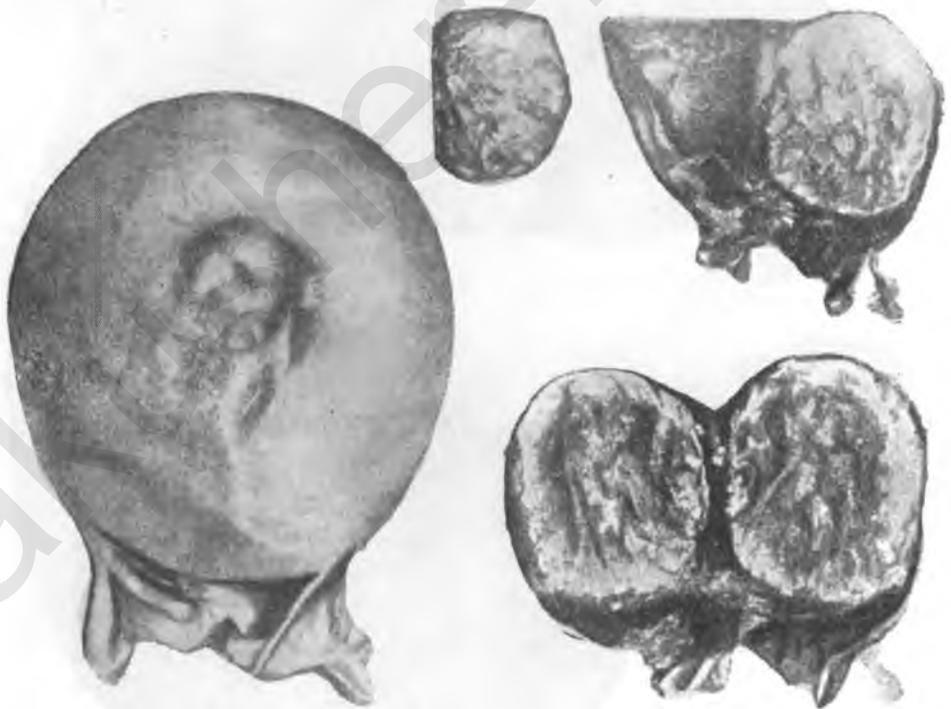


Рис. 187. Фибромиома матки с обызвествлением и перекручиванием (собственный случай).

Рис. 188. Тот же препарат в разрезе.

опухоли, образуя каменистой плотности каркас. Изредка встречается полное обызвествление опухоли, что наблюдается чаще в субсерозных узлах. Процессы петрификации могут продолжаться и в менопаузе. Об этом свидетельствует наш случай перекрученной петрифицированной фибромиомы матки у 62-летней женщины.

Фибромиомы матки могут подвергнуться слизистому (миксоматозному) перерождению (см. табл. XIII, 2). Оно может быть первичным или развиваться из гиалинового перерождения. Опухоль в таком случае имеет желеобразный вид с полупрозрачными желтоватыми массами, постепенно разжижающимися.

Наконец, следует указать на атрофические процессы в фибромиомах, заключающиеся в постепенном сморщивании и уменьшении опухоли. Физиологическая атрофия фибромиомы наступает с прекращением функции яичников — в менопаузе. Атрофия наступает также в результате хирургической или лучевой кастрации, а также при терапии значительными дозами мужского полового гормона.

Сочетание беременности и фибромиомы матки (рис. 189, 190) также следует отнести к осложнениям последней (см. ниже).

Изменения в эндометрии при миомах. По данным Н. А. Подзорова и Л. А. Шуссера (1935), в эндометрии до 16-го дня после начала менструации мало сохранены черты нормальной пролиферационной стадии: функциональный слой недостаточной толщины, границы его с базальным слоем стертые, часто встречаются кистозно расширенные железы. В более поздние сроки после менструации слизистая претерпевает еще большие изменения: наблюдаются гиперплазия или расширение желез, иногда с инфильтрацией и гиперемией их, удлиненные стадии пролиферации и изменения в слизистой эндометрия, сходные с теми, которые наблюдаются при персистирующем фолликуле.

К. П. Улезко-Строганова (1939) считает, что миома и рост ее не нарушают в основном циклических изменений в эндометрии. Изменения же циркулярного характера, наблюдаемые при миомах и сопровождающиеся застойными явлениями и отеком, могут иногда вызвать гиперплазию слизистой и даже воспалительные явления в эндометрии (*endometritis interstitialis* прежних авторов). При субмукозных узлах, в результате давления их на слизистую, может произойти атрофия ее или гиперемия и отек. В период менопаузы наступает атрофия слизистой.

Ю. Э. Гительсон изучал гистологические изменения как железистой части эндометрия, так и межжелезистой (интерстициальной), обращая внимание на состояние сетчатых и аргирофильных волокон. Изменения эти оказались неспецифическими; они зависели от механических факторов — давления или растяжения эндометрия, вследствие роста опухоли. При субмукозных фибромиомах Ю. Э. Гительсон существенных изменений эндометрия не обнаружил. При интрамуральных

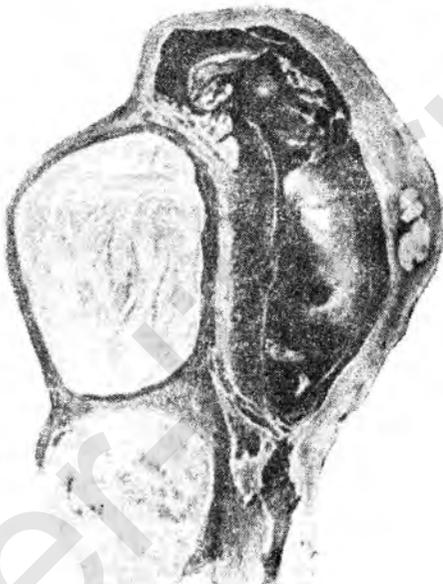


Рис. 189. Фибромиома матки и беременность (Вейбель).

миомах этим автором были обнаружены следующие изменения эндометрия.

1. При интрамуральных опухолях с «центробежным» ростом эндометрий, как правило, в большинстве случаев имеет нормальное строение.

2. В интрамуральных миомах без изменения направления роста нормальная слизистая встречается значительно реже; чаще она бывает с явлениями начальной атрофии.

3. У опухолей «с центростремительным» ростом нормальная слизистая наблюдается редко; чаще всего встречается резкая степень атрофии эндометрия с отсутствием желез или с изменением направления роста оставшихся желез.



Рис. 190. Множественная фибромиома матки и беременность (собственный случай).

4. Наряду с атрофией встречается определенное число случаев с частичной или общей гиперплазией слизистой, что чаще наблюдается у больших с фибромиомами в преклимактерическом возрасте.

5. У пожилых женщин, страдающих фибромиомами, может наблюдаться атрофия эндометрия, зависящая не от наличия опухоли, а климактерического происхождения. Для дифференциального диагноза в этих случаях требуется критическая оценка *всех клинических симптомов* заболевания.

При субмукозных миомах встречаются значительные изменения в сосудах эндометрия, которые вытянуты (над узлом) и идут параллельно поверхности слизистой. Менструальная функция при этом резко нарушена, слизистая истончена, бедна железами. Атрофии подвергается не только слизистая над опухолью, но и эндометрий противоположной стенки матки.

По вопросу о гистогенезе кровотечений при фибромиомах Ю. Э. Гительсон, придерживаясь мнения Франкля, придает большое значение расширению сосудов и застою в сосудистой системе на поверхности узлов; он, как и Винтер (Winter), допускает возможность разрыва таких сосудов при сильном кровонаполнении. Это касается как субмукозных, так и интрамуральных узлов. Атрофическая слизистая, не участвуя в циклических изменениях, может переполняться кровью и давать сильное кровотечение. Немалая роль принадлежит при этом механическому давлению опухоли и сокращениям матки с целью освободиться от инородного тела (узла).

Большое значение имеет гиперемизирующее действие эстрогенных гормонов яичника на миоматозную матку, вызывающее удлинение и запоздалое наступление климактерия. Гиперемия гипертрофированного эндометрия, по Франклю, является предрасполагающим фактором к наступлению кровотечения, но для последнего необходим еще разрыв сосудов и разрушение гипертрофированного эндометрия с отхождением его частиц.

Кровотечение при миомах, по Поллаку (Pollak), чаще происходит *per diapodesin*, реже *per diabrosin*.

На нашем материале в 490 препаратов, обработанных Е. П. Мухиной, отмечается большая частота патологических изменений эндометрия при фибромиомах: гиперплазия эндометрия различных видов обнаружена в 35%, эндометриоз — свыше 20% случаев миом.

По А. А. Куликовской, при исследовании пробных соскобов у некоторых больных фибромиомой матки нередко отмечаются особые формы гиперплазии эндометрия. Особенность такого эндометрия заключается в неравномерной гиперплазии; строма вокруг желез становится рыхлой, цитогенная ткань в местах, лишенных желез, — плотная, волокнистая. Поверхностный слой эндометрия имbibирован кровью. В более глубоких слоях отмечается железистая гиперплазия. Пролиферация эпителия придавала строме эндометрия своеобразный характер. Отдельные соединительнотканые островки были окружены пролиферирующим эпителием, который внедрялся в строму и принимал вид ворсиноподобных образований.

Своеобразная картина эндометрия при фибромиомах матки связана с тяжелыми поражениями сосудов матки. Она часто наблюдается у женщин, страдающих гипертонией, при длительной аменорее, связанной с перенесенными дистрофическими процессами.

Подобные гиперплазии у больных фибромиомами матки встречаются при подслизистых и внутримышечных фибромиомах и никогда не наблюдаются в подбрюшинных узлах. Не менее чем в 75% этих случаев удалось обнаружить связь между изменениями эндометрия по типу ворсиноподобных образований и развитием подслизистой фибромиомы.

Автор отмечает, что за последние годы у больных с ворсинчатым раком полости матки в начальной стадии развития определяются сходные ворсиноподобные изменения эндометрия, наряду с типичными злокачественными разрастаниями его; эти изменения почти всегда завязаны от наличия фибромиом.

Изменения в яичниках при фибромиомах. Первая обстоятельная работа по изучению гистологических изменений в яичниках при фибромиомах матки принадлежит Д. Д. Попову (1890). В результате изучения 40 яичников, полученных при чревосечениях по поводу фибромиомы матки, он нашел увеличение массы яичника, разрастание стромы и фолликулов. Последние представляли собою граафовы пузырьки в различных стадиях развития, в том числе встречались и атрезия фолликулов с образованием белых тел. В гиперплазированных фолликулах обнаруживались образования с кровавым пигментом, но желтых тел там не было. В мозговом слое яичников было замечено большое развитие сосудов.

Ольсгаузен, Генкель (Olshausen, Henckel) находили увеличение яичников при фибромиомах матки. Мгалобели (1925) во всех случаях находил мелкокистозное перерождение яичников. В. А. Захарова (1930) выявила склероз сосудов яичника, кровоизлияния, малое количество примордиальных фолликулов и больше — атрезирующихся. М. И. Юр-

кевич и В. Н. Хмелевский (1934) отмечали большой вес яичников и мелкокистозное перерождение с образованием среди множества фолликулов фолликулярных и атретических кист. Н. А. Подзоров и Л. А. Шуссер (1935) почти во всех случаях операций по поводу фибромиом матки находили атретические кистовидные фолликулы, или так называемое мелкокистозное перерождение яичников. Очень редко встречалось желтое тело в периоде регрессивных изменений. Поданным Я. С. Клеиницкого (1939), также отмечается большая частота поражений яичников при фибромиомах, особенно у небеременных.

По нашим материалам, из изменений в яичниках при фибромиомах чаще всего обнаруживается мелкокистозное перерождение (табл. XV, 1) и фолликулярные кисты (17%). Большой процент (13) составляют различные кистомы яичников. Наконец, кисты желтого тела, в том числе «шоколадные» (эндометриоз), составляют значительный процент — 8,5. Желтое тело не было обнаружено ни в одном случае.

Клиническое течение и симптомы фибромиом матки

Основными симптомами (жалобами) больных фибромиомой матки являются следующие: кровотечения циклические и ациклические, боли внизу живота — тянущие или схваткообразные, бели, бесплодие, дизурические расстройства, запоры, анемия и расстройства сердечной деятельности. Давность заболевания может исчисляться от нескольких месяцев до многих лет. Во многих случаях больные не предъявляют жалоб. Среди наших больных 7% женщин обнаружили сами у себя опухоль, которая их раньше не беспокоила. У 8% больных опухоль была обнаружена случайно при профилактических осмотрах. Обратились по поводу роста уже обнаруженной ранее, но протекавшей бессимптомно опухоли 5% больных.

Из анамнеза о перенесенных заболеваниях на нашем материале (1614 больных) выяснилось, что большинство больных фибромиомой матки перенесло по одному или, чаще, по несколько инфекционных заболеваний: 24% из них перенесли грипп и другие лихорадочные заболевания, 10,5% — скарлатину, 9% — малярию, 6,9% — туберкулез, 2% — брюшной тиф и далее в нисходящем порядке — корь, дизентерию, тяжелые ангины и проч. Из общих заболеваний в анамнезе больных фибромиомой матки отмечены сердечно-сосудистые заболевания у 26%, гипертоническая болезнь и гипертония почечная — у 22%, суставной ревматизм — у 5%, язвенная болезнь — у 2%, заболевания печени — у 2%, почек — у 0,7%, астма — у 0,2%.

Весьма распространены при фибромиомах заболевания нервно-эндокринной системы. Повышенная возбудимость нервной системы отмечалась у 3,7%, бессонница — у 2,2%, различные нервные расстройства — у 2,7%, неврозы (вегетативные, сосудистые) — у 2,7%, истерия и психозы — у 2,5%; ишиас, полиневрит — во многих случаях. Кроме того, у многих больных отмечались тяжелые психические травмы.

Из эндокринных расстройств в 2,5% случаев было обнаружено заболевание щитовидной железы — струма узловатая и диффузная, диабет — в 0,5% и другие эндокринные нарушения — в 2%. Из расстройств обмена веществ чаще всего встречалось ожирение: II и III степень ожирения отмечена в 7,5%.

Такая высокая заболеваемость в прошлом у больных фибромиомой матки, возможно, играет какую-то роль в возникновении и развитии этой патологии. По мнению Н. М. Какушкина, организм носительниц фибромиом и, в частности, половая система у них является «неполноцен-

ной». О некоторой неполноценности организма носительниц фибромиом матки свидетельствует и большое число перенесенных ими операций. Так, операции на желудочно-кишечном тракте и почках перенесли 6%, по поводу фиброаденом и рака грудной железы — 2%, рака щитовидной железы — 0,4%, других локализаций (околоушная железа) — 1%. Из гинекологических операций по поводу внематочной беременности было 2%, кист яичника — 2%, фибромиом матки (энуклеация) — 1,7%, полипов и эрозий — 2,4%; выскабливаний слизистой матки было 5%.

Наследственность по фибромиомам матки отмечена только у 2%, по злокачественным опухолям — значительно выше.

Менструальная функция. У 52% больных, страдающих фибромиомами, менструации начались в 13—14 лет, у 8% — в 10—12 лет, что для нашей климатической полосы следует считать ранним началом. С другой стороны, у 12% менструации начались поздно — в 18—22 года, что может указывать на инфантильное состояние половых органов у этих больных; у них же менструации установились не сразу (перерывы от трех-шести месяцев до трех лет).

У большинства указанных больных изменение менструального цикла было связано с началом заболевания. Усиление или удлинение менструаций, а также появление болей при них больные связывали с началом заболевания.

Циклические кровотечения наблюдались у 60% больных, ациклические — у 32%, контактные — у 1% и нормальные менструации — у 7%; продолжались меноррагии до 3 месяцев у 9% больных, от 3 до 6 месяцев — у 11%, до 1 года — у 21%, до 2 лет — у 28%, до 3 лет — у 11% и свыше 3 лет — у 20% больных до момента обращения их в клинику. Такая большая длительность циклических кровотечений (меноррагий) у больных фибромиомой несомненно способствовала увеличению числа запущенных форм фибромиом. Несколько меньшая длительность кровотечений наблюдалась при ациклических формах (меноррагии). Продолжительность этого симптома до 3 месяцев наблюдалась у 30% больных с фибромиомами, от 3 до 6 месяцев — у 24%, до 1 года — у 15%, до 2 лет — у 16%, до 3 лет — у 7% и свыше 3 лет — у 8%. Циклические кровотечения характерны для носительниц интерстициальных фибром, ациклические — для больных субмукозными формами фибромиом. При субсерозных формах, как правило, кровотечения не наблюдаются. При этом циклические кровотечения бывают в виде усиленных либо затяжных менструаций; нередко встречается комбинация тех и других. Весьма обильны ациклические кровотечения при субмукозных фиброидах, рождающихся во влагалище.

В новейшее время многие авторы считают, что опухоль матки не есть непосредственная причина кровотечений. Хотя наличие фиброматозных узлов в миометрии и создает некоторые условия, предрасполагающие к маточным кровотечениям, все же подлинной причиной последних, по мнению этих авторов, являются гормональные факторы. Интрамуральные фиброиды сами по себе не являются источником кровотечения, за исключением случаев, осложненных красной дегенерацией или инфарктом в узле. В некоторых случаях, когда интрамуральный узел располагается вблизи эндометрия, выпячивая его в полость матки, он может нарушать кровообращение в эндометрии и способствовать усилению менструальных кровотечений. Но подобные случаи бывают нечасто. Постоянное сочетание гиперменореи с гиперплазией эндометрия позволяет считать последнюю источником маточных циклических, а нередко и ациклических кровотечений. В свою очередь, как будет

сказано ниже, развитие фиброидов и гиперплазия эндометрия становятся в зависимости от гормональных влияний.

Причины маточных кровотечений при фибромиомах Беклер (Vés-lère) усматривает в гиперпродукции фолликулярного гормона яичниками, приводящей к гиперплазии эндометрия. Доказательство этому Беклер видит в том, что во время беременности фибромиомы не кровоточат, так как слизистая беременной матки не кровоточит. Кровотечения у больных фибромиомой матки прекращаются в менопаузе и при кастрации, т. е. в момент прекращения секреторной деятельности яичников; у больных с фибромиомой матки, страдающих кровотечениями, многие авторы находили высокие цифры фолликулина в моче: от 500 до 1000 и даже 1500 ЕД.

Что касается механизма кровотечений при субмукозных фиброидах (ациклические кровотечения), то к основной причине — патологическому разрастанию и утолщению эндометрия — присоединяется, как сказано выше, постоянная травма слизистой узла вследствие трения о маточные стенки при всяких маточных сокращениях, вызываемых физическими напряжениями; иногда при этом дело доходит до разрыва капсулы фибромиомы.

Ациклические кровотечения при субмукозных фибромиомах в основном вызываются теми же причинами, что и циклические при интерстициальных фибромиомах, но с добавлением особенностей, зависящих от локализации узлов в полости матки. При этом нельзя не отметить, что оба вида расстройств менструальной функции при фибромиомах матки являются сложным патологическим процессом, в развитии которого участвуют яичники и эндометрий; последние два — как единый гормонально-эндокринный комплекс.

Кроме кровотечений из матки через влагалище, при большом развитии сосудов на поверхности опухоли наблюдались, как редкое явление, и кровотечения в брюшную полость вследствие разрыва этих сосудов, особенно вен (Г. И. Гиммельфарб, А. И. Гофман).

В связи с кровотечениями из матки у многих больных фибромиомой развивается вторичная анемия. В тяжелых случаях с обильными и частыми кровотечениями у больных наблюдается бледность кожных покровов и одутловатость лица, что позволяет гинекологу заподозрить фибромиому матки уже при первой явке больной. Процент гемоглобина у таких больных резко снижается, иногда до 25—15, число эритроцитов также резко падает. Впрочем, клинические наблюдения ряда авторов показывают, что развитие анемии у больных миомой матки может наступить и без кровотечений, при нормально протекающем менструальном цикле. Это явление объясняют расстройством функции ряда эндокринных желез.

Родовая функция. Из общего числа больных фибромиомами, не живших половой жизнью, было 6%, бесплодных — 19% (всего нерожавших — 25%). 75% составляли рожавшие, однако у большинства из них (63%) количество родов не превышало трех. Многорожавших было всего 12%. В анамнезе у 63% были аборты, причем у $\frac{2}{3}$ аборт был произведен больше двух раз.

Таким образом, среди больных фибромиомой матки отмечается большой процент нерожавших, достаточно велико число бесплодных женщин и часто делавших аборты.

Причины бесплодия зависят не только от наличия узлов опухоли в стенках матки (наступление бесплодия при субмукозных узлах понятно); большое значение имеют гормональные влияния — гиперфолликулиния, частота однофазных циклов без овуляции и т. п. Парадоксаль-

но, что некоторые пожилые больные, на протяжении многих лет страдавшие фибромиомой матки, оказываются способными забеременеть впервые в возрасте 40—45 лет.

Выделительная функция. Бели являются частым симптомом при фибромиомах. При крупных интрамуральных опухолях с увеличением полости матки и при подслизистых фиброидах постоянно наблюдаются водянисто-слизистые (типа *flur uterinus*) выделения. Белями страдали 22% больных с фибромиомами, причем трихомонадные кольпиты обнаружены лишь у 8%.

Сексуальная функция. У 42,5% больных фибромиомой матки половая жизнь была нерегулярной. Многие больные прибегали к прерванным сношениям и другим нефизиологическим способам предохранения от беременности.

Длительное вынужденное воздержание от половой жизни приводит у некоторых больных к мастурбации. Некоторые объективные признаки чрезмерного раздражения половых органов, довольно характерные для мастурбанток — явления тазового застоя (запоры, цианоз слизистых вагины и преддверия), гипертрофия и гипертрофия клитора, гиперсекреция вагинальная и цервико-вестибулярная и т. п. — можно обнаружить примерно у одной трети больных фибромиомой матки.

Аномалии сексуальной функции в связи с гиперэстрогенией могут способствовать развитию и росту фибромиом матки, о чем уже давно говорили Керер (Kehrer), Н. М. Какушкин и другие авторы.

По поводу влияния половой жизни на развитие фибромиом матки необходимо также отметить следующее. Согласно работам Д. И. Генина, С. Х. Назарли, сперматозоиды с находящимся в них тестостероном всасываются в слизистую оболочку влагалища. Тестостерон, как антагонист эстрогенов, снижает их уровень.

Боли у носительниц фибромиом наблюдаются нередко; они могут быть различного происхождения. Болями страдают 30—40% таких больных (К. К. Скробанский, И. Л. Брауде и др.). По нашим данным, боли в области опухоли или внизу живота у фиброматозных больных наблюдаются в 31—33%.

Боли дисменорейного характера бывают при интерстициальных даже мелких узелках; постоянные ноющие боли — при росте узлов с явлениями дегенерации, особенно при некрозе, при ущемлении опухоли в малом тазу, при межсвязочном развитии узлов, при воспалительных процессах в придатках и брюшине. Схваткообразные боли характерны для субмукозных, рождающихся во влагалище фиброидов. Наконец, остро развивающиеся боли наблюдаются в редко встречающихся случаях перекручивания субсерозных узлов (см. рис. 182) или самой матки (*torsio uteri*).

Симптомы сдавления. Эти симптомы наступают при больших размерах опухоли вследствие давления на различные соседние органы. При давлении опухоли на толстую кишку наблюдаются запоры; при давлении на мочевой пузырь — дизурические явления; при сдавлении мочеточников развивается пиелит, а позднее — гидронефроз. При позадиматочных узлах может произойти сдавление крестцовых нервов. На нашем материале симптомы сдавления соседних органов обнаружены у 25% фиброматозных больных, в том числе дизурические явления — у 10%, запоры — у 6%, чувство тяжести внизу живота — у 2% и различные неясные ощущения — у 7%; обычно при этом больные сами нащупывали у себя опухоль.

Симптомы некроза и размягчения фибромиом

матки. Частота дегенеративных изменений в фибромиомах матки колеблется, по различным авторам, от 15 до 40%; в том числе частота некротических изменений — от 1 до 10%. Основные жалобы этих больных: циклические и ациклические кровотечения, дисменорея, боли в животе тянущего характера, иногда схваткообразные, повышение температуры, иногда — ознобы и ряд жалоб общего характера (головная боль, плохой аппетит и сон).

Симптоматологию и клиническое течение шейчных фибромиом изучала М. А. Пуговишникова у 91 больной. Среди жалоб, наиболее часто встречавшихся у больных, оперированных по поводу фибромиом шейки, нужно отметить боли внизу живота и в пояснице, дизурические явления, затруднения при акте дефекации, нарушения менструального цикла и боли при месячных. 70% больных начали менструировать не позже 15 лет и только 5,4% — в возрасте старше 17 лет. У 16 из общего числа больных месячные были обильные, а у 19 сопровождалась болями с начала менструальной фракции. Что касается родовой функции у данной группы больных, то было выяснено, что половина всех женщин не рожали, 23, т. е. четвертая часть всех оперированных больных, никогда не были беременными. Последнее обстоятельство может служить некоторыми подтверждением высказанного предположения о недостаточном развитии матки у носительниц фибромиом (Н. М. Какушкин, 1930; Ф. А. Соловьев, 1930 и др.).

Шейчные фибромиомы часто давят на мочевой пузырь и прямую кишку, вызывая нарушение их функции, что объясняется не столько размерами опухоли, сколько их локализацией. При этом из 33 больных, обследованных цистоскопически, у 29 наблюдалось изменение конфигурации мочевого пузыря, у 5 из них — патологические изменения слизистой.

Диагностика фибромиом матки

Диагноз фибромиомы матки может быть и очень легким и чрезвычайно трудным. Анамнез в ряде случаев может облегчить диагностику. Так, если у женщины в возрасте старше 30 лет, не перенесшей воспалительных и других гинекологических заболеваний, у которой менструации были правильными, наступают циклические или ациклические кровотечения, то можно заподозрить фибромиому матки.

Основным методом диагностики фибромиом является бимануальное исследование. В неясных случаях и при подозрении на наличие субмукозных форм необходимы дополнительные методы исследования. В новейшее время в связи с применением гормональной терапии при миомах матки особенно возрастает значение ранней диагностики этого заболевания.

Диагностируя фибромиому, необходимо учитывать возраст больной: до 20 лет фибромиомы матки встречаются крайне редко; большая часть больных фибромиомой находится в возрасте старше 40 лет. Необходимо также помнить локализацию фибромиом (см. выше): большинство из них располагается в теле и дне матки; в шейке встречается лишь 5%, из них в области влагалищной части ее 1%. Клинические симптомы, о которых мы сказали выше — кровотечения, боли, явления сдавления соседних органов, бесплодие, вторичная анемия, — всегда должны быть учтены при установлении диагноза у больных с подозрением на фибромиому матки.

При бимануальном исследовании для подтверждения связи пальпируемой опухоли с телом матки необходимо смещать шейку матки; если при этом смещается также прощупываемая опухоль, значит, она связана с маткой (рис. 191, 192). То же наблюдается при низведении шейки пулевыми щипцами.

Если при исследовании хотя бы на одной стороне определяется круглая связка, идущая в виде тяжа по направлению к паховому каналу, то прощупываемая опухоль есть тело матки, деформированное узлами. Такое же диагностическое значение имеет установление связи крестцово-маточных связок с опухолью.



Рис. 191. Миоматозная матка в начале бимануального исследования.



Рис. 192. При бимануальном исследовании миоматозная матка смещена кверху, за ней следует шейка.

Бимануальное исследование дает возможность распознать только подбрюшинные и внутриматочные узлы. При этом прощупывается круглый плотный узел, расположенный на различной глубине в толще миометрия.

Л. Л. Окинчиц указывал, что в тех случаях, когда узел выступает над наружной поверхностью матки половиной своего объема, опухоль — субсерозная; если же узел наполовину выступает в полость матки, то опухоль называется субмукозной; если узел выступает над наружной или внутренней поверхностью матки меньше чем наполовину, то это — интрамуральный (интерстициальный) узел. Особенно ясно пальпируются субсерозные узлы. Однако, если они вытягивают за собой более или менее длинную ножку и расположены на боковой поверхности матки, то их легко принять за опухоль яичника.

При интрамуральных и субмукозных фиброидах полость матки обычно значительно увеличена, и это увеличение может явиться диагностическим признаком. Для измерения длины и формы полости матки пользуются маточным зондом. С его помощью можно достаточно точно измерить длину полости матки, а также изменения формы ее и выпячивание стенок при подслизистых узлах. Однако при зондировании в полость матки легко может быть внесена из влагалища и шейки инфекция. С целью профилактики таковой мы после зондирования вводим в полость матки пенициллин (50 000 ЕД). Можно для зондирования

пользоваться также маточным наконечником шприца Брауна; через наконечник в полость матки после исследования вводится пенициллин.

Диагностическим целям при фибромиомах служит также пробное (диагностическое) выскабливание, которое предпринимается для изучения состояния эндометрия, его фаз и для диагностики полипоза матки. Для изучения менструальной фазы достаточно применить *strichabrasio* — одним движением кюретки. Выскабливание слизистой матки при фибромиомах еще более опасно, чем зондирование. Его безусловно следует избегать при подозрении на подслизистые фибромиомы, так как при нарушении целостности капсулы узла может развиваться некроз и даже септический процесс.

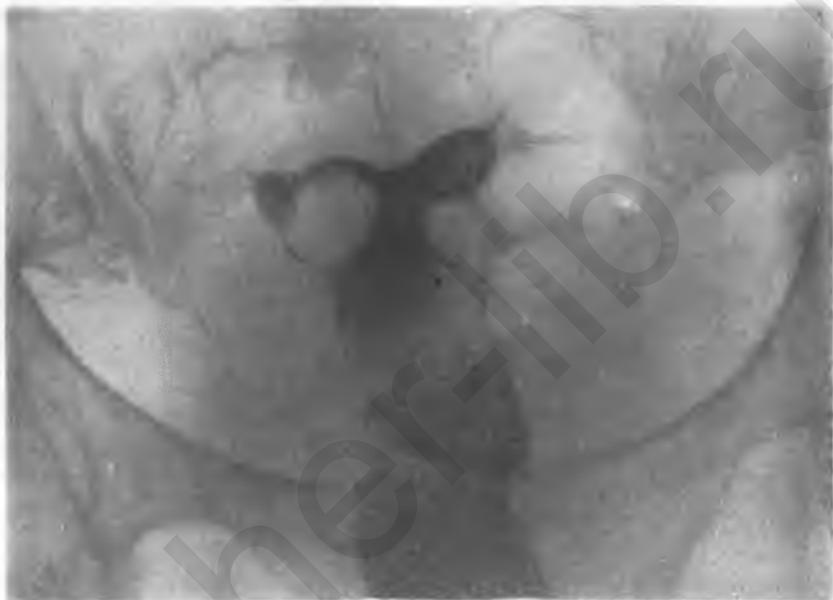


Рис. 193. Метрография (собственный случай). Фибромиома матки. Дефекты наполнения матки и деформация ее, вызванные субмукозным и субсерозным узлами.

Гораздо целесообразнее для диагностики субмукозных фиброидов пользоваться метрографией (рис. 193—196). Особенно ценен этот метод для ранней диагностики, когда нет еще ациклических кровотечений и увеличения и мягкости матки. Беклер, производя систематически метрографию у 100 больных в возрасте старше 40 лет, страдавших маточными кровотечениями, выявил у 11 из них субмукозные фиброиды. Мы с А. Я. Рислингом также производили много раз метрографию с целью выявления фиброматозных больных.

Взаимоотношение придатков, круглых связок и тела матки может также, по Окинчицу, помочь в диагностике субмукозных и интерстициальных форм фибромиом матки. Так, *при интерстициальных фиброидах* дна матки, по мере роста их, увеличивается также расстояние между маточными углами, а вследствие выпячивающегося кверху дна матки создается впечатление более низкого, чем в норме, расположения места отхождения придатков и круглых связок. При таких же узлах передней стенки матки происходит смещение углов

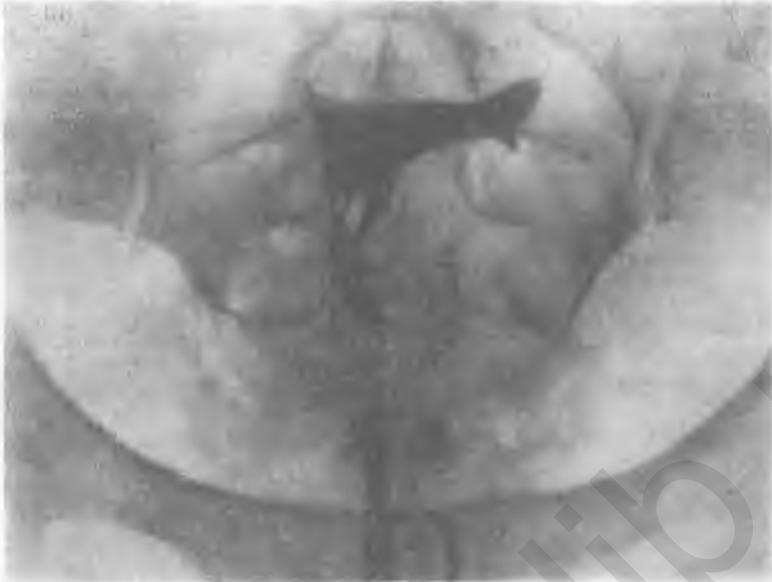


Рис. 194. То же (собственный случай). Фибромиома матки. Дефект наполнения и деформация матки, вызванные субмукозными и интрамуральными узлами.



Рис. 195. То же (собственный случай). Матка малых размеров, неправильной формы, с неровными контурами; неравномерно заполнена контрастным веществом — субмукозные узлы. Трубы расширены в ампулярных концах, непроходимы. Бесплодие.

матки кзади; при узлах задней стенки это смещение произойдет кпереди.

При субмукозных фиброидах матка делается похожей на беременную: поперечник дна ее становится больше и расстояние между места-

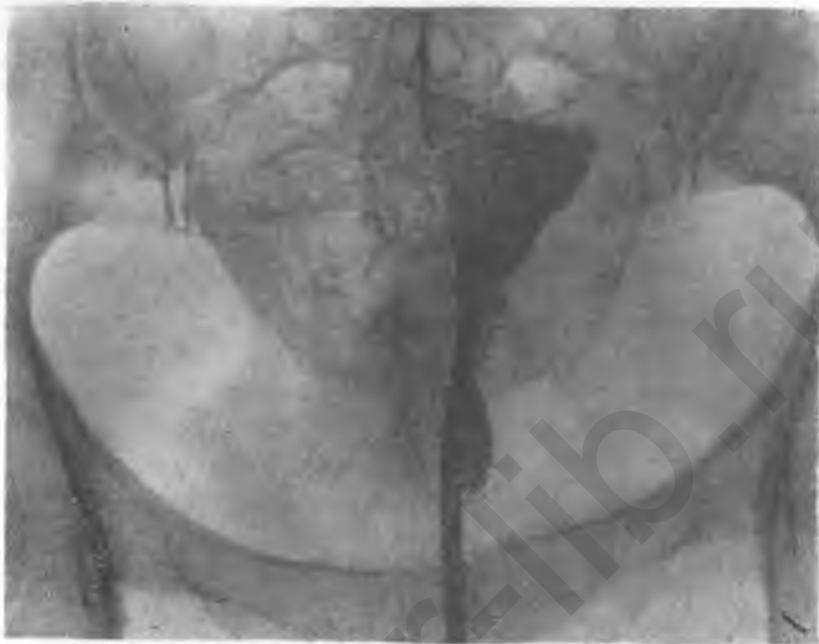


Рис. 196. То же (собственный случай). Матка с волнистыми контурами и поверхностными дефектами наполнения вследствие наличия интрамуральных узлов. Бесплодие.



Рис. 197. Межсвязочная фибромиома (Вейбель).

ми отхождения придатков и круглых связок увеличивается. При фиброидах боковой стенки, расположенных интралигаментарно (рис. 197), матка смещается в противоположную сторону, а придатки одноименной стороны определяются как над опухолью, так и под ней.

Особенно трудна диагностика атипично расположенных фибромиом, растущих экстраперитонеально, и различных форм узлов шейки матки. В этих случаях необходимо руководствоваться схемой расположения атипичических фибромиом, предложенной Г. Ф. Цомакионом (стр. 278, 279).

Экстрамуральное направление роста, малая подвижность и сравнительно быстрый рост таких опухолей, сопровождающихся при этом симптомами сдавления соседних органов, позволяют поставить правильный диагноз и дифференцировать фибромиому от параметрита или сактосальпинкса.

Диагностика фибромиомы влагалищной части шейки (рис. 198, 199, 200) не представляет особых трудностей, в особенности при осмотре шейки при помощи зеркал. Деформация и гипертрофия шейки, плотность ее, смещение наружного зева — характерные черты фибромиомы, отличающие эту опухоль шейки от других: кисты гартнерова хода и т. п.

Дифференциальный диагноз. Типичные формы фибромиом матки следует дифференцировать с опухолями (неоплазмами) придатков, воспалительными процессами в параметрии и придатках и с беременностью.

Как уже говорилось, основными признаками опухоли матки (фибромиомы) являются тесная связь опухоли с шейкой и взаимозависимость круглых и крестцово-маточных связок с опухолью (маткой). Проверку этих признаков всегда следует производить при бимануальном исследовании, притом раньше, чем будут применены другие приемы.

Дифференцирование опухоли матки и кисты яичника на длинной ножке обычно не представляет затруднений. Большая подвижность кисты, эластическая консистенция легко отличают ее от плотного, сляпного с маткой узла. Труднее дифференциальная диагностика в тех случаях, когда ножка кисты или кистомы яичника коротка, а сама опухоль тесно прилежит к матке и консистенция ее плотновата. В этих случаях необходимо произвести низведение шейки матки пулевыми щипцами и постараться отодвинуть опухоль от матки или прощупать ее ножку. Помочь прощупыванию ножки опухоли яичника может ректальное или ректовагинальное исследование.

Нередко бывает трудно отличить миому от воспалительных опухолей придатков или параметрита. Сактосальпинксы, в особенности хронические с плотной капсулой и сращениями, и пиосальпинксы, легко имитируют фиброматозные узлы. В этих случаях хорошо собранный анамнез с учетом перенесенных воспалительного процесса гениталий, гонорей, частых обострений этих заболеваний может помочь врачу поставить правильный диагноз. Лабораторные исследования (лейкоцитоз, лейкоцитарная формула, исследование мазков на гонорею, реакция Борде—Жангу) также помогают диагностике.

Реже приходится дифференцировать фибромиому и параметрит. И в этих случаях анамнез и лабораторные исследования помогают правильному распознаванию заболевания. Важно также, что параметритический инфильтрат на большом протяжении соприкасается с тазовой стенкой и полностью неподвижен, что не характерно для фиброматозного узла. По Цомакиону, в подобных случаях при влагалищном исследовании могут встретиться сходные картины; тогда для ясности необходимо применить также ректальное исследование.

Дифференциальный диагноз между миомой и беременностью может быть необходим, если интрамуральный узел одиночен и матка с узлом напоминает беременную. Распознавание осуществляется легко с помощью гормональных реакций на беременность (реакция



Рис. 198. Фибромиома влагалищной части шейки матки (собственный случай).



Рис. 199. Миома шейки матки (Вейбель).



Рис. 200. То же в разрезе.



Фибромиома матки и измененные яичники (Штекель-Рейффершейд):
1 — большая многоузельчатая миома; слева — бугристый субсерозный узел. В полости вскрытой матки — субмукозный узел. Яичники кистозно перерождены. 2 — удаленный через влагалища фиброматозный полип.

Цондек—Ашгейма, Фридмана, Аллатова). При бимануальном исследовании беременная матка более мягкая, чем матка с фибромиомой. Значительно труднее распознать беременность при фибромиоме матки.

После установления диагноза фибромиомы матки весьма важно вести систематическое наблюдение за больно́й для суждения о быстроте роста, размягчении и других дегенеративных изменениях опухоли. Эти систематические наблюдения следует производить и в случаях бессимптомного течения фибромиомы.

Терапия при бессимптомных фибромиомах

Начальные формы фибромиом матки, особенно субсерозные, реже интрамуральные, протекают большей частью бессимптомно. Иногда и крупные, с голову взрослого, опухоли не вызывают никаких симптомов. Весьма нередко опухоли с мужской кулак или головку новорожденного обнаруживаются при онкологических осмотрах как случайная находка. Так, нам пришлось наблюдать женщину 38 лет с протекающей бессимптомно опухолью величиной с матку в 8 месяцев беременности.

Всех больных с бессимптомно протекающими фибромиомами не следует, как правило, подвергать лечению; однако эти больные должны находиться под постоянным наблюдением одного и того же врача-гинеколога, который должен своевременно заметить рост или перерождение узлов опухоли и тогда уже начать лечение. Врач должен осматривать больную с фибромиомой не реже трех-четырех раз в году. Сказанное относится главным образом к лицам пожилым. В молодом возрасте наличие более или менее крупной (с кулак), бессимптомно протекающей опухоли вынуждает гинеколога взять такую больную на учет и вести наблюдение, так как эта опухоль с течением времени может дать рост, размягчение узлов, нарушение менструального цикла и т. д. Своевременная операция удаления узла позволяет сохранить матку.

Что касается величины опухоли, то следует считать, что опухоли, размерами превышающие матку в 16 недель беременности, подлежат оперативному лечению, особенно у женщин в возрасте до 40 лет. Точно так же нельзя оставлять без внимания размягчение узлов опухоли и симптомы сдавления, особенно мочевого пузыря и мочеточников. Таких больных следует оперировать.

Необходимо во всех случаях бессимптомно протекающих фибромиом назначать профилактические меры для уменьшения склонности к росту опухоли. С этой целью рекомендуют спокойный образ жизни, ограничение половых возбуждений и раздражений половых органов (К. К. Скробанский, А. И. Петченко). Целесообразно при опухоли значительной величины (приближающейся к объему матки в четыре месяца беременности) применить профилактически андрогены (метилтестостерон по 150 мг в месяц для молодых, по 300 мг и выше — женщинам старше 40 лет).

Ряд авторов при бессимптомных фибромиомах рекомендует общеукрепляющее и особенно курортное лечение, придавая большое значение перемене обстановки, пребыванию на свежем воздухе, прогулке. Что касается гидротерапии, то К. К. Скробанский и другие советуют радиоактивные ванны, а также ванны, содержащие йодистые соли; углекислые ванны и морские купанья могут вызвать кровотечение из матки, а потому для указанных больных считаются противопоказанными.

Консервативно-медикаментозная терапия

Консервативно-медикаментозная терапия применяется при небольших плотных опухолях с небольшими кровотечениями типа циклических; в некоторых случаях эта симптоматическая терапия назначается при отказе от операции или при противопоказаниях к ней. В основном терапия эта направлена на уменьшение кровотечений, облегчение болей, на борьбу с анемией и пр.

Из числа кровоостанавливающих и сокращающих матку средств все меньшее распространение имеют препараты спорыньи; чаще назначается раствор прегнантола 1% — 1 мл один-два раза в день под кожу или в мышцу.

Довольно часто больным с фибромиомой матки назначается при кровотечениях также раствор стиптицина 2% — 1 мл под кожу. В последние годы мы предложили для остановки кровотечения раствор пахикарпина 3% по 5 мл в мышцу два-три раза в день. Для тех же целей иногда применяют внутривенные инъекции 10% хлористого кальция (5—10 мл). Для длительного применения на дому назначают лекарственные клизмочки из подогретого 5% хлористого кальция по 30—50 мл ежедневно. Как это было доказано нами в эксперименте (1948), хлористый кальций возбуждает тонус матки, а также, как известно, повышает свертываемость крови. Менее раздражает ткани и менее токсичен глюконат кальция, применяемый в тех же дозах (Calcium gluconicum 10% — 5—10 мл внутримышечно или внутривенно, 3—5 г два-три раза в день внутрь).

Старым, но применяемым и ныне, является метод тампонады влагалища. Тампонируют влагалище длинным стерильным марлевым бинтом; эта манипуляция легко выполнима (требуются только влагалищные зеркала и длинный пинцет) и целесообразна, особенно при транспортировке больной на дальнее расстояние. Введенный во влагалище тампон действует рефлекторно на матку, вызывая ее сокращение. С той же целью — возбуждения рецепторов, рефлекторного действия на матку и остановки кровотечения — в последнее время В. В. Слоникский применяет орошение шейки матки хлорэтилом. С подобной же целью И. Ф. Панцевич (в акушерстве) смачивает влагалище эфирным тампоном.

Большое распространение в консервативной терапии фибромиом матки получили гормональные препараты: маммофизин, питуитрин, прогестерон и андрогены.

Маммофизин — смесь экстракта задней доли гипофиза и экстракта молочной железы — назначается по 1 мл ежедневно в течение 12—15 дней.

Питуитрин применяется при особо сильных маточных кровотечениях. Как известно, питуитрин усиливает сократительную деятельность мускулатуры матки, но в то же время повышает кровяное давление. Поэтому применение его при гипертонии, часто встречающейся у больных фибромиомой, при нефрите, миокардиопатии противопоказано.

Целесообразнее применение гипофизарных препаратов, лишенных вазопрессорной субстанции (окситоцин). Хороша комбинация питуитрина с хлористым кальцием.

Большим распространением, к сожалению, пользуется при кровотечениях у больных фибромиомой матки выскабливание слизистой матки. Несомненно, что не менее чем у половины больных, подвергшихся выскабливанию, можно было обойтись без этой операции. Риск этого вмешательства, как мы уже сказали, заключается в том, что при мно-

жественных субмукозных узлах кюретка при выскабливании может нарушить целостность не только слизистой, покрывающей узел, но и самую капсулу узла, чем нарушится его питание; в результате этого возможен некроз узла. Поэтому к выскабливанию слизистой матки с лечебной целью следует прибегать возможно реже и с осторожностью (после зондирования или метрографин). Мы считаем, что лучше в указанных случаях назначать гормонотерапию (питуитрин, андрогены) или меди-каментозную терапию. Следует добавить также, что лечебное выскабливание при фибромиомах слизистой матки в половине случаев не дает результата и кровотечения продолжаются, особенно при субмукозных узлах.

Связь между грудными железами и маткой известна давно. Для сокращения матки путем воздействия на грудные железы были предложены различные методы «аутомамминизации»: застойная гиперемия грудных желез, ареолярное раздражение, диатермия грудных желез и т. п.

Андрогенная терапия и другие виды гормонотерапии фибромиом

Применение андрогенных препаратов для терапии фибромиом матки началось еще в конце тридцатых годов.

Первыми применили андрогены в гинекологии Моко и Морикар (Moquot et Morigard, 1936), Беклер (Béclère, 1938). П. Г. Шушания (1947) впервые в СССР применил при лечении геморрагической метропатии метилтестостерон с хорошим результатом.

Г. В. Труевцева (1950) применяла метилтестостерон для подавления функции яичников и получения аменореи у больных с преклимактерическими кровотечениями (12 больных) и при меноррагиях, вызванных фибромиомами матки (4 больных).

Е. И. Кватер (1955) при мягких фибромиомах применял тестостерон-пропионат в комбинации с маммофизином и питуитрином, а при небольших фибромиомах с незначительными кровотечениями — комбинацию метилтестостерона с прегнином.

В последнее время для лечения больных с фибромиомами матки начали применять гормон желтого тела — прогестерон. При этом исходили из того положения, что прогестерон является до некоторой степени антагонистом эстрогенов и может подавлять их действие. Это антагонистическое в отношении эстрогенов действие прогестерона было клинически изучено Гудманом (Goodman, 1946). Этот автор полагал, что прогестерон, выделяемый яичниками, предохраняет самку некастрированного животного от развития экспериментальной фибромиомы при длительном введении эстрогенов. Развитие фибромиом у женщины Гудман объяснял расстройством нормального равновесия между эстрогенами и прогестероном. Частоту развития фибромиом у неживших половой жизнью и нерожавших он объясняет отсутствием в течение длительного времени действия на их организм прогестерона, оказывающего предохраняющее против эстрогенов влияние на матку многорожавших.

В результате изучения антиэстрогенного и антитуморогенного действия на животных прогестерона, дезоксикортикостеропа и тестостерон-пропионата Гудман пришел к выводу, что самым активным является тестостерон-пропионат.

По Беклеру, андрогенная терапия почти всегда давала одинаково хорошие результаты как при интрамуральных, так и при глубоких субсерозных фибромиомах. Кровотечения у этих больных прекращались,

уменьшение узлов отмечалось в 50%. Что касается субмукозных форм, то Беклер и в этих случаях применял с успехом лечение тестостероном. Для этой терапии отбирались больные с маленькими субмукозными узлами — величиной с лесной или грецкий орех, выявленными при помощи метросальпингографии.

Мы в настоящее время широко применяем метрографию для целей ранней диагностики субмукозных узлов. Терапию ациклических кровотечений при этих фибромиомах и профилактику роста узлов мы проводим с помощью андрогенных препаратов.

К. Н. Удалова методом определения адекватной оптической хронаксии по Макарову доказала, что при фибромиомах матки с выраженными клиническими симптомами имеется удлинение хронаксии. Она же доказала, что при лечении андрогенными препаратами больных с фибромиомой матки происходит укорочение хронаксии.

Наши наблюдения подтверждают основные положения Беклера. Наилучшие результаты мы получили у больных старше 45 лет, страдавших тяжелыми циклическими или ациклическими кровотечениями; у них наступило улучшение в смысле регулирования менструации и значительного уменьшения кровопотерь. У пяти пожилых больных менструации прекратились через три-девять месяцев после начала лечения. Из общего числа 44 больных в возрасте 45—54 лет безусловно хороший результат был получен у 28, ближайший хороший результат с уменьшением кровотечений — у 9, неясный — у 3; выскабливание слизистой матки производилось у 2, и только 2 больные подверглись чревосечению. Несомненно, что без применения андрогенной терапии чревосечение понадобилось бы провести у 20—25 из этих больных.

Эффект лечения больных в возрасте 35—44 лет был следующий: положительный результат в смысле прекращения обильных или неправильного ритма кровотечений был отмечен у 53 из 64 больных обеих групп (83%), а за вычетом числа недостаточно долго прослеженных больных (12 для обеих групп) — у 41 из 64 больных (64%).

Что касается уменьшения размеров опухоли в результате лечения андрогенами, то, согласно нашим данным, это отмечено приблизительно у $\frac{1}{3}$ больных.

В настоящее время мы проводим профилактическое назначение андрогенов после консервативной миомэктомии: по одной, реже, по две таблетки метилтестостерона в сутки. Никаких побочных явлений от этих доз не наблюдалось. Менструационный цикл проходил нормально. Метилтестостерон нужно давать до одного года.

Лечение андрогенными препаратами должно быть длительным и без перерывов, которые резко снижают общую эффективность лечебного курса. При раннем лечении результаты андрогенной терапии лучше, чем при запоздалом.

Для терапии андрогенами следует отбирать больных с не очень большими фибромиомами (не более, чем размеры матки в 16 недель беременности), не размягченными, а из субмукозных — только с начальными формами.

Еще недавно полагали, что необходимо применять большие дозы андрогенов, так как малые не дают эффекта. Это мнение следует считать неправильным. Большие дозы назначают главным образом при злокачественных опухолях; они могут дать ряд неприятных побочных явлений.

На основании нашего опыта и мнения некоторых авторов (Сегалов; Segaloff) можно считать, что устранения ненормальных гормональных соотношений в организме можно достигнуть применением *небольших*

доз андрогенов, не вызывающих никаких побочных явлений, при условии непрерывности и длительности лечения. При несоблюдении этого условия применение даже больших доз не усиливает эффекта андрогенной терапии, но может вызвать побочные явления.

У наших больных осложнения встречались редко, что находится в несомненной связи с применением небольших доз андрогенов. Как уже отчасти указано выше, мы назначали в преклимактерическом периоде, как наивысшие дозы, метилтестостерона — по 10—20 мг в сутки или тестостерон-пропионата в расчете на сутки по 12,5 мг подкожно. Женщинам в возрасте моложе 40 лет мы прописывали метилтестостерон по 5—15 мг, а тестостерон-пропионат в виде инъекций один-два раза в неделю, т. е. по 3,5—7 мг в сутки.

Из побочных явлений (64 больных) были отмечены: небольшое увеличение волосистости у одной больной, получавшей повышенную дозу метилтестостерона (30 мг); оно приостановилось после снижения дозы с 30 до 15 мг в сутки; у других больных наблюдались сердечные расстройства (сердцебиение, одышка), акне, тошноты. Всего побочные явления имели место у четырех больных.

С другой стороны, подавляющее число больных отмечало улучшение общего состояния, в частности, явлений климактерического невроза; в трех случаях отмечено снижение кровяного давления при гипертонии у больных 45—50 лет.

Хороша в подходящих случаях фибромиом матки комбинация андрогенной терапии с рентгенотерапией. Наши, пока единичные, наблюдения это подтверждают.

Андрогены не следует применять позднее трех-четырёх лет от начала менопаузы, учитывая гормональные особенности этого периода.

В. Г. Бутомо (1959), применяя андрогенные препараты при фибромиомах матки (курс для тестостерон-пропионата по 50 мг два раза в неделю, всего 400—500 мг за четыре-пять недель), получил хорошие результаты при терапии кровотечений у женщин в возрасте, близком к менопаузе, у которых временный гемостатический эффект закреплялся с наступлением менопаузы.

Рентгенотерапия фибромиом¹

Многочисленные исследования гормонального зеркала у носительниц фибромиом закономерно выявляли избыточное количество в организме этих больных эстрогенных гормонов. Следовательно, всякое воздействие на яичник с целью подавления его эстрогенной функции, как это и происходит физиологически в климактерии, является каузальной терапией. С этой точки зрения рентгенотерапия при фибромиомах может рассматриваться как своего рода гормонотерапия. Другой путь гормонотерапии — подавление эстрогенов введением в организм антагонистов их — андрогенов.

Известно, что лучевая терапия основана на различной чувствительности тканей организма к ионизирующему облучению. Оказалось, что наиболее чувствительными являются зреющие фолликулы; примордиальные — менее чувствительны.

Многое сделали для внедрения в практику лучевой терапии фибромиом Г. Г. Гамбаров, Б. А. Архангельский, Л. Б. Порховник и др.

Противопоказания к рентгенотерапии фибро-

¹ В этом разделе использованы материалы сотрудника акушерско-гинекологической клиники ЛПИИ А. Я. Рислинга. См. также ч. III, гл. 5.

миом. 1. Субмукозные фибромиомы и полипы в полости матки. Эта локализация опухолей чаще всего является причиной неудач при лучевой терапии. Впрочем, некоторые авторы (Г. Г. Гамбаров, Гаус, Дедерлейн, Панков, Беклер; Gauss, Döderlein, Pankow, Béclère) считают, что подслизистые миомы на широком основании подлежат рентгенотерапии; подслизистые миомы на длинной ножке безусловно противопоказаны для лучевой терапии.

2. Субсерозные узлы на длинной ножке. Эта форма узлов таит в себе опасность некроза и перекручивания, а также сращения с окружающими тканями.

3. Шеечные фибромиомы.

4. Обызвествленные фибромиомы, вколоченные миомы.

5. Нагноение, некроз фиброзного узла.

6. Быстрорастущая фибромиома, внушающая подозрение на злокачественное перерождение или наличие такового.

7. Рак эндометрия или сомнительный гистологический диагноз при исследовании соскоба из матки.

8. Рак шейки матки или предраковое ее состояние, требующее операции.

9. Фибромиома и беременность.

10. Фибромиома и воспалительный процесс, требующий оперативного лечения.

11. Сочетание фибромиомы и осумкованного гнойника в брюшной полости.

12. Опухоль яичника в сочетании с миомой матки.

13. Неуверенность в точности диагноза.

14. Отказ больной от рентгенотерапии.

15. Возраст моложе 40 лет.

Б. А. Архангельский относит к противопоказаниям для лучевой терапии: рождающиеся фибромиомы, аденомиомы, явления ущемления фибромиомы и давления ее на соседние органы.

Катаральное состояние кишечника и воспалительные заболевания кожи на местах установки тубуса могут быть временными, до ликвидации их, противопоказаниями.

Особого рассмотрения требуют: анемия при фибромиомах и величина опухоли.

При анемиях с незначительным кровотечением и общим удовлетворительным состоянием больной рентгенотерапия показана в условиях стационара с одновременным лечением анемии переливанием крови и прочими средствами.

Профузные кровотечения и анемия требуют срочной операции.

При величине опухоли больше четырехмесячной беременной матки лучевая терапия возможна, если операция противопоказана или больная от нее отказывается. Однако, если опухоль распространяется выше пупка, большинство авторов предпочитает операцию, так как большая опухоль таит в себе опасность злокачественного перерождения; кроме того, она сдавливает соседние органы. Наконец, никогда нет уверенности в том, что большая опухоль в результате лечения значительно уменьшится.

Показанием к рентгенотерапии являются межзачаточные и подсерозные кровоточащие (меноррагии) фибромиомы на широком основании.

После уточнения диагноза и принятия решения применить в качестве терапии лучи Рентгена следует провести краткую беседу с больной, разъяснив ей сущность и безопасность этой терапии. Термина «рентге-

новская кастрация», который приобрел распространение и ассоциируется большими с хирургической кастрацией, вызывая отрицательное к себе отношение, как нечто калечащее, ускоряющее приближение к старости, следует избегать.

Главным объектом воздействия лучей должны быть яичники, так как целью лечения является подавление их гормональной функции. Таким образом, рентгенотерапия вызывает приблизительно те явления, которые должны происходить в женском организме в климактерическом возрасте, т. е. постепенное ослабление гормональной деятельности яичников. Естественно, при воздействии лучами на яичник избежать действия их и на саму опухоль нельзя, и никто к этому не стремится.

С появлением дозиметрических аппаратов начали учитывать очаговую, глубинную дозу, т. е. дозу, которая попадает на каждый яичник.

А. Л. Каплан, много лет занимавшийся рентгенотерапией фибромиом и испробовавший различные методики и дозы, пришел к выводу на основании анализа своих случаев (свыше 300), что оптимальной дозой на область яичника на глубине 10 см является 200 r при условиях: расстояние анода от кожи — 30 см, фильтр 0,5 мм меди + 1 мм алюминия, при напряжении 180 кв. Назначают по три-четыре сеанса со стороны передней брюшной стенки на область расположения каждого яичника, за один сеанс по 150—200 r.

При лечении больных следует индивидуализировать каждый случай. Чем моложе больная, тем большую дозу необходимо давать, и, наоборот, чем больная ближе к климаксу, тем меньшую дозу ей назначают. Следует учитывать также толщину брюшной стенки и увеличивать дозу при большой опухоли.

Мы облучали область малого таза со стороны нижней половины живота и крестца ежедневно по одному сеансу, всего четыре сеанса, с расчетом по 80—100—120 r за сеанс на глубину 10 см.

Основным показанием при лечении фибромиомы является циклическое маточное кровотечение — меноррагия (гипер- и полименорея); реже — если кровотечение носит характер ациклический — метроррагия. Рентгенотерапия имеет целью вызвать стойкую аменорею, ликвидировать или уменьшить опухоль и прекратить боли, если они имеются.

Результаты рентгенотерапии наших больных таковы.

Мы наблюдали 60 больных, леченных лучами Рентгена по поводу фибромиом. Все больные поступили с кровотечениями. После лечения аменорея наступила у 51 больной; не было месячных сразу после лечения у 27; однократная менструация была у 21 больной, двухкратная — у 2 и трехкратная — у 1 больной. У 2 больных были рецидивы кровотечения.

Полностью опухоли исчезли у 25 женщин, у 17 они уменьшились до размеров матки пяти-шестинедельной беременности; у 4 больных матка стала атрофичной, и мы не могли определить сразу увеличения опухоли.

Большинство наших больных воспользовались нашим советом при выписке быть в дальнейшем под наблюдением гинеколога.

Если некоторые больные при поступлении жаловались на боли внизу живота и в области поясницы, то при выписке они этих жалоб не предъявляли. При контрольном осмотре мы ни разу не слышали жалоб на боли, запоры и дизурические явления; общее состояние было хорошее и работоспособность сохранена.

Особого внимания заслуживает та патология, которая наблюдается у женщин с наступлением климактерия и носит название явления

«выпадения». Сильно выражены они были у 11 женщин, умеренно — у 19, слабо — у 15 и отсутствовали у 6 женщин. Если явления «выпадения» были настолько значительными, что лишали женщину покоя, понижали ее работоспособность, мы рекомендовали облучение лучами Рентгена области гипофиза.

На основании нашего опыта рентгенотерапии фибромиом матки мы пришли к следующим выводам:

1. Рентгенотерапия фибромиомы матки эффективна и дает стойкое и быстрое излечение при условии точной диагностики и учета противопоказаний.

2. Рентгенотерапии подлежат кровоточащие субсерозные на широком основании и интерстициальные фибромиомы у лиц не моложе 40 лет.

3. Метод лучевой терапии фибромиом при правильном его применении является каузальным, безопасным, не дающим смертности и осложнений. Он безболезнен и может проводиться амбулаторно.

4. Выскабливание слизистой матки является обязательным в целях диагностики, но не может применяться с терапевтической целью.

5. Явления «выпадения» после рентгенотерапии выражены в большинстве случаев умеренно. Если они очень тягостны, можно рекомендовать рентгенооблучение области гипофиза, дающее хороший терапевтический эффект.

Эти явления наблюдаются не только при лучевой терапии, но и при хирургическом лечении.

Хирургические методы лечения фибромиом матки

Основными показаниями к операции при фибромиомах матки следует считать следующие.

1. Фибромиомы с циклическими или ациклическими кровотечениями у женщин в возрасте моложе 45 лет.

2. Фибромиомы с явлениями сдавления соседних органов.

3. Фибромиомы, сопровождающиеся болями, в частности — дисменореей.

4. Фибромиомы с явлениями перерождения или некроза, симптомами быстрого роста или перекручивания ножки опухоли.

5. Подслизистые фибромиомы с ациклическими кровотечениями.

6. Крупные фибромиомы, превышающие по размерам матку в 16 недель беременности.

7. Фибромиомы у молодых, если их можно считать причиной бесплодия.

8. Злокачественное превращение опухоли или сочетание ее с любой формой рака матки.

Противопоказаниями к применению оперативного метода лечения являются острые инфекции; операция может быть предпринята только через несколько недель после окончания заболевания. У женщин, страдающих тяжелыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, тяжелыми заболеваниями легких, почек и печени, тяжелым расстройством обмена веществ, гипертонической болезнью II и III стадии, а также острыми, подострыми или обострившимися воспалительными процессами тазовых органов, оперативное лечение фибромиом противопоказано — абсолютно или относительно, смотря по состоянию больных и возможности подготовки к операции соответствующими лечебными мерами.

Выбор между оперативным методом лечения, рентгенотерапией или гормонотерапией должен быть строго индивидуальным с учетом всех показаний и противопоказаний.

Назначение той или иной операции также должно индивидуализироваться, и к отдельным операциям должны быть установлены строгие показания и противопоказания. При показаниях к оперативному лечению фибромиом не существует операции выбора (А. Э. Мандельштам): та или иная операция должна назначаться в зависимости от особенностей случая.

Частота применения оперативного метода, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах.

В первой четверти нашего столетия Вильсон (Willson) придерживался мнения, что 70% больных фибромиомой не подлежат оперативному лечению, а только наблюдению и контролю. Ольсгаузен (Olshausen) считал даже, что 82% больных не нуждаются в оперативном лечении.

Напротив, М. С. Александров оперировал 94% своих стационарных больных с фибромиомой матки.

Надо полагать, что оперативное лечение только 18—30% больных фибромиомой матки, как рекомендовали Вильсон и Ольсгаузен, связано с риском подвергнуть больных возможным осложнениям.

С другой стороны, следует признать чрезмерно большим количество больных, оперированных по поводу фибромиом М. С. Александровым.

В последние годы мы применили операции только у 52% больных с фибромиомами матки.

Несомненно, что более широкое применение гормональной терапии (особенно лечение андрогенами), а также рентгенотерапия и рациональная консервативная терапия (в нетяжелых случаях) должны снизить в ближайшее время процент фиброматозных больных, подвергающихся оперативному лечению. Справедливо говорил М. Л. Выдрин: «Мы должны лечить не миому, а большую миомой, должны больше внимания уделять эндокринной системе».

Все методы оперативного лечения фибромиом матки можно разделить на радикальные, полурадикальные и консервативные. Кроме того, все операции могут быть разделены на брюшностеночные и влагалищные.

К радикальным операциям относятся: 1) экстирпация матки (с придатками и без придатков) и 2) надвлагалищная ампутация матки (с придатками или без придатков). Обе эти операции производятся путем чревосечения. Только при полном удалении матки применяется влагалищная экстирпация; надвлагалищная ампутация (операция Рикка) через влагалище в современной гинекологии почти никем не производится. Радикальные операции достаточно полно гарантируют женщину от возможности рецидива (появление новых узлов фибромиомы в оставленной при ампутации шейке матки является большой редкостью). Отрицательной стороной радикальных операций является лишение женщины менструальной и детородной функций.

К полурадикальным операциям относятся различные виды резекции матки: дефундация, резекция, высокая ампутация. Эти операции, лишая женщину родовой функции, позволяют сохранить менструальную. Они производятся, как правило, путем чревосечения.

К консервативным операциям, производимым путем чревосечения, относятся: консервативная миомэктомия или энуклеация узлов фибромиомы из маточной стенки, иссечение субсерозных фибромиом на ножке.

К консервативным операциям, производимым влагалищным путем.

относятся: удаление субмукозных фибромиом на ножке (см. табл. XV, 2) или вылушивание субмукозных узлов из маточной стенки через ее полость и влагалище.

Как сказано выше, к радикальным операциям по поводу фибромиом относится экстирпация матки.

Необходимость в экстирпации матки возникает прежде всего при патологических изменениях шейки — обширных разрывах, эктропионе, множественных застарелых эрозиях. Все эти изменения шейки причисляются к предраковым, а потому оставление такой шейки было бы рискованным. Экстирпация необходима бывает также при шеечных, межсвязочных узлах и различных формах низколежащих атипических фибромиом. Экстирпацию следует предпочесть при гнойных мешотчатых опухолях придатков, так как она дает возможность дренирования через влагалище; точно так же экстирпация показана при обширных некрозах и гангренозном распаде самой опухоли. Экстирпация необходима при злокачественном (саркоматозном) перерождении узлов или раке шейки или полости матки. В первом случае необходимо провести лучевую терапию.

Рассмотрим показания к отдельным операциям. Показания к *экстирпации матки* сводятся к следующему:

1. Воспалительные заболевания шейки и дистрофические процессы (эрозии, эндоцервицит); глубокие разрывы и эктропион, являющиеся нередко проявлением предракового состояния шейки матки.
2. Низко расположенные узлы, шеечные фибромиомы.
3. Вторичные изменения в узлах (некроз, злокачественное перерождение).

4. Хронические гнойные воспаления придатков (у пожилых) или злокачественные опухоли в придатках или матке (в любом возрасте).

Надвлагалищная ампутация матки состоит в том, что тело матки отсекают на уровне внутреннего зева, а шейку оставляют.

Показания к надвлагалищной ампутации весьма широки. Операция эта производится во всех случаях, когда требуется оперативное лечение, за исключением тех, когда имеются показания к экстирпации или где можно ограничиться энуклеацией узла (узлов).

Преимущества надвлагалищной ампутации перед экстирпацией заключаются: 1) в большой простоте и доступности техники; 2) в том, что при надвлагалищной ампутации не вскрывается влагалище, следовательно, операция происходит в более асептических условиях; 3) в том, что при ампутации сохраняется архитектура сводов и увлажнение влагалища цервикальным секретом.

С другой стороны, после ампутации имеются худшие условия для дренирования, большая частота экссудатов культи и возможность ракового перерождения оставленной шейки. Однако при правильном отборе больных с назначением экстирпации при гнойно-пораженных придатках и заболеваниях шейки этих осложнений можно избежать.

Что касается возможности образования раковой опухоли на оставленной шейке, то частота такого осложнения весьма невелика. По Альбрехту, на 3436 ампутаций раковое перерождение шейки наблюдалось всего в 0,32%. Поллак (Pollak) собрал в мировой литературе всего 256 случаев рака культи шейки матки. В работе Шримпфа (Schrimpf, 1956) собрано 1076 случаев надвлагалищных ампутаций матки, причем рак культи шейки был выявлен только один раз, что составляет 0,09%. Частота рака культи шейки среди больных раком шейки матки составила на материале Шримпфа 1,1%. Мы из общего количества 2100 больных наблюдали только один случай рака культи шейки после надвлагалищной ампутации.

галицией ампутации по поводу фибромиомы матки. Таким образом, реальная опасность этого осложнения невелика.

Что касается *влагалищной экстирпации матки*, то главное преимущество этого способа — почти полное отсутствие послеоперационного шока и охлаждения кишечника. Особенно целесообразен этот способ у тучных, пожилых и ослабленных женщин. Применение этой операции ограничивается, однако, величиной опухоли, так как достаточно крупную опухоль (размером больше женского кулака) трудно вывести через кольпотомическое отверстие. В этих случаях необходимы некоторые дополнительные приемы: кускование опухоли или рассечение матки пополам. Приемы эти, разработанные Д. О. Оттом, как и самая операция влагалищной экстирпации матки, к сожалению, применяются в современной гинекологии довольно редко, и им предпочитают абдоминальную ампутацию или экстирпацию.

К полурадикальным операциям, повторяем, относятся дефундация, высокая ампутация и резекция. Операции эти предпринимаются главным образом при множественных узлах, расположенных у дна или в верхней части тела матки. Размер иссекаемой части матки определяется величиной и распространенностью узлов. Полурадикальные операции, сохраняя только часть эндометрия, обеспечивают правильный менструальный ритм, но обычно значительно сокращают менструации и кровопотерю (поли-олигоменорея); родовая функция прекращается.

При *дефундации*, если опухоль расположена у самого дна, круглые связки можно не пересекать; при более низком расположении опухоли круглые связки перевязываются и пересекаются, чтобы при сшивании стенок матки их снова подшить к ней, погрузив между швов.

Высокая ампутация применяется в свободной от узлов нижней половине тела матки у молодых молодого возраста. Техника ее сходна с обычной надвлагалищной ампутацией. Требуется тщательное прилаживание и сшивание стенок матки для образования хорошей культи; перитонизация за счет пузырно-маточной складки.

Резекция матки производится редко.

Из консервативных методов операции при фибромиомах матки, как уже сказали выше, наиболее важное значение имеет консервативная миомэктомия или энуклеация узлов.

Широкое распространение *консервативная миомэктомия* получила лишь в начале нашего столетия: Д. А. Абуладзе, В. Н. Орлов (Одесса) стали удалять не только единичные, но и множественные интрамуральные узлы и даже субмукозные.

Ввиду того, что при консервативной миомэктомии (рис. 201, 202) сохраняется менструальная функция и в большинстве случаев также родовая, эта операция показана в молодом, детородном возрасте. Применяется она также для лечения бесплодия при нахождении узлов близ маточного конца труб. Консервативная миомэктомия, дававшая в начале столетия большую смертность и большое число осложнений, в настоящее время производится все чаще, причем процент осложнений весьма невелик, а случаев смерти почти не наблюдается.

По М. С. Александрову (1948), из 1056 больных с фибромиомами операция была произведена у 922 — 94%, консервативные и пластические операции — 149 больным, т. е. 15%, при смертности, равной нулю. Этот автор разработал технику консервативной миомэктомии, пригодную для удаления множественных узлов, благодаря чему показания к ней расширились.

Возможность рецидивов после консервативной миомэктомии, по

предложению Беклера, предупреждается профилактическим назначением препаратов андрогенного гормона.

Таким образом, в настоящее время благодаря успехам гормонотерапии и улучшению техники операции, показания к консервативной миомэктомии могут быть расширены.



Рис. 201. Множественная фибромиома; субсерозные узлы.

Консервативная миомэктомия противопоказана при лапаротомии по поводу некротических фибромиом, так как в остатках капсулы могут находиться инфицированные тромбы.

Оперативное лечение некротических фибромиом должно производиться индивидуально с учетом стадии некроза, степени распространения и высоты расположения некротического узла; в тяжелых случаях следует предпочесть экстирпацию матки. Оперировать следует возможно раньше, невзирая на повышенную температуру и ускоренную РОЭ.



Рис. 202. Та же матка после множественной энуклеации узлов.

Наиболее сложным представляется оперативное лечение шейчных фибромиом. По мнению М. А. Пуговишниковой, шейные миомы нарушают функцию

матки и смежных органов, вызывая боли в 36,4%, дизурические явления — в 25,4%, давление на прямую кишку — в 9,1% и нарушение менструального цикла — в 40%.

Оперативное лечение шейчных и перешеечных миом следует производить главным образом путем чревосечения. Полное удаление матки предпринимают при значительных изменениях влагалищной части шейки матки, при глубоком расположении узлов. В случаях множественных узлов и при крупных узлах, не слишком глубоко расположенных, производится надвлагалищная ампутация матки. В сложных случаях с одним, но глубоко расположенным узлом следует отдавать предпочтение методу вылушения шейчного или перешеечного узла с последующей надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки.

Операции с сохранением менструальной функции

Удаление матки при операциях по поводу фибромиом (надвлагалищная ампутация, экстирпация) влечет за собою, естественно, полное удаление эндометрия, который, как известно, функционально тесно связан с яичниками.

М. Г. Сердюков, А. Э. Мандельштам, Н. П. Верханский, С. Б. Голубчин и др. считают, что эндометрий и яичники представляют собою единую гормональную систему, и указывают на большое значение сохранения менструальной функции у женщин, подвергающихся операции в области гениталий. Н. А. Подзоров и Л. А. Шуссер (1935) нашли, что после удаления матки (ампутация или экстирпация) с оставлением обоих яичников явления выпадения наблюдаются в 40%, с оставлением одного яичника — в 62,3% и при удалении обоих яичников — в 80% случаев. Сессумс и Мерфи (Sessums и Murphy, 1933) выявили симптомы менопаузы у 59,9% больных через год после операции, у 80% — через два года и у 92,6% спустя три года после операции.

Оперативные вмешательства по поводу фибромиом матки, проводимые с намерением сохранить менструальную функцию, можно разделить на следующие:

1. Энуклеация узлов при консервативной миомэктоми.
2. Дефундация и высокая ампутация матки.
3. Конусовидная ампутация матки с оставлением части эндометрия.
4. Аутотрансплантация эндометрия.

О консервативной миомэктоми говорилось выше.

По нашим данным, у 29 больных, подвергшихся дефундации, менструальная функция сохранилась полностью, и никаких явлений «выпадения» не обнаружено. Срок наблюдения — от двух до пяти лет.

Несколько худшие результаты получены после высокой надвлагалищной ампутации матки. Из оперированных 36 больных, явившихся на осмотр в сроки от двух до шести лет, менструации были сохранены у 25; у 11 менструации отсутствовали, что, возможно, объясняется недостаточно высоким уровнем ампутации или удалением одного (более полноценного) из яичников (у 5 больных).

Дефундация и высокая ампутация матки, нарушая сосудистую и нервную связи между рогами матки и яичниками, не нарушали, однако, менструальной функции.

Разработка операции конусовидной ампутации матки (вершина конуса направлена кверху) принадлежит С. Б. Голубчину. Имеется два варианта этой операции. Первый, предложенный Голубчиным в 1946 г., заключается в конусовидной ампутации матки с оставлением мышечно-слизистого отрезка стенки матки выше внутреннего зева на $1\frac{1}{2}$ —3 см. Операция имеет целью сохранить участок эндометрия, способного сохранить в будущем свою функцию.

Второй вариант носит название «лоскутного» и отличается от первого тем, что дополнительно выкраиваются спереди и сзади от мышечно-эндометриального конуса серозно-мышечные лоскуты, которыми перекрывается конус (рис. 203); края обоих лоскутов сшиваются у верхушки конуса, чем осуществляется гемостаз. Реконструированная таким образом часть матки напоминает маленькую матку.

Мы оперировали 30 больных по обоим вариантам метода Голубчина. В послеоперационном периоде лихорадочное течение отмечалось у 10 больных, гладкое — у 14. У 3 больных из числа лихорадящих был отмечен культевой инфильтрат; эти больные были оперированы по первому варианту. У оперированных по второму варианту послеоперацион-

ных осложнений, кроме субфебрильной температуры, не отмечалось. При дальнейшем наблюдении указанных больных установлено, что нормально менструировали 25. Явления «выпадения» не наблюдалось ни у одной из менструирующих после операции женщины; у неменструирующих они были выражены. Либидо сохранилось у 24 женщин; у 2 незначительно понизилось.

Дополнительной операцией для сохранения менструальной функции у женщин, у которых удалена матка по поводу фибромиомы, является аутотрансплантация эндометрия.

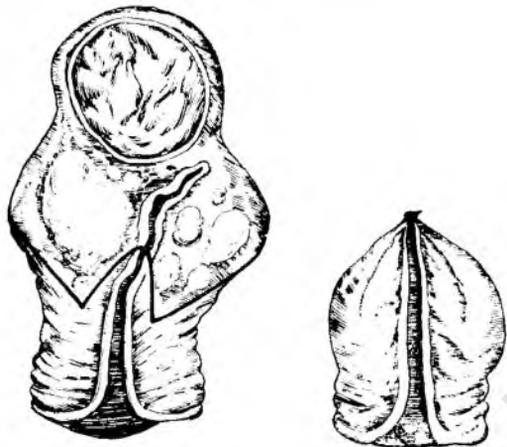


Рис. 203. Надвлагиалищная ампутация матки с оставлением эндометрия (по Голубчину).

Впервые в 1932 г. Шмидт (Schmidt) сообщил об удавшейся ему пересадке эндометрия с целью сохранить менструальный цикл после удаления матки. В 1934 г. он описал 27 случаев аутотрансплантации эндометрия во влагалищный свод после экстирпации матки. Техника операции заключалась в производстве надреза в заднем своде, куда вкладывались частицы эндометрия, укрепляемые тонким кетгутом. В трансплантагах, по Шмидту, происходили циклические изменения, как в маточном эндометрии.

Фукс (Fuchs) в 1935 г. описал свой способ аутотрансплантации эндометрия: ампутированное тело матки укладывалось в смоченные теплым физиологическим раствором салфетки, канал оставленной шейки расширялся двумя надрезами на передней стенке, а из задней вырезался участок слизистой 3×2 см для трансплантата на это место кусочка эндометрия из удаленной матки; трансплантат укладывали на свое ложе в шейке и подшивали тонким кетгутом. Из первых 10 больных сохранить менструации удалось у 8.

В СССР аутотрансплантация эндометрия впервые была произведена Н. П. Верхацим (опубл. в 1937). Автор разработал собственный способ аутотрансплантации эндометрия по типу стебельчатой пересадки. Фронтально или сагиттально вскрывают матку от дна до внутреннего зева. Из передней ее стенки над внутренним зевом выкраивают лоскут 2×1 см (верхняя часть его должна быть уже, чем основание, рис. 204). Далее ампутируют матку, причем сбоку от лоскута производится надрез шейки матки (рис. 205). Затем из задней стенки шейки удаляют участок слизистой для подготовки ложа трансплантату эндометрия. Трансплантат укладывают в ложе и укрепляют тремя-пятью швами из тонкого кетгута (рис. 206). Наконец, зашивают боковой надрез шейки, накладывают обычные швы на культю, которая перитонизируется. Брюшная стенка зашивается послойно наглухо. Из 30 оперированных женщин регулярные умеренные менструации наблюдались у 18, регулярные, но слабые — у 6, у 2 женщины менструации были с перебоями, у 3 в течение первых шести-восьми месяцев была аменорея, после чего месячные установились регулярно, и, наконец, у 1 — менструации отсутствовали. Такие результаты следует признать хорошими.

А. Э. Мандельштам предложил выкраивать два лоскута эндомет-

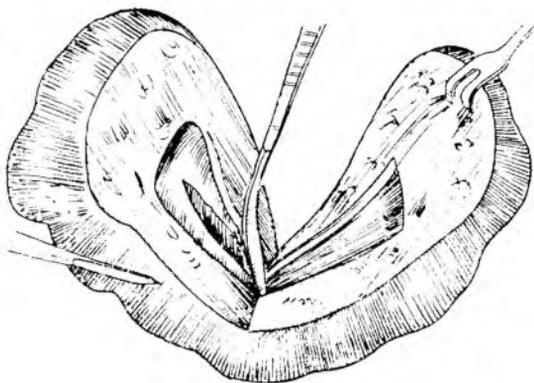


Рис. 204. Аутопластическая пересадка эндометрия (по Верхацкому). Выкраивание лоскута эндометрия.

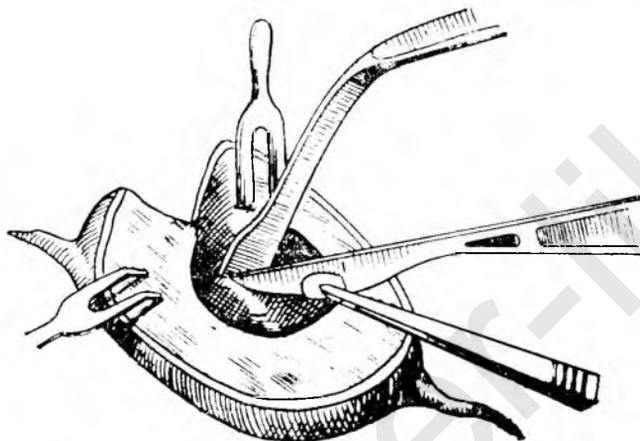


Рис. 205. То же. Из задней стенки шейки удален кусочек слизистой; передняя часть шейки надсечена.

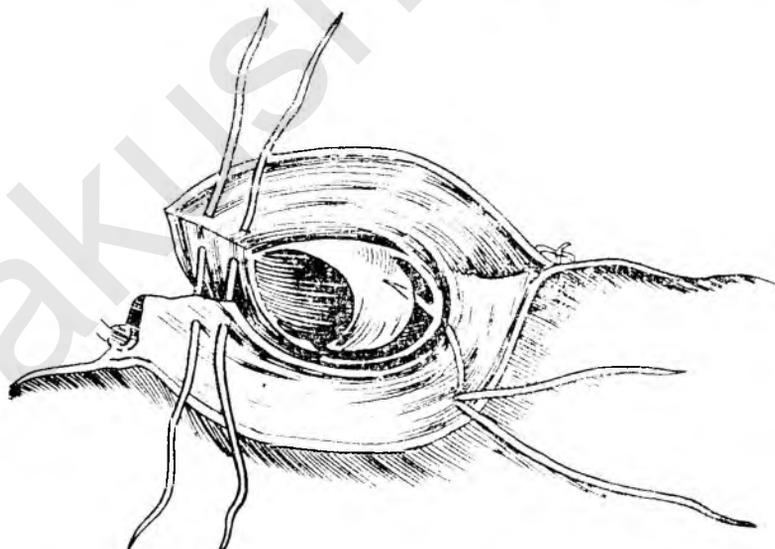


Рис. 206. То же. Фиксация лоскута эндометрия в подготовленном ложе.

рия — из задней и передней стенки матки. Затем оба лоскута перегибаются и вводятся в цервикальный канал, в котором, соприкасаясь, становятся обратной стороной.

Наконец, следует еще упомянуть об аутопересадке эндометрия во влагалище после экстирпации матки (22 случая), которую производил Ф. М. Чудновский (1938). Этот автор пересаживал большие кусочки эндометрия, 3—5 см, и прикреплял их тонким кетгуттом к задней стенке влагалища непосредственно под швами на стенки влагалища. Ф. М. Чудновский считал, что для пересадки нужно брать эндометрий в пролиферационной фазе. Из 18 прослеженных больных менструации наблюдались у 16, причем у 12 наступили сразу после операции, у трех — через 3—9 месяцев; у 1 — только через 16 месяцев.

Из 9 наших больных, которым была произведена аутопластика эндометрия по способу Н. П. Верхацкого, 7 менструировали регулярно умеренно на протяжении ряда лет, у 1 менструации не наступили, очевидно, из-за отторжения лоскута. В дальнейшем, кроме аутопластики по Н. П. Верхацкому и подобных методов, мы пользовались методикой Голубчина (2-й способ), высокой ампутацией матки, дефундацией и т. д. Пересадками эндометрия во влагалище мы не пользовались, считая их нефизиологичными.

Н. Н. Федукевич (1959) изучал цитологию влагалищных мазков у больных с фибромиомой матки до и после надвлагалищной ампутации или экстирпации, при которых оставались оба яичника. Наблюдая женщин спустя 2—2½ года после операции, он не отметил особых изменений в картине влагалищных мазков. После таких же операций, но с оставлением яичника только на одной стороне, уже через три месяца после операции картина мазков несколько изменялась, обычно переходя от четвертой реакции в третью; эта реакция оставалась уже постоянной в течение трех лет.

Ближайшие и отдаленные результаты и осложнения после оперативного лечения фибромиом матки

На VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов (1928) обсуждались вопросы клиники и терапии фибромиом матки. Тогда же были подведены результаты различных методов лечения этого заболевания.

Смертность при оперативном лечении фибромиом матки, по Г. Г. Гамбарову, указана в табл. 8.

Таблица 8

Смертность при оперативном лечении фибромиом матки

Название операции	Количество больных	Смертность (в %)
Абдоминальная экстирпация матки	4915	4
Субвагинальная ампутация матки	6934	2,4
Вагинальная экстирпация матки	5208	2,2
Абдоминальная энуклеация узлов	1030	1,6

По Альфельду (Aliffeld), процент смертности при тех же оперативных пособиях составил соответственно 3,6, 1,9, 2,8, 1,6.

Из этих довольно сходных цифр следует, что абдоминальная экстирпация давала наивысшую послеоперационную смертность. Однако необходимо учесть, что экстирпация матки производится в случаях осложненных, а надвлагалищная ампутация, вагинальная экстирпация и консервативная миомэктомия — в более легких. Все же почти все авторы считают, что по технике экстирпация матки является более тяжелой и травмирующей операцией.

Приведем современные данные о ближайших и отдаленных результатах оперативного лечения фибромиом матки.

Летальности, по материалам Ленинградского онкологического института, на 490 операций не было. Ближайшие результаты операции по поводу фибромиом матки в клинике ЛОНИ значительно лучше, чем у Г. Г. Гамбарова (см. выше табл. 8). Осложнения единичные и незначительные; травм мочевых путей не было.

Отдаленные результаты радикальных операций были проверены у 130 явившихся для осмотра больных.

Изучение этих больных при сроке наблюдения от одного года до шести лет показывает: случаев смерти не было, отмечено почти полное отсутствие ближайших послеоперационных осложнений, почти у всех оперированных сохранилась или увеличилась трудоспособность; жалоб было немного, и они были несущественными (кольпиты, бели); лишь две больные жаловались на частичное недержание мочи в связи с опущением стенок влагалища.

Подобные же результаты получены в последние пять лет в клинике ЛПМИ.

Однако положительные отдаленные результаты с возвращением полной работоспособности, как следствие радикальных вмешательств, наблюдаются только при хорошей технике и высокой квалификации хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

- Андреева-Погромская Н. Ф. Клиника и терапия фибромиом матки. Сб. Акуш.-гинеколог. практика под ред. проф. Петченко, Киев, 1952.
- Александров М. С. Консервативные и пластические операции на матке при фибромиомах. Акуш. и гинеколог., 1948, 4.
- Арист И. Д. и Кардонский Б. С. К этиопатогенезу фибромиом матки. Тр. II съезда акуш. и гинеколог. Челябинск, 1952.
- Архангельский Б. А. К терапии фибромиом матки. Акуш. и гинеколог., 1948, 4.
- Бакшт Г. А. О генезе кровотечений при фибромиоме матки. Акуш. и гинеколог., 1939, 7.
- Баранов В. Г. Болезни эндокринной системы и обмена веществ. Ленинград, 1955.
- Бернацкий П. С. Менструальная функция после операций по поводу фиброматоза матки. Сб. Акуш.-гинеколог. практика под ред. проф. Петченко. Киев, 1952.
- Брауде И. Л. О хирург. лечении фибромиом матки во время беременности. Акуш. и гинеколог., 1948, 4.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Пособие для врачей. Медгиз, 1952.
- Браун А. Д. и Минович Н. П. О сократительном белке матки. Вопр. мед. науки, 1956, 3, стр. 485—494.
- Бубличенко Л. И. Фибромиомы в послеродовом периоде. Каз. мед. ж., 1929, 11.
- Бутомо В. Г. Терапевтическое применение андрогенов при фибромиомах матки. Акуш. и гинеколог., 1959, 2.
- Верхацикий Н. П. Аутопластическая пересадка эндометрия. Даг. гос. изд., 1940.
- Гамбаров Г. Г. Фибромиомы матки и их лечение. Тифл., 1926.
- Гамбаров Г. Г. О выборе способа лечения при фибромиомах матки. Тр. VIII Всесоюз. съезда акуш. и гинеколог. Киев, 1930.
- Гиммельфарб Г. И. К патологии миом. Гинеколог. и акуш., 1926, 6.
- Гителльсон Ю. Э. Состояние слизистой матки при фибромиомах. Акуш. и гинеколог., 1939, 1.

- Глазунов М. Ф. Общая морфология опухолей, т. I, Медгиз, 1947.
- Голубчин С. Б. Лоскутный метод надвлагалищной ампутации матки. Акуш. и гинек., 1948, 2.
- Голубчин С. Б. Редкий случай консервативной миомэктомии при шестичных фибромиомах. Акуш. и гинек., 1949, 3.
- Гранат Л. Н. Беременность, роды и послерод. период при фибромиомах матки. Дисс. Л., 1945.
- Грузлев В. С. Родовая деятельность женщины и миома матки. Каз. мед. ж., 1924, 10.
- Грузлев В. С. К учению о фибромиомах матки (фибромиомы матки и бесплодие). Каз. мед. ж., 1925, 1, 52.
- Гудим-Левкович Д. А. Функц. состояние яичников при фибромиомах матки. Акуш. и гинек., 1924, 1.
- Гусевков Л. А. К вопросу о кистовидной дегенерации фибромиом матки. Журн. акуш. и женск. бол., т. XXVIII, 1931.
- Гутвер М. Д. Роль матки в сексуально-гормональной системе. Акуш. и гинек., 1938, 10.
- Давыдов С. Н. Сосудистая система матки в норме и при некоторых патологических состояниях. Дисс. Хабаровск, 1954.
- Деранкова Е. Б. Отдаленные результаты после операции экстирпации матки с удалением и оставлением яичников. Журн. акуш. и женск. бол., 1932, стр. 24—33.
- Какушкин Н. М. О некоторых условиях, способствующих развитию фибромиом матки. Тр. VIII Всес. съезда акуш. и гинек. Киев, 1930.
- Какушкин Е. А. Учение И. П. Павлова и задачи эндокринологии в области акушерства и гинекологии. Акуш. и гинек., 1952, 6.
- Кавлан А. Л. Рентгенстерания фибромиом матки. Медгиз, 1954.
- Каплун Э. М. К вопросу о множественной и эндометриальной гегеротопии. Гинек. и акуш. 1934, 1, 88.
- Каплун Э. М. Аутопластическая пересадка эндометрия. Сов. мед., 1938, 6.
- Кватер Е. И. Гормональная терапия миом матки. Сов. мед., 1955, 9.
- Кипарский Р. В. Тр. VIII съезда акуш. и гинек., 1930, 94.
- Кленицкий Я. С. Некоторые данные о функциональном состоянии яичников при фибромиоме матки. Акуш. и гинек., 1939, 1.
- Кленицкий Я. С. Эксперимент фибромиомы матки. Акуш. и гинек., 1950, 2.
- Латманнизова Л. В. Электрофизиол. исследования активности головного мозга человека при заболевании раком. Бюлл. экп. биол. и мед., 1953, стр. 64—67.
- Максимович Б. М. Эстрогенные вещества в женском организме при фибромиомах матки. Дисс., Чкалов, 1944.
- Малиновский М. С. и Кушниц М. Г. Некоторые особенности обмена веществ у больных миомами матки. Сб. тр. I ММИ, в. 1, 1930, стр. 33—37.
- Мандельштам А. Э. Аутопласт. перес. эндометрия. Достижения совр. мед. 1938, 5.
- Матвеева В. Ф. Материалы к клинико-рентгенологическому изучению фибромиомы в сочетании с беременностью. Дисс., Харьков, 1946.
- Мелихова Е. Ф. Влияние нервной системы на опухолевый рост (краткий очерк). Хирургия, 1953, 3.
- Могилев М. В. Об оперативном вмешательстве при фибромиомах матки у беременных. Сов. мед., 1951, 8, стр. 12—14.
- Мошков Б. Н. К анатомии сосудов нормальной и фиброматозной матки в связи с техникой надвлагалищной ампутации ее. Акуш. и гинек., 1928, 5, стр. 573—586.
- Назарли С. Х. Влияние половых гормонов на возникновение, рост и обратное развитие миомы матки. Сб. тр. Азербайджанского ГИДУВ, в. 3, Баку, 1957.
- Немцов М. И. О лечении фибромиом матки лучистой энергией. Врач. дела, 1928, 15.
- Пиконенко И. П. Клинические данные по вопросу о т. н. «миомиомио сердце». Акуш. и гинек., 1948, 4.
- Окинчиц Л. Л. Гинекологическая клиника, ч. IV. Опухоли матки. Госмедиздат, 1931.
- Отт Д. О. Надвлагалищная ампутация матки, пораженной фибромиомой, или полное ее удаление. Журн. Акуш. и женск. бол., 1927, стр. 177—181.
- Первова А. К. Комбинир. применение андрогенных гормонов при раковых поражениях яичников. Акуш. и гинек., 1953, 6.
- Петров Н. Н. Влияние нервной системы на опухолевый рост. Хирургия, 1953, 3.
- Петченко А. И. Физиология и патология сократительной способности матки. Л., Медгиз, 1948.
- Петченко А. И. Редкий случай фиброматоза матки. Сб. Акуш.-гинек. практика. Киев, 1952.
- Петченко А. И. Фибромиомы матки. Киев, 1957.

- Платонов В. Фибромиома матки необычайно больших размеров. Хирургия. т. 4. 1898, 189.
- Подзорнов П. А. и Шуссер Л. А. О менструальной функции у фиброматозных больных. Сб. научн. тр. ЦНИАГИ, т. 1, Л., 1935, стр. 171—179.
- Пуговишников М. А. Хирургическое лечение миом шейки матки. Тезисы докладов на отчет. научн. сессии ИАГ АМН, Л., 1956.
- Романовская М. К. К вопросу о циклических изменениях слизистой оболочки матки при миоме. В кн.: Тр. VIII Всес. съезда акуш. и гинек., Киев, 1930, стр. 615—616.
- Сидоров П. П. Клиника некротических и септически размягченных фибромиом матки. Акуш. и гинек., 1947, 3.
- Сисьмий М. Г. Редкий случай перекручивания матки при наличии в ней обызвествленной фибромиомы. В кн.: Акуш. гинек. практика, Киев, 1952.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. М., 1907, стр. 525.
- Соколова С. А. Опыт изучения нервной системы у беременных и страдающих гинек. заболеваниями. Дисс., Саратов, 1954.
- Степанова Г. Е. Три случая успешной надвлагалищной ампутации матки при гангрене фибромиом. Акуш. и гинек., 1954, 4.
- Труевцева Г. В. О применении метилтестостерона при некоторых гинекологических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1950, 5.
- Удалова К. Н. Беременность, роды и послеродовой период при фибромиоме матки и после консервативной миомэктомии. Дисс., М., 1953.
- Улезко-Строганова К. П. К гистогенезу миом матки, 1914.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женск. пол. органов. Медгиз, 1939.
- Уточникова Н. С. Лечение некоторых расстройств оварнально-менструального цикла у женщин пересадкой яичниковой ткани. Дисс., Л., 1955.
- Хмелевский В. Н. Фибромиома матки и бесплодие. Акуш. и гинек., 1938 II, стр. 90—95.
- Цомакион Г. Ф. К вопросу об атипических фибромиомах и их оперативном лечении. Тр. VIII Всес. съезда акуш. и гинек., Киев, 1930, стр. 58—75.
- Черепцов Е. С. Отдаленные результаты операт. лечения фибромиом. Акуш. и гинек., 1955, 3.
- Чистова Н. М. Экспериментально-гистологические исследования мышечной ткани матки и фибромиом матки человека. Дисс., Л., 1950.
- Чудновский Ф. М. О сохранении полового цикла при радикальных операциях миом матки. Акуш. и гинек., 1938, 9.
- Шмундак Д. Е. Новые пути в изучении обмена веществ при опухолях матки (фибромиомах). Вопросы онкол. и рентген., Харьков, 1950, стр. 366—372.
- Шуссер Л. А. О некрозах фибромиом матки. Журн. Акуш. и женск. бол., 1934, т. XIV, стр. 110.
- Шушания П. Г. Лечение геморрагической метропатии мужским сексуальным гормоном. Акуш. и гинек., 1947, 2.
- Юркевич М. И. и Хмелевский В. Н. Патоморфологические изменения яичников при заболеваниях миоматозом матки. Акуш. и женск. бол. 1934, стр. 314—322.
- Яхонтова Л. А. Основные принципы лечения фибромиомы матки. Здоровоохр. Казахстана, 1952, 6.
- Albrecht H. Pathologische Anatomie und Genese der Myome. Halban und Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. IV, 1928.
- Aschoff Z. Weiblicher Geschlechtsapparat. Path. Anat., 1909.
- Béclère. Fibromyomes uterines. Congres international de gynecol. et diobstetr. Geneve, 1954.
- Behrens H. Utersmyom und Endometrium. Zbl. für. Gynäk., H. 20.
- Grossen H. s. J. Diseases of women. 9 ed. ch. S. Nonmalign. tumors of the Uterus, 1944.
- Frankl O u. Kraul Z. Künstliche Cervix. Endometriusen. Zbl. f. Gynäk., 29, 1935.
- Goodman O. L. Progesteron therapie of the fibroms of uterus. The J. of clin. Endocr., 1946, v. 6, n. 5.
- Lipschütz A. J. A. M. A. 20, 171, 1942.
- Meyer E. Myome des Uterus, Stöckels Hondb. d. Gyn., Bd. 6, 1930.
- Novak E. Myoma of the Uterus. Textbook of Gyn. The Williams u. Wilkins Co., Baltimore, 1944.
- Sampson J. A. Arch. Surg. 3; 245, 1921. Surg., Gynec. a. Obst. 38, 287, 1924. Am. J. Obst. a. Gynec. 14; 422, 1927. Am. J. Obst. a. Gynec. 20; 443, 1930. Om. J. Obst. a. Gynec. 40; 549, 1940.
- Zondek B. On the mechanism of uterine bleeding. Am. J. Obst. a. Gynec., 1954, 68; 310, № 1.
- Willis R. Pathology of tumors. London, 1948.

ФИБРОМИОМЫ КРУГЛЫХ МАТОЧНЫХ СВЯЗОК

В круглых связках могут встречаться фибромиомы, а также липомы, саркомы, миксомы. Возможно, что эти опухоли возникают из остатков вольфовых тел.

Строение фибромиом круглой связки различно. Это могут быть фибромиомы, лейомиомы, лимфангиоэктатические миомы, миомы с кистами, выстланными цилиндрическим эпителием, и пр. Исключительно редко встречаются злокачественные опухоли или саркомы. Опухоли круглых маточных связок встречаются редко. Величина опухоли обычно не превышает величины кулака, хотя наблюдаются и более значительные опухоли.

А. Г. Петрова в 1928 г. собрала в литературе 122 случая опухолей круглых маточных связок и сообщила дополнительно о 5 собственных наблюдениях. Эти опухоли почти всегда односторонние, причем справа они встречаются в три-четыре раза чаще, чем слева.

Опухоли круглых связок могут образоваться во всех отделах связок: внебрюшинном, внутрибрюшинном и внутри пахового канала. Наиболее частой локализацией опухолей является экстраперитонеальный отдел круглой связки. Опухоли круглой связки, расположенные внутрибрюшинно, в течение длительного времени протекают бессимптомно и имеют склонность располагаться впереди матки. Если опухоли развиваются на дистальном конце круглой связки, то они постепенно проникают в паховый канал и появляются над пупартовой связкой в виде грыжевого выпячивания; иногда эти опухоли, по мере своего роста книзу, опускаются в большие губы. Во время менструации опухоль круглой связки набухает и становится болезненной. Смещение опухолей круглых связок при исследовании вызывает боли в соответствующем паху (А. Д. Дремлюг). В. П. Нагорянская описала в 1951 г. пять опухолей круглых маточных связок, из которых в трех случаях оказалась фибромиома, в одном — фибросаркома и в одном — круглоклеточная саркома. Правильный диагноз был поставлен только в одном случае.

На основании своих наблюдений и литературных данных В. П. Нагорянская считает важным для диагностики опухолей круглых связок следующие признаки: 1) расположение опухоли в передне-боковом квадранте малого таза; 2) плотность опухоли; 3) связь опухоли с маткой и тазовой стенкой; 4) стремление опухоли при смещении (в сторону) занять прежнее положение; 5) болезненность и ощущение напряжения в соответствующем паховом канале при смещении опухоли вверх.

В. П. Нагорянская отметила, что беременность и роды оказывают заметное влияние на развитие опухоли круглой связки, приводя к усилению ее роста. Этиология и гистогенез этих опухолей неясны.

Приводим из литературы несколько случаев фибромиом круглых связок.

В случае А. А. Календарова (1953) фибромиома круглой маточной связки была принята за кисту той же связки. В двух случаях И. П. Мещалкина (1954) имелись однородные опухоли фибромиомы круглых связок, проросшие на промежность и в клетчатку большой губы. В одном из этих случаев опухоль весила более двух килограммов.

Н. В. Жиллов (1954) описал два случая фибромиомы круглой связки, внебрюшинно расположенной и вышедшей через паховый канал над пупартовой связкой в виде грыжевого выпячивания.

Я. М. Ананьев (1955) описал фибромиому круглой связки с миксоматозным перерождением, которая весила больше килограмма. Д. М. Це-

ренциян (1958) описал фибромиому правой круглой связки весом 8 кг 850 г. Т. Е. Карпенко (1958) описал миому левой круглой маточной связки весом в 5 кг.

Гораздо реже встречаются подобные опухоли крестцово-маточных связок. За последние три года мы наблюдали три случая опухолей маточных связок: фиброму крестцово-маточной связки, подбрюшинную фиброму круглой связки и липому круглой связки, расположенную забрюшинно до уровня тазового дна.

Лечение опухолей круглых и других связок матки, включая фибромиомы, только оперативное.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев Я. М. Гигантская опухоль круглой маточной связки. Акуш. и гинек., 1955, 3.
Жилов Н. В. К вопросу о доброкачественных опухолях круглых связок матки. Акуш. и гинек., 1954, 1.
Календаров А. А. Фибромиома круглой связки матки. Акуш. и гинек., 1953, 4.
Карпенко Т. Е. Гигантская миома круглой маточной связки. Акуш. и гинек., 1958, 5.
Мешалкин И. П. Опухоли круглой связки матки. Акуш. и гинек., 1954, 1 (67).
Нагорянская В. П. Об опухолях круглых маточных связок. Акуш. и гинек., 1951, 2.
Петрова А. Г. Опухоли круглых маточных связок. Журн. Акуш. и женск. бол., 1928.
Церенциян Д. М. Гигантская опухоль, исходящая из круглой маточной связки. Акуш. и гинек., 1958, 5.

ВНУТРЕННИЙ АДЕНОМИОЗ (МАТКИ)

Общие сведения об аденомиозе

Аденомиозом, эндометриозом или эндометроидной гетеротопией называют доброкачественное разрастание в матке или других органах тканей, которые по своим гистологическим и функциональным признакам имеют сходство с эндометрием, но развиваются за пределами нормальной слизистой оболочки матки. Различают два вида аденомиоза: внутренний — разрастание эндометроидной ткани в стенках самой матки и наружный, когда эндометроидные разрастания находятся вдали от слизистой матки; они могут располагаться на брюшине, яичниках, кишечнике, в ректо-вагинальной перегородке, мочевом пузыре, в послеоперационных рубцах и т. д.

По гистологическому строению эндометриоз представляет собой железистые образования, выстланные изнутри цилиндрическим, иногда мерцательным или кубическим эпителием (рис. 207). Образования эти морфологически очень разнообразны: иногда они бывают в виде извитых длинных ходов, иногда в виде колбовидных образований, выполненных слизистым секретом, часто с примесью крови, слущенного эпителия или лейкоцитов. Железистые образования окружены цитогенной стромой и мышечными пучками.

Эндометроидные гетеротопии имеют сходство с эндометрием не только по морфологическим данным: они способны функционировать наподобие эндометрия. Так, в этих тканях можно проследить такие же циклические изменения, какие наблюдаются в пролиферационной и

секреторной фазах эндометрия: они набухают во время менструации и дают кровотечение в просвет желез; во время беременности они обнаруживают децидуальную реакцию.

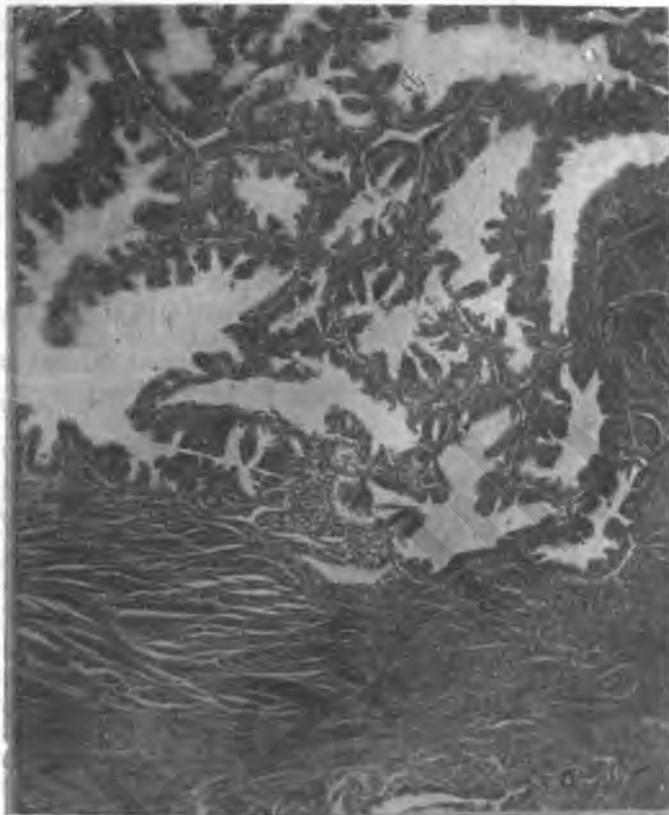


Рис. 207. Гистологическое строение внутреннего аденомиоза матки.

Теории возникновения аденомиоза

В 1892 г. Шредер (Schröder) высказал взгляд, что эндометриодные железистые включения происходят из внедрившихся вглубь отшнуровавшихся желез слизистой матки и труб. В 1896 году Реклингаузен (Reclinhäusen) выдвинул теорию, согласно которой развитие тканей эндометрия в различных тканевых системах происходит из эмбриональных остатков первичной почки и остатков вольфова хода.

Сэмпсон (Sampson) допускает возможность механического забрасывания отторгнутых частичек слизистой полости матки во время менструации вследствие антиперистальтических движений фаллопиевых труб. В последующие годы Сэмпсон выдвигает новое положение о том, что частицы отторгнутого эндометрия могут переноситься в любые участки женского организма по кровеносным и лимфатическим путям.

По мнению В. С. Груздева, аденомиоз матки возникает в результате нарушения гормональной функции яичника.

А. И. Осякина-Рождественская считает, что в патогенезе аденомио-

за матки и труб на первом месте стоят нарушения нейрогуморальных взаимоотношений: значительный перевес фолликулярного гормона — гормона роста. Источником этих нарушений чаще всего бывают повреждения первых рецепторов матки при абортах, а также воспалительные заболевания гениталий, ведущие к нарушению трофики женских половых органов.

Значение эстрогенов

Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о большом значении овариальных гормонов в возникновении аденомиоза. Большинство авторов указывает при этом на особую важность эстрогенных гормонов. Траут (Traut, 1928) обратил внимание на стимулирующее влияние экстракта желтого тела на рост клеток эндометрия.

У подавляющего большинства больных аденомиозом количество эстрогенов повышено и колеблется в пределах от 250 до 900 ЕД в одном литре мочи. Обычно наибольшее количество эстрогенов наблюдалось у больных с фолликулярным типом влагалищного мазка; меньшие цифры были при промежуточной картине мазков и более низкие, но не ниже 250 ЕД, при III картине влагалищных мазков.

Экспериментальный аденомиоз

В эксперименте гипергормонизация способствует не только приживлению трансплантата, но также ведет к активному росту его и образованию кист с типичным эпителием. При пониженной гормонизации трансплантат не приживает.

Возможность экспериментального получения аденомиоза у животных путем введения больших доз эстрогенного гормона (О. Б. Левинский) подтверждает указанное выше мнение В. С. Груздева о причине возникновения аденомиоза.

Многочисленные опыты пересадки эндометрия из полости матки в самые отдаленные участки тела (глаз, ухо, сальник, брюшина и пр.) того же самого животного почти во всех случаях были удачными.

Поражения матки

Причину частого поражения матки аденомиозом К. П. Улезко-Строганова, А. И. Осякина-Рождественская и другие видят в особенностях строения и функции слизистой оболочки матки — отсутствие подслизистой из зрелой соединительной ткани, которая удерживала бы инфильтрирующий рост эпителия и проникновение его в глубже лежащие слои стенки матки, и в ежемесячных импульсах роста со стороны яичников. Однако, несмотря на имеющиеся предпосылки для проникающего роста слизистой оболочки, этот рост не всегда наблюдается.

Наибольшее количество эндометриoidных гетеротопий обычно наблюдается в задней стенке матки и у дна, а по мере приближения к перешейку количество включений уменьшается. Толщина задней стенки и дна при диффузном аденомиозе матки достигает 7—8 см, передней и боковых — 3—4 см.

В отличие от узлов фибромиом, характеризующихся наличием соединительнотканной капсулы, участки аденомиоза не имеют ясных гра-

ниц и постепенно сливаются с нормальным миометрием, но прорастания брюшного покрова матки не наблюдается. Подбрюшинно расположенные кистовидные полости, нередко выступающие на поверхности матки в виде возвышений величиной от булавочной головки до просяного зерна с просвечивающим содержимым, всегда отделены от брюшины окружающими их мышечными и соединительнотканными пучками (А. И. Осякина-Рождественская).

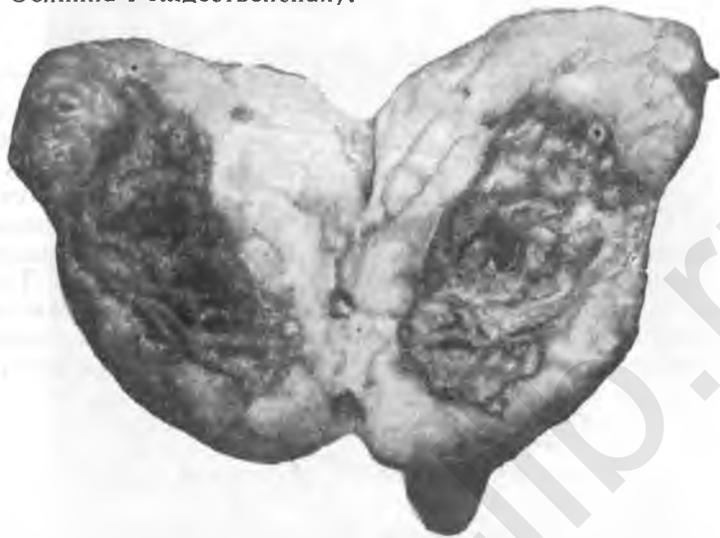


Рис. 208. Аденомиоз матки с образованием некроза и полости (собственный случай).

Весьма типичной при аденомиозе матки является гиперплазия эндометрия, которая наблюдалась А. И. Осякино-Рождественской в 55%, а по данным Л. Ф. Шинкаревой, в 52%. Часты также слизистые полипы полости матки; они наблюдаются в 22,6%.

Одновременное существование аденомиоза и слизистых полипов только подтверждает мнение В. С. Груздева о том, что слизистые полипы матки и шейки являются образованиями того же порядка, что и аденомиоз. Мы наблюдали аденомиоз матки с образованием некроза в полости (рис. 208).

Аденомиоз трубных углов матки, являясь аденомиозом интерстициальной части фаллопиевой трубы, чаще возникает вследствие вставания в миометрий слизистой трубы, а не слизистой матки.

Диффузный и узелковый аденомиоз матки наблюдается одновременно с аденомиозом фаллопиевой трубы лишь в 35,2%; при фибромиомах матки аденомиоз трубы наблюдается еще реже — в 17,6%.

Аденомиоз труб, по данным А. И. Осякино-Рождественской, в 10% вызвал трубную беременность и в 24% был причиной бесплодия. Таким образом, аденомиоз трубы резко нарушает детородную функцию женщины, будучи сопутствующим заболеванием при аденомиозах или фибромиомах матки.

Следует также сказать, что несмотря на значительную роль аденомиоза трубы в возникновении бесплодия, основной причиной последнего следует считать гормональные нарушения — отсутствие овуляции и образования желтых тел в яичниках, наблюдаемое в половине случаев аденомиоза матки.

Клиническое течение и симптомы

Аденомиоз матки чаще всего встречается в конце детородного периода жизни женщины (от 40 до 51 года), когда наиболее часто наблюдается нарушение нейрогормонального равновесия.

Частым симптомом аденомиоза матки являются боли. Они крайне индивидуальны и могут существовать длительно (до пяти, шести, десяти месяцев). Болевой синдром отмечен, по Л. Ф. Шинкаревой, в 48,7% случаев. Обычно боли возникают за несколько дней до менструации и продолжаются в течение всех дней, а иногда держатся еще спустя несколько дней после менструации.

Обычно перед менструацией наряду с болями отмечается значительное увеличение матки. При аденомиозе это выражено более резко, чем обычно, и является важным диагностическим признаком аденомиоза матки. Как правило, спустя три-четыре дня после менструации, с постепенным уменьшением болей уменьшается в размере и матка, приобретая свойственную при этом заболевании плотность.

Одним из наиболее частых признаков аденомиоза матки являются маточные кровотечения. В связи с этим важно отметить, как протекают менструации у женщин, страдающих аденомиозом матки. По данным Л. Ф. Шинкаревой, нормальный тип менструаций наблюдался только у 6,5% больных. У 93,5% менструальный тип был нарушен. Характерно, что в 20,3% случаев циклические маточные кровотечения в течение длительного времени (от одного года до десяти лет) предшествовали ациклическим.

Диагноз аденомиоза

Диагностировать аденомиоз матки, а тем более аденомиоз других органов, до операции очень трудно.

Обращает на себя внимание тот факт, что почти все случаи (96,8%) аденомиоза матки до операции трактовались как фибромиомы.

В одних случаях аденомиоз может наблюдаться только в толще мышцы матки, в других — гетеротопии располагаются в самих фиброматозных узлах, в третьих — поражают и стенку матки и отдельные фиброматозные узлы; все это затрудняет диагностику.

Вследствие неравномерного разрастания эндометриодных гетеротопий и неравномерной гиперплазии миометрия плотность различных участков матки бывает неодинакова, что создает впечатление бугристости и дает повод трактовать эти образования как фибромиомы матки.

Такое распределение эндометриодных гетеротопий при диффузном аденомиозе, ведущее к увеличению матки, и, главным образом, у дна в передне-заднем ее размере, является одним из постоянных объективных симптомов аденомиоза матки.

Прогноз и терапия

Прогноз при аденомиозе матки относительно благоприятен, так как злокачественное превращение наблюдается редко.

Лечение в основном сходно с терапией при фибромиомах матки. При аденомиозе с кровотечениями, дисменореей показано чревосечение. В зависимости от распространения процесса могут быть произведены дефундация, высокая ампутация или обычная надвлагалищная

ампутация матки. При аденомиозе перешеечной части или шейки необходимо производить экстирпацию матки абдоминальным или влагалищным путем. Рентгенотерапия не всегда дает удовлетворительные результаты. Так как с наступлением менопаузы патологические симптомы, связанные с аденомиозом, обычно исчезают, то женщинам, близким к климактерию, может быть назначена андрогенная терапия. При аденомиозе матки и эндометридных гетеротопиях применяют (Риден, С. К. Лесной, А. И. Петченко) андрогенные гормоны на том основании, что этот гормон способен вызывать атрофию эндометрия. С. К. Лесной рекомендует молодым женщинам назначать метилтестостерон по одной таблетке под язык два раза в день, пожилым женщинам по две таблетки два-три раза в день. Подобную терапию проводим и мы.

НАРУЖНЫЙ АДЕНОМИОЗ (ЭНДОМЕТРИОЗ, ЭНДОМЕТРОИДНЫЕ ГЕТЕРОТОПИИ)

Как сказано выше, кроме матки, аденомиоз наблюдается в заднем своде влагалища (ретроцервикальный аденомиоз), трубах, яичниках, в прямокишечно-влагалищной перегородке, под брюшиной дугласова пространства, в мочевом пузыре, кишечных петлях (сигма), в пупке, брюшной стенке и в послеоперационных рубцах.



Рис. 209. Ретроцервикальный аденомиоз (Вейбель).

При аденомиозе сводов влагалища или влагалищно-прямокишечной перегородки больные жалуются на тянущие боли внизу живота в период менструаций. При исследовании на месте поражения прощупывается бугристый инфильтрат; доступные осмотру участки слизистой становятся во время менструации синюшными и припухшими.

Ретроцервикальный аденомиоз (рис. 209) есть результат активной имплантации ткани эндометрия при задержке его в заднем своде влагалища во время менструаций. Он представляет собой множество мелких бугорков с темно-красными «глазками», особенно яркими и набухшими во время менструации. От рака влагалища этот вид эндометриоза отличается медленным ростом, отсутствием изъязвлений и распада, отсутствием кровотечений, за исключением времени менструальных выделений. В отдельных бугорках можно найти полости, покрытые эндометрием.

Аденомиоз трубы встречается в виде нодозного сальпингита с «четками», особенно у маточного конца, и имеет большое значение в развитии бесплодия и внематочной беременности.

Поражение яичников. При аденомиозе матки различные изменения в яичниках, по данным А. И. Осякиной-Рождественской, обнаруживались в 82,5%, а при фибромах — только в 29%. В яичниках чаще всего наблюдаются мелкокистозидные изменения (в 70% случаев),

а также отсутствие желтых тел или патологические изменения в них (в 68%).

Аденомиоз яичника, как сказано выше, представляет собою так называемые «шоколадные» или «дегтярные» кисты (рис. 210). Однако диагноз аденомиоза всегда должен быть подтвержден гистологически.

Эндометриоз мочевого пузыря — редкая локализация наружного аденомиоза — характеризуется гематурией во время месячных. Диагноз устанавливается путем цистоскопии.

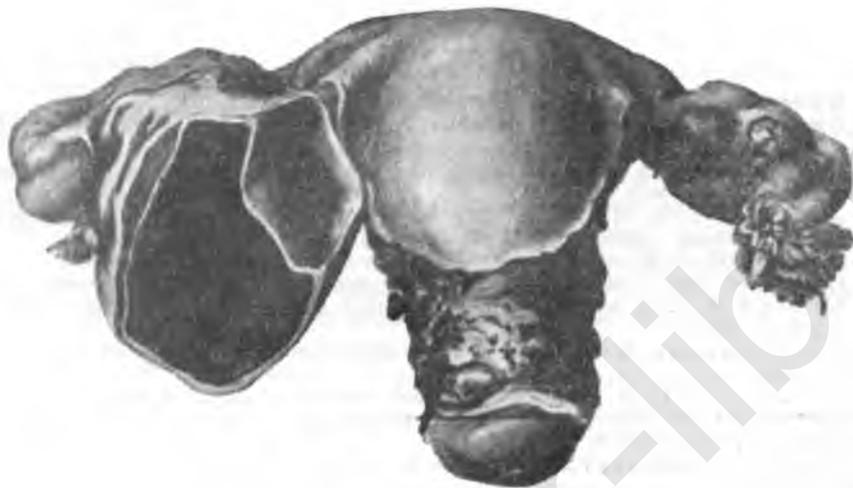


Рис. 210. Аденомиоз правого яичника — «шоколадная» киста (Вейбель).

Эндометриоз кишечника и сальника диагностируется во время лапаротомии. Рост медленный, кишечных кровотечений (в отличие от рака) не бывает. Кишечный аденомиоз мало беспокоит больную, но при большой величине может вызывать явления частичной и даже полной непроходимости.

При эндометриозе пупка («менструирующий пупок») и послеоперационных рубцов отмечается инфильтрат синюшной окраски, припухающий и кровоточащий во время менструаций.

Эндометриоз пупка следует дифференцировать от метастаза при злокачественных опухолях яичника. Медленный рост, отсутствие асцита и кахексии говорит против метастаза.

АДЕНОМА МАТКИ

Аденома матки представляет собой опухолевидное разрастание, состоящее из желез, выстланных цилиндрическим эпителием с крупным ядром. Различают аденомы тела матки и шейки. Чаще всего аденомы встречаются в виде полипов полости матки. По мнению большинства авторов, аденома не является истинной опухолью, а представляет собой продукт гормональных нарушений; это отчасти подтверждается тем, что аденомы встречаются у женщин в возрасте старше 40 лет. Микроскопически различают простую аденому с преобладанием железистых разрастаний и фиброаденому с большим количеством соединительнотканых элементов.

Аденомы вызывают появление слизистых или слизисто-кровянистых выделений, контактные кровотечения и нередко ациклические кровотечения.

Диагноз аденомы матки устанавливается при исследовании соскоба (при полипозной форме) или после оперативного удаления матки. Ввиду возможности ракового превращения полипов гистологическое исследование каждого удаленного полипа или отдельных разрастаний эндометрия является обязательным.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1952.
- Виноградов В. П. К вопросу об эндометриондных гетеротопиях в рубцах брюшной стенки после кесарского сечения. Акуш. и женск. бол., 1929, 5.
- Горизонтов Н. И. Об эндометриозе женских половых органов, в частности шейки матки. Казан. мед. жур., 1934.
- Живатов Г. К., Попов Г. А. и Бабадаглы А. Х. К этиологии и патогенезу эндометриондных опухолей. Тр. Всеукр. съезда акуш. и гинек., 1927.
- Иванов Н. С. К вопросу об аденомиомах матки. Дисс., СПб, 1897.
- Израильсон Р. М. К генезу и клинике эндометриозов. Акуш. и гинек., 1947, 1.
- Каплун Э. М. К вопросу о множественной эндометриондной, гетеротопии. Гинек. и акуш., 1934.
- Куликовская А. А. К вопросу об эндометриозах и кистах яичника. Акуш. и гинек., 1941, 3.
- Левинский О. Б. Экспериментальный аденомиоз. Акуш. и гинек., 1940, 11.
- Лесной С. К. Рациональная гормональная терапия в гинекологии и акушерстве. Акуш. и гинек., 1958, 4.
- Осякина-Рождественская А. И. О внутреннем аденомиозе матки. Акуш. и гинек., 1949, 5.
- Осякина-Рождественская А. И. О внутреннем аденомиозе матки. Акуш. и гинек., 1953, 5.
- Петченко А. И. Фибромиомы матки. Укрмедгиз, 1957.
- Талалаев В. Г. Об эндометриондных разрастаниях у женщин. Моск. мед. журн. 1927, 7.
- Тимофеев А. И. К вопросу об эндометриондных расстройствах. Казан. мед. журн., 1926, 5—6.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женск. половых органов. Медгиз, 1939.
- Улезко-Строганова К. П. Биологическое значение эндометриозов и отношение их к проблеме тканевого роста. Акуш. и гинек., 1941, 3.
- Шварцман Е. М. Современное состояние вопроса об эндометриозах. Гинек. и акуш., 1934, 3.
- Шинкарева Л. Ф. Аденомиоз матки. В монографии А. И. Петченко. Фибромиомы матки. Госмедиздат УССР, 1958.
- Albrecht H. Pathologische Anatomie und Klinik des Adenomyoms. Holban u. Seitz. Biol. und Pathologie des Weibes. Bd. IV, 1927.
- Alben E., Peterson L a. Campbell B. Clinical a. experimental endometriosis. Am. J. of. Obst. a. Gynec., vol. 68, 1954, № 01.
- Grossen A. and J. Diseases of women. 9 ed. ch. 8. Nonmalign. tumors of the Uterus, 1944.
- Gullen T. S. Adenomyoma of the Uterus. Phil. 1908. W. Saundess Co.
- Frank O u Kraul Z. Künstliche Cervix-Endometriosen. Zbl. f. Gynäk. № 29, 1935
- Fuchs H. Künstliche Cervix-Endometriosen. Zbl. f. Gynäk., 1935, № 16.
- Fuchs H. Weitere Fersuche zur Erhaltung und zum Ersatz der Menstruation. Zbl. f. Gybäk., 1937, S. 1027.
- Heim K. Die Frage nach dem Ursprung der endometroiden Heterotopien. S. Kager., Berl., 1929.
- Reclinghausen. Die Adenome und Zystadenome der Uterus. A. Hirschwald, Berl., 1896.
- Fraut H. F. Surg. Gynec. a. Obst 47, 334, 1928.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ И ПОЛОСТИ МАТКИ

Доц. В. А. Голубев

Слово «полип» в переводе означает «многоножка» (poly — много, pus — нога).

Полипы шейки и тела матки представляют собою малоизученное и недостаточно определенное, неясное, хотя и распространенное заболевание. Есть предложение считать полипы симптомом ряда заболеваний, а не отдельной нозологической единицей. Некоторые авторы (М. Д. Пирадова, Е. А. Попова) рассматривают полипоз матки в целом, не проводят строгой границы между полипозом тела и шейки матки. Мы склонны думать о существовании двух самостоятельных заболеваний, причем мы проводим различие между полипами шейки и полипозом тела матки как по клинической картине, так и по морфологическим особенностям. Поэтому целесообразно рассмотреть эти заболевания отдельно. Сочетание двух заболеваний встречается не часто: на 140 больных полипозом тела только у 4 имелись полипы шейки.

Полипы шейки матки встречаются довольно часто. За последние десять лет в гинекологической клинике ЛПМИ на 13 965 больных полипы шейки встретились у 467 больных, т. е. в 3,34%. Полипы шейки чаще встречаются в среднем и пожилом возрасте: в 36—40 лет — в 15%, от 41 года до 45 лет — в 29,6%, в 46—50 лет — в 21,6% и в возрасте 51 года — 58 лет — в 12%. Самой молодой была пациентка трех лет, самой пожилой — 77 лет.

В этиопатогенезе возникновения цервикальных полипов наиболее существенную роль играют хронические воспалительные процессы в канале и шейке матки, эрозии, незащитые разрывы шейки матки в родах и нейро-гормональные изменения в организме, особенно в периоде климактерия. Хронические тазовые застои (*stasis congestiva pelvis*), наблюдаемые при хронических запорах, вялости функции кишечника, беременности, чрезмерно частые половые сношения и мастурбация являются тем благоприятным фоном, на котором могут развиваться полипы шейки. В части случаев образование полипов связано с закупоркой выводного протока цервикальных желез, образованием *ovula Nabothi* с последующим ростом этих ретенционных кист и превращением их в слизистый полип. Сочетание полипов шейки с фибромиомами матки (столь частое при полипозе тела матки) встречается редко — в 1,9%, а диффузный фиброматоз матки и аденомиоз — только в 1,7%. Из 467 больных с полипами шейки у 22 была беременность (4,7%); у двух из них беременность нарушилась самопроизвольно.

Наиболее частыми симптомами полипов шейки матки являются бели различного характера, кровянистые выделения, боли в пояснице, реже — внизу живота; эти симптомы могут сочетаться друг с другом. В значительном проценте случаев полипы шейки ничем себя не проявляют. Менструальный цикл почти никогда не нарушается. Иногда наблюдаются контактные кровотечения.

При осмотре шейки матки с помощью зеркал или кольпоскопом можно обнаружить различные изменения шейки: эрозии, разрывы, эктропион. Такие изменения нами отмечены в 6,5%. Часты также сочетания полипоза шейки с кольпитом (трихомонадным, при аднексите, старческим).

Величина полипов шейки матки колеблется от горошины до крупного стебельчатой формы образования, достигающего половой щели и даже свисающего наружу. Один из таких крупных полипов наблюдался у трехлетней девочки (папиллома). По морфологическому строению

различают простые слизистые (рис. 211), железистые или аденоматозные полипы (рис. 212) и фиброматозные, приближающиеся по строению к фиброидам. Встречаются эти формы приблизительно в соотношении 4 : 5 : 1.

Слизистые полипы большей частью невелики — от просяного зерна до фасоли; железистые и особенно фиброзные могут достигать значительных размеров. Форма полипа может быть различной: круглой, каплевидной, уплощенной в виде миндаля, сложной в виде петушиного гребня и т. п. Полипы могут быть одиночными, групповыми или в виде множественных разрастаний. Окраска их бывает различной: от бледно-розовой до вишнево-красной с синеватым оттенком. Темная окраска с синевато-грязным оттенком, гангренозный налет говорят за нарушение питания полипа. Обычно полип расползается на ножке, начало которой обнаруживается в глубине цервикального канала. Локализацию ножки полипа легко обнаружить во время менструации, когда наружный зев приоткрыт более чем обычно при полипозе шейки.

Диагностика полипов шейки основывается на изучении анамнеза и симптомов и осмотре с помощью зеркал или кольпоскопа; иногда приходится прибегать к зондированию пуговчатым зондом и захватыванию передней и задней губы с последующим их потягиванием в противоположные стороны — впереди и кзади. Цервикальные полипы локализуются чаще близ задней стенки. Полипы шейки часто сочетаются с ее гипертрофией (рис. 213).

Полипы шейки имеют склонность к рецидивам; мы отмечали рецидивы в 7%. Рецидивы полипов, по литературным данным, нередко являются признаком злокачественного превращения, поэтому все больные с рецидивами полипов должны находиться под постоянным и строгим наблюдением. Впрочем, часть рецидивов (по нашему мнению, около 20%) можно отнести за счет нерадикального удаления полипов.

Профилактика образования полипов состоит в правильном ведении родов, своевременном зашивании разрывов шейки в родах (даже некровоточащих), соблюдении правил гигиены, тщательном лечении эрозий и эндоцервицитов, в борьбе с абортами.

Лечение полипов шейки матки — оперативное. Мы широко применяем «откручивание» полипов с последующим выскабливанием слизистой цервикального канала. Дополнительное выскабливание слизистой матки мы производим не во всех случаях, как это рекомендует М. Д. Пирадова, а только в случаях более сложных. Если полип имеет тонкую ножку и хорошо доступен, то он удаляется с помощью диатермокоагуляции. Диатермокоагуляцию полезно применять и при мелких множественных полипах.

Полипы тела (полости) матки встречаются не так часто, как полипы шейки, однако надо полагать, что их нередко просматривают или они скрываются под другими диагнозами. На 10 917 гинекологических больных полипоз тела матки встретился у нас в 140 случаях — 1,28%. В. Ф. Недельский (1904) считал, что по частоте полипоз матки занимает первое место, а желудочно-кишечного тракта — второе.

Процесс образования слизистых полипов в матке и толстых кишках (colitis polyposa) протекает идентично. Эти опатогенез полипов тела матки почти не изучен. На основании работ В. С. Груздева, К. К. Скробанского, а также других современных советских и зарубежных авторов можно полагать, что особое значение в образовании полипов имеют нейро-гормональные влияния. Полипоз эндометрия назы-

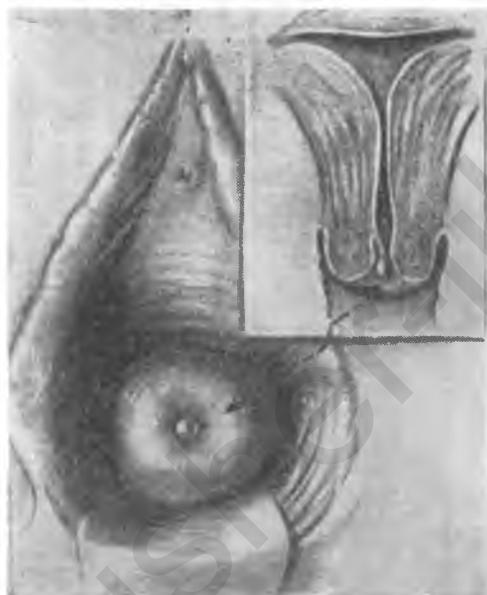


Рис. 211. Слизистый полип цервикального канала (Келли).



Рис. 212. Аденоматозный (Вейбель).



полип шейки

Рис. 213. Полипоз и гипертрофия шейки (Вейбель).

вают гормональной гиперплазией (В. П. Тобилевич). Г. Г. Гамбаров¹, Я. С. Кленицкий², А. И. Петченко, Беклер³ (Béclère), Липшютц (Lip-schütz) доказали, что у больных фибромиомами матки наблюдается повышенное количество эстрогенов. Л. М. Шабаду, Я. С. Кленицкому, Л. И. Фалину, Липшютцу и др. удалось получить в эксперименте фибромиомы и инфильтраты в результате длительного введения под кожу фолликулина и синэстрола.

У большинства наших женщин при цитологическом исследовании влагалищных мазков были обнаружены картины III—IV или IV—III, что свидетельствует о большой насыщенности эстрогенами организма больных.

Частым этиологическим фактором образования полипов матки являются несомненно различные нарушения функции яичников, вызванные чаще всего воспалительными заболеваниями внутренних гениталий, а также эндокринными расстройствами, главным образом яичников. Эти нарушения, по Н. Л. Гармашевой, возникают в связи с нарушениями функции центральной нервной системы. Так, у многих наших больных было отмечено, что полипы тела матки у них развились после больших неприятностей, тяжелых переживаний и других психических травм.

Из общих частых заболеваний у наших больных отмечены в анамнезе ангины, инфекционная желтуха, малярия, сыпной и брюшной тифы, гипертоническая болезнь, аппендицит, почечнокаменная болезнь. У двух больных имелся сахарный диабет.

Из 140 больных 36 болели в прошлом воспалительными заболеваниями придатков; у 5 полипоз эндометрия сохранился до поступления в клинику, у одной обнаружен пиовариум (она была оперирована). Эндометрит был обнаружен у 9 больных — диагноз поставлен гистологически после выскабливания.

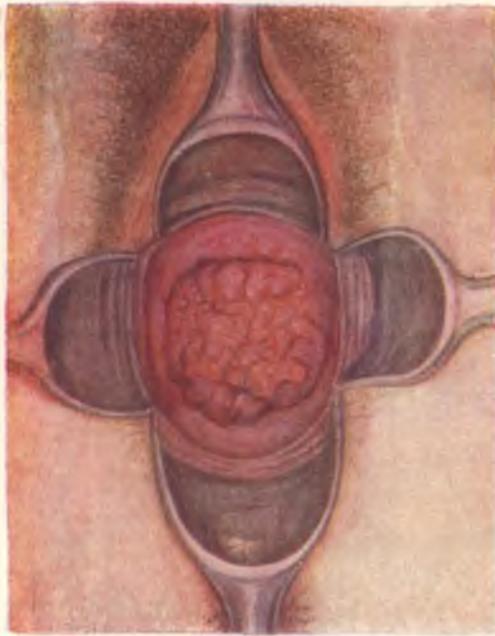
Возрастной состав наших больных был следующий: наибольший процент (63,5) приходился на женщин в возрасте от 40 до 50 лет; второе место занимали больные в возрасте 50—60 и 30—40 лет. Самой молодой женщине, страдавшей полипозом эндометрия было 22 года, самой пожилой — 67 лет.

Из 140 больных так называемый «чистый» полипоз встретился у 79 (56%). Среди этих 79 больных у 18 были обнаружены аденоматозные полипы. Фиброзные полипы наблюдались у 3 больных и у 1 — полип типа гемангиомы. У 41 больной полипоз матки сочетался с гиперплазией, у 9 — наблюдалось децидуоподобное превращение стромы слизистой. Многослойный плоский эпителий в эндометрии был обнаружен у 9 больных, причем в двух случаях было подозрение на возможность перехода в злокачественный процесс.

Из сопутствующих заболеваний чаще всего были отмечены фибромиомы матки — у 32 из 140 полипозных больных; в числе фибромиом имелось 4 подслизистых. Общий фиброматоз матки наблюдался у 11 больных, аденомиоз — у 6. Двурогость матки обнаружена у 2 больных, неполное выпадение матки — у 1, аденокарцинома яичника — у 1. Таким образом, более чем у 50 больных имелись, помимо полипов, заболевания, при которых обычно обнаруживается эстрогения.

Основной жалобой больных полипозом матки было кровотечение; более или менее сильное кровотечение было у 139 из 140 больных; только у одной больной кровотечения не наблюдалось. У 40 больных кровотечения были циклическими, у 34 — ациклическими, у 29 па-

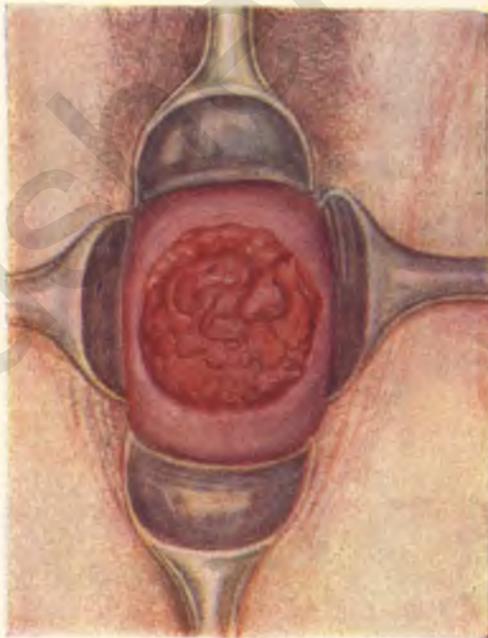
¹, ², ³ Работы указаны в литературе о фибромиомах матки.



1



2

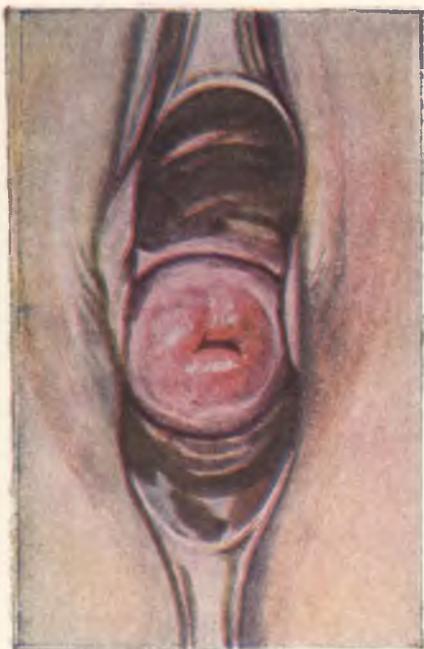


3

Рак шейки матки (Кермаунер).

1 — экзофитный рак задней губы; 2 — экзофитный рак влагалищной части, расположенный высоко;
3 — экзофитный рак с разрушением шейки в гиде кратера.

Таблица XVII



1



2



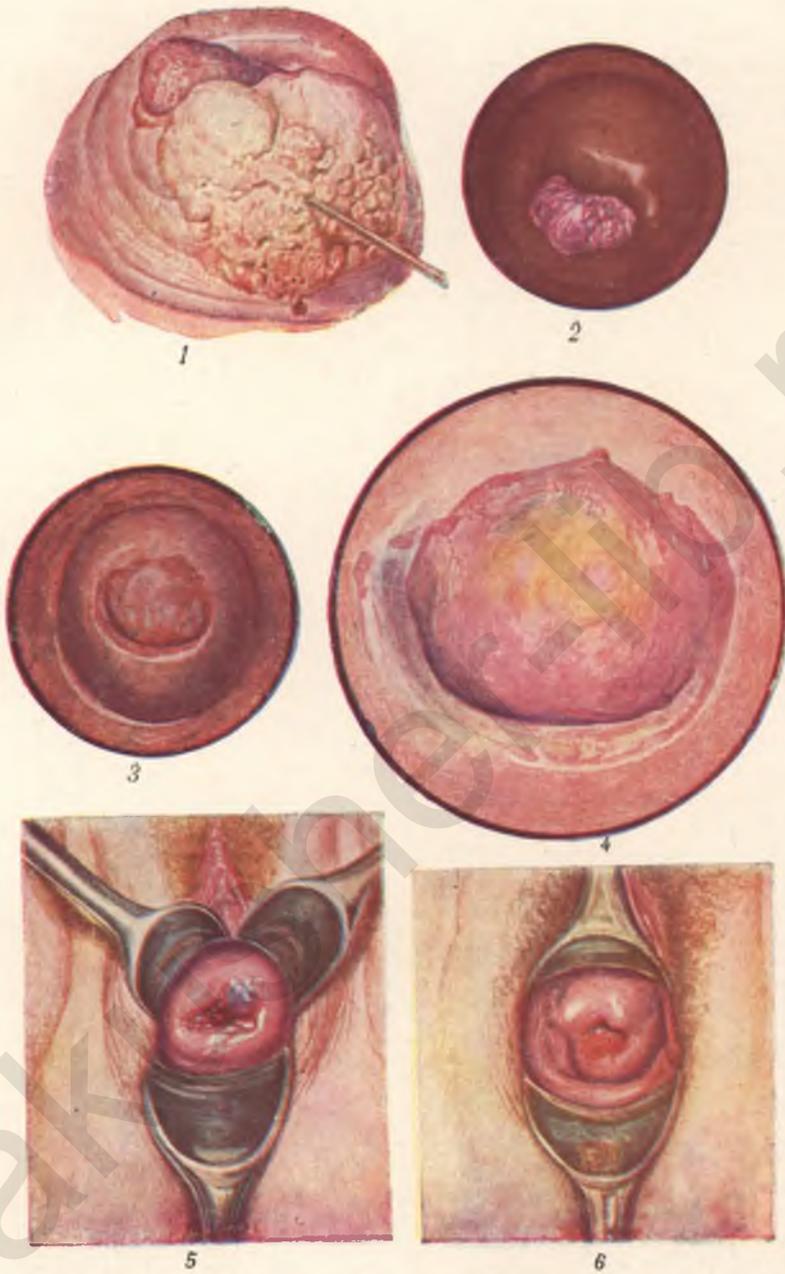
3



4

Эрозия, лейкоплакия и люэс шейки и влагалища:

1 — обширная хроническая эрозия; 2 — начинающаяся лейкоплакия, перекрывающая эрозию; 3 — лейкоплакия передней и задней стенки влагалища; 4 — первичная сифилитическая язва шейки матки (1, 2, 4 — Вейбель; 3 — Кермаунер).



Рак шейки матки; диагностика.

1 — проба Хробака; 2 — проба Шиллера; 3 — кольпоскопическая картина без увеличения; 4 — то же при увеличении в три раза; 5 — ovula Nabothii, симулирующие рак; 6 — начальный рак у наружного зева (1-4 — Вейбель; 5, 6 — Кермаунер).

ступили после задержки месячных на 1,5 — 3 месяца и у 19 — в менопаузе.

Кровотечения часто приводили к значительной анемии.

Что касается функции яичников у полипозных больных, то позднее наступление менструации отмечено у 44, а нарушения менструального цикла — у 15. М. Д. Пирадова полагает, что в картине дизоварии преобладает замедление процесса обратного развития желтого тела.

Важной особенностью полипоза эндометрия является большая наклонность к рецидивам: мы отметили рецидивы у 28 из 140 больных (20%). Возможно, что в части случаев выскабливание производилось недостаточно радикально, подтверждением чему явилось нахождение полипов при последующих лапаротомиях (3 случая).

Полипы тела матки, особенно рецидивирующие, могут подвергаться злокачественному превращению (раковому и саркоматозному). По этому признаку полипы тела матки более опасны, чем полипы шейки, они дают худший прогноз, профилактика — затруднительна.

У большинства больных диагноз полипоза ставился на основании результатов гистологического исследования соскобов. Диагностическое выскабливание было произведено у 116 из 140 больных, в большинстве случаев выскабливания были и лечебными. Для диагностики полипов полости матки хорошим методом является метросальпингография, которую широко применяют в клинике ЛГПИИ.

Лечение полипоза тела матки не должно быть стандартным: необходимо проводить его индивидуально, направляя свои усилия и на устранение сопутствующих заболеваний.

На материале клиники ЛГПИИ диагностическое выскабливание с последующей ампутацией матки произведено у восьми больных; пяти больным произведена надвлагалищная ампутация матки без диагностического выскабливания (после метросальпингографии); сопутствующими заболеваниями оказалась фибромиома матки (у трех) и пиовариум у одной. Экстирпация матки с предварительным диагностическим выскабливанием произведена у шести больных, у четырех — фиброзные полипы были удалены через влагалище путем откручивания и последующего выскабливания.

ЛИТЕРАТУРА

Брауде И. Л. Маточные кровотечения и полипы матки. Акуш. и гинек., 1939, 7, стр. 66—74.

Гармашева Н. Л. Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма. Медгиз, 1952.

Ибрагимова Б. Гистологическое исследование слизистой оболочки матки при маточных кровотечениях. Автореферат канд. дисс. Баку, 1954.

Нудольская О. Е. Предраковые состояния шейки и тела матки. М., Медгиз, 1947.

Недельский В. Ф. Множественные полипы матки. Протоколы засед. акуш.-гинек. общества г. Киева, т. 17—27, Киев, 1913.

Пирадова М. Д. Полипы матки (некоторые вопросы этиологии, клиники и лечения). Автореф. канд. дисс. М., 1954.

Пирадова М. Д. К вопросу о профилактике и лечении полипов матки. Акуш. и гинек., 1953, 6, стр. 25—28.

Петрова Е. Н. и Капнер В. Д. К вопросу о полипозе слизистой тела матки. Акуш. и гинек., 4, 1951.

Попова Е. А. Об эпителии полипов матки (к вопросу о метаплазии). Архив патологии, 1956, 1, стр. 110—111.

Смольский И. И. О рецидивирующей полипозной фибромиоме полости матки. Отчет О-ва русских врачей в С. Петербурге, 1899, 3—5.

Глава 12

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ, ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

Действ. чл. АМН СССР, проф. А. И. Серебров.

Рак шейки матки: статистика; симптомы, диагностика, классификация; дифференциальная диагностика; лечение; карцинома шейки матки *in situ*. Рак тела матки: статистика; этиология и патогенез; предраковые заболевания; симптоматология и диагностика; клиническая классификация; течение и прогноз; лечение. Рак наружных половых органов. Рак влагалища. Саркома матки. Хорионэпителиома.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Статистика

За последние годы по СССР заболеваемость раком матки снизилась. Также нет оснований говорить об увеличении заболеваемости раком шейки матки более молодых женщин, т. е. о так называемом «омоложении» рака.

Согласно данным большинства статистик, заболеваемость раком матки по отношению к другим локализациям рака стоит на втором месте (на первом — рак желудочно-кишечного тракта).

По нашим материалам, частота рака гениталий (в процентах) по локализациям в отдельных органах такова.

Рак шейки матки	: 83
Злокачественные опухоли придатков матки	7
Рак тела матки	5
Рак влагалища	3
Рак вульвы	2

Статистика заболеваемости выявляет также неоспоримый факт нарастания числа раковых заболеваний матки в связи со старением женского организма. Наибольшее число заболеваний раком шейки матки отмечается у женщин в возрасте от 40 до 60 лет.

Симптомы, диагностика, классификация

Рак шейки матки можно излечить, если в самом начале заболевания проводится радикальное лечение. Если же, несмотря на проведенное лечение, большое число больных погибает, то происходит это потому, что значительное число их приступает к лечению уже в запущенных стадиях болезни. Таким образом, эффективность лечения всецело зависит от раннего распознавания болезни. Поэтому именно ранняя диагно-

стика заболевания в проблеме противораковой борьбы имеет очень большое значение и зависит как от поведения больной, так и от врача. Если больная вовремя обращается к врачу и выполняет все его предписания, а врач правильно диагностирует самую начальную стадию заболевания, своевременное направление больной на лечение обеспечено.

Если же, несмотря на те или иные симптомы, больная медлит с обращением к врачу, вследствие ли беспечного отношения к своему здоровью или недооценки опасности заболевания из-за малой осведомленности о раке, то лечение предпринимается поздно и эффективность его невелика.

Обычно описывается классическая триада симптомов рака шейки матки: бели, кровотечения, боли. Не отрицая, что при вполне развившейся опухоли (нередко перешедшей уже в запущенную стадию) обычно имеется та или иная комбинация этих симптомов, мы считаем необходимым подчеркнуть, что указанные симптомы характерны для уже развившейся карциномы матки.

Всегда следует помнить, что в начале рак шейки матки в абсолютном большинстве случаев не дает никаких симптомов, а бели, кровотечения того или иного вида и боли являются, во-первых, симптомами не только рака, но и ряда других заболеваний половых органов, а во-вторых, их появление при раке указывает обычно на уже далеко зашедший процесс.

Приступая к описанию этих симптомов (бели, кровотечения, боли), считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что они являются слишком поздними для того, чтобы иметь диагностическую ценность в смысле раннего распознавания болезни. Эти симптомы — не больше как сигнал к тщательному обследованию больной для установления степени запущенности ракового процесса. Ясно выраженные симптомы появляются тогда, когда раковая опухоль начинает уже распадаться. Если она начинает распадаться рано, в начальных стадиях своего развития, то рано появляются те или иные симптомы; в тех же случаях, когда она долго не распадается, симптомы обычно отсутствуют, хотя опухоль широко распространялась.

Бели бывают различного характера: водянистые, окрашенные кровью, без запаха или зловонные. Появление их обусловлено вскрытием межтканевых лимфатических щелей и лимфатических сосудов (рис. 214) при отторжении некротизировавшихся частей опухоли. Задержка этих выделений во влагалище и присоединяющаяся инфекция способствуют возникновению запаха. Примесь крови придает им характер мясных помоев. Гнойные бели не характерны для рака шейки матки.

Кровотечения могут иметь характер небольших кровавистых выделений, однократных или многократных обильных кровотечений иногда они бывают связаны с различными расстройствами менструального цикла. Очень характерны для рака шейки матки так называемые контактные кровотечения, появляющиеся вследствие местной, даже очень легкой травмы (спринцевание, половые сношения, твердый стул, тряская езда, напряжение при подъеме тяжести, внутреннее исследование пальцем или зеркалом и т. п.). Эти кровотечения появляются в результате разрыва поверхностных мелких сосудов опухоли, стенки которых очень тонки, хрупки, воспалительно изменены и местами некротизированы. Для женщин, находящихся в периоде менопаузы, появление крови из половых органов в большинстве случаев указывает на развитие злокачественной опухоли.

Локализация и характер болей, появляющихся в запущенных стадиях болезни, различны. Чаще всего приходится слышать жалобы на боли в пояснице, в крестце, внизу живота и в прямой кишке. Характерны боли в бедре (чаще в левом), обуславливаемые инфильтратами у стенки таза, которые, как известно, чаще наблюдаются с левой стороны. Нужно всегда помнить, что боль является поздним признаком, указывающим на вовлечение в процесс лимфатических узлов и клетчатки таза, с образованием инфильтратов, сдавливающих нервные стволы и нервные сплетения таза.

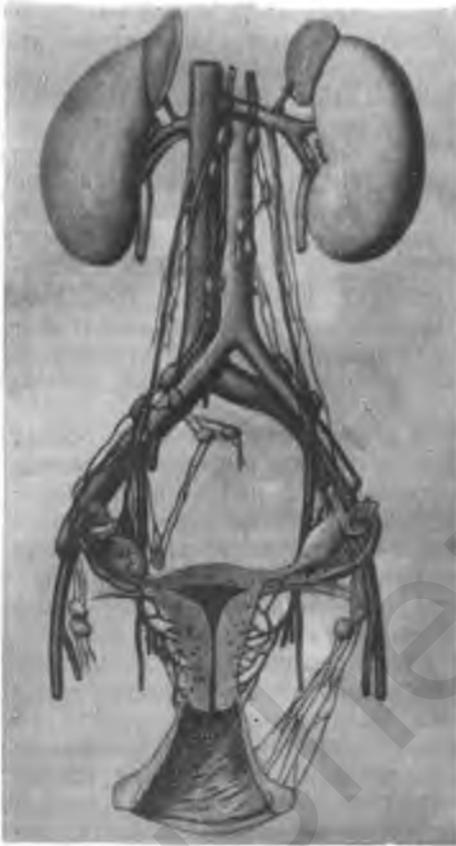


Рис. 214. Лимфатические пути, имеющие отношение к матке.

Резюмируя сказанное о банальных симптомах развившегося рака шейки матки, необходимо отметить, что они обращают на себя внимание своим упорством, длительностью или во всяком случае частой повторяемостью.

Появление симптомов со стороны мочевого пузыря и прямой кишки также обычно служит указанием на запущенность болезни. При распространении опухоли на мочевой пузырь больные вначале отмечают частые позывы и учащенное мочеиспускание. В тех случаях, когда имеется значительная инфильтрация стенки мочевого пузыря или фиксация ее к опухоли, распространившейся с шейки матки на переднюю стенку влагалища и предпузырную клетчатку, растяжимость и емкость мочевого пузыря нарушается. Мочевой пузырь полностью не опорожняется (остаточная моча); на этой почве нередко развиваются упорные циститы, причиняющие большие новые страдания. Прорастание стенки мочевого пузыря раковой опухолью ведет к образованию свища, а сдавление мочеточников раковыми инфильтратами — к задержке

мочи, развитию явлений со стороны почек (гидро- и пионефроз) и, наконец, к уремии.

В запущенных случаях наблюдаются также расстройства со стороны кишечника. Чаще всего приходится слышать от больных жалобы на запоры. Длительное пребывание в постели, сопутствующие воспалительные процессы (частый спутник растущей карциномы), нарушение питания, боязнь усиления болей при дефекации, нарушение перистальтики прямой кишки вследствие инфильтрации ее стенки или фиксации ее к опухоли — все это способствует развитию атонии кишечника и возникновению запоров. Прорастание опухоли в кишку вызывает сначала появление крови в стуле, а затем образование свища.

Кахекия для рака шейки матки не характерна, а если и появляется, то в далеко зашедших стадиях болезни, и вызывается, по-види-

тому, упадком питания, нарушением общего обмена веществ в организме, интоксикацией продуктами распада опухоли и почти всегда сопутствующей инфекцией.

Диагностика развившегося рака шейки матки нетрудна. Трудно диагностировать начальные формы заболевания, когда на шейке матки еще нет явно выраженных опухолевых образований, а имеется или подозрительная эрозия или ограниченная инфильтрация ткани (уплотнение). Такие больные нуждаются в более детальном исследовании, в производстве биопсии и, во всяком случае, во взятии на учет для систематического наблюдения.

Если придерживаться принципа, что ни одна больная с подозрением на рак не может быть отпущена из-под наблюдения до тех пор, пока это подозрение не будет исключено или подтверждено, то своевременная и действительно ранняя диагностика будет обеспечена.

Уже тщательно и умело собранный анамнез может дать достаточные основания для того, чтобы заподозрить рак. При собирании анамнеза особое внимание следует обращать на выяснение характера перенесенных гинекологических заболеваний. Указания больных о наличии у них эрозий, подвергавшихся тем или иным методам лечения, должны особенно насторожить врача в смысле подозрения на развитие опухоли шейки матки.

Необходимо детально выяснить характер следующих симптомов: выделения; изменения со стороны менструального цикла; постоянство симптомов (особенно кровянистых выделений); связь их с поведением больной (длительная ходьба, напряжение брюшного пресса при поднятии тяжести, контактные кровотечения и т. п.); характер болевых ощущений и их локализация. Придавая большое значение анамнестическим данным, необходимо всегда помнить, что отсутствие симптомов не говорит об отсутствии заболевания; в ряде случаев оно протекает скрыто или дает такие малобеспокоящие симптомы, характер которых больная сама недооценивает и не считает нужным сообщать о них врачу.

Этим и объясняется требование пропагандировать среди женщин необходимость подвергаться гинекологическому исследованию после 35-летнего возраста, независимо от наличия тех или иных симптомов.

Особенно это должны помнить врачи, ведущие общий поликлинический прием больных и не всегда уделяющие достаточное внимание гинекологическому анамнезу. Выявляя больных с подозрительным на рак анамнезом и направляя их для обследования к специалисту, такой врач будет способствовать своевременной диагностике опухолевых заболеваний.

Совершенно недопустимо назначать лечение (капли, спринцевания) на основании только анамнестических указаний больной на те или иные симптомы (кровянистые выделения, бели) без детального обследования женщины.

Когда рак шейки находится в периоде полного развития, влагалищное исследование в большинстве случаев обеспечивает достаточно верный диагноз. Характерная плотность и утрата эластичности ткани при некотором опыте отчетливо ощущаются исследующим пальцем. Чтобы как можно меньше травмировать опухоль, мы настоятельно рекомендуем производить влагалищное исследование одним указательным пальцем.

При исследовании прежде всего определяют форму опухоли, которая может быть весьма различной. Принято различать экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки. При экзофитной форме рака (табл. XVI, 1, 2) определяются плотные

крупно- или мелкобугристые образования, занимающие всю влагалищную часть шейки матки или часть ее, в зависимости от распространения опухоли. Однако нужно иметь в виду, что эти разрастания могут быть рыхлыми и поверхностными. При эндофитной форме шейки матки представляется разбухшей, плотной, неэластичной, но поверхность ее совершенно гладкая, если слизистая оболочка не изъязвлена. При этой форме подвижность шейки обычно ограничена вследствие быстрого вовлечения в процесс сводов влагалища, которые в таких случаях представляются инфильтрированными, пергаментно-плотными и малоподатливыми. Часто приходится встречаться со смешанными формами, когда наряду с экзофитным ростом наблюдается инфильтрация в глубину шейки. Наконец, шейка матки может быть совершенно разрушена опухолью, и на ее месте возникает кратерообразная язва, окруженная плотными хрупкими краями инфильтрированных и частью разрушенных сводов. Иногда бывает разрушена только часть шейки и часть того или другого свода также с образованием кратерообразной язвы (табл. XVI, Э), идущей в глубину параметрия. Такие очевидные формы характерны для рака, уже длительно существующего. Как правило, исследование в таких случаях сопровождается кровотечением той или иной степени в результате травмы опухоли исследующим пальцем.

В начальных стадиях рака, наблюдать которые, к сожалению, приходится очень редко, картина не так отчетлива. Правда, ограниченная инфильтрация (затвердение) в том или ином месте шейки матки (чаще всего в окружности наружного маточного зева) обычно имеется и в этих стадиях, но данные бимануального исследования не отчетливы и полагаться на них нельзя. Данные исследования становятся еще более неопределенными, когда рак развивается в толще шейки матки со стороны цервикального канала. Только при обширном эктропионе, при зияющем цервикальном канале удается иногда прощупать затвердение в одной из губ шейки в форме плотного, без ясных границ инфильтрата или в форме плотной выпуклости. В таких случаях определяется своеобразная ригидность шейки.

Сиредей (Siredey) обращает внимание на то, что в таких случаях шейка представляется одеревенелой, она утрачивает свою гибкость, эластичность; при попытке согнуть ее между пальцами наружной и внутренней руки обычно появляется кровь. Этому «признаку Сиредея» многие придают большое диагностическое значение. Однако мы не можем рекомендовать пользоваться этим приемом, так как в сущности это умышленная травма опухоли, что всегда чревато последствиями (кровотечение, инфекция). Если при двуручном исследовании (при отсутствии видимой при помощи зеркал опухоли на влагалищной части шейки матки) на пальце остается кровь, то это указывает на необходимость дальнейшего обследования больной и, в частности, пробного выскабливания.

Двуручное влагалищное исследование заканчивается ощупыванием стенок влагалища, определением подвижности матки, состояния придатков, околоматочной клетчатки и области близлежащих органов — мочевого пузыря и прямой кишки.

Однако полагаться на данные только двуручного влагалищного исследования никогда не следует, особенно если шейка матки на ощупь представляется неизменной. Каждая больная, явившаяся на гинекологический осмотр по тому или иному поводу, должна быть осмотрена при помощи зеркал. При подозрении на рак шейки матки мы рекомендуем производить осмотр с помощью зеркал прежде двуручного исследования, ибо после такого исследования у больных с опухолью

шейки матки, почти как правило, появляется кровотечение, что очень затрудняет последующий осмотр шейки с помощью зеркал. По тем же соображениям мы не рекомендуем пользоваться для осмотра раздвижными зеркалами (типа Куско), так как раздвижение ложек такого зеркала, введенного во влагалище «вслепую», неминуемо влечет за собой травмирование опухоли и появление кровотечения. Нужно также всегда помнить, что травмирование опухоли опасно как в смысле ее инфицирования, так и в смысле метастазирования. Только медленно и осторожно вводя ложкообразные зеркала и подъемник, можно хорошо осмотреть шейку и избежать травмы опухоли.

Вид раковой опухоли на шейке матки крайне разнообразен. При экзофитной форме опухоль имеет вид крупно- или мелкобугристых разрастаний (отдаленно напоминающих цветную капусту), иногда выполяющихся весь купол влагалища, часто она бывает покрыта темными корками (участки омертвения и распада). При прикосновении к опухоли зондом, пинцетом, иногда даже ватным шариком появляется кровотечение. При эндофитных формах шейка матки представляется раздутой, плотной, покрытой слизистой темно-багрового цвета. Нередко на поверхности слизистой отчетливо видна сеть мелких, поверхностно расположенных кровеносных сосудов, также легко кровоточащих при дотрагивании инструментами. Края введенного зеркала оставляют следы давления на инфильтрированную ткань. Местами слизистая бывает изъязвлена или покрыта участками омертвевшей ткани.

При распаде опухоли с отторжением опухолевых масс шейка представляется частично или полностью разрушенной, причем образуется глубокая язва с неправильными изрытыми краями и бугристым дном. Дно язвы покрыто обычно грязно-серым налетом. Отделяемое таких язв имеет вид мутной серозной жидкости. Малейшее травмирование такой язвы вызывает кровотечение. При развитии опухоли в цервикальном канале, особенно на некотором расстоянии от наружного зева, влагалищная часть шейки матки может иметь нормальный внешний вид. Введение зонда в цервикальный канал обычно вызывает кровоточивость пораженного участка.

Значительно большие трудности встречаются при диагностике начальных случаев рака. Исследование при помощи зеркал в этих случаях особенно ценно, так как позволяет наблюдать бесконечное разнообразие проявлений начальных стадий рака. Будет ли новообразование иметь вид эрозии, выделяющейся своей краснотой на бледно-розовом фоне нормальной слизистой оболочки (табл. XVII, 1), начинающейся лейкоплакии (табл. XVII, 2, 3), узловых или папиллярных разрастаний небольших выпуклостей, покрытых нормальной на вид, слегка цианотичной слизистой, — для всех этих случаев характерно ясно выраженное уплотнение, инфильтрация ткани, утрата эластичности, хрупкость ткани и сосудов, выражающаяся в легкой кровоточивости при малейшей травме. Однако начальные формы рака по внешнему виду очень часто отличаются от описываемых как характерные для ракового новообразования.

Чем чаще врачи будут думать о возможности рака, тем меньше начальных стадий болезни они пропустят. Во всех сомнительных случаях необходимо производить биопсию. Влагалищное исследование, как и исследование при помощи зеркал, повторяем, следует производить чрезвычайно осторожно, чтобы возможно меньше травмировать опухоль.

Чтобы составить суждение о распространении опухолевого процесса, надо обязательно производить ректально-брюшное исследование. К сожалению, им пользуются редко, отсюда

ошибки в определении стадии заболевания, а следовательно, и в выборе методов лечения. Только путем ректального исследования можно определить состояние крестцово-маточных связок, степень инфильтрации параметриев, вовлечение прямой кишки в опухолевый процесс (фиксация кишки к опухоли, инфильтрация стенок, подвижность слизистой). Кроме того, этот метод менее травматичен для опухоли, менее опасен в смысле внесения инфекции. Указанные преимущества этого способа позволяют рекомендовать его при обследовании больных с опухолями.

Кроме упомянутых, могут быть применены следующие диагностические методы: проба Хробака, проба Шиллера, цистоскопия, исследование влагалищных мазков, кольпоскопия, биопсия.

Хробак (1905) предложил следующую пробу для диагностики рака (табл. XVIII, 1): пуговчатым зондом надавливают на подозрительный участок шейки матки; если зонд проникает в глубину, вызывая при этом кровотечение, то это свидетельствует о раковом поражении. Однако в начальных стадиях рака проба зондом ненадежна. Мы считаем эту пробу вредной (травма, инфекция) и не пользуемся ею.

Шиллер (Schiller) в 1928 г. предложил пробу с люголевским раствором (табл. XVIII, 2). Проба производится таким образом: обильно смоченный в растворе Люголя¹ ватный шарик прикладывают к влагалищной части шейки матки, обнаженной ложкообразными зеркалами. Через полминуты ватный шарик удаляют и заменяют новым. Иногда эту процедуру приходится повторять даже три раза, если слизистая плохо воспринимает окраску. Нормальный эпителий слизистой окрашивается в темно-бурый цвет, а воспалительно измененный — в желтый, при этом переход от светлых тонов к темным нормального эпителия совершается постепенно. Заживающая эрозия, слизистая цервикального канала, которые содержат много гликогена, не воспринимают йодистой окраски, как и эктропион слизистой цервикального канала, мягкая, бархатистая поверхность которого сохраняет после окраски темно-красный цвет. Карциноматозный эпителий, лейкоплакия и гиперкератоз не воспринимают краски и имеют вид бледных пятен на темно-коричневом (буром) фоне, при этом граница между нормальной окраской и неокрашенными участками очень резко очерчена. Йоднегативные участки, говорящие о патологическом состоянии эпителия, следует тщательно исследовать, чтобы исключить начинающуюся карциному. Необходимо отметить, что очень полезно эту пробу сделать перед биопсией с целью выбрать более подходящее место для вырезывания кусочков, которые всегда следует брать из йоднегативных участков.

Известное диагностическое значение имеет также цистоскопия. Многие клиницисты придают этому методу исследования большое значение при неоперабельном раке шейки матки в смысле установления степени распространения ракового процесса по направлению к мочевому пузырю, при выборе методики лучевой терапии, и наконец, для контроля в процессе лечения лучистой энергией. Цистоскопия очень важна для решения вопроса об операбельности. Мы также пользуемся этим методом, если к тому имеются показания. Следует учитывать, что распространение опухоли на мочевой пузырь в незапущенных случаях наблюдается сравнительно редко. Особенно важно производить цистоскопию, когда возникает вопрос об оперативном пособии (расширенной экстирпации матки) после предварительного проведенной лучевой терапии.

В последние годы с целью диагностики рака матки широко реко-

¹ Мы применяем раствор Люголя в несколько измененной прописи: Jodi puri 1.0, Kalii jodati 10.0, Aq. destillata 100.0.

мендуют исследования мазков из влагалищных выделений. В мазках могут быть обнаружены подозрительные на рак комплексы клеток. Метод исследования влагалищных мазков основывается на том, что с поверхности опухоли непрерывно отторгаются клетки, которые, смешиваясь с влагалищным секретом, скопляются в заднем своде влагалища. Хотя по-прежнему остается справедливым положение, что опухолевые клетки не имеют таких специфических морфологических признаков, которые позволяли бы безошибочно ставить диагноз рака, тем не менее цитологическое изучение влагалищных мазков в соответствующих случаях позволяет заподозрить злокачественную опухоль. К признакам, которые дают основание заподозрить опухоль, относятся следующие: полиморфизм клеток и ядер (крупные клетки с большими пикнотическими ядрами), ядра различной величины и формы, неравномерность величины клеток и ядер, большое количество митозов. Особенно важно тщательно исследовать крупные комочки из выделений, состоящие обычно из больших групп опухолевых клеток. Нахождение таких характерных групп опухолевых клеток дает больше оснований для правильного диагноза. К преимуществам метода исследования мазков из влагалищных выделений следует отнести то, что исследуемый материал получается со всей поверхности органа (полость матки, цервикальный канал, влагалищная часть шейки матки), в то время как эксцизионная биопсия дает гистологическую характеристику только взятого кусочка. Кроме того, взятие мазков можно производить неограниченное число раз, не нанося травмы больной. Взятие материала для мазков и исследование их гораздо проще, чем приготовление гистологических препаратов. Однако нужно иметь в виду, что по степени достоверности диагноза исследование вагинальных мазков не может заменить биопсию.

Существуют различные методы взятия мазков отделяемого из половых органов.

Аспирационный метод. При этом методе отделяемое получают путем аспирации содержимого из заднего свода влагалища стеклянной трубкой, на которую насажен резиновый баллон. Чтобы получить отделяемое из полости матки (для диагностики рака тела матки), пользуются подобной же трубкой, но меньшего диаметра, вводимой в канал шейки матки.

Метод получения отпечатков. Для получения мазков-отпечатков к шейке матки прикладывают маленькое предметное стекло, которое захватывают пинцетом; материалом для исследования является приставшее к поверхности такого стекла отделяемое шейки матки.

Метод получения соскобов. Для диагностики рака шейки матки мы применяем метод приготовления мазков путем взятия отделяемого с поверхности шейки матки тупым металлическим шпателем, собирая на шпатель отделяемое пораженного участка путем поверхностного соскоба.

Техника приготовления препарата. Предметные стекла, на которые наносят отделяемое, предварительно обрабатывают яичным белком, смешанным с глицерином, как это делают для приготовления гистологических препаратов. Каплю отделяемого размазывают на стекле ребром покровного стеклышка и как можно скорее (высыхание препарата денатурирует клетки, изменяя их вид и структуру) помещают препарат в фиксирующую жидкость; фиксатором служит смесь 96° спирта с эфиром (1 : 1). Метод окраски препаратов специальными патентованными красками по Папаниколау, широко рекламируемый в ряде стран, был нами проверен. Мы пришли к заключению, что никаких существенных преимуществ перед простой окраской гематоксилином он не имеет. При

окраске гематоксилином жидкостью, фиксирующей мазок, является формалиновый спирт (1 часть 40% раствора формалина и 3 части 70° спирта).

А. Я. Альтгаузен, Г. Л. Дерман и О. М. Носалевич рекомендуют микроскопическое исследование неокрашенных выделений (нативные препараты) из пораженных очагов шейки матки. Преимуществом этого метода является отсутствие деформации клеток, наблюдаемое при окраске препарата.

В мазках из выделений матки при раке часто обнаруживают не только отдельные клетки, дающие повод заподозрить злокачественную опухоль, но и характерные группы таких клеток, что является основным для диагностики. В мазке отчетливее можно произвести оценку клеточного, и особенно ядерного, полиморфизма, соотношения между ядром и цитоплазмой, структуры ядра, размеров ядрышек и т. д.

Кольпоскопия. Стремление распознать начальные формы рака, когда на влагалищной части шейки невооруженным глазом еще нельзя увидеть опухоль, привело к попытке обследовать слизистую шейки через увеличительную оптическую систему кольпоскопа (табл. XVIII, 3, 4). Этот прибор позволяет детально осмотреть слизистую влагалища и влагалищной части шейки матки при увеличении в 10—15 и более раз и выявить места, подозрительные на опухоль. Однако этот метод не получил широкого распространения, так как кольпоскопия требует большого опыта и отнимает много времени, что затрудняет ее широкое применения во время амбулаторных приемов и при профилактических осмотрах женщин. Кроме того, кольпоскопия не исключает необходимости биопсии в подозрительных случаях для установления окончательного диагноза (см. табл. I, II, III).

На основании литературных данных и собственных наблюдений мы должны признать, что кольпоскопия, особенно в сочетании с пробой Шиллера, является подсобным методом диагностики рака и предраковых состояний шейки матки. При помощи этого метода могут быть выявлены более отчетливо подозрительные места, которые подлежат биопсии. Систематическое применение кольпоскопии позволяет выявлять те или иные изменения на шейке матки еще в то время, когда невооруженному глазу она представляется неизменной. В частности, это касается лейкоплакий, которые бывают так малы, что при обычных методах исследования их легко можно не заметить, хотя этого рода изменения на слизистых половых органов встречаются не так уж редко.

В последние годы предложен другой оптический прибор — кольпомикроскоп, который позволяет, после соответствующей окраски, рассматривать поверхность ткани при увеличении в 200 раз. Широкого распространения этот метод исследования пока не получил.

Биопсия. Значение биопсии для диагностики рака очень велико и многообразно. Ценность биопсии как диагностического метода несомненна, потому что в начальных стадиях заболевания наличие опухоли в огромном большинстве случаев может быть установлено только микроскопическим исследованием вырезанных кусочков. Этот метод имеет и известное прогностическое значение в смысле оценки злокачественности процесса, степени инфицированности опухоли, реакции окружающей здоровой ткани.

Мы рекомендуем производить биопсию во всех подозрительных случаях; она может производиться даже амбулаторно. Только при беременности и при наличии воспалительных процессов в гениталиях мы направляем больных для предварительного обследования и биопсии в стационар.

Принимая во внимание, что при биопсии нередко удается обнаружить карциному у больных, клинически не вызывающих подозрения на рак, мы считаем необходимым рекомендовать производство биопсии во всех случаях длительно не заживающих эрозий.

Гистологическая диагностика уже развившегося рака (при технически правильно выполненной биопсии) обычно никаких затруднений не представляет; однако при просмотре препаратов, особенно полученных путем биопсии от больных с начальными формами рака, нужен определенный опыт, так как даже опытный патологоанатом иногда требует повторения биопсии.

Все это обязывает каждого лечащего врача всегда сопоставлять гистологический диагноз с клинической картиной биопсии.

Одновременно необходимо указать, что гистологическая структура опухоли без учета ряда других особенностей каждой больной не может являться сама по себе прогностическим признаком. Мы еще не имеем верных критериев, позволяющих нам на основании только гистологических данных ставить тот или иной прогноз.

Принимая во внимание, что исходным пунктом возникновения карциномы шейки матки может быть или эпидермальный эпителий или мюллеров эпителий, мы считаем правильным при классификации карцином шейки матки по генетическому признаку выделить две группы, а именно: карциномы эндодермального происхождения и карциномы из мюллерова эпителия.

Построенная на этом принципе классификация представляется нам в следующем виде:

1. Карцинома из эпидермального эпителия: а) рак ороговевающий (рис. 215); б) рак неороговевающий (рис. 216); в) рак низкодифференцированный (рис. 217).

2. Карцинома из мюллерова эпителия: а) аденокарцинома (рис. 218); б) железисто-солидная карцинома (рис. 219, 220).

В практике приходится встречать случаи, когда отнести опухоль в ту или иную группу на основании гистологической картины весьма затруднительно. Однако таковых раковых опухолей очень мало и определение группы в этих случаях значения не имеет.

В последние годы в особую группу стали выделять так называемую интраэпителиальную карциному (карцинома *in situ*), которая характеризуется разрастаниями атипического эпителия в поверхностных слоях без инвазии в подлежащую ткань (рис. 221, 222).

Не меньшее значение для клиницистов имеет правильно построенная клинико-анатомическая классификация рака шейки матки, в основу которой положены данные объективного исследования больных. В настоящее время такой общепринятой классификацией является предложенная в 1937 г. радиологической подкомиссией Ракового комитета гигиенической секции Лиги Наций классификация, согласно которой различают четыре стадии распространения опухолевого процесса.

I стадия (рис. 223, 224). Рак строго ограничен шейкой матки.

II стадия (рис. 225 а, б). 1. Рак инфильтрирует параметрий на одной или на обеих сторонах, не переходя на стенку таза (стадия II — параметральный вариант).

2. Рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю треть влагалища (стадия II — влагалищный вариант).

3. Рак эндоцервикальный, переходящий на тело матки (стадия II — маточный вариант).

III стадия (рис. 226 а, б, в). 1. Карциноматозная инфильтрация на

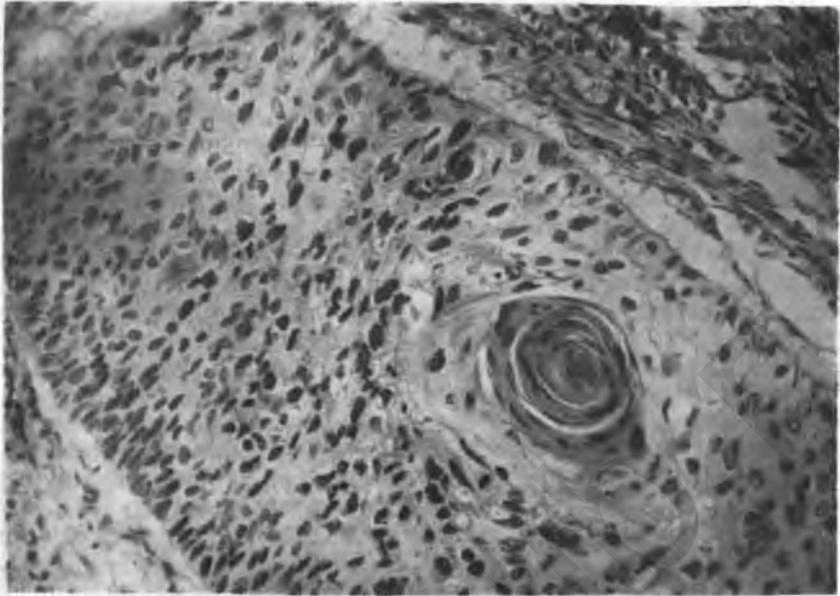


Рис. 215. Плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки
(А. И. Серебров)

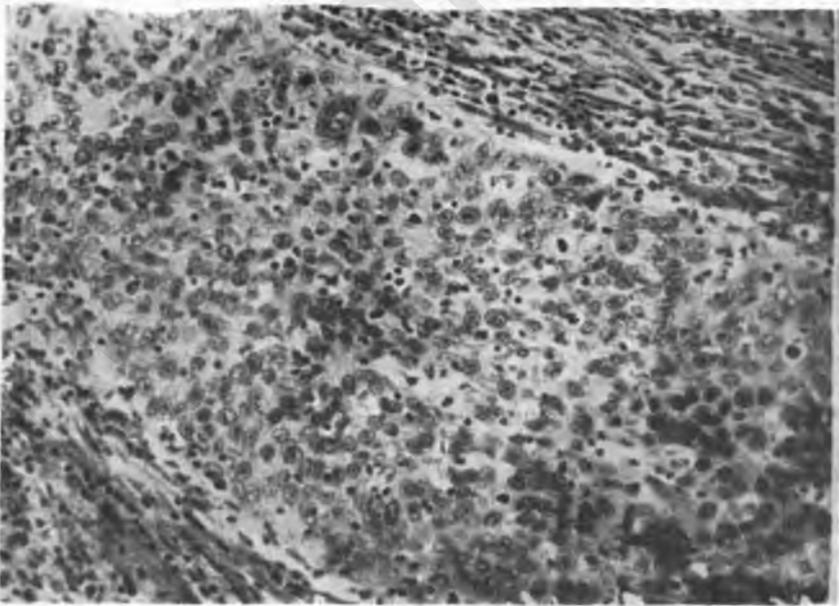


Рис. 216. Плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки
(А. И. Серебров).

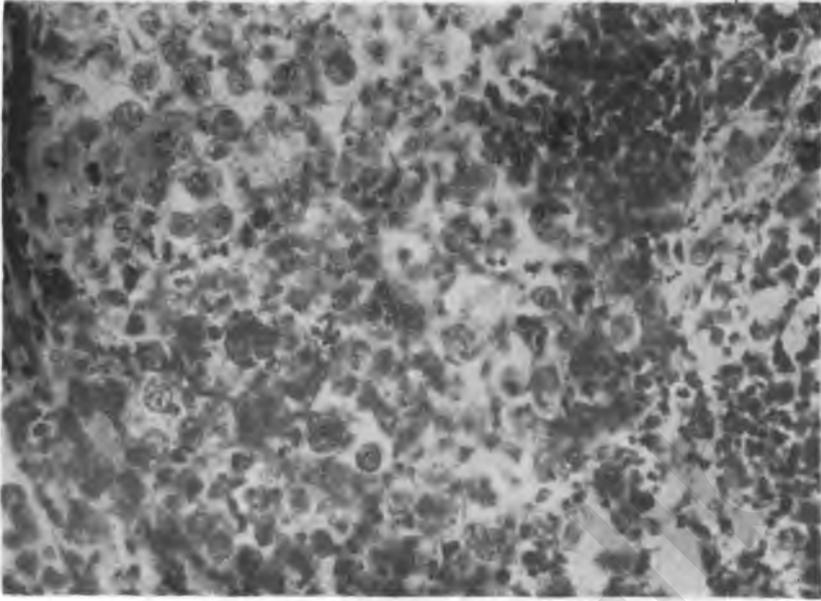


Рис. 217. Низкодифференцированный рак шейки матки (А. И. Серебров).

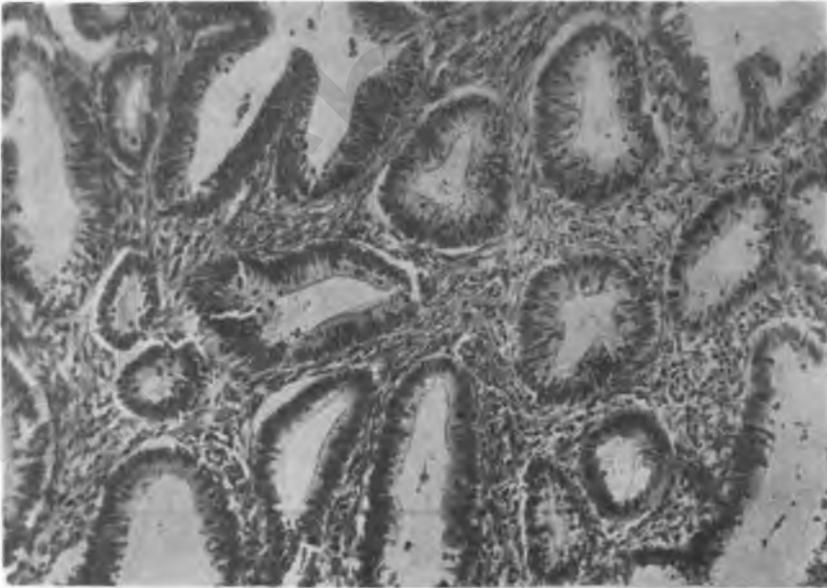


Рис. 218. Аденокарцинома шейки матки (А. И. Серебров).

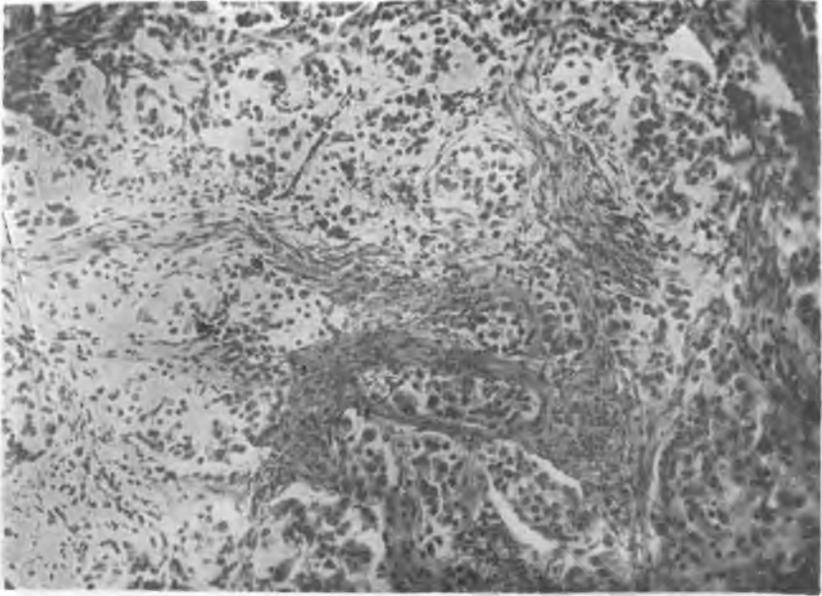


Рис. 219. Железисто-солидный рак шейки матки. Малое увеличение (А. И. Серебров).

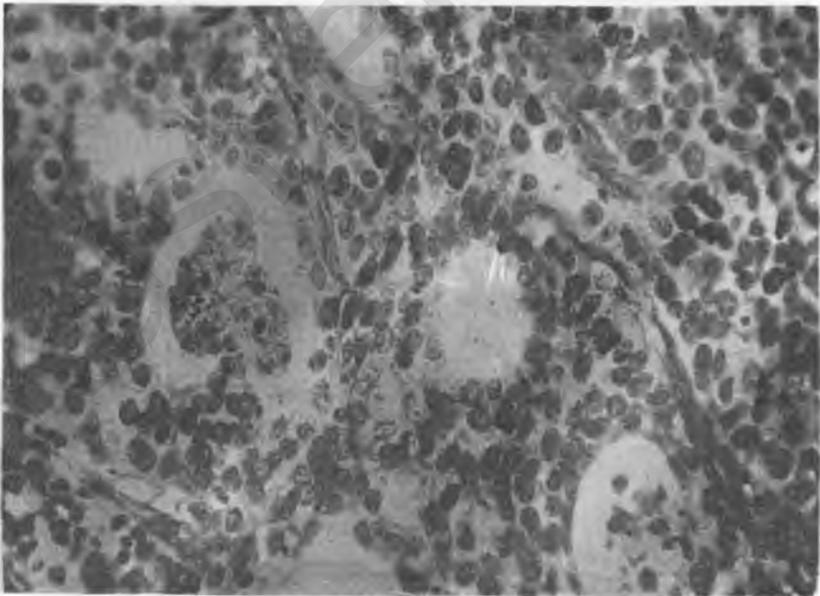


Рис. 220. То же. Большое увеличение.



Рис. 221. Интраэпителиальный рак шейки матки
(А. И. Серебров).

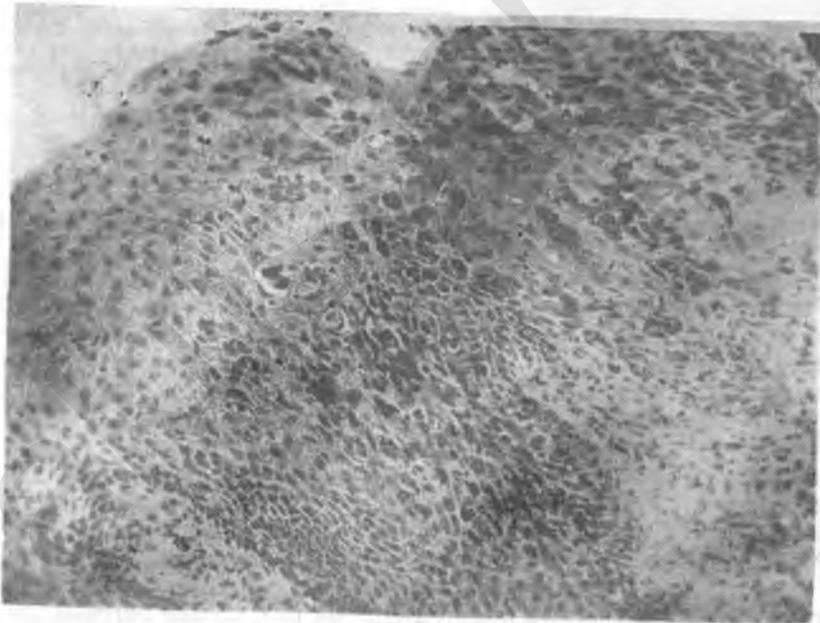


Рис. 222. Атипичный эпителий, митозы.

одной или на обеих сторонах перешла на стенку таза. При ректальном исследовании нет свободного от рака промежутка между опухолью и стенкой таза (стадия III — параметральный вариант).

2. Рак переходит на нижнюю треть влагалища (стадия III — влагалищный вариант).

3. Изолированные метастазы прощупываются у стенки таза при относительно малом первичном раке шейки матки (стадия III — изолированные тазовые метастазы).



Рис. 223. Раковая язва передней губы шейки матки (Келли).

IV стадия (рис. 227, 228). Рак переходит на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища (стадия IV — мочевой пузырь).

2. Рак переходит на прямую кишку (стадия IV — rectum).

3. Рак переходит за границу малого таза (вне входа во влагалище, над входом в таз, дистальные метастазы).

Примечания. 1. При установлении стадии ничего, кроме фактов, выявленных исследованием, не следует принимать во внимание. 2. Стадия заболевания устанавливается до начала лечения и остается на время лечения. 3. При сомнении, к какой стадии следует отнести заболевание, нужно брать более раннюю. 4. Наличие в том или ином случае двух или более условий, характеризующих какую-нибудь определенную стадию, не должно влиять на установление стадии.

Дифференциальная диагностика

Дифференцировать рак шейки матки нужно со следующими заболеваниями.

Саркома шейки матки. Встречается крайне редко.

Гораздо чаще к неправильному диагнозу дают повод распадающиеся полипы и миомы, принимаемые за рак. Легче ориентироваться, если миома имеет вид полипа на ножке, которую легко определить пальцем, введенным в расширенный цервикальный канал. Впрочем, отсутствие злокачественного превращения такого полипа может быть установлено только гистологическим исследованием.

Из других образований на шейке матки повод к неправильному диагнозу могут дать аденоматозные разрастания (доброкачественные аденомы, кондиломы и так называемые децидуомы).

Аденомы, которые относятся к доброкачественным эпителиальным гиперплазиям, на шейке матки бывают редко. Хотя последняя в таких случаях имеет весьма подозрительный вид, но при ощупывании не определяется характерного затвердения. Окончательный диагноз устанавливают биопсией, которая в таких случаях является обязательной.

Остроконечные кондиломы чаще всего развиваются на слизистой влагалища и на коже наружных половых органов и иногда распространяются на слизистую влагалищной части шейки матки. Они имеют характерный вид, мягкий на ощупь, обычно сопровождаются гной-

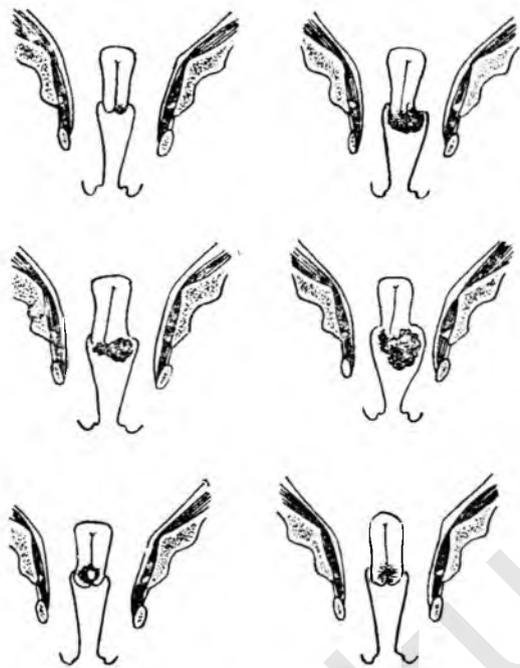


Рис. 224. Рак шейки матки. I стадия (схема)

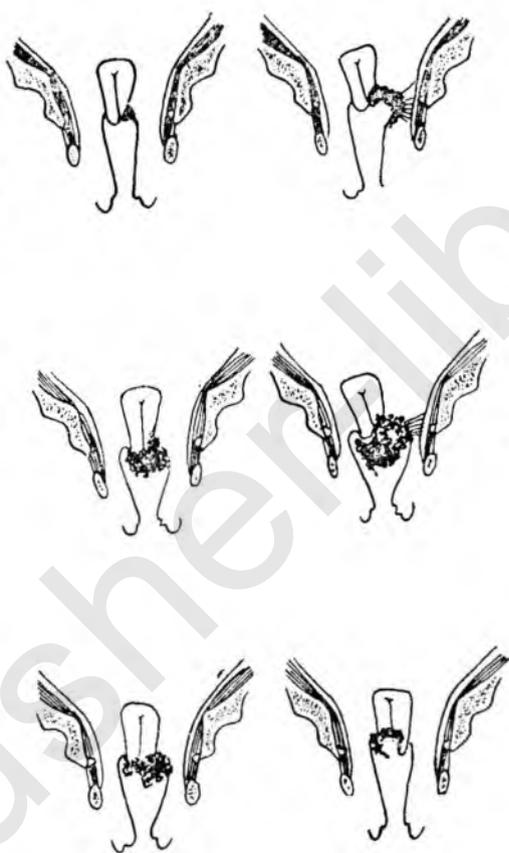


Рис. 225а. Рак шейки матки. II стадия (схема).

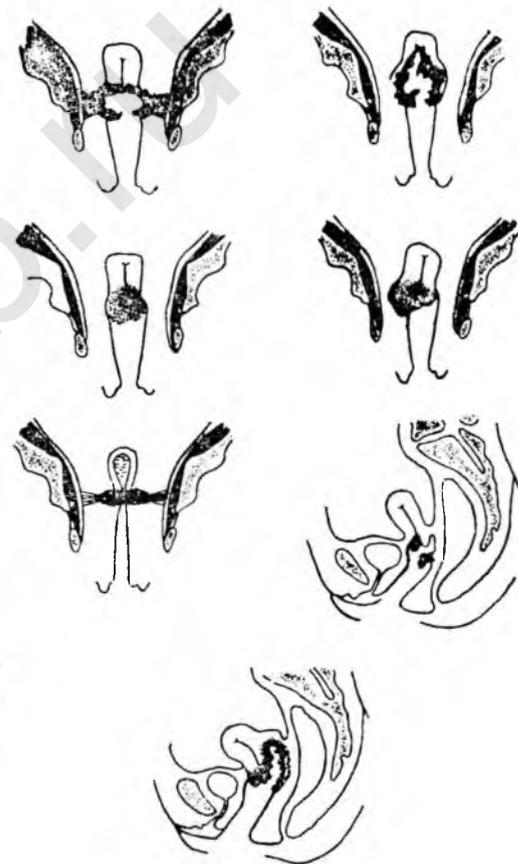


Рис. 225б. То же.

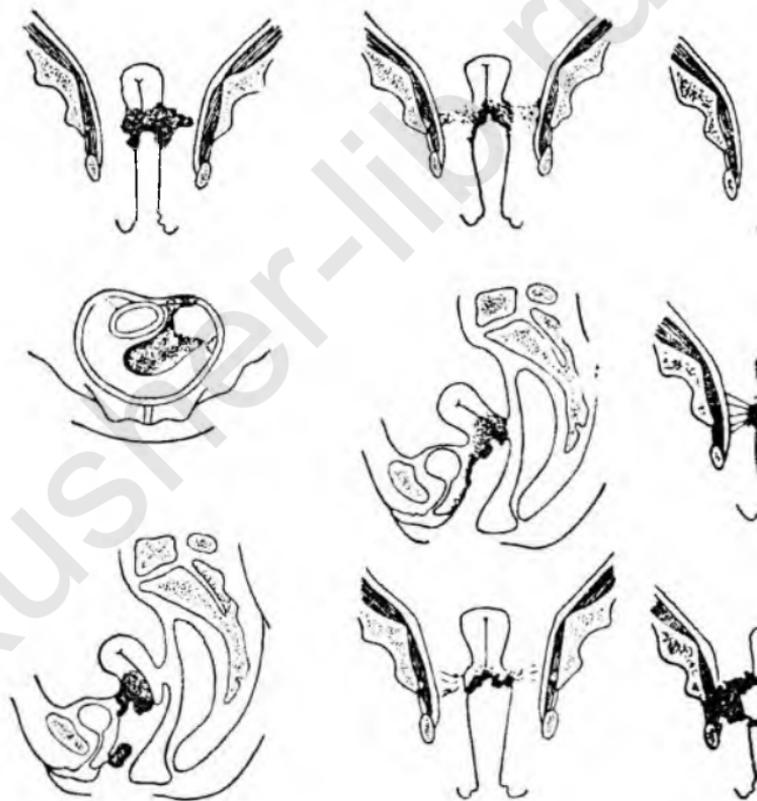


Рис. 226а. Рак шейки матки. III стадия (схема).

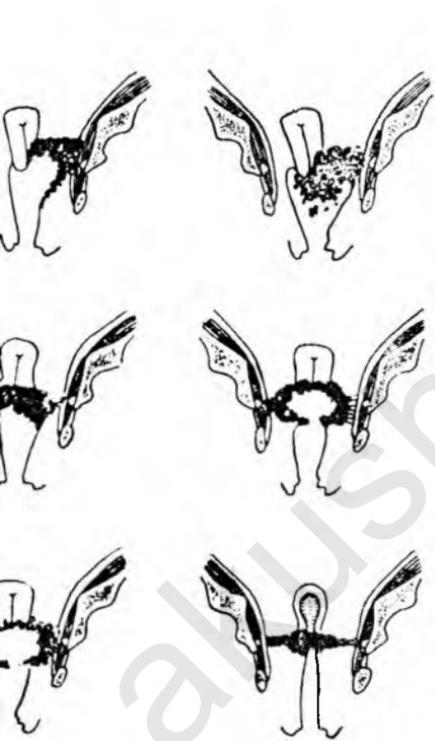


Рис. 226б. То же.



Рис. 226в. То же.

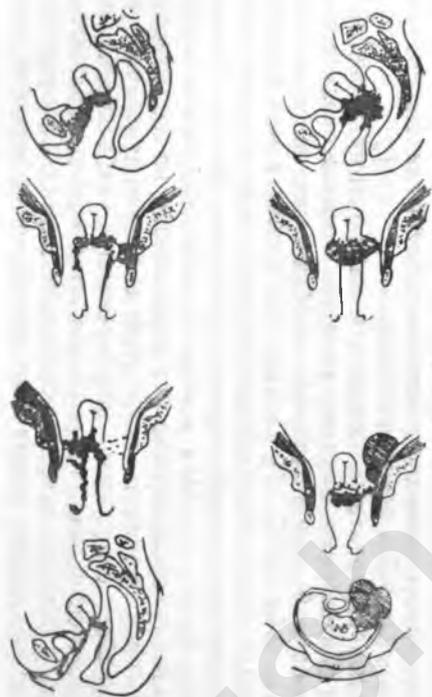


Рис. 227. Рақ шейки матки. IV стадия (схема).



Рис. 228. Запущенная форма рака шейки матки с переходом на тело матки, мочевой пузырь и влагалище (Вейбель).

ными выделениями (особенно при наличии гонорей). Злокачественное превращение наступает редко.

Децидуома (или децидуальная реакция на влагалищной части матки), описанная К. П. Улезко-Строгановой, отмечается исключительно редко и поэтому не имеет практического значения.

Рак шейки матки следует дифференцировать также с эндометриозом шейки. Подобная локализация эндометриоза, согласно литературным данным, наблюдается чрезвычайно редко.

Твердый шанкр (см. табл. XVII, 4) шейки матки также очень похож на начальную форму рака, но встречается редко. В нашей литературе имеются лишь единичные сообщения о подобной локализации твердого шанкра. Твердый шанкр чаще располагается по отношению к маточному зеву эксцентрично, хотя не исключена возможность образования сифилитической язвы в виде эрозии, кольцевидно окружающей маточный зев. Характерными признаками сифилитического поражения шейки матки являются: округлая правильной формы язва с гладким «сальным» дном; резко ограниченная «пергаментная» плотность язвы. Регионарный склераденит, вторичные сифилитические явления, нахождение спирохет в отделяемом язвы, положительная реакция Вассермана подтверждают диагноз заболевания. В сомнительных случаях необходима биопсия.

Туберкулез шейки матки встречается тоже очень редко. К. П. Улезко-Строганова указывает, что туберкулез влагалищной части шейки комбинируется с туберкулезом лежащих выше отделов матки и труб, откуда он и происходит. Обычно туберкулез шейки матки описывают как язву с подрытыми краями и неровным дном; по периферии и на дне язвы заметны сероватые узелки (неизъязвившиеся бугорки). У двух больных, бывших под нашим наблюдением, туберкулез шейки матки проявлялся в виде поверхностных эрозий, отличающихся от обычной эрозии своеобразной мелкой крапчатостью желтоватого цвета; у третьей больной были крупноскладчатые, мягкие на ощупь полипозные разрастания, местами с поверхностными изъязвлениями. Кровоточивость у всех трех больных была незначительная.

Как показывает практика, поводом к ошибочному диагнозу рака шейки матки в некоторых случаях является большое количество кистозных образований (*ovula Nabothi*), особенно на фоне обширного эктропиона (см. табл. XVIII, 5). Однако при исследовании пальцем эти мелкие кистозные образования прощупываются в виде гладких бугорков и не дают ощущения сплошной инфильтрации ткани, как это бывает при раке (см. табл. XVIII, 6). При осмотре с помощью зеркал отчетливо видны небольшие бугорки, обычно без изъязвления на их поверхности. Если такой бугорок проколоть, то из него вытекает прозрачная слизь.

Таким образом, если врач, дифференцируя заболевание, всегда помнит о возможности рака, то он не выпустит из-под наблюдения ни одной больной, у которой имеется подозрение на рак. При настойчивости в большинстве случаев может быть поставлен правильный диагноз.

Лечение

Можно считать твердо установленным, что без применения лучистой энергии лечение при раке матки проводить нельзя и что для большинства больных этот метод лечения является единственно рациональным. Вопрос об оперативном лечении больной (до или после лечения лучистой энергией) следует решать в зависимости от специальных пока-

заний и ряда условий. Таким образом, оперативный и лучевой методы лечения не являются конкурирующими, сочетание же этих методов является необходимым и наиболее эффективным.

Можно считать доказанным, что даже в начальной стадии болезни применение одной только операции без последующей лучевой терапии менее эффективно, чем в сочетании с ней. Лучевой и оперативно-лучевой методы лечения имеют каждый свои особые показания. С нашей точки зрения, оперативному лечению с последующей лучевой терапией безусловно подлежат следующие категории больных:

1. Больные в возрасте до 30—35 лет, когда рак шейки матки протекает особенно злокачественно и плохо поддается лучевому лечению. Кроме этого, лучевая терапия (особенно у перожавших) нередко ведет к стенозам и стриктурам влагалища. Последующая половая жизнь в этих случаях сопровождается постоянной травмой слизистой оболочки влагалища с образованием эскориаций, язв и возникновением местных воспалительных процессов (кольпитов). У таких больных выгоднее оперативное вмешательство с последующей рентгенотерапией.

2. Больные с нечувствительными к рентгеновым лучам формами рака. Особенно подозрительны в этом отношении аденокарциномы.

3. Больные в I стадии болезни с рецидивами после лучевой терапии.

4. Больные, которым технически невозможно применять радий (уродства, атрофии, стенозы влагалища, атрезии).

5. Больные раком шейки матки в сочетании с опухолями придатков.

Спорным является вопрос лечения в тех случаях, когда рак шейки матки сочетается с хроническим сальпингооофоритом. Мы предпочитаем оперировать, находя, что выгоднее удалить такие придатки, чем рисковать обострением процесса при лучевом лечении и тем самым лишить больную иногда на длительный срок возможности и оперативного и лучевого лечения. Некоторые клиницисты при сочетании рака шейки матки с хроническим сальпингитом рекомендуют производить сальпингэктомию, а через три недели после операции лечить первичный очаг радием. Едва ли можно признать такую методику рациональной. В каждом случае, конечно, нужна строгая индивидуализация.

Оперативно-лучевая терапия возможна в различных вариантах.

1. Чревосечение и пунктура опухоли радиевыми иглами. Судя по литературным данным, этот метод лечения себя не оправдал. В настоящее время имеются предложения вместо радиевых игл пользоваться нейлоновыми нитями, в которые вплетаются радиоактивные изотопы с коротким периодом полураспада. Такими нитями обвиваются опухолевые инфильтраты малого таза.

2. Радиевая терапия и последующая гистерэктомия. Такая методика большинством клиницистов применяется при отсутствии уверенности в том, что где-нибудь в глубине не осталось раковых гнезд, которые при операции могут быть удалены, а это повышает эффективность лечения.

После лучевой терапии оперативное вмешательство показано, когда опухоль оказалась нечувствительной к радию или быстро наступил рецидив. Конечно, при всех этих условиях опухоль должна быть доступной оперативному вмешательству.

Предварительное лечение лучистой энергией всех больных, намеренных к оперативному вмешательству, с целью улучшить непосредственные результаты операции (смертность, осложнения) нам кажется нецелесообразным.

3. Оперативное вмешательство и последующая лучевая терапия (радиевая терапия и рентгенотерапия).

Применение послеоперационной рентгенотерапии в настоящее время не вызывает никаких споров, и целесообразность этого мероприятия не подлежит сомнению.

Излагаем примерную схему лечения рака шейки матки. Большинство клиницистов пользуются фракционированным методом облучения. Этот метод в основном состоит в том, что два-три радиевых препарата (содержащие по 10 мг радия или равноценное количество радиоактивного кобальта) вводят во влагалище, в цервикальный канал и полость матки.

Продолжительность сеанса радиевой терапии — 45 часов, после чего делают перерыв на два-три дня, в течение которых больная подвергается рентгеновскому облучению. Весь курс лечения состоит из семи-восьми сеансов и продолжается в среднем 30—40 дней. Дозы в указанных ниже точках (зонах) таза в зависимости от различного размещения радиевых препаратов будут не одинаковы. Например, если радиевые препараты прикладывают непосредственно к шейке матки, то доза в точке В составит 37% дозы, полученной в точке А, а при внутриматочном применении доза в точке В будет составлять всего лишь 16% дозы в точке А (см. ч. III, гл. 7 «Кюритерапия»).

Лечение радием при раке шейки матки в основном проводится следующими способами:

1. Введение радиевых препаратов во влагалище: а) прикладывание радия непосредственно к опухоли на шейке матки; б) введение радия в боковые своды влагалища.
2. Введение радия в цервикальный канал и в полость матки.
3. Одновременное введение радия в полость матки и во влагалище по одному из указанных выше вариантов.

При осуществлении указанных способов применения радия доза в точке А варьирует в пределах 6000—10 000 *r*.

Доза в точке В при применении различных способов аппликации радия варьирует в пределах 1500, максимум — 2500 *r*, не больше. Поэтому недостающую дозу у стенок таза восполняют, подвергая область параметриев рентгеновскому облучению. Рентгенотерапия осуществляется по следующей схеме.

Аппарат РУМ-3. Напряжение (на столике) 220 kV, максимальное 190 kV, сила тока 20 mA.

При фильтре 0,5 мм Си + 1 мм Аl, HWS 0,95 с дистанции 30 см при величине поля 10 × 15 см: мощность дозы на поверхности тела 60 *r/мин.*, глубинная доза 28%.

При фильтре 1 мм Си + 1 мм Аl, HWS 1,30 с дистанции 40 см при поле 10 × 15 см: мощность дозы на поверхности тела 23 *r/мин.*, глубинная доза 32%. При тех же условиях при поле 8 × 10 см мощность дозы на поверхности тела 21,3 *r/мин.*, на глубине 10 см — 27%.

Ежедневно дается по два поля (по 12 минут каждое) — 255 *r* на кожу, всего на каждое поле (на кожу) по 3000—3500 *r*; на все 4 поля 12 000—14 000 *r*. Курс лечения продолжается четыре-пять недель.

В благоприятных случаях к концу лечения опухоль исчезает. Если же этого не происходит, то дальнейшие попытки лучевого лечения должны быть оставлены во избежание тяжелых осложнений.

Как правило, к концу лечения наблюдаются явления сухого дерматита, заканчивающегося слущиванием поверхностных слоев эпидермиса, причем в дальнейшем кожа на облученных местах пигментируется.

Появление экссудативного дерматита является сигналом к прекращению облучения данного поля.

Если развиваются резко выраженные симптомы цистита или ректита, то нужно попробовать изменить методику лечения, а при резко

выраженных явлениях иногда приходится отказаться от продолжения лечения во избежание тяжелых осложнений.

Отдаленные результаты лечения рака шейки матки за последнее десятилетие улучшаются. Во многом эти успехи связаны с усовершенствованием методики лучевой терапии. Бесспорно сказывается на эффективности лечения также широкое применение антибиотиков, благодаря чему резко уменьшилось количество осложнений в процессе лучевого лечения. Это позволяет проводить лечение без длительных перерывов, которые обуславливаются присоединяющимися осложнениями, а следовательно, без нарушения ритма облучения.

Отдаленные результаты лечения больных раком шейки матки в настоящее время видны из табл. 9.

Паллиативные методы терапии. Паллиативная терапия в основном бывает направлена на устранение тех или иных симптомов.

Из различных методов, применяемых при запущенных формах рака, в амбулаторной практике мы широко пользуемся аутогемотерапией. Из медикаментозных средств применяем кальций и магний. Так как в запущенных случаях рака имеется обычно гипокальциемия, следует применять 5% раствор хлористого кальция (по две столовых ложки в день), что способствует, кроме того, уменьшению кровотечений. Сернокислый магний (5% раствор, по две-три столовых ложки в день) при систематическом приеме регулирует стул. Кроме того, имеются наблюдения, указывающие на то, что магний задерживает рост опухоли, усиливает эффект применяемых наркотиков.

Чтобы устранить запах, обусловленный ихорозным распадом опухоли, больным назначают дезодорирующие и слабодезинфицирующие спринцевания (марганцовокалиевая соль, формалин).

Вторичная анемия на почве длительных кровотечений или однократных обильных кровопотерь нередка при раке шейки матки. Иногда кровотечение удается остановить, применяя обычные в таких случаях средства (тампонада, внутривенное введение хлористого кальция, переливание крови); в некоторых же случаях эти мероприятия оказываются недейственными.

Резкая анемия иногда является единственным противопоказанием к применению радикального лечения. В таких случаях показана перевязка обеих подчревных артерий. Эта операция технически проста, если только нет опухолевой инфильтрации параметрия в месте прохождения артерии, что может иногда представить непреодолимые трудности при ее перевязке. Даже в запущенных случаях больные обычно переносят эту операцию легко, однако бывают и летальные исходы, причиной которых чаще всего является перитонит, вызванный, очевидно, попаданием инфекции в брюшную полость из инфицированного параметрия.

Когда рак шейки матки переходит в запущенную стадию, появляется самый тягостный симптом — боль. Для устранения или облегчения мучительных болей предложен ряд мероприятий, которые могут быть разделены на две группы: 1) медикаментозное лечение и 2) хирургическое лечение.

Медикаментозное обезболивание сводится к назначе-

Таблица 9

Отдаленные результаты радикального лечения (оперативного и лучевого) рака шейки матки (в процентах к числу выписавшихся)

Стадия	Здоровы на протяжении 5 лет и более (в %)
I	70—80
II	40—45
III	25—30
IV	1—5

нию общеизвестных наркотических средств; но здесь не может быть шаблона в применении тех или иных медикаментов.

При раке шейки матки боли могут быть обусловлены различными причинами: 1) сдавлением или вовлечением в опухолевый процесс симпатических тазовых нервов; 2) невралгиями воспалительного характера; 3) стенозом мочеточников на почве сдавления их опухолевыми инфильтратами; 4) метастазами в позвоночник (сакрально-люмбальные метастазы).

В ряде случаев (при воспалительных невралгиях) помогают салицилаты, пирамидон, антипирин в течение продолжительного времени. Мы всегда начинаем с более слабых наркотиков (кодеин, белладонна) и по мере привыкания в них добавляем более сильно действующие (морфин, пантопон). Часто мы пользуемся морфином в такой прописи:

Inf. rad. Valerianae 10,0 : 200,0

Morphini muriatici 0,1—0,15.

T-rae Belladonnae 4,0 (!)

MDS. По одной столовой ложке два-три раза в день.

Из других медикаментозных методов лечения заслуживают внимания впрыскивания спирта с целью блокады симпатических нервов. Предлагались различные методы применения спирта. Ридинг (Reding) рекомендовал трансакральную инфльтрацию спиртом, вводя через foramen sacralis от 5 до 10 мл спирта. Метод этот не нашел последователей. Фирей (Ferey) производил инъекции спирта в окружности опухоли и в ее толщу. После кратковременного периода усиления болей («алкогольные боли»), по утверждению автора, боли исчезают на продолжительный срок. Насколько нам известно, этот метод при раке шейки матки тоже никем больше не применялся. Турш (Thursz) вводил больным, страдающим от болей, сначала 2—5 мл абсолютного спирта (внутривенно), затем начал применять 0,5—2 мл 33% спирта на 1 кг веса больной. Гораздо эффективнее оказался предложенный в 1930 г. метод Долиотти — введение спирта в спинномозговой канал путем люмбальной пункции.

Больная укладывается на твердую каталку на бок таким образом, чтобы та сторона, на которой ощущаются боли, была обращена кверху. Под таз подкладывается валик высотой в 20—25 см для того, чтобы поднять пояснично-крестцовую область позвоночника. Спина сгибается возможно больше, и больная всем корпусом поворачивается несколько вентрально. Голова лежит без подушки, ибо она должна находиться на самом низком уровне по отношению к позвоночнику. При таком положении больной задние (чувствительные) корешки, являющиеся объектом действия спирта, находятся в наивысшей точке. Вслед за этим тонкой длинной иглой производится прокол между IV и V (можно и между III и IV) поясничными позвонками. Получив несколько капель чистой спинномозговой жидкости, соединяют однограммовый шприц Рекорда, в котором находится абсолютный спирт, с иглой и начинают медленно вводить спирт с таким расчетом, чтобы 0,5 мл спирта было введено в течение четырех-пяти минут.

Так как удельный вес спирта равен 0,806, а удельный вес спинномозговой жидкости — 1,007, то спирт, введенный в субарахноидальное пространство, в силу более легкого удельного веса будет находиться на поверхности жидкости и будет омывать задние чувствительные корешки. Поэтому, чтобы обеспечить проникновение спирта именно к этим корешкам, а не куда-либо в другое место, что может вызвать различные осложнения, не рекомендуется после соединения шприца с иглой наса-

сывать в шприц спинномозговую жидкость и смешивать ее со спиртом. По окончании введения спирта больная должна находиться в приданном ей положении в течение часа, после чего ее переносят в постель, где она должна лежать в горизонтальном положении без подушки еще в течение двух часов. Долиотти указывает, что 95° спирт, а равно и абсолютный, можно вводить в количестве 0,2—0,8 мл в зависимости от интенсивности болей.

К хирургическим методам обезболивания нужно отнести резекцию или перерезку пресакральных нервов и хордотомию. Первая операция применима только в тех случаях, когда инфильтраты не препятствуют подходу к указанным нервам; поэтому операцию следует предпринимать возможно раньше. При болях, обусловленных поражением *plexus sacralis*, а также сдавлением мочеточников и расстройством функции почек, операция эффекта не дает.

Операция хордотомии — рассечение передне-бокового пучка Говерса в спинном мозгу на уровне пятого грудного сегмента — является более сложным хирургическим вмешательством, требующим умения оперировать на нервной системе и специального инструментария. Первичную операционную летальность после хордотомии нужно признать высокой — от 6 до 25%. Нередко наблюдаются при этой операции осложнения в виде парезов и параличей нижних конечностей.

Карцинома шейки матки *in situ*

В последние годы в ранней диагностике рака шейки матки произошли некоторые сдвиги в благоприятную сторону. Этому способствовала разработка вопроса о так называемой преинвазивной стадии рака, или, как ее принято называть, «*carcinoma in situ*».

Под термином «*carcinoma in situ*» понимается морфологически злокачественный процесс эпителия шейки матки, однако без прорастания в соседние ткани (без инвазии), поэтому не без основания некоторые называют эту форму «интраэпителиальный рак». Рак шейки матки *in situ* обычно возникает в плоском эпителии, у места стыка его с цилиндрическим и отличается рядом особенностей, свойственным злокачественным опухолям. Поэтому большинство авторов рак *in situ* относит к начальным стадиям истинного рака. Обобщая имеющиеся по этому вопросу данные, можно привести следующие наиболее важные обоснования этого мнения.

1. При исследовании серийных гистологических срезов тканей при раке *in situ* в значительном числе случаев удается обнаружить начальную стадию инфильтративного роста.

2. При исследовании срезов инфильтрирующего рака, взятых вдоль всей шейки или всей губы шейки, в слизистой, находящейся за пределами инфильтрирующего роста, зачастую наблюдается рак *in situ*.

3. Частота рака *in situ* соответствует частоте инвазивного рака шейки матки.

4. Средний возраст больных раком *in situ* на несколько лет (в среднем 8—10) меньше возраста больных инвазивным раком.

5. В литературе описано более 40 случаев перехода рака шейки матки *in situ* в инвазивный рак в сроки от 11 месяцев до 17 лет, и число подобных случаев неуклонно растет.

Морфологическая характеристика рака *in situ* большинством авторов дается в следующем виде. Прежде всего наблюдаются типичные изменения в клетках всех слоев эпителия, которые состоят в нарушении расположения клеток правильными слоями, в потере ими полярности, в

гиперхроматозе ядра, в ненормальном соотношении между ядром и цитоплазмой, в уменьшении количества митозов с атипичными формами; часто наблюдаются выраженные изменения формы и размера ядра. Такой измененный эпителий внедряется в железистый слой, иногда полностью замещая его, но никогда не прорывая базальной мембраны (Гусберг; Gusberg).

На приведенных выше микрофотографиях представлены микроскопические картины рака шейки матки *in situ* (интраэпителиальный рак) (см. рис. 221) и различные изменения в эпителии шейки матки, которые можно расценивать как предстadium интраэпителиального рака (см. рис. 222).

Длительность существования рака *in situ* до его обнаружения остается неизвестной. Длительное наблюдение клиницистов за больными с нелеченной карциномой *in situ* показало, что ее развитие может протекать следующим образом: 1) она может переходить в стадию инфильтрации (т. е. в типичный инвазивный рак); 2) длительное время она может оставаться без изменения; 3) может самопроизвольно исчезать. Поэтому правильнее считать, что рак *in situ* — понятие не только морфологическое, а клиничко-морфологическое, и окончательное решение вопроса о характере процесса и о методах лечения этого вида рака должно оставаться за клиницистами.

Выявляется рак *in situ* в большинстве случаев путем исследования вагинальных мазков, взятых у женщин при амбулаторном исследовании. Чаще всего он выявляется у женщин, имеющих те или иные патологические процессы в шейке матки (эрозии, эндоцервициты, лейкоплакии).

По вопросу о лечении рака *in situ* существуют разногласия. Некоторые авторы считают показанной тотальную экстирпацию матки с иссечением слизистой влагалища на протяжении 1 см; яичники удаляют у больных только старше 50 лет. В исключительных случаях, например у молодых женщин, можно производить диатермокоагуляцию или конизацию шейки, но при этом необходимо предупредить больную об угрожающей ей опасности и получить от нее согласие на регулярные осмотры, во время которых необходимо брать мазки из влагалища и производить биопсию при наличии подозрительных участков на шейке матки. Кюритерапия при лечении рака *in situ* представляет хорошее средство, но может применяться только у больных, для которых кастрация не служит препятствием к лечению.

Принимая во внимание, что диагноз карциномы *in situ* особенно труден при беременности, когда за рак *in situ* могут быть приняты изменения в эпителиальной ткани, обусловленные гормональными влияниями, рекомендуют в этих случаях ограничиваться консервативным лечением. Однако за такими больными необходимо вести наблюдение как во время, так и после беременности, с непрерывным систематическим исследованием влагалищных мазков и производством при надобности биопсии.

Имея пока небольшой личный опыт в диагностике и лечении рака шейки матки *in situ*, мы считаем необходимым присоединиться к мнению тех клиницистов, которые рак *in situ* считают истинной опухолью. Поэтому такого рода больные должны подвергаться радикальным методам лечения.

Объем оперативных вмешательств или методы лучевой терапии должны в каждом отдельном случае индивидуализироваться, так же как и при инвазивном раке, в зависимости от сопутствующих условий, предусмотреть которые заранее трудно.

Хотя неизбежность перехода рака *in situ* в инвазивный рак остается недоказанной и, наоборот, имеются достоверные наблюдения самопроизвольного регресса этого процесса, предугадать который невозможно, необходимо приступать к лечению рака *in situ* в ближайшее время после его обнаружения, что дает, по мнению большинства авторов, стопроцентный успех.

Само собой разумеется, что диагноз должен быть бесспорным, тем более, что при этой форме рака для постановки диагноза времени более чем достаточно, так как в большинстве случаев поражение долгое время не достигает инвазивной стадии.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Статистика

Рак тела матки встречается значительно реже, чем рак шейки. Однако нужно иметь в виду, что цифры частоты рака тела матки, полученные на основании разборов материалов лечебных учреждений, не являются действительными: фактически эти цифры более значительны. Находясь в замкнутом пространстве, рак тела матки представляет большие трудности для диагностики, чем рак шейки матки. Скрыто протекающих форм рака тела матки также, безусловно, больше, ибо, как известно, пути для его распространения менее благоприятны, чем при раке шейки матки, что и обуславливает более медленное и менее злокачественное течение рака тела матки. Поэтому нередко рак тела матки является «случайной находкой» при аутопсии пожилых женщин, умерших от какой-либо другой болезни.

Рак тела матки считается болезнью старческого возраста. Действительно, наибольшая частота заболевания, как это отмечается большинством авторов, падает на возраст от 50 до 60 лет; у женщин до 40 лет рак тела матки встречается очень редко.

Число многорожавших среди больных раком тела матки значительно меньше, чем среди больных раком шейки матки.

По литературным данным, процент рака тела матки у женщин, не имевших беременности, колеблется то 11,5 до 24 по отношению к общему числу бесплодных.

Этиология и патогенез

Касаясь вопросов этиологии и патогенеза рака тела матки, большинство авторов подчеркивает особую роль эстрогенов. В доказательство приводят следующие клинически установленные факты.

1. Большинство болеющих раком эндометрия — женщины, у которых менструальная функция заканчивается поздно (в среднем в 49—50 лет).

2. Рак эндометрия часто сочетается с фибромиомой матки, в возникновении которой, как известно, большую роль играют гормональные нарушения в сторону усиленной продукции в организме эстрогенов.

3. Рак эндометрия нередко сочетается с феминизирующими опухолями яичников; сочетание гиперплазии и аденокарциномы эндометрия при феминизирующих опухолях яичника наблюдается в 15—20% случаев.

4. Значение эстрогенов в этиологии рака эндометрия подтверждается также случаями возникновения рака после длительного применения

эстрогенов с лечебными целями во время менопаузы. В противовес сказанному отмечается, что рак матки очень редко наблюдается у женщин, которые по тем или иным причинам подверглись кастрации, а также у женщин, у которых имеется резко выраженная атрофия вульвы, вагины и молочных желез на почве отсутствия эстрогенов.

Роль эстрогенов в возникновении карциномы эндометрия нужно рассматривать не только с точки зрения их избытка в организме, ибо избыток таковых может быть относительным и зависеть не от повышенной продукции эстрогенов в организме, а от других причин.

В настоящее время не подлежит сомнению, что в поддержании нормального баланса половых гормонов важную роль играет печень. Печень не только разрушает половые гормоны, но и оказывает влияние на их активность. Высказывается предположение, что увеличение эстрогенов при раке женских половых органов определяется функциональной неполноценностью печени, которая в нормальных условиях разрушает избыток эстрогенов. При недостатке витаминов группы В печень утрачивает эту способность, в результате чего эстрогены и могут накапливаться в избытке в организме. Т. Д. Махмурьян сравнивала содержание активной каталазы (фермента, играющего важную роль в обезвреживающей деятельности печени) в пунктатах из печени и в сыворотке крови. При этом она обнаружила у 34 женщин с запущенными стадиями рака половых органов и у 4 с незапущенным раком, что активность каталазы печени была заметно понижена по сравнению с каталазой печени и крови здоровых людей. При благоприятном эффекте лучевой терапии активность каталазы в пунктате печени восстанавливается.

Не без влияния остается нарушение нормального баланса в смысле взаимоотношений между эстрогенами и андрогенами, которые вырабатываются, как известно, и в женском организме. Многочисленные данные показывают, что состояние эпителия половых органов определяется не столько одним каким-либо гормоном (мужским или женским), сколько количественными и функциональными взаимоотношениями этих гормонов. На указанное взаимоотношение может также влиять общее состояние организма, степень его реактивности и особенно полового эпителия. Значительное влияние на гормональную активность оказывает, по-видимому, питание и, главным образом, наличие в пище витаминов, особенно группы В.

Избыточный вес, запаздывание в наступлении менопаузы, стерильность, склонность к диабету, которые часто наблюдаются у женщин, страдающих раком тела матки, — все это указывает на нарушение эндокринного равновесия у этой категории больных.

Развитие карциномы эндометрия на фоне таких гиперпластических процессов слизистой оболочки матки, как «железистая гиперплазия» и «эндометриальные полипы», дисгормональная природа которых теперь может считаться общепризнанной, также подтверждает роль эндокринных расстройств в этиопатогенезе рака тела матки.

Экспериментальная онкология также подтверждает роль гормонов в этиологии рака эндометрия:

- 1) при помощи эстрогенов удается вызвать опухолевый рост в различных органах;

- 2) опухоли этого рода возникают не вследствие временного перенасыщения организма эстрогенами, а под влиянием их непрерывного и продолжительного воздействия;

- 3) для того, чтобы при помощи эстрогенов получить новообразование определенной локализации, следует производить опыты с живыми определенными видами или даже определенной линии.

Приведенные данные во всем согласуются с клиническими наблюдениями. Как явствует из изложенного выше, у человека опухоли возникают лишь в тех случаях, когда свойственный здоровому организму ритм выделения эстрогена нарушен, что приводит к непрерывному выделению хотя бы небольших количеств эстрогена (феминизирующие опухоли, персистирующий фолликул, кистозные изменения яичников).

Однако тот факт, что опухоли определенной локализации можно иногда получить не только у животного определенного вида, но даже у животных только определенной линии, говорит о том, что эстроген сам по себе не может вызвать злокачественной опухоли, а что для этого требуются еще какие-то дополнительные условия. Из клинических наблюдений мы знаем, что не каждая «железистая гиперплазия» ведет к возникновению рака эндометрия и не каждый аденоматозный полип подвергается злокачественному превращению. Поэтому «канцерогенное» действие эстрогенов зависит, по-видимому, не столько от специфических канцерогенных свойств самих эстрогенов, сколько от характера и стойкости вызываемых ими изменений в определенных тканях и органах.

Все изложенное говорит о том, что в эксперименте при раке эндометрия эстрогены являются одним из существенных этиологических факторов.

Предраковые заболевания

К предраковым заболеваниям эндометрия с достаточным основанием могут быть отнесены следующие патологические процессы: железистая гиперплазия, аденоматоз и полипоз.

Железистая гиперплазия слизистой проявляется обычно разрастанием желез и стромы. До недавнего времени термин «гиперплазия эндометрия» относили к таким состояниям, которые характеризовались пролиферацией желез эндометрия, дающих гистологическую картину, известную под названием «швейцарский сыр». В таких случаях в препарате можно видеть большое количество желез крупных размеров, иногда кистозные образования, располагающиеся в плотной базофильной строме.

Такое состояние эндометрия чаще всего наблюдается у женщин в менопаузе, когда последняя сопровождается повышенной эстрогенной стимуляцией. Эти изменения эндометрия, по-видимому, нет оснований расценивать как предстadium карциномы эндометрия.

Большой интерес в этом смысле представляют другие виды гиперплазии эндометрия, которые сопровождаются изменениями внешнего вида желез и их окраски. Такого рода гиперплазии описываются под различными названиями: аденоматоз (аденоматозная гиперплазия), гиперплазия с атипическими разрастаниями эпителия, железистая гиперплазия, а в последнее время некоторые описывают их под названием карциноидной гиперплазии или рака эндометрия (см. ниже).

Аденоматоз характеризуется пролиферацией элементов слизистой матки, которая, сохраняя железистую структуру, отличается от эпителия нормальной слизистой и от слизистой матки при гормональной гиперплазии рядом цитологических деталей. Несмотря на атипичную пролиферацию желез, маточная строма сохраняется.

Картина аденоматоза носит большей частью гнездный характер на фоне местами гиперплазированной, а местами неизменной слизистой оболочки. Иногда он проявляется в виде аденоматозных полипов,

излюбленной локализацией которых являются трубные углы матки. Злокачественное превращение аденоматозных эндометриальных полипов — нередкое явление.

В ряде случаев аденоматоз трудно отграничить от железистой гиперплазии.

Симптоматология и диагностика

При раке тела матки, равно как и при раке шейки матки, основными симптомами считаются кровотечения, бели и боли. Однако здесь мы считаем необходимым подчеркнуть, что обычно это уже поздние симптомы, указывающие, что опухолевый процесс зашел далеко.

Если рак шейки матки вначале обычно протекает бессимптомно и симптомы появляются только тогда, когда опухоль развилась и начинает распадаться, или они появляются под влиянием внешних воздействий (травма, инфекция), то при раке тела матки, наоборот, симптомы нередко имеются налицо задолго до возникновения опухоли. Это обусловлено тем, что раку тела матки в большинстве случаев предшествуют такие заболевания, как железистая гиперплазия и аденоматоз, которые сами по себе дают сходные с раком эндометрия симптомы.

Кровянистые выделения бывают различны как по характеру, так и по интенсивности. Иногда они имеют вид мясных помоев, иногда больные характеризуют их как «мажущиеся выделения», иногда же они бывают в виде обильных кровопотерь. Не будет большим преувеличением, если сказать, что появление кровянистых выделений у пожилых женщин после климактерического периода всегда должно рассматриваться как симптом развившегося рака матки.

В литературе имеются указания, что больные раком тела матки предъявляют жалобы на боли нередко в ранних стадиях болезни. Однако нужно иметь в виду, что причины этих болей и характер их различны в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Еще В. Ф. Снегирев указал, что схваткообразные боли внизу живота, отдающие в нижние конечности, являются специфическим для рака тела матки симптомом. Боли такого характера обусловлены сокращениями маточной мускулатуры в результате растяжений матки растущей опухолью или скопляющимися выделениями (мукометра, гематометра, пиометра). Задержка выделений в полости матки может быть обусловлена сужением или перегибом цервикального канала вследствие неправильного положения матки (например, при ретрофлексии матки) или закупоркой цервикального канала растущей опухолью. Если полость матки периодически опорожняется через цервикальный канал, то боли носят периодический характер, исчезая после опорожнения матки. В запущенных случаях боли носят иной характер: они постоянны, по определению больных — они «ноющие» или «грызущие».

Необходимо еще отметить, что жалобы на болевые ощущения внизу живота чаще всего предъявляют те больные, у которых рак эндометрия был в сочетании с фибромиомой матки. Такое сочетание бывает нередко.

Что касается белей, то иногда они обильные, жидкие, чаще всего с примесью слизи. Если опухоль начинает распадаться или подвергается травме, то к выделениям примешивается кровь. Если в полость матки попадает инфекция, появляются гнойные бели (пиометра).

При раке тела матки очень редко приходится слышать жалобы на похудание. Как уже было сказано, рак эндометрия чаще наблюдается у тучных женщин.

Что касается других сопутствующих заболеваний при раке тела матки, то многие клиницисты отмечают наличие у таких больных диабета.

О сравнительно частом сочетании рака эндометрия с феминизирующими опухолями яичников было уже сказано выше.

Многие пытались выяснить роль наследственности в этиологии рака эндометрия (как и при других локализациях рака) в смысле некоторой предрасположенности к опухолевым заболеваниям, ибо имеются указания на то, что именно эта форма рака является нередко семейным заболеванием. Однако достаточно веских и в статистическом отношении безупречных материалов никем не представлено, и поэтому говорить о наследственности как о реальном и проверенном факте не представляется возможным.

Топическая диагностика рака тела матки, в отличие от другой локализации (шейка матки, влагалище, вульва), представляет некоторые трудности.

Симптоматология этого заболевания, хотя и характерна, но в то же время может быть обусловлена и рядом других заболеваний гениталий (гиперпластическими процессами слизистой, полипами, некоторыми воспалительными процессами и т. п.). Окончательный диагноз часто может быть поставлен только после гистологического соскоба из полости матки. Из других признаков многие указывают на увеличение тела матки за счет растущей в ее полости опухоли и некоторое размягчение ее, обусловленное скоплением в полости матки выделений. Но этот признак имеет относительное значение, так как увеличение матки может быть и при других заболеваниях, например, за счет фиброматозных узлов (подслизистых и интерстициальных). Осмотр при помощи зеркала имеет значение для исключения рака шейки матки и рака влагалища.

Необходимо отметить, что кольпит является нередким спутником рака тела матки в результате воздействия инфицированных выделений на слизистую влагалища.

Решающим для *окончательной диагностики* является пробное выскабливание, к которому следует прибегать в каждом подозрительном случае. Иногда, при известном опыте, диагноз рака тела матки может быть поставлен уже на основании микроскопической картины полученного соскоба; однако при подобной диагностике возможны ошибки.

К пробному выскабливанию при наличии подозрительных симптомов следует прибегать также и в тех случаях, когда бимануальным исследованием не удастся определить в гениталиях никаких отклонений от нормы, а тем не менее уверенности, что слизистая не поражена, нет. В таких случаях нередко после бимануального исследования у больной появляются кровянистые выделения, обусловленные травмой опухоли во время исследования. Нужно быть особенно внимательным в таких случаях; мы всегда советуем таким больным подвергнуться сравнительно безобидной операции пробного выскабливания, дабы своевременно диагностировать рак тела матки.

При диагностическом выскабливании необходимо тщательно обойти кюреткой всю внутреннюю поверхность матки, чтобы не пропустить ограниченного ракового очага. Хорошо произведенное выскабливание слизистой матки оправдывается также возможностью удаления всей опухоли, конечно, только в начальных стадиях, когда процесс локализуется только в эндометрии. В литературе неоднократно описывались случаи, когда при раке тела матки (вернее, при раке эндометрия) излечение достигалось путем одной операции выскабливания матки. В этом отношении интересные данные сообщает С. А. Апетов, который наблю-

дал 5 случаев (на 41 случай пробного выскабливания), когда тщательно произведенным выскабливанием было удалено все новообразование.

Для уточнения местоположения опухоли в полости матки Гейман (Heuman) рекомендует «дробное выскабливание», которому он придает большое значение. Дробное выскабливание начинают со взятия маленькой кюреткой соскоба из области наружного зева (рис. 229), захватывая часть цервикального канала непосредственно над ним. Затем зондом измеряют длину полости матки и расширяют цервикальный канал. После этого введенным прямым корнцангом, который раскрывается при соприкосновении с дном матки, захватывают участки опухоли, расположенные в области дна. Далее следует выскабливание верхнего от-



Рис. 229. Взятие соскоба маленькой кюреткой.



Рис. 229а. Крошковатый соскоб при раке тела матки (Вейбель).

дела цервикального канала и области внутреннего зева. Лишь после этого производят выскабливание остальных участков полости матки. Соскоб (рис. 229а), полученный из различных участков, собирают в отдельные пробирки.

В последние годы заслуженным вниманием пользуется метод диагностики рака эндометрия при помощи цитологического исследования вагинальных мазков. Общие принципы этого метода уже были изложены в разделе диагностики рака шейки матки.

Из других методов диагностики рака тела матки можно указать на применение утероскопа (гистероскопа), не нашедшего, однако, до сих пор широкого применения в практике.

Метод рентгенографии матки (гистерографии), осуществляемый путем введения в полость матки различных контрастных веществ, пока технически еще не разработан, хотя в ряде случаев мог бы с успехом применяться.

В последние годы, в связи с некоторыми успехами применения при опухолях гормонотерапии, предлагается в целях диагностики рака эндометрия производить исследование гормонального статуса у больных. Нужно, однако, сказать, что имеющиеся в нашем распоряжении методы

для определения гормонального статуса пока несовершенно и чрезвычайно трудоемки. Кроме того, как некоторые справедливо отмечают, даже при самом тщательном обследовании гормональной функции больной, страдающей раком эндометрия, можно не обнаружить главного фактора, действовавшего 10, 20, 30 и более лет тому назад.

Для ориентировочных суждений о гормональном статусе больной можно пользоваться данными исследований вагинальных мазков. Определение рН во влагалищных выделениях, стойкая кислотность влагалищных выделений в период половой активности также может указывать на непрерывное поступление эстрогена в организм.



Рис. 230. Рак тела матки (Вейбель):

1 — инфильтрирующая форма рака тела матки; 2 — карцинома дна матки с полиповидным характером роста.

Морфологическая диагностика. Макроскопически рак полости матки всегда имеет вид экзофитной опухоли (типа «цветной капусты»), сидящей на широком основании, а иногда, наоборот, — на тонкой ножке, и выступающей в просвет полости матки. Опухоли бывают также или в виде небольшого полипа, или в виде массивных разрастаний, выполняющих и даже растягивающих полость матки (рис. 230).

Аденоматозные полипы, имеющие обычно излюбленную локализацию в трубных углах, также могут подвергаться злокачественному превращению. Иногда такие карциноматозные полипы сидят изолированно один от другого и разбросаны по слизистой оболочке в нескольких местах.

Другая форма рака полости матки — инфильтрирующая. При этих формах инфильтрация не ограничивается обычно только слизистой полости матки, а распространяется и в толщу стенки на большую или меньшую глубину, вплоть до прорастания ее целиком. Наконец, могут быть смешанные формы — экзофитно-инфильтрирующие.

Рак тела матки обычно редко распространяется на шейку (ниже внутреннего зева), разрушая чаще боковые стенки матки и вовлекая в процесс соседние органы и ткани. Поэтому придатки матки (яични-



a



б

Рис. 231. Метастазы при раке шейки матки (Вейбель):
a — карцинома костей голени; *б* — карцинома костей таза.

ки и трубы) при раке тела поражаются значительно чаще, чем при раке шейки матки. Это поражение происходит как путем непосредственного прорастания их опухолью, так и путем метастазов.

Метастазами чаще всего поражаются также нижние люмбальные лимфатические узлы, являющиеся, как известно, первым этапом регионарных лимфоузлов для тела матки. Иногда бывают метастазы в паховые лимфоузлы (по лимфатическим сосудам круглой связки).

В запущенных случаях наблюдаются метастазы в отдаленные органы и ткани (в печень, легкие, редко — в кости, рис. 231 а, б).

Вовлечение в опухолевый процесс параметральной клетчатки наступает, как правило, значительно позднее, чем при раке шейки матки.

Общепризнанной морфологической классификации рака эндометрия, базирующейся на гистогенетическом анализе, пока не существует, поэтому деление карцином эндометрия по гистологическим признакам производится по-разному.

По гистологической структуре подавляющее большинство карцином полости матки имеет железистое строение, поскольку источником их возникновения является мюллеровский эпителий. Однако в отдельных случаях в полости матки развиваются карциномы эпидермального происхождения, поскольку здесь может встречаться в виде гнезд многослойный плоский (эпидермальный) эпителий, сместившийся туда и утративший связь с эпителием влагалищной части шейки матки (resp. влагалищным эпителием).

Что касается гистологической характеристики опухолей тела матки, то чаще всего приходится наблюдать аденокарциному (рис. 232 а). Однако встречаются и другие формы, а именно: солидная карцинома (рис. 232б), плоскоклеточный рак, низкодифференцированный рак, аденоматоз с малигнизацией (рис. 232в), аденоматоз с папилломатозом и малигнизацией, аденоканкронд.

Встречающиеся в теле матки плоскоэпителиальные карциномы все относятся к неороговевающим формам; ороговевающие раки описываются как казуистика.

В последние годы все чаще и чаще в литературе приходится встречать диагноз «карцинома *in situ*» также для рака эндометрия.

Клиническая классификация

Создание клинической классификации рака тела матки встречает известные трудности. Они обусловлены тем, что существующие методы исследования далеко не всегда дают представление об истинной распространенности опухолевого процесса.

Общепризнанной в международном масштабе классификации рака тела матки, как это имеет место для рака шейки матки, нет. По-прежнему в основу классификации кладут различные критерии: величину матки, ее подвижность, состояние лимфоузлов, операбельность и др.

Однако необходимо отметить, что ни величина матки, ни степень ее подвижности, ни тем более принцип операбельности не могут быть положены в основу классификации, так как первые два признака, как известно, встречаются не только при злокачественных опухолях, но и при других заболеваниях (доброкачественные опухоли, хронические воспалительные процессы), а третий — слишком субъективен.

Хотя трудности, с которыми приходится встречаться при решении вопроса о степени распространенности опухолевого процесса при раке тела матки, очевидны, тем не менее нам кажется, что в основу класси-

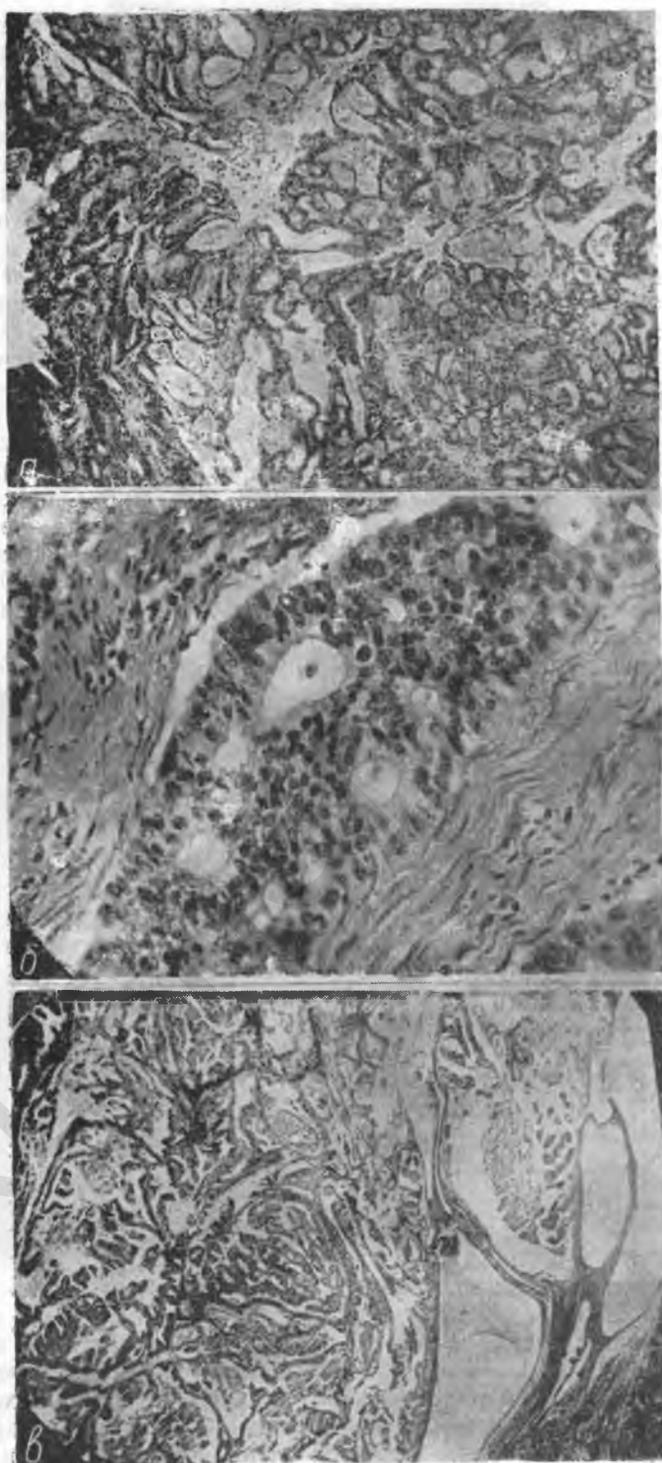


Рис. 232.

а — аденокарцинома тела матки; б — железисто-солидный рак тела матки; в — аденоматоз тела матки с малигнизацией (А. И. Серебров).

фикации рака тела матки должны быть положены только анатомические признаки. Такая клиническая классификация у нас в СССР разработана и приводится ниже¹.

- I стадия:* рак тела матки ограничен пределами эндометрия.
- II стадия:* а) рак с инфильтрацией миометрия;
б) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах, не перешедший на стенку малого таза;
в) рак тела матки с переходом на шейку матки.
- III стадия:* а) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, перешедший на стенку таза;
б) рак тела матки с метастазами в регионарные лимфатические узлы, в придатки, во влагалище;
в) рак тела матки с прорастанием брюшины, но без вовлечения близлежащих органов.
- IV стадия:* а) рак тела матки с прорастанием брюшины и с переходом на мочевой пузырь, или на прямую кишку, или на припаянные другие отделы кишечника;
б) рак тела матки с отдаленными метастазами.

Более детально такая классификация может быть осуществлена по отношению к тем больным, которые подвергались оперативному лечению; в тех же случаях, когда операция не предпринималась и больные подвергались лучевой терапии, ошибки могут быть, как нам кажется, только при отнесении того или иного случая к I или II стадии, так как определение III и IV стадии не представляет трудности при диагностике. Если при этом придерживаться того же принципа, который установлен международной классификацией для рака шейки матки — при сомнении отнести данное заболевание к более ранней стадии, то даже в тех случаях, когда больные не подвергаются оперативному лечению, эти ошибки не будут иметь большого практического значения в смысле оценки результатов лечения.

Как было сказано, опухолевый процесс при раке тела матки долго остается местным процессом, позволяющим вследствие медленного роста и распространения опухоли предпринимать радикальные операции спустя продолжительное время.

Говоря о диагностике рака тела матки, нельзя не коснуться некоторых организационных вопросов.

Все авторы отмечают, что больные раком тела матки на лечение поступают поздно и нередко в запущенных стадиях болезни. Причины позднего обращения больных различны; основными являются: 1) недооценка больными важности появившихся симптомов, зависящая отчасти от неправильного представления женщины о климактерическом периоде (до сих пор многие женщины считают, что в периоде окончания «месячные путаются»); 2) несвоевременная диагностика заболевания вследствие длительной консервативной терапии при неиспользовании врачами всех методов диагностики, в частности — пробного выскабливания при появлении кровянистых выделений в менопаузе.

Для устранения этих причин необходимо усиление санитарного просвещения среди женского населения и повышение квалификации врачей в вопросах диагностики злокачественных опухолей.

¹ Сборник инструкций по вопросам организации онкологической помощи. Министерство здравоохранения СССР, М., 1956.

Течение и прогноз

Течение заболевания при раке тела матки нужно рассматривать как самое благоприятное среди всех остальных локализаций рака в гениталиях. По утверждению некоторых авторов, больные раком тела матки нередко живут без лечения пять-семь лет от момента появления симптомов.

Как уже было указано, доброкачественность течения рака полости матки обуславливается медленным ростом этих опухолей и менее благоприятными условиями для распространения и метастазирования. Так как рак тела матки долго не выходит за пределы миометрия, то к моменту его распознавания остается еще большой процент больных, которые подходят под рубрику «клинически операбельных».

Распространяется опухоль прежде всего на придатки (трубы и яичники). Эти органы чаще всего поражаются также метастазами.

Если опухоль прорастает стенку матки, то в опухолевый процесс сравнительно быстро вовлекается клетчатка параметрия; иногда опухоль разрастается по поверхности брюшины (особенно часто — по брюшине дугласова пространства) с фиксацией к опухоли стенки прямой кишки или мочевого пузыря, если прорастание происходит в пузырно-маточное пространство.

Рак тела матки иногда наблюдается в сочетании с опухолями других органов.

В силу изложенных особенностей клинического течения прогноз при раке полости матки можно считать благоприятным, особенно принимая во внимание то обстоятельство, что опухолевый процесс долго остается ограниченным и радикальное лечение часто может быть предпринято спустя долгое время после появления первых симптомов заболевания.

Лечение

До недавнего времени всеми признавалось, что лучшим методом лечения рака тела матки является оперативное; лучевая терапия признавалась нецелесообразной, так как считалось, что аденокарциномы нечувствительны к лучевым воздействиям.

Оперативный метод лечения при раке тела матки подкупал также и тем, что при этой локализации не требуется обширных оперативных вмешательств типа операции Вертгейма, а достаточно произвести обычную экстирпацию матки.

Как сказано выше, метастазирование при раке тела матки идет иными путями, чем при раке шейки; чаще всего поражаются метастазами люмбальные лимфатические узлы, удаление которых, как показала практика, не дает более стойкого и длительного выздоровления. Кроме того, первичная операционная летальность при таких расширенных операциях высока вследствие старческого возраста такого рода больных.

Поэтому некоторые авторы, в частности Фор, у тех больных, у которых желательна наименьшая оперативная травма, рекомендовали ограничиться надвлагалищной ампутацией матки. Как показывает практика, рак эндометрия действительно очень редко распространяется на области, лежащие ниже внутреннего зева, и поэтому у ослабленных и пожилых женщин в начальных стадиях болезни иногда можно ограничиться надвлагалищной ампутацией.

Что касается вопроса о том, какой метод операции при раке тела матки предпочтительнее — абдоминальный или влагалищный, то реше-

ние этого вопроса зависит от ряда условий. Прежде всего хирург должен хорошо владеть техникой влагалищных операций. У пожилых и нерожавших женщин при узком влагалище предпочтительнее абдоминальный путь. Вагинальная экстирпация матки показана у больных с жирной брюшной стенкой и при наличии инфицированной опухоли (пиометра).

Нужно иметь в виду, что когда вагинальная операция связана с техническими затруднениями по тем или иным причинам (узкое влагалище, рубцы в сводах, спайки в малом тазу и т. п.), то условия для имплантации опухоли в операционную рану лучше, чем при абдоминальной операции.

Что касается непосредственных и отдаленных результатов лечения после абдоминальных и вагинальных операций, то в этом отношении нет оснований для предпочтения того или другого метода, ибо результаты (по данным мировой статистики) примерно одинаковы.

Лучевая терапия рака тела матки как самостоятельный метод до сих пор еще не получила широкого распространения. Разработке методов лучевой терапии рака тела матки препятствовало, по-видимому, то обстоятельство, что при этой локализации невозможно наблюдать за теми изменениями, которые происходят в опухоли в процессе лечения, а следовательно, не может быть уверенности в правильности примененной дозы.

Тем не менее в последнее десятилетие отношение к лучевой терапии рака эндометрия во многом изменилось. С тех пор как клиницисты убедились в том, что мнение о нечувствительности железистых раков было необоснованным, начали применять лучевую терапию и при аденогенном раке шейки матки, и при раке эндометрия. Однако при разработке методов лучевой терапии рака эндометрия трудности встретились в том, что основной принцип лучевого лечения, заключающийся в подведении эффективной дозы на всю опухоль, при этой локализации осуществить не легко. Неправильная форма полости матки, зависящая от местоположения и характера роста опухоли, нередко мешает правильной установке и распределению радиевых препаратов.

Естественно поэтому, что разработка методов лучевой терапии при раке эндометрия была направлена на осуществление основной задачи — равномерного облучения всей опухоли.

Существующие методы радиевой терапии при раке эндометрия следующие: линейный, цепной, Т-образный, U-образный и «метод заполнения».

Наиболее простой линейный метод заключается во введении в полость матки до дна и в расширенный цервикальный канал двух-трех ампул с радием в резиновой трубке из аметаллической резины. При этом методе опухоль облучается неравномерно, а в некоторых участках (дно матки и трубные углы) — явно недостаточно. В целях устранения этого недостатка стали изыскивать другие способы. Было предложено применять радий в нескольких резиновых трубках, которые вводились в виде «букета». Затем был предложен цепочный метод. Этот метод заключается в том, что в тонкую резиновую трубку вводят три-пять ампул с радием в зависимости от величины матки; трубку между ампулами перевязывают толстой ниткой для того, чтобы она легче сгибалась в этих местах. К «слепому» концу трубки пришивают нитку. Полученная таким образом цепочка вводится в полость матки, и потягиванием за нитку, пришитую к концу трубки, размещают ампулы таким образом, чтобы к дну прилежала средняя ампула, а к каждой боковой стенке — одна или две ампулы, в зависимости от размеров «цепочки».

При помощи специальных радиофоров предлагали размещать радий Т-образно или при помощи металлического прибора — U-образно.

Этими методами целесообразно пользоваться, когда точно установлено местоположение опухоли (у дна или на боковых стенках матки).

Наиболее целесообразным, судя по литературным данным, является «метод заполнения» (packing method), предложенный Гейманом, который им в течение ряда лет успешно пользуется в шведском радиевом институте. Метод заполнения заключается во введении восьми-десяти ампул, содержащих по 8 мг радия. Каждая трубочка вкладывается в дополнительные пустотельные фильтры, объем которых тем больше, чем больше размеры полости матки. Толщина стенок радиевой трубочки и дополнительного фильтра в сумме эквивалентна 3 мм свинца. Надежно закрепив ампулу с радием в дополнительных фильтрах, к концу которых привязывается тонкая проволока, фильтры вводят в полость матки. Выполняя ими всю полость матки и цервикальный канал вплоть до наружного зева, убеждаются с помощью рентгенограммы в правильности расположения радиофоров. Гейман не рекомендует насильственного и быстрого введения ампул с радием в полость матки во избежание перфорации измененной и дряблой стенки ее. Однако, судя по его опыту, это осложнение, будучи во-время обнаружено, не дает тяжелых последствий, если сразу же извлечь радий; через неделю после этого лечение может быть возобновлено. Радиофоры остаются в матке на некоторый срок в зависимости от количества введенного радия. На основе эмпирических наблюдений автор считает наиболее подходящей дозу в 3000 мг/час, даваемую в два приема с промежутками в три недели. Таким образом, введение десяти трубочек по 8 мг производится каждый раз на 19 часов. Большая остается в клинике четыре-пять дней и промежутков между сеансами может провести дома. Извлечение радия производится путем потягивания за выведенные проволочные нити, на которых прикреплены бирки с номерами, что позволяет извлечь их по порядку, начиная с последнего номера. С целью предупреждения вагинальных метастазов автор применяет дополнительно одну вагинальную аппликацию. Для этого во влагалище вводится особо сконструированный цилиндр, содержащий от 100 до 150 мг радия, на 7,5—15 часов. В дополнении к внутривлагалищной радиевой терапии в некоторых случаях назначают телерадиотерапию или рентгенотерапию. Первая применяется преимущественно при метастазах в паховые лимфатические узлы, вторая — при распространении опухоли на смежные с маткой ткани. Как правило, ежедневно на кожу даются 450 г, причем на каждое из двух передних и двух задних полей по 1000—1200 г при 180 kV, фильтре 0,4 мм Sn + 0,25 мм Си + 1 мм Al. Кожно-фокусное расстояние (КФР) = 50 см.

Метод Геймана в настоящее время является наиболее распространенным, и большинство клиницистов, которые его применяют, дают ему хорошую оценку.

По сообщению Геймана и Беннера (Heuman a. Benner), за период с 1914 по 1939 гг. в клинике подверглись лечению радием 670 больных раком тела матки. Оказались здоровыми через пять лет и более после лечения 363 человека (54,2% относительного излечения); у 49 из указанных 363 выздоровевших была произведена гистерэктомия ввиду безуспешного радиевого лечения. Сравнивая результаты старого (линейного) и нового метода, авторы убедились в значительных преимуществах нового «метода заполнения».

Приведенные далеко не полные данные свидетельствуют о том, что при помощи радия в ряде случаев можно добиться стойкого излечения рака тела матки. Эти данные, кроме того, показывают, что эффектив-

ность лечения в значительной мере зависит от примененного метода. Метод, обеспечивающий лучшую гомогенность облучения опухоли, дает и лучшие отдаленные результаты. Наиболее отвечающим этим требованиям методом из всех существующих в настоящее время, по-видимому, является «метод заполнения», предложенный Гейманом.

Однако и эти, можно сказать блестящие, успехи радиевой терапии, не могли удовлетворить клиницистов, поэтому поиски более совершенных способов лечения не прекращались. В настоящее время большинство клиницистов отдает предпочтение комбинированным методам лечения рака матки, которые применяются в различных вариантах.

Таким образом, лучевыми методами лечения, в частности радиевой терапией, при раке тела матки можно добиться результатов, не уступающих оперативному лечению, которое, по сборным статистикам, в среднем дает не более 53% длительного излечения.

Отдаленные результаты могут быть улучшены путем применения комбинированных методов лечения. Судя по литературным данным, наиболее эффективные результаты дает гистерэктомия после предварительного лечения радием. Рентгенотерапия, проводимая после операции, улучшает отдаленные результаты.

В тех случаях, когда оперативное вмешательство по тем или иным причинам противопоказано (ожирение, преклонный возраст, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и т. п.), необходимо радиевую терапию дополнить рентгеновским облучением области малого таза.

Если радиевая терапия не дает в том или другом случае эффекта, что можно установить только в процессе лечения, то это не лишает больную возможности подвергнуться оперативному лечению.

Необходимо также остановиться на попытках применения гормонов для лечения рака эндометрия. Роль эстрогенов в этиологии этого заболевания потребовала, естественно, прежде всего «заменительной» терапии, т. е. применения антагонистов — андрогенов. Опубликовано уже несколько сообщений по этому поводу. Введение тестостерон-пропионата вызывает в эксперименте дегенеративные изменения в слизистой оболочке матки. По-видимому, мужской половой гормон подавляет фолликулостимулирующую функцию передней доли гипофиза; в результате возникает атрофия эндометрия вследствие недостатка фолликулярного гормона. Наступает также некроз желез слизистой оболочки.

Возможно, что дальнейшие работы по выяснению нарушений гормонального баланса у больных злокачественными опухолями, условий их действия и разработка способов их лечебного применения обогатят клинику новым фактами, которые послужат основой для успешного применения гормонов при лечении злокачественных опухолей женских половых органов.

РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Статистика

Рак вульвы — сравнительно редкая локализация злокачественных новообразований гениталий. Частоту рака вульвы исчисляют в 3—5%.

О локализации рака в отдельных частях наружных половых органов дают представление приводимые ниже цифровые данные¹, из которых видно, что наиболее часто поражаются большие губы и клитор.

¹ По материалам поликлинического отдела Института онкологии АМН СССР.

Локализация рака вульвы	В %
Большие половые губы	41,0
Клитор (и ближайшие отделы)	40,1
Малые половые губы	9,9
Промежность	2,8
Вся вульва	4,2
Метастазы в большие половые губы	1,4

Обращает на себя внимание редкость метастатических опухолей вульвы.

Рак вульвы очень редко встречается в молодом возрасте и, наоборот, очень часто в пожилом. На возраст от 56 до 70 лет приходится около 60% этих больных.

Частое сочетание рака вульвы с лейкоплакией (лейкокератозом) и краурозом, которые нередко задолго предшествуют появлению рака, говорит о том, что факт предшествующих длительных заболеваний кожи наружных половых органов нельзя не принимать во внимание. В частности, зуд, сопровождающий упомянутые заболевания и предшествующий появлению опухоли, отмечается у 35—40% больных.

Лейкоплакия, крауроз и эритроплакия — частые предшественники опухоли, и нередко на фоне этих изменений развивается рак.

Классификация, симптомы и диагностика

Довольно часто женщины сами обнаруживают опухоль, развивающуюся в области вульвы. Это, очевидно, способствует тому, что больные обращаются со сравнительно ограниченными поражениями.

Форма опухоли бывает различна. Чаше всего встречаются следующие три ее варианта: 1) экзофитные образования, возвышающиеся над поверхностью кожи; 2) инфильтрирующая форма в виде плотных диффузных инфильтратов и 3) язвенная форма, часто имеющая вид кратерообразной язвы с инфильтративным основанием и плотными краями (рис. 233). Но могут быть, конечно, различные комбинации указанных форм опухоли.

По гистологической структуре рак вульвы сообразно первоисточнику его образования может быть плоскоэпителиальным и железистым. В последнем случае обычно приходится наблюдать при гистологическом исследовании картину альвеолярного рака с недостаточно дифференцированными клетками. Эти формы, правда, очень редки. Преобладающими формами при раке вульвы являются плоскоэпителиальные опухоли с орогованием.

Таким образом, в большинстве случаев рак вульвы — это кожный рак, *carcinoma planum keratodes*.

Классификация рака вульвы (по стадиям)

I стадия: опухолевый процесс локализованный (нодулярный или ульцерозный), без аденопатии.

II стадия: то же с аденопатией (подвижной).

III стадия: опухолевый процесс распространенный (двусторонний, занимающий больше половины вульвы), без аденопатии или с аденопатией (неподвижной).

IV стадия: опухолевый процесс распространенный (вся вульва, распространение на соседние ткани, кожу бедер, лобка) или распро-

страняющийся на соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище), или же имеющий отдаленные метастазы.

Симптомы. По нашим данным, около половины больных от момента появления тех или иных симптомов до первого обращения к врачу выжидает от трех месяцев до года, чему, очевидно, способствует медленное развитие начальных симптомов заболевания и отсутствие в течение продолжительного времени болевых ощущений, которые, как известно, являются главным стимулом обращения за медицинской помощью.



Рис. 233. Рак вульвы, язвенная форма (Вейбель).

В подавляющем большинстве случаев процесс начинается с появления опухоли, «бородавки», «прыща», узелка на половых органах, которые начинают постепенно расти, иногда быстро изъязвляясь (табл. XIX, 1, 2, 3). На втором месте стоит зуд половых органов, который держится в течение нескольких месяцев и даже лет. Болевые ощущения большие отмечают обычно в далеко зашедших стадиях болезни.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что даже при обширных поражениях мочеиспускательный канал долго не вовлекается в опухолевый процесс. Иногда же имеется огромная экзофитная опухоль, располагающаяся в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, который становится даже неразличимым, и тем не менее больные не предъявляют почти никаких дизурических жалоб. Правда, у них иногда сравнительно рано развивается болезненная задержка мочеиспускания. Исчерпывающих объяснений факта «щажения» мочеиспускательного канала опухолью не имеется.

Редко наблюдается также прорастание опухоли во влагалище и прямую кишку; несколько чаще она распространяется на кожу бедер.

Необходимо признать, что метастазирование опухоли происходит рано и в большом проценте случаев. В первую очередь поражаются паховые лимфатические узлы, причем, как известно, метастазы в них могут быть обнаружены даже без видимого их увеличения. Отсюда пути метастазирования идут в направлении бедренного треугольника по ходу крупных бедренных сосудов и *lig. rotundum*, а затем ретроперитонеально в *lymphonodul. iliacaе ext.* и *lymphonodul. hypogastricae*.

Необходимо отметить, что не всегда метастатически пораженные лимфатические узлы располагаются на той же стороне, на которой находится опухоль; возможно перекрестное метастазирование (на противоположную сторону). Превалирует двустороннее поражение лимфатических узлов.

Клинически явное метастатическое поражение лимфатических узлов, по нашим данным, отмечается в 43,1%, а подозрение на наличие метастазов — в 15,8%.

Таким образом, можно считать, что больше половины больных является уже с метастазами, т. е. в запущенном состоянии. Столь частое и быстрое метастазирование при раке вульвы обусловлено чрезвычайно богатой развитой сетью лимфатических сосудов в тканях наружных половых органов. Более отдаленные метастазы прижизненно распознаются обычно редко и обнаруживаются уже на аутопсии.

Дифференциальная диагностика

Рак вульвы, как и рак других локализаций, характеризуется прежде всего инфильтратом, что и обуславливает плотность окружающих тканей и основания, на котором расположена опухоль. Экзофитные образования имеют обычно сочный вид, характеризуются хрупкостью, легко кровоточат вследствие ломкости сосудов. Легкая кровоточивость (при исследовании, протирании, даже при обмывании опухоли) характерна для всякого рака. При наличии язв последние обычно покрываются грязными, легко удаляемыми корками; края язвы резко выступают над поверхностью, инфильтрированы, плотны на ощупь. От распространенности инфильтрата зависят подвижность опухоли и взаимоотношение ее с соседними тканями (спаяна она или не спаяна с кожей, мышцами, костями таза). Если учесть также сравнительно быстрый рост опухоли и иногда влияние ее на общее состояние организма (исхудание), то все указанные симптомы подтверждают наличие злокачественного новообразования. Следует также сказать, что доброкачественные опухоли вообще редко встречаются в области наружных половых органов.

Отсутствие инфильтрации, медленный рост и резкое отграничение от соседних тканей — вот вполне надежные признаки, по которым можно отличить доброкачественную опухоль от рака. Правда, не исключена возможность превращения доброкачественных образований в злокачественные. Нужно также иметь в виду, особенно по отношению к вульве, что здесь могут развиваться меланотические карциномы (что бывает редко). Так как кожа вульвы, особенно половых губ, ничем не отличается от кожных покровов в других местах тела и содержит также пигмент, то как из них, так особенно из родимых пятен могут развиваться меланотические опухоли.

Труднее отличить от раковой опухоли такие доброкачественные образования, как доброкачественные кондиломы, папилломатозные образования на почве слоновости вульвы, сифилитические образования, туберкулез и др. Но опять-таки отсутствие инфильтрата, мягкая консистенция, хроническое течение помогают определить истинную природу процесса. Надо только твердо помнить, что в каждом более или менее сомнительном случае необходимо произвести биопсию, показания к которой мы ставим очень широко, производя ее обычно в амбулаторных условиях.

Течение и прогноз

Течение рака вульвы (без современного лечения) нельзя признать медленным, как обычно об этом приходится слышать. Правда, и нам приходилось наблюдать, когда больные, поступившие в запущенном состоянии, жили до года и больше, но во всяком случае это не является правилом. Обычно эти больные погибают в течение трех-четырех месяцев. Смерть наступает чаще всего от прогрессирующей кахексии, часто от уросепсиса, тазового флебита; на втором месте нужно поставить обильные кровотечения (особенно при раке клитора), сепсис, метастазы в жизненно важные органы.

Прогноз при раке вульвы нужно признать в общем неблагоприятным. Запоздалое обращение, часто обусловленное к тому же беспечным отношением больных к начальным симптомам заболевания, недооценка их важности, иногда страх перед предстоящей операцией, а нередко и стыдливость (особенно часто у пожилых женщин) — все это ведет к тому, что радикальное лечение начинается обычно уже в запущенном состоянии, чем объясняются плохие результаты лечения. Метастазы в паховых лимфатических узлах еще больше усугубляют плохой прогноз. Немаловажное значение имеет и возраст больных. Применяемые методы лечения, в особенности расширенные оперативные вмешательства, связанные с удалением паховых лимфатических узлов, требуют от больной большой затраты сил, а пожилой возраст является для этого, конечно, неблагоприятным фактором. Поэтому при выборе способа лечения это обстоятельство всегда следует учитывать: вовремя отказаться от операции так же важно, как и вовремя ее предпринять.

Лечение

Больных раком вульвы до 1919 г. лечили только хирургически. Обширные вмешательства, как это явствует из литературных данных, давали до 20% первичной послеоперационности летальности, и от 2 до 4% больных жили свыше пяти лет после операции. И хотя Грим еще в 1882 г. предложил применять электрический ток при оперативном лечении рака вульвы, тем не менее этот метод (электроэксцизию) начали систематически применять только с 1920—1921 гг.

Лечение лучшей энергией может быть произведено путем применения радия и рентгеновых лучей. Обычно в таких случаях применяется сочетанный метод: на первичный очаг воздействуют радием, а область регионарных лимфатических узлов подвергают рентгеновскому облучению. Радий в этих случаях применяют обычно на маске из пасты «Колумбия» (смесь воска, парафина и опилок) или путем обкалывания опухоли радиевыми иглами. Применяемая нами техника лечения такова: из пасты моделируют маску, захватывающую не только опухоль, но и окружающие ткани на 3 см в окружности. На поверхности такой маски укрепляют липким пластырем трубочки с радием. Мы пользуемся мелкими расфасовками элемента радия — по 2 мг в каждой трубочке. Фильтр — 1 мм платины, дистанция — 1 см. Трубочки с радием укрепляют на маске с промежутками в 1 см. Доза радия от 2 до 3 mcd на 1 см². Радиевые трубочки укрепляют и распределяют на маске таким образом, чтобы в орбиту радиевого облучения попали и здоровые окружающие ткани (2—3 см в окружности опухоли). Если при установке маски приходится захватывать и область уретры, то в маске пробурыва-

ливают отверстие и вставляют катетер à détente. Если опухоль располагается близко от уретры и распространяется на переднюю стенку влагалища, то целесообразно применять облучение радиом эндоретрально. Маску фиксируют к коже промежности и бедер полосками липкого пластыря или тесемками, прикрепленными к углам маски.

При лечении радиом вставать с постели не разрешается.

Обычно уже после первого сеанса (мы устанавливаем маску на два-три дня) в окружности опухоли появляется отечность и краснота (радиевый эпителиит), которые по мере дальнейшего применения радиа усиливаются. Появляются клейкие гнойные выделения, зуд и чувство саднения в области вульвы. Прикосновение к коже в этих местах резко болезненно. Опухоль вскоре начинает уменьшаться, некротизироваться и затем исчезает; на ее месте образуется гладкий рубец, часто в течение некоторого времени остающийся эрозированным.

Обычно достаточно применить теплые орошения с последующим смазыванием поверхности кожи вазелиновым маслом, чтобы все эти явления ликвидировались в течение 10—12 дней.

По излечении первичного очага на область регионарных (паховых) лимфатических узлов воздействуют рентгеновыми лучами с таким расчетом, чтобы на кожу каждой стороны было дано не менее 2000—3000 *r*.

Мы считаем целесообразным производить облучение области паховых лимфатических узлов только в тех случаях, когда они не прощупываются, т. е. когда отсутствует всякое подозрение на их метастатическое поражение. При наличии же прощупываемых лимфатических узлов целесообразно применять оперативный способ лечения, сводящийся к вылуцчиванию их по методу Дюкена.

Методика рентгенотерапии, применяемая большинством при облучении паховых областей, обычно таковы: 180 kV, 2 мм Cu+Al; КФР — 30—40 см. Интенсивность 5—10 г в минуту, поля—10×15 см. Облучение производится с четырех полей — два передних и два задних — по 200—300 *r* за сеанс. Общая доза 2000—3000 *r*. Ежедневно дается одно поле, но можно давать и по два поля с разных сторон, или облучение проводится с одной стороны (тогда одно поле дается утром, второе — вечером). Примерно такой методики придерживаемся и мы.

Другим методом применения радиа при раке вульвы является шпигование опухоли радиевыми иглами или иглами с радиоактивным кобальтом (Co⁶⁰). Платиновые иглы с радиом (толщиной в 1 мм, длиной в 2—3 см) вкалывают в опухоль и по ее окружности с таким расчетом, чтобы вся игла погрузилась в опухоль и достигла здоровых тканей основания опухоли. Иглы вкалывают в опухоль на расстоянии 1 см одна от другой. Привязанные к концам игл тонкие концы никелированной проволоки (чтобы не потерять игл) собирают в резиновую трубку, связывают вместе и фиксируют липким пластырем к коже бедра. Суммарная доза на опухоль 4000—6000 *r*.

Особенно удобен метод шпигования опухоли при опухолях клитора. В последнее время мы начали применять при раке вульвы телерадиевую терапию; первое впечатление от этого метода благоприятное. Облучение производится при помощи аппарата типа радиевой пушки (ГУТ-400). Доза за сеанс — 200—250 *r*, суммарная доза — 2500—3000 *r*.

Из хирургических методов лечения при раке вульвы предпочтительна электроэксцизия опухоли (рис. 234, 235).

На основании всего изложенного может быть намечена следующая схема лечения больших раком вульвы.

1. Электроэксцизия опухоли.
2. По заживлении раны экстирпация паховых лимфатических узлов.

Если почему-либо она не может быть произведена, то рентгеновское облучение паховых областей (2000—3000 r).

3. При неоперабельных карциномах вульвы радиевая терапия плюс рентгеновское облучение паховых областей. Радиевая терапия предпочтительнее электроэксцизии и в тех случаях, когда опухоль находится в близком соседстве с уретрой.

Отдаленные результаты лечения больных раком в вульвы неблагоприятны. По литературным данным, на пять и более лет излечиваются в среднем 20—25% больных. Отчасти это объясняется



Рис. 234. Рак наружных половых органов (А. И. Серебров). Электроэксцизия; линии разрезов.



Рис. 235. То же. Наложение непрерывного кетгутного шва и узловых шелковых швов.

тем, что указанное заболевание нередко наблюдается у больных в старческом возрасте.

Нет никаких сомнений в том, что стадия болезни имеет основное значение в эффективности лечения. Поэтому ранняя обращаемость и профилактические осмотры женщин остаются основными принципами противораковой борьбы.

При ранних формах без метастазов в паховых лимфатических узлах излечение может быть достигнуто любым из указанных методов в зависимости от показаний к их применению. Дальнейшее систематическое наблюдение за больными позволит рано обнаружить метастазы или рецидивы и применить своевременно радикальное лечение.

РАК ВЛАГАЛИЩА

Статистика

Первичный рак влагалища встречается сравнительно редко. Среди больных раком гениталий рак влагалища наблюдается в среднем в 2—3%. Метастатические поражения стенок влагалища при раке шейки матки, по крайней мере в нашей практике, наблюдались также очень редко.

Согласно материалам Института онкологии АМН СССР, наибольшая частота рака влагалища падает на возраст от 41 года до 60 лет

(60%), после чего кривая идет на убыль. Самыми молодыми из наших больных были три женщины в возрасте 25 лет; самой старой больной было 80 лет.

Описаны единичные случаи заболевания раком влагалища детей.

Как известно, рак шейки матки встречается крайне редко при полном выпадении матки. Так же редко, по-видимому, наблюдается при тотальных пролапсах и рак влагалища. Среди наших больных только у одной в возрасте 76 лет наблюдалась первичная карцинома влагалища при тотальном пролапсе.

В подавляющем большинстве случаев рак влагалища локализуется на задней стенке (рис. 236), часто в заднем своде влагалища. Среди наших больных опухоль развилась на задней стенке влагалища у 66, на передней — у 15, на боковой — у 15, циркулярная форма наблюдалась у 3 больных, в рубце — у 2. У 62 больных опухоль находилась в сводах, у 30 — в средней трети влагалища, и только у 9 она располагалась в нижней трети влагалища.

Среди наших больных абсолютное большинство составляли многорожавшие.



Рис. 236. Рак задней стенки влагалища (Вейбель).

Симптоматология и диагностика

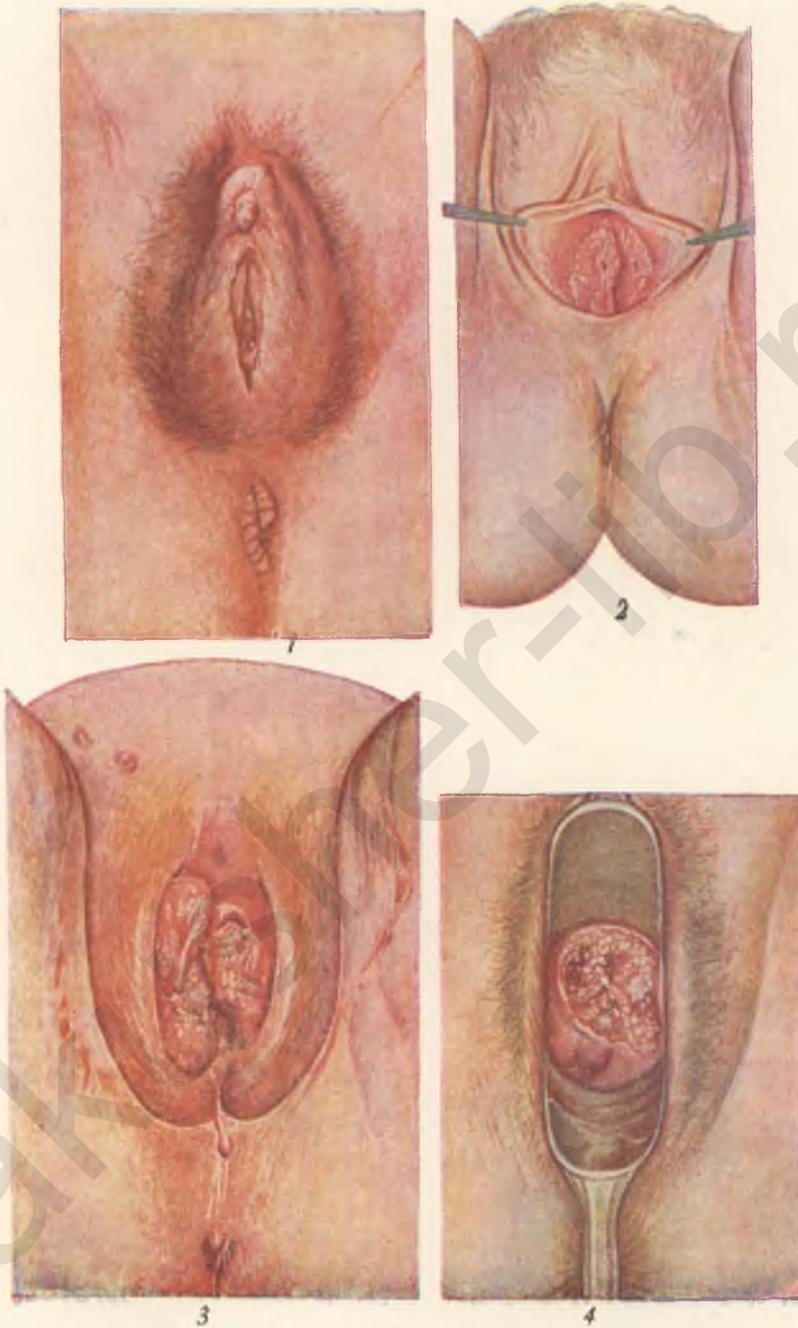
Жалуются больные раком влагалища чаще всего на различного характера выделения. Обычно наблюдаются кровянистые выделения, которые, как и при раке шейки матки, появляются или в виде контактных кровотечений (*sub coitu*), или в форме кровопотерь без всякой внешней травмы. Обычно больные отмечают необильные («мажущиеся») кровянистые выделения, но иногда, при разрушении растущей опухоли сосудов влагалища, наблюдаются и тяжелые кровопотери. Среди наших больных объективные симптомы (бели, кровянистые выделения в том или ином виде) наблюдались у 79,2% больных.

Болевые симптомы указывают, как и при других локализациях опухолей гениталий, на сдавление нервных стволов и сплетений таза, обусловленное глубоким распространением опухолевого процесса. Иногда опухоли влагалища протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при медицинском осмотре.

Нужно отметить, что больные, страдающие раком влагалища, также поздно обращаются за врачебной помощью. Достаточно указать, что из 74 больных, поступивших в клинику, в первые три месяца от момента появления симптомов обратились только 43. Причины поздней обращаемости те же, что и при другой локализации рака гениталий (см. выше).

Всегда ли своевременно диагностируется рак влагалища? Из 101 больной правильный диагноз был поставлен у 83 при первом же обращении; 18 больных (17,9%) до направления их в стационар лечились различными методами, причем злокачественная опухоль своевременно не была установлена. Из упомянутых 18 больных 5 при первом обращении

Таблица XIX.



Карцинома наружных половых органов и влагалища:

1 — начинающийся рак клитора; 2 — начинающийся рак вульвы; 3 — прогрессирующая карцинома вульвы; 4 — карцинома сводов влагалища (Вейбель).

нии к врачу не были осмотрены при помощи зеркал, и ни у одной больной перед началом лечения не было произведено биопсии.

Это показывает важность повышения онкологической настороженности врачей, повышения их квалификации в области онкологии, использования при осмотрах больных всех доступных методов исследования. Бессимптомное течение рака влагалища у некоторых больных лишний раз доказывает необходимость пропаганды среди женщин профилактических осмотров.

Диагностировать рак влагалища нетрудно. Доступность опухоли пальпации и осмотру с помощью зеркал позволяет при некотором опыте безошибочно поставить правильный диагноз.

Обычно приходится наблюдать опухоли влагалища в двух формах. Первая — в виде разрастаний, выступающих на поверхности слизистой оболочки и имеющих грибовидную форму, ломких, кровоточащих и твердых на ощупь (табл. XIX, 4). Иногда эти разрастания сидят на широком инфильтрированном основании, ограничивающем подвижность влагалищной стенки, иногда — на тонкой ножке.

Другая форма опухоли — плотная язва с инфильтрированным основанием и кровоточащими опухолевыми массами, местами некротизировавшимися. Глубина такой язвы различна. В запущенных случаях она имеет форму кратера, ведущего в околослагищную или околошеечную клетчатку. Отделяемое такой язвы кровянистое, часто с примесью гноя и крошковатых масс, отторгающихся от опухоли.

В других случаях язва, наоборот, имеет сухой вид, покрыта аспидно-серым налетом в виде волокнистой ткани. Налет не снимается, а при попытке отделить его обычно появляется обильное кровотечение.

Затруднения при *дифференциальной диагностике* могут возникнуть, если имеются доброкачественные папилломы влагалища или кондиломы с сосочковыми разрастаниями и несколько плотные на ощупь вследствие гиперкератоза периферических частей. Но эти образования встречаются редко, они менее кровоточивы и не инфильтрируют окружающую ткань. Могут быть смешаны с карциномой влагалища также подслизистые фиброматозные узлы с изъязвленной поверхностью, родившиеся во влагалище. В последнем случае тщательным обследованием (главным образом пальпаторно) обычно удается определить ножку, ущемленную в шейке матки и исходящую из полости последней.

Чрезвычайно редко встречаются саркомы влагалища. Среди больных стационара Института онкологии АМН СССР они наблюдались только у двух больных.

В каждом отдельном случае окончательный диагноз решается гистологическим исследованием кусочка опухоли.

Что касается гистологической характеристики рака влагалища, то в преобладающем большинстве случаев встречаются плоскоэпителиальные раки, преимущественно неороговевающие. Аденокарциномы, которые могут развиваться во влагалище из дистопических включений, остатков вольфовых и гартнеровых ходов, среди наших больных не наблюдались.

Классификация

I стадия. Отграниченная опухоль или язва диаметром до 2 см в толще слизистой и подслизистого слоя, без метастазов.

II стадия. Опухоль больших размеров с инфильтрацией паравагинальной клетчатки. В паховых лимфатических узлах одиночные подвижные метастазы.

III стадия. Опухоль распространилась на значительную часть влагалища (более $\frac{2}{3}$ его) с инфильтрацией паравагинальной клетчатки и переходом на стенку малого таза. Множественные регионарные метастазы (паховые, подвздошные).

IV стадия. Опухоль перешла на мочевой пузырь, прямую кишку. Опухоль меньших размеров, но с отдаленными метастазами.

Среди больных, поступающих к нам, только около $\frac{1}{5}$ больных попадает в стационар при I стадии болезни, когда лечение может быть наиболее эффективным, остальные поступают преимущественно во II стадии, т. е. на границе запущенности болезни.

Прогноз

Прогноз при раке влагалища в общем нельзя считать благоприятным. Наиболее благоприятной локализацией опухоли является вход во влагалище, задне-нижний его полукруг. При этой локализации значительно реже и позднее наблюдается поражение лимфатических узлов таза; если же оно встречается, то чаще всего бывают поражены паховые лимфатические узлы, за которыми обычно быстро следуют инфильтраты в fossa ischio-rectalis. Локализация опухоли в переднем полукруге входа во влагалище неблагоприятна, так как даже после успешного излечения часто развиваются рубцовые стриктуры уретры, вызывающие ряд расстройств со стороны мочеиспускания.

Сравнительно благоприятной локализацией можно считать своды влагалища (особенно задний). При локализации опухоли в сводах радиевая терапия легче осуществима, чем при размещении опухоли в средней трети влагалища, так как при локализации опухоли в сводах радий может быть дан в больших дозах путем эндоцервикального применения, которое при других локализациях (нижние две трети) нецелесообразно. Поражение заднего свода менее опасно, чем переднего потому что, как правило, прямая кишка вовлекается в процесс позднее, чем стенка мочевого пузыря при локализации опухоли в переднем своде.

Локализация опухоли в средней трети влагалища является самой неблагоприятной. Лучевое лечение в таких случаях затрудняется тем, что радий нельзя применять в достаточной дозе, не опасаясь образования свищей. При применении рентгеновых лучей (наружное облучение) условия также менее благоприятны, так как опухоль находится в костном кольце таза. Оперативное лечение в таких случаях исключается. Наконец, необходимо отметить, что при этой локализации очень быстро вовлекается в процесс околосвагалищная клетчатка, что ухудшает прогноз.

Лечение

До недавнего времени рак влагалища пытались лечить оперативным путем, при этом вначале производили операцию, предложенную Шредером (Schröder) и заключающуюся в иссечении опухоли в пределах здоровых тканей. Последующие наблюдения показали, однако, явную несостоятельность этой операции, и вскоре она была всеми оставлена. Позднее начали применять более радикальные оперативные методы.

Для лучшего доступа к опухоли в свое время предлагали промежуточные способы операций, расширенные вагинальные способы с удалением части прямой кишки. Были смелые попытки найти путь к удале-

нию опухолей влагалища через крестцовую область — так называемые сакральные способы (В. Ф. Снегирев, Г. Ф. Писемский, Кохер; Kocher и др.).

Обычно при всех описанных выше хирургических вмешательствах наблюдалась высокая смертность, плохие непосредственные, а тем более отдаленные результаты. По статистическим сводкам, только 3% больных раком влагалища, подвергавшихся тем или иным оперативным вмешательствам, переживали пятилетний срок наблюдения.

Поэтому с развитием лучевых методов лечения хирургическое лечение рака влагалища было оставлено и в настоящее время применяется иногда в порядке исключения при особых показаниях.

При радиевой терапии можно пользоваться различными методами, а именно: можно обкалывать опухоль иглами с радием или применять радий путем аппликаций на специальных масках. Первый способ, ввиду близости половых органов, применяется реже.

Большинство авторов (и мы в том числе) пользуется методом аппликации радия к опухоли. С этой целью применяют пластинки из пасты «Колумбия» толщиной в 1 см. Пластинку берут на 1—2 см больше поверхности опухоли, чтобы облучению подвергались и здоровые, окружающие опухоль ткани. Поверхность пластинки, обращенную к опухоли, моделируют по форме опухоли, а на противоположной поверхности равномерно распределяют трубочки с радием, которые впаивают в воск и покрывают свинцовой пластинкой толщиной в 2 мм для защиты соседних органов от действия радиевых лучей. Толщина пластинки из пасты, как сказано выше, равна 1 см; такая дистанция вполне достаточна.

Всю маску обертывают полоской липкого пластыря, чтобы не выпали трубочки с радием, затем завертывают в марлю, обильно смазывают вазелиновым маслом и вводят во влагалище. Чтобы лучше фиксировать маску к опухоли и отстранить мочевого пузыря или прямую кишку (в зависимости от положения опухоли), влагалище поверх заложенной маски тампонируют марлей.

Суммарно доза радия на очаг опухоли колеблется от 6000 до 8000 r, иногда ее доводят до 10 000 r в зависимости от величины опухоли. Лучше всего расчет вести на mcd, давая в среднем 2—3 mcd на 1 см² облучаемой поверхности. Как правило, дозу радия свыше 8000 r применять не следует во избежание повреждения здоровых тканей и образования свищей. Указанные дозы мы применяли дробно, давая за сеанс 1000—1500 r с перерывом в два-три дня. В промежутках между сеансами радиевой терапии мы проводим рентгеновское облучение области таза по такому методу: четырехпольное облучение: два передних и два задних поля размером 10×15 см при 200 kV, фильтр — 1 мм Cu+1 мм Al. КФР — 40 см, интенсивность излучения — 10 r в минуту; один-два сеанса ежедневно по 300 r на поле, до 3000 r на каждое поле.

Сочетание радиевой терапии с рентгенотерапией является наиболее эффективным методом лечения рака влагалища. Одна радиевая терапия, как и одна рентгенотерапия, менее эффективна.

Мы хотим предупредить клиницистов воздерживаться от желания уменьшить массу опухоли для лучшей установки радия. Такой метод некоторое время практиковался и в Институте онкологии АМН СССР: перед установкой радия опухоль соскабливалась острой ложкой. У нас было 7 больных, у которых опухолевые разрастания мешали установке радия и потом были соскоблены острой ложкой. Все больные, независимо от стадии болезни, прожили после лечения меньше года. К моменту лечения одна больная была в I стадии, три — во II стадии, одна —

в III и две — в IV стадии заболевания. Поэтому мы относимся отрицательно к этому вмешательству, которое, помимо травмы и инфекции, ведет и к более быстрому метастазированию.

Гораздо целесообразнее, если необходимо уменьшить размеры опухоли, применить электрокоагуляцию опухоли диатермическим наконечником. Мы наблюдали двух таких больных — одну в I стадии и одну во II стадии; обе больные после лучевой терапии здоровы в течение 7 лет.

Отдаленные результаты лечения. С 1926 по 1941 г. включительно в гинекологическом отделении Института онкологии АМН СССР находилась на излечении 81 больная. Из них оказались излеченными на пять и более лет 25 больных, т. е. 30,8% (относительный процент излечения). За этот же период в поликлинику института обратились 162 больные по поводу первичного рака влагалища. Это дает нам возможность вычислить абсолютный процент излечения, который равнялся 15,4.

Наши данные отчетливо выявили зависимость отдаленных результатов от клинической формы опухоли. У 49 больных были экзофитные опухоли; из числа этих больных здорова на протяжении пяти лет и более 21 больная (43%), а из 32 больных с экзофитными опухолями (преимущественно язвенными) здоровы пять лет и более только 4 больные, т. е. 12,5%. Установить зависимость отдаленных результатов от гистологической структуры опухоли нам не удалось.

Что касается зависимости отдаленных результатов от способа лечения, то, как уже было сказано выше, все преимущества остаются за комбинированными методами лечения (рентгенотерапия в сочетании с радиевой терапией).

Согласно литературным данным, положительные отдаленные результаты лечения первичного рака влагалища колеблются в пределах от 11 (Н. И. Горизонтов, 1928, сборная статистика) до 15,7% (Гейман; Неуман, 1937).

САРКОМА МАТКИ

Статистика. Саркомы матки среди злокачественных опухолей женских половых органов встречаются сравнительно редко. У больных злокачественными опухолями матки число сарком (по материалам иностранных статистик) колеблется в значительных пределах — от 1,5 до 5,5%.

Среди больных фибромиомой матки число больных саркомой матки также колеблется в широких пределах — от 1,41 (по Альбрехту) до 3,9% (З. П. Жемкова).

Такие колебания зависят, по-видимому, прежде всего от состава больных той или иной клиннки. В гинекологических клиниках число таких больных будет меньше, в онкологических, где концентрируются преимущественно опухолевые больные, саркомы матки встречаются чаще.

Представляют интерес статистические данные, опубликованные В. Ф. Вамбергским по материалам гинекологического отделения больницы г. Тамбова за период 1918—1947 гг. За указанный период среди 1812 больных с новообразованиями матки рак наблюдался у 1276 (70,3%), фибромиома — у 496 (27,3%) и саркома матки — у 40 (2,2%).

Саркома матки встречается во всех возрастных группах, даже у детей, однако чаще всего у женщин в периоде климактерия.

До последнего времени вопрос о гистогенезе сарком еще не решен.

Известно, что все ткани, из которых построена матка — мышцы, соединительная ткань, эпителий, кровеносные сосуды,— происходят из мезодермы. Поэтому возникновение злокачественных соединительнотканых опухолей возможно из любого из перечисленных элементов.

Таким образом, саркома может возникнуть из мышечных и соединительнотканых элементов матки, из миом тела и шейки матки, из слизистой оболочки тела и шейки матки и, наконец, из кровеносных сосудов.

Источник возникновения опухоли далеко не всегда может быть с точностью определен, так как быстрый инвазивный рост сарком стирает морфологические особенности опухоли.

По-видимому, недостаточная четкость морфологических критериев и заставляет многих патологов отказаться от классификации сарком, построенной на гистогенетическом принципе, и считать более пригодной для практических целей классификацию, построенную в зависимости от формы клеток и степени их дифференцировки.

Поэтому классификация сарком, предусматривающая их деление на веретенчатые, круглоклеточные, гигантоклеточные, полиморфноклеточные и др., и до настоящего времени не утратила своего значения, хотя она и не раскрывает тканевую природу опухоли.

Макроскопическая картина сарком матки разнообразна. Более характерна картина сарком, возникающих из миом. Саркоматозные участки чаще располагаются в центре миомы, реже — на периферии.

На разрезе саркома имеет вид «рыбьего мяса», поверхность ее матовая в отличие от блестящей поверхности миомы. Нередко в опухоли наблюдаются некрозы, участки кровоизлияния (рис. 237). По консистенции саркома мягче миомы.

Пристеночная саркома имеет вид узловатой опухоли, но может иметь и диффузный характер, вызывая равномерное или асимметричное увеличение матки.

Саркома эндометрия, равно и опухоли, развивающиеся из слизистой шейки матки, обычно имеют вид полипов. Саркоматозные полипы шейки матки нередко изъязвляются.

Особо следует остановиться на так называемой гроздевидной саркоме матки — *sarcoma botryoides*. Эта опухоль получила свое название по внешнему сходству с виноградной гроздью. Большинство патологов относят ее к дисонтогенным опухолям, возникающим из ectопированных элементов зачаточных мочеполовых органов. При гистологическом исследовании такой опухоли нередко находят элементы различных тканей: гладких мышц, жировой ткани, поперечнополосатых мышц, нервных волокон, хрящевой и костной ткани.

Описаны отдельные редкие случаи сочетания сарком с эпителиальными опухолями матки; это — *карциносаркомы*.



Рис. 237. Саркома матки (Вейбель).

Типичную микроскопическую картину сарком матки описать не представляется возможным, ибо, как это явствует из вышеизложенного, наблюдается слишком большое разнообразие клеточных элементов опухоли, причем это разнообразие нередко наблюдается в различных участках одной и той же опухоли.

В общих чертах саркомы матки микроскопически характеризуются богатством клеток и ядер, беспорядочностью их расположения, полиморфизмом, митозами, обильно развитой сосудистой сетью. Наблюдаются в большей или меньшей степени вторичные и регрессивные изменения в опухоли — кровоизлияния, тромбоз, отек, ожирение, слизистое превращение, гиалинизация, некрозы, обызвествление.

Саркоматозные опухоли обычно растут быстро и рано метастазируют. Метастазирование происходит как по лимфатическим, так и по кровеносным путям. Чаще всего метастазы обнаруживаются в легких и в печени.

Симптоматология сарком матки разнообразна и зависит отчасти от локализации опухоли и сопутствующих осложнений (кровоизлияние в опухоль, инфекция, некроз и т. п.).

Как и при раке матки, начало развития опухоли обычно протекает бессимптомно, поэтому диагноз саркомы часто бывает неожиданным и выясняется только после операции путем микроскопического исследования удаленной матки по поводу фибромиомы. Каких-либо характерных только для сарком матки симптомов не существует; эти симптомы аналогичны таковым при других опухолях (фибромиомы, рак матки). Такие симптомы, как анемия, резкое похудание, общая слабость при саркомах матки в начальных стадиях болезни наблюдаются редко и являются признаками далеко зашедшего заболевания. К симптомам местного характера необходимо отнести кровотечения различного вида, выделения с примесью крови, отхождение кусочков опухоли. Упомянутые симптомы наблюдаются при саркомах эндометрия, а также при внутривенных саркомах, прорастающих слизистую матки, и, наконец, при редко встречающихся саркомах влагалищной части шейки матки.

При внутривенных саркомах маточных кровотечений может не быть или они носят характер мено- или метроррагий. При полипозной форме сарком матки, когда отдельные полипы «рождаются» во влагалище, наблюдаются схваткообразные боли, как это бывает при рождении множественных опухолей.

Саркомы, развивающиеся внутри миом, могут долгое время не давать никаких симптомов. Нужно иметь в виду, что быстрый рост фибромиомы всегда расцениваться как симптом, подозрительный на развитие саркомы (рис. 238).

Внутривенные (интерстициальные) саркомы растут обычно быстрее, чем саркомы слизистой матки. Саркомы, развивающиеся в миоме, растут медленнее и позднее метастазируют. Саркомы слизистой матки чаще, чем другие формы подвергаются распаду, инфицированию и омертвлению. Распространение их на окружающие ткани и органы может происходить как гематогенным путем, так и по лимфатическим сосудам, а также непосредственным прорастанием органов малого таза.

Диагноз саркомы матки сравнительно труден. Он может быть поставлен на основании исследований соскоба слизистой матки и биопсии из шейки матки; при внутривенных саркомах тела матки, а также при развитии саркомы в фиброматозных узлах диагноз может быть поставлен лишь предположительно на основании быстрого роста опухоли.

Для своевременной диагностики необходимо производить микро-

скопическое исследование всех удаляемых из полости матки полипов, родившихся во влагалище фиброматозных узлов, а также полипов влагалищной части шейки матки.

Прогноз при саркомах матки неблагоприятен вследствие частого их метастазирования.

Лечение сарком матки должно проводиться комбинированно.

Большинство советских и зарубежных клиницистов предпочитают хирургический метод лечения с последующим облучением больных рентгеновыми лучами. При саркоме шейки матки предпочтительна расши-



Рис. 238. Субмукозная фибромиома, перешедшая в саркому (собственный случай).

ренная экстирпация матки с удалением придатков, околоматочной клетчатки и лимфатических узлов; при саркоме тела матки можно ограничиться тотальной экстирпацией матки с придатками. В неоперабельных случаях приходится прибегать к лучевому лечению — радио- и рентгенотерапии.

Отдаленные результаты лечения сарком неблагоприятны ввиду быстрого появления метастазов даже в тех случаях, когда удалось произвести радикальную операцию и полностью осуществить последующую лучевую терапию.

По данным сводных статистик, длительное выздоровление при саркомах матки наблюдается в среднем в 20—25%.

ЛИТЕРАТУРА

Рак шейки и тела матки

Альтгаузен А. Я. Микроскопическое исследование нативных препаратов отделяемого из поражений шейки матки в диагностике рака. Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 357—366.

Апетов С. А. Материалы к клинике рака тела матки. Акуш. и гинек., 1948, 4, стр. 34—38.

Астрахан Д. Б. Применение радия и радия-мезотория для лечения рака шейки матки. Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 372—379.

Голубицкая М. Б. Ошибки в диагностике и роль биопсии при раке матки. Вопросы онкологии, 1949, 1, стр. 108—112.

- Домшлак М. П. Лучевая терапия рака шейки матки. Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 323—331.
- Комиссарова Д. А. Клиническая симптоматология и диагностика первичного рака тела матки. Акуш. и гинек., 1945, 3, стр. 31—36.
- Костина Л. И. Морфология эпителия матки в норме и в условиях гиперплазии. Вопросы онкологии, 1949, 1, стр. 243—250.
- Майкапар-Холдина Т. А. Методика и техника радиевой терапии рака тела матки. Вопросы онкологии. Л., 1953, 6, стр. 209—216.
- Новикова Л. А. К вопросу о снижении инфекционных осложнений при лучевой терапии рака шейки матки. Вопросы экспериментальной и клинической онкологии. М., 1952.
- Нудольская О. Е. Ранняя диагностика рака матки. Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 313—323.
- Серебров А. И. Рак матки. Медгиз, 1957 (Библиографический указатель русской и иностранной литературы).
- Тобилевич В. П. К вопросу о послеоперационном облучении при раке шейки матки. Акуш. и гинек., 1947, 3, стр. 14—23.
- Goûtard H. Principles of X-ray therapy of malignant diseases. Lancet, 1934, 2, 1—8.
- Heyman J., Benner S. Further experience with radiotherapy in cancer of the corpus of the uterus. Acta radiol., 1946, 27, 328—333.
- Mathéy-Cornat R. Radiotherapie gynecologique (Curie- et Rö-Therapie). Paris, Masson et C-ie, 1936.
- Regaud C. Quelques problèmes relatifs au traitement radiothérapique des epitheliomes cervico-utérins. Cancer, Bruxelles, 1935, 12, 93—112.

Рак наружных половых органов и влагалища

- Грабченко И. М. Рак вульвы, по материалу онкологического института. Журн. акуш. и жен. бол., 1933, 44, стр. 33—42.
- Дешевило И. Я. Рак вульвы, по материалам акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева за время с 1901 по 1931 год. Тр. Казан. медиц. инст., 1935, т. 4, стр. 77—86.
- Мандельштам А. Э. Злокачественные опухоли наружных половых органов у женщин. Клиника злокачественных опухолей под ред. Лифшица и Мельникова, т. II, Харьков, 1930, стр. 165—177.
- Окинчик Л. Л. Оперативная гинекология. Биомедгиз, 1938, стр. 156—158.
- Роговенко С. С. Рак влагалища. Л., 1954 (Библиографический указатель русской и иностранной литературы).
- Ducuing M. Sur l'extirpation des adenopathies cancreuses de la region de l'aîne. Revue de chirurgie, 1934, 2, 158—186.
- Göbel A. u. Hamann A. Zur Klinik und Therapie der Karzinome am äusseren Genitale. Zbl. Gynäk., 1937, 24, 1394—1419.
- Mathéy-Cornat R. Radiotherapie Gynecologique (Curie- et Rö-therapie). Paris, Masson et C-ie, 1936.
- Paterson R. a. Parker H. A dosage system for Gamma-Ray-therapy. Brit. Journ. Radiol., 1934, 7, 82, 592.
- Taussig F. J. Results in treatment of lymphode metastasis in cancer of the cervix and the vulva. Amer. Journ. roentg., 1941, 45, 813—816.

Предраковые заболевания и профилактика рака

- Гинзбург И. С. Активная терапия предраковых состояний в профилактике рака. Вопросы онкологии, 1952, стр. 88—93.
- Нудольская О. Е. Предраковое состояние шейки и тела матки. М., 1947.
- Петров П. П. Профилактика злокачественных опухолей. Вопросы онкологии, 1949, стр. 7—17.
- Серебров А. И. Эрозии шейки матки и их рациональное лечение. Акуш. и гинек., 1951, 6, стр. 6—11.
- Серебров А. И. Клиническая картина предраковых заболеваний шейки матки. Совет. медиц., 1952, 10, стр. 7—9.
- Сыроватко Ф. А. Роль профилактических осмотров в раннем выявлении рака шейки матки. Совет. медиц., 1950, 7, стр. 15—16.
- Цимбал В. Е. Профилактика рака шейки матки. Вопросы онкологии. М., 1950, стр. 305—313.

Саркома матки

- Апетов А. С. Саркома матки. Совет. медиц., 1949, 9.
Вамбергский В. Ф. Саркома матки. М., 1955 (есть указатель литературы).
Мухина Е. П. Саркомы матки. Автореферат дисс., ЛПМИ, 1959.
Никольский Н. И. Злокачественные опухоли матки и влагалища под ред. Н. Н. Петрова, 1934, т. 2.
Окинчиц Л. Л. Гинекологическая клиника, 1931, ч. IV.
Подлящук Л. Д. Рентгенотерапия злокачественных опухолей. М., 1952.
Corgsca den J. A. Gynecological cancer. Baltimore, 1956.
Novak E. Gynecological and obstetrical pathology with clinical and endocrine relations. Philadelphia and London, 1947

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Хорионэпителиома представляет особый вид злокачественной опухоли, поскольку она развивается из элементов трофобласта, точнее, из элементов ворсистой оболочки плода — хориона. По своей *гистологической структуре* она состоит из элементов поверхностного слоя ворсинок — синцития и внутреннего эпителиального слоя — клеток Ланганса, при отсутствии соединительной ткани. Однако иногда хориальные структуры развиваются из эмбриональных тератоидных зачатков; их находят в тератоидных опухолях, развивающихся у девочек, а также в тератобластомах яичек у мужчин.

Чаще всего хорионэпителиома развивается после патологической беременности — пузырного заноса, который предшествует развитию хорионэпителиомы в среднем в 5,6—6,5%. Значительно реже хорионэпителиома развивается после нормальной беременности (после выкидыша или после срочных и преждевременных родов). Развитие хорионэпителиомы в периоде беременности является казуистической редкостью, а многие клиницисты вообще ставят под вопрос такую возможность.

Этиология хорионэпителиомы до сих пор остается неясной. Наиболее распространенной является теория Фейта (Veit), который считает, что в крови беременной женщины находится особый цитолитический фермент — синцитиолизин, который в нормальных условиях способствует растворению циркулирующих в крови беременной женщины (а иногда и врастающих в стенку матки) элементов хориона. Понижение по тем или иным причинам цитолитической способности организма, при избыточном поступлении в организм хориональных элементов, обладающих значительным пролиферативным ростом, и является, по мнению Фейта, причиной развития хорионэпителиомы.

Хорионэпителиома наблюдается в различных возрастах, но чаще всего развивается у женщины в третьей декаде жизни. Интервал между последней беременностью и развитием хорионэпителиомы колеблется в пределах от нескольких дней до нескольких лет.

В начальной стадии развития хорионэпителиома по внешнему виду представляет собою опухоль с четкой конфигурацией, слегка возвышающуюся над поверхностью эндометрия, хрупкую, мягкой консистенции и легко кровоточащую. Опухоль имеет обычно темно-красную окраску, обусловленную присутствием в ней крови, поступающей в ткань опухоли из разрушенных сосудов. Опухоль обычно располагается в области дна матки, в трубных углах, на передней или на задней стенке матки. Значительно реже развивается в шейке матки (рис. 239, 240, табл. XX).

Разрушительные свойства опухолевых элементов (трофобласта) быстро вызывают обширные кровоизлияния и некрозы в матке, ведущие иногда к перфорации стенки ее с кровотечением в брюшную

полость. Очень быстро наступает гематогенное метастазирование опухоли — в стенки влагалища, вульву и особенно часто в легкие.

Развитие хорионэпителиомы, как правило, сочетается с кистозным изменением яичников, вызываемым повышенным содержанием у таких



Рис. 239. Хорионэпителиома матки (собственный случай).

больных гонадотропных гормонов. Ткань кистозно-измененных яичников содержит большое количество лютеина.

Симптоматология хорионэпителиомы не всегда отчетлива. Нередко начальные симптомы хорионэпителиомы путают с осложнениями, кото-

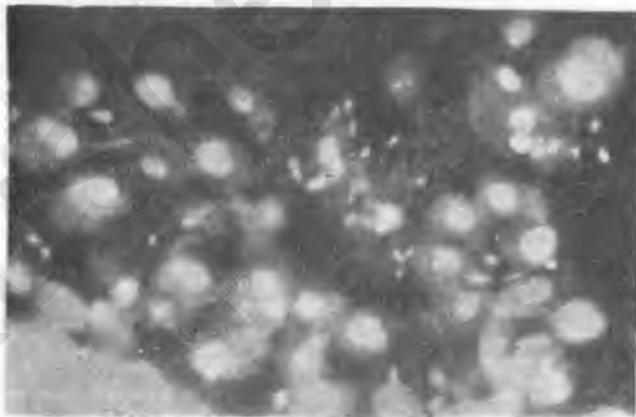


Рис. 240. То же. Микрофото ткани при исследовании в люминисцентном микроскопе.

рые бывают после прервавшейся беременности. Наиболее частым симптомом является маточное кровотечение. Как выше было сказано, хорионэпителиома нередко развивается после пузырного заноса, поэтому небольшие кровотечения затяжного характера после отхождения пузырного заноса всегда должны расцениваться как симптом, подозрительный в отношении развития хорионэпителиомы.

При быстро растущих опухолях, перфорирующих маточную стенку и ведущих к внутрибрюшинным кровотечениям, будут наблюдаться явления нарастающей анемии, которая является вообще характерным симптомом для хорионэпителиомы. Окраска кожных покровов и слизистых оболочек у больных хорионэпителиомой обычно бледная. Нередко наблюдается альбуминурия. Нужно иметь в виду, что нередко явления анемии и общеслабленного состояния больных не могут быть объяснены количеством и длительностью кровянистых выделений.

При метастазах в легких нередко наблюдаются кровохарканье и легочные кровотечения. Метастазы в легких легко распознаются при рентгенологическом обследовании.

Диагностика. При гинекологическом исследовании матка обычно представляется увеличенной в объеме, мягкой на ощупь, поверхность ее обычно гладкая, движения безболезненны. Шейка матки также обычно мягкой консистенции, канал шейки нередко бывает приоткрыт. При бимануальном исследовании определяются увеличенные придатки (кисты яичников), иногда значительных размеров. Необходимо всегда тщательно осматривать слизистую влагалища, ибо возможно быстрое появление метастазов хорионэпителиомы в стенках влагалища. Метастазы во влагалище имеют характерную темно-синюю окраску и мягки на ощупь.

Во всех случаях, когда подозревается хорионэпителиома, необходимо произвести диагностическое выскабливание слизистой матки. При этом нужно иметь в виду, что не всегда путем выскабливания слизистой можно установить хорионэпителиому. Бывают случаи, когда хорионэпителиома развивается в стенке матки (миометрии), а эндометрий остается до поры до времени не пораженным.

Подозрение на хорионэпителиому может возникнуть также после цитологического исследования мазков из влагалища. Этим методом исследования не следует пренебрегать.

Очень ценные диагностические данные дает реакция Ашгейм—Цондека — определение количества гонадотропных гормонов в моче (особенно при сильных разведениях мочи, например, 1 : 50—1 : 100). Сохранение избыточного содержания гонадотропных гормонов после прервавшейся беременности или родов, особенно после пузырного заноса, должно рассматриваться как серьезное подозрение на развитие хорионэпителиомы. Поэтому после пузырного заноса женщины должны длительное время находиться под наблюдением врача и периодически у них должна производиться реакция Ашгейм—Цондека.

Течение хорионэпителиомы бывает различным. В большинстве случаев болезнь протекает остро, давая быстро метастазы в жизненно важные органы (легкие, мозг), и заканчивается смертью в течение нескольких недель при явлениях генерализации процесса и вторичной септической инфекции.

В то же время описаны не только случаи медленного течения болезни, без метастазирования, но также случаи самопроизвольного излечения.

Кроме только что описанных, противоположных по течению, случаев, наблюдаются и такие, когда, несмотря на явную злокачественность процесса, выражающуюся в быстром росте опухоли и метастазировании в другие органы (легкие), болезнь заканчивалась полным излечением после удаления только первичного очага (матки), а метастазы в легких после такой операции исчезали самопроизвольно без всякого дальнейшего вмешательства.

Таким образом, *прогноз*, который при хорионэпителиоме нужно считать в общем неблагоприятным, в отдельных, даже тяжелых случаях, может быть неожиданно хорошим.

Основным методом *лечения* хорионэпителиомы является хирургический — возможно раннее удаление первичного очага (матки) путем тотальной гистерэктомии. Операция целесообразна даже в тех случаях, когда радикально ее осуществить не удастся и удаляется только основной очаг опухоли.

В тех случаях, когда опухоль не распространяется за пределы матки и яичники не изменены, некоторые авторы рекомендуют у молодых женщин сохранять яичники. Такое предложение исходит из тех соображений, что гормоны яичника оказывают антагонистическое действие на избыток гонадотропных гормонов гипофиза, что, как полагают, способствует развитию злокачественного процесса.

При хорионэпителиоме успешно применяется также лучевая терапия, преимущественно рентгенотерапия, ибо эта опухоль весьма чувствительна к лучевым воздействиям.

В последние годы начали появляться сообщения об успешном применении в запущенных случаях хорионэпителиомы химиотерапевтических препаратов.

Так, в 1958 г. японские авторы Койяма и Токуяма (Койама I., Токуяма Н.) сообщили об успешном применении нитромина (дериват горчичного газа) при метастазах хорионэпителиомы в легкие. Этот препарат был синтезирован в Японии в 1951 г.

ЛИТЕРАТУРА

- Мандельштам А. Э. Хорионэпителиома матки. Изд. ЦНИАГИ, Л., 1938
Мандельштам А. Э. Хорионэпителиома матки. Сов. мед., 1953, 7, стр. 54,
Койама I., Токуяма Н. New York Acad. Sci., 1958, v. 60, p. 1105.
-

Глава 13

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. ГИПЕРЕМИИ И ГЕМОРРАГИИ ЯИЧНИКОВ ОПУХОЛИ ТРУБ.

Опухоли яичников. Источники возникновения опухолей яичников; классификация; клиничко-анатомическая характеристика отдельных видов опухолей яичников; диагноз; дифференциальный диагноз; осложнения; терапия.
Гиперемии и геморрагии яичников. Опухоли труб.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Источники возникновения опухолей яичников

Все возможные источники происхождения опухолей яичников можно подразделить на три группы: 1) нормальные компоненты яичника, 2) эмбриональные остатки и 3) постнатальные разрастания и гетеротопии (М. Ф. Глазунов, 1954).

Нормальные компоненты яичников (рис. 241) составляют: а) покровный (зародышевый) эпителий яичника, б) яйцевая клетка, в) гранулезные клетки, г) интерстициальная железа — тека ткань и хилюсные клетки, д) прочие компоненты.

Вальтгард (M. Walthard, 1903) описал погружной рост покровного эпителия яичника, в результате чего образуются отшнуровавшиеся от него гранулезные трубки и шары. До последнего времени большинство исследователей считали гранулезные шары источником образования гранулезоклеточных опухолей яичника.

Клетки гранулезы, как известно, в отсутствии половой клетки не способны к самостоятельному существованию и после выхода яйцеклетки из фолликула, пройдя стадию лютеинизации, вскоре погибают. Роберт Мейер (Robert Meyer, 1913) указывает, однако, на возможность длительного существования гранулезных клеток в атретических фолликулах. Благодаря этой способности из клеток гранулезы могут образовываться фолликулярные кисты. Что касается гранулезолютеиновых клеток, то, по мнению М. Ф. Глазунова, они не могут быть источником происхождения опухоли, так как им не свойственны явления пролиферации.

«Интерстициальная железа», описанная М. Лимоном (M. Limon, 1931), представляет собой клетки внутренней оболочки атретических фолликулов. Дальнейшие исследования показали, что клетки интерстициальной железы встречаются в большом количестве у грызунов; у крупных домашних животных и у обезьян их очень мало, а в яичниках взрослой женщины они не сохраняются и представляют собой только зону текаклеток вокруг атретических фолликулов (А. А. Заварзин, 1946). По мнению современных авторов, интерстициальная железа не представляет собою самостоятельного образования, а состоит из тека-

клеток и хилюсных клеток. Текаклетки хорошо изучены и представляют собою строматогенные элементы. Что касается хилюсных клеток, то они были изучены и выделены в самостоятельную группу лишь в последнее десятилетие. Ряд экспериментальных данных и клинических наблюдений показывает, что текаклетки образуют женские половые гормоны, а хилюсные клетки — мужские.

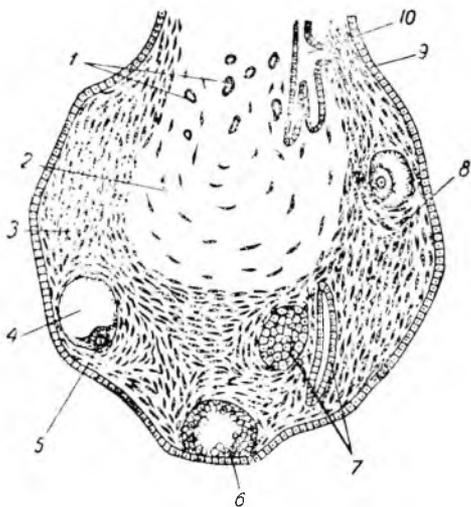


Рис. 241. Схематический разрез через яичник:

1 — сосуды хилюса; 2 — мозговая ткань; 3 — корковый слой; 4 — зреющий фолликул; 5 — клетки гранулезы; 6 — лютеиновые клетки; 7 — клетки Вальтгарда; 8 — мезенхима; 9 — зародышевый эпителий; 10 — участок rete ovarii.

сальпинкса и носит название паровариума или эпоофорона. Паровариум можно найти у женщин всех возрастов. Канальцы паровариума очень извилисты, содержат ампулообразные расширения, часть из них закрыта с обеих сторон и нередко превращается в ретенционные кисты — паровариальные кисты.

Вольфов канал, или гартнеров проток, считается производным мезодермы и образуется за счет слияния сегментарных зачатков предпочки в общий канал. В процессе роста вольфов канал входит в связь с эктодермой. Исследования Р. Мейера показали, что остатки вольфова канала всегда обнаруживаются в мезосальпинксе. Далее он обнаруживается в широкой связке, отдельные фрагменты его доходят до боковых стенок матки; затем гартнеров проток спускается вниз по направлению к внутреннему зеву и здесь погружается в мышечную стенку шейки матки параллельно цервикальному каналу. Ниже гартнеров проток выходит из мышечного слоя влагалищной части шейки и спускается к влагалищу, заканчиваясь на уровне гимена.

Участки вольфова канала лучше всего сохраняются в стенке шейки матки, в сводах верхней и нижней трети влагалища. В нижней трети влагалища имеется многослойный покров стенки канала. У взрослых женщин нередко наблюдается кистозное расширение канала; такие кисты покрыты многослойным эпителием, чередующимся с цилиндрическим. Они носят название влагалищных кист, или кист гартнерова протока.

Из клеток теки вырабатываются основные половые гормоны — фолликулин и прогестин. Прежний взгляд, что фолликулин вырабатывается фолликулярным эпителием, оставлен. Из текаклетки образуются так называемые лютеиновые кисты при пузырном заносе и хоррионэпителиоме.

Хилюсные клетки были впервые описаны Берже (Berget, 1923) у женщин в возрасте от 18 до 55 лет. Наблюдения показали, что гиперплазии и опухоли из хилюсных клеток (являющихся гомологом лейдиговых клеток яичка) сопровождаются признаками омужествления.

Из эмбриональных остатков необходимо остановиться на остатке первичной почки (вольфова тела), который располагается от ворот яичника до латеральной трети мезо-

Из постнатальных разрастаний и гетеротопий большой интерес представляют трубчато-кистозные образования, располагающиеся на поверхности яичника в спайках с ним, а также в глубине ткани яичника. Эти образования разрастаются в периоде половой зрелости и по характеру эпителия имеют много общего с эндометриозами яичника, но отличаются от него отсутствием цитогенной стромы. Эти трубчато-кистозные образования, по предложению М. Ф. Глазунова, называются цинлиоэпителиальными, ввиду сходства покрывающего их эпителия с покровом цинлиоэпителиальных кист яичника.

Эндометриоз яичников представляет собой разновидность внешне-го внematочного эндометриоза, причем на поверхности или в глубине яичников возникают островки или кисты, имеющие строение маточного эпителия, сидящего на цитогенной основе. Такая ткань принимает участие в менструальном цикле. Кистозные формы эндометриоза (аденомиоза) яичников в литературе прежних лет носили название «шоколадных» или «дегтярных» кист.

Классификация

Вопрос о классификации овариальных опухолей всегда считался очень трудным, главным образом вследствие отсутствия единообразной классификации эпителия. Кермаунер (Kermauner, 1932) признал, что гистогенетическое деление опухолей яичников невозможно. Пфанненштиль (Pfannenstiel, 1908) разделял все опухоли яичников на три группы: эпителиальные, соединительнотканнные и озучагенные. Каждая из этих групп делилась, в свою очередь, на доброкачественные и злокачественные опухоли. Известны также классификации Н. Г. Хлопина (1948) и В. М. Михайлова (1949). В. М. Михайлов разделял ткани яичника на восемь групп на основе естественной филогенетической системы.

Для практических целей мы придерживаемся видоизмененной классификации Пфанненштля и делим все важнейшие опухоли яичников следующим образом.

А. Кисты: 1) кисты простые; 2) кисты фолликулярные; 3) кисты желтого тела: а) лютеиновые, б) лютеиновые при пузырьном заносе и хорионэпителиоме, в) эндометриоз яичника («шоколадные» кисты).

Б. Кистомы (кистоаденомы): 1) псевдомуцинозные, 2) серопапиллярные (серозные цистоаденомы).

В. Герминогенные новообразования и опухоли: 1) дермоиды, 2) тератомы и тератобластомы; 3) хорионэпителиомы; 4) дисгерминомы.

Г. Соединительнотканнные опухоли: 1) фибромы яичника; 2) соединительнотканнные опухоли с эпителиальными включениями; опухоль Бреннера; 3) саркомы яичника.

Д. Раки яичника: 1) первичный рак; 2) раковая киста; 3) метастатический рак яичника.

Е. Гормонопродуцирующие опухоли: 1) гранулезоклеточная; 2) текома; 3) арренобластома; липидоклеточная опухоль.

Ж. Прочие опухоли: 1) паровариальные кисты; 2) тубоовариальные кисты.

Клинико-анатомическая характеристика отдельных видов опухолей яичников

А. Кисты

Согласно нашей классификации, к кистам относятся ретенционные, непролиферирующие (небластоматозные) опухоли, исходящие из фолликула или желтого тела. Пробразом ретенционной опухоли фолликула является так называемое мелкокистозное перерождение яичника (*degeneratio cystica ovarii*, рис. 242), о котором говорилось в главе о фибромиомах матки.

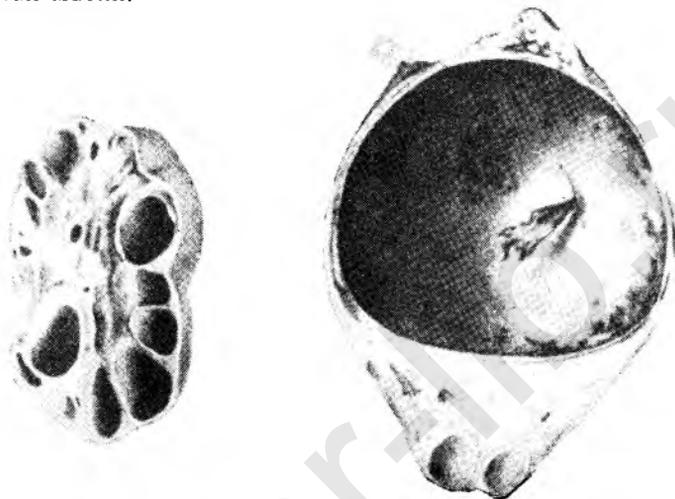


Рис. 242. Мелкокистозное перерождение яичника (слева); фолликулярная киста (справа).

Простая киста фолликула (*cystis ovarii simplex*) образуется при росте и растяжении одного из фолликулов, она тонкостенная, однокамерная, содержит желтоватую жидкость и по величине не превышает размеров мандарина.

Фолликулярные кисты (*cystis follicularis*, рис. 242) несколько крупнее, они могут быть многокамерными. В обеих разновидностях внутренняя поверхность покрыта однорядным или двурядным слоем гранулезных клеток. Фолликулярные многокамерные кисты называют еще простыми серозными кистами (*cystoma serosum simplex*, рис. 243).

Вторая группа кист яичника — кисты желтого тела (рис. 244, табл. XXI, 1); они могут быть разделены на три подгруппы: лютеиновые, при пузырьном заносе и хорионэпителиоме и так называемые «шоколадные» (эндометриоз).

Лютеиновые кисты на разрезе содержат в своих стенках желтоватый слой, а иногда и красновато-бурый. Эти кисты образуются из желтого тела или атрезирующегося фолликула. В обоих случаях желтоватая прослойка из текалютеиновых клеток выражена одинаково хорошо.

Лютеиновые кисты при пузырьном заносе (табл. XXI, 2) или хорионэпителиоме представляют собою очень интересные опухоли, образующиеся приблизительно в половине случаев пузырьного заноса или хорионэпителиомы. Кисты эти двухсторонние и могут дости-



Хорионэпителиома матки (Штеккель-Рейффершейд):

1 — хорионэпителиома матки с метастазами во влагалище; 2 — хорионэпителиома тела матки.



Кисты яичника:

1 — киста желтого тела; 2 — лютеиновая киста при пузырьном заносе; 3 — дермоидная киста.

гать величины кулака. Они способны к самостоятельному рассасыванию в течение одного-двух месяцев после ликвидации пузырного заноса, поэтому оперировать их не следует. Содержимое этих кист большей частью жидкое, желтоватого или коричневатого цвета.



Рис. 243. Простая серозная киста.

«Шоколадные», или «дегтярные» кисты желтого тела, обычно двухсторонние, небольшой величины, содержат густоватую жидкость темно-коричневого цвета. Эти опухоли обычно окружены сращениями. Большинство современных авторов считает, что «шоколадные» кисты представляют собой эндометриоз (аденомиоз) яичника, причем



Рис. 244. Кисты желтого тела обоех яичников (Келли).

считают, что частицы эндометрия во время менструации переносятся через трубы из полости матки и имплантируются на поверхности яичника. В такой эндометриодной ткани могут смениться фазы менструального цикла с выделением крови; в результате организации кровянистых сгустков образуются сращения вокруг яичника. Эти кисты могут давать боли во время менструаций; при бимануальном исследовании они отличаются малой подвижностью.

Б. Кистомы

Кистомы, как сказано выше, мы разделяем на псевдомуцинозные и серопапиллярные.

Псевдомуцинозные кистомы или цистомы (рис. 245, 246) составляют $\frac{2}{3}$ опухолей яичника. Источниками развития псевдо-



Рис. 245 Псевдомуцинозная кистома (Вейбель).

муцинозной кистомы являются тяжи Вальтгарда, эпителий мюллера протока, иногда эктопического зачатка шейки матки. По мнению неко-



Рис. 246. То же в разрезе.

торых авторов, эпителий, покрывающий стенки муцинозных кист, обладает сходством с эпителием, покрывающим цервикальный канал, или эпителием кишечника.

М. Ф. Глазунов различает три рода псевдомуцинозных кистом: секретирующие псевдомуцинозные, пролиферирующие псевдомуцинозные и раки из псевдомуцинозной кистомы.

Секретирующие псевдомуцинозные кистомы (рис. 247, 248) покрыты высоким дифференцированным слизеобразующим эпителием, представляющим собою бокаловидные высокие цилиндрические клетки с базально расположенным ядром.

В. М. Михайлов доказал наличие мерцательных клеток среди обычных слизеобразующих. Массон (Masson, 1938) нашел в эпителиальном слое клетки, идентичные клеткам Кульчицкого в кишечнике.

Пролиферирующие псевдомуцинозные кистомы (рис. 249) являются опухолями переходного типа к раку, возникающе-

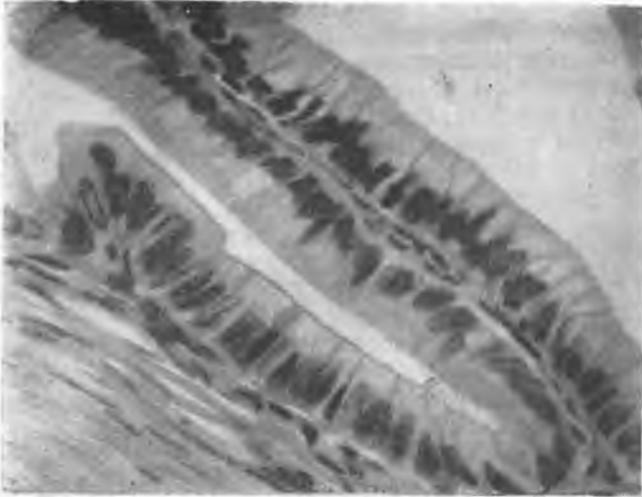


Рис. 247. Псевдомуцинозная киста (М. Ф. Глазунов). По-
кровный эпителий под большим увеличением.



Рис. 248. То же. Черные клетки с аргентафиной зернистостью
и слизиобразующие клетки.

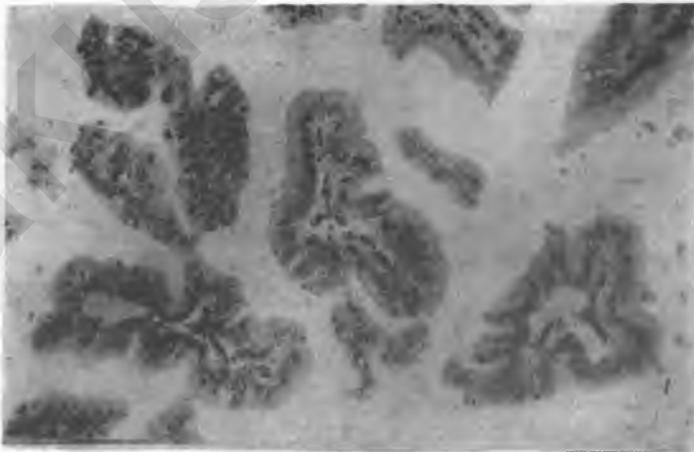


Рис. 249. Проллиферирующая псевдомуцинозная киста
(М. Ф. Глазунов).

му из псевдомуцинозной кистомы. Обе разновидности псевдомуцинозных кистом представляют собою многокамерные опухоли, обычно односторонние; они могут достигать большой величины. Именно к псевдомуцинозным кистомам относятся гигантские, вызывающие кахексию (*facies ovarica*) опухоли, описанные К. Ф. Славянским. Опухоли наполнены слизистым содержимым, в состав которого входит псевдомучин. Это содержимое более или менее однородно и полупрозрачно в крупных камерах, а в более мелких сгущено, имеет сходство с резиновым клеем, буровой или зеленоватой окраски, которая зависит от примеси крови или лейкоцитов.

Наружная поверхность пролиферирующих псевдомуцинозных кистом гладкая, на внутренней поверхности камер имеются участки пролиферации, ворсинки или сосочки. Папиллярные образования, выстилающие полость камер, сходны с пилообразными щечными железами при беременности; некоторые из них подвергаются некробиозу. Однако митозов в клетках этих разрастаний не находят. Пролиферирующие псевдомуцинозные кистомы в половине случаев двухсторонние. В редких случаях происходит разрыв ее стенки с излиянием слизистого содержимого в полость брюшины, которое образует там новую опухоль («псевдомиксома брюшины»); последняя увеличивается вследствие постоянного пополнения из разрыва кистомы. Это содержимое вызывает раздражение брюшины, слипчивый перитонит с клинически «злокачественным течением». В псевдомуцинозных кистомас рак развивается в 6—8% случаев. Максимум случаев развития рака наблюдается в возрасте от 21 года до 50 лет. Об этом заболевании мы будем говорить, рассматривая рак яичника.

Серопапиллярная кистома (серозная цистоаденома). Покровный эпителий опухоли представляет собой однорядные цилиндрические клетки. Он характерен своим многообразием. Некоторые виды его представлены на рис. 250.

Характерной особенностью этой кистомы является способность к пролиферации и образованию сосочковых разрастаний, покрытых разновидностями эпителия мюллеровских ходов. Количество сосочковых разрастаний может быть весьма различным: в одних случаях имеется два-три разрастания, похожих на цветную капусту, в других — вся полость кистомы заполнена папиллярными разрастаниями (рис. 251, 252); сосочковые разрастания могут появляться и на наружной поверхности кистомы, а также обсеменять брюшную полость (рис. 253). Тенденция к пролиферации, возможно, лежит в гормональных воздействиях. Серопапиллярная кистома не представляет собою злокачественной опухоли, но является несомненным предраковым процессом (М. Ф. Глазунов).

Серопапиллярная кистома — чаще двухсторонняя опухоль (рис. 254), многокамерная; может развиваться межсвязочно. Опухоль наблюдается чаще всего в возрасте 30—35 лет; она редко встречается в детском возрасте и в периоде климактерия.

Серопапиллярная кистома может вызывать расстройство менструального цикла. Однако наиболее частый симптом ее — боли. Важной клинической особенностью этой кистомы являются также частые спаечные процессы в брюшной полости (более чем у 50% больных). Отмечается значительная частота асцита; иногда одновременно с асцитом появляется одно- или двухсторонний гидроторакс.

Характерной особенностью серопапиллярных кистом является содержание в строме сосочков известковых конкрементов различной формы и величины. Серопапиллярные кистомы, как говорилось выше, могут

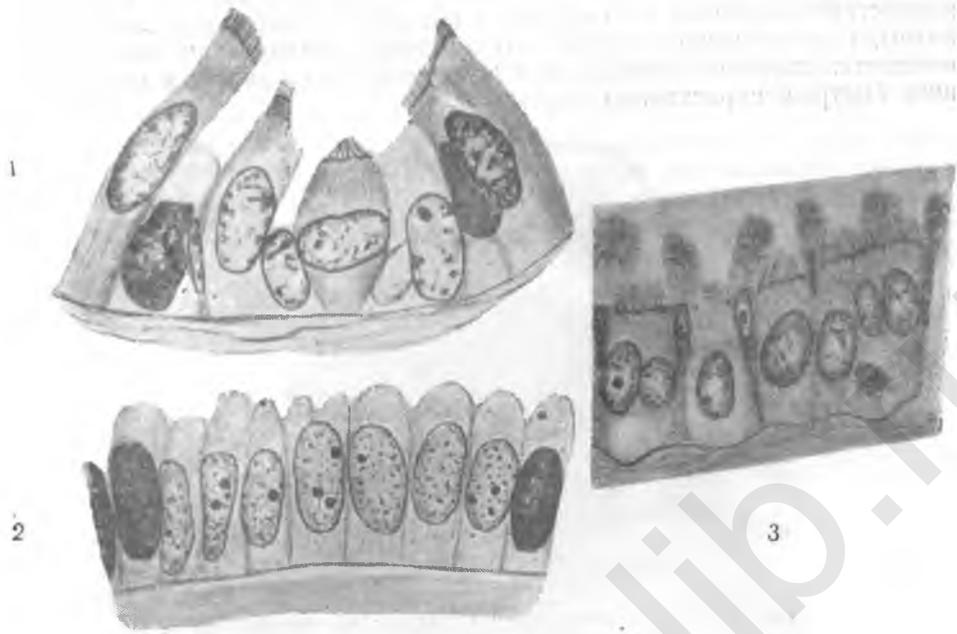


Рис. 250. Серопапиллярная киста (М. Ф. Глазунов):

1 — реснитчатые клетки: чередование вздутых мерцательных клеток с немерцательными; 2 — секреторные клетки; 3 — высклизывающие клетки, чередующиеся с реснитчатыми.



Рис. 251. Серопапиллярная киста с разрастаниями на внутренней и внешней поверхности яичника (Келли).



Рис. 252. Серопапиллярная киста (Вейбель).

иметь на наружной поверхности папиллярные разрашения. Симптом прорастания сосочков на наружную поверхность серопапиллярной кисты, а затем часто следующее обсеменение брюшины обычно сопровождается скоропроходящим симптомом «острого живота» и последующим быстрым нарастанием асцита.

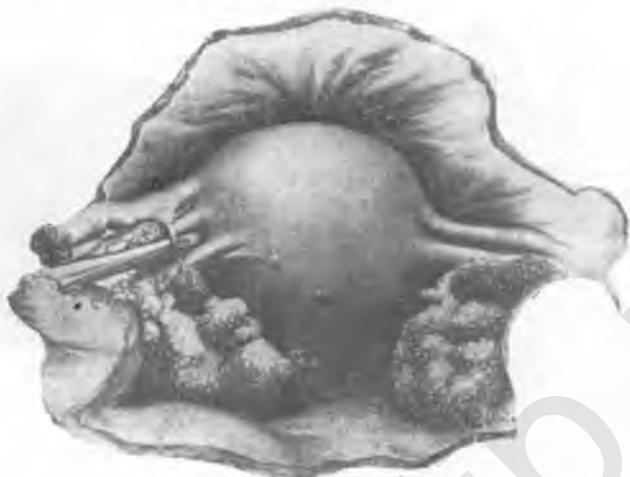


Рис. 253. Папиллома обоих яичников; разрастание на тазовой брюшине (Келли).

Папилломатозные разрашения могут быть очень разнообразны. М. Ф. Глазунов разделяет такие папилломатозные формы яичниковых кистом на следующие подгруппы: 1) микропапилломатоз, 2) папилло-



Рис. 254. Двусторонняя серопапиллярная кистома (Вейбель).

матоз, 3) гроздевидный папилломатоз и гроздевидный поликистоз яичников.

В первых двух подгруппах имеются бородавчатые разрашения на наружной поверхности яичника различной величины. При небольших сосочках поверхность яичника становится бархатистой или бородавчатой; такой яичник называется бородавчатым — микропапилломатоз.

Папилломатозы яичника (рис. 255), по мнению некоторых авторов, образуются при надрывах стенки с последующим выворотом ее. Сосочки представляют собой более крупные, чем в первой группе, разрастания типа ворсинок. Папилломатоз яичников носит еще названия поверхностной папилломы, «мохнатки» или «казахской шапки».

Гроздевидный папилломатоз представляет собой отек сосочков, которые похожи на гроздья винограда или элементы пузырного заноса. Внутренняя поверхность сосочков гладкая. Нередко отечные ворсинки отрываются и плавают свободно в асцитической жидкости. При гроздевидном поликистозе яичников (рацемозная,



Рис 255. Серопапиллярная кистома (папилломатоз яичников).

гроздевидная папиллома) имеется сходство с виноградной кистью; конгломерат свободно вдается в полость брюшины, не будучи связанным общей оболочкой. Макроскопически обнаруживается множество пузырей величиной от горошины до детской головки, сидящих на тонкой ножке. Пузыри наполнены прозрачной жидкостью. Процесс образования гроздевидного поликистоза неясен. Считают, что этот процесс является последствием кистозного расширения множественных микрокист коркового слоя яичников. Процент злокачественного превращения достигает 60.

В. Герминогенные новообразования и опухоли

(Опухоли из зародышевых листков)

Прежнее представление о том, что дермоидные кисты возникают из эктодермы, а тератомы из трех зародышевых листков, современными авторами отвергается. Вильмс (Wilms) доказал, что в каждом дермоиде имеются дериваты всех трех зародышевых листков. Поэтому строгое разграничение дермоидов и тератом оказалось излишним, и в настоящее время пользуются только термином тератома (по Вильмсу — эмбриома). Признавая тератому эмбриональным пороком развития мужских и женских половых желез, М. Ф. Глазунов относит их к категории

герминогенных опухолей и новообразований яичников. Эти опухоли бывают различных степеней и зрелости, и в них могут быть представлены продукты дифференцировки всех трех зародышевых листков, или двух и даже одного. Он разделяет эти опухоли на следующие пять подгрупп: 1) зрелые и созревающие тератомы (дермоиды); 2) раки и саркомы из тератомы; 3) тератобластомы; 4) хорионэпителиомы; 5) дисгерминомы.

Зрелые тератомы, или дермоиды, дермоидные кисты, по частоте следуют за псевдомуцинозной кистой. Правый яичник поражается несколько чаще левого. Дермоиды в 85% являются односторонними; двусторонними — в 15%. В подавляющем большинстве случаев дермоид яичника — одиночная опухоль. Множественные дермоиды описываются как большая редкость. Нам пришлось видеть семь дермоидов в одном яичнике и четыре — в другом. Форма дермоида круглая, овальная или почковидная. Поверхность — гладкая и блестящая. Удаленная опухоль при комнатной температуре уменьшается от застывания жира и становится морщинистой. Цвет стенки опухоли беловатый или желтоватый, консистенция — местами плотно-эластическая, местами плотная или тестоватая. На разрезе дермоидная киста (рис. 256, см. также табл. XXI, 3) представляет собою кожистой консистенции мешок, в котором заключена обычно однокамерная полость, выполненная жироподобной массой желтоватого цвета и волосами. По удалении содержимого дермоида в нем находят бугор, или тело, различной величины. В этом бугре можно обнаружить различные части тела (пальцы конечностей, части органов — мозга, кишечной трубки, рудимент глаз). Репин (1892) нашел в дермоидной кисте уродливого гомункулуса. Частой находкой являются зубы и нередко зачатки челюсти. Органы каудальной части тела встречаются значительно реже, чем краниальной. Опухоли из незрелых тератом наблюдаются значительно чаще, чем из зрелых.



Рис. 256. Дермоидная киста.

Изредка из дермоидной кисты могут возникнуть раки и саркомы; чаще всего наблюдается возникновение плоскоклеточного рака. Тератомы, или тератобластомы (их называют еще эмбриональными тератомами, мезатериомами, смешанными опухолями, карциносаркомами — рис. 257), в противоположность дермоидам, являются злокачественными и не имеют кистовидного характера. На разрезе они имеют вид солидной опухоли органоподобного строения и лишь местами содержат мелкие кистозные полости. Тератобластомы встречаются редко, главным образом в возрасте до 30 лет и особенно часто в детском и девичьем возрасте, когда они часто ошибочно диагностируются как рак шейки. Макроскопически тератобластома представляет собой бугристую опухоль, часто спаянную с окружающими органами, размеры ее достигают величины головы ребенка или взрослого. Микроскопически в опухоли находят производное всех трех зародышевых листков, находящихся на различных стадиях эмбриональной

дифференцировки. Тератобластома отличается очень быстрым ростом и дает метастазы. Нередко при тератомах наблюдается асцит.

Хорионэпителиома яичника наблюдается весьма редко. М. Ф. Глазунов считает, что развитие хорионэпителиомы в яичнике может произойти на почве яичниковой беременности или в связи с партеногенетическим (размножение без оплодотворения) дроблением яйцевых клеток. Более достоверным следует считать второй фактор, так

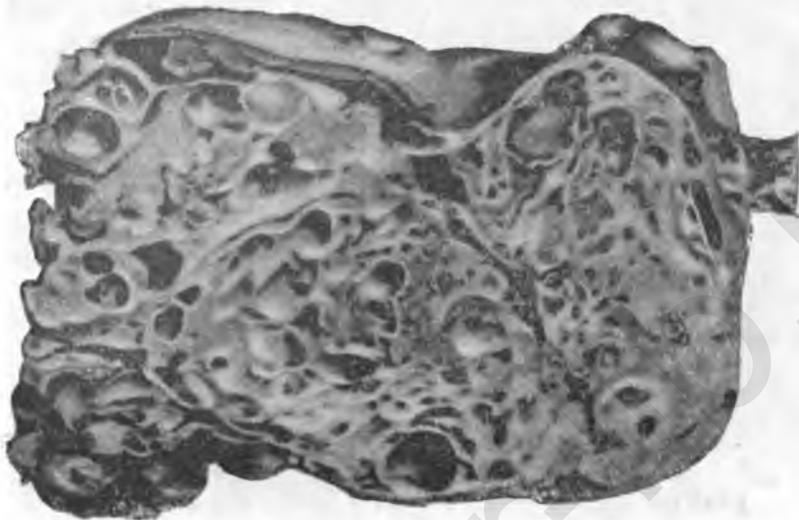


Рис. 257. Тератома яичника (Гфанненштиль).

как возникновение хорионэпителиом наблюдается у девочек и девушек (а также у мужчин в яичках).

Обладая очень быстрым ростом, хорионэпителиомы достигают очень больших размеров, часто дают метастазы (см. предыд, главу). Реакция Цондек—Ашгейма при этих опухолях положительная. Гистологическое строение метастазов может давать картину тератобластомы в одних узлах, а в других — хорионэпителиомы.

Дисгерминомой после работ Р. Мейера (1930) называют злокачественную опухоль, возникающую в женской или мужской половой железе. С 1911 по 1930 год она называлась семиномой яичника (Шено; Chenot, 1911). Более редкими синонимами дисгерминомы являются: эндотелиома, альвеолярная круглоклеточная саркома, солидный крупноклеточный рак и др. Дисгерминома яичника встречается гораздо реже, чем дисгерминома яичка и наблюдается в значительно более молодом возрасте и у девочек. Дисгерминома яичника встречается в сочетании с гипоплазией половых органов, а также у лиц с признаками псевдогермафродитизма. Дисгерминома вызывает иногда нарушение менструального цикла, аменорею. При этом заболевании отмечаются нередко признаки интерсексуальности; однако признаки эти быстро исчезают после удаления опухоли. Реакция Цондек—Ашгейма обычно бывает положительной.

Дисгерминома в $\frac{2}{3}$ случаев поражает только один яичник. Она имеет округлую или почковидную форму, нередко окружена сращениями, цвет ее серый или пестрый от кровоизлияний и некрозов; консистенция плотная. Микроскопическое строение идентично дисгерминоме

яичка. Расположение клеточных элементов, вследствие их тесного прилегания друг к другу, напоминает «торцовую мостовую» (рис. 258). Клетки крупные, хорошо контурированы, складываются в тяжи или аль-

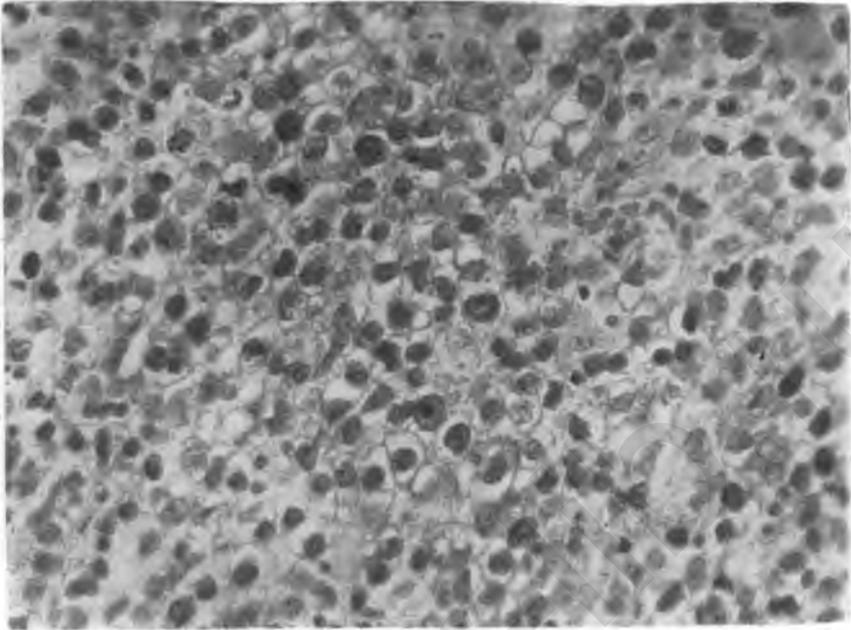


Рис. 258. Дисгерминома (М. Ф. Глазунов). Расположение клеточных элементов в виде «торцовой мостовой».

веолы, содержат гликоген, часто разделяются узкими прослойками из аргирофильных волокон. Нередко встречаются многоядерные гигантские клетки. Дисгерминомы обладают большой чувствительностью к рентгеновым лучам.

Г. Соединительнотканые опухоли

Соединительнотканые опухоли яичников представляют собою довольно редкую группу, включающую от 2 до 4% всех опухолей яичников. Различают две формы этих опухолей: 1) доброкачественные формы — фиброма яичника и опухоль Бреннера и 2) злокачественная форма — саркома яичника.

Происхождение фибромиомы яичника более сложно, чем думали прежде. М. Ф. Глазунов полагает, что она происходит из паренхимы яичника и представляет собой текому, гормонально не активную. Фибромиома яичника (рис. 259) отмечается в возрасте от 20 до 50 лет. Опухоль преимущественно односторонняя, на разрезе беловатого цвета. При фибромиомах яичника следует обратить внимание на асцит. Предполагалось, что асцит происходит из-за раздражения брюшины плотной массивной опухолью, однако встречаются случаи, когда при асците опухоль была очень маленьких размеров и механического раздражения брюшины производить не могла.

В большинстве случаев микроскопическая картина фибром яичника разнообразна, но иногда можно различить фасцикулярность строения, особенно в участках, богатых клетками. Форма клеток чаще всего ве-

ретеннообразная. При отечных формах фибром клетки приобретают звездчатую форму, митозы отсутствуют, волокнистое вещество в фибромах представлено исключительно аргирофильными волокнами. Макроскопически не отличимыми от фибром являются опухоли Бреннера и иногда саркома яичника.

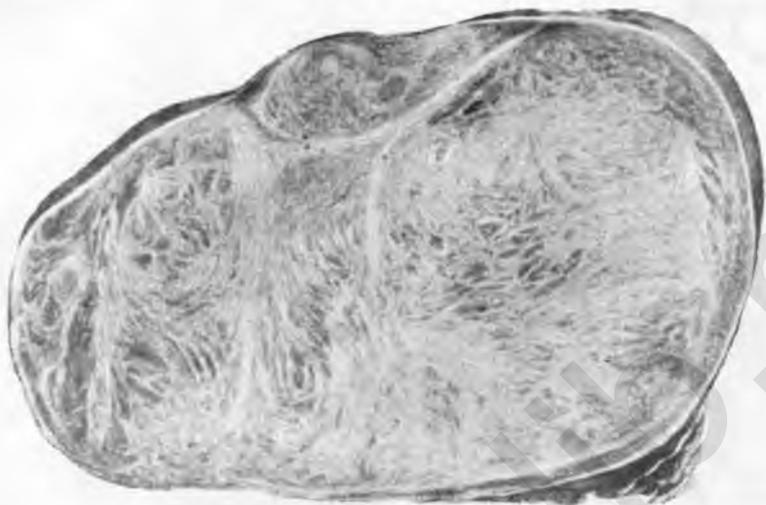


Рис. 259. Фибромиома яичника.

Опухоль Бреннера (рис. 260) представляет собой доброкачественное новообразование, состоящее из тканей, напоминающих фиброму яичников, и вкрапленных в нее островков или кист эпителиально-



Рис. 260. Опухоль Бреннера (Вейбель).

го характера (рис. 261, 262). В этих эпителиальных включениях, генез которых неясен, заключается характерная особенность опухолей Бреннера. Прежде, вследствие наличия этих включений, опухоль Бреннера называлась аденофибромой, коллоидной аденофибромой; ее принимали также за рак. Термин «опухоль Бреннера» был введен в 1932 г. Р. Мейером. Опухоль Бреннера встречается редко — в пять-шесть раз реже, чем

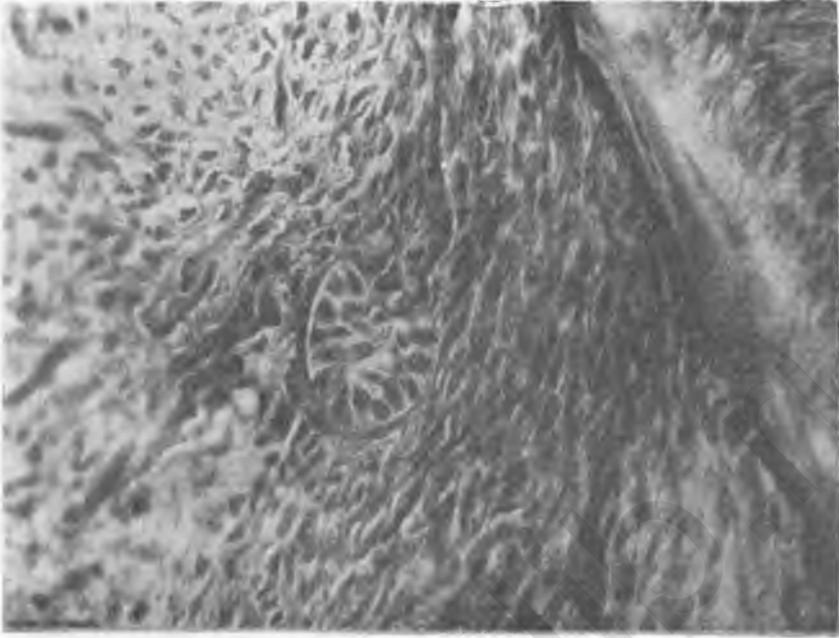


Рис. 261. Опухоль Бреннера (М. Ф. Глазунов). Микроочаг эпителиальных клеток, погруженный в ткань типа фибромы яичника.

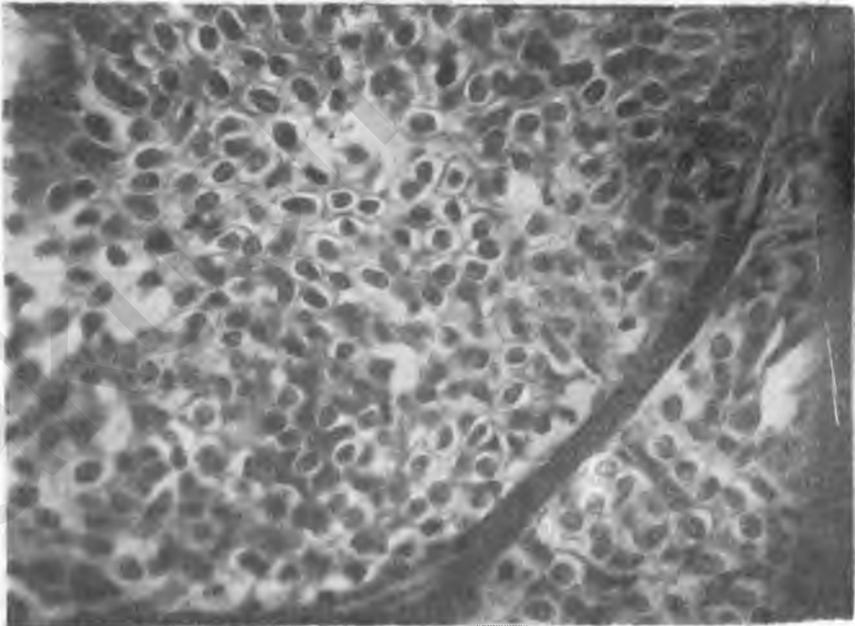


Рис. 262. То же. Крупный эпителиальный очаг, образованный «пустыми» полигональными клетками.

фиброма. Она почти всегда односторонняя, чаще всего встречается в возрасте около 30—40 лет. В детском возрасте она не встречается. Опухоль Бреннера не дает каких-нибудь явных симптомов гиперэстрогении, но в части случаев развивается расстройство менструального цикла в виде аменореи, циклических или ациклических кровотечений. Форма опухоли — кругло-овальная, иногда слегка бугристая, консистенция весьма плотная. На разрезе она сходна с фибромой, эпители-

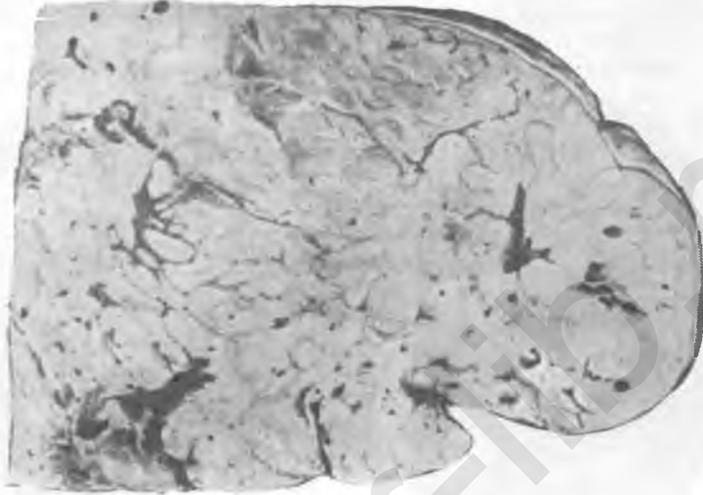


Рис. 263. Саркома яичника (Вейбель).

альные включения не всегда можно различить без лупы. Некоторые авторы высказываются об однородности эпителия бреннеровской опухоли и псевдомуцинозных кистом яичника.

Саркома яичника — редкая опухоль, встречающаяся в разных возрастах, в том числе и в детском. В прошлом авторы, например В. С. Груздев (1894), под видом сарком описывали текомы, дисгерминомы, метастатические опухоли. Прежнее название «эндотелиомы» и «перителиомы» сейчас не применяется.

Саркомы по гистологическому строению встречаются в виде двух форм: круглоклеточные и веретенноклеточные.

Макроскопически саркомы яичника (рис. 263) отличаются от доброкачественных опухолей мягкой консистенцией, мозговидным характером на разрезе, некрозами и кровоизлияниями. Чем мягче опухоль по своей консистенции, тем она злокачественнее. Диагноз саркомы в большинстве случаев ставится только предположительно. При асците, мягкой консистенции опухоли, спайках с соседними органами, быстрым росте — можно заподозрить саркому яичника.

Д. Рак яичника

(злокачественные эпителиальные опухоли)

Частота рака яичника, по данным новейших авторов, меньше, чем по данным прошлых лет. Рак из кист яичников — наиболее часто встречающаяся форма злокачественных эпителиальных опухолей яичников. Можно сказать, что все злокачественные опухоли яичника развиваются из доброкачественных опухолей.

Рак яичника может развиваться первично из тканей самого яичника и вторично, метастазируя в яичник из первичной раковой опухоли в каком-нибудь другом органе. С практической точки зрения удобно разделить все виды рака яичника на три группы: 1) первичный рак яичника, 2) раковая киста, 3) метастатический рак яичника.

Первичный рак яичника. Так называемый первичный рак яичника встречается редко и представляет собой плотноватую, солидную опухоль, большей частью двустороннюю. Эта опухоль может достигнуть значительной величины (до головки новорожденного или головы взрослого), но сохраняет форму яичника. Величина опухоли правого и левого яичника всегда различна, поверхность опухолей слегка бугри-



Рис.* 264. Раковая киста яичников.

стая, на разрезе желтоватого цвета, различной консистенции в отдельных участках, местах находят распад или кровоизлияния. Опухоль может прорасти капсулу яичника и распространиться на брюшину и органы брюшной полости.

По гистологическому строению эти раки представляют собой аденокарциному. В некоторых случаях находят сходство с псевдомуцинозными кистами.

Раковая киста. Образование рака из серопапиллярной или псевдомуцинозной кистом яичников (рис. 264) составляет наибольшую, можно сказать, основную группу злокачественных эпителиальных опухолей яичников. Чаще всего раковое превращение встречается при серопапиллярных (цилиоэпителиальных, по Глазунову) кистах яичника; значительно реже переход в рак наблюдается при псевдомуцинозных кистах. Вначале рак поражает в обоих случаях только отдельные участки, в первое время обнаруживаемые только микроскопически. Но довольно скоро, по мере роста малигнизированных участков, можно распознать их макроскопически: они принимают вид мягковатой мозговидной массы.

При микроскопическом исследовании пораженных раком серопапиллярных кистом яичника (рис. 265, 266) пораженные участки эпителия отличаются многослойностью и выраженной полиморфностью клеток.

В запущенных случаях структура ранее доброкачественных серопапиллярных кистом постепенно утрачивается, в результате чего стано-

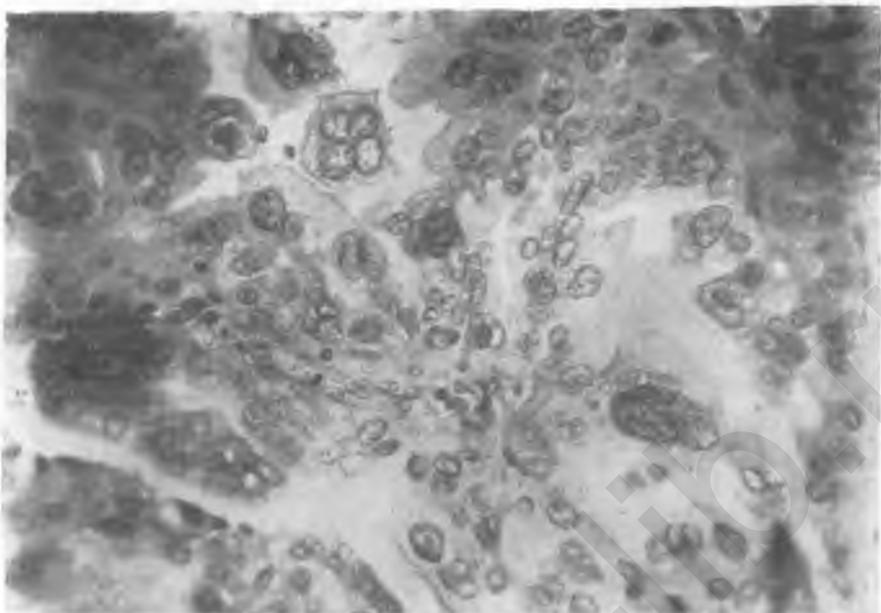


Рис. 265. Рак из серопапиллярной кисты яичника (М. Ф. Глазунов).
Гигантские клетки разной формы и величины.

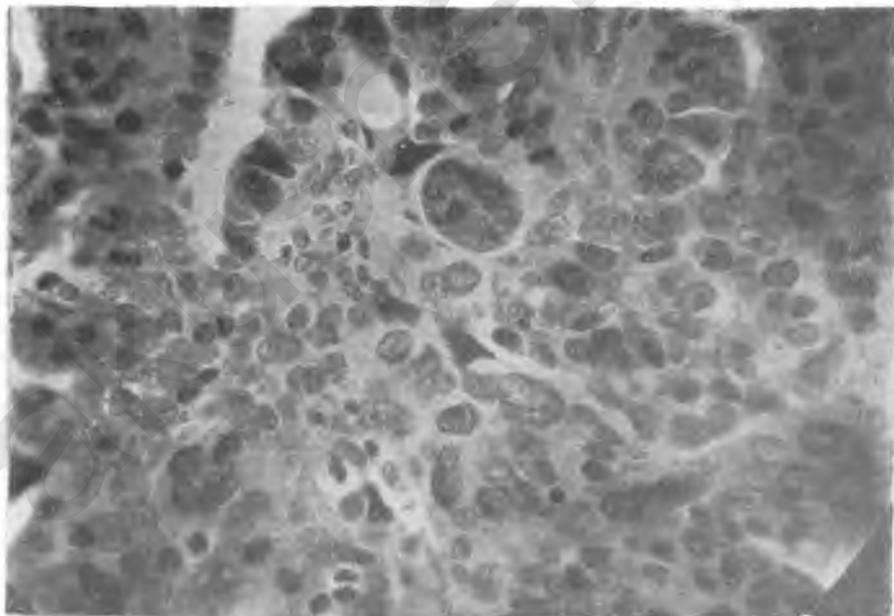


Рис. 266. То же. Полиморфноклеточный вариант опухоли.

вится невозможным отличить рак серопапиллярной кистомы от рака псевдомуцинозной кистомы.

Наиболее уязвимым для этой группы раков яичника является возраст от 40 до 60 лет. Раковые кистомы в возрасте до 30 лет представляют большую редкость. Двусторонние опухоли встречаются в 50—70% случаев. Асцит наблюдается всегда, в особенности при прорастании опухоли.

Метастатический рак яичника. Метастатические опухоли яичника представляют большой интерес.

Крукенберг (1896), описывая подобную опухоль, принял ее за первичную, отнес ее к соединительнотканным. Ряд авторов, в том числе



Рис. 267. Метастатический рак яичников.

К. П. Улезко-Строганова (1910), окончательно доказали, что эти опухоли эпителиальные и являются метастазами. Метастатические раки яичника не дают каких-либо характерных клинических симптомов. По данным Ф. И. Пожариского и Т. А. Майкапар-Холдиной, в половине случаев они наблюдаются в возрасте до 40 лет, причём около 20% приходится на возраст до 30 лет. Таким образом, метастатический рак яичника диагностируется примерно на несколько лет раньше, чем рак тех органов, в которых находится первичный очаг, поэтому можно предположить, что в его возникновении играют роль какие-то нейрогормональные влияния. У более молодых больных часто наблюдается аменорея. У пожилых — нередки ациклические кровотечения. По данным большинства авторов, опухоль в 66—90% двусторонняя. Величина ее может достигать размеров головы взрослого; поверхность то гладкая, то бугристая (рис. 267). Асцит встречается в 60—70%. Сращения наблюдаются реже, чем при других злокачественных опухолях яичников.

На разрезе опухоли можно видеть однородную, плотную или отечную массу, иногда сходную с белым веществом головного мозга, реже отмечается узловатая форма опухоли. Первичный очаг может находиться в желчном пузыре, желудочно-кишечном тракте, сальнике (рис. 268, 269), молочной железе и т. д. Ниже приводится таблица частоты первичных очагов в разных органах при метастатическом раке яичника.

Таблица 10

Частота первичных очагов в различных органах при метастатическом раке яичника (по Ф. И. Пожарискому)

	(в %)
Рак желчного пузыря	14
Рак кишечника	12
Рак поджелудочной железы	10
Рак желудка	7,5
Рак грудной железы	7
Рак матки	2



Рис. 268. Распространенный рак сальника с вторичным поражением яичника (Келли).



Рис. 269. Метастаз в сальник при карциноме яичников.

По мнению М. Ф. Глазунова, рак легкого также очень часто дает метастазы в яичники.

При гистологическом исследовании метастатического рака яичников наблюдается большое количество различных форм его. Он может быть железистым, солидным, мелкоальвеолярным и диффузным.

Типичный рак яичника характеризуется нежной, волокнистой отечной стромой, широкие прослойки которой отделяют одну группу опухолевых клеток от другой. В некоторых частях опухолей можно найти отдельные кучки раковых клеток, плавающих в отечной строме и пропитанных слизью. Нередко среди клеток можно найти перстневидные. Метастатические раки солидного и скirrosного типа наблюдаются в яичниках при раке молочной железы, бронхов и матки.

Пути проникновения опухолевых клеток в яичники различны. Основным путем метастазирования М. Ф. Глазунов считает гематогенный. В единичных случаях наблюдается ретрограднолимфогенный, трансперитонеальный и трансубарный пути.

Е. Гормонопродуцирующие опухоли

К гормонопродуцирующим опухолям, по классификации М. Ф. Глазунова, относятся гранулезоклеточная опухоль, текома и арренобластома, причем первые две принадлежат к ожествляющим опухолям, а арренобластома — к ожествляющим.

Гранулезоклеточной опухолью, или фолликуломой, называют редко встречающееся новообразование яичников, среди клеточных элементов которого находятся клетки, напоминающие по своему строению гранулезу фолликулов (рис. 270). Второй особенностью гранулезоклеточной опухоли является общее влияние ее на организм, сходное с воздействием эстрогенных гормонов. Как самостоятельная патологическая единица гранулезоклеточная опухоль была выделена Р. Мейером в 1912 г. До этого времени опухоль описывалась как рак, эндотелиома, цилиндрома и т. п.

Фолликуломы встречаются в различном возрасте, в том числе и у детей с первого месяца жизни. Все же наибольшее количество этих опухолей наблюдается в возрасте 50—60 лет.

Гранулезоклеточная опухоль в различном возрасте дает различные клинические симптомы, однако всегда типичные для гиперэстрогении. У девочек находят преждевременное половое созревание с появлением менструации (*menstruatio praecox*), развитием грудных желез, появлением волосистости на лобке, увеличением клитора и малых губ. В период половой зрелости наблюдают различные расстройства менструального цикла типа мено-метроррагии, а иногда и аменорею. В период климактерия характерными симптомами являются возобновление менструальных кровотечений, гиперплазия слизистой и увеличение объема матки, иногда с появлением в ней эндометриоза. Фолликуломы часто сочетаются с фибромиомой матки. Большинство гранулезоклеточных опухолей относится к доброкачественным; злокачественные фолликуломы встречаются очень редко. О них мы будем говорить ниже.

Фолликуломы — чаще всего односторонние опухоли (двусторонние поражения встречаются в 6—7%). Они плотно-эластической консистенции с гладкой или, чаще, бугристой поверхностью. Размеры их иногда очень значительны, и вес достигает нескольких килограммов. Небольшие опухоли на разрезе солидного строения, а крупные — губчатого или дольчатого. Типичной микроструктурой для гранулезоклеточных

опухолей являются скопления гранулезных клеток различной формы и величины. Клетки эти обладают способностью к секреции, что приводит нередко к образованию псевдожелезистых структур (рис. 271), а также способностью к накоплению липоидов. В волокнистом веществе фолликулом много аргирофильных волокон. По мнению М. Ф. Глазунова, 25—30% фолликулом являются комбинацией фолликуломы с текомой (рис. 272).



Рис. 270. Фолликулома (М. Ф. Глазунов). Стенки полостей выстланы слоем гранулезы.

Что касается злокачественных фолликулом, то частота их, по литературным данным, составляет 20—28%. При микроскопическом исследовании опухоль, сохраняя альвеолярное строение, состоит из объемистых светлых клеток с плохо различимыми границами и крупным пузыреобразным ядром, нередко в состоянии митоза (рис. 273).

Текома. Впервые текаклеточные опухоли яичников были описаны Лефлером и Призелем (Lefleur et Prisel, 1932). Всего описано 335 случаев текаклеточных опухолей (М. М. Шашин, 1957). Текома отличается от фолликуломы своим гистологическим строением, сходным с фибриомами яичника.

По мнению некоторых авторов, текомы возникают только из текаклеток фолликула. Однако М. Ф. Глазунов источником происхождения теком считает строматогенные элементы яичника, т. е. те веретенообразные клетки, которые образуют основную его массу. Текомы, как правило, являются доброкачественными новообразованиями; злокачественными текомами следует считать только те, которые обладают эстрогенной активностью.

Текаклеточные опухоли могут возникать и в детском возрасте, но чаще всего текомы встречаются в возрасте 50—60 лет. Опухоль большей частью односторонняя. Величина ее может достигать головы взрослого.

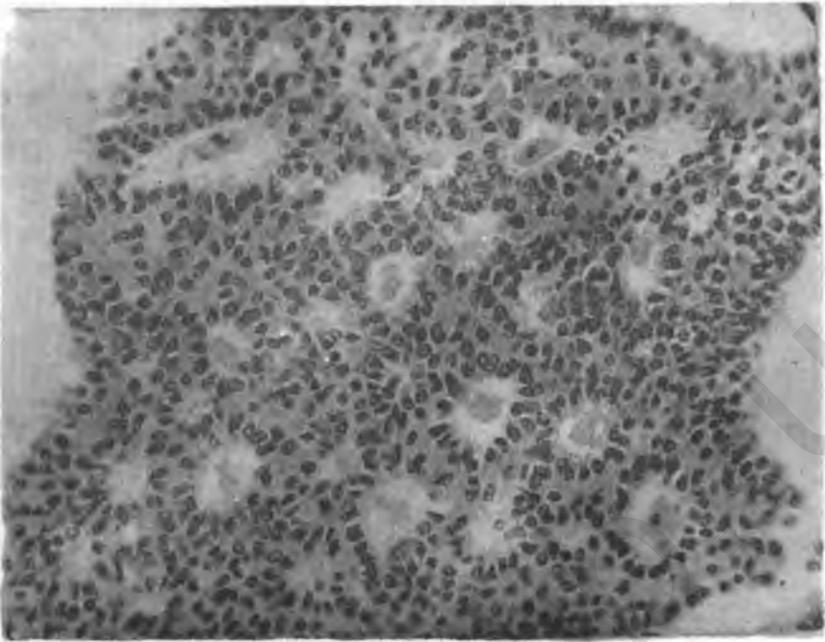


Рис. 271. То же. Тяж гранулезных клеток с микрополостями, содержащими белковый секрет и слущенные клетки.

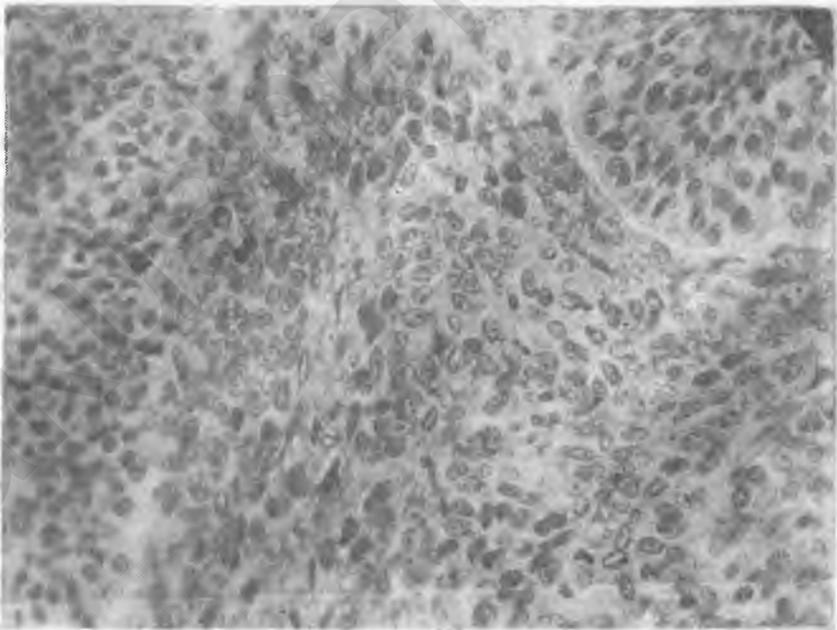


Рис. 272. То же. Отчетливая пролиферация текаткани между тяжами гранулезных клеток.

Поверхность то гладкая, то бугристая. Консистенция — плотно-эластическая, на разрезе желтоватого оттенка. В результате дистрофических процессов в опухоли нередко наблюдаются полости, наполненные полужидким содержимым.

При микроскопическом исследовании находят веретенообразные или полигональные клетки со светлой протоплазмой с наличием вакуолей, ядра клеток круглые, местами вытянутые (рис. 274); в клетках, а также в межклеточных пространствах встречаются жировые капельки. При окраске серебром обнаруживаются аргирофильные волокна, расположенные между клеточными элементами. Текома очень богата сосудами.

При текомах в брюшной полости нередко обнаруживается асцити-

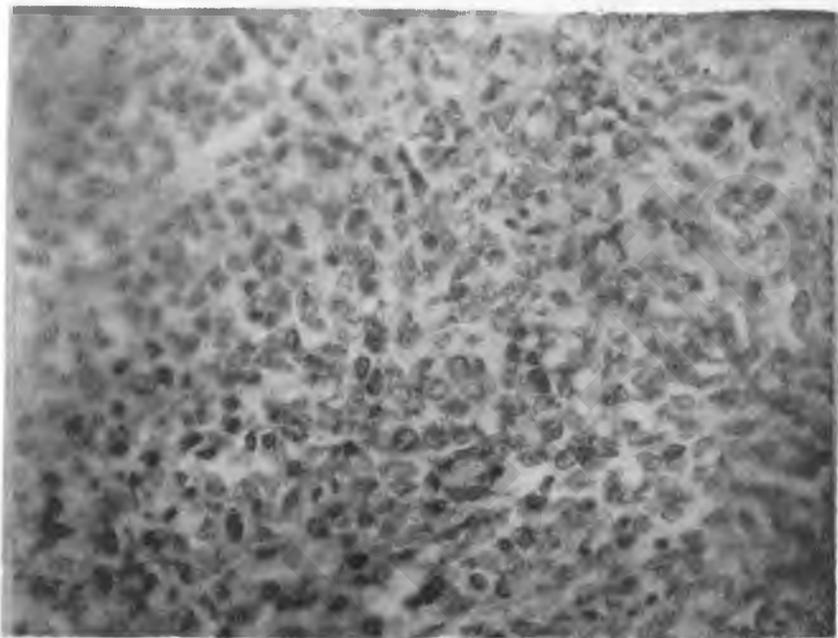


Рис. 273. Злокачественная фолликулома (М. Ф. Глазунов). Комплексы рыхло расположенных клеток с полиморфными ядрами. Митозы.

ческая жидкость желтоватого или кровянистого оттенка. Клинические признаки соответствуют эстрогенной насыщенности. У детей развиваются симптомы преждевременного полового созревания. В детородном периоде появляются расстройства менструального цикла в виде циклических и ациклических кровотечений, а иногда и аменореи. Наиболее определенная клиническая картина наблюдается у пожилых женщин, находящихся в менопаузе. Обычно такие женщины жалуются на возобновление у них «менструаций». При осмотре гениталий бросается в глаза отсутствие старческих атрофических изменений, сочность стенок влагалища. Кроме опухоли яичника, обнаруживается отсутствие возрастной атрофии матки, имеется даже некоторое увеличение ее. В моче определяется значительное количество эстрогенных гормонов. Для дифференциальной диагностики важно обнаружить изменения гормонального типа и отсутствие злокачественных изменений в соскобе из полости матки.

Арренобластома. Арренобластомы — очень редкие опухоли: до последнего времени в мировой литературе описано около 80 случаев.

Арренобластома принадлежит к опухолям еще мало изученным с клинической, а особенно с гистологической стороны. До сих пор еще не решен вопрос, является ли указанная опухоль доброкачественной или злокачественной. Большинство авторов считает ее доброкачественной. В клинической симптоматологии арренобластом можно различить два вида явлений (М. Ф. Глазунов): один из них — дефеминизация (аменорея, уплощение грудных желез, стерильность); второй — маскулинизация — развитие волос по мужскому типу — на лице и на теле (гирсутизм), перемена контуров тела и лица, огрубение голоса, изменение гортани по мужскому типу, гипертрофия клитора. После удаления опу-

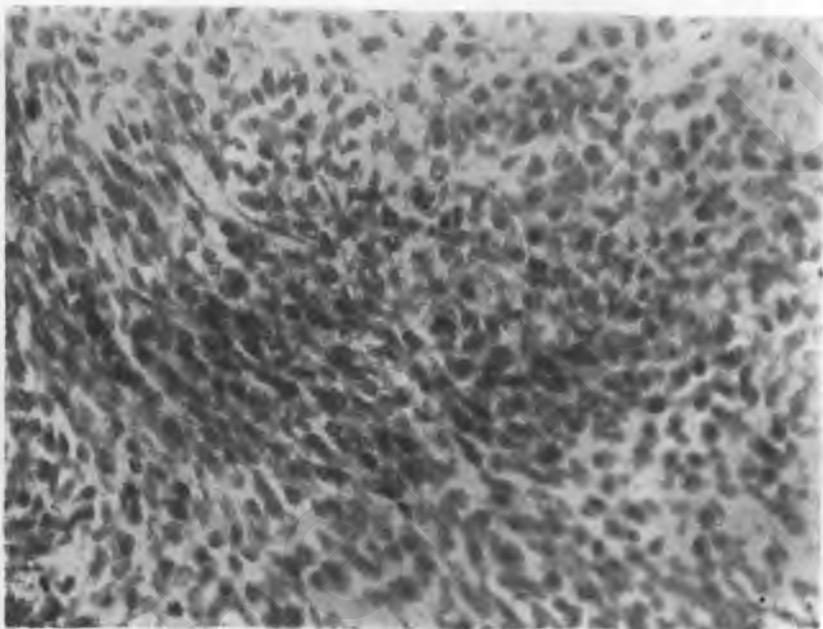


Рис. 274. Текома (М. Ф. Глазунов). Поперечно и продольно идущие тяжи веретенообразных клеток со свежими ядрами.

холи симптомы дефеминизации быстро исчезают, но симптомы маскулинизации исчезают медленно, а некоторые из них (гипертрофия клитора, кадык) могут остаться на всю жизнь.

Термин арренобластома был предложен Р. Мейером в 1930 г. Он высказал предположение о том, что эти опухоли возникают из эмбрионального зачатка мужского компонента женской половой железы, а именно — из мякотных трубок, сети яичника и недоразвитых семенных канальцев. Мейер делил арренобластомы на три группы: тестикулярная тубулярная аденома (рис. 275), арренобластома промежуточного типа и недифференцированные арренобластомы.

Приводим описание нашего случая арренобластомы яичника, распознанной до операции.

Большая Л., 20 лет, поступила в клинику 25.IX 1949 г. с жалобами на боли в нижней части живота, отсутствие менструаций, появление чрезмерной волосистости по мужскому типу на лице и бедрах, огрубение голоса. Считает себя больной два месяца.

В детстве перенесла корь и скарлатину. Первые менструации появились сразу с 12 лет. С ноября 1948 г. менструации прекратились; по этому поводу больной были

назначены впрыскивания фолликулина, после чего в мае и июне 1949 г. менструации были, а затем снова прекратились. Последняя менструация отмечена 20 июня 1949 г. в уменьшенном количестве. Два месяца назад больная заметила появление волосистости сначала на лице, потом на животе и на внутренней поверхности бедер; голос постепенно стал низким, мужским.

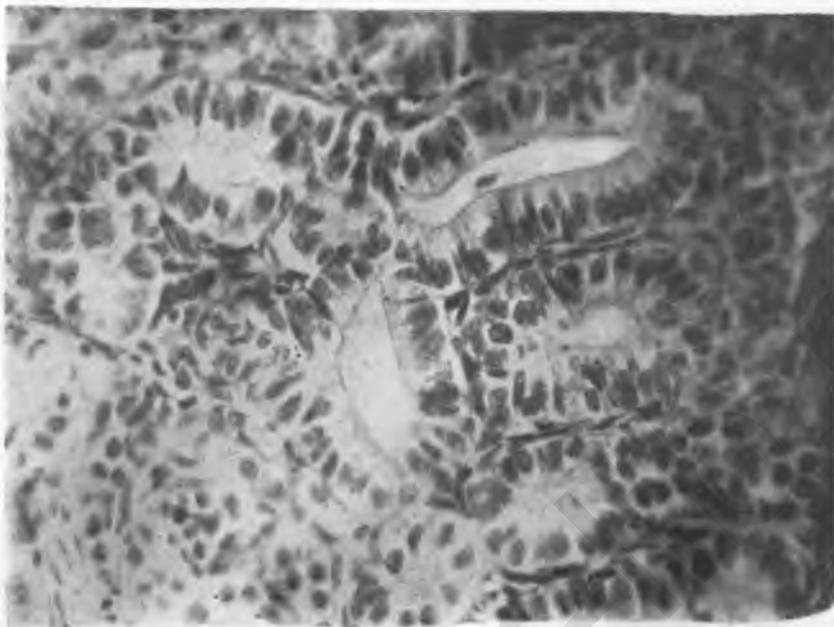


Рис. 275. Тестикулярная тубулярная аденома (М. Ф. Глазунов). Тесно лежащие трубки, покрытые высоким эпителием.

Общий статус: черты лица угловатые, на лице заметно развитие волос (усов и бороды, рис. 276). Грудные железы развиты слабо; бедра с малым отложением подкожного жира; на бедрах, животе и отчасти на голенях и плечах обильная и густая волосистость (рис. 277); голос низкий, заметно выдается кадык.

В илеоцекальной области болезненность.



Рис. 276. Арренобластома яичника (собственный случай). Больная до операции; видна волосистость лица, черты лица угловатые.

Гинекологический статус: растительность на лобке по мужскому типу, наружные половые органы, как у нерожавшей. Имеется значительное увеличение клитора, свешивающегося до половины половой щели (рис. 278). Пальцевым исследованием через прямую кишку определяется небольшая плотная матка, в anteversio-flexio, подвижная. Справа от матки определяется эластическая опухоль, величиной с женский кулак, подвижная, безболезненная.

Нами была установлена арренобластома правого яичника, хронический аппендицит.

28.IX 1950 г. под люмбальной анестезией больной была произведена срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости обнаружена небольшая матка. На месте правого яичника имеется толсто-стенная опухоль, величиной с женский кулак, плотновато-эластической консистенции, подвижная, на небольшой ножке; левый яичник небольшой, с гладкой поверхностью, подвижен. Трубы очень тонкие, удлинненные, извитые. Червеобразный отросток утолщенный, очень длинный, набит каловыми камнями; на серозном покрове его видны расширенные сосуды. Удалены правые придатки и червеобразный отросток.

Через две недели больная выписалась в хорошем состоянии.

Через полтора месяца появились менструации, длившиеся по три-четыре дня, в умеренном количестве, без болей. После операции, и особенно после появления менструаций, у больной постепенно стали исчезать борода, усы и волосистость на ногах, голос стал более высоким, грудные железы увеличились. Через три месяца уменьшился кадык, а также клитор. Через полгода: больная чувствует себя хорошо, исчезли угловатые черты лица и волосистость на лице и конечностях, нормально менструирует, лицо и форма туловища приобрели женские особенности, отмечается повышение полового влечения. При исследовании никаких опухолей в брюшной полости не обнаружено.



Рис. 277. Та же больная. Резко выраженная волосистость бедер и живота.



Рис. 278. Та же больная. Гипертрофия клитора.

Удаленная опухоль имеет овальную форму, размеры $6 \times 6 \times 7$ см, бледно-желтого цвета, по консистенции несколько напоминает дермоидную кисту. При разрезе опухоли излилось около столовой ложки прозрачной серозной жидкости, при этом было обнаружено, что стенки опухоли представляют собой мягкий, мозговидной консистенции ободок, толщиной в 1—1,5 см. Стенки опухоли лимонно-желтого цвета, ярче окрашены, чем содержимое ее. Внутренняя часть опухоли покрыта тонкой, нежной, блестящей, легко снимаемой оболочкой. Вырезанные для гистологического исследования кусочки опухоли после обработки подвергались окраске гематоксилин-эозином, пикрофуксином и суданом III (на жир).

Нигде в исследованных кусочках не обнаружено каких-либо элементов, свойственных яичнику (рис. 279).

Клинические наблюдения, подтвержденные гистологическим исследованием, позволили установить в данном случае диагноз арренобластомы яичника, исходя из следующих данных: 1) наличие необычных для яичника эпителиальных тяжей, включающих «спокойные» (без признаков атипичности) клетки; 2) содержание в строме опухоли выраженных плазматических клеток типа интерстициальных, способных накапливать в протоплазме жироподобные вещества; 3) полное исчезновение в сравнительно небольшой опухоли яичника специфических для женской половой железы элементов (фолликулов и пр.); 4) длительная аменорея, 5) омушественяющие свойства опухоли.

Из других опухолей яичников, сопровождающихся признаками ому- жествления, отмечаются липоидоклеточные опухоли, которые отличаются от арренобластом тем, что они состоят главным образом из крупных, загруженных липоидами клеток. Эти опухоли могут происхо-

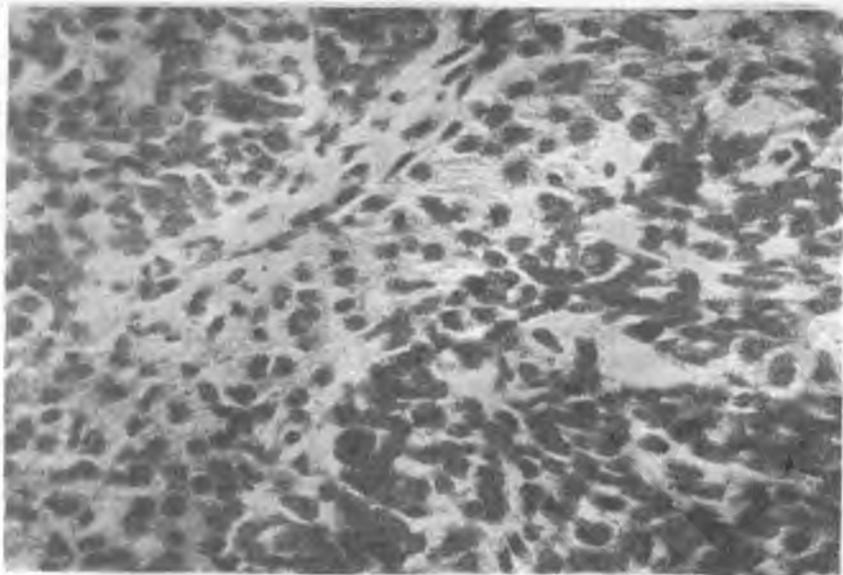


Рис. 279. Арренобластома яичника (собственный случай). Слева сверху и справа внизу видны тяжи эпителиальных клеток. В середине — две группы соединительнотканых клеток.

дить из следующих тканей (М. Ф. Глазунов): 1) лютеиновой ткани яичника (лютеома, лютеобластома); 2) из ткани коркового слоя надпочечников (гипернефрома); 3) из лейдиговых клеток (опухоль из лейдиговых клеток, опухоль из хилусных клеток).

Ж. Прочие опухоли

К этой группе мы относим тубоовариальные кисты, интра- и псевдоинтралигаментарные опухоли и паровариальные кисты.

Тубоовариальные кисты, как и гидросальпинкс, развиваются в результате хронического воспалительного процесса, в том числе гонорейного. Если при гидросальпинксе, по соседству с ним, развивается кистовидное образование яичника и обе опухоли при этом спаиваются, то с течением времени может произойти рассасывание перегородки между полостью тубарной и яичниковой опухоли, что приводит к образованию тубоовариальной кисты. Тубоовариальная опухоль может также образоваться вследствие попадания в яичник гонококка во время овуляции, когда фимбрии охватывают овулирующий яичник, а затем уже остаются в таком положении из-за воспалительного процесса. Опухоли эти эластической консистенции, тонкостенны, из-за имеющихся спаек отличаются меньшей подвижностью, чем кисты яичника.

Интралигаментарные опухоли не представляют собой отдельной нозологической единицы. Межсвязочные опухоли образуются в тех редких случаях, когда начало роста опухоли яичника происходит в узком пространстве дубликатуры мезосальпинкса; раздвигая poste-

ленно листки брюшины, опухоль оказывается расположенной межсвязочно. Межсвязочное расположение может наблюдаться как при доброкачественных, так и при злокачественных опухолях. Клиническое значение межсвязочно расположенных опухолей заключается в трудности их удаления и особой технике операции.

Гораздо чаще наблюдается псевдоинтралигаментарное расположение опухоли. В этих случаях она располагается не межсвязочно, а имеется лишь сращение ее с задним листком широкой связки. Такое псевдоинтралигаментарное расположение может наблюдаться не только при новообразованиях яичника, но также при воспалительных мешотчатых опухолях типа сактосальпинкса и тубоовариальных воспалительных опухолей.

Паровариальная киста не имеет прямого отношения к яичнику, а развивается из эмбрионального остатка вольфова тела и вольфова протока (пароварий, или ерооргоп, рис. 280), располагающихся между листками мезосальпинкса. Эти эмбриональные остатки, имеющие форму гребешка или ряда колбовидных телец, могут превращаться в ретенционную кисту, носящую название паровариальной кисты (рис. 281). При наличии паровариальной кисты, которая всегда расположена межсвязочно, яичник определяется отдельно от опухоли, а труба напластовывается на опухоль (рис. 282). Паровариальные кисты шаровидной формы, небольшой величины, наполнены серозной жидкостью с небольшим количеством белка. Эпителий внутренней стенки гладкий, папиллярных разрастаний почти никогда не содержит.

Может наблюдаться самоизлечение паровариальных кист при разрыве стенки кисты. Кисты эти могут перекручиваться. Прогноз благоприятный; после хирургического удаления рецидивов не наблюдается.

Диагноз; дифференциальный диагноз

По совету К. К. Скробанского, для облегчения диагностики опухолей яичника следует различать две категории опухолей: малые, не превышающие по размерам головки новорожденного и умещающиеся в полости малого таза, и большие вышедшие из малого таза в брюшную полость.

Небольшие яичниковые опухоли обычно располагаются сбоку и сзади от матки, частично помещаясь в крестцовой впадине. Большие опухоли, выйдя из малого таза, чаще лежат спереди от матки или тесно касаются ее дна и нередко с трудом отграничиваются от нее. Интралигаментарные и псевдоинтралигаментарные опухоли обычно смещают матку в противоположную сторону, а иногда поднимают ее кверху (*elevatio uteri*). При бимануальном исследовании опухоли следует тщательно изучить ее положение, поверхность, консистенцию, отношение к матке, для чего необходимо прощупать так называемую «ножку» (рис. 283) и, в особенности, подвижность опухоли.

Гладкая поверхность, хорошая подвижность, эластическая консистенция скорее всего говорят о доброкачественном характере опухоли. Бугристый характер опухоли, плохая подвижность, неравномерность консистенции, сращения, двусторонность развития, асцитическая жидкость в брюшной полости, аменорея, отек кожи на лобке, похудание больной свидетельствуют о злокачественности опухоли яичника.

Для определения ножки опухоли (т. е. связочного аппарата яичника и трубы) при бимануальном исследовании пальцы продвигают от угла матки к опухоли. В отдельных случаях ножка прощупывается хорошо

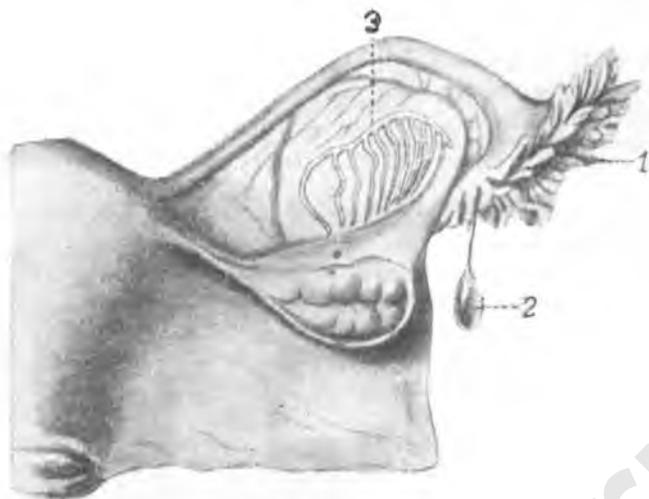


Рис. 280. Труба и яичник:

1 — фимбрии; 2 — гидатида; 3 — пароварий.



Рис. 281. Паровариальная киста.



Рис. 282. Правосторонняя паровариальная киста. На поверхности трубы и опухоли видны туберкулезные высыпания (Келли).

(рис. 284), и даже можно определить отдельную трубу и собственную связку яичника, при этом полезно опухоль отодвигать кверху, что можно поручить и помощнику. Еще лучше пользоваться специальным приемом (рис. 285): обнажив шейку с помощью зеркала, захватывают

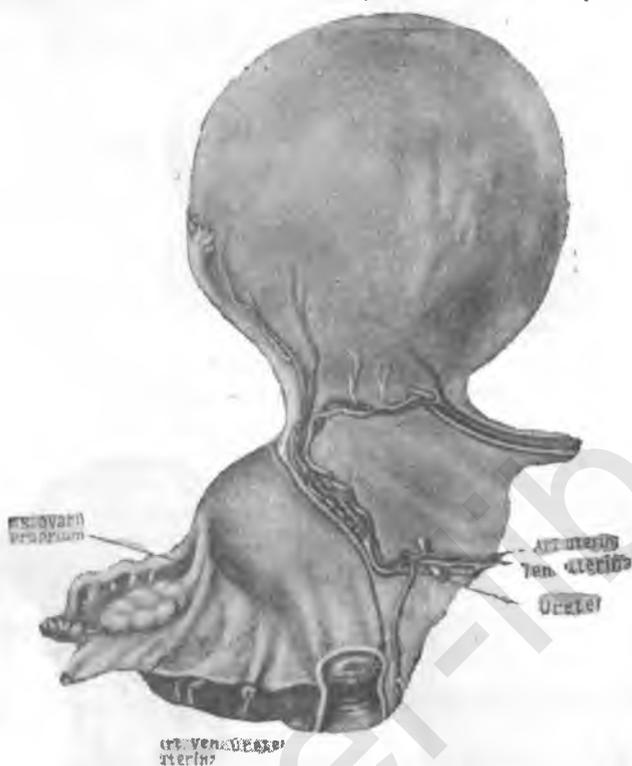


Рис. 283. Ножка опухоли



Рис. 284. Прощупывание ножки опухоли яичника.



Рис. 285. Прощупывание ножки опухоли после низведения шейки матки и перемещения опухоли кверху.

переднюю губу пулевыми щипцами и низводят шейку, передав затем рукоятку пулевых щипцов помощнику. Исследующий вводит указательный палец в прямую кишку и прощупывает бимануально ножку опухоли; в этот момент полезно, чтобы второй помощник отодвигал опухоль

кверху. При этом исследовании необходимо тщательно определить все особенности матки, ее положение, величину, подвижности, и только после этого перейти к изучению особенностей ножки и нижнего полюса опухоли.

При больших опухолях яичника бимануальное исследование дает мало данных, поэтому приходится прибегать к наружному исследованию живота. При осмотре живота обнаруживается его выпячивание, причем контуры этого выпячивания имеют шаровидный характер (рис. 286, 287). Проводя дифференциальный диагноз с асцитом, мы должны помнить, что в последнем случае форма живота носит распылчатый характер (рис. 288). Кроме этого признака, обнаруженного уже при осмотре, при пальпации живота убеждаются в том, что выпячивание (опухоль) может быть приподнято кверху, при этом оно не теряет своих контуров, что не удается сделать при асците (рис. 289).

Для дифференциальной диагностики опухоли яичника от беременности маточной или внематочной прибегают к анамнезу, а также производят гормональные реакции на беременность. При большой величине опухоли можно воспользоваться также методом аускультации для определения сердечных тонов плода.

Дифференциальный диагноз от размягченной фибромиомы матки может быть затруднителен. Маточная опухоль распознается путем определения тесной связи опухоли с шейкой матки, нахождения круглых связок, прощупывания узлов опухоли.

Осложнения

Осложнения, наблюдаемые при образовании опухолей яичников, весьма разнообразны. Они могут заключаться в малигнизации доброкачественных опухолей, развитии адгезивных процессов и асцита, в перекручивании ножки опухоли, в разрывах стенки, в нагноении ее содержимого. Серьезную опасность представляют опухоли яичника при беременности.

Преобразования доброкачественной опухоли в злокачественную нами были уже описаны. Выше говорилось о большой частоте ракового превращения пролиферирующих серопапиллярных кистом (цилиозноэпителиальных кист). Реже образуется рак из псевдомуцинозных кистом и дермоидных кист яичника.

Частым осложнением кистовидных опухолей яичника являются адгезивные перитониты, периметриты и периаднекситы. Они образуются особенно часто при опухолях, содержимое которых прорастает стенки или имплантируется на соседней брюшине. Выше говорилось о псевдонинтралигаментарном расположении опухоли, которое возникает в случаях плоскостных сращений опухоли с задним листком широкой связки. Обширные спайки брюшной полости могут вызывать постоянные боли в животе, затруднения перистальтики и явления частичной непроходимости кишечника.

Характер сращений, обнаруживаемых при вскрытии брюшной полости, очень разнообразен. Сращения и спайки могут носить характер паутинных, бледных, легко разъединяемых волокон; с другой стороны, встречаются плотные, подчас кожистой консистенции тяжи сращения с соседними органами, разделение которых может повлечь за собой травму кишечных петель или других органов. Более свежие спайки отличаются красноватой окраской, старые — бледно-розовой.

Чрезвычайно типичным для опухолей яичника является симпто-

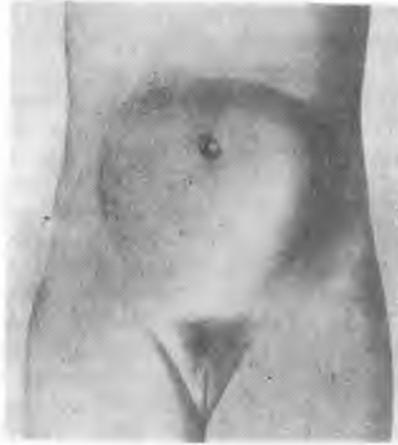


Рис. 286. Форма живота при кистовидной опухоли яичника.



Рис. 287. Кистома яичника. Форма живота у лежащей женщины.



Рис. 288. Форма живота при асците.



Рис. 289. Кистома яичника. Опухоль приподымается кверху.

комплекс перекручивания ножки опухоли (рис. 290, табл. XXII), дающий картину «острого живота». Перекручивание ножки, а тем самым и опухоли, наблюдается в 8—15% опухолей яичника. Предрасполагает к перекручиванию переход опухоли по мере ее роста из малого таза в большой. Перекручивание ножки может произойти также вследствие быстрого похудания, перемещения и вращения туловища, резкой перистальтики кишечника при поносах, переполнения мочевого пузыря. Ножка опухоли может перекручиваться на 90—180—360° и т. д. В отдельных случаях насчитывалось до 25 оборотов опухоли и ее ножки. Чаще всего перекручиваются опухоли без сращения, в особенности доброкачественные: серозные, паровариальные кисты, псевдомуцинозные кисты, дермоиды.

Перекручивание ножки сопровождается перитонеальным симптомокомплексом: внезапным появлением сильных болей внизу живота, тошнотой и рвотой, задержкой газов и стула, симптомом Блюмберга—Щеткина и т. д. Наблюдаются случаи постепенного развития симптомов перекручивания ножки, что

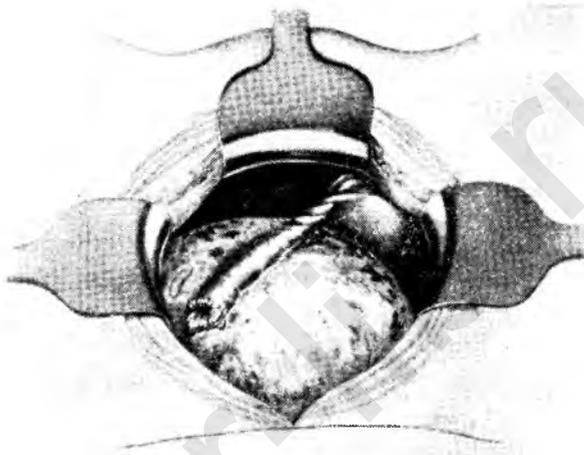


Рис. 290. Перекручивание ножки опухоли яичника.

бывает при перекручивании на небольшое число оборотов. Неполное перекручивание способствует иногда быстрому росту опухоли, которая может увеличиваться в полтора-два раза в течение одной-двух недель. Перекручивание ножки требует немедленного вмешательства — лапаротомии с удалением опухоли. При неоказании срочной оперативной помощи может произойти некроз ножки и нагноение содержимого с последующим развитием перитонита. В редких случаях наблюдается отрыв некротизированной ножки и полная изоляция опухоли.

Разрывы стенок опухоли — более редкое осложнение, чем перекручивание ножки; они встречаются только в 2—3% случаев опухолей. Разрыв кисты может произойти при некрозе ножки, а также при травме живота. Излияние содержимого в брюшную полость вызывает различную реакцию у больной. Разрыв стенки простой фолликулярной или паровариальной кисты может не повлечь за собой никакой реакции; перитонеальное раздражение не развивается. При разрыве псевдомуцинозной кисты в брюшной полости может развиваться самостоятельно растущая в дальнейшем опухоль — ложный слизевик брюшины (pseudotumor peritonei).

При разрыве дермоидных кист может наступить коллапс, явления интоксикации и развитие перитонита. Такие же явления могут быть при разрыве тератобластом.

Тяжелым осложнением при опухолях яичника является нагноение их содержимого. В прошлом нагноение кистовидных опухолей наблюдалось при повторных парацентезах, предпринимаемых для выпускания содержимого больших опухолей яичника. Нагноение опухолей может произойти лимфогенно из кишечника, при пuerперальных за-

болеваниях, при туберкулезных перитонитах и т. д. Исходом нагноения содержимого овариальных опухолей может быть развитие общего перитонита, прорыв гноя в соседние органы, реже — хронический сепсис.

Сочетание опухолей яичника с беременностью встречается в 3—4% опухолей яичника. Если при этом опухоль достигает величины гусиного яйца и более, то она может угрожать нарушением беременности, некрозом или разрывом стенки опухоли. Поэтому при беременности у больных с опухолью яичника требуется оперативное удаление опухоли в любом сроке беременности.

Следует отметить большую частоту перекручивания ножки опухоли в послеродовом периоде.

Терапия

Лечение доброкачественных опухолей яичников — только оперативное, причем операцию не следует откладывать, несмотря на частые уверения больных, что опухоль их не беспокоит. Лучевые методы лечения при опухолях яичника могут быть лишь дополнением к оперативному вмешательству (А. И. Серебров, 1957). Необходимость оперативного удаления доброкачественных опухолей диктуется возможностью вышеописанных осложнений. Исключение может быть допущено по отношению к лютеиновым кистам при пузырьном заносе, так как эти опухоли рассасываются без лечения.

Выше было указано, что даже при беременности показания к оперативному удалению опухоли яичника остаются в силе. Еще резче выступают показания к оперативному удалению опухолей, а также матки с придатками при злокачественных опухолях. При последних применяется также комбинированное лечение: оперативное и лучевое, причем начинают с первого. Следует отметить позднюю обращаемость больных со злокачественными опухолями яичников: по материалам Института онкологии АМН, в первые три месяца с появления тех или иных симптомов обратилось к врачу только 34% больных.

А. И. Серебров устанавливает следующие основные положения при лечении опухолей яичников.

1. Больных со злокачественной опухолью яичника излечить одними лучевыми методами нельзя (тем более это относится к больным, у которых неоперабельность была установлена путем пробного чревосечения).

2. Каждая больная с опухолью яичника подлежит хирургическому лечению, если оно возможно, так как при доброкачественных опухолях возможна их малигнизация, а при злокачественных даже паллиативные операции — удаление основных очагов опухоли с последующей лучевой терапией — приводят в некоторых случаях к длительному излечению и почти всегда к значительному, хотя и временному, улучшению.

3. Применение лучевой терапии целесообразно только в тех случаях, когда удаётся при операции удалить основные очаги опухоли.

4. Последующая рентгенотерапия улучшает отдаленные результаты, поэтому облучение следует проводить не только как продолжение лечения после радикально произведенных операций, но и с целью профилактики рецидивов после радикальных операций.

Прогноз при злокачественных опухолях яичника часто плохой. Опухоли яичника по течению самые злокачественные из всех видов злокачественных опухолей гениталий и дают самые неблагоприятные отдаленные результаты.

ГИПЕРЕМИИ И ГЕМОРРАГИИ ЯИЧНИКОВ (АРОПЛЕХИЯ ОВАРИИ)

Клиническое значение имеют два патологических состояния, связанные с расстройством кровообращения в яичниках: местная артериальная и венозная гиперемия и кровоизлияния (геморрагии) в яичник или из яичника в брюшную полость. Частота этих заболеваний определяется в 0,3% всех гинекологических больных (М. С. Малиновский).

Гиперемия яичников может быть физиологическим явлением во время овуляции, менструации, половых сношений и беременности. Резко выраженная патологическая гиперемия наблюдается при сексуальных раздражениях, воспалительных заболеваниях, инфекционных болезнях, пороках сердца, а также при опухолях матки.

Гораздо большее клиническое значение, чем гиперемия яичника, имеют кровотечения из яичника. Различают: ограниченные кровотечения в фолликул или в желтое тело и диффузные кровоизлияния в межтучную ткань яичника с выхождением крови в брюшную полость. Впрочем, ограниченные кровоизлияния также могут прорвать капсулу, и кровь также может выйти в свободную брюшную полость. Описаны, кроме того, случаи кровотечения вследствие разрыва варикозных вен яичника, а также при яичниковой беременности.

Кровотечения из яичников, встречающиеся в середине межменструального периода, зависят от разрыва фолликула или молодого желтого тела; в предменструальном периоде они происходят из желтого тела, находящегося в стадии расцвета, реже эти кровотечения возникают во время менструации из регрессирующего желтого тела.

При гематомах фолликула последний увеличен до размеров вишни. При более значительных кровотечениях гематома может прорвать эпителиальный слой, заполнить всю полость фолликула с последующим образованием кисты, окруженной пигментированным рубцом; другим исходом является разрыв гематомы с последующим кровоизлиянием в брюшную полость. По тому же типу происходит кровотечение в желтое тело. Исходы таких кровоизлияний — образование кисты желтого тела или разрыв гематомы с кровоизлиянием в брюшную полость. Гематомы желтого тела наблюдаются чаще, чем фолликулярные, и происходят они в период васкуляризации или расцвета желтого тела.

Диффузные кровоизлияния в межтучную ткань яичника встречаются реже, чем ограниченные. Предрасполагают к ним хронические гиперемии; непосредственным поводом к кровоизлияниям могут быть механические insults (поднятие тяжести, грубое исследование), половые излишества, воспалительные заболевания, миомы.

По М. С. Цирульникову, большое значение в развитии кровотечения из яичника имеют морфологические особенности архитектоники сосудистой системы фолликула, желтого тела и стромы яичника, образующей мельчайшую сеть сосудов. Большинство авторов (В. С. Груздев, Д. А. Гудим-Левкович, К. К. Скробанский, М. С. Цирульников и др.) считают, что кровотечения эти возникают чаще всего из желтого тела (особенно в периоде васкуляризации и расцвета).

При гистологическом исследовании 72 препаратов яичников, ткань которых была взята при апоплексии последних, источником кровотечений в 4 случаях был фолликул, в 43 — желтое тело и в 25 — строма яичника. При этом кровотечения чаще наблюдаются из правого яичника, чем из левого.

Возраст больных, страдающих геморрагиями яичников — 13—30 лет, редко старше 30 лет. Отмечены случаи врожденных гематом яичника, которые встречаются иногда у новорожденных при длительных

родах вследствие расстройства у них кровообращения (асфиксия). Случаи апоплексии яичника наблюдаются также в детском возрасте. М. С. Цирульников (1959) наблюдал апоплексию яичника у четырех девочек 15 лет и у 17-летней девушки до установления у нее менструального цикла.

Частота заболевания. Ю. И. Дешалыт (1956) на 181 чревосечение по поводу внематочной беременности в 14 случаях обнаружил апоплексию яичника. А. А. Козбагаров (1958) на 412 операций по поводу внематочной беременности наблюдал апоплексию яичника в двух случаях (2,4%). На материале клиники ЛПМИ из 400 лапаротомий; предпринятых по поводу внематочной беременности, *aroplexia ovarii* была выявлена у 8 больных (2%).

Симптоматология гиперемий яичника не всегда ясна (бели, чувство тяжести внизу живота, болезненные месячные).

Симптомы кровотечения из яичника (*aroplexia ovarii*) напоминают симптоматику при нарушенной внематочной беременности, а иногда могут симулировать острый аппендицит. Внезапное появление болей в животе — характерно для апоплексии яичника; нередко появляется тошнота, реже — рвота.

Правильный *диагноз* заболевания ставят очень редко. Пфанненштиль на 109 случаев гематом и апоплексий яичника только в семи правильно предположил диагноз. Ю. И. Дешалыт (1956) во всех 14 случаях поставил ошибочный диагноз — внематочная беременность.

Кровотечения из яичника, как мы сказали, часто симулируют острый аппендицит. По материалам А. Ю. Созон-Ярошевича, на 1200 чревосечений, предпринятых по поводу подозреваемого аппендицита, *aroplexia ovarii* была обнаружена в 2,3%.

Бауман (Bauman) и другие авторы различают *две клинические формы* апоплексии яичника: анемическую и болевую. М. С. Цирульников добавляет к ним третью форму — смешанную. Анемическая форма сходна по клинической картине (значительное внутрибрюшное кровотечение) с внематочной беременностью, болевая — с картиной острого аппендицита (преобладают боли, кровотечение небольшое).

Лечение. А. А. Козбагаров считает, что при анемических формах апоплексии бесспорно показано оперативное вмешательство, но при незначительном кровотечении и преобладании болевого синдрома рациональнее (при точной диагностике) консервативное лечение. При операции следует стремиться к максимальному сохранению здоровых участков яичниковой ткани.

Мы также являемся сторонниками бережного консервативного отношения к яичникам при оперативном лечении апоплексии.

ОПУХОЛИ ТРУБ

Новообразования и доброкачественные опухоли фаллопиевых труб встречаются редко. Наибольшее клиническое значение имеет рак трубы. По своему гистологическому строению это обычно аденокарцинома; плоскоклеточные формы почти не встречаются. Говоря о патогенезе, следует отметить, что имеются указания на важную роль гонореи трубы, как предшествующего раздражителя.

Различают первичный и вторичный рак трубы. Характерным для первого является быстрый рост опухоли изнутри наружу и отсутствие симптомов воспаления. Прогноз неблагоприятен вследствие быстрого перехода процесса на соседние органы и образования метастазов. Отсутствие рецидивов отмечается только в 2—5%. Вторичный рак трубы об-

разуется путем проникновения процесса из полости матки по лимфатическим путям или прорастания через маточное отверстие трубы.

Саркома фаллопиевой трубы обнаруживается весьма редко.

Описано также несколько случаев хорионэпителиомы трубы. Клинически первичная хорионэпителиома трубы протекает под видом внематочной беременности, при чем замечен быстрый рост опухоли. В литературе приведен только один подобный случай (Клейн), закончившийся выздоровлением.

Липомы, фибромиомы, аденомы, полипы и тератомы встречаются в трубах как редчайшая казуистика.

О tuboовариальных кистах говорилось выше.

ЛИТЕРАТУРА

Опухоли яичников

- Алексеевко Б. и Равикович А. Об омужествляющей опухоли яичника. *Акуш. и гинек.*, 1938, 7—8.
- Андросова Е. Н. Эстрогенпродуцирующие опухоли яичника. *Акуш. и гинек.*, 1956, 4.
- Белецкая Л. М. Клинические особенности фибром яичников. *Акуш. и гинек.*, 1954, 3.
- Василевский Г. К. Аренобластома яичника. *Акуш. и гинек.*, 1956, 6.
- Воскресенский Н. А. К вопросу о лечении больных со злокачественными образованиями яичников. *Акуш. и гинек.*, 1954, 2.
- Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. *Медгиз*, 1954.
- Гульянц Э. С. Струма яичника. *Акуш. и гинек.*, 1957, 1.
- Гусева А. А. Функциональное состояние яичников при острых инфекционных заболеваниях. *Акуш. и гинек.*, 1952, 1.
- Дерман Г. Л. и Носалевич О. М. Морфологическая характеристика бреннеровской опухоли яичника. *Акуш. и гинек.*, 1954, 2.
- Железнов Б. И. О новообразованиях яичников типа Бреннера. *Акуш. и гинек.*, 1956, 4.
- Константинович Н. В. К вопросу об опухолях желтого тела. *Акуш. и гинек.*, 1940, 2.
- Краевская И. С. К вопросу дифференциальной диагностики опухолей яичников. *Акуш. и гинек.*, 1953, 3.
- Курбатова Ю. А. Об осложнениях при злокачественных кистах яичников. *Акуш. и гинек.*, 1953, 3.
- Лебедева А. Н. К вопросу о лечении папиллярных кистом. *Акуш. и гинек.*, 1955, 4.
- Лебедева А. Н. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного и лучевого лечения при опухолях яичников. *Акуш. и гинек.*, 1954, 2.
- Лисовецкий В. О дисгермиомах яичников. *Акуш. и гинек.*, 1936, 7.
- Майкапар-Холдина Т. А. Метастатические опухоли яичников. *АМН СССР*, 1951.
- Мурашев И. К. К казуистике огромных кист брюшной полости. *Акуш. и гинек.*, 1941, 7—8.
- Нечаева И. Д. Арренобластомы яичников. *Вопр. онкологии*, 1954, 4.
- Нечаева И. Д. Некоторые вопросы диагностики первичных опухолей яичников. *Акуш. и гинек.*, 1955, 5.
- Новикова Е. В. Цитологический метод исследования в диагностике рака шейки матки и полости матки, а также опухолей яичника. *Акуш. и гинек.*, 1953, 2.
- Первова А. К. Комбинированное применение андрогенных гормонов и регулярных переливаний крови при хирургической и лучевой терапии раковых поражений яичников. *Акуш. и гинек.*, 1953, 6.
- Петербургский Ф. Е. К диагностике и терапии псевдомиксом брюшины. *Акуш. и гинек.*, 1937, 3.
- Петербургский Ф. Е. К вопросу об arrhenoblastoma ovarii. *Акуш. и гинек.*, 1938, 11, стр. 101—105.
- Петрова Е. Н. и Моисеев М. Д. О тератобластомах яичника. *Акуш. и гинек.*, 1939, 2—3.
- Петченко А. И. и Гологорский А. С. Случай диагностированной аррено-

Глава 14

НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Методика исследования больных. Пороки развития. Воспалительные заболевания мочевых путей. Камни и инородные тела. Туберкулез мочевых органов. Опухоли мочевых органов. Острая почечная недостаточность в гинекологии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

В общем анамнезе гинекологической больной (ч. II, гл. 1) имеются вопросы о функции мочевого пузыря. Однако этого опроса недостаточно при некоторых урогинекологических заболеваниях.

Из отдельных жалоб боли при мочеиспускании могут зависеть от уретрита, воспаления шейки пузыря, цистита иных форм, но не встречаются при пиелите. При уретритах боли выражены резче, чем при циститах.

Учащение мочеиспускания наблюдается при острых или подострых уретритах и циститах. Больные мочатся 10—20 раз в сутки и более, причем ночью им приходится также вставать два-четыре раза. Суточный диурез больных не изменяется, но отдельные порции мочи при каждом мочеиспускании малы. Учащение мочеиспускания наблюдается также при давлении на пузырь опухоли матки (фибромиома, рак) или яичников.

Недержание мочи является частой жалобой гинекологических больных. Различают полное и частичное недержание. Первое наблюдается при мочеполовых свищах, второе при опущении и выпадении влагалища и матки и при функциональной недостаточности замыкающего мочевого пузыря мышечного аппарата.

По Френкелю (Frankel, 1958), недержание мочи при физическом напряжении у женщин зависит от того, что угол между уретрой и мочевым пузырем, открытый кзади, увеличивается до 180° или больше. Недержание мочи может быть устранено, если этот угол сделать менее 180° . Для этой цели Френкель предложил особый вид передней кольпоррафии.

К. Жак (Zak K., 1959) считает, что у здоровых женщин в детородном возрасте наиболее низкий тонус запирающего аппарата мочеиспускательного канала бывает перед менструацией; во время беременности тонус становится еще ниже. Автор обращает внимание на то обстоятельство, что при низком уровне эстрогенов в организме недержание мочи сопровождается гипотонией шейки матки, запорами, расширением ампулы прямой кишки; при высоком уровне — дисменореей, спазмами шейки матки, повышенной возбудимостью мочевого пузыря с гипертрофией сфинктера.

По Марселю (Marcel J. E., 1958), следует различать нарушения, вызванные менопаузой, и изменения, вообще встречающиеся часто у женщин в этом возрасте. Менопауза, по Марселю, не оказывает влияния на выделительные функции почек. Что же касается мочевыводящих путей, то менопауза вызывает нарушения со стороны мочевого пузыря, в частности, в шейке пузыря и в треугольнике. Эти нарушения зависят от эндокринных расстройств в периоде менопаузы; они объединяются понятием «цистопатия». Встречаются эти *функциональные* нарушения редко. Однако следует строго дифференцировать цистопатию с органическими заболеваниями мочевого пузыря, поскольку при соответствующих условиях (инфекция, пищевая интоксикация, процессы в малом тазу и пр.) первая может перейти в хронический цистит. Понятно отметим, что лечение цистопатий периода менопаузы состоит в применении гормонов, инстилляции в мочевой пузырь растворов, содержащих эстрогены, прогестерон и андрогены.



Рис. 291. Пальпация мочевого пузыря.

Изменения в мочевых органах могут быть, как мы сказали, также возрастными. К ним относятся: «старение тканей», лабильность нервной и вазомоторной систем, ана-

томические изменения, выпадение слизистой уретры, крауроз вульвы и другие заболевания.

Задержка мочи при спускании наблюдается при беременности, особенно при ущемлении беременной матки в малом тазу при ретродевиации, при больших опухолях матки и придатков, при камнях уретры, заболеваниях центральной нервной системы и др.

Осмотр и исследование при заболевании мочевых путей у женщин начинают с уретры. Отмечают цвет слизистой *orificium externum*, отечность, эктропион, наличие полипов. Способом Келли (см. рис. 146) осматривают состояние скеновых ходов. Путем массажа уретры стараются получить отделяемое для бактериоскопического исследования на гонококки, а также на трихомонады. При массаже определяют, нормальны или инфильтрированы стенки уретры (парауретрит).

При бимануальном исследовании мочевого пузыря (рис. 291) можно определить болезненность его (при циститах) или переполнение его мочой после недавнего мочеиспускания. Обязательно для гинеколога проверить симптом Пастернацкого (при пиелите), а также пропальпировать почки (опущение, опухоли) и определить болевые точки, относящиеся к лоханке и мочеточнику (рис. 292, 293).

Весьма важным при исследовании мочевых путей является анализ мочи. Для достоверности анализа необходимо правильно собрать мочу. При обычном мочеиспускании моча загрязняется выделениями из влагалища и уретры. При невозможности или нежелательности катете-

438

ризации моча собирается в чистую посуду после тщательного подмывания большой или, еще лучше, спринцевания влагалища и промывания уретры через конусовидный наконечник 2% раствором борной кислоты; раствор не должен попасть в мочевой пузырь.

Однако наиболее правильным является получение мочи с помощью катетера.

Из инструментальных методов исследования гинеколог должен уметь производить: катетеризацию, уретроскопию, цистоскопию и хромоцистоскопию.

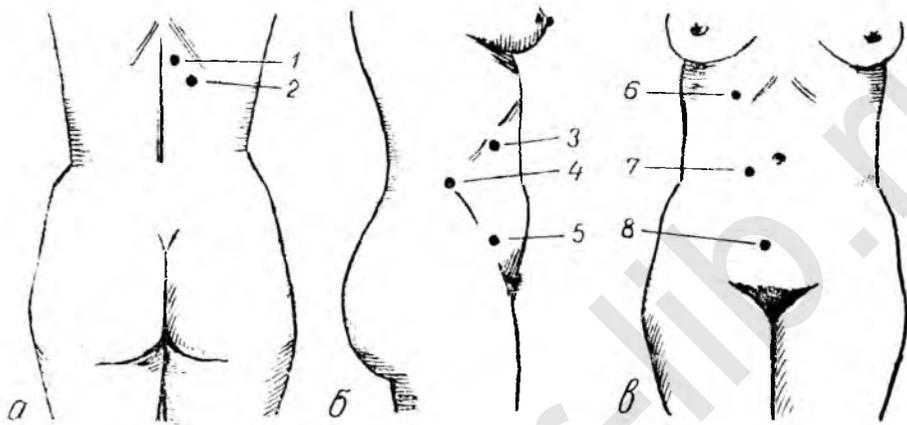


Рис. 292. Специальные болевые лоханочно-мочеточниковые точки (Гораш):

а — задне-лоханочные точки (1—2); б — лоханочные боковые точки (3, 4, 5); в — лоханочная точка (6); мочеточниковые точки (7, 8).

Катетеризация. Во избежание инфекции катетеризация должна быть произведена с полным соблюдением асептики (кипячение катетера) и антисептики (обработка наружного отверстия уретры и ее окружности). Не следует касаться катетера руками; его следует захватывать анатомическим пинцетом на расстоянии 2—3 см от окончательного конца.

В практике пользуются катетерами резиновыми (нелатоновскими), металлическими — женскими и мужскими (более длинными и более изогнутыми), стеклянными, полутвердыми (полужесткими) «Куде» и постоянными — катетер Пещера и др. При неудаче катетеризации нелатоновским катетером (при сдавливающей уретру опухоли) можно прибегнуть к катетеру «Куде», загнутому на конце, или распрямленному мужскому катетеру. Значительно облегчает введение катетера при опухоли приподнимание ее через влагалище или прямую кишку. Стеклянный катетер (если он прочен) легко стерилизуется, его можно держать в банке с дезинфицирующим раствором. Мы применяем его широко.

Постоянный катетер применяют в гинекологии в следующих случаях: при ранении мочевого пузыря во время операции, при операции по поводу пузырно-влагалищных свищей, или в случаях, когда эти свищи

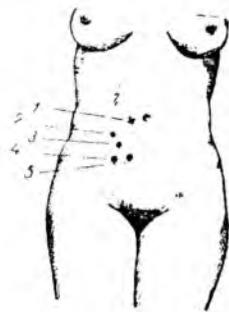


Рис. 293. Болевые точки (Гораш): мочеточниковые (1, 5); аппендикулярные (2, 3, 4).

открылись, но можно рассчитывать на спонтанное закрытие их. В качестве постоянного катетера применяют катетеры Пещера, Скене, нелагоновский катетер № 17—18. Первые два являются самодержащимися, третий необходимо подшивать к основанию малой губы. Катетер Пещера вводят с помощью пуговчатого зонда (рис. 294), смазав головку катетера стерильным вазелиновым маслом или глицерином; удаляют его простым потягиванием. Постоянный катетер всегда можно сделать самому из резинового, для чего рассекают последний четырьмя параллельными надрезами в 1,5 см и полученные полоски связывают (или склеивают резиновым клеем под углом); такой катетер вводят с помощью анатомического пинцета, которым зажимают его «ушки». Про-

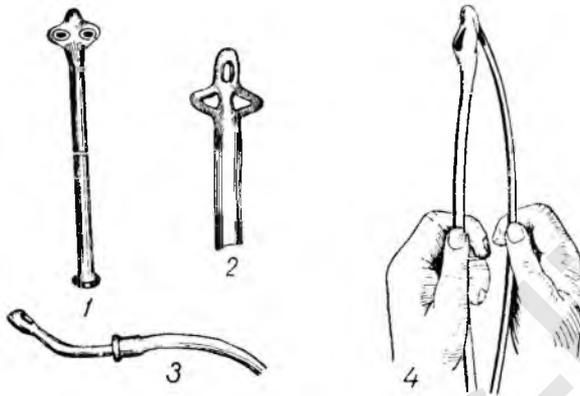


Рис 294. Различные виды постоянного катетера: 1 — катетер Пещера; 2 — импровизация постоянного катетера, 3 — стеклянный катетер Скене; 4 — способ введения катетера Пещера с помощью пуговчатого зонда.

мывать мочевой пузырь после катетеризации можно растворами борной кислоты — 2%, марганцовокислого калия 1 : 10 000 и др.

Уретроскопия. Мы уже говорили, что простой осмотр начальной части женской уретры можно произвести по способу Келли с помощью двух согнутых женских спижек, носового зеркала или ушной воронки с боковым отверстием (по Барбильону). Этими способами можно выявить уретральные полипы, карункулы. Но для эндоскопии уретры нуж-

ны специальные уретроскопы. Обычные уретроскопы (мужские) мало удобны для гинекологической практики. Лучшей моделью является женский уретроскоп Валентина, усовершенствованный В. Штеккелем; длина этого уретроскопа всего 4—6 см. С помощью такого уретроскопа можно диагностировать все заболевания уретры: полипы, папилломы, рак, инфильтраты (мягкие и твердые), встречающиеся при хронической гонорее, инородные тела, дивертикулы, травматические повреждения, стриктуры. Уретроскопия противопоказана при острых уретритах.

Как видно из рис. 295, уретроскоп Валентина—Штеккеля устроен следующим образом. В конце трубки уретроскопа помещен источник света (микролампочка). В трубку вкладывается obturator, с которым она вводится в пузырь. После удаления obturatorа включается источник света. Путем медленного извлечения трубки последовательно осматривают всю слизистую уретры, которая представляется в виде диска; с помощью такого уретроскопа можно производить и лечебные манипуляции — смазывания, прижигания уретры. В СССР изготавливаются уретроскопы новейшей системы.

Цистоскопия. Предложенный Ницше цистоскоп (рис. 296) представляет собой трубку наподобие катетера, в клюве которой заключается источник света — электрическая микролампочка, а ниже — оптика, состоящая из системы линз, дающих увеличенное и ясное изображение. Перед цистоскопией, которой должен владеть каждый гинеколог, необходимо очистить полость мочевого пузыря от гноя и крови и



Киста яичника с перекрученной ножкой.

Таблица XXIII



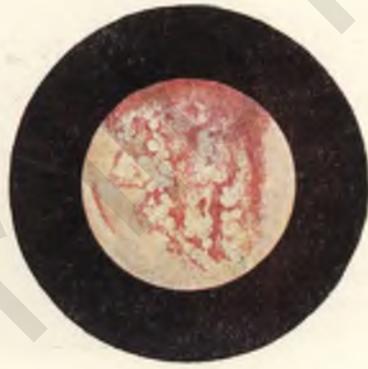
1



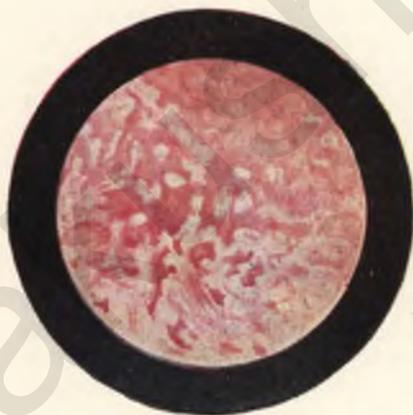
2



3



4



5



6

Цитоскопические картины (А. Э. Мандельштам):

1 — нормальная слизистая пузыря с просвечивающими сосудами; 2 — трабекулярный пузырь; 3 — резко выраженный буллезный отек (гроздевидное возвышение); 4 — папиллома мочевого пузыря; 5 — папиллярный цистит; 6 — лейкоплакия при цистите (шейки пузыря).

наполнить его жидкостью в количестве не менее 100 мл для расправления складок пузыря. Кроме обычных диагностических, существуют цистоскопы мочеточниковые, ирригационные и операционные. Мочеточниковый цистоскоп позволяет под контролем глаза ввести через одно или оба мочеточниковые отверстия специальные тонкие и упругие мочеточниковые катетеры до почечной лоханки; через них можно собрать мочу раздельно из каждой почки, промыть почечные лоханки и т. д.

Для цистоскопии больную укладывают на стол во второй позиции. После подмывания наружных половых органов, мочевой пузырь опорожняют катетером и, присоединив к последнему резиновую трубку, идущую от стеклянной воронки, промывают мочевой пузырь 2% раствором борной кислоты. Промывание пузыря можно произвести также, пользуясь ирригационным цистоскопом. После тщательного промывания пузыря его

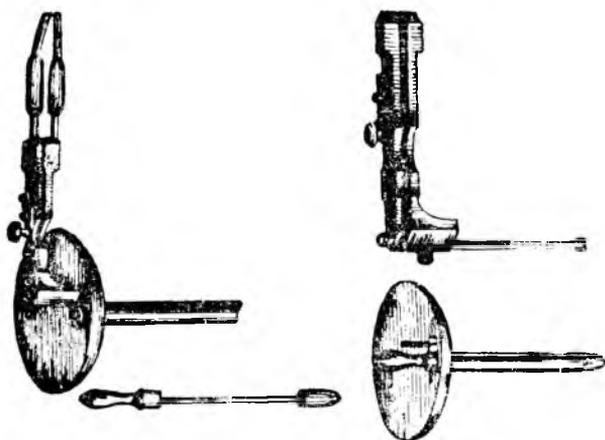


Рис. 295. Уретроскоп Валентина — Штекля.

наполняют 300—500 мл стерильного раствора. Прозеинфицировав цистоскоп спиртом (кипятить нельзя!), вводят его вместе с оптической системой в пузырь и включают его через реостат в электриче-

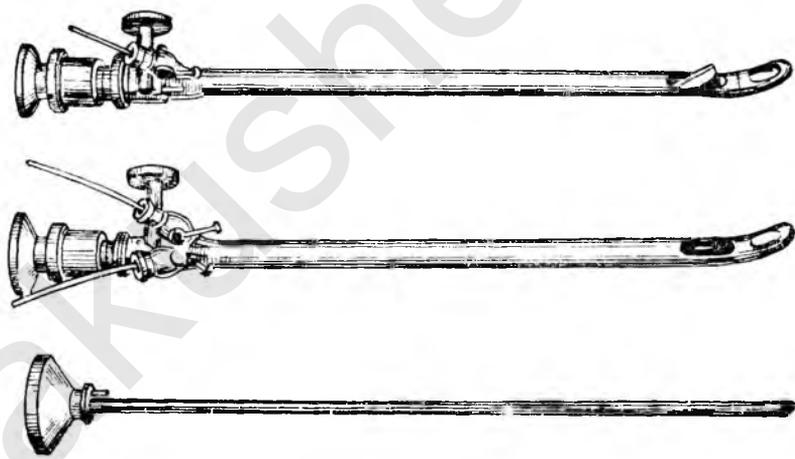


Рис. 296. Цистоскоп.

скую сеть или аккумулятор (для питания лампочки цистоскопа необходим ток в 5—6 вольт). Вращая цистоскоп, осматривают слизистую пузыря систематически от верхушки до шейки, изучая при этом оба устья мочеточников. Нормальная слизистая имеет бледно-желтый цвет, и на фоне ее хорошо видны красноватые и голубоватые сосудистые веточки. Устья мочеточников представляются в виде щелей на продолго-

ватом валике. Выводя цистоскоп из пузыря, можно увидеть пояс темно-красного цвета; это — сфинктер.

На рис. 29 (см.) изображен способ цистоскопического осмотра мочевого пузыря. Типичные цистоскопические картины представлены на табл. XXIII.

Приступая к цистоскопическому исследованию, необходимо предварительно произвести тщательное гинекологическое (бимануальное) исследование, так как в результате опухолей придатков, неправильного положения и опухолей матки в пузыре могут быть обнаружены выпячивания, изменения формы его и т. п.

Для более углубленного урологического исследования, кроме цистоскопии, применяются катетеризация мочеточников с отдельным из каждой почки сбором мочи, ретроградная и выделительная пиелография или внутривенная урография.

Техника катетеризации мочеточников заключается в следующем. Отыскав с помощью цистоскопа отверстие мочеточника, продвигают в него катетер, а затем, находя с помощью движений цистоскопа нужное направление, вдвигают катетер в мочеточник на требуемую глубину. Если нужно получить мочу для исследования, то достаточно ввести катетер на глубину 10—15 см; если же нужно промыть лоханку, катетер вводят на глубину 30 см.

При помощи катетеризации мочеточников можно получить исчерпывающие диагностические данные: найти источник гематурии или пиурии, нарушение функции почки, закупорку мочеточника, гидро- или пионефроз.

Пиелография — ценный метод исследования в урологии — разделяется на ретроградную и выделительную (Р. М. Фронштейн). Ретроградная пиелография заключается в введении контрастного раствора через мочеточниковый катетер в лоханку с последующей рентгенографией. При выделительной пиелографии (урографии) контрастное вещество вводится в вену; выделяясь с мочой, оно задерживается в лоханке и мочеточнике, давая возможность видеть их контуры на рентгеновском снимке.

Для ретроградной пиелографии пользуются 25% подогретым раствором бромистого натрия или 20% раствором сергозина (содержит 52% йода), который вводят через мочеточниковый катетер небольшого калибра (№ 5 по шкале Шарьера). После ретроградной пиелографии могут быть боли, для купирования которых сразу после исследования назначают морфин или теплую ванну.

При выделительной пиелографии (урографии) в качестве контрастного вещества вводят в подогретом виде внутривенно 35—50 мл 40% раствора сергозина. При нормально функционирующих почках сергозин выделяется через 8—10 минут с мочой и дает возможность получить в это время четкий снимок лоханки, мочеточника и мочевого пузыря. Сама почка, пропитанная сергозином, также достаточно ясно видна на снимке. Если через 15 минут после введения в вену сергозина на снимке не обнаруживается тени лоханки, то это свидетельствует об утрате почкой способности выведения. Пользуясь пиелографией, можно установить опущение почек, дистопию, пиелоктазии, гидронефроз, камни и опухоли почек.

Этот метод противопоказан при заболеваниях печени и азотемии.

Хромоцистоскопия. В момент излияния мочи из отверстий мочеточников их устья периодически открываются и окружающие их валики двигаются. В среднем наблюдается от четырех до десяти моче-вых толчков в минуту. Иногда отмечают периодическое открытие мочеточниковых устьев, но моча из отверстий не изливается — они работают вхолостую.

Для лучшего наблюдения за работой устьев мочеточников и выхождением мочи предложено вводить внутримышечно красящее вещество, лучше всего — индигокармин 0,4 г на 100 мл физиологического раствора. Раствор вводится подогретым. Через 2 минуты после впрыскивания производится цистоскопия. В нормальных условиях краска появляется в моче через 3—5 минут; наибольшей интенсивности окрашивание мочи достигает через 30—40 минут.

Можно наблюдать выделение мочи из двух мочеточниковых отверстий, если вращать клюв цистоскопа. Метод широко применяется для определения функциональной способности почек и мочеточников.

В последнее время предложены новые методы функционального исследования при неполном недержании мочи.

Юссеф (Jaussef A. F., 1957) сообщает, что для определения несостоятельности сфинктера мочевого пузыря в литературе предложено несколько терминов: «несостоятельность, связанная со стрессом» (напряжением, в американской литературе), «ортостатическое недержание мочи» (во французской литературе), «функциональное недержание» (в немецкой литературе) и т. д. Последний термин наиболее правильный, поскольку состояние это является только симптомом, вызванным определенными клинико-патологическими условиями. Автор предлагает следующую классификацию: а) простая несостоятельность сфинктера с участием «непроизвольного сфинктера»; б) несостоятельность сфинктера, связанная с повышенным внутрипузырным давлением; в) несостоятельность сфинктера, вызванная выпадением матки.

Для диагностики подобных состояний рекомендуется пользоваться следующими методами: цистометрией, цистоуретроскопией, сфинктерометрией и сфинктерометрографией. Установлено, что при нормальной функции мочевого пузыря давление, вызывающее открытие сфинктера при его расслаблении, равно 40—85 мм Hg, при его сокращении — 65—115 мм. При оперативном лечении следует проводить строгую индивидуализацию каждой больной.

Платен (Platen O., 1958) и Гавласек (Havlasek L., 1959) рекомендуют следующие методы исследования: цистометрию, сфинктерометрию и уретроцистографию. На основании собственных исследований 102 больных Платен считает, что эти методы обогащают диагностические возможности в неясных случаях, хотя иногда и они оказываются недостаточными.

По Гавласеку, путем цистометрии можно распознать недержание мочи на почве гипертонии детрузора, расстройств мочеиспускания «нервной» этиологии; отрицательная разность между сфинктерометрическими и данными (по Венигу, см. ниже) является характерной для недержания мочи; разность, равная нулю, подозрительна.

Путем цисто- и уретрографии можно выявить опущение нижней части мочевого пузыря, исчезновение заднего уретровезикального угла, сужение выхода мочеиспускательного канала из мочевого пузыря, расширение и укорочение мочеиспускательного канала; указанные симптомы автор считает достоверными при недержании мочи у женщин.

По Молнару (Molnar G., 1959), путем сфинктерометрических измерений в 96,7% удалось установить нарушение запирающего аппарата мочевого пузыря. Цистометрические исследования играют подчиненную роль в обнаружении повреждения сфинктера мочевого пузыря, но вполне достаточны для дифференциации воспалительных заболеваний и заболеваний нейрогенного характера, связанных с нарушением мочеотделения. У 159 больных из 185 исследованием установлено функциональное недержание, у 23 — воспалительное, у 3 — нейрогенное.

Нильсен (Nilsen A., 1958) методом цистоуретрографии обследовал 100 женщин (до и после операции), страдавших недержанием мочи при напряжении. Рентгенограммы показали, что при недержании мочи в этом случае наблюдается опущение шейки мочевого пузыря, в силу чего она имеет воронкообразную форму, и происходит сглаживание заднего угла между мочевым пузырем и уретрой. Если же указанных изменений нет, то хирургическое лечение следует считать противопоказанным.

Вениг (Wenig H., 1958) предложил аппарат для сфинктерогграфии. Аппарат состоит из рекордовского шприца емкостью в 20 мл и трубки Зейферда. Техника сфинктерометрии сводится к следующему: опорожняется мочевой пузырь, в мочеиспускательный канал вводится трубка аппарата, через которую вливается 3—4 мл 4% раствора йодипина под контролем рентгеноскопии и производится в лежачем положении больной первая серия снимков; затем, после введения 6—9 мл йодипина, — вторая серия, после чего при введении йодипина (12—15 мл) — третья серия снимков и, наконец, в положении больной стоя — четвертая серия. При последовательном просмотре рентгенограмм распознается функциональная способность сфинктера.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

По Е. С. Тумановой (1958), при пороках развития половых органов аномалии развития мочевой системы встречаются у $\frac{1}{5}$ всех больных.



Рис. 297. Эктопия мочевого пузыря.

Для выявления пороков развития мочевой системы у таких больных необходимо детальное урологическое исследование.

Опытный гинеколог может наблюдать случаи выворота мочевого пузыря (ectopia vesicae urinariae, рис. 297), встречающиеся у новорожденных, реже — у взрослых (часть больных погибает от уросепсиса). У таких больных имеется порок развития тазовых костей (расщепленный таз) и расщелина внизу передней брюшной стенки. Лечение — оперативное.

Большое практическое значение для гинеколога имеют опущения (дистопии) почек, особенно тазовое расположение почки (принимаемое нередко за опухоль придатков),

наличие одной подковообразной почки, аномалии лоханок и мочеточников.

Эти аномалии могут быть распознаны путем пиелографии (рис. 298, 299, 300).

• ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Уретриты. О неспецифических уретритах (вестибулитах) говорилось в ч. II, гл. 6; о специфических (гонорейных) — в ч. II, гл. 7; о трихомонадных уретритах — в ч. II, гл. 9.

Циститы. Возбудителями инфекции слизистой мочевого пузыря

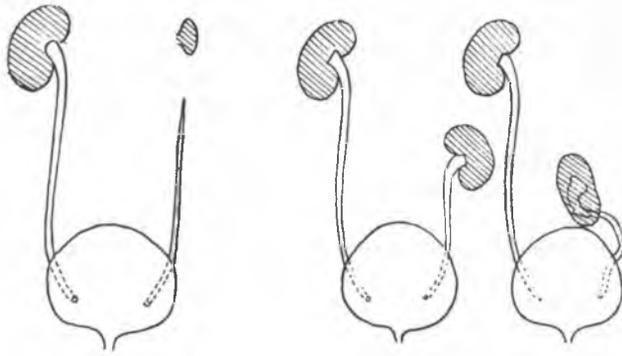


Рис. 298. Гипоплазия и опущение почек (Э. Михайловски).



Рис. 299. Перекрестная дистопия (Э. Михайловски).

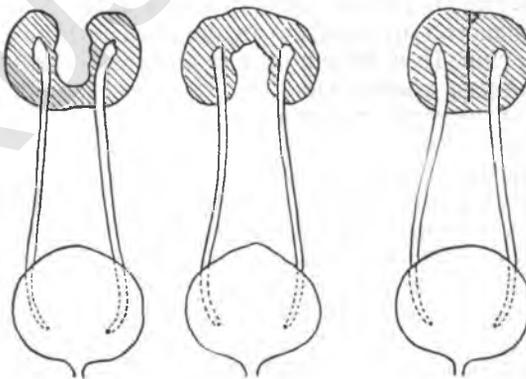


Рис. 300 Сращение почек; слева и в центре—
подковообразные почки (Э. Михайловски).

могут быть: кишечная палочка, стафилококки, реже стрептококки, гонококки и туберкулезная палочка. Инфекция распространяется обычно каналюлярным (восходящим) путем из уретры; туберкулезные палочки могут попадать в пузырь гематогенным или лимфогенным путем.

Инфекция в мочевой пузырь может быть внесена при катетеризации, главным образом путем проталкивания бактерий из уретры. Имеет значение также гладкость поверхности катетера, в щелях которого могут оставаться бактерии. С этой стороны идеальными можно считать стеклянные катетеры, если они не слишком хрупки.

Вопрос о гонорейных циститах является спорным: не всякий цистит, сопутствующий гонорейному уретриту, следует отнести к гонорейному. Напротив, в большинстве случаев в мочевом пузыре обнаруживаются не гонококки, а стафилококки, кишечная палочка, в то время как в уретре вегетируют гонококки.

Анатомические особенности пузырного треугольника (*trig. vesicae*) по цвету, гладкой поверхности и тонкости мышечного слоя таковы, что он больше сходен с уретрой, чем с пузырем. Можно различать: *cystitis colli*, или *trigonitis*, *cystitis totalis*. Первый встречается гораздо чаще, чем второй. В литературе описано только 60 случаев тотального гонорейного цистита; он может наблюдаться только у очень молодых или беременных женщин.

Симптомы цистита шейки, безотносительно к этиологии, в остром периоде заключаются в появлении лихорадки, учащенных позывах к мочеиспусканию (в особенности в стоячем положении), болях при мочеиспускании. В моче находят гной, следы белка; в осадке мочи — много лейкоцитов, бактерий. Реакция мочи — кислая.

При хронических формах цистита шейки все явления выражены слабее, лихорадка отсутствует. Для распознавания этого заболевания особенно важны мутность мочи в последних порциях и кислая реакция, то и другое остается на некоторое время после исчезновения субъективных симптомов.

Для уточнения *диагноза* цистита прибегают в пробе с тремя стаканами, в которые больная последовательно мочится. Если в первом стакане находят гной, а в остальных двух его не обнаруживают, то это свидетельствует об уретрите. Если во всех трех стаканах имеется гной, то это указывает на цистит (возможно, в сочетании с уретритом). Диагноз подтверждается при получении мочи из пузыря катетером после промывания уретры, а также цистоскопией. Цистоскопическая картина характерна: слизистая пузыря мутна, кровеносные сосуды инъекционны, яркой окраски. При шеечном цистите обнаруживается гиперемия слизистой в области треугольника и сфинктера, иногда со складками (отек). Иногда в пузыре находят гнойные налеты с десквамацией эпителия в виде сероватых пятен.

Лечение цистита в остром периоде заключается в назначении покоя, постельного режима, обильного питья, нераздражающей преимущественно молочно-растительной диеты, грелок на область пузыря и болеутоляющих свечей (экстракт белладонны с морфином, см. ч. III, гл. I). В начале заболевания можно давать внутрь сульфаниламиды — норсульфазол, сульфазин по 0,5—1,0 через четыре часа; их комбинируют с уротропином по 0,5 три раза в день. В тяжелых случаях назначают антибиотики: стрептомицин по 250 000 ЕД два раза в день (действует на кишечную палочку). По стихании острых явлений назначают местное лечение в виде промываний мочевого пузыря марганцовокислым калием (1 : 10 000—1 : 6 000) с последующей инстилляцией в мочевой пузырь 5 мл 2% колларгола или 1% протаргола.

При хронических циститах назначают более энергичное местное лечение: промывание мочевого пузыря ежедневно раствором марганцовокислого калия (1 : 8 000—1 : 5 000) с наполнением пузыря 100—150 мл жидкости. После промывания производится инстилляция 3—5% раствора колларгола 5—10 мл, после чего больная не должна мочиться один-два часа. Промывание пузыря лучше всего делать канюлей с двойным током. Курс лечения — 8—12 дней.

Различают еще старческий и гангренозный циститы.

Старческий цистит (*cystitis vetularum*) образуется в силу возрастных изменений, к которым надо отнести ослабление тонуса детрузора, а также на почве опущения стенок влагалища вместе с мочевым пузырем. И то и другое затрудняет и замедляет мочеиспускание, вызывая накопление остаточной мочи и ее разложение. Сопутствующие хронические запоры способствуют инфекции мочевого пузыря кишечной палочкой. Кроме обычного лечения, при старческих кольпитах некоторые гинекологи применяют небольшие дозы эстрогенов, которые способны повышать тонус мочевого пузыря.

Гангренозный цистит (*cystitis gangraenosa*) в гинекологии встречается после грубого отделения мочевого пузыря при экстирпации матки. При явлениях ишурии выпущенная моча очень мутна, содержит хлопья из обрывков слизистой, имеет примесь гноя и крови. Через три-пять дней возможно образование пузырно-влагалищного свища.

Пиелит. Воспалительное заболевание почечных лоханок чаще вызывается проникновением в них кишечной палочки, стафило-стрептококков, реже, гонококков, пнеймококков.

Обширна частота пиелитов при беременности. В гинекологии пиелиты встречаются в послеоперационном периоде и у длительно находящихся в стационаре воспалительных больных. Возбудителем в 90% этих случаев является кишечная палочка. Чаще наблюдаются правосторонние пиелиты вследствие перехода инфекции по лимфатическим путям из печеночной кривизны ободочной кишки в лоханку правой почки. Инфекции благоприятствуют послеоперационная задержка мочи и хронические запоры.

Что касается гонорейных пиелитов, то в редких случаях гонококки могут проникать восходящим путем из мочевого пузыря по мочеточникам до почечной лоханки. Описаны случаи гонорейного заболевания мочеточника. Но для проникновения гонококков выше сфинктера мочеточника — в лоханку — необходимы два условия: ослабление тонуса сфинктера и слабость перистальтики мочеточника (М. Л. Крекс, 1921).

Из особенностей гонорейного пиелита следует отметить кислую реакцию мочи, не бурное течение и сравнительно хороший прогноз (Г. А. Бакшт и А. И. Петченко, 1936).

Гинекологу приходится чаще наблюдать острый период пиелита, чем хронический. Пиелит начинается внезапным повышением температуры, иногда со рвотой или ознобом. Реже до приступа отмечается некоторое недомогание: головная боль, боли в пояснице, общая слабость, потеря аппетита, боли при мочеиспускании. Кроме повышения температуры в первые дни, что сопровождается большими ремиссиями, наблюдается симптом Пастернацкого — боли в области почки при поколачивании.

Окончательный диагноз устанавливается на основании анализа мочи, которую нужно собрать катетером. В осадке мочи обнаруживают большое количество лейкоцитов, иногда вышелоченные эритроциты, в небольшом количестве хвостатые клетки, гиалиновые цилиндры, много бактерий; обнаруживается в моче в небольшом количестве белок (вслед-

ствие распада лейкоцитов). В случаях пиелостита количество белка возрастает и обычно превышает 20—25%, в осадке — почечный эпителий и много гиалиновых цилиндров. Пониженный в первые дни диурез в дальнейшем переходит в полуирию, что следует рассматривать как благоприятный симптом, так как вследствие отмывания почечных лоханок и пузыря от гноя, температура падает, и самочувствие больной улучшается. Однако повышение температуры может скоро возобновиться, в особенности при недостаточном лечении.

Терапия при пиелитах должна быть направлена: на устранение задержки мочи; на ликвидацию запоров; на борьбу с инфекцией. Устранение задержки мочи достигается назначением тепла, сернокислой магнезии, уротропина, катетеризацией с последующим промыванием мочевого пузыря и инстилляцией. Кишечник регулируют диетой (простокваша, сметана, мед, чернослив), гипертоническими клизмочками, приемом пургена на ночь. Больную укладывают на здоровый бок. Для борьбы с инфекцией назначают сульфаниламиды, антибиотики, уротропин. И. Л. Брауде рекомендует назначать сульфадимезин по схеме: два дня по 1 г через 4 часа, два дня по 1 г через 6 часов и три дня по 1 г через 8 часов; всего 7 дней лечения. При тяжелой инфекции с третьего дня лечения и до конца промежутки между приемами уменьшают на два часа.

Из антибиотиков применяют стрептомицин (по 250 000 ЕД четыре раза в день). Уротропин вводится внутривенно в 40% растворе по 8—10 мл ежедневно. Местное лечение проводят, как при циститах. В упорных случаях и при обилии гноя, выделяемого в пузырь из мочеточников, назначают промывание почечной лоханки через мочеточниковый катетер (с помощью цистоскопии); промывание повторяют через два-три дня. Некоторые авторы оставляют мочеточниковый катетер на 12—24 часа.

Хронические пиелиты, протекающие при менее значительной температуре и нерезких других симптомах, лечат промыванием почечных лоханок, диатермией почек и вышеуказанными медикаментами. В хронических случаях крайне важно выявить возбудителя, так как им может оказаться туберкулезная палочка (туберкулез почек).

Для обнаружения заболевания почек необходимо применить самое тщательное исследование, включая цистоскопию, катетеризацию мочеточников, пиелографию, функциональные пробы и пробы на морских свинках путем введения в их брюшную полость испытуемой мочи.

КАМНИ И ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

Причины образования камней в мочевых путях женщины окончательно не выяснены. Известно, что оставленные во время операции шелковые лигатуры быстро пропитываются солями и могут стать основой для образования камня. Небольшие камни мочевого пузыря могут довольно легко выделяться с мочой благодаря ширине и короткости женской уретры. Камни почки (почечной лоханки) и мочеточников дают картину почечной колики с большим разнообразием клинических симптомов. Основным *симптомом* камней почечной лоханки является гематурия различной интенсивности, вызванная ранением слизистой лоханки сместившимся камнем; нередким симптомом является пиурия — признак инфекции при мочекаменной болезни.

Камни мочеточника могут имитировать воспалительные заболевания труб или внематочную беременность. Болевые точки мочеточника обозначены на рис. 292 (см.). Камни в мочевом пузыре, мочеточниках и

лоханке могут быть распознаны рентгенографией (рис. 301, 302). причем для успеха ее требуется хорошая подготовка кишечника. а в случае неудачи — уретропиелографией, хромоцистоскопией (при наличии камней лоханки выделение окрашенной жидкости задерживается).

Терапия при камнях мочевого пузыря заключается в камнедроблении; при камнях мочеточника применяется оперативное их удаление. Почечнокаменную болезнь успешно лечат на курортах Трускавец (ле-

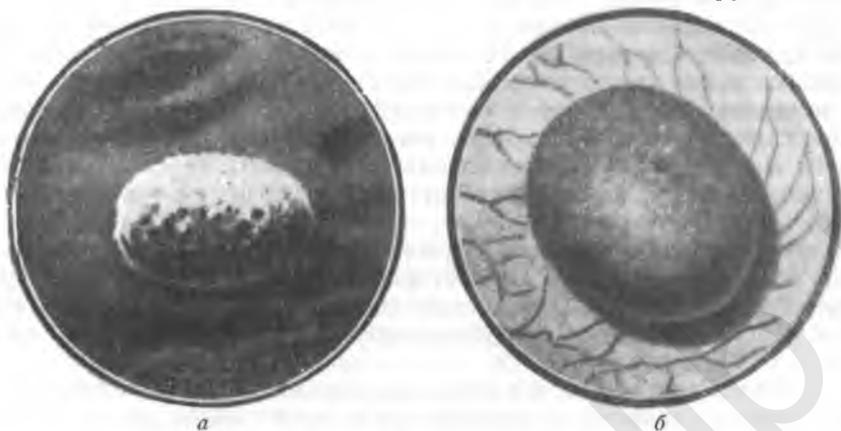


Рис. 301. Камни мочевого пузыря (И. Л. Брауде):
а — оксалат; картина цистита; б — урат; слизистая пузыря нормальна.



Рис. 302. Камни мочевого пузыря (И. Л. Брауде):
а — фосфаты; б — урат.

чебная вода «Нафтуса»); при неуспешности применяется пиелотомия.

Инородные тела попадают в мочевой пузырь и уретру почти исключительно при мастурбации.

В мочевом пузыре или уретре находили головные шпильки, булавки, наконечники для спринцевания, клизменные наконечники, карандаши. Реже встречались обломки катетера стеклянного или резинового, попавшие при выпускании мочи. Большой редкостью является попадание в мочевой пузырь волос или зубов из вскрывшейся в мочевой пузырь дермоидной кисты при ее нагноении. Для *диагностики* инородных тел применяется рентгенография (лучше в разных плоскостях). Извлекать мелкие инородные тела можно через уретру; при невозможности — вскрывают мочевой пузырь.

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулезом могут поражаться мочевые органы — почка, мочеточники, мочевой пузырь, уретра. Эти заболевания должны быть известны гинекологу.

Туберкулез почек, как и туберкулез гениталий, в подавляющем большинстве случаев является вторичным, при первичном очаге в легких, бронхиальных, брыжеечных железах и т. д.

Туберкулезом поражаются почки в 80% случаев только на одной стороне, чаще — правая (А. И. Маянц). Заболевание развивается медленно, без ясных симптомов. Больные начинают жаловаться на учащенные мочеиспускания (особенно ночью) и боли при нем, на позывы, продолжающиеся и после мочеиспускания. В моче обнаруживают лейкоциты и эритроциты. Эти симптомы напоминают цистит; но хроническое течение заболевания вызывает подозрение на туберкулез почек и мочеточников.

При пальпации почек обнаруживают некоторое увеличение и болезненность на соответствующей стороне. Однако точный диагноз может быть поставлен только путем цистоскопии и катетеризации мочеточников. Наблюдается также туберкулезное поражение мочеточников.

Туберкулезный цистит распознается путем цистоскопии по появлению на слизистой пузыря бугорков серого цвета, расположенных близ устья мочеточника. Отдельные бугорки или группы их могут сливаться, подвергаться распаду и превращаться в язву желтоватого цвета с красной каемкой.

Туберкулезный уретерит проявляется в инфильтрации и изменении устьев мочеточников, отверстия которых принимают форму воронки и широко зияют. С течением времени на месте устья мочеточника образуется большая кратерообразная язва. Движения мочеточника вялые и неритмичные.

Реакция мочи при туберкулезе мочевых органов всегда кислая. Количество белка невелико, не более 1‰. Количество лейкоцитов и эритроцитов колеблется; периодически наступает выраженная гематурия, которая сменяется пиурией (что отличает туберкулез от новообразования). Однако эта гематурия не сопровождается болями, что бывает обычно при камнях мочевых органов. Подтверждает туберкулез нахождение туберкулезных палочек в осадке мочи, однако их не всегда находят. При их отсутствии и наличии клинических данных, говорящих за туберкулез, следует произвести посев осадка мочи на специальных средах или впрыснуть центрифугат морской свинке (И. Л. Брауде).

Терапия туберкулеза мочевых органов в настоящее время более консервативна, чем прежде, когда считалось обязательным удаление туберкулезно пораженной почки. Назначают ПАСК, стрептомицин и другие специфические и общеукрепляющие средства. В случае тяжелого туберкулеза почки у беременной может быть произведена нефрэктомия с оставлением беременности, которая после операции обычно благополучно заканчивается (А. М. Гаспарьян, С. П. Федоров). Однако следует помнить, что при беременности туберкулез мочевых органов быстро прогрессирует. Я. Ф. Вербов считает, что беременность провоцирует развитие туберкулеза мочевых органов, если прежде процесс протекал латентно.

Лечение стрептомицином дает лучшие результаты при комбинации его с санаторно-курортным лечением. При кавернозных формах туберкулеза почек, когда показана нефрэктомия, предварительная подготовка стрептомицином обязательна.

ОПУХОЛИ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Из опухолей мочевых органов мы рассмотрим полипы и карункулы уретры, папилломатоз и эндометриоз мочевого пузыря, рак уретры и мочевого пузыря.

Полипы уретры представляются в виде маленьких мягких ярко-красных кругловатых или каплеобразных опухолей величиной с горошину или фасоль, выступающих из наружного отверстия уретры. Они могут вызывать расстройства мочеиспускания, а при легкой травме — кровоточат. Полипы удаляют петлей диатермокоагуляционного аппарата или срезают ножницами и обшивают место их отхождения тонким кетгутом. Удаленный полип следует подвергнуть гистологическому исследованию.

Карункулами называют более плотные, темно-красного цвета, величиной с горошину опухоли уретры, вызывающие боли при мочеиспускании. *Лечение* — то же. В уретре встречаются изредка ангиомы, фибромы и рак. Последний дает плохой прогноз.

Папилломы — наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли мочевого пузыря, но клинически протекающие, как злокачественные (прививочные метастазы). Крупную опухоль можно обнаружить при бимануальном исследовании. Но точный диагноз устанавливается цистоскопией. Характерным является наличие ворсинок, которые плавают в жидкости; слизистая пузыря не изменена. Опухоль может быть удалена диатермокоагуляцией при цистоскопии.

Рак мочевого пузыря (папиллярная форма) отличается от доброкачественной папилломы более грубыми и малоподвижными короткими ворсинками, некротическими наслоениями, инфильтрацией слизистой пузыря, кровоизлияниями в ней и пр. Лечение — оперативное; в тяжелых случаях — радио-рентгенотерапия.

Гипернефрома, или аденома, надпочечника может быть доброкачественной или злокачественной (реже); величина ее колеблется от вишни до головы взрослого. Опухоль рано врастает в окружающие вены. Гипернефрома может встретиться также в яичниках, широких связках и влагалище. Ранние симптомы опухоли — гематурия с последующим появлением болей вследствие растяжения лоханок кровью. При пальпации прощупывается бугристая, плотноватая, но сравнительно подвижная почка. С целью *диагностики* следует применить цистоскопию и пиелографию. Некоторые из гипернефром вызывают признаки омужествления: гипертрихоз, изменение голоса, увеличение кадыка; функция почек при этом подавляется (надпочечниково-половой синдром).

Практическое значение для гинеколога имеет также гипернефроз — опухоль почки, — образующийся при различных стойких препятствиях для оттока мочи. Гипернефротическую почку значительной величины иногда принимают за кистому яичника. Подобный случай наблюдали в 1930 г. и мы; пришлось произвести трансперитонеальную нефрэктомию.

Диагностика устанавливается путем цистоскопии и пиелографии (урографии). Если одна почка значительно поражена, а вторая хорошо функционирует, то больную почку следует удалить.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ГИНЕКОЛОГИИ

Острая почечная недостаточность встречается в акушерстве и гинекологии нередко.

М. В. Черноурецкий истинной уреимией, или уремическим симптомокомплексом, называет заболевание, характеризующееся прежде всего азотемией; большое значение имеет также задержка в крови ароматических кислот (фенолы), падение резервной щелочности крови и развитие ацидоза.

Уремия развивается при далеко зашедших хронических нефритах и нефросклерозах. Уремию при эклампсии М. В. Черноурецкий не считает истинной и называет ее почечной эклампсией.

Н. И. Чучелов указал, что после патологических родов, а чаще после криминальных абортов, иногда после гинекологических лапаротомий развиваются тяжелые поражения почек, заканчивающиеся нередко смертью. *Клинические симптомы* этого заболевания следующие: анурия, появление в моче кровяного пигмента, быстро нарастающая азотемия при отсутствии отеков и при нормальном артериальном давлении. Эти явления могут развиваться при различных патологических состояниях — тяжелых травмах, ожогах, переливании несовместимой крови и т. п. Определенного диагноза для описанного состояния нет; оно известно как острый интерстициальный нефрит, некротический нефроз, корковый некроз почек, нефроз нижнего нефрона. Два последних термина наиболее употребительны.

Патогенез заболевания видят в действии токсических веществ на почки (токсическая теория); но более широкое распространение получила другая теория — нервнорефлекторная, так как исследования некоторых авторов (Truetla, Makhergel, Oliver) показали возможность получения этих изменений в почках у животных рефлекторным путем (цит. по Н. И. Чучелову).

Руссел и Стели (Russel a. Stely) описывают 34 случая коркового некроза почек у акушерско-гинекологических больных, из которых 8 умерли. Н. И. Чучелов также наблюдал 34 случая этого заболевания (нефроза нижнего нефрона) в возрасте от 24 до 40 лет, чаще в 30—34 года. Причинами поражения почек оказались: в 7 случаях — патологические роды, в 25 — криминальные аборты и в 1 — операция на яичнике. Н. И. Чучелов полагает, что рефлекторное нарушение почечного кровообращения вызывается быстрым растяжением матки при введении в нее жидкости (воды с мылом при криминальных абортах). По данным этого автора, из 34 больных умерло 16. Смерть наступила в первые 2 дня у 3 больных, после 3—5 дней — у 2, после 10—12 дней — у 4, после 16—24 дней — у 4, после 2—4 месяцев — у 3.

Лучшими методами *лечения* являются обменное переливание крови, и применение аппарата, называемого «искусственной почкой». Существует несколько разновидностей этого аппарата (Koffi, Skegers-Leopard и др.). «Искусственная почка» действует следующим образом. Большой вводат антикоагулянты, аппарат включают в систему кровообращения через лучевую артерию. Кровь из лучевой артерии поступает в аппарат по целлофановым трубкам, погруженным в раствор глюкозы. После диализа продуктов обмена через целлофан кровь при помощи насоса возвращается в венозную систему.

Ниже мы помещаем схему лечения коркового некроза почек, рекомендованную Н. И. Чучеловым:

1) околопочечная новокаиновая блокада по 100 мл 1/4% новокаи-

на; 2) катетеризация мочеточников и промывание почечных лоханок физиологическим раствором с целью получения рефлекса на мочеотделение; 3) обменное переливание крови; сначала выпускают 250—300 мл крови и вливают 500 мл, увеличивая это количество в два раза и повторяя обменное переливание несколько раз через день; 4) инъекции под кожу 1 мл 0,025% раствора корбохолина два раза в сутки; 5) диатермия области почек ежедневно; продолжительность сеанса от одного до двух часов; 6) промывание желудка слабым щелочным раствором; 7) ограничение введения жидкостей под кожу; опасно вводить жидкости (5% глюкозы или физиологического раствора) свыше 500—1000 мл в сутки во избежание возможного отека легких.

Указанные мероприятия необходимо начинать немедленно по установлении диагноза, не ожидая ухудшения состояния.

ЛИТЕРАТУРА

- Бакшт Г. А. и Петченко А. И. Гонорея женщины. Воронеж, 1936.
Брауде П. Л. Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, 1939.
Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1952, 1957.
Вербов Я. Ф. Матка женщины. СПб, 1913.
Гаспарьян А. М. Случай гигантского калькулезного гидронефроза. Сб. Хир., 1933, т. 5.
Гижицкий. Случай уремии после родов. Врач, 1897.
Крекс М. Л. Гонорея мужская, женская и детская. Медгиз, 1937.
Маяни А. И. К диагностике и терапии камней мочеточников. Урология, 1927, 15.
Тарсев Е. М. Внутренние болезни. Медгиз, 1936.
Туманова Е. С. Мочевая система при пороках развития женской половой сферы. Акуш. и гинск., 1958, 1.
Углев Р. К. Рефлекторная анурия. Медгиз, 1952.
Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. Л., 1925.
Фронштейн Р. М. Урология. Медгиз, 1949.
Чернорудский М. В. Диагностика внутренних болезней. Медгиз, 1949.
Черток Р. А. Осложнения беременности и родов. Воронеж, 1939.
Чучелов Н. И. Острая почечная недостаточность при заболеваниях женской половой сферы. Доклад на заседании Ленингр. терапевт. об-ва им. С. П. Боткина, 6.V 1958.
Яковлев И. И. Избранные отделы пат. акушерства. ЦНИАГИ, Л., 1940.
Vogmer R. Zur Mechanik der Urininkontinenz bei Zystozelen. Zbl. Gynäkol., 1957, 39, 1510—1520.
Frankel D. S. Full-thickness anterior colporrhaphy for correction of urinary stress incontinence. Amer. j. obst. a. gynecol., 1958, 76, 6, 1185—1193.
Havlasěk L. Funkční diagnostika inkontinence moči u ženy. Českoslov. gynecol., 1959, 5, 333—345.
Molnar G. Über unsere sphinktero- und zystometrischen Untersuchungsergebnisse bei der Diagnostik der funktionellen Harninkontinenz bei Frauen. Zbl. Gynäkol., 1959, 7.
Nilsen A. Cystourethrography in stress incontinence. Acta obst. et gynecol. scandinav., 1958, 37, 3, 269—285.
Platen O. Ergebnisse routinemässiger Blasen- und Sphinkter funktionsprüfungen bei Frauen mit Deszensuserscheinungen, oder Miktionsstörungen. Zbl. Gynäkol., 1958, 34, 1306—1313.
Wenig H. Eine vereinfachte Methode der funktionellen rentgenologischen Sphinkterometrie. Zbl. Gynäcol., 1958, 49, 1906—1910.
Voussel A. F. Sphincter incontinence of urine in the female new approach to its classification, diagnosis and treatment. Acta obst. et gynecol. Scandinav., 1957, 36, 4, 459—459.
Zak K. Zkusenosti s meernim uzáverového aparátu mocového mechýre, Českoslov. Gynecol., 1959, 5, 345—349.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И СВИЩИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Старые разрывы промежности и шейки матки. Повреждения от введения в половые органы инородных тел. Повреждения половых органов, связанные с половым актом. Травматические повреждения мочеполовых органов. Мочеполовые свищи. Влагалишно-прямокишечные свищи. Пересечение мочеточника во время операции.

Травматические повреждения мочеполовых органов женщины весьма часто встречаются во время родового акта и описываются в учебниках и руководствах по акушерству. Таковы разрывы преддверия и влагалища, гематомы, разрывы промежности, шейки матки, сводов и самой матки, а также — свищи.

Вне родового акта повреждения женских мочеполовых органов встречаются гораздо реже. Они могут быть связаны с введением в половые органы инородных тел, с половым актом (при изнасиловании), с травмами.

Ввиду того, что больные с родовой травмой, перешедшей в хроническое состояние, подлежат лечению в гинекологическом стационаре, мы изложим симптоматику и терапию этого заболевания.

СТАРЫЕ РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ШЕЙКИ МАТКИ

Не зашитые во время родов разрывы, а также не сращенные вследствие нагноения швы оставляют после себя рубцовые изменения в области задней спайки (которая большей частью разрушена), ладьевидной ямки и промежности. Эти старые разрывы сопровождаются часто опущением стенок влагалища или выпадением влагалища и матки.

В случаях полного (третьей степени) разрыва промежности, оставшегося после родов, больная жалуется на недержание газов (в случае надрыва сфинктера) или недержание жидкого или твердого кала (при разрывах прямой кишки меньшей или большей степени). При осмотре больных с подобным разрывом бросается в глаза отсутствие промежности, вместо которой имеется рубец, соединяющий слизистую влагалища со слизистой прямой кишки, которая обычно выпячена наружу.

Старые разрывы первой степени зашивать необязательно; их зашивают при зиянии половой щели или по настоянию больной. Старые разрывы второй степени (*ruptura perinei inveterata*) зашивают так же, как свежие послеродовые разрывы, но с иссечением рубцов. При опущении задней стенки влагалища производят заднюю пластику по Отту.

Старые полные разрывы промежности (*ruptura perinei inveterata completa*), в связи с жалобами больных, должны быть зашиты с восстановлением целостности сфинктера и прямой кишки (см. ч. IV, гл. 3).

Старые разрывы шейки и эктропион лечат оперативно или диатермокоагуляцией. Из оперативных пособий при этой патологии производят клиновидную или конусовидную ампутацию шейки матки.

При эктропионе вследствие разрыва шейки методом выбора является диатермокоагуляция шейки.

В настоящее время старые разрывы шейки встречаются все реже, так как теперь после родов зашивают все разрывы, длина которых превышает 1 см.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ВВЕДЕНИЯ В ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

Чаще других встречаются повреждения, которые производятся инородными телами, вводимыми в половые пути с целью плодизгнания при криминальном аборте (рис. 303). Такими инородными телами могут быть различные зонды, наконечники, спицы, деревянные палочки, гусиное перо и т. д.

Инородное тело, попав в наружный зев, может вызвать ранение шейки, иногда проникающее в клетчатку, в брюшную полость; при ретродевиации оно прокалывает задний свод и попадает в шейечный канал или даже в полость матки. Полагают, что причиной возникновения большинства шейечно-влагалищных фистул (*fistula cervico-laqueatica*) являются не спонтанные центральные разрывы шейки в родах (И. Р. Зак, 1955), а повреждения шейки при криминальных абортах (рис. 304). Центральные же разрывы шейки наступают вторично при шейечно-влагалищных свищах, когда изгнание плода происходит не через наружный зев, а через свищевое отверстие (В. В. Слоницкий). Что касается фистулоррафии, то мы считаем, что у женщин, поступивших по поводу криминального аборта, зашивание свежих свищевых отверстий производить не следует вследствие раневой инфекции.

При хронической стадии свища у небеременных зашивание его далеко не всегда дает положительный результат. При последующих родах, когда плод рождается через свищ, зашивание растянутого свища у роженицы целесообразно и дает лучшие результаты, чем у небеременных, при условии иссечения рубцовых краев свища. Однако с этим положением не все согласны.

В последнее время Я. Е. Меш (1959) описал три случая родов через маточно-влагалищный свищ. Наружный зев при этом оставался закрытым. Автор считает, что зашивание свища следует производить после первой-второй менструации, наступившей после родов.

В значительной части случаев вводимые во влагалище остроконечные предметы обнаруживались не в шейке, а в сводах, и их приходилось извлекать. Длительное оставление инородных тел в стенке матки или в брюшной полости может вызвать септицемию или перитонит. Если же инструмент попадает в матку, то нередко перфорируется ее стенка; при этом возможно ранение кишечника или сальника и развитие перитонита. В таких случаях необходима срочная лапаротомия для удаления инфицированной матки, наложение кишечного шва или резекция кишки.

Перфорировать матку иногда может врач во время выскабливания

слизистой ее. Если перфорация зондом или тупой кюреткой произведена после опорожнения матки, то иногда можно обойтись без оперативного вмешательства (назначают опий по 8 капель три раза в день). Но в большинстве случаев необходимо произвести лапаротомию, удалить излившуюся кровь, осмотреть кишечник и сальник и ушить раневое отверстие в матке после иссечения краев его.



Рис. 303. Гематома широкой связки после криминального аборта.



Рис. 304. Влагалищно-шеечный свищ в результате повреждения шейки матки при криминальном аборте (В. В. Слонницкий).

Небольшие предметы, могущие проскользнуть в полость матки или в брюшную полость, определяются с помощью рентгенографии. В зависимости от места их нахождения решается вопрос о вмешательстве: влагалищное удаление или лапаротомия. Для отыскания инородных тел полезным может оказаться также пальцевое обследование полости матки (см. рис. 27).

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ АКТОМ

Повреждения половых органов при половом сношении наблюдаются чаще всего при инфантилизме женщины, в старческом возрасте при атрофии влагалища, а также при стенозах его после перенесенного кольпита. Повреждения влагалища (рис. 305), наблюдаются также при ненормальном положении женщины во время коитуса при бурном половом акте (в состоянии опьянения), при больших размерах полового члена и проч. Разрывы часто происходят при первом половом сношении. Все разрывы дают более или менее значительные кровотечения.

Типичны рваные раны сводов (рис. 306). Травмы преддверия и гимена наблюдаются при изнасиловании (рис. 307, 308, 309, 310).

К. К. Скробанский описал нарушение целостности влагалищно-прямокишечной перегородки *sub coitu*. Большие разрушения влагалища, прямой кишки, сводов до проникновения в брюшную полость наблюдаются при изнасиловании малолетних (см. след. главу). Разрывы, которые произо-



Рис. 305. Разрыв передней стенки влагалища при коитусе.



Рис. 306. Разрыв заднего свода во время коитуса.

шли не более шести часов тому назад, должны быть зашиты узловыми кетгутowymi швами. По истечении шести часов швы не накладываются и раны заживают вторичным натяжением.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Особенно серьезны повреждения, связанные с падением на острый предмет (вилы, кол); опасны падения на спинку стула и т. п. В таких случаях травмируются наружные половые органы, влагалище, уретра, мочевой пузырь, анус. Клиника таких повреждений различна. Часто находят гематому вульвы и передней части влагалища. Ранение области клитора вызывает обильнейшее кровотечение из кавернозных тел. Если гематома не требует почти никогда хирургического вмешательства, то при ранении клитора необходимо обкалывание раны кетгутowymi лигатурами на тонкой игле; наложение «давящей» повязки беспечно.

Опасны повреждения и ранения, при которых, кроме травмы вульвы и промежности, происходит ранение матки, мочевого пузыря, кишечника, переломы тазовых костей и проч. В этих случаях необходимо хирургическое лечение. Первая помощь заключается в первичной обработ-



Рис. 307. Гимен 23-летней женщины (Беллин). Рожала 4 раза. Вверху — лоскут гимена с толстыми сосочками; внизу — рубец ладьевидной ямки.



Рис. 308. Гимен 18-летней девушки (Беллин). Попытка к изнасилованию. Гиперемия преддверия.



Рис. 309. Гимен изнасилованной женщины 19 лет (Беллин). Мясистая, циркулярная, валикообразная плева с разрывом в левой половине.



Рис. 310. Гимен 16-летней девушки (Беллин). Была попытка к изнасилованию. Вверху большая ссадина гимена; в нижней полуокружности его небольшой надрыв.

ке ран с наложением, где возможно, швов (главным образом для гемостаза); иногда необходимы введения противостолбнячной сыворотки, трансфузия крови и т. д.

Из последствий травм половых органов наибольшее значение имеют свищи.

МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Различают мочеполовые свищи акушерской этиологии и гинекологические—как последствие травмы при гинекологических операциях, реже — после рентгенотерапии. Н. Н. Феноменов определял частоту акушерских мочеполовых свищей в 6,3%; по Г. Г. Гентеру, частота таких свищей определялась в 1/2%. В настоящее время свищи наблюдаются в редких случаях, что, несомненно, зависит от улучшения постановки родовспоможения в нашей стране.

Акушерские свищи описаны в учебниках и руководствах по акушерству (см. А. И. Петченко, Акушерство, ч. II, гл. 14).

Свищи гинекологического происхождения наблюдаются, как сказано выше, после гинекологических операций, в особенности при экстирпации матки по поводу рака шейки, фибромиомы шейки и др. Свищи эти могут образоваться как в результате непосредственной травмы мочевого пузыря или мочеточника, так и вследствие омертвления тканей после их отсепаровки.

Влагалищные свищи могут быть разделены на две группы: мочевые свищи влагалища и кишечно-влагалищные (каловые) свищи (рис. 311); последние встречаются значительно реже, чем мочевые.

Мочевые свищи влагалища, в свою очередь, можно разделить на следующие подгруппы: пузырно-влагалищные (рис. 312), уретро-влагалищные, пузырно-шеечные (рис. 313) и пузырно-маточные свищи.

Основным симптомом мочевых свищей влагалища является недержание мочи, которое может быть полным или частичным. Вытекающая наружу моча, разлагаясь, непрерывно раздражает наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер, что вызывает зуд, появление экземы; больная распространяет вокруг себя запах мочи, особенно невыносимый в жаркое время года. У многих больных прекращаются менструации. У них часто развивается вульвовагинит, цистит и цистопиелит. Наблюдается образование камней в мочевых путях. При тяжелых формах свищей угнетается психика женщины.

Для диагностики мочеполовых свищей и определения локализации их необходимо тщательно собрать анамнез и подробно исследовать больную. Если она жалуется, что моча вытекает только в лежачем по-



Рис. 311. Разновидности мочевых и каловых свищей (схема).

ложении, то можно предположить, что свищ находится на задней стенке пузыря, ближе к верхушке; если же моча истекает в стоячем положении больной, но нужно думать, что свищ находится у основания пузыря, так как моча в этом положении тела накапливается именно здесь.

Для диагностики большинства фистул достаточны общие методы исследования: пальпация, зондирование, цистоскопия, осмотр влагалища с помощью зеркал и введение окрашенных растворов.

Пальпацией можно определить только свищи значительного диа-



Рис. 312. Пузырно-влагалищный свищ (Штекель). Катетер введен через уретру.



Рис. 313. Пузырно-шеечный свищ.

метра; точечные свищи пальпировать не удастся. При пальпации определяют величину, характер краев, рубцы, сращения вокруг свища и пр.

Осмотр влагалища с помощью зеркал дает большую возможность определить свищ, но и при этом исследовании точечные свищи можно не обнаружить. Вспомогательным способом является зондирование; пользуются различными зондами: глазными, пуговчатыми, маточными и др. Зонд можно провести через уретру и кончик его вывести через свищевое отверстие, можно ввести зонд через свищ и вывести через уретру. Если с помощью всех этих приемов свищевое отверстие не обнаруживается, то применяют пробу с цветным раствором. В мочевого пузырь вливают цветную жидкость — раствор метиленовой синьки, марганцовокислого калия или разведенное молоко. Вытекание окрашенной жидкости из свищевое отверстия определяет точную локализацию свища. Характерным симптомом мочеочниково-влагалищных свищей является отхождение мочи через уретру и одновременное непроизвольное вытекание мочи через влагалище. При этом оказывается, что в моче, вытекающей из влагалища, меньше плотных частей, чем в моче, взятой одновременно катетером из мочевого пузыря.

Метод зондирования мочеточниковых свищей с одновременной цистоскопией сложен, и его могут применять только специалисты-урологи.

При *пузырных свищах* для обнаружения свищевого отверстия в пузыре применяется цистоскопия. Для того, чтобы жидкость, вводимая при этом в мочевой пузырь, не излилась через свищ, во влагалище можно ввести мужской презерватив или палец от перчатки, наполнив их воздухом.

Для *диагностики пузырно-шеечных свищей* растягивают зев шейки матки четырьмя пулевыми щипцами с последующим зондированием. *Мочеточничково-шеечные (маточные) свищи* диагностируются путем цистоскопии, хромоцистоскопии или по способу Фрейнда следующим образом: в цервикальный канал шейки матки вводят цистоскоп или расширитель и оставляют его там на $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ часа. Если нормальная проходимость мочеточника не сохранена, то в результате препятствия для оттока мочи через шейку появляются тошноты и боли на той стороне, мочеточник которой поврежден. Боли зависят от расширения почечной лоханки вследствие искусственной задержки мочи.

Лечение всех видов мочевых свищей в подавляющем числе случаев — оперативное. Операцию можно производить только после рассасывания инфильтратов вокруг свищевого отверстия, для чего требуется от трех до шести месяцев. Такой срок ожидания выгоден еще и потому, что при небольших свищах, в особенности мочеточниковых, наблюдаются случаи спонтанного заживления; по М. С. Малиновскому, оно наблюдается в $5\frac{1}{2}\%$ случаев. При очень больших свищах, и в особенности рецидивных, когда операция нецелесообразна, больным рекомендуют постоянный мочеприемник, состоящий из резервуара для мочи и укрепляющих ремней на бедра и нижнюю часть живота. Мочеприемник снабжен краем для периодического выпуска мочи. Техника типичных операций по поводу свищей изложена в ч. IV, гл. II.

ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Влагалищно-прямокишечные свищи также могут быть акушерского и гинекологического происхождения. Последние образуются в результате гинекологических операций и после вскрытия больших гнойников в прямую кишку. Акушерские влагалищно-прямокишечные свищи возникают на той части влагалища, где происходят разрывы промежности третьей степени; нижняя часть разрыва заживает, а верхняя остается открытой. Может быть и непосредственное повреждение кишки при различных акушерских операциях, в особенности при перфорации головки плода.

Очень тяжкие влагалищно-прямокишечные свищи встречаются при раке шейки матки или прямой кишки.

Симптомы влагалищно-прямокишечных свищей весьма характерны: больная жалуется на недержание газов и кала. Кроме зловонных выделений с каловым запахом, отмечается раздражение кожи наружных половых органов и слизистой влагалища и прямой кишки калом с обильными выделениями слизи и ощущение зуда и жжения. *Диагностика* не трудна: свищ определяется осмотром влагалища при помощи зеркал или зондированием; при этом кончик зонда, введенный в свищ, проникает в прямую кишку.

Терапия каловых свищей — только оперативная. Операция состоит в освежении краев свища и наложении послойного ряда швов на освеженные поверхности.

ПЕРЕСЕЧЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

Пересечение мочеточника во время операции является осложнением расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки матки, при удалении воспалительных или злокачественных опухолей придатков, межсвязочно расположенных опухолей матки и т. п.

Лечение этого осложнения должно быть произведено в процессе той же операции; оно заключается в пересадке мочеточника в пузырь или соседний участок толстой кишки (см. ч. IV, гл. II).

ЛИТЕРАТУРА

- Зак И. Р. К вопросу о центральном разрыве шейки матки в родах. *Акуш. и гинек.*, 1955, 3.
- Заиченко П. В. Свищи мочеполовые и кишечнополовые. В рук. Л. А. Кривского, Л., 1927.
- Мажбиц А. М. *Акушерско-гинекологич. урология*. Биомедгиз, 1936.
- Меш Я. Е. Аборт и роды через маточно-влагалищный свищ. *Акуш. и гинек.*, 1959, 3.
- Миронова С. М. Повреждения женских половых органов. Инородные тела. В руков. П. А. Кривского, Л., 1927.
- Пергамент Н. С. К вопросу о повреждении влагалища *sub coitu*. *Каз. мед. ж.* 1928, 11.
- Розов С. К казуистике повреждений влагалища *sub coitu*. *Ж. акуш. и жен. бол.*, 1910, стр. 1067.
- Слонцкий В. В. Течение беременности и родов при шейечно-влагалищных свищах. Сб. Физиология и патология родового акта, под редакцией А. И. Петченко, Л., 1958.
- Супрунов А. Н. Редкий случай самопроизвольного выхождения камней мочевого пузыря с образованием пузырно-влагалищного свища. *Акуш. и гинек.*, 1958, 3.
- Neugebauer. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1908

Глава 16

ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Анатомо-биологические особенности полового аппарата девочек. Методика гинекологического исследования девочек: общее исследование; специальное исследование. Бели у девочек; профилактика и терапия белей; синехии. Гонорея у девочек. Туберкулез гениталий. Неспецифические воспалительные заболевания гениталий у девочек. Ювенильные кровотечения. Пороки развития гениталий у девочек. Инфантилизм и астения; выпадение матки. Доброкачественные и злокачественные опухоли влагалища и матки у девочек. Опухоли яичников у детей. Опухоли наружных половых органов. Инородные тела и травмы мочеполовых органов девочек. Основы гигиены и профилактики; организация гинекологической помощи детям.

Вопросам детской гинекологии до последнего времени не уделялось достаточного внимания. Между тем вопросы эти важны для профилактики гинекологической заболеваемости взрослых женщин и представляют интерес как для гинеколога, так и для педиатра.

АНАТОМО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО АППАРАТА ДЕВОЧЕК

Девственная плева (hymen) состоит из двух листков, один из которых является продолжением стенок влагалища, а другой — продолжением слизистоподобного слоя преддверия. Оба листка выстланы многослойным плоским эпителием. Девственная плева имеет центрально или эксцентрично расположенное отверстие различной формы и величины. Нередко гимен образует выпуклость кпереди. Наблюдается громадное разнообразие формы гимена и его отверстий (рис. 314—319). Отверстие гимена почти всегда допускает введение во влагалище небольших инструментов для взятия мазков или для проведения лечебных процедур.

Особенностью преддверия влагалища у детей является отсутствие на внутренней стороне малых губ сальных желез. У женщины, как известно, внутренняя поверхность малых губ содержит большое количество сальных желез.

Влагалище девочек обладает такой же складчатостью слизистой оболочки, как и у взрослых. У маленьких девочек складки подвижны и легко разглаживаются, у более взрослых складки обладают значительной упругостью. Влагалищная трубка у маленьких девочек расположена почти вертикально, и лишь с возрастом она становится под острым углом к горизонтальной линии. Длина влагалища у новорожденной 3—5 см, у девочек 8—9 лет — 5—6 см, у женщины — 7,5—9 см. Окраска



Рис. 314. Гимен двухмесячной девочки (Беллин).

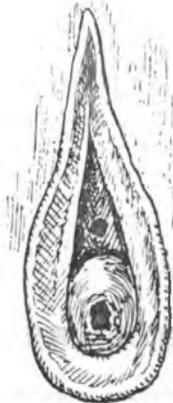


Рис. 315. Гимен двухлетней девочки (Беллин).



Рис. 316. «Решетчатый» гимен трехлетней девочки (Беллин).



Рис. 317. Губовидный гимен у шестилетней девочки (Беллин).



Рис. 318. Гимен десятилетней девочки в виде «гофрированной манжетки» (Беллин).



Рис. 319. Гимен тринадцатилетней девочки. Толстая плева с четырехугольным отверстием и неровными краями (Беллин).

слизистой вагины у детей более бледная, иногда с желтоватым оттенком, в то время как слизистая влагалища у взрослых имеет ярко-розовый оттенок.

Многослойный плоский эпителий слизистой влагалища у девочки имеет более нежную структуру, чем у взрослой. Гликоген в клетках влагалища встречается только у новорожденных и детей первых месяцев жизни. У детей после года гликоген обнаруживается очень редко. В пубертатном возрасте гликоген откладывается во влагалище в виде мощных скоплений. Эластические волокна во влагалище появляются после 7—8 лет; их развитие достигает максимума в период появления



Рис. 320 Матка новорожденной и взрослой женщины.

менструаций. Следует отметить еще одну важную биологическую особенность влагалища девочки — кислотность его содержимого. У маленьких девочек реакция влагалищного содержимого нейтральная, с возрастом она становится слабокислой и доходит до значительно кислой к началу менструаций. В зависимости от кислотного титра влагалищного содержимого изменяется микрофлора влагалища: у девочек встречаются исключительно кокковые или диплококковые формы микроорганизмов; с достижением половой зрелости они полностью заменяются палочковидными.

В конце беременности величина и вес матки утробного плода значительно увеличиваются: длина ее на десятом месяце беременности в полтора раза больше, чем на девятом. Это зависит от влияния эстрогенных гормонов матери. Матка новорожденной девочки (*uterus neopatalis*, рис. 320) имеет характерный вид в связи с преобладанием величины шейки над телом; матка сравнительно велика и весит в два раза больше, чем матка девочки в два-три года после рождения (рис. 321). Таким образом, наблюдается уменьшение размеров и веса матки в периоде от нескольких недель после рождения до конца второго года жизни. К началу третьего года жизни ребенка матка больше не уменьшается в размерах и остается по величине и весу почти одинакова. Только с десяти лет начинается быстрый рост матки. Крупная матка новорожденной после исчезновения гормонального влияния со стороны матери совершает, таким образом, обратную инволюцию и в течение десяти лет остается почти неизменной по величине и весу: она приблизительно в два раза меньше, чем в первые недели после родов. Что

касается соотношений размеров шейки и тела матки, то они остаются неизменными от момента рождения и в течение ряда лет: шейка составляет $\frac{2}{3}$, а тело только $\frac{1}{3}$ длины всей матки.

Влагалище новорожденной отличается почти полным отсутствием сводов, в том числе и заднего. Наружный зев слегка приоткрыт, внутренний закрыт до третьей недели жизни ребенка.

В цервикальном канале новорожденных складки слизистой выражены гораздо резче, чем у взрослой женщины. Складки эти образуют на передней и задней стенках красивый рисунок наподобие дерева; он распространяется на слизистую полости матки, доходя до самого дна (рис. 322, 323); у женщины же, в особенности рожавшей, слизистая матки складок не имеет, а в слизистой цервикального канала складчатость выражена слабее.

Особенностью строения фаллопиевых труб в детском возрасте является их большая длина и извитая форма (рис. 324).

Яичники новорожденной девочки представляют собою трехгранное призматическое или веретенообразное тельце с округленными краями и гладкой поверхностью (К. К. Скробанский).

Короткая дупликаатура брюшины — мезовариум — прикрепляет их к заднему

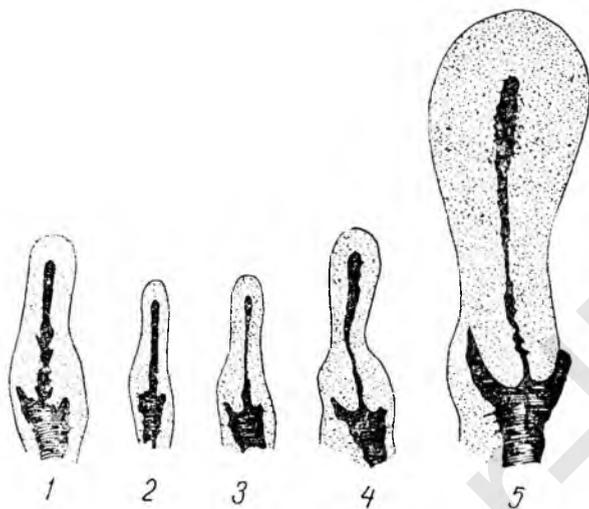


Рис. 321. Размеры матки (по Окничицу):

1 — новорожденной; 2 — девочки 1 года; 3 — девочки 4 лет; 4 — девочки 8 лет; 5 — девушки 16 лет.

листку широкой связки. Кортикальный слой яичников в детском возрасте очень толст, мозговой слой тонок. Количество фолликулов в яичниках новорожденной очень велико, они почти вплотную прилегают один к другому (рис. 325—328). Количество их — от 30 до 100 тысяч. У девочек в толстом корковом слое среди первичных фолликулов можно встретить и более зрелые. В начале периода полового созревания такие фолликулы могут достигать значительной величины и превращаться в зрелый фолликул (граафов пузырек).

Так называемые «хилусные клетки» у новорожденных и в первые месяцы жизни были обнаружены в воротах и мозговом слое яичников, а также в широкой связке; к концу первого года они из широкой связки исчезают. Количество этих клеток ко второму году жизни резко уменьшается; после наступления полового созревания они снова появляются. Сеть яичника (*rete ovarii*) у девочек развита слабо. Постоянно находят у новорожденных паровариум (эпоофорон).

Своеобразна гормональная деятельность у девочек. У новорожденных наблюдается нагрубание грудных желез и маточные кровотечения наподобие менструальных, что связывают с переходом гормонов от материнского организма к плоду через плаценту еще в конце беременности. Нагрубание грудей и кровавистые выделения у новорожденных — явление довольно частое. Кровавистые выделения встречаются только у девочек, а нагрубание грудных желез — у $\frac{1}{3}$ новорожденных безотно-

нительно к полу. При этом из сосков выделяется сероватого цвета жидкость, которая вместе с нагрубанием исчезает через несколько дней.

В начале полового созревания наступает «второй гормональный период», во время которого у девочки вырабатываются собственные половые гормоны. Между этими двумя периодами наблюдается длительный «гормональный покой».

Период гормонального покоя длится у девочки до восьми-десяти лет, иногда дольше. Этот период характеризуется резкой недостаточностью эстрогенов (влажалищные мазки I—II реакции).

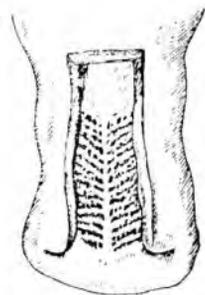


Рис. 322. Plicae palmatae (arbor vitae) в цервикальном канале девочки (Нагель).

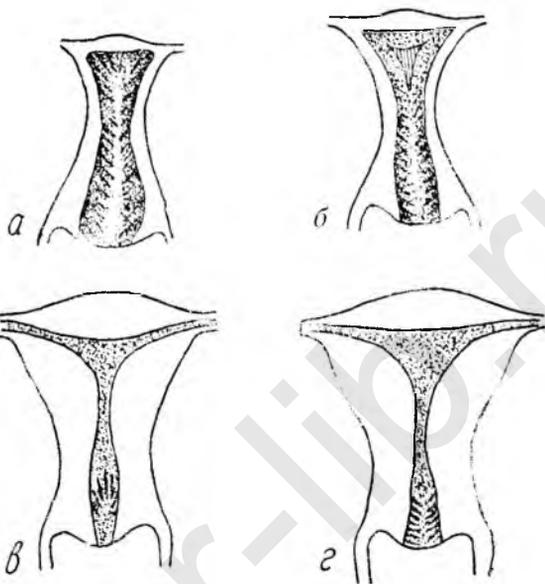


Рис. 323. Характер складчатости в полости матки и цервикальном канале: а — новорожденной; б — девочки 2 лет; в — девушки 15 лет; г — взрослой женщины.

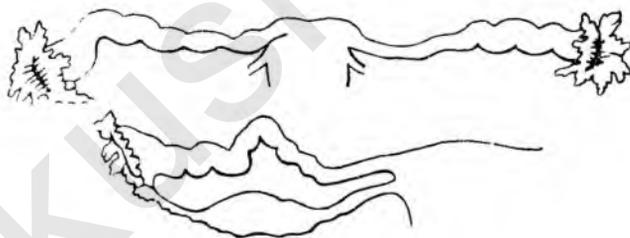
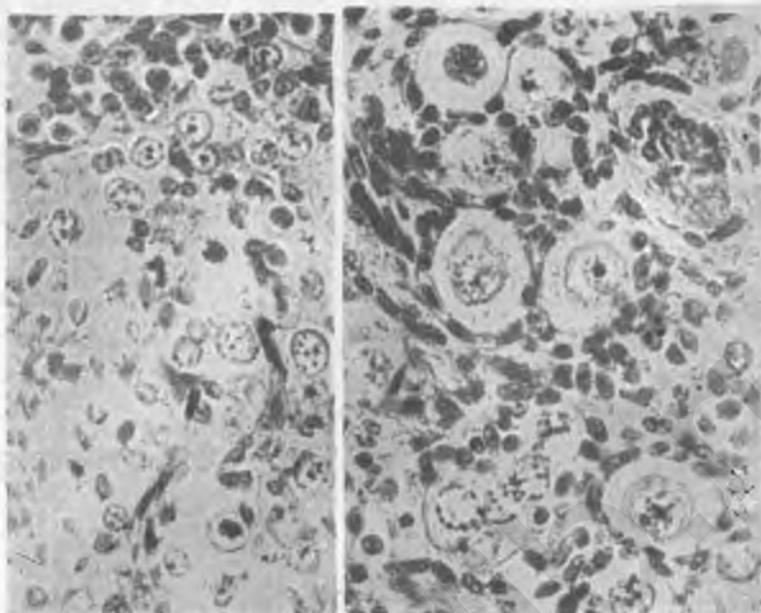


Рис. 324. Фаллопиевы трубы девочки (вверху) и взрослой женщины (внизу).

У новорожденных и в детском возрасте наблюдается первая степень влагалищной чистоты, но часто наблюдается отступление от нормы с появлением белей. Нормальная рН влагалищного содержимого около 7,0. У новорожденных, у которых не наблюдалось маточных кровотечений, в течение трех недель может выделяться шейная слизь (fluor cervicalis).

Некоторые особенности морфологии и функции эндокринных органов у детей даны в ч. I, гл. 3.



a

б

Рис. 325. Клеточные элементы яичника плода:

a — разрез через поверхностную часть яичника плода 5—6 месяцев. Зародышенный эпителий и ооциты; *б* — более глубокий разрез коркового слоя того же яичника. Ооциты и клетки фолликула ранней стадии.

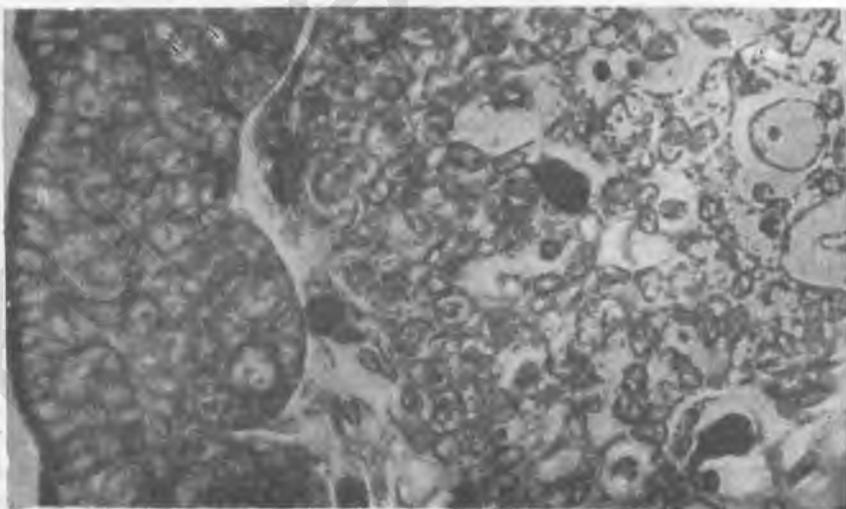


Рис. 326. То же. Разрез поверхностной части коркового слоя яичника шестимесячного плода. Ооциты отсутствуют в зародышевом эпителии и в клетках прегранулезы.



Рис. 327. Яичник новорожденной.

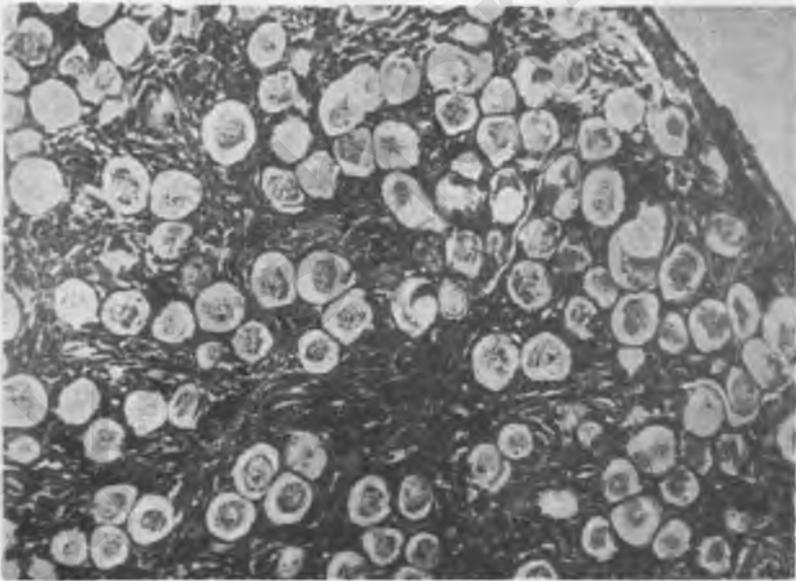


Рис. 328. Клеточные элементы яичника девочки 2 лет. Большое количество социтов, заключенных в отдельно лежащих фолликулах. Характерная волнистость стромы.

МЕТОДИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК

Гинекологическое исследование девочек, как и исследование женщин, начинается с анамнеза. Затем переходят к общему и лабораторным исследованиям, а также к исследованию специальному.

При сборании анамнеза у девочек обязательно должна присутствовать мать или другие родственники. Обычно анамнез собирают сначала у ребенка (в особенности жалобы), а потом у родителей.

Общее исследование

Общий статус. При общем исследовании девочки с гинекологическим заболеванием желательно пользоваться консультациями педиатра, невропатолога и эндокринолога.



Рис. 329. Преждевременное половое созревание девочки 8 лет. Гранулезоклеточная опухоль яичника. Грудные железы хорошо развиты; выраженная волосистость лобка (Бланд и Гольштейн).



Рис. 330. Раннее половое созревание 11-летней девочки из близнецов (Н. А. Шерешевский).

В стоячем положении больной определяют особенности ее сложения. Измеряют рост и вес, окружность тазового и плечевого пояса, осматривают строение черепа, производят измерение таза, определяют степень

упитанности, состоянии кожи, жирового слоя, развитие мышечной системы, скелета. К положительным признакам следует причислить хорошее развитие мышечной системы, хороший тургор тканей, упругость (а не пастозность) подкожного жирового слоя, правильную (в виде прямой) линию смыкания бедер. Отмечают (если они имеются) дефекты строения скелета, особенно позвоночника (кифоз, сколиоз, лордоз); отмечают также деформации черепа и грудной клетки: утолщение реберных хря-

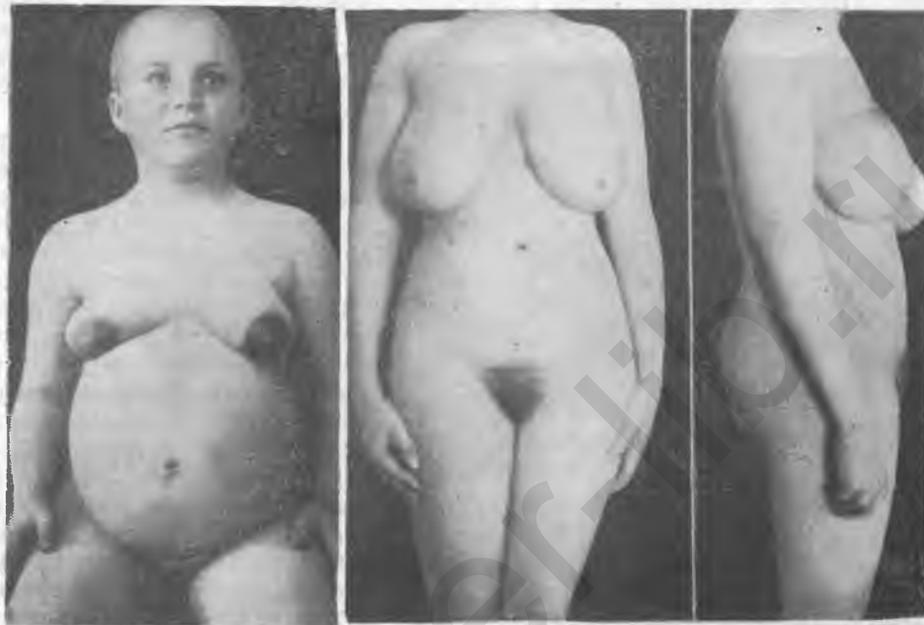


Рис. 331. Преждевременное половое созревание девочки 6½ лет. Беременность на 10-м месяце (П. Х. Хажинский и С. И. Ершов).
Рис. 332. Гипертрофия грудных желез у девочки 14 лет, начавшаяся в 8-летнем возрасте. Общее хорошее развитие (Рой и Гудвин).

шей, искривление конечностей — признаки перенесенного рахита. Обращают внимание на выпячивание живота, на рубцы, грыжи, отеки, кожные сыпи, общие свойства кожи — сухость, пигментацию. Осматривают ротовую полость, выясняют состояние зубов, десен, миндалин, языка.

После общего осмотра переходят к изучению внутренних органов: перкутируют и аускультуют сердце и легкие, определяя их границы, пальпируют и перкутируют печень, селезенку, почки. Измеряют температуру и артериальное кровяное давление.

Обычными неврологическими приемами изучают состояние нервной системы, а также в процессе исследования и беседы с больной — ее психику.

Весьма важным является определение состояния эндокринной системы. Необходимо осмотреть щитовую и грудные железы. При общем исследовании обращают внимание на преждевременное, запоздалое или позднее половое созревание (рис. 329—332).

Специальное исследование (гинекологический статус)

Гинекологическое исследование, как и у взрослых, производится физическими и инструментальными методами.

К физическим методам исследования относятся: осмотр живота и наружных гениталий, пальпация, перкуссия и аускультация живота, ректальное (очень редко — вагинальное) исследование половых органов.

Прежде чем приступить к гинекологическому исследованию девочки или подростка, нужно создать обстановку и условия, необходимые для этого исследования.

Для специального осмотра можно пользоваться гинекологическим креслом или же деревянным столом с двумя табуретками, расположенными у одного из концов стола (см. рис. 2, 3). Такой стол (наподобие стола Отта, но только меньших размеров и с менее высокими табуретками) может быть сделан в любой столярной мастерской. Девочку укладывают на край стола с согнутыми нижними конечностями. На гинекологическом кресле ноги вытянуты и поддерживаются ногодержателями (рис. 333). У старших детей можно применять положение с притянутыми к животу бедрами, для этого используются ногодержателями системы Отта (см. рис. 3а) или имитацией ногодержателей Отта из свернутых простынь (рис. 334). Таким образом при осмотре девочек можно различать два основных положения:

первым называют такое, когда девочка или подросток лежит горизонтально на спине, ноги ее согнуты только в коленных суставах или вытянуты. При втором положении бедра приводят к животу и фиксируют ногодержателями Отта, а санитарки придерживают ноги. При втором положении укорачивается влагалище, и шейка матки становится доступнее для исследования и процедур.

При осмотре наружных гениталий определяют степень их развития; выявляют, если имеются, черты инфантильности (узкая половая щель, выпячивание малых губ и клитора). У подростков отмечают форму волосистости на лобке: если волосистость идет по белой линии по направлению к пупку, то она относится к мужскому типу и встречается при инфантильности. Осматривают большие и малые губы (величина, отеки, язвы, опухоли, кондиломы). Слегда разведя половую щель, осматривают гимен и преддверие влагалища: клитор, наружное отверстие



Рис. 333. Положение девочки на гинекологическом кресле.

уретры и парауретральные ходы, область выводных протоков бартолиновых желез.

Для осмотра и изучения гимена и уретры раздвигают половую щель пальцами и отжимают промежность книзу, при этом можно безболезненно ввести зонд через отверстие гимена (рис. 335). Необходимо помнить о большом разнообразии формы и отверстий гимена (см. рис. 314—319). Последним осматривают анальное отверстие (кондиломы, трещи-

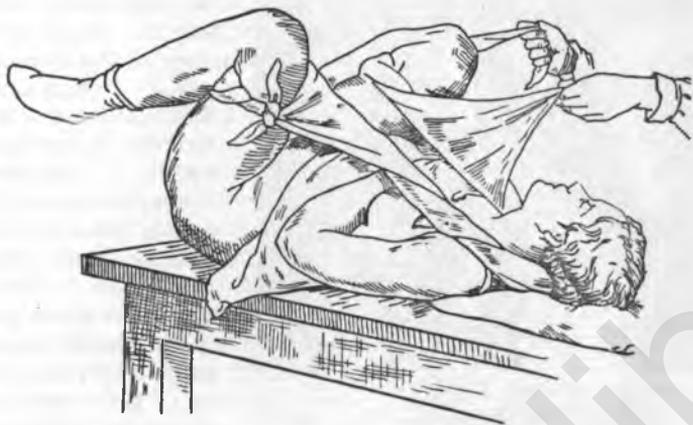


Рис. 334. Положение с приподнятыми (посредством имитации ногдержателей из свернутых простынь) бедрами.

ны, наличие острит). Во время осмотра петлей или ватным помазком собирают выделения из уретры, входа во влагалище, а при необходимости и из влагалища для бактериоскопического исследования и на посев.

Пальпацией живота в детской гинекологической практике пользуются очень часто. Пальпировать необходимо теплыми руками, причем начинать пальпацию следует не с того места, где ощущаются боли, а с отдаленного, следя за выражением лица больной. Пальпация может производиться двумя руками или одной.

Перкуссия живота применяют у девочек для определения контуров опухоли. Все опухоли и осумкованные гноескопления дают притупление. При наличии свободной жидкости в брюшной полости и крови (при *aroplexia ovarii*) в середине живота может прослушиваться тимпанический звук, а в отлогах местах— притупление; при перемене положения больной границы притупления изменяются. Мочевой пузырь при переполнении также дает тупой звук, вследствие чего необходимо опорожнять пузырь перед каждым исследованием. Перкуссию лучше всего производить в пяти направлениях, начиная от пупка, как это было рекомендовано Г. Г. Гентером (см. рис. 9).

Аускультация живота в детской гинекологической практике применяется чрезвычайно редко. С помощью аускультации можно уловить шум трения брюшины при туберкулезе половых органов в сочетании с туберкулезным перитонитом. Аускультация применяется также для определения кишечного шума при непроходимости кишечника. Наконец, она может понадобиться для дифференциального диагноза между крупной опухолью, исходящей из таза, и беременностью больших сроков в позднем детском или подростковом возрасте или при преждевременном половом развитии.

В детском возрасте бимануальное влагалищное исследование заменяется бимануальным ректальным. Ректальное исследование производится после дефекации (клизмы) и мочеиспускания, обязательно в резиновой перчатке, указательный палец которой смазывают вазелином или слегка намыливают; пользование напальчниками нерационально. Указательный палец левой руки ладонной стороной кверху

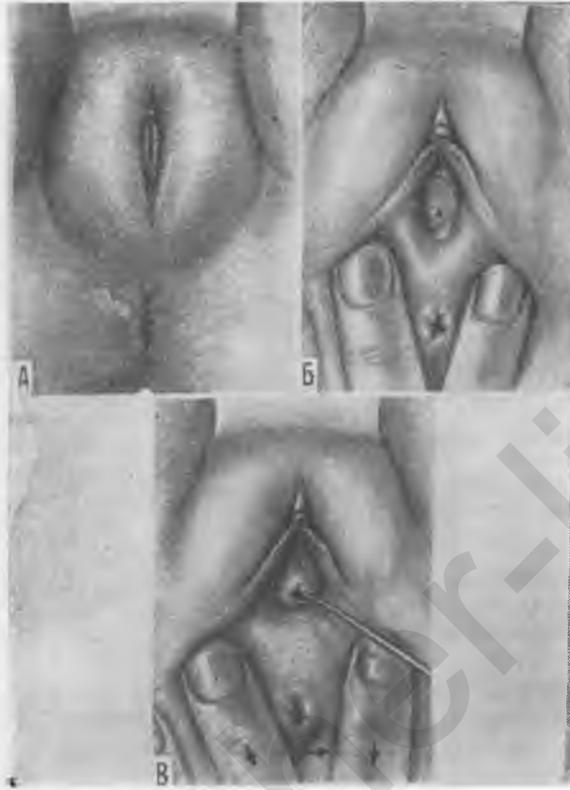


Рис. 335. Осмотр наружных гениталий девочки по Шауфлеру.

А — общий осмотр; Б — пальцы раздвигают половую щель и оттягивают ее клизу; В — введение зонда через отверстие гимена.

положение (смещение к лону, к крестцовой впадине, боковые); от патологического положения шейки может зависеть смещение матки.

Переходя к изучению матки, для описания которой следует дать сведения о пяти-шести ее особенностях, нужно придать обеим рукам большую активность. При исследовании необходимо определить: величину матки, форму, положение, консистенцию, чувствительность и подвижность.

После исследования матки переходят к ощупыванию придатков. При здоровых придатках трубы прощупываются у детей еще реже, чем у взрослых, яичники — только у одной трети детей. Для исследования придатков палец внутренней руки продвигается к боковой стенке матки, а наружная рука располагается на уровне дна матки, правее и левее средней линии.

Для исследования влагалища (опухоль, инородное тело) произво-

вводится в прямую кишку; правая рука укладывается над лоном ладонью вниз; пальцы этой руки, надавливая на брюшную стенку, идут навстречу указательному пальцу, введенному в прямую кишку. Таким образом матка оказывается между пальцами обеих рук (рис. 336). Вводя палец в прямую кишку, врач прощупывает неясные очертания влагалища, но вполне ясно плотную шейку матки и заднюю поверхность тела матки. Необходимо помнить, что матка у девочки расположена относительно выше, чем у взрослой женщины (рис. 337). Из-за небольших размеров матки и невыраженности угла между шейкой и телом матки наружная рука не может так хорошо подхватить дно матки, как это удается у взрослой (рис. 338).

Внутренний пальпирующий палец должен определить величину, форму шейки матки и ее

дится комбинированное ректальное исследование и вагинальное с помощью зонда (рис. 339).

Бимануальное влагалищное исследование производится в детском возрасте и в периоде полового созревания *только в особо исключительных случаях*, когда имеется старое растяжение или разрушение гимена, а также перед некоторыми влагалищными операциями. Исследование производят одним пальцем, причем наружная рука только слегка захватывает дно матки.

Инструментальное гинекологическое исследование в детском возрасте применяется реже, чем у взрослых. Исследование с помощью влагалищных зеркал применяется редко и лишь по специальным показаниям: подозрение на злокачественную опухоль влагалища или шейки матки. Введение зеркал необходимо также при производстве некоторых операций, как-то: зондирование цервикального канала, диагностическое или лечебное выскабливание слизистой матки (при тяжелых ювенильных кровотечениях по витальным показаниям). Для исследования пользуются ложкообразными зеркалами и подъемниками небольших размеров; иногда применяют самодержащиеся зеркала типа Куско или Треля также самых маленьких размеров.

При необходимости инструментального исследования ребенка укладывают на стол с раздвинутыми и фиксированными нижними конечностями, между которыми ставится табурет для исследующего. Более взрослых детей можно укладывать на отовский стол с табуретками для ног. В таком положении можно производить уретроскопию, цистоскопию. Для исследования глубоких отделов влагалища и шейки матки применяют детский уретроскоп или вагиноскоп (педокольпоскоп) Каиа; при возможности введения зеркал можно пользоваться современными кольпоскопами.

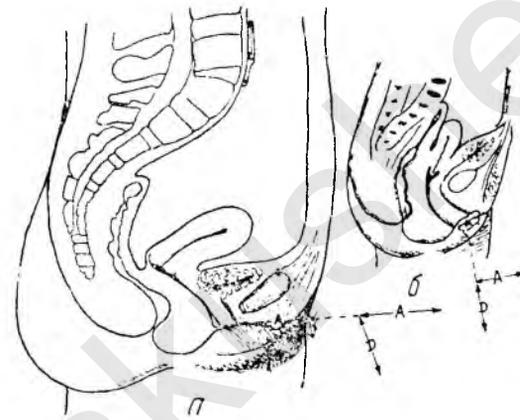


Рис. 337. Сравнительное расположение органов таза у взрослой (а) и девочки (б).

В детской практике довольно часто производят зондирование. Выше было упомянуто, что для обследования влагалища пальцами раздвигают половую щель и отжимают ее книзу, при этом хорошо обнажается отверстие гимена, через которое можно ввести зонд (см. рис. 335). Дальнейшее продвижение во влагалище зонда и ватной палочки производят наподобие введения мужского катетера (рис. 340).



Рис. 336. Бимануально-ректальное исследование девочки.

Из лабораторных методов исследования у девочек с гинекологическими заболеваниями применяют те же, что и у взрослых, — анализы мочи, крови, кала, изучают «гормональное зеркало» и т. д.

Исследование крови должно быть полным. Определяется (в дича- мике) гемоглобин крови, число эритроцитов и лейкоцитов, полная лей- коцитарная формула; обяза- тельно определение количества тромбоцитов, реакции оседа- ния эритроцитов (РОЭ), ско- рости свертываемости крови и проч. Необходимо также опре- деление группы крови и Rh. Такое подробное исследование может помочь выявлению бо- лезни крови, нередко лежащей в основе некоторых видов гинекологической патологии (ювенильные кровотечения и др.).

Выявление патологиче- ских отклонений в моче, иссле- дование кала на яйца глист являются важными для изуче- ния детской патологии вообще и гинекологической, в частно- сти.



Рис. 338. *a* — ректальное исследование взрослой; *б, в* — ректальное и влагалищ- ное исследование девочки.

Определение гормональ- ного зеркала является в настоящее время очень важным, но не легким методом гинекологического исследования. Оно обязательно для всех стационарных и большинства амбулаторных больных детей.

В детской гинекологии при- меняются следующие методы гормональных исследований: 1) внутрикожная проба с фолли- кулином и прогестероном (ориен- тировочный метод); 2) метод ци- тологического исследования вла- галищных мазков; 3) биохимиче- ские методы исследования мочи и крови для качественного и ко- личественного определения гор- монов.

Внутрикожная проба произ- водится следующим образом. В переднюю поверхность пред- плечья или бедра вводится интра- дермально 0,2 мл 0,5% фоллику- лина или прогестерона. Через два часа отмечают степень гиперемии на месте инъекции. Большой диаметр участка гиперемии указывает на преобладание в организме того или другого гормона.

Влагалищное содержимое осторожно берут из заднего свода без расширения влагалища зеркалами и без нарушения целостности гимена (через отверстие последнего) тонким стеклянным капилляром с надетой на него резиновой грушей.

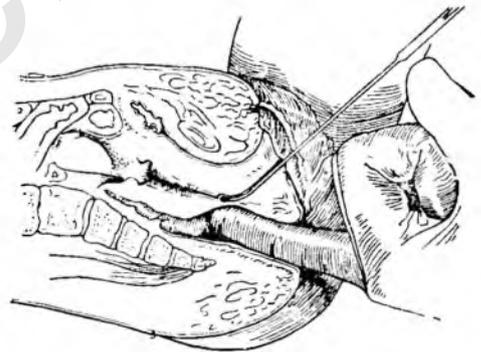


Рис. 339. Комбинированное пальцевое ис- следование: ректальное и вагинальное с помощью зонда (Шауфлер).

Определение гормонов яичника, гипофиза, надпочечников и других гормонов путем биохимического анализа является наиболее точным, но и наиболее сложным.

Определение эстрогенов мочи производят чаще всего одним из колориметрических методов — Стивенсон — Мерриен, Уваровской, Финкельштейна и др.; определение 17-кетостероидов (мужских половых гормонов) — методом Уваровской; прегнандиола — по Гутерману-Ордынец (или по модификации Олышанецкого—Эпельбаума).

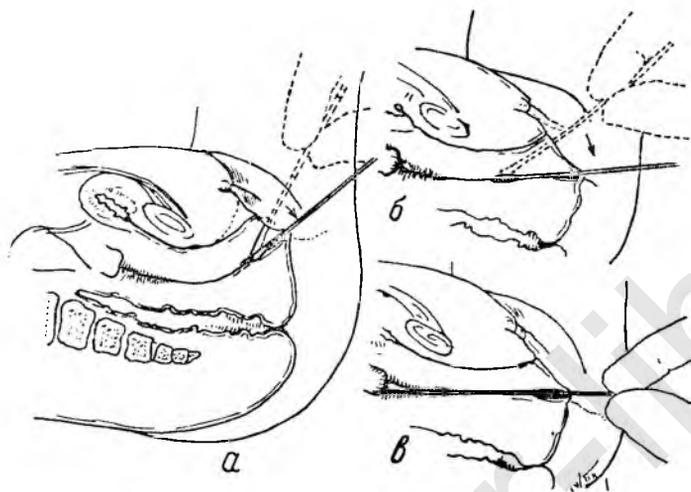


Рис. 340. Введение во влагалище девочки зонда или ватной палочки — наподобие введения мужского катетера (Шауфлер).

У некоторых больных девочек необходимо производить рентгенографию черепа и энцефалографию (что назначает обычно невропатолог).

При необходимости производится урологическое исследование (цитоскопия и др.).

БЕЛИ У ДЕВОЧЕК

Вопрос о белях составляет большой раздел детской гинекологии. Бели у девочек и подростков наблюдаются часто. Бели могут быть симптомом того или иного гинекологического заболевания или самостоятельным страданием, развившимся под влиянием тех или иных общих причин. Девочек, жалующихся на бели, не следует направлять в кожно-венерологический диспансер, так как это травмирует их психику; к тому же частота гонорей в этиологии белей у детей незначительна. Выделения из половых органов по месту их возникновения могут быть, как и у взрослых, вульварными, влагалищными, шеечными, маточными и (очень редко) трубными. Выделения (бели) могут быть первичными и вторичными (последние — при стекании их из вышележащего стресска мочеполовых путей).

Большое патологическое значение имеют вульварные бели, сопутствующие воспалительному состоянию выводного протока бартолиновой железы при детской гонорее и других заболеваниях.

Влагалищные бели встречаются наиболее часто; происхождение их далеко не всегда может быть объяснено. Нормальные влагалищные бели представляют собой трансудат, происходящий из капиллярной лимфатической сети влагалища, в котором содержатся клетки плоского эпителия, единичные лейкоциты, влагалищные палочки Додерлейна и незначительное количество посторонней флоры.

Патологические влагалищные бели распознаются по увеличению количества их (гиперпродукции), изменению консистенции и цвета, который может быть желтоватым от примеси гноя или красноватым от примеси крови. Патологические бели с понижением кислотности и небольшой примесью лейкоцитов наблюдается у детей или молодых девушек, страдающих туберкулезом, базедовой болезнью и т. п. Патологические бели могут наблюдаться также при различных инфекционных заболеваниях: при поносах, циститах, глистной инвазии, но особенно при гонорее, а также при инородных телах и злокачественных опухолях. Упорные гнойно-пенистые жидкие выделения встречаются при трихомонадных вагинитах.

Эпителий слизистый влагалища, по данным Г. Л. Дозорцевой и Д. А. Новицкого, нежного строения, в половине случаев однослойный. Эпителий влагалища новорожденных несколько утолщен под влиянием эстрогенного гормона матери, действовавшего через плаценту. В первые четыре-шесть дней после рождения в эпителии обнаруживаются также удлиненные, ладьевидные клетки с небольшими пикнотическими ядрами. Через десять дней после рождения, когда эстрогенные гормоны исчезают, слизистая влагалища становится тоньше и остается очень тонкой до периода полового созревания. За этот большой период времени в цитологической картине влагалищного содержимого чаще встречаются мазки с признаками второй и третьей реакции, а у девушек после полового созревания встречаются мазки четвертой реакции.

В клетках влагалищного эпителия новорожденных, как сказано выше, обнаруживается в большом количестве гликоген. В возрасте от одного года до периода полового созревания гликоген почти полностью исчезает или встречается очень редко и в небольших количествах. В период полового созревания, после наступления первых месячных, гликоген вновь появляется в обильном количестве, что несомненно зависит от гормональных влияний яичника. Г. Л. Дозорцева определяла количество гликогена у новорожденных, причем получила значительные цифры — от 2,1 до 16,8 мг%. Можно думать, что образование гликогена во влагалищном эпителии новорожденных происходит под влиянием эстрогенных веществ, переходящих через плаценту от матери к плоду еще в конце беременности. pH влагалищного содержимого новорожденных составляет, по Дозорцевой, от 6,0 до 6,8 в то время, как у девочек, достигших полового созревания и менструирующих, pH колеблется от 4,4 до 4,6. Процентное содержание молочной кислоты у девочек от одного года до восьми лет невелико и составляет 0,4—0,45. Флора влагалища новорожденных в первые часы после рождения отсутствует и появляется приблизительно через 7 часов после рождения. У новорожденных I степень влагалищной чистоты. Флора большей частью кокковая, такой она остается, как сказано выше, до периода полового созревания, когда начинают преобладать палочковидные формы. После начала менструаций — флора исключительно палочковидная при наличии I или II степени чистоты влагалища (рис. 341).

Цервикальный секрет представляет собою стекловидную тягучую слизь. В патологических условиях цервикальные выделения становятся очень обильными, принимают слизисто-гнойный или гнойный характер.

Гиперсекреция шейечных выделений может наблюдаться при газовом застое, например, при хронических запорах и т. п. Гиперсекреция и переход в гнойные или слизисто-гнойные выделения наблюдается при острой и хронической гонорее шейечного канала, при неспецифических эндцервицитах.

Патологические маточные бели встречаются при эндометритах: гонорейном, туберкулезном. Маточные бели наблюдаются также при злокачественных опухолях (карцинома шейки и полости матки), являясь часто одним из первых симптомов рака.

Трубные бели встречаются редко; они бывают при мешотчатых опухолях труб, наполненных гноем или серозной жидкостью, когда периодически опорожнение трубы от скопившейся жидкости через маточное отверстие, прежде запаянное (*sactosalpinx profluens*).

В практике часто встречаются шейечные и влагалищные бели. Р. Петер делит все виды белей на шесть групп по бактериологической картине выделений из влагалища. Однако классификация Петера несколько схематична; она не учитывает в полной мере вопросов этиологии. В новейшей работе Морена, Серсирона и Плантюре (Morin, Sersiron et Plantureux, 1957) приводится несколько более развернутая классификация белей у девочек, построенная по диагностическому признаку.

Мы предлагаем собственную классификацию белей детского возраста.



Рис. 341. II и I степени чистоты влагалища у девочки (Р. Петер).

КЛАССИФИКАЦИЯ БЕЛЕЙ У ДЕВОЧЕК (ПО А. И. ПЕТЧЕНКО)

I. Бели физиологические: у новорожденных, в периоде полового созревания (гиперсекреция).

II. Бели от общих причин: а) инфантилизм, астения; б) анемии, хлороз; в) хронические инфекции (туберкулез легких); г) интоксикации, расстройства обмена; д) заболевания сердца, почек; е) лабильность нервной системы (эмоции положительные и отрицательные).

III. Бели при инфекционных (вне гениталий) заболеваниях: а) скарлатина, дифтерия, грипп; б) отиты, тонзиллиты.

IV. Бели при специфической инфекции, поражающей преимущественно мочеполовые органы: а) гонорея; б) местный туберкулез гениталий; в) местные поражения при скарлатине, дифтерии.

V. Бели при неспецифической инфекции: а) стрептококки, стафилококки, пневмококки, энтерококки, колибациллы.

VI. Бели при инвазиях: а) трихомонадных; б) грибковых; в) глистами (острицами).

VII. Бели от механического раздражения: а) скопления смегмы; б) инородные тела; в) онанизм.

VIII. Бели при новообразованиях шейки матки и влагалища: а) рак шейки матки, саркома матки; б) злокачественные опухоли влагалища.

Профилактика и терапия белей

Остановимся только на основных принципах и методах лечения белей у девочек. Учитывая большое разнообразие причин белей (в нашей классификации — 8 этиологических групп и много подгрупп), следует назначать причинное и *всегда индивидуальное* (с учетом особенностей каждого случая) лечение. Следуя нашей классификации, можно с известным основанием говорить о профилактике и терапии белей у различных групп больных.

Больные с физиологическими выделениями (гиперсекрецией) нуждаются только в гигиеническом содержании. Страдающие белями от общих причин — конституциональных, анемии, инфекции, интоксикации — нуждаются в общем укрепляющем лечении, хороших бытовых условиях, занятии физкультурой и т. п.

При анемии (хлорозе) назначают, кроме указанного, препараты железа, например *Ferri lactici*—0,1—0,3—0,5 по 1 порошку 3 раза в день (детям 1—3—8 и больше лет). Питание должно быть высококалорийным и разнообразным. Необходимо давать в достаточном количестве белковую пищу: мясо, печенку, мозги, яйца, творог, а также пищевые витамины и витаминные препараты. Печенку назначают детям старшего возраста по 100—200 г в течение трех-четырех недель. Препарат печени — камполон — часто назначают при анемиях; вводят ежедневно или через день по 1—2 мл.

Местное лечение при белях от общих причин может ограничиться подмываниями. Профилактика белей этого рода заключается в профилактике анемий.

Бели у туберкулезных девочек (чаще всего болеющих туберкулезным бронхоаденитом) — явление нередкое. Профилактика и лечение детского туберкулеза и связанных с ним белей заключается в длительном пребывании на воздухе, правильном и достаточном питании (суточный калораж должен превышать норму на 15—20%), предупреждении инфекционных заболеваний, правильном распорядке дня и т. п.

Питание должно быть разнообразным, пища — содержать много солей и витаминов. По назначению фтизиатра применяют стрептомицин, ПАСК и другие противотуберкулезные препараты.

Местное лечение — подмывания раствором соды или буры (1—2%) или физиологическим раствором.

Лечение и профилактика гонорейных и трихомонадных белей будут изложены ниже.

Бели при глистной инвазии (острицами) устраняются путем глистогонного лечения и подмываний или спринцеваний через катетер раствором марганцовокислого калия 1:5000. Противоглистная

терапия по назначению врача-специалиста состоит в применении сантолина и других препаратов и лекарственных клизм из раствора борной кислоты, боровской жидкости, отвара чеснока и пр.

Бели при инородных телах во влагалище требуют немедленного извлечения последних с дальнейшим лечением остатков кольпита. Относительно белей при мастурбации можно сказать, что местная терапия не играет существенной роли (назначают щелочные спринцевания). Основой лечения является правильный трудовой режим ребенка, занятия спортом, плавание, купания, общий душ и т. п.

Синехии

Необходимо также сказать о таком нередко встречающемся заболевании у маленьких детей, как синехии (*synechiae*, рис. 342, 343), или слипчивое воспаление малых половых губ. Как известно, синехии образуются на внутренней поверхности малых губ на всем их протяжении, кроме верхнего угла половой щели. Изливающаяся струя мочи получает направление вверх, вследствие чего и белье она замачивает сверху, в нижней части живота. При осмотре детей с синехиями находят раздражение половых органов и бедер мочой, но часто также и вагинальные бели.

Синехии могут быть результатом белей, но также и врожденными. Диагностируют это заболевание с помощью желобоватого зонда. Линия сращения губ ясно обозначается пигментацией; по ней и следует разделять сращения. Лечение должно проводиться как можно раньше, пока спайки еще рыхлые. Оно заключается в расслоении тупым (рис. 344) или острым путем (петлей аппарата для диатермокоагуляции или скальпелем над желобоватым зондом) основной спайки между губами с обязательным освобождением наружного отверстия уретры. Для предупреждения нового слипания губ после расслоения синехий назначают смазывание преддверия нейтральной мазью два раза в сутки. На рисунках 345—347 (собственный случай) изображены моменты разделения спаек при помощи зонда. На рисунке 346 — отверстие уретры освобождено; на рисунке 347 — операция закончена, в уретру введен катетер.

ГОНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК

У девочек гонорейный процесс вызывает вестibuлиты, уретриты, парауретриты, вагиниты; значительно реже поражается шейка (цервициты и эндоцервициты); весьма часто находят у них гонорейные проктиты.

Длительность и течение гонореи у девочек и зависимости от возраста бывает различным. У новорожденных излечение наступает скорее. В возрасте от четырех-шести месяцев до двух-трех лет течение затяжное. С пяти до семи лет, в связи с развитием шеечных желез, могут наблюдаться гонорейные эндоцервициты, что вызывает затяжное течение гонорейного процесса по типу очагового поражения. С восьми лет наблюдается менее длительное и более благоприятное течение заболевания в связи с гормональными изменениями в этом возрасте.

Отдельные очаги при гонорее у детей поражаются следующим образом.

Специфический уретрит наблюдается в 100% при острой и в 85% случаев при хронической гонорее (Г. А. Бакшт, А. И. Петченко). Весьма



Рис. 342. Синехии у девочки 6 лет (собственный случай).



Рис. 343. То же.



Рис. 344. То же. Расслоение синехий тупым путем.



Рис. 345. То же. Расслоение синехий при помощи желобоватого зонда (собственный случай).



Рис. 346. То же.



Рис. 347. То же. В уретру введен катетер.

часто наблюдаются вульвовагинит и вагинит. Распространенный термин «вульвовагинит девочек» является неправильным: для гонорей девочек характерен только вагинит. Вестibuлит встречается в двух формах: фолликулярный и язвенный. В 25% случаев наблюдаются цервициты; диагноз их устанавливается с помощью вагиноскопа или уретроскопа.

Чрезвычайно распространены у детей проктиты; в остром периоде гонорей они наблюдаются в 80%, а в хронической — в 50% случаев. Сравнительно редко у детей встречается гонорея верхнего отдела (выше внутреннего зева) гениталий — эндометриты, сальпингиты, экссудативные периметриты и пельвеоперитониты. Частота их, по А. Кану, составляет 3,8%. Разлитые гонорейные перитониты у девочек наблюдаются в 1% случаев.

Одновременное поражение влагалища, уретры и прямой кишки является характерным для детской гонорей, и именно из этих отделов следует брать отделяемое для бактериоскопии и посевов.

Особенностью детской гонорей являются нередко встречающиеся при этом заболевания риниты, поэтому исследование носовой полости у девочек обязательно.

При *лечении* гонорей девочек применяют антибиотики, вакцинацию и местное лечение. Сочетанное применение фолликулярного гормона ускоряет излечение и дает в 97—100% излечение. Применение этого гормона не оказывает отрицательного влияния на соматическую и нервно-психическую сферу функциональной деятельности детского организма (А. Я. Духанов, 1959).

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЕНИТАЛИЙ

Туберкулез гениталий, по данным В. А. Покровского (1948), встречается в возрасте 8—10 лет в 5,5% случаев, 11—20 лет — в 15% случаев.

Грефе (Grefe) считал, что туберкулез гениталий у детей встречается реже, чем у взрослых женщин; чаще его можно наблюдать в возрасте от 1 до 5 и от 10 до 15 лет.

Туберкулез гениталий встречается в сочетании с более давними туберкулезными процессами других органов. Как и у взрослых, поражаются обычно фаллопиевы трубы, откуда процесс может переходить на брюшину, реже на матку. Яичники, влагалище и вульва поражаются очень редко. В трубах обычно находят творожистый распад.

Клиническое течение заболевания вначале бывает незаметным, температура нормальная и субфебрильная. Обнаруживаемая подчас крупная опухоль почти безболезненна при исследовании. Одновременно наблюдаются похудение и повышение температуры в разное время дня, слабость и потеря аппетита. У астеничных и инфантильных девушек генитальный туберкулез встречается чаще и протекает тяжелее. Первые менструации часто запаздывают, нередки случаи аменореи. Туберкулезный сальпингит в половине случаев сочетается с туберкулезом брюшины; характерны тазовые серозеле, псевдокисты, саккатный периметрит. Туберкулез придатков часто сопровождается туберкулезом кишечника и брюшины.

Диагностика туберкулеза верхнего отдела гениталий у девушек представляется очень трудной. Необходимо использовать все клинические данные; следует хорошо собрать анамнез для выяснения туберкулезной наследственности. При повторных ректальных исследованиях нужно обратить внимание на медленное развитие и безболезненность опухолей придатков и на неэффективность тепловых процедур при лечении заболевания. Специфические реакции на туберкулез (Коха, Ман-

ту, Пиркета и др.) применяются для диагностики, но не имеют большой ценности, так как положительный результат их может зависеть от наличия очагов в легких. Специальные клинические приемы — Гегара и Брауде — могут быть использованы для диагностики туберкулеза придатков у детей. Н. А. Цагинян, Е. В. Жардецкая (1957) и др. лучшим методом диагностики считают цитологическое исследование маточного содержимого, полученного путем аспирации. Таким образом, для распознавания туберкулеза придатков матки необходимо пользоваться не одним, а несколькими способами диагностики.

Прогноз при генитальном туберкулезе у детей удовлетворителен, если процесс ограничивается только придатками и если лечение начато рано. Четвертая форма процесса, по классификации Покровского, дает безусловно плохой прогноз.

Профилактика туберкулеза детских гениталий как заболевания вторичного совпадает с общей противотуберкулезной профилактикой, проводимой в нашей стране в широких масштабах.

Лечение туберкулеза гениталий у детей может быть оперативным и консервативным. В подавляющем большинстве случаев применяется консервативный метод: климатотерапия, диетотерапия, лечение антибиотиками и химиотерапия. Радикальные операции дают высокую послеоперационную смертность и большой процент осложнений вследствие повреждения кишечника и образования каловых свищей. Целесообразны для лечения различных форм туберкулеза придатков у детей — пробное чревосечение и пневмоперитонеум. С. К. Лесной и М. С. Ермина (1957) широко применяют для лечения инъекции стрептомицина через влагалитный свод; понятно, что эта терапия может быть применена только в особых случаях (при нарушении целостности гимена). В остальных случаях стрептомицин применяется внутримышечно; одновременно внутрь назначается ПАСК. Мы наблюдали трех детей в возрасте 14—15 лет с туберкулезом придатков матки. У двух был обнаружен нетяжелый сальпингит, излеченный консервативно. У третьей девочки потребовалось оперативное лечение.

Больная, 15 лет, менструировать начала в 14 лет. При исследовании обнаружена спухоль правых придатков с мужской кулак, левая труба утолщена, извита; левый яичник величиной в мандарин. При чревосечении обнаружен большой правосторонний пиовариум с распластанной на нем трубой, превращенной в пиосальпинкс. Левая труба утолщена, извита, запаяна. Левый яичник частично представляет кисту желтого тела. Обширные спайки с сальником и петлями кишечника. Диагноз: правосторонний туберкулезный пиосальпинкс и пиовариум, левосторонний сальпингит и киста желтого тела (эндометриоз). При гистологическом исследовании — туберкулез придатков.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Они могут возникать от термических (длительное переохлаждение) химических, механических причин и от инфекций. Возбудителями могут быть стрептококки, диплококки и кишечная палочка. По *клинической картине* различают вульвиты, вульвиты, кольпиты, проктиты, реже — цервициты и еще реже — аднекситы. Неспецифические процессы протекают у детей не так бурно, как гонорея. Диагностируют заболевание установлением реакции на инъекции специфических вакцин по Буракову.

По К. А. Карышевой, при стрептококковых заболеваниях, встречающихся преимущественно у детей астенического типа, отмечается вульбит, кольпит, реже — проктит и цервицит. Продолжи-

тельность этих отличающихся упорством заболеваний—от 40 до 80 дней. Выделения желто-зеленые, обильные и густые.

При воспалительных процессах, вызванных кишечной палочкой, клиническими формами являются вестibuлит и кольпит, реже — уретрит. Проктиты никогда не наблюдаются. Выделения необильные, желтоватые, жидкие. Продолжительность болезни — от 15 до 30 дней.

Гриппозные вульвовагиниты, по Карышевой, составляют около 15% всех неспецифических вульвовагинитов. Чаще всего встречаются вестibuлит и вагинит, реже наблюдается уретрит. Поражения прямой кишки не бывает. Выделения в острых случаях зеленоватого цвета, в подострых — сероватого, жидкой консистенции.

Лечение бактериальных воспалительных процессов мочеполювых органов девочек состоит в спринцеваниях и инстиляциях. Оно должно быть систематическим, ежедневным, направленным на все пораженные очаги.

Трихомонадные заболевания встречаются у девочек нередко. Очагом заражения является влагалище, где возникает катаральный, а иногда гранулезный кольпит; нередко наблюдается трихомонадный уретрит. Основным симптомом является зуд и жжение в половых частях, учащение мочеиспускания. При осмотре обнаруживается гиперемия и отек преддверия; из уретры при массаже появляются гнойные выделения в виде «жемчужины», что характерно для трихомонадных заболеваний. Из влагалища выделяются обильные зеленые пенистые бели в большом количестве; стенки влагалища резко гиперемированы, отечны. Введение лекарственных веществ производится через гименальное отверстие с помощью тонкого катетера или наконечника шприца Брауна. П. В. Толстов предложил специальный наконечник с многими отверстиями.

Методика лечения трихомониаза у девочек и девушек, по П. В. Толстову, заключается в следующем. Для лечения необходимы две эмульсии — № 1 и № 2. Состав эмульсии № 1: гексахлоран (ДДТ) — 15,0, хлорбензол — 50,0, минеральное масло — 20,0, рыбий жир — 10,0, нафталовая кислота — 3,0, аммиак 25% — 2,0. Эта эмульсия применяется для обработки влагалища в течение одной-двух минут. В продаже имеется аналогичный готовый химический препарат «Детойль». Состав эмульсии № 2: окись цинка — 5,0, салициловая кислота — 5,0, глицерин — 90,0; или второй вариант: окись цинка и глицерин — по 20,0, тальк — 10,0, карболовая кислота — 1,0, свищовая вода — 50,0.

При остром и подостром воспалении вульвы, после микроскопического подтверждения наличия трихомонад в смыве из влагалища, приступают к лечению. Через отверстие в девственной плеве при помощи специального наконечника к шприцу П. В. Толстова (см. рис. 166) во влагалище вводят эмульсию № 2 в количестве 10—15 мл в зависимости от возраста больной. Наконечник имеет тупой конец, по бокам его отверстия для распыления эмульсии; чем меньше диаметр отверстия на наконечнике, тем обильнее пена эмульсии. Пенообразование от введенной эмульсии способствует длительной задержке ее во влагалище. Лечение следует начинать с эмульсии № 2, так как внутренняя поверхность девственной плевы имеет повышенную чувствительность, а от эмульсии № 1 может появиться сильное жжение. После введения во влагалище эмульсия № 2 на область наружных половых органов накладывают вату и укрепляют ее Т-образной повязкой с целью задержания эмульсии во влагалище. Через сутки следует проспринцевать влагалище также при помощи наконечника отваром ромашки или шалфея.

При второй процедуре, когда в результате первой воспалительные явления во влагалище затихают, можно к вводимым во влагалище 10 мл эмульсии № 2 прибавить 1 мл эмульсии № 1. Через сутки влагалище спринцуют, как после первой процедуры. Вышеуказанные манипуляции необходимо повторить два-три раза. Для определения лечебного эффекта рекомендуется влагалище проспринцевать (при помощи указанного наконечника) теплым свежим физиологическим раствором; смыв подлежит микроскопии на определение в нем трихомонад. У девушек желательно производить контрольный анализ смыва из влагалища после менструации.

Острые инфекционные заболевания детского возраста — корь, скарлатина, дифтерия — вызывают в половых органах девочек — в матке, трубах и влагалище — гиперемию, повышенную секрецию, иногда кровоизлияния. Особенно часты кольпиты (Е. Ф. Беляева и С. А. Александрова). Из кольпитов инфекционного происхождения наиболее тяжелые наблюдаются при дифтерии. Наступающая при этом полная десквамация эпителия приводит к слипанию складок влагалища, образованию плоскостных сращений и к полной или частичной атрезии влагалища.

Воспалительные процессы верхнего отдела гениталий девочек. Н. В. Марков доказал возможность возникновения гнойных сальпингитов после вульвовагинита и развития непроходимости труб у детей. В некоторых случаях бесплодие у женщин может быть объяснено также сальпингитом, возникшим из вульвовагинитов, образовавшихся вследствие инфекции наружных половых органов новорожденной во время родов при наличии кольпита у матери.

Ридель (Riedel) описал 12 случаев гнойного сальпингита с переходом в перитонит у девочек, назвав это заболевание «перитонитом маленьких девочек вследствие острого сальпингита». Дифференцировать это заболевание от аппендицита можно благодаря рефлекторному напряжению брюшной стенки при аппендиците и перитоните аппендикулярного происхождения и отсутствию этого напряжения при сальпингите и перитоните, возникшем из сальпингита. Правостороннее расположение болезненного очага до некоторой степени подтверждает аппендицит.

Мы наблюдали пять случаев лапаротомий по поводу острых сальпингитов и аднекситов у девочек в возрасте от 3 до 13 лет. Все эти дети были направлены с диагнозом — аппендицит. Почти у всех отмечены перенесенные ранее инфекционные заболевания. Указанные случаи подтверждают, что неспецифические сальпингиты (аднекситы) могут развиваться у детей 3—6 лет. Клиническое течение их сходно с острым аппендицитом. Почти всегда при острых сальпингитах имеется гнойный или серозно-гнойный выпот в полости малого таза. Сальпингиты развиваются преимущественно у детей ослабленных, перенесших в прошлом много инфекций.

В тяжелых случаях своевременная операция удаления пораженной трубы (или придатков) предотвращает переход заболевания в общий перитонит.

ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Современные авторы (Фриз; Fries, 1956) причину ювенильных кровотечений видят в нарушении функции гипофиза и гипоталамуса, в результате чего образуется персистенция фолликула и наступают кровотечения. При профузных, а также при незначительных, но длительных

кровотечениях менструальные циклы становятся ановуляторными, однофазными; наступает кистовидное перерождение желез эндометрия.

Советские авторы придают большое значение роли нервной системы в происхождении ювенильных кровотечений. Еще В. Ф. Снегирев (1907) указывал на большую роль психической травмы в возникновении функциональных маточных кровотечений. Нередко причиной ювенильных кровотечений является общий или генитальный инфантилизм.

За 10 лет мы наблюдали ювенильные кровотечения у 77 девочек. 19 из них были в возрасте 10—12 лет, 39—13—14 лет и 19—15—16 лет. Значительное учащение ювенильных кровотечений наблюдалось зимой и весной (58) по сравнению с летом и осенью (19). Это обстоятельство может быть связано с менее витаминным питанием зимой и весной. Немалое значение, возможно, имеет также переутомление, связанное с экзаменами у школьниц (почти все больные — школьницы).

Большинство девочек с ювенильными кровотечениями перенесло в прошлом много инфекционных заболеваний. Некоторые из больных отличались вегетативной неустойчивостью; наблюдались эндокринные заболевания, например, щитовидной железы (у 5); увеличенные яичники (мелкокистозное перерождение у 8 девочек. У многих (28 из 77) девочек с ювенильными кровотечениями было отмечено недоразвитие матки. Это обстоятельство заслуживает большого внимания и может быть поставлено в связь с большим количеством перенесенных этими девочками инфекционных заболеваний, особенно скарлатины.

У 47 девочек из 77 процент гемоглобина составлял менее 50, причём у 15 — менее 40; у 8 из 15 Нв снизился до 12—25%; эти больные были в тяжелом состоянии с резким упадком сил. Частота тромбопении при ювенильных кровотечениях отмечается многими авторами. Мы наблюдали значительную тромбопению у 8% больных и у 32% — небольшую. Не следует думать, что тромбопения вызывает кровотечение; она только создает предрасположение к кровотечению, для возникновения которого требуются еще изменения в сосудистых стенках.

Как «первую помощь» при ювенильном кровотечении назначают питуитрин, желатину или хлористый кальций. В последующие дни назначения меняют с целью насытить организм гормоном желтого тела и вызвать овуляцию. Наступление овуляции можно достигнуть назначением лютеинизирующего гормона гипофиза в больших дозах, переливанием крови беременных, большими дозами эстрогенов и прогестерона.

Хороший лечебный эффект некоторые авторы получали от комбинированного применения эстрогенов и прогестерона (Кремлинг и Эккерт, Фриз, Я. П. Сольский, 1957). Витамины (С, К, В₁) так же как и гормоны, назначают многие авторы, но чаще всего в качестве дополнительного, а не основного метода лечения ювенильных кровотечений. Применение витамина В₁ в больших дозах давало в ряде случаев хороший эффект.

Для лечения анемии применяют переливания донорской крови, а также некоторые препараты крови. Все они являются не только средством кровезамещающим (при острой анемии), но также гемостатическим и стимулирующим кроветворение. Положительные результаты дает также лечение плацентарной кровью: внутривенные трансфузии по 100 мл или внутримышечные инъекции по 10—15 мл через день.

Выскабливание слизистой матки нельзя считать физиологическим методом лечения ювенильных кровотечений, поскольку оно является анатомической и гормональной травмой.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

В детском и подростковом возрасте большое значение имеют атрезии (гинатрезии) полового канала. Как говорилось в ч. II, гл. 3, гинатрезии разделяются на гименальную, влагалищную и цервикальную (см. рис. 60—69).

Атрезия гимена может быть врожденным пороком развития или следствием воспалительного процесса в раннем детстве при таких инфекционных заболеваниях, как скарлатина, дифтерия, корь. Эта атрезия обнаруживается с наступлением менструации, когда кровь накапливается во влагалище и растягивает его (гематокольпос). Как сказано выше, кровь может накапливаться (при повторных кровотечениях) в матке (гематометра) и даже в трубах (гематосальпинкс, см. рис. 60, 61, 62). Известны также отдельные случаи просачивания крови из трубы в брюшную полость с образованием гематоцеле. При атрезии гимена и скоплении менструальной крови во влагалище, в области гимена видно синеватое выпячивание, раздвигающее малые губы; при ректальном исследовании определяется эластическая опухоль различной величины, сдавливающая мочевой пузырь и прямую кишку. Гематокольпос может достигать большой величины (доходя до пупка) и имитировать иногда кисту яичника. В нашей клинике было два таких случая. Приводим один из них.

У девочки 12 лет была диагностирована киста яичника (больная еще не менструировала). В отделении детской гинекологии ЛПМИ при осмотре наружных половых органов было обнаружено синеватое выпячивание плотного заращенного гимена. При проколе скальпелем этого выпячивания излилось около 1 л густой коричневой жидкости. Опухоль, доходившая почти до пупка, исчезла. В дальнейшем появились правильные менструации.

Как говорилось выше, атрезия влагалища может быть врожденной или развивается в раннем детстве на почве дифтеритического кольпита. При заращении влагалища выпячивания гимена не происходит. Гематокольпос образуется выше места заращения и может достигать очень больших размеров. Матка при этом не всегда наполняется кровью; при больших кровоскоплениях она может быть смещена кверху до уровня пупка. В редких случаях большой гематокольпос может вскрыться в мочевой пузырь или в брюшную полость.

Иногда у маленьких девочек при заращении влагалища образуется мукокольпос (мукометра) — скопление слизи во влагалище (в матке). В клинике ЛПМИ за последние годы мы оперировали четырех девочек с вагинальной гинатрезией. Операции заключались в иссечении рубцов с последующим сшиванием сближенных отрезков влагалищной трубки.

Гинатрезия близ наружного зева шейки матки, встречающаяся обычно при прижиганиях его, абортах, раке шейки матки, у детей, естественно, наблюдаются исключительно редко.

Сложность представляют атрезии при разделении влагалища и матки (гемигинатрезии). За последние два года мы встретили три подобных случая. Приводим один из них.

Девочка 12 лет поступила в клинику с диагнозом аднекстумор. Менструрует 10 месяцев, не обильно, с болями. Вторичные половые признаки, как у 16-летней. При ректальном исследовании: матка контурируется неясно, отклонена влево; справа у стенки матки определяется малоподвижная безболезненная опухоль, величиной со среднее яблоко. Диагноз: опухоль правого яичника. Операция — срединная лапаротомия. В брюшной полости около 100 мл темной крови; сальник имbibирован кровью. Обнаружено две матки, от каждой отходит по одной трубе. Обе матки длиной 6 см каждая. Правая труба утолщена в палец, наполнена кровью; левая труба не изме-

нена. Яичники — крупные; на левом — не лопнувший фолликул. Ниже шейки матки, позади мочевого пузыря, пальпируется образование тестоватой консистенции величиной с бильярдный шар. Удалена правая труба. После предварительной пункции произведен продольный разрез длиной 5—6 см вышеуказанного образования и нижней части матки, причем излилось около стакана густой дегтеобразной жидкости. Обнаружено, что кровь накапливалась в верхней части растянутого влагалища; в матке крови не оказалось. Через отверстие гимена во влагалище введён металлический женский катетер, по месту выпячивания которого произведен разрез в 1,5 см и тем восстановлена проходимость влагалища. На 13-й день после операции больная выписана в хорошем состоянии. При ректальном исследовании накануне выписки — обе матки четко контурируются, подвижны, безболезненны.

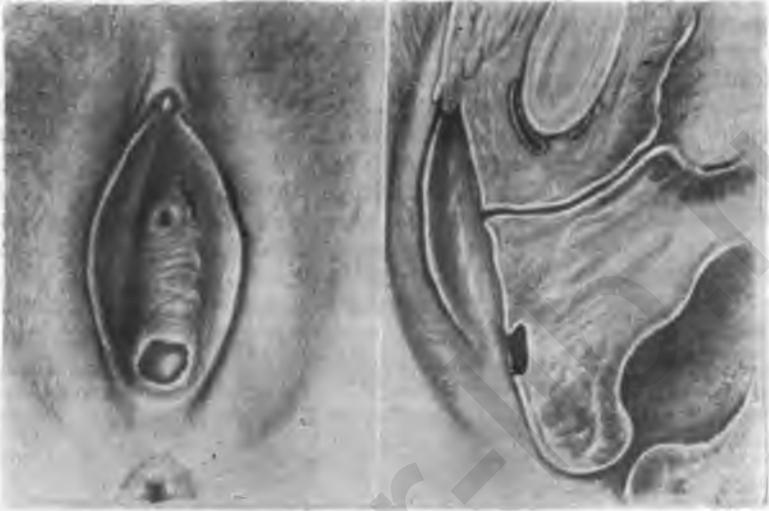


Рис. 348. Врожденное отсутствие влагалища у девочки 15 лет. (Шауфлер).

В описанном случае поражает наличие крови в правой трубе (гематосальпинкс) и даже в брюшной полости при отсутствии гематометры. Для объяснения подобных явлений Г. Ф. Цомакион (1934) предложил следующую теорию. В случаях больших гематокольпосов излишняя кровь может через трубу («запасный выход») изливаться в брюшную полость, где она рассасывается. Процесс этот сопровождается ежемесячными (в дни менструации) схваткообразными болями, тошнотой, иногда обморочным состоянием, что напоминает картину нарушенной внематочной беременности. Матка при этом быстро освобождается от крови. Гематосальпинкс образуется только при закупорке ампулярного конца трубы, для чего не обязательно развитие воспалительного процесса, а достаточно тех реактивных явлений в трубе, которые развиваются под влиянием попадающих из матки частиц эндометрия, сгустков крови и т. п.

Полное отсутствие матки у детей наблюдается крайне редко. А. Э. Мандельштам отрицает возможность врожденной аплазии матки. Случай Шауфлера — врожденное отсутствие влагалища (рис. 348) — подтверждает возможность отсутствия также матки.

В детском и подростковом возрасте изредка можно наблюдать случаи псевдогермафродитизма (см. ч. II, гл. 3). Приводим наш случай.

Девочка 7 лет поступила с диагнозом «гермафродитизм, раннее половое созревание». Общее развитие, как у 9—10-летней. Грудные железы увеличены. Волосистость лобка появилась два года тому назад и сейчас резко выражена (рис. 349).

Гинекологический статус. Волосистость лобка по мужскому типу. Большие губы неразвиты, малые — в зачаточном состоянии и видны только у клитора; последний резко гипертрофирован (рис. 350), напоминает пенис, крайняя плоть хорошо развита, длина клитора 2,5 см, отверстия уретры на обычном месте не имеется. Ниже клитора — вход в рудиментарное влагалище (рис. 351) в виде вертикальной щели длиной 1,25 см.

глубиной 0,5 см. В верхнем углу этой щели определяется наружное отверстие уретры (гипоспадия). В области больших губ и близ анального отверстия значительная волосность. При ректальном исследовании придатки и опухоли не определяются.

Следовательно, мы встретились с редким случаем женского псевдогермафродитизма. Надо полагать, что у девочки имелись яичники в недоразвитом состоянии (яички пальпировались бы легче). Установленное нами наличие женских половых гормонов (эстрогенов, гормона желтого тела) также подтверждает женскую дифференцировку. Отсутствие признаков, свидетельствующих об опухоли надпочечников (рентгеноскопия, малое количество 17-кетостероидов), говорит за генитальное происхождение этого порока развития.

Лечение псевдогермафродитизма представляет у детей (и взрослых) трудную задачу. Выправление пола может быть совершено путем сложных пластических операций на половых органах с последующей гормонотерапией. Во время операции, как справедливо указывает И. Хавин (1958), необходимо выявить состояние и характер половых желез. Поэтому биопсия с последующим гистологическим исследованием половых желез — обязательна.

Из других пороков развития у детей можно указать на недоразвитие стенок мочевого пузыря (*ectopia vesicae urinaria*) и грыжи с содержимым тазовых органов.

Арнгейм и Линдер (Arnheim a. Linder, 1956) описали у 29 девочек в возрасте от пяти недель до двух лет паховые грыжи, содержащие в грыжевом мешке тазовые органы: трубы, яичник и трубу, яичник, трубу и матку. У большинства детей грыжа возникла в первые шесть месяцев жизни.

Авторы считают, что наличие тазовых органов в грыжевом мешке связано с неправильным эмбриональным развитием. Тазовые органы, располагаясь у зародыша экстраперитонеально, могут соскальзывать на дно малого таза, а оттуда в грыжевой мешок. Этому может также способствовать то, что *sapalis Nuckii*, как правило, закрывается только к восьмому месяцу утробной жизни. Формирование широкой маточной связки, установление нормальной топографии тазовых органов девочки заканчивается к десятилетнему возрасту. При операции авторы применяли поперечный разрез паховой области и стремились к тщательному отделению широкой связки от грыжевого мешка с погружением органов в полость малого таза.



Рис. 349. Женский псевдогермафродитизм у 7-летней девочки (собственный случай).

ИНФАНТИЛИЗМ И АСТЕНИЯ; ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ

Инфантилизм имеет большое значение в этиологии узких тазов, аномалии менструального цикла, особенно дисменореи, а также в качестве причины бесплодия. Активное лечение инфантилизма в детском возрасте является профилактикой указанных заболеваний. Лечить таких детей нужно долго и упорно. Им необходимы нормальные бытовые условия, правильный режим питания и учебы. Особое значение имеет витаминизированная, калорийная белковая диета, а также спорт



Рис. 350. То же. Значительная волосистость лобка и гипертрофия клитора



Рис. 351. То же. Клитор приподнят; виден рудимент влагалища, в верхнем углу которого отверстие уретры.

и лечебная гимнастика с водными процедурами. Старшим девочкам необходима гормональная терапия.

Астенія — частая конституциональная форма у девочек. Как говорилось в части I, гл. I, астеничные девочки обычно выше среднего роста, пониженного питания; шея длинная. Конечности и кости таза тонкокостны. Грудная клетка узкая, эпигастральный угол — острый, лопатки выступают и несколько опущены. ребра отклоняются книзу, двенадцатое ребро подвижно. Угол наклона таза — малый. Мышечная система в состоянии пониженного тонуса; выраженные явления энтероптоза. Жалобы на быструю утомляемость, запоры. Со стороны гениталий — нередко опущение стенок влагалища, ретродевация матки, дисменорея, бели. Лечение то же, что при инфантилизме.

Из аномалий положения матки у девочек (кроме указанных ретродевиаций у астеничных) можно указать на редко встречающиеся случаи опущения или выпадения матки.

При *spina bifida* и спинномозговой грыже выпадение матки может развиваться в первые дни новорожденности вследствие нарушения функции третьего и четвертого крестцовых нервов, идущих к мышцам тазового дна. Но выпадение бывает и без уродств. Предрасполагают к выпадению матки слабость тазового дна, малый угол наклона таза, быстрое похудание. При этих условиях поднятие тяжестей является непосредственным поводом проляпса. В годы войны мы наблюдали два случая выпадения матки у девочек 9 и 10 лет с алиментарной дистрофией; в обоих случаях было проведено с успехом консервативное лечение, которое и следует рекомендовать при подобном заболевании.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Доброкачественные опухоли влагалища. Фибромы влагалища (рис. 352) и полипы встречаются очень редко. Не часто встречаются также кисты гартнерова хода (см. рис. 72).

Злокачественные опухоли влагалища. Рак влагалища встречается редко; чаще он поражает заднюю стенку. Рак влагалища у детей протекает весьма злокачественно вследствие обилия лимфатических сосудов: очень скоро образуются метастазы в матке и внутренних органах. Гистологически наблюдаются плоскоклеточные формы. И. Г. Недоедаев (1911) описал первичный рак влагалища у девочки двух лет. Е. Ф. Беляева (1923) сообщила о вторичном раке влагалища.

Саркомы влагалища у детей отличаются от такой же опухоли у женщин. В то время как у взрослых саркома поражает обычно тело или шейку матки, у детей поражается чаще влагалище. Саркома влагалища у детей имеет обычно гроздевидную форму, растет очень быстро, может прорасти в мочевой пузырь, склонна к распаду и нагноениям. Саркомы влагалища у детей наблюдаются только до 6 лет, а затем в возрасте полового созревания и старше. Необъяснимым является факт отсутствия саркомы влагалища у детей в возрасте от 6 до 14 лет. Особенностью детских влагалищных сарком является редкость зрелых форм; преобладают новообразования низкой дифференцировки: круглоклеточные, веретенообразные или полиморфноклеточные. Заболевание начинается жидкими гнойными белями и незначительными кровянистыми выделениями; как ранний признак наблюдаются нередко циститы, пиелиты. Позднее опухоль становится заметной в половой щели. Наблюдения последних десятилетий показали, что саркома влагалища довольно чув-

ствительна к лучевой терапии, по крайней мере в незапущенных случаях. Лучшей считается комбинированная терапия: операция с последующим облучением. До настоящего времени известно только четыре случая длительного выздоровления.



Рис. 352. Фиброма влагалища у девочки 12 лет.

Доброкачественные опухоли матки. Л. Л. Окинчицем и Н. М. Какушкиным описаны единичные случаи фибромиом матки у детей.

Злокачественные опухоли матки. Достоверный рак шейки матки, по собранным нами литературным данным, наблюдался у 14 девочек, из них 7 были в возрасте до 1 года. Между третьим и седьмым годом рак матки не встретился. Гистологически у детей почти всегда наблюдается аденокарцинома (рис. 353).

Ранним симптомам заболевания — бели, кровянистые выделения, дурной запах — не всегда уделяется должное внимание. Часто лечат бели, не подозревая о раке. У Шпирта (Spiert), Морза (Morsa) и К. Г. Шмитько больные прожили год-полтора после лучевой терапии. Ранняя операция в случае Геккеля дала стойкое выздоровление. Все же боль-

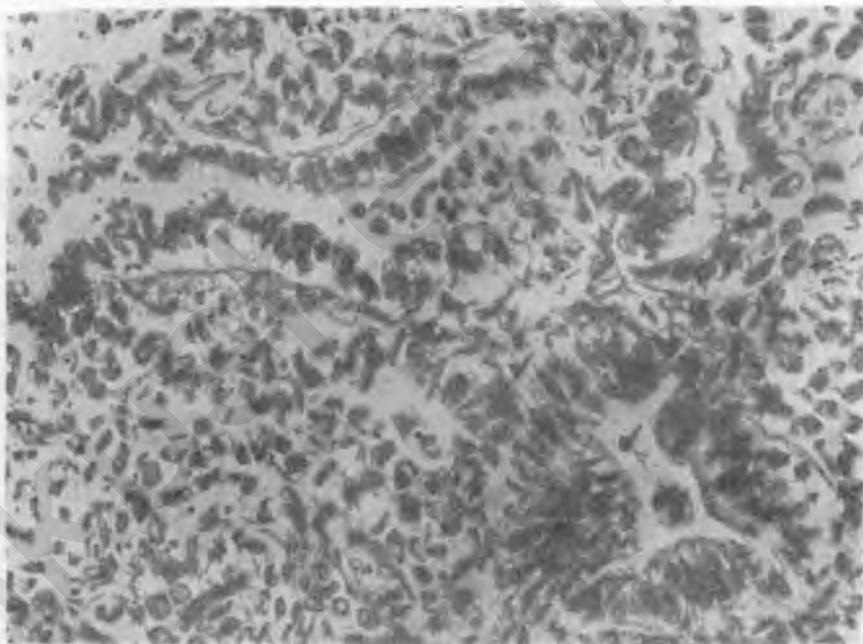


Рис. 353. Аденокарцинома шейки матки 9-месячной девочки (Комаровская и сотрудники).

шинство авторов при раке матки у детей отмечают большую злокачественность и плохой прогноз.

Саркома матки. Саркомы матки, по литературным данным, встречаются у девочек различного возраста: от 26 недель до 15 лет. Обычно это гроздевидная саркома, элементы которой выступают из матки или

даже выходят из половой щели. При надавливании сверху (опухоль иногда достигает пупка) из влагалища выделяются гроздевидные конгломераты. Болезнь сопровождается кровянистыми жидкими выделениями, а иногда кровотечениями.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ¹

Частота. Опухоли яичников в детском возрасте встречаются реже, чем у взрослых. Если у взрослых эти опухоли составляют 6—8% всех опухолей, то у детей до 15 лет всего 1% (Костин и Кеннеди, Харак; Costin a. Kennedy, 1948, Charache, 1959).

Возраст детей с опухолями яичников различен; чаще всего эти опухоли встречаются между 11 и 16 годами, т. е. в период полового созревания (М. П. Мауринна, 1959, И. Д. Нечаева, 1960). Имеются отдельные казуистические сообщения о случаях опухолей яичника у грудных детей. Так, Фиола (Finolla, 1957) сообщает об удалении у них кисты яичника 102 г у новорожденной 11 дней от роду. Цемке (Zemke, 1941) — об удалении гранулезоклеточной опухоли у 16-недельной девочки.

Гистологические формы. Особенностью опухолей яичников в детском возрасте, по мнению большинства авторов, является меньшее разнообразие гистологических форм по сравнению с таковым у взрослых. У детей наблюдаются следующие виды опухолей яичников: простые, ретенционные (фолликулярные) кисты, серопапиллярные кистомы, тератоидные опухоли, дисгерминомы и гранулезоклеточные опухоли. Из 93 опухолей яичников у детей, по сообщению И. Д. Нечаевой, 44 оказались тератомами, 20 — фолликулярными кистами, 12 — дисгерминомами, 7 — гранулезоклеточными опухолями и 4 — серопапиллярными (2 из них малигнизированные), 3 — саркомами, 1 — раковой опухолью, 1 — опухолью гипернефроидного строения, 1 — паровариальной кистой.

Злокачественные опухоли яичника у детей до 10 лет, по самой крупной сводной статистике (186 случаев) Витцбергера и Агерти (Witzberger, Agerty, 1937), встречаются в 38% всех случаев опухолей этого органа. По другим авторам, этот процент колеблется между 22 и 60.

Диагностика. Диагностика опухолей яичника у детей трудна и нередко является запоздалой из-за бессимптомного течения в первые месяцы заболевания. В силу анатомических особенностей размещения органов малого таза в детском возрасте, опухоли яичников у детей располагаются обычно не в тазу, а в брюшной полости, что также затрудняет диагностику. Симптомы сдавления опухолью мочевого пузыря и прямой кишки наблюдаются редко.

Одной из причин ошибочной диагностики опухолей яичника у детей является недостаточная осведомленность врачей, которые не всегда допускают мысль о возможности опухоли яичника у ребенка. В результате этого не всегда производится ректальное исследование, о значимости которого мы уже говорили выше. Дермоидные кисты диагностируются рентгенологическим исследованием. При явлениях «острого живота» для облегчения диагноза иногда необходим наркоз. При преждевременном половом созревании обязательно ректальное исследование, а также исследование мочи на эстрогены и 17-кетостеронды.

Осложнения. Наиболее частым и характерным осложнением опухолей яичника у детей является перекручивание ножки опухоли, встречаю-

¹ В этом разделе частично использованы материалы И. Д. Нечаевой (Ленинградский онкологический ин-т АМН СССР).

щеся у них чаще, чем у взрослых. Перекручиваются обычно свободные, без сращений опухоли на длинной ножке — ретенционные кисты, тератомы, серозные кистомы. Д. Б. Авидон считает, что чаще перекручиваются ножка опухоли, расположенной справа. По Авидону, диагноз этого осложнения не представляет затруднений, если удастся определить наличие кисты в брюшной полости и имеются повторные приступы болей в животе. Если перекручивание развивается постепенно, то симптомы «острого живота» могут отсутствовать. Большое значение в картине пере-



Рис. 354. Рентгенография дермоидной кисты; в полости ее зубы.

кручивания ножки имеет учащение позывов и затруднение при мочеиспускании. В. Б. Извекова наблюдала 14 девочек с перекручиванием ножки опухоли яичников, причем у 10 из них наблюдалось острое перекручивание ножки опухоли, у 2 — хроническое, рецидивирующее, и у 2 имелся разрыв опухоли, давший также картину «острого живота».

Отдельные виды опухолей яичников у детей. Ретенционные кисты яичников и паровариальные кисты, не являясь истинными опухолями, встречаются нередко в детском возрасте; они не достигают больших размеров, но часто перекручиваются. Прогноз при их удалении благоприятный.

Простые серозные кистомы в детском возрасте встречаются не особенно редко; они характеризуются быстрым ростом и могут достигать размеров головки новорожденного.

Псевдомуцинозные кистомы, а также опухоли Бреннера у девочек и подростков до 16 лет описаны не были. Серопапиллярные кистомы встречаются у детей очень редко. Клинические и морфологические особенности этих опухолей у детей напоминают те же опухоли у взрослых.

Тератомы. Основной формой этой группы является дермоидная киста (рис. 354). Костин и Кеннеди называют тератомы «опухолью молодых», подчеркивая этим относительную частоту их в детском возрасте. На материале этих авторов, из 22 опухолей гениталий у детей 10 относились к тератомам. Самой молодой больной было 5 лет, самой старшей — 15. Тератомы могут также встречаться у детей очень маленьких. Так, Гаррет (S. S. Garrett, 1950) сообщает о тератоме яичника у девочки 20 месяцев.

Тератобластомы, или эмбриональные тератомы, — очень злокачественные опухоли.

В 1957 г. М. С. Энштейн опубликовал случай тератобластомы правого яичника у девочки 4 лет. Ни рентгенотерапия, ни операция не привели к улучшению, и больная погибла от метастазов. И. Д. Нечаева описала два случая тератобластомы у девочек 13 лет, одна из которых умерла через 7 месяцев после операции, другая находится под наблюдением.

Дисгерминома. В детском возрасте дисгерминомы встречаются относительно чаще, чем у взрослых. Некоторые авторы (М. П. Маурин) считают дисгерминому самой злокачественной опухолью яичника у детей. По И. Д. Нечаевой, прогноз при дисгерминомах труден: не всегда можно определить, каковы будут результаты проведенного лече-

ния. В клинике ЛПМИ нам пришлось наблюдать девочку 9 лет, страдавшую дисгерминомой яичника, находившуюся в тяжелом состоянии в связи с метастазами в забрюшинных лимфоузлах и кишечнике. С помощью рентгенотерапии и последующей радикальной операцией удалось добиться хороших ближайших результатов. Таким образом, хотя дисгерминомы являются очень злокачественными опухолями, в отдельных случаях трудно бывает предсказать исход заболевания.

Из гормонопродуцирующих опухолей в детском возрасте встречаются гранулезоклеточные опухоли (фолликуломы) и текомы; арренобластомы описаны не были. Фолликуломы, как говорилось выше, встречаются в различном возрасте, в том числе и у детей с первого месяца жизни.

По И. Д. Нечаевой, фолликуломы в возрасте до 16 лет составляют 10% всех фолликулом яичника, по данным Н. С. Васнецова (1958) — 8,6%.

Так как клетки гранулезоклеточной опухоли обладают способностью вырабатывать эстрогенный гормон, то в большинстве случаев у девочек при этом заболевании наблюдаются симптомы преждевременного полового развития: кровянистые выделения типа менструации, увеличение молочных желез, рост волос на лобке, развитие наружных половых органов, заметное увеличение матки. Количество эстрогенов, выделяемое с мочой, значительно увеличивается. После удаления опухоли все эти симптомы исчезают. Однако некоторые гранулезоклеточные опухоли не обладают гормональной активностью и не вызывают симптомов преждевременного полового созревания. Существует мнение, что это бывает в тех случаях, когда в опухоли не содержится текакати.

В последних случаях диагностика текомы яичника очень затруднительна, ибо преждевременное половое созревание может быть вызвано другими опухолями и некоторыми эндокринопатиями (опухоль надпочечников, опухоль гипоталамической области). Различают также конституциональное преждевременное половое созревание; у таких детей нет видимых причин к преждевременному половому развитию. Новак (Novak) считает, что основное отличие таких девочек от носительниц текомы заключается в том, что последние менструируют, но не овулируют, в то время как при конституциональном преждевременном половом созревании девочки не только менструируют, но и овулируют, что можно доказать диагностическим выскабливанием.

Большинство авторов считает, что текомы в детском возрасте в общем протекают более доброкачественно, чем у взрослых.

Текаклеточная опухоль (текома) яичников у детей — вторая разновидность гормонопродуцирующих опухолей.

Текома исключительно редко встречается в детском возрасте. М. Ф. Глазунов описал случай текомы у девочки 2 лет 9 месяцев. В 4% текомы обладают признаками злокачественности.

Лечение. При установлении опухоли яичника девочку, как и взрослую, необходимо оперировать с целью удаления опухоли. Методы операции и дальнейшего лечения — как у взрослых.

ОПУХОЛИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К доброкачественным опухолям относятся: кисты вульвы из сальных и потовых желез, атеромы, липомы вульвы из жировой ткани больших губ, а также довольно часто встречающиеся гемангиомы вульвы.

Злокачественные опухоли вульвы. Рак вульвы у молодых моложе 18 лет описан не был. Саркома вульвы встречается редко; поражает большие и малые губы, уретру и клитор. Н. Лапидус (1925) описал смешанную, веретенообразно-круглоклеточную саркому у девочки двух лет. Ребенок погиб вскоре после операции. По нашим данным, саркома вульвы наблюдалась у девочки четырех месяцев — кровоточащая гроздевидная опухоль размерами 4×3 см. Опухоль была иссечена: гистологически — папилломатозная саркома. Проведен курс рентгенотерапии. Опухоль бесследно исчезла. Ближайшие результаты (в течение 110 дней) хорошие; отдаленные результаты не получены.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА И ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ДЕВОЧЕК

Инородные тела во влагалище детей попадают при онанизме, а иногда из озорства или случайно. Чаще всего инородные тела обнаруживаются у девочек в возрасте 3—12 лет. Во влагалище были найдены куски карандаша, английские булавки, резинки, головные шпильки и другие предметы. У маленьких детей нахождение инородных тел во влагалище вызывает кольпит, в результате которого может образоваться атрезия влагалища.

В. Н. Орлов обнаружил во влагалище шестилетней девочки, страдавшей в течение двух лет обильными белями, головную шпильку. Этот же автор сообщает о головной шпильке, один из концов которой вышел в области срамных губ во влагалище у четырехлетней девочки. Л. Ф. Дашкевич (1957) обнаружил во влагалище у четырехлетней девочки стеклянную ампулку из-под камфары; диагноз был поставлен после зондирования через отверстие гимена. Извлекли ампулку с помощью зажима с тонкими брашшами, на которые были надеты резиновые трубки. Б. Л. Гуртовой (1957) описал случай с девочкой пяти лет, доставленной в Сталинабадскую клинику с умеренным кровотечением из половых органов, появившимся после купания в арыке. Было заподозрено, что во влагалище заползла пиявка. После спринцевания влагалища с помощью резинового катетера 10% раствором поваренной соли (в связи с чувствительностью пиявок к соли) у отверстия гимена действительно оказалась пиявка, захваченная и извлеченная анатомическим пинцетом. Пиявка пробыла во влагалище живой восемь дней.

Дети почти всегда скрывают факт введения инородных тел во влагалище. Обычно только воспалительные явления вульвы и влагалища побуждают мать обратиться к врачу за помощью. Нередко ребенок длительно лечат от упорного вульвовагинита, не зная о его причине. Появление кровянистых выделений (от травмы острым предметом, введенным во влагалище) также побуждают матерей обращаться к врачу.

Если инородное тело металлическое, то диагностика возможна путем рентгеноскопии. В остальных случаях диагноз ставится на основании ректального исследования, введении зонда во влагалище или вагиноскопией. Петер (Peter) с диагностической целью рекомендует вводить во влагалище детей вместо зонда стеклянную трубочку, при помощи которой лучше определяются металлические предметы и которая позволяет одновременно брать выделения. Естественно, вводить такую трубочку нужно осторожно, причем только при спокойном поведении ребенка.

Извлечение инородных тел лучше всего производить по способу Шауфлера (рис. 355), являющимся одновременно диагностическим методом, или по описанному выше способу Л. Ф. Дашкевича. При первом способе палец левой руки вводят в прямую кишку и им фиксируют инородное тело; затем вводится во влагалище зонд, согнутым концом которого извлекают инородное тело.

За 10 лет в клинике ЛПМИ наблюдалось три случая инородных тел во влагалище. В первых двух случаях были обнаружены резинка и обломок карандаша. В третьем случае у девочки 5 лет, долго и безрезультатно лечившейся от обильных зловонных гнойных выделений, путем ректального исследования было диагностировано во влагалище инородное тело. Под эфирным наркозом после осторожного раздвигания девственной плевы ушным створчатым зеркалом и тонким пинцетом была извлечена свистулька от детского шара и копейная монета.

Введение инородных тел в уретру и попадание их в мочевого пузырь почти не встречается в детской практике. Для диагностики необходима цистоскопия и рентгенография. Еще реже встречаются инородные тела, введенные в прямую кишку; они могут вызвать

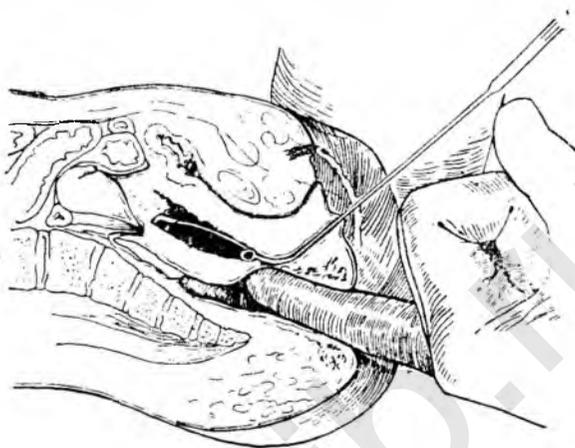


Рис. 355. Способ извлечения инородных тел из влагалища (Шауфлер).

проктит. Диагностика осуществляется ректальным исследованием и рентгенографией. Для извлечения инородных тел необходим наркоз.

Травмы вульвы у детей происходят чаще, чем у взрослых женщин. Обычно им подвергаются девочки при падении на твердый предмет.

Причины травм мочевого аппарата у девочек различны: падение на край стула, падение с велосипеда, ранение во время игр и т. д. Из числа травм — падение на край стула, как причина травмы, является, по-видимому, типичной для детского возраста и наиболее частой. Травмы эти вызывают обычно большую гематому вульвы (рис. 356).

Иногда встречаются травмы мочевого аппарата девочек при изнасиловании.

В случаях изнасилования имеют место разрывы промежности разных степеней; у всех наблюдаются разрывы гимена и слизистой влагалища.

Приводим случаи травмы и ожога гениталий у девочек.

1. Девочка Б., 6 лет, упала с велосипеда. В результате падения — разрыв промежности второй степени и рваная рана вульвы с нарушением целостности гимена. Наложен трехъярусный шов на рану промежности (на влагалище, леваторы и кожу).

2. Ожог наружных половых органов наблюдался у девочки 12 лет. В результате ожога образовались обширные рубцы наружных гениталий; влагалище было на $\frac{2}{3}$ закрыто (рис. 357), наружное отверстие уретры было также перекрыто рубцами и сращениями; мочу, однако, удерживала. Произведена обширная и сложная пластика, в результате которой вход во влагалище был открыт, а уретра выделена из сращений.

В результате травмы в одних случаях могут быть незначительные повреждения — ссадины, гематомы вульвы и т. д., в других — обширные рваные раны и размозжения, требующие срочного хирургического вмешательства. Операция на половых частях должна совершаться бережно,



Рис. 357. Ожог области гениталий и бедер у 12-летней девочки. Зонд введен в остатки рубцово-измененного влагалища (собственный случай).

чтобы в будущем были возможны половая жизнь и роды. Об опасностях травмы клитора и необходимости обшивания кетгутотом раны этой области известно из курса акушерства.

Врожденные мочеполовые свищи у девочек никем не описаны. Единственной причиной наблюдавшихся у девочек свищей является травма. Наиболее частой причиной повреждения мочеполовой системы с образованием свищей А. М. Мажбиц (1958) считает уличный травматизм (автомобильные и трамвайные катастрофы), падение на острый предмет и т. п.

Травма мочевого пузыря, особенно при переполнении его, может быть очень тяжела при переломах лонных костей.

Для диагностики травм мочевого пузыря и уретры применяют уретро- или вагиноскоп, а также зондирование уретры. Для обнаружения переломов тазовых костей — рентгеноскопию.

Техника зашивания мочевых свищей у девочек значительно труднее, чем у взрослых.

Недержание мочи у девочек встречается при редких пороках развития мочеполовой системы и позвоночника (эктопия мочевого пузыря, spina bifida).

ОСНОВЫ ГИГИЕНЫ И ПРОФИЛАКТИКИ; ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Гигиена девочек имеет, пожалуй, большее значение, чем гигиена взрослых женщин.

С первых дней новорожденности необходимо заботиться о чистоте тела ребенка, в частности, о чистоте наружных половых органов. После отпадения остатков пуповины ребенка следует ежедневно купать. Наружные половые части необходимо подмывать теплой водой после каждого мочеиспускания или дефекации, поэтому частая смена пеленок совершенно обязательна. Подмывание следует производить спереди назад, от лобка к анусу, проточной водой с мылом, пользуясь куском ваты или мягкой тряпочкой. После осторожного обсушивания пеленочкой или полотенцем, места, часто подвергающиеся опрелости, припудривают детской присыпкой. Особенно тщательно нужно поддерживать чистоту тела и наружных половых органов в тех случаях, когда в первые дни после рождения у девочки появляются кровянистые выделения.

При появлении белей, особенно гнойных, раздражении и зуде половых частей ребенка должен обследовать гинеколог.

Известно, что для профилактики гонорейного заражения в родах новорожденному вводят в конъюнктивальные мешки глаз по капле 2% раствора азотнокислого серебра или раствора пенициллина. Новорожденной девочке, мать которой больна гонореей, профилактику последней осуществляют также путем закапывания того же раствора ляписа и в половую щель. Не следует допускать, чтобы новорожденные и взрослые девочки пользовались одной кроватью с матерью. Предметы ухода за девочками — мочалка, губка, полотенце, тапки — должны быть выделены, и мать ими не должна пользоваться.

Как уже было сказано выше, инфекционные заболевания детского возраста, особенно скарлатина и дифтерия, могут вызвать у детей слипчивые кольпиты с последующей атрезией влагалища. Поэтому во время этих заболеваний необходимо следить за состоянием половых органов. Мы считаем совершенно обязательным, если у ребенка имеется инфекционное заболевание и появилось подозрение на выделение из влагалища, немедленно приглашать для консультации гинеколога. Только правильный уход за детскими половыми органами, особенно во время инфекционного заболевания, и надлежащее лечение детских кольпитов являются профилактикой гинатрезий и стеноза, нарушающих в будущем менструальную, половую и детородную функции женщины. Естественно, что лучшей профилактикой инфекционных кольпитов являются предохранительные прививки против детских инфекций.

Для предупреждения развития у ребенка общего и генитального инфантилизма необходимо уже с раннего возраста укреплять организм девочки. Гинеколог и педиатр должны быть хорошо знакомы с важнейшей главой детской гинекологии — инфантильностью. Черты инфантильности нужно выявлять в детском возрасте как можно раньше, когда для профилактики тяжелых форм и для лечения можно сделать многое.

Состояние инфантилизма (общего и генитального) у детей следует понимать как отставание в физическом развитии по сравнению с девочками того же возраста. Чем старше девочка, тем легче распознается инфантилизм. Девочки инфантильной конституции обычно невысокого роста с тонкокостным строением скелета, эпигастральный угол тупой, ребра расположены почти горизонтально. Таз воронкообразный с высоко стоящим мысом, лонная дуга узкая. Малые губы выдаются вперед, больших, клитор увеличен. Матка маленькая, шейка коническая длин

ная, яичники расположены высоко, трубы длинные и извитые. Как уже сказано выше, солнечный свет и свежий воздух, игры на воздухе, обтирание тела водой, душ, купание играют большую роль для предупреждения инфантильности. В подростковом возрасте большое значение может иметь правильная гормонотерапия.

При первых признаках рахита у девочек, имеющего, как известно, большое значение в этиологии сужений таза, следует предпринять энергичное лечение: кроме воздуха и солнца, ребенку назначают облучение ультрафиолетовыми лучами; в зимнее время дают рыбий жир. Лучшей профилактикой рахита является вскармливание ребенка грудным молоком с последующим рациональным прикормом.

Гигиена школьницы должна быть хорошо известна родителям и педагогам. В школьные годы — 8—17 лет — происходит быстрый рост, и поэтому имеются большие физиологические изменения со стороны костей таза и позвоночника. Чтобы предупредить нарушения в нормальном развитии скелета, также необходимо широко использовать свежий воздух, солнце, водные процедуры и, соответственно возрасту, — физкультурные упражнения. После продолжительных занятий в школе и дома необходимо делать непродолжительные физкультурные упражнения. Примером рационального отдыха школьницы во время каникул является режим пионерских лагерей.

Необходимо приучить девочку ежедневно обтираться прохладной водой или принимать душ; утром и вечером чистить зубы. Следует систематически показывать девочку зубному врачу и лечить кариозные зубы. Необходимо следить за состоянием миндалин, особенно у девочек, часто страдающих ангинами. Карнес зубов и тонзиллиты — источники фокальной инфекции — играют немалую роль в развитии ювенильных кровотечений. Необходимо следить за деятельностью кишечника и не допускать запоров и длительной задержки мочеиспускания. Боли внизу живота не всегда можно относить за счет аппендицита; в этих случаях необходима консультация гинеколога. Длительная задержка мочеиспускания ведет к циститам.

Одежда девочки должна быть свободной и не стеснять движений. Ношение круглых подвязок должно быть запрещено, так как они способствуют расширению вен. Трусы должны быть закрытыми.

Пища девочки должна быть достаточно питательной и содержать много витаминов. Необходимо давать свежие овощи, ягоды и фрукты. Не следует давать вместо свежей рыбы и мяса — консервы, копчености. Острые приправы и алкоголь во всех видах должны быть запрещены.

Необходимо также остановиться на профилактике онанизма (мастурбации).

Первые половые ощущения у некоторых девочек отмечаются года за два-три до полового созревания, т. е. в 10—11 лет, а у некоторых (5—6%) уже с 7 лет.

Не вдаваясь в подробности сложного вопроса о половом воспитании девочек, можно отметить, что для профилактики нездоровых сексуальных наклонностей следует придерживаться следующих мероприятий (А. Троицкая, 1930): 1) в жизни детей следует поддерживать положительные эмоции, интерес к делу, доверие к воспитателям в противовес страху, стыду, скуке и отчужденности; 2) соблюдать указанные выше санитарно-гигиенические правила в отношении режима, пищи, одежды и т. п.; 3) правильно распределять занятия и отдых, не допуская длительного безделья. Естественная небольшая усталость в результате прогулок, игр, ручного труда и проч. обеспечит девочке здоровый сон без сексуальных переживаний.

К моменту наступления первых менструаций мать, педагог или врач должны предупредить о них девочку и объяснить ей сущность этого физиологического процесса.

Для профилактики ювенильных кровотечений важно оберегать девочку от инфекционных заболеваний, лечить, как сказано выше, местные очаги инфекции (кариозные зубы, тонзиллиты), оберегать от нервно-психических травм, лечить эндокринные расстройства (гипотиреоз), болезни крови (тромбопения) и т. п.

Профилактика травматических повреждений мочеполовой области у девочек является важным вопросом ввиду тяжести осложнений при этих травмах. Мы считаем нежелательным чрезмерное увлечение девочек катанием на велосипедах: оно должно быть ограничено. Помимо травматизма, продолжительное катание на велосипедах вызывает у девочек нежелательную гиперемия тазовых органов с ее последствиями.

Организация детской гинекологической помощи — давно назревший вопрос. Особенности детских гинекологических заболеваний в свете новейших достижений педиатрии, гинекологии, физиологии, эндокринологии, невропатологии, биохимии настолько значительны, что для правильной постановки гинекологической помощи детям требуется выделение из числа врачей-гинекологов лиц, специально подготовленных для обслуживания больных гинекологическими заболеваниями детей и подростков до 16 лет.

По инициативе А. Ю. Лурье, в г. Киеве впервые в Советском Союзе были организованы стационар и поликлинический прием для гинекологической помощи детям. В последние годы в ЛПИИ также организованы отдельные палаты для больных девочек в гинекологическом стационаре и амбулаторный прием детей в женской консультации при акушерско-гинекологической клинике. Можно согласиться с И. И. Богоровым с предпочтительным размещением детских гинекологических коек или создания специальных детских гинекологических отделений именно при педиатрических медицинских институтах или клиниках педиатрических факультетов. Основанием к этому служит то, что дети, страдающие гинекологическими заболеваниями, нуждаются в постоянной консультации педиатров, а также специалистов по детской хирургии, отоларингологии и т. п.

Вопросы организации детской гинекологической помощи освещены в последнее время в русской, польской, чехословацкой и др. медицинской печати (Ю. А. Крупко-Большева, И. Линецкая и И. Шерешевский, М. Л. Лапченко, А. С. Лесакова, С. Я. Малюновская, А. Комаровская).

Ю. А. Крупко-Большова (1957) выработала методические указания о работе кабинетов детской гинекологии. Она считает, что такие кабинеты должны быть организованы во всех областных центрах; должны быть также оборудованы гинекологические палаты (койки) для детей на пять-восемь коек. Детские гинекологические кабинеты могут находиться при женских консультациях, койки же (палаты) — в акушерско-гинекологических отделениях клиник (больниц).

М. Л. Лапченко (1959) сообщила о своем опыте работы в кабинете детской гинекологии в г. Днепрпетровске. На базе клинической больницы был организован областной кабинет детской гинекологии. Вначале прием производился в течение трех часов в неделю. Больных осматривали врач-гинеколог и педиатр-невропатолог. Последний изучал общий статус, состояние важнейших органов и нервной системы. Измерялись рост, вес, размеры таза, окружность плечевого пояса, лучезапястный индекс девочек. Кроме того, у каждой из них производилась

внутрикожная проба с фолликулином и прогестероном для определения гормонального зеркала (контроль пробы через два часа).

Гинеколог осматривал девочек ректально, брал (тонким капилляром) влагалищные мазки, производил вагиноскопию. Для работы такого кабинета необходима обученная медсестра (она же проводит патронаж и профилактические мероприятия в детских учреждениях).

Польские авторы описали организацию работы детской гинекологической амбулатории и рекомендовали специальные методы обследования больных девочек.

В консультации и в стационаре дети должны быть отделены от взрослых женщин. Желательно даже, чтобы маленькие дети (периода полового покоя) были отделены от детей старших и подростков, лечащихся от ювенильных кровотечений, белей и т. п. Ведение детей с гинекологическими заболеваниями требует от врачей и сестер исключительного терпения и теплоты.

На X Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов (декабрь, 1957) были заслушаны доклады об организации лечебно-профилактической, учебной и научно-исследовательской работы в области детской гинекологии. А. С. Лескова сообщила, что потребность в детских гинекологических койках невелика — 1 на 100 тыс. населения. Поэтому она предлагает эти койки организовать лишь в областных центрах и в столичных городах.

Научно-исследовательская работа в области детской гинекологии, по мнению А. С. Лесковой, должна развиваться в следующих направлениях: 1) изыскание эффективных оздоровительных мероприятий, предупреждающих генитальные заболевания; 2) изучение анатомо-физиологических возрастных особенностей детских гениталий; 3) изыскание рациональных форм организации лечебно-профилактической помощи в области детской гинекологии.

Таким образом, нет еще окончательно выработанной формы организации амбулаторной и стационарной гинекологической помощи детям.

Несомненно, что правильная организация лечения, и особенно профилактики гинекологических заболеваний у детей, будет способствовать значительному их снижению.

ЛИТЕРАТУРА

- Авидон Д. Б. Перекрученные кисты яичника в детском возрасте. Вестник хир., 1941, 62 (3), стр. 202.
- Апетов С. А. К вопросу о ювенильных маточных кровотечениях. Акуш. и гинек., 1955, 1.
- Арсеньева М. Г. Клиника и терапия ювенильных кровотечений. Акуш. и гинек., 1955, 3.
- Арсеньева М. Г. Случай фолликуломы яичника у девочки 5 лет. Акуш. и гинек., 1959, 5, стр. 111.
- Беляева Е. Ф. и Александрова С. А. Влияние острых инфекционных заболеваний на половые органы девочек. Гинек. и акуш., 1933, 4.
- Богоров И. И. О саркоме влагалища у детей. Сб. раб. Лен. акуш.-гинек. об-ва, 1945.
- Дашкевич Л. Ф. Инородное тело во влагалище у 4-летней девочки. Акуш. и гинек., 1957, 4.
- Духанов А. Я. и Осовцова П. Г. Пенициллинотерапия гонорей девочек. Педиатрия, 1954, 1.
- Извекова В. Б. Об «остром животе» у девочек при перекручивании и разрыве опухолей яичников. Сб. работ Днепропетровского мед. ин-та, 1956, стр. 274—277.
- Карышева К. А. Гонорея и некоторые негонорейные заболевания мочеполовых органов у детей. Медгиз, 1946.
- Крупко-Большова Ю. А. К вопросу об организации кабинетов детской гинекологии. Киев, 1957.

- Куров В. Д. К вопросу об опухолях яичников у детей. Педиатрия, 1958, 11, стр. 27—32.
- Лапидус Н. К вопросу о саркоме наружных половых органов в детстве. Саратов. вестн. здравоохран., 1925, 3—4.
- Лельчук П. Я. К вопросу о лечении при ювенильных кровотечениях. Акуш. и гинек., 1953, 5.
- Марков Н. В. О проходимости фаллопиевых труб у плодов. Гинек. и акуш., 1931, 2.
- Маурина М. П. К клинике и диагностике новообразований яичников в детском возрасте. Акуш. и гинек., 1959, 6, стр. 88—91.
- Маурина М. П. Материалы к клинике и лечению злокачественных опухолей яичников в детском возрасте. Вопр. онкол., 1959, 8, стр. 196—202.
- Недоедаев И. Г. Рак влагалища у 2-летней девочки. Журн. акуш. и жен. бол., 1911, стр. 854.
- Подтяжкин В. И., Иванов С. А., Абдразакова Х. К. Перекрут ножки дермоидной кисты левого яичника у девятилетней девочки. Акуш. и гинек., 1957, 4, стр. 117.
- Фисанович А. Л. О раке яичников у детей. Врач. дело, 1935, 10, стр. 839—845.
- Хавин И. Гермафродитизм. БМЭ, 1958, т. 6.
- Шмицько К. Г. Рак шейки матки у дівчинки 2 років. Пед., акуш. і гинек., 1953, 2.
- Эпштейн М. С. Випадок тератобластоми яєчника у дівчинки 4 років. Пед., акуш. і гинек., 1957, 4, стр. 58—59.
- Arnheim E. E., Linder J. M. Inguinal hernia of the pelvic in female infants. Amer. j. surg., 1956, 92, 3, 436—440.
- Benjamin D. Torsion of ovarian cysts in children. Amer. J. Surg., 1941, 53, 500—502.
- Boyes D., Hardie M., Agnew A. Carcinoma of the cervix in an infant. Am. J. Obst. a. Gynec., 1956, 72, 6, 1353—1356.
- Butt Z. A. Ovarian tumors in children. Amer. J. Obst. and Gynec., 1955, 69(4), 833—837.
- Charache H. Ovarian tumors in childhood. Arch. of surgery, 1959, 79(4), 573—589.
- Gaussade L., Neimann N. Sur un cas de seminome de lovaire chez une fillette. Sem. hop. Ann. pediater., 1956, 525—531.
- Costin M. E., Kennedy B. L. Ovarian tumors in infants an in children. Amer. J. of children, 1948, 76(2), 127—153.
- Gowann J., Feld S. Dysgerminoma ovary (review of literature and report of 2 additional cases). Am. J. Obst. and Gynec., 1953, 66(3), 668—673.
- Dunster M. The prognosis of dysgerminoma of the ovary with a report of three-cases. J. of Obst. and Gynec. of the Brit. Emp., 1953, 10, 402—403.
- Finola G. C., Pontins G. V. Large ovarian cyst in a newborn infant. Am. J. Obst. Gyn., 1957, 73(3), 630—692.
- Fries K. Die Juvenilen Blutungen Gynaecologia. Basel, t. 142, 5, 1956.
- Garrett S. S. Teratoma of the ovary in infant 20 months of age. Am. J. Dis. Child., 1950, 79, 321—323.
- Greenblatt R., Bennet J. Pediatric gynecology and endocrinology. Pediatrics, 1956, 18, 2, 318—322.
- Komorowska A., Linieska I., Sieroczewski I. Poradnia ginecologii dziecięcy. Ginec. polska., 1956, 5.
- Komorowska A., Linieska I. Ruthmazurkiewitz. Rak szyiki macicy 49-mies. dziewczynki, Ginek. polska, 1957, 5.
- Morin, Sersiron et Plantureux. Les leucorrhées de la petite fille, Gynec. et Obst. t. 56, 1957, 5, 83.
- Novak E. Granulosa a Hovarian tumors as a cause of precocious puberty, with a report of 3 cases. Ah. J. of Obst., Gynec., 1933, 26 (4), 505—519.
- Novak E. The constitutional type of female precocious puberty with a report of 9 cases. Am. J. Obst. and Gynec., 1944, 47, 20—42.
- Peter R. Ginecologia dziecięca. Ginec. polska, 1956, 5.
- Roszkowski I. Wypadnienie macicy u noworodke. Gynec. polska., 1957, 3.
- Shauffler G. S. Pediatric Gynecology, Chicago, 1942.
- Smeltzer M. Solid teratoma of the ovary in the young girl. Amer. J. of Obst. and Gynec., 1941, 41(4), 616—623.
- Teton I. A., Treadwell N. The menagement of nonspecific vulvitis in children. Am. J. Obst. a. Gyn., 1956, 72, 3, 674—676.
- Witzberger C. M., Agerty H. A. Ovarian tumors in infancy and childhood. Arch. Pediatr., 1937, 54, 339—348.
- Zemke E. E., Herrell W. F. Bilateral granulosa cell tumors. Successful removal from a child fourteen weeks of age. Am. J. Obst. and Gynecol., 1941, 41 (4) 704—707.

III часть

НЕОПЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

akusher-lib.ru

ТЕРАПИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И АНТИБИОТИКАМИ ХИМИОТЕРАПИЯ. ФИТОНЦИДОТЕРАПИЯ

Доц. В. А. Голубев.

Медикаментозная терапия: снотворные; болеутоляющие; препараты брома; сернокислая магнезия; кровоостанавливающие средства; препараты кальция; новокаин; особые формы медикаментозной терапии в гинекологии.

Лечение антибиотиками: пенициллин; стрептомицин; биомицин; грамицидин С; синтомицин.

Химиотерапия. Фитонцидоотерапия.

Глава I

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

В настоящем разделе мы приводим рецептуру наиболее употребляемых в гинекологии лекарственных препаратов.

Снотворные средства. К этой группе препаратов относятся главным образом производные барбитуровой кислоты — веропал, медипал, люминал, барбамил, а также другие препараты — хлоралгидрат, бромурал.

В гинекологической практике эти препараты применяются при лечении сном воспалительных заболеваний женских половых органов, а также в послеоперационном периоде.

Из указанных средств наибольшее распространение получили люминал, барбамил (амитал-натрий), бромурал.

Rp. Luminali 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1—2 таблетки на ночь
(за 1 час до сна, запить теплым чаем).

Rp. Barbamyl 0,2
D. t. d. N. 6.
S. По 1 порошку на ночь.

Барбамил применяется при бессоннице и для лечения длительным сном. Лечение может продолжаться 12—14 дней:

Rp. Bromurali 0,3
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день. Запивать теплым чаем.

Бромурал обладает успокаивающим и умеренным снотворным действием. Хорошо переносится. Как снотворное дается за полчаса до сна

Болеутоляющие средства. К ним относятся опиум и его производные — морфин, пантопон, кодеин, текодин, дионин, промедол, изопромедол, а также анальгин.

Rp. T-rae Opii simplicis 5,0
D. S. По 5—10 капель на прием
2 раза в день.

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. in ampul. N. 6
S. По 1 мл под кожу.

Морфин применяется как болеутоляющее средство при воспалительных процессах (недолго, чтобы избежать привыкания), перед операцией, в послеоперационном периоде, при злокачественных новообразованиях.

- Rp. Morphini hydrochlorici 0,01
Sacchari albi 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день.
- Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 1 мл под кожу.

Кодеин близок к морфину, но болеутоляющие свойства его выражены значительно слабее. Применяется главным образом для успокоения кашля.

- Rp. Codeini phosphorici 0,02
Natrii bicarbonici 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день.

Текодин применяется как заменитель морфина при болях различного происхождения. Текодин лучше переносится больными, чем морфин, однако он так же, как и морфин, вызывает привыкание.

- Rp. Thecodini 0,005
Sacchari albi 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день.
- Rp. Sol. Thecodini 1%—1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 2 раза в день.

Дионин по действию на организм близок к кодеину.

- Rp. Dionini 0,01
Natrii bicarbonici 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день.

Промедол — болеутоляющее средство. Он переносится лучше, чем морфин и пантопон, обладает антиспазматическим действием, не вызывает рвоты.

- Rp. Promedoli 0,025
Sacchari albi 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день.
- Rp. Sol. Promedoli 2%—1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—2 мл под кожу.

Анальгин — производное пиразолона. Хорошее болеутоляющее средство. Применяется довольно часто при воспалительных заболеваниях женских половых органов.

- Rp. Analgini 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Препараты брома. К ним относятся бромистый натрий, бромистый калий, бромистый аммоний, а также бромистая камфора. Бромиды способны концентрировать и усиливать процессы торможения в коре головного мозга. Они могут восстанавливать равновесие между процес-

сами возбуждения и торможения, особенно при повышенной возбудимости центральной нервной системы (М. Д. Машковский).

Наибольшее распространение получил бромистый натрий, который дается внутрь в растворах, а также вводится внутривенно. Доза бромистого натрия устанавливается строго индивидуально, в зависимости от типа высшей нервной деятельности (где возможно в какой-то степени его определить), а также от характера и течения заболевания. Средние дозы — от 0,1 до 1 г на прием три-четыре раза в день.

Rp. Sol. natrii bromati 6,0—200,0
D. S. По 1 столовой ложке 3 раза в день.

Rp. Sol. natrii bromati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—5 мл внутривенно.

Бромистый натрий применяется при зуде наружных половых органов, вагинизме, при бессоннице у лиц, страдающих неврастенией, при повышенной раздражительности.

При болезненных менструациях рекомендуется следующая пропись:

Rp. Natrii bromati 10,0
Pyramidoni 3,0
Codeini phosphor. 0,3
Aquaе destillatae 150,0
M. D. S. По одной столовой ложке 3 раза в день.

Е. И. Кватер, А. И. Петченко рекомендуют принимать бром и другие препараты, действующие преимущественно через центральную нервную систему, при функциональных маточных кровотечениях для снижения процессов возбуждения в следующей прописи:

Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0—200,0
Natrii bromati 2,0 (4,0)
Antipyridini 3,0
Coffeini natrio-benz. 0,4
M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день.

Бромистая камфара обладает успокаивающим действием, усиливает процессы торможения в коре головного мозга, улучшает сердечную деятельность. Применяется при повышенной нервной и половой возбудимости.

Rp. Camphorae monobromatae 0,25
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

Сернокислая магnezия применяется для внутримышечных инъекций, при лечении воспалительных заболеваний женской половой системы, обычно в сочетании с другими видами терапии.

Rp. Sol. magnesiі sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 4 in amp.
S. По 5—10 мл внутримышечно.

Кровоостанавливающие средства. Препараты спорыньи в гинекологии имеют менее широкое распространение, чем в акушерстве. Спорынья содержит алкалоиды, которые вызывают усиление и учащение ритмических сокращений матки и повышают ее тонус. Препараты спорыньи применяются при обильных месячных, а также при различного рода маточных кровотечениях. Они противопоказаны при беременности.

Rp. Extr. Secalis cornuti fluidi 20,0
D. S. По 15—20 капель 3 раза в день.

Rp. Sol. Ergotali 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу 1 раз в день.

Стиптицин повышает тонус матки. Применяется при кровотечениях на почве воспалительных процессов, а также при фиброматозе матки.

Rp. Stypticini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день.
Rp. Sol. stypticini sterilisatae 5% 10,0
D. S. По 1 мл под кожу.

Желтый корень содержит алкалоиды: гидрастин и гидрастинин. Они оказывают избирательное действие на мускулатуру матки, повышая ее тонус и суживая сосуды внутренних органов. Препараты гидрастина применяются при фибромиомах, метритах, дисменореях и различных маточных кровотечениях.

Rp. Extr. Hydrastidis fluidi 10,0
D. S. По 20 капель 2—3 раза в день.

Водяной перец (трава — *Herba Polygoni hydropiperis*) применяется обычно при дисфункциональных маточных кровотечениях.

Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fluidi 20,0
D. S. По 30—40 капель 3—4 раза в день.

Калина (*Viburnum opulus*) применяется при тех же маточных кровотечениях.

Rp. Extr. Viburni opuli fluidi 20,0
D. S. По 20—30 капель на прием 2—3 раза в день.

Тысячелистник — трава (*Herba Millefolii*) содержит каротин, витамин С, дубильные вещества. Применяется при маточных кровотечениях.

Rp. Inf. herbae Millefolii 15,0—200,0
D. S. По 1 столовой ложке 3 раза в день.

Rp. Extr. herbae Millefolii fluidi 30,0
D. S. По 40—50 капель 3 раза в день.

А. Т. Трофимова, применявшая 40° спиртовый экстракт из листьев и цветов тысячелистника (по 30—40 капель 3—4 раза в день), считает, что экстракт действует на мускулатуру матки; кроме того, он повышает свертываемость крови и увеличивает количество тромбоцитов.

Хорошие результаты получены ею при лечении кровотечений, связанных с воспалительным процессом женских половых органов, а также с фибромиомами.

При лечении тысячелистником увеличивалось количество гемоглобина и эритроцитов, ускорялась свертываемость крови; кровяное давление не изменялось.

Тысячелистник рекомендуется назначать при обильных месячных, за три-четыре дня до них, при этом количество теряемой крови значительно уменьшается.

Крапива — листья (*Folia Urticae*) — содержит каротин, витамин К, применяется обычно вместе с тысячелистником.

Rp. Extr. Urticae fluidi
Extr. Millefolii aa 25,0
M. D. S. По 25—30 капель 3 раза в день
за полчаса до еды.

Желатина (*Gelatina alba*, *G. animalis*) получается из хрящей и костей животных. Выпускается в ампулах. Перед употреблением ампулу следует подогреть до температуры тела, при этом раствор превращается в жидкость, которую вводят под кожу в количестве 20—50 мл. Внутривенно вводят обычно не больше 10 мл 10% раствора медленно.

Rp. Sol. Gelatinae albae 10% 25,0
D. t. d. N. 6 in amp.
По 1 ампуле под кожу.

Прегнантол — синтетический препарат — вызывает сужение сосудов и сокращение мускулатуры матки.

Применяется при климактерических кровотечениях.

Rp. Pregnantoli 0,02
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день после еды.

Rp. Sol. Pregnantoli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Под кожу или внутримышечно
по 1 мл 1—2 раза в день.

Пахикарпин — алкалоид, содержащийся в растении софора толстоплодная (*Sophora raphanifera*); рекомендован А. И. Петченко, М. И. Гостевой и Н. Ф. Андреевой (1953) при дисфункциональных маточных кровотечениях с хорошим успехом.

Пахикарпин противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при выраженных расстройствах сердечной деятельности.

Rp. Pachycarpini hydrojodici 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в день.
Rp. Sol. Pachycarpini hydrojodici 3% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 2,5—5 мл внутримышечно или подкожно.

Атропин сернокислый — сульфат алкалоида, получаемого из красавки, белены, дурмана. Рекомендуется при болезненных менструациях в следующей прописи:

Rp. Atropini sulfur. 0,003
Papaverini hydrochlor.
Codeini phosphor. aa 0,3
Aquae destill. 20,0
M. D. S. По 20 капель 2 раза в день.

Препараты кальция. Наибольшее распространение получили хлористый кальций и глюконат кальция. Они применяются при маточных кровотечениях, для десенсибилизации организма при различных аллергических состояниях.

Особенно широкое распространение получили препараты кальция при лечении острых и подострых воспалительных процессов женских половых органов, сопровождающихся эксудацией (острый периметрит и пельвеоперитонит, параметрит, аднекситы, пиосальпинксы, эндометриты). В острой стадии лучше вводить хлористый кальций внутривенно ежедневно или через день до получения стойкого эффекта.

Препараты кальция не следует применять при выраженном артериосклерозе и при склонности к тромбозам.

Rp. Sol. calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл внутривенно.

Rp. Sol. calcii gluconici 10% 10,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 5—10 мл внутримышечно.

Новокаин. Обладая местноанестезирующим действием, новокаин широко применяется при различных гинекологических операциях, особенно у больных, которым противопоказан эфирный наркоз и другие виды анестезии. Более концентрированные растворы новокаина (4—5%), приготовленные на дважды дистиллированной воде, применяются для спинномозговой анестезии (2,5—3 мл) при различных гинекологических операциях.

Новокаин применяется при воспалительных заболеваниях женских половых органов: он вводится при сильных болях в зоны отраженной чувствительности (зоны Снегирева—Геда), в местный воспалительный очаг (через задний свод), применяется в виде новокаиновой блокады, микроклизм.

При краурозе вульвы, при сильном зуде производится новокаиновая блокада по ходу чувствительных нервов.

Новокаин может вводиться в больших количествах (свыше литра 1/4% раствора), не вызывая при этом побочных явлений.

Rp. Novocaini 1,0
Sol. natrii chlorati 0,85% 400,0
M. Sterilisetur!
D. S. Для инфильтрационной анестезии.

Особые формы медикаментозной терапии в гинекологии. К ним относятся: влагалищные спринцевания, влагалищные ванночки, инстилляция, введение тампонов, свечей, глобулей.

Спринцевания (см. также ч. III, гл. 5. Гидротерапия) применяются главным образом при белях, хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов (кольпиты, цервициты, эндометриты, аднекситы), иногда при неоперабельной форме рака шейки матки.

После влагалищных операций (передняя и задняя пластика, зашивание влагалищных свищей) осторожные спринцевания под низким давлением можно производить с 9—10-го дня послеоперационного периода легкими дезодорирующими средствами, при этом наконечник вводится во влагалище на глубину в 2—3 см.

Rp. Sol. kalii hypermanganici 2% 200,0
D. S. 1 столовая ложка на кружку воды
(для спринцевания).

При обильных молочно цвета слизистых и гнойных выделениях назначаются следующие спринцевания.

Rp. Acidi borici 100,0
D. S. 1—2 чайных ложки на кружку воды
(для спринцевания).

Rp. Boracis pulv. 100,0
D. S. 1—2 чайных ложки на кружку воды
(для спринцевания).

Rp. Aluminis usti 100,0
D. S. По 1—2 чайных ложки на кружку воды
(для спринцевания).

Rp. Liq. alumin. acet. 100,0
D. S. По 2 чайных ложки на кружку
воды (для спринцевания).

Квасцы, а также танин как вяжущие средства обладают особо благоприятным действием на слизистую влагалища и шейки матки.

При гнойных выделениях назначаются следующие вяжущие и дезинфицирующие средства.

Rp. Zinci sulfurici
Aluminis usti aa 50,0
D. S. По 1 чайной ложке на кружку
воды (для спринцевания).

Иногда для спринцеваний применяют лизол. Действует он довольно интенсивно, вследствие чего его нельзя применять длительное время. Кроме того, он обладает неприятным запахом.

Rp. Lysoli medicinalis 25,0
D. S. По 1 чайной ложке на кружку
воды (для спринцевания).

И до настоящего времени довольно широко применяют для спринцеваний при воспалительных процессах женских половых органов, а также при старческом кольпите настой ромашки.

Rp. Flores Chamomillae 50,0
D. S. 1 столовая ложка на кружку воды
(для спринцевания) — заварить, как чай;
через 2 часа процедить через марлю.
Применять в теплом виде.

При неоперабельных формах рака шейки и тела матки спринцуют древесным уксусом с танином, серноокислой медью, серноокислым цинком.

Rp. Aceti pyrolignosi crudi 180,0
Tannini 10,0
M. D. S. По 1 столовой ложке на кружку
воды (для спринцевания).

Спринцевания противопоказаны при острых воспалительных заболеваниях женской половой системы, в послеабортном и послеродовом периодах, во время менструации.

Влагалищные ванночки применяются в качестве местной терапии при гонорейных эндоцервицитах, а также в случаях, подозрительных на гонорею.

Чаще всего для ванночек применяют 2—3% раствор протаргола и 1—2% раствор серноокислого серебра.

Rp. Sol. argenti nitrici 1—2% 100,0
D. S. Для влагалищных ванночек.

Rp. Sol. protargoli 2—3% 100,0
D. S. Для влагалищных ванночек.

П. Я. Лельчук предложил при гонорейных эндоцервицитах влагалищные ванночки из водного раствора грамицидина: по 20—25 мл.

Техника влагалищных ванночек: во влагалище вводят ложкообразное зеркало; по его желобу наливают раствор, в который погружается шейка матки. Раствор оставляют во влагалище 10—15 минут.

Влагалищные тампоны применяются при хронических воспалительных заблеваниях женских половых органов.

- Rp. Ichthyoli 10,0
Glycerini 100,0
M. D. S. Для влагалищных тампонов.
- Rp. Protargoli 10,0
Glycerini ad 100,0
M. D. S. Для влагалищных тампонов.

При вульвовагинитах и при эрозиях шейки матки хорошее действие оказывает рыбий жир.

- Rp. Olei jecoris Aselli 100,0
D. S. Для тампонов.

При зуде наружных половых органов и влагалища применяются тампоны с ментолом.

- Rp. Mentholi 2,5
Ol. Olivarum 50,0
M. D. S. Для тампонов.

При неоперабельных формах рака с распадом ткани рекомендуются следующие средства:

- Rp. Ol. Terebinthinae 50,0
D. S. Для тампонов.
- Rp. Jodoformii 1,5
Aether. sulfur. 1,0
Ol. Olivarum 7,5
M. D. S. Для тампонов.

При наличии зуда в случаях рака во влагалище можно ввести тампон с кокаином,

- Rp. Sol. Cocaini mur. 10%—20,0
D. S. Для тампонов (в руки врача)

Свечи довольно часто применяются при дисменорее и запущенном раке матки (последние два рецепта) в следующих прописях:

- Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Antipyridini —
Pyramidoni aa 0,25
Butyri Cacao q. s.
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в прямую кишку 1—2 раза в день.
- Rp. Pyramidoni 0,3
Codeini phosph. 0,02
Medinali 0,25
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече 1—2 раза в день.
- Rp. Extr. Belladonnae 0,02
Morphini mur. 0,005
Butyri Cacao 1,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече 1—2 раза в день.
- Rp. Opii puri 0,02
Extr. Belladonnae 0,03
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече 2 раза в день.

При воспалительных процессах и сильных болях неплохое действие оказывают свечи с анестезином.

Rp. Anaesthesini 0,2
Butyri Cacao 1,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 10.
S. По 1 свече 1—2 раза в день.

Инстилляци и промывания мочевого пузыря.

Rp. Sol. collargoli 1% 200,0
D. S. Для инстилляций в мочевой пузырь по 50 мл.

Rp. Sol. collargoli 1% 200,0
D. S. Для промывания мочевого пузыря.

Rp. Sol. protargoli 0,5% 200,0
Для промывания мочевого пузыря.

Rp. Sol. acidi borici 2%—200,0
S. Для промывания мочевого пузыря.

Глобули представляют собой небольшие шарики, которые применяются как противозачаточные средства; вводятся женщиной во влагалище перед сношением.

Rp. Chinini mur. —
Acidi borici aa 0,3
Butyri Cacao 1,5
M. f. globuli vaginales D. t. d. N. 12
S. Противозачаточное средство.

Rp. Chinosoli —
Ac. borici aa 0,2
Ac. salicyl. 0,1
Butyri Cacao q. s.
ut fiat globuli vaginales D. t. d. N. 12
S. Противозачаточное средство.

ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ

Антибиотические вещества образуются в основном бактериями, плесневыми грибами и актиномицетами.

Действие антибиотиков заключается в том, что, с одной стороны, они влияют на возбудителя инфекционного процесса, убивая его, замедляя его рост и парализуя его различные жизненные проявления, с другой — они стимулируют защитные реакции организма и укрепляют его силы.

Каждый антибиотик характеризуется специфическим антимикробным спектром действия. Избирательное действие того или иного антибиотика зависит от того, что сам он вырабатывается живой протоплазмой и не может быть универсальным ядом. На микроба-продуцента, вырабатывающего определенный антибиотик, последний не действует.

По спектру антибактериального действия антибиотики делятся на две группы: препараты более узкого действия — пенициллин, стрептомицин, грамицидин — и антибиотики с широким антимикробным спектром — биомицин, ауреомицин, синтомицин, левомицетин, саназин.

При нарушении обмена веществ, при недостаточном и неполноценном питании, при переутомлении, перегревании, переохлаждении угнетаются защитные силы организма, в результате чего изменяется эффективность применяемых антибиотиков.

В определенных условиях антибиотики могут угнетать фагоцитарную функцию, они обладают также способностью девитаминизировать организм.

Широкое применение нашли антибиотики при лечении специфических и других воспалительных заболеваний женской половой системы, при септических осложнениях, при лечении эрозий и кольпитов, сактосальпингсов, тромбозов и т. д. Антибиотики широко применяются также с целью профилактики возможных послеоперационных осложнений, при рентгено- и радиотерапии злокачественных новообразований женских половых органов.

Пенициллин. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что пенициллин по своему действию на микроорганизмы значительно превосходит сульфаниламидные препараты и дает хороший терапевтический эффект в тех случаях, когда последние оказываются неактивными.

Пенициллин выпускается в герметически закрытых бутылочках и содержит от 100 000 до 1 000 000 ЕД.

Rp. Penicillini 500 000 ЕД.

D. S. Растворить непосредственно перед введением,
в 10 мл физиологического раствора или
1% раствора новоканна,
Для внутримышечных инъекций.

Пенициллин нашел широкое применение при лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы. Он применяется в острых, подострых и хронических стадиях и в зависимости от стадии, локализации процесса, возбудителя, состояния больной применяется в различной дозировке. В острой стадии, особенно при поражении верхнего отдела полового аппарата (эндометрит, аднексит, параметрит, периметрит и пельвеоперитонит), пенициллин нужно вводить круглосуточно через каждые 4 часа по 100 000 — 200 000 ЕД на инъекцию до полного или значительного снижения температуры и улучшения в состоянии больной.

Перед лечением пенициллином следует выявить возбудителя заболевания. Мазки из уретры, цервикального канала и влагалища следует брать до начала лечения. На туберкулезную и кишечную палочки пенициллин не действует.

Пенициллинотерапия широко применяется при лечении гонорей. Отдаленные результаты при этом заболевании подтверждают высокую эффективность пенициллинотерапии в сочетании с сульфаниламидотерапией лечением гонококковой, местной терапией и различными видами рассасывающей терапии. В настоящее время в связи с применением пенициллинотерапии значительно снизилось количество случаев восходящей гонорей и вторичного бесплодия.

Внутривенно пенициллин можно применять только при тяжелых состояниях; как только начинается улучшение, следует перейти на внутримышечные инъекции. Для внутривенного вливания можно применять только высокоочищенные препараты кристаллического пенициллина, в дозе от 100 000 до 200 000 ЕД 2 раза в сутки. Так как пенициллин не разрушается кровью, его можно вводить при капельном переливании крови. Внутривенное введение пенициллина может сопровождаться пирогенной реакцией и осложняться тромбозом, особенно при капельном введении антибиотика.

Внутриартериальное введение пенициллина не нашло широкого применения в гинекологии. Н. Б. Байздренко приводит дан-

ные, касающиеся 50 больных, главным образом с септическими абортами, которым производилось внутривартериальное введение пенициллина (некоторым и стрептомицина) по 200 000—300 000 ЕД 1 раз в сутки. В отдельных случаях производилось до 10 внутривартериальных вливаний. Пенициллин вводился в бедренную артерию путем пункции. Результаты показали, что это лечение приводило к более быстрому рассасыванию находящегося в острой стадии воспалительных опухолей придатков матки. При осумкованных гнойных процессах внутривартериальные инъекции выраженного эффекта не дали.

Пенициллин нашел широкое местное применение при различных гинекологических заболеваниях.

При *бартолинитах* можно производить обкалывание железы, при нагноении — абсцесс можно пунктировать с последующим введением в него антибиотика. Пенициллин можно вводить также в окружность уретры и в область парауретральных ходов.

При *эрозиях шейки матки* пенициллин вводится в шейку два раза в сутки с промежутками в четыре часа. При *эндоцервицитах* хороший эффект наблюдается от применения пенициллина с кровью. Игла вводится параллельно слизистой шеечного канала в ткань шейки (по И. Г. Бурлакову). При этом выдавливается секрет вместе с микробами, расположенными в глубине желез шейки. На курс необходимо шесть-восемь инъекций при ежедневном введении.

В последнее время широкое распространение получили пункции сактосальпинксов, а также других ограниченных гнойных скоплений в малом тазу с последующим введением в очаг пенициллина и других антибиотиков. Этот метод у некоторых авторов получил положительную оценку. В воспалительный очаг вводится 200 000—300 000 ЕД пенициллина. В некоторых случаях при пункциях заднего свода влагалища целесообразно фиксировать опухоль со стороны передней брюшной стенки. Пункция через боковой свод с последующим введением антибиотика связана с опасностью ранения маточных сосудов, хотя некоторые авторы рекомендуют именно этот способ введения (Н. И. Куимова), так как считают, что через боковой свод осуществляется лучший доступ к гнойному очагу. Пункция местного воспалительного очага с последующим введением антибиотиков некоторыми гинекологами с успехом применяется при гидросальпинксах, а также при серьезных пельвеоперитонитах.

При хронических и подострых вульвовагинитах, эндоцервицитах и эрозиях, не поддающихся обычному лечению, хороший эффект дают пенициллиновые тампоны, вводимые обычно на сутки (М. Г. Сердюков).

Для лечения воспалительных заболеваний наружных половых органов и влагалища применяются также пенициллиновые ванночки и мази. При этом обычно исчезает патологическая влагалищная флора, ликвидируется зуд, прекращаются воспалительные явления на слизистой.

Пенициллин вводится в брюшную полость перед зашиванием брюшины при различных гинекологических операциях, особенно при подозрении на инфекцию. А. Г. Бутылин рекомендует перед расширенной экстирпацией матки по поводу рака шейки матки вводить в разные участки пораженной шейки пенициллин (300 000 ЕД). Он же считает рациональным перед облучением шейки матки радием и при глубокой рентгенотерапии также применять пенициллин с целью предупреждения септической инфекции.

Е. И. Кватер и И. И. Каганович применяли новокаинопенициллиновую блокаду (200 000 ЕД пенициллина в 20—30 мл 0,25% раствора

новокаина) при пролежнях на матке у больных с выпадением ее: вокруг пролежня вводили пенициллин с новокаином до образования плотного валика. После блокады и вправления матки во влагалище вводился тампон с вазелиновым маслом.

В последнее время получили распространение пенициллин-экмолиновые таблетки для сосания. Они применяются при гриппе, ангине, катарах, верхних дыхательных путей по 1 таблетке 2—3 раза в день. Эти таблетки могут быть применены в пред- и послеоперационном периоде при указанных явлениях у гинекологических больных.

В связи с тем, что частые инъекции пенициллина тягостны для больных, прибегают к различным пролонгаторам действия пенициллина. Из них в гинекологии наиболее широко применяется кровь самой больной. Пенициллином с кровью часто пользуются при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, особенно в случаях, сопровождающихся маточным кровотечением. Инъекции смеси пенициллина с кровью создают своего рода депо, из которого пенициллин, связанный с белковой структурой крови, сравнительно медленно и равномерно поступает в кровяное русло (Т. К. Орлов, К. С. Шевчук и В. М. Сенько). Пенициллин с кровью может вводиться два раза в сутки по 150 000 ЕД.

Из других пролонгаторов наибольшее распространение получил $\frac{1}{2}$ или 1% раствор новокаина.

При производстве инъекции пенициллина следует соблюдать строжайшую стерильность, так как установлено, что при попадании кишечной палочки в раствор пенициллина она может выделить энзим-пенициллиназу, способную очень быстро разрушать пенициллин.

Известно, что одним из недостатков пенициллина является его быстрое выделение из организма. Новоциллин и экмоновоциллин-1 и 2 обеспечивают терапевтическую концентрацию пенициллина в течение 36—48 часов. Они вводятся из расчета 5 000 ЕД на 1 кг веса больного на инъекцию. Еще более длительно действует бициллин. Будучи введен внутримышечно однократно в дозе 300 000 ЕД, этот препарат сохраняется в лечебной концентрации в крови и в органах в течение шести-семи дней.

Бициллин эффективен при лечении гонореи.

Пенициллин у некоторых больных может вызвать аллергические реакции. Наиболее токсична калиева соль пенициллина, несколько менее токсична кальциева соль и еще меньше — натрия соль пенициллина.

По данным А. Л. Мясникова, пенициллин в больших дозах при длительном применении может оказать вредное действие на миокард; при этом изменяется течение окислительно-восстановительных процессов в миокарде. В связи с этим при пенициллинотерапии рекомендуется вводить одновременно витамины комплекса В.

Иногда при внутривенном введении пенициллина развиваются тромбозы, которые обычно наблюдаются на второй-третий день после начала лечения. Однако И. А. Кассирский и И. Г. Руфанов доказали, что пенициллин не повышает свертываемости крови и протромбинового индекса. Развития тромбоза следует опасаться при артериосклерозе.

Большое значение для успешного лечения пенициллином и антибиотиками имеет определение чувствительности к пенициллину тех или иных болезнетворных микробов. Метод состоит в прикладывании фильтровальных бумажек (кружков), смоченных различными антибиотиками, к высеянному на сахарном агаре в чашках Петри микробам. Пос-

ле инкубации в течение 18—24 часов в термостате, при наличии флоры, чувствительной к одному из антибиотиков, на агаре, в месте расположения кружков, остается прозрачная зона, т. е. в этом месте происходит задержка роста микробов.

Во избежание возможных осложнений от применения пенициллина предложены накожные и внутрикожные пробы для определения чувствительности больных к пенициллину. Менее точная проба — прикладывание примочки из раствора пенициллина к коже. Более точная — внутрикожная проба.

У лиц с повышенной чувствительностью к пенициллину положительная внутрикожная проба (0,02 мл пенициллина, содержащего 5 000 ЕД) появляется обычно через час, но иногда и через сутки. С. Е. Ткачев предлагает внутрикожную пробу производить в условиях венозного застоя на предплечье. При этом у лиц, чувствительных к пенициллину, гиперемия кожи наступает через 5—7 мин. Эта проба может применяться амбулаторно в женской консультации.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется довольно много сообщений о различных осложнениях при лечении пенициллином и другими антибиотиками и даже описаны случаи смертельных исходов.

Реакции на введение пенициллина выражаются в повышении температуры тела, миалгиях, отеках лица, пурпуре, зуде, крапивнице. В некоторых случаях наблюдаются выраженные невротоксические явления — параличи, конвульсии, потеря слуха, невриты и т. д. В редких случаях наблюдается коллапс, связанный, по-видимому, с массовым лизисом поврежденных антибиотиками микробов в организме.

Как осложнение при пенициллинотерапии описаны расстройства кроветворения (агранулоцитоз, эозинофилия, лейкопения), очаговые кровоизлияния во внутренние органы. Что касается кандидомикозов, то при лечении пенициллином они встречаются сравнительно редко. Типичные формы кандидомикозов характеризуются поражениями кожи и слизистых, септическими поражениями внутренних органов с обильными находками дрожжеподобных грибов рода кандиды в моче, мокроте и т. д.

В большинстве случаев при рациональном применении антибиотиков и при соблюдении надлежащих мер предосторожности удается избежать осложнений, связанных с применением антибиотиков, пенициллина — в частности. Если осложнения все же развились, то следует, во-первых, прекратить дачу антибиотика, во-вторых, — назначить больной противогистаминный препарат — димедрол (внутри по 0,03—0,05 г 2 раза в день), хлористый кальций, кортизон (0,1 г 3 раза в день, на следующий день 0,1 г 2 раза в день, затем по 0,1 г 1 раз в день в течение недели).

Стрептомицин оказывает преимущественное действие на грамотрицательные микробы. Он эффективен при некоторых заболеваниях, не поддающихся лечению пенициллином.

Rp. Streptomycini 500 000 ЕД.

D. S. Растворить в 5 мл стерильного физиологического раствора.
Для внутримышечных инъекций.

Стрептомицин применяется при воспалительных заболеваниях женских половых органов, особенно при туберкулезной инфекции или подозрении на нее, а также в тех случаях, когда лечение пенициллином не дает хороших результатов.

При лечении туберкулеза женских половых органов на курс лечения требуется от 30 до 60 млн. ЕД стрептомицина. Длительность лечения — несколько месяцев. Наряду с внутримышечными инъекциями применяют местное лечение язвенных поражений шейки матки, влагалища, вульвы, а также туберкулезного эндометрита. В этих случаях стрептомицин вводят путем обкалывания язв либо в толщу матки (по 250 000 ЕД в сутки в течение 2—3 месяцев).

При сактосальпинксах и других гноескоплениях в малом тазу целесообразно, наряду с введением пенициллина, в местный воспалительный очаг вводить также и стрептомицин, особенно при колибациллярной и туберкулезной инфекции (Н. И. Куимова), а также в тех случаях, когда возбудитель воспалительного процесса неизвестен.

Стрептомициноterapia применяется также при циститах, острых геморрагических циститах, а также при пиелонефритах беременных. Для эффективного лечения требуется обычно 1 г стрептомицина в сутки; лечение продолжается пять-семь дней. Что касается хронических воспалительных процессов в мочевом аппарате (пиелиты, пиелоститы), то они значительно хуже поддаются лечению стрептомицином.

Стрептомицин вводится в брюшную полость в случаях оперативных вмешательств при туберкулезе придатков матки и брюшины.

Биомицин выпускается в таблетках по 100 000 и 150 000 ЕД.

Rp. Biomycini 100 000 ЕД.
D. t. d. N. 25 in tabuletis.

Биомицин в гинекологии применяется главным образом при гонорее, а также при некоторых септических процессах, вызванных кишечной палочкой или смешанной инфекцией.

При острой гонорее лечение продолжается двое суток. В первые сутки препарат дают каждые 4 часа; на первый прием 0,4 г, на второй — 0,3 г, на остальные 4 приема — по 0,2 г; всего в первые сутки больная получает 1,5 г биомицина. Во вторые сутки препарат дают по 0,2 г пять раз в сутки; всего 1 г (см. ч. II, гл. 7).

При хронической гонорее К. Х. Ахмедова на курс лечения назначала 3 г биомицина, а при осложненной и ранее безуспешно леченной пенициллином — 4 г на курс, по 2 г в день.

Биомицин с успехом применялся также при лечении хронической гонореи у девочек, резистентных к пенициллину и стрептомицину.

Под влиянием лечения биомицином гонококки в мазках у больных в большинстве случаев исчезали в среднем через пять часов.

Из побочных явлений, связанных с лечением биомицином, следует отметить легкую головную боль, жидкий стул, давление под ложечкой, тошноту, дрожжевые поражения слизистых и кожи.

Все эти явления обычно проходят по окончании лечения.

Грамицидин С. Особенностью советского грамицидина является способность действия на грамотрицательную флору, что присуще лишь немногим антибиотикам.

Грамицидин С выпускается в ампулах в виде 2% спиртового раствора по 2 мл.

Rp. Sol. gramicidini 2%—2,0
D. t. d. N. 6 in ampullis.
S. Развести в 200 мл дистиллированной воды.
Для наружного применения.

Грамицидин С нашел применение в гинекологической практике при лечении эрозий шейки матки, эндоцервицитов и кольпитов.

Для лечения хронических эндоцервицитов и эрозий шейки матки Н. С. Бакшеев применял грамицидин-глицериновые тампоны (1—2 мг 2% спиртового раствора грамицидина + 100 мл глицерина). Тампоны эти вводились ежедневно в течение 10—15 дней.

При закапывании спиртового раствора грамицидина в канал шейки матки повышается секреция желез его, что способствует вымыванию микроорганизмов из глубоко лежащих желез шеечного канала. Через три-пять дней после введения спиртового раствора вводят водные тампоны грамицидина.

П. Я. Лельчук рекомендует при эндоцервицитах гонорейного происхождения, наряду с общим местным лечением воспалительного очага, производить обработку наружных половых органов ватным тампоном, смоченным грамицидином, а также промывать грамицидином уретру и инстиллировать его в прямую кишку. Рационально также при лечении эндоцервицита применять ванночки, по Менге, из 20—25 мл водного раствора грамицидина на 10—15 мин.

По Н. С. Бакшееву, излечение грамицидином трихомонадных кольпитов наблюдалось в 92,6%. При этом он указывал, что перед применением тампонов, смоченных грамицидином, нужно тщательно удалять отделяемое из влагалища и так же тщательно обрабатывать весь урогенитальный аппарат, промежность и прямую кишку; в упорных случаях требуется обследование и лечение мужа.

Синтомицин применяется в гинекологической практике для лечения эрозий шейки матки (воспалительного происхождения), трихомонадных кольпитов, гонорейных и неспецифических уретритов, воспалительных заболеваний мочевых путей, вызванных кишечной палочкой, а также грамотрицательной флорой.

При лечении эрозий и трихомонадных кольпитов во влагалище вводят тампоны с 10% синтомициновой эмульсией. Первые три-четыре дня тампоны меняют каждые семь-восемь часов (В. И. Козлова), затем только один раз в день. Больная ежедневно меняет трико. Лечение продолжается две недели; в случае необходимости оно повторяется после недельного перерыва. Одновременно с применением тампонов синтомицин вводится *per os* по 0,5 г 3 раза в день. 1,5 г синтомицина — высшая суточная доза (А. П. Фрумкин). При заболеваниях мочевых путей с нарушением оттока мочи из лоханки или мочевого пузыря синтомицин снижает температуру, улучшает общее состояние, уменьшает отек, улучшает диурез.

Синтомицин малотоксичен. Поэтому его можно применять сравнительно долго: до 10—12 дней (не более 20 г).

При даче синтомицина рекомендуется вводить витамины В₁ и С.

В резолюции II Всесоюзной конференции по антибиотикам (май—июнь 1957 г.) отмечалось, что в лечебной практике наблюдается иногда нерациональное применение антибиотиков, без учета чувствительности возбудителя, реактивности организма, что может вести к различного рода осложнениям, вплоть до кандидамикозов.

По данным П. Н. Кашкина, число резистентных к антибиотикам микроорганизмов увеличивается с каждым годом по мере широкого применения соответствующих препаратов. Возникновение резистентных к антибиотикам микробов затрудняет диагностику, препятствует эффективности терапии и отражается на клинической картине заболевания.

В результате углубленного анализа неудач антибиотической терапии можно прийти к определенным выводам, которыми следует руководствоваться при лечении антибиотиками.

Перед лечением тем или иным антибиотиком следует определить

чувствительность возбудителей заболевания к применяемому антибиотику. Если в течение нескольких дней тот или иной антибиотик не дает должного эффекта, в частности не наступает снижения температуры, следует лечение изменить.

Не следует применять терапию малыми дозами антибиотика — это приводит к образованию устойчивых форм микробов. С другой стороны, не следует применять чрезмерно интенсивного лечения — «ударную терапию», особенно по отношению к антибиотикам с широким спектром действия, так как это приводит к образованию большого количества эндотоксинов вследствие интенсивного разрушения микробов. Кроме того, массовая гибель обычной микрофлоры может вести к усилению жизнедеятельности низших микроорганизмов, дрожжевых грибов типа *candida albicans*.

У лиц, склонных к аллергии, следует проводить соответствующие пробы, определяющие чувствительность больного к тому или иному антибиотику.

Представляется рациональным комбинированное применение антибиотиков, а также сочетание антибиотиков с сульфаниламидами, вакцинами, витаминами, фагами, гормональными и другими препаратами.

Если при лечении антибиотиками имеются нарушения питания, обмена веществ, гормональные расстройства, то следует одновременно проводить терапию, направленную на нормализацию защитных сил организма.

Антибиотики — активно действующие препараты; назначение их должно быть обоснованным, постоянно контролируемым (исследование отделяемого влагалища, слизи зева, кала на наличие дрожжевых грибов), а результаты в процессе терапии своевременно и правильно оцениваемы.

ХИМИОТЕРАПИЯ

Задачей химиотерапии является воздействие определенных синтетических веществ на микроорганизмы, с обязательным учетом реакции макроорганизма. Многие химиотерапевтические препараты применяются с успехом, и иногда даже с большим, чем антибиотики. Так, доказано, что некоторые штаммы микробов, устойчивые к пенициллину, оказываются восприимчивыми к сульфаниламидам.

Часто проводится сочетанное лечение: химиотерапевтическими препаратами и антибиотиками.

Сульфаниламиды применяются главным образом при острой и хронической гонорее.

Сульфаниламиды явились первыми этиотропными веществами, воздействующими непосредственно на гонококков в пораженных тканях.

Если в первые годы применения сульфаниламидов при неосложненной гонорее выздоровление наступало в 90% случаев, то теперь этот процент снизился до 30—40. Это связано с тем, что число сульфаниламидорезистентных форм гонококков уменьшается, а число сульфаниламидорезистентных форм значительно увеличивалось.

При подострой и особенно хронической гонорее отсутствие эффекта от применения сульфаниламидов объясняется недостаточной васкуляризацией тканей, образованием соединительнотканых сращений, отграничением и осумковыванием процесса. В этих случаях, наряду с общим лечением, следует проводить энергичное местное лечение, необходимо усилить гиперемия в пораженном очаге, применить физиотерапию, а также усилить реактивные способности организма.

Из сульфаниламидных препаратов в настоящее время для лечения гонорей наибольшее распространение получил норсульфазол; он быстро выделяется с мочой и хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта. При даче этого препарата рекомендуется усиленное питье.

Rp. Norsulfazoli 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки каждые 4 часа.

Норсульфазол при гонорее дают по 1 г 5—6 раз в день, курс лечения три-четыре дня.

Сульфацил — эффективен при стрептококковой, гонококковой, пневмококковой и особенно стафилококковой и колибациллярной инфекции. Сульфацил применяется при циститах, пиелитах, пуэрперальном сепсисе и других заболеваниях.

Rp. Sulfacyli 0,5
D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 4 раза в день
Общая доза на курс лечения 15—20 г.

Сульфодимезин показан при пневмококковой инфекции и при заболеваниях мочевых путей, вызванных кишечной палочкой. Назначают по 1 г каждые 4—6 часов.

Высшая суточная доза 7 г.

Сульфаниламидные препараты противопоказаны: 1) при значительных нарушениях сердечно-сосудистой деятельности, при выраженном артериосклерозе; 2) при активном туберкулезе; 3) при почечных заболеваниях (нефрозах и нефритах); 4) при тяжелых заболеваниях кровотока; 5) при токсикозах беременности.

Сульфаниламидные препараты нужно давать с осторожностью. При лечении ими могут наблюдаться тошнота, головная боль, рвота, головокружения, цианоз, различные дерматиты, понос. Бывают и нарушения со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы (тахикардия, парестезии). Со стороны крови иногда отмечаются лейкопении и агранулоцитоз. В редких случаях, главным образом при лечении норсульфазолом, может наблюдаться желтуха; изредка — так называемая кристаллурия — выпадение кристаллов сульфаниламидных препаратов в мочевых путях.

Во избежание осложнений при лечении сульфаниламидами рекомендуется обильное питье со щелочами (двууглекислая сода). Если же осложнение возникло, то следует прекратить дачу препарата, внутривенно ввести 40% раствор глюкозы, дать кислород, сердечные. В большинстве случаев осложнения сравнительно легко устраняются.

ЛИТЕРАТУРА

- Агаронов А. М. Рецепты в гинекологии и акушерстве. Уфа, 1941.
Аристова В. Н. Пункция с последующим введением антибиотиков как лечебный метод при воспалительных экссудативных процессах в малом тазу у женщин. Акуш. и гинек., 1957, 1.
Ахмедова К. Х. Лечение гонорей биомцином. Здравоохранение Казахстана, 1957, 3, стр. 20—23.
Байздренко Н. Б. Внутривенное введение антибиотиков при воспалительных гинекологических и септических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1955, 1, стр. 54—58.
Бакшеев Н. С. Опыт применения грамицидина в гинекологии и акушерстве. Акуш. и гинек., 1946, 6.

- Бакшеев Н. С. Лечение грамицидином трихомонадной инвазии влагалища. *Акуш. и гинек.*, 1950, 6, стр. 40—42.
- Бобовская Н. Н. и Морковкина А. Г. Грамицидин как один из факторов в лечении эндоцервицитов, кольпитов и эрозий шейки матки. *Совет. медиц.*, 1948, 5, стр. 35—36.
- Бурштейн А. З. Развитие уремии в результате анурии, вызванной применением сульфаниламидных препаратов. *Клин. медиц.*, т. 35, 1957, 2, стр. 155—156.
- Бутылин А. Г. Введение пенициллина в шейку матки перед операцией расширенной экстирпации матки при раке шейки. *Акуш. и гинек.*, 1957, 6, стр. 57—58.
- Ваксман З. А. Антибиотики. Изд. акад. наук СССР, 1946.
- Верхацкий Н. П. и Лобасюк Т. А. Комплексная терапия острых и подострых воспалительных заболеваний женских половых органов. *Акуш. и гинек.*, 1957, 1, стр. 69—73.
- Гаузе Г. Ф. Европейское совещание по антибиотикам (Милан, сентябрь, 1956). *Вестник АМН СССР*, 1957, 1, стр. 77—81.
- Гаузе Г. Ф. Лекции по антибиотикам. Изд. 2-е, М., 1953.
- Гительман Э. В. К вопросу о лечении сактосальпинкса. *Акуш. и гинек.*, 1951, 1.
- Горбатов М. А. и Сисьмий М. Г. Местное применение пенициллина при тазовых гноескоплениях. *Акуш.-гинекол. практика*, Госмедиздат УССР, 1952.
- Деркач В. С. О механизме лечебного действия антибиотиков. *Тр. Харьк. научно-исслед. ин-та вакцин и сывороток*, 1956, т. 23, стр. 5—13.
- Дударева М. В. Значение опсонического и фагоцитарного показателей при терапии послеабортных септических заболеваний. *Акуш. и гинек.*, 1957, 1.
- Елкин И. И. и Эйдельштейн С. И. Работы отечественных авторов по антибиотикам (1870—1950 гг.), М., 1953.
- Ермольева З. В. Стрептомицин и новые антибиотики. М., 1953.
- Ермольева З. В. и Шлапобергский В. Я. Пенициллин и применение его в клинике. М., 1956.
- Ермольева З. В. Пенициллин. Медгиз, 1956.
- Карышева К. А. Гонорея и некоторые негонорейные заболевания мочеполовых органов у детей. *Антибиотики и их клиническое применение*. Сб. под ред. З. В. Ермольевой, 1954.
- Кашкин П. Н. О важных сторонах лечебно-профилактического использования антибиотиков. *Вопр. охр. матер. и детства*, т. 1, 1956, стр. 46—53.
- Килимник Н. Г. Осложнения при пенициллинотерапии. *Врач. дело*, 1957, 2, стр. 194—196.
- Козлова В. И. Опыт применения синтомицина при трихомонадном кольпите и воспалительных эрозиях шейки матки. *Акуш. и гинек.*, 1954, 5.
- Кузьменко Л. Н. Грамицидин в хирургической практике. Киев, 1949.
- Куимова Н. И. Ближайшие и отдаленные результаты комплексного метода. Сб. научных работ (Ставропольский мед. ин-т), вып. 2, 1956, стр. 19—23.
- Лебедев И. Е. Действие пенициллина на сократительную деятельность матки. *Акуш. и гинек.*, 1956, 5.
- Лельчук П. Я. Применение грамицидина в акушерстве и гинекологии. *Акуш. и гинек.*, 1950, 6.
- Магидсон О. Ю. Важнейшие химиотерапевтические препараты. *Новости медицины*, 1948, вып. IX, стр. 66—74.
- Машковский М. Д. Предмет химиотерапии и ее основные задачи. *Новости медицины*, 1948, вып. IX, стр. 1—9.
- Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., Медгиз, 1957.
- Моисеева Т. Г. К вопросу о проницаемости плаценты для стрептомицина и влияние его на развитие плода. *Акуш. и гинек.*, 1954, 6.
- Орлов Т. К., Шевчук К. С. и Сенько В. М. Кровь как пролонгатор пенициллина. *Здравоохр. Белоруссии*, 1957, 8, 20.
- Орлов Т. К., Шевчук К. С. и Сенько В. М. Применение пенициллина с аутокровью. *Акуш. и гинек.*, 1956, 1, стр. 69—70.
- Орлов Г. А. Современное состояние вопроса о рациональном применении антибиотиков. *Акуш. и гинек.*, 1957, 3.
- Петченко А. И., Гостева М. И. и Андреева Н. Ф. Применение нового препарата пахикарпина в акушерстве и гинекологии. *Акуш. и гинек.*, 1953, 6.
- Порудоминский И. М. и Петченко А. И. Гонорея мужчины и женщины. Медгиз, 1947.
- Порудоминский И. М. Некоторые актуальные вопросы химиотерапии гонорей. *Новости медицины*, 1948, вып. IX, стр. 51—57.
- Рабухин А. Е. Стрептомицин в лечении туберкулезного больного. Медгиз, 1951.

- Резолюция II Всес. конференции по антибиотикам (Москва, май — июнь, 1957). Антибиотики, т. 2, 4, 1957, стр. 61—63.
- Сердюков М. Г. Результаты применения пенициллина при некоторых гинекологических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1951, 1.
- Ткачев С. Е. К вопросу об определении чувствительности к антибиотикам. Клини. медиц., т. 35, 1957, 2, стр. 152—153.
- Туранова Е. Н., Дахшлейгер Е. К., Пак Т. И. и Ясколко Ф. М. Отдаленные результаты пенициллино- и сульфаминотерапии гонорей у женщин. Акуш. и гинек., 1955, 1, стр. 61—64.
- Хованский Д. В. Некоторые осложнения при лечении антибиотиками. Врач. дело, 1957, 2, стр. 155—158.
- Черкес А. И. Справочник по фармакотерапии. Киев, 1957.
- Шадурский К. С. Практикум по рецептуре. Минск, 1957.
- Шлапобергский В. Я. Пенициллин в хирургии. Медгиз, 1948.
- Эйдельштейн С. И. Новое об антибиотиках (II Всесоюзная конфер. по антибиотикам, Москва, май-июнь, 1957). Наука и жизнь, 1957, 8 стр. 60.
- Эйдельштейн С. И. Бициллин (новая соль пенициллина). Наука и жизнь, 1957, 3, стр. 56.

ФИТОНЦИДОТЕРАПИЯ

Фитонцидами называются вещества растительного происхождения, обладающие бактерицидными, протистоцидными и фунгицидными свойствами.

Действие фитонцидов заключается в том, что под влиянием летучих веществ, исходящих из некоторых растений (лука, чеснока), погибают патогенные микроорганизмы (стрептококки, стафилококки, некоторые штаммы туберкулезной палочки, *b. perforans* и т. д.), простейшие (трихомонады) и грибки.

В ряде случаев фитонциды могут влиять на изменчивость бактерий.

Фитонциды содержатся в горчице, картофеле, луке, стручковом перце, редьке, сахарной свекле, томате, хрене, чесноке, в диких травах — крапиве, кровохлебке, репейнике, тысячелистнике; в листьях березы, белого тополя, черемухи, черной смородины, в хвое ели, пихты, сосны, туи; в можжевельнике; в лимонах, апельсинах, мандаринах, кактусе и т. д.

В одних и тех же растениях наблюдается разная активность фитонцидов в зависимости от того, какие их части берутся для испытания и в какое время года. У луковичных растений, например, наиболее активны в этом отношении основания луковиц в момент их прорастания, у кровохлебки — корневища, взятые осенью.

Наиболее сильное действие оказывают фитонциды чеснока — они вызывают быструю гибель простейших и микробов. Чеснок не теряет своих свойств при кипячении в закрытом сосуде. Особенно много фитонцидов в чесноке осенью. Летучие токсические начала чеснока сохраняются даже спустя 200 часов, тогда как летучие фракции лука быстро исчерпываются.

В гинекологической практике фитонциды используются главным образом для лечения трихомониаза. С этой целью А. М. Фой (1953) применял луковые вагинальные тампоны. Тампон оставляли во влажной среде на восемь-десять часов, после чего его извлекали и большую спринцевали; курс лечения семь-десять дней. Применяли также водные растворы хвой, ели или сосны, водные экстракты из корней кровохлебки, тампоны с хвойной пастой. М. В. Алексеева (1953) лечила трихомонадные кольпиты фитонцидами лука, чеснока, хвойной пастой Солодого. А. С. Пшеничникова (1953) успешно (89% излечения) лечила трихомонадные кольпиты фитонцидами редьки, хрена, лука и чеснока. В осеннее время кашица из вышеуказанных растений вводилась на 5—15 минут, зимой и весной — на 10—12 час., при хронической форме за-

болевания — на сутки. При появлении жжения во влагалище тампоны удаляют. Этот автор отмечает, что фитонциды, будучи введены во влагалище, могут оказывать провоцирующее действие при скрыто протекающей гонорее у женщин. По А. С. Пшеничниковой, исчезновение трихомоназа привело у 19,6% женщин к излечению имевшегося у них бесплодия.

Г. В. Тутаев и З. А. Маркова (1953) лечили своих больных фитонцидами медвежьего лука. Они установили, что у больных старше 50 лет необходимо проводить более тщательное и длительное лечение, чем у лиц молодого и среднего возраста. Очевидно, здесь имеет место функциональное состояние слизистой влагалища, которое в свою очередь зависит от функции яичников. Процессы самоочищения и гликогенообразования во влагалище в более пожилом возрасте протекают хуже. Кислотность влагалища с наступлением менопаузы понижается. В ряде случаев указанные авторы отметили благоприятное влияние фитонцидов на эпителизацию эрозий.

Можно также полагать, что фитонциды оказывают благоприятное влияние на гормональную функцию яичника. В репчатом луке, например, были обнаружены проланоподобные вещества. Введение белым мышам пасты солодного вызвало значительные изменения в яичниках вплоть до появления в них графовых пузырьков. Можно думать, что нормализация яичниковой функции в свою очередь приводит к нормализации содержания гликогена в эпителии влагалища и к повышению кислотности его среды.

Трихомонадные кольпиты лечили также препаратами из можжевельника (Р. М. Кашинская), аллилглицером — препаратом из лука и глицерина (П. А. Евнин и Н. С. Харченко) и т. д.

В ряде случаев лечение трихомонадных кольпитов фитонцидами проходило успешно тогда, когда применяемые другие средства не помогали.

Местное лечение не всегда должно состоять только из влагалищных манипуляций. Н. М. Калантарова (1957) успешно лечила трихомоназ отваром листьев эвкалипта, назначая одновременно с влагалищными ванночками (15% раствор) также инстилляцию в мочевого пузырь и микроклизмы. А. П. Колесов (1953) наряду с применением влагалищных аппликаций из лука, чеснока и редьки рекомендует производить также санацию желудочно-кишечного тракта этими же растениями в течение 10—14 дней.

Н. М. Николаев (1954) сконструировал специальный шприц, с помощью которого можно получить отфильтрованный тканевой сок из лука и чеснока для применения его в лечебной практике.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеева М. В. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 8—10.
Барановская Ф. С. *Вопросы охраны материнства и детства*, 1957, т. 2, 3, стр. 31—83.
Евнин П. А. и Харченко Н. С. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 23—24.
Калантарова Н. М. *Вопросы охраны материнства и детства*, 1957, т. 2, 3, стр. 83—84.
Каминская Р. М. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 24—26.
Козо-Полянский Б. М. *Наука и жизнь*, 1946, 2—3, стр. 17—19.
Колесова А. П. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 22—23.
Николаев Н. М. *Хирургия*, 1954, 7, стр. 83.
Пшеничникова А. С. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 10—14.
Токин Б. П. *Фитонциды*, Москва, 1951.
Тутаев Г. В. и Маркова З. А. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 15—18.
Фой А. М. *Новости медицины*, 1953, вып. 34, стр. 2—8.

Глава 2

ГЕМОТЕРАПИЯ

Доц. В. А. Голубев.

Переливание крови: действие гемотрансфузий; техника переливания крови; значение Rh крови; реинфузии крови; показания к переливанию крови; противопоказания. Внутривенное нагнетание крови. Переливание крови в костный мозг. Переливание плацентарной крови, эритроцитарной массы, плазмы. Применение кровезаменителей. Осложнения после трансфузии крови. Препараты крови и другие вещества, стимулирующие кроветворение. Гемостатические препараты. Биологические и синтетические антикоагулянты.

Кровь как лечебное средство широко применяется при различных заболеваниях женских половых органов.

Ее используют как в оперативной гинекологии, главным образом в виде трансфузий, так и при консервативном лечении.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

Переливание крови — это хирургическая операция, которая производится по определенным показаниям. Показания эти могут быть абсолютными (например, в случаях большого кровоизлияния в брюшную полость при внематочной беременности) и относительными (при воспалительных заболеваниях, фибромиомах, ювенильных, климактерических и других дисфункциональных маточных кровотечениях).

Переливание крови в современных условиях производится так называемым непрямым способом. Этот способ (в большинстве случаев) применяется со стабилизаторами, т. е. с веществами, задерживающими свертывание крови. К ним прежде всего относится лимоннокислый натрий.

Обычно для переливания врачи пользуются консервированной кровью. Переливание крови производится в операционной или в условиях, приближенных к операционной. Исключение составляют случаи, когда врач должен выехать или вылетать в отдаленные районы, где переливание крови по жизненным показаниям приходится производить на дому.

Действие гемотрансфузий

Наиболее ценным свойством переливания крови является его стимулирующее действие (в результате чего происходит повышенная регенерация элементов крови), а также воздействие переливаемой крови на

многочисленные ангиорецепторы, заложенные в сосудистой стенке. Последнее подтверждается в случаях внутриартериальных нагнетаний крови. Стимулирующее действие крови выявляется в повышенной продукции костного мозга, в частности в появлении значительного количества ретикулоцитов.

Переливание крови имеет также заместительное действие, так как трансфузия есть трансплантация кровяной ткани; последняя возмещает определенный, утраченный объем крови.

Гемостатический эффект трансфузий зависит от воздействия перелитой крови на ретракционную способность сосудистой стенки, на повышение количества тромбоцитов и выравнивание нарушенных процессов свертывания.

И наконец, кровь обладает также обезвреживающим (дизентоксикационным) действием. Это подтверждается случаями лечения гемотрансфузиями тяжелых больных с септическими и воспалительными заболеваниями, у которых была выражена интоксикация всего организма и у которых переливание крови дало хороший лечебный эффект.

Техника переливания крови

Переливание крови производится в большинстве случаев путем венепункции. Для этого обычно пользуются венами локтевого сгиба.

В некоторых случаях попадание в вену затруднено из-за чрезмерного ожирения больных, а также у анемичных больных с низким кровяным давлением и спавшимися венами.

В этих случаях, если имеется настоятельная необходимость в гемотрансфузии, производится венесекция.

Венесекцию можно производить также на поверхностных венах стопы.

Кровь переливают струйным или капельным способом.

Струйный способ показан в тех случаях, когда нужно быстро возместить большую кровопотерю, обычно при тяжелом состоянии больных (внематочная беременность, апоплексия яичника), а также при шоке (например, при разрыве большой кисты яичника, кровотечении во время операции, в целях борьбы с операционным шоком).

В остальных случаях более желательно капельное переливание крови.

В некоторых случаях, когда состояние больной улучшается, после струйного переливания крови можно перейти на капельное.

Если условия позволяют, то у больной необходимо исследовать мочу и кровь до переливания крови и после него. Если же оно производится в экстренном порядке (особенно массивное), то обязательно исследовать мочу и кровь после переливания. Перед переливанием крови определяется группа крови больной и производится реакция на групповую индивидуальную совместимость.

При переливании крови в гинекологической практике всегда следует выяснить, не было ли у больной привычных и поздних выкидышей, мертворождаемости, желтухи у новорожденных детей, а также реакции при предыдущих переливаниях крови. У женщин с таким отягощенным анамнезом следует до трансфузии обязательно определить резус-фактор.

Значение Rh крови

Резус-фактор имеет большое практическое значение, так как в некоторых случаях при переливании резус-несовместимой крови у больной могут развиваться тяжелые реакции и осложнения. Подобные реакции наблюдаются только у резус-отрицательных больных, которым переливается кровь без учета резус-фактора (чаще всего резус-положительная кровь).

Резус-фактор в крови определяется следующим образом: из вены берут 5 мл крови; кровь отстаивается, и резус-фактор определяется в эритроцитах.

В чашку Петри наносят по две капли антирезусной сыворотки двух-трех серий, затем к каждой серии сыворотки добавляется по одной капле исследуемых эритроцитов в виде взвеси в собственной сыворотке. Капли перемешивают и чашку Петри помещают в водяную баню температуры 45° на 10 мин., затем чашку извлекают и результаты определяют на глаз. При наличии агглютинации во всех сериях сывороток — кровь резус-положительная, при отсутствии агглютинации во всех сыворотках — кровь резус-отрицательная.

Для исключения резус-несовместимости крови донора и реципиента проводится проба на совместимость по резус-фактору. Для этого из вены больной берут в пробирку 2—3 мл крови и ее центрифугируют. Пипеткой набирают из пробирки две капли сыворотки и наносят на чашку Петри. К сыворотке прибавляют полкапли консервированной крови донора. Капли перемешивают, и чашку Петри помещают в водяную баню (температура 42—45°) на десять минут. При наличии агглютинации кровь переливать нельзя.

В тех случаях, когда невозможно произвести реакцию на резус-совместимость крови донора и реципиента, следует переливать резус-отрицательную кровь.

При каждом переливании крови должна производиться биологическая проба. Однако, помимо пробы, в течение всего переливания необходимо внимательно следить за состоянием больной; при малейшем подозрении на несовместимость трансфузия должна быть приостановлена. В случае переливания одной больной нескольких порций крови от разных доноров необходимо реакцию на совместимость и биологическую пробу проводить с каждой переливаемой новой порцией крови в отдельности.

Реинфузии крови

Большую роль в гинекологической практике имеют так называемые обратные переливания, или реинфузии, крови.

А. Н. Филатов (1928), А. А. Федоровский (1934) доказали, что кровь, излившаяся в серозные полости и, в частности, в брюшную полость, при известных условиях является очень ценной и может быть применена для вливания в вену.

Обратное переливание крови производится следующим образом: из вскрытой брюшной полости кровь вычерпывается предварительно прокипяченной ложкой или кружечкой. Кровь эту наливают в сосуд, пропускают через восемь слоев стерильной марли, смоченной стабилизатором. В сосуд наливают также 5% раствор лимоннокислого натрия из расчета 10 мл на 100 мл полученной крови. Сосуд соединяют с резиновой трубкой, которую затем присоединяют к игле, находящейся в вене той же

больной. При реинфузии, естественно, не нужно определять группу крови и производить пробу на совместимость. Обратное переливание крови можно осуществлять при недавно происшедшем кровоизлиянии в брюшную полость (восемь-десять часов), когда кровь еще не свернулась.

Реинфузии противопоказаны при воспалительных изменениях в органах малого таза и брюшной полости.

Показания к переливанию крови

Как мы уже говорили выше, они могут быть абсолютными и относительными. Абсолютными показаниями являются значительные кровопотери при внематочной беременности, разрыве яичника, при операционном и послеоперационном шоке. Несмотря на то, что большие по-разному реагируют на кровопотерю, гемотрансфузия показана при потере в 350—400 мл крови. Естественно, что о величине кровопотери при внутрибрюшных кровоизлияниях мы точно судить не можем. В этих случаях следует обращать сугубое внимание на общее состояние больной, пульс, артериальное давление, процентное содержание гемоглобина в крови.

При больших кровопотерях следует приступать к переливанию крови струйным способом немедленно, не ожидая операции и продолжая его, если нужно, во время последней. Когда опасность для больной минует, можно, как сказано выше, перейти на капельное переливание крови или вовсе его прекратить.

В сельской местности при тяжелых внутрибрюшных кровотечениях не следует направлять больную в больницу; в этих случаях врачу необходимо производить переливание крови на месте, создав соответствующую обстановку.

Относительными показаниями к переливанию крови прежде всего являются воспалительные заболевания женской половой системы, особенно сопровождающиеся нагноением. Известно, что в результате длительной интоксикации подавляется деятельность костного мозга, снижается эритропоэз, довольно часто имеет место гипохромная анемия. Переливание крови при воспалительных заболеваниях является неспецифической стимулирующей терапией. Поэтому оно показано при вяло текущих воспалительных процессах, при выраженной анемии, при воспалительных заболеваниях, сопровождающихся длительным кровотечением. При этом лучше производить капельные переливания крови по 100—125 мл, назначая, в зависимости от течения процесса, от двух до пяти гемотрансфузий.

После переливаний крови обычно снижается лейкоцитоз, падает температура (чаще литически), замедляется РОЭ, повышается процентное содержание гемоглобина в крови, уменьшается экссудация, улучшается общее самочувствие больных, уменьшаются или вовсе прекращаются боли.

Переливание крови в некоторых случаях дает хороший лечебный эффект даже тогда, когда длительное медикаментозное лечение не улучшает состояния больных.

Показаниями к переливанию крови являются также ювенильные, климактерические и другие дисфункциональные кровотечения, особенно в тех случаях, когда имеется выраженная анемия. Гемотрансфузии показаны также как подготовительные мероприятия перед операциями по поводу фибромиом и рака матки, а также перед применением лучевой терапии. Во время больших гинекологических операций капельное пе-

реливание крови должно производиться, как правило. Такие «защитные» капельные переливания рекомендуется производить с целью профилактики шока.

Переливание крови производят также в послеоперационном периоде при различных осложнениях.

Хорошее действие оказывают повторные трансфузии небольших доз крови при рентгенотерапии и радиотерапии больных раком женских половых органов. Эти трансфузии применяются в целях предупреждения нежелательной реакции угнетения, главным образом, функции костного мозга. Если указанная терапия осложняется симптомами лучевой болезни (рентгенореакция, радиколит и др.), то также показаны дробные трансфузии крови.

Противопоказания к переливанию крови

К переливанию крови следует относиться, как к серьезному методу лечебного и биологического воздействия на организм. Поэтому перед каждой трансфузией следует взвесить, показана ли она данной больной и нет ли противопоказаний к переливанию крови.

К последним относятся различные заболевания почек, особенно острый и подострый нефрит, нефросклероз, заболевания сердца — миокардит и особенно эндокардит, а также другие заболевания сердца, сопровождающиеся субкомпенсацией и декомпенсацией.

Гипертония и артериосклероз не являются абсолютными противопоказаниями к трансфузии, но при этих заболеваниях ее следует производить осторожно, капельным способом, дробными дозами. В этих случаях лучше пользоваться эритроцитарной массой.

Противопоказано переливание крови при желтухе, гепатите, циррозе печени, при заболеваниях легких, сопровождающихся застоем в малом кругу кровообращения. При тромбозах в острой стадии переливание крови производить нельзя; оно нежелательно и в дальнейшем, но по прошествии значительного времени абсолютных противопоказаний нет. В угрожающих жизни случаях (кровотечение) противопоказания к трансфузии учитываются меньше.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ НАГНЕТЕНИЕ КРОВИ

При значительных кровопотерях, сопровождающихся явлениями шока и резким ослаблением сердечной деятельности, внутривенные переливания крови оказываются неэффективными, а в некоторых случаях могут принести даже вред. В этих случаях вследствие понижения сосудистого тонуса и ослабления сердечной мышцы внутривенные трансфузии крови приводят к переполнению венозной системы, при этом возникает непосильная нагрузка для правого сердца (В. А. Неговский, Л. С. Персианинов и др.).

Путем внутриартериального нагнетания крови удавалось спасти умирающих больных при внематочной беременности, при вторичных кровотечениях, когда приходилось производить релапаротомию. Наиболее эффективные результаты получены у тех больных, у которых мероприятия по оживлению начинаются раньше наступления «клинической смерти», в период агонии, когда основные функции организма еще не угасли полностью.

Артериальные нагнетания крови следует производить также и при тяжелом шоке (III степени) и при тяжелых септических состояниях.

Нагнетание крови в периферическую артерию следует производить центрипетально (по направлению к сердцу). Для этого ниже места введения иглы нужно сдавить артерию.

Нагнетают кровь обычно в плечевую, бедренную или лучевую артерии либо пункцией, либо артериосекцией. Вливание в артерии путем пункции через кожу обычно не удается, если не определяется пульсация.

Для артериального нагнетания крови пользуются обычной консервированной кровью, к которой в процессе переливания добавляется 40% глюкоза 40—50 мл, $\frac{1}{2}$ мл перекиси водорода и 1 мл раствора адреналина. Можно также прибавлять к крови хлористый кальций 10% до 10 мл.

Добавление к крови глюкозы, перекиси водорода и кальция способствует улучшению обменных процессов в сердечной мышце, находящейся в состоянии глубокой гипоксии. Добавляемый к крови адреналин стимулирует сокращение сердца.

Нагнетание крови производится из обычной ампулы, к верхнему концу ее присоединен тройник, на концах которого расположены тонометр и баллон Ричардсона. Вначале переливания создают давление в 150 мм, затем, после попадания в артерию, давление увеличивают до 200 мм. Обычно нагнетают одну ампулу крови (250 мл), но в отдельных случаях можно вводить 400 и даже 500 мл.

После восстановления сердечной деятельности и появления дыхания необходимо производить переливание в вену обычным способом до тех пор, пока общее состояние больной значительно не улучшится.

Для внутриартериального переливания крови можно применять как кровь одноименной группы, так и кровь универсального донора.

В случае последующего падения артериального давления следует ввести внутривенно 5% раствор эфедрина 0,1—0,2 мл или 40% раствор глюкозы 10 мл с 0,05% раствором строфангина 0,5 мл.

Если же, несмотря на это, артериальное давление вскоре вновь начнет снижаться, необходимо повторить нагнетание крови в ту же артерию. Перевязывать артерии после переливания нельзя; кровотечение из них обычно легко остановить тампонадой.

При вскрытой брюшной полости нагнетать кровь можно в брюшную аорту.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ В КОСТНЫЙ МОЗГ

Переливание крови в костный мозг в гинекологической практике применяется нечасто.

Техника переливания: на уровне III—IV ребра под местной анестезией производят пункцию грудины иглой Дюфо с предохранительным щитком. В игле находится мандрен, который извлекается после пункции. Костный мозг аспирируется шприцем, после чего в иглу вводится физиологический раствор, и игла соединяется с системой для переливания крови. Внутрикостное переливание крови можно производить в грудину, в крыло подвздошной кости, в лодыжки стопы и в пяточную кость.

Переливание крови в костный мозг обычно производится тогда, когда по той или иной причине трудно попасть в вену (ожирение, спавшиеся вены). По мнению В. В. Касаткиной-Титовой, его можно применить у тех больных, у которых имеются относительные противопоказания к обычному, внутривенному переливанию крови: при поражении

почек, тромбозах, токсикозах беременности, а также у больных, у которых внутривенные вливания крови сопровождались тяжелыми реакциями. Переливание в костный мозг лучше производить без давления. С помощью шприца можно переливать небольшие дозы крови (до 100 мл).

Длительность переливания одной ампулы крови — от 15 мин. до 1 ч. 30 мин. Количество перелитой крови обычно не должно превышать 500 мл. Можно производить и повторные переливания в костный мозг, особенно в тех случаях, когда первая трансфузия дала благоприятный результат. Из осложнений при переливании крови в костный мозг следует отметить редко встречающиеся гематомы.

ПЕРЕЛИВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ, ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ, ПЛАЗМЫ

Переливание плацентарной крови можно производить фракционным и сливным методами.

Внутривенное введение плацентарной крови дает меньше осложнений, чем переливание консервированной крови.

Переливание плацентарной крови показано при маточных кровотечениях дисфункционального характера (устраняется дисфункция яичников благодаря гормональному воздействию), при воспалительных и септических заболеваниях, фибромиомах, рвоте беременных (с выраженным ацидозом), при подготовке больных к операции и т. д.

Плацентарная кровь с успехом применяется для внутримышечных инъекций при подострых и хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, при аменореях, дисменореях и моноррагиях, а также с профилактической и лечебной целью у травмированных во время родов детей (М. И. Гостева, 1952).

Плацентарная эмульсия не нашла широкого применения в гинекологии, однако она также может быть применена при различных расстройствах оварально-менструального цикла, при эрозиях шейки матки, параметритах, маститах, трещинах сосков и т. д. Инъекции плацентарной эмульсии должны сочетаться с другими видами терапии.

В некоторых случаях лучше вместо цельной крови переливать эритроцитарную массу, а также плазму или сыворотку (сыворотка — это плазма, лишенная фибрина; получается путем фильтрации плазмы).

Переливание эритроцитарной массы дает хороший эффект при различных анемиях, при этом показатели красной крови после такой трансфузии улучшаются быстрее, чем после обычного переливания. Эритроцитарную взвесь можно переливать при некоторых заболеваниях почек, гнойных процессах и у септических больных. При этом в значительной мере исключается реакция, обусловленная наличием белковой фракции плазмы. Дозировка эритроцитарной массы при трансфузии 100—150—200 мл.

Выше нами упоминалось, что при гипертонии и артериосклерозе также можно переливать взвесь эритроцитов, так как обычно это не ведет к повышению давления. При переливании взвеси эритроцитов реакции почти никогда не бывает.

Трансфузия плазмы применяется чаще всего при длительных дисфункциональных маточных кровотечениях; она обладает высокими гемостатическими свойствами, а также вызывает активное стимулирующее действие (А. А. Богомолец). При этом переливают обычно небольшие количества плазмы — 50—100 мл.

Серотрансфузии могут быть применены в тех случаях, когда организм теряет большое количество жидкости, белков, солей. Массивная серотрансфузия показана при шоке, не связанном с большой кровопотерей.

В случаях массивных кровопотерь безусловно показано переливание цельной крови.

Если при переливании эритроцитарной взвеси необходимо соблюдать те же правила, что и при переливании крови, то при переливании плазмы (сыворотки) определение групповой принадлежности не требуется; необходимо только провести трехкратную биологическую пробу.

ПРИМЕНЕНИЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ

В ряде случаев при различного рода кровотечениях можно пользоваться кровезамещающими и противошоковыми растворами. Они обладают тем преимуществом, что могут длительное время сохраняться в стерильном виде.

Кровезамещающие растворы содержат сахар, соли, а некоторые из них — белки человеческой сыворотки (например, жидкость И. Р. Петрова); все они являются изотоническими.

По мнению А. Н. Филатова, лучшим кровезаменителем является раствор сухой плазмы. Сухая плазма сохраняется годами и в любое время может быть использована для вливания при кровопотере.

Гетерогенные белковые заменители получают из крови крупного рогатого скота. Такова лечебная сыворотка Беленького (ЛСБ).

К синтетическим кровезаменителям относится полиглюкин. Он представляет собой 6% коллоидный раствор нативного декстрана. Полиглюкин повышает сосудистый тонус и может быть применен при острой кровопотере и шоке (согласно инструкции) в дозе от 500 до 2000 мл. После введения 25 мл препарата делается перерыв на три минуты — биологическая проба на реактивность.

Других проб на совместимость не требуется. Срок годности препарата — пять лет.

Полиглюкин является препаратом подсобного действия, предназначенным в основном для восстановления кровообращения после кровопотери. Он не содержит белка и поэтому ему не присущи стимулирующие, белковозаместительные и другие свойства.

Для борьбы с шоком применяются противошоковые жидкости № 25 и № 43, выпущенные Ленинградским институтом переливания крови. Их действие связано с влиянием спирта на центральную нервную систему.

Отрицательной стороной этих растворов является возможность развития флебитов и тромбоза вен на месте вливания, особенно при капельном введении.

Кровезамещающие и противошоковые растворы не могут заменить гемотрансфузий. При большой кровопотере они могут применяться до трансфузии — пока производится определение группы крови, совместимости по резус-фактору и т. п. При недостаточном количестве крови также можно применять кровезамещающие жидкости, чередуя их с переливаниями крови.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСФУЗИИ КРОВИ

Как мы уже сказали, во избежание посттрансфузионных осложнений перед каждой трансфузией крови необходимо произвести три пробы, проверить группу крови донора и реципиента, пробу на совместимость по резус-фактору (она же будет являться пробой на индивидуальную совместимость), биологическую пробу.

Осложнения, связанные с переливанием крови, можно разделить на две группы: 1) осложнения, связанные с погрешностями в технике переливания крови: воздушная эмболия, эмболия сгустками и острое расширение сердца, связанное обычно с введением больших количеств крови и с неполноценной сердечной мышцей больного. В последнем случае происходит чрезмерная перегрузка правого сердца; 2) осложнения реактивного характера: а) гемотрансфузионный шок, связанный с переливанием несовместимой по группе крови; б) гемотрансфузионные осложнения, связанные с переливанием резус-несовместимой крови. в) пирогенная посттрансфузионная реакция.

Чаще всего гемотрансфузионный шок связан с переливанием иногруппной крови. Обычно он начинается после введения 30—50 мл крови. У больной появляются боли в поясничной области, звон в ушах, одышка, цианоз, тахикардия, снижение артериального давления. В дальнейшем, если больная выходит из этого состояния, повышается температура, появляется олигурия, иногда желтуха.

Первая помощь при посттрансфузионных осложнениях состоит в эксфузии 300—400 мл крови с последующим переливанием одногруппной крови в том же количестве, желательно свежесконсервированной. Необходимо также производить двустороннюю окологречную блокаду по Вишневскому (по 100 мл 0,25% раствора новокаина), ввести сердечные средства, а также 5% раствор глюкозы до 2,5 л. (А. Н. Филатов).

Больные должны соблюдать диету и находиться в стационаре до полного исчезновения явлений почечной недостаточности.

При переливании резус-несовместимой крови реакция во многом напоминает гемотрансфузионный шок, связанный с переливанием иногруппной крови. Она может быть легкой, средней тяжести и тяжелой.

Тяжелая реакция сопровождается потрясающим ознобом, болями в суставах, в пояснице и во всем теле, многократной рвотой.

Отличительной чертой реакций, связанных с введением резус-несовместимой крови, является позднее наступление их (иногда даже на вторые сутки), медленное развитие и стертость явлений несовместимости.

При появлении первых признаков реакции на несовместимость по резус-фактору следует обложить больную грелками, напоить горячим чаем, подкожно ввести морфин или пантопон, внутривенно — глюкозу или хлористый кальций.

Реакции легкой и средней тяжести обычно быстро проходят.

При тяжелой реакции (шоке) показано «заменное» переливание крови, при котором больной делается кровопускание 400—500 мл и переливается 500—600 мл свежей резус-отрицательной крови одноименной группы. Такое переливание должен производить опытный врач; после переливания необходимо следить за состоянием больной в течение трех-четырех дней. Рекомендуются также горячие общие ванны, обильное питье, введение глюкозы.

Посттрансфузионные пирогенные реакции возникают обычно в связи с загрязнением аппаратуры для переливания крови, хране-

нием ее в нестерильном состоянии долгий срок. Пирогенные вещества (пирогены) являются продуктами жизнедеятельности бактерий. Пирогенные реакции могут быть слабыми, средними и сильными. Слабые и средние пирогенные реакции быстро проходят и не требуют специального лечения. При сильных пирогенных реакциях необходимо обложить больную грелками, дать выпить горячего чая, ввести сердечные, морфин и сделать подкожное вливание 5% раствора глюкозы 300—500 мл.

При соблюдении всех необходимых правил, рекомендуемых при переливании крови, посттрансфузионные осложнения возникают крайне редко.

ПРЕПАРАТЫ КРОВИ И ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА, СТИМУЛИРУЮЩИЕ КРОВОТВОРЕНИЕ

Из препаратов, стимулирующих кроветворение, следует отметить феррогематоген и гемостимулин 4. Последний получил особенно широкое распространение для лечения анемий. Препарат назначают в таблетках по 3—4 в день в течение 10—20 дней в зависимости от формы и тяжести анемии.

Из других препаратов для указанной цели назначают гемостимулин, состоящий из сывороток с добавлением сернокислого кобальта. Содержимое ампулы (1 мл) растворяется в 2 мл физиологического раствора. Препарат вводится подкожно по 0,2 мл с интервалами в три-четыре дня.

Гемостимулин обычно применяется в комбинации с другими препаратами железа в случаях железодефицитных анемий, трудно поддающихся обычной терапии. Он также улучшает переносимость железа теми больными, у которых препараты железа вызывали раньше диспептические явления.

К ценным гормональным препаратам, получаемым из крови, относится гемогормоностимулин. Этот препарат был получен из ретроплацентарной крови рожениц по методу, обеспечивающему сохранение гормонов полового цикла. Применяется этот препарат при климактерических кровотечениях, тяжелых климактерических неврозах, а также при различных нарушениях функции яичников и других гормональных расстройствах у женщин. Терапевтическая доза гемогормоностимулина — 8 г сухого вещества. Препарат вводится внутримышечно в количестве 40—60 мл одно- или двукратно (с промежутком в несколько дней) и, как правило, дает хорошие результаты.

Для лечения анемий предложен также ферковен (И. Г. Андрианова). В гинекологической практике ферковен был применен при анемиях на почве маточных кровотечений в связи с наличием у больных фибромиом. Вводится он внутривенно по 2—5 мл с 20 мл 40% раствора глюкозы ежедневно. Введение производят медленно (в течение 8—10 минут). Курс лечения состоит из 12—15 вливаний.

При низком лейкоцитозе (ниже 3000—3500) у раковых больных лучевая терапия противопоказана. В этих случаях применяется тезан. Его назначают по 10—15 капель 3 раза в течение четырех-пяти дней либо в виде внутримышечных инъекций по 1 мл 0,1% раствора. Тезан выпускается также в таблетках по 0,01 г.

Тезан является хорошим стимулятором гемопоэза. В случаях тяжелых лейкопений следует комбинировать применение тезана с переливаниями крови. Привыкания больных к тезану обычно не наблюдается.

ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

К гемостатическим препаратам относятся гемостатическая губка и сухой тромбин. Эти препараты применяются во время различных операций при капиллярных, паренхиматозных небольших кровотечениях. Например, при вылушении интралигаментарно расположенного фиброматозного узла или кисты яичника гемостатическая губка, предварительно растертая, засыпается в ложе опухоли.

Гемостатическая губка и сухой тромбин могут в сухом виде сохраняться в течение трех лет без снижения активности.

Антисептический биологический тампон представляет собой пористую, сухую, упругую массу светло-желтого цвета. Он может быть любых размеров. Тампон содержит в своем составе антисептики и антибиотики и полностью рассасывается в тканях организма, не вызывая никаких вредных реакций. Хотя биологический антисептический тампон обладает более слабыми гемостатическими свойствами, чем гемостатическая губка, но вследствие большей липкости в некоторых случаях он является более выгодным, чем последняя.

Фибриновая губка и фибриновый порошок также являются хорошими кровоостанавливающими средствами.

Неплохим действием обладает и фибриновый порошок, которым засыпают кровоточащие участки.

Фибринные пленки успешно применяются при операциях на органах брюшной полости, когда необходимо изолировать отдельные части кишечника при перитоните, а также для остановки капиллярных кровотечений из паренхиматозных органов.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СИНТЕТИЧЕСКИЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Антикоагулянтами, или стабилизаторами, называются вещества, противодействующие свертыванию крови. Значение их в гинекологической клинике довольно велико, особенно в борьбе с сосудистыми тромбозами, а также при лечении воспалительных заболеваний.

К биологическим антикоагулянтам относятся медицинские пиявки.

Лечебное действие пиявок заключается в том, что они, с одной стороны, высасывают кровь (от 15 до 40 мл), а с другой — вводят в кровь особое вещество — гирудин, препятствующее свертыванию крови.

Пиявки применяются при лечении острых воспалительных заболеваний, а также при тромбозах, как послеродовых, так и возникших по другим причинам.

А. И. Петченко предложил «триаду» для лечения острых воспалительных заболеваний женских гениталий, состоящую из последовательного применения пиявок, плацентарной крови и парафина.

Прикладывают пиявки либо к брюшной стенке в зонах наиболее близкого прилегания к ней экссудата, либо в месте выпячивания воспалительных опухолей. Так, при выпячивании экссудатом свода влагалища (как правило, заднего) при отсутствии показаний к кольпотомии (например, при серофибринозных выпотах) пиявки прикладывали в соответствующем месте свода. К коже живота прикладывают обычно три-пять пиявок в зависимости от величины экссудата; в своде влагалища — одну-две пиявки. Ставят их один-два раза с промежутком в пять-восемь дней. Для лечения тромбозов пиявки прикладывают по ходу пораженных сосудов в количестве трех-четырех штук.

После применения пиявок при острых воспалительных заболеваниях женских половых органов обычно улучшается общее состояние больной, снижается температура, наблюдается значительное облегчение, а порой и полное исчезновение болей и значительное уменьшение экссудата. Снижение и исчезновение болей объясняется уменьшением отека и венозного застоя в тканях.

Противопоказаниями к применению пиявок являются: фурункулез, пиодермии в местах приложения пиявки, а также заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни крови.

Применение пиявок не лишено недостатков. Так, например, гирудин трудно дозировать. Пиявки нельзя назначать систематически в течение длительного времени. Применение их связано с некоторой потерей крови (иногда место укуса пиявки очень долго кровоточит), что не всегда желательно (например, при воспалительных заболеваниях, сопровождающихся анемией).

К синтетическим антикоагулянтам относятся **дикумарин** и **неодикумарин**.

В гинекологической практике они применяются главным образом при тромбозах.

Введенный в организм дикумарин замедляет свертывание крови. Максимальное его действие проявляется через 24—72 часа после введения. Дикумарин обладает кумулятивным свойством.

При систематическом применении дикумарина необходимо определять протромбин крови не реже, чем через день (вначале даже ежедневно).

Самым ранним признаком осложнения от дачи препарата является гематурия. Поэтому при лечении дикумарином необходимо не реже, чем через день исследовать мочу.

Дозировка дикумарина следующая:

Первые сутки: 1-я доза — 0,1 г, далее каждые 6 час. по 0,05 г (0,25 г за первые сутки); вторые сутки — по 0,05 г каждые 6 час. (0,2 г в сутки); третьи сутки — по 0,05 г каждые 8 час. В дальнейшем, в зависимости от степени падения протромбина крови, по 0,05 два или даже один раз в сутки. При снижении протромбина ниже 40% (при норме 100%) следует прервать прием дикумарина на один-два дня.

Неодикумарин действует быстрее, чем дикумарин, он менее токсичен, у него меньше выражены кумулятивные свойства; индивидуальная чувствительность к нему колеблется в меньших пределах.

При остром процессе неодикумарин назначается в первые дни по 0,3 г два-три раза в день. В дальнейшем дозу уменьшают (0,2 г — два-три раза в день и даже 0,1 г два-три раза в день) в зависимости от степени падения протромбина крови.

Неодикумарин можно применять для профилактики тромбозов. Противопоказан он в первые дни после родов и во время месячных.

ЛИТЕРАТУРА

- Андрянова И. Г. Получение препарата сухого гемоглобина и возможные пути его использования. Физиол. жур. СССР им. Сеченова. т. 41, 1955, 2, стр. 285—286.
- Беленький Н. Г. Проблема производства кровезаменителей из крови сельскохозяйственных животных. Докл. Всесоюз. академии сельскохозяйств. наук, 1956, вып. 7, стр. 11—16.
- Беляев И. Т. К вопросу о внутриартериальном вливании крови в акушерстве и гинекологии. Акуш. и гинек., 1955, 1.
- Борнштейн С. А. Применение пиявок, плацентарной крови и парафина для

терапии острых воспалительных заболеваний. «Акуш.-гинек. практика» сб., под ред. А. И. Петченко. Госмедиздат УССР, 1952

Волох Д. М. Внутриагтерияльное нагнетание крови при смертельных кровопотерях в акушерско-гинекологической практике. Акуш. и гинек., 1952, 6.

Гостева М. И. Профилактика и терапия внутрйчерепных кровоизлияний новорожденных. «Акуш.-гинек. практика». Госмедиздат УССР, 1952.

Захаров Ф. Т. и Багдасаров А. А. Сборник инструкций по организации, заготовке и переливанию крови и ее компонентов. Медгиз, 1957.

Зиновьева В. Н. Применение тезана при лейкопениях. Сб. науч. трудов. Красноярский мед. ин-т, 1955.

Касаткина-Титова В. В. Переливание крови в костный мозг в акушерско-гинекологической практике. Акуш. и гинек., 1956, 2.

Климович С. К. Лечение больных железодефицитными анемиями препаратом ферковеном. Пробл. гемат. и перел. крови, т. 3, 1956, стр. 26—28.

Короткин Н. И. и Адамская К. Б. Клинические наблюдения над переливанием крови при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Акуш. и гинек., 1950, 1.

Лаврова О. П., Файнштейн Ф. Э. и Скурович С. В. Применение гемостотимулина в системе лечения железодефицитных анемий. Пробл. гематол. и перел. крови, т. 1, 1956, 1, стр. 57—60.

Лемберг Я. М. Переливание крови и введение лекарственных растворов через грудину в акушерско-гинекологической практике. Акуш. и гинек., 1950, 1.

Марьенко Ф. С. Применение плацентарной эмульсии при некоторых заболеваниях женской половой сферы. Акуш. и гинек., 1953, 4.

Марьенко Ф. С. Реинфузия крови при внутрибрюшных кровотечениях. Новый хирург. архив, 1956, 1, стр. 67—68.

Мильченко И. Т. и Калашникова Н. П. Внутриагтерияльное нагнетание крови в акушерско-гинекологической практике родовспомогательных учреждений. Акуш. и гинек., 1953, 5.

Неговский В. А. и Зак Р. Л. Артерияльное нагнетание крови как метод терапии смертельных кровопотерь в акушерско-гинекологической практике. Акуш. и гинек., 1951, 1, стр. 20—26.

Персианинов Л. С. и Автюхович С. Ф. Внутриагтерияльное вливание крови в акушерско-гинекологической практике при шоке и кровопотере. Акуш. и гинек., 1953, 4.

Раевский М. С. Наш опыт реинфузии крови. Новый хирург. архив, 1956, 1, стр. 68—69.

Розенберг Г. Л. и Полушина Т. В. Синтетический кровезаменитель полиглютин. Проблемы гематологии и переливания крови. Т. 1, 1956, 1, стр. 49—52.

Романко Т. А. Парентерияльное введение ферковена для лечения больных гипохромной анемией различной этиологии. Клин. медиц., т. 35, 1957, 1, стр. 57—63.

Соловьева Т. Г. и Ковшиков Ф. И. Методические указания по определению групп крови, резус-фактора, профилактике и лечению посттрансфузионных осложнений. Л., 1956.

Филатов А. Н. Использование в хирургической клинике составных частей и препаратов крови. Хирургия, 1955, 11, 20.

Шамов В. Н. и Филатов А. Н. Руководство по переливанию крови. Медгиз, 1940.

Шишкова В. Н. Переливание плацентарной крови в гинекологии и акушерстве. Л., 1940.

Глава 3

ГОРМОНОТЕРАПИЯ¹

Действие гормонов. Терапия эстрогенами. Терапия андрогенами. Терапия гормонами: желтого тела; гипофиза; щитовидной железы. Терапия препаратом грудной железы.

В. В. Подвысоцкий впервые высказал мысль, что яичник — железа внутренней секреции. К. К. Скробанский (1903) доказал двойную антагонистическую функцию гормонов яичника: наличие в нем гормонов фолликула и желтого тела. Л. Л. Окинчиц впервые применил лечение препаратом яичников при менструальных расстройствах.

Вопросами гормонотерапии в акушерстве и гинекологии занимались А. Э. Мандельштам, В. К. Чайковский, А. П. Преображенский, Е. И. Кватер, С. К. Лесной и др.

ДЕЙСТВИЕ ГОРМОНОВ

Можно думать, что действие гормонов на органы осуществляется при посредстве центральной нервной системы. И. П. Павлов считал, что возбудимость центральной нервной системы зависит от уровня гормонов в крови и может значительно изменяться при нарушении их количественных соотношений. Воздействие гормонов на рецепторы обуславливает возникновение нервных импульсов, вызывающих определенные рефлекторные реакции. Возможно также непосредственное действие гормонов на нервные центры.

Гормоны, введенные извне, могут изменять количественное соотношение гормонов в крови и нормализовать возбудимость центральной нервной системы. Благодаря этому нормализуется деятельность эндокринных желез, и в дальнейшем необходимое для организма количество гормонов вырабатывается самостоятельно.

Касаясь гормонотерапии злокачественных опухолей гениталий, надо отметить, что правильное применение ее вызывает благоприятные сдвиги нейро-гуморальных регуляций и обменных процессов и создает новые условия жизнедеятельности организма, неблагоприятные для развития злокачественных процессов.

ТЕРАПИЯ ЭСТРОГЕНАМИ

Препараты, применяемые для эстрогенной терапии в гинекологии, бывают натуральными (фолликулин) или синтетическими.

Ф о л л и к у л и н (эстрон) назначают внутримышечно в масляных растворах.

¹ Эта глава является продолжением гл. 3, ч. I и связана с главами, в которых излагаются вопросы гормонотерапии различных заболеваний (ч. II).

Rp. Sol. folliculini oleosae 1,0 (á 5000 ЕД)
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл в мышцы.

Инъекции делают каждые 1—2 дня; курс лечения — 8—12 инъекций.

Показания к применению: главным образом как заместительная терапия при недостаточной функции яичников. Так, например, фолликулин применяется при половом недоразвитии, аменорее, олигоменорее, дисменорее, климактерических расстройствах у женщин и при других заболеваниях, связанных с пониженной функцией яичников.

Фолликулин находит также применение и при лечении гипертонии в климактерическом периоде, а иногда при спазмах периферических сосудов.

Из синтетических препаратов применяются следующие.

Синэстрол. Выпускается в ампулах для внутримышечного введения и в таблетках для приема внутрь.

Rp. Sol. synoestrolis oleosae 0,1%—1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы.

Или:

Rp. Synoestrolis 0,001
D. t. d. N. 10 in tabul.

Инъекции синэстрола назначают один раз в два-три дня; курс лечения 8—12 инъекций. При применении таблеток рекомендуется начинать лечение с небольших доз — по 1/2 таблетки один-два раза в день; иногда этого достаточно для устранения симптомов болезни. Если лечение не дает эффекта, дозу следует увеличить до 2 таблеток в день; курс лечения — 15 дней при трехнедельном и 20 дней при четырехнедельном цикле.

Синэстрол назначают по следующим показаниям: аменорея на почве недостаточной функции яичников, аменорея в связи с недоразвитием яичников и матки, дисменорея и гипо-олигоменорея, бесплодие в связи с недоразвитием матки, климактерические кровотечения и расстройства, обусловленные хирургическим удалением яичников, галакторея.

Октэстрол. Выпускается в таблетках.

Rp. Octoestrolis 0,001
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Показания к его применению — нарушения менструального цикла, климактерические расстройства (невроз), старческий кольпит, для подавления лактации.

Эстрадиол-дипропионат. Выпускается в масляном растворе в ампулах по 1 мл. Эстрадиол-дипропионат по характеру действия близок к фолликулину, но значительно активнее последнего.

Показания те же, что и для фолликулина. Наиболее важными показаниями для лечебного применения эстрадиол-дипропионата являются нарушения менструального цикла, главным образом различные формы аменореи, олиго- и гипоменореи, дисменорея при недоразвитом половом аппарате. Его применяют также при климактерических и кастрационных явлениях выпадения, а также при некоторых заболеваниях влагалища, например, при старческом атрофическом вагините.

Диэтилстильбэстрол, пропионат диэтилстильбэстрола. Первый выпускается в ампулах в масляном растворе по 1 мл

для введения внутримышечно и в таблетках для приема внутрь; второй— в ампулах по 1 мл. Препараты применяются в дозах, вдвое меньших, чем синэстрол. Показания для применения такие же, как для фолликулина и синэстрола.

Диэтилстильбэстрол токсичнее синэстрола и может иногда вызвать тошноту и даже рвоту.

Диэстрол менее активен, чем синэстрол, но действует длительнее. Назначается внутримышечно по 2 мл 0,6% масляного раствора. Показания те же, что для синэстрола.

ТЕРАПИЯ АНДРОГЕНАМИ

Тестостерон-пропионат. Выпускается в виде масляных 1, 2,5 и 5% растворов в ампулах по 1 мл.

Rp. Sol. testosteronei propionici oleosae 1% 1,0

D. t. d. N. 6 in amp.

S. В мышцы по 1 мл через два дня на третий.

Показания: климактерические ангионеврозы; дисфункциональные кровотечения, рак яичников и грудной железы в послеоперационном периоде. Тестостерон-пропионат обладает маскулинизирующими свойствами. При длительном применении возникают побочные явления: единичные acne vulgaris, пастозность лица, незначительное огрубение голоса, а также повышение полового влечения. Передозировка препарата при дисменорее может вызвать прекращение менструаций. Эти явления, как правило, исчезают через пять-десять дней после прекращения лечения.

Метилтестостерон. Выпускается в таблетках по 5 мг.

Rp. Methyltestosteroni 0,005

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

Держать под языком до растворения.

Рекомендуемые при миомах дозы от 10 до 30 мг в сутки, по нашему мнению, достаточны; удовлетворительный лечебный эффект при раке давало применение 30—50 мг метилтестостерона в сутки с последующим снижением дозы до 20 мг.

Доза на курс лечения составляет 1—1,5 г.

Противопоказания к применению андрогенных препаратов: повышенное артериальное давление (более 160 мм), выраженный гипертрихоз. У больных подагрой и ревматическим артритом тестостерон вызывает усиление болей в суставах.

ТЕРАПИЯ ГОРМОНОМ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Прогестерон обладает биологическим и лечебным действием естественного гормона желтого тела. Вызывает секреторное преобразование эндометрия, находящегося в состоянии пролиферации; уменьшает сокращения мускулатуры матки и труб; стимулирует развитие конечных элементов грудной железы.

Прогестерон выпускается в виде масляных растворов по 1 мл.

Rp. Sol. progesteroni oleosae 0,5%—1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 1 мл в мышцы.

Показания к применению: заболевания половых органов вследствие функциональной недостаточности желтого тела, маточные кровотечения, дисменорея, аменорея, бесплодие.

При дисфункциональных маточных кровотечениях лечение проводят курсами по шесть-восемь дней по 5 мг ежедневно. Курсы лечения повторяют через 15—20 дней до тех пор, пока не установится нормальный менструальный цикл.

При дисменорее лечение назначают за шесть-восемь дней до менструации. Прогестерон вводят ежедневно по 3—5 мг в течение пяти-шести дней. При дисменорее, связанной с недоразвитием матки, лечение прогестероном можно сочетать с назначением эстрогенных препаратов.

При аменорее лечение начинают с назначения эстрогенных препаратов, оно длится до предполагаемого 16-го дня менструального цикла. Непосредственно по окончании применения их назначают прогестерон по 5 мг ежедневно в течение шести-восьми дней. При показаниях курс лечения повторяют два-три раза.

Прогестерон не следует применять во время менструаций и в первую половину межменструального периода.

Прегнин. Выпускается в таблетках по 5 мг.

Rp. Pregnini 0,005

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. Таблетку держать под языком до растворения.

Прегнин является синтетическим аналогом гормона желтого тела (прогестерона). Он обладает аналогичным гормону желтого тела биологическим и лечебным действием. Преимуществом прегнина является возможность применения внутрь.

Показания те же, что и при назначении прогестерона, но дозы увеличиваются в 3 раза.

При дисфункциональных маточных кровотечениях прегнин назначается внутрь по 5—10 мг 3 раза в день в течение пяти-шести дней. Во избежание рецидива кровотечения спустя полторы-две недели следует провести повторный курс лечения в тех же дозах.

При дисменорее лечение прегнином проводят так же, как прогестероном. Но за два-три дня до начала менструации прием таблеток прекращают.

При аменорее прегнин назначают так же, как прогестерон. При значительном недоразвитии матки проводят несколько курсов лечения эстрогенами и прегнином. При бесплодии прегнин назначают по 5—10 мг 2—3 раза в день в течение трех-четырех дней до начала менструации.

ТЕРАПИЯ ГОРМОНАМИ ГИПОФИЗА

Гормоны передней и задней доли гипофиза применяют в гинекологии реже, чем в акушерстве. Чаще всего применяют гормон задней доли — питуитрин.

Питуитрин применяют при функциональных маточных кровотечениях, связанных с фибромиомами матки и воспалительными заболеваниями придатков матки. Как известно, питуитрин противопоказан при гипертонии. В этих случаях его заменяют окситоцином, не обладающим вазопрессорным и антидиуретическим действием.

ТЕРАПИЯ ГОРМОНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Из препаратов щитовидной железы в гинекологической практике применяют тиреоидин (thyreoïdinum) в порошке или в таблетках по 0,1—0,2 г 2—3 раза в день.

Показания: недостаточность функции щитовидной железы с явлениями ожирения, отеков, кожных заболеваний, аменорея, бесплодие.

ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Из препаратов грудной железы в настоящее время применяют маммофизин (mammothysinum) — смесь питуитрина с экстрактом молочной железы лактирующих коров. Вводят его внутримышечно или подкожно по 1—1,5 мл. Назначают маммофизин при фибромиомах матки, а также при кровотечениях, связанных с хроническими воспалительными процессами (метрит, аднексит).

Гормонотерапию следует сочетать с витаминотерапией, гигиеническим режимом, психотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

- Камерсон А. Т. Достижения современной эндокринологии (перевод с англ.), М., 1948.
- Каплун Э. М. О действии больших доз гонадотропного гормона на половые железы. *Акуш. и гинек.*, 1937, 8.
- Кватер Е. И. Клинико-экспериментальные данные о роли витаминов, гормонов и химизма нервной деятельности в метаболизме эстринов. *Акуш. и гинек.*, 1946, 6.
- Кватер Е. И. Гормонотерапия в акушерстве и гинекологии, Медгиз, 1956.
- Лесной С. К. К вопросу о сущности очаговой реакции у гинекологических больных. *Акуш. и гинек.*, 1953, 2.
- Моисеевко М. Д. Первые отечественные работы о женских половых железах и их гормонах. *Акуш. и гинек.*, 1952, 3.
- Окинич Л. Л. Женский половой гормон и его значение в гинекологии. *Акуш. и гинек.*, 1936, 1.
- Петченко А. И. Гормонотерапия некоторых расстройств сократительной функции матки. *ЗЛМИ*, 1947.
- Ремезов И. А. Химия и биохимия гормонов пола. Изд-во ВИНМ, 1936.
- Преображенский А. П. К вопросу о гормонотерапии женского бесплодия. *Акуш. и гинек.*, 1946, 2.
- Преображенский А. П. и Лесной С. К. Опыт применения синвестрола, стилибестрола и дипропионата стилибестрола в клинике. *Акуш. и гинек.*, 1946, 1.
- Сердюков М. Г. Фолликулитотерапия при гинекологических заболеваниях. *Тр. 8-го Всес. съезда акуш. и гинек. Киев*, 21—26 мая, 1928.
- Сердюков М. Г. О фолликулитотерапии гинек. забол. *Ж. акуш. и жен. бол.*, 1929, 3.
- Спесьмий М. Г. Применение диэтилстильбэстрола при угрож. выкидышах. *Сб. «Акуш.-гинек. практика»*, под ред. А. И. Петченко. Киев, 1952.
- Скуя Я. Х. и Строкова Н. З. Фолликулитотерапия воспалительных гинекологических кровотечений. *Акуш. и гинек.*, 1939, 7.
- Труевцева Т. В. О применении метилтестостерона при некоторых гинекологических заболеваниях. *Акуш. и гинек.*, 1950, 5.
- Тренделенбург Пауль. *Гормоны*. Т. 1, Медгиз, 1932.
- Шондек Б. Гормоны яичника и передней доли гипофиза. *Сельхозгиз*, 1938.
- Шушания П. Г. Лечение геморрагической метропатии мужским сексуальным гормоном. *Акуш. и гинек.*, 1947, 2.

Глава 4

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ НЕОПЕРАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Витаминотерапия. Вакциноотерапия. Протеинотерапия. Тканевая терапия; лечение грязевыми экстрактами; терапия алоэ и стекловидным телом. Новокаиновая блокада.

ВИТАМИНОТЕРАПИЯ

Витамины — органические вещества, совершенно необходимые для жизни и здоровья человеческого организма и животных. Организм испытывает большую потребность в витаминах А группы В, D, E, K, P и особенно С.

Действие этих витаминов на человеческий организм изучено недостаточно. Можно думать, что витамины осуществляют свои сложные функции биологических стимуляторов рефлекторным путем через центральную нервную систему; в то же время витамины, и прежде всего группы В, необходимы для нормальной функции нервной системы. Витамины в основном вводятся с пищей (экзогенно); но некоторые из них вырабатываются в самом организме. Так, витамин А образуется в печени из каротина, витамин D из дегидрохолестерина в коже под действием ультрафиолетовых лучей. В этом можно видеть тесную связь между витаминами и гормонами. Существует также весьма тесная взаимосвязь между витаминами и ферментами (В. А. Энгельгардт, 1940), между витаминами и медиаторами типа ацетилхолина.

Можно считать, что витамины, гормоны, ферменты и медиаторы представляют собой единую систему биологических катализаторов (С. Н. Астахов, 1954). Витамины разделяются на водорастворимые (группы В, С и Р) и жирорастворимые (А, D, E и К). Жирорастворимые витамины термостабильны, устойчивы к кислотам и щелочам и способны депонироваться в тканях.

Витамин А. Витамин А получается из каротина печени под влиянием фермента каротиказы. Наибольшее количество витамина А находится в печени рыб, а каротина — в моркови, шиповнике, шпинате, абрикосах. Каротин находят в желтом теле яичника, в плаценте, в гипофизе и особенно много — в печени. Щитовидная железа своим инкретом способствует превращению каротина в витамин А, который снижает действие тирексина. Имеется тесная связь витамина А с диэнцефалогипофизарной системой (С. Н. Астахов).

Витамин А играет большую роль в процессах размножения. Суточная потребность здорового человека в витамине А колеблется от 1,8 до 5 мг. У человека гиповитаминоз А проявляется прежде всего в нарушениях адаптации, гемералопии («куриная слепота»), затем в ксероф-

талями. Характерно также для гиповитаминоза А ороговение кожи, сухость ее, а затем — появление гиперкератозных бляшек.

Гиповитаминоз А иногда сочетается с отеками и альбуминурией (С. Н. Астахов). При введении витамина А повышается сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям, в частности к септическим, маститам и проч. Он назначается также при анемии после длительных гинекологических кровотечений в виде драже витамина А (10 000 — 25 000 МЕ). При декубитальных язвах в связи с выпадением матки и влагалища его с успехом назначают в виде тампонов.

Витамины группы В. Водорастворимый витамин В относится к группе веществ, обладающих различными свойствами. Изучены в настоящее время витамины В₁, В₂, В₆, В₁₂ и некоторые другие. Витамин В встречается в семенах растений, отрубях, пивных дрожжах, орехах, курином желтке, печени, почках, мозгу и сердце.

В и т а м и н В₁ (тиамин-бромид, тиамин-хлорид) снижает активность холинэстеразы, повышая способность ацетилхолина стимулировать сократительную функцию матки. Содержание витамина В₁ в крови составляет 4—6‰.

Самое раннее проявление гиповитаминоза В₁ — нарушение чувствительности и анемия пальцев, парестезия; затем наблюдаются судороги икрожных мышц, ломота в костях и т. п. Почти постоянным спутником нарушений чувствительности является сухость кожи, гиперкератозы; нередко сердечные расстройства, отечность или пастозность конечностей (последние нередко приписываются токсикозу беременности). Часто встречается также анорексия, запоры.

Если недостаточность витамина В₁ установлена, то нужен правильный пищевой режим, а также лечение соответствующими препаратами витамина В₁ или продуктами с богатым содержанием этого витамина (пивные дрожжи).

В и т а м и н В₁ применяется в гинекологии по следующим показаниям: септические гинекологические заболевания, аменорея, дисфункциональные кровотечения, климактерические, ювенильные кровотечения. Дозы для тиамин-бромида: 5—10 мг 1—2 раза в день. Мы получили хороший эффект при дисфункциональных и ювенильных кровотечениях от больших доз препарата (30—50 мг). Витамин В₁ в комбинации с витамином С и глюкозой часто назначают ослабленным (послеоперационным) гинекологическим больным.

В и т а м и н В₂. Витамин В₂ (рибофлавин, лактофлавин) имеется в молоке, яйцах, печени; в настоящее время выделен в кристаллическом виде. Хорошо растворим в воде. Потребность человека в рибофлавине составляет около 3 мг в сутки. Клинические симптомы гиповитаминоза В₂ у человека заключаются в появлении кератита, глоссита и хейлита (заеды), переходящего в дерматит лица; в тяжелых случаях авитаминоза В₂ описаны язвенный колит, аплексия.

Этот витамин, влияя на окислительные процессы, имеет значение для нормального течения климакса и послеоперационного периода, беременности и родов в особенности у лиц с проявлением аноксии.

В и т а м и н В₁₂ стимулирует функции кроветворения. Он содержится в почках и печени травоядных животных. Выпускается в ампулах по 1 мл; содержит 30, 100, 200, 500, и 1000 γ витамина. Вводится подкожно или внутримышечно один раз в два-три дня. Витамин В₁₂ полезен при постгеморрагических анемиях у гинекологических больных (в частности, фиброматозных) и анемии беременных. При лейкопении и тромбопении после приема витамина В₁₂ наблюдается быстрое увеличение количества лейкоцитов и тромбоцитов.

Витамин РР (никотиновая кислота, антипеллагрический фактор), применяемый в последнее время как могучее средство для лечения пеллагры, необходим человеческому организму в количестве 30—50 мг. Ранними клиническими симптомами недостатка витамина РР считаются гиперкератоз и гиперпигментация в области локтей и колен, а также явления хейлита. Весьма часто клиническая картина гиповитаминоза РР перекрывается явлениями гиповитаминоза В₁. В гинекологической практике витамин РР применяется иногда при кровотечениях воспалительной этиологии.

Витамин С. Аскорбиновая кислота. Встречается в овощах, фруктах, молоке; особенно много ее — в шиповнике. Биологическое значение витамина С состоит в его большом участии в окислительно-восстановительных процессах в клетках.

Витамин С содержится в яичнике и матке. На основании гистологических исследований, А. П. Осякина-Рождественская и др. установили, что аскорбиновая кислота находится в желтых телах яичника, преимущественно в соединительнотканых клетках theca interna. Что касается матки, то аскорбиновая кислота обнаруживается в эндометрии, главным образом в соединительной ткани цитогенной стромы. Особенно богаты витамином С децидуальные клетки. Витамин С содержится также в миометрии. Имеется несомненный параллелизм между количеством витамина С и интенсивностью гормональной функции яичника и эндометрия (Г. А. Бакшт, А. И. Осякина-Рождественская).

А. П. Преображенский и Е. И. Кватер считают, что аскорбиновая кислота способствует переходу эстрина в биологически активный эстродиол. Нашими экспериментальными исследованиями (1941) было показано, что аскорбиновая кислота угнетает сократительную деятельность матки животных, синтезирующих аскорбиновую кислоту (крыс, кошек, крольчих), и возбуждает моторику матки у несинтезирующих витамин С (человка, обезьяны и морской свинки).

Потребность взрослого человека в аскорбиновой кислоте составляет 50 мг в сутки. Организм беременной испытывает повышенную потребность в витамине С.

Благодаря своему положительному влиянию на функцию кроветворения, свертываемость крови, уменьшение проницаемости капилляров аскорбиновая кислота применяется в широких масштабах не только при акушерских кровотечениях (Г. А. Бакшт), но и при гинекологических: дисфункциональных, ювенильных, климактерических, при тромбозах, в послеоперационном периоде и при септических осложнениях. Дозы аскорбиновой кислоты при внутривенном применении в тяжелых случаях повышаются до 500 мг в сутки.

Витамин D (кальциферол), противорахитический витамин.

Витамин D жирорастворим. Наиболее богаты витамином D животные жиры — рыбий жир, яичный желток, сливочное масло. Он депонируется в мозгу, почках, надпочечниках, печени, плаценте. Витамин D является регулятором фосфорно-кальциевого обмена и необходим человеку на протяжении всей жизни, в особенности при беременности и лактации.

Клиническими проявлениями гиповитаминоза D у взрослых являются остеомалация, спазмофилия, тетания, кариес зубов и рахит (у детей). Клиника тяжелых форм остеомалации беременных была известна давно (В. В. Пашутин, 1902). В настоящее время в СССР остеомалация не наблюдается. Но во время войны она была описана (1943) Г. М. Шполянским: «Общее недомогание, крошащиеся зубы и неопределенные бо-

ли в костях» — симптомы начинающегося заболевания. В дальнейшем — болевые точки в области позвонков, симфиза, лонных костей, судороги аддукторов, «утиная» походка.

Суточная потребность в витамине D составляет для взрослого 1000 МЕ, для детей — 500—1000 МЕ. Лечебные дозы должны быть выше. Женское грудное молоко не содержит витамина D.

Витамин D назначают иногда гинекологическим больным при септических осложнениях, после лихорадочных абортов и т. п. Доза 10 000—20 000 МЕ на курс. Препарат дают внутрь (капли, драже).

Витамин D в виде рыбьего жира назначают при эрозиях и кольпитах (тампоны).

Витамин E (токоферол). Жирорастворимый витамин E был выделен из пшеничных ростков в виде веществ, названных α , β и γ -токоферолы; более активным является α -токоферол.

Экспериментальными исследованиями в последние два десятилетия доказано, что авитаминоз E отрицательно влияет на плодовитость самок и самцов, не нарушая при этом общего состояния животных. Назначение витамина E беременным женщинам для лечения привычных выкидышей оказалось эффективным. В гинекологии его применяют при бесплодии, аменорее, гипоплазии матки. Витамин E (масло пшеничных зародышей) назначают внутрь по 1 чайной ложке в день.

Витамин K (антигеморрагический) встречается в зеленых частях растений (шпинат, капуста, помидоры). В растениях имеется витамин K₁ в животных продуктах — K₂. Для лечебных целей применяют метинон, или водорастворимый викасол, и синкавит. Витамин K усваивается только при наличии в кишечнике желчи. K-авитаминоз у взрослых ведет к нарушению свертываемости крови вследствие прекращения продукции протромбина печенью; при отсутствии витамина K повышается проницаемость капилляров, прекращается синтез не только протромбина, но и тромботропина, необходимых для свертывания крови.

В гинекологической практике витамин K применяется при различных маточных кровотечениях: ювенильных, климактерических, при кровотечениях у больных с воспалительными и миоматозными заболеваниями, а также при подготовке больных к операциям, могущим сопровождаться кровотечением.

Викасол назначают на прием по 5—10 мг, суточная доза 10—20 мг, принимать 3—4 дня, после чего назначается перерыв в 4—5 дней. Метинон назначается в дозе 0,01—0,015 г в спиртовом растворе 3—4 дня, потом — перерыв. При сильных кровотечениях оба препарата вводят внутримышечно:

Rp. Sol. vikasoli 0,3% 5 мл.

Rp. Sol. methynoni oleosae 0,5% по 0,5 мл.

Синкавит (synkavit) назначают внутривенно по 10 мг также при сильных кровотечениях.

ЛИТЕРАТУРА

- Бакшт Г. А. О генезе кровотечений при фибромиомах матки. Акуш. и гинек., 1939, 7.
Булавинцева А. И. Витамин C в крови при аменорее. Сб. работ Ленингр. акуш.-гинек. об-ва, 1945, в. 2, стр. 51—53.
Ефремов В. В. Важнейшие авитаминозы человека. Медгиз, 1939.
Ефремов В. В. Витамины и их значение для человека. Медгиз, 1949.
Ефремов В. В. Основные принципы и направления лечебного применения витаминов. Совет. медиц., 1957, I.

- Кватер Е. И. Клинико-экспериментальные данные о роли витаминов, гормонов и химизма нервной деятельности. Акуш. и гинек., 1947, 4.
- Кудряшов Б. А. Витамин Е и механизм его действия. Тр. Всес. конф. по витаминам, АН СССР, 1940, стр. 257—260.
- Кудряшов Б. А. Биологические основы учения о витаминах. Сов. наука, 1948.
- Могилев М. В. К вопросу об обмене витамина С при маточных кровотечениях. Акуш. и гинек., 1937, 12.
- Осякина-Рождественская А. И. Содержание витамина С в яичнике и в матке женщины. Акуш. и гинек., 1945, 2, стр. 26—31.
- Пашутин В. В. Курс общей и экспериментальной патологии, т. II, ч. 1, СПб, 1902.
- Певзнер Л. М. Обеспечение рациона больного витаминами при помощи пищевых продуктов. Сов. медиц., 1946, 8—9, стр. 39—41.
- Рысс С. М. Гиповитаминозы и болезни витаминной недостаточности. Медгиз, 1948.
- Смотров В. Н. Витамины и их клиническое значение. Медгиз, 1946.
- Шмидт А. А. Аскорбиновая кислота, ее природа и значение в живом организме, 1941.
- Энгельгардт В. А. Биохимия витаминов. Тр. Всесоюз. конф. по витаминам, АН СССР, 1940, стр. 31—40.
- Яропольская Г. Н. Опыт лечения гинекологических кровотечений витамином С. Акуш. и гинек., 1947, 4.

ВАКЦИНОТЕРАПИЯ

Вакциноterapia основана на том, чтобы путем введения ослабленных или убитых культур бактерий в организм побудить его к выработке специфических антител. Успех вакцинотерапии всецело зависит от реактивности организма.

В гинекологической практике вакциноterapia применял И. Г. Бурлаков при стафило-стрептококковых, колибациллярных и гонорейных процессах. С. М. Беккер (1931) также применял вакциноterapia при колибациллярных заболеваниях женской половой системы. Широко используют вакциноterapia при лечении гонореи верхнего отдела гениталий.

Титр вакцины определяется числом микробных тел в 1 мл эмульсии. Большинство лабораторий СССР изготовляют вакцины титра 100 млн. микр. тел в 1 мл.

Различают аутовакцины, приготовленные из разводов, взятых от данного больного, и гетеровакцины, полученные из разводов от других больных. Вакцина, приготовленная из одной разводки, называется моновалентной, из многих разводов — поливалентной. Большинство ауторов пользуются поливалентными вакцинами.

Сушность действия гоновакцины состоит не только в специфической иммунизации, так как гонококк после вакцинотерапии исчезает не всегда, а в вызывании ею специфической реакции со стороны пораженных тканей. Реакция эта бывает общей (главным образом температурной), очаговой — со стороны пораженных органов и местной — в месте применения.

Специфичность гоновакцины зависит как от заключающегося в ней антигена, так и от белков микробных тел. По исследованиям американских авторов, антиген вакцины заключается в большом количестве в полисахаридах и в меньшем — в белках микробных тел.

По Л. И. Бубличенко, температурная реакция при вакцинотерапии появляется при введении вакцины в кровь, в слизистую или внутримышечно (но не интра- или субкутанно); при этом вакцина должна содержать достаточное количество микробных тел. Вакцинореакция появляется также только тогда, когда имеются закрытые гонорейные очаги. Новейшие исследования доказали успешность действия вакцины и появление специфической реакции (а также реакции Борде—Жангу) и при открытой гонорее, когда имеется очаговое поражение.

Что касается влияния вакцинотерапии на кровь, то, по данным С. Л. Марьясица и Б. Л. Печерского (1928), вакцина в ряду других иммунотерапевтических препаратов (молоко, кровь) вызывает наиболее резкие изменения крови, указывающие на раздражение лейкопоэтической системы. Эти изменения носят двухфазный характер (в 75% случаев): в первой фазе наблюдается лейкопения, во второй — лейкоцитоз. В 25% случаев первая фаза отсутствует и отмечается только лейкоцитоз.

Лейкоцитоз развивается главным образом за счет увеличения нейтрофилов со сдвигом влево, и ему сопутствует лимфопения и уменьшение количества эозинофилов, иногда до полного их исчезновения. В дальнейшем следует снижение лейкоцитоза (главным образом за счет нейтрофилов) и нарастание лимфоцитов и эозинофилов. Пользуясь гематологическими данными после введения вакцины, можно точно регулировать дозы и промежутки между отдельными впрыскиваниями. Обычные промежутки между инъекциями составляют три-четыре дня; в большинстве случаев, за исключением особо тяжелых, этот промежуток совпадает с возвращением гематологической картины белой крови к норме.

Вопросы о дозировке, составе вакцин и месте применения до сего времени еще подвергаются дискуссии.

В. Е. Дембская и др. применяют малые дозы, начиная с 30 млн. м. т. (постепенно доходя до 200 млн. м. т.), чтобы не вызвать заметной реакции. Напротив, другие авторы (А. Б. Вайнштейн, Л. И. Бубличенко, И. Г. Бурлаков) рекомендуют большие дозы (от 200 до нескольких миллиардов м. т.), стремясь получить ясно выраженную температурную реакцию.

Способы введения гоновакцины в организм различны: внутривенный (Франц), внутримышечный (Букура), подкожный, внутрикожный (И. Г. Бурлаков, К. А. Карышева), в слизистую (шейки, влагалища).

В связи с учением А. М. Безредка о местном иммунитете возникла мысль вводить вакцину локально — в место поражения (в шейку, стенки уретры, влагалище и т. п.).

Различают два метода регионарного введения вакцины: в толщу шейки по Букура и подслизистую цервикального канала по И. Г. Бурлакову. Оба метода вызывают одинаково сильную реакцию и считаются наиболее эффективными.

При регионарном методе введения гоновакцины выздоравливает около 80% больных гонореей. Недостатком этого метода являются бурные реакции, вследствие чего он противопоказан у больных ослабленных, страдающих туберкулезом, пороком сердца, нефритом.

Мы применяли для лечения гонорей различные дозы вакцины, причем получили следующие результаты. При лечении малыми дозами — от 10 до 100 млн. м. т. — успех наблюдался в 33,3% случаев. При лечении средними дозами — от 100 до 300—400—500 млн. м. т. — излечение наступает в 86,8% и при лечении большими дозами — от 500 млн. до 1 млрд. м. т. — в 65% случаев. Таким образом, мы считаем наиболее эффективными средние дозы гоновакцины.

В случаях упорных эндоцервицитов, не исчезающих даже под влиянием больших доз вакцины и местного лечения, хороший эффект дает комбинация вакцины, сульфаниламидной терапии и антибиотиков с обязательным применением вакцины в начале лечения как подготовительной терапии (ч. II, гл. 7). В этих случаях был получен более быстрый лечебный эффект.

Не меньшее значение, чем дозировка, имеет срок годности и стандартизация гоновакцины.

Вакциноterapia должна сочетаться с местным лечением; во многих случаях ее можно также комбинировать с физиотерапевтическими процедурами: сначала с осторожностью (кварц), а потом более смело (соллюкс, кварц-соллюкс). При затяжных эндоцервицитах одновременно с вакцинотерапией можно назначать аутогемотерапию в шейку матки.

Противопоказаниями к применению гоновакцины являются: эндокардит, активный туберкулез, тяжелые поражения почек, острый период восходящей гонорей с общим тяжелым состоянием, истощение и тяжелые анемии, а также гной в трубах, заднем дугласовом пространстве или параметрии; в этих случаях показано предварительное опорожнение гнойных очагов, дренирование их и т. д.

Вакциноterapia должна применяться только после восстановления сил больной и с улучшением гематологических показателей (уменьшение общего лейкоцитоза до 9—8 тыс., отсутствие лимфопении, появление эозинофилов, моноцитов, снижение РОЭ до 45—40 мм).

Техника вакцинации в шейку матки, принятая нами, следующая: после введения влагаллищных зеркал, portio vaginalis дезинфицируют спиртовым ватным шариком и захватывают сбоку пулевыми щипцами. Затем шейку вторично тщательно протирают сухой стерильной ватой и в наружный зев, *in situ*, параллельно слизистой канала (в подслизистый или смежный мышечный слой), вводят тонкую, крепко прикрепленную к канюле шприца иглу. Вакцину вводят медленно, начиная с 50 млн. м. т., и постепенно повышают дозировку до нужного количества. Ввиду того, что в шейку инъецировать большое количество жидкости трудно, следует пользоваться вакциной высокого титра (2 млрд. м. т. в 1 мл), распределяя вводимое количество на два-четыре укола. После правильно произведенной инъекции из цервикального канала должно показаться некоторое количество слизи.

ПРОТЕИНОТЕРАПИЯ

Протеиноterapia — лечение препаратами молока и чистым молоком, а также безбелковыми препаратами, например, коллоидами металлов, экстрактами из органов, неспецифическими вакцинами, скипидаром, ихтиолом и т. п. Внедрению протеинотерапии в гинекологию много способствовал Линдиг (Lindig), который совместно с другими авторами расширил понятие протеинотерапии, поимая под ней не только лечение чужеродным белком, но и безбелковыми препаратами, производящими в организме распад тканевых белков, вызывающих, как и чужеродный белок, лечебный эффект. Сущность действия протеинотерапии объяснялась различно: повышением лейкоцитоза, температурной реакцией, усилением ферментативного действия клеток, стимулированием жизнедеятельности организма и т. п. Позже возникли теории раздражения клеток ретикулоэндотелия с нарушением при этом коллоидного равновесия (лечение «шоками»).

Протеиноterapia чаще всего применяется при гонорее и неспецифических воспалительных заболеваниях (М. В. Елкин, В. Г. Бутомо).

При парентеральном введении протеинов наблюдается общая и очаговая реакция. Общая реакция проявляется в повышении температуры, изменениях крови (лейкопения, сменяющаяся нейтрофильным лейкоцитозом, сдвиг формулы влево) и ряде физико-химических

изменений в тканях. Очаговая реакция — в усилении воспалительных явлений в очаге.

Как сказано выше, с целью протеинотерапии применяют различные вещества. Но самым доступным и ходким является молоко (лактотерапия). Обычно принята дозировка 2—10 мл молока внутримышечно через 2—4 дня.

Вагнер считает, что при гонорее комбинация протеинотерапии с вакцинотерапией дает положительный эффект, не достижимый каждым из этих методов в отдельности.

Отрицательной стороной лактотерапии является обилие в молоке микробов и следов птоманнов, в результате чего у больных могут появиться рвота, головные боли, анафилактоидные явления, абсцессы в месте инъекции. Исходя из факта бактериальной загрязненности молока, многие видят в лактотерапии действие не составных частей молока, а бактерий.

Лечебный эффект от лактотерапии непостоянен, поэтому самостоятельным методом ее признать нельзя. Мы применяем ее изредка, в сочетании с вакцинотерапией вместо аутогемотерапии (при плохо выраженных венах). Лучший эффект от лактотерапии получается при небольших выпотах в тазовой клетчатке и брюшине; при аднекситах этот метод дает небольшой эффект. При туберкулезе женских половых органов протеинотерапия противопоказана.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ; ЛЕЧЕНИЕ ГРЯЗЕВЫМИ ЭКСТРАКТАМИ; ТЕРАПИЯ АЛОЭ И СТЕКЛОВИДНЫМ ТЕЛОМ

В 1923 г. В. П. Филатов предложил новый метод лечения, получивший название тканевой терапии. Она, по мнению В. П. Филатова, основана на том, «что в отделенных от организма тканях в ответ на затрудненные условия жизни происходит перестройка с развитием иных стимуляторов, чем те, при которых протекали биохимические процессы целого организма». Эти биогенные стимуляторы при введении в организм больного способны усиливать процессы рассасывания и регенерации.

Методика тканевой терапии заключается в введении в организм животной или растительной ткани, предварительно находившейся некоторое время в неблагоприятных условиях существования (консервирование на холоде, в темноте).

Тканевая терапия, по В. П. Филатову, получила широчайшее распространение. Можно считать, что нет такой клинической специальности, в которой не применялась бы тканевая терапия.

В гинекологии тканевая терапия применяется при воспалительных заболеваниях, спячных процессах в брюшной полости, нарушениях менструального цикла, бесплодии, эрозиях шейки матки и т. д. В настоящее время понятие о тканевой терапии расширено, так как для лечебных целей используют не только ткани органов — селезенки, яичника, надпочечников, плаценты, а также стекловидного тела, но и экстракты из лиманной грязи и растительные препараты — экстракт листьев алоэ и др. Вначале техника применения тканевой терапии заключалась в разрезе кожи, отсепаровке ее и введении в кожный карман кусочка консервированной и автоклавированной ткани с последующим наложением на рану нескольких кожных швов. В настоящее время размельченные ткани с помощью специальных шприцов вводятся под кожу.

В клинике ЛПМИ терапия *плацентарной тканью* проводилась М. П. Никифоровским (1952), которым накоплен большой опыт (свыше 5000 подсадок).

Плацента приготавливалась по методу В. П. Филатова без предварительного подсушивания. Подсадки производились регулярно, один раз в неделю. Кусочки автоклавированной плаценты вводились под кожу пациентам при помощи специального металлического винтового шприца (рис. 358), через толстую иглу типа Дюфо под местной инфильтрационной анестезией в количестве 3—4 г. Место подсадки — боковая поверхность грудной клетки по передней аксиллярной линии, на уровне IX—X ребра, справа или слева.

Из гинекологических больных, леченных тканевой терапией, остановимся только на двух группах: с хроническими воспалительными процессами (311 женщин) и с бесплодием воспалительного происхождения (136). В первой группе были больные с хроническими аднекситами (220), периаднекситами, адгезивными периметритами и рубцовыми параметритами (91). Давность заболеваний этих больных — от 15 месяцев до 30 лет.

Результаты лечения следующие: выздоровление наступило у 9,3%, улучшение — у 86,5% и без результата — 4,2%. Терапия гидро- и пиосальпинксов методом подсадки ткани — безрезультатна. В группе больных с бесплодием воспалительного происхождения — с первичным бесплодием было 84 женщины и с вторичным — 52. У этих больных наблюдались выраженные анатомические и физиологические изменения: увеличение придатков, спайки, непроходимость труб и т. д.

Результаты тканевой терапии этих 136 бесплодных женщин: беременность наступила у 15, т. е. у 11% (при первичном бесплодии — у 7,1%, при вторичном — у 17,3%). Из них беременность закончилась родами в срок у 9, абортми — у 3 (один искусственный); у 3 наступила внематочная беременность, потребовавшая операции. В одном случае первичного бесплодия в течение 13 лет женщина 37 лет забеременела после шестой подсадки и родила доношенного живого ребенка.

М. П. Никифоровский получил также удовлетворительные результаты при тканевой терапии расстройств менструального цикла, в особенности связанных с воспалительными заболеваниями.

В. П. Филатов, М. А. Горбатов и др. лечили гинекологических больных биогенным стимулятором, представляющим собой водный экстракт из лиманной грязи («отжим», «фильтрат», «вытяжка», пелоидин).

Г. К. Живатов доказал, что эфирные вытяжки из грязи и экстракт грязи содержат гормоноподобные вещества, вызывающие биологическую реакцию человеческого организма. По его мнению, результаты



Рис. 358. Шприц М. П. Никифоровского).

грязелечения сказываются не только в усилении образования ряда гормонов в самом организме, но и во всасывании тех гормоноподобных и химических веществ грязи, которые сами непосредственно или через активацию эндокринных процессов ведут к усилению функции половых желез и связанных с ними органов.

Грязевые препараты аналогичны по действию автоклавированным экстрактам из консервированных ткашей животного и растительного происхождения, применяемых по методу В. П. Филатова.

По данным М. А. Горбатова, пелоидодистиллят является хорошим средством для лечения больных с воспалительными заболеваниями гениталий и расстройствами менструальной функции. Этот метод можно рекомендовать в амбулаторных условиях для долечивания больных после воспалительных заболеваний и как средство борьбы с бесплодием в сочетании с другими средствами лечения. Однако в случаях недоразвития матки второй и третьей степени с расстройством менструального цикла в сторону гипофункции лечение пелоидодистиллятом малоэффективно.

В настоящее время выпускается препарат п е л о и д и н — экстракт иловой лечебной грязи. Он применяется при острых и подострых воспалительных заболеваниях внутренних органов (аднекситы, периаднекситы, параметриты и др.). Вводят пелоидин внутримышечно, нагретым до температуры тела, в дозе 5—10 мл 2—3 раза в день в течение шести-восьми дней. При кольпитах, цервицитах, эндоцервицитах применяются влагалитные ванночки ежедневно в течение 20—30 минут, колюмпнизации смоченной пелоидином марлей в комбинации с инъекцией в подслизистую влагалитца или в шейку матки 2—5 мл того же препарата. Продолжительность лечения от 8 до 14 дней (М. Д. Машковский).

В гинекологической практике применяются также биогенные стимуляторы растительного происхождения, например, водный экстракт из листьев алоэ. Вводят его под кожу по 1 мл в день.

Е. С. Ровинская применяла впрыскивание экстракта алоэ для лечения воспалительных процессов гениталий у 97 больных. Автор отметила укорочение острого периода заболевания с падением температуры на третий день лечения, улучшение общего состояния, снижение РОЭ и лейкоцитоза, уменьшение опухолей придатков и инфильтратов. Однако полного рассасывания воспалительных опухолей при хронических процессах добиться не удалось.

В последнее время при хронических гонорейных аднекситях некоторые авторы (Б. С. Калинин) начали применять инъекции стекловидного тела. Препарат вводится подкожно ежедневно по 2 мл; продолжительность лечения — от 10 до 25 дней.

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА

В гинекологии новокаиновая блокада, столь широко применяемая в хирургии, производится главным образом для лечения воспалительных заболеваний (И. Елигулашвили, 1936; Я. Н. Циммерлинг, 1940; Н. С. Кипарисов, 1941; Н. П. Верхацкий, 1947 и др.). Некоторые авторы применяли ее при зуде наружных половых органов (В. В. Третьяков, 1936), маточных кровотечениях (А. С. Вишневский и Г. Д. Дерчинский, 1937) и дисменорее (Г. А. Бакшт и А. И. Петченко, 1936).

Показания к новокаиновой блокаде и ее результаты была определены ее основоположниками А. В. и А. А. Вишневскими следующим образом.

«Развитие воспалительного процесса может быть остановлено, пока он еще не вышел из стадии серозного пропитывания тканей».

«Абсцедирующие формы воспалительных процессов быстрее отграничиваются и нагнаиваются, а скрыто протекающие — клинически выявляются».

Инфильтративные формы воспаления, подострые и некоторые хронические, дают значительные трофические сдвиги, а иногда очень быстро рассасываются».

Новокаиновая блокада не должна подменять специфическое лечение при гонорее, туберкулезе женских половых органов, которое следует проводить полностью, независимо от применения блокады.

Из видов новокаиновой блокады, применяемых в гинекологии, можно указать на поясничную блокаду зон Спегирева—Геда (Я. Ю. Гиржель и др.), блокаду наружных половых органов и блокаду путем ионтофореза новокаином (М. А. Петров-Маслаков, 1937). Единичные авторы применяли эпидуральную, ишио-ректальную и влагалищную (через задний свод) блокаду.

В гинекологии чаще всего применяется поясничная блокада. Техника ее, по Вишневному, следующая. Больной с помощью валика принимают положение, как для почечной операции. После дезинфекции кожи соответствующей области следует наметить место инъекции. Для этого указательным пальцем левой руки отмечают свободный край XII ребра, а большим пальцем нащупывают угол между нижним краем этого ребра и латеральным краем сакроспинальной мышцы. Затем большой палец отводят, и в намеченное место вкалывают перпендикулярно к поверхности кожи иглу на глубину, определяемую ощущением «провала» в пустоту. По нашему мнению, нет необходимости в рекомендуемой Вишневым последовательной анестезии, предпосылаемой продвижению иглы, так как вместо укола, необходимого для анестезии, мы сразу проникаем в окологпочечную клетчатку. С другой стороны, ощущение «провала» иглы в пустоту так же убедительно для указанного слоя, как и более свободное вытекание раствора новокаина при проникновении иглы на надлежащую глубину. После «провала» иглы больная должна несколько раз глубоко вздохнуть; характерные маятникообразные движения иглы при дыхании будут свидетельствовать о правильном ее положении. Кроме того, необходимо следить, не показывается ли кровь из иглы, что могло бы говорить о ранении концом иглы почки. При достаточном навыке поясничной блокады это осложнение встречается крайне редко.

Указанные два признака — ощущение «провала» и маятникообразные движения иглы при дыхании — всегда обеспечивают легкой токой жидкости из шприца, что также характерно для правильного положения иглы.

После введения иглы мы инъецируем в окологпочечную клетчатку 100—120 мл 0,25% раствора новокаина в физиологическом растворе. Инъекция производится порциями в 10—20 мл раствора, в зависимости от емкости шприца. Некоторые больные во время инъекций испытывают чувство жара или дергающее ощущение в соответствующей ноге. Болевое ощущение в месте укола сохраняется в некоторых случаях до 24—30 часов.

На основании своего материала, Г. А. Бакшт и А. И. Петченко пришли к следующим выводам о применении поясничной блокады в гинекологической практике: при мешотчатых образованиях труб, tuboоариальных опухолях, начавшемся нагноении инфильтрата параметрия применение блокады безуспешно. При параметрите в стадии инфильт-

рации поясничная блокада может быстро купировать процесс; при аднекситах и эксудативных периметритах она целесообразна лишь в стадии начинающейся или относительной стабилизации. Благоприятный эффект оказывает блокада при гонорейных артритах.

ЛИТЕРАТУРА

- Бубличенко Л. И. К вакцинотерапии женской гонорей. Гинек. и акуш., 1931, 2.
- Бурлаков И. Г. О местной вакцинотерапии при воспалительных процессах. Гинек. и акуш., 1930.
- Бурлаков И. Г. и Жарковская А. С. Лечение женской гонорей местной вакцинотерапией. Вестн. дерм. и венер., 1933, 7.
- Вайнштейн А. Б. Пути развития серологии гонорей. Сов. вестн. венер. и дерм., 1935, 5.
- Данихий М. А. Тканевая терапия в гинекологии. Сов. мед. 1946, 5—6.
- Дембская В. Е. Женская гонорея. Л., 1928.
- Дембская В. Е. и Залкин Л. А. Гонорея женщины. Медгиз, 1956.
- Державина Л. С. Тканевая терапия воспалительных процессов женских половых органов. Врач. дело, 1950, 9.
- Елкин М. В. Гонорея женщины и ее лечение. Л., 1926.
- Марьясин С. Л. и Печерский Б. Л. Морфологические изменения крови при гонорее. Тр. II съезда урологов, 1928.
- Никифоровский М. П. Тканевая терапия в акушерстве и гинекологии. Сб. «Физиология и патология родового акта» под ред. А. И. Петченко. ЛПМИ, 1958.
- Петченко А. И. Вакцинодиагностика женской гонорей в условиях стационара. Гинек. и акуш., 1935, № 5.
- Померанцев А. А. К вопросу о контроле при специфической вакцинотерапии. Сб., посв. Хольцову, 1929.
- Порудоманский И. М. и Петченко А. И. Гонорея мужчин и женщин. Медгиз, 1947.
- Пшеничникова А. С. и Пинкус Б. Б. Применение биогенных стимуляторов в терапии воспалительных гинекологических заболеваний. Акуш. и гинек., 1951, 6.
- Рудюк М. П. Тканевая терапия при эрозиях шейки матки. Акуш. и гинек., 1954, 2.
- Савицкий В. М. Тканевая терапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. Пед., акуш. и гинек., 1950, 5, стр. 20—26.
- Штернберг А. Я. и Папатов М. Е. Методы активной иммунизации при гонорее аднекситов. Тр. VII Всесоюзн. съезда акуш. и гинек., Л., 1927.

Глава 5

ФИЗИОТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гинекологический массаж. Вибрационный массаж. Светолечение. Электrolечение: электрофорез; дарсонвализация; диатермия. Водолечение. Лечение минеральными водами. Морские купания. Лечебная физкультура.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Гинекологический массаж может давать осложнения, поэтому выполнять его должен врач-гинеколог и только при наличии определенных показаний.

Физиологическое действие гинекологического массажа заключается в том, что путем различных процедур — поглаживания, растирания, разминания, поколачивания и растяжения — раздражаются окончания нервных волокон и вызывается рефлекторное сокращение мышечных элементов.

Под влиянием массажа тонизируются мышцы матки, а также связочный аппарат и стенки сосудов. Положительный эффект гинекологического массажа состоит в улучшении кровообращения, усилении обмена веществ и выведении из организма вредных продуктов обмена. Уменьшаются застойные явления в кровеносной и лимфатической системах таза, растягиваются и ликвидируются спайки, рассасываются инфильтраты и рубцы, увеличивается подвижность матки и придатков. Благодаря воздействию на нервные и чувствительные окончания и освобождению их из рубцов, устранению застойных явлений, гинекологический массаж действует болеутоляюще. Особенно выражен болеутоляющий эффект массажа в тех случаях, когда спаечным рубцовым процессом затронута париетальная брюшина.

Показания. Массаж чаще всего применяется при хронических воспалительных процессах внутренних гениталий: хронических адгезивных периметритах и периаднекситах, хронических инфильтратах параметриев. Таким образом, массажем лечат стабильную стадию воспаления — спаечно-рубцовые процессы.

Гинекологический массаж назначают также при неправильных вследствие сращений положениях матки. Так, например, его можно применять при патологической антеверзии-флексии матки, когда имеются рубцы и сращения, притягивающие ее кпереди. Гинекологический массаж показан также при фиксированных и полужфиксированных ретродевиациях, при инфильтрации и укорочении маточных связок, ограничивающих подвижность матки и вызывающих боли в пояснице, а также при бесплодии, зависящем от неправильного положения матки.

При инфантильности полового аппарата гинекологический массаж может быть показан (в нетяжких случаях) для улучшения питания и тонуса матки, а также при гиперинволюции ее после длительной лактации. Иногда его применяют для рассасывания старых кровоизлияний после внематочной беременности (после операции).

Противопоказания Противопоказанием к применению гинекологического массажа являются острые и подострые воспалительные процессы, когда он может вызвать обострение. Обычно массаж назначают спустя три-четыре месяца после острого процесса или обострения; при этом температура должна быть нормальной и оседание эритроцитов не должно превышать 15—20 мм. Противопоказаниями являются также гнойные процессы в половых органах, туберкулез или злокачественные образования в них, нормальная или внематочная беременность. Противопоказан массаж при остром и хроническом эндоцервиците гонорейной этиологии.

Методика и техника Общие правила гинекологического массажа разработаны Р. И. Горвиц-Калитеевской, Н. И. Рачинским, М. М. Ремизовым и др.

Перед массажем мочевого пузыря и прямая кишка должны быть опорожнены. Больная ложится или на стол, опираясь согнутыми в коленном суставе ногами на табуретки (см. рис. 3), или же лежит на кушетке с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами. В первом случае врач становится между бедрами больной, во втором — сидит сбоку от нее на кушетке. Руки врача должны быть тщательно вымыты и насухо вытерты. Ногти перед массажем должны быть коротко срезаны

Пальцы, вводимые во влагалище, смазываются глицерином. Предпочтительнее применять глицерин потому, что он легко отмывается и, кроме того, обладает дезодорирующим свойством. Вводят во влагалище обычно два пальца, чем достигается большая устойчивость и лучшее осязание. Так как массаж производят всегда наружной рукой, а введенные во влагалище пальцы служат для фиксации подлежащих массажу тканей, то следует использовать для более сложной работы сильную и ловкую правую руку, а во влагалище вводить пальцы левой руки. Чтобы проникнуть ими глубже, надавливают на промежность, опуская ниже локоть и опираясь им на одноименную ногу, поставленную на подножку стола. Если больная лежит на кушетке, то можно опереться локтем на кушетку, а под таз больной положить какую-либо подушку, чтобы приподнять его. Массаж производится мягкостью трех пальцев наружной руки легкими круговыми движениями без резких нажимов, чтобы не вызвать напряжения брюшных стенок. Такими мягкими круговыми движениями наружные пальцы углубляются навстречу внутренним, стремясь к ним приблизиться. При этом ткани, находящиеся между пальцами, последовательно подвергаются разминанию и растиранию.

Массаж следует производить всегда при правильном положении матки. Поэтому в случаях ретроверзии-флексии или ретропозиции (нефиксированных) каждый сеанс нужно начинать с выведения матки. Эта манипуляция является самой трудной и требует некоторого навыка. При этом не следует делать резкие беспорядочные движения, неприятные для больной и мало действенные, а придерживаться определенных правил (см. ч. II, гл. 4 и рис. 85, 86).

В случаях фиксированной ретрофлексии цель массажа заключается в том, чтобы растянуть и помочь рассасыванию сращений, удерживающих матку, и дать возможность вывести ее в правильное положение. Одномоментный разрыв сращений под наркозом, как это рекомен-

дуют отдельные авторы, абсолютно недопустим, так как описаны случаи смертельных внутренних кровотечений и гнойных перитонитов после такого воздействия.

Медленный и иногда длительный массаж часто дает хорошие результаты; во всяком случае задолго до восстановления полной подвижности матки отмечается облегчение, а иногда и полное исчезновение болей в пояснице.

Когда матка вполне выведена и все рубцы растянуты, дальнейшая цель массажа — восстановить тонус расслабленного связочного аппарата, что достигается систематическим последовательным массажем крестцово-маточных и широких связок. При этом производят также массаж самой матки, чтобы вызвать ее сокращение и удалить из нее застойную кровь и лимфу. При этом надо массировать только заднюю поверхность и дно матки, фиксируя его внутренними пальцами. Переднюю стенку матки массировать не следует, так как для этого пришлось бы перевести ее в положение рекликации, что является началом неправильного ее положения. Во время массажа матки не следует травмировать мочевого пузыря.

В промежутках между сеансами массажа выгодно удерживать с помощью кольца матку в правильном положении, не давая ей западать назад. Это предотвращает застойные явления и делает лишним выведение каждый раз матки, что иногда довольно неприятно для больной и затруднительно для врача.

Каждый сеанс массажа продолжается от пяти до десяти минут. После массажа больная должна полежать 20—30 минут.

Длительность всего курса лечения установить трудно: в одном случае достаточно пяти-шести сеансов, чтобы достигнуть удовлетворительных результатов, в другом — приходится массировать в течение многих недель и даже месяцев. Так или иначе, лечение массажем весьма продолжительно; и надо иметь в виду, что если имеются рубцовые образования, то после лечения соединительная ткань может продолжать сморщиваться, и в дальнейшем опять могут возобновиться жалобы больной. Поэтому следует, по возможности, продолжать массаж до полного восстановления нормального состояния органов, не прекращая его при субъективном улучшении.

В среднем требуется не менее 15—20 сеансов массажа. При фиксированной ретрофлексии или обширных сращениях вокруг придатков количество сеансов значительно увеличивается. Частота сеансов массажа различна. В начале лечения надо быть осторожным, массировать недолго и проводить сеансы через день. В дальнейшем, если больная хорошо переносит лечение, можно в случаях, требующих более энергичного вмешательства, массировать ежедневно.

Во время менструации массаж обычно не производят, хотя многие считают, что в это время ткани более сочны и лучше растяжимы. Но все же следует полагать, что в этот период половые органы более ранимы, и лучше не подвергать их лишним раздражениям. Если же поводом к массажу являются неправильные менструации, то массаж во время последних допустим. Это бывает в тех случаях, когда рубцы и сращения в связочном аппарате матки или миоматозный узел в стенке матки мешают матке сократиться, и менструация, начавшись, продолжается очень долго. В таких случаях массаж, применяемый во время менструации, помогает сокращению матки и остановке кровотечения.

Нередко гинекологический массаж комбинируют с другими методами лечения, если для этого имеются показания. Так, для улучшения рассасывания инфильтратов часто назначают горячие души из раство-

ра поваренной соли (1 ложка соли на кружку воды), которые больная принимает дома, лучше утром. При параметритах хорошо действуют также теплые (38°) клизмы из 5% раствора хлористого кальция (50 мл), которые больная задерживает 20 минут.

Хорошее тонизирующее действие на общее состояние и на успокоение болей в пояснице оказывают комбинация массажа с солено-хвойными ваннами, а также общеукрепляющее лечение, особенно при похудании больной, препаратами кальция, глюкозы, железа и мышьяка.

Хорошие результаты иногда наблюдаются от одновременного лечения массажем и другими физическими методами лечения — ионтофорезом, диатермией, грязями, при наличии показаний к таковым. Бывает целесообразным также сочетание гинекологического массажа с физкультурой.

Там, где имеется ретрофлексия матки, зависящая от расслабления связочного аппарата, рекомендуется больной утром и вечером проводить по 10—15 минут в коленно-локтевом положении, спать не на спине, а животом книзу; эти простые приемы значительно помогают лечению.

ВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ

Вибрационный массаж применяют по тем же показаниям, что и гинекологический. Аппарат для вибрационного массажа (рис. 359) представляет собой электродвигатель, соединенный с рукояткой, на конце кото-



Рис. 359. Аппарат для вибрационного массажа.

рой имеется вибратор шаровидной или полушаровидной формы. Вибрационный массаж производят следующим образом. Во влагалище вводят два пальца одной руки; другая рука захватывает рукоятку аппарата и совершает петлеобразные движения вибратором в области нижней части живота. Вибрационный массаж особенно полезен при остатках воспалительных процессов (перипроцессы) с наклонностью к запорам.

ЛИТЕРАТУРА

- Брандт Т. Гимнастическое пользование женских болезней, СПб, 1892.
Вербов А. Ф. Основы лечебного массажа, Медгиз, 1947.
Груздев В. С. Массаж. Глава в руководстве «Гинекология». Казань, 1922, стр. 263—269.
Здравомыслов В. И. Гинекологический массаж и дыхательная гимнастика как необходимые добавочные факторы грязевых курортов. Гинек. и акуш., 1932, 4, стр. 53—56.
Отт Д. О. Массаж и гимнастика как лечебный метод при болезнях женской половой сферы. Врач. 1889, 10, стр. 42—44.
Рачинский П. И. Массаж и гимнастика при женских болезнях. СПб, 1895.
Слетов Н. Курс массажа и врачебной гимнастики. М.—Л., 1930.

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ

Лечебное действие световых лучей на организм человека заключается в улучшении общего состояния и обмена веществ. Световые лучи бактерицидны, в особенности ультрафиолетовые. Последние способны также снижать артериальное давление и повышать уровень кальция в крови. Ультрафиолетовые лучи повышают количество эритроцитов и лейкоцитов. Различными методами светолечения можно добиться рассасывания экссудатов и инфильтратов. Длинноволновые лучи проникают в тело на значительную глубину, а коротковолновые (ультрафиолетовые) действуют главным образом на кожные покровы. Кожные рецепторы передают раздражение рефлекторным путем на внутренние органы, вызывая в них сложные биохимические явления.

Из аппаратуры, применяемой для светолечения гинекологических больных, наибольшее распространение получили лампы соллюкс, спектророль, световая полуванна, инфракрасный излучатель и ртутнокварцевая лампа Баха.

Лампа соллюкс (рис. 360 а) представляет собою лампу накаливания, наполненную азотом и вправленную в специальную арматуру со штативом. Обычно пользуются лампами в 500—1000 вт. Лампа излучает главным образом инфракрасные, незначительное количество ультрафиолетовых и видимые лучи. Для облучения небольших поверхностей тела пользуются переносными или настольными лампами соллюкс в 150—300 вт. Сила тока и степень накала вольфрамовой нити в лампе регулируется реостатом, вмонтированным в штатив. В тубус соллюкса можно вставлять красный или синий фильтр. Рефлектор устанавливают на расстоянии 50—100 см при большой лампе и 10—15 см от поверхности тела — при малой. Сеансы облучения — от 15 до 30 минут ежедневно или через день.

Лампа соллюкс с синим фильтром обладает болеутоляющим действием и вызывает умеренную гиперемию кожи. Показанием для применения этого фильтра являются хронические или подострые воспалительные процессы в стадии стабилизации. Лампа соллюкс с красным фильтром вызывает более резкую гиперемию. Показанием для ее применения служат только хронические воспалительные процессы, так как перегревание при подострых процессах может вызвать обострение. Можно пользоваться также лампой без тубуса и фильтров.

Для местных облучений при ограниченных очагах (бартолиниты, лимфадениты, гематомы вульвы) применяют ручной рефлектор (он бывает и на штативе) или лампу Минина. Ручной рефлектор снабжен одной лампой накаливания в 50—70 вт синего цвета. Длительность облучения 10—20 мин., 1—2 раза в день. Всего 6—12—20 сеансов.

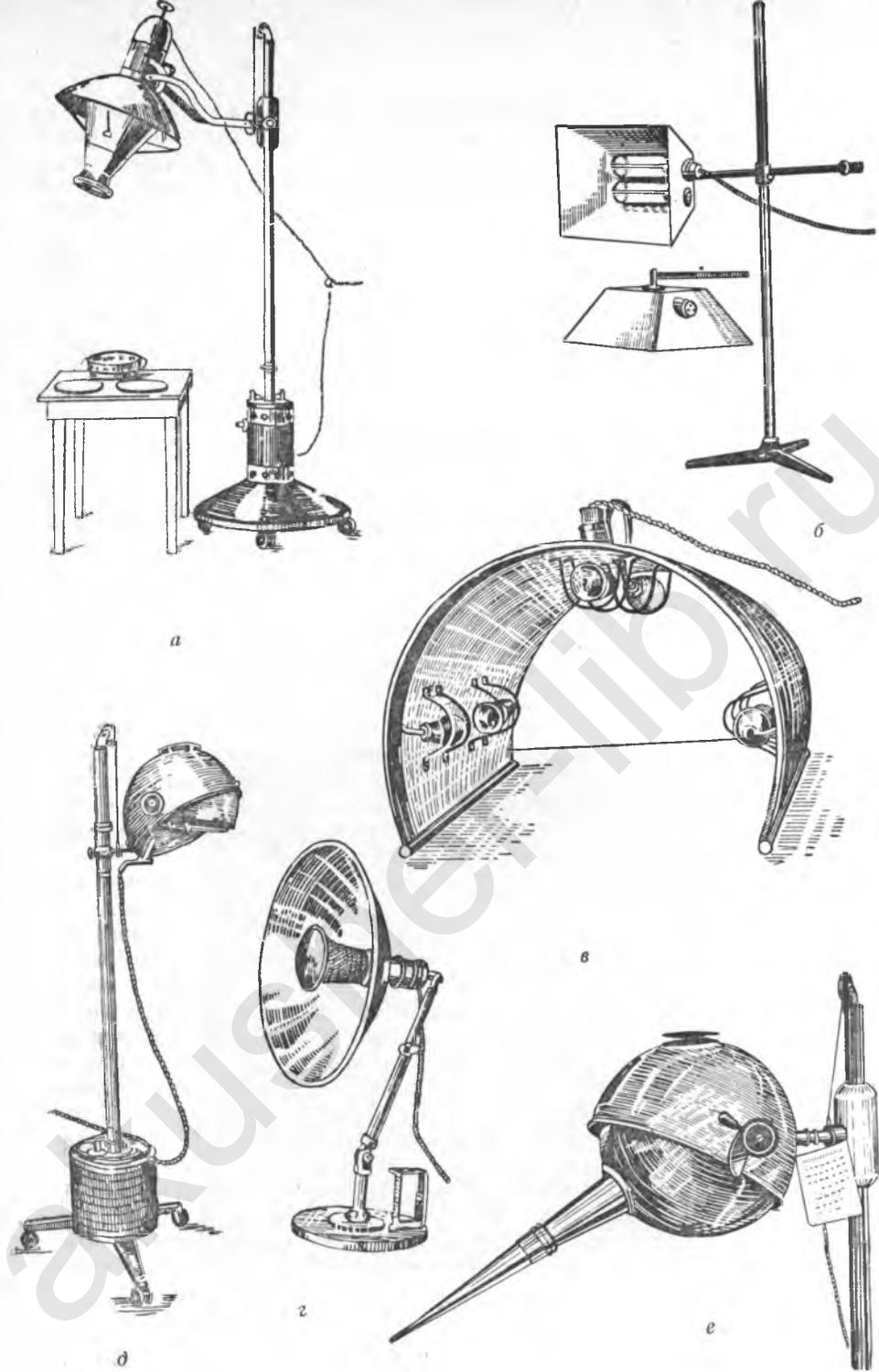


Рис. 360. Физиотерапевтическая аппаратура, обычно применяемая в гинекологии: *а* — лампа соллюкс; *б* — лампа спектрозоль; *в* — электросветовая полуванна; *г* — лампа инфракрасных лучей; *д* — ртутно-кварцевая лампа Баха; *е* — та же лампа с тубусом для облучения шейки матки.

Лампа спектрозоль (рис. 360 б) состоит из рефлектора в форме усеченной пирамиды, снабженного двумя лампами по 500 вт. Тепловое действие больше, чем при пользовании лампой соллюкс. Показания и методика применения те же, что и при назначении последней.

Электросветовая полуванна (рис. 360 в) представляет собою полуцилиндр, на внутренней поверхности которого укреплены 6—12 электрических лампочек. Световую полуванну накладывают на нижнюю часть живота и бедра; больную вместе с ванной покрывают шерстяным одеялом. Сеансы назначают от 10—15 минут до 30—40 минут; курс лечения до 20 сеансов через день или ежедневно.

Электросветовую полуванну назначают при подострых и хронических воспалительных процессах гениталий с разлитой болезненностью, но без склонности к кровотечениям, при люмбоциалгиях на почве воспалительных процессов, при затянувшихся циститах. Мешотчатые опухоли с гнойным содержимым являются противопоказанием к применению световых полуванн. И. Л. Брауде рекомендует назначать их для подготовки гинекологического массажа.

Инфракрасный излучатель, инфраруж (рис. 360 г). Металлическая спираль лампы накаливается при включении электротока до 400—500°. Лампа укреплена на специальном портативном штативе. Инфраруж показан при остаточных воспалительных процессах, инфильтратах и спайках, послеоперационных инфильтратах и гипертрофированных рубцах брюшной стенки, гипоплазии матки, гипофункции яичников. Курс лечения 16—20 сеансов по 20—30 минут ежедневно.

Ртутно-кварцевая лампа Баха (рис. 360 д) излучает ультрафиолетовые лучи, образующиеся в парах ртути под действием вольтовой дуги, находящейся в трубке из кварцевого стекла. Последняя хорошо пропускает ультрафиолетовые лучи. Облучения могут быть общими или местными. В первом случае пользуются специальными отражателями, для местных ультрафиолетовых облучений пользуются горелками АРК-2 и ПРК-2 с обычными отражателями. Существуют также переносные ртутно-кварцевые лампы с горелками АРК-4 и ПРК-4. Применяются также влагалитные способы облучения. Для этого пользуются теми же ртутно-кварцевыми лампами со специальными влагалитными или шеечными локализаторами (тубусами). Для влагалитных облучений очень удобны так называемые холодные ртутно-кварцевые лампы.

Перед лечением ультрафиолетовыми лучами необходимо определить биодозиметром светочувствительность кожи, т. е. ее биологическую дозу (биодозу). Лечение следует начинать с половины биодозы, постепенно повышая облучение при последующих сеансах на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ биодозы.

При облучении ультрафиолетовыми лучами могут наблюдаться различные степени кожной фотоэритемной реакции. В зависимости от этой реакции различают: *анэритемные дозы*, не оставляющие на коже никаких следов; *гипоэритемные дозы*, вызывающие слабое порозовение кожи с неясными границами; *эритемные дозы*, оставляющие яркую артериальную гиперемию с резкими границами, иногда с появлением небольшой отечности; *гиперэритемные дозы*, вызывающие гиперемию с синюшным оттенком вследствие венозного застоя; при этом может наблюдаться отечность всего облученного участка, иногда с петехиальными кровоизлияниями.

Показания к применению общих ультрафиолетовых облучений:

анемии, гиповитаминозы D и C, интоксикация при септических процессах, расстройство кальциевого обмена, туберкулез гениталий (не казеозные формы), дисменорея и вялогранулирующие раны.

Противопоказанием являются злокачественные новообразования, туберкулез легких с кавернами.

Облучению подвергаются последовательно отдельные участки кожи по 200—300 см²—пояснично-крестцовая область, нижняя часть живота и т. д. В гинекологической практике для лечения воспалительных процессов чаще всего производится облучение нижней части живота до середины бедер.

В 1936 г. мы предложили применять после льда ультрафиолетовые лучи при восходящей гонорее женщины в подостром периоде. Особенно охотно мы пользуемся этим методом при лечении лиц истощенных, с затяжным течением специфического воспалительного процесса, не поддающегося воздействиям ни тепла, ни холода, с продолжительной субфебрильной температурой. При указанном лечении был отмечен более быстрый переход процесса в стадию относительной стабилизации.

При отсутствии обострений под влиянием лечения кварцем и при склонности воспалительного процесса при гонорее гениталий к стабилизации (при безусловно нормальной температуре и РОЭ не выше 30 мм по Панченкову) мы применяем одновременно с кварцем соллюкс. Комбинация кварц—соллюкс, рекомендованная С. В. Трахтенбергом и И. И. Кагановичем для лечения аднекситов (74,5% излечения), весьма целесообразна. По своему болеутоляющему действию и эффективности рассасывания патологических продуктов воспаления раннее применение кварца—соллюкса, по мнению указанных авторов, предотвращает быстрое склерозирование тканей, наблюдаемое при восходящем гонорейном процессе.

УФ-терапия может применяться также при воспалительных процессах негонорейной этиологии.

Ртутно-кварцевая лампа с тубусом (рис. 360 е) дает возможность облучать влагалище и шейку матки. Показания: подострые и хронические вульвиты и цервициты, включая туберкулезные, пруритус вульвы. Для применения указанной лампы больную необходимо уложить на гинекологическое кресло и ввести самодержащееся влагалищное зеркало.

Продолжительность сеанса 30—50 минут ежедневно или через день, всего 20—25 сеансов.

ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ

Электролечение в гинекологии осуществляется путем: электрофореза (ионогальванизации, ионтофореза), дарсонвализации, диатермии и лечебного использования электрического поля ультравысокой частоты (УВЧ-терапия). Могут быть допущены различные комбинации этих процедур.

Электрофорез (ионтофорез, ионогальванизация)

Электрофорезом называют введение в организм лекарственных веществ посредством гальванического (постоянного) тока. Проникая в ткани, ионы лекарственных веществ задерживаются в них дольше и дают более значительный эффект, чем при подкожном и пероральном введении. Для электрофореза применяются растворы йодистого ка-

дия, хлористого кальция, серебра, цинка, сульфаниламидов, антибиотиков. Электрофорез производится с помощью пластинчатых станиольных электродов, влагалищных электродов в виде оливок, зондов из серебра, цинка (для внутришечного ионтофореза), фланелевых влажных прокладок. Применяются также фаянсовые, стеклянные трубчатые наливные электроды, через пробку которых пропускают угольный штифт. Предложены (А. В. Бартельс и Г. А. Келлат) также деревянные электроды (рис. 361 а).

Методика электрофореза может быть различной, смотря по месту расположения электродов. Применяют брюшно-крестцово-поясничный, влагалищный, маммарно-влагалищный и др. методы.

Показания: подострые и хронические воспалительные процессы придатков матки, послеоперационные спайки. При воспалительных процессах подострых и с склонностью к кровотечениям показан электрофорез 2—5% раствором хлористого кальция. При хронических воспалительных процессах с болями и обширными сращениями показан электрофорез 2—5% раствором йодистого калия. При хронических эндометриозах и эрозиях применяют электрофорез 2,25—0,5% раствором цинка. Его часто применяют также в сочетании с другими электро-светолечебными процедурами.

При длительных экссудативно-рубцовых процессах в заднем дугласовом пространстве, фиксированных постгеморрагических ретродевиациях матки, инфильтратах крестцово-маточных связок и т. п. мы считаем наилучшей комбинацией влагалищную диатермию с электрофорезом КJ через влагалище (15—20 мА). При климактерических невробазах с успехом применяют шейно-лицевую ионогальванизацию по Келлату, улучшающую сосудистое расстройство.

Хорошие результаты при адгезивных процессах дает также комбинация электрофореза с прогреванием лампой соллюкс (синий фильтр, позже красный).

Дарсонвализация

Токи д'Арсонваля представляют собою токи высокой частоты (450—200 кгц) и высокого напряжения (десятки тысяч вольт); сила тока при этом небольшая (тысячные доли ампера). Под действием тока д'Арсонваля при применении вакуумных электродов в тканях возникает гиперемия с расширением капилляров, уменьшаются боли, улучшается обмен веществ.

Дарсонвализация показана при хронических вульвитах и вагинитах, эрозиях шейки матки. Особенно успешно применяют ее при старческих кольпитах — воспалительных и трофических.

Методика применения: стеклянные вакуумные электроды цилиндрической формы, соединенные с аппаратом для местной дарсонвализации, вводят во влагалище. Количество сеансов — 20—25, продолжительность их — от 10 до 15 минут ежедневно или через день.

При концентрированном действии токов д'Арсонваля может наблюдаться прижигающий эффект — фульгурация. Для фульгурации пользуются специальным электродом, заканчивающимся металлическим шариком. Этот метод применяется при хронических эрозиях. Эпителизация после фульгурации наступает через три-четыре недели.

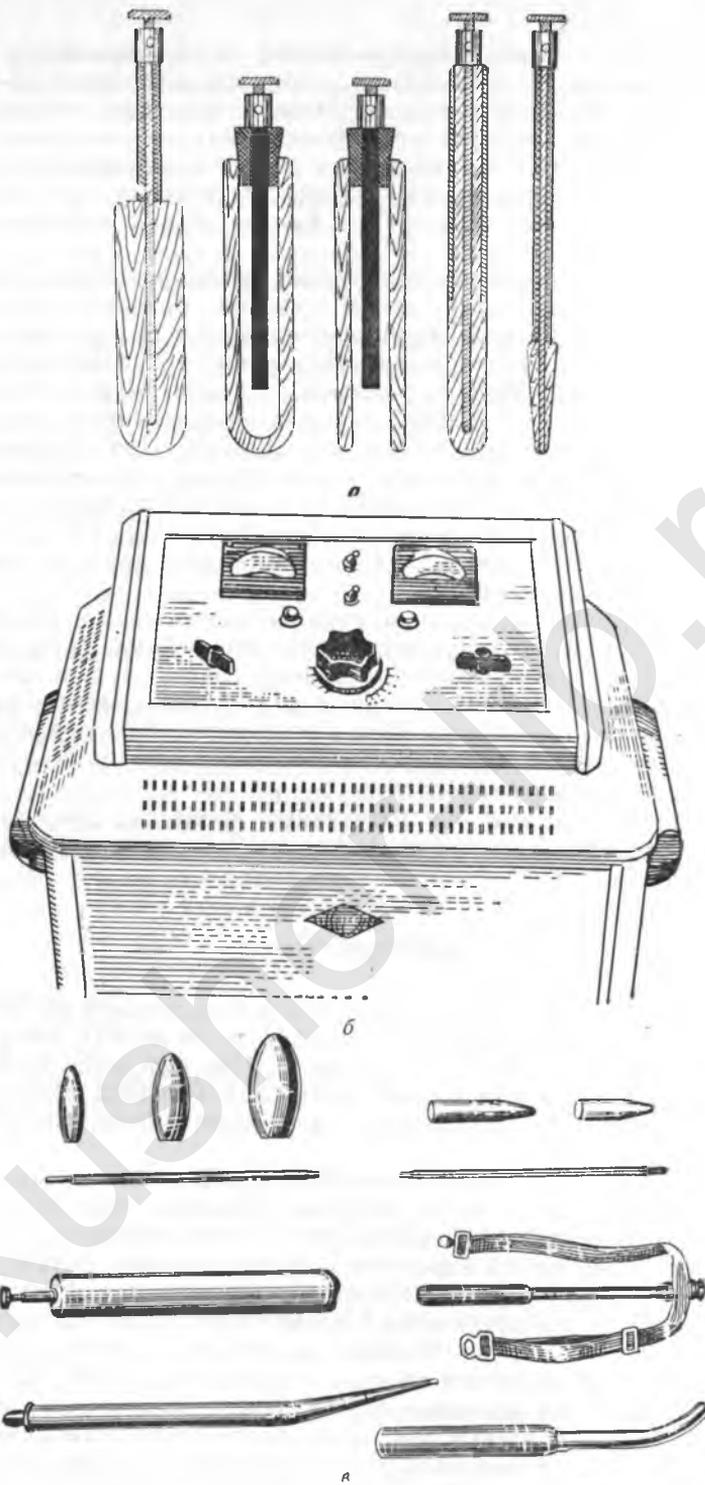


Рис. 361. Физиотерапевтическая аппаратура, обычно применяемая в гинекологии.

а — деревянные электроды для влагалищного и внутрисеечного ионтофореза;
б — аппарат для диатермии; *в* — электроды для влагалищной диатермии.

Диатермия (эндотермия)

Диатермией, или эндотермией, называют применение переменного электрического тока высокой частоты, большой силы и небольшого напряжения. Современные аппараты для диатермии бывают искроразрядными или ламповыми (рис. 361б). Частота колебаний тока находится в пределах от 500 тыс. до 2 млн. периодов в секунду. Чем больше число колебаний, тем более выражен болеутоляющий эффект. Тепловой эффект при диатермии значительно сильнее, чем при дарсонвализации. Действие диатермического тока заключается в его способности прогревать глубоко расположенные внутренние органы, при этом ткани переносят значительно более высокое прогревание, чем при применении экзотермического тепла (грелки и т. п.).

При диатермии в тканях возникает гиперемия, увеличивается скорость тока крови; при этом органы, богатые сосудами, нагреваются меньше, чем недостаточно васкуляризированные, вследствие чего слизистые оболочки более выносливы, чем кожа. Лечебный эффект при применении диатермии основан на рассасывающем и отчасти бактерицидном действии; последнее, однако, признается не всеми. Диатермический ток обладает также болеутоляющим и антиспастическим действием.

Показания: хронические воспалительные заболевания половых органов, особенно гонорейной этиологии, инфантилизм, бесплодие.

В условиях гинекологического стационара, где главный контингент больных — лихорадящие, диатермия применяется значительно реже, чем кварцевая лампа. Диатермия должна применяться, как правило, для лечения постгонорейных изменений органов малого таза и в исключительных случаях при изолированных очаговых поражениях нижнего отдела гениталий.

Широко применяется также диатермия для лечения гонорейных аднекситов и последствий экссудативных процессов в брюшине. Хорошо способствуя рассасыванию остатков перипроцессов, диатермия не дает заметного эффекта при лечении придатковых мешотчатых образований. В последнем случае иногда полезно сочетать диатермию с аутогемотерапией и особенно с вакцинотерапией; на грязевых курортах диатермию сочетают с грязелечением. Мы не рискуем применять диатермию ранее полной стабилизации воспалительного процесса и падения РОЭ до 18—15 мм. Таким образом, контингент подлежащих диатермии гонорейных больных в подавляющем числе — поликлинический.

Противопоказаниями к применению диатермии являются острые воспалительные процессы, гнойники малого таза, доброкачественные и злокачественные опухоли и беременность.

Методика применения диатермии различна: брюшно-крестцово-почечниковая, брюшно-крестцово-влагалищная, брюшно-крестцово-прямокишечная и др.

Аппараты для диатермии имеются стационарные и переносные. Электроды применяют пластинчатые и разнообразные влагалищные (рис. 361 в). Во время сеансов может возникнуть чувство жжения, могут появиться искры. В таких случаях во избежание ожогов необходимо выключить аппарат и плотнее прижать пластинчатые электроды к телу. Во время процедур обязательно присутствие врача или медицинской сестры.

Кроме обычных вышеописанных процедур, диатермия применяется в виде диатермокоагуляции, диатермопунктуры и диатермоконизации

для лечения хронических эрозий, эктропионов, эндоцервицитов и метритов шейки матки.

К диатермокоагуляции прибегают после безуспешного применения других лечебных процедур. Перед диатермокоагуляцией и диатермопунктурой электропетлей производят биопсию эрозированной ткани для исключения начинающегося рака шейки матки. Из 700 женщин, прошедших в 1958 г. через клинику ЛМПИ, у 5 женщин был обнаружен рак шейки матки, а у 8 атипическое разрастание эпителия с глубоким погружением его в подлежащие ткани.

В амбулаторных условиях мы считаем целесообразнее производить главным образом диатермопунктуру эрозий шейки матки, так как глубокое прижигание уменьшает выделение серозной жидкости из

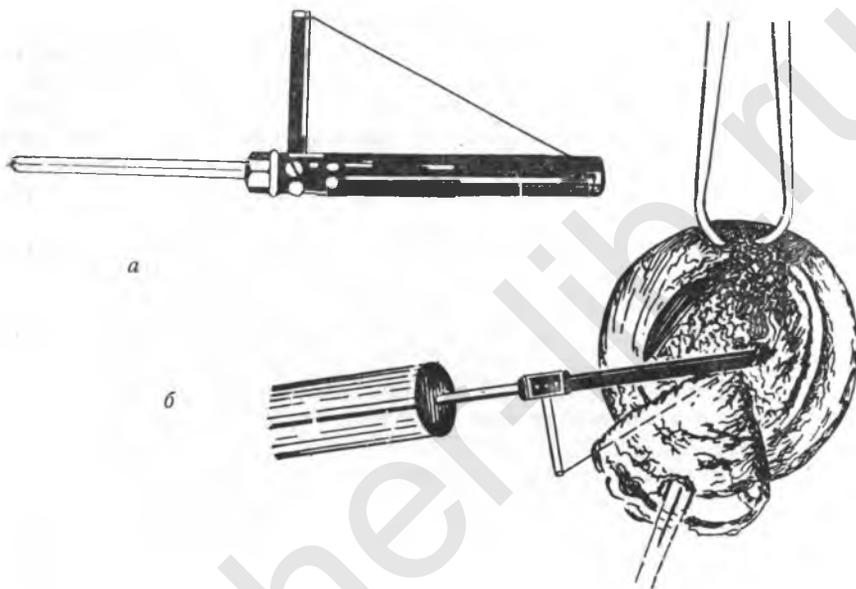


Рис. 362. Диатермокоагуляция шейки матки:
а — электрод для диатермокоагуляции; б — конусообразно выжженная часть шейки матки.

коагулированной поверхности, предотвращает образование поверхностного струпа, исключает кровотечение из-под струпа и ускоряет процесс заживления тканей.

При больших эктропионах, обширных эрозиях, значительных разрывах шейки матки, лейкоплакиях, целесообразно производить диатермокоагуляцию, т. е. выжигание части шейки матки в виде конуса, для чего служит специальный электрод (рис. 362 а, б).

Диатермокоагуляция вполне заменяет ампутацию шейки матки по Штурмдорфу (конусовидная ампутация). Сравнительная оценка диатермокоагуляции и клиновидной ампутации шейки, произведенная С. А. Борнштейном (1952), показала более гладкое послеоперационное течение после диатермокоагуляции. Так, после 30 конусовидных ампутаций наблюдались такие осложнения: послеоперационное кровотечение, неприживление лоскута, прорезывание швов, а после 52 диатермокоагуляций осложнений не было. Среднее количество койко-дней после ампутации шейки матки в три-четыре раза больше, чем после диатермокоагуляции.

При диатермоконизации возможно гистологическое исследование конусовидно удаленного участка шейки матки. Этого нельзя сделать при обычной диатермоконизации.

Диатермоконизация может применяться при тех же показаниях, что и конусовидная ампутация шейки матки, но она является более легким и простым вмешательством. Эта операция значительно быстрее восстанавливает трудоспособность больных (С. А. Борнштейн). После диатермоконизации шейки матки последующие роды проходят почти без осложнений.

ВОДОЛечение

Водные процедуры обладают многосторонним действием на организм: термическим, механическим и даже химическим. В число водных процедур входят ванны, души, обмывания и обтирания, спринцевания влагалища, согревающие компрессы на живот, применение пузыря с горячей водой или со льдом на живот. Механизм действия водных процедур на организм — рефлекторный. Температурное воздействие воды при пользовании процедурами может быть различным; оно связано с теплопроводностью воды (которая в 30 раз больше теплопроводности воздуха) и ее теплоемкостью, которая также очень велика.

Водные процедуры разделяются на горячие, теплые, индифферентные, прохладные и холодные, как это указано на табл. 11.

Таблица 11

	Ванны		Обливания	Души
	общие	тазовые		
Горячие	40—38°	44—39°	—	45—38°
Теплые	37—35°	38—37°	37—36°	37—36°
Индифферентные	34—33°	36—35°	35—32°	35—32°
Прохладные	32—28	33—30°	32—26°	32—26°
Холодные	27—24°	—	25—15°	25—10°

Ванны. Показания к назначению ванн (кроме гигиенических) широки. Ванны назначают как успокаивающее средство — при болях, бессоннице; как тонизирующее — при нарушениях обмена веществ; как жаропонижающее — при длительном лихорадочном состоянии. Колебания воды (особенно с приспособлением в виде подводного фонтанчика) оказывают действие подобно массажу, что полезно при люмбаго, слабости брюшного пресса и других заболеваниях.

Положение больной в ванне должно быть горизонтальным с приподнятой грудной клеткой настолько, чтобы область сердца не была покрыта водой. Продолжительность ванны 5—20 минут. Для более энергичного химического и механического действия ванны в нее можно добавлять поваренную соль 2—2,5 кг на ванну в 300 л, хвойный экстракт и др. После ванны больная должна спокойно полежать не менее получаса.

Вместо общих ванн можно назначать полуванны (тазовые ванны) и сидячие (поясные) ванны. Непогруженная в воду часть тела больной должна быть прикрыта простыней или одеялом. Показаниями для та-

ких ванн служат вульвиты, воспалительные процессы придатков, гипоменорея, бесплодие, послеоперационные инфильтраты промежности, организовавшиеся гематомы, бартолиниты, парауретриты и вестибулиты, циститы и др. Продолжительность ванны — 15—20 минут; на курс назначают 10—25 ванн. В полуванны также можно добавлять поваренную соль, хвойный экстракт, отвар дубовой коры, ромашки и т. п.

Души. Общий душ, широко распространенный как гигиеническое мероприятие, оказывает тонизирующее действие на организм. Показаниями к применению душа как лечебного средства являются нарушения обмена веществ (ожирение), вегетативные невроты (в климактерии и менопаузе). Вначале души должны быть кратковременными, индифферентной температуры и низкого давления. При истощении, сердечной декомпенсации, недавних инфарктах миокарда, гипертонии, кавернозных формах туберкулеза души противопоказаны.

Кроме обычного, различают (по характеру водяной струи) души: циркулярный, веерный (из шланга), душ Шарко, шотландский, назначаемые по специальным показаниям (неврастения и др.). Имеются также специальные местные души — промежностный и геморроидальный (с восходящей струей).

Обмывания и обтирания сочетают в себе термическое действие воды, а также массажа с помощью полотенца или простыни. Они могут быть частичными и общими.

Обмывания производят с помощью губки, которой смачивают обнаженную часть тела, после чего тотчас растирают сухим полотенцем до покраснения; затем обрабатывают следующий участок тела. К воде добавляют спирт или столовую ложку одеколона на 1 л воды.

Обтирания производят смоченной простыней, которую набрасывают на обнаженное тело и поверх которой растирают ладонями рук спину, грудную клетку, конечности. Затем мокрую простыню снимают, а большую закутывают в сухую; растирания продолжают до полного согревания больной.

Спринцевания. Влагалищные спринцевания широко распространены в гинекологической практике.

Для лечебных целей влагалищное спринцевание следует производить лежа с приведенными к животу бедрами и согнутыми коленями. Только с целью предохранения от беременности, то есть для лучшего удаления из влагалища спермы, можно спринцеваться на корточках над тазиком или ведром. Кружка Эсмарха емкостью в 2—3 л подвешивается на высоте $\frac{3}{4}$ —1 м. К кружке присоединены резиновая трубка и влагалищный наконечник. Наконечник следует брать стеклянный, слегка изогнутый с одним большим отверстием; наконечники с грушевидными утолщениями и мелкими отверстиями легко засоряются и трудно отмываются. Перед каждым спринцеванием наконечник следует прокипятить, а кружку промыть струей горячей воды. Для спринцеваний берут кипяченую воду температуры от 37 до 45°.

Показаниями к спринцеванию являются вагиниты, вульвовагиниты, эндоцервициты, эрозии, подострые и хронические воспалительные заболевания придатков, сопровождающиеся белями, бели другой этиологии, запущенные с некрозом злокачественные опухоли влагалища и шейки матки и пр.

В зависимости от специальных показаний для спринцеваний применяют растворы различных лекарственных веществ. При обильных влагалищных негнойных белях и цервикально-вестибулярных слизистых выделениях можно назначать щелочные спринцевания с содой или бурой, которые растворяют слизь: 1—2 чайных ложки на 1 л воды. В тех

же случаях, а также при обильных серозных и жидких выделениях применяют вяжущие спринцевания: квасцы, танин — 1 чайная ложка на 1 л воды; при гнойных (гонорейных) белях часто назначают сернокислый цинк с квасцами: *zinci sulfur*. 15,0, *alumnis pulverati* 45,0—1 чайную ложку на 1 л воды; при старческих кольпитах часто назначают неочищенный древесный уксус: 2 столовых ложки на 1 л воды. Для дезинфицирующих спринцеваний употребляют 5% марганцовокислый калий — 1 чайная ложечка на 1 л, фурацилин 1 : 5000, хлорамин 0,25 — 0,5%. С целью вызвать гиперемия при лечении бесплодия, инфантильности матки сиринуют физиологическим раствором поваренной соли — 1 чайная ложка на 1 л воды при температуре 38—42°.

Противопоказаны спринцевания при беременности, менструальных и иных кровотечениях из матки и в первые недели послеродового периода.

Согревающий компресс является подготовкой к тепловому лечению и одновременно самостоятельной лечебной процедурой. Он вызывает длительное равномерное согревание, расширение сосудов, приток крови и лимфы к пораженным воспалительным процессом местам. Способ применения — общеизвестен. К воде для усиления гиперемии нередко добавляют спирт (до ¼ объема жидкости).

Согревающие компрессы на низ живота показаны при подострых и хронических воспалительных процессах гениталий. Компресс оставляют на шесть-восемь часов, после чего необходимо наложить его заново. Для усиления действия компресса можно поверх его класть пузырь с горячей водой.

Грелки также применяются в гинекологической практике, но действие их неравномерно; при применении их у оперированных еще не проснувшихся от наркоза больных возможны ожоги. Грелки **противопоказаны** больным туберкулезом придатков.

Применение **холода** в виде пузыря со льдом, обернутого полотенцем, рационально при острых (экссудативных) воспалительных процессах матки, придатков, параметриев и брюшины; его применяют также при некоторых маточных кровотечениях (после аборта, при фибромиомах матки). Пузырь со льдом кладут на низ живота и оставляют до двух часов, после чего делают перерыв на то же время.

При приготовлении пузыря со льдом необходимо удалить из него, по возможности, воздух и воду; наколотый не очень мелко лед должен заполнять пузырь только наполовину.

ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ

Минеральные воды (с содержанием солей более 1 г на 1 л) применяют в практике лечения гинекологических больных как на курортах, так и во внекурортных условиях.

Для лечения гинекологических заболеваний чаще всего назначают углекислые, сероводородные, радоновые ванны и влагалитные орошения.

Углекислые воды содержат большое количество свободной углекислоты, пузырьки которой во время купания оседают на теле. Воды эти применяют в виде ванн восходящей температуры от 33 до 35° продолжительностью от 5 до 15 минут, вначале через день, потом ежедневно с перерывом в два дня после 3—5 ванн. Кроме ванн, иногда назначают влагалитные орошения, которые следует производить перед ванной. Для орошений применяют углекислую воду температуры 38—42°; про-

должительность процедуры 15—20 минут. Давление жидкости не должно превышать 20—30 мм.

Показания для лечения углекислыми ваннами: хронические воспалительные процессы половых органов и недоразвитие их, овариальной функции. **Противопоказания**: острые воспалительные процессы или обострения их, маточные кровотечения, беременность, доброкачественные и злокачественные опухоли гениталий.

Углекислые источники имеются в Кисловодске (нарзан), Ессентуках, Пятигорске (углекисло-сероводородные воды, более активные, чем углекислые), Арзни (Армения), Аршане (Бурят-Монгольская АССР) и на других курортах.

Сероводородные (сульфидные) воды. Сероводород содержится в этих водах в связанном и свободном состоянии; последний является главным лечебным фактором. По количеству свободного сероводорода различают: воды «слабые», с содержанием свободного сероводорода до 10 мг на 1 л; воды «средние», с содержанием сероводорода до 40 мг на 1 л; воды «крепкие», с содержанием сероводородного газа до 100 мг на 1 л и воды «крепчайшие», с содержанием сероводорода выше 100 мг на 1 л.

Для лечения гинекологических больных применяют общие сероводородные ванны, полуванны, влажные орошения и микроклизмы.

При пользовании сероводородными ваннами возникает «реакция покраснения» — кожно-сосудистая реакция на частях тела, подвергшихся действию воды; она заключается в последовательных изменениях капиллярного кровообращения: фаза активности гиперемии сменяется фазой активности ишемии и затем фазой восстановительной (А. И. Нестеров и И. Г. Карась). Сероводородные ванны улучшают все виды обмена веществ, повышают окислительные процессы, улучшают показатели крови. Сероводородные орошения совместно с ваннами способствуют рассасыванию воспалительных спаек в малом тазу, нормализуют менструации. Так же действуют микроклизмы.

Противопоказания: заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и тяжелые расстройства обмена.

Из курортов, располагающих сероводородными источниками, известны: Сочи — Мацеста (содержание свободного сероводорода до 240 мг/л), Пятигорск, Любен-Великий (Львовская обл.), Сураханы (Азербайджанская ССР) и др.

Радоновые (радиоактивные) воды содержат радиоактивный газ радона — продукт распада радия. В зависимости от концентрации радона различают: сильнорадиоактивные источники, в которых содержание радона превышает 80 единиц Махе (единица измерения количества атомов радона в 1 л воды), среднерадиоактивные с содержанием радона от 30 до 80 единиц и слаборадиоактивные — от 10 до 30 единиц Махе. Радоновые источники имеются в СССР на курортах Пятигорск, Джеты-Огуз (Киргизская ССР), Белокуриха (Алтайский край) и др. Первые два относятся к сильнорадиоактивным источникам.

Радоновые воды, помимо действия химического (соли), действуют эманацией радия, который попадает через кожу в кровь, а также «радиоактивным налетом», образующимся на коже во время ванны. Этот налет состоит из продуктов распада радона; действие его сохраняется и после ванны в течение двух-трех часов. Радоновые ванны вызывают «реакцию побледнения» кожных покровов, переходящую после ванны в «реакцию покраснения».

Радоновые ванны улучшают общее состояние больных, нормализуют кровяное давление, уменьшают головные боли, боли в суставах

и половых органах. Хороший результат получен у больных аднекситами с нарушениями менструального цикла.

Таким образом, показаниями к лечению радоновыми ваннами являются: подострые и хронические воспалительные процессы женских гениталий, маточные кровотечения воспалительного происхождения и климактерические кровотечения.

Противопоказания — те же, что и при сероводородных ваннах.

Кроме ванн, применяют влагалищные орошения и микроклизмы, комбинируя их с ваннами. Температура ванн 34—35°, при воспалительных заболеваниях — 37—38°; длительность — 8—15 минут.

Гинекологические больные лечатся также на курортах, имеющих азотсодержащие воды (Цхалтубо). Кроме азота, эти воды содержат немного радона (около 6 единиц Махе).

Показания для азотсодержащих ванн те же, что и для радоновых. Показания для орошения: эндоцервициты, эрозии, парауретриты, парапроктиты.

МОРСКИЕ КУПАНИЯ

О морских купаниях, как лечебном факторе при гинекологических заболеваниях, данных в литературе имеется сравнительно мало.

Морские купания оказывают на организм человека температурное, механическое и химическое воздействия. При погружении в море раздражаются холодовые рецепторы кожи и, прежде всего, сосудодвигательные центры; наступает спазм периферических сосудов и расширение сосудов внутренних органов. Появляется дрожь и озноб, бледнеет кожа. Эти явления вскоре сменяются расширением периферических сосудов, покраснением кожи, ощущением тепла. Если же в процессе купания теплоотдача организма не компенсируется теплопродукцией его, то вновь появляется озноб, дрожь, «гусиная кожа», цианоз.

Терапевтический эффект морских купаний зависит от методики их применения. Е. И. Пасынков и Л. Р. Рубин рекомендуют следующую методику. Подготавливаются к морским купаниям обтираниями морской водой. Непосредственно перед купанием в море следует принять кратковременную воздушную ванну. Купаться лучше через 1—1½ часа после завтрака или через 2—3 часа после обеда. В воде можно находиться в первые дни купания 2—3 минуты, постепенно увеличивая это время до 10—20 минут. Количество купаний — 20—30 ежедневно или через день.

При гинекологических заболеваниях многие врачи не назначают морские купания из-за боязни охлаждения организма. Однако М. В. Александров считает эти опасения преувеличенными. Этот автор считает целесообразным назначать морские купания продолжительностью до 10 минут при температуре воды не ниже 19° и благоприятных климатических условиях при хронических воспалительных заболеваниях женских гениталий, причем менструации не являются противопоказанием для купания в море.

М. В. Александров не рекомендует морские купания лишь в тех случаях, когда охлаждение тела во время купания усиливает боли в области гениталий.

В. Д. Дик (1936) считает показанными морские купания и морские ванны при гиповарии, климактерическом синдроме, позднем менархе. Эти купания могут также применяться, наряду с другими лечебными факторами, при недоразвитии гениталий.

Противопоказаны морские купания при активной форме туберкулеза, артериосклерозе, некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, кахексии, базедовизме, а также при острых воспалительных процессах гениталий, мено-метроррагии и беременности поздних сроков (А. М. Мажбиц).

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Лечебная физкультура в гинекологии преследует те же общие цели, что и в других специальностях: использование двигательных функций для получения физиологических сдвигов в организме, могущих вызвать общий или местный положительный эффект.

При выборе физических упражнений руководствуются возрастом больной, общим состоянием ее здоровья, особенностями менструального цикла, характером и течением патологического процесса и т. п.

ЛФК может проводиться в лечебном учреждении, на курорте, дома. При проведении занятий по ЛФК необходимо помнить о пользе закаливания организма, а также о рациональном отдыхе, являющемся естественным этапом физкультуры. С. А. Ягунов и Л. Н. Старцева рекомендуют после начального периода занятий выполнение контрольно-диагностических упражнений для изучения реакций организма на раздражение движением.

ЛФК в гинекологии назначается при аменорее, дисменорее, ювенильных кровотечениях, бесплодии, ретродевиациях, опущениях влагалища и матки, частичном недержании мочи как следствие неправильных положений матки, хронических воспалительных процессах, при вегетодистонии климактерической этиологии и т. п.

Более подробно вопросы лечебной физкультуры в гинекологии освещены в специальных работах С. А. Ягунова, Л. Н. Старцевой, Г. К. Живатова, М. В. Елкина, Л. А. Малиновской и других.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров М. В. О применении морских купаний у женщин при воспалительных гинекологических заболеваниях и во время менструации. Акуш. и гинек., 1950, 4.
- Беккер С. М. и Робачевский Г. Р. Применение кварцевой лампы при воспалительных заболеваниях верхних половых путей женщины. Сб. труд. ЦНИАГИ, Л., 1935.
- Беленький М. С. Физиотерапия, Одесса, 1941.
- Егорова А. Н. О влиянии световых лучей на половые гормоны. Гинек. и акуш., 1937, 2.
- Келлат Г. А. Внеочаговая верхнесегментарно-рефлекторная терапия острых и подострых воспалительных заболеваний женских половых органов посредством эритемы от ультрафиолетовых лучей. Акуш. и гинек., 1949, 1.
- Малиновська Л. А. Роль і значення фізичних вправ у комплексі лікувальних заходів при патологічному клімаксі. Зб. Проблеми патології клімаксу у жінок. Київ, 1959.
- Молдавская-Свет Е. Д. Эффективность физических методов лечения при гинекологических заболеваниях. Акуш. и гинек., 1938, 3.
- Пасынков Е. И. и Рубин Л. Р. Общая физиотерапия. Медгиз, 1956.
- Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. Медгиз, 1952.
- Петченко А. И. Опыт применения ультра-фиолетовых лучей при восходящей гонорее женщины. Сов. вестн. Дерм. и венеролог., 1936, 7.
- Старцева Л. Н. К вопросу применения холодной ртутно-кварцевой лампы в гинекологии. Сб. науч. тр. ЦНИАГИ, Л., т. IX, 1941.
- Ягунов С. А. и Старцева Л. Н. Лечебная физическая культура. Неолеративная гинекология, И. Л. Брауде и др., 1957.

Глава 6

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ. НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ. ПАРАФИНОТЕРАПИЯ. ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ

Грязелечение: общие сведения; действие лечебной грязи на организм; методика грязелечения; показания и противопоказания; выбор курорта для грязелечения гинекологических больных. Нафталанотерапия. Парафиногерация. Озокеритотерапия.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ (ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ)¹

Общие сведения

Грязелечение является одним из старейших методов лечения. Лечебная грязь бывает различного происхождения и различного состава. Чаще всего применяется иловая и торфяная грязи. Близки по физическим и химическим свойствам к грязям нафталан, парафин, озокерит.

В состав лечебной грязи входят: основа — песок, глина, обломки ракушек, коллоиды — сернистое железо, гидрат окиси железа и алюминия, гумус и грязевой раствор, который пропитывает кристаллически части коллоидной массы грязи; черный цвет грязи зависит от наличия в ней сернистого железа. Из физических особенностей грязи наиболее важной является теплоемкость ее. Благодаря тепловым свойствам организм человека легко переносит высокую температуру грязи, например в 40°. К химическим свойствам грязи относится большое содержание солей и органических веществ: хлористого натрия, магния, серно-кальциевых солей, сероводорода, углекислоты, йода, брома и др. В некоторых лечебных грязях установлено содержание веществ, сходных по действию с некоторыми гормонами, например, эстрогенами, которые легко всасываются через кожу. Доказано также наличие в некоторых грязях бактериофагов, антибиотиков и биостимуляторов (В. П. Филатов); на действию последних основана терапия пеллоидистиллятами (см. ниже).

Отдельные виды грязи. Иловая грязь образуется на дне лиманов и некоторых соленых озер. В состав этой грязи входят минеральные соединения, остатки растительного и животного мира. Последние, погибая, разлагаются под влиянием различных бактерий, смешиваются с почвой и минеральными солями и образуют грязевую массу. Иловая грязь — черного цвета, маслянистой консистенции, с запасом сероводорода; она плотно пристает к коже и довольно трудно отмывается. Медленно нагреваясь, она долго сохраняет тепло.

Торфяная грязь образуется в болотистых местах, богатых водорослями, мохом. Эта растительность, отмирая, также превращается в пласты торфяной грязи, пригодной для лечения. Торфяная грязь темно бурого цвета; чем старше грязь, тем гуще и однороднее ее масса. Торфяная грязь имеет различный состав, в зависимости от произраставших в данной местности растений и от степени их разложения.

Сапропелевая грязь — образуется из ила на дне застойных водоемов (пресноводные озера) в результате перегнивания, преимущественно в анаэробных условиях, растительных и животных организмов.

¹ Pelos — ил, грязь.

Вода соленых озер и лиманов, насыщенная солями, называется рапой. Рапа обладает также лечебными свойствами и употребляется для лечебных ванн, спринцеваний и т. д.

Действие лечебной грязи на организм

Лечебная грязь оказывает многостороннее действие на организм. Прежде всего она влияет термически (теплом); с этим связано болеутоление, противовоспалительное действие и улучшение кровообращения. Большое значение имеет также способность грязи вызывать раздражение нервных окончаний кожи и благодаря этому влиять на другие органы. Так, грязелечение изменяет деятельность сердечно-сосудистой системы, эндокринных органов, улучшает обмен веществ, деятельность кровотообразующих органов. Лечебная грязь вызывает гиперемию кожи, усиливает потоотделение, ускоряет пульс, повышает температуру во влагалище; кровяное давление, РОЭ и лейкоцитарная формула изменяются в благоприятную сторону. Под влиянием грязелечения повышается функция половых желез, нормализуется влагалищный секрет, активируется выработка гистамина и ацетилхолина. Грязелечение вначале иногда может ухудшить самочувствие, вызывать слабость, обострение болей; однако в дальнейшем все эти явления проходят. Результаты лечебного воздействия грязи сохраняются надолго.

Методика грязелечения

Лечебная грязь применяется в подогретом виде, нагревают ее с помощью пара, горячей воды или солнечными лучами. Для лечения грязью организуются специальные грязелечебницы. Нагрев грязи производится в подсобных помещениях. На некоторых южных курортах больные принимают грязелечение на открытой площадке. Грязь может быть использована различными способами. Для гинекологических заболеваний чаще всего применяют грязевые «труссы», т. е. накладывают нагретую грязь на нижнюю часть живота, бедра и поясницу. Продолжительность грязевой процедуры 15—20 мин. Температура грязи — от 37 до 46°. По окончании процедуры больную обмывают под душем, после чего необходим отдых не менее получаса. Процедура производится обычно через день, общее число процедур — от 10 до 15. Вспомогательным средством лечения при грязевых процедурах являются рапные ванны. Рапа служит также для обмывания после грязевой процедуры. Рапные ванны назначают до начала грязелечения или в дни, свободные от грязевых процедур.

Широкое применение получили грязевые влагалищные тампоны, которые можно применять одновременно с грязевыми «труссами». Однако при неудовлетворительном состоянии сердца и легких лечение должно быть ограничено только грязевыми тампонами. Грязь вводится во влагалище в марлевой салфетке; реже — без нее, что менее удобно. Температура грязи — 56—58°. Тампоны оставляют во влагалище на 18—24 часа.

На некоторых курортах применяют ректальное грязелечение. Грязь после очистительной клизмы вводится в прямую кишку при помощи специального шприца. Температура грязи не должна превышать 46°. Вводится грязь в прямую кишку также в виде тампонов.

Применяют грязь и в виде лепешек на молочные железы (грязевые

«бюстгальтеры»). Температура грязи 48—50°. Длительность каждой процедуры — 20—25 минут.

Лечебное действие грязи, накладываемой на груди при функциональных маточных кровотечениях и кровотечениях при воспалительных заболеваниях гениталий, в основном рефлекторное.

Показания и противопоказания

Показания. На грязелечение могут быть направлены больные с хроническими воспалительными процессами различной этиологии, кроме туберкулезной; с хроническими аднекситами и периаднекситами при отсутствии обострений в последние три месяца; с различными спайками и остатками экссудатов и инфильтратов (адгезивный периметрит), с остатками параметрита; больные с хроническими эндоцервицитами и кольпитами. Точно так же грязелечение показано при послеоперационных инфильтратах и экссудатах, а также при фиксированных и полужестких ретродевиациях матки и при некоторых формах бесплодия. Особенно показаны для грязелечения случаи бесплодия воспалительной этиологии.

Показаниями к грязелечению являются также недостаточная функция яичников и нерезко выраженные формы недоразвития матки; при последнем не следует направлять для лечения женщины, у которых длина полости матки меньше 4 см. Грязелечение полезно также при тяжелых трихомонадных поражениях гениталий. Наконец, показаниями для грязелечения могут быть некоторые расстройства менструальной функции: аменорея, дисменорея.

Противопоказания: воспалительные заболевания женских половых органов в острой и подострой форме с недавними обострениями; гнойные мешотчатые опухоли труб, гнойные воспаления яичников, гнойники таза — газовой брюшины и параметриев. Грязелечение противопоказано при туберкулезе гениталий, при новообразованиях матки и придатков, злокачественных и доброкачественных, а также при беременности всех сроков.

Противопоказания к применению грязевых тампонов: острые и подострые воспалительные процессы наружных и внутренних гениталий, а также недавнее обострение заболевания, менструации и маточные кровотечения различной этиологии, гиперестезия влагалища, вагинизм и узость влагалища, гипоплазии. В последних случаях влагалищные тампоны могут быть заменены ректальным грязелечением.

Выбор курорта для грязелечения гинекологических больных

Назначить курорт для грязелечения гинекологической больной может только врач после изучения особенностей заболевания ее.

Как правильно говорит В. Г. Дик, не обязательно посылать больных на отдаленные курорты союзного значения; хорошие результаты могут быть достигнуты и на ближайших курортах, климатические особенности которых сходны с теми, где живет больная. На дальние курорты желательно посылать лишь тех больных, которые нуждаются, помимо грязелечения, в лечении другими курортными факторами: минеральной водой, специальными ваннами, морскими купаниями, климатотерапией.

На южные грязевые курорты в жаркие летние месяцы не рекомендуется направлять истощенных, малокровных, с ослабленной сердечной деятельностью больных; их лучше направлять в это время года в Прибалтику, где прохладнее (Кемери, Пярну и Хаапсалу).

Как мы уже сказали выше, направляя больную на грязелечение всегда следует учитывать необходимость лечения и других заболеваний, если они имеются. Так, например, гинекологическим больным, страдающим одновременно заболеванием желудка, следует рекомендовать Железноводск, Ессентуки, Друскининкай и т. д., где есть питьевые источники. Гинекологических больных, страдающих заболеваниями суставов, можно направлять в Пятигорск, Цхалтубо.

Грязелечение можно осуществлять на курортах зимой. Зимнее грязелечение показано тем гинекологическим больным, у которых состояние сердечно-сосудистой системы не позволяет проводить это лечение в жаркое время года. Лечение зимой особенно желательно также для лиц переутомленных и нервных, нуждающихся в особом покое.

И. Ф. Панцевич и И. А. Брусиловский (1956) применили лечение хронических воспалительных заболеваний грязевыми аппликациями на область солнечного сплетения.

Грязелечение во внекурортных условиях. В настоящее время грязелечение проводится в большинстве городских крупных лечебных учреждений и во многих пригородных санаториях. Лечат здесь привозной грязью с ближайшего курорта. Внекурортное грязелечение вполне целесообразно, так как физико-химические свойства грязи весьма устойчивы и при перевозках в надлежащих условиях не изменяются (В. Г. Дик).

В грязелечебнице грязь помещают в бетонные бассейны и сохраняют под слоем соленой воды. Методика грязелечения такая же, как на курорте.

Режим после грязелечения. С окончанием курса грязелечения влияние лечебных факторов курорта или лечебных процедур при внекурортном лечении продолжается, как сказано выше, еще довольно долго (полтора-два месяца). Чтобы закрепить результаты лечения, необходимо избегать тяжелых физических напряжений, соблюдать режим дня, вести правильный образ жизни, рационально питаться и выполнять рекомендации врача курорта. Очень важно продолжать физкультурные упражнения, если они проводились на курорте. Особенную осторожность должны после грязелечения соблюдать женщины с воспалительными заболеваниями; они во время первых двух после грязелечения менструаций, по возможности, должны полежать один-два дня, избегать охлаждения тела, держать ноги и живот в тепле, носить закрытые теплые рейтузы, следить за деятельностью кишечника. Половая жизнь и употребление спиртных напитков в ближайшие недели после грязелечения запрещаются.

НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ

Курорт Нафталан находится в Азербайджане. На этом курорте имеется единственная в мире лечебная нафталановая нефть, представляющая собой густую черно-бурую жидкость, напоминающую по консистенции грязь Ставой Руссы. Нафталан обладает способностью смягчать кожу, не вызывая раздражения. Реакция нафталана нейтральная или слабощелочная. Лечебная нефть содержит парафины и углеводороды, а также эстрогенные вещества.

Для лечения гинекологических заболеваний применяются ванны и влагалищные тампоны из нафталана. Метод лечения ваннами своеобраз-

разен: больные в течение пяти минут находятся в цементированном бассейне, наполненном сырой нагретой лечебной нефтью. После выхода из бассейна больная обтирается травой и переходит на солнечную площадку, где принимает солнечные ванны в течение 15 минут, после чего ложится отдыхать. Курс лечения — до 20 дней; за это время больная получает 15—16 ванн. Влагалищные нафталановые тампоны с температурой 36—38° вводятся на 24 часа; курс лечения — 15—20 тампонов.

Показаниями к нафталановой терапии являются хронические воспалительные процессы придатков матки, кольпиты и эндоцервициты неспецифического характера.

Противопоказаниями являются: анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, туберкулез легких и органические заболевания центральной нервной системы. Лечение нафталаном особенно целесообразно назначать гинекологическим больным, страдающим кожными заболеваниями (пиодермия, экземы, нейродерматиты). Результаты лечения, по Н. Ф. Ильину, — 77,5% клинического излечения и 12,7% улучшения. Нафталан с успехом применялся также при лактационных трещинах сосков.

ПАРАФИНОТЕРАПИЯ

Парафин получается путем перегонки некоторых сортов нефти. По химическому составу парафин относится к предельным углеводородам. Точка плавления 52—56°. Различают парафин мягкий (температура плавления 51°), средний (56°) и твердый (69°). Индифферентная для кожи точка плавления парафина находится между 57 и 62°. Основные качества парафина — высокая теплоемкость и очень низкая теплопроводность. Благодаря этим качествам происходит медленное остывание парафина, вследствие чего передача тепла больному происходит очень равномерно и постепенно. Важным свойством парафина является способность образовывать у поверхности тела плотный слой (защитную пленку) при застывании; этот слой не смешивается с выше лежащими слоями более высокой температуры. Переходя из жидкого состояния в твердое, парафин уменьшается в объеме на 10—15%, вследствие чего сдавливает периферические сосуды кожи, чем предотвращается гиперемиа.

Методика парафинотерапии следующая: парафин, расплавленный на водяной бане, нагревают до температуры 70°, охлаждают до 65°, и затем большой кистью намазывают на участок кожи внизу живота или поясницы или в виде «трусов». Парафин наносят быстро, слой за слоем до толщины 0,5—1 см. Наложивший на тело парафин покрывают клеенкой и одеялом. Длительность процедуры — до 1 часа ежедневно или через день; курс лечения — до 20 процедур.

Парафин может применяться также в виде влагалищных тампонов. А. М. Мажниц проводит эту процедуру следующим образом: после введения зеркал на стенки влагалища плоской кисточкой наносят тонкий слой парафина, температура которого не должна превышать 55°. После этого во влагалище вводят марлевую лангету, пропитанную парафином той же температуры и оставляют ее на час. По удалении тампона больную спринцуют 3% раствором борной кислоты.

Показания. Подострые и воспалительные процессы матки и придатков или обострения их, а также хронические воспалительные процессы разной этиологии.

Противопоказаниями являются: туберкулез придатков матки, кровянистые выделения или склонность к кровотечениям, беременность.

ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ

Лечение озокеритом (горный воск) было введено в гинекологическую практику в 1947 г. Е. Д. Молдавской-Свет. Озокерит относится к минеральному классу органефтов и встречается в месторождениях нефти. В естественном виде озокерит встречается в Дрогобыче (западная Украина), в Ферганской долине Узбекистана и других местах. Озокерит представляет собой густую воскообразную массу темного цвета, температура плавления его 52—86°. При переходе из жидкого состояния в твердое объем озокерита сокращается на 15%. В состав озокерита входят церезин, парафин, нефтяные масла, битуминозные вещества, ароматические углеводороды (толуол и бензол) и механические примеси (песок, ракушник). Для лечебной цели применяют очищенный озокерит (озокерит-стандарт), который получается из озокерита сырья. Озокерит обладает большой теплоемкостью и малой теплопроводностью. Теплоудерживающая способность озокерита в четыре раза больше, чем гряды. По Е. Д. Молдавской-Свет, в 1 кг озокерита содержится 200 МЕ эстрогенных веществ.

Озокерит применяется в виде аппликаций на кожу или в виде влагалищных тампонов при воспалительных процессах, аменорее, бесплодии.

Широкое распространение получил кюветно-аппликационный метод лечения, состоящий в следующем: озокерит нагревают до 100° и наливают в цинковые кюветы, выстланные клеенками. На воздухе он охлаждается до требуемой температуры, после чего озокерит вынимается из кювета и накладывается на кожу живота или поясницы. Больную укутывают ватником и закрывают одеялом. Продолжительность сеанса — от 20 минут до 1 часа; температура — от 45 до 60°; курс состоит из 15—20 сеансов.

Показания: хронические подострые воспалительные процессы придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки, инфантилизм, аменорея и бесплодие.

Противопоказания: беременность, гнойники малого таза, опухоли гениталий, анемия и функциональные маточные кровотечения. При последних может быть применена аутомамминизация в виде аппликаций озокерита на грудные железы.

Для влагалищных тампонов применяют озокерит, охлажденный до 55—60°. Его вводят во влагалище специальным шприцем Баржанского или с помощью рыхлых ватных тампонов, пропитанных озокеритом. Своды влагалища предварительно должны быть просушены. Вводят два-три озокеритовых тампона на сутки. Во влагалище тампон отвердевает и покрывается слизью, благодаря чему легко извлекается. Последующие спринцевания излишни.

Показания для влагалищных тампонов: эндоцервициты и эрозии, кольпиты, параметриты, аднекситы, фиксированные в дугласовом пространстве.

Противопоказания те же, что и для аппликаций. При кольпитах трихомонадного происхождения озокерит лечебного действия не оказывает.

ЛИТЕРАТУРА

Атабеков Д. Н. Функциональное недержание мочи у женщин и физкультура. М., 1945.

Бурденко Н. Н. Клиническое значение очаговой и общей реакции при лечении хронических форм хирургических и гинекологических заболеваний. В кн.: Бурденко Н. Н., Сочинения, изд. АМН СССР, 1951, т. 1.

Гильчер А. Э. Эндокринология и лиманотерапия. Врач. дело, 1929, 4, стр. 273—275.

Дик В. Г. Курортотерапия гинекологических заболеваний. Основы курортологии, т. III. Медиздат, 1936, стр. 448—486.

Дик В. Г. Грязелечение женских болезней. Медгиз, 1956.

Живатов Г. К. Грязелечение женских болезней. Одесса, 1940.

Зарницкий А. А. Эффективность зимнего грязелечения и показания к нему. Клинический журнал, 1937, т. XV, 3, стр. 1028—1032.

Здравомыслов В. И. Аутоамминизация грязевыми лепешками. Гинек. и акуш., 1932, 5—6, стр. 49—53.

Ильин Н. Ф. Нафталанская нефть в гинекологии и акушерстве. Сб. статей. Нафталан, изд. Азерб. ССР, 1942.

Кан А. Г. Грязевой раствор и его терапевтическая ценность при лечении гинекологических больных. Акуш. и гинек., 1952, 5, стр. 83.

Кичина А. М. Парафинотерапия женской гонорей. Венер. и дермат., 1939, 8, стр. 37—39.

Лесной С. К. Лечение гипоовариальных расстройств грязями и эндокринными препаратами. М., 1950.

Мажбиц А. М. Бальнеотерапия в гинекологии и акушерстве. Л., 1947.

Мажбиц А. М. Лечение гинекологических больных на курортах. Медгиз, 1957.

Майзель М. Б. Применение озокерита в гинекологической практике. В кн.: Вопросы активной терапии, изд. Академии Наук БССР, 1951, стр. 247—255.

Панцевич И. Ф. и Брусилловский И. А. Лечение хронических воспалительных процессов... грязевыми аппликациями на область солнечного сплетения. Акуш. и гинек., 1956, 2.

Свет-Молдавская Е. Д. Грязелечение гинекологических больных во внекурортной обстановке. Курорт. дело, 1927, 5, стр. 46—51.

Свет-Молдавская Е. Д. Озокеритотерапия женских болезней. М., 1951.

Старцева Л. Н. Сергиевские минеральные воды как курорт для лечения гинекологических больных. Сб. диссертаций. Центр. научно-исслед. ин-т акуш. и гинек., Л., 1947, т. VII, стр. 119—245.

Фишкин И. М. Лечение парафином хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акуш. и гинек., 1937, 2, стр. 82.

Шмундак Д. Е. и Каневский Г. А. Грязелечение и электроионотерапия при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Врач. дело, 1938, 17, стр. 1356—1360.

Ягунов С. А. Опыт применения комбинированного метода лечения: грязе-вакцинация при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1932, 7, стр. 32—40.

Глава 7

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ. КЮРИТЕРАПИЯ

Действ. чл. АМН СССР, проф. *А. И. Серебров*

Рентгенотерапия: рентгенотерапия фибромиом матки и других гинекологических заболеваний. **Кюритерапия:** дозировка лучей радия; показания и противопоказания к лучевой терапии; режим больной при лечении радием.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ

Гинекологи первыми стали применять рентгенотерапию сначала при фибромиомах, а затем и при других опухолях, как доброкачественных, так и злокачественных.

В настоящее время показания к рентгенотерапии в гинекологической клинике значительно расширены. Помимо лечения опухолей гениталий, при которых рентгенотерапия применяется широко, этот вид лечения находит себе применение при функциональных маточных кровотечениях, при туберкулезе женских половых органов и при различных воспалительных процессах гениталий.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ ФИБРОМИОМ МАТКИ И ДРУГИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Терапевтический эффект рентгеновых лучей при фибромиомах матки обусловлен разрушающим действием лучей на фолликулярный аппарат яичников с частичным выключением их гормональной функции. По существу говоря, рентгенотерапия ускоряет наступление естественной менопаузы и вызывает в организме женщины те же изменения, которые у больных фибромиомой матки наблюдаются и при наступлении естественной менопаузы: прекращение овуляций, следовательно, и менструаций, уменьшение, а частично и исчезновение фибромиом матки.

Таким образом, основой рентгенотерапии фибромиом матки является воздействие лучей на яичники и ослабление их гормонального действия на матку, обуславливающего рост фибромиом.

Однако иногда терапевтический эффект от рентгенотерапии наступает спустя некоторое время после облучения. Дело в том, что при применении терапевтических доз гибель фолликулов наступает не сразу: некоторые примордиальные фолликулы во время облучения могут остаться незрушенными. Это ведет в тому, что менструальная функция у таких больных прекращается не сразу, и основной симптом фибромиомы — кровотечение — не исчезает. Обычно у таких больных менструации приходят один-два раза и затем прекращаются. Редко приходится прибегать к повторной рентгенотерапии.

Рентгенотерапия показана при интерстициальных и подбрюшинных фибромиомах, сидящих на широком основании.

При подбрюшинных фибромиомах, сидящих на ножке, рентгенотерапия не показана, так как такие опухоли могут дать осложнения в виде перекручивания ножки опухоли и некроза. Не показана рентгенотерапия также при нагноившихся фиброматозных узлах ввиду опасности генерализации инфекции, а также при обызвествленных фибромиомах, которые к рентгеновым лучам не чувствительны. Явные противопоказания к рентгенотерапии имеются при подслизистых фибромиомах во избежание их некроза, при сочетании фибромиомы с беременностью, а также при осумкованных гнойниках в области тазовых органов. Хронические воспалительные процессы в придатках не являются противопоказанием к рентгенотерапии фибромиом.

При назначении рентгенотерапии по поводу фибромиомы матки необходимо учитывать возраст больной. Рентгенотерапия показана женщинам, находящимся в преклимактерическом и климактерическом возрасте, когда выключение гормональной функции яичника не вызывает тяжелых осложнений. У молодых женщин рентгенотерапия показана только в тех случаях, когда другие способы лечения по тем или иным причинам не могут быть применены.

Что касается *методик рентгенотерапии* фибромиом матки, то их существует несколько; однако все они сводятся к тому, чтобы вызвать стойкую аменорею, не повреждая при этом соседних органов и тканей.

Физико-технические условия следующие: 180—200 кV, фильтр 0,5—1 мм меди и 1 мм алюминия, кожно-фокусное расстояние (КФР)—40—50 см, размер поля 10×15. Облучение яичников производится обычно с двух сторон, спереди и сзади. Разовая доза на каждое поле — в среднем 200 r, суммарная доза на каждое поле—600—800 r в зависимости от возраста больной, толщины брюшной стенки и других условий.

Рентгенотерапию следует начинать с первой половины межменструального периода. После рентгенотерапии, как правило, наступает менопауза, опухоль постепенно уменьшается и может даже полностью исчезнуть. Основным показателем эффективности рентгенотерапии фибромиом матки является прекращение кровотечений. Иногда после рентгенотерапии, как и при наступлении нормальной менопаузы, у больных наблюдаются явления «выпадения», а также слабо выраженные симптомы лучевой реакции (потеря аппетита, тошнота, головкружения).

Помимо фибромиом матки, рентгенотерапия может применяться при маточных кровотечениях, обусловленных нарушениями функций яичников. Успех лечения маточных кровотечений дисфункционального характера зависит от разрушения рентгеновыми лучами фолликулярного аппарата яичника. Методика рентгенотерапии в этих случаях обычно такая же, как и при фибромиомах матки. Если необходимо при обильных кровотечениях быстрее добиться эффекта, разовую дозу назначают до 250—300 r, а суммарную на каждое поле — до 500—600 r. При так называемых эссенциальных маточных кровотечениях у молодых женщин применяется облучение селезенки с целью сохранения функции яичников. Нередко такой метод дает благоприятный эффект. Обычно селезенку облучают с двух полей (переднее и боковое). Разовая доза на поле — 50—75 r.

При воспалительных заболеваниях женских половых органов в ряде случаев также может быть применена рентгенотерапия. В этих случаях, однако, рентгенотерапия не имеет первостепенного значения и применяется в комплексе с антибиотиками и местными противовоспалительными лечебными мероприятиями. Рентгенотерапию при вос-

палительных заболеваниях рекомендуется применять в подострых и хронических стадиях болезни у женщин старше 40 лет. При острых воспалительных процессах в придатках матки, протекающих в форме общинфекционного заболевания, рентгенотерапия не должна применяться. Равно она противопоказана при гнойных процессах в органах малого таза. Ряд клиницистов отмечает хорошие результаты рентгенотерапии при лечении хронических параметритов. Воспалительные процессы, вызванные гонорейной инфекцией, лечению поддаются хуже.

Условия рентгенотерапии при воспалительных процессах следующие: 180 kV, фильтр — 0,5—1 мм меди и 1 мм алюминия, КФР — 40 см. Облучение производится с двух полей (подвздошных) или добавляют еще надлобковое поле; размер полей 8×10 см. Разовая доза 50—100 r, суммарная на каждое поле 200—300 r. В острой стадии разовая доза не должна превышать 50 r. При хронических воспалительных процессах разовая доза может быть увеличена до 100 r, а суммарная — 300—400 r. Интервалы между сеансами для каждого поля не должны быть менее четырех-пяти дней.

Иногда рентгенотерапия применяется в качестве симптоматической терапии, например, при зуде половых органов, который чаще всего наблюдается при *kraurosis vulvae*. В этих случаях в ранних стадиях заболевания облучение может быть произведено при следующих условиях: 150 kV, фильтр — 3 мм алюминия, КФР — 30 см, разовая доза — 100 r; дается три сеанса с промежутками в семь-восемь дней. Эффективность симптоматической рентгенотерапии при зуде наружных половых органов не особенно велика.

Хорошие результаты дает рентгенотерапия при туберкулезе женских половых органов, причем в этих случаях она может быть применена при всех формах, независимо от стадии поражения, за исключением острых процессов, протекающих на фоне общего милиарного туберкулеза. Во избежание нарушений менструальной функции у молодых женщин большинство клиницистов считает показанной рентгенотерапию при туберкулезе гениталий только у женщин старше 40 лет; в запущенных стадиях рентгенотерапия может быть осуществлена и у молодых.

Методика рентгенотерапии при туберкулезе женских половых органов заключается в облучении нижней части брюшной полости (от пупка до лобка), так как, помимо половых органов, в процесс вовлекается обычно и брюшина области таза и нижней части живота. Рентгенотерапия осуществляется обычно с двух или трех полей (два подвздошных и одно надлобковое), в зависимости от размеров таза больной. Условия облучения: напряжение 180—200 kV, фильтр 0,5 мм меди и 1 мм алюминия, КФР — 40—50 см; разовая доза 50—100 r. Интервалы между сеансами — пять-шесть дней, а между облучениями одного и того же поля — семь-десять дней. Суммарная доза на каждое поле 250—300 r. Разумеется, рентгенотерапия должна проводиться в комплексе с другими мероприятиями (антибиотики, климатическое и диетическое лечение). Благоприятные результаты лечения могут сказаться очень быстро и заключаются в падении температуры, уменьшении болей, прекращении кровотечений.

Рентгенотерапия при лечении злокачественных опухолей изложена при описании лечения рака отдельных органов (см. ч. II, гл. 12).

Подготовка больных к рентгенотерапии должна заключаться во всестороннем их обследовании с целью исключения заболеваний, являющихся противопоказанием к лучевой терапии. Особое внимание должно быть обращено на состояние кожных покровов в тех областях, которые будут подвергаться облучению. Заболевания кожи в области паховых складок (экзема, опрелость и т. п.), повышая чув-

ствительность ее к рентгеновым лучам, почти как правило, приводят к тяжелым дерматитам при явлениях так называемого «рентгеновского ожога» и даже к изъязвлениям (табл. XXIV).

Утром в день сеанса должен быть очищен кишечник при помощи клизмы, а непосредственно перед облучением больная должна опорожнить мочевой пузырь. Проведение указанных мероприятий перед каждым сеансом рентгенотерапии чрезвычайно важно в целях избежания рентгеновских циститов и ректитов.

КЮРИТЕРАПИЯ

Кюритерапия применяется в основном при злокачественных опухолях. Известно, что лучистая энергия (будь то радий или рентгеновы лучи) может вызвать исчезновение какой-либо опухолевой ткани тем, что она разрушает материнские клетки этой ткани. Установлено также, что не только чувствительность различных тканей к лучистой энергии неодинакова, но что материнские клетки одной и той же ткани имеют различную чувствительность к лучам.

Использование этого различия в чувствительности к радию опухолевой ткани и нормальных тканей и является основой элективной радиевой терапии.

Очень важным обстоятельством явился установленный Рего факт, что соответствующим распределением времени можно расширить границу чувствительности к радию между опухолевой (раковой) тканью и нормальными тканями. Так, умеренное удлинение времени позволяет увеличить общую дозу лучистой энергии и тем самым получить более прочные результаты.

Из общих замечаний, касающихся применения лучистой энергии для лечения рака шейки матки, необходимо указать следующие.

Лечение нужно стремиться провести таким образом, чтобы оно состояло из однократной серии облучения (радий + рентгенотерапия) полной дозой; повторное лечение в том случае, если первое не было успешным, часто ухудшает состояние больных.

При радиевой терапии (методом аппликации радиевых трубочек) летальную для раковых клеток дозу невозможно дать глубже 3—4 см (по радиусу), поэтому во всех случаях, где нет уверенности, что поражение ограничено в названных пределах, радиевая терапия должна быть дополнена глубокой рентгенотерапией, так как никогда нельзя сказать с уверенностью, что рак ограничен упомянутыми границами.

Всеми признанным способом лечения рака шейки матки радием является так называемое внутривлагалищное применение радия, при котором радий вводится или во влагалище, или в канал шейки матки. Значительно реже применяется способ внутриопухолевого облучения, когда радий при помощи специальных игл вводится непосредственно в опухоль. Однако и тот и другой способы имеют целый ряд недостатков: невозможность правильного дистанцирования, отсутствие гомогенности облучения (особенно при внутривлагалищном способе), неизбежная травматизация опухоли при установке радия, влекущая иногда за собой внесение инфекции, и, наконец, кровотечения. Особого внимания требует к себе вопрос о фильтрации лучей радия. По отношению к раку шейки матки вопрос о фильтрации радиевого излучения приобретает особое значение еще и потому, что анатомическое положение шейки таково, что она находится в ближайшем соседстве с мочевым пузырем и прямой кишкой, которые также неминуемо подвергаются лучевому воз-

действию. Поэтому в настоящее время считается общепризнанным, что при радиевой терапии рака шейки матки должны применяться такие фильтры, которые обеспечивали бы получение только коротковолновой фазы гамма-лучей радия. Исходя из этих соображений, мы применяем радий в фильтрах из 1 мм платины + 1 мм золота. Кроме того, мы пользуемся трубками из резины, не содержащей металла. Такая фильтрация обеспечивает возможность применения необходимой дозы радия при меньшем риске повреждения здоровых тканей соседних органов. Тонкие трубочки с радием особенно удобны для введения их в цервикальный канал в смысле меньшего травмирования опухоли что, как мы указывали, имеет очень большое значение. Некоторые авторы для эндцервикального введения пользуются трубочками с радием только с одним платиновым фильтром (1 мм), так как шейка матки сама является массивным фильтром для защиты пузыря и прямой кишки. Если применяется радий в смеси с мезаторием, то во избежание «ожогов» фильтрация должна быть усилена заворачиванием трубочек с радием в алюминиевую фольгу.

В последние годы при лечении злокачественных опухолей широко используют радиоактивные изотопы. При лечении рака женских половых органов применяется радиоактивный кобальт (Co^{60}), который обладает даже некоторыми преимуществами перед радием.

Основное преимущество Co^{60} перед радием — это широкие возможности индивидуализации лечения применительно к анатомическим особенностям органов малого таза каждой больной.

Co^{60} применяется: в виде «радиевой пушки» для наружного облучения на расстоянии; в таком виде его действие мало отличается от действия высоковольтной рентгенотерапии; в виде игл для интерстициального облучения методом «шпигования»; в виде гибкого металлического сплава, заключенного в стальные фильтры; в жидком виде, когда раствор Co^{60} наливается в резиновый баллон, который предварительно может быть введен во влагалище, матку, мочевой пузырь и прямую кишку; в виде «зерен», которыми заряжается полая тонкая нейлоновая «нить»; такой «нитью» обшиваются боковые стенки таза для облучения лимфатических узлов малого таза и широких связок. Хотя последний способ требует лапаротомии с последующей релапаротомией для удаления «нити», зато он дает возможность вводить радиоактивное вещество под контролем глаза, благодаря чему снижается опасность лучевого повреждения мочевого пузыря и прямой кишки. Одним из недостатков этой методики является трудность расчета доз.

В последние годы мы широко пользуемся Co^{60} при лечении рака матки. Препараты Co^{60} применяются так же, как и препараты радия. Единственным недостатком радиоактивного кобальта является необходимость частых измерений активности ввиду сравнительно короткого периода полураспада.

Из других радиоактивных изотопов применяется радиоактивное золото-198.

При впрыскивании золота-198 в виде коллоидного раствора в параметральную клетчатку радиоактивные частицы быстро фагоцитируются и по лимфатическим путям переносятся в лимфатические узлы. Хотя этот способ еще окончательно не разработан, но, по-видимому, является одним из наиболее удачных решений проблемы облучения лимфатических узлов малого таза, обеспечивая одновременно и бета- и гамма-терапию.

В последнее время для лечения рака шейки матки рекомендую применять радиоактивный иридий, обладающий менее мощным гамма-излучением, чем радий, и который можно отфильтровать более легким фильтром.

Успех лучевой терапии в значительной степени зависит от правильного (равномерного) распределения лучистой энергии в тканях малого таза.

Количество лучистой энергии, поглощенной тканями малого таза, зависит прежде всего от расположения источников излучения. Для этих целей приняты условные обозначения областей (точки), на которые ведется расчет доз. В повседневной практике довольствуются вычислениями дозы в областях, обозначенных точками А и В.

Точка А расположена на 2 см выше бокового свода влагалища и отстоит на 2 см в сторону от оси, проходящей через длинник матки. Она находится примерно в месте пересечения маточной артерии с мочеточником. Другая зона, обозначаемая точкой В, расположена на том же уровне, что и точка А, и отстоит на 5 см в сторону от оси, проходящей по длиннику матки. Точка эта расположена в зоне, соответствующей местоположению лимфатических узлов по ходу крупных сосудов таза.

Зная дозу, поглощенную тканями в зоне названных точек, мы можем составить довольно точное представление о равномерности распределения лучистой энергии в малом тазу. При любом расположении радиоактивных источников во влагалище доза в точке В будет всегда меньше, чем в точке А. Это обстоятельство и заставляет прибегать к комбинированной методике облучения, компенсируя недостаток дозы в точке В путем добавления лучистой энергии через кожу брюшной стенки, т. е. путем облучения рентгеновыми лучами.

С целью наиболее равномерного распределения лучистой энергии в тазу предложены различные формы кольпостатов, назначение которых состоит в фиксации препаратов радия в определенном положении.

Для влагалишных аппликаций радия применяются резиновые кольца, предложенные Набиасом (Nabias). Так как эти кольца одновременно являются фильтром для вторичных лучей, то они изготавливаются из резины, не содержащей примесей металла. Трубочки с радием закладываются в специальные гнезда, на которые для предупреждения их выпадения надвигаются резиновые муфты. На одной стороне такой муфты сделаны почкообразные утолщения, которые после введения кольца во влагалище должны быть обращены к задней стенке влагалища, так как назначение их сводится к отстранению стенки прямой кишки от близкого соприкосновения с радием. Кольца изготавливаются разных размеров. Нужно брать такое кольцо, чтобы оно укладывалось в своды или лучше даже, чтобы несколько растягивало их.

Рего предложил кольпостат, имеющий пробковые муфты, в которые закладываются трубочки с радием.

Кольпостат В. П. Гобилевича состоит из ряда отдельных звеньев, каждое из которых имеет просвет для закладки грубочек с радием и закрывается резиновым колпачком. Звенья кольпостата с помощью резиновых втулок и бандажа из эластической резины соединяются вместе, образуя в собранном виде небольшую пластинку, похожую на отрезок гусеничной передачи. Кольпостат вставляется во влагалище с таким расчетом, что его крайние звенья помещаются в боковых сводах, а средняя часть располагается по периметру опухоли. Благодаря своей упругости кольпостат плотно фиксируется и, как правило, держится без тампонации влагалища марлей, которая необходима при других кольпостатах.

Для введения радия в цервикальный канал и в полость матки применяются металлические аппликаторы в виде полой трубки из латуни с толщиной стенок в 0,5 мм или из аметаллической резины в виде катетеров с закрытым концом, в которые вкладываются трубочки с радием. Сначала вставляется катетер в канал шейки и полость матки, а затем вводится кольпостат во влагалище.

Для внутриопухолевого облучения применяются специальные платиновые иглы.

Мы редко применяем обкалывание иглами опухолей шейки матки, а пользуемся этим методом только при опухолях наружных половых

органов и иногда при опухолях влагалища, как первичных, так и метастатических.

Наконец, необходимо еще указать на метод наружного облучения опухоли, или так называемую телекюриотерапию, т. е. лечение радием с далекого расстояния при помощи мощных аппаратов на штативах, содержащих большое количество радиоактивных веществ — 400—1000 кюри CO^{60} .

Этот метод при раке шейки матки применяется вместо рентгенотерапии.

Дозировка лучей радия

Любое сильнодействующее средство (а радиевое излучение безусловно относится к таковым) требует точной дозировки при его применении. Доза может считаться правильно избранной только в том случае, если она ведет к уничтожению опухоли и не наносит значительных повреждений окружающим здоровым тканям и органам.

Получение такой толерантной дозы, т. е. предельной для здоровых тканей, должно явиться исходным пунктом при исчислении доз.

Правильно выбрать дозу в каждом отдельном случае — дело далеко не легкое. Если доза недостаточна, излечения не наступит; применение же чрезмерно больших доз может принести иногда больше вреда, чем пользы. Ввиду большой практической важности дозировки необходимо дать основные сведения о технике вычисления доз.

Расчет может быть произведен путем вычисления количества разрушенной эманации радия. Установлено, что за определенный период времени в препарате радия, заключенном в закрытом сосуде, радий распадается в таком же количестве, сколько образуется радона (эманации); радий в этих условиях находится в состоянии радиоактивного равновесия. То количество эманации, которое находится в радиоактивном равновесии в 1 г радия, называется «кюри». Это количество и служит единицей измерения эманации радия.

На практике пользуются 1/1000 кюри — милликюри. Таким образом, за единицу — милликюри (мс) — принимают количество эманации, находящейся в равновесии и заключающейся в трубке, содержащей 1 мг радия.

При лечении больных радием в большинстве онкологических учреждений примененную дозу и по настоящее время принято выражать в так называемых миллиграмм-часах, что исчисляется умножением количества заложенного радия на число часов лечения. Нужно, однако, иметь в виду, что количество радия, исчисляемое в милликюри или в миллиграмм-часах, не соответствует тому количеству радиевого излучения, которое, будучи поглощено тканями, произвело определенный биологический эффект. Кроме того, вычисление доз в миллиграмм-часах затрудняет их суммирование при сочетании радиевой и глубокой рентгенотерапии.

Вычисление доз в рентгенах при осуществлении радиевой терапии устраняет указанные недостатки, а главное позволяет точно учитывать распределение лучевой энергии в тканях малого таза и тем самым избежать тех осложнений, которые могут возникнуть при неправильной дозировке. Для расчета применения радия различными способами составляются таблицы, при помощи которых определяют дозы в различных точках малого таза с учетом времени применения, количественного содержания радия и способа размещения радиевых препаратов.

Однако сводить полученную тканями дозу исключительно к количеству рентгеновых единиц было бы неправильно, ибо, как показывает

опыт. она не только различна для разных опухолей, но зависит от целого ряда условий, подчас не поддающихся учету. Можно с уверенностью сказать, что ни один из современных способов лучевого лечения, проведенный с соблюдением всех правил дозиметрии, не может гарантировать, например, излечение даже в самых начальных стадиях рака шейки матки, и в то же время иногда самые примитивные способы лучевого воздействия, в запущенных стадиях, приводили к длительному излечению. Это говорит о том, что успех обеспечивает не лечебная доза лучистой энергии как таковая, а совокупность всех условий, способствующих выздоровлению и прежде всего общая реакция целостного организма. Поэтому при выборе лечебной дозы необходимо учитывать возраст больной, ее общее состояние (сердечно-сосудистая система, состояние крови, температура, кахексия и пр.), сопутствующие заболевания и осложнения. В отношении опухоли также необходим учет целого ряда факторов: степень инфицированности, кровоточивость, гистологическое строение опухоли, патологические изменения в окружающих тканях и органах и т. п.

Наконец, чрезвычайно большое влияние на суммарную дозу оказывают, как увидим ниже, продолжительность лечения и интервалы между отдельными сеансами (ритм лечения).

Анализ причин успехов и неудач лучевого лечения больных раком шейки матки, произведенный В. П. Тобилевичем, показал значение нарушения ритма облучения. Под нарушением ритма лечения нужно понимать длительные перерывы между сеансами, обусловленные осложнениями, преимущественно воспалительного характера, а также возникшие вследствие различных бытовых (нерегулярная явка больных на лечение) или технических причин (неисправность рентгеновской аппаратуры).

Все изложенное говорит о том, что в каждом отдельном случае необходимо индивидуализировать дозу. Унифицированной методики лечения радием не существует, и едва ли таковая возможна. Единым остается только общий принцип лучевой терапии — разрушить опухоль, не повредив окружающих тканей.

Показания и противопоказания к лучевой терапии

В настоящее время в связи с успехами радиевой терапии лечение радием рака шейки матки с полным правом может считаться методом выбора. Поэтому показания к этому виду лечения должны ставиться широко, ибо даже в запущенных стадиях болезни в известном проценте случаев наступает стойкое излечение, не говоря уже о временном улучшении в связи с исчезновением тягостных симптомов. Только что сказанное, однако, ни в коем случае нельзя понимать таким образом, что каждую больную в запущенной стадии можно лечить радием. Как всякий другой лечебный метод, радиевая терапия имеет свои противопоказания; если она применяется при наличии таковых, то не только не приносит облегчения больным, но значительно усугубляет их страдания. Знакомство с этими противопоказаниями необходимо каждому врачу во избежание необоснованного направления больных на лечение в специальные учреждения. Отговорка, которую приходится слышать в этих случаях, что все равно такой запущенной больной «терять нечего», не выдерживает, конечно, никакой критики.

Противопоказания к радиевой терапии при раке шейки матки следующие:

1) четвертая стадия заболевания (обширное распространение опухоли с вовлечением в процесс соседних органов, костей таза, отдаленные метастазы);

2) тяжелое общее состояние больной в силу тех или иных причин, резко выраженная кахексия и тяжелые сопутствующие заболевания, как-то: диабет, нефрит, тяжелые формы туберкулеза, декомпенсированный порок сердца, тяжелая общая инфекция;

3) присоединившаяся к опухоли тяжелая местная инфекция органов малого таза;

4) нечувствительность опухоли к радию, установленная наблюдением в процессе лечения.

Радиовая терапия не может быть применена при отсутствии необходимых условий, например, в случаях, когда применение радия технически невыполнимо (уродства, стенозы влагалища, атрезии).

Режим больной при лечении радием

Утром в день установки радия больной делают клизму, если кишечник не опорожнился самостоятельно. После установки радия не нужно назначать слабительные и клизмы во избежание смещения и выпадения радия при напряжении брюшного пресса.

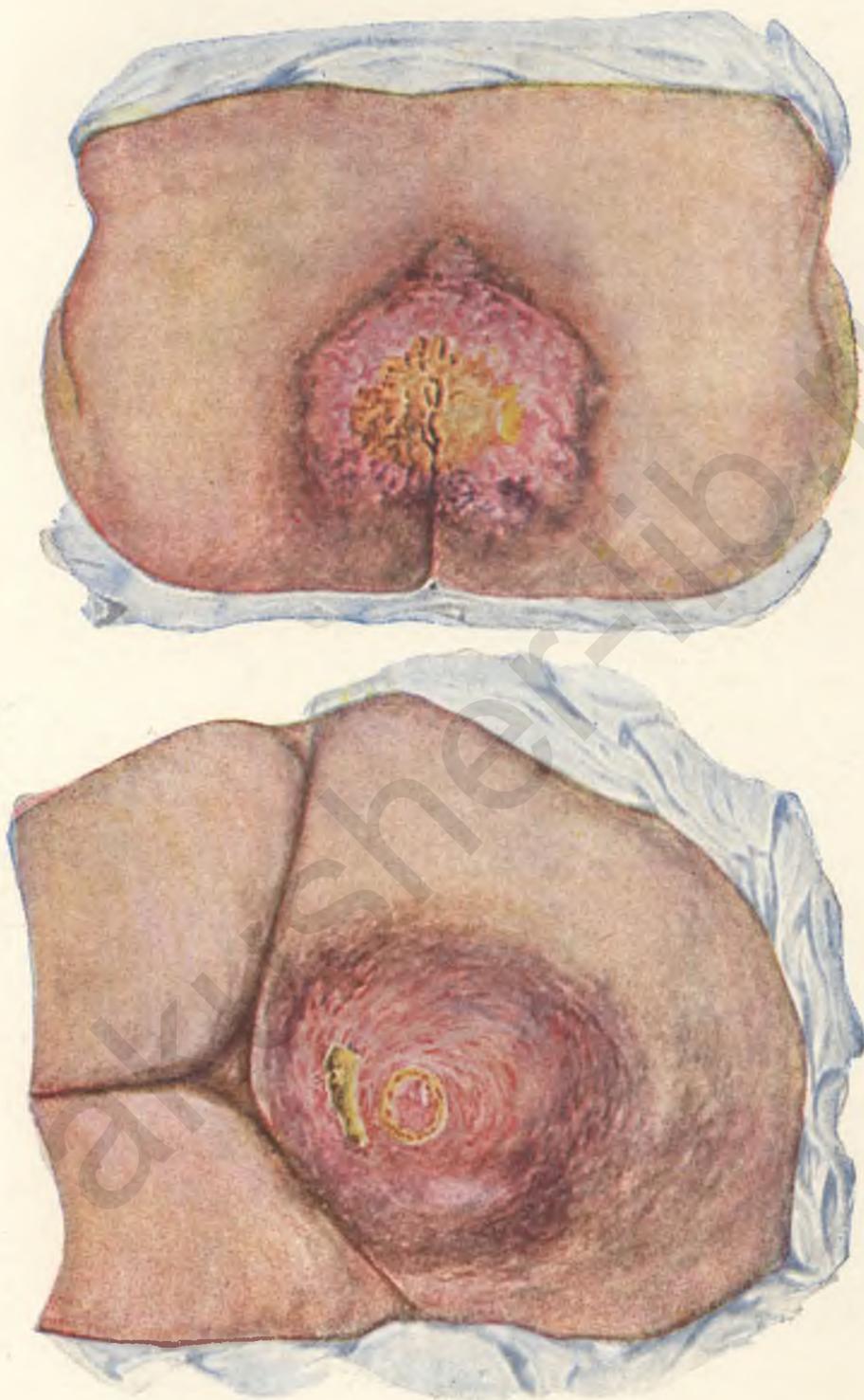
Для уменьшения болей, которые часто бывают после первого эндорвикального введения радия, применяют свечи с морфином или белладонной.

Если после установления радия появляется озноб и повышается температура, то ее следует измерять каждые два-три часа, и в тех случаях, когда температура прогрессивно повышается, и особенно, если появляются к тому же местные явления, указывающие на раздражение тазовой брюшины, радий нужно удалить. Субфебрильная температура без местных симптомов со стороны органов малого таза не является показанием к снятию радия, так как в большинстве случаев субфебрилитет зависит от всасывания продуктов распада опухоли.

Обычно радий лежит у больной в течение 45 часов, после чего его снимают, и больная отдыхает в течение двух-трех дней. Перед снятием радия больную берут на стол; длинным анатомическим пинцетом осторожно вынимают тампоны, извлекают трубку или кольпостат с радием; влагалище спринцуют слабым раствором марганцовокислого калия или раствором риванола (1 : 1000). Извлеченные трубки и кольца с радием кладут в крепкий раствор марганцовокислого калия на 30 минут, после чего радий из них вынимается, очищается промыванием водой от выделений и кипятится в течение 15—20 минут. Резиновые трубки и кольпостаты после извлечения из них радия кладут на 12 часов в 2% раствор лизола, затем кипятят в течение 5 минут, высушивают, после чего они снова годны к употреблению. После удаления радия больная принимает общую ванну.

Что касается пищевого режима, то, если нет к тому каких-либо специальных противопоказаний, больная получает обычный общий стол. В те дни, когда у больной лежит радий, она получает более легкую, молочно-растительную диету. В процессе лечения, а также и при последующем наблюдении очень важно следить за весом больной раком. Нарастание веса в процессе лечения и после лечения является благоприятным прогностическим признаком. Если же вес не повышается или прогрессивно падает, то это в большинстве случаев указывает на то, что эффективность лечения невелика. Если в процессе лечения больная

Таблица XXIV.



Кожные изъязвления после рентгенотерапии (Вейбель).

прибыла в весе, а через некоторое время после лечения снова происходит заметное его падение, то очень часто это бывает обусловлено появлением рецидива.

Наконец, последнее замечание касается заботы о психике больной.

Б. А. Архангельский совершенно правильно указывал, что душевное равновесие больной в процессе лечения имеет очень большое значение. Если психика больной травмирована, если она все время думает о печальном исходе болезни, нервничает, плохо спит, — у такой больной лечение обычно идет плохо. Если же больные находятся в бодром состоянии, то, как указывал Винтер, наблюдается приблизительно 41% излечения. Но если женщина, зная, что у нее рак, находится в состоянии, если можно так выразиться, «душевного смятения» и не верит в благополучный исход терапии, то этот процент падает до 15. Поэтому поведение врача и вообще всего медперсонала, который должен быть воспитан в соответствующем духе, приобретает по отношению к раковым больным исключительно важное значение.

Вовремя поддерживать у больной бодрое настроение, вселить в нее веру в выздоровление, поддерживать ее радушной беседой, лаской, заботой — все это может облегчить ее страдания и способствовать успеху лечения.

ЛИТЕРАТУРА

Аглинцев К. К. Дозиметрия ионизирующих излучений. Л., 1950.

Ардашников С. Н. и Козлова А. В. Дозирование гамма-излучения при кюритепии в рентгенах. М., 1947.

Перумова Н. Д. Фотометрический метод исследования аппликаторов радия на гомогенность иррадиации. *Вопр. онкол.*, 1951, 3, стр. 307—313.

Подляцук Л. Д. Рентгенотерапия злокачественных опухолей. М., 1952.

Серебров А. И. Принципы современной терапии рака женских половых органов. *Вопр. онкол.*, 1951, 3, стр. 134—142.

Тобилевич В. П. и Габелов А. А. Методы радиевого лечения рака шейки матки и расчеты доз в рентгенах. *Новости медицины*, 1950, в. 18, стр. 58—68.

IV часть

**ОПЕРАТИВНЫЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

(в кратком изложении)

Глава I

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК И ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Устройство операционного блока Асептика и антисептика. Заготовка и стерилизация белья, перевязочного материала и перчаток для операции. Приготовление лигатурного материала. Стерилизация инструментов. Подготовка рук. Подготовка к операции больной: общая и специальная.

УСТРОЙСТВО ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

На современном этапе развития даже небольшое гинекологическое отделение на 30—60 коек должно отвечать следующим условиям: иметь «операционный блок», вынесенный из системы палат с большой и малой операционными (последняя — для гнойных операций), предоперационной, подготовительной, стерилизационной и материальной комнатами. Операционные должны находиться в непосредственной близости от послеоперационных палат; коридор между этими помещениями должен быть достаточно удобным для перевозки больных. Потолки и стенки операционной покрываются масляной краской; в остальных помещениях можно ограничиться масляными панелями. Полы операционной, предоперационной и подготовительной комнат должны быть из метлахских плиток; хороши также бесшовные мозаичные полы или линолеум.

Важное значение имеет хорошее освещение операционной. Направление окон на север для получения рассеянного света имеет большое значение. Важно хорошее искусственное освещение глубоких отделов таза больной при лапаротомии, а также хорошее освещение при влагалитных операциях (боковой источник света). Для чревосечений хорошо иметь бестеневую лампу, а для влагалитных операций — рефлекторы на стойках или стенные прожекторы.

Температура воздуха операционной должна быть не ниже 20°C при сохранении влажности в 50—60%. При печном отоплении топки должны находиться в коридорах.

Каждая операционная должна иметь собственную вентиляционную установку.

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА

Гинекологические операции должны проводиться в условиях строгой асептики. Все, что приходит в соприкосновение с операционной раной или половыми органами как полем операции, должно быть абсолютно стерильным.

Заблаговременно должны быть приготовлены и храниться в свежем стерильном состоянии: белье для операций, перевязочный и лигатурный материал, а также наборы инструментов для экстренной лапаротомии, выскабливания слизистой матки, набор для переливания крови и т. п.

Для профилактики возможной инфекции должно быть проведено строгое отделение неинфицированных больных от больных — носителей инфекции. Для этого гинекологическое отделение должно быть разделено на «чистое» и септическое с отдельными перевязочными и персоналом.

Операции производят в следующем порядке: сначала назначают чревосечение неинфицированных больных, затем — влагалищные операции и, наконец, оперируют так называемых «сомнительных» больных и инфицированных. Лучше, если имеется две операционные — для «чистых» и гнойных операций.

ЗАГОТОВКА И СТЕРИЛИЗАЦИЯ БЕЛЬЯ, ИНСТРУМЕНТОВ, ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ПЕРЧАТОК ДЛЯ ОПЕРАЦИИ

Для лапаротомии необходимо приготовить следующее стерильное белье: 4 халата, 2 простыни с разрезом посередине в 20 см, 4 полотенца для обкладывания операционного поля, несколько полотенец для рук, 4 пеленки.

Для чревосечения в специальных биксах заготавливается примерно следующий материал: 1) 8—10 брюшных салфеток величиной 60×70 см из мягкой (стираной) марли, сшитых из четырех слоев с подрубленными краями и пришитой к одному из углов длинной тесемкой (остающейся вне раны); 2) 20—30 танзинок — кусков марли, сложенных вчетверо, величиной 10×15 см, служащих для вытирания больших кровоскоплений (при операции берут обязательно на зажимы); 3) марлевые «шарики», не менее 50 штук; 4) бинты, вата, палочки, обмотанные ватой (для йода).

Для влагалищных операций следует приготовить: 2 полупростыни с разрезом посередине, 4 полотенца для обкладывания половой щели, 2 пары чулок-мешков, 4 пеленки и несколько ручных полотенец. Из материала заготавливается то же, что и для лапаротомии, за исключением брюшных салфеток, но с добавлением тампонов (для тампонады влагалища и матки) и полосок с подогнутыми краями для протирания канала шейки при абортах.

Перед операцией инструменты раскладывают на стерильном полотне или простыне на инструментальном столе; операционная сестра, после того как она наденет стерильный халат, перчатки, складывает разобранные бранши инструментов и раскладывает их в требуемом порядке.

Резиновые перчатки лучше не кипятить, а стерилизовать в автоклаве, для чего достаточно 1 атмосферы давления и температуры 110—120°. Перед стерилизацией каждую пару перчаток пересыпают снаружи и внутри тальком, внутрь кладут лоскут марли; затем каждую пару перчаток заворачивают в марлю и в таком виде стерилизуют. Резиновые перчатки быстро портятся от щелочей, бензина, йода, эфира и хлороформа.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ЛИГАТУРНОГО МАТЕРИАЛА

Заготовка и стерилизация кетгута, шелка и скобок Мишеля ничем не отличается от заготовки и стерилизации их в хирургии. В гинекологии применяются преимущественно средние и толстые номера кетгута. Шелковые швы применяют только для зашивания кожи. Из многочисленных способов обработки кетгута можно рекомендовать следующий. Сырой кетгут погружается в $\frac{1}{2}$ —1-литровые банки с притертыми пробками в жидкость следующего состава: Jodi puri 5,0, Kalii jodati 10,0, Spirit. rect. 500,0. Через 14 дней кетгут готов, и его перекладывают для постоянного хранения в более слабый раствор: Jodi puri 1,0, Kalii jodati 2,0, Spirit. rect. 500,0. Толстые номера кетгута перед обработкой в йодном растворе следует выдержать 12—24 часа в эфире для обезжиривания.

Белье и материал стерилизуются в автоклаве 30—45 минут при давлении около 1 атм. и температуре около 130°.

Весьма удобно заготавливать специальные пакеты-комплекты (в плотных мешках или плотных простынях) для чревосечений и для влагалищных операций.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ И ПЕРЧАТОК

Стерилизация инструментов производится путем кипячения в стерилизаторах с двойным дном (верхнее вынимается специальными крючками). Кипячение производится в 1—3% растворе соды, которая предохраняет инструменты от ржавчины и повышает температуру кипения до 104°. Чтобы устранить налет от соды, рекомендуют прибавлять на литр раствора соды 5—7 мл лизола. Не следует кипятить в растворе соды шприцы, иглы и мензурки, предназначенные для спинномозговой анестезии и для растворов новокаина и питуитрина; последние от прибавления соды разлагаются. Указанное кипятят отдельно в дистиллированной воде.

Инструменты нужно класть не в холодную, а в закипающую воду и с момента кипения держать их 12—15 минут. Резиновые предметы (катетеры) кладут в кипяток позже и кипятят пять-шесть минут, так как более долгое кипячение быстро их портит. Все сложные инструменты перед кипячением разбирают на части; это относится к зеркалам, корнцангам, кишечным зажимам и т. д. Скальпели и ножницы лучше не кипятить, а за $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа до операции класть в ректифицированный спирт ножницы — в разобранном виде.

ПОДГОТОВКА РУК

Подготовка рук оператора может быть произведена по любому из общеизвестных способов — Фюрбрингера, Альфреда, Спасокукоцкого. Обработка рук, независимо от способа, должна производиться с особой педантичностью.

Техника мытья рук, принятая нами, заключается в двукратном мытье их водой и мылом двумя щетками (всею руку ополаскивают четыре раза) в течение 10 минут. После мытья рук высушивают стерильным полотенцем и обрабатывают в течение 5 минут 70° спиртом. Не следует брать для обработки 96° спирт, так как вследствие сильного дубления кожи он хуже проникает в глубь тканей, чем 70° спирт. Кон-

чки пальцев, ногтевые ложа и складки кожи ногтей дополнительно обрабатывают 5% настойкой йода.

Большое распространение получил способ мытья рук по Спасокукоцкому. Способ был предложен с целью уменьшения времени на подготовку рук (что особенно важно при срочных операциях), а также устранения раздражения кожи при мытье щетками. Техника способа заключается в следующем. Руки отмывают с мылом под проточной водой (без щетки) и вытирают полотенцем. В двух эмалированных тазиках находится теплый раствор $1/2\%$ нашатырного спирта. При помощи полотняной салфетки руки моют три минуты в первом тазике, а затем еще две-три минуты во втором, но пользуются при этом новой салфеткой. При второй мойке можно пользоваться не полотняной салфеткой, а стерильной щеткой. После мытья в растворе нашатырного спирта руки обрабатывают с помощью марли спиртом пять минут, сменяя марлевые салфетки два раза. Подногтевые пространства смазывают йодом. После мытья по способу Спасокукоцкого кожа рук становится мягкой и эластичной. Этот способ мы применяем также.

В случае *крайней спешки* руки и операционное поле обрабатывают смазыванием йодной настойкой по Гроссиху. Однако, несмотря на тот или иной метод обработки рук, следует пользоваться простерилизованными резиновыми перчатками.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОЙ: ОБЩАЯ И СПЕЦИАЛЬНАЯ

Состояние психики больных во время подготовки к операции имеет большое значение для исхода вмешательства. Это положение стало особенно ясным в связи с работами И. П. Павлова о высшей нервной деятельности и работами К. М. Быкова о влиянии коры головного мозга на внутренние органы. Подобно психопрофилактической подготовке к родам, столь полно разработанной в СССР, следует так же готовить психику больных к гинекологическим операциям.

Еще в женских консультациях, которые направляют для операций в стационары большинство больных, должна проводиться разъяснительная беседа с последними. Цель таких бесед — по возможности рассеять страхи перед оперативным вмешательством и ликвидировать отрицательные эмоции, возникающие у больных в связи с преувеличенными представлениями об опасностях операций для жизни, тяжелых последствиях после них. В консультации же исследуют мочу и кровь, лечат очаги локальной инфекции (кариозные зубы), тонзиллиты и кольпиты.

С момента поступления больной в стационар охрана ее психики от травмы словом или неправильным поведением персонала должна проводиться еще строже. И. Л. Брауде говорит, что отсутствие бережного отношения к психическому состоянию больной со стороны врачей, среднего персонала, санитарок может ухудшить результаты операции, несмотря на правильную технику и соблюдение всех правил асептики и антисептики. В отношении больных хирург должен проявлять уверенность и оптимизм. Если у врача имеются сомнения в исходе операции, он не должен сообщать об этом больной, но обязан предупредить родственников или близких.

Вся обстановка стационара должна оказывать благоприятное влияние на нервно-психическое состояние больной. Поступивших для операции больных не следует помещать в палату, где находятся недавно оперированные; лучше всего устраивать их вместе с выздоравливаю-

щими больными, которые спокойно перенесли операцию и находятся в бодром состоянии перед предстоящей скорой выпиской из больницы.

В книге «Вопросы хирургической деонтологии» Н. Н. Петров предупреждает врачей и прочий персонал об опасности для психики больной неосторожно высказанных диагнозов, рассказов о неудачно проведенных операциях и т. д.

Особенно ценно и необходимо для покоя больных посещение хирурга накануне и в день операции, чтобы ободрить больную и обрисовать в благоприятном смысле ожидаемые от оперативного вмешательства результаты, а также чтобы окончательно проверить подготовку кишечника, влагалища, уточнить поставленный диагноз и т. д. Больная должна почувствовать, что она не забыта и находится в центре внимания врача.

В последнее десятилетие для подготовки больной к операции применяется медикаментозный сон. Этот метод с успехом применяли Л. С. Персианинов, А. А. Ашман и Т. Т. Пичугина. Я. М. Ландау и А. Б. Сигалов применяли условнорефлекторный сон без назначения снотворных. Мы вечером накануне операции назначаем 0,2—0,3 г амитал-натрия.

Лучше всего операцию назначать в межменструальном периоде (спустя шесть-восемь дней после окончания менструации). Оперировать в дни менструации допускается только в срочных случаях.

Перед операцией у больной должны быть тщательно исследованы сердечно-сосудистая система, органы дыхания, желудочно-кишечный тракт, мочеполовые органы. Необходимо также определить артериальное давление, получить электрокардиограмму и данные рентгенологического исследования. Ослабленных больных следует готовить к операции, назначая глюкозу с добавлением витаминов; анемичным назначают гемотрансфузии, кислородотерапию. По мнению В. П. Михайлова и А. А. Тереховой, перед гинекологическими операциями следует выявлять больных, предрасположенных к тромбоэмболической болезни (женщины с расширением вен и тромбозами, повышением уровня протромбина в крови и т. д.). Таким больным до операции следует прописывать антикоагулянты (дикумарил и др.). Наконец, у всех больных, назначенных на операцию, определяют группу крови и резус-фактор.

При исследовании органов дыхания обращают внимание, нет ли у больной туберкулеза, бронхита, эмфиземы, так как в зависимости от состояния легких назначается тот или другой вид обезболивания.

У всех больных перед операцией должна быть исследована моча, полученная катетером. У больных с крупными опухолями, и в особенности у страдающих раком матки, следует обязательно произвести цистоскопию. По особым назначениям уролога производят также другие урологические исследования. Очень полезно в предоперационные дни обучить женщин мочиться лежа.

Диета больной в предоперационном периоде должна быть питательной, но не обильной, богатой витаминами, содержать достаточно овощей и фруктов. При склонностях к запорам назначают простоквашу, чернослив и послабляющие средства.

В настоящее время хирурги придают большое значение белковому питанию при дооперационной подготовке и в послеоперационном периоде. Сцени (Szönyi G., 1958) считает, что при концентрации альбумина в крови ниже 4 г% больным нужно давать в течение семи дней 3—4 г белка и 60 калорий на 1 кг веса в день; благодаря белковому питанию значительно снижается число послеоперационных осложнений.

Накануне операции и в день ее назначают очистительную клизму. Слабительное накануне операции во избежание развития ацидоза мы даем только при экстирпациях матки и больших сращенных опухолях. В день операции утром больная получает стакан крепкого сладкого чая.

В день операции, после клизмы, у больной бреют волосы на лобке и в области вульвы, а также на брюшной стенке. Неправильно брить накануне операции, так как к моменту ее может появиться дерматит или воспалительные изменения кожи в месте бритья. Выбранные участки омывают $1/2\%$ раствором хлорамина. Перед самой операцией больная должна помочиться. Затем ей одевают чистую без завязок рубашку и за 30 минут до начала наркоза вводят подкожно 1 мл 1% раствора морфина (можно с добавлением 0,5 мл $0,1\%$ атропина). Специальная подготовка больной различна в зависимости от вида оперативного вмешательства: будет ли произведена влагалищная операция или чревосечение.

Подготовка к влагалищной операции. Помощница операционной сестры в стерильных перчатках обмывает мягкой щеткой или мочалкой с мылом под струей теплого раствора 1% хлорамина, $1/4\%$ лизола или сулемы (1 : 5000) всю окружность половой щели, большие и малые губы, область клитора (осторожно), затем внутренние части бедер, нижнюю часть живота и ягодицы; последней обмывают область заднего прохода, после чего мочалку или щетку выбрасывают. После этого обмывания ассистент повторно протирает шариками на зажимах, обильно смоченными раствором хлорамина, область преддверия и влагалища и с помощью катетера выпускает мочу. Затем бедра больной подтягивают к животу, ноги укрепляют (в ногодержателях Отта) и надевают на них стерильные полотняные чулки. После этого хирург 5% раствором йода смазывает наружные половые части, внутреннюю поверхность бедер, лобковую область и ягодицы. На половые органы и нижнюю часть живота набрасывают стерильную полупростыню (с разрезом, соответствующим направлению половой щели) и укрепляют ее «цапками». Для изоляции операционного поля от анальной области укрепляют швами или «цапками» на уровне задней спайки и несколько выше седалищных бугров небольшой передничек из марли или небольшого полотна. Оператор вводит во влагалище зеркала и смазывает спиртом или разведенной йодной настойкой (3—5%) стенки влагалища, влагалищную часть шейки матки и цервикальный канал. Для обработки влагалищной части шейки ее необходимо подтянуть пулевыми щипцами.

Такую обработку влагалища приходится делать также перед чревосечением в тех случаях, когда предполагается экстирпация или возможен переход от ампутации к экстирпации матки.

Подготовка к чревосечению. Больную укладывают на операционный стол, белье на котором согрето рефлекторами. Ноги и одну руку ее укрепляют специальными бинтами. С начала наркоза или после окончания местного обезболивания дезинфицируют операционное поле: ассистент обрабатывает эфиром с помощью шарика на зажиме нижнюю часть живота, пупок (подтягивая последний пинцетом или зажимом Кохера) и область выше пупка, при необходимости, до мечевидного отростка. Новым шариком со спиртом повторно обмывают все операционное поле. Дезинфицируют также паховые области и верхнюю часть бедер. После двухминутного просушивания операционного поля (избыток спирта вытирают сухими шариками) брюшную стенку смазывают 5% йодной настойкой. Оперируемую покрывают стерильной простыней с разрезом посредине. Разрез должен совпадать с местом пред-

полагаемого разреза брюшной стенки. Поверх простыни кладут четыре полотенца из мягкой ткани: два параллельно будущему разрезу и по одному поперечно у концов разреза. Полотенца укрепляют зажимами («цапками»).

ЛИТЕРАТУРА

Астахов С. Н. Значение лечебно-охранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии. Л., 1956.

Гальперин С. Е., Музыченко А. П., Подольный С. А. Лечебно-охранительный режим в больнице. М., 1953.

Даниахий М. А. Ошибки и опасности при гинекологических операциях. Медгиз, 1953.

Ландау Я. М. и Сигалов А. Б. Применение условнорефлекторного удлиненного сна в предоперационном и послеоперационном периоде у гинекологических больных. Акуш. и гинек., 1954, 4, стр. 25—28.

Лечебная физическая культура. Под общей редакцией проф. Саркизова-Серазина. М., 1954.

Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. 1948.

Петченко О. І. Техніка операцій і невідкладних маніпуляцій в акушерстві. Київ, 1951.

Сергиевский С. А. Влияние больничной среды на больных в пред- и послеоперационный периоды. М., 1953.

Степанов П. А. О методике психопрофилактической подготовки гинекологических больных к оперативным вмешательствам. Акуш. и гинек., 1954, 3, стр. 47—49.

Szöpuі, 1958. Мед. рефер. журн., 1959, 9.

Глава 2

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Ингаляционный наркоз: эфирный, закисью азота, циклопропаном. Потенцированный наркоз; комбинированный и эндотрахеальный методы наркоза. Неингаляционный наркоз: гексеналовый, тиопентал-натрием. Спинальная анестезия. Перидуральная, эпидуральная (сакральная), пресакральная анестезия. Местное обезболивание: местная анестезия при чревосечениях; при влагалищных операциях.

В гинекологии существует много способов обезболивания при операциях. Усовершенствовались методы обезболивания с помощью различных аппаратов. Некоторые методы требуют специального изучения и большого опыта, поэтому не удивительно, что анестезиология выделяется в самостоятельную дисциплину, и появляется новая специальность: врачи и сестры анестезиологи.

Ниже будут описаны только наиболее распространенные методы обезболивания при гинекологических операциях.

ИНГАЛЯЦИОННЫЙ НАРКОЗ

В гинекологии из видов ингаляционного наркоза широко применяют наркоз эфиром (хлороформом уже никто не пользуется), закисью азота, реже циклопропаном.

Эфирный наркоз. В гинекологической практике эфирный наркоз может применяться в виде наркоза «опьянением» и в виде глубокого наркоза.

Техника наркоза «опьянением» состоит в следующем. Начинают наркоз, давая эфир по каплям; затем медленно добавляют его до наступления глубокого «опьянения»; после этого дачу эфира прекращают. В этом состоянии можно провести небольшую операцию. При появлении болевой реакции дают еще 20—30 капель эфира. Общая продолжительность этого вида наркоза меньше, чем прерывисто-капельного, но глубина его больше и снижение болевой чувствительности при нем значительнее.

Наркоз «опьянением» применяется при мелких гинекологических операциях: удаление острых кондилом, полипов и т. п.

Глубокий наркоз дают по общим правилам, принятым в хирургии. Глубокий эфирный наркоз можно давать открытым и закрытым способом. В обоих случаях пользуются проволочной маской, обтянутой марлей (рис. 363, а, б). При открытом способе эфир наливают каплями на открытую маску, часть эфира при этом испаряется. Для сохранения эфира рекомендуется маску и часть лица закрывать полотенцем. При закрытом способе дачи эфира пользуются маской, обтянутой, кроме марли, клеенкой с отверстием в середине. В глубине маски



Рис. 363а. Маска для
эфирного наркоза в рас-
крытом виде. На ободок
наслаивается марля.



Рис. 363б. То же в закрытом виде.



Рис. 364. Эфирная маска Омбредана—Садовского.

укреплены марлевые тампоны, на которые наливают периодически эфир. При этом методе можно легко вызвать передозировку эфира.

Глубокий наркоз эфиром весьма удобно давать с помощью маски Омбредана, усовершенствованной Садовским (рис. 364). Она представляет собой полый металлический шар, наполненный кусочками войлока: эфир, который наливают в шар, впитывается войлоком. Во время наркоза пары эфира через короткую трубку поступают в специальную маску, наложенную на лицо больной. Приток эфира к маске регулируют боковым винтом с делениями. Сбоку металлический шар снабжен пузырем, в который попадает выдыхаемый воздух; ритмически раздувающийся пузырь показывает характер дыхания наркотизируемой. В настоящее время для наркоза пользуются специальными аппаратами, подающими эфир вместе с кислородом (рис. 365). Эфирнокислородная смесь подается через маску (рис. 366), изготовленную из плотной резины и хорошо прилегающую к коже лица; никаких прокладок между маской и кожей вводить не следует.

Эфирнокислородный наркоз можно производить этим аппаратом также эндотрахеально, для чего пользуются трахеальной трубкой, вводимой через нос и через рот (рис. 367 а, б). Эндотрахеальный наркоз в гинекологии применяется все чаще. Его преимущество — исключение диафрагмальных сокращений, что предупреждает выходение кишечных петель в рану (см. стр. 609).

Больную, находящуюся в состоянии наркоза, нужно поддерживать в стадии глубокого сна. Зрачки при этом должны быть суженными; если же они начинают расширяться и перестают реагировать на свет, то это означает, что появилась угроза остановки дыхания и наркоз следует немедленно прекратить. В случаях паралича дыхания, который чаще наступает при глубоком наркозе эфиром, следует тотчас же снять маску, применить искусственное дыхание (сдавление краев реберных дуг, потягивание языка) и при этом давать кислород или углекислоту (для раздражения дыхательного центра). Сильным возбудителем дыхательного центра является лобелин (0,3—0,5 мл 1% раствора внутримышечно или, чаще, в вену). Еще лучше воспользоваться специальным аппаратом для искусственного дыхания (рис. 368, 369).

При остановке деятельности сердца (что чаще наблюдалось при применении хлороформа) немедленно удаляют маску, производят массаж сердца, искусственное дыхание, вводят под кожу сердечные средства (камфару, кофеин, кардиазол). Если вскрыта брюшная полость, можно применить непосредственный массаж сердца, захватывая его рукой через диафрагму и ритмично сжимая. В крайних случаях вприскивают непосредственно в мышцу сердца адреналин (не позднее 2—5 минут после остановки сердца). В последнее время рекомендуется внутриаортально под давлением нагнетание крови.

Из осложнений, могущих быть после ингаляционного наркоза, нужно отметить следующие: в течение ближайших часов после наркоза может наблюдаться состояние прострации, разбитость, тошнота, рвота, головная боль. Более поздними и тяжелыми осложнениями, но редко встречающимися при правильной даче наркоза, являются бронхиты, пневмонии и посленаркозные параличи.

Наркоз закисью азота. Как и для обезболивания родов, некоторые гинекологи предлагали применять в качестве наркоза при операциях «веселящий» газ — закись азота. В отличие от эфира закись азота не вызывает раздражения слизистых, сон наступает быстро, и больные вскоре пробуждаются, не испытывая посленаркозных неприятных ощущений.

Недостатком этого вида наркоза является сложность аппаратуры, необходимой для его дачи (но можно пользоваться эфирно-кислородным аппаратом). Кроме того, для больших гинекологических операций необходима большая концентрация закиси азота (80% азота + 20% кислорода), что небезопасно, так как у больной может наступить асфиксия. Поэтому большинство хирургов считают закись азота не совсем пригодной для наркоза во время больших брюшных операций. Однако закись азота имеет преимущество перед эфирным ингаляционным наркозом, так как может быть применена при противопоказаниях

к последнему. Глубина наркоза при применении закиси азота все же недостаточна. Кроме того, этот вид обезболивания требует большого внимания со стороны наркотизатора, так как границы между сном и пробуждением очень близки.



Рис. 365. Аппарат для газового наркоза.

Рис. 366. Маска аппарата для газового наркоза.

Наркоз циклопропаном. Этот газ обладает свойствами закиси азота, но дает большую глубину наркоза, не имеет запаха, не понижает артериальное давление, не является клеточным ядом и не поражает паренхиматозных органов. Он вызывает быстрое наступление сна, но пробуждаются больные также быстро. Циклопропан считается самым безвредным из известных наркотических веществ. Отрицательным свойством его является легкая воспламеняемость. Циклопропан выпускают в металлических баллонах; его можно давать с помощью эфирно-кислородного аппарата, но употреблять его следует не в сочетании с эфиром, а в 20—25% смеси с кислородом.

ПОТЕНЦИРОВАННЫЙ НАРКОЗ; КОМБИНИРОВАННЫЙ И ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ МЕТОДЫ НАРКОЗА

Комбинация нескольких веществ может дать суммарный эффект (прямой синергизм), или одно вещество может усиливать действие другого (потенцирование). Лабори и Гюгенар (Laborit, H; Hueguenerd, P., 1949) впервые установили потенцирующее действие на наркотика так называемых нейроплегических (нейроблокирующих) веществ (аминазин).



Рис. 367. Эндотрахеальный наркоз:

а — интубационная трубка введена через нос; *б* — трубка введена через рот.

Чем выше основной обмен, тем устойчивее к наркозу больная и наоборот (И. С. Жоров). Морфин, атропин, скополамин, вызывая сонное состояние, снижают основной обмен; эфир, закись азота, циклопропан и др. на фоне пониженного обмена и сна дают более высокий обезболивающий эффект.



Рис. 368. Аппарат для искусственного дыхания. Общий вид.



Рис. 369. Тот же аппарат. Деталь.

Нефротические вещества. К ним прежде всего относится аммиазин. Свойствами этих веществ пластинки обладают противогистаминные препараты — димезин, этилин, диметрод, реверин и др. Дозы аммиазила — 25—70 мг, вводится внутрь, внутримышечно и внутривенно. В хирургии и гинекологии применяют так называемые литические смеси или «коктейли», содержащие, кроме аммиазина противогистаминные средства (димезин) и противовоспалительные анальгетические вещества (промедол). Следует помнить о противопоказаниях к применению аммиазина: заболевания печени и почек, паразитарная кишечная инфекция, выраженный артериосклероз, коматозное состояние (М. Д. Матковский). Во избежание раздражения тканей раствор аммиазина разрешается растворять в физрастворе или повязании. Цитостатические вещества позволяют снизить количество вводимых наркотиков.

Применение: релаксантов. Это — вещества, расслабляющие поперечнополосатые мышцы (наряду с ними обладают спазмолитические курареподобные препараты (дипланин, паралион, дитилин). Релаксанты, не обладающие обезболивающим действием, расслабляют мускулатуру брюшного пресса и дают возможность оперировать при глубоком наркозе. Мышечные релаксанты блокируют синаптический нервно-мышечный механизм. Благодаря релаксантам стало возможным «управление» дыханием.

Снижение дозировки наркотиков. По Н. С. Жорову, при глубоком эфирном наркозе в крови создается высокая концентрация его — 140—180 мг%, (смертельная концентрация, по некоторым авторам, 170—180 мг%). При комбинированном наркозе, например, при сочетании внутривенного барбитурового наркоза с эфирным концентрация последнего в крови снижается до 70—100 мг%, предельно до 130 мг%. Следовательно, при комбинированном наркозе возможно снизить дозировку наркотиков.

Эндотрахеальный наркоз. Сохранение нормального газообмена во время операции является необходимым условием безопасности наркоза. На высшее дыхание отрицательно влияет положение больной по Trendelenбургу. Наилучшие условия для вышнего дыхания создаются при введении в трахею резиновой трубки (эндотрахеальный наркоз, см. рис. 367, а, б) и привнесение «управляемого» дыхания. Эндотрахеальный метод наркоза дает возможность наркотизатору контролировать дыхание и, при необходимости, произвестись искусственное дыхание, сдвигая резиновый мешок с кислородом.

В последние годы применяется поверхностный (аналгетический) наркоз, при котором не происходит угнетения сердечной деятельности, расстройства дыхания, интоксикации паренхиматозных органов.

Схемы комбинированного наркоза. Комбинированное обезболивание может применяться и при местной анестезии. Рекомендована «гидравлическая препаратка» тканей 0,25% раствором новокаина при общем наркозе, что мы применяем всегда. Получила распространение также комбинация: назначение литического «коктейля» с местной анестезией.

Из многочисленных видов комбинированного (потенцированного) обезболивания Н. С. Жоров (1960) рекомендует следующий. Подготовка морфином (10—20 мг) с атропином (0,3—0,8 мг). За 1½—2 часа до наркоза вводят умеренные дозы нейролептических препаратов или литический «коктейль» (20—25 мг аммиазина, 50 мг дипразина и 20 мг промедола). Наркоз начинают с внутривенного введения небольших доз барбитуратов (до наступления поверхностного наркоза) с одновременным обильным насыщением легких кислородом. Затем вводят в вену 100 мг дитилина (миорелаксанта), что позволяет с легкостью ввести трахеальную трубку и начать регулируемое дыхание. Далее поверхностный наркоз поддерживается эфиром, циклопропаном или закисью азота; по мере надобности миорелаксанты можно добавлять. Примерно этой же схемой пользовались и мы. Количество случаев подобного наркоза у нас невелико, но результаты его вполне благоприятны: больные легко засыпают и легко пробуждаются, расходуется мало наркотиков (небольшая концентрация их в крови), послеоперационный период протекает гладко.

НЕИНГАЛЯЦИОННЫЙ НАРКОЗ

Из многих видов неингаляционного наркоза в гинекологии получила распространение гексеналовый наркоз и наркоз тиопентал-натрием (пентотал-натрием).

Гексеналовый наркоз. Гексенал отпускают в виде порошка в ампулах по 1 г; к каждой ампуле прилагается вторая ампула с 10 мл дистиллированной воды, в которой следует растворить гексенал непосредственно перед операцией. Таким образом получается 10 мл 10% раствора препарата, т. е. полная наркотическая доза. Раствор вводят в вену непосредственно перед операцией, так как наркотическое действие наступает немедленно. Ввиду опасности внутривенного введения гексенала в связи с возможностью остановки дыхания, в последнее время рекомендуют внутримышечное

введение препарата, а также введение его в клизме (10% раствор, 8—10 мл). И. С. Жоров вводит гексенал внутривенно капельным способом. После операции сон продолжается около трех часов.

Наркоз тиопентал-натрием. Тиопентал-натрий порошок желтовато-белого цвета; препарат растворяется в бидистиллированной воде. Раствор готовится непосредственно перед дачей наркоза. Вначале пользовались внутривенным введением 1,25 или 2,5% раствора, но в последнее время предпочитают внутривенно-капельный способ, для чего готовится однопроцентный раствор тиопентал-натрия в 100 мл 5% глюкозы. Для вливания удобнее всего пользоваться двойным капельным аппаратом (рис. 370), в одну из колб которого наливают раствор наркотика,



Рис. 370. Система для капельного внутривенного наркоза.

а во вторую — 250 мл 5% глюкозы. Пункцируют локтевую вену, и иглу с резиновой трубкой от аппарата фиксируют к руке. Капельным способом вводится раствор тиопентал-натрия в течение 3 минут по 200 капель в минуту. В течение следующих 4 минут вводят по 100 капель в минуту. Таким образом, всего вводят 0,5 г сухого вещества, после чего обычно наступает сон. Оставшиеся в колбе 50 мл 1% раствора тиопентал-натрия растворяют добавлением 150 мл 5% глюкозы и таким образом получают 1/4% раствор наркотика, который вводят капельным способом в течение всей операции. Для гинекологических операций, включая большие, требуются дозы от 1 до 2 г тиопентал-натрия. Стадия пробуждения обычно короткая, и нередко больная погружается в так называемый добавочный сон, длящийся несколько часов. Применение наркоза этим препаратом требует большого внимания со стороны наркотизатора, так как небольшая передозировка может вызвать угнетение дыхательного центра, что наблюдалось при простом внутривенном введении гораздо чаще, чем при внутривенном капельном. Больше осложнений наблюдается у

больных старше сорока лет при сложных длительных операциях. Наш опыт показал, что комбинация внутривенно-капельного введения тиопентал-натрия с местной анестезией новокаином по Вишневскому очень эффективна, причем требуется для полного наркоза не более 1 г вещества для операции длительностью в 40—45 минут.

СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Спинальная анестезия и ныне применяется в акушерско-гинекологических объединениях.

Важнейшими противопоказаниями к применению этого

вида обезболивания являются: шок, коллапс; острые анемии после тяжелых кровотечений, т. е. состояния с пониженным кровяным давлением; септическое состояние; заболевания центральной нервной системы; повышенная возбудимость нервной системы. У последней категории больных противопоказания относительны и могут быть устранены предварительной подготовкой (люминал, веронал и пр.) и беседой о безопасности операции под люмбальной анестезией.

Главнейшие опасности спинномозговой анестезии — бульбарный паралич и значительное падение кровяного давления — могут быть легко предотвращены. Из нередких, но не опасных осложнений при этом виде обезболивания следует отметить рвоту во время операции, последующие головные боли и повышение температуры в день операции.

Большое значение в развитии головных болей, по нашему мнению, имеет внесение инфекции (серозные менингиты) и грубость техники (пользование толстой иглой).

Для люмбальной анестезии употребляют 4—5% раствор новокаина. Для влагалищных операций необходимо 1,5—2 мл раствора, для лапаротомий — 2,0—2,5 мл. Раствор должен быть приготовлен и простерилизован в день операции. Шприц, как уже было сказано, следует кипятить не в растворе соды, от которой новокаин разлагается, а в дистиллированной воде.

Вместо новокаина можно применять совкаин в дозе 0,3—0,5 мл 1% раствора, отпускаемого обычно в ампулах. Его целесообразнее сочетать с эфедрином, вводя до 1 мл 5% раствора последнего в спинномозговой канал перед введением совкаина. Введение эфедрина предотвращает падение кровяного давления, что нередко наблюдается при люмбальной анестезии (Б. Е. Франкенберг). Этим методом много лет пользуемся и мы.

Техника спинномозговой пункции заключается в следующем. Кожу пояснично-крестцовой области обтирают повторно эфиром и спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Избыток йода вытирают спиртовым шариком. Больную усаживают на операционном столе с сильно выгнутой кзади спиной; согнутой головой она опирается о стоящую перед ней сиделку. Руки скрещены на груди. Наркотизатор накладывается на спину больной полотенце, располагая верхний край его на уровне *spina ili posterior superior*. Уровень этот соответствует промежутку между III и IV поясничными позвонками (рис. 371). Концы полотенца удерживает сиделка со стороны живота больной. Выше II поясничного позвонка прокол производить не следует, так как конечная часть спинного мозга — *conus medullaris* — находится на уровне I поясничного позвонка.

Указательным пальцем левой руки отмечают пупковую точку на спине между остистыми отростками позвонков. Захватив правой рукой иглу наподобие писчего пера, вкалывают ее строго перпендикулярно к позвоночному столбу. Игла, применяемая нами для люмбальной анестезии, не толстая, но длинная. В момент прокола кожи иглу вводят быстро, а после того как она пройдет через *lig. interspinale* (ощущается сопротивление и слышится характерный хруст) введение иглы замедляют до момента появления первых капель спинномозговой жидкости. Перед появлением жидкости ощущается еще одно сопротивление со стороны *lig.*



Рис. 371. Спинномозговая анестезия. Пункция тонкой иглой между позвонками L₃—L₄.

Научин (рис. 372). Если игла при правильном ее введении встречает препятствие, что может зависеть от обызвествления *lig. interspinale* или экзостозов остистого отростка, следует попытаться сделать вкол иглы на один промежуток выше. Если жидкость вытекает плохо, нужно слегка продвинуть иглу вперед или назад или слегка повернуть ее.

Выпускают спинномозговой жидкости столько, сколько предполагают ввести раствора новокаина. Затем носик шприца с раствором новокаина осторожно вставляют в иглу (шприц и игла должны быть хорошо подогнаны и проверены) и насаживают медленно около 2–2,5 мл жидкости для смешивания ее в шприце с новокаином; после этого медленно вводят всю жидкость в спинномозговой канал.

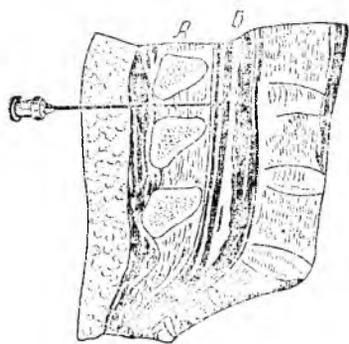


Рис. 372. Ход иглы при спинномозговой анестезии:

А — первое препятствие — *lig. interspinale*; Б — второе препятствие — *lig. flavum* (*lamina externa durae matris*).

поясничных позвонков (рис. 373); когда игла пройдет межкостную связку, к ней присоединяют десятиграммовый шприц с раствором. Но в тот момент ввести жидкость еще не удается: лишь после того как игла пройдет желтую связку и проникнет в перидуральное пространство, раствор из шприца будет свободно поступать в рыхлую клетчатку перидурального пространства. Чтобы быть уверенным, что игла находится действительно в этом пространстве, следует разъединить шприц с иглой: вытекания люмбальной жидкости не должно быть. Только после этой пробы вводят раствор в количестве 10 мл. Больная остается сидеть на столе в течение 10 минут, после чего дополнительно вводят еще 10 мл раствора дикаина. Длится анестезия три-пять часов. Головные боли не наблюдаются. Протипоказаниями к перидуральной анестезии являются деформация позвоночника и заболевания нервной системы и психики¹.

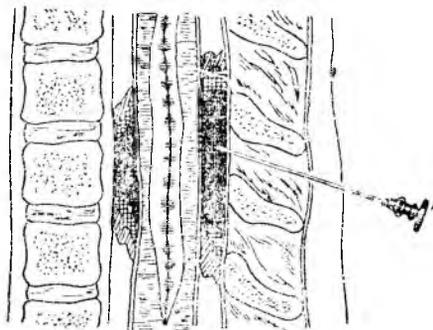


Рис. 373. Правильное положение иглы при перидуральной анестезии.

¹ 7.IV 1953 г. Ученым советом Министерства здравоохранения СССР утверждена инструкция по применению перидуральной анестезии.

ЭПИДУРАЛЬНАЯ (САКРАЛЬНАЯ) АНЕСТЕЗИЯ

Она состоит в введении в крестцовый канал между крестцовым отверстием и вторым крестцовым позвонком раствора новокаина для анестезии корешков сакрального сплетения. Больную укладывают в коленно-локтевом положении или лучше на боку (рис. 374, 375), бедра при этом сгибают, причем ясно вырисовывается крестец, а копчик отходит впереди. Нужное для инъекции место окончания крестца и начала копчика нащупывают пальцами (после смазывания йодом) и в hiatus sacralis вводят

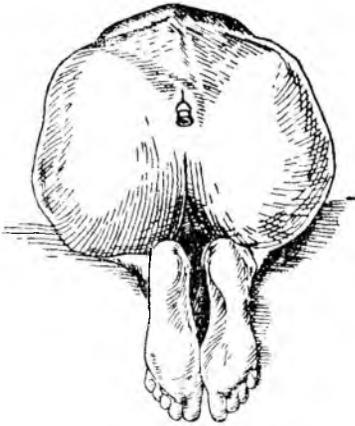


Рис. 374. Сакральная анестезия. Пункция при коленно-локтевом положении.



Рис. 375. То же. Пункция при положении на боку.

6—8 мл 2% раствора новокаина; извлекая иглу, вводят еще в подкожную клетчатку 2 мл раствора.

При сакральной анестезии могут быть осложнения: попадание раствора в одну из многочисленных вен эпидурального пространства и прокол мозговой оболочки. В связи с этим, правда, редкими осложнениями Я. Н. Полонский предложил прекоцигеальную анестезию. Она заключается в том, что женщине в положении на боку, как при сакральной анестезии, вкалывают впереди от верхушки копчика иглу на глубину 2—3 см (рис. 376) и вводят 80—100 мл 1% раствора новокаина.

ПРЕСАКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Пресакральная анестезия получила большое распространение. Этот вид анестезии применяется, главным образом, при больших опухолях матки, особенно с узлами или сращениями по задней поверхности ее.

Техника пресакральной анестезии такова. Больную укладывают на спину, бедра сильно притягивают к животу. После дезинфекции области копчика между ним и задним проходом делают тонкой иглой небольшой желвак из 0,25% раствора новокаина. Затем иглу меняют на длинную (10—12 см) и вводят ее параллельно передней поверхности крестца (рис. 377). Игла встречает небольшое сопротивление со стороны

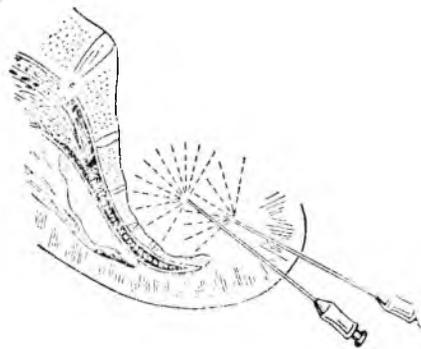


Рис. 376. Схема прекоцигеальной анестезии (Полонский).

lig. apo-sosyugum, а затем проваливается в забрюшинное пространство. Кончик иглы должен быть направлен к вогнутости крестца. При движении иглы поршень шприца нажимают, предпуская ей струю раствора. Вводят всего 200—300 мл 0,25% раствора, пользуясь 20-граммовым шприцем.



Рис. 377. Схема пресакральной анестезии (А. В. Вишневский).

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Местная анестезия по А. В. Вишневскому является в современной гинекологии весьма распространенным и наиболее безопасным методом обезболивания.

Местная анестезия в гинекологии получила окончательную разработку благодаря работам А. И. Тимофеева, В. П. Михайлова, А. А. Тереховой, В. А. Покровского, Л. С. Персианинова и др. Последний, обращая внимание на возможность вредного влияния местной анестезии на психику оперируемой, рекомендует некоторые меры с целью его устранения. Такими мерами являются психопрофилактическая подготовка больных к операции, медикаментозный лечебно-охранительный режим в предоперационном и послеоперационном периодах.

Как известно, сущность местной анестезии по Вишневскому заключается в введении больших количеств теплого $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина в гипотоническом растворе для прямого контакта анестетика с нервом. При тугой инфильтрации тканей раствор продвигается по естественным футлярам тканей и обезболивает все нервные окончания, встречающиеся на пути.

Большим достоинством местной анестезии по методу «ползучего инфильтрата» является гидравлическая отсепаровка тканей, благодаря которой становятся заметными границы органов и облегчается их отделение (например, отсепаровка мочевого пузыря при удалении матки).

Обязательным условием применения местной анестезии (как и люмбальной) является хорошая предоперационная психопрофилактическая подготовка к операции. Накануне вечером и в день операции рано утром дается снотворное, за 1 час до операции впрыскивается морфин (1% — 1 мл) или пантопон (2% — 1 мл).

А. В. Вишневский рекомендовал применение 0,25% раствора новокаина в 0,5—0,6% растворе хлористого натрия. Еще лучше растворять

новокаин в рингеровском растворе следующего состава: хлористого натрия 5,0, хлористого калия 0,075, хлористого кальция 0,125, дистиллированной воды 1000,0. Этот раствор стерилизуют в колбе, после чего добавляют 2,5 г новокаина и вновь кипятят раствор одну минуту (во избежание разложения новокаина).

А. В. Вишневецкий, С. С. Юдин и др. для усиления обезболивающего действия применяли комбинацию 0,25% раствора новокаина с раствором совкаина (перкаина) 1 : 5000 в равных количествах. Анестезия при этом удлинялась и была более эффективной, не вызывая интоксикации.

Для анестезии годны шприцы Рекорда; необходимо иметь набор из трех шприцев емкостью в 5, 10 и 20 г. Существуют специальные шприцы (П. В. Маненков), позволяющие вводить раствор непрерывной струей.

Местная анестезия применяется при всех видах гинекологических операций, как абдоминальных, так и влагалищных.

Абсолютными противопоказаниями являются: психические заболевания и общее возбужденное состояние, острая кровопотеря. Относительными — острые перитонеальные явления при перекручивании ножки опухоли, обширные сращения в брюшной полости, отказ от местной анестезии, детский возраст (Л. С. Персианинов).

Местная анестезия при чревосечениях

Обезболивание при чревосечении начинают с введения раствора новокаина в кожу, причем образуют желвак («лимонная корочка») по ходу предполагаемого разреза — продольного или поперечного (рис. 378). После образования желвака раствор продолжают вводить в подкожную клетчатку по направлению к апоневрозу. Подкожная клетчатка над лоном и у пупка должна быть обильно инфильтрирована раствором, так как эти места очень чувствительны. Область инфильтрации должна быть длиннее будущего разреза; ширина 4—5 см. Разрез кожи по инфильтрату не причиняет боли, хотя тактильные ощущения сохраняются.

После обнажения апоневроза через небольшой разрез в последнем, под переднюю пластинку влагалища прямых мышц, в толщу их, вводится раствор новокаина (120—130 мл) для блокады перфорирующих апоневроз нервных веточек (рис. 379). Затем апоневроз вскрывают на всем протяжении. Производя далее дополнительные инъекции в обе стороны от средней линии, анестезируют прямые мышцы живота и предбрюшинную клетчатку. Надсекают брюшину и после добавочных инъекций в области разреза, вскрывают ее по всей длине раны, после чего края брюшины прикрепляют зажимами к краям кожного разреза.

Далее производят инфильтрацию париетальной брюшины на ширину не менее 5—6 см от края разреза (помощник в это время подтягивает края брюшной стенки за зажимы). Инфильтрация париетальной брюшины приобретает вид сплошного вала с каждой стороны (рис. 380). Добавочно следует инфильтрировать изнутри область пупка и надпупочные области. При правильно произведенной анестезии брюшная стенка расслабляется и кишечник отходит к диафрагме.

Следующим этапом является анестезия тазовых органов. Наиболее простой является анестезия при вентросуспензии (по Елкину) и вентрофиксации (по Кохеру) матки, а также при удалении труб без гнойного их поражения.

При операции по Кохеру (см. ниже) достаточно произвести анестезию брюшной стенки ввиду полной безболезненности дна матки. При вентросуспензиях необходимо инфильтрировать круглые маточные связки; круглую связку необходимо инфильтрировать до места вхождения ее в паховый канал. Желательно инфильтрировать также мезосальник, трубу. Для обезболивания мезосальника иглу вкалывают между его листками. Анестезию круглых связок Б. С. Пойзнер рекомендует производить следующим образом. Иглу вкалывают под серозный покров круглой связки на 1 см от маточного угла; игла

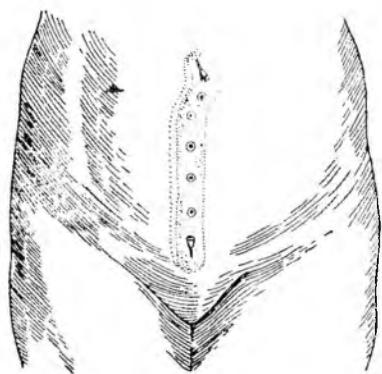


Рис. 378. Местная анестезия. Образован кожный желвак по линии разреза. Положение иглы при инфильтрировании подкожной клетчатки до аполевроза (Л. С. Персианинов).

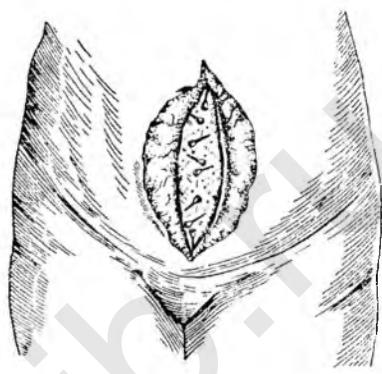


Рис. 379. То же. Введение раствора новокаина под переднюю пластинку влагалища прямых мышц живота.

при этом располагается почти параллельно связке и продвигается, инфильтрируя ткани, к паховому концу ее (рис. 381). Раствор распространяется подбрюшинно по всей длине связки, обволакивая ее циркулярно.

Техника местной анестезии при опухолях труб, свободных или с небольшими сращениями типа гидросальпиксов, заключается в следующем: инфильтрируют мезосальник между его листками на всем протяжении трубы. Для удаления яичника или придатков инфильтрируют воронко-тазовую связку, часть широкой связки и собственную связку яичника, а затем мезосальник, как при удалении одной трубы.

При перекручивании ножки кисты анестезируют ниже места перекручивания (ближе к кисте).

Местную анестезию при надвлагалищной ампутации матки при фибромиомах можно производить по методике Л. С. Персианинова. Предложенная А. В. Вишневым предварительная пресакральная анестезия может быть с успехом заменена введением раствора новокаина в мезоректум (П. В. Маненков).

Анестезия по Л. С. Персианову заключается в следующем. После анестезии брюшной стенки инфильтрируют круглые связки, а если они не видны, то начинают инъекции с введения раствора в пузырно-маточную складку брюшины (рис. 382). Созданный здесь ползучий инфильтрат подходит к круглым связкам, которые затем инфильтрируются на всем протяжении пахового канала. После этого вводят раствор под передний листок широкой и воронко-тазовой связки (рис. 383). Инфильтрат последней должен опускаться в забрюшинное пространство к мезоректуму. Теперь перемещают матку к лону и приступают к анестезии крестцово-маточных связок (рис. 384).

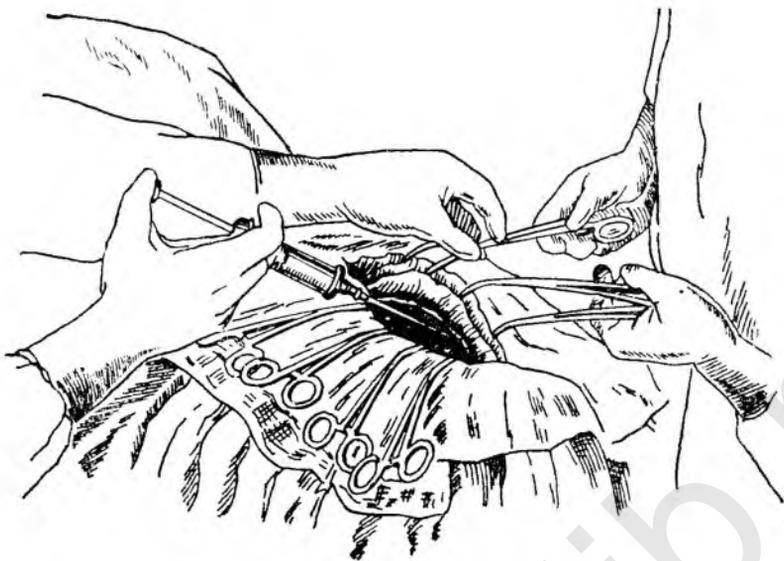


Рис. 380. Анестезия париетальной брюшины: новокаиновый вал-инфильтрат (Л. С. Персианинов).

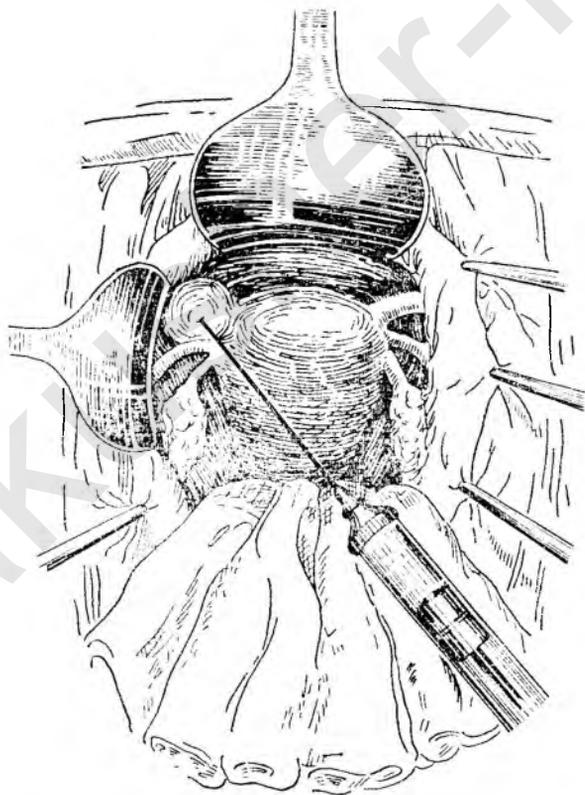


Рис. 381. Анестезия левой круглой маточной связки (Л. С. Персианинов).

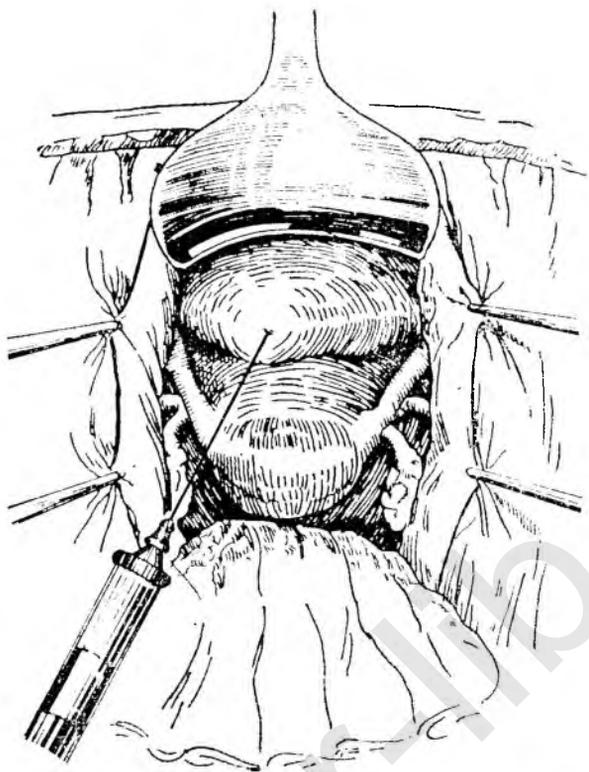


Рис. 382. Анестезия пузырно-маточной складки брюшины (Л. С. Персанинов).

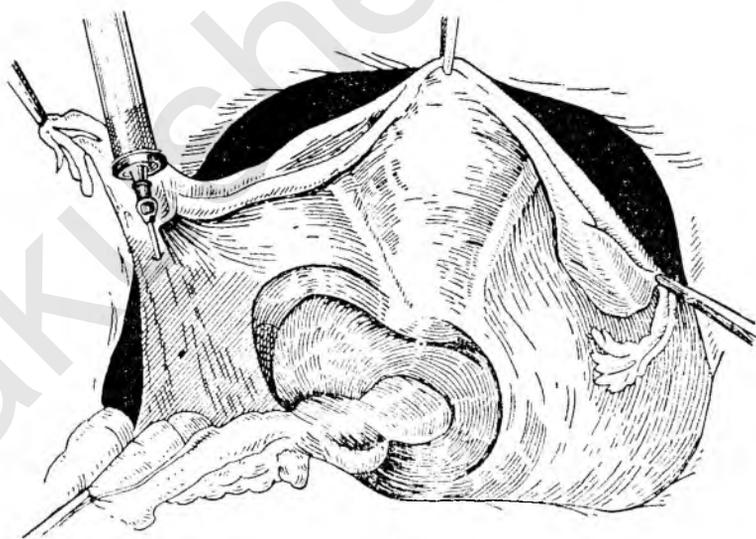


Рис. 383. Анестезия левой воронко-тазовой связки (Л. С. Персанинов).

Местную анестезию при экстирпации матки мы не описываем, ссылаясь на работы П. В. Маненкова (1953), А. А. Тереховой (1954), Л. С. Персианинова (1955) и др.

Местная анестезия при влагалищных операциях

Местная анестезия при влагалищных операциях получила широкое распространение. При пластических операциях на влагалище она очень выгодна тем, что облегчает операцию благодаря отслойке стенок его.

Анестезия при передней пластике (рис. 385) осуществляется путем введения раствора новокаина через переднюю стенку влагалища в стороны от средней линии. Тщательно следует инфильтрировать область уретры, где чув-

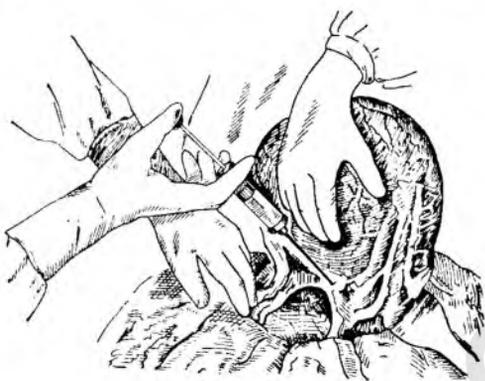


Рис. 384. Анестезия правой крестцово-маточной связки (Л. С. Персианинов).

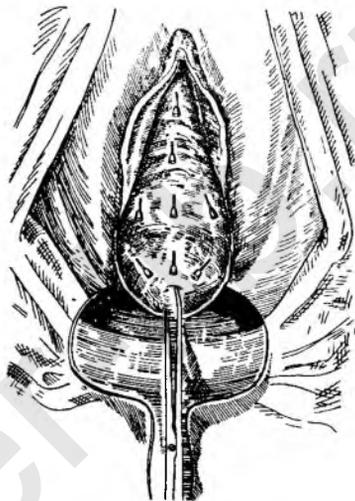


Рис. 385. Местная анестезия при операции на передней стенке влагалища (Л. С. Персианинов).

ствительность особенно значительна. Производить переднюю пластику без анестезии, как это делают некоторые хирурги, мы считаем неправильным.

При операциях на шейке матки вводят новокаин к основанию крестцово-маточных связок (рис. 386).

Для анестезии промежности (рис. 387) (очень болезненная зона) тонкой иглой вводят немного инфильтрирующего раствора у края ладьевидной ямки, затем крупной иглой увеличивают количество раствора для инфильтрации половых губ, задней стенки влагалища и особенно глубоких слоев промежности для анестезии леватора.

Местную анестезию при абортах и диагностическом выскабливании мы производим следующим образом. Обнажаем зеркалами и низводим пулевыми щипцами шейку матки (рис. 388), а боковыми зеркалами и подъемником обнажаем своды влагалища. После дезинфекции шейки и сводов 5% йодной настойкой вводим 0,5% раствор новокаина с прибавлением адреналина 0,1% (1 капля на 20—25 мл раствора). Производим три-четыре инъекции парацервикально на глубину до 1 см с каждой стороны, образовав замкнутое кольцо из филтратата вокруг шейки; игла должна ощущать близость мышцы матки.

После этих поверхностных инъекций делаем ряд глубоких, образуя длинной иглой «депо» из раствора по 10—15 мл с каждой из боковых сторон. Иглу вкалываем без шприца (для контроля, не попала ли игла

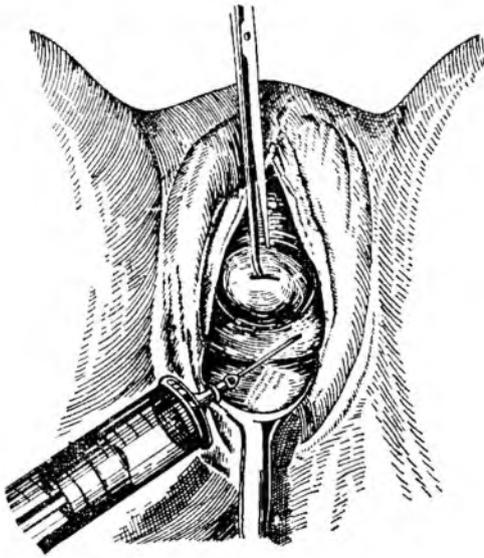


Рис. 386. Местная анестезия при операции на шейке матки. Введение обезболивающего раствора в основание крестцово-маточной связки (Л. С. Персианшнов).

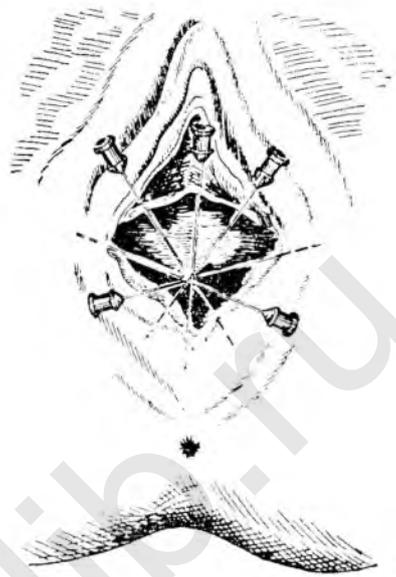


Рис. 387. Местная анестезия промежности (схема).

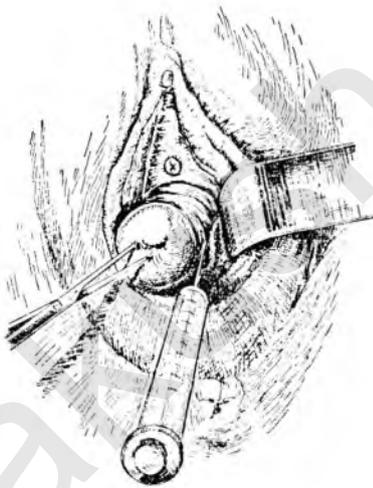


Рис. 388. Анестезия при аборте. Шейка низведена.

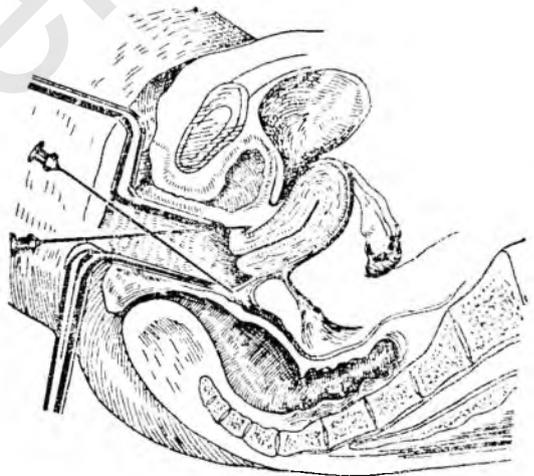


Рис. 389. То же. Ход иглы в параметрии

в сосуд) и погружаем ее в параметрий на глубину 2—3 см (рис. 389). На каждой стороне производим по 2—3 инъекции, причем у задней боковой поверхности матки (в области ganglion cervicale) вводим массивное количество раствора.

Общее количество раствора новокаина, нужное для анестезии, — 70—80 мл. При этом способе анестезии наиболее болезненный момент операции — расширение шейки матки — протекает безболезненно, причем само расширение происходит легко, кровопотеря (благодаря адреналину) незначительная.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров М. С. Перидуральная анестезия в гинекологической практике. Сов. медицина, 1953, 2, стр. 26—29.
- Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Медгиз, 1956.
- Жеров Н. С. Наркоз. Медгиз, 1948.
- Иванов Е. П. Внутривенный гексеналовый наркоз в гинекологии. Тр. Моск. обл. научно-иссл. кнз. инст. М., 1949, стр. 236—241.
- Изогов П. П. Перидуральная анестезия в хирургии, гинекологии и урологии. Медгиз, 1953.
- Канзун Э. М. Пути снижения токсического действия пентоталового наркоза. Акуш. и гинек., 1952, 1, стр. 47—51.
- Лернер Е. Л., Малыгина Р. И. Длительный внутривенный гексеналовый наркоз при гинекологических операциях. Врач. дело, 1948, 5, стр. 405—406.
- Манинков П. В., Андреев Н. В. Наша техника местной инфильтрационной анестезии при акушерско-гинекологических операциях. Казань, 1956.
- Мостковский М. И. Спинальная анестезия. Ашхабад, 1947.
- Павша Г. Ф. Совкайнова спинномозговая анестезия при гинекологических операциях, особенно при паянности рака матки. Педиатр., акуш. и гинек., 1957, 3, 52—56.
- Персианников Л. С. Местная анестезия по А. В. Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. Медгиз, 1955.
- Покровский В. А. Инфильтрационная анестезия по методу А. В. Вишневского в гинекологической и акушерской практике. Воронеж, 1954.
- Пойзнер Б. С. Методика и техника местной анестезии при некоторых гинекологических операциях. Акуш. и гинек., 1948, 4, стр. 43—47.
- Терехова А. А. Местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому при операции по поводу рака шейки матки. Акуш. и гинек., 1953, 6, стр. 7—14.
- Томилев И. И. Местная анестезия по Вишневскому в гинекологии и акушерстве. Тр. Хабаровского мед. ин-та, 1951, XI, стр. 60—64.
- Фриновский В. С. Проводниковая анестезия при гинекологических чревосечениях. Акуш. и гинек., 1950, 2, стр. 3—6.
- Фриновский В. С. Проводниковая (регионарная) анестезия при влагалищных операциях. Акуш. и гинек., 1954, 5, стр. 59—63.
- Янкелевич Ю. Я. Перидуральная анестезия в гинекологии. Педиатр., акуш. и гинек., 1957, стр. 46—52.

Глава 3

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Кольпотомии и кольпоцелиотомии. Передняя кольпотомия (кольпоцелиотомия). Задняя кольпотомия. Задняя кольпоцелиотомия. Пластические операции для восстановления тазового дна. Передняя пластика: по Гегару—Отту; по Мартину—Бумму; по Шегкелю. Задняя пластика по Отту. Операция при разрывах промежности третьей степени.

КОЛЬПОТОМИИ И КОЛЬПОЦЕЛИОТОМИИ

Передняя кольпотомия (кольпоцелиотомия) (colpotomia anterior, colposoeliotomia)

Показания. Передняя кольпотомия, или, правильнее, кольпоцелиотомия, в большинстве случаев не является самостоятельной операцией, а служит методом влагалищного чревосечения для доступа к матке и придаткам в целях удаления небольших миоматозных узлов, небольших опухолей яичников, хирургической стерилизации труб и т. п.

Техника. 1) Влагалищную часть шейки матки обнажают зеркалами (рис. 390, 391); в боковые своды вводят боковые зеркала (рис. 392, 393), которые передают ассистенту. Переднюю губу захватывают двумя парами пулевых щипцов и оттягивают книзу. Катетером устанавливают нижнюю границу пузыря и определяют пузырную складку. Переднюю стенку влагалища полукругом рассекают скальпелем параллельно и несколько ниже пузырной складки. Мочевой пузырь вместе с верхним лоскутом влагалища отсепаровывают тупым путем вверх и удерживают подъемником. После этого становится видна пузырно-маточная складка брюшины в виде белесоватого треугольничка. Складку эту захватывают двумя пинцетами и рассекают. Ножницами разрез расширяют в стороны и таким образом вскрывают брюшную полость (рис. 394). После этого передний край брюшины дугласова пространства несколькими кетгутовыми швами подшивают к стенке влагалища (рис. 394а). Наконец, в брюшную полость через вновь образованное кольпотомическое отверстие вводят подъемник и захватывают переднюю стенку матки. Следующей парой пулевых щипцов матку захватывают выше уровня первой пары, которая снимается. Такие «шагающие» движения пулевыми щипцами по направлению к дну матки производят до тех пор, пока оператор, потягивая матку на себя, не ощутит, что матка прошла через кольпотомическое отверстие (рис. 395). Выведя матку наружу, вталкивают во влагалище пальцем шейки матки, с которой предварительно снимают пулевые щипцы. С этого момента матка становится подвижной.

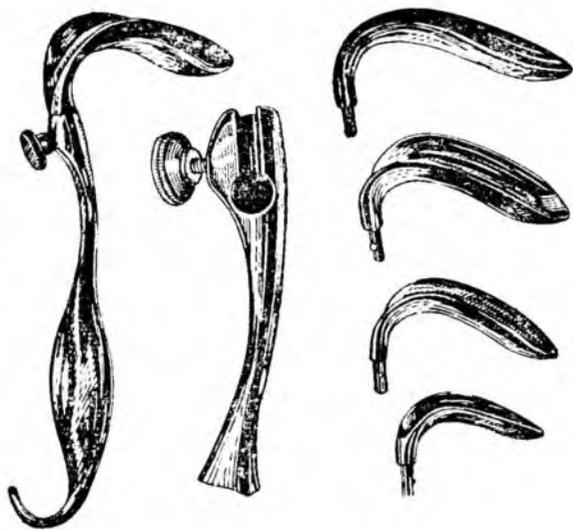


Рис. 390. Зеркало Симона с набором ложек.



Рис. 391. Зеркало Фрича.

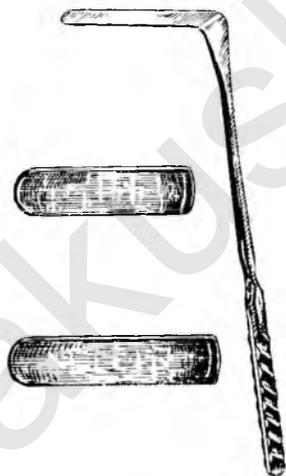


Рис. 392. Боковые зеркала: малое и среднее.

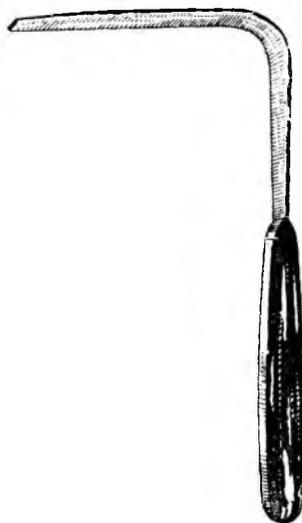


Рис. 393. Боковое зеркало большое.

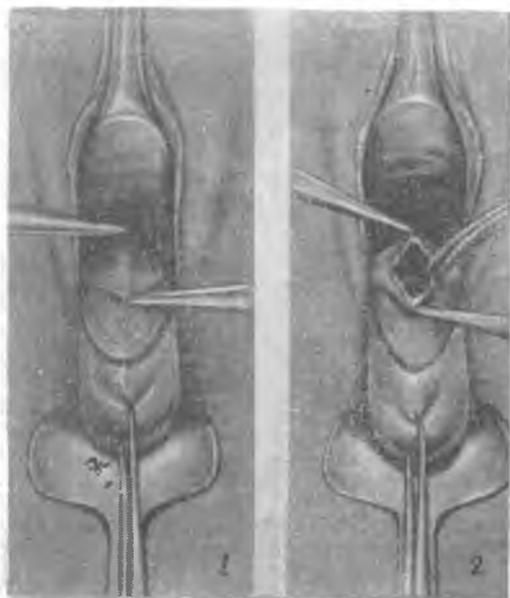


Рис. 394. Передняя кольпотомия (Вейбель):

1 — вскрытие пузырно-маточной складки; 2 — отверстие складки расширено ножницами.

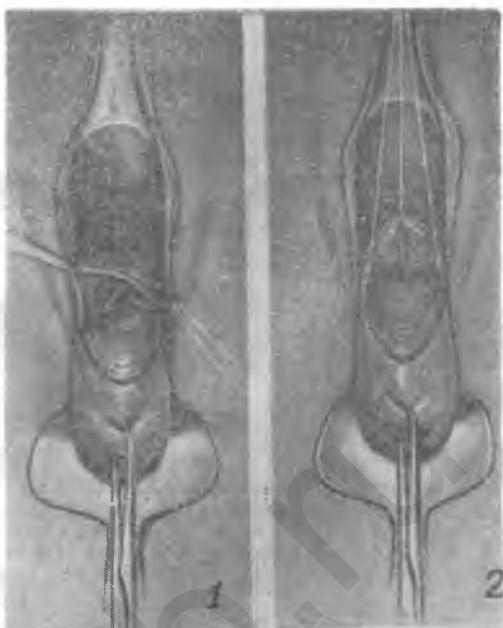


Рис. 394a. То же:

1 — передний край складки брюшины подшит к стенке влагалища; 2 — наложены три фиксирующих шва в том же месте.



Рис. 395. То же. С помощью смещаемых пулевых щипцов дно матки выводится через переднее кольпотомическое отверстие.



Рис. 396. То же. Удаление придатков: под воронко-тазовую связку проведена игла Дешана.

Хирург разыскивает опухоль матки или придатков, подлежащих удалению (рис. 396), производит миомэктомию, удаление кисты или стерилизацию по способам, описанным ниже. Затем матка вправляется в брюшную полость, причем для облегчения захватывают вновь переднюю губу шейки и низводят матку. Зашивают края разреза брюшины (после снятия провизорных швов) узловыми кетгутowymi швами. Непрерывным швом или узловыми кетгутowymi швами зашивают разрез на передней влагалищной стенке. Во влагалище на 12 часов вводят бинтовой тампон.

Задняя кольпотомия (colpotomia posterior)

Разрез заднего свода влагалища или задняя кольпотомия — часто применяемая в гинекологии операция.

Показания. Заднюю кольпотомию производят обычно после пробной пункции заднего свода, при которой обнаруживают гной, гнойно-серозную жидкость, реже, чистую серозную жидкость, а также кровь. Скопление крови в дугласовом пространстве характерно для внематоч-



Рис. 397 Задняя кольпотомия. Вскрытие гнойного пельвеоперитонита. Кольпотомическое отверстие тупо расширяется корнцангом.

ной беременности и аорoplexia ovarii; они требуют срочной лапаротомии. Задняя кольпотомия при внематочной беременности показана только при нагноившемся гематоцеле (см. А. И. Петченко, Акушерство, стр. 562). В остальных случаях заднюю кольпотомию производят при экссудативно-воспалительных процессах — экссудативный периметрит и пельвеоперитонит, гнойный параметрит. Что касается пиосальпинкса, то, за редкими исключениями, его не следует вскрывать через задний свод, так как утолщенные стенки его с наличием пельвеоперитонита вызовут в дальнейшем длительное гноетечение вследствие образования трубно-влагалищного свища.

Техника. Больную укладывают в спинно-ягодичное положение. После дезинфекции наружных половых органов и спринцевания влагалища промежности оттягивают зеркалом, заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и влагалищную часть ее слегка при-

поднимают сверху и фиксируют неподвижно. Слизистую заднего свода разрезают скальпелем в поперечном направлении на протяжении 1—1,5 см непосредственно ниже влагалищной части. После этого через раневое отверстие энергичным движением проталкивают изогнутый коррианг. Таким путем вскрывают отечную брюшину дугласова пространства (рис. 397); из раны начинается обильное выделение гноя или гнойно-кровянистой жидкости; жидкость следует набрать в стерильную пробирку для бактериологического исследования. Затем коррианг в несколько раскрытом виде выводят обратно, расширяя этим путем раневое отверстие. Рассекать скальпелем задний свод не рекомендуется во избежание ранения маточной артерии или мочеточника.

Когда исечение жидкости из дугласова пространства прекратится, в кольпотомическое отверстие вводят резиновую дренажную трубку толщиной в палец с боковыми отверстиями в ней и поперечно вставленной другой резиновой трубкой, препятствующей выпадению дренажа из раны. Т-образный дренаж обкладывают с боков марлевым тампоном; последний извлекают через 1—2 суток (его цель — гемостаз мелких сосудов в области раны). Дренаж не извлекают из раны до прекращения выделений, на что требуется от 4 до 18 дней.

Задняя кольпоцелиотомия (colpocoeliotomia posterior)

Показания. Как и передняя, задняя кольпоцелиотомия является вспомогательной операцией для доступа к матке и придаткам через заднее кольпотомическое отверстие (через дугласово пространство).

Техника. Пулевыми щипцами или двузубцами захватывают заднюю губу влагалищной части шейки матки и после низведения круто переменяют ее к лопу.

Хирургическим пинцетом приподнимают заднюю стенку влагалища у свода и скальпелем рассекают ее в поперечном направлении (рис. 398). Ножницами Купера разрез увеличивают в стороны. Анатомическим пинцетом захватывают брюшину дугласова кармана в складку и ножницами вскрывают ее. Захватив края брюшины зажимами Пеана, подшивают их к краям влагалищного разреза. При необходимости расширить заднее кольпотомическое отверстие можно пересечь крестцово-маточные связки.

После выведения матки придатки захватывают и низводят (рис. 399). На связки яичника и сосуды накладывают зажимы, после чего их пересекают, а придатки удаляют, культю лигируют кетгутом. Зашивают отверстие узловыми кетгутовыми швами, захватывающими вместе брюшину и стенку влагалища.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА

Поддерживающий аппарат матки, сохраняя нормальное положение ее, должен вместе с тем допускать ее известную подвижность, особенно во время беременности, что достигается прикреплением основных частей поддерживающего аппарата к матке в области перешейка. Различные способы хирургического исправления положения матки многочисленны потому, что при том или ином методе оперирования, восстанавливается лишь какая-нибудь одна поврежденная часть поддерживающего аппарата; ни один метод не может восстановить все части.

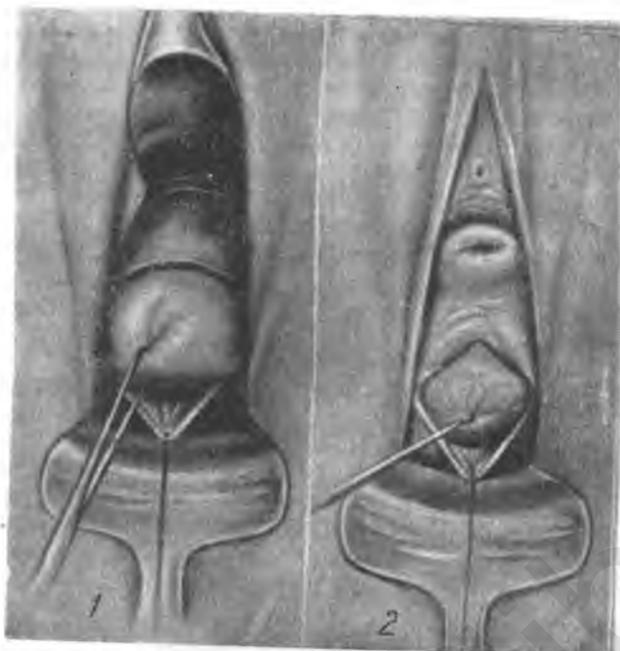


Рис. 398. Задняя кольпоцелиотомия (Вейбель):
 1 — вскрыта слизистая заднего свода; пузырно-маточная складка взята на лигатуру; 2 — пузырно-маточная складка вскрыта; дно матки захвачено крючком.

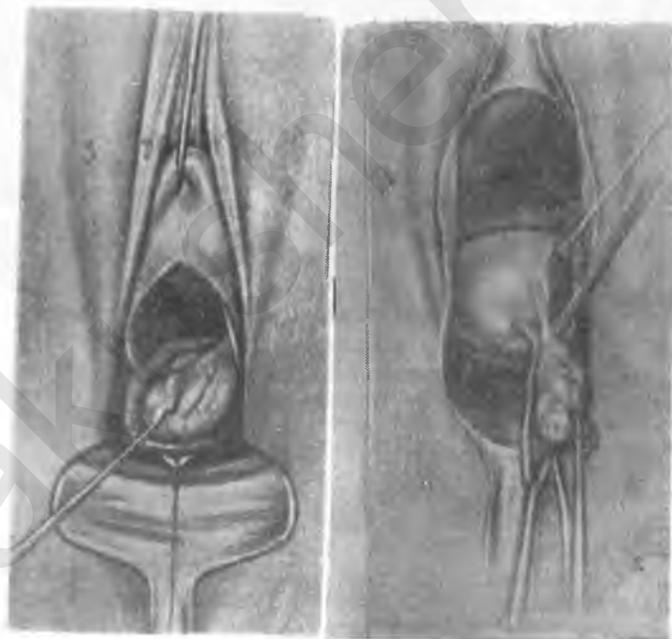


Рис. 399. То же.
 1 — придатки и матка выведены во влагалище; 2 — перевязка связок яичника и сосудов.

Все же основным является леваторопластика; затем идут методы, направленные на фиксацию матки и исправление направления ее оси. Следует учитывать, что соседние органы легко сдвигаются маткой при ее смещении. Поэтому при устранении значительных цисто-кольпо-ректоцеле необходимо фиксировать и основной орган — матку (Эзес, Валь — Ezes H., Wahl P., 1959).

Передняя пластика

Операция по Гегару—Отту

Показания: опущения и небольшие выпадения передней стенки влагалища. Местная анестезия обязательна только в верхнем углу раны, под уретрой.

Техника операции. После дезинфекции наружных половых частей и выпускания мочи катетером шейку матки обнажают зеркалом Симса, захватывают переднюю губу шейки двумя парами пулевых щипцов и низводят ее книзу. Если шейка матки захватывается плохо, можно за-

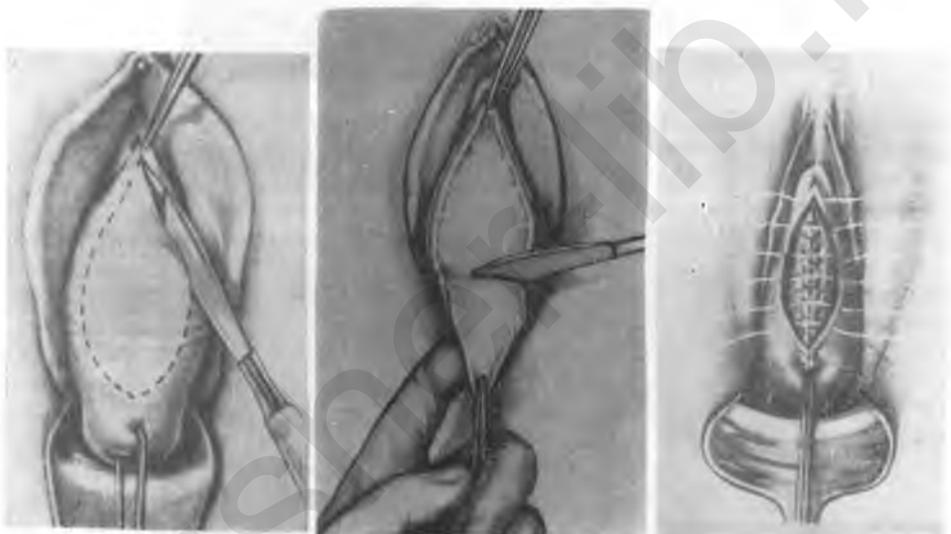


Рис. 400. Передняя пластика. Очерчивается овальный лоскут из передней стенки влагалища по способу Гегара.

Рис. 401. То же. Отделение лоскута потягиванием и легкой отсепаровкой скальпелем.

Рис. 402. То же. Наложены погружные швы; подготовлены швы на стенку влагалища.

хватить переднюю стенку влагалища по средней линии на $1\frac{1}{2}$ —2 см выше наружного зева. Захватив шейку, заменяют зеркало Симса коротким зеркалом Фрича, которое передают ассистенту. Теперь накладывают два зажима Кохера по средней линии передней стенки влагалища: один на 1 см ниже наружного отверстия уретры, другой (взамен пулевых щипцов) на $1\frac{1}{2}$ —2 см выше наружного зева, ниже различаемой в этом месте складки мочевого пузыря.

Скальпелем сверху вниз делают овальный разрез передней стенки влагалища, начиная от верхнего зажима и заканчивая немного не доходя до нижнего зажима (рис. 400). Ширина овала может быть различной в зависимости от степени опущения или выпадения (от $2\frac{1}{2}$ до 4—

5 см и более). Отсепаровав вершину овального лоскута и захватив ее зажимом Пеана, отделяют лоскут книзу; для этого потягивают и осторожно подсекают скальпелем волоконца, удерживающие лоскут (рис. 401). Можно вершину лоскута натянуть на указательный палец левой руки. Острие скальпеля следует держать в сторону лоскута, чтобы не поранить мочевого пузыря. Как указано, можно легко отделить лоскут до конца почти исключительно тупым путем, притом почти бескровно, особенно если оперируют в предпузырной клетчатке. По удалении лоскута на предпузырную фасцию накладывают кетгут от 4 до 6 погружных швов (рис. 402). Швы завязывают лишь после того, как наложены они все; завязывают их по направлению сзади наперед. Концы лигатур коротко срезают.

На слизистую влагалища накладывают узловые швы или непрерывный кетгутовый шов; расстояние между стежками $\frac{1}{2}$ см. Если после наложения шва заметно, что края раны немного натянуты, то следует наложить два-три дополнительных подкрепляющих узловых кетгутовых шва. Концы лигатур срезают не коротко. Линии швов смазывают йодом. Во влагалище на 12 часов вводят рыхлый тампон.

Операция по Мартину—Бумму

Показания: более значительные опущения и выпадения передней стенки влагалища, когда необходимо путем сшивания предпузырной фасции создать хорошую поддержку для мочевого пузыря.

Техника операции. Захватывают переднюю губу шейки матки и накладывают зажимы Кохера, как при операции по Гегару—Отту. Затем скальпелем разрезают слизистую передней стенки влагалища от верхнего зажима до нижнего. Хирургическим или лапчатым пинцетом отделяют слизистую одного из краев разреза и тупым путем и скальпелем отсепаровывают ее равномерно в сторону по всему протяжению разреза; так же поступают на другой стороне его. На отсепарованные края накладывают дополнительно по два-три зажима Кохера с каждой стороны. Отсепаровывают слизистую в стороны до краев разошедшейся предпузырной фасции. На края разошедшейся фасции накладывают узловые не толстые, но прочные кетгутовые швы. По наложении всех швов их завязывают; лигатуры коротко обрезают.

Излишек стенки влагалища срезают в виде овала пожницами Купера. На слизистую стенки накладывается непрерывный кетгутовый шов в направлении спереди назад; концы лигатур обрезают не коротко.

Операция по Штеккелю

Показания: выпадения передней стенки влагалища с образованием значительных цистоцеле, сопровождающихся частичным недержанием мочи.

Техника операции. Захватывание передней губы шейки матки, наложение зажимов Кохера и разрез передней стенки влагалища производят, как при операции по Гегару—Отту. Овальный разрез на передней стенке должен быть широк. Для определения нужной ширины его всю область цистоцеле захватывают в продольную складку, намечая мысленно, где должен пройти разрез справа и слева.

Отсепаровывают овальный лоскут так же, как и при операции по Гегару—Отту. После этого тупым путем немного отсепаровывают моче-

вой пузырь и приподнимают его кверху. На область обнаженного пролябливающего мочевого пузыря тонким кетгутом накладывают два-четыре узловых шва в горизонтальном направлении. Швы накладываются таким образом, что они подхватывают остатки предпузырной фасции и мышечной стенки, образуя при этом продольные складки. Расстояние между швами $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ см; они должны идти строго горизонтально справа налево. Начинается каждый шов близ края разреза стенки влагалища и заканчивается у края другой стороны. В остальном оперируют, как по Гегару—Отту.

Задняя пластика (кольпоперинеоррафия) по Отту

Показания: опущения и выпадения задней стенки влагалища и нерезко выраженный разрыв промежности третьей степени (о последней операции см. ниже).

Техника операции. После дезинфекции наружных половых частей (повторной, если была произведена передняя пластика) область ануса закрывают передничком и приступают к местной анестезии $\frac{1}{2}\%$ раствором новокаина. Из первого укола ниже задней спайки раствор вводят в области больших и малых губ, в толщу стенок промежности, а также книзу по сторонам ануса. Для анестезии необходимо 50—60 мл раствора.

Закончив анестезию, концом желобоватого зеркала отдают промежность книзу или двумя пальцами обнажают заднюю стенку влагалища, приблизительно у середины ее, и по средней линии захватывают стенку зажимом Кохера, бранши которого передают ассистенту. Затем зажимами Кохера захватывают с одной и с другой стороны основания малых губ в области ниже и кнаружи от отверстия выводящего протока бартолиниевой железы. Оба зажима должны быть на одном уровне; неправильное расположение их вызовет большее или меньшее сужение половой щели. Еще один зажим Кохера (или провизорную лигатуру) накладывают впереди от заднего прохода, неподалеку от границы слизистой влагалища и кожи промежности. Наложенными четырьмя зажимами намечают фигуру освежения.

Для очерчивания лоскута ткани под верхним зажимом производят скальпелем разрез в виде угла с вершиной кверху; медиальнее двух боковых зажимов разрезы имеют вид скобок с вогнутостью к средней линии. Наконец, у нижнего зажима разрез делают в горизонтальном направлении, слегка изогнутый книзу. После проведения этих предварительных разрезов концы их соединяются друг с другом, причем получается лоскут, напоминающий по форме бабочку. Вершину лоскута захватывают зажимом Пеана и отсюда начинают снятие лоскута. Тупым, а частью острым путем верхняя часть лоскута снимается до возможных пределов (рис. 403). Затем целесообразнее перейти к отсепаровке боковых частей лоскута с одной и с другой стороны, после чего не трудно приподнять нижнюю часть его, отсепаровать кверху и в стороны; после этого лоскут целиком удаляют. Обрывки клетчатки выравнивают ножницами Купера.

Зашивание освеженной поверхности начинают наложением непрерывного кетгутового шва у верхнего угла раны. Завязав здесь первый стежок, накладывают последовательно дальнейшие стежки, подхватывая края влагалища и немного преректальной клетчатки. Непрерывный шов продолжают книзу до миртовидных сосочков; здесь оператор делает петлю, прерывает шов и, снимая иглу с иглодержателя, перехо-

дит к наложению погружных швов. Последнее является самым важным для восстановления тазового дна. Оно производится путем обнажения и сближения ножек леватора. В результате наложения непрерывного шва на заднюю стенку влагалища ниже последнего стежка образуется глубокая овальная «ниша», получающаяся вследствие частичного сближения ножек леватора. В эту нишу вводят шпатель или рукоятку пинцета, конец которого направляют латерально. Таким способом подхватывают ножку леватора; после этого изогнутой и крепкой иглой с прочной, но не толстой кетгутовой лигатурой прошивают эту ножку. Затем переключают шпатель или пинцет на другую сторону и той же лига-



Рис. 403. Задняя пластика. Отсепаровка лоскута.



Рис. 404. То же. Наложение погружных швов на леватор.

турой прошивают другую ножку леватора (рис. 404). Таким образом накладываются на леваторы от двух до четырех погружных швов. Лигатуры сразу завязывать не следует; их завязывают последовательно (после наложения всех швов), начиная сверху ниже петли непрерывного шва и кончая у заднего края освежения. Концы завязанных лигатур отрезают коротко.

После наложения погружных швов описанная выше «ниша» исчезает, боковые края освежения значительно сближаются, поэтому продолжение непрерывного шва на заднюю стенку влагалища не встречает трудностей. Непрерывный шов продолжают от миртовидных сосочков до задней спайки.

После формирования задней спайки книзу от нее можно различить новую «нишу», но более поверхностную, чем в области леваторов. «Нишу» эту образуют мышцы и фасции промежности — области мочеполовой диафрагмы. На края этой «ниши» накладывают погружные узловы кетгутовые швы. Швы эти срезают коротко.

На промежность накладывают шелковые швы. Можно наложить также скобки. Первый шов дополняет формирование задней спайки

и располагается рядом с наложенным ранее кетгутовым швом. Кожные швы должны быть наложены очень тщательно, без оставления «мертвых» пространств, на расстоянии $\frac{3}{4}$ см один от другого; края кожи должны быть тщательно прилажены один к другому.

Операция при разрывах промежности третьей степени

Показания: старые рубцовые разрывы промежности с нарушением целостности сфинктера (недержание газов) или стенки прямой кишки (недержание газов и кала).

Техника. Перед началом операции следует наметить уровень приподымания промежности так, как это показано на рис. 405. Затем пулевыми щипцами захватывают заднюю влагалищную стенку по средней линии выше рубцовых изменений на месте задней спайки, приблизительно на границе нижней и средней трети влагалища.



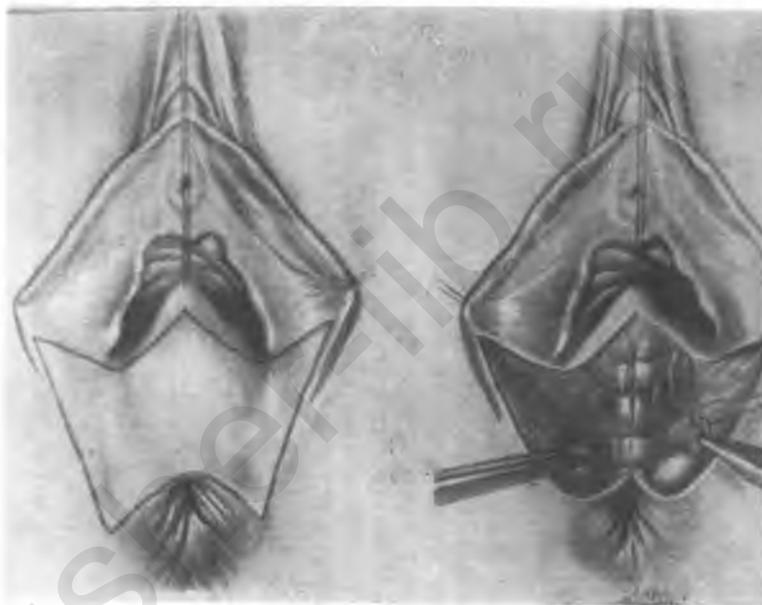
Рис. 405. Перед задней пластикой намечается уровень приподымания промежности (Келли).

Помощник удерживает пулевые щипцы, приподняв их к симфизу. Далее небольшим острым скальпелем очерчивают лоскут наподобие «бабочки», как при задней пластике по Отту (рис. 406,1), при этом боковые части разреза достигают малых губ, а нижняя часть, идя горизонтально и несколько книзу, обходит анус на границе слизистой ануса или прямой кишки. Отсепаровывают лоскут сверху, переходя затем на боковые части его. С большой осторожностью, чтобы не поранить остатки сфинктера или выпячивающуюся часть слизистой прямой кишки, отсепаровывают нижнюю часть лоскута. После этого становится заметной верхняя полуокружность сфинктера или его остатки в виде островков. Эти остатки захватывают небольшой крутой иглой с кетгутом

(рис. 406,2) и на каждой стороне накладывают от двух до четырех узловых швов, при этом слизистую гесті не прокалывают. После наложения всех необходимых швов их поочередно завязывают в направлении из глубины раны кнаружи. Концы лигатур срезают коротко. Таким образом разрыв третьей степени превращается в разрыв второй степени.

Далее накладывают непрерывный кетгутовый шов на заднюю стенку влагалища, начиная от места наложения пулевых щипцов и заканчивая временно в области миртовидных сосочков. В образовавшейся «нише» разыскивают края леваторов и после выделения их из рубцов накладывают на них два-пять узловых кетгутовых швов, как при задней пластике по Отту. Концы швов коротко срезают. Потом снова возобновляют зашивание задней стенки влагалища, ведя непрерывный шов до задней спайки, где его завязывают.

На кожу промежности накладывают узловыи съемные шелковые швы (рис. 407). Снять их следует на пятые сутки. Особенно тщательно



1
Рис. 406. Полный разрыв промежности (Вейбель).
2
1 — фигура освежения; 2 — наложение швов на сфинктер.



Рис. 407. То же. Швы на коже.
Образовалась новая промежность.

накладывают шелковые швы у сфинктера и в области задней спайки. Сфинктер и задняя спайка окончательно формируются.

В послеоперационном периоде необходимо соблюдать жидкую диету и принимать настойку опия по 8 капель 3 раза в день в течение четырех-пяти дней, после чего дают слабительное.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1959.
Губарев А. П. Оперативная гинекология. М., 1928.
Дзnelадзе А. Г. Выпадение матки и влагалища. Грузмедгиз, 1948.
Левит И. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Медгиз, 1949.
Окинчиц Л. Л. Оперативная гинекология. Биомедгиз, 1938.
Отт Д. м. Оперативная гинекология. СПб, 1914.
Шварцман Е. М. Краткий курс оперативной гинекологии. Медгиз, 1947.
Eze H., Wahl P. Les moyens de fixation réelle de l'uterus Essai de synthèse physiologique. Rev. franc. gynécol. et obst., 1959, 1, p. 29—37.
Peham-Amreich. Gynäkologische Operationslehre. Berl. Karger, 1930.
Weibel. Gynäkologie Urb. u. Schwarz., Wien, 1941.

Глава 4

ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки.
Конусовидная ампутация шейки матки (по Штурмдорфу).
Высокая ампутация шейки матки с пересадкой сводов.

КЛИНОВИДНАЯ АМПУТАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Показания: удлинение шейки матки, а также гипертрофия ее; разрывы шейки и эктропион; эрозии шейки, не поддающиеся консервативной терапии; опущения и выпадения матки, сопровождающиеся удлинением или гипертрофией шейки. В последних случаях ампутация дополняет пластическую операцию восстановления тазового дна.

Ампутация шейки может быть выполнена под местной инфильтрационной анестезией 1/2% раствором новокаина. Если производится пластическая операция, то обезболивание путем местной анестезии 1/2% раствором новокаина также обязательно.

Техника операции. Шейку матки обнажают зеркалом Симса с подъемником. На переднюю и заднюю губы накладывают по одной или по две пары пулевых щипцов и низводят шейку. Зеркало Симса заменяют зеркалом Фрича и вводят боковые зеркала, удерживаемые помощниками. Удаляют пинцетом слизистую пробку, цервикальный канал протирают спиртом и йодом. Ассистенты раздвигают переднюю губу вверх, заднюю книзу, а хирург рассекает скальпелем со стороны цервикального канала шейку матки в поперечном направлении (рис. 408). Можно предварительно ввести в цервикальный канал большой анатомический пинцет и между браншами его ввести скальпель. Глубина разреза зависит от величины, на которую рассчитывают укоротить шейку.

После рассечения шейки матки и проверки нижней границы мочевого пузыря катетером, скальпелем клиновидно иссекают переднюю губу и сразу же накладывают на нее узловое кетгутовое швы; их не обрезают, а используют для держания (рис. 409). Подобным же образом поступают с задней губой шейки матки. Затем накладывают по одному-два кетгутовых шва с обеих сторон на первоначальный поперечный разрез шейки, после чего образуется новое наружное отверстие цервикального канала (рис. 410). Влагалище осушивают шариками, область швов

смазывают йодом и во влагалище оставляют бинтовой тампон до утра следующего дня. Спринцеваний в первые шесть дней после операции делать не следует.



Рис. 408. Клиновидная ампутация шейки. Удлиненная шейка рассечена между передней и задней губами (Вейбель).



Рис. 409. То же. Передняя губа клиновидно иссечена; начинается иссечение задней губы.

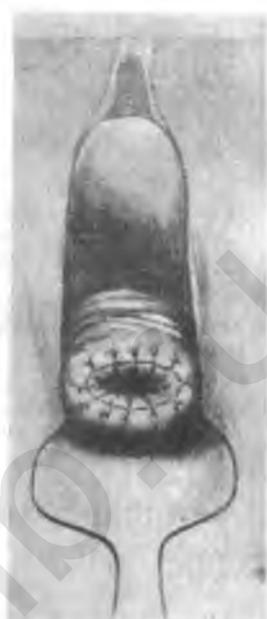


Рис. 410. То же. Наложены все швы; образовано новое наружное отверстие цервикального канала.

КОНУСОВИДНАЯ АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПО ШТУРМДОРФУ)

Сущность операции состоит в конусовидном иссечении измененной слизистой цервикального канала с манжеткой мускулатуры шейки матки. При этом лоскуты слизистой влагалищной части шейки после отпаровки от мышц погружаются возможно глубже во вновь образованную воронку шейки и закрепляются швами сверху и снизу: с боковых сторон накладывают дополнительные лигатуры.

Показания: доброкачественные патологические процессы и травматические изменения шейки матки. К ним относятся: не поддающиеся лечению эрозии, эктропион, метриты шейки, множественные (рецидивирующие) полипы, разрывы и рубцы шейки, множественные *ovula Nabothi*, лейкоплакии и эндоцервициты с упорными белями. Конусовидная ампутация шейки матки может быть также рекомендована (наряду с диатермоконизацией) как профилактическое вмешательство при преканцерозных состояниях шейки (обязательна предварительная биопсия).

Техника операции. Шейку матки обнажают влагалищными зеркалами Симса с подъемником или зеркалами Симона. Обе губы шейки сжимают и фиксируют крепкими двузубцами, после чего шейку низводят. Зеркало Симса заменяют зеркалом Фрича, вводят боковые зеркала,

которые передают ассистенту. Повторно спиртовыми (с добавлением йода) шариками дезинфицируют шейку и влагалище.

Остроконечным (не брюшистым) скальпелем производят круговой разрез слизистой на влагалищной части шейки матки в области здоровых тканей. Последующими круговыми движениями скальпеля разрез углубляют в мышцу шейки и таким образом продвигаются к внутреннему зеву, причем удаляемая часть шейки должна иметь форму конуса, а дефект шейки — форму воронки (рис. 411, 1, 2). Концом скальпеля слегка отсепаровывают по всей окружности слизистую оставшейся влагалищной части шейки от мышечного слоя на глубину 0,5—1 см, выкраивая таким образом манжетку из слизистой. После этого крутой иглой проводят крепкую шелковую лигатуру через переднюю часть оставшейся шейки на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 см от края (не проколоть стенок мочевого пузыря!) и выводят иглу через внутренний зев; затем изнутри снаружи поддевают иглой отсепарованный передний край слизистой (манжетки) и выкалывают иглу, проведя ее через толщу шейки, рядом (латеральнее) с первым вколом иглы (рис. 411, 3). При завязывании лигатуры край отсепарованной слизистой *portio vaginalis* вворачивается самостоятельно в воронку (рис. 411, 4).

Такой же шов накладывают и сзади, что обычно удается легче, чем спереди из-за большей подвижности заднего доскута влагалища (рис. 411, 5).

После того как завязаны две основные лигатуры, приступают к наложению боковых кетгутовых лигатур по две с каждой стороны.

Шелковые лигатуры снимают на 12-й день.

Отдаленные хорошие результаты после ампутации шейки матки по Штурмдорфу были получены, по нашим данным, в 94,8% случаев подобных операций.

Предложено много модификаций операции Штурмдорфа (В. Л. Багурова, Г. Л. Давыдов, Е. З. Рабинович, Е. К. Скачек и др.).

ВЫСОКАЯ АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ С ПЕРЕСАДКОЙ СВОДОВ

Показания: резкая степень гипертрофии или удлинения влагалищной части шейки матки, обычно сочетающиеся с выпадением матки и влагалища. Высокая ампутация шейки предпринимается обычно в сочетании с передней и задней пластикой, так как гипертрофия и элонгация шейки являются последствием неполноценности тазового дна.

Техника операции: начинают ее, как и при клиновидной ампутации шейки матки.

Циркулярный разрез скальпелем слизистой влагалищной части шейки производят на уровне сводов и из слизистой образуют манжетку. Мочевой пузырь вместе со сводами отсепаровывают кверху (тупым, отчасти острым путем), при этом приходится перевязать и пересечь обе кардинальные связки на боковых сторонах шейки. Под этими связками находятся шеечные ветви маточной артерии, которые также нужно перевязать и пересечь. Затем, после перевязки, перерезают пучки параметральной клетчатки и часть удлиненной крестцово-маточной связки. Теперь шейка матки до внутреннего зева освобождена и подготовлена для ампутации.

Ассистент растягивает переднюю и заднюю губы шейки и, введя выше внутреннего зева большой анатомический пинцет, рассекает ее скальпелем со стороны цервикального канала в поперечном направле-



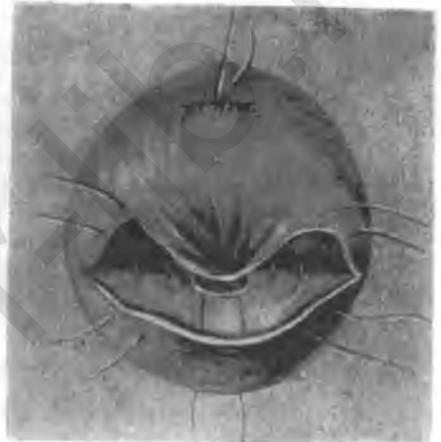
1



2



3



4



5

Рис. 411. Отдельные моменты конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдөрфу (Левит).

нии, держа лезвие скальпеля между концами пинцета. Шейка матки таким образом оказывается рассеченной на две половины.

Подтягивают переднюю губу и ампутируют ее, пересекая не перпендикулярно, а несколько косо (спереди снизу — сверху и кзади) с оставлением массивного пласта над внутренним зевом. После ампутации передней губы тремя кетгутовыми лигатурами подшивают передний край стенки влагалища к переднему лоскуту слизистой цервикального канала. Далее отсекают заднюю губу (косо спереди сверху — книзу и кзади). Тремя лигатурами подшивают задний край стенки влагалища к заднему лоскуту слизистой цервикального канала.

Таким образом, при высокой ампутации клиновидное иссечение передней и задней губ не производят. После образования новых передней и задней губ накладывают боковые швы, как при клиновидной ампутации, по два с каждой стороны.

Во влагалище вводится тампон на 20—24 часа.

Как правильно отмечает Е. М. Шварцман (1947), ампутация гипертрофированной и отечной шейки матки (независимо от способа ампутации) является целесообразной, так как большие освобождаются от многолетних болей и белей вследствие различных заболеваний шейки. Большое значение имеют эти операции для профилактики рака шейки.

ЛИТЕРАТУРА

- Багурова В. Л. О модификации шва при ампутации шейки матки по Штурмдорфу. *Акуш. и гинек.*, 1957, 2.
Давыдов Г. Л. Модификация шва при ампутации шейки матки по Штурмдорфу. *Акуш. и гинек.*, 1938, 4.
Дзиеладзе А. Г. Выпадение матки и влагалища. *Грузмедгиз*, 1948.
Петченко А. И. Операция ампутации шейки матки по способу Штурмдорфа. *Сов. врач. журн.*, 1936, 7.
Рабинович Е. З. Модификация операции конусовидной ампутации шейки матки. *Акуш. и гинек.*, 1955, 5.
Скачек Е. К. К вопросу о технике ампутации шейки матки по Штурмдорфу. *Акуш. и гинек.*, 1954, 3.
Шварцман Е. М. Краткий курс оперативной гинекологии. *Медгиз*, 1947.

Глава 5

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ПОЖИЛЫХ

Операция Лефора—Нейгебауэра (срединная кольпоррафия). Крестообразный кольпоклеизис по Горалеку. Операция Лабгардта (неполный кольпоклеизис). «Манчестерская» операция.

ОПЕРАЦИЯ ЛЕФОРА — НЕЙГЕБАУЭРА (СРЕДИННАЯ КОЛЬПОРРАФИЯ, COLPORRHAPHIA MEDIANA)

Показания. Срединная кольпоррафия производится у пожилых женщин, не живущих половой жизнью, страдающих выпадением матки и влагалища и у которых более серьезное вмешательство (операция Кохера) небезопасно.

Противопоказания: эрозии, эктропион, предраковые состояния шейки и тела матки.

Техника операции. Она производится под местной анестезией $\frac{1}{2}\%$ раствором новокаина там, где будет отсепарован лоскут влагалища. Во влагалище вводят зеркало с подъемником. Пулевыми щипцами захватывают переднюю и заднюю губы шейки и низводят ее, после чего подъемник удаляют. На переднюю стенку влагалища накладывают четыре зажима Кохера: два из них на 2 см ниже наружного отверстия уретры и два на 2 см выше наружного зева; расстояние между первой парой зажимов около 5 см, между второй — около 4 см. Затем разрезают слизистую влагалища между наложенными зажимами; полученный четырехугольный лоскут отсепаровывают и удаляют (рис. 412).

Шейку матки приподнимают к лону. На задней стенке влагалища отсепаровывают и удаляют такой же четырехугольный лоскут (рис. 413).

Обе освеженные поверхности передней и задней стенок сшивают; начинают наложение швов на поперечный разрез в глубине влагалища (рис. 414). После завязывания швов на этом разрезе шейка матки перекрывается и уходит вверх. Подтянув в стороны боковые стенки влагалища, накладывают боковой шов (горизонтально) на половину ширины освежения, который завязывается медиально от зажима; таким же путем накладывают другой боковой шов. В дальнейшем боковые швы накладываются поочередно на правую и левую половины. Таким образом сшивают всю освеженную поверхность. Последними на нижний поперечный разрез в вертикальном направлении накладывают три кетгутовых шва, которыми операция заканчивается (рис. 415).



Рис. 412. Операция Лефора — Нейгебауэра (А. И. Серебров). Иссечен лоскут из передней стенки влагалища.



Рис. 413. То же. Иссечен лоскут из задней стенки влагалища.

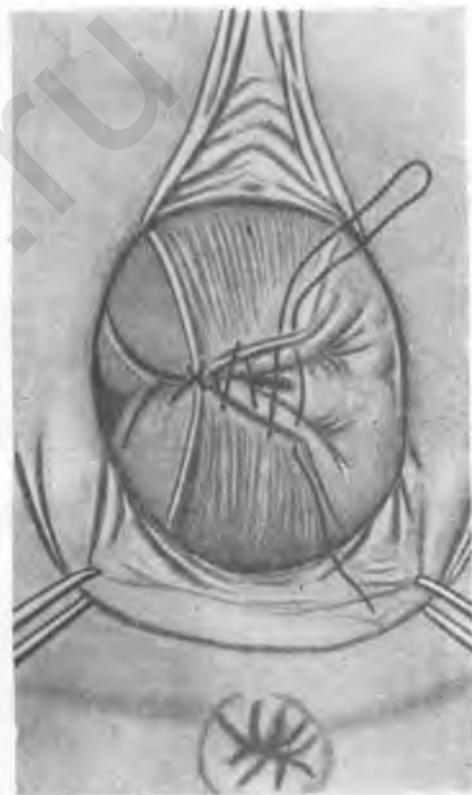


Рис. 414. То же. Наложение первых швов.

Таким образом, вся выпавшая матка и влагалище заправляются и прочно удерживаются; остаются два небольших боковых канала, через которые совершается отток из шейки и матки (рис. 416). При зиянии половой щели операция дополняется задней пластикой по Отту; для этого анестезируют промежность.

Недостатком операции является невозможность осмотра после операции шейки и самой матки.

КРЕСТООБРАЗНЫЙ КОЛЬПОКЛЕЙЗИС ПО ГОРАЛЕКУ

Ф. Горалек (Hogalek. F., 1957) описал операцию «крестообразного кольпоклеязиса», являющуюся усовершенствованием операции Лефора—Нейгебауэра. Положительная оценка ей дана Клоцем (Klos S., 1957).

Показания те же: выпадения матки и влагалища у старух.

Техника сходна с техникой при операции Лефора—Нейгебауэра, но отличается формой фигуры освежения (кончается близ уретры острокопечно, рис. 417). Наложение швов понятно из рис. 418. Операция производится под местной анестезией.

Преимущества этой несложной и непродолжительной операции заключаются в одновременном устранении недержания мочи, отсутствии рецидивов. Эта операция была произведена Горалекком у 68 больных с полным успехом у всех, причем 4 больные были в возрасте 86 лет.

ОПЕРАЦИЯ ЛАБГАРДТА (НЕПОЛНЫЙ КОЛЬПОКЛЕЙЗИС) (COLPOCLEISIS SUBTOTALIS MODO LABHARDT)

Показания те же что и для операции Лефора—Нейгебауэра.

Техника. Операцию производят под местной анестезией. От уровня наружного отверстия мочеиспускательного канала, отступя на 1,5 см в сторону, начинают почти круговой разрез слизистой влагалища в области входа, заканчивая его с другой стороны так же, как был начат этот разрез. Затем добавляют два параллельных разреза в 3—4 см вдоль уретры по передней стенке влагалища. Наконец, нижние концы параллельных разрезов соединяются углообразным разрезом, идущим по боковым стенкам влагалища; угол обращен кверху (рис. 419). Очерченная фигура лоскута отсепаровывается острым небольшим скальпелем и удаляется.

Полученный участок освежения должен быть зашит в несколько ярусов. Вначале зашивают тонким узловым кетгутом заднюю стенку влагалища; наложив еще два таких яруса (рис. 420), в том числе на парауретральные разрезы, заканчивают операцию наложением узловых шелковых швов на кожу промежности (рис. 421), которая оказывается очень высоко поднятой. Остается после операции довольно узкий, пропускающий мизинец или карандаш канал, образованный за счет передней стенки влагалища.

Автор этой операции произвел ее у 151 больной в возрасте 60—

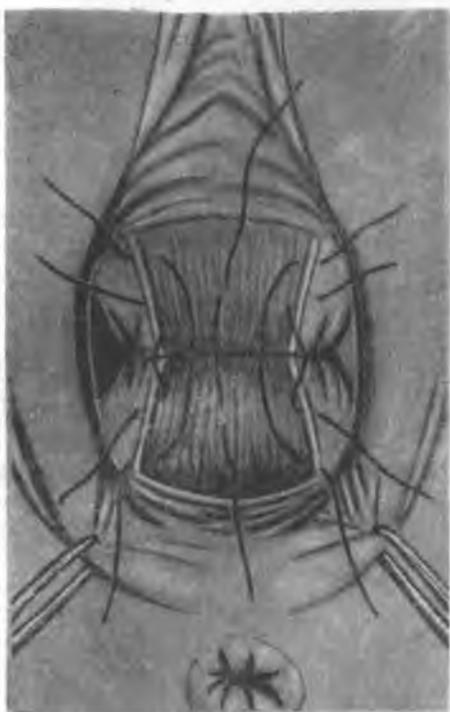


Рис. 415. То же. Наложение последующих швов.



Рис. 416. То же. Операция окончена.



Рис. 417. Операция кольпоклеизиса по Горалеку. Фигура освежения на передней стенке влагалища.

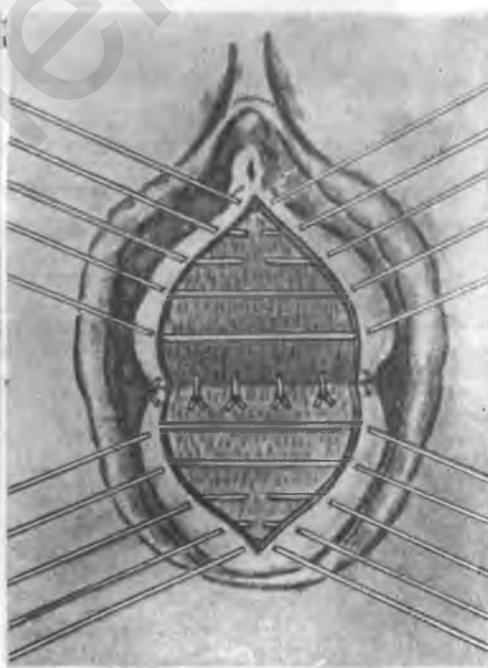


Рис. 418. То же. Наложение швов.



Рис. 419. Операция Лабгардта (А. И. Серебров). Проведение разрезов.



Рис. 420. То же. Наложение погружных швов.

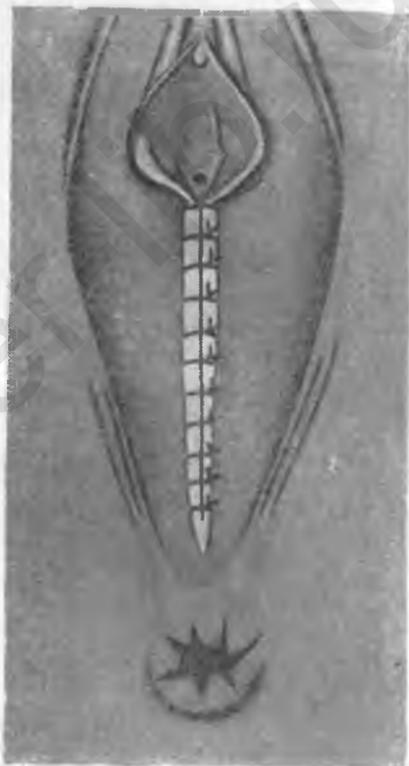


Рис. 421. То же. Кожные швы.

70 лет с полным успехом. Современные авторы (Л. Гавласек, 1957, Чехословакия) также дают хорошие отзывы об этой операции, к чему и мы можем присоединиться.

«МАНЧЕСТЕРСКАЯ» ОПЕРАЦИЯ

Американские и английские авторы — Дональд, Фосергилл, Шоу, Хилл и Хог, Гордон и др. (Donald, A., 1921; Fothergill, W., 1921; Shaw W., 1933; Hill E., Haag R., 1957) при выпадении матки и влагалища у пожилых рекомендуют так называемую «манчестерскую» операцию.

«Манчестерская» операция была предложена в 1888 г. А. Дональдом. В. Шоу подробно описал ее в 1933 году в *Am. J. of obst. a. gyn.* До него В. Фосергилл дал описание операции Дональда в собственной модификации (1915, 1921).

Дональд использовал для своей операции отдельные этапы передней и задней кольпоррафии, а также ампутации шейки матки с укорочением широкой связки путем ушивания ее погружным кетгутовым швом. В последние годы операцию усовершенствовали Хилл и Хог (1957), Гордон и Гордон (1957) и др. Согласно данным этих авторов выздоровление после «манчестерской» операции наступает в 86%, смертность (Хилл и Хог) составляет 0,4%, последующая малигнизация матки — в 0,4%, через год после операции никаких жалоб не предъявляли 78,9%.

Не имея опыта в «манчестерской» операции мы много лет с успехом применяли у пожилых с пролапсом матки комбинации широкой передней, а также задней пластики с ампутацией шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. К вопросу об оперативном лечении опущений и выпадений влагалища и матки. *Акуш. и гинек.*, 1940, 3—4.
- Дзгеладзе А. Г. Выпадение матки и влагалища. Тбилиси, 1948.
- Петченко А. И. Клиническое течение и терапия опущений и выпадений гениталий у дистрофичек. *Акуш. и гинек.*, 1945, 2.
- Шварцман Е. М. Об оперативном лечении тотальных пролапсов у старух. *Гинек. и акуш.*, 1935, 2—3.
- Donald A. A short history of the operation of colporrhaphy with remarks on the technik. *J. Obst., Gyn. Brit. Empire*, 1921, 28, 256.
- Fothergill W. Anterior colporrhaphy and its combination with amputation of cervix. *J. Obst. Gyn. Brit. Empire*, 1921, 28, 251.
- Клос С. Новые сведения относительно применения крестообразного кольпоклеизиса по методу Горалека. *Ceskoslov. Gynaecol.*, 1957, 6.
- Shaw W. The treatment of prolapsus uteri with special referens to the Manchester operation of colporrhaphy. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1933, 26, 667.
- Hill E., Haag R. Experience with the Manchester operation. — *Surg., Gyn. Obstetr.*, 1957, 104, 2.

Глава 6

УДАЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ВЛАГАЛИЩЕ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

Удаление яичников и труб. Энуклеация фибромиом матки. Надвлагалищная ампутация матки (по Рикку). Экстирпация матки: с оставлением придатков; с удалением придатков. Экстирпация матки при выпадениях: операции Мэйо; Елкина; Александра.

УДАЛЕНИЕ ЯИЧНИКОВ И ТРУБ

Удаление яичников и труб при опухолях через влагалище может быть произведено двумя путями: через переднее кольпотомическое отверстие и через заднее (см. ч. IV, гл. 3). В большинстве случаев предпочитают переднюю кольпотомию, в особенности при операциях на трубах. Опухоли, расположенные в дугласовом пространстве, удобнее удалять путем задней кольпотомии.

Показания: опухоли яичника, величиной не больше яблока средней величины.

Операции на трубах показаны также при хирургической стерилизации. Могут быть удалены через влагалище небольшие сводные от значительных сращений гидросальпинксы.

Противопоказания: не следует удалять через влагалище злокачественные опухоли, опухоли с перекручиванием ножки и свежими воспалительными изменениями в них самих или окружающих органах. Беременную трубу также удобнее иссекать брюшностеночным путем, при котором легче удалить осумкованные кровоскопления.

Техника операции. После передней кольпотомии в образованное отверстие выводят матку; дно ее пулевыми щипцами отводят в сторону, противоположную расположению опухоли. Пытаются вывести наружу также опухоль; если это сделать не удастся, то ее прокалывают троакаром (рис. 422), выпускают содержимое и в спавшемся состоянии легко выводят через кольпотомическое отверстие (рис. 423). На ножку опухоли накладывают зажимы, после чего перевязывают отдельными лигатурами воронко-тазовую связку, собственную связку яичника и трубу. Культы перитонизируют за счет круглой связки, которая несколькими кетгутowymi швами фиксируется к заднему листку широкой связки.

Матку вправляют в брюшную полость. На брюшину переходной складки накладывают узловые кетгутовые швы; такие же швы накладывают на вскрытую стенку влагалища.

При вскрытии брюшной полости путем задней кольпотомии необходимо после вскрытия поперечным разрезом заднего свода произвести

гемостаз; затем рассекают брюшину дугласова пространства. Опухоль захватывают и выводят целиком или опорожнив ее троакар. Ножку перевязывают, как указано выше. Культы связок не перитонизируют,

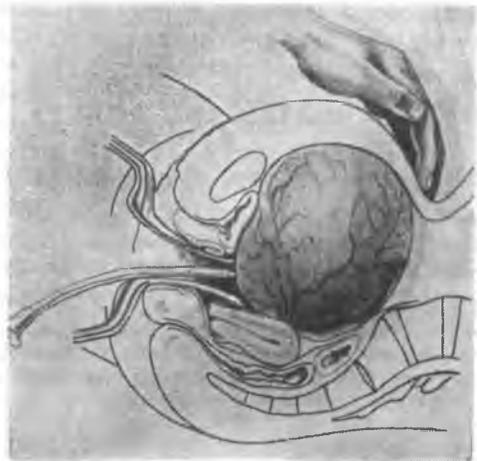


Рис. 422. Удаление кисты яичника через влагалище (Вейбель). Пункция кисты троакар.



Рис. 423. То же. Опорожненная киста и тело матки выведены через переднее кольпотомическое отверстие.

После осмотра матку осторожно заправляют в брюшную полость. Края вскрытой брюшины и влагалища зашивают непрерывным или узловыми кетгутовыми швами.

При удалении опухоли с помощью задней кольпотомии имеется возможность дренировать брюшную полость через задний свод; в этих случаях разрез брюшины и влагалищного свода полностью не зашивают.

ЭНУКЛЕАЦИЯ ФИБРОМИОМ МАТКИ

Эта операция также может быть произведена через переднее или заднее кольпотомическое отверстие в зависимости от расположения миоматозных узлов.

Показания: небольшие размеры матки с фиброматозными узлами, допускающие возможность выведения ее после кольпотомии при противопоказаниях к брюшностеночному чревосечению.

Техника операции. После передней или задней кольпотомии в рану выводится матка или узел; при выведении сначала матки дальнейшим подтягиванием часто удается вывести также узел. Энуклеацию узла производят ножница-

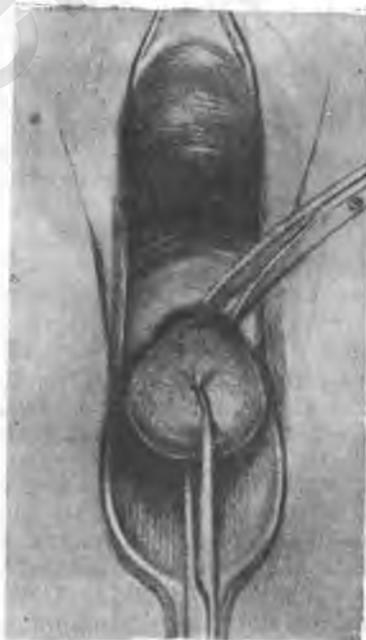


Рис. 424. Удаление субмукозной фибромы, родившейся во влагалище. Ножницами надсекается основание ножки по окружности.

ми Купера после рассечения над ним слоя миометрия. Ложе опухоли тщательно ушивают в целях гемостаза погружными узловыми лигатурами. На стенку матки накладывают непрерывный серозно-мышечный шов. После вправлении матки накладывают швы на разрез брюшины и стенку влагалища. Узлы, родившиеся во влагалище, удаляют путем откручивания после кругового надсечения основания ножки (рис. 424).

НАДВЛАГАЛИЩНАЯ АМПУТАЦИЯ МАТКИ (ПО РИККУ)

Показания: фибромиомы матки, сопровождающиеся кровотечениями, при общих небольших размерах матки с узлами.

Техника операции. После выведения матки через переднее кольпотомическое отверстие к ее задней поверхности на уровне внутреннего зева узловыми кетгутowymi лигатурами пришивают брюшину переходной складки. Дальнейшие этапы операции совершают внебрюшинно.

Накладывают зажим на *lig. ovarii proprium* и трубу, пересекают их, затем накладывают зажим на круглую связку, которую также пересекают; зажимы заменяют лигатурами из кетгута. Отдельной лигатурой на игле Дешана перевязывают маточную артерию (ветвь), затем пересекают ее. То же проделывают на другой стороне.

Далее ампутируют тело матки в надвлагалищной части над швами. Для этого по передней и задней поверхностям матки производят клиновидно разрезы до внутреннего зева (рис. 425), причем после удаления матки остаются два мышечных лоскута.

В разрез шейки погружают культю связок, сосудов и трубы. На культю шейки накладывают узловые кетгутые швы, подхватывая последовательно оба лоскута. Разрез стенки влагалища также зашивают кетгутом.

Операция Рикка не имеет преимуществ перед брюшинно-надвлагалищной ампутацией, технически даже труднее последней и дает больше осложнений (инфильтраты культей), поэтому в последнее десятилетие применяется редко.

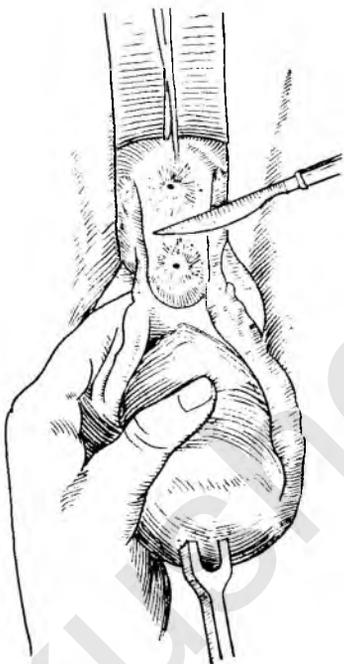


Рис. 425. Надвлагалищная ампутация миоматозной матки через влагалище (операция Рикка).

ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

Показания: фибромиомы матки, размерами, не превышающими ее в три месяца беременности и сопровождающиеся кровотечениями, субмукозные фибромы и полипы матки, аденомиоз матки, метропатия. Во всех этих случаях придатки, если в них нет патологических изменений, оставляются.

Влагалищная экстирпация матки с удалением придатков производится при начальных (I и II стадии, по Комиссаровой) формах рака полости ее. Эту операцию больные переносят легче, чем абдоминальную экстирпацию, в особенности в пожилом возрасте.

Техника операции. **Обезболивание:** местное новокаином, еще лучше местное в комбинации с пентотал-натрием; люмбальная анестезия или ингаляционный наркоз эфиром с кислородом (из специального аппарата).

Вагинальная экстирпация матки с оставлением придатков производится следующим образом. Шейку низводят, как

при предыдущих операциях. Острым небольшим скальпелем производят круговой разрез вокруг шейки матки, немного ниже границы мочевого пузыря (проверить катетером); если разрез сделан высоко, то переднюю часть его проводят с изгибом книзу в обход нижней границы пузыря.

Отсепаровав тупым путем стенку влагалища по всей окружности, отделяют мочевой пузырь кверху до появления пузырно-влагалищной складки. Затем шейку матки поднимают к лону и небольшим поперечным разрезом вскрывают брюшину дугласова пространства (рис. 426); нижний край брюшины берут на провизорную лигатуру.

Вводя палец или зонд Кохера через заднее кольпотомическое отверстие под кардинальную и крестцово-маточную связки, перевязывают их кетгутом при помощи иглы Дешана; ниже места перевязки связку пересекают (рис. 427, 428, 429). То же самое проделывают на другой стороне. Теперь матку низводят больше; благодаря этому можно проникнуть к сосудистому пучку — маточные артерия и вена. После легкой отсепаровки под эти сосуды подводят иглу Дешана, в двух местах перевязывают их шелковыми лигатурами, между которыми сосуды пересекают (рис. 430, 431). Лигатуры обрезают не коротко. При невозможности достаточно освободить сосудистый пучок, можно перевязать вместо основного ствола маточной артерии ее влагалищную ветвь (рис. 432), но в таком случае последняя должна быть перевязана после перевязки и пересечения трубы и связок.

Далее опускают шейку матки книзу, подъемником отводят мочевой пузырь кверху и обнажают пузырно-маточную складку брюшины, передний листок которой после захватывания пинцетом вскрывают ножницами (рис. 433); листок берут на провизорную лигатуру.

Пулевыми щипцами, постепенно перемещаемыми ко дну, матку выводят через переднее кольпотомическое отверстие (по совету Л. Л. Окинчица, выведение матки можно произвести с помощью двух крепких двузубцев, которыми захватывают края небольшого, но глубокого надреза передней стенки матки). Отведя матку в сторону, захватывают зажимами Кохера трубу с собственной связкой яичника и круглую связку (рис. 434), пересекают их и под зажимами перевязывают крепким кетгутом. То же проделывают на другой стороне. Освобожденную таким образом матку удаляют (рис. 435).

Перитонизируют культя следующим образом. Небольшой круглой иглой прокалывают стенку влагалища и брюшину под культей, слегка подхватывая культю, и выводят иглу через брюшину и стенку влагалища над культей. Завязывая лигатуры, фиксируют культя связок и трубы внебрюшинно (рис. 436). Таких лигатур накладывают по две с каждой стороны. После этого еще двумя лигатурами, идущими вертикально, сближают верхний и нижний листки брюшины, слегка захватывая фиксированные культя с медиальной стороны. После завязывания этих лигатур остается небольшое ромбовидное отверстие, ведущее в брюшную полость (рис. 437), куда можно ввести марлевый тампон.

Однако в большинстве случаев в этом нет надобности, и края брюшины могут быть защиты наглухо в поперечном направлении узловым или непрерывным швом тонким кетгутом (рис. 438).

Края влагалища зашивают подобным же образом, но более толстым кетгутом. Во влагалище вводят на 12 часов марлевый тампон. Мочу выпускают катетером.

Эту операцию легче производить в случаях опущения матки, тогда техника операции упрощается.

Влагалищную экстирпацию матки с удалением



Рис. 426. Удаление матки через влагалище. Вскрытие брюшины дугласова пространства (Вейбель).



Рис. 427. То же. Мочевой пузырь отодвинут вверх. Под кардиальную связку подведен палец (Вейбель).

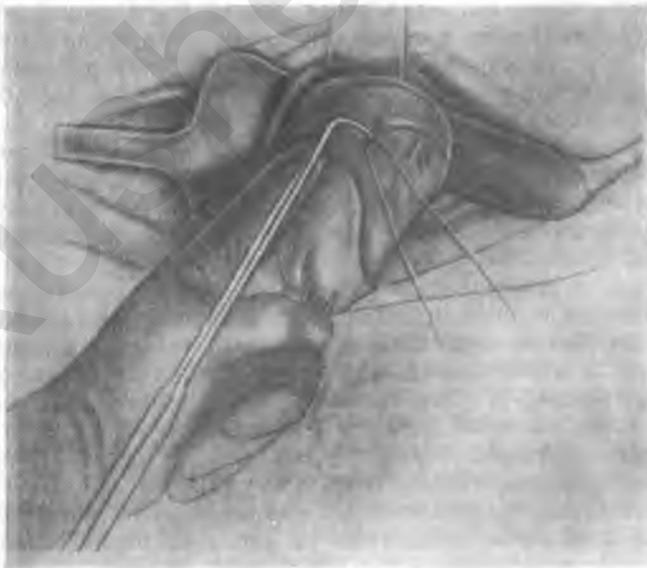


Рис. 428. Удаление матки через влагалище. Палец введен в дугласово пространство; под кардиальную связку подведена игла Дешана (Пегам — Амрейх).



Рис. 429. То же. Ножницами пересекается кардиальная связка.



Рис. 430. То же. Игла Дешана подведена под сосудистый пучок.



Рис. 431. То же. Пересекается сосудистый пучок.



Рис. 432. То же. Перевязка восходящей ветви маточной артерии.

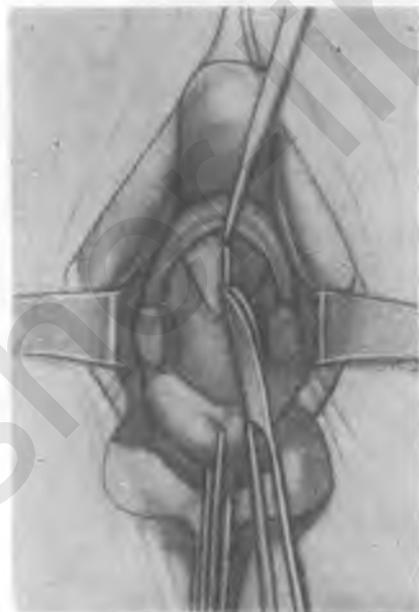


Рис. 433. То же. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины.



Рис. 434. То же. Дно матки выведено через переднее кольпотомическое отверстие; на связки чаложены зажимы.

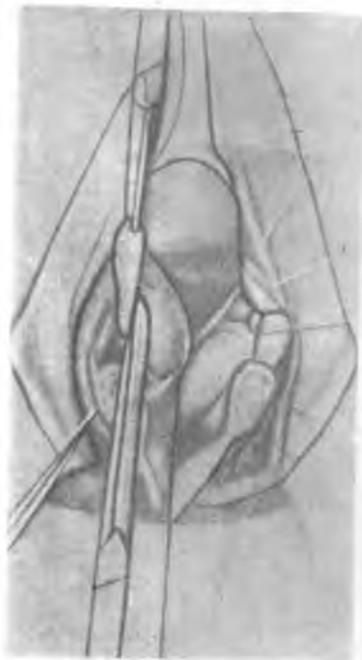


Рис. 435. То же. После пересечения связок и труб матки удалена.



Рис. 436. То же. Культы связок фиксированы внебрюшинно.

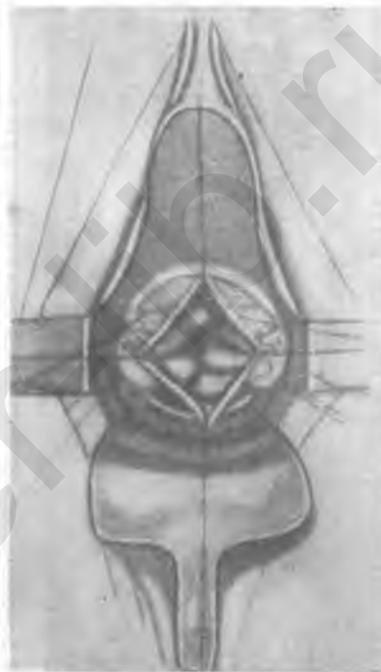


Рис. 437. То же. По завязывании лигатур остается ромбовидное отверстие, ведущее в брюшную полость.



Рис. 438. То же. Брюшина зашита.

придатков производят подобным же образом, но вместо собственной связки яичника и трубы берут в зажим, перевязывают и пересекают воронко-тазовую связку. Эта связка менее доступна; кроме того, в ней проходит крупный сосуд — а. *spermatica interna*, s. а. *ovarica*. Поэтому место перевязки должно быть хорошо раскрыто боковыми зеркалами, связку же лучше перевязывать шелком.

Если полная экстирпация производится по поводу *рака тела матки*, то при выведении матки через кольпотомическое отверстие не следует употреблять пулевые щипцы; не следует также делать разрез матки. В таких случаях нужно пользоваться тупыми крючками, тупфером или выводить матку согнутым указательным пальцем.

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ ПРИ ВЫПАДЕНИЯХ

Лечение выпадения матки экстирпацией ее через влагалище нельзя считать рациональным методом. После удаления матки могут начать выпадать стенки влагалища вместе с мочевым пузырем, что потребует новой операции. Поэтому удаление матки через влагалище при проляпсах производят по особым показаниям и со специальной техникой, направленной на удержание на месте мочевого пузыря. Излагаем технику трех подобных операций: Мэйо (Mayo), М. В. Елкина и М. С. Александрова.

Операция Мэйо (по В. С. Фриновскому)

Показания: значительная степень выпадения матки у пожилых (рис. 439).

Техника операций. Отступя 2—2½ см от наружного отверстия уретры, иссекают клиновидный лоскут передней стенки влагалища вместе с



Рис. 439. Полное выпадение влагалища и матки у пожилой.

фасцией мочепоолового треугольника; боковые и заднюю стенки влагалища рассекают циркулярно (рис. 440). Затем вскрывают брюшину переднего и заднего свода; матку выводят через переднее кольпотомическое отверстие.

На круглые, широкие и крестцово-маточные связки накладывают по два зажима Кохера с каждой стороны (рис. 441); они располагаются вдоль боковых ребер выведенной матки. После пересечения связок между зажимами матку удаляют.

Для поддержания мочевого пузыря накладывают матрацные швы на соединенные зажимами связки, после чего накладывают узловые швы через влагалищные стенки, подхватывая ими матрацные швы (рис. 442, 443). Таким образом, пузырь оказывается расположенным над сближенными связками. Часть влагалищной раны под уретрой зашивают непрерывным швом (рис. 444).

Последним этапом операции является кольпоперинеоррафия, которая включает леваторопластику и обязательна для окончательного восстановления тазового дна.

В. Ф. Фриновский применял эту операцию и у молодых женщин при специальных показаниях к удалению матки.

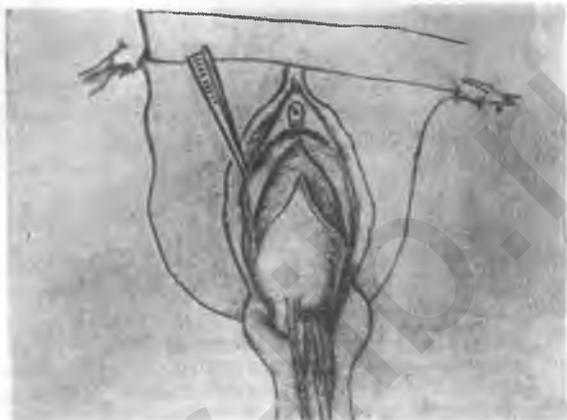


Рис. 440. Операция Мэйо (по Фриновскому). Исечение клиновидного лоскута передней стенки влагалища; боковые и задние стенки отсекают циркулярно.

Операция М. В. Елкина

Операция М. В. Елкина представляет собою модификацию операции Мартина — Окинчица.

Показания: значительные выпадения матки у пожилых с изменениями со стороны шейки (эрозии, эктропион) или тела матки (фибромы, рак полости).

Техника операции. Переднюю и заднюю губы шейки матки захватывают двузубцами и низводят резко книзу. На 1 см отступя от края входа во влагалище круговым разрезом рассекают его слизистую. На края слизистой влагалища накладывают зажимы Кохера и тупым или острым (при рубцах) путем отсепаровывают все влагалище книзу.

Мочевой пузырь тупым путем отсепаровывают сверху. При этом обнажаются кардинальные связки, натягивающиеся от шейки матки в стороны. Под кардинальные связки подводят зажим Кохера и пересекают их ножницами. Вскрывают пузырно-маточную складку брюшины и через переднее кольпотомическое отверстие выводят матку. После перевязки связок и трубы удаляют ее обычным путем. Культы связок фиксируются швами к краям влагалищного отверстия.

Сблизив зажимы, наложенные на кардинальные связки так, чтобы пересеченные поверхности были направлены кпереди, сшивают между собой обе кардинальные связки шелком в виде матрацного шва (рис. 445); отдельно накладывают еще один-два добавочных шва. Лигатуры завязывают после снятия зажимов и коротко обрезают.

Слизистую влагалища зашивают непрерывным кетгутовым швом в вертикальном направлении. Во влагалище вводят на сутки прижимающий тампон.

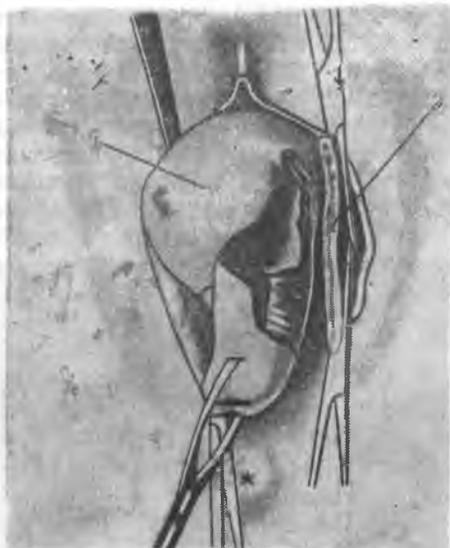


Рис. 441. То же. Матка выведена через переднее кольпотомическое отверстие; на круглые, широкие и крестцово-маточные связки наложено по два шва с каждой стороны:

1 — матка; 2 — широкая связка.

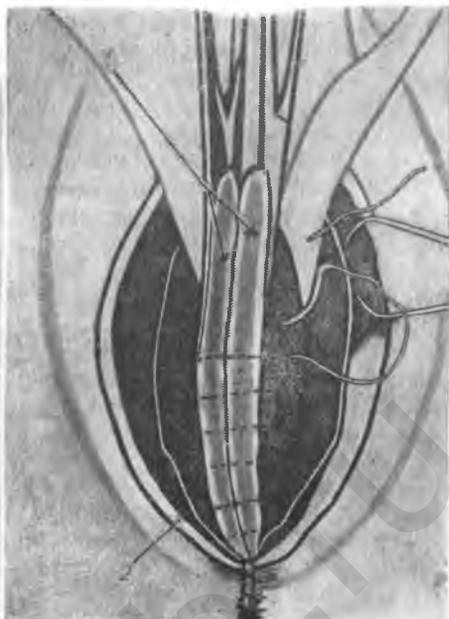


Рис. 442. То же. Связки, взятые в зажим, сшиваются матрацным швом.

1 — широкие связки; 2 — слизистая влагалища.

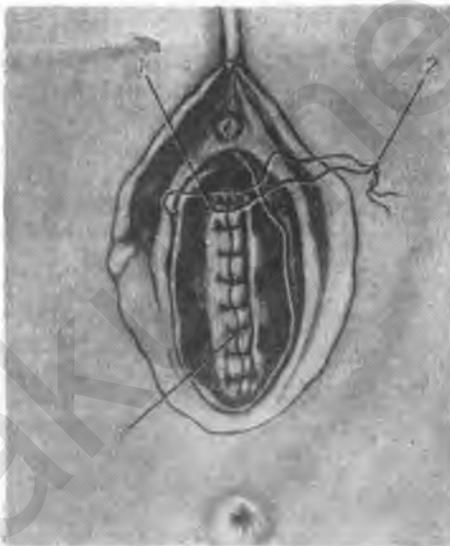


Рис. 443. То же. Наложение узловых швов через влагалищные стенки и сшитые маточные связки.

1 — слизистая влагалища; 2 — шов; 3 — широкая связка.

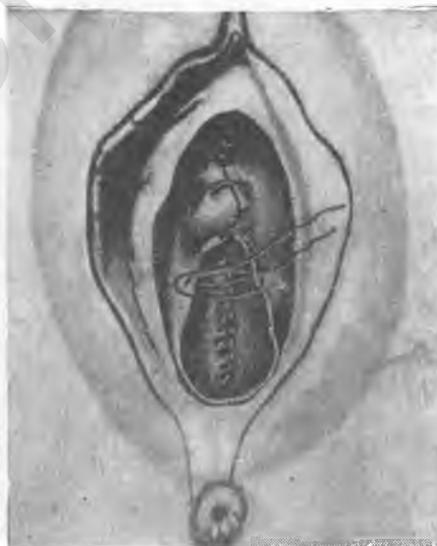


Рис. 444. То же. Непрерывный шов на нижнюю часть влагалища.

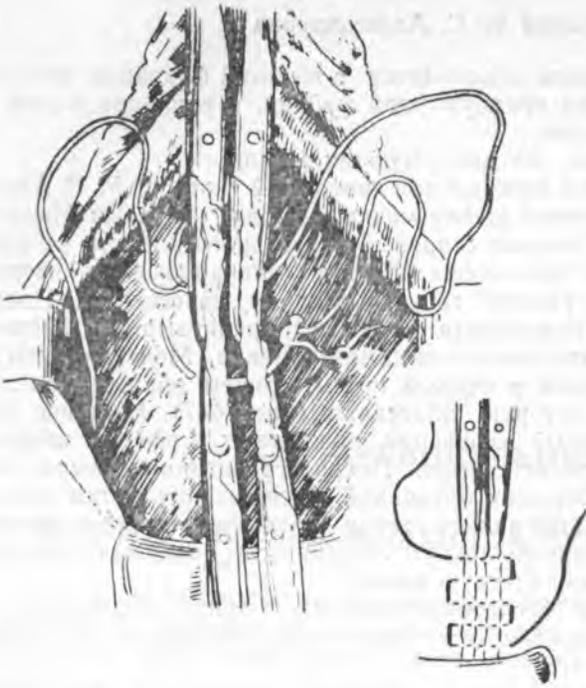


Рис. 445. Экстирпация матки при выпадении (по Елкину). Шивание кардинальных связок матрацным швом.



Рис. 446. Влагалищная экстирпация матки (по Александрову). Отсепарован треугольный лоскут передней стенки влагалища; вскрытие предпузырной фасции.



Рис. 447. То же. Выделение мочевого пузыря из предпузырной фасции.

1, 2, 3 — последовательные моменты операции.

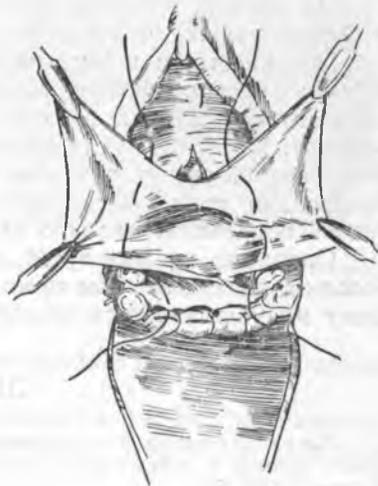


Рис. 448. То же. Ушивание кيسетным швом «грыжевого мешка».

Операция М. С. Александрова

Сущность этой операции заключается в высокой фиксации мочевого пузыря, выделенного из предпузырной фасции, в удалении матки и восстановлении тазового дна.

Показания те же, что для операции Мэйо.

Техника операции. Под люмбальной анестезией (которой М. С. Александров отдает предпочтение) шейку матки низводят щипцами Мюзо и скальпелем очерчивают боковые стороны треугольного лоскута из слизистой передней стенки влагалища. Лоскут отсепаровывают сверху вниз, причем нижнюю границу треугольника не пересекают. После удаления этого лоскута ножницами рассекают предпузырную фасцию (рис. 446) и края ее захватывают зажимами Пеана. Мочевой пузырь выделяют из фасции тупым и острым путем, причем обнажаются пузырно-маточная связка, которую надсекают (рис. 447). Мочевой пузырь, полностью выделенный из фасции, поднимают тупфером кверху; фасцию подсекают по средней линии. После отодвигания пузыря становится видна матка, покрытая брюшиной. Затем шейку матки подтягивают кверху и из слизистой задней стенки влагалища также иссекают треугольный или циркулярный лоскут. Лоскут этот поднимают кверху и тупфером отделяют книзу прямую кишку.

Вскрывают брюшину дугласова кармана. Стенку влагалищного свода подшивают непрерывным кетгутовым швом к брюшине дугласова кармана.

Пересекая крестцово-маточные и широкие связки, т. е. идя снизу вверх и подводя под связки палец, выводят матку через заднее кольпотомическое отверстие и удаляют ее, причем предварительно пересекают круглые связки, собственную связку яичника и трубу. После удаления матки обшивают кетгутом культы придатков и круглых связок, культы крестцово-маточных и широких связок.

Следующий — очень важный этап операции — ушивание «грыжевого мешка» (рис. 448). Для этого на границе мочевого пузыря накладывают кисетный шов на предпузырную фасцию с подхватыванием брюшины пузырно-маточной складки и культей придатков и круглых связок с обеих сторон. Кисетный шов затягивают и завязывают; концы нитей проводят наружу через переднюю стенку влагалища.

Под кисетным швом сшиваются непрерывным швом листки предпузырной фасции. Непрерывный шов захватывает далее часть широкой и крестцово-маточные связки. Излишек листков предпузырной фасции срезают. Наконец, накладывают непрерывный кетгутовый шов на разрез передней стенки влагалища и два узловых шва на стенки свода. Затягивают концы кисетного шва, выведенного через влагалище. Последней производят заднюю пластику с ушиванием леваторов.

Операция по методу М. С. Александрова особенно показана при больших цистоцеле. Мы применяли все три операции. Лучшей, по нашему мнению, является модификация М. С. Александрова.

ЛИТЕРАТУРА

Александров М. С. Влагалищное удаление матки с высокой фиксацией мочевого пузыря и пришиванием везикальной фасции при операции пролапса. Акуш. и гинек., 1937, 6.

Сергеев Н. Н. Удаление матки и влагалища как метод лечения тяжелых форм пролапса у женщин (операция М. В. Елкина). Акуш. и гинек., 1940, 3—4.

Фриновский В. С. Операция Мэйо при выпадении матки у пожилых женщин и отдаленные результаты ее. Акуш. и гинек., 1940, 3—4.

Глава 7

ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ

ВСКРЫТИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПУТЕМ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ

При абдоминальном чревосечении брюшная полость может быть вскрыта продольным разрезом ниже пупка или поперечным, надлобковым (рис. 449). Оба разреза имеют свои показания и противопоказания.

Продольный разрез более прост, сделать его можно быстро, возможно удлинить выше пупка, обходя последний слева, он меньше травмирует нервы и мышцы брюшной стенки, позволяет ревизовать брюшную полость.

Отрицательными сторонами этого разреза является недостаточная косметичность рубца, возможность послеоперационных грыж и эвентераций, широкое обнажение кишечника, более тяжелое течение послеоперационного периода.

Поперечный разрез более косметичен, так как проходит параллельно кожным складкам, менее обнажает и охлаждает брюшную полость, вследствие чего послеоперационный период протекает лучше, чем при продольном разрезе. Кроме того, кожу, апоневроз с одной стороны мышцы и брюшину — с другой, при поперечном разрезе пересекают перпендикулярно, что не создает условий для образования послеоперационных грыж.

Недостатками поперечного разреза является теснота операционного поля, невозможность дренирования брюшной полости в инфицированных случаях.

При экстренных операциях, особенно производимых малоопытным врачом, следует рекомендовать продольный разрез.

Почти всегда при чревосечениях пользуются брюшными створчатыми зеркалами, которые бывают разной конструкции (рис. 450—451).



Рис. 449. Разрезы брюшной стенки: продольный и поперечный (схема).

Техника продольного разреза. Хирург становится с левой стороны больной. Головной конец стола опускают (положение по Тренделенбургу). Продольный разрез, или разрез по белой линии живота, производят острым брюшистым скальпелем от лона до пупка; соответственно размерам удаляемой опухоли он может быть меньше или больше. В последнем случае разрез продолжают выше пупка. Пупок, как сказано выше, полуциркулярным разрезом обходят слева, держась на палец от него; это делается во избежание ранения круглой связки печени с ее сосудами.



Рис. 450. Брюшное трехстворчатое зеркало Коллена.

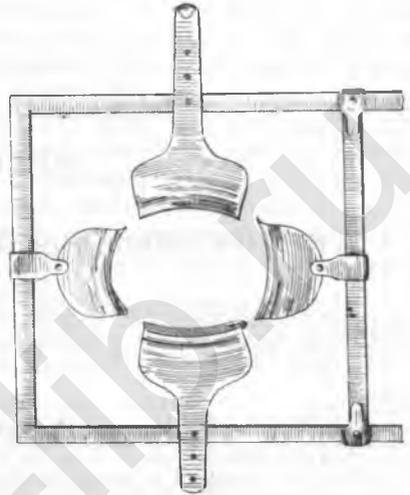


Рис. 451. Самодержащееся брюшное зеркало Франца.

Не следует, если это необходимо, стеснять себя величиной разреза, например при выведении большой опухоли, которую нельзя кусковать или опорожнить. С другой стороны, нерационально делать разрез большим для удаления малых опухолей. Чем больше разрез, тем больше возможности получить послеоперационную грыжу. Однако у очень тучных больных все же нужно удлинять разрез для улучшения доступа к тазовым органам.

Кожу с подкожной клетчаткой до апоневроза рассекают, по возможности, одним разрезом (рис. 452). Производят гемостаз мелких сосудов. Обнаженный апоневроз вскрывают по средней линии разрезом в 1—2 см и края его слегка приподнимают зажимами Кохера, которые передают ассистенту. Изогнутыми ножницами рассекается апоневроз сверху и снизу соответственно длине кожного разреза. При рассечении апоневроза вскрывают ложе прямой мышцы правой или левой стороны (определить, которая из двух прямых мышц обнажена, удастся по пирамидальным мышцам в нижней части разреза). Края прямой мышцы отделяют черенком скальпеля и отводят в сторону, при этом обнажается брюшина или, вернее, предбрюшинный жир, резко выраженный у тучных; жировой слой осторожно рассекают и отводят в стороны.

Брюшину вместе со спаянной с ней поперечной фасцией захватывают поперек двумя пинцетами (лучше анатомическими) и между ними подсекают скальпелем (рис. 453). Перед этим пальцами прощупывают приподнятую пинцетами складку брюшины, чтобы проверить, не захвачена ли в них петля кишечника, которую легко поранить (в слу-

чае ранения — наложить кишечный шов тонким шелком). После надсечения (на 2—3 см) края брюшины подхватывают зажимами Пеана. Отверстие в брюшине расширяют ножницами Рихтера вверх и вниз. При рассечении брюшины книзу, что следует делать под контролем зрения, приподнимаемая брюшину зажимами, наложенными на нее, надо следить, чтобы не поранить ножницами мочевой пузырь, нередко отодвинутый кверху (интралигаментарными опухолями). Также под контролем зрения вскрывают брюшину кверху. Если при вскрытии брюшной стенки

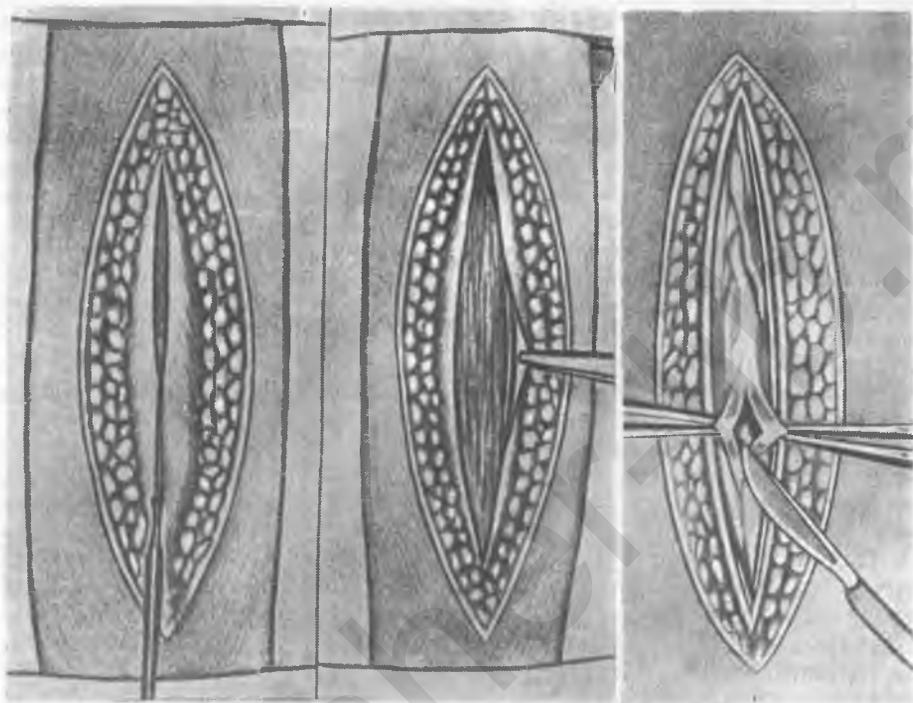


Рис. 452. Срединный разрез брюшной стенки (А. И. Се-ребров). Способ нахождения белой линии.

Рис. 453. То же. Вскрытие брюшины между двумя пинцетами.

обнаруживают спайки брюшины с кишечником или сальником, то продолжают разрез брюшной стенки кверху и, вскрыв брюшину там, где ее можно приподнять без кишечника, осматривают спайки, осторожно отделяют их вместе с кишечными петлями и лишь после этого рассекают брюшину книзу.

После рассечения брюшины на всем протяжении края ее захватывают специальными зажимами и прикрепляют к мягким марлевым салфеткам, которыми обкладывают края кожной раны. При отсутствии таких зажимов можно подшить узловыми шелковыми швами края брюшины к марлевым салфеткам, прошивая одновременно и кожу для лучшей фиксации обкладочных салфеток. Этим путем прикрывают жировую клетчатку и предупреждают инфицирование раны.

После окончательного вскрытия брюшной полости и обкладывания краев раны салфетками брюшную полость осматривают. Кишечные петли должны быть выведены из малого таза, что достигается отчасти положением больной по Тренделенбургу. Отделяют кишечник от таза с

помощью большой брюшной салфетки (из четырех слоев марли), конец которой обязательно должен быть у верхнего края раны; лучше здесь же прикрепить зажимом края этой салфетки к передней брюшной стенке или к простыне. Это делают для устранения возможности оставления салфетки в брюшной полости.

Зашивают брюшную рану при продольном разрезе следующим образом. После туалета удаляют салфетку и брюшные зеркала и приступают к зашиванию брюшной стенки. Перед началом зашивания заправляют сальник (при этом уменьшают наклон стола), перекрывая им тазовые органы, снимают обкладочные салфетки, смазывают края кожи йодной настойкой (5%) и у краев раны укладывают чистые салфетки или полотенца. Хирург и ассистенты сменяют или дезинфицируют перчатки (раствором нашатыря и спиртом); операционная сестра подает заново прокипяченные для зашивания инструменты. Рану зашивают послойно, притом наглухо, без дренажей. Для предупреждения инфекции в брюшную полость вливают раствор пенициллина (200 000—500 000 ME) или стрептомицина (250 000 ME) или того и другого вместе в уменьшенных дозах. Зашивание брюшной стенки начинают с брюшины, которую захватывают зажимами Пеана по три-четыре с каждой стороны. Накладывают непрерывный тонкий кетгутовый шов, который ведут «на себя», то есть от нижнего края раны (у лобка) к верхнему (у пупка). Мышцы (прямые и пирамидальные) сближают четырьмя-шестью узловыми кетгутовыми швами средней толщины; туго затягивать мышцы не следует во избежание атрофии их. Непрерывными узловыми швами таким же кетгутом зашивают апоневроз, края которого следует сближать очень тщательно. Для предупреждения эвентерации при истончении апоневроза у больных туберкулезом и лиц с нарушенным обменом (у тучных) следует предпочесть узловые шелковые швы.

Подкожную клетчатку зашивают несколькими узловыми швами кетгутом с обязательным подхватыванием слоя над апоневрозом, где находится поверхностная фасция; швы эти устраняют опасность гематомы. На кожу накладывают четыре-шесть швов из шелка также средней толщины, подхватывая подкожную клетчатку на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ ее толщи. Никаких «страшующих» кожных швов с подхватыванием апоневроза накладывать не следует, так как они ни от чего не страхуют, но могут явиться проводником инфекции под апоневроз. Между шелковыми швами накладывают скобки Мишеля; перед наложением каждой из них ассистент подхватывает края кожи, сближая их и несколько приподнимающая; хирург накладывает скобку так, чтобы под ней не оставалось пространства. Небольшие разрезы кожи зашивают кетгутом косметическим подкожным швом (вместо шелка и скобок).

Скобки снимают на седьмые сутки, шелковые швы — на девятые сутки после операции.

Техника поперечного разреза. Разрез этот, предложенный Пфанненштилем (Pfannenstiel, 1910), был усовершенствован В. Н. Орловым и М. С. Александровым. Последний этот разрез применил в 92,6% лапаротомий, производя его даже при расширенной экстирпации матки по Вертгейму. В клинике ЛПМИ и Крымского мединститута мы около 60% лапаротомий также производили поперечным разрезом.

При поперечном разрезе брюшной стенки по Пфанненштилю кожу рассекают по надлобковой складке, у верхнего края волосистости лобка, слегка изогнутым книзу разрезом длиной 10—15 см (рис. 454). Разрез не должен доходить до поверхностных подчревных артерий. Затем вскрывают кожу и подкожную клетчатку, обнажают апоневроз, который надсекают скальпелем. Разрез продолжают в обе стороны изогну-

тыми ножницами Купера или Рихтера по прямой линии в поперечном направлении; он раздваивается посередине белой линией (рис. 455). Захватив у белой линии верхний край апоневроза в зажим, подсекают ножницами или скальпелем по средней линии ткани и отделяют апоневроз от мышц (рис. 456). То же делают с нижним краем апоневроза, но отделяют его от мышц на небольшом расстоянии. Рассловив тупо прямые мышцы в вертикальном направлении, удерживают их тупыми крючками и обнажают предбрюшинный жир и брюшину. Отстранив жировой слой, захватывают брюшину поперечно двумя пинцетами и между ними вскрывают ее продольно (рис. 457). Края брюшины подхватывают двумя зажимами Пеана, края апоневроза растягивают вверх и вниз и в брюшную полость вводят самодержашееся зеркало Коллена с двумя створками или два отдельных зеркала. В брюшную полость вводят большую марлевую салфетку, края которой оставляют вне раны и фиксируют к простыне или к зеркалу.

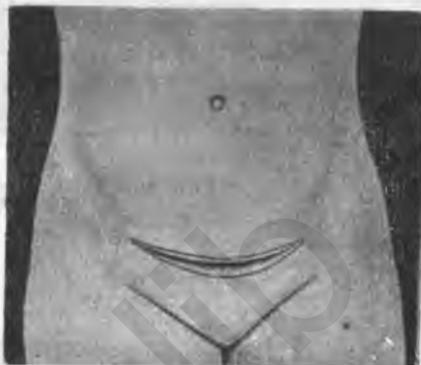


Рис. 454. Разрез кожи брюшной стенки по Пфанненштилю.

По окончании операции зашивают сначала продольно брюшину, для чего края ее захватывают зажимами Пеана с обеих сторон. На брюшину накладывают непрерывный тонкий кетгутовый шов, начиная снизу и ведя его «на себя». Апоневроз зашивают непрерывным кетгутовым швом, но до его начала одним узловым швом сближают края апоневроза у белой линии. Края апоневроза, состоящего из двух листков (второй ли-



Рис. 455. Разрез апоневроза по Пфанненштилю (А. И. Серебров).

сток — влагалище прямой мышцы живота), должны быть хорошо захвачены и сближены. При неполноценности апоневроза и у тучных лучше защитить апоневроз узловыми шелковыми лигатурами (рис. 458). Подкожную клетчатку, если она толста, зашивают несколькими узловыми кетгутовыми швами. На кожу накладывают с промежутком в 2 см узловые шелковые швы и между ними скобки Мишеля. Вместо швов и скобок мы накладываем почти всегда подкожный косметический непрерывный кетгутовый шов; начало шва завязывают в углу раны, а далее с помощью небольшой изогнутой иглы делают прокол подкожного слоя



Рис. 456. Отсепаровка апоневроза по белой линии (А. И. Серебров).



Рис. 457. Вскрытие брюшины по Пфанненштилю (А. И. Серебров).



Рис. 458. Зашивание апоневроза при разрезе по Пфанненштилю (А. И. Серебров).

(ближе к эпидермису) то справа, то слева, при этом края кожи хорошо сближаются. Шов завязывают у противоположного угла раны.

Швы на кожу и скобки снимаются через столько же дней или на сутки раньше, как при продольном разрезе брюшной стенки. Косметический подкожный шов не снимают. При поперечном разрезе можно поднимать больных на один-два суток раньше, чем при продольном.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров М. С. Хирургическое лечение фибромом матки. Медгиз, 1958.
Окинчиц Л. Л. и Серебров А. И. Оперативная гинекология (с атласом). Биомедгиз, 1938.
Орлов В. Н. Женские болезни. Одесса, 1923.
Reham H. u. Americh I. Gynäkologische Operationslehre. Karger, Berlin, 1930, S. 157—164.

Глава 8

ОПЕРАЦИИ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Операция М. В. Елкина. Операция Джиллиама--Кипарского. Операция Кохера.
Фиксация матки к промонторию.

Из многочисленных операций, предложенных для исправления положения матки, мы считаем физиологичными и рациональными только четыре операции: Елкина, Джиллиама—Кипарского, Кохера и фиксацию матки к промонторию. Сюда не входят уже описанные пластические операции при выпадениях матки и влагалища.

ОПЕРАЦИЯ М. В. ЕЛКИНА (LIGAMENTO-VENTROSUS-PENSIO UTERI MODO ELKIN)

Показания: ретродевиации, сопровождающиеся выпадением матки. В этих случаях операция производится одновременно с пластикой тазового дна; как самостоятельная — при подвижных ретродевиациях — производится редко.



Рис. 459. Операция вентросуспензии матки по Елкину. Вверху проводник Елкина для проведения связок через апоневроз.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают поперечным разрезом по Пфанненштилю. Матку захватывают лигатурой; последнюю (на зажиме) передают ассистенту.

При подтягивании матки кверху круглые связки мысленно разделяют на три равные части: маточную, среднюю и паховую. Под круглую связку, на границе между маточной и средней третью, подводят иглу с провизорной шелковой лигатурой; последнюю захватывают зажимом Кохера. То же проделывают на другой стороне. Подтягиванием одной из провизорных лигатур способствуют сближению маточ-

ной и средней трети связки. Затем тонким шелком двумя лигатурами подшивают круглую связку на границе средней и паховой трети к матке у места отхождения от нее этой связки. То же производят на другой стороне. Концы лигатур коротко срезают.

Ассистент тупым крючком оттягивает за конец угол раны кнаружи, обнажая апоневроз. Хирург одной рукой зажимом Кохера прокалывает апоневроз, косую мышцу живота и брюшину в области латеральнее и выше внутреннего отверстия пахового канала, определяемого пальцами другой руки. Слегка приоткрытым зажимом Кохера захватывают провизорную лигатуру и вытягивают петлю круглой связки на 1—1,5 см над апоневрозом.

Три лигатуры из тонкого шелка фиксируют вытянутую петлю круглой связки к апоневрозу. Лигатуры завязывают и коротко срезают. То же проделывают на другой стороне. Провизорные лигатуры удаляют.

После окончания операции круглые связки оказываются *утроенными*, и все три части их лежат параллельно (рис. 459). Брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

Многолетний опыт убедил нас в надежности результатов этой операции.

ОПЕРАЦИЯ ДЖИЛЛИАМА—КИПАРСКОГО (LIGAMENTO-VENTROSUSPENSIO UTERI MODO GUILLIAM — KIPARSKY)

Показания те же, что и для операции Елкина.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают срединным разрезом. Матку берут на лигатуру. Так же, как при операции Елкина, под круглую связку на границе маточной и средней трети подводят иглу с провизорной шелковой лигатурой, которую берут на зажим Кохера. То же проделывают на другой стороне.

Подтягивая к середине провизорную лигатуру, определяют границу между средней и паховой третью круглой связки и этот участок подшивают тонким шелком двумя лигатурами к матке у места отхождения круглой связки. То же проделывают на другой стороне. Лигатуры коротко обрезаются (рис. 460).

На 2 см отступя кнаружи и сверху от лонного бугра (т. е. кнаружи от прямой мышцы), зажимом Кохера проделывают отверстие в апоневрозе и брюшине; перед этим кожу с подкожной клетчаткой отодвигают тупым крючком кнаружи. Слегка приоткрыв зажим Кохера, захватывают им провизорную лигатуру и вытягивают петлю круглой связки на 1½—2 см над апоневрозом. Три швами из тонкого шелка фиксируют петлю круглой связки к апоневрозу, концы лигатур коротко срезают. Провизорную лигатуру удаляют. Это же проделывают на другой стороне.

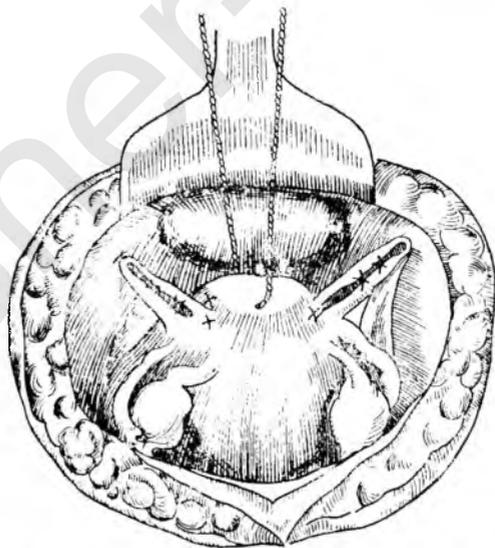


Рис. 460. Операция вентросуспензии матки по Джиллиаму — Кипарскому.

После окончания операции круглая связка утраивается, но отдельные участки ее не расположены так параллельно, как при операции Елкина.

Брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

ОПЕРАЦИЯ КОХЕРА (EXOHYSTEROPEXIA MODO KOCHER)

Операция является дополнением к операции по восстановлению тазового дна и производится у пожилых, живущих половой жизнью, но не способных к зачатию женщин.

Показания: большие пролапсы матки у пожилых, когда одной пластической операции для восстановления тазового дна недостаточно. Операция производится преимущественно у многорожавших женщин с крупной маткой, когда из-за отсутствия гипертрофии или удлинения

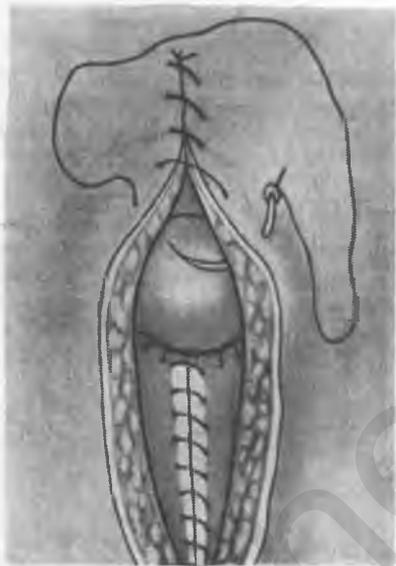


Рис. 461. Операция Кохера (А. И. Серебров). Сшивание листков апоневроза с захватыванием матки.

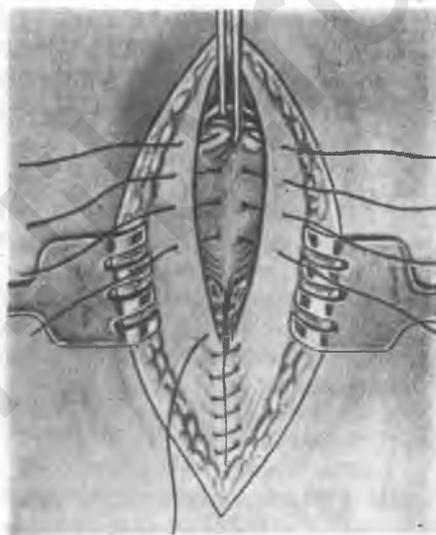


Рис. 462. То же. Модификация Гарриса: швы на листки апоневроза наложены на всем протяжении: вверху они захватывают заднюю стенку матки.

шейки ампутация последней не показана. Ввиду того, что операция производится у пожилых, предпочтительна местная анестезия.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают небольшим срединным разрезом (6—8 см). В рану вводят небольшое зеркало Коллена. Временно переводят больную в положение по Тренделенбургу для отхождения кишечника из малого таза. После этого пулевыми щипцами захватывают матку, а женщину вновь укладывают горизонтально. Дно матки выводят в рану и обшивают пристеночной брюшиной таким образом, что часть дна и задней поверхности матки оказывается расположенной внебрюшинно. Верхнюю часть разреза брюшины сшивают непрерывным кетгутовым швом, а в нижнем отделе раны париетальную брюшину пришивают к серозно-мышечному слою матки узловыми кетгутовыми швами.

Края апоневроза сшивают узловым средним кетгутом, причем каж-

дой лигатурой захватывают матку (рис. 461). Лигатуры завязывают после наложения всех швов на апоневроз. Необходим тщательный гемостаз. Обычным образом зашивают наглухо разрез кожи и подкожной клетчатки.

Модификация операции Кохера по Гаррису заключается в наложении фиксирующих матку швов не у дна матки, а на задней ее поверхности (рис. 462). По мнению ряда авторов, операция по Гаррису дает лучшие результаты, чем классическая операция по Кохеру; рецидивы при ней не наблюдаются.

Вентрофиксацию лучше производить после влагалищной операции, для чего меняют халаты и перчатки; операционная сестра подает заново прокипяченные инструменты.

ФИКСАЦИЯ МАТКИ К ПРОМОНТОРИЮ

Показания: тяжелые случаи выпадения матки, особенно при атрофии связочного аппарата у женщин, занимающихся тяжелым физическим трудом. Операция позволяет сохранить половую жизнь. Дополнительно производят заднюю, а при необходимости и переднюю пластику.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают продольным разрезом несколько ближе к пупку. Матку берут на лигатуру и оттягивают кпереди и книзу. Брюшными салфетками отводят сигмовидную кишку влево, тонкий кишечник — вверх, причем обнажается область промонтория. Двумя зажимами Кохера по сторонам от средней линии захватывают брюшину в области промонтория. Подтягивая зажимы, ножницами рассекают брюшину поперечно на протяжении 4 см и тупым путем расширяют разрез книзу и вверх. В глубине разреза на позвоночнике лежит *arteria mediana*, а выше промонтория виднеются *arteria* и *vena iliaca communis dextra et sinistra*.

Захватив пинцетом фасцию, покрывающую промонторий, вскрывают ее вертикально ножницами, стараясь не поранить *a. mediana*. Тупым путем края фасции отводят в стороны и обнажают позвоночник (по сухожильному блеску и исчерченности распознается межпозвоночная связка).

Теперь приступают к наложению фиксирующих лигатур. Крутой иглой с крепким шелком прошивают горизонтально справа налево межпозвоночную связку, расположенную между пятым поясничным и первым крестцовым позвонками (следить за общими подвздошными сосудами, чтобы не проколоть их иглой!). Иглу выкалывают из связки и в направлении слева направо прошивают истинную часть матки на $\frac{1}{2}$ см выше места прикрепления крестцово-маточных связок; расстояние между вколлом и выколлом на задней поверхности матки — $\frac{3}{4}$ —1 см. Иглу выкалывают, лигатуру же, не завязывая, берут на зажим. Подобным же образом на $\frac{1}{2}$ см выше проводят вторую шелковую лигатуру. Лигатуры завязывают, начиная с нижней, и концы коротко срезают.

Далее непрерывным тонким кетгуттовым швом закрывают разрез брюшины, подшивая ее также к серозному покрову задней поверхности матки на уровне внутреннего зева. Рану брюшной стенки зашивают послойно наглухо.

Дополнительно производят пластическую операцию (переднюю, заднюю пластику).

Операция фиксации матки к позвоночнику была рекомендована М. В. Елкиным.

ЛИТЕРАТУРА

- Васильев Б. Н. Модификация операции Кохера при пролапсах матки. Ж. акуш. и женск. бол., 1927, 4.
- Дзгеладзе А. Г. Выпадение матки и влагалища. Тбилиси, 1948.
- Елкин М. В. Усовершенствование методики операции д-ра Елкина при ретрофлексии и ретроверзии матки и ее непосредственные результаты. Тр. VI съезда Всесоюз. об-ва гинек. и акуш., 1925.
- Елкин М. В. Оперативное лечение ретрофлексии и ретроверзии матки по способу автора. Ж. акуш. и женск. бол., 1924, 2.
- Козинский Б. А. Сфера применения операции Джиллиам—Кипарского. Тр. VI съезда Всесоюз. об-ва гинек. и акуш., 1925.
- Тьедер Б. М. Модификация операции Кохера при начальных стадиях пролапса. Тр. VI Всесоюз. об-ва гинек. и акуш., М., 1925.
- Шварцман Е. М. Об оперативном лечении тотальных пролапсов у старух. Гинек. и акуш., 1935, 2—3.
- Юбилейный сборник, посвящ. М. В. Елкину, 2ЛМИ, 1939.

Глава 9

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ УДАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Операции по поводу бесплодия. Дисцизия задней губы по Дедлею. Сальпинголизис. Сальпингостомия. Пересадка трубы в матку (по М. Г. Сердюкову). Пересадка яичника в матку. Восстановление проходимости трубы по Гальту.

Удаление придатков матки. Удаление опухолей яичника: удаление опухоли яичника на ножке; удаление интралигаментарных опухолей яичника. Операции при воспалительных заболеваниях придатков: удаление трубы; удаление трубы с яичником.

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ Дисцизия задней губы по Дедлею (Dudley)

Для расширения наружного зева и приближения его к заднему своду («resectaculum seminis») у больных с конической шейкой применяют влагалищную операцию дисцизии шейки матки (способ Дедлея).

Все остальные операции (чревосечения) мы применяем для восстановления проходимости труб при так называемом тубарном факторе.

Техника операции. После введения во влагалище зеркала Симса с подъемником влагалище и шейку дезинфицируют; зеркало Симса сменяют зеркалом Фрича. Переднюю губу захватывают пулевыми щипцами по средней линии, а заднюю — двумя парами щипцов, меж которых ее рассекают, немного не доходя до заднего свода. Подъемник перед пересечением задней губы удаляют.

Теперь из каждой половины задней губы клиновидно иссекают пластинку ткани, после чего дефект зашивают тремя кетгутовыми швами на каждой стороне.

По данным Л. Л. Окинчица, дисцизия задней губы способствовала наступлению беременности у 16% больных с конической шейкой.

Сальпинголизис

Показания: хронические перисальпингиты и периаднекситы.

Техника операции. Брюшную полость вскрывают поперечным разрезом. Вводят небольшое зеркало Коллена и матку берут на лигатуру. Осматривают придатки сверху и со стороны дугласова пространства и разъединяют сращения, идя снизу вверх и изнутри наружу. Вблизи трубы действуют особенно осторожно, острым путем, маленьким скаль-

пелем (рис. 463). Проверяют состояние ампулярного конца трубы и, если он не запаян, опускают трубу в брюшную полость ниже яичника; при надобности фиксируют воронку трубы к яичнику для облегчения попадания в трубу яйца.



Рис. 463. Сальпинголизис.

После разъединения всех спаек, окружающих трубу, а также яичник, мы всегда проверяем проходимость трубы путем пертубации сверху с помощью десятиграммового шприца «Рекорд» с насаженным на него резиновым наконечником от спринцовки Тарновского.

Сальпингостомия

Показания. В тех случаях, когда труба в области ампулярного конца оказывается непроходимой, прибегают к созданию искусственного отверстия — сальпингостомии.

Техника операции. Различают три вида сальпингостомии — терминальная, латеральная и трансверзальная.

Терминальная сальпингостомия. Заращенное абдоминальное отверстие трубы вскрывают острыми ножницами (рис. 464), жидкость из трубы удаляют тампонами, после чего слизистую трубы подшивают тонкими кетгутowymi узловыми швами к ее серозному покрову (рис. 465). Трубу укрепляют вблизи яичника.

Латеральная сальпингостомия. В расширенной части трубы, вблизи яичника, и боковой ее поверхности ножницами проделывают небольшое овальное отверстие. Узловыми кетгутowymi швами слизистую трубы подшивают к ее серозному покрову (рис. 466).

Трансверзальная сальпингостомия (по Дедлею). На месте наибольшего расширения запаянной трубы поперечным разрезом отсекают от наружного конца нужную часть трубы (рис. 467). Тонким кетгутотом накладывают узловые швы, соединяющие слизистую и серозную оболочку ее.

Для предупреждения зарращения просвета трубы некоторые авторы оставляют в нем кусок кетгута.

По сборной статистике М. Г. Сердюкова, после сальпингостомии беременность наступила в 21,2%.



Рис. 464. Терминальная сальпингостомия (А. И. Серебров). Рассечение зарощенного конца трубы.



Рис. 465. То же. Обшивание краев разреза.



Рис. 466. Латеральная сальпингостомия.

1 — разрез трубы; 2 — обшивание краев разреза; 3 — операция на трубе закончена.



Рис. 467. Трансверзальная сальпингостомия по Дедлею (А. И. Серебров). На брыжейку наложен зажим. Пунктиром указано место разреза трубы.

Пересадка трубы в матку (по М. Г. Сердюкову)

Показания: непроходимость интерстициальной или истмической части трубы.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости удаляют пораженный участок трубы, иссекая одновременно на той же стороне значительный клин из угла матки. Ветви маточной и трубной артерии перевязывают. Трубу подтягивают за лигатуру к маточному отверстию (рис. 468) и там подшивают, после чего зашивают отверстие матки (рис. 469).

При пересадке обеих труб рассекают дно матки (рис. 470) и после гемостаза отсекают пораженные участки труб (рис. 471). Затем погружают концы труб в матку и накладывают фиксирующие швы. На разрез матки также накладывают швы (рис. 472).

Пересадка яичника в матку

Показания: полная непригодность труб для пластики или имплантации.

Техника операции (по М. Г. Сердюкову) понятна из рисунков 473, 474. Результаты этой операции еще не изучены и производят ее редко.

Восстановление проходимости трубы по Гальту

Гальт (Galt, 1957) описал методику применения полиэтиленовых (биологически не активных) нитей при пластических операциях на трубах, предпринимаемых с целью восстановления их проходимости. Нити играют роль стержня, на котором происходит лучшее восстановление просвета труб и предотвращается их повторное заращение; нити к тканям трубы не фиксируют. Для удаления нитей (спустя несколько недель) без повторной лапаротомии автор предлагает два способа. Первый способ — полиэтиленовую нить вводят через ампулярный конец одной трубы, затем продвигают через полость матки к устью другой и далее через трубу к передней брюшной стенке с выведением на поверхность живота в области лона. Часть нити, оставленной, не введенной с другой стороны, выводят над лоном. Таким образом, нити проходят через трубы и полость матки; их фиксируют на поверхности живота.

Второй способ — каждый из обоих концов полиэтиленовой нити вводят в соответствующую трубу, проводят через полость матки и выводят через шейку во влагалище, где и фиксируют. Снятие этих нитей возможно без повторной лапаротомии.

Мы несколько раз оперировали по методу Гальта. Отдаленные результаты операции нам пока неизвестны.

УДАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Удаление опухолей яичника (ovariotomia, cystectomy)

Показания. Каждая опухоль, величина которой превосходит грецкий орех или крупную сливу, должна быть удалена. Это относится как к злокачественным опухолям (требующим удаления из других отделов гениталий), так и к доброкачественным, могущим дать осложнения (перекручивание ножки, некроз, разрыв) или малигнизацию в будущем. Беременность не является противопоказанием к удалению опухоли яичника.

Техника операции. С точки зрения оперативной техники все опухоли яичников удобно разделить на подвижные, обладающие «ножкой», и неподвижные (межсвязочные). Так как злокачественные опухоли в большинстве случаев двусторонние, то даже если диагностируется опухоль на одной стороне, следует удалять матку и придатки с двух сторон.

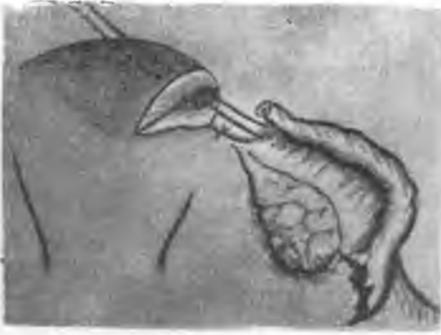


Рис. 468. Имплантация трубы в матку по Сердюкову (А. И. Серебров). Петлевидной лигатурой трубу проводят через маточное отверстие.



Рис. 469. То же. Зашивание разреза матки закончено.

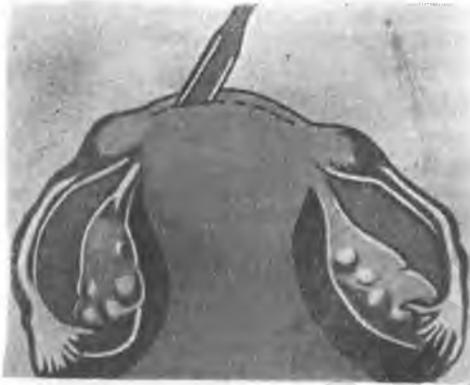


Рис. 470. Имплантация труб в матку по Сердюкову. Направление разреза по дну матки.



Рис. 471. То же. Отсечение маточных концов труб и наложение швов на сосуды их.

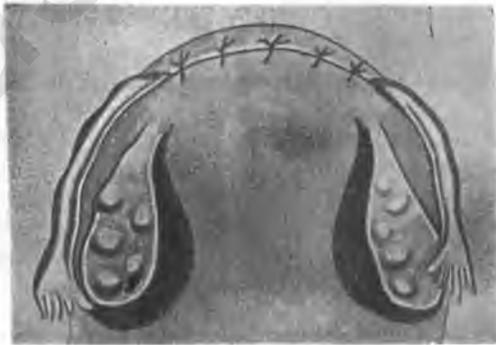


Рис. 472. То же. Поверхностные швы, наложенные на разрез матки.

Удаление опухоли яичника на ножке. Брюшную стенку при крупных опухолях рассекают продольно, при небольших — поперечным разрезом. Продольный разрез вначале не должен быть большим, так как по ходу операции может представиться возможность опорожнить содержимое опухоли троакаром или с помощью водоструйного насоса



Рис. 473. Пересадка яичника в матку по Сердюкову. После удаления большой трубы и иссечения угла матки яичник рассекается на две половины и обшивается.

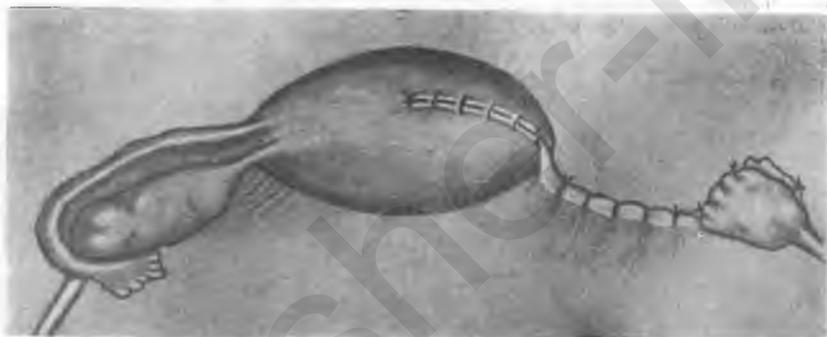


Рис. 474. То же. Половина яичника погружена в разрез матки. Наложены швы на матку и брыжейку трубы.

(рис. 475) и вывести ее спавшейся. Опорожняют только крупные (выше пупка) доброкачественные подвижные опухоли, без большого асцита. Для выведения опухоли разрез брюшной стенки должен соответствовать по величине размерам опухоли. Последнюю выводят подталкиванием снизу марлевым тупфером или рукой (если рука не ухудшает пространственных соотношений), причем иногда полезно извлечь брюшное зеркало и усилить наркоз.

Извлеченную опухоль обкладывают салфетками. Затем разыскивают ее ножку и пересекают раздельно входящие в последнюю воронко-тазовую связку (рис. 476), собственную связку яичника и трубу, если она изменена.

Культи перитонизируют круглой связкой, которую фиксируют к матке непрерывным тонким кетгуттом. При небольших опухолях перитонизировать можно с помощью кисетного шва с погружением под него всех культей. Вместо удаления яичника можно резецировать (рис. 477—478) или энуклеировать опухоль.

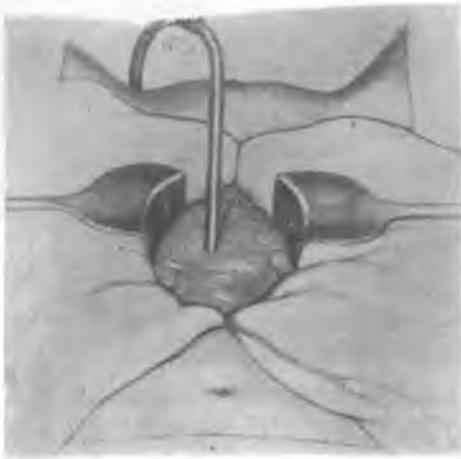


Рис. 475. Брюшностеночное удаление кисты яичника. Опорожнение кисты с помощью водоструйного насоса.



Рис. 476. То же. Опухоль выведена из брюшной полости; на воронко-тазовую связку наложен зажим.



Рис. 477. Резекция яичника (А. И. Серебров). Место разреза.

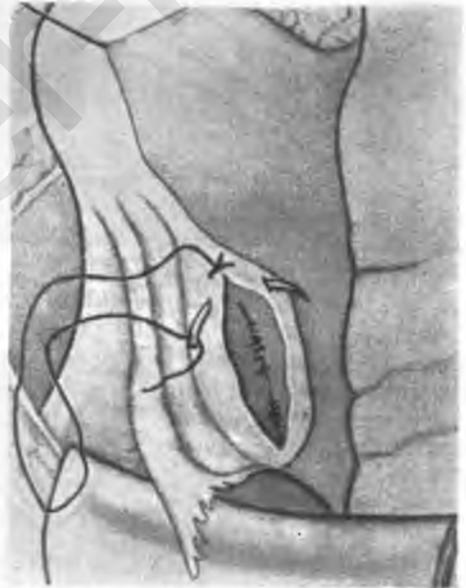


Рис. 478. То же. Зашивание яичника.

При перекручивании ножки ее перевязывают немного ниже места перекручивания. «Раскручивание» ножки мы считаем небезопасным, так как в ней могут быть тромбы, могущие привести к эмболии.

При беременности удалять опухоль яичника следует очень осторожно, избегая прикосновения к матке; поэтому обкладывать ее салфетками и в особенности прошивать лигатурой нельзя. Ножку опухоли пересекают в отдалении от матки; перитонизируют в этом случае не круглой связкой, а ближайшей к лигатурам частью брюшины.

Удаление интралигаментарных опухолей яичника. Для того, чтобы проникнуть в ложе опухоли, нужно вскрыть брюшину над нею, лучше

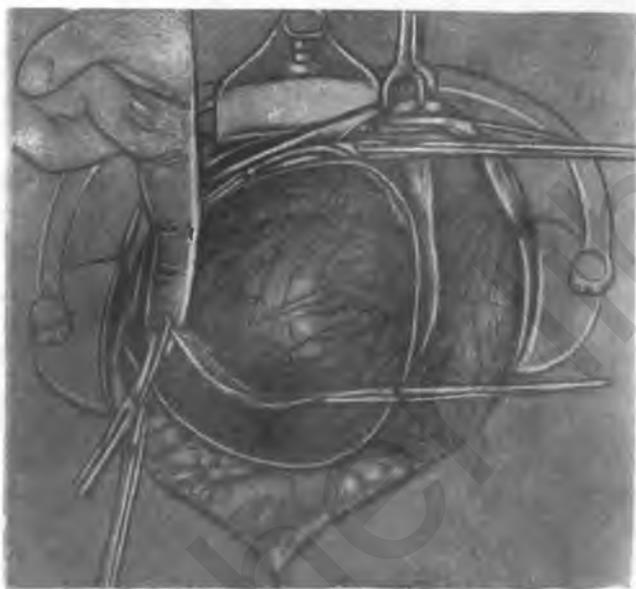


Рис. 479. Брюшногеночное удаление двусторонней межсвязочной кисты яичника. Воронко-тазовая связка, собственная связка и труба пересечены; пересекается остаток широкой связки для вылущивания опухоли.

всего между круглой связкой и трубой; трубу иногда удобно пересечь пополам. Края брюшины захватывают зажимами Пеана и тупым путем (пальцами и тупфером) вылущивают опухоль. Вылущивание должно производиться осторожно, так как интралигаментарные опухоли тонкостенны и легко разрываются, что затрудняет дальнейший ход операции. Не следует в начале вылущивания пересекать воронко-тазовую связку, так как при этом легко поранить мочеточник. Лишь при почти полном выделении опухоли перевязывают и пересекают связки — воронко-тазовую и собственную связку яичника (рис. 479).

После удаления опухоли нужно внимательно осмотреть ее ложе и тщательно произвести гемостаз. При паренхиматозном кровотечении полезно ввести гемостатическую губку. При перитонизации большое ложе опухоли уменьшается и придавливается кишечными петлями.

Нередким осложнением бывает послеоперационная гематома широкой связки, если гемостаз ложа не был произведен достаточно хорошо.

Для удаления паровариальной кисты, являющейся также межсвязочной опухолью, но расположенной в верхнем отделе связки — меж листками мезосальпинкса, необходимо вскрыть передний или задний листок последнего. Напластованную на опухоли трубу оставлять не следует, но яичник, если он не изменен, всегда оставляют.

Операции при воспалительных заболеваниях придатков

Показания: хронические (более 3 лет) воспалительные процессы в придатках, не поддающиеся длительному консервативному лечению; более свежее гнойно-воспалительные процессы, захватывающие яичник (пиосальпинкс, пиовариум, тубоовариальный абсцесс).

В более молодом (менее 40 лет) возрасте показаны консервативные операции с сохранением яичника и матки; у пожилых допустимы радикальные операции. Воспалительные процессы гениталий туберкулезной этиологии не всегда подлежат оперативному лечению: при наличии плоскостных спаек с кишечником от операции лучше воздержаться во избежание образования каловых свищей.

Техника первого этапа операции. Продольный разрез брюшной стенки. Брюшную полость тщательно отгораживают салфетками. Рана должна быть открыта широко. После тщательного осмотра брюшной полости находят (возможно, скрытую сращениями) матку, которую берут на толстую шелковую лигатуру. Подтягивая матку вперед, определяют отношение ее к мочевому пузырю, прямой кишке, сигме, а также расположение и изменения придатков. Далее разделяют сращения, начиная с более рыхлых, которые можно разъединить пальцами, и кончая плотными, при разрушении которых пользуются ножницами. Особую трудность представляет разъединение сращений в глубине дугласова пространства (нельзя оперировать вслепую), при сращениях опухолей придатков с задним листком широкой связки (псевдоинтралигаментарное расположение) и с кишечными петлями. В этих случаях для лучшего осмотра приходится пользоваться различными зеркалами, тупыми крючками и длинными тампонодержателями.

Малейшие повреждения серозного покрова кишечника должны быть защищены тонким шелком. После разрушения спаек и сращений необходимо обнажить воронко-тазовую связку, собственную связку яичника, оба конца трубы и круглую связку, так как без выделения их удаление придатков невозможно. Дальнейший ход операции зависит от того, удаляется ли только труба, или труба вместе с яичником.

Удаление трубы (salpingoectomy, tubectomy)

Показания: сальпингиты и перисальпингиты, а также трубная беременность (см. А. И. Петченко, Акушерство, стр. 559—561).

Техника операции. При небольших сальпингитах и перисальпингитах выделяют трубу из сращений, накладывают зажим Кохера или Дугайена на трубно-яичниковую связку (наружный край мезосальпинкса), а второй зажим — на маточный конец трубы (рис. 480). Ножницами пересекают мезосальпинкс, накладывая кетгутовые лигатуры на отдельные участки его, содержащие сосудистые веточки. Интерстициальный

конец трубы должен быть иссечен из угла матки клиновидно. В этот момент начинают кровоточить анастомозирующие веточки *art. uterina* и *art. ovarica*. Это кровотечение останавливают быстрым наложением двух-трех лигатур, затем зашивают рану матки (рис. 481). После уда-

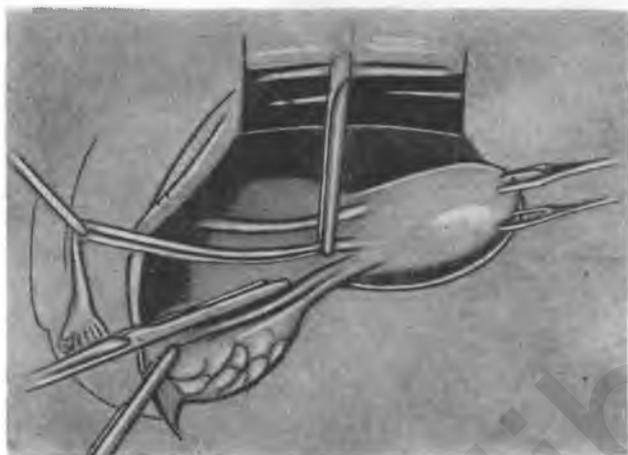


Рис. 480. Удаление трубы. Труба захвачена зажимами у концов. Мезосальпинкс пересечен над зажимами.

ления трубы культя мезосальпинкса перитонизируют круглой связкой. Так оперируют легкие случаи сальпингитов и перисальпингитов.

Более сложна техника удаления гидросальпинкса боль-

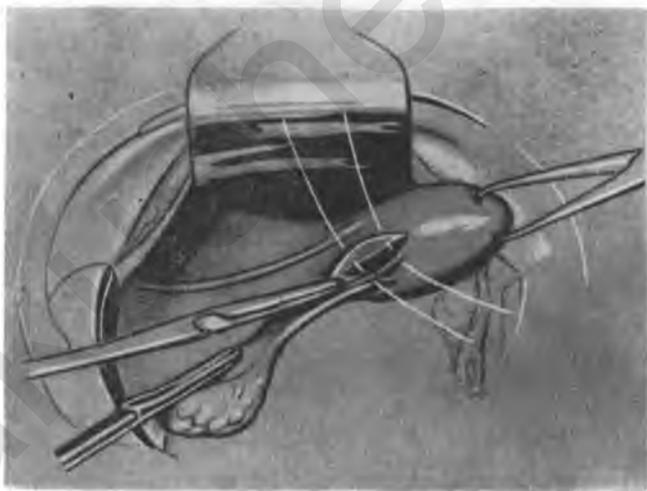


Рис. 481. То же. Труба иссечена клиновидно из рога матки. На рану накладываются узловыe кетгутовые швы.

шой величины. В этом случае хирург испытывает затруднения при выведении ампулярного конца трубы, обычно припаянного к брюшине дугласова кармана. Введя дополнительные зеркала, при хорошем боковом освещении обнажают ампулярный конец трубы и его мезосаль-



a



б

Рис. 482. Удаление трубы с яичником.

a — придатки приподняты, обнажена воронко-тазовая связка;
б — пересечение связки.

пинкс и пересекают последний, а также все сращения над наложенными изогнутыми зажимами Пеана (на сращения клеммы накладывать не обязательно). Опущенной до дна дугласова кармана рукою подхватывают всю опухоль трубы и выводят ее в рану. Еще большие затруднения встречает хирург при удалении пиосальпинкса. В этих случаях иногда приходится идти «ретроградно», то есть пересечь маточный конец трубы, захватив его зажимом Кохера. Затем подсесть мезосальпинкс (над зажимами) и сращения до полного освобождения трубы, которую после этого выводят в рану и удаляют.

Удаление трубы с яичником

Показания: тесно спаянные труба и яичник при сальпингооофритах (аднекситах) и так называемых аднекстуморах; к последним можно отнести пиовариум, нагноившуюся кисту и тубоовариальные абсцессы.

Техника операции. Весь конгломерат из воспаленных (не гнойных) трубы и яичника должен быть полностью освобожден из спаек. Воронко-газовую связку берут на зажим и пересекают (рис. 482а, б). После перевязки пересекают также собственную связку яичника и широкую связку. Затем из матки клиновидно иссекают интерстициальный конец трубы. На рану матки накладывают два-три узловых кетгутовых шва. Для перитонизации можно использовать круглую связку, а если ее не хватает, то сигмовидную кишку.

Операция затрудняется при гнойных конгломератах: разделение спаек происходит гораздо труднее, при этом может быть повреждена сероза кишки, что требует немедленного зашивания ее тонким шелком. Возможен разрыв стенки конгломерата с попаданием гноя в брюшную полость. В этих случаях гной удаляют большими салфетками, операционное поле дополнительно обкладывают такими же салфетками; большую переводят из наклонного положения в горизонтальное. Место разрыва опухоли зажимают окончатый абортцангом или кишечным зажимом и выведение конгломерата продолжают. В брюшную полость вводят пенициллин 300 000—500 000 ЕД + стрептомицин 250 000 ЕД. Защитить брюшную полость можно наглухо, так как введения тампонов, в том числе тампона Микулича, мы в настоящее время избегаем, ибо они ослабляют защитные свойства брюшины и способствуют при кишечных сращениях образованию каловых свищей.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. Лечение женского бесплодия. Совет. мед., 1950, 8.
Гуртовой Л. Е. О пересадке яичника в матку. Ж. акуш. и женск. бол., 1932, 5—6.
Какушкин Н. М. Укрепление матки под брюшинным листком переднего дугласа. Гинек. и акуш., 1932, 1.
Кипарский Р. В. Оперативное лечение женского бесплодия. Тр. VII съезда гинекологов и акушеров, Л., 1927, стр. 837—839.
Козинский Б. А. Усовершенствование метода операции сальпингостомии и пересадки труб при бесплодии. Тр. II Закавказского съезда акуш. и гинек., 1937.
Крупский А. И. К вопросу о восстановлении способности зачатия путем пересадки яичника в матку. Тр. VII съезда гинек. и акуш., Л., 1927, стр. 251—279.
Маненков П. М. и Лейбов С. В. Наш опыт лечения женского бесплодия путем оперативного восстановления проходимости фаллопиевых труб. Акуш. и гинек., 1940, 1.

Медовар Я. Д. О пересадке яичника в матку в связи с лечением бесплодия у женщины. Труды VII съезда гинек. и акуш., Л., 1927, стр. 279—286.

Покровская Н. А. Сальпингостомия и сальпинголизис как метод лечения трубного бесплодия. Гинек. и акуш., 1929, 1.

Сердюков М. Г. Рациональный метод пересадки яичника в матку для восстановления способности к зачатию. Врач. дело, 1932, 1.

Сердюков М. Г. Пересадка яичника в матку. Врач. газета, 1925, 20.

Galt S. E. Tuboplasty: freewheeling the polyethylene splint. Amer. j. obst. a. gynecol., 1957, 74, 2.

акusher-lib.ru

Глава 10

НЕПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ И ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

Неполное удаление матки. Консервативная миомэктомия. Дефундация матки по Бейтнеру. Надвлагалищная ампутация матки: с оставлением придатков; с удалением придатков; высокая ампутация матки.

Абдоминальная экстирпация матки: с удалением придатков; с оставлением придатков.

НЕПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ МАТКИ

Консервативная миомэктомия (энуклеация)

Показания: неглубоко расположенные фиброматозные узлы в миометрии (так как вскрытие полости матки при глубоких узлах нежелательно), когда необходимо сохранить родовую и менструальную функции женщины. Некоторые гинекологи (М. С. Александров) производят энуклеацию множественных, в том числе глубоких узлов.

Техника операции. Вскрывают брюшную полость при небольших фиброматозных узлах поперечным разрезом, при крупных — продольным. Матку берут на провизорную толстую шелковую лигатуру, осматривают и пальпируют все обнаруженные в матке узлы. Узел на ножке удаляют циркулярным разрезом у его основания, захватыванием пулевыми щипцами и вращением его (рис. 483 а). При этом необходим тщательный гемостаз. Края миометрия сшивают узловым кетгутом.

При удалении интрамуральных фиброматозных узлов предпочитают разрезы, параллельные ходу сосудов. Разрез должен приходиться над узлом. При крупных узлах края разреза захватывают пулевыми щипцами или зажимами Кохера. Ножницами Купера узел постепенно вылушивают из своего ложа (рис. 483 б); при этом для облегчения вылушивания его можно захватить щипцами Мюзо и приподнять, слегка вращая. Появляющиеся в ране тяжи — сосудистые веточки — зажимают, перевязывают кетгутом и пересекают. После удаления узла необходимо хорошо ушить раневое ложе, не оставляя мертвых пространств во избежание гематомы. Для этого на ложе накладывают узловыые мышечно-мышечные швы. При очень крупных узлах на раневое ложе приходится накладывать два и больше ярусом погружных кетгутовых швов. На рану матки накладывают серозно-мышечные швы.

Дефундация матки по Бейтнеру

Показания: двусторонние аднекситы, особенно — нодозные, двусторонние старые пиосальпинксы, когда необходимо сохранить менструальную функцию.

Противопоказания: заболевания самой матки.

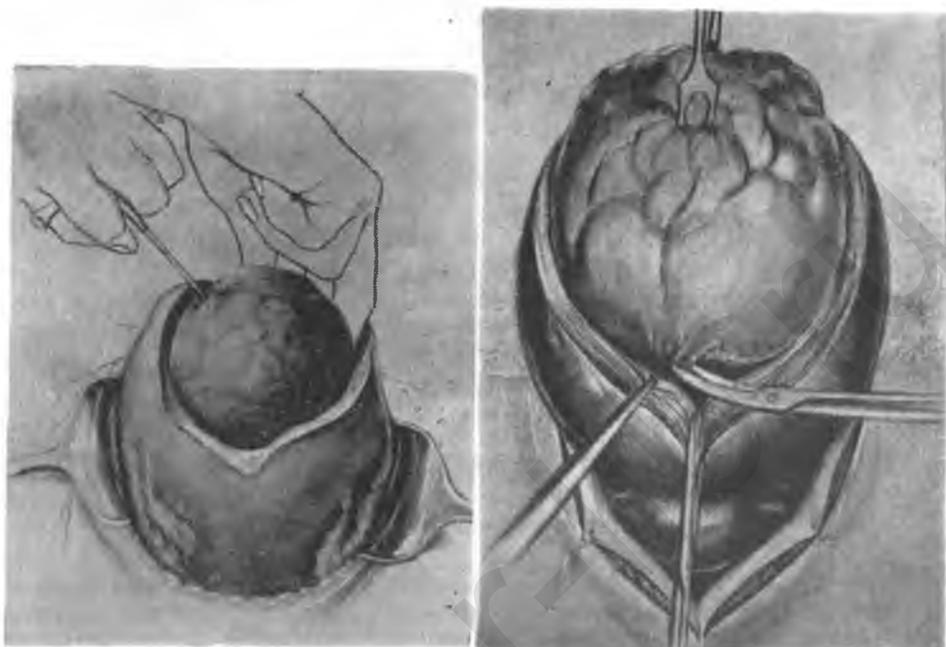


Рис. 483. Консервативная миомэктомия:

а — энуклеация узла тупым путем; б — то же при помощи ножниц.

Техника операции. Разрез брюшной стенки и фиксация матки — как при миомэтомии.

Трубы с обеих сторон выделяют так, как это описано на стр. 678—679, но маточный конец их не пересекают. Лишь после отделения труб от мезосальпинкса производят клиновидное иссечение дна матки, отступя на 0,5 см от места прикрепления труб. Полость труб при этом не вскрывают, что важно при гнойных сальпингитах. Круглые связки и собственные связки яичников также не должны быть повреждены. У ребра матки каждой стороны перевязывают тубарные веточки маточной артерии — *rami tubar. arter. uterinae*. Удаленный препарат см. рис. 484.

Зашивание маточной раны начинают с наложения глубоких узловых швов для закрытия полости матки. Лигатуры накладывают на глубокие слои миометрия, но без захватывания слизистой матки.

После гемостаза накладывают непрерывный кетгутовый шов, начиная с широкой связки; подойдя к ребру матки, срезают глубокие мышечные швы и ушивают дно матки серозно-мышечным швом; тот же непрерывный шов накладывают на широкую связку с другой стороны.

В случае пересечения круглой связки она вшивается в боковой угол маточной раны.

При недостаточной перитонизации можно к обнаженному от брюшины участку подвести край сальника и, резецировав его, сделать свободную пересадку отсеченного куска сальника.

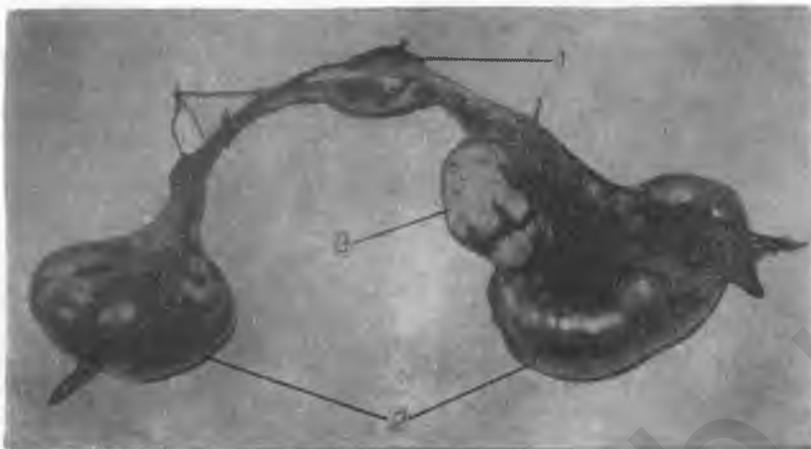


Рис. 484. Операция дефундации матки по Бейтнеру (собственный случай).

1 — удаленная часть матки; 2 — тубосальпинксы; 3 — измененный яичник.

Надвлагалищная ампутация матки (*amputatio uteri supravaginalis*)

Показания: множественные фибромиомы, включая субмукозные формы, при наличии мено- и метrorрагий; аденомиоз матки. Надвлагалищная ампутация матки производится также при удалении опухолей придатков обеих сторон, как воспалительных, так и подозрительных по злокачественности.

Эта операция может производиться с оставлением придатков и с удалением их на одной или обеих сторонах.

Техника надвлагалищной ампутации матки с оставлением придатков. Брюшную полость вскрывают поперечным или продольным разрезом от лона до пупка. По вскрытии брюшной полости берут матку на лигагуру, а при большой величине ее — двузубцами или штпором, который ввинчивают в опухоль. Тщательно осматривают переднюю и заднюю поверхности матки и придатков. Разъединяют тупо или рассекают все сращения вокруг матки и придатков и выводят ее в рану. Отклонив матку кпереди, отгораживают ее от брюшной полости марлевыми салфетками.

Отведя затем матку в сторону, находят трубу и собственную связку яичника (рис. 485), захватывают их двумя зажимами Кохера и пересекать между зажимами; у зажима, расположенного дальше от матки, трубу и связку перевязывают прочным кетгутом, зажим Кохера снимают и концы лигатуры берут зажимом Пеана. Концом зажима Кохера проходят меж листков широкой связки и захватывают круглую связку близ ее основания у ребра матки; рядом накладываете второй зажим. Между ними круглую связку пересекают; перевязывают ее также ниже зажима, наложенного дальше от матки. После перевязки круглой связки и этот зажим снимают. То же проделывают на другой стороне.

Изогнутыми ножницами вскрывают пузырно-маточную складку брюшины от одной круглой связки до другой, для чего подводят бран-

шу ножниц под листок брюшины у культы круглой связки. Для облегчения пересечения складки ассистент приподнимает ее пинцетом.

После пересечения *plicae vesico-uterinae* тупфером осторожно отодвигают книзу и немного в сторону мочевого пузыря; отсепааровывают его настолько, чтобы обнажились восходящие ветви маточной артерии. Теперь отводят матку к лону, поперечно рассекают скальпелем серозный покров задней стенки матки на 0,5—1 см выше места прикрепления крестцово-маточных связок и отсепааровывают его книзу; последнее удается с трудом из-за сращения в этом месте периметрия с миометрием.



Рис. 485. Надвлагалищная ампутация миоматозной матки. Под собственную связку яичника и трубу подведена игла Дешана.

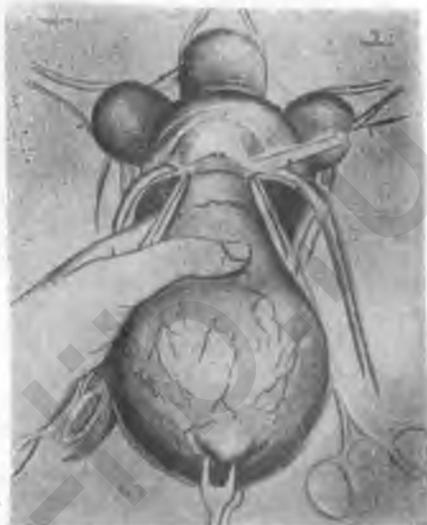


Рис. 486. То же. Клиновидное иссечение шейки матки.

Для перевязки восходящей маточной артерии отодвигают матку в противоположную сторону и анатомическим пинцетом осторожно смещают клетчатку у сосудистого пучка. После этого у самого ребра матки на уровне внутреннего зева или немного выше нетрудно отыскать маточную артерию. Следует помнить, что при ампутации матки перевязывают не основной ствол артерии (как при полной экстирпации матки), а ее маточную ветвь, идущую у самого ребра матки, что технически легче и безопаснее в смысле повреждения мочеточника, пересекающего основной ствол сосуда. Маточную ветвь артерии (и вену) под контролем глаза захватывают иглой Дешана с шелковой лигатурой и перевязывают; на 0,5 см выше накладывают такой же шов и между ними сосуды пересекают. Так же их перевязывают и пересекают на другой стороне.

Такую перевязку ветви артерии мы считаем более надежной, чем перевязку после наложения на нее зажимов Кохера вслепую. Культы ветвей маточных артерий отодвигают тупфером книзу.

Таким образом, надвлагалищная часть шейки матки по всей своей окружности освобождена и подготовлена к ампутации вместе с телом матки. Держа скальпель книзу под углом в 45° , пересекают переднюю половину надвлагалищной части шейки или истмуса над культами перевязанных артерий; отведя затем матку к лону, таким же способом

пересекают заднюю половину шейки. Таким путем произведено клиновидное иссечение матки из оставшейся культи шейки (рис. 486).

Культю шейки подхватывают пулевыми щипцами за передний и задний лоскуты и узловым кетгутом при вкалывании иглы тангенциально (для лучшего округления) зашивают культию 4—6 швами (рис. 487). Все лигатуры берут на зажим и передают ассистенту.

Перитонизируют культи связок, трубы и шейки матки общим непрерывным кетгутовым швом справа налево (к оператору). Для этого длинной лигатурой кистным швом обходят культию трубы и *lig. ovarium proprium* и конец лигатуры затягивают, причем культи погружают под брюшину. Дальнейшими стежками погружают под брюшину



Рис. 487. То же. Начато наложение швов на клиновидно иссеченную шейку.

культю круглой связки и, сшивая передний и задний листки широкой связки над культей шейки (слегка ее подхватывая), переходят на другую половину тазовой полости. Здесь также погружают культию круглой



Рис. 488. То же. Наложен непрерывный перитонизирующий шов на листки широкой связки с погружением под него культи шейки и связок.

связки под брюшину, а затем, обойдя культи трубы и *lig. ovarium proprium* левой стороны швом в виде киста, погружают под брюшину и эти культи (рис. 488). После туалета брюшной полости стенку живота зашивают послойно наглухо.

Техника надвлагалищной ампутации матки с удалением придатков.

Вскрытие брюшной полости, захватывание матки и обкладывание салфетками, осмотр ее и придатков с разделением спаек и сращений производят, как при предыдущей операции.

Выведя матку в рану и переместив ее в сторону, хирург должен найти воронко-тазовую связку и тщательно осмотреть; через задний листок ее просвечивает проходящий здесь мочеточник. Связку захватывают двумя зажимами ближе к придаткам во избежание ранения мочеточника и после перевязки кетгутом или шелком пересекают между зажимами. Круглую связку также пересекают после перевязки так, как было описано. В остальном операцию производят так, как при ампута-

ции с оставлением придатков; несколько затрудняет погружение в килетный шов культи воронко-тазовой связки, которая лежит довольно высоко. Очень важно хорошо перевязать эту связку, так как в ней находится извитая и эластичная крупная артерия (a. spermatica int., seu a. ovarica); артерия эта при слабом затягивании лигатуры может выскользнуть и дать в ближайшие часы после операции сильнейшее внутрибрюшное кровотечение, для остановки которого необходима срочная релапаротомия.

Для сохранения менструальной функции иногда производят высокую ампутацию матки с оставлением манжетки эндометрия, а также свободную пластичку эндометрия; принципы последней были изложены в ч. II гл. 11.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (EX TIRPATIO UTERI PER ABDOMEN)

Экстирпацией матки называется удаление ее вместе с шейкой.

Основным отличием в технике этой операции от ампутации является необходимость перевязки основного ствола маточной артерии (а не ее ветвей), вскрытия влагалища, пересечения крестцово-маточных связок. Вскрытие влагалища обязывает к проведению специальной обработки его перед операцией дезинфицирующими средствами.

Абдоминальная экстирпация матки может быть произведена с удалением придатков на одной или обеих сторонах и с оставлением их.

Показания: рак тела матки, хорионэпителиома и саркома матки (обязательно удаление придатков); злокачественные опухоли яичников (придатки удаляют с обеих сторон даже при односторонней опухоли; у очень пожилых и ослабленных больных экстирпация может быть заменена ампутацией, которая переносится легче, это тем более допустимо, что метастазы злокачественных опухолей яичников почти никогда не обнаруживаются в шейке матки).

При доброкачественных опухолях экстирпация матки путем чревосечения показана при низко лежащих (забрюшинных, шеечных) миома-тозных узлах, больших субмукозных узлах, родившихся в цервикальный канал, распадающихся фибромиомах, а также при заболеваниях шейки матки типа предраковых (хронические эрозии, разрывы, эктропион, множественные nabothievye кисты). При операции по поводу двусторонних гнойных опухолей придатков желательнее для улучшения оттока раневого отделяемого попутно производить экстирпацию матки (не ампутацию!), особенно у женщин старше 40 лет. Экстирпация может быть показана также при обширных перфорациях и разрывах матки.

Техника абдоминальной экстирпации матки с удалением придатков заключается в следующем.

Брюшную полость вскрывают продольным разрезом, реже — поперечным. После осмотра полости таза и внутренних половых органов дно матки захватывают двузубцами или лигатурой; при крупных фибромиомах предпочитают штопор; прочно можно захватить матку, если сделать надрез ее стенки, введя в него одну браншу двузубцев и крепко сомкнув их. В брюшную полость вводят марлевую салфетку для удержания кишок.

Матку оттягивают в сторону и накладывают два зажима Кохера на воронко-тазовую связку строго перпендикулярно. Еще лучше подхватить эту связку иглой. Дешана. Рассекают ткани между зажимами.

Воронко-тазовую связку перевязывают двумя лигатурами (рис. 489), шелковой — латерально, кетгутовой — медиально.

Концом зажима Кохера захватывают круглую связку на расстоянии 1 см от ребра матки; латеральнее на 1 см накладывают второй зажим Кохера и связку пересекают между двумя зажимами. Круглую связку у зажима, лежащего латерально, перевязывают крепким кетгутом и зажим этот снимают. То же проделывается на другой стороне, если придатки решено удалить и там.

Подведя браншу ножниц Купера под листок брюшины у культы круглой связки, где оставлен зажим, вскрывают пузырно-маточную складку брюшины от одной круглой связки до другой у места прикрепления этой связки к матке; для облегчения пересечения складки ассистент приподнимает ее пинцетом.

Тупфером осторожно отодвигают мочевой пузырь книзу и в стороны до уровня переднего свода влагалища (должен прощупываться нижний конец шейки). Отодвигание пузыря не только вниз, но и в стороны уменьшает опасность ранения мочеточников и способствует обнажению ствола маточной артерии. Маточная артерия подходит к ребру матки на уровне внутреннего зева, который находится у вершины угла, образуемого телом и шейкой матки; на этом месте маточная артерия делится на восходящую (маточную) и нисходящую (влагалищную) ветви.

Анатомическим пинцетом и сомкнутыми гинекологическими (длинными) ножницами выделяют из клетчатки основной ствол маточной артерии и перевязывают его на $\frac{1}{2}$ см от места деления на ветви с помощью иглы Дешана шелковой лигатурой. Медиальнее лигатуры, на маточную артерию накладывают зажим (рис. 490) и пересекают ее ножницами; концы лигатуры коротко срезают. Культу артерии отодвигают осторожно в сторону, освобождая боковой свод влагалища. При этом необходимо помнить о близости к удаляемому, межсвязочному миома-тозному узлу мочеточника (рис. 491). Так же перевязывают маточную артерию и на другой стороне (рис. 492).

Теперь предстоит освободить задний свод со стороны дугласова пространства. Для этого матку подтягивают к лонному сочленению, причем четко вырисовываются обе крестцово-маточные связки. Наложив на одну из них изогнутый зажим (рис. 493), пересекают связку вместе с покрывающей ее брюшиной и перевязывают кетгутом; концы лигатуры захватывают зажимом Кохера. То же делают на другой связке. Тупфером отодвигают книзу культы крестцово-маточных связок и брюшину (подсекая, где необходимо) и таким образом освобождают область заднего свода.

После освобождения сводов приступают к пересечению влагалищной трубки и удалению матки. Ассистент оттягивает матку вверх, а хирург захватывает пулевыми щипцами переднюю стенку влагалища немного ниже места прикрепления переднего свода (шейка легко прощупывается через стенки влагалища). На 1 см ниже первых щипцов накладывается вторая пара их, и между ними скальпелем стенку влагалища вскрывают (рис. 494). Затем длинными ножницами продолжают разрез в стороны, пересекая стенки влагалища циркулярно на одинаковом расстоянии от шейки. Ассистент, по мере рассечения влагалища, захватывает в зажимы края культы его, которые могут значительно кровоточить. Матку удаляют. Края влагалища смазывают 5% йодом и в него вводят марлевый бинтовой тампон длиной 40—50 см, конец которого смочен спиртом.

Зашивают влагалище непрерывным или узловыми кетгутовыми швами, причем захватывают его, отступя немного от края (не прокалы-

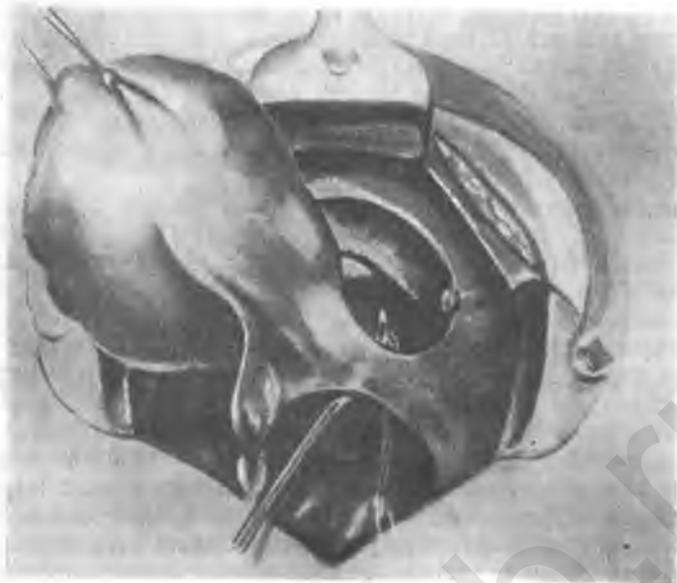


Рис. 489. Брюшностеночная полная экстирпация миоматозной матки (Вейбель). Перевязка воронко-тазовой связки.

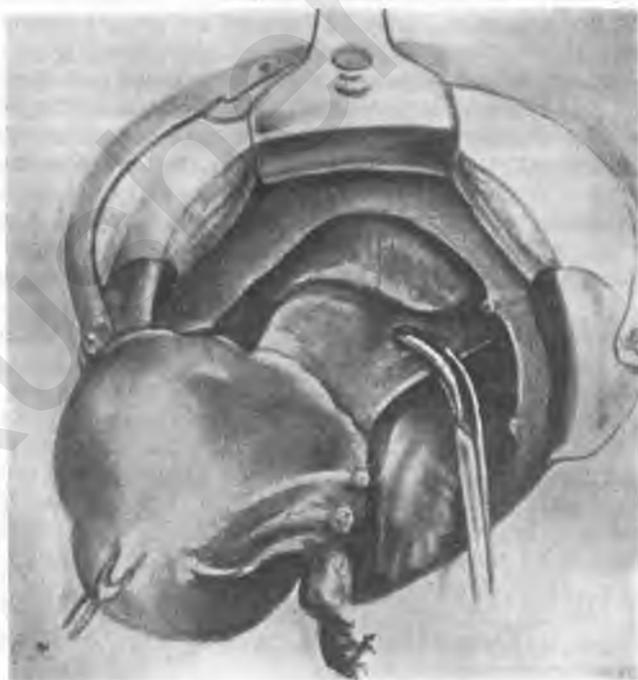


Рис. 490. То же. Наложение зажима на маточную артерию.



Рис. 491. То же. По выделении межсвязочного миоматозного узла виден мочеточник; латеральнее — подвздошная вена.



Рис. 492. То же. Маточные сосуды изолированы и перевязаны. На параметрий наложены клеммы. Виден левый мочеточник.

вая слизистой) для того, чтобы края его вернулись в просвет влагалища. Можно также закрыть влагалище путем обшивания передней и задней полуокружности его передним и задним листком широкой связки, после чего производится общая перитонизация (рис. 495). Перед общей перитонизацией сменяют операционное белье, перчатки и инструменты.

Перитонизируют чаще всего непрерывными тонким, но прочным кетгутотом, ведя шов «на себя». Для этого обходят кисетным швом культы трубы и связки яичника и завязывают этот шов, погружая культы под листки широкой связки. Продолжая непрерывный шов, погружают культю круглой связки. Ведя непрерывный шов над культей влагалища, подхватывают ее двумя-тремя стежками, стараясь не захватить влагалищный тампон (он должен лежать ниже швов на влагалище). Такое



Рис. 493. То же. На правую крестцово-маточную связку наложен зажим.

же погружение культей связок и трубы производят и на другой стороне, причем непрерывный шов заканчивают наложением кисетного шва у культей трубы и собственной связки яичника. Что касается культей крестцово-маточных связок, то они, как и круглые, должны быть также перитонизированы общим непрерывным швом.

После перитонизации на месте матки и культей влагалища и связок остается правильная линия непрерывного шва. К месту операции подтягивают сальник. После туалета брюшной полости и извлечения брюшной салфетки брюшную стенку зашивают послойно наглухо.

Техника абдоминальной экстирпации с оставлением придатков сходна с вышеописанной. Разница заключается лишь в том, что в начале операции перевязывают не воронко-тазовую связку, а собственную связку яичника с трубой. Можно пересечь собственную связку и трубу также и между зажимами Кохера, если не пользуются иглой Дешана. При перитонизации листками широкой связки перекрывают вместе культы собственной связки и трубы.



Рис. 494. То же. Вскрытие влагалища.

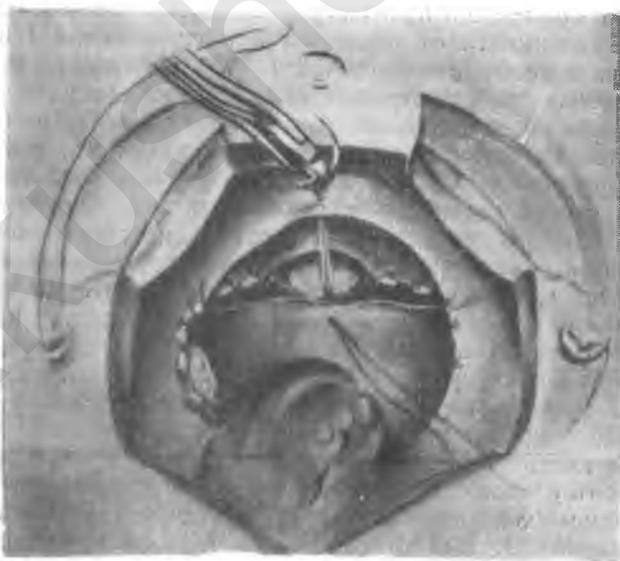


Рис. 495. То же. Непрерывный перитонизирующий шов

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ МОЧЕВЫХ И ВЛАГАЛИЩНО-КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ И ЧАСТИЧНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Операции мочевых и каловых свищей. Операции пузырно-влагалищных свищей: операция Волковича—Кюстнера. Операции пузырно-шесчных (маточных) свищей. Операции мочеточниково-влагалищных свищей. Пересадка мочеточников в мочевой пузырь. Пересадка мочеточников в кишку. Операции ректо-вагинальных свищей. Операции по поводу частичного недержания мочи. Операция К. М. Фигурнова. Операция Д. Н. Атабекова.

ОПЕРАЦИИ МОЧЕВЫХ И КАЛОВЫХ СВИЩЕЙ

Операции пузырно-влагалищных свищей

Показания: пузырно-влагалищный свищ с истечением мочи через влагалище.

Техника зашивания пузырно-влагалищных свищей может быть различной в зависимости от величины и расположения свища. Основное заключается в расщеплении стенок пузыря и влагалища.

При небольших и доступных свищах края влагалищного отверстия их очерчивают круговым разрезом и освежают, после чего накладывают узловые швы кетгутом в продольном направлении. После завязывания швов края пузырного отверстия сближаются и срастаются.

Такой способ (освежение) ненадежен, а потому после освежения следует расщепить края свища для отделения стенки мочевого пузыря от влагалища и наложить кисетный шов на отсепарованную стенку пузыря. Рану влагалища зашивают узловыми кетгутовыми швами.

При более глубоких и менее доступных свищах значительной величины выгодно пользоваться крестообразным или якорным разрезом по Д. Н. Атабекову (рис. 496, 497). Крестообразный разрез применяют при свищах, расположенных ближе к уретральному жому, а якорный — при свищах, открывающихся вблизи переднего свода.

Далее пользуются методом расщепления, причем стенка пузыря должна быть освобождена настолько, чтобы при зашивании ее лембертовским швом (с погружением внутрь краев стенки) не получилось никакого натяжения. Влагалище может быть зашито менее тщательно непрерывным или узловым кетгутовым швом.

Операция Волковича — Кюстнера

Показания: обширные и малосмещаемые пузырно-влагалищные свищи.

Техника операции заключается в следующем. После низведения шейки широкими полулунными разрезами слизистой в горизонтальном направлении окружают свищевое отверстие (рис. 498). Мочевой пузырь



Рис. 496. Якорный разрез по Атабекову при пузырно-влагалищных свищах (А. И. Серебров).



Рис. 497. Наложение швов при том же разрезе (А. И. Серебров).

отсепаровывают от шейки сверху. Свищевое отверстие освежают дугообразным разрезом близ края и расщепляют его на протяжении 1 см (рис. 499). Благодаря отсепаровке пузыря края стенки его сближаются и их нетрудно зашить, соблюдая осторожность, чтобы не захватить в шов мочеточники; иногда поэтому стенку пузыря не зашивают вовсе. Стенка влагалища зашивается легко, благодаря отсутствию натяжения. небольшим числом узловых кетгутовых швов (рис. 500).

Операции пузырно-шеечных (маточных) свищей

Показания — те же, что и при пузырно-влагалищных свищах.

Техника операции заключается в отсепаровке мочевого пузыря от передней поверхности шейки матки и отдельном зашивании отверстия пузыря и разреза шейки.

Зеркалами обнажают шейку матки, которую низводят пулевыми щипцами. В переднем своде делают поперечный разрез с короткими переходами кверху или полулунный разрез (по Штрассману). Острым путем отделяют мочевой пузырь от шейки, доходя до уровня выше свищевое отверстие. Чтобы не надорвать область свищевое отверстие стенки пузыря, необходимо при отсепаровке держаться ближе к шейке.

Обнажив сверху и снизу свищевое отверстие, накладывают на



Рис. 498. Операция Волковича — Кюстнера.
Схема разреза.



Рис. 499. То же. Свищ после удаления
краев слизистой.



Рис. 500. То же. Наложение швов.

пузырь лембертовские тонкие кетгутные швы без захватывания слизистой пузыря (рис. 501 а). Лучше наложить два яруса таких швов. Свищевое отверстие в шейке матки можно не зашивать, если оно невелико; при значительных размерах производят продольный разрез передней губы шейки (рис. 501б) с иссечением свища. На разрез шейки накладывают узловые швы из среднего кетгута, не прокалывая слизистой цервикального канала (рис. 502).

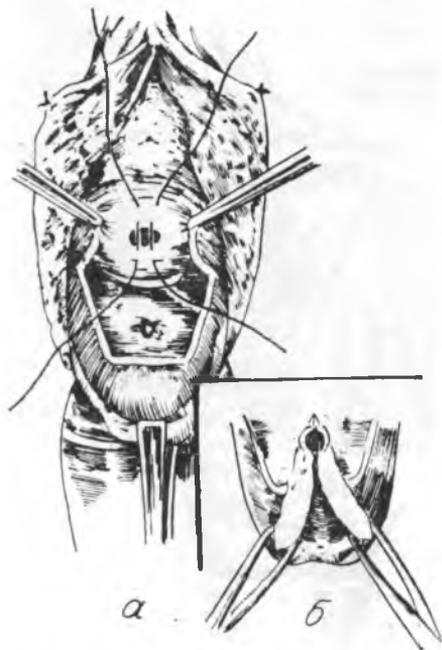


Рис. 501. Операция пузырно-шеечного свища (И. Л. Брауде):

а — для закрытия свищевое отверстие в мочевом пузыре проведены лигатуры через мышечный слой пузыря; б — передняя стенка шейки матки рассечена продольным разрезом.

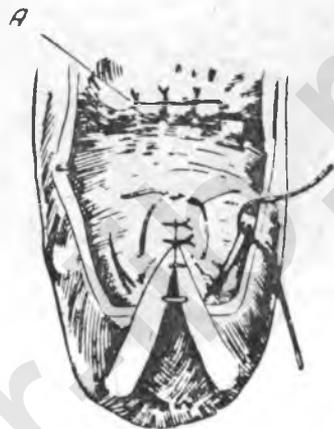


Рис. 502. То же. Свищевое отверстие в мочевом пузыре закрыто (А); зашивается разрез шейки.

Операции мочеточниково-влагалищных свищей

Показания — те же.

Техника операции может быть разнообразной. По Макенродту производят овальный разрез слизистой влагалища, на 1 см отстоящий от края свища, и слизистую отсепааровывают на 0,5 см.

Далее делают поперечный разрез переднего свода и края его также отсепааровывают. Введенным в мочевой пузырь катетером выпячивают его, вскрывают и в полученное отверстие вшивают лоскут с мочеточниковым свищом. Разрезы влагалища зашивают.

При двусторонних мочеточниково-влагалищных свищах можно оперировать по способу А. Э. Манделъштама. Производят поперечные разрезы задней стенки влагалища, захватывающие область свищей, и лоскут отсепааровывают. Такой же узкий поперечный лоскут выкраивают из передней стенки влагалища. Обе фигуры освежения должны соприкасаться. В разрез передней стенки влагалища (рис. 503) должен попасть мочевой пузырь, который широко вскрывают. Передний край вскрытого мочевого пузыря соединяют швами с освеженной задней стенкой влагалища (рис. 504, 1). Погружные швы в два этажа соединяют

мышечную стенку пузыря с задней стенкой влагалища. Края передней и задней стенок влагалища соединяют узловыми шелковыми швами (рис. 504, 2). В мочевой пузырь вводят на четыре дня постоянный катетер. Операцию производят при отсутствии матки. Если матка не удалена, применяют брюшностеночные методы операции с пересадкой мочеточников в пузырь или кишку.

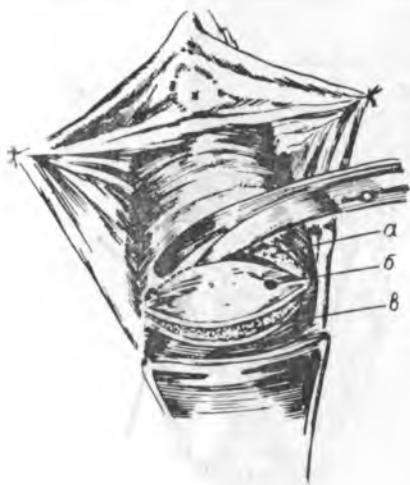


Рис. 503. Операция мочеточниково-влагалищного свища по Мандельштаму (И. Л. Брауде):

а — разрез передней стенки влагалища;
б — мочеточниковый свищ; *в* — полоса освежения на задней стенке влагалища.

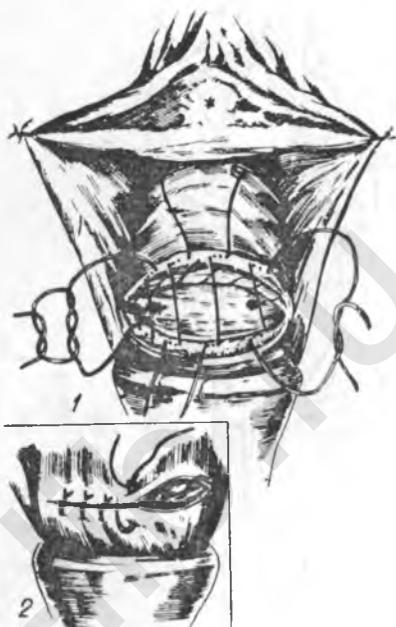


Рис. 504. То же. Завершение операции.

Пересадка мочеточников в мочевой пузырь

Пересадка мочеточников (внутрибрюшная) может быть произведена в мочевой пузырь, что физиологично, или же в кишку, что может вызвать тяжелый пиелит.

При свежих ранениях мочеточника центральный его конец освобождается до полной подвижности с тем, чтобы он мог быть подведен без всякого натяжения ко дну мочевого пузыря. Конец мочеточника берут на лигатуру.

Тонким корнцангом проникают через уретру ко дну пузыря у места предполагаемой имплантации мочеточника, и концом инструмента выпячивают стенку пузыря, где производят небольшой разрез. Носик корнцанга выводят через разрез и, захватывая лигатуру, втягивают конец мочеточника в пузырь (рис. 505). Затем накладывают фиксирующие мочеточник швы тонким шелком, числом два-четыре, через мышечные слои пузыря и мочеточника без захватывания слизистых (рис. 506).

Пересадка мочеточников в пузырь может быть осуществлена несколько более сложным, но и более надежным способом по Сэмсо-ну. Конец мочеточника расщепляют пополам на протяжении 1 см и

каждую половину подхватывают тонким шелком без захвата слизистой. После введения мочеточника в отверстие пузыря оба лоскута его фикс-



Рис. 505. Пересадка мочеточника в мочевой пузырь (А. И. Серебров). В отверстие пузыря введен корнцанг для захватывания лигатуры, наложенной на мочеточник.



Рис. 506. То же. Наложение швов, фиксирующих мочеточник.



Рис. 507. Пересадка мочеточника в пузырь по Сэмпсону (схема).

сируют к внутренней стенке мочевого пузыря указанными лигатурами (рис. 507).

Пересадка мочеточников в кишку

Показания: неоперабельные пузырно-влагалищные свищи, удаление мочевого пузыря или резекция пузырных концов мочеточников при запущенном раке шейки матки.

О. В. Проскура (1958) говорит, что показаниями к пересадке мочеточников в кишку служат свищи, при которых края спаяны с костями таза и влагалища, свищи с обширными дефектами задней стенки мочевого пузыря, неоднократные попытки к закрытию которых путем пластических операций оказались неудовлетворительными. Пересадку мочеточников в кишку можно производить при условии, что прямая кишка в состоянии удержать не менее 150 мл жидкости при достаточной функции почек. В случаях, когда пузырно-влагалищные свищи сочетаются с влагалищно-прямокишечными, сперва закрывают прямокишечно-влагалищные свищи, а после их заживления пересаживают отдельно мочеточники.

Техника операции. Современные способы пересадки мочеточников в кишку направлены к предупреждению образования восходящего пиелита, что достигается проведением мочеточника через канал, образованный между мышечным слоем и слизистой кишечника (способ Коффей и Мэйо, способ Н. В. Маркова). Большинство авторов в настоящее время предлагают производить пересадку мочеточника в нижний отдел сигмовидной кишки.

Операция пересадки мочеточников в кишечник по П. И. Тихову и А. И. Попову производится следующим образом.



Рис. 508. Пересадка мочеточника в прямую кишку по Тихову — Попову (А. И. Серебров).

Брюшную полость вскрывают в положении большой по Тренделенбургу. Над мочеточниками вскрывают брюшину на протяжении 4 см. Мочеточник берут на лигатуру. Отсепаровывают брюшину медиально

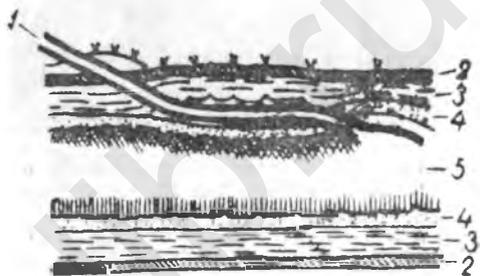


Рис. 509. Пересадка мочеточника в кишку по Коффей — Мэйо:

1 — мочеточник; 2 — брюшина; 3 — мышечный слой; 4 — слизистая; 5 — просвет кишки.

от мочеточника до стенки прямой кишки. Верхнюю часть обнаженного мочеточника пришивают двумя швами к прямой кишке (рис. 508). Ниже этих швов вскрывают на протяжении 2 см мышечный слой кишки до слизистой, причем в нижней части этого разреза делают отверстие в слизистой кишки.

Мочеточник пересекают у самого мочевого пузыря и конец его вшивают в стенку кишки следующим образом: конец мочеточника прошивают в кишку кетгутотом, имеющимся на обоих концах иглы. Иглы эти проводят в кишку через сделанное в ней отверстие; иглы выкалывают изнутри кнаружи через стенку кишки и лигатуры завязывают, фиксируя мочеточник. Разрез кишки зашивают.

По способу Коффей — Мэйо мочеточник проводят через «тоннель» между слизистой и мышечным слоем кишки (рис. 509).

Пересадку мочеточников в кишку по Н. В. Маркову производят так: после высвобождения и пересечения нижнего конца мочеточника конец его рассекают и захватывают лигатурой (рис. 510). Отступя от конца на 3—4 см, фиксируют мочеточник тремя шелковыми швами к стенке кишки. Ниже фиксирующих швов вскрывают серозно-мышечный слой кишки, не касаясь слизистой, на протяжении 3 см, а в нижнем конце этого разреза проделывают небольшое отверстие в слизистой.

Затем проводят мочеточник через «тоннель» между слизистой и мышечным слоем кишки, погружают его конец в отверстие слизистой и выводят с помощью иглы концы лигатуры мочеточника через все слои

кишки ниже его сквозного отверстия, после чего лигатуры завязывают. Рану кишечной стенки зашивают узловым шелком (рис. 511).

М. Н. Зильберман (1959) считает, что лучшим методом восстановления мочеточника, если он поврежден в предпузырном отделе, не далее 5—6 см от мочевого пузыря, является соединение пересеченных концов, или уретероцистостомия.



Рис. 510. Пересадка мочеточника в кишку по Маркову (И. Л. Брауде). Слева мочеточник высвобожден из ложа, фиксирован к кишке, перерезан у нижнего края. Справа мочеточник обнажен.



Рис. 511. То же. Швы на разрез кишки.

При несвежем повреждении мочеточника со сформированным свищом (мочеточниково-влагалищным) лучшим оперативным методом следует считать операцию Боари (Boari, 1894). Операция состоит в образовании лоскута мочевого пузыря, которым обертывают центральный конец неперерезанного мочеточника.

Операции по поводу ректо-вагинальных свищей

Показания: свищи во влагалище или на промежности с выделением через них кала.

Техника операций ректо-вагинальных и ректально-промежностных свищей различна в зависимости от величины и расположения их.

Небольшие ректо-вагинальные свищи, расположенные в нижней части влагалища близ анального отверстия, оперируют путем рассечения промежности продольным разрезом с иссечением свища. Стенку прямой кишки и влагалища расслаивают и разрез зашивают, как при разрыве промежности третьей степени. Недостатком этой операции является необходимость рассечения промежности.

При свищах, расположенных глубже во влагалище, операцией выбора является способ Шаута, который заключается в следующем. Приподнимают заднюю стенку влагалища зажимом Кохера и выкраивают треугольный лоскут, как при перинеопластике. После отсепаровки лоскута свищ находится в центре освеженной поверхности. Стенки кишки после осторожного иссечения рубцов зашивают узловыми швами из тонкого кетгута без захватывания слизистой (рис. 512). Поверх этого

шва захватывают погружными лигатурами леваторы и накладывают остальные швы, как при задней пластике. При этой операции наблюдаются хорошие последующие результаты.

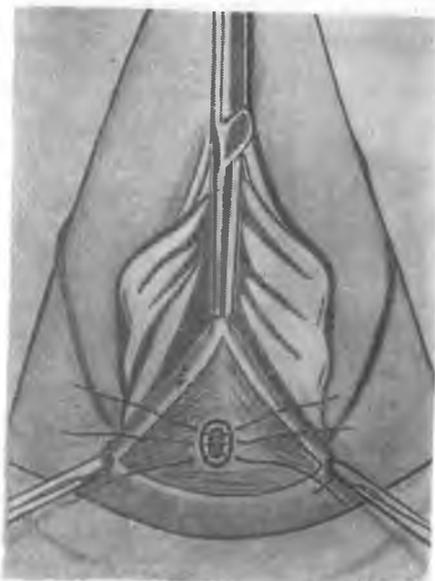


Рис. 512. Зашивание кишечно-влагалищного свища по Шауту.



Рис. 513. Операция Сегона (А. И. Серебров). Низведение отсепарованной прямой кишки со свищевым отверстием.

При больших ректо-вагинальных свищах оперируют по Сегону.

Техника операции Сегона: сфинктер прямой кишки расширяют пальцами и производят циркулярный разрез слизистой прямой кишки на 2—4 мм выше границы ее с кожей. Переднюю стенку прямой кишки отсепаровывают до уровня выше свищевое отверстие, а заднюю только на 4 см и кишку низводят (рис. 513).

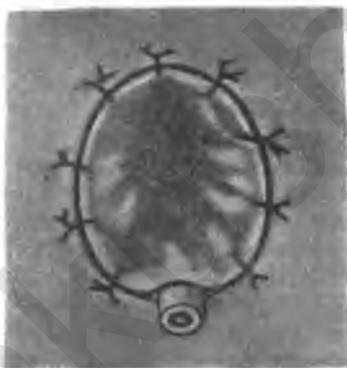


Рис. 514. То же. Наложены швы, фиксирующие прямую кишку после ее резекции. Сзади — дренажная трубка.

Затем стенку прямой кишки резецируют и удаляют вместе со свищом. Край прямой кишки подшивают узловыми шелковыми швами к слизистой ануса, в заднюю часть раны вводят тонкий резиновый дренаж (рис. 514). После освежения зашивают влагалищную часть свища. В прямую кишку на два-четыре дня вводят дренажную трубку, обернутую марлей.

Промежностно-ректальные свищи оперируют обычно по методу рассечения по желобоватому зонду мостика между свищом и анусом. В легких случаях

(свищ самого ануса) рану оставляют заживать вторичным натяжением. При более отдаленном от ануса расположении свища необходимо после рассечения мостика зашить отдельно стенку кишки и ануса кетгутowymi лигатурами, на кожу наложить узловые шелковые швы.

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЧАСТИЧНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Недержание мочи — трудно излечимое заболевание. Для лечения его было предложено свыше 50 оперативных способов, что свидетельствует о ненадежности большинства из них.

Мы описываем две операции: К. М. Фигурнова и Д. Н. Атабекова.

По В. А. Струкову, операция К. М. Фигурнова дает лучшие результаты, когда замыкающая мускулатура имеет вид кольца; операция по Д. Н. Атабекову, — когда она имеет вид петли.

Операция К. М. Фигурнова

По мнению К. М. Фигурнова, недержание мочи после родов возникает в результате повреждения замыкающего аппарата и смещения дна мочевого пузыря и уретры. С помощью операции производится ушивание волокон внутреннего сфинктера мочевого пузыря и приподнимание дна последнего с фиксацией его к задней стенке лобковой кости.

Показания: частичное недержание мочи у рожавших со смещением стенок влагалища.

Техника операции. Переднюю губу шейки матки захватывают щипцами и низводят к половой щели. По передней стенке влагалища производят продольный разрез на 1 см ниже наружного отверстия уретры и не доходя 2 см до передней губы (рис. 515).

Стенку влагалища отсепааровывают от пузыря, причем обнажается нижняя и задняя стенки последнего, его шейка и уретра (рис. 516); отсепааровывают также верхнюю треть уретры и шейки пузыря на $\frac{3}{4}$ их окружности. Тупым путем доходят до задней поверхности симфиза, входя в *cavum Retzii*, отодвигая тупым путем пузырь и жировую клетчатку в сторону. Здесь прощупывают горизонтально идущий валик — *arcus tendineus fasciae pelvis*. В вертикальном направлении через стенку влагалища к валику проводят на изогнутой небольшой игле шелковую лигатуру, которая захватывает его и выводится обратно латерально от шейки и дна пузыря (рис. 517). То же проделывают на другой стороне (рис. 518, 519). Поперечными кетгутowymi швами ушивают шейку мочевого пузыря и заднюю стенку его (рис. 520). Избыток передней стенки влагалища обрезают и зашивают непрерывным или узловым кетгутowym швом (рис. 521). Матку вправляют, затягивают и завязывают обе лигатуры, фиксирующие переднюю стенку влагалища к задней поверхности лобковой кости (рис. 522). Фиксация передней стенки влагалища к симфизу облегчает сфинктеру замыкание мочевого пузыря и удерживание в нем мочи. Фиксирующие шелковые швы снимаются на 13-14-й день.

Операция Д. Н. Атабекова

Для восстановления функций мочевого пузыря Д. Н. Атабеков предложил операцию транспозиции (*transpositio vesicae urinariae*).

Показания: функциональное недержание мочи вследствие недостаточности мышечной основы сфинктера.

Техника операции. Продольный разрез по передней влагалищной стенке от уровня на 1 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала до свода. Лоскуты влагалищной стенки широко отсепааро-



Рис. 515. Операция Фигурнова. Разрез передней стечки влагалища.



Рис. 516. То же. Отсепаровка мочевого пузыря.

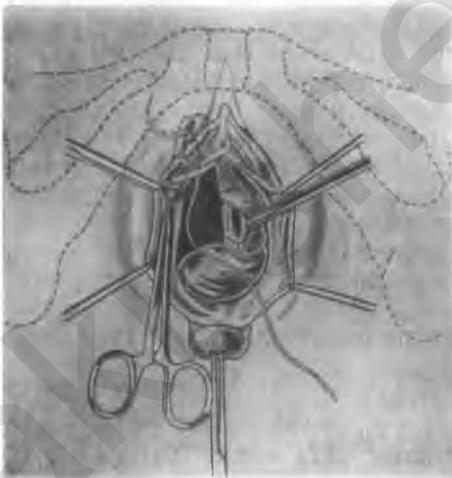


Рис. 517. То же. Проведение фиксирующей лигатуры позади лобка.



Рис. 518. То же. Задняя поверхность симфиза. Через начало arcus tendineum fasciae pelvis (1) проведены лигатуры для фиксации влагалища.

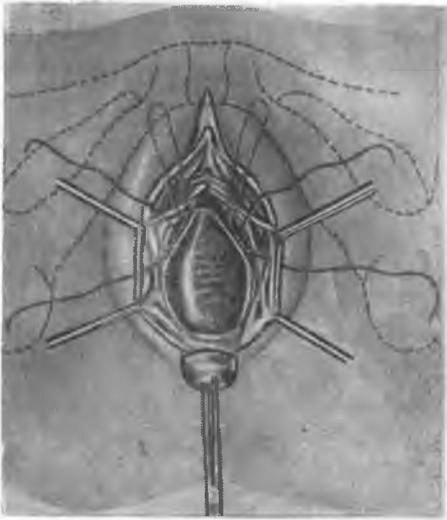


Рис. 519. То же. Лигатуры для фиксации влагалища (вид спереди).

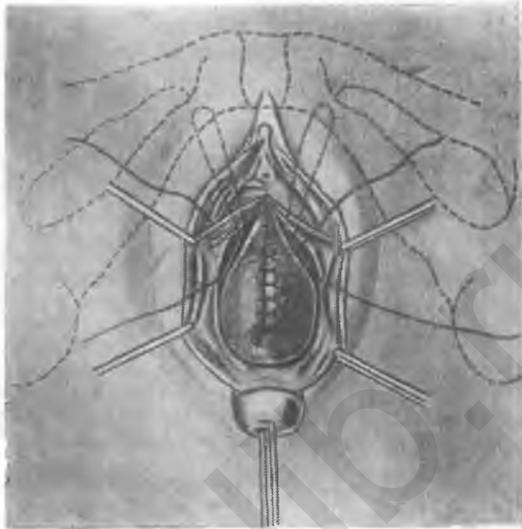


Рис. 520. То же. Ушита шейка мочевого пузыря и задняя стенка его.

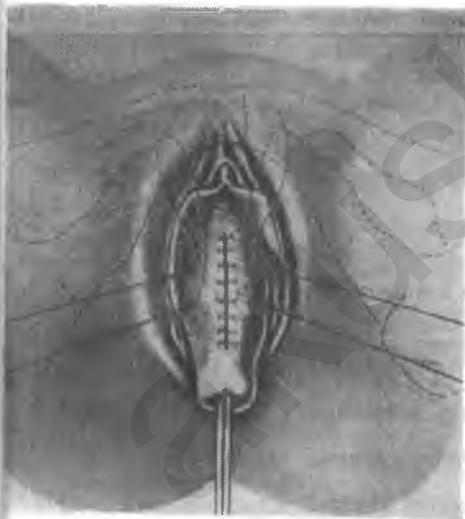


Рис. 521. То же. Передняя стенка влагалища зашита. Видны поддерживающие лигатуры.



Рис. 522. То же. Результаты операции. Часть малого таза в разрезе сбоку и сзади:

1 — мочевой пузырь; 2 — влагалище; 3,5 — места фиксации влагалища; 4 — прямая кишка.

ывают в стороны и пузырь широко обнажают (рис. 523), особенно на участке уретральной поверхности.

На освобожденные поверхности пузыря и части уретры накладывают вертикально три основных прерывистых шва (рис. 524); после зашивания этих швов (рис. 525) перемещенный участок дна пузыря ло-

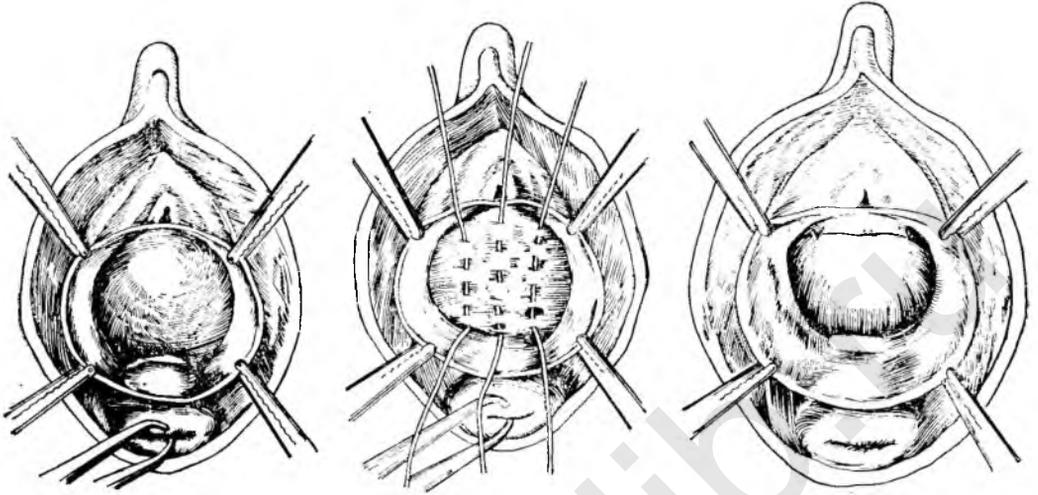


Рис. 523. Операция Атабекова. Обнажен мочевой пузырь.

Рис. 524. То же. Наложение швов на стенку пузыря и область уретры.

Рис. 525. То же. Швы пузыря завязаны.

жится на область сфинктера. Края дублированной стенки фиксируют несколькими дополнительными швами к стенке свободной части уретры. Слизистую влагалища по иссечению излишков (не в области уретрального участка) зашивают непрерывным кетгутовым швом в горизонтальном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

Операции мочевых и каловых свищей

Александров Е. К. Обзор свищей женского полового канала, наблюдавшихся в течение 15 лет (1917—1937). Сборник, посвященный проф. Горизонтову, Новосибирск, 1935, стр. 19—35.

Атабеков Д. Н. Мочевые дефекты и свищи у женщин и оперативное их лечение. М., 1925.

Буйко П. М. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин. Госмедиздат УССР, 1948.

Волкович Н. М. Способ пластического закрытия тяжелых пузырно-влагалищных свищей. Ж. Акуш. и жен. бол., 1901, 7—8.

Голубчик-Йоффе Е. Свищи после операции Вертгейма. Акуш. и гинек., 1938, 2.

Кузнецов С. И. Влагалищный способ зашивания двусторонних мочеточниковых свищей. Акуш. и гинек., 1938, 9.

Мажниц А. М. Акушерско-гинекологическая урология. Л., 1936.

Малиновский М. С. К этиологии и лечению мочевых свищей у женщин, по материалам Казанской гинекологической клиники. Сборник, посвященный проф. В. С. Груздеву, Казань, 1922.

Мандельштам А. Э. О заплатном методе зашивания пузырно-влагалищных свищей после удаления матки. Акуш. и гинск., 1938, 5.

Марков Н. В. Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин. Смоленск, 1941.

Проскура О. В. Пересадка мочеточников в кишку при пузырно-влагалищных свищах. Нов. хир. арх., 1958, 2, стр. 8—15.

Федоров С. П. и Фронштейн Р. М. Оперативная урология, 1934.

Шапиро Я. С. К вопросу о повреждениях мочеточников во время гинекологических операций. Акуш. и гинск., 1938, 5.

Операции по поводу частичного недержания мочи

Атабеков Д. Н. Недержание мочи у женщин. Биомедгиз, 1936.

Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. Медгиз, 1950.

Бакрадзе А. Т. Хирургическое лечение функционального недержания мочи у женщин по способу Атабекова. Гинек. и акуш., 1934, 6.

Довженко Г. И. Анатомические обоснования оперативного способа лечения тяжелых степеней недержания мочи у женщин. Л., 1952.

Зильберман М. Н. Операция Боари при свежем повреждении мочеточника. Акуш. и гинек., 1959, 4.

Струков В. А. Оперативное лечение недержания мочи у женщин и анатомо-топографические особенности строения замыкающего аппарата мочевого пузыря. Акуш. и гинек., 1955, 5.

Фигурнов К. М. Хирургическое лечение недержания мочи у женщин. Акуш. и гинек., 1948, 6.

Глава 12

ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Образование искусственного влагалища из тонкой кишки (операция Болдуина). Образование искусственного влагалища из сигмы (модификация М. С. Александрова). Образование искусственного влагалища из прямой кишки: операции Д. Д. Попова; А. Э. Мандельштама; Киршнера и Вагнера.

Для образования искусственного влагалища чаще всего пересекают отрезки кишечной трубки в клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ ТОНКОЙ КИШКИ (ОПЕРАЦИЯ БОЛДУИНА)

Показания: аплазия или атрезия влагалища.

Техника операции. Положение больной, как для влагалищной операции. Рассекают гимен и тупым путем проделывают ложе для будущего влагалища между мочевым пузырем и прямой кишкой. Больную переводят в положение для чревосечения и вскрывают брюшную полость продольным разрезом. Отыскав слепую кишку, берут петлю тонкой кишки на расстоянии 20 см от слепой и определяют длину ее брыжейки. Выбирают петлю с брыжейкой, достаточно длинной для низведения в подготовленное ложе. Выбранную петлю резецируют и концы ее сшивают двурядным швом (рис. 526а). Концы тонкой кишки зашивают такими же швами и образуют анастомоз бок в бок (рис. 526б).

По рассечении брюшины дугласова пространства вводят в подготовленное ложе резецированную петлю (с помощью марлевой тесьмы ассистент корнцангом извлекает ее через проделанный ход). Зашивают разрез брюшины и брюшную стенку. Больную снова укладывают в положение, как для влагалищной операции. Стенку выведенной и сложенной в виде двустволки кишечной петли рассекают и края ее подшивают к краям гимена, благодаря чему образуется вход во влагалище. Влагалище получается двойным, перегородку можно не рассекать, так как она не препятствует половому акту.

Из возможных осложнений следует указать на частоту некроза пересекающей петли и флегмону тазовой клетчатки с переходом в сепсис. Смертность при этой операции, по сводной статистике М. С. Александрова, высока — 11,6%.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ СИГМЫ (МОДИФИКАЦИЯ М. С. АЛЕКСАНДРОВА)

Показания: те же.

Техника операции. Операция состоит из трех моментов: 1) образуют ложе для будущего влагалища в клетчатке между пузырем и прямой кишкой и тампонируют его. Начинают этот момент операции поперечным разрезом слизистой входа во влагалище (рис. 527) и тампонируют его; 2) путем чревосечения (небольшой поперечный разрез) выводят из раны подвижный участок сигмовидной кишки (рис. 528), который резецируют. Оставшиеся концы сигмовидной кишки сшивают конец в конец узловыми швами; 3) фиксируют резецированный участок сигмы в подготовленном ложе, вскрывают ее и подшивают слизистую к слизистой входа во влагалище (рис. 529). В новое влагалище вводят тампоны с вазелиновым маслом.

М. С. Александров отметил при этой операции 2,8% смертности. А. А. Россошанский (1956) подвел анатомические обоснования образования влагалища из сигмы. Исследовались (на трупах) положение сигмы в брюшной полости и артериальные сосуды брыжейки. Автор выявил две формы сигмовидной кишки — петлистую и прямую. При петливой форме сигма может быть использована для образования искусственного влагалища; при прямой форме сигма не может быть использована для этой цели.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

Операция Д. Д. Попова

Д. Д. Попов (1909) предложил операцию образования искусственного влагалища из прямой кишки, использовав для этого операцию В. Ф. Снегирева, однако без резекции копчика.

Техника операции. Круговым разрезом кнутри от границы между кожей и слизистой заднего прохода отсепаровывают в параректальной клетчатке прямую кишку на протяжении 10—12 см; кишку низводят в рану и пересекают; верхний отрезок ее подтягивают к анусу и подшивают к краям оставшейся слизистой узловыми швами. Резецированный участок прямой кишки пересаживают в подготовленное ложе в клетчатке между пузырем и прямой кишкой, причем верхнюю часть его зашивают наглухо, а нижнюю подшивают ко входу во влагалище.

Операция А. Э. Мандельштама

Техника операции (по И. Л. Брауде). Под люмбальной анестезией рассекают гимен в поперечном направлении, не иссекая его краев. Уретру тупо отсепаровывают на расстоянии 3 см от прямой кишки и в этот ход вводят тампон. Проводят циркулярный разрез прямой кишки на границе с ампулярной частью ее (рис. 530). Рассекают между зажимами заднюю стенку кишки и тупо ее отделяют на протяжении 12 см (рис. 531). Пересекают изнутри переднюю полуокружность кишки на расстоянии 3 см от заднего прохода, чем сохраняют жом и образуют манжетку выше заднего прохода.

Выделенный нижний конец прямой кишки отсепаровывают на 3 см сверху и временно зашивают тремя провизорными шелковыми лигату-

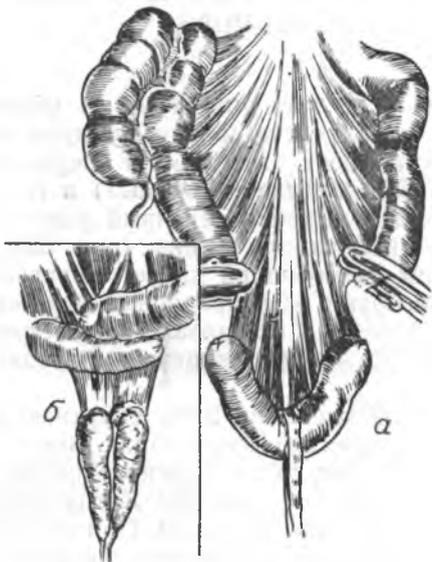


Рис. 526. Образование искусственного влагалища по Болдуину (И. Л. Брауде):

a — концы резецированной кишки зашиты;
b — анастомоз тонких кишок бок в бок.



Рис. 527. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки (М. С. Александров). Поперечный разрез слизистой входа во влагалище.



Рис. 528. То же. Выведение петли сигмовидной кишки.

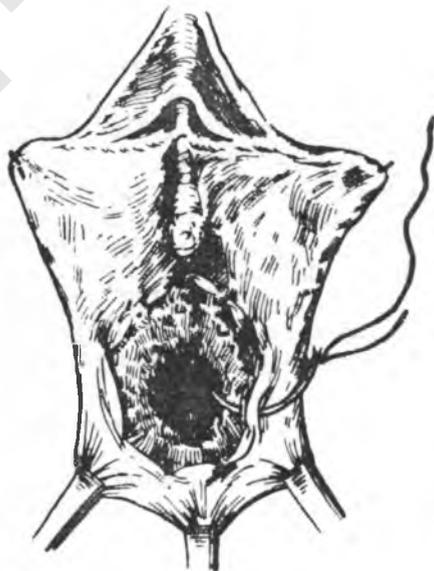


Рис. 529. То же. Слизистая низведенного отрезка сигмовидной кишки вскрыта и подшита к слизистой входу во влагалище.

рами. Со стороны образованного прежде входа во влагалище тупо проходят через параректальную клетчатку к заднему проходу; отверстие растягивают и корнцангом захватывают провизорные лигатуры (рис. 532). Лигатуры подтягиваются ко входу во влагалище и снимаются, края кишки подшиваются узловыми шелковыми швами к краям сли-



Рис. 530. Образование искусственного влагалища по Мандельштаму (А. И. Серебров). Циркулярный разрез слизистой прямой кишки.



Рис. 531. То же. Дальнейшая отсепаровка задней стенки прямой кишки.

зистой или гимена (рис. 533). В задний проход вводят зеркало и пересекают прямую кишку поперечно (рис. 534) на расстоянии 8 см от входа во влагалище; сначала рассекают заднюю стенку, переднюю рассекают изнутри. Двухэтажным швом зашивают отрезанный участок, намеченный для искусственного влагалища (рис. 535, 536).

Верхний отдел прямой кишки подтягивают к анальному отверстию и сшивают с краями манжетки шелковыми и кетгутowymi узловыми швами (рис. 537). С обеих сторон через небольшие разрезы в задней промежности вводят дренажные трубки.

Из 25 операций А. Э. Мандельштам не отмечал летальных исходов. Образующиеся иногда каловые свищи закрываются обычно без оперативного пособия.

Операция Киршнера и Вагнера

Киршнер и Вагнер (Kirschner u. Wagner) предложили влагалищную пластическую операцию образования искусственного влагалища. Техника операции состоит из трех моментов.

Между мочевым пузырем и прямой кишкой проделывается канал для будущего влагалища, который доходит до тазовой брюшины. Иссекают лоскут эпидермиса по Тиршу из кожи наружно-верхней части бедра. Этот лоскут обкладывают вокруг цилиндрического протеза из алю-



Рис. 532. То же. Корнцангом захвачены провизорные лигатуры.

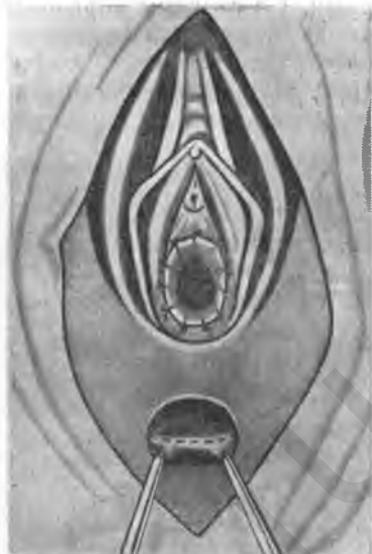


Рис. 533. То же. Фиксация прямой кишки во влагалищном входе.



Рис. 534. То же. Слизистая прямой кишки рас-
сечена поперечно.



Рис. 535. То же. Отрезок прямой кишки, идущей для образования влагалища, ампутирован; накладываются швы.



Рис. 536. То же. Зашивание ампутированной кишки закончено.



Рис. 537. То же. Слизистая прямой кишки вшита в отверстие заднего прохода.

миния, покрытого резиновой губкой, внутри которого проходит дренажная трубка. Края лоскута сшивают (рис. 538). Протез, покрытый лоскутом кожи, вводят в проделанный для искусственного влагалища канал, причем края лоскута подшивают к краям входа во влагалище (рис. 539).

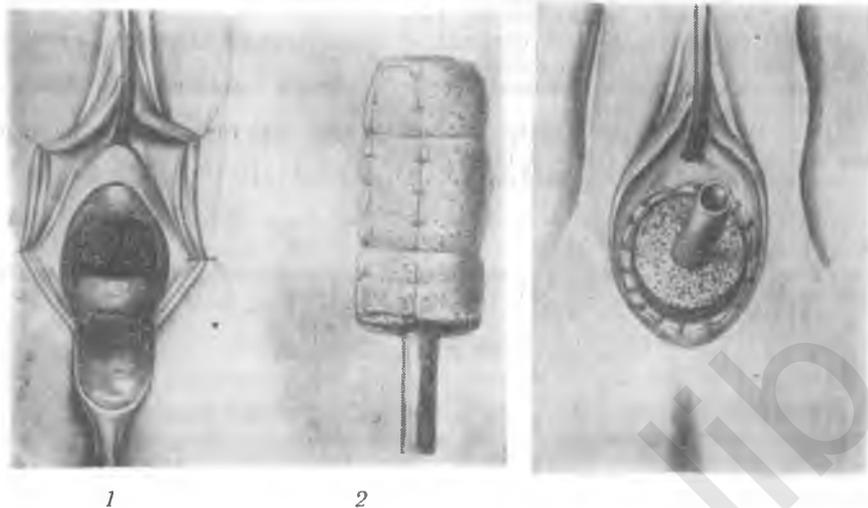


Рис. 538. Образование искусственного влагалища по Киршнеру—Вагнеру:

1 — отслойка мочевого пузыря от прямой кишки;
2 — пластинка эпидермиса подшита к резиновой губке с дренажем.

Рис. 539. То же. Губка с эпидермисом введена в ложе будущего влагалища.

Некоторые авторы применяют вместо лоскута по Тиршу околоплодные оболочки. В. В. Слоницкий, М. С. Цирульников (1956) и др. провели серию таких операций. Результаты подобных операций не всегда удовлетворительны, так как наблюдается неприживание лоскута и последующее сморщивание образованного «влагалища».

А. М. Мажбиц (1957) применил кольпопоз с использованием околоплодных оболочек, полученных при кесарском сечении. Операция была произведена у 11 женщин, 6 из которых страдали аплазией влагалища и 5 — атрезией его. Результаты оказались удовлетворительными.

ЛИТЕРАТУРА

- Абалихина-Попова А. А. Случай образования влагалища из околоплодных оболочек при его атрезии после родов. *Акуш. и гинек.*, 1941, 6.
- Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. *Акуш. и гинек.*, 1949, 1.
- Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. *Медгиз*, 1955.
- Богоров И. И. К вопросу о пересадке плодных оболочек при образовании искусственного влагалища и других пластических операциях. *Акуш. и гинек.*, 1941, 6.
- Гиговский Е. Е. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. *Акуш. и гинек.*, 1949, 1.
- Мажбиц А. М. Создание искусственного влагалища из околоплодных оболочек при аплазии и атрезии вагины. *Сборник Арханг. мед. ин-та*, 1957.
- Мандельштам А. Э. Образование искусственного влагалища по прямокишечному методу. *Л., Медгиз*, 1938.
- Мандельштам А. Э. О влагалищном методе зашивания мочеточниково-влагалищных свищей. *Акуш. и гинек.*, 1956, 4.

Покровский А. Ф. Сравнительная оценка оперативных методов искусственного восстановления влагалища. Акуш. и гинек., 1940, 1.

Попов Д. Д. Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки. СПб, 1910.

Рабинович К. Н. Операции образования искусственного влагалища. Л., 1939.

Россопанский А. А. Анатомические обоснования возможности использования некоторых отделов кишечника для образования искусственного влагалища. Реферат дисс., ВМА им. С. М. Кирова, Л., 1956.

Сазонтов В. И. Случай образования искусственного влагалища из оболочек серозной кисты яичника. Акуш. и гинек., 1940, 2.

Слоницкий В. В. Образование искусственного влагалища из плодных оболочек. Рефер. дисс., Л., 1947.

Цирульников М. С. Об образовании искусственного влагалища путем пересадки плодных оболочек. Акуш. и гинек., 1956, 4.

акusher-lib.ru

Глава 13

ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Действ. чл. АМН СССР, проф. А. И. Серебров.

Общие принципы. Расширенная экстирпация при раке шейки матки по Вертгейму.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

При операциях, предпринимаемых по поводу злокачественных опухолей женских половых органов, следует придерживаться некоторых общих принципов.

При хирургическом лечении злокачественных опухолей основным принципом является не только удаление опухоли (а часто и всего органа, в котором развилась опухоль) в пределах здоровых тканей, но и, по возможности, тех регионарных лимфатических узлов, в которых нередко, даже в начальных стадиях болезни, обнаруживаются метастазы.

Это обстоятельство должно заставлять врачей отказываться от *хирургического метода* лечения злокачественных опухолей в тех случаях, когда условия для радикального удаления опухоли отсутствуют. В этих случаях наиболее оправданным методом лечения является лучевая терапия или комбинированный метод: лучевая терапия и последующая операция. Лучевая терапия после хирургического вмешательства по поводу злокачественных опухолей женских половых органов осуществляется, как правило.

Для успеха операций, производимых при злокачественных опухолях, важно избежать имплантации злокачественных клеток в рану. Поэтому хирургические вмешательства должны проводиться с педантичным соблюдением правил асептики.

Вот почему при операциях, предпринимаемых по поводу злокачественных опухолей, считается вредным не только разрезывание опухолей (удаление кускованием), но даже обнажение их поверхности, так как это может способствовать прививке раковых клеток в операционную рану, что может повести к быстрому рецидиву болезни. Хирург всегда должен стремиться, там, где это технически выполнимо, удалить опухоль одним блоком, т. е. в пределах здоровых окружающих тканей, а также, как сказано выше, одновременно удалить ближайшие (регионарные) лимфатические узлы. Если последнее сделать невозможно, то операцию сочетают с последующим облучением рентгеновыми лучами.

Чтобы предупредить прививки опухолевых клеток в здоровые ткани раны, в онкологии широко применяют электрохирургические операции в виде электрокоагуляции или электрэкссизии.

Электрокоагуляция (диатермокоагуляция) производится

обычно специальным шарикообразным наконечником; при этом происходит сваривание поверхностных слоев ткани, с которой наконечник соприкасается. Электроексцизия (диатермоэксцизия) производится также при помощи специального режущего наконечника или так называемого электроножа. Этот метод позволяет удалять опухоли путем их иссечения вместе с окружающими здоровыми тканями.

Электрохирургические операции протекают почти бескровно.

Электроэксцизия применяется в тех случаях, когда особенно велика угроза прививки опухолевых клеток в рану, например при опухолях наружных половых органов, кожи и мягких тканей.

Большое распространение получили электрохирургические операции при предраковых заболеваниях. Длительно незаживающие эрозии, эктропион и лейкоплакии, образующиеся на слизистых оболочках различных органов, длительно существующие трещины, полипы, различные опухолевидные образования кожи, особенно изъязвляющиеся пигментные пятна — все эти заболевания с успехом излечиваются электрокоагуляцией. Образующийся после электрокоагуляции струп обычно отторгается через семь-десять дней, оставляя после себя небольшой дефект ткани, который вскоре покрывается мягким и прочным рубцом.

Электрохирургические методы (электроэксцизии) широко используются при биопсии для исследования при подозрении на злокачественную опухоль. Образующийся дефект ткани после удаления кусочка немедленно коагулируется, благодаря чему прекращается кровотечение, предупреждается возможность внесения инфекции, и главное — предотвращается опасность распространения опухолевых клеток по лимфатическим и кровеносным путям.

Соблюдение правил асептики диктует необходимость частой смены инструментов во время операции, а также марлевых салфеток, которые применяют для осушивания операционного поля.

РАСШИРЕННАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ВЕРТГЕЙМУ

Наиболее удобна спинномозговая анестезия, при которой после вскрытия брюшной полости часто достаточно приподнять верхний край брюшной раны, чтобы кишечник сам в силу тяжести отодвинулся к диафрагме.

Во влагалище вводят стерильный марлевый тампон и укладывают большую в максимально наклонное положение по Тренделенбургу. Брюшную полость вскрывают послойно продольным разрезом. Разрез должен быть большой — от лобка и на два поперечных пальца выше пупка. По вскрытии брюшной полости края брюшины фиксируют шелковыми швами к коже и к краю простыни, которой покрыта брюшная стенка (рис. 540). Для расширения брюшной раны мы применяем зеркало Фора, вилку которого фиксируют между бедрами больной еще до начала операции (после подготовки операционного поля). После введения зеркала в брюшную полость закладывают конец мягкого полотна или большой марлевый лонгет для отстранения кишечных петель и защиты брюшной полости.

Для фиксации матки и подтягивания ее в разрез брюшной стенки мы применяем щипцы Дуайсена. При раке тела матки, а также при раке цервикального канала с наклоном к перфорации употреблять эти щипцы не следует, так как сильное потягивание за матку в таких случаях грозит разрывом ее стенки, изъеденной опухолью, и неизбежным

попаданием при этом инфицированных раковых масс в полость таза. В указанных случаях мы ограничиваемся наложением на широкие связки с обеих сторон у самого ребра матки длинных зажимов Кохера, которые для удобства подтягивания матки связывают за кольца полосковой марли.

Подтянув матку в рану, удаление ее обычно начинают с левой стороны. Отводя матку *in toto* в правую сторону и пальцами приподняв трубу и яичник кверху, осматривают задний листок натянутой широкой связки; при этом обычно бывает виден мочеточник, который в ви-



Рис. 540. Операция Вертгейма (А. И. Серебров). Брюшная полость вскрыта; брюшина подшита к коже и к краю простыни; введено зеркало Фора.

де белесоватого шнура просвечивает через листок брюшины широкой связки. После этого накладывают изогнутый зажим Микулича на *lig. infundibulo-pelvicum* без риска захватить мочеточник в зажим. Одновременно ассистент накладывает длинный зажим Кохера на круглую связку, а затем на всю толщу широкой связки у ребра матки (если эти зажимы не были наложены раньше) (рис. 541). Обе связки перерезают (рис. 542), широкую связку рассекают почти до ребра матки и немного расслаивают, чтобы отчетливо были видны передний или задний листок брюшины. То же самое делают с другой стороны. Затем матку оттягивают назад и вниз, и разрезы переднего листка брюшины соединяют путем пересечения брюшины по пузырно-маточной складке меж культей круглых связок (рис. 543). Чтобы освободить операционное поле от лишних инструментов, зажимы, наложенные на круглые связки и *lig. infundibulo-pelvicum*, следует заменить крепкими кетгутowymi лигатурами, концы которых захватываются зажимами Пеана.

После этого раздвигают двумя указательными пальцами листки широкой связки. Раздвигание листков должно быть произведено достаточно глубоко и с таким расчетом, чтобы явно обозначалось место разделения *art. iliaca communis* на *a. iliaca externa* и *a. hypogastrica*. Очень часто при этом видно место перегиба мочеточника, опускающегося вниз по заднему листку широкой связки.



Рис. 541. То же. Наложены зажимы Кохера на широкую и круглую связки.

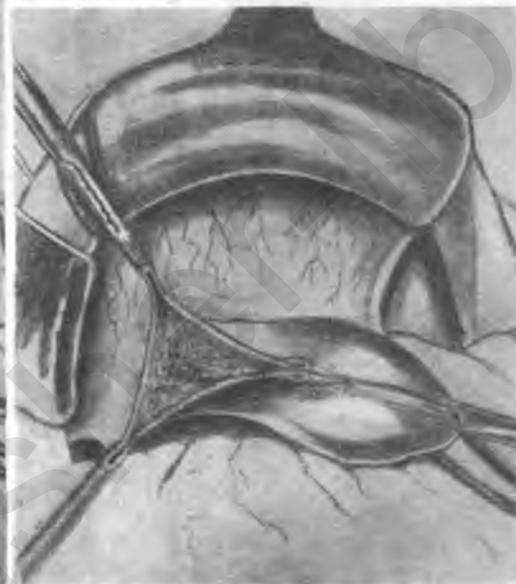


Рис. 542. То же. Связки перерезаны, придатки отсечены.



Рис. 543. То же. Разрез брюшины по пузырно-маточной складке,

Как известно, отношение мочеточника к *vasa iliaca* с одной и другой стороны не одинаково. Самое лучшее место для его отыскания есть его перегиб через *lin. innominata*.

Когда отчетливо видно место деления крупных сосудов таза, а медиальнее виден отодвинутый вместе с задним листком широкой связки мочеточник, приступают к выделению тазовой клетчатки (рис. 544). Для этого, по модификации Никольского, в расщеп широкой связки вводится широкое зеркало (рис. 545), чтобы отодвинуть передний листок широкой связки кверху, а край брюшной раны — в стороны. При этом хорошо обозначается почти во всей длине ход *art. iliaca externa*.

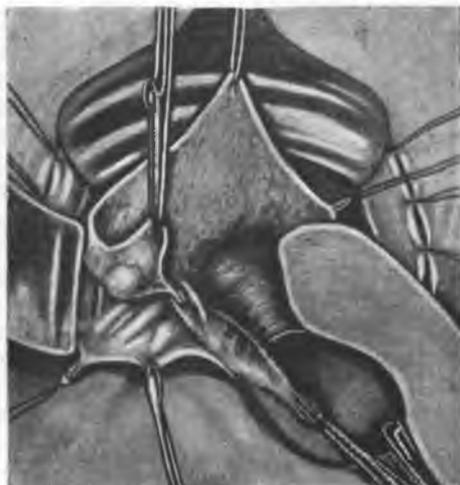


Рис. 544. То же. Начато отделение клетчатки и желез по ходу крупных сосудов таза.



Рис. 545. То же. Модификация Никольского. Отделение клетчатки по ходу крупных сосудов. Зеркало введено в расщеп широкой связки.

Если теперь приподнять пинцетом тонкую фасцию, покрывающую наружную подвздошную артерию, и рассечь ее ножницами над сосудом по всему протяжению, то мы попадем в слой, в котором клетчатка легко отходит от стенок сосудов (от подвздошной артерии и лежащей над ней вены), а ниже — и от мышц боковой стенки таза вместе с лимфатическими узлами, расположенными на этих сосудах (рис. 546). Клетчатку отделяют от места вхождения *a. iliaca externa* под пупартову связку. Так же легко клетчатка отделяется ниже названных сосудов от стенок таза в направлении к *spat. obturatorium*. При отделении клетчатки в этом месте нужно выделить проходящий здесь *nervus obturatorius*. Нужно также иметь в виду, что в этом же месте ближе к стенке таза проходят *art. et vena obturatoria*. Если они отчетливо видны, нужно их взять в зажим и перевязать; но чаще удается от них отойти без перевязки. Иногда при выделении клетчатки *v. obturatoria* разрывается. Обычно нет надобности отыскивать ее для лигирования, так как достаточно бывает на некоторое время прижать это место марлевым тампоном, чтобы кровотечение прекратилось. Закончив отделение клетчатки от стенки таза, начинают отделять клетчатку вниз до места отхождения *art. hypogastrica*. Мочеточник, ход которого отчетливо виден в этом месте, отодвигают в сторону, не отделяя его от заднего листка широкой связки.

Подойдя к *art. hypogastrica* и отделив ее от лежащей под ней вены, можно ее перевязать. При выделении клетчатки вокруг *art. hypogastrica* и при отделении примыкающей к ней вены нужно быть особенно осторожным, ибо ранение *v. hypogastrica* дает большое кровотечение, справиться с которым бывает очень трудно, так как задняя стенка сосуда плотно примыкает к стенке таза, что чрезвычайно затрудняет его перевязку. Однако мы не видим необходимости производить перевязку *a. hypogastrica* во всех без исключения случаях. Наоборот, чаще всего мы ограничиваемся перевязкой *art. uterina* у места отхождения последней от *art. hypogastrica*.



Рис. 546. То же. Модификация Никольского. Вылушивание желез.

В этом месте можно видеть увеличенные лимфатические узлы (первый этап метастазирования), которые удаляют вместе с отделенным уже куском клетчатки. Независимо от того, перевязывается ли *art. uterina* или *a. hypogastrica*, клетчатку отделяют дальше вниз до стенок *fossa ischiorectalis*. После этого отделенный пласт клетчатки остается в соединении только с боковой стенкой мочевого пузыря и с ребром матки.

Чтобы не травмировать отделенную клетчатку при последующих этапах операции и тем самым не увеличивать возможность имплантации опухолевых клеток, мы, как правило, клетчатку удаляем, отсекая ее ножницами от стенок мочевого пузыря и матки мелкими порциями после предвари-

тельного наложения зажимов Кохера. Последующее лигирование сосудов приходится производить только при отсечении клетчатки от мочевого пузыря; от ребра же матки она отсекается ножницами без наложения зажимов, так как никакого кровотечения при этом не бывает.

Следующим этапом операции является отделение мочевого пузыря и выделение мочеточника. Выделение мочеточника в области его устья требует предварительной мобилизации мочевого пузыря. Для этого на край брюшины, пересеченной в области пузырно-маточной складки, накладывают зажим Пеана, и брюшину, покрывающую мочевой пузырь, приподнимают вверх. Надсекая ножницами предпузырную клетчатку и раздвигая ее тупыми концами ножниц (рис. 547), очень легко попасть в слой между пузырем и стенкой матки, а затем и влагалища.

Отделение пузыря указанным приемом совершается очень легко и без всякого кровотечения. Как было уже сказано, мы не считаем необходимым отделять мочеточник от заднего листка широкой связки, к которому он фиксирован. Здесь нет рыхлой клетчатки, которую нужно было бы удалять, и отделение его в этом месте ведет только к нарушению его питания вследствие травмы подходящих к нему сосудов. Мы

начинаем его выделять в том месте, где он, удаляясь от заднего листка широкой связки, подходит к шейке матки. Выделение мочеточника производится также острым путем. Приподнимая пинцетом волокна плотной клетчатки, которая окутывает его в виде муфты, рассекают их над самым мочеточником тупоконечными ножницами, вставляя одну браншу ножниц в образующийся желобок между мочеточником и приподнятой клетчаткой. Освобождающийся при этом мочеточник концами сложенных ножниц без всяких усилий отодвигают кнаружи. Некоторые трудности приходится преодолевать при освобождении мочеточника в



Рис. 547. То же. Отслойка гупоконечными ножницами мочевого пузыря.

области устья его в том месте, где он лежит в основании широкой связки (связки Макенродта). Дело в том, что в этом месте над мочеточником проходит сеть сосудов пузырно-влагалищного сплетения, переходящая с пузыря на переднюю стенку влагалища. Поэтому пересечение связок Макенродта лучше производить после предварительного наложения на них клемм (рис. 548). Как только связка Макенродта над мочеточником пересечена, сразу освобождается его устье и мочеточник легко отодвигается в сторону.

Необходимо обратить внимание на то, что, отделяя клетчатку по ходу *art. hypogastrica* и подходя к *art. uterina*, обычно латеральнее, нельзя не заметить *lig. umbilicale later.*, которая при глубоком тазе ошибочно может быть принята за мочеточник, так как часто имеет вид плотного белого шнура. Однако в этом легко бывает разобраться, проследив детально ход мочеточника, который расположен медиальнее сосудов.

После выделения клетчатки с обеих сторон, отсепаровки мочеточников и отделения мочевого пузыря, приступают к перерезке крестцово-маточных связок. Необходимо прежде всего надрезать брюшину дугласова кармана, переходящую с матки на прямую кишку. Для этого кишку захватывают марлевой салфеткой и вытягивают вверх, благодаря чему отчетливо намечается складка брюшины в месте ее перехода с матки на *rectum*. После перерезки брюшины кишку отделяют тупым путем книзу; кишка должна быть отделена от влагалища не менее чем на 4—5 см.

После подтягивания матки вверх и к лону крестцово-маточные

связки отчетливо обозначаются в виде натянутых широких мышечных пластинок вместе с окружающей клетчаткой. Отделив от них прямую кишку с боков, на связки, как можно ниже, накладывают зажимы Микулича, поверх которых связки пересекаются ножницами (рис. 549); при этом матка поднимается выше. Чтобы перерезать всю толщу связок до задней стенки влагалища, приходится накладывать добавочные зажимы Микулича по мере пересечения связок. Кровотечение из проходящего здесь геморроидального сплетения обычно не бывает обильным (особенно, если предварительно были перевязаны аа. hypogastricae).



Рис. 548. То же. Большая часть клетчатки и лимфатические узлы удалены. Наложены зажимы на кардинальную связку (Макирродта) для освобождения устья мочеточника.

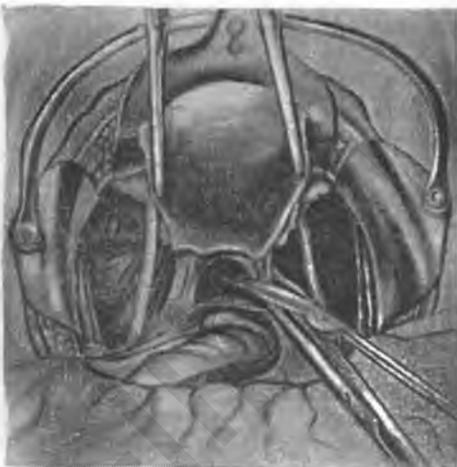


Рис. 549. То же. Брюшина дугласова пространства рассечена, прямая кишка отделена книзу. Производится пересечение крестцово-маточных связок.

Когда связки пересечены с обеих сторон, матка легко поднимается выше лонного сочленения, так как ничто ее теперь не удерживает в тазу, за исключением легко растяжимого влагалища. Пересеченные крестцово-маточные связки нужно перевязать кетгутом небольшими порциями, чтобы избежать массивных культей.

Теперь остается удалить матку вместе с верхним отрезком влагалища с таким расчетом, чтобы удалить по возможности не меньше 4 см его здоровой стенки. Если к моменту пересечения влагалища выясняется, что оно недостаточно отделено от пузыря и rectum, то теперь, при оттянутой сверху матке, это легко сделать, так как слой клетчатки между влагалищем и соседними органами отчетливо виден. Влагалище низко пересекают для того, чтобы убрать опухоль в пределах здоровых тканей и тем самым избежать последующих рецидивов в его культе. Некоторыми авторами (Ф. Н. Тавилдаров) доказано, что иногда раковые клетки заносятся по лимфатическим щелям влагалища далеко от первичного очага, хотя сама стенка влагалища на вид кажется здоровой. Там, где трубку влагалища пересекают близко от опухоли, рецидивы в рубце наблюдаются почти, как правило.

Пересечение влагалищной трубки является очень ответственным моментом операции. Как бы тщательно ни подготавливалось влагалище и каким бы способом ни дезинфицировалась опухоль перед операцией, к

концу операции во влагалище всегда скопляется некоторое количество выделений, всегда инфицированных. Попаданию этих выделений в полость малого таза отчасти препятствует тот тампон, который был введен во влагалище перед операцией и который всасывает эти выделения; перед вскрытием влагалища этот тампон удаляют. Кроме того, необходимо принять еще некоторые меры предосторожности. Всю полость таза вокруг матки нужно обложить марлевыми салфетками, при этом мочеточники, во избежание их случайного ранения, оттесняют в сторону от влагалища. Мочевой пузырь оттесняют к лону широким подъемником. После этого, сильно оттягивая матку по направлению к мысу, захватывают переднюю стенку влагалища двумя зажимами Кохера, накладываемыми на расстоянии 1—1,5 см один от другого, и подтягивают ее вверх. Образовавшуюся между двумя зажимами продольную складку рассекают ножницами. Как только влагалище будет вскрыто, ассистент должен ввести в него через образованное отверстие 2—3 марлевых шарика (рис. 550), чтобы они впитали выделения, оставшиеся в небольшом количестве во влагалище после извлечения тампона. Шарика эти извлекают из влагалища после операции.

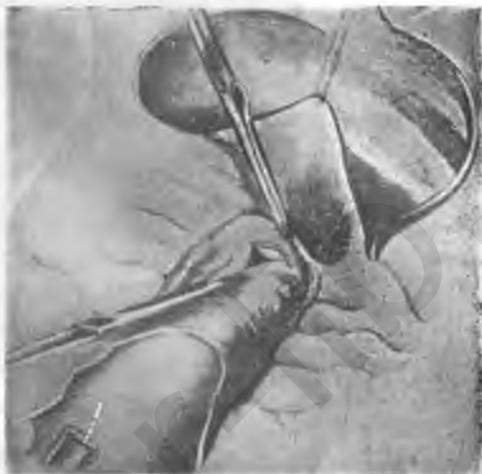


Рис. 550. То же. Влагалище вскрыто: в него введены марлевые шарики.

Вилляр (Villard) перед вскрытием влагалища рекомендует вводить в него аспиратор (наконечник водоструйного насоса) для отсасывания слизи, выделений и крови, скопившихся во влагалище к концу операции. Эффективным способом изоляции опухоли и защиты полости малого таза от попадания в нее отторгшихся кусочков опухоли и выделений из влагалища является применение влагалищного жома, предложенного Вертгеймом. Но жом Вертгейма изолирует лишь верхний (удаляемый при операции) отрезок влагалищной трубки; поэтому рекомендованные выше меры предупреждения попадания выделений в операционную рану из нижних отделов влагалищной трубки остаются в силе. При отсечении влагалища, особенно в боковых отделах, обычно кровоточат его небольшие сосуды, которые в этих случаях берут в зажимы Микулича и перевязывают кетгутовыми швами. Швы на эти сосуды нужно накладывать таким образом, чтобы узлы были обращены в просвет влагалища.

Как только матку удалят вместе с куском влагалища, в просвет последнего вводят йодоформный тампон.

Прежде чем приступить к перитонизации, необходимо фиксировать несколькими швами мочевой пузырь и прямую кишку к стенкам влагалища для предупреждения в последующем грыжевых выпячиваний названных органов в просвет последнего. Для этого край брюшины пузырно-маточной складки фиксируют к передней стенке влагалища тремя-четырьмя швами, а край брюшины, покрывающий rectum, — к задней стенке двумя-тремя швами (рис. 551). После этого передний и задний листки брюшины сшивают непрерывным кетгутовым швом, начи-

ная справа от *lig. infundibulo-pelvicum*. Над незащитым отверстием влагалища сшивают брюшину, покрывающую мочевой пузырь, с брюшиной *gesti* (рис. 552). Таким образом, над отверстием влагалища параллельно его просвету остается поперечный канал, обеспечивающий сток выделений из малого таза во влагалище.

По окончании перитонизации мы вводим в полость малого таза 200 000 ЕД пенициллина и зашиваем брюшную стенку послойно наглу-



Рис. 551. То же. Матка удалена; брюшина мочевого пузыря и прямой кишки подшита к стенкам влагалища. Начало перитонизации.



Рис. 552. То же. Перитонизация закончена.

хо. На брюшину, мышцы и апоневроз накладываем непрерывные кетгутовые швы, на кожу — три шелковых шва, проведенных через апоневроз и скобки Мишеля. На рис. 553 и 554 представлен препарат матки, удаленной при операции по Вертгейму.

Даже у самых опытных хирургов при расширенной экстирпации матки наблюдаются иногда серьезные осложнения: ранение крупных сосудов, мочевых путей и кишечника. Из крупных сосудов чаще всего наблюдается ранение *vena hypogastrica*, что может произойти при

лигировании а. hypogastrica, вследствие чего перевязка этого сосуда требует осторожного и полного отделения его от одноименной вены, близко примыкающей к артерии своей передней стенкой. Такой же осторожности требует выделение клетчатки в нижних отделах у задне-боковой стенки таза, где v. hypogastrica лежит в костном желобке, а при ранении ее в этом месте перевязка сопряжена с большими трудностями.



Рис. 553. То же. Препарат матки, удаленный при операции, с клетчаткой и верхней третью влагалища.



Рис. 554. То же. Тот же препарат (вид снизу).

Ранения мочевого пузыря и мочеточников иногда остаются незамеченными во время операции. При ранении мочевого пузыря образовавшееся отверстие необходимо тотчас же зашить двухэтажным швом. После операции рекомендуется ставить катетер à demeure на четыре-пять дней. Ранение мочеточника — уже более серьезное осложнение, требующее добавочных операций: сшивания, пересадки в мочевой пузырь, при высоком ранении — завязывания в узел и т. п.

Ранение кишечника бывает чаще всего в области прямой кишки при отделении ее от влагалища. Осложнение это всегда грозит инфекцией. Кишку зашивают по принятым в хирургии правилам.

Определенную опасность для больной представляет также после-

операционный период. Поэтому все мероприятия послеоперационного ухода должны быть направлены главным образом на профилактику возможных осложнений. Наблюдение за операционной раной, за состоянием сердечно-сосудистой системы, за функцией легких, мочевого пузыря, почек и кишечника должно быть постоянно в центре внимания врача.

После расширенных оперативных вмешательств по поводу рака матки иногда образуются свищи. Наблюдаются свищи пузырно-влагалищные, мочеточниково-влагалищные и влагалищно-кишечные. Причины свищей различны. В ряде случаев они являются результатом травмы мочевых путей во время операции. Обычно наличие фистулы (пузырно- или маточно-влагалищной) в таких случаях обнаруживается в первые же дни после операции. В других случаях образуются так называемые поздние свищи, возникающие после операции на 15—20-й день в результате частичного некроза стенки пузыря или мочеточника. В патогенезе поздних свищей играет роль, по-видимому, ряд факторов: нарушение питания стенок пузыря или мочеточника, инфекция, пролежни от лигатур, тампонов и дренажей.

Большинство авторов отмечают, что мочеточниково-влагалищные свищи закрываются спонтанно. Если мочеточниковый свищ не закрывается в течение ближайших трех-четырех недель, мы производим катетеризацию мочеточника. Если таковая удается, то свищ, как правило, закрывается в течение ближайших дней. Катетер держим двое суток. Мы наблюдали несколько больных, успешно излеченных катетеризацией мочеточника.

При образовании пузырно-влагалищного свища целесообразно сразу поставить катетер à demeure в расчете на спонтанное заживление фистулы. Если этого достигнуть не удается, то к операции зашивания фистулы рекомендуется приступать не ранее, чем через шесть-восемь недель после ее образования.

Кишечно-влагалищные фистулы самостоятельно не закрываются и требуют довольно сложного оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

Акопян Е. С. Оперативное лечение рака шейки матки с дренированием брюшной полости и подбрюшинного пространства. Сб. научн. трудов Самарканд. мед. ин-та, 1947, 7.

Асатинов Г. К. О рациональном ведении больных после оперативного лечения рака матки. Тр. Дагест. ин-та, 1948, 4.

Атабеков Д. Н., Иванов Б. Н. К вопросу о терапии рака шейки матки. Акуш. и гинек., 1952, 2.

Беляев Е. И. Непосредственные и ближайшие результаты оперативного лечения рака шейки матки. Сб. научн. работ Иркут. мед. ин-та. Иркутск, 1953.

Брауде И. Л. Хирургическое лечение рака матки и рака яичников. Акуш. и гинек., 1945, 3.

Бутылин А. Г. Введение пенициллина в шейку матки перед операцией расширенной экстирпации матки при раке шейки матки. Акуш. и гинек., 1951, 6.

Добротин С. С. 1102 случая операции Вертгейма в модификации К. Ф. Богуща. Акуш. и гинек. 1940, 7.

Жимаринский В. А. О симпатэктомии при сильных болях, связанных с неоперабельным раком шейки матки. Акуш. и гинек., 1937, 2.

Кватер Е. И. Оперативное лечение рака матки. Совет. медиц., 1947, 7.

Кукушкин А. Д. К методике абдоминальной расширенной операции по поводу рака шейки матки (в модификации автора). Акуш. и гинек., 1949, 4.

Лебедев В. Оперативное лечение рака шейки матки по методу Фора. Гинек. и акуш., 1933, 5.

Лурье А. Ю. Профилактика, клиника и терапия рака матки. Госмедиздат УССР, 1947.

Максимович Б. М. Расширенная абдоминальная экстирпация матки при раке шейки. Днепропетровск, 1939.

Михайлов В. П., Терехова А. А. Новый метод предупреждения и лечения шока и инфекции для снижения первичной смертности при операции Вертгейма. Акуш. и гинек., 1947, 6.

Михайлов В. П., Терехова А. А. Ближайшие и отдаленные результаты 800 операций Вертгейма. Вопр. онкологии, 1950 стр. 337—343.

Никольский И. П. Оперативный, лучевой и комбинированный способы лечения рака шейки матки. Вопр онкологии, 1936, 9.

Пойзнер Б. С. К оперативному лечению рака шейки матки. Труды Томск. мед. ин-та, 1949, 15.

Роговенко С. С. Рак влагалища. Медгиз, 1954.

Серебров А. И. Показания к оперативному и лучевому методу лечения рака матки. Совет. медиц., 1948, 7.

Серебров А. И. Рак матки. Медгиз, 1957.

Тобилевич В. П. К вопросу об обезболивании по способу Долиотти при incurabльных формах рака шейки матки. Акуш. и гинек., 1938, 6.

Фигурнов К. М. Отдаленные результаты оперативного лечения рака шейки матки. Тр. ВМА 1938, 15.

Шмундак Д. Е., Павленко С. И., Крастина Э. М. Лечение больных с предраковым состоянием шейки матки. Совет. медиц., 1952, 6.

Глава 14

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Общие сведения. Нормальный послеоперационный период. Послеоперационные осложнения. Лечебная физкультура в послеоперационном периоде.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Послеоперационный период может быть разделен на ранний и поздний. Первый из них длится около трех-четырёх дней и в общем заканчивается к моменту действия кишечника; второй следует за первым и заканчивается через 12—20 дней, то есть ко дню выписки. Следующий за выпиской период, заканчивающийся восстановлением трудоспособности, может быть назван периодом реконвалесценции; продолжительность его различна.

С целью лучшего наблюдения за раной (иногда также за сокращением матки) после лапаротомии лучше не бинтовать живот, а накладывать повязку из нескольких слоев марли, укрепленных полосками липкого пластыря.

После операции больную помещают в послеоперационную палату под наблюдение дежурной или специально выделенной сестры.

Послеоперационные палаты должны иметь одну-три койки и быть расположены недалеко от операционной и дежурного поста. Только после небольших гинекологических операций больных можно помещать в палаты на четыре-шесть коек, предназначенные, однако, также для недавно перенесших операцию.

Оперированную укладывают на заранее подготовленную и согретую постель. При необходимости больную обогревают грелками, вводят сердечные, глюкозу, физиологический раствор и т. п. На живот после чревосечения кладут пузырь со льдом для уменьшения болей в ране и в целях профилактики гематомы. На случай рвоты после наркоза должен быть наготове тазик, рогорасширитель, полотенце; больная лежит без подушки, голова повернута на бок во избежание аспирации рвотных масс. У тучных полезно обернуть живот поверх повязки специальным полотенцем с завязками спереди («гурита»).

В послеоперационных палатах необходимо иметь наготове кислород, который применяют при первых признаках цианоза, учащении или поверхностном дыхании. Измерение артериального давления производят, как и счет пульса, несколько раз в течение первых шести-восьми часов после операции.

Уже через три-шесть часов после операции появляются боли в области раны. Боли могут наступить даже после небольших операций, например, после кольпоперинеоррафии.

Послеоперационные боли необходимо устранять, так как, помимо беспокойства, бессонницы и ухудшения общего состояния, они могут вызвать вторичные осложнения: метеоризм, задержку мочеиспускания и т. п. Доказано отрицательное действие послеоперационных болей на центральную нервную систему; некоторые хирурги видят в них причину развития шока и послеоперационных психозов.

При раннем наступлении болей назначают промедол 2% 1—2 мл подкожно, а на ночь морфин 1% 1 мл или пантопон 2% 1 мл подкожно.

Некоторые авторы (П. И. Касько, 1957) применяют при болях в послеоперационном периоде аминазин. Препарат можно назначать внутривенно или внутримышечно (2 мл 2,5% раствора), а также внутрь по 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день на второй день после операции. После введения аминазина кратковременно снижается артериальное давление.

Автор рекомендует одновременно с аминазином назначать противошоковый раствор.

Рвота после наркоза у оперированных наблюдается часто и зависит от раздражения слизистой желудка наркотическим веществом. Рекомендуется внутрь не назначать ничего; на подложечную область — грелки. При рвоте после спинномозговой анестезии вводят подкожно 1—2 мл 10% кофеина два-три раза за первые сутки.

Не позднее чем через 12 часов после операции необходимо добиться мочеиспускания. Если больная не может помочиться сама (в подогретое судно), то мочу выпускают катетером с соблюдением всех правил асептики. При задержке мочеиспускания в последующие дни требуются специальные меры (см. ниже).

НОРМАЛЬНЫЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

П и т а н и е. При отсутствии противопоказаний — рвота, посленаркозный сон, бессознательное состояние — больной, перенесшей операцию под общим наркозом, уже через 3—4 часа (не ранее 1—2 часов после прекращения рвоты) дают пить, лучше всего горячий крепкий чай с лимоном. После большой кровопотери необходимо повторно давать жидкость в большом количестве; следует отметить, что у этих больных рвота после наркоза наблюдается реже, поэтому им нужно начать давать пить раньше. Очень важно вскоре после пробуждения от наркоза заставлять оперированную глубоко дышать для удаления остатков эфира из легких («дыхательная гимнастика»).

Перенесшим операцию под спинномозговой или местной анестезией можно давать пить через 15—20 минут после операции; это утоляет жажду, регулирует водный обмен и, кроме того, положительно действует на психику больных.

Чтобы избежать ацидоза, уже в день операции можно начать питание больных, причем пищевой режим их заключается в жидкой и полужидкой диете: сладкий чай, бульон, кисель, витамины, молоко; следующий день утром — сладкий чай, сухари; на второй и третий дни добавляют кашу (рисовую, манную), сухари, булку, масло; иногда для возбуждения аппетита слабых больных с четвертого-пятого дня полезно назначать в небольшом количестве белковые вещества — икру, ветчину. После одно-двукратного действия кишечника больных переводят на общий стол.

С первого дня операции необходимо следить за чистотой рта и языка (полоскание слабым раствором марганцовокислого калия, очистка языка механическим путем — марлей, обернутой на шпатель).

Регулирование кишечника. После лапаротомии, если действие кишечника не наступает самопроизвольно, — на третьи сутки назначают гипертоническую (натр. $\text{chl} \text{ог}$. 10% 100—200 мл) или глицериновую клизму (1 столовая ложка глицерина на $\frac{3}{4}$ —1 стакан воды).

Если кишечник не действует, назначают очистительную клизму из 1 л воды (с мылом) или дают солевое слабительное (magnes. sulfur . 30,0).

После влагалищных операций с наложением швов на промежность, чтобы предотвратить травмы промежности, лучше вместо клизмы назначать слабительное, но не ранее четырех суток после операции.

Снятие швов. После лапаротомии скобки снимают на седьмые сутки, шелковые швы — на восьмые. Швы на промежности после пластических операций снимают рано — на пятые сутки, так как более позднее снятие швов может вызвать их прорезывание.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Шок (поражение нервной системы) встречается после гинекологических операций чаще, чем после акушерских, что отчасти объясняется меньшей продолжительностью акушерских операций и наркоза при них. В гинекологической практике шок может возникнуть после больших длительных операций (например, после расширенной экстирпации матки по поводу рака шейки). **Коллапс** (поражение сосудистой системы, вазомоторов) чаще встречается при акушерской патологии и после акушерских операций, особенно сопряженных с большой кровопотерей.

Клинически шок и коллапс весьма сходны, но при шоке сознание обычно сохраняется, при коллапсе оно помрачено; при шоке цвет покровов бледно-желтый, матовый, при коллапсе и кровопотерях кожные покровы бледны до мраморно-блестящей белизны (В. С. Левит).

При шоке и коллапсе больных укладывают с несколько опущенной головой, обкладывают их грелками; под кожу или в вену вводят сердечные средства — камфару (подкожно), кофенин, строфантин, стрихнин. Особенно рекомендуют адреналин 1 : 1000—0,5 мл внутримышечно или в вену; ввиду краткости действия адреналина, необходимо вводить его повторно по 0,1—0,2 мл. Вместо адреналина можно применять питуитрин подкожно. Он тонизирует сосуды и оказывает более длительное действие, чем адреналин. Для раздражения вазомоторного центра рекомендуется вдыхание углекислоты, лучше всего в виде смеси (если имеется специальный аппарат) из 10% углекислоты, 50% кислорода и 40% воздуха. В дальнейшем вводят глюкозу с адреналином (капельным внутривенным способом) или какую-либо противошоковую жидкость. При значительной кровопотере и шоке хорошим средством является переливание крови (после восстановления правильного кровообращения) в значительных количествах (до 1 л), лучше в два приема.

Вторичные кровотечения в брюшную полость могут наблюдаться после лапаротомий, реже после влагалищного удаления матки, чаще всего при соскальзывании лигатуры с культей сосудов; проявляются они симптомами внутреннего кровотечения. Единственно правильная в этих случаях терапия — срочная релапаротомия и лигирование кровоточащих сосудов.

При влагалищных операциях также могут наблюдаться вторичные кровотечения, обычно через влагалище. В этих случаях можно марлей затампонировать последнее. Если это не помогает, необходимо хорошо обнажить зеркалами кровоточащую область, разыскать кровоточащий сосуд и лигировать его.

Рвота в послеоперационном периоде бывает различного происхождения, поэтому и лечение ее зависит от вызвавшей ее причины.

О рвоте после ингаляционного наркоза в первый день после операции говорилось выше. Рвота, возникающая позднее, может быть признаком острого расширения желудка, начинающегося перитонита или кишечной непроходимости. Лучшим методом лечения рвоты является покой для желудка; не следует вводить через желудок никакой пищи и лекарств. Против обезвоживания организма назначают подкожные вливания или капельные клизмы. На область желудка можно положить грелку. При большом скоплении слизи промывают желудок при помощи зонда раствором соды с примесью нескольких капель мятной настойки или назначают длительное промывание по Букатко. При рвоте после спинномозговой анестезии полезно ввести под кожу 10% кофеин два-три раза в день по 1 мл.

Если рвота связана с неотхождением газов, можно вначале применить промывание желудка, ввести в вену гипертонический раствор NaCl (10% 50—100 мл), назначить сифонные клизмы. При рвоте, зависящей от начинающегося перитонита, промывают желудок, вводят пенициллин (внутримышечно по 150 000 ME через три часа). Если эффекта нет, в обоих случаях незамедлительно переходят к (повторному) чревосечению.

Причиной **метеоризма** после лапаротомии является связанное с операцией обнажение, охлаждение и травмирование внутренних органов, а также отрицательное действие общего наркоза. Быстро произведенные операции, особенно без применения общего наркоза, редко дают послеоперационный парез кишок. В гинекологии послеоперационный метеоризм чаще всего наблюдается при внутрибрюшных кровотечениях или при затекании гноя и содержимого кистевидных опухолей в брюшную полость. К началу третьих суток метеоризм обычно проходит.

Профилактика этого тягостного для оперированных осложнения заключается в тщательном, по хирургическим правилам, оперировании с защитой брюшных органов, особенно кишечника, от попадания гноя, осторожном обращении с брюшиной и кишечными петлями. Подготовка больных к лапаротомии путем назначения слабительных в большинстве случаев излишня, так как они усиливают парез кишечника.

Простейшим **лечебным средством** против метеоризма является введение трубки в прямую кишку (на 12—15 см), что сразу же ликвидирует одну из причин метеоризма — спазм сфинктера. Очень хорошо сочетать введение трубки с тепловыми процедурами, например, электро-световой ванной (рекомендовано Гелинским). Однако энергичное тепло может быть противопоказано при склонности к маточному кровотечению. Для возбуждения перистальтики кишок многие хирурги и гинекологи применяют физостигмин подкожно по 0,5—1 мл 0,1% раствора

Можно вводить его профилактически еще на операционном столе, а через сутки после операции назначить глицериновую клизму.

Чаше назначают физостигмин под кожу один-два раза в день в сочетании с газоотводной трубкой и суховоздушной ванной. Если этого препарата нет под рукой, его успешно можно заменить питуитрином. Действие питуитрина, помимо возбуждения перистальтики кишок, весьма полезно и в других отношениях: он поднимает кровяное давление, способствует мочеотделению, что в большинстве случаев бывает желательным. Питуитрин вводят по 0,5—1 мл два раза в день под кожу.

Что касается клизм, то их можно рекомендовать по истечении суток после операции в виде микроклизм из гипертонического раствора поваренной соли (10% 100 мл) или еще лучше в виде глицериновых клизм (одна-две столовых ложки глицерина на $\frac{1}{2}$ стакана воды). Рекомендуемые некоторыми клизмы из чистого, неразбавленного глицерина очень раздражают слизистую прямой кишки. Если гипертонические, глицериновые или простые клизмы не оказывают действия, переходят к сифонным клизмам, вводя резиновую трубку выше внутреннего сфинктера; очень эффективны и сифонные клизмы из гипертонического (10%) раствора поваренной соли.

Наиболее часто послеоперационные пневмонии и бронхиты встречаются после лапаротомий, особенно продолжительных и проводимых под общим ингаляционным наркозом (аспирационные лобулярные пневмонии). Однако даже влагалищные операции, проводимые без ингаляционного наркоза, могут осложняться бронхитами и пневмониями. В большей мере послеоперационным бронхитам и пневмониям могут способствовать тромбозы тазовых вен после влагалищных операций. Все же воздержание от ингаляционного наркоза в пользу местной или спинномозговой анестезии, несомненно, уменьшает частоту и тяжесть послеоперационных осложнений в легких.

Профилактика пневмоний и бронхитов заключается в защите больных от охлаждения, например при санобработке. Больных с бронхитом, эмфиземой, туберкулезом легких лучше оперировать не под эфирным наркозом, а под местной анестезией или тиопентал-натриевым внутривенно-капельным наркозом. Для уменьшения выделения слизи из дыхательных путей целесообразно перед операцией под наркозом ввести под кожу 1 мл атропина.

После пробуждения больной предлагают делать глубокие вдохи («дыхательная гимнастика»), назначают (профилактически) круговые банки на грудь, сердечные средства под кожу, высокое положение верхней части туловища (при отсутствии противопоказаний — анемия — и только через четыре-шесть часов после операции). Оперированных с первого дня следует поворачивать с одного бока на другой и не давать долго лежать на спине.

Современное лечение уже развившейся пневмонии проводят по общим схемам с применением сульфаниламидных препаратов в больших дозах, пенициллина и стрептомицина.

Задержка мочеиспускания может наблюдаться как после лапаротомии, так и после влагалищных операций. Послеоперационную задержку мочи нельзя объяснить отсепаровкой мочевого пузыря, если она производилась во время операции, так как задержка мочи наблюдается и без этого фактора. Часто причиной задержки мочи бывает страх перед болью во время натуживания при мочеиспускании. Как сказано выше, рекомендуется приучать больных еще до операции мочиться лежа, что весьма полезно.

Для лечения уже развившейся задержки мочеиспускания необходимо начать с простейших мер: грелка на область мочевого пузыря, горячие микроклизмы, подсаживание. Судно нужно подавать согретым, во избежание рефлекторного спазма сфинктера от соприкосновения с холодным предметом, для этой цели в судно наливают немного горячей воды.

Из лекарственных средств применяют введение в мочевой пузырь 20 мл теплого раствора 1—2% колларгола или 20 мл 2% борной кислоты с добавлением одной трети глицерина. Можно назначать внутривенное введение 5—10 мл 40% уротропина, которое часто дает положительный результат. Иногда благоприятно действует подкожное введение 3—5 мл 25% сернистой магнезии. Наконец, как и при парезе кишок, хорошим средством против задержки мочи является введение под кожу повторных небольших доз (0,5 мл) питуитрина.

Если лекарственные средства не оказывают действия, то прибегают к катетеризации. Для профилактики цистита катетеризацию необходимо проводить строго асептично.

О диагностике и терапии циститов см. ч. II, гл. 14, стр. 444—447.

В послеоперационном периоде пиелиты развиваются у оперированных восходящим путем из мочевого пузыря и лимфатическим путем из кишечника, в особенности при запорах. Как возбудитель в 90% случаев встречается *bact. coli*; при этом чаще наблюдаются правосторонние пиелиты вследствие перехода инфекции по лимфатическим сосудам из печеночной кривизны или другого отдела ободочной кишки на лоханку правой почки.

Терапия заключается в назначении молочно-растительной диеты, щелочных вод, грелок на поясницу; рекомендуют лежание на левом боку (при правостороннем пиелите); из лекарственных веществ применяют антибиотики, а также сульфодимезин (подробнее см. в ч. II, гл. 14).

Развивающаяся в редких случаях послеоперационная анурия (у лиц с недостаточностью почек, после длительного наркоза у резко обескровленных) является обычно грозным осложнением и ведет быстро к уремии и летальному исходу.

Небольшие нагноения брюшной раны после лапаротомии лечат, как и в хирургии, снятием швов и раздвиганием краев раны на ширину, необходимую для свободного оттока гноя. Хорошим методом лечения нагноившихся операционных ран является облучение их кварцевой лампой с постепенным увеличением дозировки ультрафиолетовых лучей.

Если нагноение не ликвидируется через несколько дней и имеется гноящийся свищ, то это свидетельствует об инфекции в области нерассасывающейся шелковой лигатуры (лигатурный свищ). В этих случаях необходимо под местной анестезией удалить лигатуру, после чего свищ быстро закрывается.

При лечении раны лучше не прибегать к тампонированию. При обширных, но не затрагивающих апоневроза нагноениях рану раскрывают, широко и рыхло тампонируют. Когда рана очистится и посев с грануляции будет стерильный, можно наложить вторичный шов. Это относится не только к ранам после лапаротомии, но и к ранам промежности, разошедшимся вследствие суппurations.

При глубоких нагноениях подкожной клетчатки с расхождением апоневроза (после лапаротомий) в рану могут выходить матка и кишечные петли. Лечение — наложение вторичного шва.

Инфильтраты культи при пользовании кетгутом вместо плохо рассасывающегося шелка наблюдаются после гинекологических операций сравнительно редко. Если же инфильтраты развиваются, то возникает опасность перехода инфекции на параметрий и брюшину.

Полное расхождение раны брюшной стенки с выходением внутренних органов — **эвентрация** — чрезвычайно редкое осложнение. В 80% случаев причиной этого тяжелого осложнения бывает кахексия, интоксикация, тяжелая анемия, тяжелое нарушение обмена веществ (авитаминозы, диабет). Поводом к наступлению эвентрации являются кашель, натуживание, атония кишечника. Эвентрация наступает обычно между 6-м и 12-м днем после операции, чаще всего — на восьмой день при снятии швов. Вид наркоза и материала для швов не имеют значения в происхождении эвентрации.

Почти все акушеры-гинекологи накладывают при совершившейся эвентрации глухой шов, захватывая кожу, клетчатку и апоневроз; лучше всего пользоваться узловыми, не тонкими шелковыми лигатурами. При перитонеальных явлениях или местном нагноении следует ввести в рану пенициллин. Никогда не следует при эвентрации освежать края раны и отсепаровывать припаянные к париетальной брюшине кишечные петли.

Для борьбы с послеоперационными осложнениями рекомендуют терапию сном. По наблюдениям Э. М. Каплуна, при терапии сном необходимость в катетеризации уменьшилась в десять раз; необходимость в клизме, газотводной трубке, как средстве борьбы с метеоризмом, сократилась в 2½—3 раза; силы больных восстанавливались значительно быстрее.

Тромбоэмболическая болезнь. По В. П. Михайлову и А. А. Тереховой (1957), в патогенезе тромбоэмболической болезни большую роль играют физико-химические изменения коллоидов плазмы крови, вызывающие нарушение ее стабилизации и повышение свертываемости. Это заболевание нередко встречается в послеоперационном периоде, особенно у больных с расширением подкожных вен, тромбофлебитом в анамнезе, при повышении протромбина крови, ожирении и т. п. Применением в настоящее время фибринолитиков и антикоагулянтов (гепарин, дикумарин, неодикумарин, пелентан) возможна профилактика и терапия тромбоэмболической болезни. Применять антикоагулянты следует под контролем определения уровня протромбина в крови; уровень его должен быть не ниже 30% при применении пелентана или не ниже 50% при лечении дикумарином (Михайлов и Терехова). Для успеха профилактики и лечения с помощью антикоагулянтов важно раннее распознавание клинических проявлений тромбоэмболии. Многие случаи пневмонии и плевритов в послеоперационном периоде надо отнести за счет эмболических процессов в легких типа инфаркта (А. И. Петченко, 1935). Профилактику с помощью антикоагулянтов следует сочетать с ранними активными движениями в постели; активное поведение и выписку больных можно разрешать лишь при РОЭ ниже 20 мм и при вязкости крови не выше 5 (Михайлов и Терехова).

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Большое значение для профилактики послеоперационных осложнений имеет применение рациональной физкультуры у оперированных больных (М. С. Малиновский, С. А. Ягунов, М. В. Елкин, М. А. Даниахия и др.).

По М. В. Елкину, лечебная физкультура в послеоперационном периоде имеет следующие задачи: восстановить нормальное дыхание, облегчить работу сердца, предупредить парез кишечника, послеоперационный ацидоз, иширию, а также спайки и сращения благодаря улучшению кровообращения в зоне операции.

Предлагаемые различными авторами схемы ЛФК для оперированных следует считать только примерными, так как в практике те или иные упражнения назначаются *строго индивидуально*, в зависимости от состояния больной и целей, которые преследует ЛФК в данном случае; соответствующие указания лечащий врач должен дать методисту по ЛФК, проводящему занятия с больными.

Обычно в первые три-четыре дня после операции упражнения должны быть простыми (дыхательные, поднимание рук, сжатие и разжимание пальцев рук со сгибанием и разгибанием стоп и т. п.); напрягать мышцы живота еще не разрешается. В последующие дни (до вставания на 5—7 день) упражнения усложняются. После разрешения встать больная проводит упражнения сидя на стуле.

Комплексы по лечебной гимнастике для послеоперационных гинекологических больных приведены в различных руководствах, в том числе в «Гинекологии» п/р проф. М. С. Малиновского (Медгиз, 1957, стр. 559—564). Мы назначаем подобные же упражнения, выбирая совместно с методистом индивидуально для каждой больной или для двух-четырёх больных 3—8 требуемых упражнений.

ЛИТЕРАТУРА

Анискова Ф. Д. Профилактика и лечение послеоперационного ацидоза гинекологических больных. Сов. медиц. 1948, 6, стр. 23—25.

Ашман А. А., Пичугина Г. Т. Опыт применения лечебно-охранительного торможения в пред- и послеоперационном периоде. Акуш. и гинек., 1957, 1, стр. 78—81.

Гуртовой Б. Л. О реактивности женского организма в послеоперационном периоде. Врач. дело, 1948, 1.

Данахий М. А. Ошибки и опасности при гинекологических операциях. Медгиз, 1933.

Елкин М. В. Лечебная физкультура после гинекологических операций. Тр. IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, 1937.

Каплун Э. М. и Анисенко В. В. Опыт применения лечебного сна в послеоперационном периоде. Акуш. и гинек., 1953, 4, стр. 17—20.

Касько П. И. Применение аминазина в послеоперационном периоде у гинекологических больных. Акуш. и гинек., 1957, 3, стр. 81—86.

Михайлов В. П. и Терехова А. А. Тромбозмолоческая болезнь в акушерстве и гинекологии, 1957, 5, стр. 58—77.

Салищев В. Э. Вопросы профилактики послеоперационных осложнений. Хирургия, 1946, 4.

Туманова Е. С. Профилактика и терапия послеоперационных осложнений. 150 лет Центр. научно-исслед. акуш.-гинек. ин-та, 1947, т. 2.

Туманова Е. С. О рефлекторных расстройствах мочеиспускания и мочеотделения у гинекологических больных. В кн.: Вопросы нейро-гуморальной регуляции физиологических и патологических процессов женской половой сферы. Медгиз, 1956.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Доц. К. М. Баженова.

Из истории развития акушерско-гинекологической помощи в России известно, что организация обслуживания гинекологических больных много отставала по сравнению с акушерской службой. Но если организации стационарной помощи в России уделялось некоторое внимание, то поликлиническая, а особенно профилактическая работа находилась на самом низком уровне. Только после победы Великой Октябрьской социалистической революции, наряду с общим подъемом здравоохранения быстрыми темпами, стала развиваться акушерско-гинекологическая помощь населению.

В организационном отношении в нашей стране имеется единство акушерско-гинекологической помощи, которое выражается в том, что:

1. Существует единое административное и научно-методическое руководство всеми звеньями акушерско-гинекологической службы;

2. Обслуживание женщин во время беременности, родов и при гинекологических заболеваниях проводится единым участковым врачом акушером-гинекологом и сосредоточено в одних и тех же учреждениях.

Гинекологическая помощь оказывается в следующих лечебно-профилактических учреждениях:

1. Женская консультация (объединенная и самостоятельная) осуществляет поликлиническую помощь.

2. Женская консультация — акушерско-гинекологический кабинет на промышленных предприятиях.

3. Гинекологическое отделение в составе родильного дома, городских, районных больниц, клиник и научно-исследовательских институтов.

4. Гинекологические койки в районных больницах.

Обслуживание женщин, работающих на промышленных предприятиях, является важным разделом акушерско-гинекологической помощи и заключается в следующем.

Изучение условий труда, предупреждение осложнений во время беременности и профилактика гинекологической заболеваемости.

В этом отношении большое значение приобретают медицинские осмотры всех женщин, поступающих на работу, трудоустройство, систематические профилактические осмотры. Контроль за выполнением законодательства по защите прав и льгот женщины-работницы осуществляется гинекологом совместно с работниками профсоюзных и правовых организаций.

На промышленных предприятиях с большим числом работниц (свыше 300), организуются комнаты личной гигиены и комнаты кормящей матери.

Суждению о качестве постановки медицинского обслуживания женщин работниц помогает анализ состояния гинекологической заболеваемости по данным формы № 16 и по учету заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях) на 100 работающих женщин.

В оздоровлении работниц имеет большое значение диспансерный метод наблюдения за ними, своевременная госпитализация и санаторно-курортное лечение их.

Оказание акушерско-гинекологической помощи жительницам сельской местности, работницам колхозов и совхозов строится по общим принципам советского здравоохранения. Основными лечебно-профилактическими учреждениями на селе являются сельская участковая больница, фельдшерско-акушерский пункт и колхозный родильный дом. В сельской участковой больнице все мероприятия по лечению и профилактике гинекологических заболеваний осуществляет врач больницы. Акушерка (фельдшер-акушерка) фельдшерско-акушерского пункта осуществляет профилактические осмотры, проводит простейшие лечебные процедуры по назначению врача и занимается пропагандой санитарно-гигиенических знаний.

Весь комплекс оздоровительных мероприятий, направленных на снижение гинекологической заболеваемости, построен на основе методических указаний и распоряжений отдела лечебно-профилактической помощи матерям Министерства здравоохранения и главного акушера-гинеколога Министерства здравоохранения. В административном отношении акушерско-гинекологическая служба подчиняется отделам здравоохранения (городскому, районному), научно-методическую помощь оказывают главные акушеры-гинекологи министерств, областных и городских отделов здравоохранения, институты и кафедры акушерства и гинекологии, институты охраны материнства и детства. Непосредственный контроль и оперативное руководство осуществляются специальными секторами отделов здравоохранения.

При областных и городских отделах здравоохранения организованы комиссии родовспоможения, которые оказывают органам здравоохранения систематическую помощь в методическом отношении.

Научные акушерско-гинекологические общества помогают внедрению в практику достижений медицинской науки и передового опыта, решают по заданию органов здравоохранения организационные и методические вопросы.

Советы по родовспоможению и гинекологической помощи являются научно-консультативными органами Министерств здравоохранения СССР и РСФСР по решению важнейших организационных вопросов.

Всесоюзные и республиканские съезды акушеров-гинекологов решают научные проблемы и намечают перспективы дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи женщинам нашей страны.

Работа акушера-гинеколога сосредоточивается преимущественно в женских консультациях. В связи с этим посещаемость женских консультаций приобретает большое значение и является важным качественным показателем гинекологической помощи населению. Следует также обратить внимание на профилактическую посещаемость, т. е. обращение женщин в консультацию за советом, по поводу профилактических осмотров, в порядке диспансерного наблюдения. Высокая профилактическая посещаемость указывает на авторитет медицинского учреждения и на

возрастающую культуру населения. Женщина должна сделать три-четыре профилактических посещения в год.

К числу всех посещений женской консультации гинекологическая посещаемость составляет от 40 до 50%. При снижении гинекологической заболеваемости эти цифры, естественно, также должны снижаться. Большое значение для суждения о качестве обслуживания гинекологических больных имеет средняя посещаемость консультации по поводу одного гинекологического заболевания. Опыт показывает, что в среднем эта посещаемость не должна превышать восьми раз. Более высокие цифры могут указывать на необходимость стационарного лечения, в том числе санаторного (туберкулез гениталий и др.).

По данным женских консультаций, за последние годы отмечается снижение гинекологических заболеваний. Такой благоприятный эффект можно связать с проведением ряда организационных мероприятий, улучшением методов диагностики и лечения.

Широкое внедрение в практику женских консультаций метода диатермо-хирургического лечения заболеваний шейки матки после предварительной биопсии или цитологического исследования привело к повышению числа выявленных случаев рака шейки матки с впервые установленным диагнозом (с 37 до 55,6% ко всей группе злокачественных опухолей женских половых органов). Рост группы «прочие заболевания» в подавляющем большинстве случаев указывает на недостаточную квалификацию врачей и на необходимость улучшения работы женской консультации.

Методы диагностики гинекологических заболеваний в женской консультации

Для более тщательного обследования гинекологических больных и уточнения диагностики гинекологических заболеваний внедряются некоторые новые (в условиях женской консультации) методы. Для выявления трихомонадной инвазии в кабинете врача производится микроскопия нативных мазков, что значительно ускоряет получение ответов из лаборатории. Все шире применяются цитологические анализы по определению уровня эстрогенной насыщенности и для исключения злокачественных опухолей. В г. Ленинграде биопсию из шейки матки с последующим гистологическим исследованием производят в женских консультациях; пертубацию и гистеросальпингографию также осуществляют амбулаторно. Осваивают в поликлинических условиях кольпоскопию и фотокольпоскопию. Большие затруднения испытывают врачи при диагностике внематочной беременности, если в консультации невозможно произвести гормонобиологические реакции. В этих случаях наблюдается ошибочная диагностика примерно в 50%, что влечет за собой неправильную госпитализацию. Еще большие трудности возникают при наблюдении за женщинами, перенесшими пузырный занос, когда требуется систематическое определение гонадотропинов в моче. Задачей органов здравоохранения является организация лабораторий для обеспечения потребностей женских консультаций в гормонобиологическом обследовании.

В диагностике гинекологических заболеваний, особенно воспалительных, большое значение имеют некоторые серологические реакции. К ним прежде всего следует отнести реакцию отклонения комплемента

с антигеном Лисовской и Фейгеля и реакцию связывания комплемента Борде—Жангу.

Уточнение туберкулезной этиологии заболеваний осуществляется преимущественно в стационарных условиях.

Организация лечения в амбулаторных условиях

Обычно лечение гинекологических больных осуществляется в процедурном кабинете специально подготовленной медицинской сестрой или акушеркой. При направлении на лечение врач обязан точно указать, какие виды лечебных процедур он назначает, и обозначить порядок их проведения. После окончания лечения (а в случае надобности в процессе лечения) больную направляют к врачу на повторный осмотр.

В женских консультациях применяются в основном консервативные методы лечения гинекологических больных. Из этих методов при воспалительных заболеваниях применяются тампоны, ванночки, смазывания, инстилляци, микроклизмы и орошения. Во всех случаях воспалительных заболеваний, где, по данным анамнеза или клиники, нельзя исключить хроническую гонорею, проводится так называемое превентивное, или санирующее, лечение с обработкой всех очагов возможной локализации инфекции. Наблюдения показывают, что это лечение в значительной мере укорачивает длительность заболевания, повышает процент излеченности и снижает пребывание женщин на больничном листе. Необходимым дополнением к этому лечению является конфрагтация, выявление очага и ликвидация его.

В последние годы органы здравоохранения ввели в практику женских консультаций лечение диатермокоагуляцией и диатермопунктурой. Вместе с электрокоагуляцией в женских консультациях начали производить биопсию для гинекологического исследования, обязательного перед началом диатермо-хирургического лечения. Таким образом, за последнее время расширился круг деятельности женских консультаций по лечению некоторых патологических процессов женских гениталий.

Подводя итоги опыта работы женских консультаций по диатермокоагуляции, можно сделать следующие выводы. Диатермокоагуляция вполне допустима в амбулаторных условиях и крайне необходима для лечения заболеваний шейки матки: упорно незаживающих эрозий, эктропиона, длительно протекающих эндоцервицитов. Этот метод лечения почти всегда дает быстрое и стойкое выздоровление. Диатермокоагуляция является профилактическим методом по предупреждению рака шейки матки, а также способствует выявлению самых ранних форм рака шейки и внутриэпителиального рака, при этом в амбулаторных условиях этот метод дает не больше осложнений, чем при применении его в стационаре. Наконец, путем диатермокоагуляции удается излечить эндоцервициты, в том числе гонорейные.

Таким образом, применение диатермокоагуляции в женских консультациях освобождает большое число гинекологических коек, разгружает процедурные кабинеты и снижает посещаемость.

Лучшим временем для производства диатермокоагуляции считают 3—7-й день после окончания менструации. Для этого лечения организованы специальные хирургического типа кабинеты, обеспеченные необходимым инструментарием, хорошим естественным и искусственным освещением и соответствующими санитарными условиями. После операции женщина остается в консультации в течение двух часов лежа или сидя. При хорошем самочувствии оперированная посещает консуль-

тацию через три дня, а в дальнейшем через день для осмотра и обработки струпа.

О динамике внедрения в практику женских консультаций диатермокоагуляций можно судить по данным г. Ленинграда. В 1957 г. было сделано 5545 операций, при этом выявлено 43 случая рака первой стадии и 14 случаев внутриситиального рака. В 1958 г. проведено 12100 операций, выявлено 128 случаев рака первой стадии и 45 случаев преинвазивной формы. Приведенные показатели позволяют рекомендовать широкое внедрение диатермо-хирургического лечения в амбулаторных условиях.

Организация работы по борьбе с трихомонозом

Несмотря на большое количество работ и исследований, несмотря на большое число «радикальных» методов лечения, трихомоноз продолжает оставаться заболеванием «трудным» как для врачей, так и для больных. Даже при тщательном применении разнообразных методов лечения рецидивы заболеваний наблюдаются в 25—28% случаев.

В настоящее время получены убедительные данные о половом пути распространения *trichomonos vaginalis* и о ее иммунобиологических свойствах, позволяющих вегетировать в условиях мочеполового тракта как женщины, так и мужчины. В связи с новыми представлениями о трихомонаде и ее особенностях возникает новая необходимость — кон-frontации и одновременного лечения жены и мужа.

Серьезным вопросом является трихомонадоносительство, когда при полном клиническом благополучии отмечается наличие трихомонад в процессе исследования влагалищных мазков. Одни авторы считают необходимым учитывать эти случаи как гинекологическую заболеваемость и проводить saniрующее лечение; другие — придерживаются противоположной точки зрения. Женские консультации в настоящее время учитывают только те заболевания, которые соответствуют понятию «трихомонадного кольпита»; трихомонадоносительство же практически не учитывается и таких женщин не назначают на лечение. Трихомонадоносительство не может служить противопоказанием к операциям искусственного аборта и диатермокоагуляции.

Помощь женщинам с дисфункциональными кровотечениями разной этиологии

Контингент женщин, страдающих кровотечениями, учитывается в группе «прочие заболевания». Детальной расшифровки по нозологическим единицам еще не производится. При безуспешности амбулаторного лечения этих больных их госпитализируют.

Для оказания помощи при патологическом климаксе при женских консультациях организуются специальные приемы или часы приема врачей, знакомых с методами диагностики этого заболевания и гормональной терапией его. В отличие от общегинекологических приемов, на которых врач должен принять шесть человек в час, больных с патологией климакса можно принять не больше четырех.

Борьба с бесплодием

К числу всех гинекологических заболеваний бесплодие по г. Ленинграду составляет 2—2,5% (см. также стр. 260). Борьба с бесплодием для женских консультаций является трудной. В г. Ленинграде для обслужи-

вания женщин, страдающих бесплодием, выделяются специальные приемы (по два часа в неделю), ведение которых поручается наиболее опытным специалистам. Для успешной борьбы с бесплодием необходимы условия, позволяющие детально обследовать супругов (исследование спермы, проходимости труб, гормональной насыщенности и т. п.). Судят об эффективности проводимого лечения на основании хорошо поставленного учета и анализа получаемых данных. Разработка материалов женских консультаций г. Ленинграда выявила, что первичное и вторичное бесплодие наблюдается одинаково часто и что среди причин вторичного бесплодия 50% составляют аборт.

Выявление хронической женской гонореи

Приказ Министерства здравоохранения СССР за № 3 от 7 января 1955 г. еще раз определил ведущую роль акушеров-гинекологов в своевременном выявлении и лечении гонореи у женщин, обращающихся в акушерско-гинекологические учреждения по поводу воспалительных заболеваний мочеполовой системы. Консультации стали шире применять методы провокации и серологические реакции при обследовании указанных больных. Опыт показывает, что такому же обследованию следует подвергать женщин после аборта. По требованиям официальной статистики как гонорейные заболевания учитываются только те случаи, когда при микроскопическом исследовании мазков или при посевах на специальных средах были выявлены гонококки. Для обнаружения их немалое значение имеет техника взятия мазков и квалификация лабораторных работников.

Если анамнез и клиническое течение воспалительного процесса гениталий женщины дают основание предполагать гонорейную инфекцию, то врачи женских консультаций обязаны провести превентивное, или санирующее, лечение. Имеются схемы лечения женщин при обострении гонорейного процесса гениталий и при хронических специфических процессах, приведенные и в настоящем труде (гл. 7, ч. II).

Борьба со злокачественными новообразованиями

В организации обслуживания гинекологических больных борьба со злокачественными новообразованиями имеет большой удельный вес. За последние десять лет проделана большая организационно-методическая профилактическая работа, в связи с чем значительно повысился процент выявления ранних, операбельных форм злокачественных опухолей женской половой сферы и снизился процент запущенных случаев.

В профилактике и выявлении ранних форм рака главное — это профилактические осмотры. Идея профилактических осмотров женщин принадлежит проф. В. Ф. Снегиреву. Однако практически их удалось осуществить только в условиях Советского государства, а массовыми они стали с 1947 г. В настоящее время профосмотрам подвергаются не только работницы и служащие, но и неработающие женщины. Успех этих осмотров прежде всего зависит от правильной их организации.

Снижение числа раковых больных, выявляемых на профосмотрах, свидетельствует как об улучшении качества осмотров, так и о снижении заболеваемости раком матки женщин, подвергавшихся лечению предраковых состояний. К предраковым заболеваниям, как известно, относятся длительно незаживающие эрозии шейки матки, эктропион, разры-

вы и полипы цервикального канала. В связи с тем, что указанные заболевания среди гинекологических заболеваний встречаются довольно часто, вопрос о лечении предраковых заболеваний шейки матки приобретает важное значение как метод профилактики рака.

Диспансерное обслуживание гинекологических больных

Задачами диспансерного обслуживания являются: наблюдение за состоянием здоровья некоторых групп трудящихся, объединенных рядом признаков (возраст, условия труда, профессия и др.), или больных, страдающих тем или иным заболеванием, а также разработка и внедрение определенных нормативов труда, быта и отдыха, способствующих длительному сохранению здоровья.

Диспансеризация предусматривает раннее выявление начальных форм заболеваний, изучение причин их возникновения, предупреждение развития заболеваний и их осложнений. Осуществляется это путем квалифицированного лечения и своевременного трудоустройства, создающих условия стойкой трудоспособности при хронических заболеваниях, имеющих тенденцию к прогрессированию и рецидивам. Конечной целью диспансеризации является скорейшее восстановление и сохранение здоровья и трудоспособности, снижение заболеваемости и профилактика инвалидности среди групп, взятых под диспансерное наблюдение.

Задачами диспансеризации гинекологических больных, как и всех других больных, являются: систематическое, проводимое по плану, наблюдение за выделенными группами женщин; изучение труда, быта, отдыха их и проведение мероприятий по сохранению здоровья женщины и их трудоспособности; раннее выявление заболеваний и соответствующее их лечение.

Выявляют женщин, которые подлежат диспансеризации, на приеме у врача-гинеколога, при осмотре поступающих на работу, при массовых профилактических осмотрах, при регистрации листов нетрудоспособности получаемых из лечебных учреждений.

Обеспечивает выполнение задач диспансеризации тщательное обследование каждой первично обратившейся к гинекологу женщины, проводимое с помощью необходимой диагностической аппаратуры, лабораторного исследования, а также консультация специалистов смежных дисциплин, если это необходимо. Полученные при первичном осмотре анамнестические сведения (время возникновения заболевания, условия труда и быта и специальный гинекологический анамнез), данные медицинского и лабораторного исследования, а также заключения консультантов должны быть занесены в амбулаторную карту.

На основании полученных данных лечащий врач делает свое заключение, в котором должен указать: диагноз заболевания и план лечебно-профилактических мероприятий (режим труда, отдыха, питания; трудоустройство, госпитализация, методы консервативного или оперативного лечения). Сроки повторного наблюдения определяются индивидуально в зависимости от характера патологического процесса и общего состояния женщины, но не реже двух раз в год (желательно, как сказано выше, три-четыре профилактических посещения). В конце года составляется эпикриз, в котором отражаются все изменения как в состоянии больной, так и перемены в труде и быте, кратко перечисляются

лечебные и профилактические мероприятия и намечается план дальнейшего лечебного наблюдения.

Каждая больная, состоящая на диспансерном учете, должна иметь два медицинских документа:

1. Амбулаторную карту (историю болезни). В нее записывают результаты первичного осмотра и последующих наблюдений, отмечают лечебные, диагностические и профилактические мероприятия, а также заключения других специалистов. Амбулаторная карта женщин, состоящих на диспансерном учете, хранится в общей регистратуре с сигнальной пометкой «диспансеризация».

2. Контрольную карту диспансерного наблюдения (форма № 30), в которой заполняют имеющиеся графы. Карты эти хранятся в кабинете врача в отдельном ящике. Для удобства пользования контрольные карты следует располагать по нозологическим формам заболеваний, а в каждой группе — по срокам назначенных посещений.

Правильное ведение указанных документов помогает точности учета заболеваемости и контролю диспансерного наблюдения. В конце каждого месяца участковая медсестра (акушерка) просматривает картотеку и составляет список больных, подлежащих вызову к врачу в следующем месяце. Женщинам, не явившимся на осмотр в назначенный день, направляют повторный вызов или путем патронажа выясняют причину, по которой больная не могла посетить врача.

Контрольные карты выбывших (снятых с учета, умерших и т. п.) хранятся в картотеке до конца года, а потом подклеиваются к амбулаторной карте. Большое значение имеет систематическая регистрация больничных листов диспансеризируемой в амбулаторной карте (на определенном месте) с указанием диагноза, длительности нетрудоспособности и каким учреждением выдан больничный лист.

Общий контроль и руководство диспансеризацией возлагается на главных врачей родильных домов и женских консультаций. Полезны также отчеты участковых гинекологов на врачебных конференциях с анализом показателей гинекологической заболеваемости на обслуживаемом участке.

Диспансерному наблюдению подлежат женщины, страдающие (I группа): 1) эрозией шейки матки; 2) полипами цервикального канала; 3) фибромиомой матки; 4) опухолями яичников; 5) функциональными маточными кровотечениями (длительными); 6) воспалительными процессами гениталий (длительно и часто болеющие), а также женщины (II группа): 1) перенесшие пузырный занос, 2) оперированные по поводу хорионэпителиомы; 3) оперированные по поводу рака или саркомы половых органов.

Методика диспансерного обследования гинекологических больных в общих чертах состоит в следующем: при опросе следует уделить особое внимание оценке общего самочувствия, наличию и характеру выделений из половых органов, болям, контактному кровотечению, изменениям менструального цикла.

При объективном исследовании производят детальный гинекологический осмотр с применением влагалищных зеркал; берут мазки выделений из половых органов; при наличии показаний производят биопсию; получают анализы крови и мочи; при опухолях половых органов направляют больную на рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта (один раз в год). В случаях необходимости следует также воспользоваться консультацией терапевта.

Сроки снятия с диспансерного учета — разные для отдельных групп больных. Опыт показывает, что при эрозиях шейки матки и полипах

цервикального канала женщины леченные диатермокоагуляцией (произведенной после гистологического или цитологического обследования), могут быть сняты с учета через три месяца. При консервативном лечении этих заболеваний необходимо более длительное наблюдение (в течение года) и более частые осмотры врачом-гинекологом.

Больные с доброкачественными опухолями матки (фибромиомы) могут быть сняты с диспансерного учета после окончания послеоперационного периода. В случаях же, когда оперативное лечение не показано, или больная от него отказывается, диспансерное наблюдение продолжают до тех пор, пока определяется опухоль. При доброкачественных опухолях яичника принципиально показано оперативное лечение. После этих операций женщин снимают с учета в конце послеоперационного периода.

Систематическое диспансерное наблюдение за указанными больными помогает выявить все изменения в состоянии здоровья, эффективность лечебных и оздоровительных мероприятий. Все это необходимо суммировать в кратком эпикризе один раз в год, а также и при снятии женщины с учета.

Стационарная помощь гинекологическим больным

Примерно 18—19% больных, обратившихся в женскую консультацию, направляют в гинекологические стационары для обследования и лечения. Кроме того, некоторое количество больных в срочных случаях госпитализируется помимо консультаций. В гинекологических стационарах организованы все виды оказания медицинской помощи гинекологическим больным. В среднем каждая гинекологическая койка должна функционировать 320—330 дней в году.

Для суждения о правильности использования коечного фонда служит показатель оборота койки, который в среднем равняется 30—35, и среднее число дней пребывания больной на койке (от 13 койко-дней для оперативного отделения, до 15 койко-дней для отделений консервативных методов лечения и от 5 до 6 койко-дней для отделений, куда госпитализируются женщины после внебольничных абортов).

В обеспечении госпитализации больных сугубо важное значение имеет правильное использование коечного фонда, что обеспечивается своевременным (в день поступления) началом лечения, укорочением предоперационного периода и своевременной выпиской больных. В отделениях, где контроль за движением больных поставлен неудовлетворительно, без нужды увеличивается средний койко-день.

Уменьшение процента воспалительных больных в стационарах может указывать на лучшее обслуживание этих больных в женских консультациях (проведение санирующего лечения). Рост процента в гинекологических стационарах *острых* воспалительных заболеваний служит показателем правильной госпитализации. Увеличение процента больных с доброкачественными опухолями увязывается с улучшением организации профосмотров и диагностики этих заболеваний.

Оперативная помощь в гинекологических отделениях стационаров увеличивается из года в год. Этот рост происходит преимущественно за счет полостных пластических операций. Так, например, значительно увеличилось число операций при заболеваниях воспалительного характера. Следует отметить также, что в настоящее время при гинекологических операциях применяют бережные, щадящие методы с максималь-

ным сохранением функции органов. Так, увеличилось количество операций консервативной мимеоэктомии с сохранением эндометрия при удалении матки, с вылущением (а не удалением) кист яичников с сохранением остатков яичниковой ткани и т. д.

Гинекологические отделения стационаров имеют все возможности оказывать высококвалифицированную хирургическую помощь, так как, во-первых, в них значительно улучшилось оснащение современным инструментарием, аппаратурой и, во-вторых, имеется достаточное обеспечение новейшими фармакологическими препаратами, антибиотиками, кровью, кровозаменителями, гемостатическими и противошоковыми средствами. При терминальных состояниях применяют внутриартериальное нагнетание крови, а также реинфузии крови при операциях по поводу внематочной беременности и при апоплексиях яичников.

Кольпотомию при гнойных пельвеоперитонитах и периметритах применяют в настоящее время редко.

В больших городах для госпитализации больных с злокачественными новообразованиями существуют специальные (онкогинекологические) учреждения, оснащенные всем необходимым для хирургического, лучевого, сочетанного и комбинированного лечения. Однако больные с разными стадиями раковых поражений половых органов нередко госпитализируются и в обычные гинекологические отделения.

Из консервативных методов лечения следует отметить широкое применение в стационарах антибиотиков, гормонопрепаратов, витаминов физиотерапии, новокаиновой блокады и т. д.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

- Абсцесс бартолиниевой железы истинный 151
— абсцесс бартолиниевой железы ложный 150
— околوماتочной клетчатки 166
— тубо-овариальный 162, 212
— периуретральный 195
— яичника 163, 205
Аденокарцинома тела матки 363
— шейки матки 352
— in situ 361
Аденомиома матки 331
Аденомиоз матки 325
— наружный 330
— экспериментальный 327
Аднекситы 159
— у детей 485
Аденокортикотропный гормон (АКТГ) 22
Азоспермия 268
Актиномикоз гениталий 256
Адиментарная дистрофия, значение для смещений матки 109
Альгоменорея 124
— терапия 126
Аменорея первичная и вторичная 120
— терапия 123
Ампутация матки высокая 688
Ампутация матки надвлагалищная 685
— — с оставлением придатков 685
Ампутация матки надвлагалищная с удалением придатков 685
— — — через влагалище (по Рикку) 648
Ампутация шейки матки 635
— — — высокая, с пересадкой сводов 637
— — — клиновидная 635
— — — конусовидная по Штурмдорфу 636
Авамнез 31
— гинекологический у детей 470
Анатомо-биологические особенности гениталий 145
— физиологические особенности гениталий 93
Андрогены 307
Андрогены терапия при фибромиомах 307, 544
— терапия при аденомиозе 331
— терапия при климаксе 138
Анемический шок 730
Анемия 133, 294, 329, 433
Анестезия 604
— перидуральная 612
— пресакральная 613
— сакральная (эпидуральная) 613
— спинномозговая (люмбальная) 610
— местная 614
— комбинированная 621
Ановуляторный цикл менструации 127.
— — у подростков 487
Аномалии менструального цикла 115
Аномалии положения матки и придатков 93
Аномалии развития, см. пороки развития
Аntenозиция матки 93, 94
Антефлексия матки 94
— — патологическая 96
Антефлексия — верно 94
Антибиотики 517
— лечение гонорей 227
Анурия 452
— послеоперационная 733
Аппарат эфирно-кислородный для наркоза 604
— для продувания труб (Мандельштама) 55, 56
Апликационный метод грязелечения 578
Арренибластома 421
Асентика 597
Аскорбиновая кислота 547
Астенический тип 11
Атрезия влагалища 84
— гимена 84
— матки 79
— цервикальная 84
Атретические фолликулы 115
Атрифия матки 79
Аускультация живота 38
Аутогемотерапия 529
Ацетиlxолин 20
Ациклические кровотечения

Б

- Бактериальная флора влагалища 66
- — цервикального канала (по Вальтгарду) 68
- — лимфоузлов при раке 352
- Бактериальные картины при белях у детей 477
- Бальнеотерапия 571, 575
- Бартолиниева железа, анатомия 150
- — метод исследования 197
- — выходной проток 150
- — абсцесс и псевдоабсцесс 150, 151
- Бартолиниты гонорейные 193
- неспецифические 150
- Бели, классификация 66
- влагалищные 66
- шеечные 68
- вульварные 68
- маточные 69
- трубные 69
- в детском возрасте 477
- при раке тела и шейки матки 352, 356
- трихомонадные 246
- Беременность у фиброматозных 296
- при раке 346
- Бесплодие, причины 71, 261
- тубарный фактор 262
- Бесплодие мужское 265
- относительное 265
- исследование партнеров 268
- лечение 268
- Бимануальное исследование 39
- Биопсия, лечение 217, 517, 522
- Биопсия 50
- техника по Брауде 50
- путем диатермоэксцизии 51
- Блокада паранефральная новокаином 557
- прочими способами 557
- Болезненные менструации, см. дисменорея
- Боли, причины, локализация 69
- при воспалительных процессах 69, 70
- при расстройстве менструации 70
- при опухолях 70
- Большие губы, травмы у детей 498
- Большие железы преддверия, см. бартолиниевы
- Бреннера опухоль 411
- Бруцеллез гениталий 239
- Брюшина, воспаление 175
- туберкулез 234
- Брюшная полость, защита при операции 661
- Бужирование 437

В

- Вагинизм 152
- Вагинит (см. «воспаление влагалища»).
- Вазопрессии 17, 18
- Вакцинодиагностика 178
- по Бурлакову 178
- Вакцинотерапия 551
- Ванночки влагалищные 515
- Ванны лечебные 571
- Ванны общие 571
- сидячие, тазовые 571
- Вендиспансер 226
- Вентрофиксация матки по Кохеру 668
- Верзю матки 94
- Вестибулит гонорейный 192
- девочек 481
- Вибрационный массаж 562
- Викасол, лечение им 550
- Викарные менструации 141
- Витамины, значение для гинекологии; лечение 547
- А 547; В₁ 548; В₂ 548;
- С 549; Д 547; Е 550; К 550; РР 549
- Влагалище, анатомия, эмбриология и физиология
- аномалии развития 81, 85
- воспаление (вагиниты, кольпиты) 151
- гонорея 198
- опухоли и новообразования 90
- ощущения и выпадения 103
- туберкулез 231
- цитологическое исследование мазков 62
- Влагалищное исследование 39
- Влагалищные зеркала 43, 44
- Влагалищные кольца и пессарии 102, 111
- Влагалищные палочки Додерлейна 66
- Влагалищные тампоны 516
- Внутреннее исследование 39
- Внутриартериальное лагетание крови 533
- Внутрибрюшное давление 94, 97
- Внутрикостное переливание крови 534
- Внутрикостные инъекции при гонорее 208
- Водолечение 571
- Вольфов ход, остатки 75, 78
- Вольфово тело, остатки 75, 78
- Воспаление половых органов неспецифическое 145
- бартолиниевой железы и протока 150
- брюшины 167, 175
- влагалища 151
- вульвы 147
- матки 157
- мочевого пузыря и лоханки 444
- общие и местные реакции 147
- преддверия 149
- придатков матки (аднекситы) 159
- тазовой клетчатки 164
- шейки 153
- этиопатогенез 146
- — роль нервной системы 146
- Вторая стадия заживления эрозии 153
- Вторичные половые признаки 11
- Вульва, заболевания и опухоли 89
- зуд 149
- слоистость 89
- крауроз 149
- Вульвит 151
- гонорейный у детей 481, 485
- Выведение матки по Кюстнеру 99, 101
- — по Шульце 99, 100
- Выпадение половых органов 103

Выпадение влагалища (цистоцеле, ректо-
целе) 103, 104
— матки 104
— шейки 105, 106
— — — профилактика и терапия 110

Выскабливание матки диагностическое
(пробное) 51
Выхождение кишечных петель, после опе-
рации (эвентерация) 134

Г

Газовая инфекция 176
Газовые воды 573
Гальванотерапия 566
Гартнеров ход, анатомия 90
— — киста 90
Гексеналовый наркоз 610
Гематокольпос 84
Гематометра 84
Гематосальпинкс 84
Гематурия 73
Гемолитический шок 537
Гемотерапия 529
Гентера способ диагностики при парамет-
ритах 39
Гермафродитизм истинный 81, 82
— ложный 81, 82
Гигиена девочек 501
Гидрометра 84
Гидронефроз 452
Гидросальпинкс 163, 213
Hydrosalpinx profluens 162
Гидротерапия 571
Гимен, заращение 84
Гимнастика в послеоперационном периоде
735
Гинатрезии 84
Гинекологические инструменты петровской
эпохи 44
Гинекологический массаж 559
Гиперантефлексия 96
Гиперменорея 131
Гиперполименорея 131, 134
Гипернефрома яичника 425
Гипертрихоз 418, 442, 544
Гипертрофия шейки 106
Гипопластический тип 12
Гипофиз, строение 16
— гормоны передней доли 17
— — задней доли 18
— — межоточной доли 19

Гистеросальпингография 300
Гистероскопия 52
Гистерофор Прохорова 112
Главные акушеры-гинекологи 737
Гликокортикоиды 22
Глюконат кальция 514
Гоновакцина 551
Гонококки, общие свойства 178
— изменчивость 180
— пути распространения 181
Гонорея девочек, ее особенности 481
— — лечение 484
Гонорея женщины, общие сведения 179, 182
— — изменчивость гонококка 181
— — классификация 183
— — методика обследования 183
— — нижнего отдела гениталий 190
— — верхнего отдела гениталий 206
— — контроль излеченности 224
— — общая диагностика 184
— — организация борьбы 226
— — провокация 185
— — терапия различных форм нижнего
отдела 190
— — терапия различных форм верхнего
отдела гениталий 215
Гормонотерапия 542
Гормоны гипофиза 16
— эстрогенный 19
— желтого тела 21
— женские половые 19
— зобной железы 24
— коры надпочечников 22
— мужские половые (андрогены) 22
— паращитовидной железы 24
— поджелудочной железы 25
— щитовидной железы 23
Грамицидин 522
Гранулезоклеточная опухоль 418, 497
Грязелечение 577

Д

Двурукость матки 86
Двуручное исследование 39
Девственная плева 463, 464
Декстропозиция матки 97
Декубитальные язвы 103
Дермоидная киста, дермоид 408, 496
Десквамация эндометрия 116
Descensus vaginae 103
— uteri 104
Детская гинекология 463
Детская гонорея 481
Деформация шейки матки 105
Диатермия 569

Диатермобипсия 51
Диатермоконизация 570
Дисменорея 124
— терапия 127
Дикумарин, лечение им 540
Дисгерминомы 409, 496
Дистопия почки 444
Дифтерия влагалища 487
Диэтилстильбэстрол 543
Дугласов карман, вскрытие 625
Душ влагалищный 572
— общий 572

Е

Elevatio uteri 94
Elongatio colli 106
Endometritis, формы 157

Endometritis membranacea exfoliativa 126
Endometrium, циклические изменения 115

Ж

Железа грудная (молочная) 25
— зобная 24
— интерстициальная 16, 19
— парашитовидная 24
— щитовидная 23

Загиб матки 97
Задержка мочеиспускания 438, 733
Задний свод, пункция 48, 49
Закись азота, наркоз 604
Заращение гимена 84

Импотенция 265, 267
Ингаляционный наркоз 604
Иородное тело во влагалище 498
— — в мочевом пузыре 448
Инсулин 25
Интермедин 19
Интерсексуальный тип 13
Интерстициальная железа 19
Интерстициальная фибромиома 298
Интралигаментарная киста 425
— миома 298
Инфантилизм, инфантильный тип 12

Казеозные формы туберкулеза гениталий 232
Кальций, лечение им 513
Камни мочевого пузыря 448
Каналикулит 192
Кандидамикозы 521
Капельное переливание крови 530
Каротин 547
Катетер постоянный 439
Катетеризация мочевого пузыря 439
— мочеточников 442
Кислородно-эфирное обезболивание 604
Кистомы яичника 402
Кисты яичника 400
Кишечник, расстройства функции 79
Клетки базальные 62
— лютеиновые 115
— промежуточные 62
— ороговевшие 62
Климактерий 8, 746
Клоака 78
Кобальт радиоактивный 588
Кожная реакция при лучевой терапии 587
Кольпос 730
Кольпит, см. влагалище, воспаление
Кольпоперинеоррафия 630

Лактогенный гормон 17
Лапароскопия 58
Лапаротомия, пробная 58
Лейкоплакии 449
Лейкоцитоз 190
Лечебная физкультура 576, 735
Лимфатическая система таза 340

Железы сеновы 196, 197
Желтое тело, гормон 21
Женская консультация 736
Живот, методы исследования 34
Жидкость противошоковая 536, 730

З

Зеркала влагалищные 46
Зонд маточный 48
Зондирование матки 45
Зуд вульвы 149

И

Инфильтрационная анестезия (местная) 614
Инфраруж 565
Ионогальванотерапия 566
Искусственное оплодотворение 271
Исследование больных общее, 34
— — специальное 34
— — инструментальное 43
— — функциональными методами 60
— — лабораторными методами 63
Исследование придатков матки 41
Истинная эрозия 154
Ихтиол 516

К

Кольпоррафия передняя 628
— задняя 630
Кольпотомия 628
Кольпоскопия
Кондиломы острые (остроконечные) 148
Консервативная миомэктомия 683
Конституциональные типы 11
Конфронтация 225
Кортикостероиды 22
Крауроз 149
Крипты парауретральные 192, 194
Кристаллеровская пробка 200, 204
Критерий излеченности при гонорее 223
Кровотечения из матки 70, 132
— ациклические 132
— дисфункциональные 134
— контактные 341
— климактерические 140
— переходные 134
— циклические 131
— ювенильные 487
— терапия 138
Круглые связки, укорочение 666
— — фибромы 324
Крукенберга опухоли яичников 416
Ксантомные клетки 180
Кюритерапия 587

Л

Лимфоцитоз при гонорее 190
Ложная эрозия 154
Люминесцентная микроскопия 64
Лютеинизирующий гормон 17
Лютеиновые кисты 402
Лютеотропный гормон 17

М

Магнесия сернистая, лечение 511
 Мазки, приготовление 183, 184
 Macula gonorrhoeica 193
 Маммофизии, лечение им 546
 Маска Омбредана 605, 606
 Массаж гинекологический 559
 Мастопатия 470
 Матка, анатомия, длина 41
 — аденомиоз 725
 — воспаление 157
 — выпадение и опущение 103
 — гонорея 206
 — неправильные положения 93
 — лейкоплакии 149
 — миомы 274
 — пороки развития 86
 — рак 338
 — саркома 388
 — туберкулез 231
 — фибромиомы 274
 — хориоэпителиома 393
 — эмбриональное развитие 78
 Маточные гинекологические кровотечения 129
 Маточный менструальный цикл 115
 Межменструальные кровотечения 134
 Menarche 115
 Менопауза 7, 10
 Меноррагии 131
 Менструальная функция 33
 Менструальный цикл, аномалии 115
 Метастатический рак яичников 416
 Метеоризм 731
 Метилтестостерон, лечение 544
 Метанон 550
 Метропатия геморрагическая 134

Метроррагии 131
 Метросальпингография 57
 Метрозендометрит 157
 Минералокортикостероиды 22
 Миома влагалища 493
 — злокачественная 388
 — матки 274
 — связок 324
 — шейки 274
 яичников 410
 Mollimina menstrualia 115
 Молочница гениталий 257
 Молочные железы 25
 Моча, недержание 73
 — — оперативная помощь 703
 Мочевые камни 448
 Мочевой пузырь, воспаление 444
 — — инородные тела 448
 — — опухоли 451
 — — пороки развития 444
 — — свищи 459
 — — травмы 455, 456, 457
 — — туберкулез 450
 Мочеиспускание, боли, рези 72, 73
 — задержка 73
 — недержание 73
 — учащенное 73
 — гематурия 73
 Мочеиспускательный канал инфильтраты 196, 444
 — — стенозы 196
 Мочеточник, камни 448
 — травма 462
 — сшивание 462, 694
 Мюллеровы нити, ходы 75, 78

Н

Наботиевы яички 156, 202, 206
 Нагноение операционной раны 734
 Надвлагалищная ампутация матки, см. ампутация надвлагалищная
 Надпочечники, гормоны 22
 Наклонение матки (влево, вправо, кзади, кпереди) 96, 97
 Наркоз эфирный 604
 — гексеналовый 609
 — закисью азота 606
 — эндотрахеальный 608
 — пентоталовый (тиопентал-натрием) 610
 — потенцированный 608
 — циклопропановый 607
 Наружные половые органы, воспаление 147
 — — — опухоли 87, 90
 — — — невоспалительные заболевания 90
 — — — пороки развития 81
 — — — травмы 498

Нафталановая нефть, лечение ею 580
 Недержание газов, лечение 632
 — кала 632
 — мочи 703
 Недоразвитие половых органов 81, 86, 489
 Некроз миомазных узлов 285
 Неправильные положения матки и влагалища 93
 Никотиновая кислота 549
 Новскиан 614
 Новообразования влагалища и вульвы 75, 338
 — — — матки 338, 388 393
 — — мочевого пузыря 451
 — — наружных гениталий 338
 — — труб 434
 — — яичников 397
 Нодозный сальпингит гонорейный 210
 Ножка кистовидных опухолей 426, 428
 Норсульфазол 525

О

Обезболивание 604
 Общие расстройства 74
 Овариотомия 646, 673
 Ovula Nabothi 156, 202, 206

Овуляция 117
 Озокерит, лечение им 582
 Окраска по Граму 180, 184
 — метилового синькой 180, 184

Окситоцин 16
 Октестрол, лечение им 543
 Олигоменорея 119
 Онкологический диспансер, онкоосмотры 741
 Оофорит 159, 214, 215
 Ооциты 466, 468, 469
 Операционная 597
 Операционный шок 730
 Операции влагалищные 622
 Операция, подготовка 600
 — путем чревосечения 659
 — по Александрову (искусств. образ влаг.) 709
 — по Александрову (влаг. экстирп. матки) 658
 — по Атабекову 703
 — Бейтнера (дефундация) 684
 — по Гегару-Отту 628
 — по Горалеку 642
 — по Елкину (влаг. экстирп. матки) 655
 — по Елкину (на кругл. связках, при про-
 ласках) 666
 — Кохера 668
 — Лабгардта 643
 — Лефора — Нейгебауера 640
 — «манчестерская» 645

Пальпация живота 36
 Папилломы мочевого пузыря 451
 Папиллярная эрозия 156
 Паразитарные заболевания 242
 Параметрии 40
 Параметрит септический 164
 — боковой 166
 — передний 166
 — диагноз 40, 169
 — гнойное расплавление 166
 — симптомы 166, 169, 170
 — лечение 171
 — при раке матки 352
 Параретральные железы 196, 197
 Парафинотерапия 581
 Паровариальная киста 426, 427
 Паровариум 426
 Патологическая антеверзия-флексия матки 96
 Пельвеперитонит гонорейный 221
 — септический 167, 169
 Пельвеоцеллюлит 164
 Пенициллин, лечение им 227
 Пентоталовый наркоз 610
 Первая стадия заживления эрозии 154, 155
 Первичная почка 75
 Первичный рак яичника 414
 Перевязка мочеточников 462
 Перекручивание ножки опухоли яичника 431
 — — фибромномы матки 290, 291
 Переливание крови 529
 — — осложнения 537
 — — внутриартериальное 533
 — — внутрикостное 534
 — — капельное 530
 — — обратное (реинфузия) 531

Операция по Мартину — Бумму 629
 — Мэйо 654
 — Отта (задняя пластика) 630
 — Попова-Мандельштама (образ. искусств. влагалища) 709
 — Мандельштама (при мочеточн. свищах) 697
 — Рикка (влаг. ампутация матки) 648
 — Сереброва (расшир. экстирп. матки) 715
 — Сердюкова (при бесплодии) 673
 — Фигурнова (недерж. мочи) 703
 — по Штурмдорфу (ампут. шейки матки) 636
 Опрос, см. анамнез
 Опсоменорея 118
 Опухоли, см. новообразования
 Опущение влагалища 103
 — матки 104
 Организация борьбы с гонореей 126
 — — со злокачественными опухолями 741
 — гинекологической помощи 736
 — — — детям 501
 Осложнения в послеоперационном периоде 730
 Острые кондиломы 148
 Отсутствие матки и влагалища 89

П

Переливание крови плацентарной 535
 — — противопоказания 533
 Перенесенные заболевания 31
 Перерезка мочеточников 462
 Перерождение мелкокистозное яичников 337
 Перидуральная анестезия 612
 Периоды жизни женщины 7
 Перифорит 163
 Перисальпингит 163
 Перитонит септический 175
 — гонорейный 223
 Перинуритрит, перинуретральный абсцесс 195
 Перкуссия живота 37
 Персистирующее желтое тело 137
 Персистирующий фолликул 127
 Пертубация 54
 Пессарии при загибах матки: Ходже, То-
 маса, Фрича 102
 Пессарии при проляпсах матки 111
 Пиелит 444, 733
 Пикнический тип 11
 Пивариум 163, 205
 Пилосальпинкс 161, 205
 Питочья 16
 Питутрин 16
 Плазма 535
 Пластические операции 622
 — — на влагалище и промежности 622
 — — на шейке 635
 Plastron abdominale 166
 Пневмония аспирационная 732
 — послеоперационная 732
 Повреждения влагалища, вульвы у детей 498
 Подвешивающий аппарат матки 94

Поддерживающий аппарат матки 95
 Позиции больной при исследовании 35
 Полимастия 25, 471
 Полимеропея 118
 Полипы матки 334
 — шейки 332
 Половая зрелость 7, 8
 Половая функция, расстройства 72
 Половые гормоны женские 19
 — — мужские 22
 Поперечный разрез по Пфанненштилю 662
 Пороки развития влагалища 81, 85
 — — матки 81, 85, 86
 Послеоперационный период нормальный 729
 — — осложнения, лечение 730
 — — лечебная физкультура 735
 Почечная колика 448
 Почка первичная 75
 — вторичная 76
 — смещенная 444, 445
 Прегнин 545
 Предоперационная подготовка 597
 — — белья и инструментов 598, 599
 — — рук 599
 — — больной общая и специальная 600
 — — лечебно-охранительный режим 600, 601
 Прижигание шейки 205
 Признак Гегара при туберкулезе гениталий 235
 Предпочка 75
 Предраковые состояния 365
 Проба внутрикюжная с актинолизатом 256
 Проба Манту 234
 — Пирке 234
 — Шиллера 352
 — Хробака 352
 — Сиредея 366
 Пробная пункция заднего свода 48
 Пробное выскабливание 51
 Провокация физиологическая 185, 186
 — алиментарная 185
 — биологическая 185
 — физиотерапевтическая 185
 — химическая 185
 — механическая 185
 Прогестерон 21
 Продувание труб 54
 Проктит гонорейный 182
 — — у девочек 481
 Пролактин 17
 Prolapsus uteri 103
 Промежность, разрывы 110
 Профилактические осмотры 742
 Пруритус вульвы 149
 Прямокишечное исследование 42
 Псевдоамеория 124
 Псевдогермафродитизм 81, 490
 Псевдомиксома яичника и брюшины 404
 Псевдомуцинозная киста 402
 Пузырно-влагалищные свищи 459
 Пузырный занос 393
 Пулевые щипцы 48
 Пункция заднего свода 48
 Пиявки, лечение, 539
 Пятна гонорейные (macula gonorrh.) 193

Р

Радиовая терапия рака шейки и тела матки 587
 Радиоактивные вещества 587
 Радоновые воды 574
 Развитие мочеполовой системы 75
 — — внутренних половых органов, 78
 — — недоразвитие половых органов 79
 — — — пороки развития 81, 86
 Разрывы промежности III степени 113
 Рак влагалища 833
 — вульвы 377
 — тела матки 363
 Рак шейки матки 352
 — матки in situ 361
 — яичников 413
 Ранняя диагностика рака 338
 Рапные ванны 578
 Расхождение брюшной раны 734
 Расширители Гегара 51
 Рвота 731
 Реакция Борде — Жангу 187
 Реакция оседания эритроцитов (РОЭ) 63, 190
 Реакция Лисовской 188
 — Фейгеля 188
 Реинфузия крови 531
 Ректальное исследование 42
 Ректоскопия 54
 Ректоцеле 103
 Рентгенотерапия 584
 Retinaculum uteri 95
 Ретракторы (крестцово-маточные связки) 95
 Ретроверзия матки 97
 Ретродевиации матки 97
 — — фиксированные 102
 Ретрофлексия матки 97
 Ретропозиция матки 93
 Reseptaculum seminis 40
 Родовая функция 33
 Роста гормон 17
 Ртутно-кварцевая лампа 565
 — — с тубусом 566
 — — туберкулезные 231
 Сальпингоофориты 159, 206, 231
 Саркома влагалища 497
 — вульвы 497
 — матки 388, 493

Саркома яичников 413, 493
Свстолечение 563
Свищи кишечнополовые 461
— мочеполовые 459
Секреторная функция 115
Сексуальные расстройства 72
Сенильный период 10
17-кетостеронидов 23
Серные воды 571, 573
Сероводородные воды 574
Серозная киста 400
Серозная кистама 402
Симптом Брауде при туберкулезе гениталий 235
Симптом «зрачка» 61
— «папоротника» 61
Симптомаголония ооцая 66
Sinus uro-genitalis 75, 78
Синтомицин, эмульсия 523
Синэстрол 543
Скенеит гонорейный 196

Тампоны влагалищные 516
Текабластома 419
Телескюритерапия 587
Температурный тест 62
Тератобластома 408
Тератома зрелая 408
— незрелая 408
Тестостерон-пропионат 544
Тиамин, лечение 547
Thymus 24
Типы высшей нервной деятельности 14
Тиреоидин 23
Тиреотропный гормон 18
Тканевая терапия 554
Токи ультравысокой частоты 566
— — — д'Арсонваля 567
Травмы половых органов 457
— — — у девочек 498

Углекислые воды 573
Уремия 452
Уретрит гонорейный 194
— девочек 481
Уретро-вагинальный свищ 195
Уретроскопия 53
Uterus arcuatus 86

Фазоконтрастная микроскопия 64
Фазы климактерия 9
Фарадический ток 556
Фибромы влагалища 91
— вульвы 90
— матки 274
— связок 324
— яичников 410
Физиологическая провокация 185, 186
Физиотерапия
Физические методы исследования 34

Хориальный гонадотропин 18
Хорионэпителиома матки 393

Скеновы железы 196, 197
Слоновость вульвы 89
Смещения влагалища и матки книзу 103
Солянокс 563
Спектрозоль 565
Сперма, исследование 265, 267
Спинаномозговая анестезия 610
Способ Бакшт — Петченко 186
Способ Келли для обнажения скеновых ходов 197
Спринцевания 514
Стерилизация 599
Стерильность 260
Стриктуры уретры 196
Стрептомицин 521, 236
Субмукозная миома 274
Субсерозная миома 274
Сульфазол, норсульфазол 525
Сульфаниламиды 524
Suppressio menses 122

Г

Третий гонадотропный гормон (пролактин) 117
Трихомонады влагалищные 242, 246
Трихомонады 242
Тромбоз послеоперационный 735
Трубы, воспаление 159, 206
— туберкулез 231
— продувание 54
— сальпингография 57
Туберкулез генитальный 231
— очаги 231
— диагностика 234
— течение 232
— терапия 236
Тубоовариальный абсцесс гонорейный 212
— — неспецифический 162
Тубоовариальная киста 214

У

— bicornis 86
— — unicollis 86
— didelphus 86
— duplex 86
Уход за больными после операции 729, 730.
— — — трансфузии крови 530

Ф

Физкультура лечебная 735
Фистулы, см. свищи
Фигонциды 527
Фолликулин 542
Фолликулома 418
Фолликулостимулирующий гормон 16
Форма живота при асците 429
— — — кистоме яичника 429
Функциональное состояние тазового дна, методы исследования 106

Х

— яичников 409
Хромоцистоскопия 442

Цервицит гонорейный 200
— неспецифический 153
— у девочек 481, 485
Цикл менструальный 115
Циклические кровотечения 131
Циклопропан 609
Цилиндрическое зеркало 43

Частое мочеиспускание 72
Чистота влагалищного содержимого 66

Шейка матки, воспаление 153
— — гонорея 189
— — ectropion 15
— — лейкоплакии 149
— — ovula Nabothi 189
— — полипы 333

Щитовидная железа 23

Эвентрация 734
Экзофитный рост рака 341
Экскреция гормонов 16
Эктопия мочевого пузыря 444
Эктропион 154, 157
Эlevation матки 94
Электротерапия 566
Элефантиазис вульвы 89
Эмболия 745
Эмбриогенез мочеполовых органов 75, 78
Эндокринные железы 16
Эндометриоз, см. аденомиоз
Эндометриоз внутренний (матки) 274
— наружный 330
— труб 330
— яичников 330
Эндометриодные гетеротопии 330
Эндометрит гонорейный 195
— септический 157
— туберкулезный 234

Ювенильные кровотечения 487

Язы туберкулезные 232
— раковые 352, 365
Яичник аномалии развития 86
— воспаление 159, 206
— аренобластома 421
— гипернефрома 425
— гонорея 206
— дисгерминома 409
— кисты 400
— кистомы 402

754

Ц

Цистит 444
Цистоскоп катетеризационный 440, 441
Цистоскопия 52, 53
Цитобактериоскопический метод Бакшта --
Петченко 186
Цистоцеле 103
Цитологический метод исследования 62

Ч

Чревосечение, разрезы 659

Ш

— — рак 352
— — саркома 388
— — эрозии 153
Шок 730
Шоколадная киста яичника 401

Щ

Э

Эндотермия, см. диатермия
Эндофитный рост рака 341
Эндоцервицит гонорейный 200
— неспецифический 153
Эндометриоз, см. аденомиоз 325
Энуклеация узлов миомы 683
Эозинофилия при гонорее 190
Эпителий зародышевый 397
Эпосфорон 78
Эрозия шейки 153
— — истинная 154, 155
— — ложная 154, 155
— — папиллярная 156
— — фолликулярная 156
Эстрадиол-дипропионат 543
Эстральный цикл у животных 19
Эстрогенный гормон, метаболизм 20
Эстрон 542
Эфирный наркоз 604
Эхинококк 255

Ю

Я

Яичник, кровотечение 433
— рак 413
— саркома 413
— текома 419
— гератобластома 408
— гератома зрелая 408
— фиброма 410
— фолликулома 418
— хорионэпителиома 409
Яичниковый менструальный цикл 115

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие	3
I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ	
Глава 1. Периоды жизни женщины	7
Глава 2. Основные типы конституции женщины; типы высшей нервной деятельности	11
Глава 3. Значение некоторых нейрогормональных и гуморальных факторов в гинекологии	16
Гормональная функция гипофиза (16). Женские половые гормоны (19). Мужские половые гормоны (22). Гормоны коры надпочечников (22). Гормоны щитовидной железы (23). Паращитовидные железы (24). Зобная, или вилочковая, железа (24). Поджелудочная железа (25). Молочные (грудные) железы (25).	
Литература	27
II. ЧАСТЬ СПЕЦИАЛЬНАЯ	
Глава 1. Методы исследования в гинекологии	31
Анамнез (31). Общее исследование (34). Специальное исследование (34): физические методы исследования (34); бимануальное исследование (39); ректальное исследование (42). Инструментальные методы исследования (43). Функциональные методы исследования (60). Цитологический метод исследования (62). Лабораторные и дополнительные методы исследования (63).	
Литература	64
Глава 2. Общая симптоматология гинекологических заболеваний	66
Бели (66). Боли (69). Кровотечения (70). Бесплодие (71). Сексуальные расстройства (72). Расстройства функций мочевого аппарата и кишечника (72). Общие расстройства (74).	
Литература	74
Глава 3. Нормальная эмбриология и пороки развития мочеполовой системы. Заболевания и опухоли вульвы и влагалища	75
Развитие мочевой системы и наружных половых органов (75). Развитие внутренних половых органов (78). Недоразвитие половых органов (79). Пороки развития наружных половых органов, влагалища и шейки матки (81). Пороки развития внутренних половых органов (86). Полное отсутствие матки и влагалища (89). Заболевания и опухоли вульвы (89). Заболевания и опухоли влагалища (90).	
Литература	91
Глава 4. Неправильные положения матки и влагалища	93
Краткие анатомо-физиологические данные. Патологическая антеверзия, флексия матки (96). Ретродевиации матки (97); фиксированные ретродевиации матки (102). Смещения влагалища и матки книзу	

	(103). Профилактика и терапия опущений и выпадений влагалища и матки (110).	
	Литература	114
	Глава 5. Аномалии менструального цикла	115
	Общие сведения о менструальном цикле (115). Аменорея: первичная и вторичная (120); терапия аменореи (123). Псевдоаменорея (124). Дисменорея (альгоменорея) (124); терапия дисменореи (126). Ановуляторный цикл менструаций (127). Маточные гинекологические кровотечения (129): циклические кровотечения (131), ациклические кровотечения (132) и переходные кровотечения (133). Дисфункциональные кровотечения (134). Терапия гинекологических кровотечений (138). Кровотечения в климактерии и менопаузе (140). Викарные менструации (143).	
	Литература	143
	Глава 6. Неспецифические воспалительные (и некоторые невоспалительные) заболевания женских половых органов	145
	Анатомо-биологические особенности женских гениталий (145). Этиопатогенез воспалительных процессов; роль нервной системы в развитии воспаления (146). Общие и местные реакции организма (147). Частная патология и терапия неспецифических воспалительных заболеваний (147): вульвиты (147), острые кондиломы (148), зуд, лейкоплакия и крауроз вульвы (149); вульвиты (149); бартолиниты (150); кольпиты (151); цервициты и эрозии (153); эндометриты (157). Аднекситы (159). Параметриты (164). Неспецифические экссудативные периметриты и пельвеоперитониты (167). Клиническое течение и распознавание аднекситов, параметритов и пельвеоперитонитов (168). Профилактика и терапия воспаления придатков, тазовой клетчатки и брюшины (171). Гинекологические перитониты, клиника и терапия (175).	
	Литература	176
	Глава 7. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов. Гонорея	179
	Краткие исторические сведения (179). Общие свойства возбудителя (179). Изменчивость гонококков (181). Пути и способы распространения гонококков (182). Смешанная инфекция (182). Классификация женской гонореи по автору (183). Методика обследования больной (183). Общая диагностика женской гонореи (186). Клиника и терапия гонореи нижнего отдела гениталий (190). Клиника и диагностика гонореи верхнего отдела гениталий (206). Лечение гонореи верхнего отдела гениталий (215). Терапия гонореи антибиотиками (217). Гонорейный, экссудативный периметрит, пельвеоперитонит (221). Гонорейный диффузный перитонит (223). Контроль излеченности (224). Организация борьбы с женской гонореей (226). Схемы лечения антибиотиками женской гонореи (228).	
	Литература	228
	Глава 8. Туберкулез женских половых органов. Бруцеллез гениталий	231
	Туберкулез гениталий (231). Частота туберкулеза женских половых органов (231). Локализация туберкулезного процесса в различных отделах гениталий (231). Классификация (231). Клиническое течение (232). Связь туберкулеза гениталий с туберкулезными поражениями других органов (232). Диагностика (234). Прогноз (236). Профилактика и терапия (236). Бруцеллез гениталий (239)	
	Литература	240
	Глава 9. Паразитарные заболевания женских половых органов: трихомонадные заболевания; эхинококк; актиномикоз; молочница (soog)	242
	Трихомонадные заболевания гениталий (242). Общие сведения о биологии трихомонад (242). Патогенность трихомонад (243). Условия заражения (245). Стадии заболевания (245). Симптоматология и клиника трихомонадных кольпитов (246). Трихомониаз у беременных и родильниц (248). Методика исследования и диагностика трихомонадных кольпитов (248). Рецидивы и реинфекция (250). Трихомонадоносительство (250). Лечение трихомониаза (251). Контроль излеченности (254). Профилактика трихомониаза (245). Трихомониаз у мужчин (254). Эхинококк гениталий (255); актиномикоз гениталий (256); молочница гениталий (257).	
	Литература	257

Глава 10. Бесплодие женщины	260
Частота заболевания (260). Этиология: общие причины, эндокринные расстройства, авитаминозы (261); аномалии и заболевания тазовых органов (261); шеечно-влагалищный фактор (262); тубарный фактор (262); мужское бесплодие (265). Относительное бесплодие (265). Исследование женщины и мужчины (267). Организация борьбы с бесплодием и его лечение (268). Искусственное оплодотворение (271). Профилактика бесплодия (271)	
Литература	272
Глава 11. Доброкачественные опухоли матки	274
Фибромиомы матки	274
Частота и формы (274). Гистогенез и строение фибромиома (279). Экспериментальные фибромиомы (282). Этиопатогенез (283). Вторичные изменения в матке и придатках (285). Клиническое течение и симптомы (294). Диагностика фибромиома матки (296). Терапия при бессимптомных фибромиомах (305). Консервативно-медикаментозная терапия (306). Андрогенная терапия и другие виды гормонотерапии фибромиома (307). Рентгенотерапия фибромиома (309). Хирургические методы лечения фибромиома матки (312). Операции с сохранением менструальной функции (317). Ближайшие и отдаленные результаты и осложнения после оперативного лечения (320)	
Литература	321
Фибромиомы круглых маточных связок	324
Литература	325
Внутренний аденомиоз (матки)	325
Общие сведения об аденомиозе (325). Теории возникновения аденомиоза (326). Значение эстрогенов (327). Экспериментальный аденомиоз (327). Поражения матки (327). Клиническое течение и симптомы (329). Диагноз аденомиоза (329). Прогноз и терапия (329).	
Наружный аденомиоз	330
Аденома матки (331).	
Литература	332
Полипы шейки и полости матки (доцент В. А. Голубев)	332
Литература	337
Глава 12. Злокачественные опухоли матки, влагалища и вульвы (действ. член АМН СССР проф. А. И. Серебров)	338
Рак шейки матки: статистика; симптомы, диагностика, классификация; (338); дифференциальная диагностика (352); лечение (356), карцинома шейки матки in situ (361). Рак тела матки: статистика; этиология и патогенез (363); предраковые заболевания (365); симптоматология и диагностика (336); клиническая классификация (371); течение и прогноз (374); лечение (374). Рак наружных половых органов (377). Статистика (377). Классификация, симптомы и диагностика (378); дифференциальная диагностика (380), течение и прогноз (381). Лечение (381). Рак влагалища (383). Статистика (383). Симптоматология и диагностика (384). Классификация (385). Прогноз (386). Лечение (386). Саркома матки (388).	
Литература	391
Хорионэпителиома (393).	
Литература	396
Глава 13. Опухоли яичников. Гиперемии и геморрагии яичников. Опухоли труб	397
Опухоли яичников (397) Источники возникновения опухолей яичников (397). Классификация (399). Клинико-анатомическая характеристика отдельных видов опухолей яичников (400). Диагноз; дифференциальный диагноз (426). Осложнения (429). Терапия (432). Гиперемии и геморрагии яичников (ароплексия ovarii) (433). Опухоли труб (434).	
Литература	435
Глава 14. Некоторые заболевания мочевых путей у женщин	437
Методика исследования больных (437). Пороки развития (444). Камни и инородные тела (448). Туберкулез мочевых органов (450). Опухоли мочевых органов (451). Острая почечная недостаточность в гинекологии (452).	
Глава 15. Травматические повреждения и свищи мочеполовых органов женщины	454
Старые разрывы промежности и шейки матки (454). Повреждения	

от введения в половые органы инородных тел (455). Повреждения половых органов, связанные с половым актом (456). Травматические повреждения мочеполовых органов (457). Мочеполовые свищи (459). Влагалищно-прямокишечные свищи (461). Пересечение мочеочника во время операции (462).

Литература 462

Глава 16. **Детская гинекология** 463

Анатомо-биологические особенности полового аппарата девочек (463). Методика гинекологического исследования девочек: общее исследование (470); специальное исследование (472). Бели у девочек (477); классификация белей у девочек по А. И. Петченко (479); профилактика и терапия белей (480); синехии (481). Гонорея у девочек (481). Туберкулез гениталий (484). Неспецифические воспалительные заболевания гениталий у девочек (485). Ювенильные кровотечения (487). Пороки развития гениталий у девочек (489). Инфантилизм и астенция; выпадение матки (491). Доброкачественные и злокачественные опухоли влагалища и матки у девочек (493). Опухоли яичников у детей (495). Опухоли наружных половых органов (497). Инородные тела и травмы мочеполовых органов девочек (498). Основы гигиены и профилактики; организация гинекологической помощи детям (501).

Литература 504

III ЧАСТЬ

НЕОПЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Глава 1. **Терапия медикаментозная и антибиотиками. Химиотерапия. Фитонцидотерапия** (доц. В. А. Голубев) 509

Медикаментозная терапия (509). Лечение антибиотиками (517). Химиотерапия (524).

Литература 525

Фитонцидотерапия (527).

Литература 528

Глава 2. **Гемотерапия** (доц. В. А. Голубев) 529

Переливание крови: действие гемотрансфузий (529); техника переливания крови (530); значение Rh крови (531), реинфузии крови (531); показания к переливанию крови (532); противопоказания. Внутриартериальное нагнание крови (533). Переливание крови в костный мозг (534). Переливание плацентарной крови, эритроцитарной массы, плазмы крови (535). Применение кровезаменителей (536). Осложнения после трансфузии крови (537). Препараты крови и другие вещества, стимулирующие кроветворение (538). Гемостатические препараты (539). Биологические и синтетические антикоагулянты (539).

Литература 540

Глава 3. **Гормонотерапия** 542

Действие гормонов (542). Терапия эстрогенами (542). Терапия андрогенами (544). Терапия препаратами гормона желтого тела (544). Терапия гормоном гипофиза (546). Терапия гормонами щитовидной железы (546). Терапия препаратом грудной железы (546).

Литература 546

Глава 4. **Различные виды неоперативной терапии** 547

Витаминотерапия (547).

Литература 550

Вакциноотерапия (551). Протеинотерапия (553). Тканевая терапия; лечение грязевыми экстрактами; терапия алоэ и стекловидным телом (554). Новокаиновая блокада (556).

Литература 558

Глава 5. **Физиотерапия гинекологических заболеваний** 559

Гинекологический массаж (559). Вибрационный массаж (562).

Литература 563

Светолечение (563). Электротечение (566): электрофорез (566), дарсонвализация (567), диатермия (569). Водолечение (571). Лечение минеральными водами (573). Морские купания (575). Лечебная физкультура (576).

Литература 576

Глава 6. Грязелечение. Нафталанотерапия. Парафинотерапия. Озокеритотерапия	577
Грязелечение (пелоидотерапия): общие сведения (577), действие лечебной грязи на организм (578), методика грязелечения (578); показания и противопоказания (579); выбор курорта для грязелечения гинекологических больных (579). Нафталанотерапия (580). Парафинотерапия (581). Озокеритотерапия (582).	
Литература	582
Глава 7. Рентгенотерапия. Кюритерапия. Действ. чл. АМН СССР проф. А. И. Серебров	584
Рентгенотерапия: рентгенотерапия фибромиом матки и других гинекологических заболеваний (584). Кюритерапия (587); дозировка лучей радия (590); показания и противопоказания к лучевой терапии (591); режим больной при лечении радием (592).	
Литература	593

IV ЧАСТЬ

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Глава 1. Операционный блок и подготовка к операции	597
Устройство операционного блока (597). Асептика и антисептика (597). Заготовка и стерилизация для операции белья, перевязочного материала, инструментов и перчаток (598). Приготовление лигатурного материала (599). Стерилизация инструментов (599). Подготовка рук (599). Подготовка к операции больной: общая и специальная (600).	
Литература	603
Глава 2. Обезболивание при гинекологических операциях	604
Ингаляционный наркоз: эфирный, закисью азота, циклопропаном (604). Потенцированный наркоз, комбинированный и эндотрахеальный методы наркоза (608). Неингаляционный наркоз: гексалавый, триопентал-натрием (609). Спинальная анестезия (610). Перидуральная (612), эпидуральная (сакральная) (613), пресакральная анестезия (613). Местное обезболивание (614): местная анестезия при чревосечениях (615); при влагалищных операциях (619).	
Литература	621
Глава 3. Влагалищные операции	622
Кольпотомии и кольпоцелиотомии (622). Передняя кольпотомия (кольпоцелиотомия) (622). Задняя кольпотомия (625). Задняя кольпоцелиотомия (626). Пластические операции для восстановления тазового дна (626). Передняя пластика (628): по Гегару—Отту (628), по Мартин—Бумму (629), по Штеккелю (629). Задняя пластика по Отту (630). Операции при разрывах промежности третьей степени (632).	
Литература	634
Глава 4. Операции на шейке матки	635
Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки (635). Конусовидная ампутация шейки матки (по Штурмдорфу) (636). Высокая ампутация шейки матки с пересадкой сводов (637).	
Литература	639
Глава 5. Операция по поводу выпадения матки и влагалища у пожилых	640
Операция Лефора—Нейгебауера (срединная кольпоррафия) (640). Крестообразный кольпоклеизис по Горалеку (642). Операция Лагардта (неполный кольпоклеизис) (642). «Манчестерская» операция (645).	
Литература	645
Глава 6. Удаление через влагалище матки и придатков	646
Удаление яичников и труб (646). Энуклеация фибромиом матки (647). Надвлагалищная ампутация матки (по Рикку) (648). Экстирпация матки: с оставлением придатков, с удалением придатков (648). Экстирпация матки при выпадениях (654): операция Мэйо (654), Елкина (655), Александрова (658).	
Литература	658
Глава 7. Чревосечение	659
Вскрытие брюшной полости путем чревосечения (659).	
Литература	665

Глава 8. Операция для исправления положения матки	666
Операция М. В. Елкина (666) Операция Джиллама—Кипарского (667). Операция Кохера (668) Фиксация матки к промонторию (669).	
Литература	669
Глава 9. Операции по поводу бесплодия. Удаление придатков матки	670
Операции по поводу бесплодия (670). Дисцизия задней губы по Дедлею (670). Сальпинголизис (670), сальпингостомия (671). Пересадка трубы в матку (673). Пересадка яичника в матку (673). Восстановление проходимости трубы по Гальту (673). Удаление придатков матки (673). Удаление опухолей яичника (673): удаление опухоли яичника на ножке (675); удаление интралигаментарных опухолей яичника (677). Операции при воспалительных заболеваниях придатков (678): удаление трубы (678); удаление трубы с яичником (681).	
Литература	681
Глава 10. Неполное удаление и экстирпация матки	683
Неполное удаление матки. Консервативная миомэктомия (683). Дефундации матки по Бейтнеру (684). Надвлагалищная ампутация матки с оставлением придатков (685); с удалением придатков (687); высокая ампутация матки (688). Абдоминальная экстирпация матки: с удалением придатков (688); с оставлением придатков (692).	
Глава 11. Операции по поводу мочевых и влагалищно-кишечных свищей и частичного недержания мочи	694
Операция мочевых и каловых свищей (694). Операция пузырно-влагалищных свищей: операция Волковича—Кюстнера (695). Операции пузырно-шеечных (маточных) свищей (695). Операции мочеточниково-влагалищных свищей (697). Пересадка мочеточников в мочевой пузырь (698). Пересадка мочеточников в кишку (699). Операции ректовагинальных свищей (701). Операции по поводу частичного недержания мочи (703). Операция К. М. Фигурнова (703). Операция Д. Н. Атабекова (703).	
Литература	706
Глава 12. Операции искусственного образования влагалища	708
Образование искусственного влагалища из тонкой кишки (операция Болдуина) (708). Образование искусственного влагалища из сигмы (модификация М. С. Александрова) (709). Образование искусственного влагалища из прямой кишки: операции Д. Д. Попова (709); А. Э. Мандельштама (709); Кишнера и Вагнера (711).	
Литература	713
Глава 13. Операции при злокачественных новообразованиях (действия член АМН СССР проф. А. И. Серебров)	715
Общие принципы (715). Расширенная экстирпация при раке шейки матки по Вертгейму (716).	
Литература	726
Глава 14. Ведение послеоперационного периода	728
Общие сведения (728). Постоперационный период (729). Послеоперационные осложнения (730). Лечебная физкультура в послеоперационном периоде (734).	
Литература	735
Глава 15. Организация гинекологической помощи в СССР.	
(Доц. К. М. Баженова)	736
Предметный указатель	746
Оглавление	755

ТАБЛИЦА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ВЕСА ПЛОДА У РОЖЕНИЦ (по Рудакову)

Определение срока беременности до 28 недель			Определение срока беременности от 28 недель до 35 недель						Вес плода	Определение веса плода у рожениц			Примечание	
Срок берем.	Индекс	Вес	Срок берем.	Индекс средн. для II берем.	Норма	Индекс средн. для I берем.	Варианты			Индекс объема плода	Перво-род.	Повторно рожая.		
							М	Б						
12	40	20	28	620	580	580	560	600	1100	750	2600	2700	1. При варианте М к показаниям таблицы прибавляется от 200,0 до 400,0 ; при варианте Б отнимать от 200,0 до 400,0 . 2. При преждевременных родах пользоваться таблицей беременности .	
13	65	45	29	655	620	620	590	655	1250	775	2700	2800		
14	95	70	30	690	660	655	625	710	1400	800	2800	2900		
15	120	95	31	725	700	690	655	765	1550	825	2900	3000		
16	150	120	32	760	745	725	690	820	1700	850	3000	3100		
17	175	160	33	795	785	760	720	850	1885	875	3100	3200		
18	205	205	34	830	830	800	755	925	2075	900	3200	3300		
19	235	245	35	865	870	835	785	980	2260	925	3300	3400		
20	260	290								950	3400	3500		
21	300	380	Определение срока беременности в 36-40 недель								975	3500		3600
22	345	470								1000	3600	3700		
23	385	560	36	900	910	870	815	1035	2450	1025	3700	3820		
24	430	650	37	930	950	905	850	1090	2660	1050	3800	3935		
25	470	760	38	965	990	940	880	1145	2875	1075	3900	4050		
26	515	875	39	1000	1035	975	915	1200	3085	1100	4000	4170		
27	555	985	40	1040	1075		950	1250	3300	1125	4100	4285		
	600	1100								1150	4220	4400		
			Темп роста		40		30	55		1175	4330	4535		
										1200	4440	4665		
										1225	4550	4800		