

С 45

К. СКРОБАНСКИЙ

ГИНЕКОЛОГИЯ



НАРКОМЗДРАВ СССР
«МЕДГИЗ»
1939

618
С45

К. СКРОБАНСКИЙ

Заслуженный деятель науки

профессор

*Государственного Ленинградского педиатрического медицинского института
и 1 Ленинградского медицинского института
им. акад. И. П. Павлова*



КРАТКИЙ УЧЕБНИК ГИНЕКОЛОГИИ

*226 рисунков в тексте
и 12 цветных рисунков на наклейках*

*Утверждено Всесоюзным комитетом
по делам Высшей школы при СНК СССР
в качестве учебника для высших
медицинских учебных заведений*



НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ «МЕДГИЗ»
МОСКВА — 1939 — ЛЕНИНГРАД



ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий краткий учебник по гинекологии составлен исключительно для студентов медицинских институтов.

Составляя этот учебник, я старался сохранить в нем все существенные отделы современной гинекологии, но не переполнять его темъ сведениями, которые могут быть заимствованы учащимися в смежных дисциплинах.

Останавливаясь главным образом на неоперативных методах терапии, я уделил оперативной терапии только очень ограниченное место, так как с ней учащийся может познакомиться в руководствах по оперативной гинекологии.

Считаю своим долгом принести свою искреннюю благодарность доценту Александру Борисовичу Прейсману, значительно облегчившему мне работу по составлению этого краткого учебника гинекологии.

К. Скробанский

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
ЧАСТЬ I	
ОБЩАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ	
Глава первая. Анатомо-топографические замечания о женских половых органах	9
I. Наружные половые органы (vulva, genitalia externa)	9
II. Внутренние половые органы	13
1. Влагалище (vagina)	13
2. Матка (uterus)	15
3. Трубы (tubae Fallopii)	21
4. Яичник (ovarium)	23
III. Общие замечания о строении мочевых путей и отделов кишечника, находящихся в полости малого таза	26
1. Мочеточник (ureter)	27
2. Мочевой пузырь (vesica urinaria)	27
3. Мочеиспускательный канал (urethra)	28
4. Прямая кишка (rectum)	29
IV. Тазовая брюшина и клетчатка малого таза	30
V. Сосудистая и лимфатическая системы тазовых органов и их иннервация	31
Глава вторая. Эмбриональное развитие мочеполовой системы	35
I. Общие замечания о развитии мочеполовой системы	35
II. Женская половая железа — женская гонада; яичник (ovarium)	36
III. Выводящие пути яичника	36
IV. Sinus uro-genitalis	38
V. Наружные половые органы	39
Глава третья. Основные физиологические процессы женского организма	41
I. Первичные и вторичные половые признаки	41
II. Половая зрелость	43
III. Период половой производительности женщины	43
1. Период детства	46
2. Период половой зрелости и менструальный цикл	47
3. Период климактерия и менопаузы	56
Глава четвертая. Учение о конституции в гинекологии	58
Общие замечания	58
1. Астенический тип	60
2. Инфантильный тип	62
3. Пикнический тип	63
4. Интерсексуальный тип	64
Глава пятая. Общая диагностика гинекологических заболеваний	66
I. Анамнез	66
II. Объективное исследование	67
A. Общее состояние больной	67
B. Гинекологическое исследование	68
1. Наружное исследование	68
2. Внутреннее исследование	70
3. Исследование зеркалами	72
4. Кольпоскопия	78
5. Взятие пробного кусочка	78
6. Обследование полости матки	79
7. Гистероскопия	80
8. Пробное выскабливание	80

9. Пробная пункция заднего свода	81
10. Определение проходимости труб	82
11. Уретроскопия	84
12. Цистоскопия	85
13. Ректоскопия	86

Глава шестая. Общая симптоматология гинекологических заболеваний	87
I. Бели (fluor)	88
II. Боли	93
III. Расстройства менструации	95
1. Menstruatio praecox	97
2. Аменоррея (amenorrhoea)	97
3. Меноррагия (menorrhagia)	99
4. Метроррагия (metrorrhagia)	102
5. Дисменоррея (dysmenorrhoea)	102
Глава седьмая. Гормонотерапия в гинекологической практике	104
Основы терапевтического применения гормональных препаратов	108
Лечение отдельных видов расстройств гормональными препаратами	109
Глава восьмая. Гигиена женщины	110
Общие замечания	112
I. Гигиена менструации	113
II. Гигиена половой жизни	115
Половое сношение	116
III. Гигиена периода климактерия и менопаузы	117

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Глава первая. Заболевания наружных половых органов	120
1. Пороки развития	120
2. Воспалительные процессы наружных половых органов	124
3. Венерические язвы на наружных половых органах	126
4. Особые формы заболеваний наружных половых органов	129
5. Опухоли наружных половых органов	130
6. Травматические повреждения вульвы	133
Глава вторая. Заболевания влагалища	135
I. Воспаления слизистой оболочки влагалища	135
1. Серозно-гнойный кольпит (colpitis granulosa)	135
2. Старческий кольпит (colpitis vetularum senilis)	136
3. Гонорройный кольпит (colpitis gonorrhoeica)	137
4. Кольпит при инфекционных заболеваниях	137
5. Трихомонадный кольпит (trichomonas colpitis)	138
6. Грибковые кольпиты	139
II. Язвенные заболевания влагалища	140
1. Ulcus molle	140
2. Первичная сифилитическая язва	140
3. Туберкулезная язва	141
4. Ulcus rotundum simplex влагалища	141
III. Травматические повреждения влагалища	141
1. Мочевые свищи влагалища	141
2. Влагалищно-прямокишечные свищи	147
IV. Новообразования влагалища	148
V. Инородные тела во влагалище	151
VI. Вагинизм (vaginismus)	152
Глава третья. Заболевания матки	154
I. Пороки развития матки	154
II. Гинатрезии	160
III. Неправильности в положении матки и стенок влагалища	164
Клиника главнейших форм аномалий положения матки и влагалища	167
1. Перегиб и отклонение матки кзади (retroflexio — versio uteri)	168
2. Опущение и выпадение матки и влагалища (descensus et prolapsus uteri)	175
3. Выворот матки (inversio uteri)	187
4. Грыжа матки (hernia uteri)	191
IV. Воспалительные процессы матки	191
1. Острый и хронический цервицит (cervicitis acuta et chronica)	193
2. Воспалительные процессы слизистой оболочки и стенок матки (metroendometritis)	201
Острый эндометрит	202
Хронический метро-эндометрит	203
Endometritis post abortum, s. post partum	205
V. Геморрагическая метрпатия (metropathia haemorrhagica)	206

VI. Опухоли матки	210
A. Фибромиомы, или миомы матки	211
Гистогенез	211
Каузальный генез	212
Частота	214
1. Строение и топография миомы	215
Микроскопическое строение миом	217
Патологические изменения в миомах	218
2. Клиника миом матки	220
Симптомы	220
Диагностика миом	223
Прогноз	226
3. Терапия миом матки	227
Симптоматическое лечение миом	227
Оперативное лечение миом	229
B. Аденомиоз (adenomyosis)	231
Диагноз	233
Предсказание	233
B. Саркома матки	234
Симптомы	234
Диагноз	235
Терапия	235
Г. Рак матки	235
Проблема этиологии и роста опухолей	235
Клиника рака матки	237
Рак шейки матки	237
Статистика	238
Патологоанатомическое и гистологическое строение рака шейки матки	239
Клиника рака шейки матки	241
Диагноз	246
Рак тела матки	250
Симптомы	251
Диагноз	251
Прогноз	251
Профилактика рака матки	252
Лечение рака матки	252
Лечение операбельных случаев рака матки	254
Лечение неоперабельных, запущенных случаев рака матки	257
Д. Хориоэпителиома	259
Симптомы	261
Диагностика	261
Профилактика	262
Терапия	262
VII. Атрофия матки	262
Терапия	263
Глава четвертая. Заболевания яичников (неопухолового характера)	264
1. Пороки развития яичников	264
2. Неправильности в положении яичников	266
3. Неправильности со стороны сосудистой системы в яичнике	268
4. Атрофия яичников	268
5. Воспаление яичников	269
6. Особые виды заболеваний яичников	271
Глава пятая. Опухоли яичников	273
I. Небластоматозные опухоли яичника	273
II. Бластоматозные — пролиферирующие опухоли яичников	275
A. Эпителиальные пролиферирующие опухоли яичников	279
1. Эпителиомы, доброкачественные бластомы	279
a) Cystoma proliferum glandulare pseudomucinosum	280
b) Cystoma proliferum papillare serosum	281
Гистогенез аденокистом яичника	284
Клиническое течение аденокистом яичника	285
Диагностика аденокистом	287
Прогноз	292
Терапия	292
2. Злокачественные эпителиальные бластомы — рак яичника	295
a) Генуинная форма рака яичников	295
b) Карциноматозная дегенерация аденокистом яичника	296
в) Метастатическая форма рака яичника	296
г) Особые формы рака яичника	296
Клиническая картина рака яичника	298
Диагностика	298

является нередко признаком общего недостаточного развития женщин или свидетельствует о неполноценном развитии внутренних половых органов.

2. Большие половые (срамные) губы (*labia majora, labia pudenda externa*) представляют выступающее клиновидное образование, располагающееся между обоими бедрами и заключающее половую щель (*rima pudendi*). Эти кожные складки, между которыми располагается половая щель, и называются большими половыми губами (*labia majora*).

Каждая губа имеет наружную и внутреннюю поверхность, обращенную к половой щели, покрытую очень нежной кожей, которая носит характер слизистой оболочки, содержащей много жировых и потовых желез.

Наружная поверхность больших губ покрыта волосами, переходящими сюда непосредственно из области лобка.

Кзади, перед промежностью, большие губы обеих сторон, сливаясь, образуют так называемую заднюю ссайку (*commissura labiorum posterior*). Если раздвинуть здесь большие губы, то легко обнаружить между ними обычно очень тонкую, высотой в 3—5 мм, поперечную складку кожи, носящую название *frenulum*, между которой и глубже расположенным *hymen* обнаруживается ладьевидное вдавление (*fossa navicularis*).

У рожавших *frenulum* обычно разрушена, а на месте *fossa navicularis* имеется рубец от происшедшего при родах разрыва.

Основная ткань больших губ состоит из крупнопетливой соединительной ткани с богатым отложением в ней жира. Эта ткань представляет собой продолжение подкожной ткани лобка. Она очень богато снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами.

У хорошо упитанных женщин большие губы соприкасаются своими внутренними поверхностями; у истощенных женщин с разрывом промежности половая щель зияет, так как большие половые губы расходятся.

Поверхность подкожной клетчатки больших губ покрыта тонкой фасцией, которая переходит впереди в поверхностную фасцию области пахового канала, а кзади — в *fascia superficialis perinei*.

3. Малые половые (срамные) губы (*labia minora*). Если максимально раздвинуть большие губы, то перед нами отчетливо обнаружится вся половая щель (*rima pudendi*), преддверие, клитор и на всем протяжении щели — малые половые губы. Последние представляют собой две кожные складки, начинающиеся от клитора и располагающиеся внутрь от больших губ. В переднем своем отделе, кзади от клитора, малая губа каждой стороны разделяется как бы на две ножки, из которых передняя, соединяясь с соответствующей частью противоположной губы, образует *praeruptium clitoridis* (рис. 1); задняя же ножка, также сливаясь с противоположной, — *frenulum clitoridis*.

Кзади малые губы, постепенно уменьшаясь и истончаясь, полностью сливаются с внутренней поверхностью больших губ. Однако иногда задние отделы малых срамных губ как бы соединяются с *frenulum labiorum* самостоятельной поперечной тонкой кожной складкой. Между большими и малыми губами располагается бороздка (*sulcus interlabialis*). Кожа малых губ очень нежна, похожа на слизистую оболочку и богата жировыми железами.

При нормальном строении передний, более развитый участок малых губ даже у девиц виден между большими губами; в задней же своей части малые губы скрываются в складке больших.

У женщин, живущих уже долго половой жизнью, или, особенно, при привычной мастурбации, малые губы могут значительно гипертрофироваться и становятся видны на всем протяжении половой щели.

Удлинение малых губ и огрубение их, особенно же, как это нередко приходится наблюдать, несимметричность губ, когда одна из них бывает значительно больше другой, говорят часто за то, что изменения эти возникли как следствие мастурбации. В редких случаях, однако, наблюдается врожденное увеличение малых губ, во много раз превышающих нормальные размеры.

4. Преддверие (*vestibulum*) — часть вульвы, ограниченная малыми губами, т. е. то пространство, которое замыкается спереди клитором, позади — *frenulum*

commissurae posterioris, сверху — девственной плевой или ее остатками. Все это сравнительно небольшое пространство соответствует так называемому *sinus urogenitalis* эмбрионального периода развития, о котором речь будет ниже.

В переднем отделе преддверия открывается мочеиспускательный канал (*orificium urethrae externum*). Непосредственно позади *orificium* легко можно увидеть два симметрично расположенных бугорка, на которых несколькими точечными отверстиями вскрываются заложенные в глубине небольшие слепые каналы, называемые скеновыми ходами — парауретральными ходами, или скеновскими железками (*glandulae Skene*). От полости влагалища *vestibulum* отделяется девственной плевой (*hymen, valvula vaginae*).

Девственная плева по существу представляет собой дубликатуру слизистой оболочки влагалища. Ее толщина, величина и форма чрезвычайно разнообразны. Ее свободный край, ограничивающий отверстие *hymen*, или гладок, или имеет зубчатый и даже дольчатый вид. Само отверстие располагается иногда центрально, иногда эксцентрично и имеет очень разнообразную форму. Нередко мы находим не одно, а два и больше отверстия. Все это дает основание говорить о различных формах девственной плевы. Так, отмечают *hymen annularis* (кольцеобразный), *semilunaris* (полулунный), *lobatus* (дольчатый), *fimbriatus* (с зазубренным краем), *cribriformis* (с рядом мелких отверстий), *septus* (с перегородкой), *subseptus* (с неполной перегородкой) и пр. (рис. 2, 3, 4, 5).



Рис. 2. *Hymen semilunaris. Virgo.*

При первом половом сношении происходит дефлорация — разрыв девственной плевы. Девственная плева надрывается обычно в радиальном направлении, чаще всего с двух сторон — по бокам. Однако наблюдается и односторонний разрыв. Разрывы эти идут от свободного края *hymen* до его основания.

Не всегда легко поставить диагноз целостности *hymen*, так как в некоторых случаях *hymen* даже при полном сношении не надрывается, с другой же стороны, имеющиеся на *hymen* естественные для состояния девственности трещины иногда трудно отличить от трещин, произошедших при дефлорации *sub coitu*.

У рожавших женщин *hymen* разрушен; его остатки в виде незначительных рубцовых сосочков носят название *carunculae hymenales* (*myrtiformes*).

5. Клитор (*clitoris*) и луковица преддверия (*bulbus vestibuli*) (рис. 6). Клитор — орган, способный к эрекции и аналогичный мужскому половому члену. Он состоит из ножек (*crura clitoridis*), тела (*corpus*) и головки (*glans clitoridis*). Все эти части клитора построены из кавернозной ткани. Его поверхность покрыта оболочкой из неподатливой фиброзной ткани, так называемой *tunica albuginea clitoridis*.



Рис. 3. Наиболее часто встречающаяся форма *hymen* с почти линейным отверстием. *Virgo.*

Crura clitoridis фиксированы к перноту нисходящей ветви лобковой кости и к восходящей ветви седалищной кости. Под *lig. arcuatum pubis* ножки клитора сходятся и соединяются в изогнутое впереди короткое *corpus clitoridis*, которое заканчивается снаружи небольшим, величиной с просыное зерно, *glans clitoridis*.

Позади и вдоль *crura clitoridis* лежат объемистые кавернозные тела, луковицы преддверия — *bulbi vestibuli*. По существу они располагаются уже не в об-

ласти vestibulum, а, вернее, в самом нижнем отделе влагалища. Их передние, несколько заостренные полюсы соединяются друг с другом под клитором и образуют частично мочеиспускательный канал, а более округленный нижний полюс лежит на границе средней и нижней трети больших губ.



Рис. 4. Hymen subseptus intactus.



Рис. 5. Hymen septus defloratus.

Непосредственно у нижних полюсов bulbi vestibuli, в толще ткани больших срамных губ, располагаются glandulae vestibulares majores, s. Bartholinii —



Рис. 6. Лонный угол. Bulbi vestibuli, clitor.

1 — v. dorsalis clitoridis; 2 — crus clitoridis; 3 — pars intermedia; 4 — bulbus vestibuli; 5 — glandula Bartholinii.

железы величиной с орешек (1,5 см в поперечнике). В период полового созревания они быстро увеличиваются и сравнительно рано дегенерируют. У старух определить их не удастся. Выводной проток бартолиниевых желез оканчивается небольшим точечным отверстием у основания малых губ, именно там, где они

переходят в большие. Бартолиевы железы аналогичны куперовским железам (*glandulae Cowperi*) мужчин и на высоте органа выделяют жидкий слизистый секрет, вероятно, при сокращении *m. bulbo-savernosi*.

Кзиди от вульвы располагается п р о м е ж н о с т ь (*perineum*). Она располагается между *frenulum labiorum posterior* и *anus*. Высота промежности около 3—5 см. Промежность покрыта тонкой кожей. На ней в сагиттальном направлении можно иной раз наблюдать складку (*raphe*), развитую у женщин более слабо, чем у мужчин.

Если промежность плохо развита, то ее поверхность представляется ложкообразно вдавленной. У женщин рожавших, с надрывами на промежности, промежность может быть очень невысокой. Тело промежности, т. е. та часть ее, которая заложена между влагалищем и конечным участком прямой кишки, имеет в сагиттальном разрезе приблизительно форму клина, вершущейся обращенной кверху. Тело промежности построено главным образом из соединительной ткани и заходящих сюда мышечных волокон от мышц *diaphragma pelvis* (см. ниже).

II. ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

К внутренним половым органам относят: влагалище, матку, трубы, яичники с окружающей их соединительнотканной клетчаткой и покрывающей эти органы брюшиной.

I. Влагалище (*vagina*)

Влагалище (*vagina*, *colpos*), как известно, служит не только органом копуляции, но является также выводным каналом для содержимого матки при родовом акте и при менструации. Соответственно этому физиологическому назначению влагалище должно обладать большой растяжимостью.

По своему строению влагалище представляет уплощенную спереди назад трубку, начинающуюся от *introitus vaginae* и оканчивающуюся кверху сводами: передним, задним и боковыми, которыми влагалище прикрепляется к шейке матки, открывающейся во влагалище (рис. 7).

При стоячем положении женщины влагалище располагается спереди назад и снизу вверх, образуя очень незначительную изогнутость. Задний свод его достигает большей высоты, чем передний. Вследствие того что передняя стенка влагалища непосредственно прилежит к задней, просвет влагалища представляет капиллярную щель, имеющую в поперечном разрезе H-образную форму (рис. 8).

Стенка влагалища состоит из слизистой оболочки, покрытой по всей поверхности многослойным плоским эпителием, из подэпителиальной соединительной ткани, богатой сосудами и эластическими волокнами, и из наружного мускульного слоя (*muscularis vaginae*).

Спереди влагалище граничит внизу с мочеиспускательным каналом, от которого его отделяет уретро-влагалищная перегородка (*septum urethro-vaginale*), вверху — с мочевым пузырем, отделяемым пузырно-влагалищной перегородкой (*septum vesico-vaginale*). Позади влагалища лежит прямая кишка, которая внизу отделяется от него телом промежности, а в средней своей части — *septum recto-vaginale*. В самой верхней части, где кишка уже отходит от задней стенки влагалища, оно прикрывается только брюшиной. Здесь между влагалищем и прямой кишкой располагается самая глубокая часть дугласова пространства (см. ниже).

Длина влагалища индивидуально колеблется, достигая в среднем 7—10 см.

Слизистая оболочка влагалища в молодом возрасте покрыта, особенно в двух нижних третях, выраженными нежными поперечными складками. Складки эти особенно развиты по средней линии как на передней, так и на задней стенке влагалища и образуют тут так называемые *columnae rugarum* (рис. 9). Поверхность слизистой оболочки влагалища выстлана многослойным плоским эпителием, который особенно толст в детском возрасте и очень истончен в старости. Желез в слизистой оболочке влагалища мы обычно не встречаем. Только в ред-

ких случаях наблюдаются здесь простые, мало развитые трубчатые железы, покрытые чаще всего цилиндрическим эпителием.

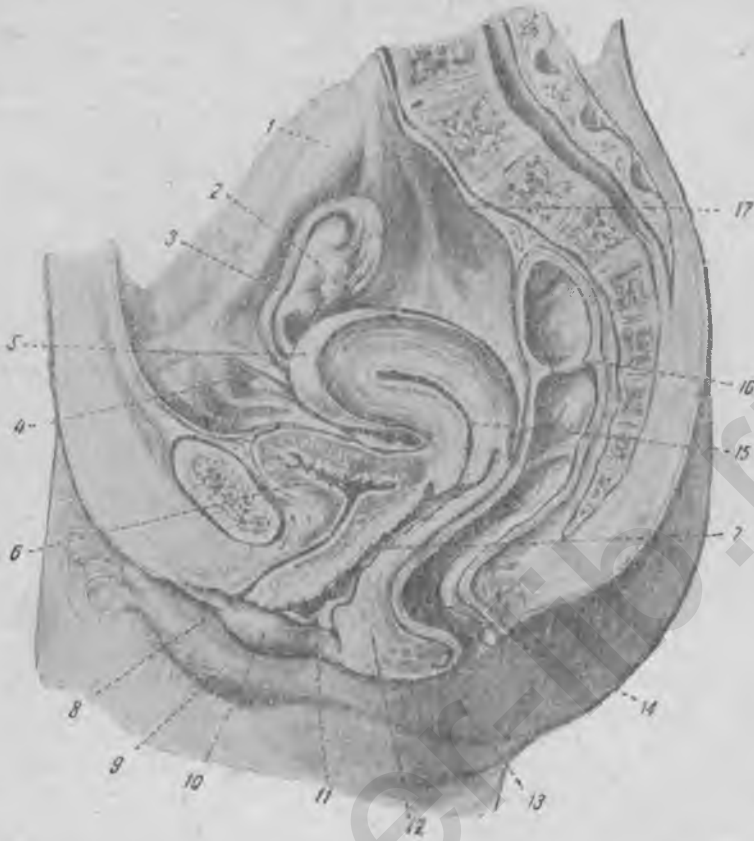


Рис. 7. Сагиттальный разрез по средней линии через таз и его органы. По Гофмейеру.

1 — lig. infundibulo-pelvicum; 2 — яичник; 3 — труба; 4 — lig. rotundum; 5 — fundus uteri; 6 — vesica urinaria; 7 — vagina; 8 — orificium urethrae externum; 9 — labia majora; 10 — labia minora; 11 — introitus vaginae; 12 — perineum; 13 — sphincter externus; 14 — rectum; 15 — orificium internum; 16 — sphincter tertius; 17 — ureter.

На передней стенке влагалища, по средней линии в нижней ее трети, при исследовании хорошо прощупывается плотный кругловатый валик заложенной тут уретры (*carina urethralis*).



Рис. 8. Поперечный разрез через стенку влагалища в форме Н. По Генле.

Columnae rugarum, хорошо развитые в молодости, с годами, особенно после повторных родов, постепенно сглаживаются, слизистая оболочка истончается и у пожилых женщин делается тонкой и гладкой.

Так как слизистая влагалища лишена желез, то секрета она не выделяет, скудное же содержимое влагалища состоит из очень незначительного количества трансудата, к которому примешивается слущившийся плоский эпителий, слизь из шеечного канала и жидкий секрет из полости матки.

Muscularis vaginae, состоящий из наружного, продольного, слоя и внутреннего, циркулярного, хорошо развит, в чем можно убедиться, введя палец во влагалище нерожавшей женщины: передко при этом палец плотно охватывается мышцами влагалища и прижимается к моче-

испускательному каналу.

У здоровой женщины влагалищный секрет имеет слабокислую реакцию, так как содержит около 0,5% молочной кислоты. Кислотность нормального влагалищного секрета, определяемая вычислением рН, равна 3,86—4,45.

Как и все полости, сообщающиеся с поверхностью тела, влагалище содержит очень разнообразную бактериальную флору. Тут можно только указать, что при наиболее благоприятных физиологических условиях флора влагалища, особенно его верхней трети, почти исключительно состоит из так называемых дедерлейновских палочек. Однако необходимо отметить, что и у совершенно здоровых женщин во влагалище очень часто можно найти чрезвычайно различную по своим формам бактериальную флору, причем среди этих бактерий встречаются иной раз и резко патогенные (см. более подробно главу шестую, Общая симптоматология).

[2. Матка (uterus)]

Матка женщины в периоде половой зрелости представляет, как принято говорить, грушевидное тело, уплощенное спереди назад и располагающееся в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой. Вся матка по передней своей поверхности несколько вогнута, соответственно чему кзади она слегка выпукла (рис. 7).

На матке можно различать следующие части: тело матки (*corpus uteri*), шейку матки (*cervix uteri*) и перешеек (*isthmus uteri*).



Рис. 10. Деление шейки матки на три участка.

1—*pars vaginalis*; 2—*pars intermedia*; 3—*pars supravaginalis*.

2) *pars intermedia cervicis* — между первой частью и местом прикрепления заднего свода и 3) *pars supravaginalis cervicis* — остальная часть шейки.

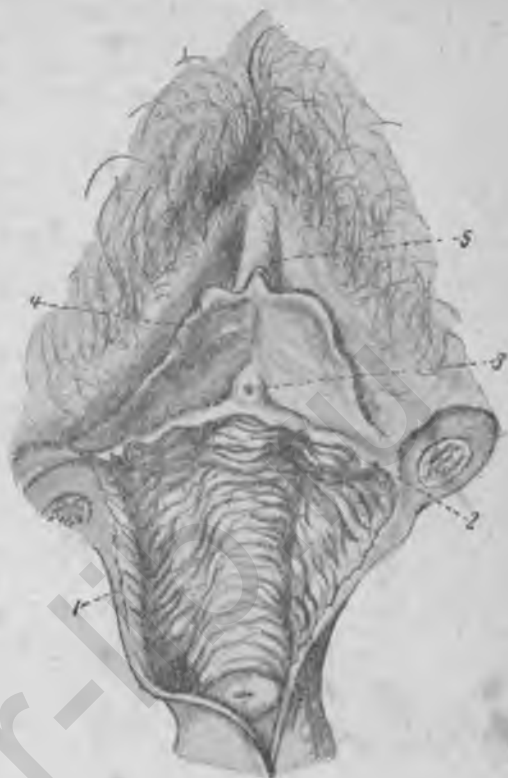


Рис. 9. Vagina и genitalia externa, открыты снизу. По Тандлеру.

1 — *columnae rugarum*; 2 — *hymen*; 3 — *urethra*; 4 — *labium minus*; 5 — *praeputium clitoridis*.

Тело матки (*corpus uteri*) представляет у зрелой женщины самую объемистую часть матки. Передняя поверхность тела менее выпукла, чем задняя.

Верхний отдел матки, располагающийся между двумя трубами, нормально имеет выпуклость кпереди и носит название *fundus uteri*. Боковые края тела матки мы обычно называем ее кантами.

Шейка матки (*cervix uteri*) у нормально развитой женщины представляет собой цилиндрическое тело. Нижний отдел шейки, опускающийся в просвет влагалища и покрытый такой же слизистой оболочкой, как и влагалище, называется влагалищной частью шейки (*portio vaginalis*). Та же часть шейки, которая помещается выше, называется *portio supravaginalis cervicis*.

Шредер (*Schroeder*) предлагает различать в шейке следующие три части (рис. 10): 1) *pars vaginalis* — та часть, которая располагается между нижним полюсом шейки и местом прикрепления к ней переднего свода,

Составной частью шейки является шейечный канал (*canalis cervicalis*), соединяющий полость матки с полостью влагалища. Со стороны полости матки он начинается в н у т р е п н и м з е в о м (*os internum canalis cervicalis* или *os externum isthmii*). Оканчивается *canalis cervicalis* на *portio vaginalis* н а р у ж н ы м з е в о м (*os externum canalis cervicalis*, или *orificium uteri externum*).



Рис. 11. Corpus, isthmus и collum uteri.

1 — *os internum isthmi*;
2 — *os externum isthmi*, s. *os internum canalis cervicalis*.

Перешеек матки (*isthmus uteri*). Это небольшая часть матки, шириной в 1 см [Ашоф (*Aschoff*)] (рис. 11), которая по своему анатомическому и гистологическому строению не может быть причислена ни к телу, ни к шейке. По строению слизистой, покрывающей канал перешейка, он больше приближается к телу матки, по строению же своей стенки — к шейке матки. Участок канала, располагающийся в перешейке, — это самое узкое место во всем канале. Кверху этот канал открывается в полость матки, книзу — в более широкий шейечный канал самой шейки.

Значение перешейка в акушерстве очень велико, так как эта часть матки принимает участие в образовании общего плодовместилища еще задолго до родов (см. Курс акушерства).

Полость матки (*с a v u m u t e r i*) имеет в фронтальном разрезе треугольную форму. Верхние углы этого треугольника переходят в просветы труб. Нижний же угол направлен в область внутреннего зева (*os internum cervicis*), в шейечный канал, вернее, в *os internum isthmi*.

Так как передняя стенка матки непосредственно прилежит к задней, то по существу полости матки в небеременном состоянии не существует, а на ее месте имеется только узкая, почти капиллярная щель.

Наружный зев у перожавших имеет форму небольшого круглого вдавления, а у многорожавших, даже при полностью сохранившейся после родов шейке, он имеет вид поперечной щели (рис. 12).

Располагаясь в полости малого таза, матка при нормальных условиях, при опорожненном мочевом пузыре и при пустой прямой кишке, лежит почти по оси таза (см. Курс акушерства), причем ее тело по отношению к шейке несколько отклоняется вперед. Этот перегиб происходит на уровне внутреннего зева и образует нормально угол приблизительно в 100° , открытый впереди. Перегиб матки по отношению к шейке мы называем *flexio*. При нормальных же условиях перегиба вперед мы говорим об *anteflexio uteri*.

Матка является органом, имеющим известную нормальную подвижность. При исследовании здоровой женщины мы легко можем смещать матку в известных пределах вперед, кзади, в сторону, вверх и вниз.

Однако этому органу при опорожнении соседних органов — мочевого пузыря и прямой кишки — свойственно определенное положение, которое соответствует средней линии таза, причем высота стояния матки считается нормальной в тех случаях, если область внутреннего зева располагается приблизительно на высоте воображаемой линии, проводимой через обе *spinae ischii* — на *linea interspinalis*.



Рис. 12. Наружный зев у новорожденной, у нерожавшей и у рожавшей.

Как величина, так и форма матки подвержены большим индивидуальным колебаниям. Но колебания эти особенно велики в зависимости от возраста женщины и числа бывших родов.

Клинически величина матки обычно определяется зондом, вводимым в полость матки до ее дна. Определяя длину введенной части зонда до наружного зева, мы обычно получаем у нерожавших и небеременевших длину в 6,0—6,5 см, а у рожавших женщин — 7—8 см.

У новорожденных девочек и в раннем возрасте шейка матки значительно больше ее тела. С возрастом тело матки увеличивается, шейка же становится относительно меньше тела (рис. 13).

До конца второго года жизни матка постепенно уменьшается. Только с начала третьего года матка снова начинает расти и достигает своей первоначальной величины только к 10 годам.



Рис. 13. Сагиттальный разрез по средней линии через матку. По Окинчицу.

1 — новорожденной; 2 — девочки 1 года; 3 — девочки 4 лет; 4 — девочки 8 лет; 5 — девушки 16 лет.

Стенка матки состоит из слизистой оболочки, покрывающей полость матки и шейный канал (*endometrium cavi uteri et cervicis*), из мышечной стенки (*myometrium*) и брюшины, покрывающей большую часть матки (*perimetrium*).

Слизистая оболочка полости матки половозрелой женщины имеет гладкую поверхность. Она тонка, не имеет складок и непосредственно переходит в слизистую оболочку шейного канала. В шейном канале слизистая ложится складками, особенно хорошо выраженными на матках новорожденных и маленьких девочек. Складки эти образуют как на передней стенке, так и на задней красивые древоподобные фигуры, носящие название *arbor vitae* (рис. 14).

У новорожденной складки эти, распространяясь на слизистую полости матки, доходят до самого дна (рис. 15). У взрослых, но нерожавших, следы их могут еще оставаться в полости матки, особенно на ее задней поверхности; у рожавшей же они выражены еще слабее и могут быть обнаружены только в шейном канале.

Гистологическое строение слизистой оболочки матки, как мы увидим это дальше, стоит в зависимости от той или иной фазы так называемого менструального цикла. Изменения, наблюдающиеся в слизистой оболочке матки, обуславливаются такими же циклическими изменениями, происходящими в яичнике (см. главу третью).

Если исследовать слизистую матки в ближайшие дни после закончившейся менструации, то она имеет вид тонкого слоя гладкой, плотно сращенной с подлежащей мускулатурой оболочки, покрытой цилиндрическим эпителием, с хорошо красящимся центрально расположенным ядром (рис. 16, а).

Свободная поверхность эпителиальных клеток покрыта мерцательными волосками, однако не непрерывно, а только участками, оставляя между этими участками пространства, лишённые мерцательных волосков [Хене (Höhne)]. Можно думать, что клетки, снабжённые мерцательными волосками, выполняют двига-

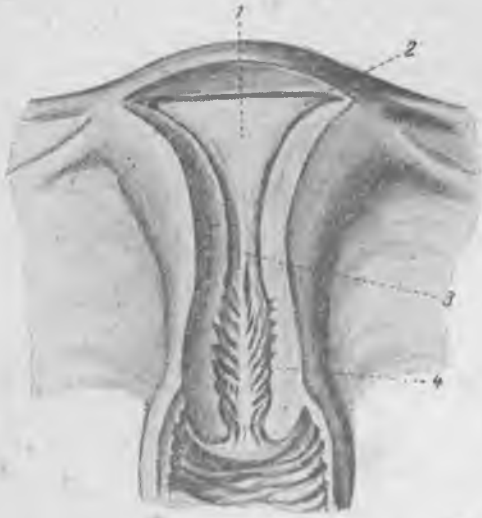


Рис. 14. Матка нерожавшей, вскрытая со стороны задней стенки. По Тандлеру.
1 — cavum uteri; 2 — трубные углы; 3 — isthmus; 4 — plicae palmatae.

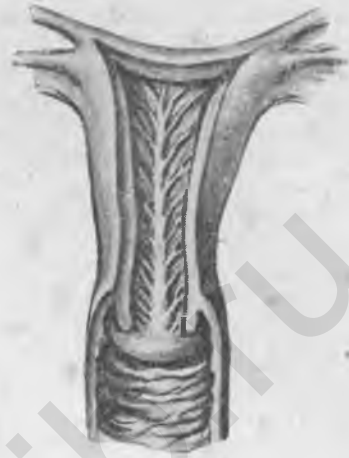


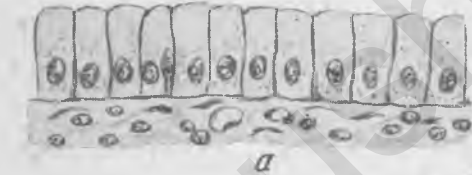
Рис. 15. Матка и часть влагалища поворожденной девочки, вскрытая в задней стенке. Plicae palmatae. По Тандлеру.

тельную функцию — транспортирование попадающего на них яйца — и что клетки без мерцательных волосков являются клетками секреторными. Могут ли клетки мерцательного эпителия переходить здесь в секреторные и наоборот — вопрос, до сих пор нерешенный.

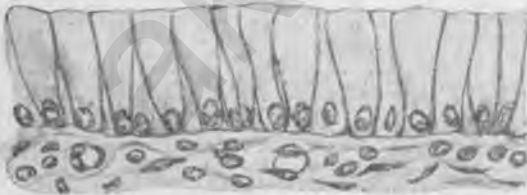
На отдельных участках слизистой полости матки можно наблюдать островки, покрытые плоским эпителием.

Под эпителиальным слоем лежит тонкая, почти бесструктурная membrana basalis, под которой расположена соединительнотканная основа слизистой оболочки матки (propria mucosae).

Соединительная ткань в эндометрии носит особый характер. Она очень богата клеточными элементами, построенными из больших округленных ядер с очень незначительным количеством протоплазмы, образующей между клетками нежную сетчатую ткань. Это приводит к тому, что вся основа слизистой представляет как бы лимфоидную ткань с громадным количеством



a



b

Рис. 16. a — эпителий полости матки; b — эпителий шейного канала.

лежащих друг около друга ядер, называемую некоторыми аденоидной тканью.

Железы матки в этот период представляют собой длинные трубчатые образования, нижний конец которых доходит до мышечного слоя и иной раз даже погружается в толщу мышечных волокон.

Слизистая оболочка шеечного канала отличается по своему гистологическому строению от слизистой полости матки.

Эпителий, покрывающий здесь слизистую, несколько выше эпителия полости матки. Ядра этого эпителия расположены базально (рис. 16, *b*).

До сих пор спорным является вопрос, снабжен ли и шеечный эпителий мерцательными волосками. *Progrgia* здесь менее богата ядерными элементами. Железы покрыты цилиндрическим секреторным эпителием, не имеющим волосков. Шеечные железы могут иногда звездообразно ветвиться, причем их слепые концы расширяются, придавая этим железам альвеолярный характер (рис. 17).

Граница между слизистой оболочкой шеечного канала и эпителием, покрывающим влагалищную часть шейки матки, обычно совпадает с областью *os externum cervicis*. Однако она нередко передвигается или вглубь канала (у многорожавших), или наружу, переходя даже на влагалищную часть матки (у нерожавших).

М и о м е т р и й. Главная масса матки состоит из гладкой мускулатуры, содержащей прослойки соединительной ткани и эластические волокна. При этом тело матки очень богато именно мышечными элементами и содержит мало соединительной ткани, тогда как шейка и перешеек, наоборот, богаты соединительной тканью и эластическими волокнами, но бедны мышцами. Расположение мышечных волокон в матке, несмотря на большое количество работ, посвященных этому вопросу, до сих пор остается не вполне выясненным.

На уровне внутреннего отверстия шеечного канала мышечные волокна развиваются циркулярно и описываются здесь под названием *sphincter uteri*.

Брюшина, покрывающая матку и носящая название периметрия (*perimetrium*), плотно срастаясь с мускулярной стенкой ее, покрывает матку спереди и по задней поверхности. По передней поверхности она опускается только до уровня внутреннего зева, после чего направляется вперед, переходя на мочевой пузырь. На задней поверхности матки брюшина опускается и на шейку, доходя до самых сводов.

По бокам она доходит до боков матки, далее, распространяясь в стороны, образует два листка, из которых состоит широкая связка.

К стенкам тела матки брюшина прикреплена плотно и обычно не может быть отделена от них без нарушения ее целостности.

С в я з о ч н ы й а п п а р а т м а т к и, удерживающий этот орган, прежде всего состоит из парной широкой связки (*lig. latum*). Связка эта представляет дубликатуру брюшины, переходящей с поверхности матки в стороны и направляющейся поперек полости таза в обе стороны к боковым стенкам таза, где широкая связка непосредственно переходит в *peritoneum parietale*.

В верхнем крае широкой связки заключены трубы; из этой связки образуется серозный покров этого органа.

В широкой связке заложен целый ряд фасциальных утолщений, образующих ряд связок:

- 1) *lig. ovarii progrium* — связка, прикрепляющая внутренний полюс яичника к верхней и задней поверхности углов матки;
- 2) *lig. suspensorium ovarii* — прикрепляющая латеральный (верхний) край яичника к боковой стенке таза;
- 3) *lig. rotundum, s. teres uteri*, состоящая не только из соеди-



Рис. 17. Шеечные железы.

нительной ткани, но и из волокон гладкой мускулатуры. Начинается она у угла матки, рядом с местом вхождения в нее трубы, и, располагаясь под передним листком брюшины, направляется дугообразно вперед и медиально к внутреннему отверстию пахового канала, через который она затем проходит и, делясь на пучки, прикрепляется частично к соединительной ткани *mons venetis* и больших губ, частично же к перистому горизонтальной ветви лобковой кости.

В нижнем отделе широкой связки можно выделить две связки:

1) *lig. cardinale*; под этим названием обычно понимают утолщение соединительнотканых волокон, содержащее и волокна гладкой мускулатуры, которое располагается у основания широкой связки, в виде иной раз хорошо выраженного тяжа, тянется от стенок матки на уровне внутреннего зева в стороны и прикрепляется к тазовым костям;

2) *lig. sacro-uterinum* — также заложена под брюшиной, переходящей с задней поверхности матки кзади, к области прямой кишки и к крестцу.

Связки эти состоят, как и предыдущие, из уплотненной соединительной ткани с заложеными в ней мышечными элементами, проникающими сюда из матки. Соединяя заднюю поверхность шейки матки с крестцовой костью, связки эти в виде двух полулунных, вогнутых книзу тяжей ограничивают дугласово пространство и очень хорошо видны при операциях, если приподнять и потянуть вперед тело матки.

Здесь необходимо отметить, что мышечные волокна, которые мы обнаруживаем во всех связках, фиксирующих матку, теснейшим образом связаны с маткой и даже являются продолжением волокон самой матки.

Связочный аппарат матки имеет громадное значение для удержания органов таза в нормальном положении. Однако для сохранения нормального положения матки он имеет меньше значения, чем тазовое дно — крепкая мышечная фасциальная пластинка, закрывающая брюшную полость снизу, со стороны малого таза.

Таз и тазовое дно. Как известно, малый таз представляет почти сплошное костное кольцо, в котором на передней полудуге имеется парное отверстие — *foramen obturatum*, позади же две вырезки — *incisurae ischiadicae*. Снизу *incisura ischiadica* каждой стороны замыкается двумя крепкими фасциальными связками — *lig. sacro-tuberosum* и *lig. sacro-spinosum*, разделяющими ее на два отверстия: *foramen ischiadicum majus* и *foramen ischiadicum minus* (рис. 18).

Отверстия эти как бы пробуравливают и нарушают непрерывность костного кольца таза, однако они плотно прикрыты системой мышечно-фасциальных пластинок, выстилающих боковые внутренние стенки малого таза.

Так, *foramen obturatum* затянут не только фасциальной пластинкой, но со стороны малого таза закрыт и мышцей — *m. obturator internus* (рис. 18), а *foramen ischiadicum majus* заполнен *m. piriformis*.

В стенках этого непрерывного кольца, однако, остаются небольшие отверстия — каналы, предназначенные для выхода из малого таза наружу нервных стволов и кровеносных сосудов: *canalis obturatorius*, у самого нижнего края горизонтальной ветви лобковой кости по *sulcus obturatorius ossis ischii*, *foramen suprapiriforme* и *foramen infrapiriforme*, располагающиеся над и под *m. piriformis*, идущие из малого таза в область *m. glutei* и являющиеся по существу частями *foramen ischiadicum majus*, прикрываемого этой мышцей (рис. 18).

Выход малого таза закрывается целой системой мышц и фасций, носящей название тазового дна (*diaphragma pelvis*).

Систему эту можно рассматривать как сложный комплекс мышц и фасций, который расположен в три этажа и замыкает снизу брюшную полость, оставляя только просвет для прохождения из нее мочеспускательного канала, влагалища и прямой кишки.

Если смотреть в таз сверху вниз, то мы увидим, что первый этаж мышечно-фасциальной диафрагмы состоит главным образом из мускульной пластинки, которая начинается на внутренней окружности таза (рис. 19), от внутренней поверхности горизонтальной ветви лонной кости, затем, слегка изгибаясь от *arcus tendineus*, исходящей из *fascia obturatoria*, и, наконец, кзади от боковых поверхностей крестца и копчиковой кости.

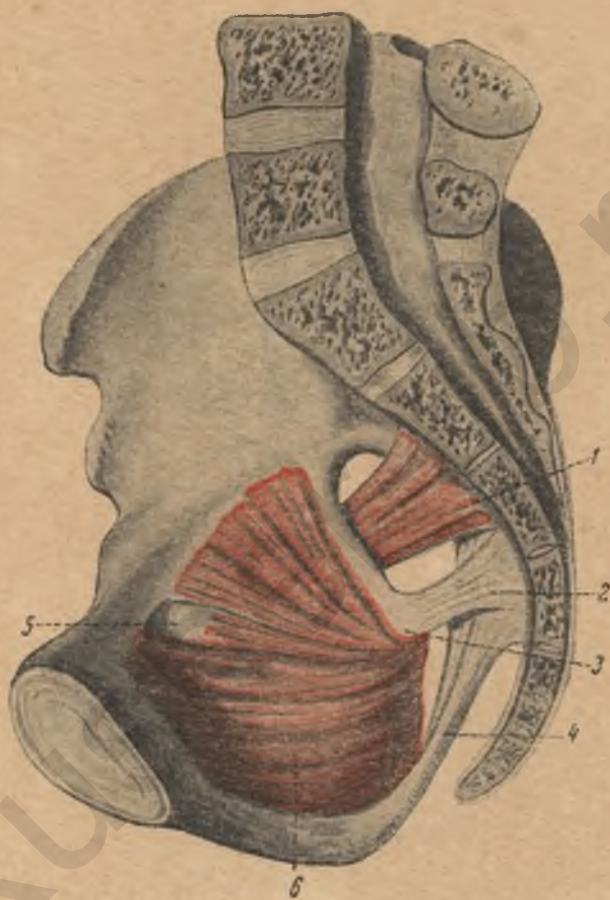


Рис. 18. Боковая стенка таза с мышцами и связками. По Тандлеру.
 1—m. piriformis; 2—lig. sacro-spinosum; 3—spina os. ischii; 4—lig. sacro-tuberosum; 5—canalis obturatorius; 6—m. obturator internus.

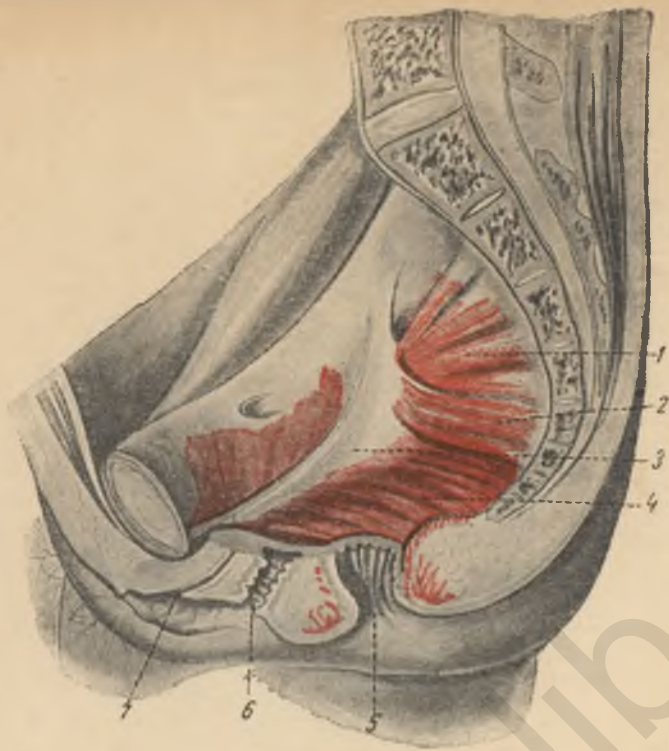


Рис. 19. М. levator ani. Вид сверху. По Таннлеру.

1—m. piriformis; 2—m. coccygeus; 3—arcus tendineus; 4—m. levator ani; 5—rectum; 6—vagina; 7—urethra.

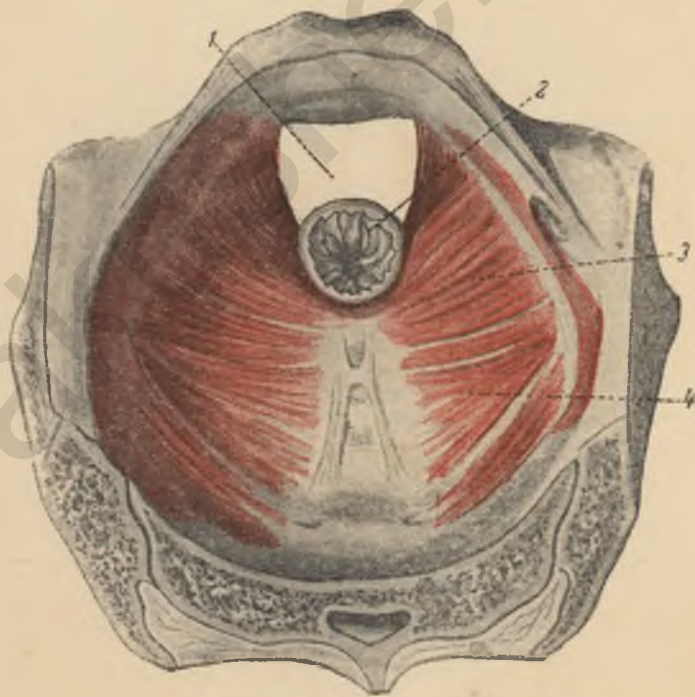


Рис. 20. М. levator ani. Вид сверху.

1—hiatus genitilis; 2—rectum; 3—m. levator; 4—m. coccygeus.

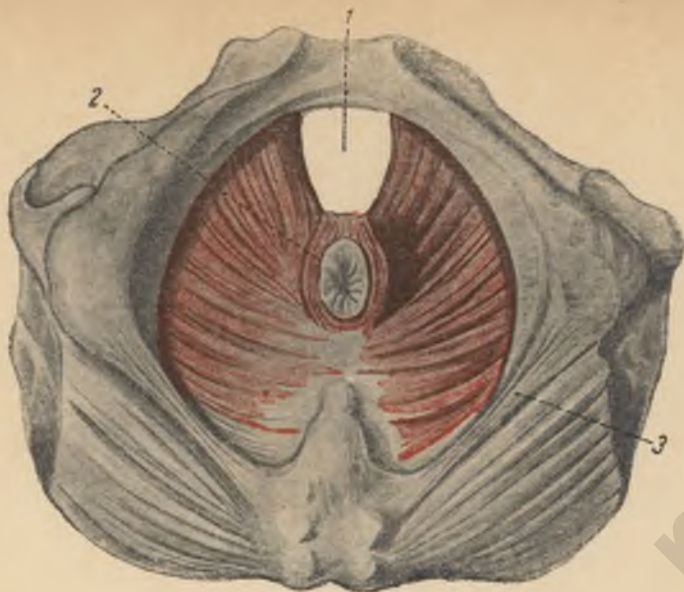


Рис. 21. Тазовое дно. Вид снизу.
 1—hiatus genitalls; 2—hiatus rectalis; 3—lig. sacro-tuberosum.

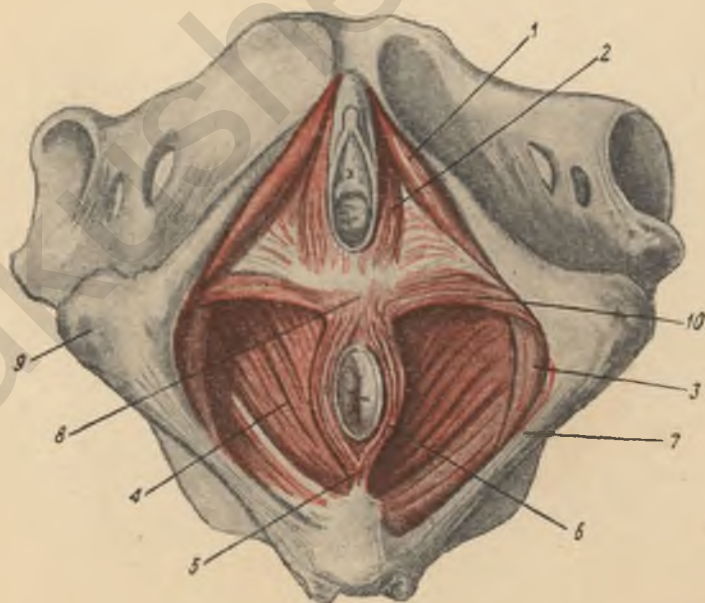


Рис. 22. Тазовое дно. Вид снизу. По Тандлеру.
 1—m. ischio-cavernosus; 2—m. bulbo-cavernosus; 3—m. obturator internus; 4—m. levator ani; 5—lig. ano-coccygeum;
 6—sphincter ani externum; 7—lig. sacro-tuberosum; 8—centrum tendineum; 9—tuber os. ischli; 10—m. transversus
 perinei superficialis.

Эта мощная мышца, носящая название *m. levator ani*, усиленная фасциями, прикрывающими как верхнюю, так и нижнюю ее поверхность, имеет чашеобразно вдавленную книзу поверхность, на которой по средней линии проходит продольчатая щель (*hiatus genitalis*), служащая для выхода мочеиспускательного канала, влагалища и прямой кишки.

Щель эта начинается непосредственно у задней поверхности лона и заканчивается позади прямой кишки, где мышцы противоположных сторон сливаются в фасциальную перемышку, прикрепленную к копчиковой кости (рис. 20).

Щель эта ограничена краями *m. levator ani*, носящими название уздечки леватора (*frenulum levatoris*), причем у передней поверхности прямой кишки *levator ani* дает волокна, как бы разделяющие весь *hiatus genitalis* на две части: собственно *hiatus genitalis* и *hiatus rectalis* (рис. 21).

Принято весь *m. levator ani* разделять на три отдельные мышцы, тесно прилегающие друг к другу и в физиологическом отношении представляющие одно целое: 1) *m. pubo-coccygeus*, 2) *m. ileo-coccygeus*, 3) *m. ischio-coccygeus*.

Второй слой мышц, входящий в *diaphragma pelvis*, состоит из двойной фасциальной пластинки, заложенной спереди и натянутой в пространстве лонного угла.

В толще этой фасции заложены мышечные элементы, носящие название *m. transversus perinei profundus* (рис. 22).

Наконец, третий, нижний слой, самый наружный слой тазовой диафрагмы, состоит из следующих мышц (рис. 22): 1) *m. sphincter ani*, 2) *m. bulbo-cavernosus*, s. *constrictor cunni*, 3) *m. transversus perinei superficialis*, 4) *m. ischiocavernosus*.

Первая и вторая из этих мышц соединяются в так называемом *centrum tendineum*, где часть волокон этих мышц перекрещивается.

M. transversus perinei superficialis распространяется от *centrum tendineum* до боковых стенок таза.

M. ischio-cavernosus направляется по нисходящим ветвям лобковой кости и, сокращаясь, способствует опорожнению кавернозных тел, расположенных в его толще.

M. levator ani имеет весьма важное физиологическое значение: его сокращения, особенно сокращения его внутреннего отдела (*m. pubo-coccygeus*), ведут к уменьшению просвета *hiatus genitalis*, к подтягиванию прямой кишки в направлении к лону и к перегибу ее самой нижней части, т. е. к образованию особо прочного затвора в этой области прямой кишки, а также влагалища.

Под тазовой диафрагмой, между ее задним отделом и задней стенкой малого таза, образуется глубокая ниша, заполненная жировой клетчаткой до уровня переднего края *m. glutaeus maximus*, носящая название *fossa ischio-rectalis*; она заполнена соединительнотканной клетчаткой, соединяющейся с клетчаткой промежности и больших половых губ.

3. Трубы (tubae Fallopii)

Трубы служат выводным протоком для яичника. Труба начинается свободным отверстием в брюшную полость вблизи яичника и представляет изогнутую трубку около 12 см длины, проникающую в полость матки у верхнего ее угла.

Отходя от верхнего угла матки, трубы вначале направляются латерально, сохраняя почти горизонтальное положение (рис. 7), затем, пройдя в этом направлении 2—3 см, они резко поворачивают кзади и кверху, охватывая соответственный яичник с его латеральной стороны, после чего снова, обходя верхний полюс яичника, резко поворачивают к его медиальной поверхности, где и располагаются своим инфундибулярным концом (рис. 7).

У девочек и при инфантилизме труба имеет извитую форму, причем длина ее может значительно превышать норму.

Можно различать следующие четыре отдела трубы:

1) *pars interstitialis*, s. *pars intramuralis*, — это небольшая часть, самая узкая часть трубы, которая помещается в толще стенки матки;

2) *pars isthmica* — участок трубы, находящийся уже вне матки, лежащий почти горизонтально и переходящий чаще всего постепенно в следующую, более латерально располагающуюся часть;



Рис. 23. Разрез трубы по длине.

3) *pars ampullaris*, которая имеет больший диаметр и постепенно расширяется кнаружи; эта часть трубы самая длинная: она занимает почти две трети всего протяжения трубы и заканчивается четвертым отрезком;

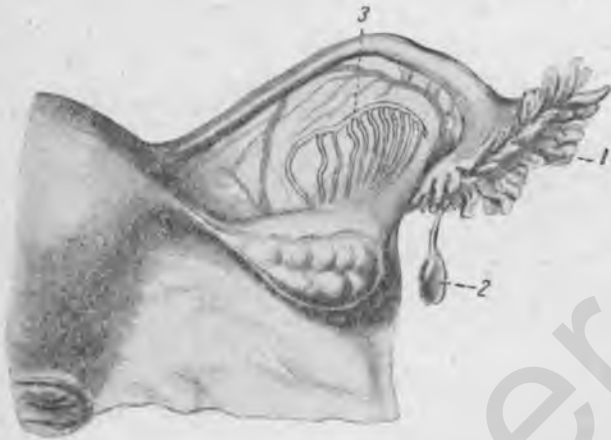


Рис. 24. Труба и яичник.

1 — фимбрии; 2 — гидатида; 3 — пароварий.

4) *infundibulum tubae*, называемым также *morsus diaboli*, который заключает в себе *ostium abdominale tubae*. Последнее представляет очень небольшое отверстие, окруженное венчиком бахромок — *fimbriae tubae*. Количество фимбрий индивидуально колеблется в пределах от 10 до 15.

Одна из фимбрий, более выраженная, достигает яичника, прикрепляется к его верхнему полюсу и носит название *fimbria ovarica*.

Вся труба покрыта плотно сращенной с ней брюшиной, которая является верхним краем широкой связки.

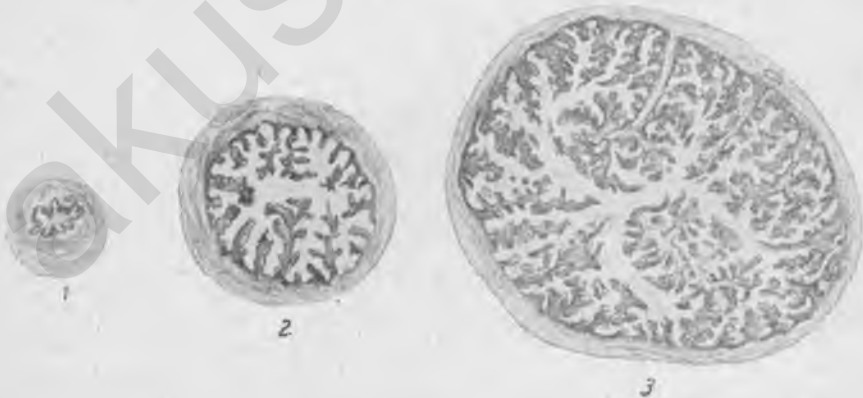


Рис. 25. Поперечный разрез трубы; просвет ее.

1 — интрамуральная часть; 2 — истмическая часть; 3 — инфундибулярная часть.

Верхняя часть широкой связки, располагающаяся между трубой, с одной стороны, и яичником и *lig. ovarii proprium* — с другой, называется *mesosalpinx*.

Слизистая оболочка трубы тонка и ложится в продольные складки (рис. 23 и 24), которые по мере расширения трубы к ее *ostium abdominale* делаются все многочисленнее.

Слизистая эта покрыта однослойным высоким цилиндрическим мерцательным эпителием, между клетками которого располагаются эпителиальные клетки, лишенные мерцательных волосков, более низкие, вероятно, секреторные. Под эпителием располагается очень тонкая *proprgia*, состоящая из нежной сетки соединительной ткани, содержащей много эластических волокон.

Поперечный разрез трубы — круглой или овальной формы, с хорошо выраженной наружной стенкой, причем просвет трубы заполнен целым лабиринтом складок слизистой, форма которых тем сложнее, чем ближе к воронке трубы взят разрез. Однако необходимо помнить, что слизистая трубы, лежащая в ее просвете в многочисленных складках, не содержит желез (рис. 25).

Стенка трубы, кроме серозного покрова, состоит из мышечных элементов, прослоек соединительной ткани и сосудов.

Мышечные элементы здесь располагаются в два слоя: внутренний — циркулярный и наружный — продольный. В настоящее время с несомненностью доказано, что трубы обладают выраженной способностью к перистальтическим сокращениям.

4. Яичник (*ovarium*)

Яичник — женская половая железа, женская гонада, является органом, производящим женские половые клетки — яйца. Форма, величина и строение этой железы подвержены частым и существенным изменениям в зависимости от возраста, различных физиологических состояний, а также и от индивидуальных особенностей.

Форма яичника очень изменчива. Так, у новорожденной девочки яичник представляет почти трехгранное, призматическое или веретенообразное тельце с округленными краями и гладкой поверхностью. Он прикреплен короткой дубликатурой брюшины, называемой *mesovarium*, к заднему листку широкой связки (рис. 26). Его более заостренный полюс, обращенный к матке (*extremitas uterina*), соединяется с маткой связкой, носящей название *lig. ovarii proprium*. Связка эта прикреплена к углу матки позади и несколько ниже выхода трубы из матки. Более тупой полюс яичника, обращенный к фимбриям или охваченный ими, носит название *extremitas tubaria* и также фиксируется специальной связкой (*lig. suspensorium ovarii*, s. *lig. infundibulo-pelvicum*) к фасции, прикрывающей *m. psoas*, иначе — к боковой поверхности таза.

Описывают еще одну связку яичника — *lig. appendiculo-ovaricum* [Кладо (*Clado*)], связывающую его с червеобразным отростком; однако существование этой связки подлежит сомнению.

Наиболее длинная фимбрия трубы, достигающая *extremitas tubaria ovarii*, носит название *fimbria ovarica* и имеет форму желобка, по которому, как полагают некоторые авторы, яйцо из яичника направляется в трубу.

Яичник свешивается в полость таза, а потому его *mesovarium* прикрепляется к его верхнему краю (*margo mesovaricus rectus*).

Из *mesovarium* в яичник входят сосуды и нервы.

Нижний край яичника, у взрослых выпуклый книзу, называется *margo inferior*, s. *liber*.

В большинстве случаев яичник лежит несколько кзади от дна матки. При этом яичник лежит в хорошо выраженном вдавлении брюшины (*fossa ovarica*), расположенном в области расхождения *aa. iliaca externa* и *hypogastrica*. У некоторых животных эта *fossa ovarica* превращается в замкнутый мешок, в котором и ле-



Рис. 26. Яичник с трубой и углом матки новорожденной девочки.

жит яичник как бы экстраперитонеально (например, у лошади), причем os ampullaris tubae открывается в этот мешок.

Задняя поверхность яичника, рассматриваемого на анатомическом препарате, *in situ* обращена к средней линии, а потому носит название *facies uterina*, передняя же носит название *facies lateralis*. При этом *extremitas uterina* располагается ниже *extremitas tubaria*.

Гладкая поверхность яичника с возрастом изменяется и у старых женщин становится морщинистой.

Микроскопическое строение яичника изменяется с возрастом и соответственно физиологическому состоянию всей половой сферы женщины.

Уже невооруженным глазом на поперечных срезах яичника можно различить два основных слоя, из которых он состоит: наружный — корковый (*substantia corticalis*) и мозговой — внутренний (*substantia medullaris*). Первый слой, подковообразно охватывает второй, причем корка отсутствует только на стороне *hilus ovarii*, через который яичник из *mesosalpinx* снабжается сосудами.

Корковый слой в детском яичнике очень толст и оставляет мозговому слою только очень небольшое место. У старух, наоборот, мозговой слой занимает большую часть среза, корковый же очень тонок или даже совершенно отсутствует.

Поверхность яичника покрыта кубическим эпителием, очень легко отслаивающимся и носящим название *зародышевого эпителия*. Граница перехода эпителия в эндотелий, покрывающий *mesovarium*, резко обозначается и носит название *фарревальдейеровской линии*.

Под эпителием располагается тонкая *tunica albuginea*, которая без резкой границы переходит в подлежащую соединительную ткань. Под *albuginea* лежит корковый слой.

Корковый слой состоит из соединительнотканной основы — стромы (*stroma ovarii*) и паренхимы — эпителиальных элементов. Строма яичника построена из веретенообразных соединительнотканых клеток с большим количеством ядер.

Паренхима яичника состоит из большого количества так называемых примордиальных — первичных фолликулов (*folliculus primarius*), не видимых невооруженным глазом. При исследовании микроскопических срезов из яичника можно убедиться в том, что строма коркового слоя образует большое количество круглых ячеек, в которых заключена одна круглая большая клетка, почти полностью выполняющая всю полость ячейки, и несколько прилегающих, с трудом определяемых уплощенных полулунных небольших клеточек.

Большая круглая клетка и есть яйцо (*ovulum*), маленькие же прилегающие к ней клетки — гранулеза (*granulosa*).

Количество фолликулов в яичнике варьирует в самых широких пределах. В то время как у новорожденных они настолько многочисленны, что почти вплотную прилегают друг к другу, будучи разделены самыми незначительными прослойками соединительной ткани, у женщин зрелых и особенно у близких к климактерическому периоду они очень немногочисленны, и иной раз приходится просмотреть несколько полей микроскопа, чтобы обнаружить 1—2 фолликула. У старух фолликулы почти совсем исчезают.

При подсчетах числа фолликулов в яичниках женщин в различные периоды жизни получили чрезвычайно различные цифры. Так, Зейц (*Seitz*) насчитывает у новорожденных девочек от 30 000 до 100 000 фолликулов, Генле (*Henle*) в одном яичнике девушки 18 лет — 36 000 фолликулов, тогда как Геггенштрем (*Högenström*) в обоих яичниках 22-летней женщины насчитывает около 400 000 фолликулов.

Даже у девочек в толще коркового слоя среди массы первичных фолликулов можно встретить и более развитые. У половозрелой женщины такой фолликул может достигнуть значительной величины и превратиться в зрелый фолликул, или граафов пузырек (*folliculus oophorus Graafi*).

Процесс перехода примордиального фолликула в граафов называется *овариацией фолликула* и состоит в размножении гранулезных клеток, принимающих цилиндрическую форму, и в постепенном накоплении в полости

фолликула жидкости (liquor folliculi). В развитом фолликуле она оттесняет гранулезные клетки и яйцо к периферии и придает фолликулу характерный вид (рис. 27).

Каждый такой фолликул окружен двуслойной капсулой, образующейся из окружающей стромы: из *theca folliculi interna*, более толстой, и *theca folliculi externa*, более тонкой. Первая построена из больших многогранных клеток с более светлой протоплазмой; вторая — из уплотненных соединительнотканых волокон.

В развитом фолликуле гранулеза расположена по внутренней поверхности граафова фолликула в виде однослойного или двуслойного эпителия. Скопляясь у одного из полюсов фолликула, гранулеза образует так называемый *discus* или *cumulus oophorus*, s. *proligerus*. В центре этого скопления и помещается самая большая

клетка организма — яйцо, окруженное располагающимися вокруг него в виде лучей клетками гранулезы (*corona radiata*) и заключенное в блестящую толстую оболочку (*zona pellucida*).

Человеческое яйцо имеет около 0,2 мм в диаметре. В его протоплазме заключается зернистое скопление желтка, а несколько эксцентричное лежит ядро (*vesicula germinativa*), содержащее ядрышко (*macula germinativa*) и тонкую сеть хроматина (рис. 28).

Судьба созревшего фолликула бывает различной: в одних случаях фолликул лопается и выделяет паружку свое яйцо, увлекаемое из полости током фолликулярной жидкости; этот процесс носит название о в у л я ц и и. В других случаях фолликул, не закончив своего развития, подвергается регрессивному изменению и постепенно гибнет в результате процесса, носящего название атрезии фолликула.

В первом случае после овуляции в образовавшейся на месте бывшего фолликула полости развивается временная железа внутренней секреции — желтое тело. Во втором случае, когда овуляция не происходит, граафов пузырек атрезируется, что ведет к образованию так называемого *corpus atreticum*. Яйцо при этом погибает, фолликулярная жидкость всасывается, полость замирает утолщенной *theca interna*, которая в дальнейшем гиалинизируется. От яйца еще должно остаться его *zona pellucida*, и весь фолликул превращается в долго сохраняющийся блестящий рубчик (*corpus albicans*). Некоторые иссле-



Рис. 27. Граафов фолликул. По Бумму.



Рис. 28. Зрелое яйцо.

дователи [Штейнах (Steinach)] придают процессу атрезии особое значение, признавая за тканями атрезирующегося фолликула способность внутренней секреции и называя атрезирующийся фолликул и п т е р с т и ц и а л ь н о й ж е л е з о й.

Образовавшееся на месте лопнувшего граафова фолликула желтое тело при наступлении беременности переходит в *corpus luteum graviditatis*, при отсутствии же ее — в *corpus luteum menstrualis*.

Как в первом случае, так и во втором процесс развития носит один и тот же характер, различаясь только степенью интенсивности.

Р. Мейер различает четыре фазы в развитии желтого тела.

1. **Фаза пролиферации**, характеризующаяся размножением части гранулезных клеток, оставшейся в полости фолликула, и гиперемией *theca interna*.

2. **Фаза васкуляризации**, или превращения желтого тела в постоянную железу внутренней секреции. При этом размножающиеся гранулезные клетки превращаются в большие полигональные клетки, в протоплазме которых накапливается особое липоидное вещество, называемое лютеином и придающее клетке желтый цвет. Одновременно *theca interna* посылает между рядами лютеиновых клеток отростки нежной соединительной ткани, несущие к центру желтого тела богатую сеть сосудов.

3. **Фаза расцвета**. Мощный лютеиновый слой лежит складками. Центральный кровяной сгусток организовался. Желтое тело достигло максимального своего развития, превышая в 2 раза величину фолликула, из которого оно развилось (рис. 29).

Достигнув своего полного расцвета, желтое тело подвергается обратному развитию. Лютеиновые клетки подвергаются дегенеративному изменению. Количество соединительной ткани увеличивается; она становится рубцовой, и в результате желтое тело превращается в бесцветное, частью фиброзное, частью гиалиновое тельце (*corpus fibrosum, s. albicans*).

Процесс развития и гибели желтого тела протекает чрезвычайно быстро, заканчиваясь в 12—15 дней. Только в тех случаях, когда наступает беременность, желтое тело продолжает свой прогрессивный рост, достигая стадии расцвета только на 11—12-й неделе беременности, после чего оно подвергается тому же процессу дегенерации, исчезая ко времени родов.

Яичник с образующимся в нем желтым телом на основании целого ряда клинических наблюдений и экспериментальных исследований должен быть причислен к железам, обладающим двойкой функций: он выделяет свой секрет — яйца — и служит местом образования и н к р е т а — внутреннего секрета, гормона или, вернее, ряда гормонов, имеющих существеннейшее значение в общих процессах организма.

III. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ О СТРОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА, НАХОДЯЩИХСЯ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА

Кроме описанных половых органов, в полости малого таза в тесной связи с ними располагаются нижние отделы мочевых путей и кишечного тракта.

Отсылая читателя для более подробного ознакомления к специальным курсам по урологии, мы ограничимся здесь только кратким описанием тех отделов мочевой системы, с которыми гинекологу приходится встречаться в своей практической, особенно оперативной, деятельности.

1. Мочеточник (ureter)

Начинаясь от почечных лоханок, мочеточник проходит подбрюшинно по задней брюшной стенке и, дойдя с обеих сторон до *linea terminalis*, опускается в малый таз, поворачивая впереди и книзу, и направляется к пузырю.

Отходя от терминальной линии, мочеточник опускается к тазовому дну и здесь, направляясь вперед и кверху, у основания широкой связки по бокам шейки матки перекрещивается с *vasa uterina*, располагаясь под этими сосудами. После этого он направляется вперед и входит в косом направлении в заднюю стенку мочевого пузыря.

Такой ход мочеточника позволяет разделить его на две главные части: *pars abdominalis* — верхняя часть, до перекреста его с *linea terminalis*, и *pars pelvina*, расположенная ниже этого перекреста.

По ходу мочеточников можно наблюдать несколько сужений, из которых наиболее постоянным является сужение, расположенное на 2 см ниже почечной лоханки; второе сужение, менее выраженное, располагается на уровне *linea terminalis* и, наконец, третье наблюдается близ места вхождения мочеточника в мочевой пузырь.

Стенка мочеточника состоит из трех слоев: слизистого, мускульного и соединительнотканного.

Слизистая (*mucosa*), лежащая в ряд продольных складок, покрыта так называемым переходным эпителием (многослойный эпителий, построенный из цилиндрических и плоских клеток).

Proprgia mucosae состоит из соединительной ткани, содержит богатую сосудистую капиллярную сеть, доходящую до эпителия, и много эластических волокон; железы в слизистой мочеточника полностью отсутствуют.

Под *proprgia* располагается второй, сложный мускульный слой. Он в свою очередь состоит из трех слоев: внутреннего и наружного (продольных) и среднего (циркулярного).

Наконец, мочеточник окружен последним слоем — *adventitia*, состоящим из соединительной ткани, несущей сосуды, которые, проникая в мочеточник, питают его.

В поперечном разрезе слизистая мочеточника имеет звездчатый вид; стенки мочеточника очень растяжимы.

Деятельность мочеточника состоит в том, что он, перистальтически сокращаясь, гонит мочу из почечных лоханок в мочевой пузырь, в который моча поступает пульсирующей струйкой.

2. Мочевой пузырь (vesica urinaria)

Мочевой пузырь располагается между лонной костью и маткой. В опорожненном состоянии (рис. 7) полость мочевого пузыря представляет утолщенный мешок.

Мочевой пузырь можно разделить на три части: верхушку (*vertex vesicae*), среднюю часть — тело (*corpus vesicae*) — и дно его (*fundus vesicae*), центральная часть которого называется *trigonum vesicae Lieutaudii*.

В переднем углу этого треугольника воронкообразным сужением начинается мочеиспускательный канал (рис. 30). Это сужение в мочевом пузыре называется шейкой пузыря и заканчивается *orificium urethrae vesicalis internum*.

В задних углах треугольника небольшими отверстиями, чаще всего продолговатой формы, открываются мочеточники. Расстояние между устьями обоих мочеточников в среднем равно 20 мм. Общая вместимость пузыря определяется тем количеством мочи, которое может в нем содержаться: в среднем пузырь у детей может содержать 100—200 см³, у взрослых — от 350 до 500 см³, в редких случаях значительно больше — 1500 см³.

Стенка пузыря состоит из слизистой оболочки (*mucosa*), подслизистой (*submucosa*) и мускульного слоя (*muscularis*). Все это окружено слоями соединительной ткани, а по задней стенке, обращенной к матке, — частично и брюшной, переходящей сюда с тела матки.

Форма эпителия, покрывающего внутреннюю поверхность пузыря, зависит от степени наполнения пузыря. Поверхностный слой его состоит из больших кубических клеток, содержащих часто много ядер и при наполнении пузыря уплощающихся. Под ним располагаются в несколько слоев колбообразные, кубические и цилиндрические клетки; при наполнении пузыря число слоев уменьшается.

В общем при опорожнении пузыря слизистая его располагается в многочисленные складки, покрытые многослойным эпителием.

Спорный вопрос о том, содержатся ли в слизистой пузыря железы, повидимому, окончательно решен отрицательно. Однако вблизи *orificium internum* можно найти маленькие железы, такие же, как и в верхнем отделе *urethrae*, и аналогичные железкам простаты.

Propria mucosae состоит из фибриллярной соединительной ткани с большим количеством эластических волокон.

Слизистая пузыря соединяется с подлежащим мышечным слоем рыхлой подслизистой, содержащей много эластической ткани. Только в области *trigonum* этот слой отсутствует, вследствие чего здесь при опорожнении пузыря слизистая лежит плотно на подлежащей ткани и не образует складок, которые мы видим на всей прочей поверхности пузыря.

Muscularis vesicae образуется из мышечных масс, располагающихся продольно в направлении от верхушки пузыря по передней и задней его стенке к *trigonum*, так называемого *m. detrusor vesicae*, и из лежащего под ними слоя, имеющего более поперечно-сетчатое строение (*m. compressor urinae*). В области треугольника волокна сплетаются в одну общую сеть и развиты значительно слабее, чем вне его.

Кроме того, из стенки мочеиспускательного канала в *trigonum vesicae* направля-



Рис. 30. Мочеиспускательный канал и мочевой пузырь.

1 — *torus uretericus*; 2 — *trigonum vesicae*, s. *Lieutaudii*; 3 — *crista urethralis*; 4 — отверстие мочеоточника.

ются волокна гладкой мускулатуры, которые, сокращаясь, подтягивают переднюю стенку мочеиспускательного канала к задней и, таким образом, играют роль *sphincter vesicae*. Функция этого сфинктера усиливается работой циркулярного слоя поперечнополосатых мышц (*sphincter urogenitalis*), который также связан с системой мышц треугольника.

А д в е н т и ц и я мочевого пузыря состоит из очень рыхлой соединительной ткани; она снабжена большим количеством сосудов. Мочевой пузырь сверху прикрепляется к передней брюшной стенке тремя связками: *lig. pubo-vesicale medium*, остаток бывшего *urachus*, и двумя *lig. pubovesicalia lateralia*, остатки запустевших пупочных сосудов.

3. Мочеиспускательный канал (*urethra*)

Мочеиспускательный канал у женщины отличается своей небольшой длиной — 3—4 см — при значительной ширине. Он идет от наружного отверстия мочеиспускательного канала (*orificium urethrae externum*), расположенного тотчас же под головкой клитора, тесно соприкасаясь с передней стенкой влагалища, по прямой линии к пузырю и оканчивается в мочевом пузыре отверстием (*orificium urethrae internum*).

Просвет уретры имеет звездчатую форму, так как ее слизистая ложится в продольные складки. Одна из этих складок, располагающаяся на задней стенке,

носит название *crista urethrae*. В нижнем своем отрезке, где уретра прободает *diaphragma urogenitalis*, она подкрепляется исходящими из последней поперечно-полосатыми мышцами, образующими здесь *sphincter urethrae externus*.

Слизистая уретры покрыта в различных отделах различными видами эпителия. Участок уретры близ мочевого пузыря покрыт таким же эпителием, как и пузырь. Затем идет отдел, покрытый цилиндрическим эпителием, располагающимся то в несколько рядов, то в один ряд. Дистальный — нижний — отдел уретры покрыт многослойным плоским эпителием.

Спорный вопрос о присутствии в уретре желез до сих пор еще не вполне решен.

Во всяком случае в женской уретре имеются железообразные впаивания с небольшим выходным отверстием, покрытые таким же эпителием, как и соседние с их выходным отверстием участки поверхности уретры. Их можно расценивать не как железы, а как лакуны (*lacunae Morgagnii*).

Встречаются и типические железы Литтре. Наконец, в проксимальной части уретры, в области *septum urethro-vaginale*, наблюдаются железистые ходы, которые рассматривают как рудимент простаты (*glandula prostatica feminae*), местами дающий кистовидные расширения.

К этому можно еще прибавить, что у наружного отверстия мочеиспускательного канала, по его боковым сторонам, располагаются короткие железистые ходы, открывающиеся точечными отверстиями уже снаружи и по бокам от уретры. Это — парауретральные ходы Скене (*Skene*), образующиеся путем впаивания на этом месте эпителия *vestibuli*. Часто они открываются на небольших возвышениях, располагающихся по бокам наружного отверстия уретры.

4. Прямая кишка (*rectum*)

Последним полым органом, располагающимся в малом тазу, является п р я м а я к и ш к а (*г е с т и т*). Она является конечным отделом кишечника и начинается от места окончания *Sigmoidum*, т. е. приблизительно на уровне III крестцового позвонка, и оканчивается в области анального отверстия.

Прямую кишку можно делить на две части: нижнюю (*pars perinealis*) и верхнюю (*pars pelvina*). Границей между этими двумя отрезками прямой кишки служит место ее прохода через *hiatus genitalis* тазового дна.

Pars perinealis и *pars pelvina* образуют тупой угол, открытый кзади (рис. 7), причем *pars perinealis* направляется больше кзади, а *pars pelvina* опускается больше вперед. Обе эти части отличаются друг от друга и в функциональном отношении.

Pars pelvina имеет вид расширенного мешка; в нем собираются и некоторое время удерживаются каловые массы, поэтому ее и называют *ampulla recti*. *Pars perinealis*, наоборот, обычно свободна от кала и служит только выводным каналом для ампулярной части.

Слизистая оболочка ампулярной части прямой кишки темнее, чем слизистая *pars perinealis*, и на ней имеются две (редко — три) поперечно расположенные складки полулунной формы, охватывающие наполовину окружность ампулы, из которых верхняя располагается левее, а нижняя — правее. Последняя носит название складки Кольрауша.

При опорожненной прямой кишке слизистая оболочка ее ампулы складывается спереди назад, и просвет кишки вследствие этого имеет вид поперечной щели. Наоборот, в *pars perinealis* стенки сокращаются циркулярно, concentрически, и слизистая оболочка, ложась в продольные складки, имеет в разрезе звездчатую форму.

Мускулатура прямой кишки состоит из двух слоев: внутреннего — циркулярного и наружного — продольного.

Циркулярный слой в месте прохождения прямой кишки через тазовую диафрагму получает от последней добавочные циркулярные волокна, образуя тут *sphincter ani internus*. Мышечные волокна этого сфинктера, распространяясь книзу, доходят до анального отверстия.

Форма эпителия, покрывающего внутреннюю поверхность пузыря, зависит от степени наполнения пузыря. Поверхностный слой его состоит из больших кубических клеток, содержащих часто много ядер и при наполнении пузыря уплощающихся. Под ним располагаются в несколько слоев колбообразные, кубические и цилиндрические клетки; при наполнении пузыря число слоев уменьшается.

В общем при опорожнении пузыря слизистая его располагается в многочисленные складки, покрытые многослойным эпителием.

Спорный вопрос о том, содержатся ли в слизистой пузыря железы, повидимому, окончательно решен отрицательно. Однако вблизи *orificium internum* можно найти малюпкие железки, такие же, как и в верхнем отделе *urethrae*, и аналогичные железкам простаты.

Proprgia mucosae состоит из фибриллярной соединительной ткани с большим количеством эластических волокон.

Слизистая пузыря соединяется с подлежащим мускульным слоем рыхлой подслизистой, содержащей много эластической ткани. Только в области *trigonum* этот слой отсутствует, вследствие чего здесь при опорожнении пузыря слизистая ложит плотно на подлежащей ткани и не образует складок, которые мы видим на всей прочей поверхности пузыря.

Muscularis vesicae образуется из мышечных масс, располагающихся продольно в направлении от верхушки пузыря по передней и задней его стенке к *trigonum*, так называемого *m. detrusor vesicae*, и из лежащего под ними слоя, имеющего более поперечно-сетчатое строение (*m. compressor urinae*). В области треугольника волокна сплетаются в одну общую сеть и развиты значительно слабее, чем вне его.

Кроме того, из стенки мочеиспускательного канала в *trigonum vesicae* направляются

волокна гладкой мускулатуры, которые, сокращаясь, подтягивают переднюю стенку мочеиспускательного канала к задней и, таким образом, играют роль *sphincter vesicae*. Функция этого сфинктера усиливается работой циркулярного слоя поперечнополосатых мышц (*sphincter urogenitalis*), который также связан с системой мышц треугольника.

А д в е н т и ц и я мочевого пузыря состоит из очень рыхлой соединительной ткани; она снабжена большим количеством сосудов. Мочевой пузырь сверху прикрепляется к передней брюшной стенке тремя связками: *lig. pubo-vesicale medium*, остаток бывшего *urachus*, и двумя *lig. pubovesicalia lateralia*, остатки запустевших пупочных сосудов.

3. Мочеиспускательный канал (urethra)

Мочеиспускательный канал у женщины отличается своей небольшой длиной — 3—4 см — при значительной ширине. Он идет от паружного отверстия мочеиспускательного канала (*orificium urethrae externum*), расположенного тотчас же под головкой клитора, тесно соприкасаясь с передней стенкой влагалища, по прямой линии к пузырю и оканчивается в мочевом пузыре отверстием (*orificium urethrae internum*).

Просвет уретры имеет звездчатую форму, так как ее слизистая ложится в продольные складки. Одна из этих складок, располагающаяся на задней стенке,



Рис. 30. Мочеиспускательный канал и мочевого пузыря.

1 — torus uretericus; 2 — trigonum vesicae, s. Lieutaudii; 3 — crista urethralis; 4 — отверстие мочеоточника.

носит название *crista urethrae*. В нижнем своем отрезке, где уретра прободает *diaphragma urogenitalis*, она подкрепляется исходящими из последней поперечно-полосатыми мышцами, образующими здесь *sphincter urethrae externus*.

Слизистая уретры покрыта в различных отделах различными видами эпителия. Участок уретры близ мочевого пузыря покрыт таким же эпителием, как и пузырь. Затем идет отдел, покрытый цилиндрическим эпителием, располагающимся то в несколько рядов, то в один ряд. Дистальный— нижний—отдел уретры покрыт многослойным плоским эпителием.

Спорный вопрос о присутствии в уретре желез до сих пор еще не вполне решен.

Во всяком случае в женской уретре имеются железообразные впаивания с небольшим выходным отверстием, покрытые таким же эпителием, как и соседние с их выходным отверстием участки поверхности уретры. Их можно рассценивать не как железы, а как лакуны (*lacunae Morgagnii*).

Встречаются и типические железы Литтре. Наконец, в проксимальной части уретры, в области *septum urethro-vaginale*, наблюдаются железистые ходы, которые рассматривают как рудимент простаты (*glandula prostatica feminae*), местами дающий кистовидные расширения.

К этому можно еще прибавить, что у наружного отверстия мочеиспускательного канала, по его боковым сторонам, располагаются короткие железистые ходы, открывающиеся точечными отверстиями уже снаружи и по бокам от уретры. Это — парауретральные ходы Скене (*Skene*), образующиеся путем впаивания на этом месте эпителия *vestibuli*. Часто они открываются на небольших возвышениях, располагающихся по бокам наружного отверстия уретры.

4. Прямая кишка (*rectum*)

Последним полым органом, располагающимся в малом тазу, является **п р я м а я к и ш к а (г е с т у м)**. Она является конечным отделом кишечника и начинается от места окончания *S-donatum*, т. е. приблизительно на уровне III крестцового позвонка, и оканчивается в области анального отверстия.

Прямую кишку можно делить на две части: нижнюю (*pars perinealis*) и верхнюю (*pars pelvina*). Границей между этими двумя отрезками прямой кишки служит место ее прохода через *hiatus genitalis* тазового дна.

Pars perinealis и *pars pelvina* образуют тупой угол, открытый кзади (рис. 7), причем *pars perinealis* направляется больше кзади, а *pars pelvina* опускается больше кпереди. Обе эти части отличаются друг от друга и в функциональном отношении.

Pars pelvina имеет вид расширенного мешка; в нем собираются и некоторое время удерживаются каловые массы, поэтому ее и называют *ampulla recti*. *Pars perinealis*, наоборот, обычно свободна от кала и служит только выводным каналом для ампулярной части.

Слизистая оболочка ампулярной части прямой кишки темнее, чем слизистая *pars perinealis*, и на ней имеются две (редко — три) поперечно расположенные складки полулунной формы, охватывающие наполовину окружность ампулы, из которых верхняя располагается левее, а нижняя — правее. Последняя носит название складки Кольрауша.

При опорожненной прямой кишке слизистая оболочка ее ампулы складывается спереди назад, и просвет кишки вследствие этого имеет вид поперечной щели. Наоборот, в *pars perinealis* стенки сокращаются циркулярно, концентрически, и слизистая оболочка, ложась в продольные складки, имеет в разрезе звездчатую форму.

Мускулатура прямой кишки состоит из двух слоев: внутреннего — циркулярного и наружного — продольного.

Циркулярный слой в месте прохождения прямой кишки через тазовую диафрагму получает от последней добавочные циркулярные волокна, образуя тут *sphincter ani internus*. Мышечные волокна этого сфинктера, распространяясь книзу, доходят до анального отверстия.

В области анального отверстия располагается *m. sphincter ani externus*. Сзади эта мышца начинается мышечными волокнами от копчика; подходя к *anus*, волокна эти разделяются на две группы, охватывающие кишку, причем они получают еще подкрепление от *m. constrictor cunni*.

Весь этот сложный аппарат (*sphincter ani internus, externus, m. levator ani* и его волокна), работая синхронично, втягивает анальное отверстие кверху и зажимает просвет кишки.

Верхняя часть прямой кишки, за исключением ее задней поверхности, вся покрыта тазовой брюшиной; нижняя часть лежит полностью экстраперитонеально. Вместе с тем верхняя часть прямой кишки располагается в тазу сейчас же за задней стенкой влагалища; проходя через диафрагму, прямая кишка в своей нижней части отходит от влагалища, направляясь кзади, причем между задней стенкой нижней трети влагалища и передней стенкой нижнего отрезка прямой кишки располагается массивное, состоящее преимущественно из соединительной ткани тело промежности (рис. 7).

IV. ТАЗОВАЯ БРЮШИНА И КЛЕТЧАТКА МАЛОГО ТАЗА

Париетальная брюшина, выстилающая малый таз, является продолжением брюшинного покрова всей остальной брюшной полости. Прикрывая тазовые органы сверху, тазовая брюшина опускается сюда с задней поверхности брюшной стенки, направляясь от стенок таза кзади на мочевой пузырь, который она прикрывает только частично по верхней и задней поверхности. Отсюда брюшина на уровне внутреннего зева переходит на переднюю поверхность матки и, плотно соединяясь с последней, дойдя до дна, снова опускается кзади и прикрывает заднюю поверхность ее. Здесь брюшина опускается несколько ниже, чем спереди, прикрывая всю шейку и доходя чаще всего до заднего влагалищного свода, откуда она поворачивает снова кзади, выстилая тазовое дно и крестцово-маточные связки и образуя между последними выраженное глубокое вдавление — так называемое дугласово пространство (рис. 7).

Направляясь дальше, брюшина покрывает *pars ampullaris recti* и заднюю поверхность таза.

По бокам матки, как уже упоминалось, из обоих листков брюшины, прикрывающих переднюю и заднюю поверхность матки, образуется дубликатура, называемая *широкой связкой*, верхний край которой заключает в себе фаллопиевы трубы.

Латеральные участки широкой связки по бокам малого таза переходят в париетальную брюшину брюшной полости.

Таким образом, брюшина прикрывает все органы малого таза, лежащие над тазовой диафрагмой. Органы эти, располагаясь под тазовой брюшиной, лежат в пространстве, ограниченном снизу тазовой диафрагмой и называемом иногда *cavum subperitoneale* [Люшка (Luschka)].

Все это пространство заполнено рыхлой соединительной тканью, которая окружает все погруженные в нее органы непрерывной капсулой, истонченной в тех местах, где брюшина интимно прилегает к органам, и заполняющей все пространства и щели, образующиеся между органами.

Таким образом, соединительная ткань малого таза представляет одно непрерывное целое.

Для того чтобы ориентироваться в расположении соединительной ткани всей этой сложной системы, пользуются разрезами таза в сагиттальном, трансверзальном и горизонтальном направлениях.

На таких разрезах легко проследить распространение соединительной ткани среди тазовых органов и убедиться в том, что она представляет одно общее целое.

Однако несомненно, что отдельные участки этого целого имеют свое обособленное физиологическое значение и что патологические процессы, распространяясь по клетчатке, всегда идут одним и тем же путем (рис. 31 и 32).

По бокам мочевого пузыря, матки и прямой кишки тазовая клетчатка образует скопления, называемые паравезикальной, параметральной и параректальной клетчаткой.

Эти скопления клетчатки переходят последовательно друг в друга и, таким образом, соединяются в одно целое в следующем порядке.

Между мочевым пузырем, симфизом и передней брюшной стенкой под брюшиной образуется пространство, заполненное рыхлой соединительной тканью, называемое *sacum Retzii*. Между шейкой матки и мочевым пузырем клетчатка дает тонкую прослойку рыхлой ткани (*septum vesico-cervicale*), опускающуюся к шизу и посягающую тут название *septum vesico-vaginale*.

Между прямой кишкой и задней стенкой влагалища располагается *septum recto-vaginale*.

Как можно видеть на сагиттальных разрезах, между листками брюшины, образующими широкую связку, в верхних их отделах — в *mesosalpinx* — количество соединительной ткани ничтожно. Однако к шизу, по направлению к тазовому дну, количество клетчатки постепенно нарастает (рис. 31), и здесь, у тазового дна, на уровне внутреннего зева образуются мощные скопления соединительной ткани, содержащей фасциальные и мышечные волокна и большое количество

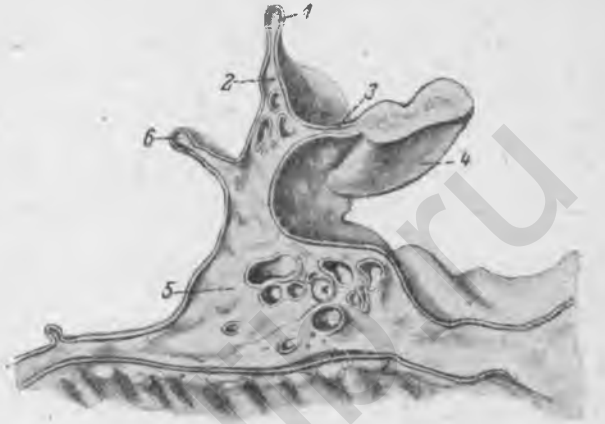


Рис. 31. Боковой разрез в сагиттальном направлении через широкую связку. По Мартину.

1 — труба; 2 — *mesosalpinx*; 3 — *mesovarium*; 4 — *ovarium*; 5 — *lig. latum*; 6 — *lig. rotundum*.

сосудов. Этот участок и носит название *lig. cardinale, s. Mackenrodti*.

Ограниченная снизу тазовым дном клетчатка малого таза, однако, тесно связана и с клетчаткой, расположенной под тазовой диафрагмой и заполняющей *fossa ischio-rectale*, и с клетчаткой, заложенной в области наружных половых органов и анальной области.

Соединительная ткань проходит вместе с органами через *hiatus genitalis*, а также через *foramen supra- и infrapiriformis*.

V. СОСУДИСТАЯ И ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМЫ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И ИХ ИННЕРВАЦИЯ

Артерии, снабжающие органы малого таза, исходят из *a. hypogastrica, s. a. iliaca interna*, и *a. spermatica* (рис. 33). *A. spermatica, s. ovarica* отделяется от аорты почти на уровне выхода *a. renalis* (справа она часто даже исходит из правой почечной артерии).

Опускаясь по задней стенке брюшной полости несколько наклонно кнаружи, она доходит до входа в таз и здесь, лежа вначале снаружи от мочеочника, пересекает его, направляясь медиально по *lig. infundibulo-pelvicum* к яичнику. Продолжаясь дальше, она анастомозирует вблизи яичника с *a. uterina*, которая поднимается снизу и, сильно извиваясь, располагается вблизи края матки.

A. uterina отходит от *a. hypogastrica*, лежащей вблизи боковой стенки таза. Отделившись, она направляется по *lig. cardinale* к матке и, не дойдя до ее края сантиметра два, перекрещивает здесь спереди и сверху мочеочник. Повернув затем кверху, она отдает ряд (12—15) веточек в тело матки и к ее дну (*fundus uteri*) и веточки к *lig. rotundum*, а затем уже у угла матки, изменив снова свое направление на латеральное, сливается с *a. ovarica*, образуя общую дугу. Из этой общей дуги снабжаются сосудами и трубы.

На уровне внутреннего зева а. *uterina* посылает ветки и книзу — к шейке и к верхнему отделу влагалища.

В месте отхождения маточной артерии от а. *hypogastrica* отходят и ветки для снабжения пузыря кровью: аа. *vesicalis superior* и *inferior*. Нередко эти артерии исходят из а. *uterina*.

Прямая кишка получает артериальные ветки, как и весь нижний отрезок *colon*, от а. *mesenterica inferior*, которая делится на а. *sigmoidea* и а. *haemorrhoidalis superior*. Последняя опускается в малый таз и дает многочисленные ветви к прямой кишке.

Здесь необходимо отметить еще, как снабжается артериальной кровью вульва, промежность и *anus*.

Главная снабжающая артерия этих органов (а. *rudenda*) происходит из а. *hypogastrica*, отходя от последней одновременно с а. *uterina* и а. *glutaea inferior* (рис. 33).

В то время, как а. *uterina* направляется медиально, а. *rudenda* опускается книзу по задней стенке таза и, дойдя до тазового дна, отдает еще над диафрагмой таза ветку, снабжающую верхний участок влагалища, и вторую ветвь, выходящую уже из полости малого таза через *foramen ischiadicum majus* (*foramen infrapiriformis*), после чего снова возвращается в таз через *foramen ischiadicum minus* и направляется в *fossa ischio-rectalis* и здесь дает следующие ветви (рис. 34): длинную ветвь вперед, являющуюся продолжением а. *rudenda* и носящую название а. *clitoridis*, веточки к задней части вульвы, веточки к промежности и ветви к прямой кишке (геморроидальные артерии — а. *haemorrhoidalis inferior*).

Вены тазовой области развиты очень сильно. В большинстве случаев они сопровождают одноименные артерии, образуя местами мощные венозные сплетения, например, так называемый *plexus pampiniformis*, сопровождающий а. *ovagica*, сплетение нижнего края *bulbi cavernosi* и сплетение в области шейки матки, влагалища и мочевого пузыря (*plexus vesico-vaginalis*).

Лимфатическая система органов малого таза развита так же сильно, как и кровеносная.

С точки зрения заболевания наружных половых органов и органов малого таза особенное значение имеет определенное регионарное распространение лимфатических желез, которые поражаются при заболеваниях того или иного участка тазовых органов. Несмотря на известную закономерность поражения определенных групп лимфатических узлов при заболеваниях той или иной области половой сферы, необходимо отметить, что ток лимфы при закупорке того или иного пути может пролагать себе путь и в обратном направлении и, благодаря множеству сосудов, может достигать цели, проходя по совершенно иным путям.

Известное практическое значение могут иметь следующие клинически отмеченные факты.

1. При поражениях (воспалительных или новообразовательных) наружных половых органов, промежности, окружности *anus* увеличиваются поверхностные и глубокие железы пахового канала.

2. При поражении мочевого пузыря, верхних двух третей влагалища, шейки матки, нижних отделов тела матки могут быть поражены лимфатические железы, расположенные вдоль а. *hypogastrica*, и железки, располагающиеся на месте перекреста а. *uterina* с мочеточником (железки *Lucas Championner*).

3. При заболеваниях верхней трети задней стенки влагалища и задней части шейки матки прежде всего поражаются железы, расположенные по бокам крестцовой кости.

4. Во втором этапе поражаются железы, расположенные вдоль а. *hypogastrica* и особенно а. *iliaca communis*.

5. На третьем этапе поражаются железы, расположенные в лумбальной области вплоть до а. *genalis*. Железы эти могут быть поражены при заболеваниях матки, труб и яичников. Конечно, они могут служить последним очагом поражений и для всех прочих органов (рис. 35).

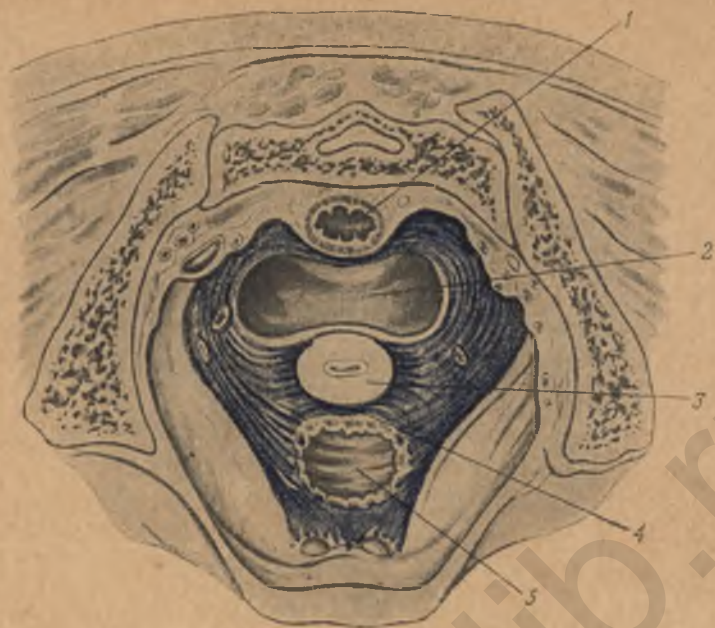


Рис. 32. Горизонтальный разрез через таз, несколько выше внутреннего зева. По Бумму.
 1—rectum; 2—дугласово пространство; 3—uterus; 4—spatium vesico-uterinum; 5—vesica.

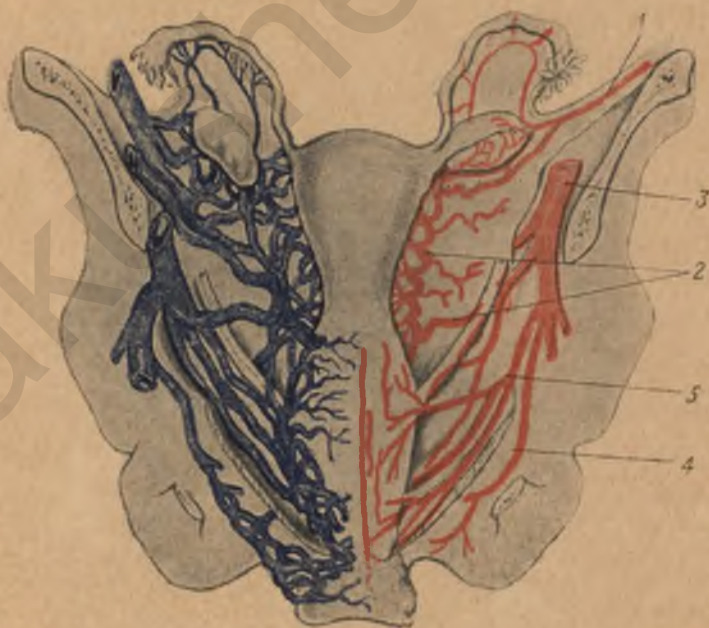


Рис. 33. Сосуды женского таза. По Гольдту.
 1—а. spermatica, s. ovarica; 2—а. uterina; 3—а. hypogastrica; 4—а. pudenda inf.; 5—а. vaginalis.



Рис. 34. Артерии тазового дна, промежности и наружных половых органов. По Тавдлеру.
 1—а. pudenda int.; 2—а. perinei и ветви их, снабжающие наружные половые органы, anus, промежность и diaphragma pelvis снизу.

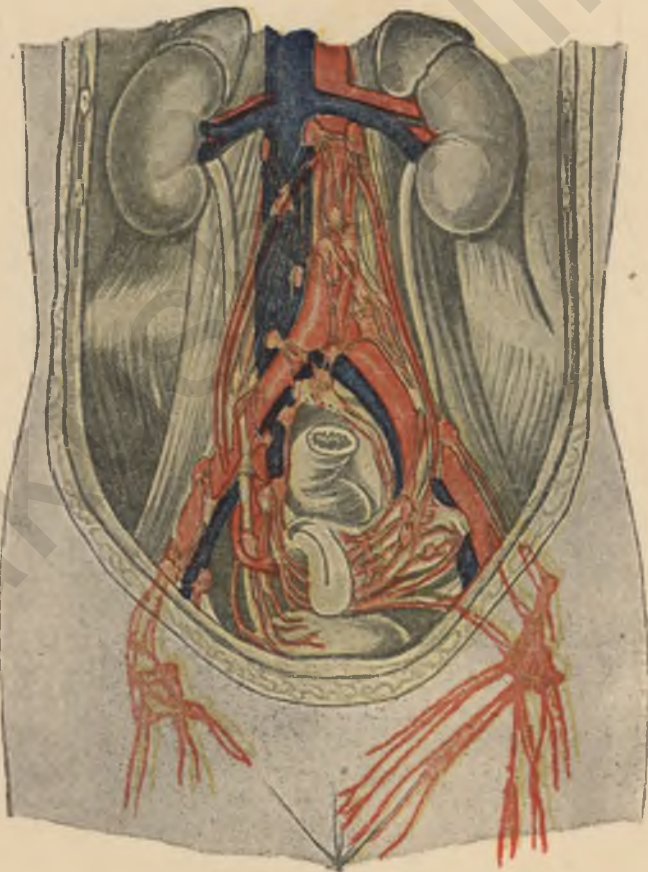


Рис. 35. Лимфатическая система органов малого таза (gland. lumbales, gland. sacrales, gland. hypogastricae, gland. inguinales). По Кренигу-Деделерю.

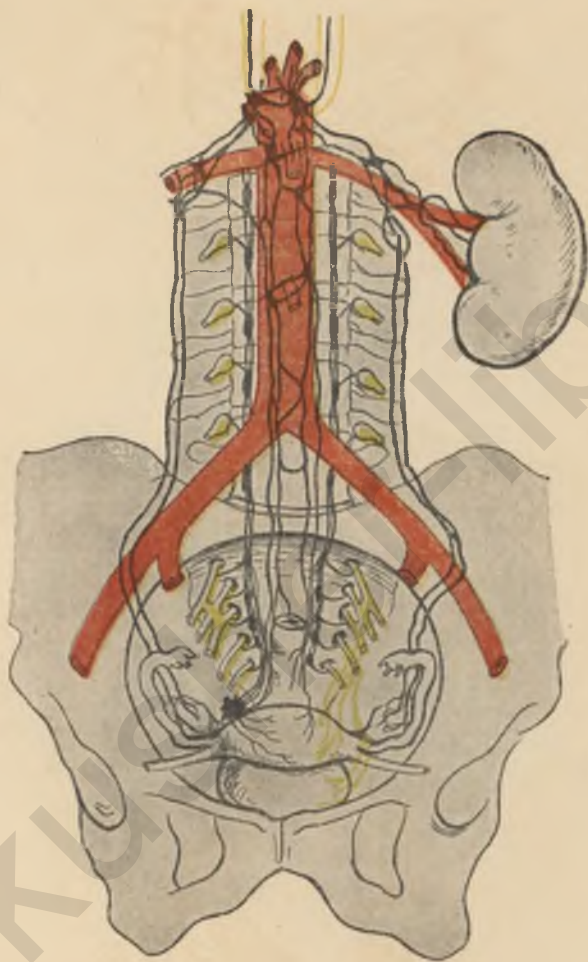


Рис. 36. Вегетативная нервная система. По Танлеру. [Plexus coeliacus, plexus hypogastricus, n. spermaticus (ovaricus).]



Рис. 37. N. pudendus и органы, им иннервируемые. По Тандлеру.

Иннервация тазовых органов чрезвычайно сложна и далеко не может еще считаться полностью изученной.

Наряду с многочисленными спинномозговыми нервами, иннервирующими органы малого таза, большое значение имеет и иннервация вегетативной нервной системой, а именно симпатическими и парасимпатическими ее волокнами.

Как известно, симпатическая нервная система исходит из симпатических центров, залеженных в боковых рогах спинного мозга, начиная от VIII шейного сегмента до III поясничного; парасимпатические же волокна исходят из ядер, расположенных между передними и задними рогами спинного мозга, а именно — в сакральных сегментах, начиная от II до IV (рис. 36).

Как симпатические, так и парасимпатические центры не связаны непосредственно с органами, которые они иннервируют, но импульсы, исходящие из этих центров, должны предварительно переключаться в нервных узлах, которые для симпатической нервной системы лежат в превертебральных и паравертебральных ганглиях, для парасимпатической же иннервации располагаются в самих иннервируемых органах. Таким образом, симпатические волокна выходят из спинного мозга через передние корешки и направляются или к паравертебральным ганглиям позвоночного столба, или же к превертебральным нервным узлам и сплетениям, которые образуются у передней поверхности позвоночника и носят название *ganglion coeliacum*, *gangl. mesentericum superius* и *inferius*.

Парасимпатические волокна идут вместе с передними корешками соответственных сегментов спинного мозга и, выйдя из передних отверстий крестцовой кости, отделяются, образуя *n. erigens*, *s. pelvicius*, который направляется непосредственно к нервным узлам, залеженным в иннервируемых ими частях полового тракта.

Образуя ниже *gangl. coeliacum* целую сеть нервных сплетений вдоль всего позвоночника (*plexus aorticus*), симпатические волокна дают на месте бифуркации аорты *plexus mesentericus inferior*, от которого в обе стороны идут разветвления по ходу сосудов, образуя здесь по бокам таза *plexus hypogastricus*. Последний со своей стороны дает веточки к нервному сплетению, залеженному по бокам шейки матки (*gangl. uterinum s. Frankenhäuseri*).

Необходимо отметить, что путь вегетативной нервной системы к франкенгейзеровскому сплетению не ограничен волокнами, исходящими из *plexus hypogastricus*, но усиливается сплетением, исходящим из *plexus aorticus* и *gangl. coeliacum* еще другим путем: *plexus aorticus* дает ответвления по почечным артериям, образуя здесь сплетение, усиленное несколькими нервными узлами: *gangl. renale primum et secundum*. От конечных ганглиев отходят нервные ветви к почкам и к яичнику, к которому они опускаются по ходу *a. spermatica s. ovariaca*.

Снабдив нервами яичник и трубы, *plexus ovaricus* дает ветви к франкенгейзеровскому сплетению.

Несомненно, что именно от этого сплетения, состоящего из ряда нервных волокон как симпатического, так и парасимпатического характера, и отходят нервные волокна к большинству органов малого таза: так, его волокнами снабжается влагалище, матка, частично яичник и трубы.

В стенках матки были неоднократно обнаружены [Даль (Dahl)] нервные волокна как мякотные, так и безмякотные. Указание на присутствие в стенках матки нервных узлов последними исследованиями не подтверждается.

Нервы яичника исходят частично из *plexus ovaricus*, частично — из *plexus uterinus*. Таким же образом снабжаются нервами и трубы.

Верхний отдел влагалища снабжается волокнами из франкенгейзеровского сплетения. Мочевой пузырь получает свои симпатические нервные волокна из *plexus hypogastricus*, парасимпатические же — из *n. erigens*, *s. pelvicius*, а также волокна из франкенгейзеровского сплетения. По обеим сторонам мочевого пузыря, у его основания, залежены мощные сплетения *plexus vesicalis*, аналогичного франкенгейзеровскому узлу матки.

В спинном мозгу, а именно в его поясничной части, ряд авторов отмечает существование специального центра для мочевого пузыря.

Специальный центр для прямой кишки располагается в сакральном участке спинного мозга (S_2-S_5); вероятно, сюда присоединяются и участки мозга, расположенные выше (L_2-L_6). Нервные волокна из этих центров идут двумя путями: через *gangl. mesentericum inferius* и *plexus hypogastricus* или вместе с *n. erigenz. s. pelvicius*.

В результате этого верхние отделы прямой кишки, расположенные над *hiatus genitalis*, снабжаются вегетативными нервами через *plexus haemorrhoidalis superior* и *medius*, нижний же отдел кишки и *sphincter ani externus* получают нервы из *n. pudendus* и *n. haemorrhoidalis inferior* — из спинномозговой нервной системы.

Тазовое дно и наружные половые органы тоже снабжаются спинномозговой системой нервных волокон. При этом *m. levator ani* получает нервные волокна из IV сакрального нерва, *diaphragma urogenitalis*, *sphincter ani* и *constrictor cunnii* получают нервные окончания из *n. pudendus*.

N. pudendus снабжает и наружные половые органы, кожа которых получает чувствительные ветви и из *n. ileo-inguinalis*, исходящего из I поясничного сегмента.

N. pudendus имеет особое значение для гинекологов, так как им пользуются для анестезирования наружных половых органов. Исходя из I, II и III сакральных сегментов спинного мозга, он в виде мощного ствола выходит в таз и отсюда через *foramen infrapiriforme* проходит в *fossa ischio-rectalis*, где дает ветви (рис. 37) к *sphincter ani externus* и коже *anus* и, распространяясь вперед, посылает ветви к промежности, большим и малым губам, к клитору и более глубокие — к *diaphragma urogenitale*.

ГЛАВА ВТОРАЯ

ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

I. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ О РАЗВИТИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Как мы увидим ниже, знакомство с историей развития мочеполовых органов необходимо для гинеколога, так как без этого он не сможет разобраться в целом ряде патологических процессов, которые нам нередко приходится наблюдать в половой сфере женщины.

Половая сфера по своему анатомическому строению и расположению теснейшим образом связана с мочевой системой, но особенно их сближает эмбриональное развитие, почему изучение этих систем следует проводить совместно.

Изучение самых ранних периодов развития мочеполовой сферы у человека представляет большие трудности.

Изложение развития мочеполовой системы у человека лучше всего начинать с истории развития мочевой системы, а именно — с развития почки.

Мочевая система состоит, как известно, из почки, почечных лоханок, мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Почка человека и всех позвоночных приобретает свою окончательную форму, лишь пройдя две предшествующие генерации, развивающиеся одна после другой в определенном порядке.

Порядок развития почки таков: 1) первичная или

головная почка (pronephros), после которой развивается 2) вторичная почка (mesonephros) и только после этого последняя дефинитивная почка — 3) почка (metanephros) (рис. 38).

Уже у эмбрионов в 5 мм длины на задней поверхности вольфова хода (рис. 39), почти рядом с местом его вхождения в клоаку, образуется выпячивание — зачаток мочеточника, который, быстро разрастаясь по направлению к позвоночнику, вверху, вступает в нефрогенную ткань и, сливаясь с ней, приводит к образованию мочеточника.



Рис. 38. Развитие первичной головной почки — pronephros — у эмбриона в 2,5 мм длины. По Феликсу.

1 — зона первичной почки; 2 — зона вторичной почки; 3 — окончательное нефрогенное тяжа.

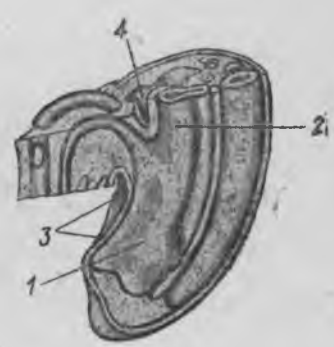


Рис. 39.

1 — sinus urogenitalis; 2 — rectum; 3 — клоакальная мембрана; 4 — septum urorectale. По модели Кейбеля.

При микроскопическом исследовании эти остатки обнаруживаются в виде трубчатых ходов, покрытых кубическим правильно располагающимся эпителием с незначительным просветом.

Ходы эти могут служить источником кистовидных новообразований, но могут давать начало и злокачественным опухолям.

IV. SINUS UROGENITALIS

Конечная часть кишечника носит название клоаки. Как мы видели, она помещается в хвостовом конце эмбриона и принимает в себя по мере развития выводные пути мочевой системы (вольфовы ходы с развивающимися из них мочеточниками, а затем уже мюллеровские нити — образование, служащее источником для развития влагалища, матки и труб).

Клоака (рис. 46) уже у эмбриона в 3 мм длины представляет относительно объемистую полость, зани-

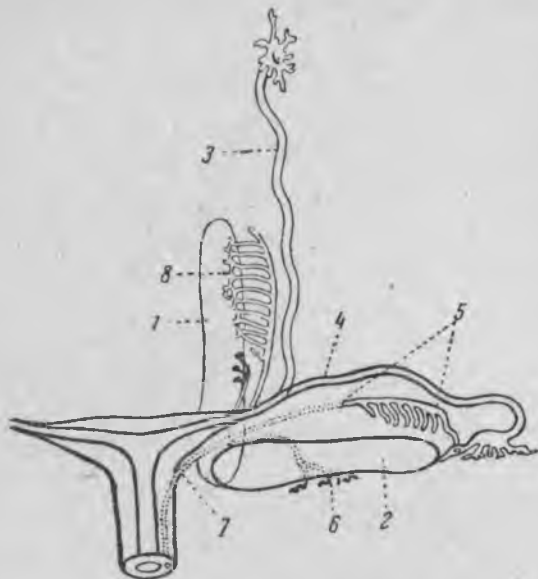


Рис. 44. Схематическое изображение опущения вольфова тела, половых желез и выводных путей (мюллеровских нитей) и образование матки и труб. По Тандлеру.

1, 2 — ovarium; 3 — мюллеровский ход; 4 — труба; 5 — ероорхон, остаток краниальной части вольфова тела, расположен латерально; 6 — рагоорхон, остаток каудальной части вольфова тела, расположен медиально; 7 — гартнеровский ход; 8 — rete ovarii.



Рис. 45. Остаток вольфова тела (ероорхон).

1 — труба; 2 — ostium abdominale tubae.

мающую самый конечный участок хвостового конца эмбриона. Ее вентральная поверхность закрыта тонкой пластинкой, называемой мембраной клоаки. По бокам в клоаку вливаются вольфовы каналы, сверху краниально

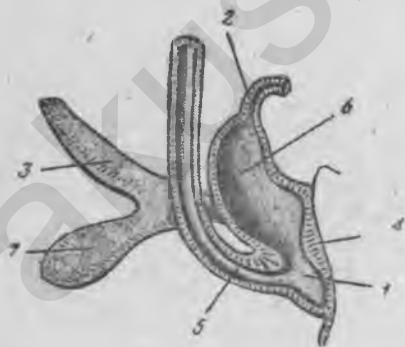


Рис. 46. Нижняя часть тела эмбриона в 7 мм длины.

1 — клоака; 2 — аллантоис; 3 — вольфов ход; 4 — клоакальная мембрана (заштрихована); 5 — кишка; 6 — sinus urogenitalis; 7 — зачаток мочеточника.

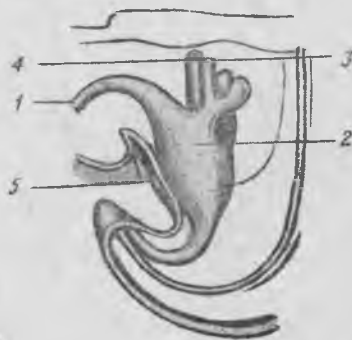


Рис. 47. Хвостовой конец эмбриона от 6 до 7 мм длины. По модели Кейбеля.

1 — аллантоис; 2 — sinus urogenitalis; 3 — вольфовы ходы, впадающие по бокам в sinus urogenitalis; 5 — rectum; 6 — мембрана анальная и мембрана мочеполовая.

в нее входит кишка, рядом с которой более кпереди (вентрально) располагается аллантоис. Выгнутость между кишкой и аллантоисом называют клоакальным седлом (рис. 46).

При дальнейшем развитии клоака дает начало мочевому пузырю и прямой кишке, а из ее стенок и входящих в нее ближайших участках вольфова хода и мюллеровских нитей образуется нижний отдел влагалища, мочеточники, мочеиспускательный канал и *vestibulum vaginae*.

Процесс этот у человека в общих чертах протекает в следующем порядке. Отделение прямой кишки от мочеполового синуса начинается, по Феликсу, у эмбрионов в 4,9 мм длины. При этом стенка седла, находящегося между клоакой и кишкой, постепенно опускается кпизу (рис. 46, 47) и, образуя *septum urogenitale*, изгибаясь вентрально, направляется к клоакальной мембране до тех пор, пока почти вплотную не дойдет до нее. Этим процессом закапчивается отделение *sinus urogenitalis*, располагающегося вентрально от прямой кишки, лежащей дорзально. При этом клоакальная мембрана делится на два отдела — на мембрану уrogenитальную и мембрану апальную. Промежуточная часть между этими двумя мембранами впоследствии пойдет на построение будущей промежности путем вращапия с боков мезодермальной ткани, заложенной между прямой кишкой и конечной частью *sinus urogenitalis*.

Только значительно позже — у эмбрионов, уже достигших длины 18 мм, — вначале открывается просвет в уrogenитальной мембране, а еще позже — в ректальной, и полости этих органов получают выход наружу.

После вскрытия уrogenитальной мембраны обычно уже образовавшийся к этому времени мюллеровский ход приближается к задней дорзальной стенке *sinus urogenitalis* и вливается в нее, располагаясь в этой части рядом с входящими сюда же и расположенными по обеим сторонам пияжними окончаниями вольфовых ходов (рис. 40).

В это время выросший из конечной части вольфова хода зачаток будущего мочеточника отделяется от места своего прикрепления и, обособляясь от вольфова хода, впадает сначала неподалеку, а затем и непосредственно в стенку *sinus urogenitalis* несколько выше и латеральнее самого вольфова хода (рис. 40).

В результате всех перечисленных процессов органы малого таза принимают положение, которое легко усвоить, разобравшись в схеме на рис. 48.

В дальнейшем аллантоис запусевает и переходит в соединительнотканную складку (*lig. umbilicale medium*).

Окончательное отделение мочевых органов от половых происходит вследствие раздвигания в каудальном направлении мюллеровских и вольфовых ходов складками, растущими с боков из мезодермы и носящими название *septum vesico-vaginale*. Однако нижний участок *sinus urogenitalis*, расположенный ниже места вхождения в него мюллеровских нитей, долго еще сохраняется в виде довольно длинного канала и исчезает только впоследствии, обращаясь в *vestibulum vaginae* с образованием наружных половых органов.

Окончательное отделение мочевых органов от половых происходит вследствие раздвигания в каудальном направлении мюллеровских и вольфовых ходов складками, растущими с боков из мезодермы и носящими название *septum vesico-vaginale*. Однако нижний участок *sinus urogenitalis*, расположенный ниже места вхождения в него мюллеровских нитей, долго еще сохраняется в виде довольно длинного канала и исчезает только впоследствии, обращаясь в *vestibulum vaginae* с образованием наружных половых органов.

V. НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Наружные половые органы развиваются в области переднего участка клоакальной мембраны. Здесь по средней линии образуется небольшой вначале выступ — клоачный бугорок. В передней части клоачного бугорка

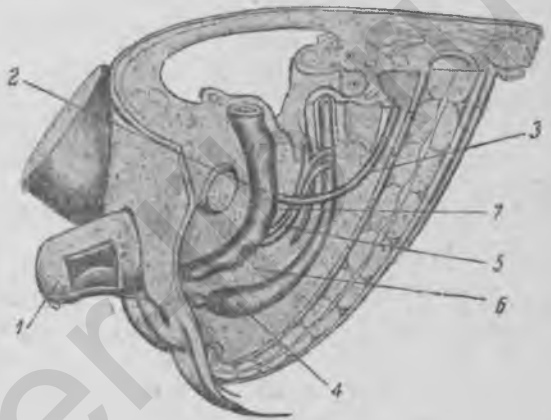


Рис. 48. Схема развития мочеполовой системы, прямой кишки и наружных половых органов. По модели Кейбеля.

1 — половой бугорок, клитор; 2 — *sinus urogenitalis*; 3 — мочеточник; 4 — прямая кишка; 5 — мюллеровские и вольфовы ходы; 6 — *septum rectovaginale*; 7 — *septum vesico-vaginale*.

развивается половой бугорок, а у нижнего края последнего впячивается продольный половой желобок, ограниченный по бокам половыми складками (рис. 49, 50). Вокруг всего этого развивается кольцеобразная складка — половой валик.

Эти органы, не дающие еще возможности различить пол плода, дифференцируясь, в дальнейшем ведут к образованию окончательных форм наружных половых органов.

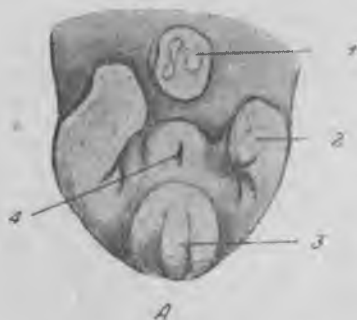


Рис. 49. Развитие наружных половых органов. Хвостовой конец эмбриона 18 мм длины.

1 — пуповина; 2 — нижние конечности; 3 — хвостовой бугор; 4 — клоакальный бугор с отверстием в sinus urogenitalis.

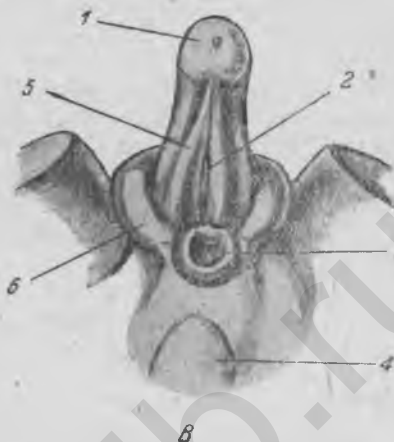


Рис. 50. Эмбрион 23,84 мм длины.

1 — glans clitoridis; 2 — отверстие в sinus urogenitalis; 3 — anus; 4 — хвостовой бугор; 5 — половая складка (малые губы); 6 — половой валик (большие губы).

- У м у ж ч и н:** половой бугорок — половой член;
 половые складки, срастаясь, ведут к образованию мочеиспускательного канала;
 половой валик, срастаясь по средней линии, ведет к образованию мошонки.
- У ж е н щ и н:** половой бугорок — клитор;
 половые складки — малые губы;
 половой валик — большие губы.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

ОСНОВНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА

1. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ

Как и прочие области медицины, гинекология строит свои положения на основе фактов общей физиологии человека. Однако, как мы знаем, организм как мужчины, так и женщины находится под сильным воздействием особенностей того или иного пола, а потому знание особенностей не только анатомического строения женского организма, но и его функциональных отправления, главным образом связанных с работой его половых органов, особенно яичника и яйцевой клетки, при оплодотворении развивающейся в будущий организм, необходимо для каждого гинеколога.

Если считать строение половой железы и внутренних и наружных половых органов первичными половыми признаками, то мы должны будем признать, что женский организм отличается от мужского не только этим, но и рядом частью хорошо известных, частью мало изученных признаков, свойственных нормально развитому женскому организму, которые можно называть вторичными половыми признаками.

Так, женщина отличается от мужчины в среднем более низким ростом, более тонкими и нежными костями; все костные выступы и линии у нее более округлены и менее угловаты, чем у мужчины. Грудная клетка у женщин короче и шире, чем у мужчин. Таз шире и имеет несколько иные формы (см. Акушерство), чем у мужчин. Подкожная жировая клетчатка у женщин развита лучше, чем у мужчин, причем главные массы жира отлагаются на лобке, бедрах, ягодицах и грудных железах.

Половые отличия (половой диморфизм) выявляются у женщин и в особом строении гортани, делающем ее голос не сходным с голосом мужским.

Тип волосяного покрова также относится ко вторичным половым признакам, как и характер волос. У женщин отсутствуют борода и усы; обычно отсутствует волосистость на всей поверхности тела, оставаясь только в подмышечной области и на лобке, граница волосистости которого при хорошем развитии женского типа представляет прямую горизонтальную линию.

Однако и этими анатомическими изменениями далеко не исчерпываются все отличия полов.

В настоящее время можно считать установленным тот факт, что пол как у человека, так и у прочих животных предопределяется в момент зачатия и является следствием соединения половых клеток, содержащих в своих хромосомах определенные половые гены, носители того или иного пола.

Так, в настоящее время известно, что у большинства видов животных имеются два рода половых клеток — гамет, причем мужская гамета отличается от женской или по количеству, или по качеству своих хромосом.

Изучение редуccionных процессов в яйцах и сперматозоидах убедило исследователей в том, что в ядрах половых клеток — гамет, наряду с обычными хромосомами (autochromosomae) находятся еще особые хромосомы (heterochromosomae).

Последние обнаруживаются как в яйце, так и в сперматозоиде, отличаясь от аутохромосом не только своим видом, но нередко и тем, что при делении экваториальной звезды на две полярные они или отстают, или идут к полюсу впереди.

Хромосомы эти в противоположных полах наблюдаются в различных взаимоотношениях: у одних видов животных они встречаются в ядре одной из половых клеток — обычно в мужской — в единичном числе, тогда как в ядре женской клетки таких хромосом содержится по две. У других видов как

в женской, так и в мужской клетке эти хромосомы находятся в двойном числе, но зато одна из этих клеток, у большинства видов мужская, содержит две отличные друг от друга хромосомы, называемые обычно X- и Y-хромосомами, тогда как женская содержит две одинаковые X-хромосомы.

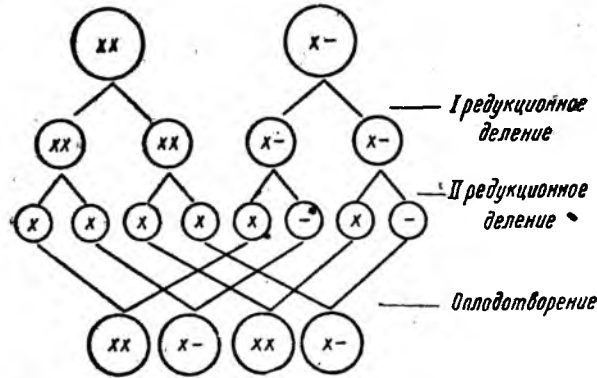


Рис. 51. I схема возникновения пола.

получается потомство, состоящее из равного количества мужских и женских особей.

Пол, дающий при окончательном образовании гамет (половая клетка после редукции) ядра, содержащие одинаковые хромосомы, называется моногаметным, пол же, у которого гаметы содержат разные хромосомы, — дигаметным. В животном мире встречаются виды, у которых женский пол является полом дигаметным, а мужской, наоборот, моногаметным, и обратно. Мужская дигаметность наблюдается у насекомых и млекопитающих; женская дигаметность — у птиц. У человека мужской пол дигаметен, следовательно, женский — моногаметен.

Таким образом, пол определяется характером половых клеток, иначе говоря, является результатом наследственных факторов. Носителями половой наследственности являются как мужская, так и женские половые клетки, но определяющим пол фактором для человека является мужская гамета. Иначе — характер пола у человека стоит в зависимости от рода сперматозоида (которых, как видно из приведенной схемы, бывает два вида), оплодотворяющего данное яйцо.

Если пол плода предопределяется в момент зачатия, то его развитие, его окончательная выраженность, о которой говорят нам вторичные половые признаки, связаны с деятельностью, вернее всего, целого ряда желез внутренней секреции и прежде всего — с деятельностью половой железы.

О зависимости пола от функции половых желез говорят нам многочисленные экспериментальные исследования на животных при опытах с кастрацией и пересадкой половых желез и клинические наблюдения на людях.

Кастрируя животное или удаляя у него половые железы и пересаживая этому животному половые железы другого пола, можно до известной степени изменить его вторичные половые признаки. При этом появление новых половых

Если проследить процессы редукционного двойного деления у животных обоих видов по прилагаемым схемам (рис. 51 и 52), когда из ядра образуется полуядро, и последующий процесс оплодотворения, т. е. слияния этих полуядер, то, как это легко понять, при этих двух различных комбинациях полуядер

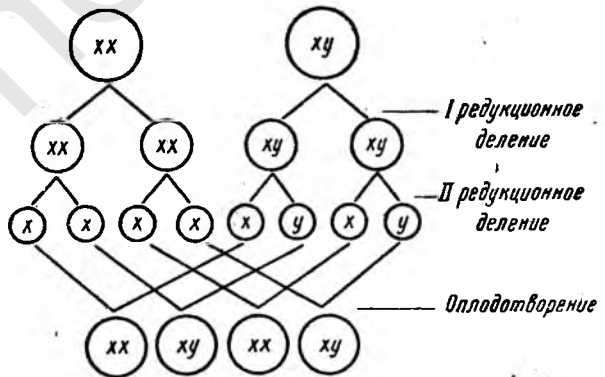


Рис. 52. II схема возникновения пола.

признаков у этого животного настолько выражено, что даже позволило Штейнаху ввести термины: *маскулинизация* и *феминизация* животного. Особенно отчетливо выявляется влияние пересадок половых желез противоположного пола у кур, на которых проведены работы советского ученого М. Завадовского.

Этот исследователь доказал с очевидностью, не подлежащей оспариванию, что при пересадке семенников предварительно кастрированной курице у нее уже через 10 дней наблюдается усиленный рост гребня, бородак, серег и появление яркой окраски головного убора. Курица приобретает петушиный голос и мужской половой инстинкт.

Обратные изменения можно наблюдать, если удалить у петуха семенник и пересадить ему яичник.

Наблюдения над скопцами учат нас, что кастрированный в молодости мужчина лишен бороды, усов, имеет высокий голос, волосистость на теле развивается по женскому типу, а отложение подкожного жира происходит в тех же местах, как и у женщины (грудь, бедра, ягодицы).

III. ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

Половая зрелость во всем животном мире, а также и у человека не совпадает со временем рождения, а обычно наступает значительно позже.

Период полового незрелого состояния для человека, как мы увидим дальше, длится в среднем около 12 лет. При этом начало периода половой зрелости характеризуется для женщины появлением менструальных кровопотерь, а для большинства видов млекопитающих — явлениями течки.

У женщин, лишенных яичников, нет менструации; у животного в тех же условиях нет течки. Это указывает на теснейшую связь процессов, протекающих в матке, с функциональной деятельностью яичников.

Дальнейшие многочисленные экспериментальные данные и наблюдения на клиническом материале привели ряд исследователей [Френкель (L. Fraenkel) и, особенно, Шредер и Мейер, Аллен (Allen), Дойзи (Doisy) и др.] к предположению, что в яичнике имеется специфический гормон, обуславливающий появление у животного течки, а у женщины — менструации.

Образование этого гормона связывают с развитием в яичнике граафовых фолликулов и с образованием желтого тела на месте лопнувшего фолликула.

В настоящее время можно с большей уверенностью допустить, что в яичнике образуется два гормона: гормон, выделяемый растущими фолликулами, который называют *фолликулином*, и гормон, вырабатываемый образующимся на месте лопнувшего фолликула желтым телом, называемый *лютеогландоном*. Оба эти гормона необходимы организму для того, чтобы в нем развивались сложные периодически появляющиеся процессы, особенно характерно выявляющиеся в процессе течки у животных и менструации у женщин (см. ниже).

Большое количество работ подтверждает факт, впервые отмеченный в работах Зейтца, Цондека (Zondek) и Ашгейма (Aschheim), Иванса (Ewans) и Лонга (Long) и многих других, что на половое созревание оказывает огромное влияние не только половая железа, но и гипофиз, именно его передняя доля.

Так, было доказано, что имплантация самых незначительных кусочков ткани передней доли гипофиза может вызвать у полового незрелого животного преждевременное созревание половой железы, выражающееся в росте примордиальных фолликулов, появлении точечных кровоизлияний в яичнике и в образовании желтых тел.

Необходимо здесь отметить, что явления течки развиваются после пересадки передней доли гипофиза у животных только при наличии у них яичников. Привитие ткани передней доли гипофиза кастрированному животному, т. е. после удаления яичников, не дает явлений течки.

Все это позволило Цондеку рассматривать ткань передней доли гипофиза как *мотор* яичника, заставляющий его созревать и продуцировать новые гормоны — фолликулин и лютеогормон, которые вызывают сложные процессы

изменения слизистой оболочки матки: у человека — ее менструальный цикл (см. ниже), а у животного — его эстральный цикл — течку.

Таким образом, как мы увидим дальше, процессы, подготавливающие к беременности, — процессы течки и менструации — регулируются сложным гормональным аппаратом, в системе которого, быть может, имеет место и гипотетический половой центр — **с е к с у а л ь н ы й ц е н т р** (Hobwey-Junkmann). Схема эта в упрощенном виде дана на рис. 53.

Гормон передней доли гипофиза, открытый Цондеком, назван им **п р о л а н о м**, а его свойство вызывать в половых железах изменения, ведущие к течке resp. к менструации, позволяет назвать его **г о н а д о т р о п н ы м г о р м о н о м**.

Так как гонадотропным гормоном можно вызвать соответственные явления созревания как в женском, так и в мужском организме, то гормон этот может быть назван еще неспецифическим в противоположность фолликулину и лютеогормону, являющимися гормонами специфически женскими, иначе — **ж е н с к и м и с е к с у а л ь н ы м и г о р м о н а м и**.

Цондек расчленил открытый им пролан на две фракции: пролан А и пролан В. Первая фракция — пролан А, — по его мнению, стимулирует у женщин функцию роста фолликулярного аппарата и ведет к усиленному выделению фолликулина, вторая — пролан В — стимулирует лютеинизацию клеток — фолликулов, образование желтого тела и как следствие этого — продукцию лютеогормона.

Однако в последнее время существование этих двух фракций пролана подвергается сомнению, и ряд авторов стоит на той точке зрения, что стимулирование развития фолликулов и роста желтого тела обуславливается исключительно количеством гонадотропного гормона: при небольшом количестве его в крови стимулируется рост фолликулов и появление фолликулина, при большом же содержании этого гормона в крови дается толчок к развитию желтого тела и образованию лютеогормона.

Однако в последнее время существование этих двух фракций пролана подвергается сомнению, и ряд авторов стоит на той точке зрения, что стимулирование развития фолликулов и роста желтого тела обуславливается исключительно количеством гонадотропного гормона: при небольшом количестве его в крови стимулируется рост фолликулов и появление фолликулина, при большом же содержании этого гормона в крови дается толчок к развитию желтого тела и образованию лютеогормона.

Большим достижением Цондека и Ашгейма было обнаружение больших количеств гормонов, как гипофизарного, так и яичникового, в моче беременных женщин.

В настоящее время можно получать в достаточном количестве как пролан, так и фолликулин уже фабричным путем, чтобы применять эти ценные препараты не только при лабораторных исследованиях, но и с лечебной целью.

Фолликулин, ввиду его химической стойкости, удалось получить почти в чистом виде. Присутствие же пролана может быть обнаружено только биологической реакцией. Для этого испытуемую на присутствие гормона мочу или раствор препарата вводят в организм самки и по появлению после этого в организме животного характерных изменений в яичниках и явлений течки (эстральных явлений) судят о наличии пролана.

В последнее время некоторыми исследователями, главным образом Филиппом (Philipp), было указано, что те же изменения в половом тракте неполовозрелых животных вызываются трансплантацией плацентарной ткани этим животным.

Является ли плацента органом, образующим гормон, а к т и в и р у ю щ и й я и ч н и к, — пролан, — или она представляет собой только депо — складочное место — для гормонов, образующихся в передней доле гипофиза, этот вопрос пока еще не решен.

Однако наблюдения, свидетельствующие о том, что наибольшее количество пролана обнаруживается в самые ранние дни беременности, когда ворсинки хориона только начинают развиваться, а с развитием плацентарной ткани количество пролана понижается, как будто говорят против точки

зрения Фялиша, как и наблюдения, согласно которым у кастрированных женщин и у женщин, больных раком, тоже можно установить повышенное количество пролана в моче.

Удивительно, что незначительная по своей величине железа — гипофиз — выделяет далеко не один гормон; в настоящее время насчитывается уже более 15 выделяемых ею гормонов. Например, передняя доля, по мнению ряда авторов, выделяет самостоятельный гормон роста; в ней же развивается и тиреотропный гормон, и гормон, влияющий на обмен веществ.

Задняя доля гипофиза, по современным представлениям, также вырабатывает ряд гормонов: например, гормон, вызывающий сокращения матки (Oxitocin, Orestin); гормон, ведущий к повышению кровяного давления (Vasopressin, Tonaphin), содержащийся в препаратах питуитрина, питугландоля и др.

Наконец, можно упомянуть, что здесь же, в задней доле гипофиза, выделяется так называемый меланофорный гормон, усиливающий окраску лягушки и аксолотля.

Мы видели, что яичник является органом, не только выделяющим свой секреторный материал — яйца, но одновременно и органом внутрисекреторным, т. е. органом, дающим целый ряд инкретов — гормонов, работа которых регулирует деятельность всей половой сферы. Однако несомненно, что инкреторная деятельность яичника распространяется не только на половую сферу, но и на весь организм. Об этом наглядно свидетельствуют те существенные нарушения в нем, которые можно наблюдать у кастрированных женщин, особенно, если яичники были удалены у них в детском возрасте. К сожалению, данные отдельных авторов о влиянии яичников на основной обмен крайне противоречивы.

Однако можно не сомневаться в том, что удаление половых желез ведет к повышению тонуса симпатического нерва, что у женщин при этом можно установить периодическое повышение ваготонуса и, наконец, что половая железа имеет несомненное влияние на общий обмен веществ в организме.

III. ПЕРИОД ПОЛОВОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИНЫ

Вся жизнь женщины может быть разделена на ряд периодов, резко отличных один от другого и связанных с функциональным состоянием ее половой сферы.

Таких периодов следует признать три: первый период — детский возраст, до наступления полового созревания; второй — половая зрелость; ему предшествует короткий период полового созревания; третий период — менопауза, остановка половой деятельности, которой предшествует период климактерия — постепенного прекращения менструации и всех явлений, связанных с менструальным циклом (см. ниже).

1. Период детства

Как уже было отмечено в первой главе, у новорожденных мы находим полностью сформированной всю половую сферу и все ее отделы. Однако все они не только в анатомическом, но и в функциональном отношении представляют особенности, которые и отличают их (не говоря уже о величине органов) от органов половозрелой женщины.

Прежде всего остановимся на я и ч н и к а х.

Как было отмечено, девочка рождается с яичником, в котором корковый слой обособлен от подлежащего мозгового, причем в обоих яичниках содержится около 100 000 фолликулов, а иной раз и значительно больше. Прежде предполагали, что все это количество яиц до наступления половой зрелости сохраняется в неизменном виде.

Однако уже Славянский указал, что еще у неменструирующих девочек уже можно наблюдать растущие фолликулы, достигающие стадии граафова пузырька.

В настоящее время можно считать установленным, что в яичнике девочки до наступления половой зрелости, т. е. до менструации, происходит, как пра-

вило, рост примордиальных фолликулов, но фолликулы эти не достигают полной зрелости, разрыва и выделения яиц, а, дойдя до известной стадии развития, подвергаются обратному процессу, называемому процессом атрезии (см. главу первую), и постепенно окончательно погибают.

Атрезирующиеся фолликулы с развитой в них соединительнотканной массой, образующейся из *theca interna*, называют интерстициальной железой [Буэн (Buén), Лимон (Limon)] и приписывают ей способность выделять особый гормон, от которого исключительно зависит развитие вторичных половых признаков [Штейнах, Тандлер (Tandler)], почему Штейнах и называет эти образования железами полового созревания.

Однако этот вопрос остается очень спорным. Так, я с полной уверенностью могу утверждать, что именно в период созревания мы находим очень мало атрезирующихся фолликулов, в то время как в период половой зрелости, особенно у грызунов, их так много, что вся строма яичника пронизана их большими полигональными клетками.

Матка девочки тотчас же после рождения, как это отмечал и Окинчиц, даже несколько больше, чем спустя некоторое время после рождения.

Быть может, это явление можно отнести за счет гормонального влияния материнских желез внутренней секреции, передающегося плоду через плацентарный круг кровообращения [Гальбан (Halban)].

Этим можно объяснить и наблюдаемое далеко не редко у новорожденных девочек выделение в продолжение 1—2 дней из половых органов крови, а из груди не только девочек, но и мальчиков — молозива.

Все эти явления после рождения быстро исчезают, так как организм новорожденного перестает получать из крови матери материнские гормоны.

Наступление половой зрелости у девочки определяется по целому ряду общих признаков, но прежде всего по появлению у нее менструации — периодических месячных кровоотделений. У девочек Европейской части СССР признаки половой зрелости появляются в возрасте 12—14 лет.

Уже незадолго до начала менструаций начинается быстрый рост подростка, причем в это же время появляются первые признаки волосистости на лобке и в подмышечной области; в это же время начинают увеличиваться и половые органы. Подкожная жировая клетчатка начинает отлагаться все в большем и большем количестве на груди, в области таза, на бедрах и прочих органах. Отмечено, что именно в возрасте 11—15 лет начинается особенно энергичный рост и таза девочек.

Очень часто без особых симптомов внезапно приходит первая менструация, называемая *menarche*.

Нередко после первого появления менструации проходит 2—3 месяца, после чего менструация уже окончательно устанавливается и начинает приходиться в большинстве случаев каждые 28 дней.

Нередки случаи, когда первая менструация, а затем и ближайшие последующие приходят с тяжелейшими болями и характеризуются обильными потерями крови. Случаи эти должны быть отнесены к патологии и будут освещены в соответственной главе.

Как было отмечено, первая менструация появляется приблизительно на 12—14-м году жизни. Однако здесь наблюдаются колебания в зависимости от климата, условий жизни и индивидуальных особенностей.

Так, у жительниц северных стран *menarche* впервые приходят позже 14 лет, у жительниц теплых стран раньше, — иной раз на 10-м году; в городах раньше, в сельских местностях — позже. Несомненно, что сидячий образ жизни, постоянная сидячая работа или чтение, посещение девочками возбуждающих зрелищ могут способствовать раннему появлению менструации.

Здоровый спорт, пребывание на воздухе и физкультура, способствуя физическому развитию девочки, одновременно способствуют и своевременному половому созреванию.

Часто девочка, у которой появилась первая менструация, имеет еще совершенно детский вид. Однако после прихода кровей она быстро меняется: груди

постепенно увеличиваются, соски начинают сильнее выступать, все формы тела округляются; появляются новые интересы, особенно интерес к противоположному полу, и девочка превращается в девушку.

2. Период половой зрелости и менструальный цикл

Хорошо физически развитая женщина достигает состояния полной половой зрелости к 18—19 годам. Именно в эти годы у такой женщины можно обнаружить в наиболее совершенной форме все как первичные, так и вторичные половые признаки.

Так как одним из важнейших признаков половозрелости является половое чувство — половое влечение (*libido sexualis*), то мы прежде всего и остановимся на изложении тех скудных сведений, которыми мы располагаем по этому вопросу, очень мало изученному до настоящего времени.

Половое чувство, проявляющееся у половозрелой женщины, развивается у нее постепенно.

По Моллю (Moll) следует отличать в половом влечении два различных момента: стремление к взаимному сближению и стремление к половому сношению.

Первое из влечений особенно развито у женщин и может развиваться совершенно самостоятельно, не переходя во второе. Наоборот, у мужчин особенное значение имеет именно влечение к половому сношению, так как без него не может наступить достаточно сильной эрекции, для того чтобы стал возможным сам половой акт.

У девушек при наличии стремления к сближению обычно совершенно отсутствует стремление к половому сношению. Это стремление появляется у них только после нескольких месяцев половой супружеской жизни, а часто только после первых родов.

Половое сношение совершается обычно под влиянием полового возбуждения (*voluptas*), высшим пунктом которого является оргазм (*orgasmus*), после которого следует период успокоения (*defluvium*), наступающего уже после окончания *coitus*.

Часто фригидность (половая холодность) является результатом различных патологических процессов в половых органах, но нередко ее можно наблюдать и у совершенно здоровых женщин.

Отсутствие стремления к половому сношению ни в коем случае не говорит за невозможность зачатия. Даже женщины, никогда не испытывавшие этого стремления, нередко легко беременеют.

В противоположность фригидным наблюдаются женщины с повышенным половым влечением. Повышение чувства полового возбуждения и его заключительного состояния — оргазма — не сопровождается повышением способности к зачатию.

При наличии оргазма у женщины во время сношения матка, по Зейтцу, отклоняется несколько вперед, шейка отступает кзади и наружный зев открывается в задний свод, куда изливается сперма. Вследствие сокращения матки слизистая пробка шеечного капала (кристеллеровская пробка) выжимается из шейки и легче входит в контакт с отложившейся в этом своде спермой. По окончании состояния оргазма наступает общее расслабление, и слизистая пробка втягивается обратно в шейку. Часто в это время происходит и опорожнение от секрета бартолиновых желез, после чего у женщины, как и у мужчины, наступает общее расслабление и все возбуждение прекращается.

Полное отсутствие во время полового сношения полового возбуждения носит название *dyspareunia*. Диспареуния — явление в большинстве случаев, несомненно, патологическое и может быть следствием как местных заболеваний половой сферы, так и воздействия психических факторов, как боязнь боли, боязнь зачатия, полового заражения и пр.

В периоды, когда женщина свободна от процессов размножения, организм половозрелой женщины непрерывно подготавливается к наступлению беременности, что выражается в целом ряде сложнейших периодически протекающих изменений, имеющих место не только в половой сфере, эндокринных железах, но и положительно во всем организме.

Все эти периодически и циклически протекающие изменения называют менструальными циклами, которые можно наблюдать как в отдельных органах, так и во всем организме.

Различают цикл овариальный, цикл в слизистой оболочке матки и в ее мышечной стенке и цикл, протекающий во всем организме.

Как мы увидим далее, все эти циклы протекают одновременно; они тесно связаны друг с другом и, вернее всего, зависят от циклической деятельности яичников и регулирующего воздействия на этот орган гипофиза.

Для большего удобства изложения мы перейдем к последовательному описанию перечисленных циклов.

Овариальный цикл. Наступление половой зрелости характеризуется не только появлением менструации, приходящей у женщин обычно каждые 28 дней, но и образованием в ее яичниках созревших фолликулов, лопающихся и выделяющих в брюшную полость свой секрет — готовые к оплодотворению яйца.

Можно считать, что многочисленными исследованиями и наблюдениями при гинекологических операциях, сопровождающихся вскрытием брюшной полости, установлен факт периодического созревания примордиальных фолликулов, достигающих к определенному сроку своего высшего развития — стадии граафова пузырька, разрыва этого пузырька, т. е. овуляции, и затем развития на месте лопнувшего граафова пузырька желтого тела, также достигающего своего высшего расцвета, а затем и полной гибели в совершенно определенный срок.

Таким образом, в яичнике мы можем наблюдать циклический процесс, который, как учат нас наблюдения на людях и животных, полностью совпадает по времени, по своим периодам с периодически протекающими процессами как в матке, так и в других органах и даже во всем организме женщины.

В главе об анатомии яичника мы уже говорили в общих чертах о его строении. Здесь мы должны познакомиться несколько подробнее с анатомическими изменениями, которые можно наблюдать в яичнике при его циклических изменениях и которые имеют непосредственное отношение к основному физиологическому процессу, называемому менструальным циклом.

Рост примордиального фолликула и переход его в граафов могут наблюдаться не в одном фолликуле, а в нескольких одновременно, причем в яичнике половозрелой женщины в одно и то же время можно видеть несколько растущих фолликулов, находящихся на разных ступенях своего развития и имеющих весьма различную величину (рис. 54):

Однако только один-два фолликула, редко больше, достигают своего окончательного развития и заканчиваются овуляцией и последующим образованием желтого тела.

Готовый лопнуть фолликул представляет большое, величиной с горошину, образование, которое состоит, как мы видели, из жидкости (liquor folliculi), заполняющей весь фолликул (рис. 27), из прижатой к стенкам, расположенной в 2—3 слоя гранулезы, которая собирается в *cumulus oophorus*, содержащий в себе яйцо.

Особенно интересуют нас строение внутренней оболочки (*theca interna*) этого фолликула. Оболочка эта очень толста; ее клетки, несмотря на свое соединительнотканное происхождение, резко увеличиваются, окрашиваются в желтый цвет, а протоплазма содержит много мельчайших зернышек липоида. При дальнейшем росте количество фолликулярной жидкости еще больше возрастает, фолликул растягивается, и его истонченный просвечивающий полюс выступает над поверхностью яичника и, наконец, под давлением жидкости разрывается. Фолликулярная жидкость струей изливается наружу, увлекая с собой и яйцо с окружающей его *согона radiata* из гранулезных клеток.

Освободившаяся от жидкости и яйца полость фолликула спадается, а его *theca*, складываясь фестонами, заполняет значительную часть спавшегося фолликула, оставляя только в центре свободное место, куда из сосудов *theca* изливается кровь и где лежит часть оставшихся неизгнанными гранулезных клеток.

Этим и начинается первая фаза развития желтого тела, в течение которой granulозные клетки, размножаясь путем многочисленных митозов и резко увеличиваясь, приобретают характерный вид лютеиновой клетки. Theca interna посылает отростки к центру желтого тела, разбивая всю массу этих клеток на радиально расположенные отделы.

Этим заканчивается первая фаза — фаза пролиферации желтого тела, которая длится обычно 3—4 дня после произошедшей овуляции.

Вторая фаза развития желтого тела — фаза васкуляризации, при которой сосудистая система желтого тела достигает максимального развития. Это мощное развитие сосудистой системы вновь образованного органа и делает его железой внутренней секреции. Эта фаза длится дней 5—6 и переходит в третью фазу — фазу расцвета, когда желтое тело действительно и по своей величине, и по своей гистологической структуре достигает высшего развития.

Обе эти фазы — фаза васкуляризации и фаза расцвета — продолжаются в среднем 10—12 дней. Последние дни этой фазы обычно совпадают с первыми днями менструации. После этого желтое тело прodelывает свою последнюю фазу, — четвертую фазу — обратного развития, гибели желтого тела. Процессы дегенерации тут идут чрезвычайно энергично, что, несомненно, связано с потерей желтым телом его секреторной способности. Однако полное исчезновение этого утратившего, повидимому, свое физиологическое значение тела происходит не скоро. Еще через 2—3 месяца мы определяем в яичнике его остатки, а для полного его исчезновения требуется еще больше времени.



Рис. 54. Срез из яичника в периоде половой зрелости.

Циклические изменения в слизистой оболочке матки. Параллельно с циклическими изменениями в яичниках происходят циклические изменения и в матке. Особенно хорошо они выражены в слизистой оболочке матки женщины.

Существование таких циклических изменений в слизистой оболочке тела матки и основной характер этих изменений впервые были установлены в 1908 г. венскими учеными Гичманом (Hitchmann) и Адлером (Adler). Эти исследования нашли себе впоследствии полное подтверждение в целом ряде работ. Однако особенно подробно и глубоко этот основной вопрос был разработан Р. Шредером, работы которого в настоящее время заслужили общее признание.

Сущность изменений слизистой матки в период каждого отдельного цикла в общем состоит в том, что поверхностная часть тонкой слизистой оболочки матки, находящейся в известный момент в состоянии как бы покоя, начинает быстро разрастаться, что ведет к возникновению нового слоя, в образовании которого принимают участие не только разросшиеся железы, но и изменяющая характер своего строения соединительнотканная основа слизистой.

При наступившей беременности именно этот вновь образовавшийся слой служит местом имплантации яйца, при отсутствии же беременности и с наступлением менструации этот слой распадается и отторгается, оставляя нетронутым основной слой. Это и заставило Шредера разделять слизистую оболочку матки на два слоя (рис. 55) — базальный и функциональный.

Базальный слой не подвергается циклическим изменениям и служит каждый раз для образования нового слоя, называемого Шредером функциональным слоем, или слоем для привития яйца. При микроскопическом исследовании, несмотря на то, что граница между базальным слоем и слоем функ-

циональным не может быть строго проведена, все-таки базальный слой легко может быть распознан по большей плотности своей соединительнотканной основы и большому количеству содержащихся здесь желез (рис. 56). В противоположность базальному слою функциональный слой отличается своей толщиной, его строма не носит характера плотной, содержащей большое количество ядер, а выглядит более светлой, разрыхленной.

Достигнув максимального развития, весь функциональный слой очень быстро распадается, оставляя на внутренней поверхности полости матки только базальный слой.

Понимая под менструальным циклом отрезок времени от первого дня последней менструации до первого дня следующей менструации, можно весь менструальный цикл слизистой оболочки матки разделить на четыре фазы.

Первая фаза этого цикла протекает очень быстро. Слизистая функционального слоя в это время в течение 3—4 дней быстро распадается и вместе с кровью и содержимым желез выделяется в так называемой менструальной крови. Фаза эта носит название фазы собственно менструальной, или фазы десквамации.

После нее начинается вторая, более продолжительная фаза — фаза пролиферации. В начале этой фазы, в течение приблизительно 4—5 дней, слизи-

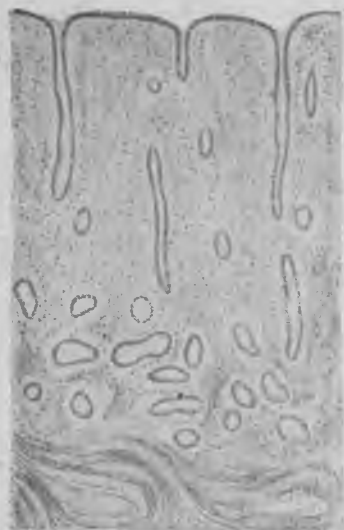


Рис. 55. Базальный и функциональный слои слизистой оболочки матки. По Шредеру.

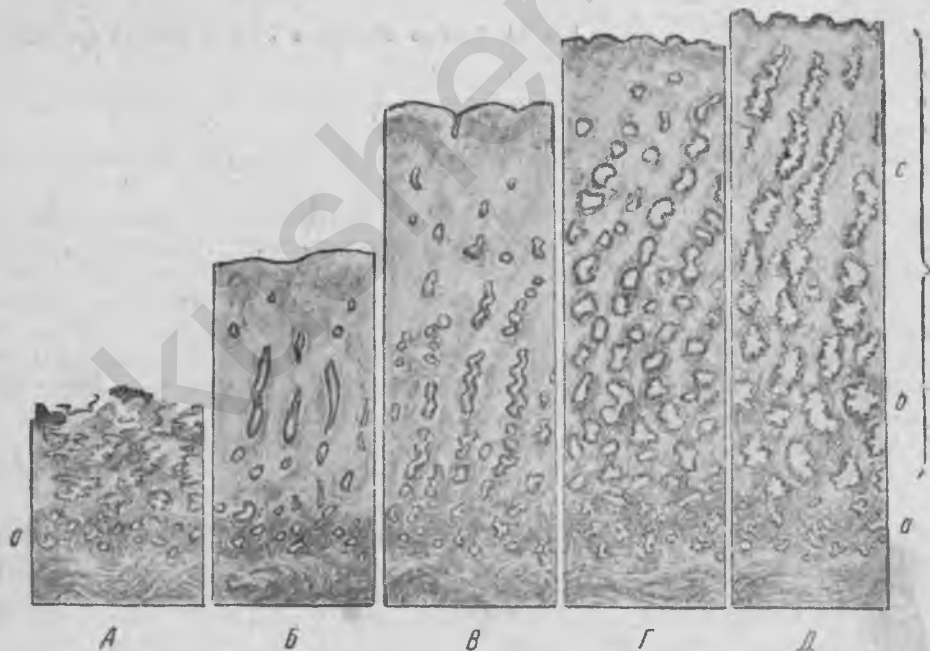


Рис. 56. Фазы менструального цикла.

А — постменструальная, на 1-й день после менструации; Б и В — фаза пролиферации на 6-й и 9-й дни менструального цикла; Г — начало секреторной фазы; Д — фаза секреторная с 19-го дня. Слои: а — basalis; б — spongiosa; с — compacta; f — functionalis.

стая оболочка утолщается почти в 4 раза. Маточные железы удлиняются и сперва имеют вид вытянутых по всему слою трубок, а затем, продолжая увеличиваться

в длину и как бы не помещаясь в толще слизистой, начинают штопорообразно извиваться.

Для этой фазы характерно то, что железы слизистой матки только растут, все время оставаясь свободными от секрета, которого размножающийся эпителий желез не продуцирует.

С 15-го дня менструального цикла (при продолжительности этого цикла в 28 дней) в разросшейся слизистой оболочке начинает выявляться новый процесс: железистые трубки начинают заполняться секретом. Эпителий железок перестает разпоясаться и переходит в эпителий секреторный, просвет желез, вследствие накопления секрета, расширяется, а стенки их бухтообразно выпячиваются. Благодаря этому при соответственном разрезе маточные железы носят пилообразный характер. Всю эту фазу, начиная от момента появления секрета в просвете желез, Шредер называет фазой секреторной — третьей фазой менструального цикла (рис. 57).

Процесс прогрессивного роста слизистой оболочки тела матки достигает максимального своего развития приблизительно к 23—24-му дню менструального цикла. В это время начинают выявляться и изменения, происходящие в соединительнотканной строение слизистой. Ее клетки из мелких соединительно-



Рис. 57. Нормальный менструальный цикл. По Шредеру.

тканых клеток с небольшим, богатым хроматином ядром преобразуются в крупные, часто полигональные клетки с плохо очерченными, но все-таки определенными границами, с большим пузырькообразным ядром. Клетки эти называются децидуальными и отличаются от настоящих децидуальных клеток, наблюдаемых при беременности, только меньшей своей выраженностью. Они придают слизистой, и именно верхнему слою ее, где почти все соединительнотканые клетки претерпевают такое децидуальное изменение, плотный, компактный вид.

В более богатом железами, глубже расположенном новообразованном слое слизистой, так называемом спонгиозном слое, соединительнотканые клетки слизистой также могут подвергаться таким децидуальным превращениям, однако здесь процесс этот выражен значительно слабее.

Таким образом, вся слизистая оболочка матки перед началом менструации состоит как бы из трех слоев: самого верхнего — компактного, среднего — спонгиозного и нижнего — базального.

Первым двум слоям, распадающимся при каждой менструации и вновь образующимся в межменструальном периоде, Шредер дает общее название — функционального слоя; за нижним же слоем, в общем не изменяющимся при менструации и сохраняющим всегда свое строение, он оставляет название слоя базального.

Так как слизистая оболочка в конце менструального цикла внешне очень сходна со слизистой первого периода беременности, то некоторые авторы (Зейтц) предлагают называть ее предменструальной или, лучше, преградариной.

Если, как мы отмечали уже раньше, выделившееся из яичника яйцо не будет оплодотворено, то после 28-го дня менструального цикла начинается следующий цикл, иначе — первая фаза следующего цикла, фаза десквамации.

Распаду подвергается большая часть слизистой, около четырех пятых ее толщины; меньшая же часть — базальная — остается в матке и служит источником регенерации для всех последовательно образующихся функциональных слоев.

Если же яйцо будет оплодотворено и наступит беременность, слизистая оболочка матки не распадается, а, наоборот, продолжает свое дальнейшее развитие, подготавливая более совершенно ложе для прививающегося в ней яйца (рис. 58).

Все циклически протекающие изменения в слизистой оболочке матки полностью зависят от деятельности яичников. За это говорят не только многочисленные наблюдения при наших операциях, но и следующие, неоднократно отмеченные факты: 1) до периода наступления половой зрелости (т. е. пока нет овуляции) нет и менструации и нет целого ряда общих изменений в организме, с которыми мы познакомимся в дальнейшем; 2) приблизительно после 45 лет, когда прекращаются менструации, т. е. в периоде, называемом менопаузой, нет, как правило, и овуляции; 3) после операции кастрации, когда удалены оба яичника, прекращается менструация и все циклические процессы, связанные с ней; 4) в тех случаях, когда произведена кастрация, можно иногда

возвратить животным течку, а женщине — менструацию, если удастся удачно трансплантировать им кусочки яичника.

В настоящее время можно считать доказанным не только то, что циклические изменения в слизистой оболочке матки зависят от внутрисекреторной деятельности яичника, но и то, что описанные нами фазы каждого в отдельности менстру-

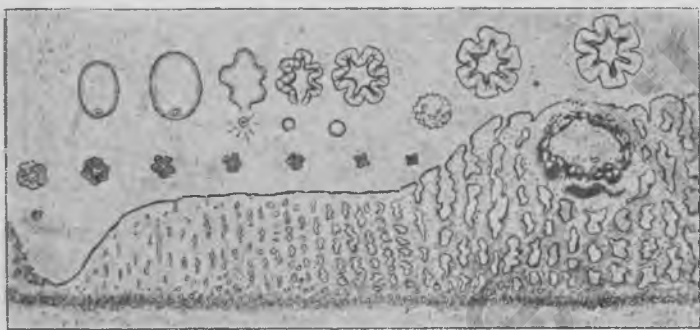


Рис. 58. Схема слизистой оболочки матки при имплантации яйца. По Шредеру.

ального цикла стоят в зависимости от определенных циклических изменений, которые имеют место в яичнике.

Так, Р. Шредер и Р. Мейер доказали, что ростом (созреванием) фолликулярного аппарата в яичнике обуславливается пролиферационная фаза в слизистой оболочке матки и что секреторная фаза в слизистой матки возможна только при наличии в яичниках развивающегося желтого тела.

Наконец, как мы видели уже раньше, Цондеку, Ашгейму и целому ряду других исследователей удалось доказать, что и яичник находится под воздействием других желез внутренней секреции — преимущественно под воздействием гипофиза, вернее, передней доли гипофиза.

Мы видели, что путем пересадки животным этой доли гипофиза или после введения животному специального гормона, вырабатываемого этой долей гипофиза и названного Цондеком пролаином, можно получить в яичниках рост фолликулов, причем образуется яичниковый гормон — фолликулин, а также продукт функциональной деятельности желтых тел — лютеогормон.

Таким образом, гипофиз является «мотором» (Цондек) для функциональной работы яичников, а вырабатываемые в яичниках гормоны вызывают изменения менструального характера как в слизистой оболочке матки, так и во всем организме.

Необходимо еще отметить, что гормональная деятельность яичников приводит не только к изменениям одной слизистой оболочки матки. Несомненно, что и мышечная стенка ее подвергается также известным процессам подготовки, создавая яйцо лучшие условия развития в полости матки.

Не остаются в стороне и трубы, сократительная способность которых делается особенно энергичной в период существования в яичнике желтого тела. Можно думать, что благодаря этому облегчается транспорт выделившегося при овуляции яйца из брюшной полости в матку.

Но несомненно, что циклические изменения в яичниках отражаются не только на половых органах, но и на отдаленных от них органах, и на всем организме в целом.

Течение менструации. Как уже было отмечено, менструальный цикл у здоровой женщины (у трех четвертей женщин) обычно сохраняет свой характер и продолжается от первого дня происходящей менструации до первого дня следующей за ней менструации — чаще всего 28 дней. Совершенно здоровые женщины чуть ли не с точностью до часа могут определять начало у них будущей менструации.

Однако в некоторых случаях даже у здоровых женщин менструальный цикл может быть то короче, то длиннее.

Так, мы далеко не редко встречаем женщин с совершенно установившимся циклом в 21—24 дня, как и женщин, правильно менструирующих с циклом в 31 день. Наблюдаются и значительно большие отклонения в ту и другую сторону. Циклы, длящиеся менее 16 дней, принято считать уже патологическими.

Обычно длительность самой менструации равняется в среднем 3—5 дням, хотя нередко наблюдаются менструации в 2 дня и в 7 дней.

Длительность менструального цикла зависит от быстроты созревания фолликулов и образования желтого тела. Однако на быстроту циклических изменений в яичниках могут влиять различные моменты. Нельзя исключить, например, психических факторов. Так, длительная задержка менструации может наблюдаться после испуга, при боязни беременности. Общее состояние организма также отражается на функции яичников, например, после тяжелых заболеваний нередко длительные задержки менструации. Наконец, на работе яичников могут отражаться различные заболевания внутрисекреторного порядка, местные заболевания половой сферы, быстрый рост опухолей и пр.

Количество менструальных выделений очень различно. В среднем оно колеблется в пределах 50—200 г. Однако в менструальных выделениях крови содержится значительно меньше, так как они состоят не только из крови, но и из примеси слизи, маточного и шеечного секрета, секрета влагалища и обрывков распадающейся при менструации слизистой оболочки матки, так что среднее количество крови колеблется в пределах 20—65 г [Лабиль (Labille)].

Наличие в выделяемой крови сгустков говорит о повышенной кровопотере. За нормальное количество менструальной крови мы считаем такое количество, при котором потери ее совершенно не отзываются на общем состоянии организма женщины.

Содержа значительно меньшее количество эритроцитов, чем нормальная кровь, давая пониженный цветной показатель, менструальная кровь содержит значительно больше (в 5 раз) мышьяка.

Предположение, что в менструальной крови содержится специальный менотоксин, как об этом говорит Шик (Schik), утверждавший, что цветы, которые менструирующая женщина держит несколько минут в руках или подмышкой, быстро увядают, — не находит себе подтверждения в наблюдениях ряда авторов.

Определить количество теряемой крови практически трудно: заявления самой женщины часто не лишены большой субъективности. Обычно для этого пользуются осмотром или даже взвешиванием менструальных марлевых прокладок, которые женщина носит в течение всей менструации.

Несомненно, что количество теряемой крови зависит от количества выделяемых половых гормонов. Большое количество фолликулина и лютеогормона вызывает сильные кровопотери и, наоборот, небольшое количество гормонов, как это бывает у инфантильных женщин, обычно ведет к очень скудным менструальным кровопотерям. Кроме того, количество теряемой крови зависит и от других причин. Из них наибольшее значение имеет с о к р а т и т е л ь н а я способность матки.

Если мышца матки хорошо сокращается, она зажимает в своих стенках расширенные сосуды, и кровотоечение своевременно прекращается. Наоборот, если стенка матки расслаблена, если сосуды долго остаются расширенными, то кровотоечение продолжается, а количество теряемой крови увеличивается.

Менструацию с очень небольшой потерей крови мы называем *oligomenorrhoea*, или *hypomenorrhoea*.

Выделение крови и всего содержимого матки при менструации, как и выделение яйца при родах, зависит от сокращения маточной стенки. Шеечный канал в это время немного расширяется, и ток крови проходит через него легче, чем обычно.

Если при этом изгнание содержимого матки встречает препятствие, то матка, усиленно сокращаясь, может вызвать ряд болезненных ощущений, которые в редких случаях бывают очень сильными. Такая болезненность при менструации носит название *dysmenorrhoea*.

Только 16—20% женщин (по Шредеру — 15,8%) не испытывает никаких болезненных явлений при менструации. В большинстве же случаев менструации сопровождаются общим недомоганием, тянущими болями внизу живота или в пояснице, иногда болями, отдающими в конечности, нередко головными болями и болями подложечкой, доходящими до тошноты и даже рвоты. Наконец, менструация нередко связана не только с общим недомоганием, но и с повышенной нервной и психической возбудимостью, доходящей — в редких, правда, случаях — до менструального психоза.

Все эти изменения и проявления менструальной фазы могут предшествовать ей (на 1—2 дня), продолжаться в течение всей менструации или кончаться с появлением крови. После окончания менструации они обычно быстро исчезают.

Циклические явления вне половой сферы. Как мы уже отчасти видели, изменения, стоящие в связи с циклическими процессами в яичниках, захватывают не только одну половую сферу, но, несомненно, отражаются на всем организме и на самых отдаленных его органах.

Так, уже давно Отт и его ученики, особенно Жихарев, указывали, что все жизненные явления в организме женщины находятся в известном волнообразном колебании. Хотя это и встретило возражение со стороны некоторых исследователей (Шмоткин и др.), однако вряд ли в настоящее время можно сомневаться в том, что у здоровой женщины, находящейся в периоде половой зрелости, можно отметить целый ряд правильно чередующихся, соответственно менструальному циклу, колебаний самых разнообразных жизненных проявлений. Если же женщина заболевает, колебания эти могут сразу же принять выраженный характер патологии.

Особенно заметны эти изменения на грудных железах.

Многие женщины еще до наступления менструации испытывают напряженность и даже увеличение груди, что обыкновенно постепенно исчезает с наступлением менструации. В некоторых случаях они бывают особенно ярко выражены: железы резко увеличиваются, становятся болезненными, особенно при дотрагивании; в них можно прощупать узловые утолщения паренхимы, а в некоторых случаях дело доходит даже до выделения каждый раз капельки молозива. Все это, появляясь до менструации, после нее или уже во время нее быстро исчезает.

Разница в микроскопическом строении грудной железы до менструации и после нее доказана специальными исследованиями.

Щитовидная железа в предменструальном периоде обычно несколько увеличивается, что особенно заметно у женщин, страдающих зобом.

В надпочечнике во время менструации тоже отмечают увеличение гранулезного слоя и повышенное содержание здесь липоидов.

Но и в общих отправлениях организма женщины можно отметить некоторые особенности, на которые уже давно указывали старые авторы.

В некоторых случаях наблюдаются незначительные предменструальные колебания температуры на несколько десятых градуса. Эти колебания становятся

особенно ярко выраженными, если в организме есть небольшие воспалительные фокусы.

Отмечены также характерные изменения в кровяном давлении, несколько повышенном в предменструальные дни и падающем во время менструации.

Некоторые авторы отмечают ряд изменений и в морфологической картине крови, но изменения эти непостоянны и на основании их нельзя сделать какие-либо обобщающие заключения.

В предменструальном периоде отмечают относительный ацидоз, склонность к ренальной гликозурии и понижению водного обмена.

К общим явлениям, которые можно встретить у некоторых женщин во время менструального цикла, следует отнести и довольно редко наблюдающиеся так называемые промежуточные боли. У здоровой женщины периодически, приблизительно в середине каждого менструального цикла, т. е. в срок, совпадающий с овуляцией, появляются непродолжительные боли, очень похожие на менструальные. При этом некоторые женщины отмечают в эти дни усиление выделений, которые могут даже иметь кровавую окраску.

Причины перечисленных изменений в настоящее время еще далеко не выяснены. Часть описанных явлений носит характер расстройств вазомоторного происхождения, стоящих в зависимости от внутрисекреторной работы яичников и гипофиза. Несомненно, что и ряд других желез внутренней секреции, связанных с яичником и гипофизом, может влиять на сложные процессы подготовки организма к предстоящей беременности и давать со своей стороны известные отклонения от нормы.

3. Период климактерия и менопаузы

Так же, как периоду половой зрелости предшествует период полового созревания, периоду менопаузы — периоду, в котором женщина уже теряет способность размножения, — предшествует период увядания детородной способности женщины. Этот короткий период носит название климактерического, переходного.

Наступление менопаузы характеризуется прекращением менструаций (у большинства женщин в среднем между 45 и 55 годами, чаще всего на 46-м году жизни) и, кроме того, целым рядом изменений как в половой сфере, так и во всем организме женщины.

Длительность климактерического периода резко колеблется от 6 месяцев до 3 лет. В это время постепенно затихает деятельность яичников. Примордиальные фолликулы перестают переходить в граафовы пузырьки, утрачивают способность выделять яйца и образовывать нормальные желтые тела.

Угасание функции столь важного внутрисекреторного органа, как яичник, ведет к сложному климактерическому симптомокомплексу, отличающемуся у каждой женщины, соответственно ее конституции, общему соматическому и особенно нервному состоянию, особым характером.

Наиболее выраженным симптомом наступления климактерического периода является расстройство менструации, которое носит очень различный характер: у некоторых женщин паузы между отдельными менструациями удлиняются, иной раз доходя даже до 2—3 месяцев и больше, у других усиливаются кровопотери и количество менструальных дней увеличивается.

Если явления климактерия наступают у женщин очень рано — до 40 лет, иногда прерываясь появлением менструации, то можно говорить о преклимактерических явлениях.

Расстройства менструации в период климактерия имеют большое практическое значение, так как нередко могут затемнять тяжелые заболевания женского полового аппарата, тоже связанные с расстройством менструации.

Особенно часто просматривается при этом рак матки. Если менструация приходит с большими интервалами, но количество крови не увеличивается, можно предполагать, что дело идет о климактерических явлениях, и нет основания думать о раке.

Если же менструальные кровотечения очень длительны, а интервалы носят неправильный характер, — необходимо думать о раке, особенно о раке полости

матки, и для точного диагностирования надо произвести выскабливание слизистой оболочки матки и подвергнуть соскоб тщательному микроскопическому исследованию.

В период климактерия наблюдается целый ряд изменений в организме; особенно резко выражены эти изменения в половых органах.

Яичник постепенно уменьшается и в конце климактерия имеет лишь половину своего обычного веса и своей величины. Так, средний вес этого органа в 40 лет В. Миллер (W. Miller) вычисляет в 9,3 г, тогда как вес яичника женщины в 60 лет в среднем равняется 4 г.

При гистологическом изучении строения яичника в нем обнаруживается постепенное исчезновение фолликулов и отсутствие желтых тел. Однако даже после наступления полной менопаузы мы все-таки можем находить в яичнике единичные фолликулы, но фолликулы эти не достигают полного развития и рост их никогда не заканчивается овуляцией, а потому в таких яичниках, как правило, отсутствуют и желтые тела.

Обычно эти фолликулы, достигнув определенной степени развития, подвергаются процессу атрезии, превращаются в небольшие гиалиновые тельца и окончательно замещаются соединительной тканью. Таким образом, медленно, с годами, вся паренхима яичника погибает, сам яичник сморщивается и обращается в орган, повидимому, лишенный какого бы то ни было физиологического значения.

Выпадение овариальной гормональной деятельности ведет и к изменениям в матке, особенно в ее слизистой оболочке. Постепенно функциональный слой становится тоньше. В нем исчезают железы, атрофируется строма, и в выраженных случаях, у старух, покровный эпителий слизистой матки располагается почти на мышечном слое.

В мышечном слое матки также происходят существенные изменения. Мышцы атрофируются, заменяются соединительной тканью, частью гиалинизированной, в результате чего вся матка постепенно уменьшается. Этот процесс особенно резко выражен на маточной шейке, которая у старух почти полностью отсутствует.

Подвергается медленному изменению и влагалище. Стенки его постепенно истончаются, складки слизистой исчезают. В конечном результате просвет влагалища уменьшается, своды сглаживаются, и в некоторых случаях процесс доходит до того, что влагалище представляет узкую конусообразную трубку, у верхушки которой с трудом можно обнаружить отверстие наружного зева.

Изменяются и наружные половые органы. Mons veneris теряет свою подкожную клетчатку, большие губы также, малые губы почти совершенно атрофируются, а vestibulum настолько суживается, что даже у многократно рожавших старух трудно ввести во влагалище указательный палец.

Но, помимо отмеченных анатомических изменений, начинающихся развиваться в климактерическом периоде в наиболее выраженных уже в глубокой старости, в организме женщины в период климактерия наблюдается ряд временных, проходящих с годами симптомов, носящих характер общих расстройств.

Одним из наиболее частых расстройств необходимо признать расстройство вазомоторного аппарата, выражающееся внезапными приливами крови к голове, особенно к лицу; внезапное и нередко беспричинное покраснение лица, чувство бегания мурашек по спине, внезапная бледность и даже обмороки.

Наконец, наблюдается и целый ряд изменений психического характера. Так, некоторые особенно остро ощущают и переживают конец своей молодости, потерю грации и привлекательности и в некоторых случаях пытаются даже эксцентричным поведением и различными излишествами заглушить несвойственное им психическое настроение.

Необходимо отметить, что все процессы атрофии половых органов и все симптомы, свойственные климактерическому периоду, развиваются очень различно и во времени, и по интенсивности.

Отмечено [Визель (Wiesel)], что при этом большое значение имеет конституция женщины. Так, у пикничек этот процесс проходит довольно покойно; тяжело переносят климактерический период астенички и особенно женщины интерсексуального типа.

Наступление климактерических явлений в более раннем возрасте, например, до 40 лет, носит название *climax praesox*. Наоборот, наступление этих явлений после 55 лет носит название запоздалого климактерия (*climax tarda*).

Прекращение менструации свидетельствует о невозможности зачатия. Половая производительная функция и весь половой аппарат с его циклическими колебаниями у такой женщины остановлены. Однако я не могу присоединиться к мнению, что именно с этого момента и начинается быстрое увядание женщины во всех ее жизненных проявлениях. Прекращение менструации — еще не старость. Старость, конечно, приходит, но и у женщины, как и у мужчины, она наступает значительно позже 45 лет.

акusher-lib.ru

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

УЧЕНИЕ О КОНСТИТУЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Врач по любой специальности, а особенно врач-гинеколог в настоящий период развития медицины должен быть знаком с главнейшими основами учения о конституции.

За последние десятилетия медицина отошла от господствовавшей еще недавно локалистической установки понимания причин патологических процессов, по которой *causa* и *sedes morbi* (причину и место болезни) мы искали в объективных, морфологических изменениях того или иного участка тела.

Несмотря на громадные достижения, которые были сделаны медициной, благодаря такой локалистической установке, основоположником которой был Вирхов, за последние десятилетия мы все больше и больше убеждались в том, что, кроме местных изменений в организме, болезнь развивается от ряда причин и при других условиях.

В самом деле, как объяснить не подлежащий сомнению факт, что одна и та же причина в одном организме приводит к выраженной патологии, а в другом не вызывает никаких изменений? Как объяснить, например, то, что у ряда женщин с *retroversio uteri* мы не наблюдаем от этого положения матки никаких болезненных симптомов, в то время как у других при том же положении матки развивается картина тяжелого страдания с целым рядом тягостных симптомов?

Как, например, объяснить, что гоноррея у одной женщины протекает тяжело, у другой при том же источнике инфекции болезненные явления совершенно отсутствуют и болезнь протекает очень легко? Оценивая эти факты, наблюдаемые ежедневно, мы должны допустить, что, помимо *causa morbi*, например, инфекции, для возникновения заболевания необходимы еще особые условия в самом организме в целом.

Таким образом, мы должны отойти от старой, исключительно локалистической точки зрения на возникновение болезни и направить свои изыскания по новому пути, вспомнив чуть ли не гипократовское учение о причине болезни, по которому сущность всех болезней — не в местных изменениях, а в общем состоянии организма, а именно в неправильном смешении четырех основных соков тела, к которым Гипократ причислял кровь, слизь, желчь желтую и желчь черную.

Такое неправильное смешение соков, называвшееся *дискразией*, по мнению старых врачей, и было причиной различнейших болезней.

Успехи бактериологии, особенно учения об иммунитете, успехи эндокринологии и изучение физиологии вегетативной нервной системы дали нам основание считать, что при каждом заболевании мы должны принимать во внимание не только местные изменения — *sedes morbi*, но и весь организм в целом, все отделы которого находятся в теснейшей взаимной связи, реагируя совместно — притом каждый организм по-своему — на все внешние и внутренние раздражения, получаемые данным организмом.

Из этих представлений и вытекает учение о конституции.

Конечно, современное учение о конституции человека далеко еще не может считаться окончательно установленным. Наоборот, в нем мы встречаем много спорного, много неточного, неустановленного, однако даже и в настоящем своем несовершенном виде оно уже дает нам нередко ценные указания для лучшего понимания этиологии, патогенеза болезней, для более точной установки прогноза и назначения рациональной терапии.

Несмотря на то, что термин «конституция организма» является одним из популярнейших не только среди врачей, но и среди лиц, ничего общего с медициной не имеющих, до настоящего времени в обширной литературе по этому вопросу нет однообразного, строго установленного определения этого понятия, а главное, и само понятие изучающими этот вопрос толкуется чрезвычайно различно.

Не имея возможности входить в детали этого важного и для гинеколога вопроса, я остановлюсь здесь только на изложении тех основных сведений по вопросу о конституции, на которые нам придется неоднократно сослаться в дальнейшем при изучении различных отдельных форм гинекологических заболеваний.

Прежде всего необходимо отметить, что мы, как и ряд исследователей, понимаем под конституцией не только особенности организма, полученные им наследственно от родителей (генотип), но и сумму признаков, характеризующих данную индивидуальность и развившихся уже после зачатия, в периоды эмбриональной и внутриутробной жизни (паратип) человека. Таким образом, фенотипом, в котором сливаются генотипические и паратипические признаки, определяются конституциональные особенности каждого индивидуума.

Однако не все признаки, полученные по наследству, а особенно приобретаемые в процессе внутриутробной и внеутробной жизни человека, характеризуют его конституцию.

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.

Конституциональные особенности накладывают особый отпечаток на все проявления организма и выражаются как в морфологических признаках, так и в силе, и скорости его физиологических реакций, в его темпераменте и его предположении к различным болезням.

Из приведенного видно, что число различных конституциональных форм чрезвычайно велико, и для того, чтобы использовать все возможности, которые дает нам изучение конституции данного организма, необходимо произвести классификацию этих различнейших конституциональных особенностей, сгруппировав их в различные конституциональные типы, для того, чтобы уже по конституциональному типу, к которому принадлежит тот или иной индивидуум, делать выводы, например, о диагнозе, прогнозе и терапии заболевания, которым страдает данное лицо.

Такие попытки дать определенную классификацию конституциональных типов делались неоднократно. При этом большинство предложенных классификаций строится почти исключительно на внешних анатомических и морфологических признаках изучаемого лица, на внешнем его облике (habitus).

Однако правильно ли строить типы конституциональных форм исключительно по морфологическим признакам организма? Не следует ли привлечь к изучению и установлению конституциональных типов особые свойства организмов реагировать тем или иным образом на экзогенные и эндогенные раздражения и ряд физиологических и биологических особенностей организмов? Конечно, вопрос этот должен быть решен нами в положительном смысле, так как хотя морфологические особенности организма, как это доказывает большинство авторов, и тесно связаны с функциональными физиологическими процессами, протекающими в нем, однако один habitus далеко не исчерпывает всей широты процессов, характеризующих конституцию.

Этим, несомненно, и объясняется вся неадекватность современного состояния вопроса о конституции и особенно неудовлетворенность классификациями конституциональных форм, предлагавшимися до настоящего времени.

Однако пока, к сожалению, мы не располагаем более широкими возможностями, так как наши знания в области химико-биологических особенностей организма еще недостаточны для того, чтобы мы могли при построении определенных конституциональных типов положить эти знания в основу классификации.

По крайней мере попытки отдельных исследователей изучать конституциональные типы с точки зрения индивидуального обмена, количественной и качественной стороны ферментативных процессов (Словцов, Маслов) или судить о конституции организма по его утомляемости [Крауз (Kraus)] не дали определенных результатов.

Пожалуй, из всех попыток такого рода наиболее плодотворной явилась попытка [Эпингер и Гесс (Epingler, Hess)] судить о конституции по преобладанию в организме симпатического или парасимпатического тонууса вегетативной нервной системы. Однако многочисленные исследования, проводимые в этом направлении, едва ли способствуют развитию учения о конституциональных типах организма.

Мы не можем здесь останавливаться на описании различных группировок — классификаций конституциональных типов, построенных, как мы говорили, главным образом на изучении *habitus* человека.

Каждый, кто приступит к изучению конституциональных типов, может легко убедиться в том, как субъективны и не точны все предлагаемые методы оценки и определения типа, к которому принадлежит то или иное лицо, и что нередко исследуемый нами большой совершенно не находит себе места — даже с большой натяжкой — в предлагаемых классификациях.

Поэтому мы в нашей практической работе руководствуемся только несколькими более или менее прочно установленными и отчетливо определяемыми типами конституции, которые особенно часто встречаются у женщин.

Таковыми типами мы считаем: 1) астенический, 2) инфантильный, 3) пикнический, 4) интерсексуальный.

1. Астенический тип

В большинстве случаев обладательницы астенической конституции принадлежат к женщинам с уменьшенными поперечными размерами, но довольно высокого роста, ниже среднего питания, с бледной, легко ложащейся в складку кожей.

Конечности их длинны, кости тонки, форма черепа долихоцефалическая, все лицо и нос удлинены. Голова сидит на длинной шее. Грудная клетка узка, длинна и плоска; ее нижняя и верхняя апертуры узки. Ключицы сильно выступают вперед, лопатки отвисают и выступают в виде крыльев — *scapulae alatae*. Угол эпигастрия острый, ребра резко наклонены книзу. В стоячем положении голова наклонена вперед больше нормы (рис. 59 и 60).

У этого типа женщин мы часто находим подвижное X ребро (*costa decima fluctuans*), что Штиллер (Stiller) считает особенно характерным для астенической конституции.

Таз астеничек имеет очень небольшой угол наклона, но отличается выраженными характерными чертами для женского таза.

Атоническое состояние всей мышечной системы и, как это отмечает Богомолец, особое строение соединительной ткани, при котором преобладают тонкие нежные соединительнотканые элементы, придают женщине характерный вид общей расслабленности.

Все это усиливается постоянной общей усталостью, усталым выражением лица, опущенными веками, нередко длинными ресницами.

Со стороны внутренних органов у астеничек чаще всего можно отметить общее или частичное опущение органов брюшной полости (*ptosis*), обусловленное расслабленностью связочного аппарата, а также и расслаблением мускулатуры брюшной стенки и тазового дна.

Очень часто описанные признаки астенической конституции осложняются явлениями со стороны первой системы — состоянием псевдо-психастении, сопровождающейся склонностью к депрессии и подавленному состоянию духа, к оценке ощущаемых симптомов как крайне тягостных.

В половой сфере развитая астеническая конституция выражается целым рядом патологических состояний.

Так, даже у нерожавших женщин и у девушек мы находим чрезмерную подвижность матки, нередко опущение стенок влагалища, низкое стояние матки, опущение в таз яичников, т. е. явления чрезмерного расслабления связочного аппарата тазовых органов.

Все это сопровождается целым рядом субъективных, тяжелых и порой раз, ощущений и жалоб на боли в крестце, тяжесть в тазу, расстройство менструации, особенно болезненность при менструации (*dysmenorrhoea*, см. ниже), жалобами на боли, бели, запоры, болезненность при половых сношениях и невозможность продолжать обычную свою профессиональную или домашнюю работу.

Характерно при этом, что при исследовании большой мы нередко объективно определяем незначительные изменения, по своей тяжести совершенно не отвечающие субъективным ощущениям больной. Это резкое расхождение жалоб больной с объективными данными, находимыми при исследовании, является одним из лучших признаков имеющейся астении.

Из приведенного совершенно отчетливо выявляется, какое важное значение имеет астеническая конституция в происхождении ряда гинекологических форм заболеваний, связанных с изменением положений матки, с опущениями и выпадениями половых органов и с особым состоянием, с так называемой *retroversio uteri*, о которой речь будет впереди. Именно астенической конституцией может быть объяснен целый ряд тяжелейших симптомов, наблюдаемых при этом положении матки, по существу часто с ним не связанных.

Астения в выраженной форме, несомненно, является уже серьезным заболеванием. Тысячи таких женщин посещают по многу раз наши гинекологические амбулатории и поликлиники, ища избавления от своих страданий. И следует уже здесь отметить, что нередко они не находят у нас должной помощи. Наоборот, далеко не редко врач, не ознакомленный с истинным источником жалоб обратившейся к нему больной, пытается облегчить ее страдания различными оперативными приемами, которые направлены не против самой болезни, а против одного из многочисленных симптомов астении. Так, при жалобах на дисменорройные явления, расстройства менструации или



Рис. 59. Астеничка.

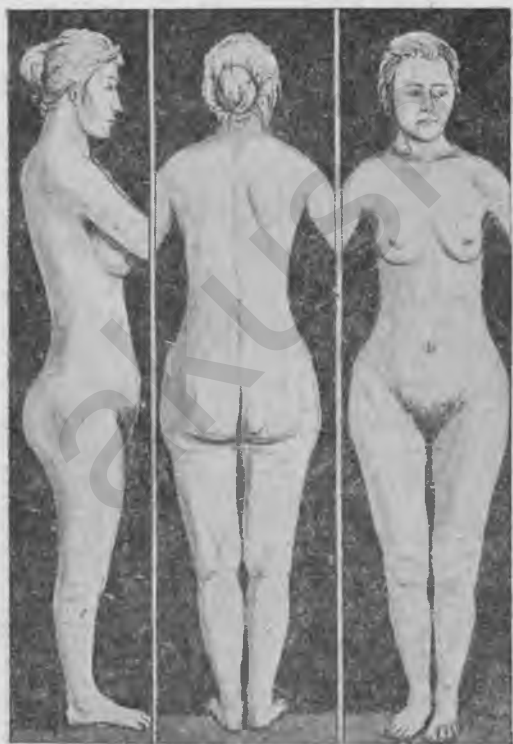


Рис. 60. Астенички с явлениями интерсексуальности. По Матесу.

бели производят диспизию шейки, выскабливания, прижигания и пр.; при retroversione uteri прибегают к многочисленным операциям, имеющим целью исправить «неправильное положение» матки.

Конечно, результат такой терапии не утешителен. Правда, иной раз, вследствие психотерапевтического воздействия операции, и наступает улучшение, но оно имеет кратковременный характер, и спустя некоторое время болезнь вспыхивает с новой силой, так как психическая травма, наносимая операцией неполноценному с этой стороны организму, может только ухудшить, а не улучшить состояние болезни.

Опыт учит нас, что при астении мы должны по возможности избегать оперативного лечения и строить нашу терапию по принципу крайнего консерватизма, прибегая к приемам психотерапевтического порядка, улучшению бытовых условий, перемене климата и ряду общих укрепляющих электро-свето-гидротерапевтических процедур.

2. Инфантильный тип

Не меньшее значение для практической гинекологии имеет конституциональный тип, называемый инфантильным.

Чаще всего этот очень распространенный у женщин тип конституции относится к патологическим или аномальным формам той или иной нормальной конституции (астенической, гипопластической и др.). Однако нам кажется, что, ввиду распространенности этого типа, его можно считать при известной степени развития нормальным конституциональным типом, по меньшей мере в такой же степени, как признается нормальным типом тип астенической конституции.

Под инфантилизмом понимают целый ряд чрезвычайно разнообразных явлений. Нам кажется, что лучше всего за конституциональную форму инфантилизма принять ту форму, которую описал Лорен (Logain) и которую он определяет как тип задержанных в общем развитии лиц, сохраняющих в зрелом возрасте все юношеские черты в отношении роста, пропорций тела, а также психики.

Различают две формы инфантилизма: если особенности, свойственные этой конституции, распространяются на весь организм в целом, можно говорить об общем инфантилизме (*infantilismus universalis*). Нередко, однако, инфантилизм отражается только на одном каком-либо органе, и тогда дело идет о частичном инфантилизме (*infantilismus partialis*), который чаще всего мы наблюдаем в половой сфере, называя его *infantilismus genitalis*.

Я наблюдал женщин, внешне соматически прекрасно развитых, а тем не менее внутренние половые органы их носили следы значительного недоразвития, граничившего с уродством. Однако чаще всего при недоразвитиях половой сферы мы имеем и многочисленные признаки недоразвития как в общем строении тела, так и в строении его отдельных органов.

В выраженных формах общего инфантилизма, даже после наступления периода полового созревания, все размеры туловища носят детский характер: длина туловища равна или даже превышает длину нижней половины тела (лоно — подошва). Нередко у инфантиличек наблюдается не маленький, а, наоборот, высокий рост. Это может найти себе объяснение в недостаточной энергичной внутрисекреторной работе половых желез именно в период созревания, вследствие чего долго отсутствовало сдерживающее влияние половых гормонов на костеобразовательный процесс в растущем организме (евнухоидный высокий рост; рис. 61).

Однако в большинстве случаев такие женщины невысоки, кости у них нежны, величина головы меньше средней. Глубоко сидящий нос, слабо развитая нижняя челюсть, высокое сводчатое небо (рис. 62), своеобразная складчатость слизистой верхнего неба и небольшой сосцевидный отросток — все это придает голове чертания, характерные для юности.

На челюсти инфантилизм выражается большей изогнутостью ее. Между зубами мы находим при инфантилизме большие свободные промежутки: *trema* по Вирхову — промежуток между верхними средними резцами, *distema*, или свободное пространство между резцами и клыками (рис. 63).

Особенно характерна форма грудной клетки, носящая ясно выраженный детский характер: вся грудная клетка имеет бочкообразный вид, верхняя апертура груди мала, эпигастральный угол тупой. Ребра располагаются почти горизонтально. Таз воронкообразный, общесуженный с высоко стоящим мысом, длинным, узким, слабо вогнутым крестцом. Очень часто таз носит характер таза мужского (см. Акушерство).

Из несомненно многообразных особенностей внутренних органов следует помнить, что при общем инфантилизме нередко можно находить каплевидное сердце и выраженную узость аорты, *socium mobile*, расширенный просвет *appendix*, длинную *S-gomatum*.

Для нас, конечно, имеют большое значение наблюдаемые при инфантилизме особенности строения женской половой сферы. Волосистость наружных половых органов развита слабо. Промежность вогнута корытообразно, через кожу промежности в сагиттальном направлении проходят шов. Тазовая диафрагма развита слабо; вследствие узости лонной дуги вульва глубока и воронкообразно вдавлена, малые губы сильно выстоят между большими, клитор в некоторых случаях (интерсексуальный тип) велик. *Columnae rugosae* резко выражены. Влагалище узко, особенно в верхней своей части. Матка мала и перегнута по отношению к шейке под острым углом (*anteflexio uteri*). Шейка конической формы, и ее длина нередко не меньше длины тела матки. Трубы длинные и извилистые. Яичники расположены высоко.

Инфантилизм имеет большое значение в происхождении различных аномалий менструации (см. ниже), но преимущественно ему свойственна так называемая дисменорея — болезненная менструация.

Несомненно, что при всех расстройствах менструации у инфантиличек большое значение имеет недостаточность матки, неполноценность яичников, плохое развитие граафовых фолликулов и желтого тела.

Далее, инфантилизм тормозит своевременное появление процессов полового созревания, а также вызывает раннее наступление климактерия.

Отрицательно отражается инфантилизм и на плодovitости женщины, на течении и характере родов и на течении пuerпериального периода.

Наконец, как можно нередко убедиться, инфантилизм отражается и на характере течения инфекционных форм заболеваний половой сферы, особенно на течении гонорреи.

Я неоднократно мог убедиться в том, что гоноррея при инфантилизме протекает особенно упорно и быстро и легко распространяется на вышележащие половые пути (восходящая, скрытая гоноррея).

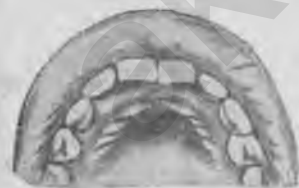


Рис. 62. Высокое небо. Персистирующие молочные зубы.



Рис. 63. Trema и distema. По Мейеру.

3. Пикнический тип

К типам нормальной конституции должен быть причислен тип пикнический. Он отличается от инфантильного полной сексуальной дифференцировкой и полностью удовлетворяет требованиям, предъявляемым к нему жизнью.

Женщина пикнического типа небольшого роста; грудная клетка ее округлена, плечевой пояс узок, ребра расположены горизонтально, кифоз в спинной части



Рис. 61. Инфантиличка.

позвоночника невелик. Наклонение таза велико, шея низка и кругла, конечности по сравнению с длиной туловища невелики. Хорошо развита нежная подкожная клетчатка. Кожа гладка, белая, эластична и легко смещается на своей подстилке. Волосистость развита по женскому типу. При сведенном положении ног бедра полностью смыкаются, не оставляя просвета. Пикничка обладает красивым женским голосом.

Пикничка легко переносит роды и послеродовый период, не жалуется на болезни, если они даже у нее имеются.

4. Интерсексуальный тип

Более или менее хорошо выраженным и легко определяемым типом является тип конституции, носящий название интерсексуального типа (*status intersexualis*). Как видно уже из названия этого типа, дело идет о недостаточно выраженной сексуальной дифференцировке таких женщин не только в соматическом смысле, но нередко и в психическом направлении. В нем мы встречаем смешанными как женские, так и мужские черты.

Отсутствует округлость членов, столь свойственная женскому организму. В стоячем положении со сдвинутыми нижними конечностями нет полного соприкосновения внутренних поверхностей бедер. Рост обычно выше среднего, кости крепкие; выраженная мускулистость. Форма таза по своему строению приближается к мужскому. Наружные половые органы чрезмерно покрыты волосами, которые покрывают и бедра, и нижнюю часть живота вплоть до пупка (по мужскому типу).

Чрезмерная волосистость у женщин имеет не только эстетическое, иной раз тягостное для женщины, но и клиническое значение, так как связано также с известной склонностью этих субъектов к патологии. У этих женщин можно нередко наблюдать недостаточное развитие половых органов, различные расстройства в функциональной работе гениталий, позднее наступление менструации, дисменоррею, олигоменоррею, фригидность, пониженную способность к зачатию, а также узкий таз и осложнения при грудном кормлении (Мейер).

Женщины интерсексуального типа являются нередко образчиком дисгармонии по своему мужскому облику. Интерсексуальность кладет особый отпечаток на психику женщины и может даже в некоторых случаях служить причиной различных половых извращений.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Основанием для рациональной терапии прежде всего служит правильная диагностика данной формы заболевания, стоящая в свою очередь в неразрывной связи с методикой исследований больных.

Чем совершеннее будет наша методика, чем шире она будет развиваться, чем полнее мы сумеем ее использовать, тем точнее будет наш диагноз и тем полнее и рациональнее будет и наша терапия.

Поэтому развитие и изучение методов диагностического исследования являются главной задачей специалиста в любой области медицины и, конечно, и в гинекологии.

Мы раньше уже неоднократно отмечали, что каждое гинекологическое заболевание следует изучать в связи с общим состоянием организма женщины и особенно в связи с прочими заболеваниями данного организма.

Было бы, однако, неправильным делать отсюда вывод, что врач-гинеколог обязан знать и уметь применять все многочисленнейшие методы исследований, которыми в настоящее время так богата любая из медицинских специальностей. Однако знакомство с основными методами общего исследования организма, умение оценить общее состояние сердца, легких, почек, печени и других органов гинекологу необходимы, как необходимо ему и основное знакомство с учением о конституции, об эндокринных формах заболеваний, а также знание главных форм нервно-психических состояний женского организма.

Главное внимание гинеколог должен обратить на изучение заболеваний органов, пограничных с половой сферой. Если современный гинеколог и не может овладеть всей сложной техникой, например, урологического исследования, то он обязан во всяком случае понимать, какая тесная связь существует между половой сферой женщины и соседними органами, и своевременно направлять больную к специалисту, чтобы получить необходимые ему сведения.

Ниже я привожу ход основного гинекологического исследования.

Как и методика исследования в других областях медицины, гинекологическое исследование складывается из осмотра, наружного исследования (пальпации, аускультации и измерения), внутреннего, специально гинекологического исследования, исследования выделений из половой сферы, исследования мочевого пузыря и из ряда методов, преследующих специальные цели, как, например, исследование зеркалами, обследование полости матки, взятие пробных кусочков, рентгеноскопия и рентгенография, пертубация и пр.

Конечно, было бы совершенно излишним применять к каждой больной полностью весь этот сложный ряд исследований. В частности, при амбулаторном обследовании больных это и невозможно.

Но даже амбулаторное исследование больной не должно быть поверхностным. Мы должны при этом получить такие сведения, которые могут гаранти-

ровать нам хотя бы приблизительный диагноз, а главное — позволяют исключить возможность просмотра какого-либо тяжелого страдания. Если амбулаторные исследования не дают уверенности в этом, врач обязан направить больную в стационар для выяснения точного диагноза.

Наше исследование мы начинаем всегда, как и большинство гинекологов, с собирания анамнеза.

І. АНАМНЕЗ

Развитие в последние десятилетия методики объективного исследования с его многочисленными вспомогательными инструментальными и лабораторными дополнительными методами ни в коем случае не может понизить важного значения правильно собранного анамнеза.

Собирая анамнез, мы должны получить не только полные сведения о появлении и развитии болезни у данной больной, но мы всегда должны стремиться получить и исчерпывающие анамнестические сведения о персональной ценности данного субъекта, об его конституциональных особенностях, что необходимо как для назначения рациональной терапии, так и для правильности предсказания.

При гинекологическом исследовании даже совершенно уравновешенная и спокойная женщина всегда отчасти волнуется. Для большинства же женщин гинекологическое исследование сопровождается большой психической травмой особенно потому, что при собирании анамнеза мы принуждены нередко затрагивать интимные и неприятные для больной вопросы.

Все это диктует нам особенную осторожность, чтобы необдуманным вопросом или неудачной формой его не обострить и без того напряженного нервного состояния больной.

Несомненно, что многие промахи неопытного еще в собирании анамнестических данных врача в значительной степени будут смягчены, если больная с первых же фраз врача убедится в том, что она имеет дело с человеком, глубоко сочувствующим ей и искренне желающим быть ей полезным.

Это умение сразу расположить к себе больную не достигается, однако, рутинной любезностью, заученными фразами или грубостью «исследователя», имеющего в виду не больную, но свои quasi-научные требования, а является следствием искреннего расположения к тем, кто ищет у нас избавления от своих страданий.

Однако это ни в коем случае не избавляет нас от необходимости при собирании анамнеза придерживаться определенного, строго выработанного порядка, необходимого прежде всего для получения материала, требующегося нам для постановки правильного диагноза, а также и для того, чтобы не повторяться и не тратить времени на собирание совершенно излишних сведений. Сначала надо ставить такие вопросы, на которые больной легче ответить, и, только ознакомившись с больной, с ее психикой, ее реакцией на обстановку исследования, можно переходить к более сложным и интимным вопросам, нередко откладывая их даже на последующие посещения.

Мы можем предложить в общем следующий порядок собирания анамнеза у гинекологических больных.

АНАМНЕЗ

- Имя.
- Отчество.
- Фамилия.
- Возраст.
- Профессия (не только общая, но и цех и характер работы; длительность работы; стаж, перемена профессии).
- Семейный анамнез.
- Родители, сестры и братья.
- Муж и дети.
- Грудной возраст больной.
- Условия жизни и климат.
- Когда начала ходить.
- Детство. Питание, местожительство. Детские болезни.
- Время первой менструации и ее характер.

Были ли в детстве бели.

Период половой зрелости. Характер менструального цикла. Характер менструации (в виде формулы, например, 3—4, 28, что значит: 3—4 дня, цикл 28-дневный). Расстройства цикла. Кровотечения. Замужество (первое или повторное), длительность каждого брака. Болезни при каждом браке.

Количество родов и абортов искусственных и самопроизвольных.

Примечание. Женщины очень часто называют искусственный выкидыш абортом, а самопроизвольный — выкидышем. Для краткости записи можно сохранить эту номенклатуру, хотя она и не вполне точна.

Период климактерия и старости.

Как протекал климактерий. Время окончания менструации.

Ненормальности выделений.

После этого общего анамнеза необходимо отдельно от него собрать анамнез • болезни, по поводу которой больная обращается к врачу.

Начало симптомов болезни.

Боли, расстройства менструации, бели.

Если имеется опухоль:

Когда и кем обнаружена.

Когда обнаружена самой больной.

Как быстро увеличивается.

Вызывает ли боли.

Симптомы со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.

Общее состояние: аппетит, питание (упало?), состояние желудочно-кишечного тракта, сон, нервная система.

Очень часто сама больная подробно излагает свой анамнез, сообщая массу сумбурных и излишних сведений. Врач не должен мешать ей высказать все, что она считает ценным и необходимым для того, чтобы поняли ее болезнь, но по окончании должен пополнить весь необходимый ему ряд сведений. Только в заключение (если это необходимо) врач должен получить сведения о характере половой жизни, о *libido sexualis*, о муже, является ли он или кто-нибудь другой виновником инфекции или беременности, о причинах стерильности и особенно о желании или нежелании больной быть беременной.

Правильно собранный анамнез нередко уже дает нам возможность предполагать определенное заболевание. Однако врач ни в коем случае не должен сообщать больной свои предположения, особенно если они неблагоприятны для больной, и может сообщить о своем диагнозе только после объективного исследования и после того, как им будет взвешена вся совокупность полученных им данных.

При этом я никогда не сообщаю женщине о найденном у нее каком-либо неизлечимом страдании, например, о раке матки. Я уверен, что такая чрезмерная откровенность только вредна, заставляя женщину излишне страдать. В этих случаях врач обязан сообщить диагноз только близким больной, предупредив их, что и они не должны говорить больной об истинном характере ее болезни.

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ

Ознакомившись с анамнезом больной и приутив ее к себе, мы начинаем объективное исследование с осмотра и определения общего состояния больной и только после этого переходим к требующему нередко большой психической подготовки паружному исследованию живота и половых органов.

В клинике лучше всего производить осмотр больной в кровати сейчас же после того, как мы покончим с анамнезом. В кровати удобнее обнажать постепенно все части туловища и, щадя стыдливость больной, прикрывать уже осмотренные части простыней.

В амбулатории нет надобности заставлять больную догола раздеваться, но следует осматривать ее, обнажая сначала грудь, а затем, когда грудь будет осмотрена и прикрыта сорочкой, переходить к осмотру живота и нижних конечностей. При изучении общего состояния больной мы придерживаемся следующего порядка.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ

Величина тела, походка.

Скелет и его особенности (особенно нижние конечности и позвоночник).

Мускулатура.

Жировая клетчатка.

Кожа. Цвет, отложение пигмента, форма волосистости. Рубцы.

Голова. Форма, цвет волос, зубы, небо верхнее, глаза, цвет лица.

Шея. Форма, щитовидная железа, подчелюстные железы.

Грудная клетка. Форма, наклонение ребер, эпигастральный угол.

Лопатки. *Costa fluctuans*. Грудь и соски.

Сверх того, необходимо иметь сведения о температуре тела, состоянии сердца, почек и легких, анализ мочи.

После оценки общего состояния больной мы переходим к исследованию живота и половых органов — к гинекологическому исследованию. Эту часть исследования следует проводить или на кушетке, или, еще лучше, на специальном гинекологическом кресле в положении на спине с приподнятыми бедрами. Нет надобности и тут излишне обнажать больную. Эту часть исследования мы предпочитаем производить не в общей палате, а в специальной комнате для исследований. При амбулаторных условиях работы больная снимает только обувь и панталоны, обнажая таз, и ложится на кресло, но прикрывается простыней так, чтобы полностью были доступны осмотру ее живот и наружные половые органы.

В. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. Наружное исследование

Осмотр имеет целью определить форму живота, состояние кожи: *striae*, пигментация, рубцы от бывших оперативных вмешательств, состояние брюшной стенки (жирная, тонкая, расслабленная, отвислая и пр.).

Путем пальпации мы определяем состояние брюшной стенки, болезненные участки на ней, диастаз прямых мышц, а также стараемся прощупать нормальные опознавательные пункты: брюшную часть позвоночника, промонторий, *aorta descendens* и ее пульсацию, *m. ileo-psoas*.

Затем ощупываем области почки, пупка, область паха (железы, грыжи). Узнаем о наличии или отсутствии в брюшной полости опухолей, больших инфильтратов и более точно определяем границы, форму, консистенцию, подвижность найденных нами не свойственных норме тел.

Пальпация производится обычно обеими руками, причем правильнее ощупывать не кончиками пальцев, а по возможности большей поверхностью руки. Я не буду излагать тут различных методов пальпации — их можно изобретать до бесконечности — и ограничусь только приведением ряда рисунков, которые лучше всяких слов знакомят нас с наиболее распространенными приемами гинекологической пальпации живота (рис. 64, 65, 66 и 67).

В некоторых случаях серьезную помощь оказывает нам и перкуссия. Ею мы можем определить контуры опухолей брюшной полости, дифференцировать свободно содержащуюся в брюшной полости жидкость от опухоли, определить место расположения кишечника и пр. (более подробно — ниже).

При исследовании живота следует для определения топографии тех или иных изменений пользоваться лучше всего ориентировочными линиями, из которых две мысленно проводятся в горизонтальном направлении: первая — верхняя — через верхушки двенадцатых ребер и вторая — нижняя — через обе *spinae ilei anterior superior*.

Этими двумя линиями область живота делится на *regio epigastrica*, *regio mesogastrica* и *regio hypogastrica*.

В продольном направлении двумя линиями, являющимися продолжением линии *parasternalis* (проводимой на 5—7 см кнаружи от средней линии), каждая из этих трех областей в свою очередь делится на три части: среднюю и две парные боковые, название которых лучше всего можно усвоить из рис. 68.



Рис. 64. Пальпация живота. Исследование всей поверхностью руки. По Зельгейму.



Рис. 66. Прием пальпации для определения состояния передней брюшной стенки.



Рис. 65. Более глубокая пальпация, имеющая целью определить лонную дугу и располагающиеся в тазу за лонной органы. По Зельгейму.

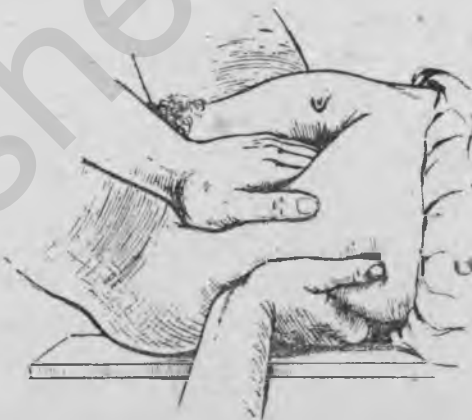


Рис. 67. Прием пальпации для определения глубоко в брюшной полости расположенных органов и экссудатов и для определения состояния почки. По Зельгейму.

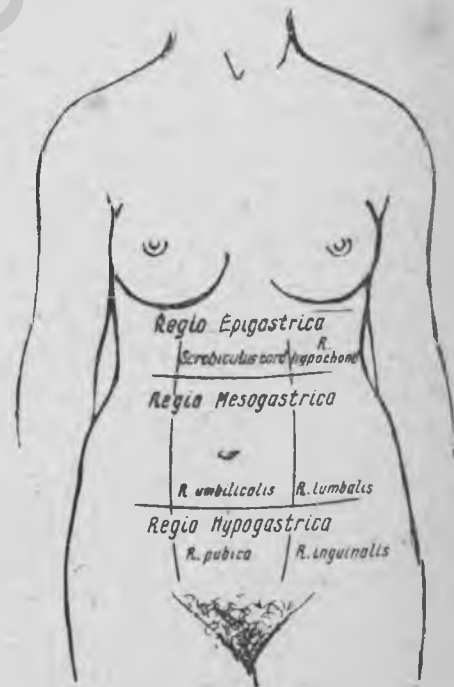


Рис. 68. Различные области живота. По Полано.

На спине лучше всего различать среднюю часть — *regio vertebralis* — и две боковые — *regiones lumbales*.

После наружного исследования мы приступаем к внутреннему исследованию.

2. Внутреннее исследование

Это исследование по существу является основным методом гинекологического исследования больных и, комбинируясь с наружным исследованием, может быть названо методом наружно-внутреннего исследования.

Приступая к изучению методики внутреннего исследования, мы должны прежде всего помнить, что хорошо исследует только тот, кто много и долго исследует. Невозможно сразу начать хорошо исследовать, не имея в этом большого опыта. Однако я совершенно не могу согласиться со Штеккелем, который утверждает, что хорошо исследовать может только тот, кто является обладателем, как о: выражается, «легкой руки». В сотнях случаев я мог убедиться в том, что исследует хорошо только тот, кто настойчиво стремится изучить этот метод, не овладев которым нельзя стать хорошим специалистом. Не «легкая рука», а настойчивость и желание преодолеть трудности и не довольствоваться первыми поверхностными результатами исследования, а также стремление углубить получаемые данные, добиваться более детальных ощущений — вот что ведет к хорошему освоению внутреннего исследования.

Однако настойчивое стремление усвоить методику внутреннего исследования ни в коем случае не должно пониматься как грубое манипулирование, причиняющее женщине боль.

Основное требование для успешности нашего исследования — исследовать осторожно, а не грубо, исследовать, не причиняя боли. Французы это требование выражают очень хорошей фразой: «*Qui fait mal, touche mal*» — кто исследует болезненно, тот никогда не получит хороших результатов. Особенно необходимо исследовать очень осторожно в начале исследования и только постепенно углублять его, добиваясь большей детальности тогда, когда больная уже привыкнет к нашим приемам и научится полностью расслаблять брюшную стенку, не реагируя на давление нашей руки сокращением брюшного пресса.

В литературе можно встретить ряд судебных процессов, когда женщина обвиняла врача-гинеколога в неврачебном отношении к себе во время исследования. Врач-акушер должен обезопасить себя от возможности таких обвинений, предъявляемых иногда в целях шантажа, и по возможности исследовать в присутствии третьего лица.

В настоящее время большинство гинекологов, как правило, исследует больных в положении на спине с приподнятыми бедрами. Некоторые называют это положение положением при камнесечении. Мне кажется, что правильнее в настоящее время говорить о гинекологическом положении, так как это положение применялось в гинекологии еще задолго до появления операции камнесечения.

Время исследования имеет большое значение. Если нет крайней необходимости, конечно, лучше всего исследовать вне периода менструации, когда половая сфера находится в состоянии особой ранимости и восприимчивости к инфекции, не говоря уже о неприятном чувстве и для исследующего, и для исследуемой.

Кроме того, менструация с сопровождающими ее процессами набухания и увеличения тазовых органов может вызвать такие изменения, которые будут маскировать заболевание.

Однако воздерживаться от исследования во время менструации не всегда возможно, а в некоторых случаях и нежелательно, так как именно во время менструации мы можем иной раз путем внутреннего исследования получить те данные, которые нам не удавалось получить вне менструации.

На вопрос — всех ли пришедших к нам больных следует подвергать внутреннему исследованию — может быть только один ответ: **н е п р е м е н н о в с е х**, если нет каких-либо существенных противопоказаний. При гинекологическом внутреннем исследовании мы нередко обнаруживаем совершенно неожиданно и для нас, и для больной самые серьезные отклонения от нормы, иногда и болезни, протекающие без субъективных симптомов.

В настоящее время большинство гинекологов исследует на специальном гинекологическом кресле, что представляет ряд преимуществ и для больной,

и для исследующего. Это создает лучшие условия в положении внутренних органов, хорошие условия для расслабления брюшной стенки, причем врачу не приходится принимать неудобные положения: садиться сбоку от больной, сидеть на корточках или стоять на коленях. Врач может хорошо осмотреть половые органы и при этом ему удобно производить различные диагностические и терапевтические манипуляции (введение зеркал, зондирование, смазывание, введение тампона, лекарств и пр.).

Я предпочитаю исследовать на простом столе с приделанными к нему погодержателями, которым я и мои ученики пользуемся уже давно. Такой стол не дорог и может быть изготовлен столяром и слесарем (рис. 69).

Приступая к внутреннему исследованию, называемому обычно внутренним комбинированным или наружно-внутренним, мы прежде всего должны привести наши руки в возможно стерильное состояние.

Конечно, не может быть и речи об исследовании больной без тщательного мытья рук мылом и щеткой в струе теплой воды. При этом непосредственно перед каждым исследованием руки должны быть наово вымыты, и исследование следует производить еще влажной рукой. Если мы работаем в амбулатории, мы моем руки до исследования, тотчас же после него, затем записываем результат исследования, беседуем с больной, отпускаем ее, и после того как следующая больная будет записана и собран анамнез, снова моем руки.

При приеме ряда больных я никогда не обрабатываю руки сулемой, спиртом или каким-либо дезинфицирующим раствором, а только тщательно мою руки теплой водой с мылом. Многократное применение дезинфицирующих средств только портит кожу и ухудшает условия для возможной асептичности рук. Во время амбулаторного приема к обработке рук дезинфицирующими растворами следует прибегать только после особенно загрязненных случаев.

Конечно, лучше всего при амбулаторной работе исследовать в резиновой перчатке (тонкой), особенно случаи грязные — инфицированные. Перчатка легко моется на руке под струей воды с мылом, и руку в перчатке можно без вреда для кожи погружать каждый раз в дезинфицирующий раствор сулемы или лизоформа.

Влагалище и паружные половые органы мы не обмываем, и только в случае загрязнения обтираем стерильной ватой вульву и introitus vaginae.

Выбор руки для внутреннего введения не представляет трудностей. Надо исследовать той рукой, которой удобнее. Для большинства удобнее для внутреннего введения пользоваться правой рукой, а левой производить одновременное исследование спаружи.

Однако нередко даже не левша делает внутреннее исследование левой рукой, а одновременное наружное — правой.

Конечно, хорошо приучить себя получать хорошие результаты, исследуя поочередно обеими руками.

Нередко гинекологи перед введением пальцев во влагалище смазывают их стерильным вазелином или какой-либо иной, содержащей жир, мазью. С моей точки зрения этот прием едва ли достоин подражания. Руки салятся, жир плохо отмывается, рука остается салыной даже после мытья ее горячей водой, что очень неприятно для исследующего. Я много лет, обмыв руки горячей водой с мылом, густо смазываю пальцы мылом. После исследования такая намыленная рука тщательно обмывается под струей воды и становится совершенно чистой.

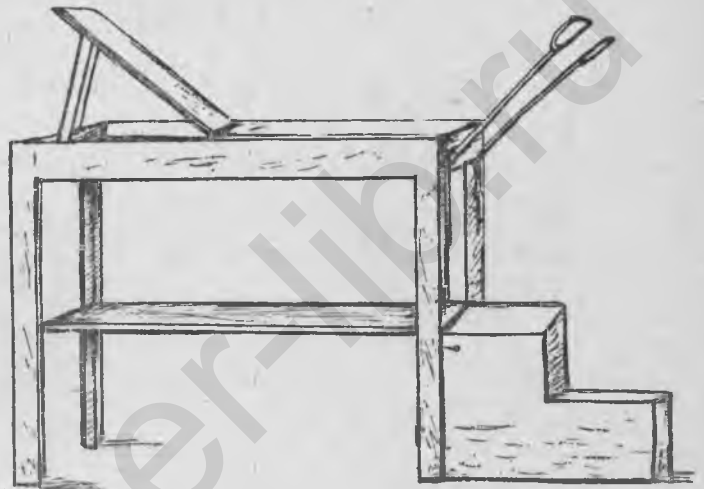


Рис. 69. Стол с ногодержателем для исследования гинекологических больных.

Внутреннее исследование лучше всего производить двумя пальцами: средним и указательным. Однако и с помощью одного пальца можно получить безукоризненные результаты. Впрочем, при узком влагалище, особенно при узости introitus vaginae, введение двух пальцев причиняет боль, а потому должно быть обязательно заменено введением одного указательного пальца.

Наружная рука располагается не концами пальцев, а всей плоскостью пальцев на передней брюшной стенке сейчас же над лоном, при этом ее задача состоит не в том, чтобы ощупать какой-либо орган в брюшной полости, а главным образом в том, чтобы приблизить и прижать лежащий под ней орган к пальцам, введенным во влагалище.

Все манипуляции должны производиться безболезненно для больной при полном расслаблении брюшного пресса.

Внутреннее исследование надо проводить по известному плану и при известной последовательности приблизительно в следующем порядке:

1. После осмотра вульвы, промежности и состояния бартолиновых желез мы левой рукой раздвигаем большие и малые губы (рис. 70).



Рис. 70. Раздвигание левой рукой малых губ и осмотр их перед введением пальцев правой руки во влагалище.



Рис. 71. Введение пальцев во влагалище при двуручном исследовании.

2. После этого во влагалище вводятся указательный и средний пальцы правой руки. Заставляем скользить эти два пальца по задней стенке влагалища вглубь, постепенно переводя руку из состояния пронации в супинацию, с таким расчетом, чтобы введенные пальцы, когда они достигнут сводов, уже смотрели своей тыльной поверхностью не кпереди, а вбок и чтобы указательный палец располагался по передней стенке влагалища, а средний — по задней (рис. 71).

3. Чтобы получить хорошие результаты, необходимо мизинец и безымянный палец согнуть и прижать максимально к ладони и этими двумя пальцами возможно плотно, но безболезненно вдавить тело промежности. Большой палец при этом располагается на лоне и должен быть максимально отведен (рис. 71).

Этот прием позволяет глубоко ввести внутренние пальцы, а следовательно, сделать для них доступной большую часть тазовых органов.

Уже эти три первые этапа внутреннего исследования, которые являются по существу действительно только внутренним исследованием (так как в ход пускается только одна правая рука, вторая же пока остается почти свободной), позволяют нам сделать ряд заключений о характере входа влагалища, его ширине, податливости, болезненности.

Во влагалище мы определяем величину его, состояние стенок, нет ли в нем

рубцов, нет ли инфильтратов в окружающей влагалище клетчатке. Ощупав влагалищную часть матки, мы определяем ее форму и величину, ее расположение, нет ли на ней разрывов, рубцов, полипов, изъязвлений, распада раковой опухоли или язвы.

После первых трех моментов внутреннего исследования мы приступаем к четвертому, являющемуся уже в полном смысле двуручным исследованием, так как в ход пускается уже вторая рука — наружная.

Введя оба пальца в передний свод и несколько отодвинув этим шейку кзади (рис. 72), мы, вдавливая наружной рукой брюшную стенку глубоко внутрь, стараемся приблизить к пальцам, введенным во влагалище, тело матки и как бы насадить его на внутренние пальцы. При этом внутренняя рука еще сильнее разворачивается, и пальцы, введенные во влагалище, обращены волярной поверхностью вперед.

Этот прием удается нам только в том случае, если матка расположена дном вперед. Если она лежит дном кзади, пальцы наружной руки и пальцы, лежащие во влагалище, сводятся почти вплотную.

Этот прием является основным для внутреннего исследования, так как он позволяет нам установить положение матки, ее величину и форму. Пробуя внутренним пальцем передвигать матку в различных направлениях, мы определяем степень ее подвижности кпереди и кзади, вправо и влево.

Необходимо при этом помнить, что наше ощупывание только тогда бывает совершенным, если, применяя двуручное исследование, мы будем ощупывать не кончиками пальцев, а по возможности всей их поверхностью. Очень демонстративны в этом отношении рисунки, приводимые у Штеккеля и указывающие правильную и неправильную постановку пальцев при двуручном исследовании (рис. 73 и 74).

При каждом внутреннем исследовании основным моментом является определение положения и формы матки. Только после того как мы ориентируемся в том, как лежит этот орган и его отдельные части, мы, хорошо прощупав дно



Рис. 72. Расположение наружной руки и введенных во влагалище пальцев при двуручном исследовании.



Рис. 73. Неправильное положение пальцев при паружно-внутреннем исследовании.



Рис. 74. Правильное положение пальцев при паружно-внутреннем исследовании. По Штеккелю.

матки, медленно и систематично продвигаем наши руки (внутреннюю и наружную) в правую и левую сторону и стремимся, идя от угла матки в сторону, прощупать трубу, а затем, достигнув концами пальцев боковой поверхности таза вблизи *articulatio sacro-iliacum*, несколько ниже безымянной ямки, найти и яичник.

Здоровая труба очень тонка и мягка, и ее редко можно определить при такой пальпации. Зато утолщенная и нередко болезненная при воспалении труба в большинстве случаев таким путем хорошо определяется.

Яичник, даже здоровый, определяется хорошо. При грубом надавливании он всегда болезнен.

Параметрий и широкая связка при отсутствии в них инфильтратов при комбинированном исследовании не определяются. При инфильтратах же при помощи этого исследования можно определить не только место, величину, но и распространение инфильтрата (см. ниже).

Задний свод при ощупывании нередко оказывается особенно чувствительным. Выраженная болезненность говорит за наличие воспалительного процесса в дугласовом пространстве.



Рис. 75. Исследование через прямую кишку.

Со стороны заднего же свода мы определяем состояние крестцово-маточных связок, особенно если они утолщены и болезненны. Лучше определяются крестцово-маточные связки при исследовании их *per rectum*.

Каждое исследование следует производить только после того, как опорожнен мочевой пузырь и подготовлен кишечник. Опорожнения пузыря можно добиться, заставляя женщину перед самым исследованием помочиться или применяя в некоторых случаях даже катетеризацию. Кишечник должен быть опорожнен, если не было стула, путем клизмы.

Двуручное внутреннее исследование в последнее время предлагают в некоторых случаях дополнять ректальным. При этом указательный палец с надетым на него резиновым наконечником вводится не во влагалище, а в прямую кишку через анус. Этот метод исследования позволяет в некоторых случаях лучше обследовать заднюю поверхность матки, опухоли и инфильтраты, расположенные в дугласовом пространстве, и состояние крестцово-маточных связок. Особенно он необходим при исследовании молодых девушек (рис. 75).



Рис. 76. Влагалищно-прямокишечное исследование указательным и средним пальцами.

Исследование через прямую кишку полностью заменить влагалищное исследование не может.

Наконец, в последнее время некоторые гинекологи пытаются развить так называемое прямокишечно-влагалищное исследование, при котором во влагалище вводится указательный палец, а в прямую кишку — средний (рис. 76) или, как это предлагает Зельгейм (Sellheim), во влагалище — большой палец, в прямую кишку — указательный (рис. 77).

Я никогда не видел необходимости в этой модификации двуручного исследования, хотя мне приходилось для определения состояния тела промежности и прямой кишки вводить указательный палец правой руки в прямую кишку, а левой — во влагалище. Этот метод прост и, как мне кажется, значительно удобнее двух предыдущих.

Внутреннее исследование как в акушерстве, так и в гинекологии имеет очень важное значение. Без овладения методом внутреннего исследования работа гинеколога пемьслима. Мы должны его совершенствовать и изучать, стремясь с помощью внутреннего исследования высвятить самые незначительные отклонения от нормы.

Внутреннее исследование в громадном большинстве случаев позволяет нам достаточно точно поставить диагноз заболевания, но при выяснении деталей диагноза, при определении деталей топографии даже опытные врачи могут делать подчас грубые ошибки. Так, например, поставив диагноз миомы матки, мы можем легко ошибиться в расположении узлов по отношению к телу матки; поставив диагноз опухоли яичника, можем найти при вскрытии брюшной полости миому на ножке и т. п. Таким образом, наш гинекологический диагноз, даже при большой опытности исследующего, является диагнозом только предположительным, но не безусловно точным.



Рис. 77. Влагалищно-прямокишечное исследование большим и указательным пальцами.



Рис. 78. Цилиндрическое зеркало.

3. Исследование зеркалами

Как было сказано, исследование зеркалами в большинстве случаев следует за внутренним исследованием. Однако в некоторых случаях приходится применять его и раньше, когда хотим ознакомиться с состоянием влагалищного секрета в различных отделах полового капала, причем делаем это для того, чтобы не смешать секрета нижнего отдела влагалища с секретом более высоких его частей, что неминуемо при введении руки.

При исследовании зеркалами можно осмотреть всю слизистую оболочку влагалища, влагалищную часть матки, наружный зев, а в некоторых случаях даже нижний отдел шеечного капала. Оно дает нам возможность ad oculos убедиться в состоянии всех этих частей, обнаружить различные виды воспалений и повреждений влагалищной стенки, осмотреть влагалищную часть матки, увидеть на ней нарушения целостности, эрозии, язвы, полипы и — что особенно ценно — своевременно отметить даже начинающиеся формы рака шейки матки.

Вот почему каждая подвергающаяся гинекологическому исследованию женщина обязательно должна быть осмотрена зеркалами (об этом смотри в следующей части).

Предложено большое количество модификаций зеркал. Все их можно разделить на три категории: трубчатые, ложкообразные и пластинчатые.

Самой старой моделью зеркал, но еще не вышедшей из употребления, являются трубчатые зеркала.

Как видно из рис. 78, зеркало имеет цилиндрическую форму, причем один конец такого цилиндра срезан наискось, а противоположный расширен и служит как бы ручкой. Изготавливают эти зеркала из различного материала: из матового стекла, эбонита и металла. Необходимо иметь зеркала различных размеров и особенно диаметров, так как если зеркало подобрано плохо, если оно велико, то введение такого зеркала женщине часто неприятно.

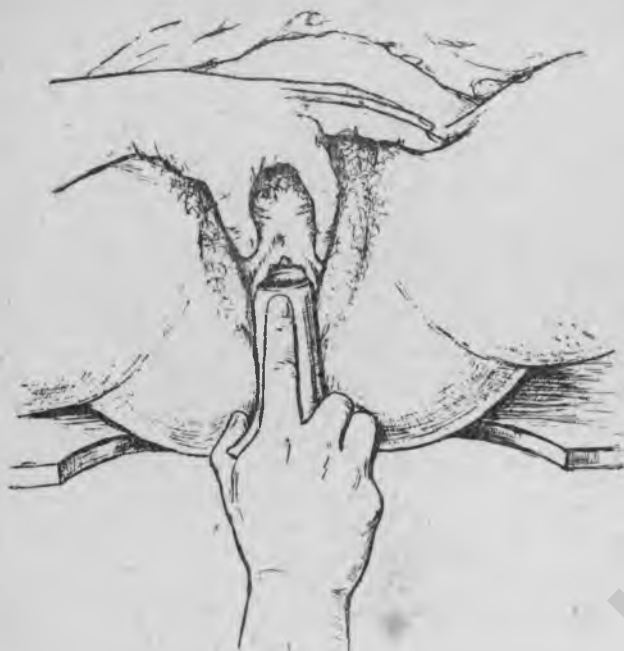


Рис. 79. Введение цилиндрического зеркала.

Захватив зеркало правой рукой, мы пальцами левой растягиваем большие и малые губы (рис. 79) и, придавив верхушкой зеркала заднюю спайку, постепенно вводим его внутрь, стараясь верхним краем по возможности не затрагивать наружного отверстия мочеиспускательного канала.



Рис. 80. Зеркало введено. Видна влагалищная часть матки.

Трудно только вставить зеркало в *introitus*, дальнейшее же его продвижение до сводов производят, поворачивая зеркало вправо и влево, не делая особых

усилий. Когда зеркало дойдет до сводов, влагалищная часть матки должна встаться в него. Двигая зеркало вперед и назад или в стороны, мы без особенного труда добиваемся этого.

При небольшом навыке удастся довольно быстро обнаружить влагалищную часть матки (рис. 80), тщательно рассмотреть ее, предварительно очистив от слизи комочками ваты, захватываемыми длинным пинцетом или корнцангом.

Цилиндрическим зеркалом можно пользоваться с успехом и для терапии при выполнении так называемых ванночек для влагалищной части матки, когда мы наливаем в зеркало различные лекарственные растворы.

Медленно извлекая зеркало, можно осмотреть всю поверхность влагалища.



Рис. 82. Зеркало Симса.

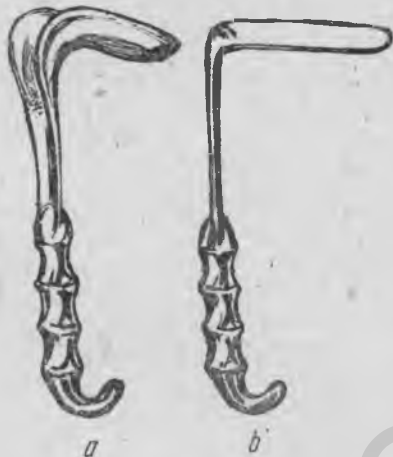


Рис. 81. Зеркало и подъемник по модели Панкова.

a — зеркало; *b* — подъемник.

Особенно распространены различные ложкообразные зеркала. Они сделаны из металла и состоят из двух частей: самой ложки и ручки.

Ложкообразные зеркала очень легко вводятся во влагалище и, легко скользя вдоль задней стенки влагалища, опускаются в задний свод. Введя зеркало, необходимо так называемым подъемником поднять и переднюю стенку влагалища (рис. 81, 82 и 83). Этим путем удастся наиболее совершенно открыть шейку, своды и, поворачивая зеркало вправо и влево, осмотреть всю стенку влагалища.

Неудобство ложкообразного зеркала заключается в том, что при этом заняты обе руки исследующего и при необходимости прибегнуть к какой-нибудь манипуляции, например, произвести зондирование или тампонаду, нужен помощник, ассистент, который держит зеркало или подъемник или даже обе части, захватывая их правой и левой рукой.

Ложкообразных зеркал имеется несколько видов.

Я охотно употребляю зеркало Симса, состоящее из двух, различной величины, ложек, имеющих общую ручку (рис. 82).

Чтобы избежать необходимости работать с ассистентом, предложено большое количество модификаций так называемых самодержащихся зеркал. К этой

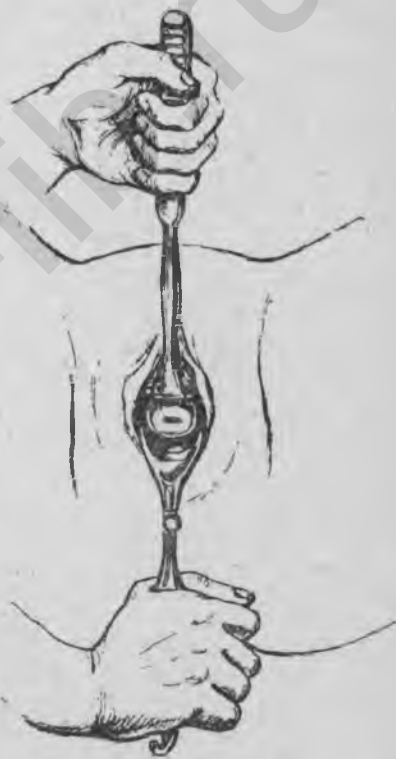


Рис. 83. Обнажение влагалищной части матки ложкообразным зеркалом и подъемником.

категории зеркал можно причислить очень распространенное зеркало Куско (рис. 84).

Широко распространены в гинекологии и пластинчатые зеркала, впервые введенные в употребление французским гинекологом Дуайеном (Doyen).

Перед употреблением металлическое зеркало стерилизуется путем кипячения. Поэтому при амбулаторной работе следует иметь несколько экземпляров зеркал, чтобы не задерживать работы.

При исследовании зеркалами очень важно хорошее освещение. Лучше всего пользоваться рефлектором, укрепляемым на штативе, или палочной лампочкой Отта. При таком освещении можно будет обнаруживать на влагалище и шейке самые разнообразные изменения гораздо чаще, чем работая только при дневном свете.



Рис. 84. Зеркало Куско.

4. Кольпоскопия

Большой заслугой Гинзельмана (Hinselman) является введение в гинекологическую практику кольпоскопа (рис. 85). В основном кольпоскоп представляет собой бинокулярную лупу, подвижно фиксированную на удобном для работы штативе и снабженную осветительным прибором.

Ленинградский государственный оптический завод сконструировал монокулярный кольпоскоп, позволяющий при увеличении до 12 раз очень хорошо рассматривать все изменения на шейке и стенках влагалища. Прибор этот очень ценен для своевременной диагностики рака шейки и влагалища (рис. 85).



Рис. 85. Монокулярный кольпоскоп, сконструированный ЛГОЗ.

5. Взятие пробного кусочка

Детальное исследование шейки матки после обнажения ее зеркалами требует в некоторых случаях взятия из нее пробных кусочков для микроскопического исследования.

Для этого, хорошо обнажив шейку зеркалами и захватив ее для лучшего фиксирования пулевыми щипцами, мы легко вырезаем ножницами или скальпелем небольшой кусочек ткани на границе сомнительного участка и участка, не затронутого болезненным процессом. Эта операция проводится, конечно, с соблюдением всех правил асептики. Если образованная ранка кровоточит, то может понадобиться наложить один-два шва. Я обычно ограничиваюсь только хорошей тампонадой влагалища и никогда не наблюдал при этом последующих кровотечений. Полученный кусочек помещают в одну из фиксирующих жидкостей и отправляют в лабораторию для микроскопического исследования.

6. Обследование полости матки

Обследование полости матки производится различными приемами.

Необходимо, однако, знать, что каждая внутриматочная манипуляция всегда сопряжена с риском внесения в полость матки различных патогенных форм бактерий и провокации уже имеющейся там латентной инфекции. Поэтому большинство гинекологов прибегает к таким обследованиям только в исключительных случаях или даже совершенно отказывается от них.

Из различных методов, применяемых для обследования полости матки, необходимо упомянуть следующие.

Зондирование полости матки специальным маточным зондом. Обнажив зеркалами влагалищную часть матки, мы захватываем переднюю губу ее специальными пулевыми щипцами или двузубцами (рис. 86 и 87) (конечно, при соблюдении строжайших правил асептики) и, повторно очистив зев от малейших остатков слизи марлевым шариком, смоченным спиртом, вводим по ходу шеечного канала маточный зонд (рис. 88).

Последний обычно изготавливается из мягкого сплава, что позволяет придавать ему ту или иную степень изогнутости. Маточный зонд имеет около 20—30 см длины; на одном конце он снабжен металлической плоской ручкой, на другом — пуговчатым утолщением около 33 мм толщины; на расстоянии 7 см от этого конца, что соответствует нормальной длине полости матки, на зонде имеется специальное утолщение.

Зонд вводится без малейшего насилия только после того, как двуручным исследованием мы предварительно определим положение матки. Его осторожно продвигают за внутренний зев и проводят до дна матки.

Зондированием можно более точно определить направление полости матки, ее длину, состояние слизистой матки. Однако всегда следует иметь в виду, что, кроме занесения инфекции, при зондировании можно легко перфорировать матку как при проведении зонда через внутренний зев, так и у ее дна.

Зондирование противопоказано при подозрении на воспаление околоматочной клетчатки, при гнойных шейных выделениях и острых процессах в тазу, при гнойных заболеваниях придатков.

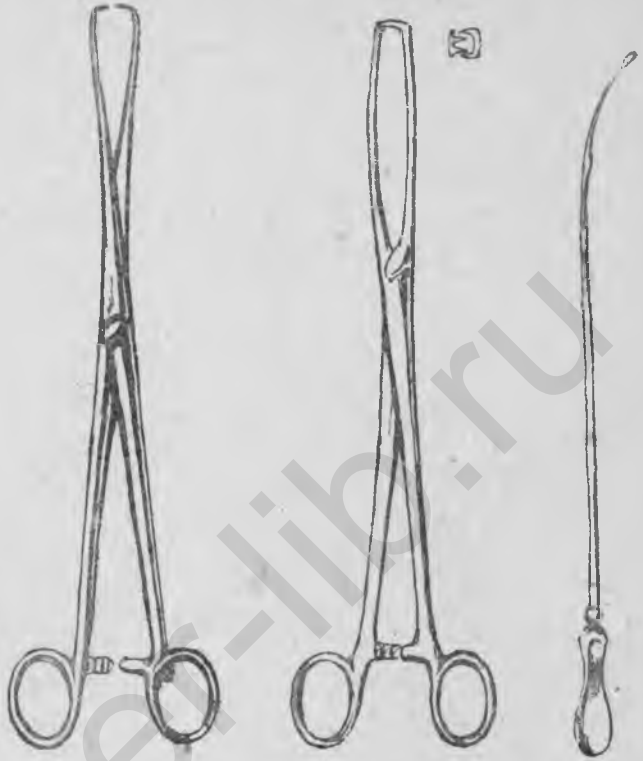


Рис. 86.
Пулевые щипцы.

Рис. 87. Дву-
зубцы (Дуайен).

Рис. 88.
Маточный зонд.

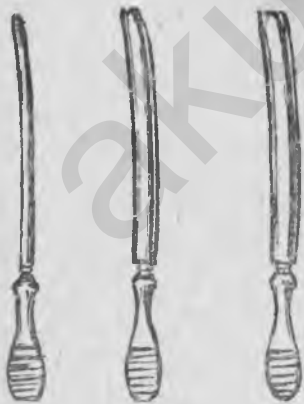


Рис. 89. Расширители Гегара.

Зондируя, мы ни в коем случае не должны, потягивая за пулевые щипцы, наложенные на шейку, низводить матку.

Вводить зонд следует с большой осторожностью, чтобы не травмировать нежной слизистой оболочки полости матки. После извлечения зонда лучше всего ввести во влагалище тампон, смоченный 10—15% глицерин-тапнином, и извлечь зеркало. После зондирования женщина должна лежать 2—3 часа. Несоблюдение этих мер предосторожности во всех случаях зондирования полости матки может иной раз привести к тяжелым последствиям в виде обострения старых и появления новых, подчас тяжелейших воспалительных процессов. Мне известен случай смерти после неумелого зондирования полости матки, сопровождавшегося внесением инфекции.

Расширители Гегара (рис. 89) изготовляют из металла; это — набор круглых палочек, постепенно от номера к номеру утолщающихся на 1—0,5 мм. Быстро вводя последовательные номера таких расширителей, мы за несколько минут можем, дойдя до высоких номеров (14—15), открыть доступ в полость матки.

Когда шейка достаточно открыта, можно ввести указательный палец в полость матки и ocupar поверхность ее (рис. 90). Я считаю этот способ грубым и совершенно излишним, а потому не советую никогда применять его. Даже если в полости матки имеются остатки ворсинок хориона или полип, я все же предпочитаю отказаться от этого способа исследования, ненадежного по своим результатам и опасного по последствиям; я заменяю его выскабливанием матки.

7. Гистероскопия

Уже издавна пытались сделать доступной осмотру и внутреннюю поверхность матки. Эта мысль впервые возникла у моего учителя, проф. Г. Е. Рейна. Его ученик, проф. Писемский, развил эту методику.

Исследование слизистой оболочки шеечного канала и даже нижнего отдела полости матки в некоторых случаях удается произвести довольно легко с помощью внутриматочного зеркала, особенно часто применяемого французскими гинекологами.

Инструмент этот несложен и представляет собой в модели Коллена маленькое конической формы.

состоящее из двух половин зеркальце, укрепленное на двух длинных branшах с кремальерой. Это зеркало по возможности глубже вдвигается в шеечный канал. Сводя branши, мы раскрываем зеркало и, медленно поворачивая его, можем осмотреть слизистую.

Идея Нитце (Nitze) осматривать полость мочевого пузыря с помощью специального инструмента — цистоскопа — дала возможность после ряда неудач сконструировать специальный инструмент — гистероскоп, позволяющий осматривать полость матки.

Наиболее совершенной моделью этого инструмента является гистероскоп Ильгнера, который изображен на рис. 91, А и В.

Он имеет два отверстия: одно — на конце цилиндрической трубки, другое — сбоку. С помощью одной и той же оптической системы, благодаря особому приспособлению, этот гистероскоп позволяет освещать и рассматривать поверхность как перед ним, так и сбоку от него.

Едва ли, однако, этот прибор получит особенное распространение, так как точное изучение строения и функционального состояния слизистой матки, ее патологических форм, значительно легче достигается несложным и безопасным пробным соскобом, который к тому же дает нам возможность не только осмотреть слизистую, но и произвести ее точное гистологическое исследование.

8. Пробное выскабливание

Пробное выскабливание является чрезвычайно ценным диагностическим методом, без которого гинекологу трудно, а подчас и невозможно обойтись при решении вопросов, касающихся функционального состояния слизистой оболочки матки, и особенно при решении вопроса о раке полости матки.

Выскабливание производится с помощью небольшой острой петли — кюретки (рис. 92), или специальной ложечки для выскабливания. Чтобы ввести кюретку в полость матки, конечно, необходимо зеркалами обнажить влагалищную часть матки, захватить ее переднюю губу хорошими двузубцами, раскрыть расширителями Гегара шеечный канал до № 10—12 и затем, введя кюретку, соскоблить слизистую матки (подробности будут помещены ниже).

Для пробного выскабливания так же, как и для выскабливания, производимого с лечебной целью, необходимо добыть соскоб со всей поверхности матки; в противном случае при гнездном распространении процесса мы рискуем, соскоблив только здоровый участок, получить неверный диагноз. Конечно, если кюреткой сразу же соскабливаются обильные опухолевые массы, нет надобности в таком полном выскабливании.

После выскабливания я смазываю полость матки йодной настойкой при помощи зонда Плейфера и ввожу в шейку тонкий стерильный марлевый фитиль. При сильном кровотечении на 12—14 часов тампонирую влагалище.

Вся манипуляция должна быть произведена в операционной обстановке, а ни в коем случае не амбулаторно, нередко требует наркоза и, конечно, соблюдения самых строгих правил асептики.

Полученный при выскабливании материал должен быть тщательно собран, промыт в физиологическом растворе, немедленно помещен в одну из фиксирующих жидкостей (раствор формалина 10% или жидкость Ценкера) и отправлен в лабораторию для микроскопического исследования. Мы в последнее время преимущественно пользуемся кратковременной фиксацией в формалине и срезами, сделанными с помощью замораживающего микротомы, позволяющими быстро решить вопрос.

Здесь, в отделе общей диагностики, сле-

дует еще упомянуть о нескольких специальных методах, знакомство с которыми облегчает диагноз целого ряда заболеваний. Так, при решении диагностических вопросов в некоторых случаях необходимо бывает вскрыть брюшную полость и произвести так называемую *п р о б н у ю л а п а р о т о м и ю*. Отт дал блестящую идею делать это, не нарушая брюшной стенки, через задний свод.

9. Пробная пункция заднего свода

Этот ценный диагностический прием выполняется чрезвычайно быстро и просто. Обнажив влагалищную часть матки зеркалами, мы, как и при зондировании, захватываем не переднюю, а заднюю губу шейки пулевыми щипцами или двузубцами (очень удачной моделью являются так называемые мышечные щипцы, предложенные Рейном) и, оттянув шейку вперед и книзу и

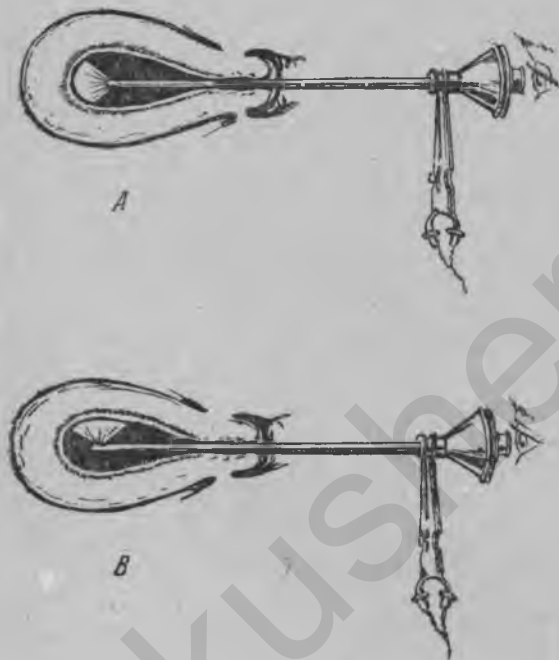


Рис. 91. Гистероскоп Ильгнера.

А — осмотр дна матки; В — осмотр стенок матки.



Рис. 92. Кюретка для выскабливания слизистой оболочки полости матки.

обжавив этим задний свод, вкальваем позади шейки иглу длиной в 10—12 см, насаженную на рекордовский шприц вместимостью в 10 см³. Вытягивая поршень шприца, мы в положительных случаях нагнетаем в шприц кровь, гной или серозную жидкость, уже по своему характеру нередко дающую нам решение вопроса.



Рис. 93. Пункция заднего свода.

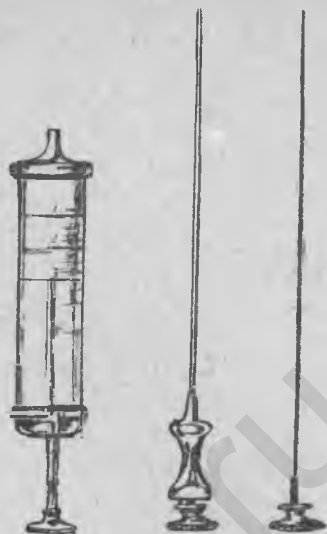


Рис. 94. Шприц «Рекорд» и троакар Бира.

Для пункции я всегда пользуюсь иглой Бира, сконструированной им для спинномозговой анестезии.

Высоко расположенные экссудаты лучше пунктировать без влагалищного зеркала, а, нащупав доступный полюс инфильтрата введенными во влагалище пальцами, по ним ввести иглу и пунктировать наощупь.

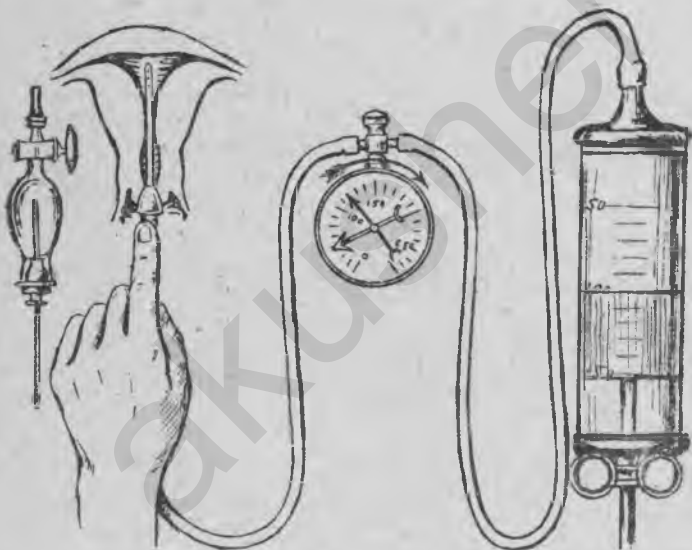


Рис. 95. Прибор Зельгейма для пертубации.

Пункция давала нам в сотнях случаев ценнейшие данные, мы ни разу не видели при ней каких-либо осложнений, хотя пользовались ею очень широко, и горячо рекомендуем в подходящих случаях этот прием (рис. 93 и 94).

Следует еще остановиться здесь на методике исследования проходимости труб, имеющей большое значение при лечении бесплодия (см. ниже).

10. Определение проходимости труб

В настоящее время проходимость труб определяется чаще всего пертубацией (продуванием труб) и методом сальпингографии с помощью рентгеновских снимков вводимой в трубы контрастной жидкости.

Пертубация впервые введена в практику и предложена американским (Нью-Йорк) гинекологом Рубином (Rubin). Постепенно совершенствуя свой аппарат,

он пришел к заключению, что для правильности выводов о результатах пертубации необходимо, чтобы струя пропускаемого газа проходила через трубу совершенно равномерно, а не толчками. Поэтому он считает необходимым пропускать газ из газовой бомбы со специальными вентилями. Сверх того он ввел в свой аппарат кимограф для записи кривой давления протекающего газа. В качестве газа автор пользовался вначале кислородом, а затем углекислотой.

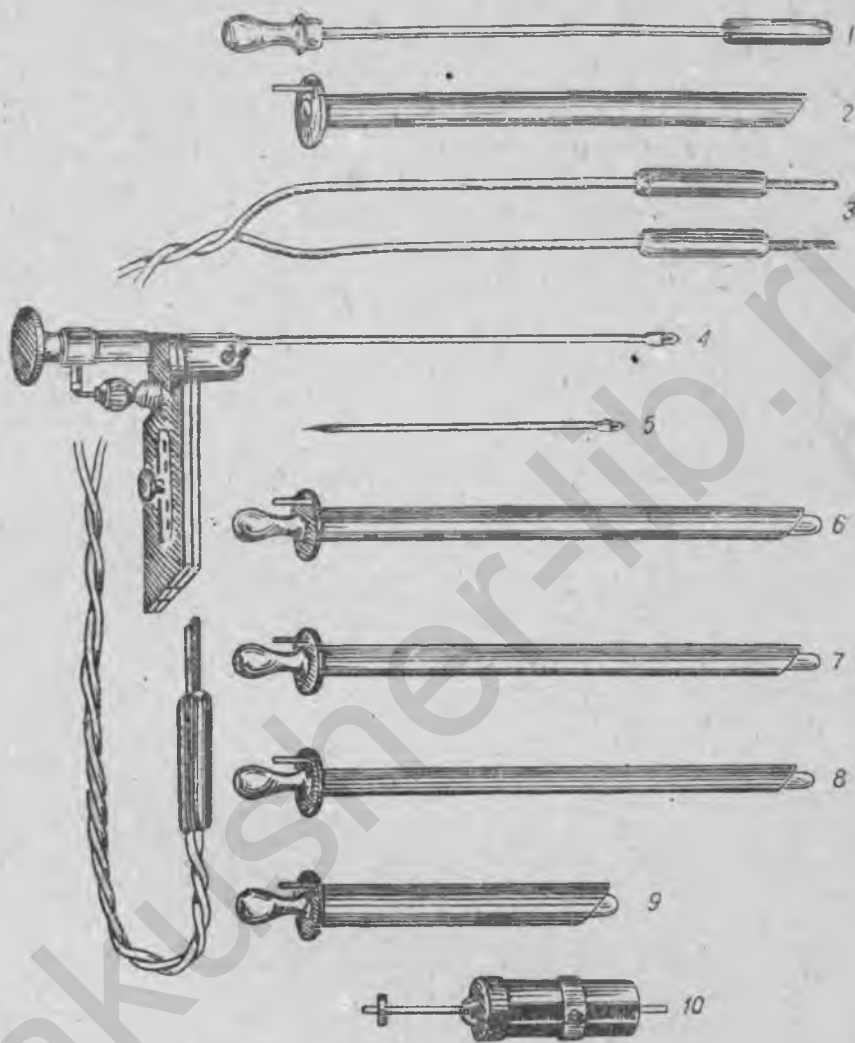


Рис. 96. Уретроскоп.

Прибор Рубина сложен, и в практических целях, мне кажется, нас может в большинстве случаев удовлетворить более простой прибор, который легко может быть сконструирован в любом учреждении.

Чаще всего, как это делаем и мы, для пертубации пользуются металлическим женским катетером, насадив на расстоянии 3—4 см от его конца резиновый наконечник от спринцовки Тарповского. Соединив такой катетер с резиновой трубкой, мы насаживаем ее противоположным концом на манометр (я воспользовался для этого не ртутным манометром аппарата Рива-Роччи, как это чаще всего делают, а пружинным манометром от прибора Реклингаузенца). Воздух вводится в манометр или обычным пульверизаторным двойным резиновым баллоном, или большим шприцем, вместимостью около 150—200 г, которым мы пользуемся при промывании мочевого пузыря. Можно по ходу резиновой трубки, между манометра

метром и маточным паконечником, ввести двугорлую вульфову склянку с таким расчетом, чтобы пропускаемый через трубу воздух предварительно проходил через жидкость (раствор карболовой кислоты, раствор перекиси водорода и пр.). Такая склянка имеет целью не только промыть пропускаемый воздух, но и дает нам возможность по количеству и силе образующихся в жидкости пузырьков воздуха судить о быстроте прохождения и о количестве проходящего воздуха.

Зельгеймом сконструирован для продувания труб несложный аппарат (рис. 95).

Применение прибора очень просто. При соблюдении строжайших правил асептики, чего требует каждая внутриматочная, а особенно внутриволостная манипуляция, какой по существу и является продувание труб, мы, обнажив шейку зеркалами и захватив ее пулевыми щипцами, вводим в шейный канал маточный наконечник, чтобы он зашел за внутренний зев, но не упирался в дно матки. После этого начинаем медленно и осторожно вдвигать воздух, нажимая предварительно вытянутым из шприца поршнем или накачивая резиновым двойным баллоном. В это время необходимо по манометру следить за высотой давления струи, которое ни в коем случае не должно превышать 200 мм. Одновременно два ассистента стетоскопами выслушивают нижнюю часть живота. При проходимости труб они хорошо слышат отчетливый и характерный треск прорывающегося из трубы в брюшную полость воздуха. Этот момент и отмечается выслушивающими ассистентами, причем в момент появления треска лицо пертубирующее отмечает по манометру высоту давления струи воздуха.

Необходимо следить за тем, чтобы воздух не прорывался из матки обратно по краям введенного катетера. Чтобы избежать этого, следует плотно прижать катетер к шейке матки.

По окончанию пертубации, при переходе больной из горизонтального положения в вертикальное, воздух, накаченный в брюшную полость, поднимается кверху и проходит к брюшной диафрагме. При достаточном количестве воздуха раздражается п. phrenicus и получается так называемый phrenicus symptom: боли в передней и задней поверхности плеча. Если количество воздуха, введенного в брюшную полость, меньше 80 см³, то phrenicus symptom отсутствует (Шохова).

Боли в плече после пертубации также являются доказательством проходимости труб.

Пертубация не может считаться мероприятием вполне безвредным и не влекущим за собой никаких последствий. Мне приходилось лечить больных с тяжелыми воспалительными процессами, развившимися как следствие пертубации. Известны случаи воздушных эмболий, заканчивавшиеся даже летально; после пертубации иной раз появляются распространенные эмфиземы в тазовой клетчатке.

Вот почему я считаю, что широкое применение пертубации в каждом случае бесплодия, особенно в условиях амбулаторной работы, недопустимо. Не следует применять пертубации и в предменструальной фазе, когда слизистая оболочка матки особенно легко ранима.

Из методов исследования проходимости труб следует упомянуть еще о сальпингографии.

Впервые этот метод был применен тем же Рубином, введшим в трубу 10% раствор колларгола. В настоящее время чаще пользуются липоидолом, иодином и другими иодированными или бромированными маслами. Введя эти масла в полость матки, следят рентгенографически за прохождением этой контрастной массы через трубу. Метод этот в диагностическом отношении очень ценен, но он не лишен недостатков и, несомненно, уступает пертубации, так как требует сложной рентгеновской установки.

Наконец, далеко не редко гинекологу бывает необходимо ознакомиться с состоянием мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, нижнего отрезка толстой кишки и особенно прямой кишки, так часто болеющих одновременно с поражением половых органов.

В этих случаях можно воспользоваться специальными приборами, называемыми уретроскопом, цистоскопом, ректоскопом.

11. Уретроскопия

Уже давно гинекологи пытались изучать состояние слизистой оболочки мочеиспускательного канала, непосредственно рассматривая ее. В некоторых

случаях удается рассмотреть состояние слизистой оболочки нижней трети мочеиспускательного канала и без предварительной подготовки канала, в других случаях приходилось расширять канал специальными расширителями (Г. Симон).

Обычно у женщин эта манипуляция удается очень легко и проходит почти безболезненно вследствие короткости их уретры.

В последнее время для ознакомления с состоянием мочеиспускательного канала предложен ряд аппаратов с электрической лампочкой, так называемые уретроскопы (рис. 96).

Из них наиболее распространена модель Валентина, модифицированная Штеккелем для женской уретры.

Тонкую трубочку, снабженную obturatorом, вводят в опорожненный мочевой пузырь, затем obturator удаляют, а взамен его вводят источник света. После этого под контролем исследующего глаза инструмент медленно извлекается наружу, причем слизистая мочеиспускательного канала проходит перед отверстием трубки в виде диска с радиально расположенными складками. Таким образом можно осмотреть слизистую уретры на всем протяжении вплоть до наружного ее отверстия и точно распознать имеющиеся сужения, трещины, язвы, дивертикулы, папиллярные разрастания, камни и пр.

Пользуются этим методом и с лечебной целью.

В гинекологической практике уретроскопия в последнее время находит все более широкое применение.

12. Цистоскопия

Для исследования внутренней поверхности мочевого пузыря применяется цистоскоп.



Рис. 97. Цистоскоп.

Изобретение этого инструмента, несомненно, дало громадный толчок развитию современной урологии. Он дает возможность осмотреть мочевой пузырь, ознакомиться весьма точно с его анатомическими и патологическими особенностями, наблюдать функцию пузыря и мочеточников и произвести точный анализ состояния не только пузыря, но и мочеточников, почечных лоханок и каждой почки в отдельности.

Цистоскоп имеет форму катетера, снабженного у наружного отверстия окуляром и содержащего целую систему линз; на противоположном конце этого инструмента имеется электрическая лампочка. Если инструмент введен правильно, то можно отчетливо видеть в увеличенном виде внутреннюю поверхность мочевого пузыря (рис. 97).

Старые цистоскопы типа Ничше давали нам изображение в обратном виде, что требовало известного навыка при работе с ними. В последнее время предложен цистоскоп, дающий прямое изображение осматриваемой поверхности. У нас в Союзе инструмент, дающий прямое изображение, изготавливается в Ленинграде заводом «Красногвардеец».

Кроме обычных смотровых цистоскопов, изготавливаются еще цистоскопы с приспособлениями для зондирования мочеточников, цистоскопы ирригационные и операционные.

Цистоскоп в настоящее время весьма широко применяется в условиях не только стационарной, но и амбулаторной работы.

В умелых руках вся процедура длится несколько минут, не причиняя боли женщине.

Ход цистоскопического исследования несложен. В опорожненный мочевой пузырь через катетер вводят 200 см³ 2% борной кислоты. После извлечения ка-

тета вводится цистоскоп. Перед введением врач должен убедиться в исправности оптической и осветительной системы цистоскопа и в стерильности его.

Только после введения цистоскопа, смотря в окуляр, включают электрический ток и освещают при помощи лампочки стенки мочевого пузыря. Введя цистоскоп, мы должны стараться, чтобы конец, на котором укреплена лампочка, не соприкасался непосредственно со слизистой мочевого пузыря, так как даже при пользовании цистоскопами, снабженными лампочками холодного накаливания, при непосредственном, а особенно при длительном соприкосновении лампочки со стенкой пузыря может произойти ожог его.

Подвигая инструмент вперед и назад и поворачивая его в стороны, можно рассматривать все отделы мочевого пузыря, а также отверстия мочеточников, из которых периодически появляются очень характерные струйки мочи, вливающиеся в раствор борной кислоты, которым наполнен мочевой пузырь.

Если содержимое пузыря мутно, то до введения цистоскопа следует хорошенько промыть пузырь или с помощью катетера, или пользуясь ирригационным цистоскопом.

С помощью катетеризационного цистоскопа мы можем ввести специальный мочеточниковый катетер в отверстие мочеточников и прокатетеризировать их. Этим способом удастся установить, как высоко можно прокинуть по мочеточнику, а также (что имеет нередко огромное диагностическое значение) полу-

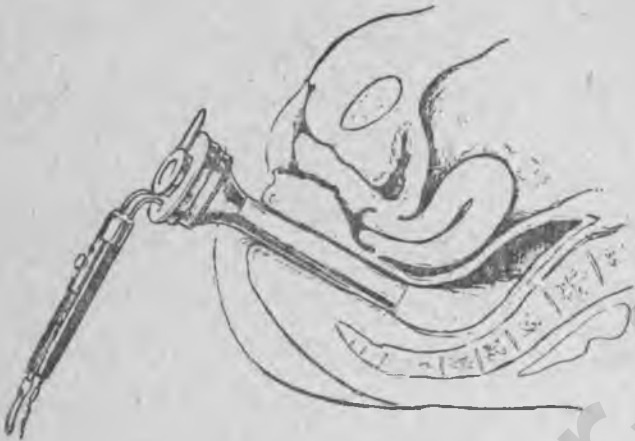


Рис. 98. Ректоскоп.

лучить отдельные порции мочи из правой и левой почки.

При изучении метода цистоскопии и катетеризации в настоящее время применяется целый ряд учебно-вспомогательных средств, в частности, фантомы, из которых мы рекомендуем фантом проф. Гораша.

На таком фантоме можно изучить не только технику цистоскопии и зондирования мочеточников, но и научиться распознавать различные как нормальные, так и патологические картины, наблюдаемые на стенках мочевого пузыря, для чего в фантом вставляют муляж, изображающий как патологические, так и физиологические картины, встречающиеся в этом органе.

Определяя при цистоскопическом исследовании устья мочеточников, мы должны знать, что форма их чрезвычайно разнообразна.

Необходимо еще упомянуть о хромцистоскопии. Метод этот состоит в том, что в организм вводится красящее вещество, которое не разлагается почками и выводится ими с мочой в неизменном виде. Так, например, впрыснув межмышечно 20 см³ 0,4% раствора индигокармина, мы через некоторое время наблюдаем через цистоскоп появление из отверстия мочеточников окрашенной мочи. При одностороннем поражении почек или мочеточников можно наблюдать разницу и в окраске мочи, и во времени ее появления.

13. Ректоскопия

Ректоскопия получила распространение в особенности благодаря работам Отта, С. П. Федорова и Келли (Kelli).

В наиболее совершенной форме ректоскоп представляет трубчатое зеркало, снабженное окуляром, осветительным аппаратом и прибором для надувания кишки. С помощью этого инструмента удастся прокинуть высоко в прямую кишку и осмотреть отделы кишки выше sphincter tertius, а иной раз и нижний отдел сигмообразной кишки (рис. 98).

ГЛАВА ШЕСТАЯ

ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Изучение симптомов болезни, умение выявить эти симптомы и правильно их оценить являются главнейшими условиями для правильной постановки диагноза, а следовательно, и для проведения рациональной профилактики и назначения соответственной терапии.

Ниже мы ознакомимся с основными симптомами целого ряда разнообразнейших форм гинекологических заболеваний, с которыми нам часто придется встречаться при дальнейшем изложении курса гинекологии.

Половые органы женщины, как и каждый другой орган, находятся в непрерывном функционирующем состоянии, имеющем главной целью процессы размножения. Весь половой тракт поддерживается в состоянии бактериальной чистоты и пригодности для оплодотворения при помощи нормальной физиологической секреции всех слизистых оболочек, которые покрывают трубы, матку, ее шейку и влагалище.

Возможность оплодотворения зависит от периодически наступающей овуляции и предшествующих овуляции процессов созревания фолликулов и яйца.

Транспорт оплодотворенного яйца в полость матки и привитие этого яйца к слизистой тесно связаны со сложным процессом циклически протекающей подготовки организма, особенно его половых органов, к возможности передвижения яйца по трубе и его имплантации к слизистой оболочке матки.

Наконец, возможность плодотворного полового сношения обуславливается целым рядом физиологических явлений, при которых циклические изменения в организме женщины играют едва ли не главную роль.

Все эти сложные физиологические процессы, частью уже хорошо изученные нами, частью пока еще совершенно непонятные, протекают в организме женщины, при условии отсутствия какой-либо патологии, совершенно незаметно для нее. Только менструация дает знать о себе кровянистыми выделениями. Даже секрет слизистых оболочек, выделяющийся из половых органов, при нормальных условиях почти не ощущается женщиной. Иначе обстоит дело при патологии. Здесь все физиологические процессы могут изменить свой характер и дать ряд расстройств с симптомами, носящими уже резко выраженный характер.

Так, почти незаметная у здоровой женщины секреция слизистых оболочек половой сферы ведет при ряде патологических процессов к усиленным выделениям, чрезвычайно различным как по количеству, так и по характеру — к белям.

Менструальный цикл может меняться и приводить к сложнейшим и разнообразнейшим расстройствам менструации. Безболезненно и незаметно для женщины протекавшие овуляции и менструация могут дать ряд разнообразнейших болевых ощущений, и, наконец, нарушение зачатия, транспорта оплодотворенного яйца и его привития может привести не только к понижению плодовитости, но и к полному бесплодию—стерильности.

Не затрагивая здесь вопроса о бесплодии, которому в дальнейшем будет посвящена особая глава, мы остановимся в этой главе только на разборе симптомов нарушения секреции, появления болей и расстройства менструации.

I. БЕЛИ (FLUOR)

Бели являются наиболее частым симптомом, на который жалуется более 15% [Вилле (Wille)] гинекологических больных с самыми разнообразными как местными, так и общими заболеваниями.

Женщина жалуется, что у нее из половых органов появились выделения, которых раньше не было.

Нормальное содержимое полости влагалища. Для лучшего понимания процесса образования влагалищного содержимого необходимо несколько подробнее остановиться на строении влагалищной стенки (рис. 99).

Мы уже видели, что поверхность влагалища покрыта плоским многослойным эпителием, заполняющим пространства между правильно чередующимися невысокими сосочками соединительнотканной основы. На этой оболочке полностью отсутствуют железы, а следовательно, она и не выделяет никакого секрета.

Подэпителиальная ткань стенок влагалища построена из нежных соединительнотканых фибрилл и содержит много эластических, а также и нервных волокон. В этой соединительнотканной основе слизистой влагалища заложена богатая сеть капилляров и лимфатических путей, которые проникают до самой поверхности папиллярных сосочков. Этой богатой сосудистой сетью и объясняется быстрота и легкость образования застоя крови в слизистой влагалища, разрыхления ее и серозного пропитывания тканей, а также возможность образования трансудата.

При исследовании влагалищного секрета здоровых половозрелых женщин в нем находят отслоившийся плоский эпителий, жидкость и примешанные к ним бактерии. К клеткам плоского эпителия могут быть в небольшом количестве примешаны клетки цилиндрической формы, несомненно, оторвавшиеся от стенок шеечного канала.

Влагалищное содержимое состоит из секрета полости матки и шейки ее, стекающего сюда сверху, частью же является продуктом трансудации из сосудов подэпителиального слоя влагалищной стенки.

Рис. 99. Строение стенки влагалища. По Ламу.

При нормальных условиях женщина совсем не чувствует наличия влагалищного секрета, так как его выделение, по крайней мере выделение его жидкой части, и обратное всасывание полностью уравновешиваются. Нормальный влагалищный секрет представляет слегка влажное, как бы зернистое содержимое, имеющее цвет и вид почти сухой простокваши.

Кроме эпителия и жидкости, в состав влагалищного секрета входит также и значительное количество бактерий, которые играют, по нашим современным представлениям, основную роль при образовании физиологического и патологического содержимого влагалища.

Бактериальная флора влагалища. Мысль о том, что бактериальная флора влагалища даже здоровой женщины может временно и даже длительно содержать патогенные микробные формы, несомненно, появилась после того, как было твердо установлено, что во всех полостях тела человека — как полости рта, носа, легких и кишечника, — соединяющихся с внешним миром, постоянно находятся многочисленные патогенные формы микробов.

Детальные исследования этого вопроса хотя и подтвердили возможность присутствия во влагалище у совершенно здоровых женщин патогенных микробов, вплоть до гемолитического стрептококка, однако выяснили и некоторые особенности и детали развития здесь бактериальной флоры.

Многочисленными опытами Менге (Menge) и Кренига (Kroenig) было доказано, что хотя во влагалище и содержится ряд различных бактерий, но бактерии

эти проживают там сапрофитно, так как здоровый влагалищный секрет обладает резкой бактерицидной способностью и даже *in vitro* может в течение 48 часов убить и удалить даже высоковирулентных микробов, искусственно в него введенных.

Эта способность с а м о о ч и щ е н и я была доказана Кренигом и Менге не только для человека, но и для кроликов, морских свинок, собак и коров.

Дёдерлейн (Döderlein) объясняет механизм такого самоочищения влагалища присутствием в его полости особых описанных и культивированных им вагинальных палочек — палочек Дёдерлейна, способных выделять молочную кислоту, обладающую бактерицидными свойствами для всех патогенных микробов. По исследованиям Дёдерлейна в нормальном влагалищном секрете содержится до 0,4% молочной кислоты. Этот нормальный секрет имеет вид разваренной манной крупы и отличается от патологического секрета тем, что последний более жидок и имеет желтоватую окраску. В нормальном секрете содержатся только палочки Дёдерлейна, патологический же секрет содержит много лейкоцитов и различные кокковые формы бактерий, которые вытесняют вагинальную палочку.

Таким образом, нормальный влагалищный секрет, по Дёдерлейну, всегда имеет выраженную кислую реакцию, зависящую от присутствия в нем молочной кислоты.

Было доказано, что кислотность влагалищного секрета колеблется в зависимости от возраста женщины. Например, с наступлением менопаузы, иначе — с прекращением гормональной работы яичников — она понижается.

Можно думать, что, как об этом говорит Грефенберг (Graefenberg), колебания кислотности влагалищного секрета у одного и того же организма находятся в связи с овариальным циклом. Так, этот исследователь утверждает, что кислотность во влагалище достигает наибольшей высоты незадолго до наступления менструального кровотечения и наименьшая кислотность совпадает с днями овуляции.

Как было уже отмечено, в среднем содержание молочной кислоты у здоровой небеременной женщины доходит до 0,4%; у беременных эта цифра выше, но не редки случаи значительных отклонений и в ту, и в другую сторону.

В настоящее время наши представления о способе образования молочной кислоты во влагалищном секрете значительно углублены благодаря работам Лезера (Loeser), Р. Шредера, Лама (Lahm) и др.

Можно думать, что эпителий стенок влагалища, заключающий в своей протоплазме гликоген, дает материал для живущих тут влагалищных палочек, которые и вырабатывают из этого гликогена молочную кислоту.

Чем больше гликогена, тем лучше условия для развития вагинальной палочки Дёдерлейна, тем больше молочной кислоты и тем хуже условия для прочих видов микробов, которые поэтому и исчезают из влагалища.

Однако содержание гликогена в эпителии влагалищной стенки может подвергаться колебаниям и, как было доказано, до известной степени стоит в связи с овариальным циклом. Последнее обстоятельство ведет к изменениям в составе бактериальной флоры влагалищного секрета. Иначе говоря, характер бактериальной флоры влагалища в известной степени зависит от функциональной деятельности яичников.

Несомненно, однако, что ряд других причин, отражающихся на содержании гликогена в плоском влагалищном эпителии, может влиять и на характер бактериальной флоры влагалища.

Прежде всего мы здесь должны отметить ряд конституциональных факторов и ряд заболеваний, как инфантилизм, анемия, хлороз, диабет, тяжелые предшествующие заболевания, различные механические, химические, термические и прочие инсульты — все это может повести к нарушению бактериальной флоры влагалища, к исчезновению его нормальной флоры — влагалищных палочек — и к появлению патогенных видов.

Для того чтобы иметь возможность оценивать влагалищную флору с бактериологической точки зрения, принято ее делить по степеням чистоты.

С клипической точки зрения, вполне пригодным можно считать способ определения чистоты влагалищного секрета, основанный на простом бактериоскопическом исследовании мазка содержимого влагалища.

Херлейн (Heurlein) при определении чистоты влагалищного секрета предлагает различать следующие четыре степени. Первая степень чистоты характеризуется тем, что в мазке из влагалищного секрета мы находим почти исключительно только палочки Дёдерлейна.

Ко второй степени чистоты причисляют только те случаи, когда в мазках, наряду с влагалищными палочками, мы встречаем в таком же количестве другие виды бактерий — *Comma variabile* — совместно с небольшим количеством анаэробных и аэробных кокков.

К третьей степени чистоты следует относить случаи, при которых влагалищная палочка встречается в очень небольшом количестве, главную же массу бактерий составляют *Comma variabile* и большое количество кокковых форм (особенно анаэробных).

Наконец, к четвертой степени чистоты относятся те случаи, когда влагалищная палочка полностью отсутствует и заменяется другими формами бактерий.

Само собой понятно, что между перечисленными степенями бывают и промежуточные.

Р. Шредер предлагает различать только три степени чистоты (рис. 100, 101 и 102). Первая соответствует той же степени Херлейна. При второй степени, наряду с влагалищными палочками Дёдерлейна, находятся колибациллы, *Comma variabile*, грамположительные диплококки и небольшое количество стафилококков. В этих мазках, наряду с клетками влагалищного плоского эпителия, можно



Рис. 100. I степень чистоты влагалищного секрета.

паходить довольно часто и лейкоциты. К третьей степени чистоты, по Шредеру, должны быть отнесены случаи, которые Херлейн причисляет к третьей и четвертой степени, т. е. такие, при которых влагалищная палочка или совершенно отсутствует, или встречается в незначительном количестве, заменяясь всеми прочими видами бактерий. В этих случаях, наряду с клетками плоского эпителия влагалища, мы встречаем большое количество лейкоцитов.

При взятии секрета для мазков мы, конечно, должны учитывать высоту уровня влагалища, на которой берется секрет, так как чем выше мы берем этот секрет, тем чаще мы будем определять первые степени чистоты, и наоборот, — чем ближе к *introitus* взята слизь для мазка, тем чаще мы будем встречать третью и четвертую степень чистоты.

Первая степень чистоты встречается только у четверти всех женщин. Поэтому едва ли можно считать нормальными только те случаи, когда имеется именно эта степень чистоты. Многие считают влагалищный секрет нормальным, если в мазках определяется первая и вторая степень чистоты.

Необходимо, однако, отметить, что женщины с влагалищным секретом, в котором определяются значительные загрязнения и даже наличие стрептококков, могут чувствовать себя совершенно здоровыми и, подвергаясь даже влагалищным операциям, давать хорошее послеоперационное течение, неосложненное воспалением и нагноением.

Клиника белей. Простое определение, что данная больная страдает белями, конечно, не может считаться достаточным. Необходимо установить характер белей, место их образования и причины появления. Наконец, необходимо помнить, что бели являются результатом не только местного заболевания половой сферы, но далеко не редко появляются у женщин как следствие целого ряда общих при-

чин и заболеваний, аномалий конституционального порядка, понижения питания и пр.

Для решения вопроса о месте происхождения в половой сфере белей иногда достаточно одного простого осмотра, особенно с помощью гинекологического зеркала, которым лучше воспользоваться еще до двуручного исследования. В тех случаях, когда осмотр не дает возможности сделать определенное заключение, можно использовать так называемый пробный тампон Шульце.

Комок ваты, перевязанный крепкой ниткой, за которую его легко можно извлечь, вводят во влагалище, предварительно тщательно очистив влагалище шариками сухой стерильной ваты. Лучшее всего вводить тампон, смоченный в 10% растворе таннина в глицерине, и извлекать его через 12 часов после введения.

Если тампон правильно введен, т. е. если его верхний полюс плотно прилежит к паружному отверстию шеечного канала, то на этом участке тампона мы найдем шеечные и маточные выделения в виде отложения жидкости и слизи. Шеечное содержимое всегда слизистое. Секрет, выделяемый полостью матки, бывает обычно жидким. Отсутствие в этом участке каких-либо выделений гово-

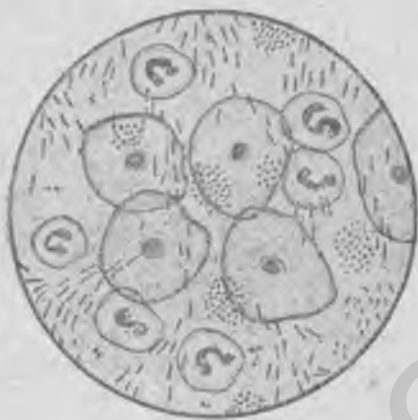


Рис. 101. II степень чистоты влагалищного секрета.

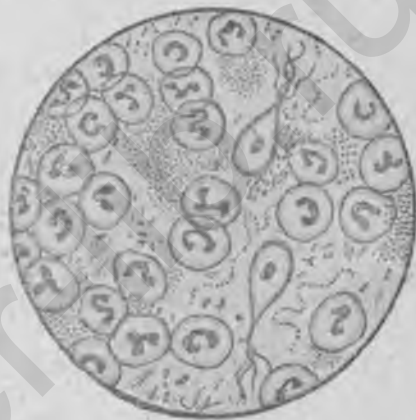


Рис. 102. III степень чистоты влагалищного секрета.

рит за то, что бели исходят из влагалища. В этих случаях по краям тампона мы и найдем обычно окрашенное в желтый цвет патологическое выделение влагалища.

Бели вульварного происхождения образуются вследствие гиперсекреции потовых, жировых и слизистых желез кожи вульвы, а также за счет патологических выделений из бартолиновых желез. Сверх того жидкие выделения, которые могут истекать из лежащих выше половых органов, ведут нередко к раздражению кожи преддверия и соседних частей вульвы, мацерируют ее, вызывая здесь зуд и экскориации.

Секрет сальных и потовых желез, отлагаясь на коже вульвы, образует жирную густую массу, скопляющуюся в складках кожи, и также раздражает ее.

В общем *fluor vestibularis* чаще всего бывает жидко-гнойного характера и делается густым, только когда имеется гиперсекреция жировых желез.

Диагноз ставится на основании простого осмотра паружных половых органов. Лечение состоит в тщательном поддержании чистоты.

Влагалищные бели — это та патология, с которой нам приходится чаще всего встречаться у женщины и которая нередко является единственной жалобой больной, обращающейся к нам за советом.

Прежде всего необходимо отметить, что далеко не редко мы можем услышать жалобы на бели от женщин, у которых при исследовании мы не найдем ни особых выделений, ни каких-либо патологических изменений в стенках влагалища.

В этих случаях обычно мы имеем дело с простым повышением трансудата, с гиперсекрецией влагалищного содержимого, что может наблюдаться у ваго или даже симпатикотоников и у лиц с особо выраженной раздражимостью судисто-нервной системы (дермографизм, erythema fugax).

Раньше мы уже говорили, что бели в большой мере зависят от количества гликогена, скопляющегося в протоплазме плоскоклеточного эпителия влагалища, resp. стоят в зависимости от кислотности влагалищного секрета, в свою очередь влияющей на бактериальное содержание этого секрета, что в значительной степени связывается в настоящее время с общим конституциональным состоянием женского организма.

Однако все это ни в коем случае не исключает необходимости искать причину белей в местных изменениях половой системы, вызываемых местными причинами.

Из местных причин здесь могут быть отмечены механические, термические и химические.

Так, у женщин, живущих половой жизнью, сам половой акт — особенно половой акт, часто совершаемый, — может уже вести к местным нарушениям

ткани и внедрению в нее микроорганизмов. Инородные тела в виде различных презервативов, особенно загрязненных и подолгу остающихся во влагалище, являются одной из частых причин белей. Катарры и полипы шейки ведут к загрязнению влагалища, мацерации его стенок и понижению кислотности и нередко ухудшают течение нормального самоочищения влагалища.

Даже обычные спринцевания, особенно крепкими дезинфицирующими растворами, могут нарушить течение физиологических процессов гликогенообразования, понизить жизнеспособность влагалищной палочки и вести к появлению белей.

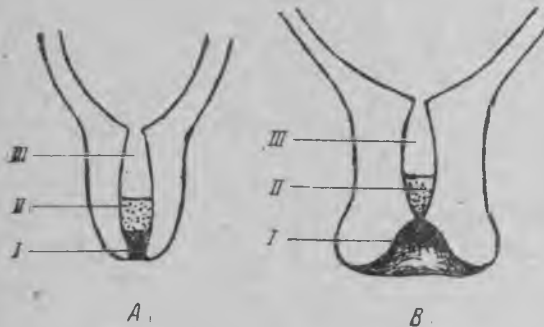


Рис. 103. Шеечная слизь и зоны, содержащие бактерии и лейкоциты. По Вальтгардту.

А — у нерожавшей; В — у рожавшей; I — зона, содержащая и бактерии, и лейкоциты; II — зона, содержащая только лейкоциты; III — зона, свободная и от бактерий, и от лейкоцитов.

В общем вагинальные бели могут быть как воспалительного, так и невоспалительного характера. Воспаление обычно ведет к гнойным белям, имеющим желтоватый цвет, — fluor flavus. Бели невоспалительного характера носят белый оттенок, так как в них нет примеси гноя — fluor albus.

В тех случаях, в которых отсутствуют признаки местного воспаления и нет воспаления слизистой шеечного канала (эрозия), следует думать о конституциональных, экстрагенитальных факторах, как анемия, астенический инфантилизм, гипертиреозидизм, гипофизарное ожирение и пр.

Все это говорит о том, как разнообразно происхождение и характер белей и как поэтому сложно может быть их лечение, которое, конечно, не должно ограничиваться столь распространенными трафаретными назначениями влагалищных спринцеваний.

Шеечные бели очень характерны по своему виду. Они представляют собой стекловидную, густую, тянущуюся и очень липкую слизь, закрывающую зев в виде слизистой пробки. Эта пробка отсутствует только во время менструации, когда она уносится отсюда вместе с менструальной кровью. Шеечный канал является переходным местом от богатого бактериями влагалища к совершенно лишенной у здоровых женщин бактерий полости матки. Он может быть в этом отношении разделен на три зоны: в нижней (рис. 103) — первой — зоне в слизистой пробке шейки содержатся бактерии и лейкоциты, в средней зоне можно обнаружить только лейкоциты и, наконец, в третьей — верхней — зоне в слизи нет ни лейкоцитов, ни бактерий.

Увеличение количества слизистого отделяемого шейного канала и должно быть трактуемо как *fluor cervicis*. Обычно эти бели являются следствием воспалительного процесса в слизистой оболочке шейки, причем из видов инфекций чаще всего мы имеем здесь дело с инфекцией гонорройной.

Разрывы на шейке и зияние наружного зева способствуют инфекции слизистой, а следовательно, и появлению белей.

Бели, выделяющиеся из полости тела матки, очень незначительны. Значительные выделения слизистой матки мы встречаем только при определенных заболеваниях матки, как *ruometra*, рак тела матки, при миоматозных полипах, гнойных эндометритах, что будет изучено нами в специальных главах.

II. БОЛИ

При гинекологических заболеваниях боли являются одним из частых и нередко тяжелых симптомов, хотя можно наблюдать и ряд тягчайших гинекологических страданий, как, например, рак различных участков половых органов, некоторые случаи хронических воспалительных заболеваний, при которых боли полностью отсутствуют.

Как правило, заболевания наружных половых органов протекают с определенными, строго локализованными в заболевшем участке болями. Иное дело — поражение внутренних половых органов женщины. Хотя здесь боли нередко принимают тяжелый характер, однако их локализация обычно не бывает точно определенной и место болей указывается большой не точно, а с известной степенью приблизительности.

Симптом болей, характер, время появления и исчезновения, их локализация имеют большое клиническое и диагностическое значение и требуют тщательной оценки врача.

При гинекологических заболеваниях обычно различают три различные группы болей соответственно их локализации: боли в крестце, боли в нижней части живота и боли, тянущие книзу.

Боли в крестце. Боли в крестце необходимо признать одной из наиболее распространенных жалоб у гинекологических больных. Однако крестцовые боли, как на это впервые указал Крениг, далеко не всегда являются следствием заболеваний половой сферы. Наоборот, очень часто источник их следует искать экстрагенитально.

Повседневная практика учит нас, кроме того, что жалобы женщины на боли в крестце очень часто совершенно не соответствуют крестцовой области и что если мы зададимся целью каждый раз проверять более точно топографию болей, которые отмечаются больными как боли в крестце, то мы нередко будем находить болезненное место не в *regio sacralis*, а значительно выше — в нижнем отделе *regio lumbalis* или даже в верхнем отделе этой области. В других случаях при жалобах на боли в крестце мы найдем болезненность в области копчика.

Немалое значение имеет и то, что боли, исходящие из половой сферы и локализующиеся в крестце, располагаются симметрично, тогда как боли в расположенной выше люмбальной области хотя также определяются по средней линии, но в некоторых случаях и несколько сбоку.

Несомненно, что гинекологические формы заболевания могут приводить к выраженным болям в области крестца. Подробно об этих болях мы будем говорить в соответствующих главах, здесь же только укажем, что опущения и выпадения половых органов, неправильные положения органов, особенно матки, как *retro-versio-flexio uteri*, воспалительные процессы в тазу, скопление гноя и крови в дугласовом пространстве, ущемление между маткой и крестцом опухолей яичников (кисты), — все эти гинекологические формы заболеваний могут вести к болям в крестце, которые быстро исчезают, если нам удастся устранить причину их: удалить кисту, выправить *retro-versio*, опорожнить дугласово пространство и пр.

Необходимо далее запомнить, что иной раз даже очень сильные боли в крестце являются следствием **с е к с у а л ь н о й н е в р а с т е н и и**, например у мо-

лодых девушек после продолжительной мастурбации, у замужних же — после многих лет применения coitus interruptus.

В этих случаях дело часто идет о лицах, неустойчивых в первом отношении, с выраженной астенической конституцией, анемией или хлорозом.

К крестцовым болям генитального происхождения следует отнести также боли, возникающие здесь иногда при отсутствии месячных кровотечений, по по времени совпадающие с их приходом (molimina menstrualia), и при болезненной менструации (dysmenorrhoea). Впрочем, в этих случаях основные боли нередко заглушают боли в крестце.

В большинстве же случаев крестцовые и люмбальные боли являются следствием экстрагенитальных заболеваний, своевременное определение которых имеет большое значение для диагностики гинекологического страдания.

Из многочисленных причин экстрагенитальных крестцовых болей ниже мы отметим только наиболее часто встречающиеся. Боли в пояснице нередко возникают у женщин как следствие переутомления люмбо-сакральной мускулатуры или чрезмерного и длительного напряжения в крестцово-подвздошном или сакрально-люмбальном сочленении. Чаще всего эти боли возникают вследствие непривычки к работе, требующей длительного сохранения положения с согнутой спиной.

Особенно сильно могут быть выражены крестцовые боли у женщин, страдающих плоскостопием, требующим от них для сохранения лучшей статики особой нагрузки крестцово-поясничной мускулатуры.

Беременные в конце беременности, женщины с отвисшим животом, посетительницы больших опухолей матки или яичников также нередко жалуются на крестцовые боли, так как они принуждены для сохранения равновесия отклонять все туловище назад, что ведет к перегрузке упомянутой мускулатуры. По тем же причинам мы можем встретить эти боли у женщин, носящих обувь с высокими каблуками или по каким-либо причинам (беременность) отказывающихся от ношения привычного для них корсета.

Ряд патологических процессов экстрагенитального порядка может сопровождаться болями в пояснице, отражающимися также и в крестец. Так, нельзя забывать о возможности начинающегося caries поясничных позвонков. Отмечены метастазы в позвоночник после операций рака. Необходимо также отметить часто наблюдаемое у женщин lumbago, которое может принимать затяжной характер, и нередкие у женщин подагрические процессы.

К болям в крестце и пояснице могут вести также заболевания уропозитической системы: заболевания мочеточников, пиелит и воспаление почек.

Жалобы на боли в нижней части живота, как и жалобы на боли в крестце, очень распространены.

Гальбан предлагает при определении топографии болей в нижней части живота проводить две линии: между пупком и spina ilei anterior superior dextra et sinistra. Боли, возникающие в половых органах, обычно располагаются внизу от этих линий. Если при пальпации мы убеждаемся, что боли нарастают по направлению к низу, вероятно, дело идет о генитальных болях; боли кверху от этих линий обычно экстрагенитального происхождения.

Заболевания труб и яичников, параметритические и периметритические экссудаты, даже в хронической форме, могут давать довольно сильные боли, особенно при глубокой пальпации со стороны передней брюшной стенки.

Однако при этом мы встречаемся с большими трудностями, особенно при пальпации правой части живота, так как приходится дифференцировать боли генитального происхождения от болей, возникающих при аппендиците, тифлите и перитифлите. Трудности в определении локализации болей может представить и пиелит, который в некоторых случаях ведет к симптомам и болям, вначале чрезвычайно сходным с аппендицитом.

Боли генитального происхождения, локализующиеся слева, иной раз могут быть смешаны с болями, развивающимися при сигмоидите и перисигмоидите, и даже с болями, возникающими вследствие опущения почки.

Необходимо всегда принимать во внимание, что боли, определяемые нами при пальпации, могут исходить не из брюшных органов, а развиваться в самой брюшной стенке в форме гиперестезий ее кожи, абсцессов, флегмон и особенно грыж белой линии.

Наконец, нередко мы слышим от больных жалобы на очень неприятное и даже тягостное чувство опущения, как будто у них что-то опускается и выпадает в направлении влагалища. Обычно определить происхождение этого болезненного симптома не представляет трудности, так как одновременно с появлением этих болей можно наблюдать и явные признаки опущения стенок влагалища и матки. Очень часто при этом мы имеем дело с женщиной, недавно родившей, особенно если роды были закончены щипцами. У этих женщин мы можем обнаружить нередко и разрыв промежности, а также и слабость, и недостаточное энергичное сокращение мускулатуры тазового дна.

Необходимо отметить, что чувство выпадения и опущения мы можем встретить и у женщин, у которых не удается обнаружить никаких объективных изменений в строении и функции тазовых органов. В таких случаях мы обычно определяем общую конституциональную недостаточность, главным образом астению, сопровождающуюся обычно общим истощением всех внутренних органов, в том числе и половых.

III. РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЦИИ

В одной из предыдущих глав мы уже познакомились с ходом процессов менструального цикла и с самой менструацией.

Как мы видели, периодическое появление менструальных кровопотерь тесно связано с циклическими процессами, протекающими в яичнике. Своевременность созревания примордиальных фолликулов и переход их в графовы фолликулы, а затем равномерность циклического развития желтого тела — вот те условия, которые ведут к развитию равномерного менструального цикла, своевременному появлению самой менструации, ее нормальной продолжительности и нормальной силе менструальных кровопотерь.

Расстройства оварияльного цикла ведут к целому ряду расстройств менструации, имеющих громадное значение в патологии гинекологических заболеваний.

Количество гинекологических заболеваний, которые не сопровождаются тем или иным расстройством менструации, очень велико. К этому еще следует добавить, что и экстрагенитальные заболевания могут нередко вести к тяжелым расстройствам менструации, особенно потому, что секреторная деятельность яичника, процессы созревания в нем фолликулов и образования желтых тел в значительной мере зависят от общих нервно-психических и трофических условий.

Громадное симптоматическое и диагностическое значение различных расстройств менструации требует от нас умения точно их регистрировать, выбрав для этого какой-либо легко выполнимый метод, которым без особых затруднений могла бы пользоваться сама женщина.

Этим требованиям вполне удовлетворяет способ, предложенный Кальтенбахом (Kaltenbach), составившим очень простую и наглядную схему, на которой женщина может отметить карандашом время появления менструации, длительность ее и силу кровопотери (рис. 104).

Как уже было отмечено и как это видно из прилагаемой схемы, нормальная менструация повторяется чаще всего каждый 28-й день, длится в среднем 3—4 дня и почти не сопровождается какими-либо обременяющими женщину субъективными ощущениями. Количество крови, теряемое женщиной, не отражается на общем состоянии ее здоровья.

Такой тип менструации мы можем назвать нормальной менструацией, или эменорреей (eumenorrhoea); отклонения от нее проявляются в следующем: 1) удлинение или укорочение интервала между отдельными менструациями; 2) большая длительность самой менструации; 3) усиление кровопотери; 4) тягостные субъективные ощущения при менструации.

Если менструация отсутствует и не появляется в нормальный для нее срок, принято говорить об аменорhoeа.

Если менструация приходит с меньшими промежутками, чем это свойственно данной женщине, можно говорить о полименорhoeа.

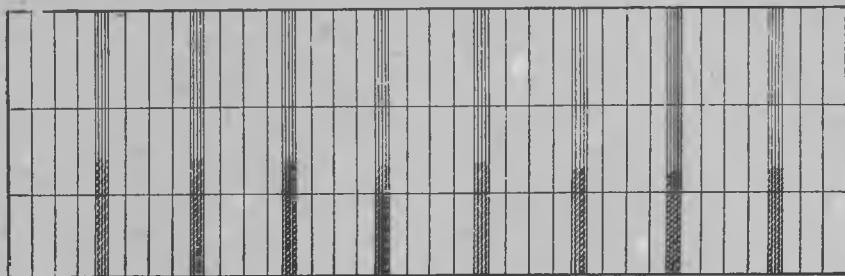


Рис. 104. Схема нормальных менструальных циклов. По Кальтенбаху.

Чрезмерно сильная или длящаяся больше обычного числа дней менструация носит название менорrhagia (рис. 105). Чрезмерно скудную менструацию мы называем гипоменорhoeа (рис. 106). При болях во время менструации мы

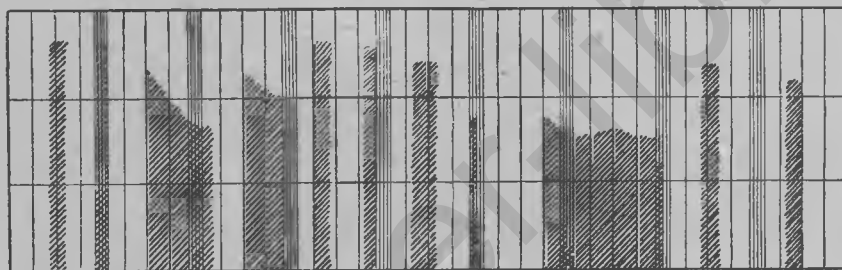


Рис. 105. Меноррагия при половом созревании.

говорим об алгоменорhoeа — если боли ощущаются только в половой сфере, и о дисменорhoeа — если боли ощущаются не только в области половой сферы, но носят и общий характер (головные боли, мигрени, рвота, тяжесть подложечкой);

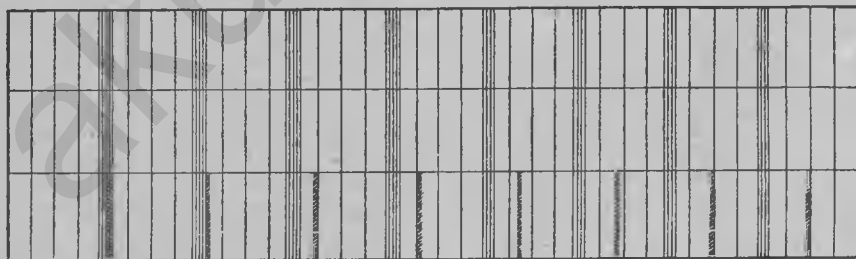


Рис. 106. Гипоменоррея.

В противоположность менорrhagia говорят о метрорrhagia, если кровопотери не зависят от циклических процессов в яичниках, а являются кровотечениями какого-либо иного местного происхождения, как, например, при распаде рака шейки или рака полости матки, при аборте, тубарном аборте, предлежании детского места и пр.

К патологии менструации можно отнести также чрезмерно раннее появление менструации, что равносильно раннему половому созреванию и носит название *menstruatio praecox*, и чрезмерно позднее наступление ее, значительно позже нормального срока — *menstruatio tarda*.

Ниже мы рассмотрим главнейшие, чаще всего наблюдаемые формы расстройства менструации.

1. *Menstruatio praecox*

Menstruatio praecox, совпадающая с преждевременным половым созреванием девочек, наблюдается сравнительно нередко. Довольно часто можно наблюдать девочек, у которых мenses впервые приходят на 10-м году, но появление месячных ранее 10-го года относится уже к редким явлениям.

Описаны случаи появления мenses у девочек 6 лет. В громадном большинстве случаев такое раннее появление менструации сопровождается и ранним появлением вторичных половых признаков: груди увеличиваются, наружные половые органы принимают такой же вид, как у взрослых. Появляется волосистость на лобке и в подмышечных впадинах, таз принимает очертания таза взрослой девушки. Нередко у этих девочек выявляется и половое чувство, которое может привести их к мастурбации и даже к половым сношениям и наступлению беременности.

Психика и умственное развитие таких преждевременно созревших девочек обычно не соответствуют их физическому развитию.

Этиология преждевременного полового созревания и *menstruatio praecox* не вполне выяснена. Аномалия эта наблюдается при гидроцефалии и опухолях в яичниках, особенно саркомах и тератомах. Описаны подобные случаи и при опухолях в надпочечниках, *сиринге маммиларии* и в гипофизе.

Гофмейер (*Hofmeier*) сообщает случай, когда у 5-летней девочки после удаления тератомы яичника преждевременно наступившие менструации исчезли, а выросшие и сбритые для операции волосы на лобке больше не появлялись.

В противоположность *menstruatio praecox*, *menstruatio tarda* — запоздавшая менструация — свидетельствует о позднем развитии и позднем начале функционирования половых желез. Случай первого появления менструации (*menarche*) на 17-м году нередки. В более редких случаях менструация появляется только на 20—21-м году, иногда уже после того, как женщина вступает в брак и начинает жить половой жизнью.

Menstruatio tarda нередко совпадает с выраженным инфантилизмом, хотя бывают случаи, когда никаких явлений недоразвитости мы определить не можем.

Позднее наступление месячных обычно сопровождается ранним их прекращением, иначе — ранним наступлением климактерического периода.

2. Аменоррея (*amenorrhoea*)

К этой группе расстройств менструации относится не только полное отсутствие менструаций, аменоррея, но и гипомеоррея, когда крови приходят, но в крайне незначительном количестве, и олигоменоррея — менструация, появляющаяся очень редко. Наконец, сюда же могут быть отнесены и случаи крайне скудной и одновременно крайне редкой менструации, так называемой гипо-олигоменорреи.

Можно различать следующие виды аменорреи: физиологическую, искусственную и патологическую.

Как мы уже видели, аменоррея характерна для целого ряда физиологических состояний. Так, в детстве (до 14 лет) и в зрелом возрасте (приблизительно после 45 лет) женщина не менструирует. Не менструирует женщина и в период беременности и в 50% случаев в период лактации, кормления грудью.

Можно искусственно прекратить менструации. Мы уже видели, что удаление яичников ведет к выпадению менструальных циклов и к прекращению менструальных кровопотерь. Систематически в течение ряда дней производя выпрыскивания

в полость матки ряда растворов, особенно *tinctura jodi*, можно иной раз вызвать длительную аменоррею.

Причины патологической аменорреи могут или носить местный характер, или быть общими.

У молодых девушек, страдающих аменорреей, чаще всего дело идет о недоразвитии матки и особенно яичников.

У женщин, страдающих аменорреей, наблюдается недоразвитие яичника, чаще всего связанное с целым рядом явлений, свидетельствующих об общем инфантилизме. Однако я наблюдал женщину, никогда не посившую менструаций, по которой жила половой жизнью и несколько раз нормально рожала. Я не мог обнаружить у нее никаких выраженных признаков инфантилизма.

Несомненно, что тяжелые инфекционные заболевания, как тиф, скарлатина, холера, могут вести как к аменорреям, так и к меноррагиям. То же можно наблюдать при тяжелых септических страданиях и при расстройствах обмена (диабет, ожирение и др.).

В особую группу следует выделить форму аменорреи, описанную у нас впервые Ильиным под названием аменорреи военного времени.

Далеко не всегда причиной аменорреи военного времени является пониженное питание, особенно авитаминозная пища. В части случаев, вероятнее всего, главное значение здесь имеют перво-психические моменты, тяжелое беспокойство, заботы и волнения.

К этой же форме аменорреи можно причислить и те случаи, когда аменоррея развивается у совершенно здоровых девушек при перемене профессии, при переезде из деревни в город, особенно из одного климата в другой.

Наблюдаются случаи психической аменорреи, например, под влиянием испуга или боязни беременности (ложная беременность), а также при меланхолии, *dementia praecox*, прогрессивном параличе и *tabes*.

Наконец, необходимо упомянуть здесь об особых формах аменорреи, до сих пор не находящих себе удовлетворительного объяснения. Это — аменоррея, развивающаяся при мочевых свищах и исчезающая, как только свищ будет закрыт.

Следует помнить, что в некоторых случаях аменоррея развивается как предвестник туберкулезного процесса в легких, когда в самих легких даже опытный исследователь еще не находит никаких изменений.

Врожденный туберкулезный процесс может протекать как при явлениях аменорреи, так и с меноррагиями: туберкулезный эндометрит нередко сопровождается длительной аменорреей.

Наблюдаются случаи неполной аменорреи, когда крови появляются в очень небольшом количестве — *hypomenorrhoea*, или очень редко — *oligomenorrhoea*.

Случаи *hypomenorrhoea* — очень скудного выделения крови — чаще всего развиваются на той же почве, что и аменоррея.

Здесь следует еще упомянуть о так называемом *suppressio mensium* — внезапном прекращении уже начавшейся менструации. *Suppressio mensium* появляется как следствие какого-либо внезапного первого инсульта или острой простуды, например, промачивания ног. В этих случаях часто после некоторого периода аменорреи менструации снова появляются.

Наконец, уместно упомянуть еще о *викарирующих менструациях*, когда при явлениях аменорреи наступают периодические выделения крови в других органах (нос, ухо, глаз, желудок, легкие, кожа, язык и др.).

Я видел случай такой викарирующей менструации, продемонстрированный Долгановым, когда кровь у женщины каплями стекала с верхних век.

Диагностика аменорреи имеет задачей выяснить причины болезни. Важно, конечно, знать, была ли раньше у женщины менструация или данная женщина никогда не менструировала. Не менее важно выяснить, является ли аменоррея результатом общего болезненного состояния или дело идет о недостаточной функции яичников.

Для выявления форм функциональной аменорреи, т. е. аменорреи, появившейся как следствие недостаточной функции яичников, нам следует воспользоваться данными анамнеза и общего исследования. Может помочь и симптом

molimina menstrualia — боли и недомогание в те дни, когда должна появиться не приходящая менструация. *Molimina menstrualia* всегда укажут нам на то, что функция яичника не прекращалась.

С диагностической точки зрения имеет существенное значение так называемая *pseudoamenorrhoea*. В этих случаях дело идет о задержке менструальной крови где-либо по ходу полового канала вследствие зарастания его. Менструации в этих случаях имеются, но менструальная кровь не вытекает наружу, а задерживается под местом зарастания.

Терапия аменорреи столь же разнообразна, как и причины, обуславливающие ее.

Аменоррея, развившаяся на почве общих заболеваний, требует лечения именно этих заболеваний.

При функциональных случаях аменорреи мы всеми средствами должны поднимать и усилить деятельность яичников. Здесь усиленное питание, в соответствующих случаях меры диетического порядка, гидротерапия и электропроцедуры нередко дают разительные результаты.

Добиться появления менструаций мы можем иногда при функциональных аменорреях, правильно проводя лечение гормональными препаратами (фолликулин, фолликулен, менформон, прогинон и др.).

Можно в этих случаях проводить даже курс лечения, специально разработанный Цондеком: 9 дней — ежедневно внутримышечно 200 крысиных единиц (RE) пролана, после чего в течение 18 дней ежедневно инъекция фолликулина 1 см³ 40 МЕ (мышинных единиц) и рег оз таблетки от 100 до 500 МЕ. После этого 4-недельная пауза, затем курс снова повторяется.

Этот курс лечения может дать положительный результат только при аменорреях эндокринного происхождения. При тиреогенных формах к нему следует присоединить назначение тиреоидина. Цондек и Ашгейм указывают на возможность возникновения аменорреи как следствия накопления избытка пролана и овариальных гормонов — полигормональная аменоррея. Естественно, что в таких случаях гормональная терапия может дать только отрицательные результаты. Поэтому, приступая к лечению эндокринными препаратами, врач должен предварительно точно знать количество гормона, циркулирующего в организме, что определяется путем биологических реакций в специальных лабораториях.

3. Меноррагия (*menorrhagia*)

В физиологической части мы уже сообщали, что общая потеря менструальных выделений в среднем колеблется в пределах 50—200 г, причем чистой крови здесь содержится около 20—65 г.

Однако эти потери крови хотя и считаются нормальными, но колеблются в значительных пределах, особенно в сторону увеличения.

Потерю крови при менструации можно считать патологической только тогда, когда она отражается на общем состоянии организма, что выражается в общей слабости, бледности лица, сердцебиении, головных болях и пр.

Определение количества теряемой крови имеет для нас большое значение, так как большие потери крови, не давая вначале никаких симптомов, постепенно обессиливают организм и могут незаметно приводить его к серьезным как местным, так и общим заболеваниям.

К сожалению, мы не располагаем точной методикой определения количества теряемой крови. Практически можно судить об этом по количеству менструальных бинтов-прокладок, которые каждая женщина должна носить при менструации (см. ниже), или на основании анамнеза.

При потерях крови, соответствующих норме, менструальная кровь не свертывается. Только при больших менструальных кровопотерях образуются кровавые сгустки. Поэтому указания больных на то, что кровь у них идет со сгустками, служит хорошим доказательством чрезмерно сильной менструации.

Menorrhagia — чрезмерно обильная менструация — может выражаться двояко:

во-первых, менструация значительно усиливается, но сохраняется прежний менструальный тип; в этих случаях можно говорить о *hypermenorrhoea*;

во-вторых, не только усиливаются менструации, но и интервалы между ними сокращаются; в этих случаях следует говорить о *polyhypermenorrhoea*.

Простое усиление менструальных потерь — гиперменоррhoeа — должно найти себе объяснение в понижении сократительной способности матки, стенка которой не в состоянии зажать сосуды, находящиеся в ней, и в усилении предменструальной гиперемии. Polymenorrhoeа же объясняется ускорением процессов созревания фолликулов или чрезмерно быстрым созреванием желтого тела (Шредер).

Из различных клинических форм меноррагий две формы — меноррагии периода полового созревания женщины и меноррагии преклимактерического периода, полового увядания — имеют много общего. В обоих случаях дело идет об эндокринной дисгармонии, объясняющейся тем, что в период полового созревания в систему эндокринных желез вступает в первые новая мощная половая железа, — начинающий функционировать яичник с образующимися в нем желтыми телами, вследствие чего вся эндокринная система должна перестроиться на иной лад.

При кровотечениях преклимактерических и климактерических имеет место обратный процесс. Из эндокринной системы выключается работа половой железы, что нарушает уже имеющееся равновесие и требует нового сложного процесса приспособления.

Несомненно также, что как при меноррагиях периода созревания, так и при меноррагиях преклимактерического периода могут играть известную роль и другие, в том числе и экстрагенитальные, процессы.

Меноррагия периода полового созревания (ювенильные кровотечения). Нередко первые менструации у девочек проходят очень тяжело. Не говоря уже о сильных болях, о чем речь будет ниже, девочка теряет громадное количество крови. Менструация может затягиваться на ряд дней и возобновляться после короткого перерыва. В этих случаях мы имеем дело с мепоррагией, которая может привести к тяжелейшему обескровливанию и даже окончиться летально [Штекель (Stoeckel)]. Чаще всего, однако, количество теряемой крови уменьшается, и менструация начинает приходить в установившемся цикле.

Как мы уже отмечали, причина этих так называемых ювенильных кровотечений стоит в связи с функциональной деятельностью яичников и прочих желез внутренней секреции.

Тяжелые формы ювенильных кровотечений можно встретить у девушек, страдающих гипертиреозом, при *dystrophia adiposo-genitalis*, при хлорозе и акромегалии и других конституциональных недостатках.

Но можно встретить эту же форму меноррагий при недостаточности сердечной деятельности, при привычных запорах, при мастурбации, у девушек, ведущих сидячий образ жизни, сидящих все время над книгами и не занимающихся спортом.

Меноррагии в преклимактерическом периоде. Эти меноррагии являются следствием выключения деятельности яичника и главным образом обуславливаются, по мнению Шредера, тем, что рост фолликула не заканчивается овуляцией и не происходит образования хорошо функционирующего желтого тела.

Это ведет иной раз к тяжелейшим кровопотерям, нарушению менструального цикла. Менструации не приходят по несколько месяцев, а затем наступает тягчайшее, трудно сдерживаемое кровотечение. Иногда менструации повторяются очень часто, с очень короткими светлыми промежутками. Это тяжелое состояние может внезапно прекратиться. Кровотечение навсегда прекращается, и наступает выздоровление.

Необходимо отметить, что прекращение менструации может вызвать ряд неприятных симптомов, объясняющихся выпадением функции яичников. Эти симптомы состоят в расстройстве вазомоторного аппарата и выражаются головными болями, внезапными приливами крови к голове, неприятным чувством ползания мурашек по спине, беспричинным внезапным потением и пр., о чем мы уже говорили в одной из предыдущих глав.

Меноррагии в период половой зрелости. В период половой зрелости мепоррагия является одним из частых симптомов самых раз-

личных не только гинекологических, но и общих заболеваний. Так, в этом периоде жизни женщины мы наблюдаем это расстройство менструации не только как следствие нарушения правильной функции яичника, закономерного развития в нем граафовых фолликулов, их своевременного лопания — овуляции — и образования нормального желтого тела, но и как следствие неправильного течения циклических изменений в слизистой матки и особенно нарушения сократительной деятельности мускулатуры матки.

В настоящее время следует считать установленным, что время появления менструального кровотечения, правильность интервалов и сила кровотечения зависят от количества овариальных гормонов, от времени овуляции и хода развития желтого тела, в то время как длительность менструации и отчасти количество кровопотерь зависят от состояния матки, от ее способности к сокращению.

Способствуют меноррагиям и все те моменты, которые ведут к гиперемии органов малого таза и могут сопровождать некоторые формы заболеваний генитального характера, а также и зависеть от общих заболеваний.

Так, мы встречаем меноррагии при хронических раздражениях органов малого таза, вызываемых длительной мастурбацией или так называемым *coitus reservatus*, при острых и хронических воспалительных процессах в малом тазу, главным образом при гонорее, при сращениях в полости таза, особенно сопровождающихся неправильным положением матки, как загиб ее кзади (*retroflexio uteri*).

Мы можем наблюдать меноррагии при ряде общих заболеваний, вызывающих застой в малом тазу, как пороки сердца, особенно сопровождающиеся расстройствами компенсации деятельности сердца, при тяжелых воспалениях легких, печени, при давлении, оказываемом большими опухолями в брюшной полости, при энтероптозах и хронических запорах.

Плохую сократительную способность маточной стенки, ведущую к меноррагиям, мы видим у больных при инфантилизме с его плохо развитой маткой, при миомах матки, особенно множественных, нарушающих правильность архитектоники матки, при воспалениях матки как хронических, так и острых в период преклимактерия, сопровождающихся склеротическими процессами в сосудах стенок матки.

К меноррагиям можно отнести и особый процесс, привлекающий в последнее время особенное внимание гинекологов, — геморрагическую метропатию (*metropathia haemorrhagica*), названную так Ашофом и Панковым (Pankow).

Болезнь эта, о которой еще будет речь впереди, клинически характеризуется частыми меноррагиями, нередко принимающими неравномерный характер, повышением секреции матки и увеличением тела матки.

Эта распространенная форма иной раз очень тяжелого заболевания, особенно часто наблюдающаяся в преклимактерическом периоде, объясняется Шредером как специальная аномалия деятельности яичника, которую он называет *folliculus persistens*. Сущность этого процесса, по Шредеру, состоит в том, что развивающийся и не доходящий до овуляции фолликул не дает возможности образоваться желтому телу. Длительное влияние такого нелопавшегося персистирующего фолликула ведет к резкой гиперемии слизистой матки. Отсутствие желтого тела не позволяет слизистой перейти в фазу десквамации. Менструация задерживается и наступает не как результат циклических процессов в яичнике, а вследствие того, что утолщенная слизистая матки начинает подвергаться некрозу с кровоизлияниями в нее, образуются отеки, что, в конце концов, и ведет к распаду слизистой и к кровотечению (рис. 107).



Рис. 107. *Metropathia haemorrhagica*.

Причины персистенции фолликулов неизвестны и объясняются аномалиями функциональной деятельности яичника.

Диагностика меноррагий и выяснение причин этого распространенного симптома будут нами изложены в соответствующих главах.

Так как меноррагии вызываются весьма разнообразными причинами, то и терапия их очень разнообразна. Из изложенного уже видно, что было бы неразумно подходить к лечению меноррагии всегда с одним и тем же методом, например, во всех случаях применять выскабливание матки или назначать сокращающие матку средства.

Как уже было раньше отмечено, кровотечения из половых органов не всегда бывают связаны с менструацией, вернее говоря, с циклическими процессами в яичнике, вызывающими менструацию.

Нередко кровотечения с циклом не связаны и должны быть отнесены не к меноррагиям, а к метроррагиям.

4. Метроррагия (metrorrhagia)

Чаще всего метроррагия является следствием: 1) нарушения беременности или послеродового периода или же 2) появляется в результате развивающихся в половых органах опухолей, чаще всего злокачественных.

К причинам первой категории относится прежде всего аборт и задержка в матке остатков плодного яйца. Метроррагии могут развиваться и на почве нарушающейся внематочной беременности, при которой кровотечение из наружных половых органов исходит не из трубы, а из слизистой матки. Слизистая эта, претерпевающая во время внематочной беременности децидуальные изменения, со смертью яйца разрушается и может служить источником кровотечений. К метроррагиям должны быть причислены и кровотечения при placenta praevia, и кровотечения при преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты.

Из опухолей, развивающихся в половой сфере, метроррагии может вызывать прежде всего распадающийся рак шейки матки и рак слизистой оболочки ее полости. Эти метроррагии имеют особое важное значение потому, что рак развивается у женщин в климактерическом возрасте. В этих случаях задача врача особенно ответственна и состоит в своевременной и правильной постановке диагноза, о чем речь будет впереди.

Кровотечения типа метроррагии могут давать и саркомы, и хорионэпителиомы, а в некоторых случаях даже простые шеечные полипы.

Наконец, следует помнить о возможности метроррагии в связи с травмой половых органов, особенно травмой sub coitu, которая может вести к сильнейшим кровотечениям при нарушении целости промежности, степок влагалища или даже при дефлорации в случае наличия толстого и неподатливого hymen.

5. Дисменоррея (dysmenorrhoea)

Как мы уже говорили, у большинства женщин и при нормальной менструации имеется известное недомогание; иногда оно может приобретать характер болей, подчас очень тяжелых; в таких случаях мы и говорим о дисменоррее — болезненных менструациях.

Дисменоррейные боли носят очень неопределенный характер. Чаще всего женщины, страдающие дисменорреей, жалуются на тупые или тянущие боли в нижней части живота или в крестце. В других случаях боли приобретают характер болезненных схваток, маточных колик, распространяющихся нередко на бедра. В ряде случаев появляются расстройства общего характера в виде усталости, головных болей, рвоты, мигрени.

Все эти расстройства могут появляться уже за несколько дней до менструации, продолжаются в течение всей менструации и оканчиваются только в ближайшие дни после нее. В других случаях они прекращаются с наступлением менструации.

Зейтц предлагает в тех случаях, когда боли наблюдаются только в половых органах, говорить об *algomenorrhoea*, при общих болях — *dysmenorrhoea* и, наконец, комбинацию обоих болезненных состояний — местных болей и общих расстройств — называть *algodysmenorrhoea*.

Я не могу отказаться от мысли, что часть случаев дисменорреи, несомненно, вызывается местными изменениями и аномалиями в половой сфере. Так, например, мы можем наблюдать дисменоррею в период острых и хронических заболеваний слизистой матки, при спайках воспалительного характера между маткой и соседними органами, при небольших миомах, сидящих в области внутреннего зева, при периметритах и при некоторых формах недоразвития матки. В этих случаях дисменоррея, вернее всего, может быть объяснена имеющимися механическими препятствиями для отхождения менструальной крови.

В то же время не подлежит сомнению, что во многих случаях местные явления не имеют никакого значения; тут дело идет об общей недостаточности организма (эссенциальная дисменоррея), именно об особых перво-психических условиях, связанных с недостатками конституционального развития данных больных. Так, например, формы дисменорреи даже при выраженной афтэфлексии, которые мы уже раньше объясняли, как правило, препятствиями со стороны внутреннего зева оттоку крови наружу, показывают нам, что такое механическое объяснение не всегда верно, хотя бы уже потому, что многие женщины с выраженной афтэфлексией не страдают дисменорреей, или потому, что даже после устранения *anteflexio* дисменоррея не прекращается.

И действительно, большинство женщин с дисменорреей принадлежит к полноценным конституциональным типам и нередко отличается психической неустойчивостью.

Так, дисменоррею мы можем встретить чаще всего у инфантиличек, особенно у выраженных астеничек, у страдающих истеро-европатией и рядом психических явлений вплоть до менструального психоза.

Особую форму дисменоррей представляет страдание, называемое *endometritis membranacea exfoliativa*. При каждой менструации у этих больных с тяжчайшими схваткообразными болями из полости матки выделяются хлопья слизистой, а иной раз и целиком вся слизистая в виде треугольного слепка с двумя отверстиями у верхнего края, соответствующими маточно-трубным отверстиям, и одним отверстием снизу — отверстием у внутреннего зева.

Микроскопическим исследованием можно установить, что дело идет здесь не об аборте (так как в выделенной ткани нет никаких ворсинок хориона), а о распадающейся слизистой оболочке матки.

Диагностировать дисменоррею нетрудно, труднее определить причину этого симптома.

Согласно нашим представлениям при лечении дисменорреи, обусловленной местными изменениями и ненормальностями, следует применять ряд местных мероприятий, как лечение противовоспалительное, расширение шейки, тампонада полости матки, устранение спаек и пр.

Лечение эссенциальных форм дисменорреи сводится к укреплению нервно-психического состояния методами климатотерапевтическими, диететическими, физиотерапией, гимнастикой и спортом.

В последнее время при лечении тяжелых форм дисменорреей Бахшт применил с успехом способ Котта и Лерича (Cotte, Leriche), состоящий в резекции *pl. hypogastricus superior*. Это нервное сплетение, как известно, помещается на уровне нижнего края IV и V поясничных позвонков и I и II крестцовых, располагаясь внизу от бифуркации аорты, что делает его вполне доступным для резекции. Котт сообщает о 125 успешно произведенных им таких операциях. Данная операция с успехом была применена и рядом других операторов, а потому заслуживает полного внимания при тяжелых, не поддающихся иному лечению тазовых болях.

С тех пор как Флисс (Fliss) указал на связь, существующую между половой сферой и слизистой носа (нижней носовой раковиной), некоторые врачи не без успеха начали лечить дисменоррею кокаиновой слизью слизистой носа путем смазывания определенных участков ее раствором кокаина или путем тампонады марлей, смоченной в растворе кокаина.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ

ГОРМОНОТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Применение ряда гормональных препаратов в гинекологической практике получает в последние годы все большее и большее распространение.

Конечно, даже самое беглое изложение обширной науки, которой является в настоящее время эндокринология, не может входить в плац настоящего учебника. Однако каждый врач должен быть знаком с рядом фактов, добытых, особенно в последнее время, в области эндокринологии, — фактов, без знания которых в настоящее время не мыслима работа сознательно относящегося к своему делу специалиста-гинеколога.

Прежде всего каждому из желающих ознакомиться с основами эндокринологии и пользоваться гормональными препаратами необходимо понять, что наше прежнее представление, согласно которому каждый гормон воздействует непосредственно только на определенный орган, совершенно не соответствует нашим современным знаниям.

Современная эндокринология стоит на той точке зрения, что все органы, обладающие гормональной способностью, связаны в одну замкнутую цепь, и любое изменение функции одного из звеньев этой сложной цепи неминуемо отражается на всей эндокринной системе.

Таким образом, большинство, а, пожалуй, даже и все случаи расстройств гормонального порядка должны выражаться в расстройстве не только того или иного эндокринного органа, а в громадном большинстве случаев должны иметь характер так называемых п о л и г л а н д у л я р н ы х расстройств, т. е. расстройств, вызываемых заболеваниями целого ряда эндокринных желез.

Учение о физиологии и патологии эндокринных органов осложняется тем, что гормональная система теснейшим образом связана с вегетативной нервной системой, а именно с ее симпатическим и парасимпатическим отделами.

В настоящее время действие г о р м о н о в, как называл впервые продукты внутрисекреторной работы некоторых желез Старлинг (Starling), обычно объясняется тем, что из места своего образования гормон выделяется в общий круг кровообращения и, разносясь по всему организму, воспринимается из крови рядом клеток и тканей, оказывая на них свое действие.

Таким образом, учение о гормонах и о механизме их распространения воскрешает в наше время старое гуморальное учение, так долго господствовавшее в медицине.

Даже поверхностное клиническое наблюдение, особенно при беременности, указывает нам, что половая сфера стоит в теснейшей связи с целым рядом желез внутренней секреции. Так, несомненная связь половой сферы с деятельностью надпочечников, поджелудочной железы и особенно щитовидной железы.

Но, конечно, наибольшего внимания акушера-гинеколога заслуживает половая железа — гонада — и именно женская гонада, и маленькая железа, расположенная у основания мозга, — гипофиз, особенно передняя его доля.

Благодаря ряду блестящих работ последних десятилетий ученых всех стран Европы и Америки, особенно благодаря работам Цондека, в настоящее время

можно считать доказанным путем точных экспериментальных исследований, что как яичник с его желтыми телами, так и гипофиз, особенно его передняя доля, выделяют гормоны, взаимодействующие друг на друга и вызывающие ряд сексуальных изменений, способствующих основному биологическому процессу — размножению. В этом важнейшем биологическом процессе активная — первичная — роль, повидимому, принадлежит гипофизу, а вторичная — подчиненная, если так можно выразиться — половой железе, яичнику.

Для лучшего понимания и усвоения этой новой и увлекательной страницы физиологии мы остановимся на кратком изложении эндокринных процессов, имеющих место в этих обоих органах, и на взаимной связи этих процессов.

Яичник. В настоящее время можно считать установленным, что яичник во всяком случае выделяет не менее двух различных половых гормонов: а) гормон, являющийся продуктом фолликулярного аппарата, а потому чаще всего называемый **ф о л л и к у л и н о м**, и б) гормон, вырабатываемый желтым телом, несомненной железой внутренней секреции. Последний гормон чаще всего называется **л ю т е о г о р м о н о м**.

Первый из этих гормонов, фолликулин, как это доказано многочисленными экспериментами на животных и как мы уже говорили в главе о менструальном цикле, обуславливает изменения в слизистой оболочке матки, характерные для фазы пролиферации. Второй гормон, гормон желтого тела, ведет к тому, что находящаяся под воздействием фолликулина слизистая оболочка матки претерпевает дальнейшие изменения и переходит в фазу секреторную и прегравидарную.

Образующийся в фолликулах яичника фолликулин после разрыва фолликула и образования из него желтого тела вначале определяется и в желтом теле, но, как только эта железа достигнет стадии полного развития и начнет дегенерировать, фолликулин из нее исчезает, и железа эта начинает вырабатывать второй гормон яичника — гормон желтого тела — лютин или лютеогормон.

Фолликулин, по Цондеку, образуется главным образом в *theca folliculi*, тогда как гранулезные клетки и их дальнейшие генерации — лютеиновые клетки — служат местом образования гормона желтого тела — лютеогормона.

Фолликулин в большом количестве встречается также в плацентарной ткани. Однако вопрос о том, может ли сама плацентарная ткань продуцировать фолликулин, или орган этот является просто складочным местом — депо для накопления фолликулина, образующегося в яичнике, — этот вопрос до настоящего времени не может считаться еще окончательно решенным.

Громадное значение в развитии учения о гормональной деятельности яичников и гипофиза имели казавшиеся вначале незначительными открытия американских авторов (Иванс-Лопг, Аллен-Дойзи), а главным образом Цондека, которые позволили разработать метод определения у живых животных тех различных фаз слизистой оболочки матки, которые предшествуют, соответствуют и следуют за течкой (*oestrus*) и которые в значительной степени аналогичны фазам менструального цикла у человека.

Возможность путем простой и достаточно точной методики определить ту или иную фазу эстрального цикла позволила экспериментально разрабатывать вопрос о появлении течки и менструации и значительно способствовала выяснению этого непонятного до последнего времени процесса.

Способ Аллен-Дойзи очень прост. У грызунов маленькой платиновой петлей берется секрет из влагалища. Капельки этого секрета наносят на предметное стекло и делают мазок, который рассматривают при сре них увеличениях микроскопа. Оказывается, что у грызунов, кроме циклических изменений в слизистой оболочке матки и влагалища, происходят изменения, легко определяемые по характеру мазка и соответствующие определенным фазам эстрального цикла. Так, в период фазы покоя, называемой *di-oestrus*, влагалищный секрет содержит в мазках лейкоциты и эпителий поверхностного эпителиального покрова; в период фазы пролиферации слизистой оболочки матки, называемый *pro-oestrus*, мы находим во влагалищном мазке только эпителий; в период течки, называемый *oestrus*, в мазке находят характерные глыбки, чешуйки, ороговевшие эпителиальные поверхностные клетки и, наконец, в период после течки, называемый *meta-oestrus*, — лейкоциты, эпителий и чешуйки.

У кастрированных животных цикл *oestrus* выпадает, как у женщин выпадает менструальный цикл. Поэтому в мазках, взятых из влагалища, мы никогда не находим чешуек.

Возможность определить момент наступления oestrus позволила Цондеку разработать крайне ценный метод количественного определения гормона, находящегося в испытуемой жидкости.

За единицу фолликулярного гормона Цондек считает то его минимальное количество, которое вызывает у кастрированного животного появление течки.

Так, мы определяем у кастрированной мыши то минимальное количество жидкости, которое приводит ее в состояние oestrus, и говорим о мышинной единице (1 ME — Mauseinheit). Такая же единица гормона может быть определена для крысы или кролика и обозначается как 1 RE (Ratteneinheit) или 1 KE (Kanincheneinheit).

Таким образом, полученный гормон может быть точно стандартизирован путем определения количества мышинных или других единиц, заключающихся в 1 см³ жидкости.

В настоящее время на препаратах фолликулина всегда обозначают количество мышинных единиц, содержащееся в 1 см³ данного препарата.

Изучение влияния фолликулина на половую систему животных убедило исследователей, что фолликулин вызывает в половой сфере животного те же явления, которые наблюдаются и при течке: слизистая набухает, в ней наблюдается разрастание желез, рога матки гиперемизируются, отекают и увеличиваются в 2—3 раза. Во влагалище появляются изменения, свойственные определенной фазе эстрального цикла. Вес всех половых органов значительно увеличивается.

Однако имеется и существенное различие: при приведении животного в состояние течки при помощи фолликулина мы никогда не находим в его яичниках изменений, имеющих при нормальной течке. Яичники остаются в состоянии покоя. Желтые тела и гиперемия тканей яичника отсутствуют.

Дальнейшее изучение действия фолликулина показало, что введение фолликулина ведет к появлению течки не только у половозрелых животных, но и у молодых инфантильных грызунов, еще не вступивших в период половой зрелости. Так, если маленького, весом в 6—8 г, мышку с недоразвитой половой сферой вводить фолликулин, ее половые органы быстро созревают, и в мазках, взятых из влагалища, появляются все признаки наступившего oestrus. Яичники в этих случаях остаются также не тронутыми процессом созревания.

Большой заслугой Цондека и Аншгейма является то, что эти два автора в совместной работе доказали, что фолликулин выделяется в больших количествах в моче беременных. Так, в конце беременности они находили в 1 л мочи беременной женщины в среднем около 12 000 ME фолликулина.

Количество фолликулина в моче у различных животных резко колеблется как в положительную, так и в отрицательную сторону. У кобылиц оно бывает очень велико и, по определению Цондека, доходит до 100 000 и более единиц в 1 л мочи.

Яичник женщины содержит сравнительно мало этого гормона. В 2—3 см³ фолликулярной жидкости, вытекающей из зрелого фолликула, содержится не более 8—10 ME фолликулина.

Количество выделяемого яичником фолликулина зависит и от физиологического состояния женщины: так, в начале беременности его немного; постепенно количество фолликулина нарастает и к концу беременности достигает максимума, почти критически падая после родов.

Наличие больших количеств фолликулина в моче беременных женщин и животных позволило ряду лабораторий добывать фолликулин из мочи в таких количествах, которые дают возможность пользоваться этим препаратом и с лечебной целью. При этом концентрация фолликулина в некоторых из выпускаемых препаратов может быть очень велика.

Харьковский институт эндокринологии изготавливает масляный раствор фолликулина, содержащий 100—200 ME в 1 см³.

В настоящее время определена химическая формула фолликулина и идут попытки добывать этот препарат синтетическим путем.

Как было отмечено, яичник выделяет, кроме фолликулина, второй гормон — гормон желтого тела, чаще всего называемый лютеогормоном.

Уже давно опытами Френкеля и моими было доказано, что желтое тело, несомненно, является железой внутренней секреции. Удаление желтых тел из яичников беременных животных ведет к прерыванию беременности (в ранние периоды ее).

Корнер (Corner) поставил ряд опытов, с несомненностью доказывающих, что желтое тело выделяет специальный гормон, отличный от гормона фолликулярного.

Если беременной самке после кастрации вводить экстракт из желтого тела, то чаще всего у нее не наступает обычного прерывания беременности, и животное донашивает до срока, а при тех же условиях опыта введение животным фолликулярного гормона не может предотвратить прерывания беременности.

Как мы уже отмечали, лютеогормон вызывает в слизистой оболочке матки секреторную фазу и переводит ее в прегравидарное состояние. Таким образом, он способствует имплантации приходящего в матку оплодотворенного яйца.

Но сверх того, как это доказано рядом исследователей, гормоны желтого тела у ряда животных, повидимому, и у человека, задерживают рост и созревание фолликулов и овуляцию. Этим и объясняется признаваемая некоторыми [Бумп (Bump)] невозможность вторичного зачатия при уже имеющейся беременности.

Пока гормон желтого тела добывается только из желтых тел беременных животных. Этим объясняется, что этот препарат сравнительно мало изучен и стоит очень дорого.

Дозировка гормона желтого тела по своей точности значительно уступает точности дозировки фолликулина. Чаще всего при этом пользуются так называемым тестом Клауберга. Тест этот состоит в том, что инфантильному животному (кролику), предварительно подготовленному фолликулином, т. е. у которого слизистая оболочка приведена в состояние пролиферации, вводится экстракт из желтого тела, что должно повести к переходу слизистой оболочки в стадию секреторную и прегравидарную. Более распространен в настоящее время тест Корнера, проводимый на крольчихах.

Гипофиз. Как уже было отмечено, особо важное значение в физиологии женской половой сферы имеет гипофиз.

Согласно современным представлениям, яичник даже не является самостоятельно функционирующим органом, и его физиологические отправления теснейшим образом связаны с гипофизом и даже подчинены влиянию гормональной деятельности передней доли этой железы.

Мы не можем здесь подробнее останавливаться на огромном значении гипофиза в общей физиологии организма. Отметим только, что уже в настоящее время в нем определено более 11 различных активно действующих гормонов.

Из этих гормонов мы хотели бы упомянуть только о четырех, наиболее изученных и образующихся только в передней доле этой железы: пролактин А, пролактин В, особый гормон роста и гормон обмена веществ.

Из этих четырех гормонов нас интересуют по преимуществу первые два: пролактин А и пролактин В, так называемые сексуальные гормоны передней доли гипофиза, или гонадотропные гормоны, т. е. проявляющие свое влияние на половую железу.

Открытием пролактинов мы обязаны главным образом Цондеку.

Рядом блестящих экспериментов этот ученый доказал с поразительной ясностью, что если самкам животных (грызунов, главным образом мышей) с удаленными половыми железами или инфантильным мышам с еще не функционирующей половой сферой пересадить ткань яичника, содержащую фолликулы, или впрыскивать фолликулиц, то у них появляется течка.

То же явление можно получить, если пересаживать инфантильным животным ткань передней доли гипофиза, но при этом течка появится только у тех животных, у которых сохранен яичник.

Введение пролактин или пересадка кусочков передней доли гипофиза у кастрированных животных течки не вызывает, и тест появления чешуек в мазках из влагалища отсутствует.

Эти наблюдения позволили Цондеку создать теорию, формулирующую им кратко следующим образом: передняя доля гипофиза является мотором для деятельности яичника. Иначе — гормон передней доли гипофиза, названный Цондеком пролактин, является первичной силой, приводящей в действие фолликулярный аппарат, выделяющий фолликулиц и гормон желтого тела, которые, в свою очередь, воздействуя на матку, ведут к появлению в пей и во всем половом аппарате явлений oestrus.

Вот почему при отсутствии яичников у кастрированных животных, когда исключена возможность образования яичниковых гормонов, пролактин, введенный в их организм, не вызывает явлений течки.

Наблюдаемые при пролактинизации животных явления привели Цондека к выводу, что передняя доля гипофиза вырабатывает не один, а два вида пролактинов: пролактин А и пролактин В, различные по своему физиологическому действию.

По мнению Цондека, пролактин А, воздействуя на фолликулярный аппарат яичника, ведет к образованию в этом органе фолликулина, а пролактин В вызывает

лютеинизацию развившихся фолликулов, следовательно, способствует выделению гормона желтого тела, а через него — переходу фазы пролиферации в слизистую оболочку матки в фазу секреторную и прегравидарную.

Эффект воздействия пролана на яичник оценивается Цондеком на основании трех реакций, которые могут наблюдаться в яичнике проланизированных животных:

п е р в а я р е а к ц и я состоит в том, что под влиянием введенного пролана у животного появляется течка, а в яичниках его находят созревающие фолликулы и наблюдают овуляцию;

в т о р а я р е а к ц и я — появление в яичниках многочисленных точечных кровоизлияний в полость увеличившихся фолликулов;

н а к о н е ц, т р е т ь я р е а к ц и я — лютеинизация фолликулов, иначе — переход гранулезных клеток и части клеток theca folliculi в лютеиновые и образование многочисленных желтых (атретических) тел.

Имеет ли место образование в передней доле гипофиза двух проланов, как это доказывает Цондек, вопрос этот в настоящее время еще нельзя считать решенным. По крайней мере такие компетентные исследователи, как Иванс и Лакер, считают, что фолликулинизация и лютеинизация яичников обуславливаются одним и тем же гормоном, который в меньших количествах ведет к созреванию фолликулов, а в больших — к лютеинизации их.

Как доказано Цондеком и Ашгеймом, количество пролана, выделяемого гипофизом, подвержено большим колебаниям. При этом все излишки этого гипофизарного гормона, как и яичникового гормона — фолликулина, выносятся из организма мочой.

Во время как количество фолликулина в моче, как было отмечено, в начале беременности бывает невелико и постепенно нарастает к концу беременности, наибольшее количество пролана приходится именно на самые ранние периоды беременности и постепенно падает к концу ее.

Наличие большого количества пролана в моче жещин первых месяцев беременности и дало возможность Цондеку и Ашгейму построить диагностическую реакцию на беременность, о которой говорилось в курсе акушерства.

ОСНОВЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Из многочисленных гормональных препаратов, которыми приходится пользоваться в борьбе с рядом гинекологических заболеваний, прежде всего необходимо отметить фолликулин, пролан и гормон желтого тела.

Наиболее доступен, несомненно, фолликулин: он термостоек, легко растворяется в ряде растворителей и имеется в большом количестве в моче беременных; в настоящее время у нас в СССР он вырабатывается целым рядом лабораторий и фабрик.

Гормональные препараты желтого тела реже применяются с терапевтической целью, так как количество и качество этого препарата значительно уступают препаратам фолликулина.

Это объясняется прежде всего тем, что нам мало известна химическая структура лютина. Кроме того, этот препарат пока добывается только из желтых тел, которые нельзя получать в неограниченном количестве, почему он и обходится сравнительно дорого.

К тому же стандартизация гормона желтого тела сложна и, как мы уже говорили, недостаточно точна; вот почему, применяя препараты этого гормона, мы никогда не можем быть уверены в правильности назначаемых нами доз.

У нас препараты гормонов желтого тела вырабатываются в виде водного раствора под названием лютеогландоль. Он точно не стандартизирован, и обычно пользуются дозой в 1 см³ жидкости.

Из гормонов передней доли гипофиза — проланов — пока выпускается только один общий препарат — пролан, да и то в очень ограниченном количестве. вследствие того, что пока мы очень мало знаем о химической структуре пролана: кроме того, препарат этот очень нестойк и сравнительно быстро разрушается в растворах. Добывается как из мочи беременных, так и из гипофиза.

Пролан, как уже было отмечено, — препарат, крайне нестойкий, а потому им можно пользоваться только в виде свежеприготовленного раствора.

Неоднократно высказывалось мнение, что гормоны, добываемые из мочи, обладают меньшей активностью, чем препараты, добываемые из желез. В моче, по мнению ряда авторов, находятся уже не гормоны, а только их дериваты.

Цондек на основании своего обширного опыта отвергает эту точку зрения, утверждая, что как по химическим и физическим свойствам, так и по биологическому действию пролан из гипофиза и пролан из мочи совершенно тождественны.

До последнего времени яичниковые гормоны — фолликулин и лютин — обычно получались в водных растворах, заключавших в 1 см³ раствора 40 МЕ гормона.

Выяснившаяся в последнее время необходимость вводить большие количества фолликулина привела к тому, что количество мышинных единиц в 1 см³ было значительно повышено и, как было указано выше, пользуясь масляными растворами, мы можем вводить одним уколом значительно больше 250 МЕ гормона.

Хотя, как выяснилось в последнее время, можно ввести в организм очень большое количество фолликулина, не нанося вреда больной, введение больших количеств гипофизарных сексуальных гормонов может, несомненно, оказаться вредным, так как чрезмерная лютеинизация фолликулярного аппарата может повести к гибели его. Поэтому введение пролана требует особой осторожности.

Из приведенного мы видим, что рациональное использование гормональных препаратов очень часто представляет немалые трудности, причем ни в коем случае нельзя ограничиваться учетом одних симптомов болезни.

Применяющим гормонотерапию неоднократно приходилось наблюдать, что у больных с одними и теми же симптомами и с одинаковыми как будто объективными изменениями в половых органах введение одного и того же гормона в одном случае дает разительно блестящий результат, в другом же оканчивается полной неудачей.

Более тщательное изучение больных указало нам, что при одном и том же расстройстве менструации, например, при аменоррее или меноррагии, в организме больной можно обнаружить и повышенное, и пониженное содержание фолликулина.

Из этого вытекает с несомненностью, что трафаретное применение эндокринных препаратов не может дать желаемого результата, а нередко может повести только к ухудшению болезненных симптомов.

Так, вводя фолликулин при аменоррее у больной с повышенным содержанием этого гормона в организме, мы, конечно, не достигнем цели, и во избежание таких неудач врач обязан в каждом случае расстройства менструации произвести подробное исследование больной, а при возможности и эндокринное обследование, и гормональный анализ.

К сожалению, такое обследование в настоящее время не всегда возможно в практической работе, а потому в большинстве случаев при использовании гормональных препаратов мы руководствуемся до сих пор тщательным клиническим наблюдением над действием введенного гормона.

ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ РАССТРОЙСТВ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Аменоррея и олигоменоррея являются частыми симптомами различных расстройств половой сферы женского организма, и очень нередко именно при них мы принуждены бываем прибегать к использованию гормональных препаратов.

Конечно, лечение аменорреи эндокринными препаратами может быть проведено с успехом только в тех случаях, когда аменоррея является симптомом того или иного расстройства эндокринной системы.

Аменоррея, развивающаяся на почве общих заболеваний после общих тяжелых инфекций, тяжелых потерь крови и пр., не подлежит гормональной терапии.

Аменоррея, являющаяся следствием недоразвития — гипоплазии яичников и нередко связанного с ней недоразвития матки, тем труднее поддается лечению, чем ярче выражено это недоразвитие.

В тяжелых случаях недоразвитий, особенно первичных врожденных, и гормональная терапия, обещавшая нам так много, также не дает благоприятных результатов.

Наоборот, при гипоплазиях матки, развившихся вторично, гормональная терапия нередко может дать разительные результаты: матка увеличивается, аменоррея прекращается, и иногда наступает беременность.

Во всех случаях гипоплазии яичников задача врача состоит в том, чтобы усилить функциональную деятельность яичников. Мы знаем, что этого можно достигнуть с помощью введения пролана.

Однако опыт показывает, что и фолликулин в этих случаях иногда может дать удовлетворительные результаты. Повидимому, матка, начинающая усиленно функционировать под влиянием вводимого в организм фолликулина, может в свою очередь вызвать повышенную деятельность яичников.

Цондек предлагает в таких случаях проводить лечение фолликулином по следующей схеме: 9 дней ежедневно по 100—200 RE пролана внутримышечно,

18 дней — фолликулин; от 10-го до 14-го дня 2 раза в день по 100 МЕ per os + 40—100 МЕ подкожно; от 16-го до 21-го дня 2 раза в день 200—300 МЕ per os + 100 МЕ подкожно; от 22-го до 27-го дня 2 раза в день 300—400 МЕ per os + 200 МЕ подкожно.

После этого курса — 4-недельная пауза, затем лечение снова повторяется 2—3 раза, каждый раз с 4-недельным перерывом.

В настоящее время, когда мы располагаем препаратами фолликулина особой силы, можно решиться на систематическое введение этого гормона в значительно больших дозах.

Описан ряд случаев, когда удавалось добиться появления менструации у женщины с удаленными яичниками. Правда, для этого требуется громадное количество фолликулина, достигающее 300 000 МЕ.

Едва ли, однако, организм может безнаказанно переносить введение таких больших количеств гормонов.

Лечение меноррагий — одна из труднейших и ответственнейших задач гинекологии; это зависит прежде всего от того, что мы еще плохо знакомы с истинной причиной таких кровотечений.

Даже в тех случаях, когда причиной кровотечения, несомненно, являются расстройства эндокриного порядка, обычно дело идет о недостаточности не одной какой-либо железы, а о расстройствах координации, о дисгармонии работы целого ряда эндокринных желез, что значительно усложняет терапию.

К таким сложным расстройствам, зависящим от нарушения функции целого ряда желез, а также целого ряда органов не эндокриного порядка, особенно первой системы, принадлежат, несомненно, наиболее частые и тяжелые кровотечения, которые мы встречаем в некоторых случаях в период появления менструации, так называемые ювенильные кровотечения и кровотечения климактерические — в период прекращения менструаций.

Конечно, не все ювенильные или климактерические кровотечения требуют лечения. Только в некоторых случаях кровотечения эти принимают характер очень тяжелых кровопотерь и требуют постоянного лечения, угрожая опасностью даже жизни больной.

В большинстве случаев эти тяжелые кровотечения связаны с предшествующим нарушением деятельности щитовидной железы.

Наконец, к кровотечениям, связанным с расстройством почти всей сети эндокриной системы, должны быть причислены и кровотечения, возникающие нередко в период полного расцвета половой системы при так называемой *metrorrhagia haemorrhagica*. Мы встречаем при ней тяжелейшие подчас кровотечения при полном отсутствии объективных изменений в половой сфере, которые могли бы привести к кровотечениям, как миомы, раки, саркомы матки, воспалительные процессы, нарушения положения органов и пр.

Однако к этим кровотечениям, несомненно, эндокриного порядка не следует относить кровотечения, развивающиеся на почве артериосклероза, расстройств кровообращения, кровотечения на почве субинволюции матки *post partum* и *post abortum*.

Во всех случаях, когда причины кровотечений неясны, всестороннее исследование женщины неизбежно. Под всесторонним исследованием мы подразумеваем не только исследование эндокриной системы, исследование всех органов и обмена веществ женского организма, но и подробное гинекологическое исследование, в том числе и диагностическое выскабливание с тщательным микроскопическим анализом полученного соскоба.

Именно это исследование дает нам нередко возможность определить основную причину кровотечений, гарантирует, что нами не будет упущена ранняя форма рака или саркомы, распад подслизистого полипа, различные виды послеабортных и послеродовых кровотечений и точно будет определено состояние слизистой оболочки матки, стоящее в связи с гормональной деятельностью яичников.

В несомненных случаях кровотечений эндокриного порядка, при которых путем исследования мы убеждаемся в отсутствии в организме (исследованием

мочи) излишних количеств фолликулина, введение этого препарата может давать успешные результаты.

При лечении преимущественно ювенильных кровотечений в последние годы было испробовано и действие гормона поджелудочной железы — и н с у л и н а.

Фогт (Vogt) отмечает, что инсулин обладает особенно сильной гемостатической способностью, и предлагает в этих случаях назначать большие дозы инсулина: ежедневно 2 раза по 20—25 единиц подкожно перед завтраком и обедом в продолжение 3—4 дней. Для того чтобы избежать могущих развиться явлений гипогликемии (головокружение, сердцебиение, возбужденное состояние, рвота, потение, а иной раз и чувство голода), он вводит с пищей значительное количество углеводов (30 г) в виде сахарной воды или сладкого земляничного сока.

В некоторых случаях можно проводить лечение меноррагий препаратами желтого тела, которые обладают свойством приостанавливать рост фолликулярного аппарата, а следовательно, и выделение фолликулина, и таким путем уменьшать явления пролиферации слизистой оболочки матки.

При меноррагиях, сопровождающихся расстройством функции щитовидной железы, можно ожидать выраженного эффекта при введении таким больным гормона этой железы — тиреоидина или тироксина.

Однако, прежде чем назначать эти препараты, всегда следует выяснить характер гормонального расстройства: имеется ли в данном случае гиперфункция или гипофункция щитовидной железы, что выясняется путем определения основного обмена у больной (повышение обмена связывается с гиперфункцией, понижение — с гипофункцией). Наконец, быстрота свертывания крови может дать нам ответ на этот вопрос, так как при гипертиреозидизме мы наблюдаем замедление свертывания крови, при гипофункции, наоборот, — выраженное ускорение этого процесса.

Несомненно, положительные результаты мы можем получить, применяя гормональные препараты и при ряде расстройств, сопровождающих климактерический период, как климактерические заболевания суставов, кожи и ряд нервных симптомов: приливы крови к голове, внезапное покраснение лица, расстройство зрения, тягостные поты — ипаче говоря, ряд расстройств первично-психического характера.

При всех этих расстройствах применяется та же терапия, как и при кровотечениях.

Мы видим из приведенного, что гормонотерапия находится еще в периоде изучения и что клиническое применение различных гормональных препаратов только в некоторых случаях имеет достаточное теоретическое обоснование. Тем не менее этот метод лечения может считаться и в настоящее время одним из наиболее обоснованных, и если мы пока еще не получаем от него стойких результатов, то это объясняется недостаточностью наших знаний в области применения гормонотерапии, а также и несовершенством вырабатываемых в настоящее время препаратов.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ

ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Так как женщина, кроме бытовой, общественной и профессиональной нагрузки, выполняет еще специальную биологическую, в высшей степени ответственную нагрузку по восстановлению вида, по выращиванию и воспитанию нового поколения, идущего на смену старому поколению, то, конечно, надо особенно заботиться об охране ее здоровья ввиду того, что с этим связана судьба и благополучие всех дальнейших поколений страны.

У нас в Стране советов забота о здоровье женщины и ее ребенка возложена на огромную сеть учреждений (организаций) охраны материнства и младенчества и является обязанностью, которую берет на себя государство, включившее охрану материнства и младенчества в общую систему здравоохранения.

Мы не можем подробно останавливаться на задачах и работе этой сложной системы охраны здоровья женщины, женщины-матери и ее ребенка и остановимся только на важнейших моментах гигиены и диететики женщины как производительницы новых поколений.

Гигиена и диететика женщины именно в вопросе половой ее деятельности, к сожалению, до сих пор остаются одной из наиболее слабых сторон современной науки о женщине.

В этой области царит полнейший эмпиризм, даже хуже — полное непонимание самых основных вопросов размножения. Кроме того, здесь имеется масса предрассудков, вредных обычаев, предвзятых мнений, причем все это обыкновенно прикрывается стыдливостью и непривычкой говорить о вопросах, которые часто имеют для женщины огромное значение.

Еще недавно каждая девушка получала все свои сведения по половым вопросам от столь же несведущей, как и она сама, матери, тетки, знакомой, подруги, соседки и пр. Еще недавно освещение вопросов пола не входило в обязанности врача, и важнейшая область половой жизни женщины прикрывалась тайной, о которой никто не решался говорить.

Только в связи с организацией у нас консультаций по материнству и правильной постановкой школьного дела вопросы полового воспитания, вопросы полового оздоровления и половой жизни начали находить научное освещение, и врач, вооруженный соответствующими научными данными, начал работать в области полового воспитания и половой гигиены женщины.

Несомненно, что зародышевая плазма и заложенные в ней наследственные особенности для каждого отдельного индивидуума имеют огромное влияние на всю дальнейшую его жизнь.

Нет никакого сомнения, что, улучшая общие гигиенические и диететические условия жизни женщины, мы можем влиять даже на особенности ее организма конституционального порядка и получить более стойкое, более здоровое поколение. Чем лучше будет обставлен у нас уход за новорожденными и грудными детьми, чем лучше будет поставлена гигиена дошкольного возраста и особенно возраста до половой зрелости и в период полового созревания, тем лучше мы подготовим женский организм к выполнению его двойной нагрузки как гражданки

и матери и тем полноценнее — и физически, и психически — будут дальнейшие поколения граждан Советской страны.

Врач, начиная свою работу по оздоровлению процессов размножения, конечно, должен отчетливо понимать, что половая жизнь женщины существеннейшим образом влияет на общее состояние ее здоровья. Хорошей матерью может быть только здоровая духом и телом женщина. Поэтому врач-гинеколог, занимающийся вопросами гигиены половой жизни женщины, должен стремиться создать для женщины улучшенные общие гигиенические условия ее жизни.

Мы знаем, какое огромное значение для развития организма человека имеют чистый воздух, солнечное освещение, рациональное питание и соблюдение чистоты.

Задачам общего укрепления всего организма у нас в Союзе придается огромное значение. Воздух, вода, солнце и свободное движение на свежем воздухе вошли в систему воспитания нашей молодежи. Из постановления Центрального комитета партии, относящегося еще к 1925 г., мы знаем, что физкультура, которой уделяется так много внимания в нашем Союзе, рассматривается не только с точки зрения физического воспитания и оздоровления, но и как одна из сторон культурно-хозяйственной и оборонной подготовки нашей молодежи, как один из методов воспитания масс и вместе с тем как средство сплочения широких рабочих и колхозных масс вокруг партийных, советских и профессиональных организаций.

Вопросы гигиены новорожденных и периода детства подробно освещены в специальных курсах акушерства, педиатрии и школьной гигиены. Поэтому, не останавливаясь на них и ограничиваясь только приведенными общими замечаниями, ниже мы вкратце изложим гигиенические мероприятия, специально относящиеся только к половой жизни. При этом по вопросам, касающимся гигиены процесса размножения — беременности, родов и послеродового периода, — мы отсылаем читателя к учебникам акушерства, в которых этому обычно и посвящают специальные главы.

1. ГИГИЕНА МЕНСТРУАЦИИ

Мы знаем, что половая сфера женщины представляет непрерывную полую трубку, непосредственно соединяющую брюшную полость с наружной поверхностью тела относительно открытым каналом.

Это диктует для женщины необходимость соблюдения чистоты и тщательного ухода за наружными половыми органами, из которых инфекция по половому каналу легко может проникнуть вглубь организма.

Особенно важно соблюдать чистоту в период менструации, когда повышенная секреция органов и разрушающаяся слизистая оболочка матки представляют особо благоприятные условия для развития инфекции и когда естественные защитные приспособления как во влагалище, так и в шейке матки оказываются значительно пониженными, а сам половой канал более разрыхлен и доступен для проникновения через него инфекции.

Как велики предрассудки в области половых вопросов, видно именно на менструации. Еще недавно среди многих, особенно среди некультурных женщин, было очень широко распространено мнение, что в период менструации женщина не должна обмывать половых органов; она даже не должна сменять белье, пока не закончится менструация. Теперь каждая женщина хорошо знает, что соблюдение полнейшей чистоты при менструации необходимо для ее здоровья. Каждая менструирующая женщина должна два раза в день, лучше всего утром и вечером, тщательно обмывать теплой водой с мылом свои половые органы и соседние участки тела, смоченные кровью, обтирать их досуха мягким чистым полотенцем и носить в период менструации с п е ц и а л ь н ы й б и н т.

Бинт этот каждая женщина может очень легко изготовить сама из чистого полотняного или бумажного старого мягкого полотенца шириной около 42 см и длиной 96 см, сшив его кольцом. Этот бинт при употреблении складывается по длине в 4 раза (рис. 108) и привешивается, закрывая половые органы, на

пояс, сделанный из обычной тесьмы. Можно пользоваться и специальными прокладками, продающимися уже в стерилизованном виде. Очень важно, чтобы бинт был сделан из мягкого материала, хорошо прилегал к паружным половым органам, не раздражал их при ходьбе и легко снимался перед мочеиспусканием и дефекацией. Во время менструации во избежание загрязнения следует носить панталоны, зимой же во избежание простуды — даже теплые.

В период менструации здоровая женщина не должна спринцеваться и может прибегать к этому только по специальному назначению врача.

Врач должен обращать внимание и на общее поведение женщины в период менструации. Совершенно неправильно смотреть на нормально протекающую менструацию как на патологическое состояние и предписывать женщине соблюдать полный покой и отказываться от обычной для нее деятельности как бытовой, так и профессиональной. Однако неправильна и противоположная точка зрения, что менструирующая женщина совершенно не нуждается в каких бы то ни было ограничениях.

В период менструации большинство женщин чувствует себя слабее; они быстро утомляются, становятся более восприимчивыми к различным как физическим, так и психическим воздействиям. У слабых и малокровных женщин нередко во время менструации даже появляется естественная потребность в отдыхе, и, конечно, эту потребность следует удовлетворять. Но и совершенно здоровые, цветущие женщины, легко переносящие менструацию, должны помнить об ее влиянии на весь организм и в менструальные периоды стараться избегать больших физических напряжений, психических раздражений, посещения многолюдных собраний, раздражающих и возбуждающе действующих зрелищ и пр. Конечно, в эти периоды следует избегать длительных поездок, особенно по тряским дорогам и на велосипеде.



Рис. 108. Менструальный бинт.

На время менструации следует прекратить и ряд физкультурных занятий, например, гимнастику на снарядах, катание на велосипеде, на коньках и лыжах, теннис, волейбол, танцы. Следует избегать приема холодных и горячих ванн, душей и особенно остерегаться простуды.

В гигиене менструации большое внимание следует уделять первому появлению менструации у девушки (menarche). Этот процесс, протекающий нередко очень тяжело, особенно у анемичных и хлоротичных девушек, иногда производит на них чрезвычайно тяжелое впечатление. Необходимо объяснить девочке, ожидающей прихода первой менструации, что менструация — необходимое для здоровой девушки и женщины явление, что в менструации нет ничего, что должно беспокоить ее, и одновременно надо указать на то, как важно для сохранения здоровья нормальное и гигиеническое проведение менструальных дней.

Женщины, живущие половой жизнью, также должны обращать особое внимание на гигиену менструации. На производствах с женским составом рабочих органы охраны труда и пункты охраны материнства должны стремиться устранить возможные производственные вредности. В отношении гигиены менструации особое значение имеет устранение производственной пыли: необходимо все шире и шире разворачивать борьбу за устройство хорошей вентиляции в рабочих помещениях, за устройство душей и туалетных.

Женщина, работающая на производстве, в котором приходится иметь дело с отравляющими веществами, как ртуть, свинец, анилиновые краски и пр., должна особенно тщательно соблюдать правила гигиены менструации.

Конечно, половые сношения во время менструации должны быть строжайшим образом запрещены. К сожалению, это запрещение не всегда выполняется супругами, особенно желающими иметь ребенка, так как до сих пор среди женщин распространено совершенно неверное мнение, что coitus во время менструации особенно плодотворен. Супруги должны знать, что именно в дни перед на-

ступлением менструации и во время нее половые сношения являются наименее predisposing к зачатию.

Певицы сены во время менструации не должны петь, так как, по мнению компетентных врачей, это значительно сокращает срок сохранения их голоса.

Наконец, следует еще отметить, что нередко применяемые женщинами горячие ножные ванны или горячие общие ванны с целью ускорить появление менструации могут оказать плохое действие, так как могут повести к кровотечениям, меноррагиям, а в некоторых случаях и к аменоррее — прекращению менструации, носящему название *suppressio mensium*, о чем говорилось раньше.

II. ГИГИЕНА ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Как известно, половая жизнь человека может происходить путем брачного сожителства мужчины с женщиной и путем случайных или кратковременных половых сношений. Брачующиеся должны наилучшим образом подходить друг к другу не только в грубо физиологическом смысле этого слова, но и по своим склонностям, вкусам, воззрениям и всему тому, что способствует сближению людей. Брак, строящийся не на этих основаниях, обычно является тягостным и краткосрочным.

Несомненно, что одним из первых условий соответствия вступающих в брак индивидуумов является их возраст.

Зельгейм за оптимум сексуальной гармонии считает приблизительно следующие возрастные соотношения:

Возраст		Возраст	
женщины	мужчины	женщины	мужчины
17 $\frac{1}{2}$	22 $\frac{1}{2}$	35	45
21	27	37 $\frac{1}{2}$	49 $\frac{1}{2}$
24 $\frac{1}{2}$	31 $\frac{1}{2}$	42	54
28	35	49	63
31	39		

Несомненно, как учит жизненный опыт многих поколений, желательно, чтобы женщина, согласно физиологическим условиям деятельности своей половой сферы, была на несколько лет моложе своего мужа. Несответствие возрастов особенно отражается на жизни семьи в поздние периоды брака, который нередко и расстраивается со вступлением женщины в период менопаузы при еще молодом муже.

Вступление женщины в половую жизнь связано нередко с большими для нее переживаниями и опасностями.

Прежде всего половое чувство у женщины далеко не так развито, как у мужчины. Многие женщины почти не испытывают при выходе замуж половой потребности и полового возбуждения, и если они выходят замуж, то сам половой акт нередко прельщает их не столько половым возбуждением, как новизной положения, в которое они вступают. Только по прошествии известного срока под влиянием продолжающейся половой жизни у части женщин постепенно развивается и половое чувство, которое, однако, у большинства женщин не достигает той степени напряжения, как у мужчин. Часть женщин так и остается иной раз на всю жизнь индифферентной к половой жизни, страдая так называемой половой холодностью — *frigiditas*.

Только часть женщин с самого начала половой жизни и даже с самого наступления половой зрелости испытывает чувство полового возбуждения и полового удовлетворения.

Вступая в половую связь, женщина может подвергаться опасности заражения так называемыми половыми болезнями, особенно сифилисом и гонорреей.

В соответственных главах мы подробно будем останавливаться на этих заболеваниях, здесь же считаем необходимым отметить, что заболеваемость женщины этими болезнями, особенно гонорреей, имеет свои отличительные свойства. Так, например, гоноррея может привести женщину к тяжелейшей патологии, делающей ее не способной ни к производственному труду, ни к семейной жизни, тогда как мужчина, страдающий гонорреей, в большинстве случаев отделяется только легким заболеванием.

К несчастью, диагностика обеих страданий и у мужчин чрезвычайно трудна. Мужчина, перенесший гоноррею или сифилис, подвергавшийся длительному и систематическому лечению и уверенный в полном своем выздоровлении, вступающий после этого в брак, может заразить свою жену.

Прежние клинические наблюдения говорили, что при основательном лечении сифилиса, по прошествии пяти лет после происшедшей инфекции, болезнь теряет свою заразительность. Однако наблюдаются случаи заражения и значительно позже.

Даже в реакции Вассермана мы не имеем безусловно верного способа: только в случаях положительной реакции (да и то не всегда) мы можем думать, что сифилис еще не излечен. Наоборот, при отрицательном результате этой реакции делать окончательный вывод о том, что данный субъект уже окончательно излечился, было бы преждевременным.

С женской гонорреей дело обстоит еще хуже. Описаны случаи заражения мужа при первом половом сношении с девушкой, перенесшей гоноррею в детском возрасте.

Вступление в брак должно быть обеспечено по возможности наибольшими гарантиями того, что оба брачующиеся не страдают какими-либо заразными формами болезни.

Каждый вступающий в брак должен подвергнуться тщательному медицинскому освидетельствованию, лучше всего, конечно, ряда опытных врачей по различным специальностям.

Это культурное и полезное мероприятие должно найти себе применение и потому, что наше законодательство установило обязательство для брачующихся взаимно осведомлять друг друга о состоянии своего здоровья.

Каждая гражданка нашего Союза в консультациях по охране материнства и в специальных вендиспансерах может бесплатно получить необходимые ей в этом направлении советы, указания и помощь не только лечебную, но и юридическую. Каждая трудящаяся нашего Союза может получить в своей консультации все необходимые указания относительно половой жизни, способа предупредить себя от инфекции, а если необходимо, то и от беременности.

Половое сношение

При нормальных условиях одной из целей брака является половая жизнь и организация семьи. При продолжительном браке, если муж и жена вполне здоровы, брак является лучшим регулятором половой жизни и лучше всего гарантирует обоих супругов от возможности тяжелых половых заболеваний.

Однако половая жизнь нередко даже в условиях брака может принимать уродливые формы. Прежде всего конфликт между супругами происходит иногда на почве частоты половых сношений: муж требует частых сношений, а жена стремится их ограничить.

Вопрос о нормальной частоте половых сношений — старый и большой вопрос. Обычно дружное супружество путем взаимных уступок безболезненно его разрешает. Но нередко он вносит в жизнь супругов недовольство, неудовлетворенность, а порой и полный разлад.

Точно определить нормальную частоту половых сношений невозможно, однако следует самым решительным образом протестовать против ежедневных сношений. Старое правило, которое, несомненно, близко к средней частоте, это — одно половое сношение в неделю.

Частые половые сношения вредны как для женщины, так и для мужчины. Они ведут к истощению организма, к усталости и неудовлетворенности. Быть может, именно при них развивается антисперматический иммунитет, ведущий или к бесплодию, или к понижению плодovitости.

Как часто мы слышим от женщин, мужа которых не знают предела своим требованиям, тяжкие жалобы на невозможность продолжать так жизнь. В большинстве случаев мы имеем здесь или болезненно повышенное половое чувство у мужа, или просто неумение сдерживать себя — простую распушенность мужчины.

Большого внимания врача заслуживает и вопрос о первом брачном сношении: оно не должно носить характера насилия со стороны мужа.

В тех случаях, когда это имеет место, первое половое сношение наносит молодой женщине нередко неизгладимую травму. Тяжелое страдание — вагинизм (см. ниже) — нередко является следствием такого насилия со стороны мужа при первых половых сношениях.

Нередко супруги задают врачу вопрос, когда лучше иметь половое сношение — утром или вечером. Зельгейм лучшим временем для полового сношения считает вечер перед сном, так как при этом неизбежно соблюдаются два важных гигиенических требования: освобождение от стеснительного платья и необходимый после сношения полный покой, который особенно нужен мужчине, принимающему в половом сношении более активное участие, чем женщина. Однако в пе-

которых случаях, когда обычная дневная усталость мешает развитию нормального полового возбуждения, которое появляется только к утру, допустимо половое сношение и в это время.

Нередко к врачу обращаются за советом о положении при половом сношении. Нормально для человека половое сношение совершается при положении женщины на спине. Однако в некоторых случаях супругам приходится от этого положения отказываться. Так, при поражении конечностей, особенно двусторонних анкилозах тазобедренных суставов, coitus в положении женщины на спине делается невозможным. Я наблюдал женщину с таким страданием, которая несколько раз беременела и имела coitus только в положении на боку; в этом же положении протекали у нее и роды.

В некоторых случаях стерильности, обусловливаемой истечением спермы тотчас же после сношения, врач может порекомендовать иметь половое сношение в любом положении с приподнятым тазом, что способствует удержанию спермы во влагалище.

Внебрачные половые сношения, особенно случайные, представляют огромную опасность в смысле заражения как для женщины, так и для мужчины.

Из профилактических мер, которые можно рекомендовать в тех случаях, когда происходит такое случайное сношение, для мужчины надежнейшим является мужской кондом или обмывание половых органов дезинфицирующими растворами сейчас же после окончания полового сношения. Женщина в этом отношении более безоружна. Конечно, обильное спринцевание возможно скорее после сношения большим количеством дезинфицирующего раствора (Kalii hypermanganici) имеет несомненное значение, однако быстрое проникание спермы, а с ней и инфекции в шейку и оттуда в матку затрудняет эффект обеззараживания.

Лучшим способом как для женщины, так и для мужчины является немедленное после подозрительного случайного сношения посещение специальных профилактических кабинетов, организованных в последнее время в ряде городов Союза специально для предупреждения половой инфекции.

III. ГИГИЕНА ПЕРИОДА КЛИМАКТЕРИЯ И МЕНОПАУЗЫ

Гигиена климактерического периода и гигиена периода менопаузы по существу ничем не отличаются. Однако особенности течения климактерия, — периода, переходного от полной половой производительности к полному покою половой сферы, — заслуживают особого внимания.

В соответственной главе я уже изложил свой взгляд на сущность климактерического периода и полагаю, что задача гигиенических мероприятий в период климактерия должна состоять в том, чтобы смягчить и устранить вредности, наблюдающиеся в течение этого, иной раз бурно протекающего переходного периода, когда органы внутренней секреции приспособляются к новым условиям, создающимся вследствие выпадения функции яичников.

Необходимо прежде всего обратить внимание на ряд явлений, так часто нарушающих самочувствие женщины в период климактерия и свидетельствующих о расстройстве сосудистых процессов в женском организме; вспомним, например, о внезапных приливах крови к голове, чувстве ползания мурашек по спине, внезапном потении, головокружениях и пр.

Для устранения этих расстройств циркуляции крови и успокоения сосудистой нервной системы очень полезны многочисленные гидротерапевтические процедуры.

Лучше всего при этом не прибегать к применению тепла или холода, а пользоваться нейтральными, нераздражающими процедурами, например, общими ваннами в 35—37° или ваннами морскими, щелочными и пр.

Если нельзя организовать такие ванны, то хорошее действие могут оказывать обтирания кожи комнатной водой с последующим растиранием всего тела докрасна.

Вообще уход за кожей и ее правильное функционирование в период климактерия имеют особенно большое значение.

Не следует забывать и о тщательном уходе за паружными половыми органами и о содержании их в чистоте. Следует два раза в день обмывать их теплой водой, особенно в тех случаях, когда женщина жалуется на *pruritus vulvae*.

Большое внимание следует уделять и мышечной работе, которая способствует приливу крови к мышцам, ослабляет приток крови к центральной нервной системе и смягчает тягостные приливы крови к голове. В этом отношении гимнастика, массаж, а главное прогулки на чистом воздухе могут быть особенно полезны.

Отмечается, что нередко именно в период климактерия некоторые женщины начинают чрезмерно полнеть, другие, наоборот, худеют и только третьи сохраняют свой обычный вид. Зельгейм видит причину этого явления не в изменении деятельности желез внутренней секреции, а в условиях обмена веществ, которые должны, по его мнению, изменяться вследствие выпадения менструальных потерь, т. е. известного количества питательных веществ.

Поэтому он полагает, что разумным, соответствующим каждому отдельному случаю регулированием обмена, а особенно назначением подходящей диеты можно предотвратить эти неприятные для женщины явления.

Чрезмерное отложение жира, по его мнению, может быть устранено введением в организм только необходимого для него количества питательных веществ. Он подсчитывает это количество в среднем так. Женщина, весящая около 60 кг, должна получать ежедневно 2 100—2 400 калорий, что соответствует приблизительно 100 г белка, 60 г жиров и 350 г углеводов. При этом следует назначать смешанную пищу.

В этих случаях можно рекомендовать обильное питье для промывания организма большой. Женщинам полным, которые с наступлением менопаузы имеют склонность к особому накоплению жира, следует назначать даже легкую обезжиривающую диету.

При появлении климактерических симптомов в раннем возрасте (40 лет) и при выраженных явлениях сосудисто-первого характера, как сердцебиение, головокружение, вазомоторные расстройства и даже психические расстройства, Кини рекомендует назначать молочную диету: утром, до обеда, после обеда и вечером давать все увеличивающиеся дозы (90—180—250 г) хорошего парного молока, прибавляя к этому только в середине дня более существенную еду.

Женщина в период климактерия нередко находится в подавленном психическом настроении. Вытекает это не только из временного нарушения ее психических отправления, но также из распространенного, но на мой взгляд совершенно ложного представления, что климактерий является резкой переходной чертой, за которой обрывается ее продуктивная жизнь и сразу же начинается старость.

Как гинеколог, перед которым прошло много сотен женщин в периоде климактерия и которых я продолжал наблюдать и в периоде менопаузы, я ни в коем случае не могу согласиться с таким мнением, к сожалению, поддерживаемым и некоторыми учеными.

Моя сотрудница д-р Т. Михайлова, проверив отдаленные результаты операций по поводу выпадения матки у целого ряда старух, давно находящихся в периоде менопаузы, должна была признать, что большинство этих женщин продолжает жить половой жизнью и что операции, лишаящие их этой возможности, наносят им несомненный ущерб.

Нет никакого основания запрещать женщинам в период менопаузы продолжать свою половую жизнь, конечно, если при этом они не испытывают болезненности при *coitus*.

В период менопаузы каждая женщина должна очень внимательно относиться к выделениям из половой сферы. Мы знаем, что рак шейки, и в особенности рак полости матки, является печальным преимуществом женщины в пожилом и старом возрасте. Одним из симптомов рака принято считать кровотечение. Кровотечение или простые скудные кровавистые выделения из половой сферы женщины

в период менопаузы всегда заставляют думать о возможности ракового процесса.

Поэтому как каждая еще менструирующая женщина должна обязательно внимательно следить за характером выделений из ее половой сферы, так и женщина, находящаяся в периоде менопаузы, в каждом случае появления гнойных, а особенно кровянистых выделений должна немедленно обращаться к врачу. Несоблюдение этого указания грозит женщине тягчайшими последствиями.

Современные наши знания о раке матки не позволяют сомневаться в том, что рак излечим и что полного излечения можно достигнуть только в тех случаях, если наша терапия будет проведена своевременно. Женщина, из-за своего легкомыслия и невнимания не являющаяся своевременно к врачу, только запускает свою болезнь и переводит ее в состояние неизлечимости.

akusher-lib.ru

**ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ ЖЕНСКИХ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Пороки развития

Количество форм различных пороков развития наружных и внутренних половых органов очень велико. Ниже мы остановимся только на тех из них, которые имеют в гинекологии практическое значение.

Здесь можно отметить, что многие из пороков развития наружных половых органов нередко связаны с пороками внутренних органов и особенно часто с пороками мочевых путей. На главных формах этих последних пороков мы и остановимся в первую очередь.



Рис. 109. Hypospadias.

Пороки развития мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Из этой группы пороков мы чаще всего встречаем у жизнеспособных индивидуумов дефекты мочевого пузыря.

Прежде всего гинеколог должен быть знаком с возможностью так называемой *hypospadias vesicae*. В этих случаях дело идет просто о полном или частичном отсутствии мочеиспускательного канала у женщины (рис. 109).

В выраженных случаях, т. е. при полном отсутствии мочеиспускательного канала, вытянутый нижний отрезок мочевого пузыря просто открывается в *vestibulum*. В этих случаях нередко пальцем можно пройти через отверстие в мочевой пузырь, не входя во влагалище. При полном отсутствии уретры может отсутствовать и *sphincter vesicae*. В этих случаях мы наблюдаем полное недержание мочи (*incontinentia urinae*), которое можно устранить только оперативным путем.

Наблюдается у женщин и *ectopia*, и *epispadias vesicae*.

Если выпадает полностью весь пузырь, мы говорим об *ectopia vesicae*; если выпадает только верхний отдел мочевого пузыря, можно говорить о *fissura vesicae superior*; если отверстие образуется в нижнем отделе и выпадает только нижний участок пузыря, мы называем эту форму *fissura vesicae inferior*; если же выпадает только стенка мочеиспускательного канала и передний участок вульвы, можно говорить об *epispadias vesicae*.

При *fissura vesicae inferior* и *epispadias* обычно наблюдается и расщепленный таз, так как недоразвитыми бывают и лонные кости.

Даже при выраженном пороке выпадения пузыря женщины могут беременеть, носить беременность и нормально родить.

Моча при этом пороке развития, конечно, вытекает из ненормального отверстия, что обычно ведет к воспалениям мочевого пузыря, к восходящей инфекции почечных лоханок и почек. Лечение здесь может быть только оперативным.

К порокам развития наружных половых органов и именно в связи с неправильностями строения клоакальной мембраны должны быть отнесены нередко встречающиеся пороки под названием *atresia ani* и *atresia ani vestibularis*.

Atresia ani состоит в том, что отсутствует анальное отверстие (рис. 110). Плод, родившийся с *atresia ani*, может быть вполне жизнеспособным.

Нередко в этих случаях дело идет о простом слипании эпителия в области заднепроходного отверстия; в таких случаях кончиком пальца удается без труда разрушить эти спайки и обнаружить нижний конец кишки. В других случаях требуется оперативное вмешательство, которое может давать очень хорошие результаты, если имеется сфинктер и конец кишки лежит недалеко от *anus*. В тех случаях, когда на месте *anus* нет никаких видимых вдавлений или следов от него, обычно дело идет о значительных дефектах. В таких случаях требуется образование отсутствующего сфинктера — операция, не обещающая хороших результатов.

Особую форму представляет порок, носящий название *atresia ani vestibularis* (*anus anomalis vestibularis*, или *anus praeternaturalis vestibularis*). Здесь дело идет о недоразвитии эмбрионального процесса разделения *sinus urogenitalis* от прямой кишки. Таким образом, *anus* открывается не на своем нормальном месте, а выше — в *vestibulum*. Отверстие это обычно бывает велико (рис. 111).

В редких случаях прямая кишка оканчивается двумя отверстиями: одним — нормальным *anus* и вторым — *vestibularным* (рис. 112).

Понятно, что восстановить нормальное анатомическое состояние во всех этих случаях можно только оперативным путем.

Одним из наибольших курьезов природы, с древнейших веков обращавших на себя внимание человека, является гермафродитизм (*hermaphroditismus*) — двуполость (Гермес и Афродита в одном лице).

Нет никакого сомнения, что развитого в полной степени гермафродитизма, т. е. такого, при котором один и тот же индивидуум располагал бы полностью



Рис. 110. *Atresia ani*.



Рис. 111. *Anus vestibularis*.



Рис. 112. *Anus normalis* и *anus vestibularis*.

развитыми и способными к функции половыми органами обоих полов, не существует.

В большинстве случаев дело идет об искажении половых органов и о смешении половых признаков, нередко настолько сильным, что трудно, а иной раз даже невозможно, определить пол, к которому принадлежит данный индивидуум.

Необходимо признать, что пол определяется исключительно только строением половых желез, но не строением прочих половых органов и характером вторичных половых признаков.

Таким образом, чтобы установить диагноз истинного гермафродитизма, необходимо доказать присутствие у данного индивидуума половых желез двух противоположных полов — мужского и женского.

Известно, что у низших животных и насекомых, особенно у бабочек, гермафродитизм распространен довольно широко. Встречается он и у высших животных, особенно у птиц, но уже как редкий порок развития.

Сообщают, например, что у фазанов, снегирей и других птиц можно наблюдать экземпляры, имеющие в одной половине тела яичник, в другой — яичко. Соответственно этому оперение у этих птиц с одной стороны сходно с оперением самца, с другой — самки.

Долго оставался спорным вопрос, может ли один и тот же человек обладать половыми железами двух противоположных полов. Однако в последнее время, повидимому, можно не сомневаться в том, что такие пороки наблюдаются — правда, в исключительно редких случаях — и у человека.

Так, Красноухова имела возможность исследовать половые железы погибшего от сердечной слабости на почве рожистого воспаления лица евнухоидного типа, высокого роста. При исследовании слева найден яичник, а справа, в мошонке, — яичко. Микроскопическое исследование обнаружило строение, свойственное этим органам. Таким образом, и для человека можно допустить долго оспаривавшуюся возможность существования истинного гермафродитизма.

Чаще всего, однако, дело идет не о наличии у одного и того же индивидуума двух половых желез, принадлежащих разным полам, а об железе, которой обычно присваивается название *ovotestis* и в которой при микроскопическом исследовании можно с несомненностью установить наличие одновременно и участков тканей, построенных по типу *я и ч н и к а*, и участков, построенных по типу *я и ч к а*.

Однако до сих пор остается спорным вопрос, в состоянии ли описанные участки половой железы продуцировать готовые и годные для оплодотворения половые клетки. Если для диагноза истинного гермафродитизма требуется наличие двух принадлежащих противоположным полам полноценных железистых тканей, то мы должны будем признать, что и по настоящее время возможность у человека истинного гермафродитизма является если не сомнительной, то во всяком случае большой редкостью.

Значительно чаще, чем с истинным гермафродитизмом, нам приходится иметь дело с так называемым *псевдогермафродитизмом*.

При псевдогермафродитизме дело идет об однополых существах, т. е. о таких, которые имеют или яичник, или яичко, но наружные, а нередко и внутренние половые органы у них или развиты по типу противоположного пола, или так изменены, что трудно решить, к какому полу они должны быть причислены.

Псевдогермафродитизм может быть разделен на две группы: *pseudohermaphroditismus masculinus* и *pseudohermaphroditismus femininus*.

В первом случае субъект обладает мужскими половыми железами, во втором — женскими; наружные же органы в обоих случаях построены по типу противоположного пола.

Чаще всего дело идет о мужском псевдогермафродитизме и значительно реже — о женском.

Менге, детализируя псевдогермафродитизм, делит его еще на следующие подгруппы.

1. *Pseudohermaphroditismus femininus* (половая железа женская — яичник):

a) *internus* — наружные органы развиты по женскому типу; внутренние представляют производные вольфова хода (по мужскому типу);

b) *externus et internus* — наружные органы по мужскому типу; внутренние органы — производные вольфова хода (по мужскому типу);

c) *externus* — наружные органы по мужскому типу; полное отсутствие производных вольфова хода.

2. *Pseudohermaphroditismus masculinus* (половая железа мужская — яичко):

a) *internus* — наружные органы по мужскому типу; внутренние органы по типу производных мюллеровских ходов (влагалище, матка, трубы);

b) *externus et internus* — наружные органы по женскому типу; внутренние органы — производные мюллеровских ходов, также по женскому типу;

c) *externus* — наружные органы по женскому типу; внутренние — полное отсутствие производных мюллеровских ходов (отсутствие влагалища, матки или трубы).

Как было отмечено, чаще всего нам приходится иметь дело с мужскими гермафродитизмом, при котором имеется мужская половая железа, наружные же органы носят более или менее выраженный женский характер. В этих случаях мы определяем небольшой penis, очень похожий по внешнему виду на гипертрофированный клитор. При этом дело идет обычно о мужской гипоспадии, при которой уретра вскрывается у корня такого атрофированного penis, вследствие чего он еще более похож на клитор.

Мошонка у этих мужчин может быть расчленена на две несрастающиеся по средней линии складки; в этих случаях складки бывают чрезвычайно похожи на большие губы. Раздвинув эти складки, мы в некоторых случаях найдем здесь даже небольшое отверстие — остаток sinus urogenitalis, что симулирует вход во влагалище и придает наружным органам совершенно женский характер (рис. 113 и 114).

При этом необходимо отметить, что под влиянием неправильно направленного воспитания мужские псевдогермафродиты нередко обладают женской сексуальной психикой.

Впрочем, имеется и так называемый психический гермафродитизм; под этим следует понимать особое извращение психосексуального чувства, когда мужчина испытывает половое влечение не к женщине, а к мужчине.

В этих случаях принято говорить о гомосексуализме.

Вопрос этот является научно еще мало исследованным. Над изучением вопроса о гомосексуализме работают как врачи, так и юристы.

Страдающих мужским псевдогермафродитизмом в детстве обычно принимают за девочек. Достигнув взрослого возраста, они могут выходить замуж и всю жизнь проводят, как женщины, иногда даже несмотря на то, что весь вид, голос, появляющаяся борода и усы, даже половое влечение говорят за принадлежность к мужскому полу.

Так, в литературе приводят, например, очень характерный случай: Marie Arsano, прожив 84 года, все время считалась женщиной. Она была много лет замужем, и только на секции выяснилось, что дело идет о мужчине.

Дорн (Dohn) описывает случай, когда женщина, жившая в течение 6 лет в замужестве, оказалась мужчиной. Так как брак ее был счастливым, то эта пара решила продолжать свое сожитительство.

Однако судьба таких гермафродитов обычно бывает очень трагичной. Чаще всего уродство обнаруживается при первых же попытках к половой жизни, брак расторгается и, не находя избавления от своего уродства, эти люди живут под гнетом имеющегося у них тяжелого несправимого страдания. В капиталистических странах, в которых отсутствует полноправие полов, они не могут быть причислены по своим правам ни к женскому, ни к мужскому полу и перед лицом закона остаются в некоторых вопросах бесправными.

Выяснение пола такого псевдогермафродита представляет большие трудности и в некоторых случаях может быть произведено только путем микроскопического исследования половых желез, что с клинической точки зрения, вполне понятно, представляет большие трудности.

Терапия в настоящее время в таких случаях бессильна и едва ли она станет возможной и в будущем, так как дело идет о тяжелейшем пороке самых ранних периодов эмбрионального развития с тяжелым нарушением анатомического строения всех половых органов.



Рис. 113. Псевдогермафродитизм мужской наружный. По Штекелю.



Рис. 114. Псевдогермафродитизм женский наружный. По Штекелю.

К порокам или, вернее, к недостаткам развития наружных половых органов могут быть отнесены и следующие, сравнительно редко встречающиеся формы.

Полное отсутствие или полное заращение вульвы, наблюдаемое очень редко и притом у нежизнеспособных уродов.

Иногда у поворожденных можно увидеть слипание *rimae pudendi*. Обычно слипаются только малые губы, оставляя сверху небольшое отверстие для мочеиспускательного канала.

Слипание у поворожденных необходимо отличать от застания вульвы, что является следствием тяжелого воспалительного процесса (*vulvitis*) уже в более позднем детском возрасте.

В большинстве случаев врожденное слипание не представляет тяжелой аномалии, так как легко поддается разъединению тупым путем — не только инструментом, но даже просто пальцем.

Здесь следует упомянуть и о возможности гипертрофии не только клитора, о чем уже было сказано при описании гермафродитизма, но и о гипертрофии малых губ. Гипертрофия эта может достигать больших размеров.

Врач-гинеколог нередко может встретить и гипертрофированные малые губы, резко отличающиеся по своей величине от нормальных. Это в большинстве случаев является следствием искусственного раздражения, особенно при длительной мастурбации.

2. Воспалительные процессы наружных половых органов

Воспалительные процессы наружных половых органов как хронического, так и острого характера встречаются сравнительно редко.

Это объясняется, вероятно, тем, что органы эти по своему анатомическому расположению мало доступны травме, а для возникновения воспаления необходима травма, открывающая инфекции входные ворота.

Острое воспаление вульвы (*vulvitis acuta*) обычно захватывает всю ее поверхность и редко имеет островной характер, который чаще наблюдается уже в период затихания воспалительного процесса.

Можно наблюдать первичный воспалительный процесс на вульве; чаще же дело идет о вторичном процессе, развивающемся при одновременном поражении влагалища и лежащих выше участков половой системы.

Чаще всего заболеваниям вульвы способствует раздражение кожи больших и малых губ под влиянием истекающего сверху патологического секрета (при эндометритах и кольпитах).

К вульвитам ведет и непрерывное орошение наружных половых органов мочой, что наблюдается, как правило, при мочевых свищах.

При диабете мы особенно часто встречаем вульвит, так как содержащая сахар моча служит особенно хорошей питательной средой для бактерий. Встречается вульвит и при каловых свищах.

Особенно легко развивается вульвит у женщин, не соблюдающих гигиены половых органов, у очень тучных и легко потеющих особ и в очень молодом или, наоборот, старом возрасте со свойственной этим возрастам склонностью к травматизации кожи наружных половых органов.

Симптомы острых вульвитов — покраснение кожи, отек, увеличение секреции и боли.

Отек, особенно при свежих гонорройных формах, может быть очень сильно выражен. Вся поверхность кожи становится в этих случаях блестящей, кожа при дотрагивании болезненна и даже может слегка кровоточить.

В начале острого вульвита боли очень сильны, отличаются жгучим характером, особенно при дотрагивании. Постепенно утихая, они переходят иной раз в тяжелый зуд. Гнойный, липкий секрет, выделяющийся на поверхности, в некоторых случаях имеет зеленоватый оттенок.

Диагноз острого вульвита поставить нетрудно. Труднее решить вопрос

о бактериальном характере вульвита и выяснить, связан ли он с поражением более высоко расположенных участков половой сферы.

Ниже мы перечислим главнейшие формы вульвитов, нередко встречающихся в гинекологической практике.

Гонорройный вульвит — наиболее часто встречающаяся форма этого заболевания. Однако чаще всего мы наблюдаем ее у маленьких девочек в результате изнасилования или — чаще — переноса гонококка грязной губкой, полотенцем или другими предметами ухода от ухаживающего за ребенком персонала или от больной матери.

Другие формы вульвитов можно встретить как осложнение при целом ряде острых инфекционных заболеваний детского возраста: при дифтерии, скарлатине, кори, пневмонии и пр.

Эти формы вульвитов по выздоровлении девочки могут вести к тяжелым последствиям — к образованию стенозов и атрезий в половом тракте, особенно при дифтерии.

В тяжелых случаях дело может дойти до гангрены вульвы. Гофмейер описал поучительный случай оспенного вульвита, развившегося вследствие перенесения инфекции с привитой пустулы. Вот почему необходимо при прививке оспы оберегать детей от возможности такого переноса.

Однако не все вульвиты, которые мы наблюдаем при инфекционных заболеваниях, непременно вызываются тем же возбудителем, что и основное заболевание.

Т е р а п и я острых вульвитов однообразна и состоит прежде всего в полнейшем покое и гигиеническом уходе за пораженными частями. Ни в коем случае не следует применять сильно прижигающие и концентрированные дезинфицирующие растворы, а только растворы в очень слабых разведениях. При вульвитах у девочек не следует прибегать к спринцеваниям влагалища, чтобы не способствовать занесению в него инфекции.

Острое воспаление бартолиновых желез, нередко осложняющее вульвит, лечат тоже консервативно.

При вульвитах гонорройного происхождения особенно важно исключить возможность реинфекции, для чего девочку необходимо отстранить от лица, являющегося источником инфекции.

Хорошие результаты при этой форме инфекции дает лечение примочками из *Sol. Argenti nitrici* 0,5—1,0 на 1000,0 (или смазывание 1% раствором) или протаргола, перекиси водорода, марганцовокислого калия, но ни в коем случае не сулемой.

Х р о н и ч е с к о е в о с п а л е н и е является следствием неполного излечения острого вульвита, а также результатом часто повторяющихся рецидивов болезни, если не был устранен первичный источник инфекции. Особенно часто такой результат дает гонорройная инфекция.

Как следствие хронических гонорройных поражений вульвы у маленьких девочек можно наблюдать слипание и даже сращение больших и малых губ, которое может быть очень распространенным, оставляя небольшое отверстие спереди или сзади половой щели.

Т е р а п и я в этих случаях состоит в тупом или даже инструментальном разрушении спаек и в рациональном уходе, препятствующем образованию новых спаек.

В некоторых случаях развивается хронический вульвит и негонорройного происхождения, при котором явления воспаления выражены очень слабо, но который дает симптом интенсивного зуда. Этиология такого хронического заболевания находится в связи с постоянно повторяющимся раздражением, ведущим к длительной гиперемии. Чаще всего в этих случаях причиной раздражения является **м а с т у р б а ц и я**, непрерывные попытки к *coitus* со страдающим импотенцией мужем, *coitus interruptus* и даже *coitus condomatus*.

Особую форму страдания вульвы представляет ***pruritus vulvae*** — заболевание, очень часто наблюдаемое у женщин.

Чаще всего при *pruritus vulvae* мы не находим почти никаких объективных

изменений. Зуд заставляет женщин чесать зудящие места, что ведет к расчесам, трещинам и ссадинам на коже.

Микроскопическое исследование кусочков удаленной кожи указывает только на гипертрофию соединительнотканых сосочков, субэпителиальную круглоклеточную инфильтрацию, расширение сальных желез и паракератоз.

Pruritus особенно часто является одним из ранних симптомов диабета. Поэтому в каждом случае, когда мы определяем pruritus, обязательно производить исследование мочи на сахар.

Обычно при детальном расспросе удается все-таки определить и причину pruritus. Чаще всего хронические разъедающие бели, гиперсекреция, усиливающая мацерацию, неудобное, трущее наружные половые органы белье и прочие раздражения ведут к этому страданию.

Однако имеются случаи, когда тяжелый pruritus мы наблюдаем у больных, у которых не удается выявить ни одной причины, которая могла бы способствовать этому заболеванию (pruritus essentialis). В этих случаях можно думать, что дело идет об особом психоневрозе [Вальтгард (Waltherd)].

Pruritus нередко является причиной тяжелых расстройств. Расчесы и повреждения кожи могут вести к воспалениям кожи, к образованию фурункулов и абсцессов. Зуд беспокоит больную, нарушая ее сон, действует тягостно на психику, доводя иной раз больных до меланхолии.

Т е р а п и я этого страдания, к счастью, дает хорошие результаты, и если не удастся добиться полного и постоянного излечения во всех случаях, то все-таки мы можем значительно или почти полностью избавить больную от тяжелого зуда и связанных с ним расстройств.

Ольсгаузен (Olshausen) рекомендовал в старые времена смазывание зудящих мест мазью: Mesothan 1,0, Ol. olivarum 2,0. Многие рекомендуют смазывание зудящих мест 3—5% раствором карболовой кислоты. Обоиими методами можно получить значительное облегчение и даже временное исчезновение зуда.

Очень хорошо действуют примочки и компрессы из 1/4% раствора азотно-кислого серебра. Хорошие результаты при расчесах дает смазывание зудящих мест иодной пастойкой, но оно очень болезненно. Конечно, одновременно должны быть устранены и основные причины, если они выявлены, особенно мастурбация, гнойные или разъедающие бели.

Можно применить кварц, ультразвонне, соллюкс, ионтофорез с цинком и другие физические методы лечения, а также облучение рентгеновскими лучами.

3. Венерические язвы — *ulcus molle* и *ulcus induratum* — на наружных половых органах

Ulcus molle (мягкий шанкр) развивается на половых органах женщины чаще всего в виде множественных язвочек, расположенных преимущественно у задней спайки вульвы и отсюда рассеивающихся иной раз по всей поверхности наружных половых органов.

Вначале мягкая язва имеет обычно круглую форму, которая в процессе развития может изменить свое очертание.

Размеры язвы колеблются от величины с булавочную головку до большой, распространенной язвы. Края язвы отвесны, подрыты. Дно мягкой консистенции, бугристо, покрыто желтоватым салыным налетом, при прикосновении резко болезненно. Вокруг язвы нередко встречается выраженный воспалительный венчик (рис. 115).

Язвы не дают общих явлений, но легко ведут к инокуляции на соседних участках кожи, поэтому обычно они бывают множественны и у той же больной встречаются в различных фазах развития.

Заражение мягким шанкром в громадном большинстве случаев происходит половым путем. Инкубационный период очень краток. Уже на 3—4-й день после заражения язва может быть вполне сформирована. Через 12—18 часов на месте внедрения вируса появляется красное пятно, на котором обозначается затем красный острокопечный узелок. К концу вторых суток на вершине появляется

везикула, превращающаяся через несколько часов в пустулу. Пустула быстро лопается, причем образуется небольшая подрытая язва.

Несколько язв сливаются в одну большую, после чего последняя очищается и заживает рубцеванием.

Продолжительность заболевания без осложнения колеблется в пределах 2—8 недель.

Ulcus molle наблюдали на влажной части матки и даже в цервикальном канале. Очень редко ее встречают на стенках влагалища.

Из осложнений необходимо отметить у женщин более редкое, чем у мужчин, воспаление регионарных паховых лимфатических желез, нередко доходящее до нагноения и вскрытия такого бубона наружу. Ulcus molle является следствием заражения специфической стрептобациллой Ducrey-Unne (1889). В чистой культуре эта бацилла была найдена Истомановым и Аскипянцем (1897) и Лангле (Langlet).

Диагноз этого страдания в большинстве случаев не представляет трудностей, однако в случаях сомнительных и смешанных с твердым шанкром приходится прибегать к кон-frontации (см. ниже), перевивкам и иногда к пробному специфическому лечению. Реакция Вассермана при этом не дает окончательного решения и ее необходимо повторять.

Терапия мягкого шанкра состоит в тщательном уходе за язвой и возможно частой перевязке пораженных участков. Несомненно, что припудривание иодоформом является лучшим средством для успешности заживления язв. Заменяющие его дерматол, ксероформ и др. действуют слабее.

Все эти средства употребляются как в виде присыпок, так и в виде мазей, паст, уретральных палочек и супозиториев.

Государственный венерологический институт в Москве применяет следующую мазь:

Rp. Dermatoli
Zinci oxidati aa 2,0
Natrii sozoidoli 1,0
Acidi carbolici 0,1
Lanolini 10,0
D. S. Мазь

Когда распад прекращается, для лучшего гранулирования язвы можно применять примочки из 3% Acidi borici, 1/2% Argenti nitrici или 1% ляписную мазь и другие слегка прижигающие и дезинфицирующие средства.

Советуют также применять более энергичные методы замораживания хлорэтилом или углекислотой, гальвано- или термокоагуляцию, вырезание язв диатермическим ножом и пр.

Нагноившиеся бубоны следует вскрывать и лечить хирургическим путем. Аспирация гноя и последующее введение иодоформной или иодоформ-ксилоловой эмульсии и других веществ хотя и рекомендуются, однако едва ли имеют преимущества перед хирургическим лечением.

Предлагают также внутривенное или внутримышечное введение неспецифических или специфических вакцин.



Рис. 115. Ulcus molle.

Учение о сифилисе и о различных его проявлениях, конечно, не может найти даже слабого отражения в учебнике гинекологии, однако каждый гинеколог должен быть знаком с первыми проявлениями грозного сифилитического заболевания, должен уметь своевременно распознать твердую сифилитическую язву и отличить ее от других язвенных форм заболеваний.

Первый объективный признак начинающейся язвы — появление на месте заражения красного пятна, которое скоро переходит в папулу, сначала шелушащуюся, а затем мокнущую или покрывающуюся корочкой, под которой обнаруживается поверхностная эрозия или поверхностная язвочка, постепенно увеличивающаяся в размере. Дно этой язвы, вследствие плотного инфильтрата его тканей, дает впечатление хрящевой плотности.

Иногда это уплотнение очень плоско, поверхностно и при исследовании производит впечатление пластинки из пергаментной бумаги — пергаментный шанкр.

Величина эрозии или язвы бывает очень различна — от нескольких миллиметров до 1 см в диаметре, но нередко и значительно больше.

Типичный твердый шанкр представляет собой кругловатую или овальную эрозию, сидящую на плотном инфильтрате, без острых воспалительных явлений в окружности. Края эрозии ровны, не подрыты и несколько приподняты. Дно покрыто небольшим салыным налетом.

Ulcus induratum располагается чаще всего на внутренней поверхности больших половых губ.

В некоторых случаях при шанкре больших половых губ наблюдается так называемый индуративный отек, при котором большая губа резко отекает и уплотняется. При этом первоначальная эрозия к этому времени может совершенно зажить.

Ulcus induratum на малых половых губах имеет обычно вид эрозии с пергаментным уплотнением дна.

Твердую язву можно встретить у женщин на клиторе, у отверстия мочеиспускательного канала, у задней спайки больших губ, в *introitus vaginae*, на влагалищной части матки и очень редко на стенках влагалища.

Диагностика *ulcus induratum* не всегда легка. Кроме клинических признаков, мы, по возможности, должны использовать и метод бактериологического определения возбудителя сифилиса — бледной спирохеты.

Для исследования мы должны брать не кровь, которая почти не содержит бледных спирохет, а серозное выделение из язвы, количество которого можно увеличить, слегка раздражая язву.

Правильное взятие мазка имеет очень большое значение при бактериологическом определении.

Обтерев язву стерильным тампоном, очистив ее от загрязнения и надавливая на нее с боков или слегка растирая небольшим плоским стерильным шпателью поверхность язвы, мы получаем из нее через 1—2 минуты лимфатический секрет, который и исследуется на присутствие в нем бледной спирохеты.

Сделав покровным стеклышком равномерный мазок из нанесенной на предметное стекло капельки полученного материала, мы осторожно фиксируем его на пламени или парами осмиевой кислоты, или чистого формалина. После этого можно окрасить препарат подогретым раствором краски Гимза. Краска смывается дистиллированной водой, препарат высушивается и изучается после нанесения на него капли кедрового масла.

Бледная спирохета при этом окрашивается в бледнорозовый цвет, прочие же сапрофитные спирохеты имеют ясно фиолетовый оттенок.

Но еще проще — и на наш взгляд вернее — можно определить присутствие бледной спирохеты, если мы располагаем специальным осветителем (конденсором) для темного поля (см. Микроскопическая техника).

Изучая каплю отделяемого испытуемой язвы в темном поле, мы не только определяем присутствие спирохеты и ее морфологические черты, но и особенности ее движений.

Еще проще исследовать спирохету в китайской туши. На предметном стекле смешивается капля жидкой китайской туши и капля исследуемой жидкости. Эта смесь наносится тонким слоем на покровное стекло, которое обсушивается и исследуется с помощью масляной иммерсионной системы.

Спирохеты при этом выделяются на темном фоне своим блестящим серебряным извитым видом (Фипкельштейн, Давыдовский).

4. Особые формы заболеваний наружных половых органов

К особым формам заболеваний вульвы может быть отнесена *papillomata acuminata* — острые кондиломы вульвы.

Они представляют разрастания кожи вульвы очень разнообразной формы, то в виде различных, разбросанных по всей поверхности папилломок, то в виде разной величины и формы бородавчатых конгломератов, в выраженных случаях распространяющихся по всей поверхности вульвы и переходящих даже за ее границы.

Несомненно, что нередко острые кондиломы являются следствием раздражения кожи вульвы истекающим из влагалища гонорройным секретом.

Однако мы встречаем это заболевание и у женщин, у которых нет гонорреи, особенно часто у беременных, когда образование кондилом может быть результатом общего прогрессивного процесса, наблюдающегося во всех тканях организма при беременности.

Отмечено, что некоторые паразиты, действуя раздражающе, могут способствовать появлению острых кондилом. К ним причисляют Охуи-



Рис. 116. Papilloma condilomata.



Рис. 117. Кондиломы.

рис, Phthirii pubis. Могут повести к образованию острой кондиломы и механические раздражения, как, например, расчесы, мастурбация, раздражение истекающей мочой при свищах и особенно при диабете.

Острая кондилома обычно не вызывает особых ощущений у женщины. Неприятные ощущения появляются лишь тогда, когда кондиломы сильно разрастаются, образуя целые конгломератные опухоли, или выделяют издающий тяжелый запах секрет.

При гистологическом исследовании папиллом мы находим выраженную гипертрофию кожных соединительнотканых сосочков, причем сосочки эти бывают очень удлинены и нередко ясно выражено разветвлены. Покровный эпителий сосочков утолщен и заполняет все пространство между разросшимися сосочками. Строма самих сосочков (папиллом) инфильтрирована (мелкоклеточная инфильтрация; рис. 116). Общая масса кондилом напоминает опухоль вида цветной капусты (рис. 117).

Диагностика папиллом не представляет трудности, так как характерный вид папиллом не позволяет смешать их с раковой язвой (см. ниже).

Терапия состоит прежде всего в тщательном уходе за заболевшими органами, в соблюдении чистоты и сухости органов (припудривание).

При разросшихся папилломах помогает прижигание их *Argentum nitricum*

in substantia или крепкими растворами, прикладывая примочек из слабых растворов того же препарата (1 : 1 000).

В некоторых случаях можно получить хорошие результаты, удаляя разросшиеся массы ножницами и прижигая пакеленом обнаженные места или применяя диатермокоагуляцию.

Кровотечение останавливают тампонадой. Даже большие кондиломатозные разрастания при беременности быстро исчезают после родов.

К особым заболеваниям наружных половых органов можно отнести и так называемый *elephantiasis vulvae*.

По существу элифантиаз вульвы не может считаться опухолью, так как при нем не имеется новообразования тканей, а только гиперплазия подкожной соединительной клетчатки и самой кожи, что ведет к образованию опухолевидных масс.

В некоторых случаях опухоль при элифантиазе имеет бугристый характер — *elephantiasis verrucosa* (рис. 118), в других имеется гладкая поверхность с небольшим количеством складок (рис. 119) — *elephantiasis glabra*.

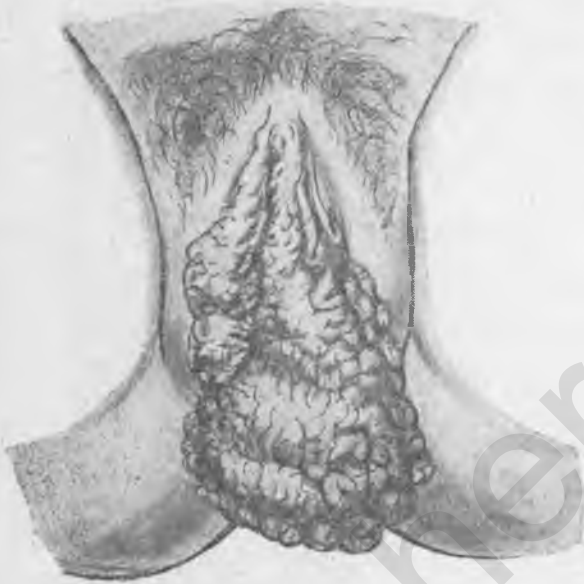


Рис. 118. Elephantiasis verrucosa.



Рис. 119. Elephantiasis glabra.

Нередко *elephantiasis* протекает с распадом, образуя глубокие язвы, напоминающие процесс, который мы встречаем при *ulcus rodens*.

В общем опухоль развивается очень медленно, и большие очень долго не обращают на нее внимания, пока затруднения при ходьбе или невозможность половых сношений не заставит их прибегнуть к врачебной помощи.

Диагностика представляет трудности только при распаде опухоли, когда ее можно смешать с раковой язвой или раковой опухолью.

Терапия состоит в оперативном удалении пораженных мест, что заставляет удалять иной раз почти всю вульву. Результаты в общем хорошие.

5. Опухоли наружных половых органов

Из опухолей на наружных половых органах встречаются кисты, фибромы и липомы, рак и саркомы.

Доброкачественные опухоли вульвы. Кисты вульвы встречаются редко, если не считать кист бартолиниевой железы.

Кисты бартолиниевой железы чаще всего принадлежат к ретенционным кистам, образующимся вследствие закупорки выводного протока и накопления в просвете железы ее секрета. Величина такой железы редко превышает величину крупного мандарина и чаще всего достигает величины голубиноного или куриного яйца. Располагаясь сбоку и в нижнем отделе вульвы, киста, если она велика, смещает в противоположную сторону половую щель (рис. 120).

Если киста нагнаивается, может образоваться большой абсцесс бартолиниевой железы, который протекает с повышением температуры и резкой болезненностью.

Диагностика этих кист не трудна. Их легко отличить от опускающихся сюда же паховых грыж.

Грыжу (*hernia labialis majoris*) можно проследить кверху по ходу пахового канала; ее содержимое увеличивается при натуживании и кашле; она не так упруга, как киста бартолиниевой железы, и, заключая в себе кишечник, дает при перкуссии ясный тимпанический звук.

Терапия кист бартолиниевой железы состоит в полном вылущении. Образующееся после такого вылущения ложе необходимо тщательно закрыть рядом швов, чтобы избежать образования гематомы. Прокол и опорожнение такой кисты дают только кратковременный эффект, так как секрет в полости железы снова накапливается.



Рис. 120. Киста бартолиниевой железы.



Рис. 121. Fibroma pendulum vulvae.

Кисты бартолиниевой железы нередко бывают двусторонними и, почти как правило, являются следствием гонорройной инфекции.

Из кист другого происхождения, встречающихся в области вульвы, можно указать на маленькие атеромы, дермоиды, гидраденомы и, наконец, даже на кисты, происходящие из гартнеровских каналов. Последние обычно распространяются одновременно и во влагалище.

Фибромы вульвы очень редки. Они обычно не больше куриного яйца. В большинстве случаев развиваются из соединительной ткани больших половых губ и чаще всего располагаются в нижней их трети.

Нередко, вследствие своей тяжести, они вытягивают из большой губы как бы пожку, образуя так называемую *fibroma pendulum* (рис. 121).

Если фиброма содержит много мышечных элементов (миома), в особенности если в ней заключаются кистозные полости, — такие миомы могут исходить из *lig. rotundum*. Удаляя их, мы можем заметить, что кровеносные сосуды они получают сверху, из пахового канала.

Диагностика фибром вульвы представляет трудностей. Это хорошо отграниченные, твердые и подвижные образования, которые очень легко выщипываются из подлежащей ткани, и поэтому оперирование их не представляет никаких затруднений.

В противоположность фибромам, *липомы вульвы* развиваются не только в толще больших губ, но и на *mons veneris*. Они легче и менее подвижны; в большинстве случаев невелики, но иной раз могут достигать 3 кг веса (рис. 122).

Терapia их такова же, как и фибром, и состоит в оперативном удалении.

Злокачественные опухоли вульвы. *Рак вульвы* встречается реже, чем все прочие формы рака женской половой сферы. По статистике Яшке, на 40 раков матки приходится 1 рак вульвы.

Он встречается чаще уже в более позднем возрасте, в периоде менопаузы, хотя описаны случаи этой формы рака и у молодых женщин.



Рис. 122. *Lipoma pendulum vulvae.*



Рис. 123. Рак вульвы.

Яшке, собравший 702 случая этой формы рака, приводит следующие цифры поражений различных участков вульвы: *labia majora* — 275 случаев, *labia minora* — 106 случаев, область клитора — 136 случаев, комбинированных — 101 случай, периуретральная область — 29 случаев, *commissura posterior* — 30 случаев, бартолиниевы железы — 25 случаев.

Грабченко, собравший 61 случай рака вульвы из материала Онкологического института, дает приблизительно такие же соотношения.

Пока раковый узел еще не распался, он представляет небольшое утолщение в коже.

Эта ранняя форма не дает никаких симптомов, за исключением, пожалуй, зуда, поэтому эти формы рака редко своевременно распознаются, и мы диагностируем его значительно позже. К тому же и больные обращаются за врачебной помощью обычно только тогда, когда уже начинается распад опухоли и образуется раковая язва.

С этого времени появляются выделения, кровотечения и нередко боли, особенно при раздражении язвы мочой во время мочеиспускания (рис. 123).

Если карцинома располагается так, что прижимает мочеиспускательный канал, может образоваться задержка мочи и частые, беспокоящие больного позывы на мочу.

Рак вульвы, как и рак других органов, дает метастазы в различные органы и, пожалуй, даже чаще, чем рак матки.

Очень редко он переходит на стенку влагалища, зато очень часто распространяется по лимфатическим путям. Вначале поражаются поверхностные железы пахового канала, а затем и более глубокие. В запущенных случаях поражаются лимфатические железы в полости таза по ходу aa. iliaca и obturatoria.

Распространяясь, раковая язва нередко переходит на противоположную сторону.

Диагноз рака вульвы в самом начальном периоде ставится только случайно, когда мы во время исследования по какому-либо иному поводу находим подкожное уплотнение в виде узелка той или иной величины.

Обыкновенно, для того чтобы установить точный диагноз, мы пользуемся эксцизией, которая, конечно, должна быть произведена с соблюдением асептики и притом в стационаре, чтобы, если подтвердится диагноз рака, немедленно была произведена операция.

При микроскопическом исследовании полученных при эксцизии кусочков большое значение имеет быстрота исследования. Для этого можно воспользоваться замораживающим микротомом, предварительно фиксируя весьма недолго полученные кусочки в растворе (10%) формалина. Этим способом уже на следующий день может быть получен хороший, постоянный препарат.

Прогноз рака вульвы неблагоприятен, особенно ввиду того что в большинстве случаев нам приходится иметь дело с запущенными формами.

Большинство операторов получает не более 5% полного излечения, т. е. излечения, продолжающегося более 5 лет после операции.

При расширенном методе операции некоторым авторам удалось получить даже 31,25 и 40% длительного выздоровления.

Следует надеяться, что с введением метода электрокоагуляции в комбинации с радио- или рентгенотерапией процент выздоровления может быть значительно повышен.

Большое значение для предсказания имеет и гистологическая структура рака. Склерозные формы рака могут существовать годами, медленно увеличиваясь, не распадаясь и не давая метастазов. И, наоборот, часто встречается быстро растущий рак вульвы: он быстро распадается и очень рано дает поражения регионарных паховых желез.

Терапия рака вульвы, несмотря на доступность этой формы заболевания рентгеновским лучам и лучам радия, остается по преимуществу оперативной.

Операции рака вульвы, как и операции рака на прочих органах, с течением времени принимали все более и более радикальный характер.

Лечение радием и рентгеновскими лучами пока еще не дало ободряющих результатов.

Быть может, решение этой сложной проблемы мы должны искать в комбинации оперативного метода и метода лечения лучистой энергией.

Саркома вульвы. На наружных половых органах — правда, исключительно редко — наблюдалась и саркома. По указаниям Япке, до сих пор описано всего 162 случая саркомы вульвы, причем из них в 83 случаях дело шло о меланосаркомах, развивавшихся часто из пигментных родимых пятен.

Клинически саркомы протекают так же, как и рак вульвы, и распознаются как таковые только после микроскопического исследования.

Саркома вульвы встречается в более раннем возрасте, чем рак, растет чрезвычайно быстро и быстро дает метастазы.

Терапия сарком вульвы та же, что и терапия рака.

6. Травматические повреждения вульвы

Повреждения вульвы, если не считать родовой травмы, в общем наблюдаются сравнительно редко, ввиду особого анатомического положения этого органа. Однако приходится наблюдать различные повреждения вульвы sub coitu и вследствие падения на какой-либо острый предмет; описаны глубокие нарушения вульвы от удара рогами животных, при мастурбации и пр.

Sub coitu primae noctis, как известно, обычно нарушается только целостность hymen, что вызывает очень незначительную кровопотерю. Иногда при неподатливости hymen и некоторых особенностях его строения кровотечение может быть значительным и даже потребовать врачебного вмешательства — тампонады области образования трещины и входа во влагалище или даже наложения шва.

Но, конечно, чаще всего мы встречаем различные повреждения вульвы и промежности при родах.

Хотя в курсах акушерства и изложены подробно методы ухода и лечения этих разрывов, однако каждому гинекологу неминуемо приходится иметь дело с разрывами или незашитыми своевременно и зарубцевавшимися с образованием широких рубцов, или с зашитыми, по нагноившимися и зажившими вторичным натяжением.

Как и в акушерской практике тотчас же после родов, так и в гинекологической спустя иной раз много времени post partum, мы имеем дело с различными разрывами: первой степени — когда разорвана commissura и часть тела промежности; второй степени — когда разорвана вся промежность, но остается ненарушенным sphincter ani и слизистая оболочка кишки, и, наконец, третьей степени — когда разорван сфинктер и нарушена целостность слизистой прямой кишки.

Разрыв промежности первой и второй степени не дает тяжелых симптомов, однако ведет к зиянию половой щели и загрязнению влагалища из наружных половых органов, с кожи промежности и из anus.

В некоторых случаях это ведет к хроническим катаррам и воспалениям слизистой влагалища, к появлению белей, чувства жжения и неудобства при ходьбе.

Разрыв промежности первых двух степеней может являться нередко даже причиной бесплодия, так как после coitus семя не задерживается во влагалище, а вытекает обратно.

Но самые тяжелые симптомы связаны с полным разрывом промежности. Вследствие разрушения sphincter ani женщина не может удерживать не только газов, но и жидкого стула, а иной раз и твердых каловых масс. Это делает ее существование тяжелым. Женщина вынуждена отказаться от участия в общественной жизни; для нее делается невозможной и производственная работа.

Следует отметить, что прямая кишка и sphincter ani могут иногда несколько приспособляться и до известной степени уменьшать страдания женщины, но при малейших неблагоприятных условиях — как толчок, подъем тяжести, испуг или легкая травма — сфинктер снова проявляет свою недостаточность.

Л е ч е н и е. Само собой понятно, что лечение разрывов может быть только оперативным. Возникает вопрос: каждый ли разрыв промежности должен быть зашит?

Я полагаю, что у молодых женщин не следует торопиться с зашиванием разрывов первой и второй степени, если они не сопровождаются расслаблением тазового дна или явлениями опущения задней стенки влагалища.

Мне кажется, что лучше выждать последующих родов и зашить такие разрывы попозже, при появлении признаков опущения стенок влагалища, так как зашитый разрыв при новых родах очень часто снова разрывается и зашивание его может давать худшие результаты, чем зашивание незашитых разрывов.

Совершенно по-иному следует поступать при полных разрывах промежности. Здесь зашивание следует произвести возможно раньше, однако не ранее 2—3 месяцев после родов, так как послеродовые ткани очень медленно восстанавливают свою нормальную эластичность и способность к хорошему заживлению.

ГЛАВА ВТОРАЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

І. ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА

Из разнообразных заболеваний влагалища мы чаще всего встречаем воспаления слизистой оболочки влагалища, так называемые кольпиты (colpitis, vaginitis).

Кольпит. Едва ли в настоящее время можно придерживаться той точки зрения (Фейт), что причиной всех воспалительных заболеваний влагалища является инфекция.

Нет никакого сомнения, что целый ряд раздражителей может вызвать в стенках влагалища такие явления, которые нельзя определить иначе как воспалительные. Для возникновения кольпита необходима также известная степень предрасположения, подготовки к возникновению такого воспаления.

Так, например, несомненно, что одна и та же причина как бактериального характера, так и небактериального у одного субъекта вызывает воспалительную реакцию, у другого не дает ее.

К сожалению, вопрос этот до настоящего времени остается почти совсем не разработанным.

Нюрнбергер (Nürnbergger) разделяет различные формы кольпитов на следующие категории.

І. Воспалительные процессы во влагалище, обусловливаемые бактериями:

1. Гонорройное воспаление влагалища (colpitis gonorrhoeica).
2. Стрептококковый кольпит.
3. Стафилококковый кольпит.
4. Кольпит дифтерийный.

Не вполне выясненные формы бактериальных кольпитов:

1. Катarr влагалища у новорожденных.
2. Большинство так называемых серозно-гнойных кольпитов (colpitis simplex).
3. Кольпиты при инфекционных заболеваниях.

ІІ. Небактериальные воспаления — раздражения влагалища могут быть вызваны раздражениями физического характера (ожоги, световые раздражения, воздействие рентгеновских и радиевых лучей) и химическими продуктами (сулемой, хлористым цинком, карболовой кислотой, аммиаком, лизолом, мышьяком и мн. др.).

Из целого ряда различных форм кольпитов мы остановимся только на чаще всего встречающихся формах его.

1. Серозно-гнойный кольпит (*colpitis granulosa*)

Эта форма кольпита представляет, в зависимости от своего развития, самые различные формы, начиная от почти полного отсутствия макроскопических изменений до самых тяжелых форм воспаления.

Чаще всего мы наблюдаем диффузную красную слизистую влагалища. Нередко на поверхности такой покрасневшей слизистой появляются более или менее многочисленные, величиной с булавочную головку, темно-красные узелки, окруженные красным ободком (*colpitis granulosa, s. nodularis*).

В начальных формах серозно-гнойного кольпита повышается только количество лейкоцитов во влагалищных выделениях, причем слизистая выглядит совершенно нормальной. При тяжелых формах уже вполне выраженного кольпита слизистая имеет темно-красную окраску, причем между набухшими складками слизистой выделяется гной. Стерев гной ваткой, можно нередко обнаружить эрозивные участки. В острых случаях процесс с влагалища переходит на вульву и наружные половые органы.

Жалобы больных очень разнообразны. Нередко, несмотря на выраженный кольпит, женщины не ощущают никаких болезненных симптомов. В других случаях, особенно при гонорройном возбудителе воспаления, появляется ряд выраженных симптомов: чувство жжения, напряжения и даже боли во всей нижней части живота, особенно усиливающееся при давлении, кашле и даже при громком разговоре. Может появиться повышение температуры до 39° и даже легкие ознобы.

При рациональном лечении и уходе процесс быстро оканчивается излечением. Иногда процесс затягивается или даже после некоторого периода затишья снова вспыхивает.

Терапия состоит в повторной основательной обработке пораженной слизистой 3—5% раствором азотнокислого серебра. Хорошо оставить такую больную на несколько дней в кровати; когда же острый период закончится, назначить ей для удаления гнойного секрета какое-либо дезинфицирующее спринцевание, например, молочную кислоту, квасцы, перекись водорода, хлористый цинк и др. Из физических методов лечения применяют ионофорез с различными лекарственными ионами (цинк и др.), ультразвук, кварц.

Редкую форму кольпитов представляет так называемый *colpitis emphysematosa*. Он характеризуется появлением на слизистой разной величины пузырьков и кисточек, или располагающихся группами, или рассеянных по всей слизистой влагалища, чаще, однако, в верхней части его.

Величина кисточек колеблется от булавочной головки до вишневой косточки. Цвет этих образований бывает различный: то светлый, почти белый, желтоватый, темный бурый и даже кровавый. Содержимое их, легко обнаруживаемое уколом, состоит из газа или жидкости. По исследованиям Цвейфеля (Zweifel), газ кисточек определяется как триметиламин.

Некоторые авторы считают возникновение эмфизематозного кольпита следствием проникновения в слизистую влагалища френкелевской газобациллы. Однако этот взгляд не встречает общего признания.

Течение этой формы кольпита плохо изучено, так как она обычно не дает никаких симптомов и обнаруживается только случайно. Чаще всего эта форма кольпита обнаруживается во время беременности и, как утверждает Винкель (Winkel), исчезает в послеродовом периоде.

Диагностика ее, понятно, не представляет трудностей.

Терапия в этих случаях, ввиду безобидности страдания, обычно излишня. Впрочем, в некоторых случаях, именно при беременности, следует, по мнению некоторых авторов, до родов излечить больную, для чего они предлагают вводить во влагалище ватные тампоны, смоченные глицерином.

2. Старческий кольпит (*colpitis vetularum senilis*)

Иногда уже в период климактерия, а в большинстве случаев значительно позже, ткани влагалищной стенки подвергаются изменениям атрофического характера. Постепенно все влагалище укорачивается и суживается. Влагалищные своды уплощаются, а в некоторых случаях совершенно исчезают, так что полость влагалища сверху оканчивается у старух небольшим, трудно находимым отверстием — наружным зевом мочевого канала.

Слизистая влагалища атрофируется и становится гладкой, блестящей, белеватой. Местами, особенно в верхних отделах влагалища, можно обнаружить пропитанные кровью участки, как бы сеадины, иногда темного, кровавого цвета, весьма разнообразной формы и величины, обнаженные от покровного эпителия.

Липенные эпителии поверхности имеют склонность к слипанию и образованию рыхлых спаек, которые обычно легко разрушаются при введении исследующего пальца или зеркала.

Colpitis senilis может протекать совершенно бессимптомно. Чаще всего больная обращается к врачу по поводу белей, которые могут быть очень обильными и нередко бывают кровянистыми, что очень пугает больных, говоря им о возможности рака матки.

К белям иногда присоединяется очень тяжелый зуд наружных половых органов.

Нередко, вследствие слипания области зева, наступает непроходимость шеечного канала и образуется так называемая *pyometra* (см. ниже).

Диагноз *colpitis senilis* не труден; главным образом надо выяснить, нет ли одновременно и рака матки, особенно ее полости. В этих случаях нередко приходится прибегать с диагностической целью к пробному выскабливанию, чтобы подвергнуть полученный материал микроскопическому исследованию.

Терапия состоит в назначении спринцеваний с *Zincum chloratum* 1/4% или, что дает очень часто хорошие результаты, с *Acetum pyrolignosum* (по 1 столовой ложке на 4 стакана теплой воды). Хорошо действуют различные присыпки, особенно после устранения слипания стенок влагалища и введения тампона, пропитанного ксероформным или борным вазелином.

3. Гонорройный кольпит (*colpitis gonorrhoeica*)

Еще недавно существование гонорройного кольпита было подвержено большому сомнению. Однако в последнее время ряд исследователей доказал возможность существования гонорройного кольпита у женщин, живущих половой жизнью.

Несомненно, что истинный гонорройный кольпит требует особых условий для своего развития, так как он встречается главным образом у беременных, в период климактерия, после кастрации и у детей.

Все эти состояния, как мы знаем, связаны с выпадением функциональной деятельности яичника, однако связь гонорройного кольпита с этим выпадением еще далеко не доказана.

4. Кольпит при инфекционных заболеваниях

Кольпиты при инфекционных заболеваниях мы встречаем нередко. Чаще всего у девочек, заболевших дифтерией гортани, наблюдается дифтеритический кольпит.

В этих случаях вся поверхность влагалища бывает иной раз покрыта блестящей беловатой или серой пленкой. Очень часто при этом дифтерия поражает и наружные половые органы.

Дифтерийная пленка вначале плотно прикреплена к подлежащей ткани, и при попытках ее отделить рана кровоточит. Введение антидифтерийной сыворотки ускоряет отделение пленки и очищение раны.

Диагноз дифтерийного кольпита можно с уверенностью поставить только тогда, когда мы подтвердим его бактериологическим исследованием, получив истинную дифтерийную палочку.

Диагноз облегчается, если одновременно имеется дифтерийный процесс в других органах, если заболевание наблюдается в период эпидемии или при наличии явного контакта заболевшей девочки с детьми, болеющими дифтерией.

Различные кольпиты при других инфекциях, как тиф, пневмония, оспа, скарлатина, не всегда обуславливаются инфекционными началами основной болезни, а могут возникать и от неспецифической инфекции, легко развивающейся в условиях ослабленного организма.

Рубцевание влагалищной стенки в результате кольпита, особенно после дифтерии, может повести к сужению просвета, к образованию стенозов и атрезии, о чем речь будет впереди.

5. Трихомонадный кольпит (*Trichomonas colpitis*)

За последние десятилетия большое внимание уделяется так называемому трихомонадному кольпиту.

Trichomonas принадлежит к жгутиковым простейшим. имеет несколько видов, из которых для нас представляет интерес *Trichomonas vaginalis* (рис. 124).

Он имеет округлую форму, на одном конце широкую, на противоположном — заостренную. На передней, более широкой части имеются парабазальные тельца, из которых исходят 4 жгутика. Кроме того, от этого же края до противоположного располагается волнообразная перепонка.

У основания волнообразной перепонки, вдоль линии ее прикрепления расположен еще один жгут. По оси тела проходит аксосоногий — упругий скелетный тяж, слегка выступающий на заднем конце тела трихомонады. В передней части, близ парабазальных телец, располагается *cystostoma*.

В передней же части тела трихомонады, вблизи парабазальных телец, располагается ядро простейшего.

Захватывая мельчайшие частицы и бактерии своими жгутиками, трихомонады приближают их к *cystostoma*, которым и поглощают их. Даже лейкоциты могут поглощаться этими паразитами.

Вопрос о присутствии трихомонад во влагалищном секрете до настоящего времени решается очень различно.

Впервые Хене при ряде тяжелых, легко рецидивирующих кольпитов с большим количеством гнойных влагалищных выделений нашел в выделениях большое количество трихомонад. В дальнейшем он мог доказать, что при правильном лечении с исчезновением в белях этих Protozoa излечивается и кольпит.

Это позволило Хене настаивать на существовании специального трихомонадного кольпита.

Некоторые авторы, наоборот, утверждают, что *Trichomonas vaginalis* встречается только при сильном загрязнении влагалищного секрета (третья степень чистоты), что *Trichomonas* можно встретить в загрязненном влагалищном секрете и при полном отсутствии кольпита и что по существу трихомонады являются не причиной кольпита, а только паразитами, сопутствующими ему.

В настоящее время высказывается и промежуточная точка зрения, по которой хотя кольпит и вызывается бактериями, однако влияние трихомонас все-таки обнаруживается на уже измененной слизистой влагалища, что и сказывается на некоторых характерных особенностях таких кольпитов.

Кватер в последнее время, поддерживая точку зрения некоторых американских исследователей, говорит о существовании двух форм трихомонад: патогенной и апатогенной. Для определения этих форм он даже предлагает метод, состоящий в введении в задний свод влагалища 1—1,5 г крахмала (каргофельная мука). Через 20—24 часа он предлагает сделать мазок из влагалищного выделения и окрасить его еще в невывсушенном виде T-га Jodi. Йод слить, а препарат высушить. При отсутствии крахмала, съеденного трихомонадами, мазок окрашивается в бледножелтый цвет, при наличии его — в темный. Врулентные трихомонады пожирают гликоген — мазок обесцвечен, авирулентные пожирают его в очень небольшом количестве — мазок остается интенсивно окрашенным.

Характерной особенностью трихомонадного кольпита являются обильные, жидкие и часто пенистые выделения, слегка желтоватого цвета.

Реакция влагалищных выделений при этом может быть кислой, амфотерной или даже щелочной. Нередко наблюдаются и расстройства мочеиспускания, а также чувство жжения и зуда в наружных половых органах.

Диагностика этого кольпита основана на нахождении трихомонад в выделениях при микроскопическом исследовании мазков из влагалищного секрета.

Лучше и проще всего это удается на неокрашенных и нефиксированных мазках, если в каплю физиологического раствора, нанесенную на предметное стекло, опустить каплю влагалищных выделений, прикрыть препарат покровным стеклышком и изучать с иммерсионной системой.

Особенно легко обнаружить трихомонад при исследовании их в темном поле (для чего необходим специальный осветитель). На фиксированных препаратах трихомонады резко меняют свою форму и плохо распознаются.

Лечение трихомонадного кольпита требует большой постоянности ввиду рецидивирующего характера этого заболевания. Оно имеет целью уничтожить паразита, находящегося во влагалище, и устранить причину нового заражения.



Рис. 124. *Trichomonas*, его строение (схема).

Хене предлагает тщательно обработать стенки влагалища ватными тампонами, смоченными в 1⁰/₀₀ растворе сулемы. После этого влагалище высушивается и смазывается раствором: *Natrii carbonici* 20,0, *Glycerini* 200,0. Излишек глицерина удаляется из влагалища путем вытирания. Таким же образом следует очистить и *vestibulum*, и пространство между губами.

Кроме того, Хене в дальнейшем вводит еще несколько раз во влагалище раствор буры в глицерине, для чего он даже изобрел специальный шприц.

Существует и еще ряд способов лечения трихомонадного кольпита, например, лечат б и о л а к т и н о м, который вводится во влагалище; однако пока мы еще не получали стойкого успеха от его применения.

Интересен и способ, предложенный Кватером, состоящий в «искусственном кормлении» трихомонад веществами, близкими к гликогену, для того чтобы они не пожирали гликоген влагалищного эпителия и этим не нарушали бактериальной флоры влагалища. Для питания трихомонад Кватер рекомендует глюкозу и крахмал. Применив несколько раз этот метод, я не получил особенно положительных результатов.

Лечение трихомонадного кольпита представляет большие трудности и требует огромной настойчивости. Каждое из многочисленных предлагаемых средств дает вначале хороший эффект, но спустя короткое время болезнь рецидивирует.

Испытав ряд средств, я получил более постоянные результаты от применения следующего способа, рекомендованного мне Тьедером и состоящего в обработке пораженного влагалища 1% раствором б р и л л и а н т о в о й з е л е н и в 70° спирту и введении осарсола.

Осарсол содержит мышьяк. Трубочка содержит 20 таблеток по 0,25 осарсола. Во влагалище вводится по 1—2 таблетки, растертых в ступке в порошок. Вырабатывается этот препарат у нас в Союзе.

Обнаженную зеркалами шейку и стенки влагалища высушивают протирающим сухой ватой, после чего тщательно смазывают раствором бриллиантовой зелени.

Эта процедура повторяется через день 5—6 раз.

В острых и распространенных случаях предварительно назначают сидячие ванночки из слабых растворов марганцовокислого калия, и после того как стихнет острый период, вводят порошок осарсола. Повторяя эту процедуру 3—5 раз каждые 2 дня, переходим к обычному смазыванию влагалища раствором бриллиантовой зелени.

6. Грибковые кольпиты

В половой сфере женщин, особенно часто в ее влагалище, можно наблюдать патологические состояния, являющиеся следствием внедрения сюда растительных паразитов, а именно — *Oidium albicans*, возбудителя *soor*, и *Leptotrix vaginalis* (рис. 125 и 126).

Soor встречается во влагалище уже при первом внедрении сюда бактериальной флоры. Во влагалище здоровой женщины грибок *soor* встречается довольно часто, во влагалище беременных очень часто встречается *Oidium albicans*, по Дедерлейну, — в трети всех случаев с нормальным влагалищным секретом.

Однако далеко не у всех женщин, у которых можно обнаружить во влагалищном секрете *Oidium albicans*, грибок этот дает патологические изменения, т. е. приводит к образованию специфического налета (*soorplaques*). Причины такой реакции организма на этот грибок до сих пор неизвестны.

Картина *soor* влагалища идентична той, которую мы наблюдаем при аналогичных условиях в полости рта.

На слизистой оболочке влагалища мы встречаем различной величины — от булавочной головки до чечевицы — беловатые налеты, простирающиеся до сводов и даже на влагалищную часть матки и трудно отделяющиеся от подлежащей ткани.

Если исследовать отделенную массу под микроскопом, то мы найдем в ней густую сеть нитевидных грибов и их споры.

По Фейту, грибок soor распространяется только по поверхности эпителия, только приклеивается к слизистой, но не прорастает вглубь.

Тем не менее его развитие дает иной раз ряд тягостных симптомов, состоящих в чувстве жжения во влагалище и зуда паружных половых органов. Это очень раздражает больных, они расчесывают и патируют зудящие части. Болезненно бывает и мочеиспускание.

Выделения при soor vaginae незначительны. Если женщина страдает soor во время беременности, то после родов он обычно исчезает.

В общем soor неопасен, несмотря на то, что вызывает неприятные субъективные ощущения у больной.

Вторым грибом, паходимым во влагалище, является *Leptotrix vaginalis*. Он встречается в секрете и у здоровых женщин и представляет собой педелющиеся длинные нити, состоящие из отдельных члеников. У беременных находят его чаще (14%), чем у пебеременных (11%).

Повидимому, этот грибок не дает особой патологической картины, так как в тех случаях, когда его паходят во влагалище, можно обнаружить только увеличение количества влагалишных выделений с большим количеством лейкоцитов.

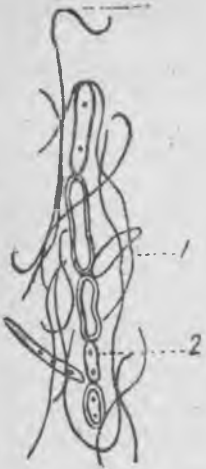


Рис. 125. 1—*Oidium albicans*, тонкие нити грибка soor, окружающие членики; 2—*Leptotrix vaginalis*.



Рис. 126. *Leptotrix*.

Таким образом, этот часто встречающийся грибок почти лишен патогенного значения.

II. ЯЗВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Чаще всего встречаются во влагалище язвы веперического происхождения.

1. *Ulcus molle*

Ulcus molle, как уже было описано при заболеваниях вульвы, и во влагалище чаще всего встречается в виде множественных язв. Язвы эти обычно вначале имеют округлую форму с подрытыми краями, окруженными красным воспалительным вепчиком. Дно язвы покрыто салым палетом, при дотрагивании болезненно и легко кровоточит.

Во влагалище очень часто мы находим *ulcus molle elevatum*, т. е. не углубленную поверхность язвы, а несколько приподнятую, в виде плоской пуговки. *Ulcus molle* у женщин нередко вызывает поражение региоарных паховых желез. Эти бубоны могут даже доходить до абсцессов; у женщин они встречаются значительно реже, чем у мужчин.

2. Первичная сифилитическая язва

Первичная сифилитическая язва во влагалище встречается сравнительно редко. Однако, вернее всего, мы в большинстве случаев просматриваем ее, так как обычно она не дает особых симптомов. Находим мы ее на задней стенке влагалища, чаще в верхнем отделе его; еще чаще она помещается на влагалишной части матки.

Увеличения паховых желез при первичном сифилисе обычно не наблюдается.

Как было уже описано раньше, при заболеваниях вульвы первичный сифилис характеризуется слегка возвышенной припухлостью, с твердым язвенным дном, без воспалительных явлений в окружности (стр. 128).

Уже было отмечено, что диагноз первичного сифилиса устанавливается только определением в язвенном секрете бледной спирохеты.

Вторичная и третичная сифилитическая язва во влагалище — явление крайне редкое и описано только в единичных случаях.

3. Туберкулезные язвы

Встречаются во влагалище язвы туберкулезного характера с резкими краями, покрытые туберкулезным налетом. Язвы эти также очень редки. Их диагностируют при микроскопическом исследовании по присутствию туберкулезных бугорков, с характерными для них гигантскими клетками, и по присутствию туберкулезных бацилл.

4. *Ulcus rotundum simplex* влагалища

Эта язва имеет круглую форму с резкими, как бы штампованными краями и бывает различной величины — от 20 мм до 1—2 см в диаметре. Края язвы не инфильтрированы. Дно ее чисто или покрыто тонким гнойным налетом.

Язва эта встречается очень редко. Ее этиология не выяснена, если не считать объяснения, что язва является следствием местного расстройства циркуляции в сосудах. Круглая простая язва не дает никаких симптомов и обнаруживается обыкновенно случайно. Ее течение мало изучено; предсказание, как это можно думать по небольшому количеству описанных случаев, благоприятно.

III. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Повреждения стенок влагалища нередко наблюдаются одновременно с повреждениями вульвы, о чем мы уже говорили раньше. Однако несомненно, что травматические повреждения влагалища мы встречаем значительно чаще, чем повреждения вульвы.

Кроме тяжелых повреждений влагалища, при падении женщины на какой-либо острый предмет (ручка от крышки, закрывающей стульчак), ушиба рогами животного и пр., нередко наблюдаются повреждения от забытых во влагалище п е с с а р и е в, повреждения при попытках вызвать аборт и повреждения пред-метами, употреблявшимися при мастурбации.

Мне неоднократно приходилось удалять из влагалища большие, толстые, обросшие инкрустациями солей кольцеобразные пессарии, вросшие в стенку влагалища и образовавшие в ней глубокие изъязвления. В одном из этих случаев старая женщина, у которой такое кольцо было удалено с большим трудом только после того, как нам удалось рассечь его (ножными щипцами) на несколько кусков, даже не знала, что она носила это кольцо, и не помнила, когда оно было ей введено.

Повреждения при половых сношениях тоже встречаются далеко не редко. Как об этом уже говорилось в предыдущей главе (см. Травматические повреждения вульвы), повреждения эти могут носить тяжелый характер. При разрывах сводов могут образоваться даже перфорирующие разрывы, нередко оканчивающиеся перитонитом с летальным исходом.

Повреждения влагалища мы встречаем и при применении различных сильных прижигающих средств. Повреждения эти очень нередко ведут к образованию различного рода рубцов и стенозов.

Я наблюдал тяжелейшие ожоги стенок влагалища после введения акушеркой тампона, смоченного ошибочно вместо глицерина серной кислотой.

Но, конечно, чаще всего и наиболее тяжелые повреждения стенок влагалища мы наблюдаем после родов.

Здесь можно встретить не только ссадины, различной глубины поранения тканей, но и глубокие повреждения, проникающие в соседние органы и полости: в брюшную полость, в мочевой пузырь и в полость кишок.

Повреждения, проникающие в кишечник и в мочевой пузырь, нередко ведут к образованию мочевых и кишечных свищей — тяжелейшей патологии, которая обычно излагается как специальная глава в большинстве учебников по гинекологии.

1. Мочевые свищи влагалища

Мочевые свищи, которые мы встречаем во влагалище, как уже отмечалось раньше, чаще всего являются следствием неправильного ведения родов, особенно при различных формах сужений таза.

Однако в последние десятилетия с развитием гинекологической оперативной деятельности мы встречаем мочевые свищи во влагалище и как последствия

оперативной травмы или омертвления тканей после гинекологических операций. Наконец, свищи во влагалище могут образоваться в результате вскрытия во влагалище обширных гнойных скоплений или как результат лечения радием, или рентгеновскими лучами.

Все это дает повод делить все влагалищные мочевые свищи на две категории: на свищи акушерского происхождения и свищи, являющиеся последствием гинекологических вмешательств и гинекологических заболеваний.

Как видно из учебников акушерства, возникновение свищей в послеродовом периоде может объясняться длительным сдавливанием мягких тканей полового тракта и соседних органов (мочевого пузыря и стенок прямой кишки) между прилежащей головкой и костями таза.

Из акушерских свищей особенно обширными и более сложными для оперативного излечения являются свищи от прижатия, при которых образуются дефекты тканей.

Свищи от непосредственной травмы обычно не столь велики, так как при них дело идет только о повреждении тканей, а не об их дефектах. Однако несколько раз мне приходилось видеть обширнейшие свищи в результате наложения на головку щипцов Къелапда.

Величина мочевых фистул, возникших вследствие гинекологических операций, бывает чрезвычайно разнообразной: от почти невидимого точечного отверстия на слизистой оболочке влагалища, открываемого только при обнажении сводов зеркалами и заметного при хорошем освещении свища, до большого дефекта, через который выпадают соседние участки слизистой пузыря и через который беспрепятственно можно ввести в пузырь один, а иной раз и два пальца.

В большинстве случаев свищевое отверстие имеет круглую или овальную форму, однако при некоторых свищах оно имеет продолговатую форму, чаще всего в поперечном направлении, иной раз неправильную, вытянутую, закрытую по краям грубыми неподатливыми и неподвижными рубцами.

В некоторых случаях можно встретить не одно, а два и больше свищевых отверстий, которые обычно располагаются одно над другим.

К свищам мочевого пузыря необходимо отнести и так называемые мочеточниковые свищи.

Мочеточниковые свищи в противоположность пузырьным очень редко встречаются как следствие родов. Большинство этих свищей является свищами гинекологического происхождения, так как обычно причиной их является случайное поранение мочеточника при различных гинекологических операциях.

Однако не только непосредственное нарушение целостности мочеточника ведет в результате к образованию мочеточникового свища. Такой свищ может образоваться и вследствие случайного захвата мочеточника при операции в лигатуру, а еще чаще — вследствие омертвления части его стенки или от прижатия тампоном, инфильтратами, или от недостатка питания.

Последнее нередко наблюдается после расширенной операции рака, при которой приходится высенаровывать мочеточник из окружающей его ткани на большом расстоянии.

Как мы увидим ниже, раковое прорастание мочеточника наблюдается очень редко, так как мочеточник хорошо противостоит раковому процессу.

Таким образом, во влагалище мы можем встретить свищи: а) мочеиспускательного канала на всем протяжении этого канала, но чаще всего у его внутреннего сфинктера; обычно эти свищи бывают невелики, но в исключительных случаях может быть разрушен полностью весь мочеиспускательный канал; б) свищи пузырно-влагалищные (*vesico-vaginales*), начиная от свищей, расположенных в области пузырного сфинктера (жома), и кончая большими иной раз дефектами на задней стенке мочевого пузыря.

Свищи мочевого пузыря могут открываться не только во влагалище, но и в шеечный канал. В этих более редких случаях мы говорим о *fistula vesico-cervicalis*. Наконец, свищи мочевого пузыря могут открываться в полость матки (*fistula vesico-uterina*), а в редких случаях и в другие соседние органы и новообразования.

Моча из поврежденного или омертвевшего мочеточника чаще всего находит себе выход через влагалище, а именно через верхний его купол (fistulae uretero-vaginales), однако мочеточниковый свищ может открываться и в шейку (fistulae uretero-cervicales), в матку и другие органы (рис. 127).

Необходимо отметить, что встречаются и комбинации свищей, например, двусторонние мочеточниковые свищи или мочеточниковый и одновременно пузырный свищ во влагалище.

Симптомом мочеполювых влагалищных свищей является недержание мочи — (incontinentio urinae). Недержание это может быть чрезвычайно разнообразным.

В некоторых случаях моча совершенно не удерживается пузырем и вся выделяется через влагалище. Мочеиспускание через мочеиспускательный канал при этом прекращается; в других случаях моча вытекает через влагалище, но по временам больная мочится и через мочеиспускательный канал. Иногда моча течет из влагалища в то время, когда больная мочится через мочеиспускательный канал; наконец, наблюдаются случаи, когда моча течет через влагалище только при определенном положении туловища и удерживается полностью при других положениях.

Нередко уже на основании жалоб больной можно делать предположение о характере и величине поражения мочевого пузыря и о характере свища. Так, если моча выделяется из влагалища во время мочеиспускания, можно думать о свище мочеиспускательного канала

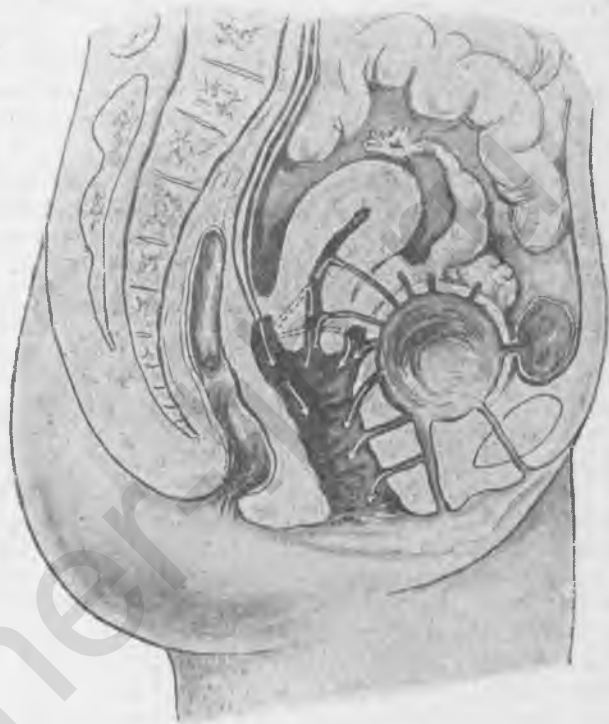


Рис. 127. Схема возможных форм мочевых свищей. По Мажницу.

во влагалище. Если вся моча идет через влагалище и совершенно не удерживается мочевым пузырем, дело идет или о большом свище мочевого пузыря, или о свищах обоих мочеточников, открывающихся во влагалище. Если больная заявляет, что, несмотря на недержание мочи, она по временам может мочиться, — это обстоятельство говорит за то, что у нее имеется или слабость сфинктера, или небольшой пузырно-влагалищный свищ, снабженный как бы клапаном, или, наконец, у большой имеется односторонний мочеточниковый свищ. Если больная жалуется, что в стоячем положении она не теряет мочи, а как только ляжет, начинается выделение мочи из влагалища — в этих случаях можно предположить, что свищ располагается на задней стенке пузыря, ближе к его верхушке, куда и стекает моча в лежачем положении. Наоборот, если в стоячем положении у больной вытекает моча, а в лежачем больная остается сухой, то в этих случаях можно предположить, что свищ находится у основания мочевого пузыря — у *trigonum Lieutaudii* — или на соседнем с ним участке, так как моча при лежачем положении большой стекает кзади, к неповрежденной верхушке пузыря, при стоячем же положении — книзу, где расположен свищ.

При мочевых свищах особенно тягостны для женщины не сами свищи, а их следствие. Истекающая и разлагающаяся моча непрерывно орошает наружные

половые органы, внутренние поверхности бедер и кожу ягодиц; промокающее белье еще ухудшает это положение. Большая распространяет вокруг себя тягостный аммиачный запах, что делает ее невозможной в сожителстве и для окружающих. Запах этот особенно сильно беспокоит больную в летние теплые дни. Все это тягостно отражается на общем состоянии ее здоровья.

Очень часто больные, страдающие мочевыми свищами, заявляют нам об отсутствии у них менструации (амеоррея), причем в тех случаях, когда свищ успешно зашивается, менструация, даже долго отсутствовавшая, быстро возобновляется.

В редких случаях страдающие мочевым свищом, однако, продолжают менструировать, и я еще недавно наблюдал наступление у такой больной даже беременности.

Нередко рубцы во влагалище, обычно сопровождающие мочевые свищи, служат препятствием для полового сношения.

Необходимо отметить, что при всех влагалищных свищах, при которых наблюдается полное недержание мочи, уретра, вследствие бездеятельности мочеиспускательного канала, постепенно суживается, и может наступить полная атрофия мочеиспускательного канала. Бывают случаи, когда только путем известного насилия удастся проводить через такую суженную уретру металлический катетер.

Диагностика мочевых свищей. Правильная и детальная диагностика мочевых свищей чрезвычайно важна для успешного лечения этого тяжелейшего страдания.

Только тот, кто точно представляет себе местоположение свища, его форму, величину, отношение к отверстиям мочеточников, может рассчитывать, что он добьется успеха от своих методов лечения, а не увеличит и не усложнит имеющееся заболевание.

Мы уже говорили о значении заявлений больной о том, в каком положении она не удерживает мочи. Однако окончательный диагноз мы можем поставить, несомненно, только после подробного объективного исследования.

Необходимо отметить, что пальпацией мы определяем только степень подвижности матки и окружающих свищ рубцов. Это имеет, конечно, очень большое значение, однако пальпацией мы определяем свищи, их форму и расположение только в тех случаях, когда свищи велики. Определить маленькие свищи при пальпации не удастся.

Значительно больше дает нам исследование ложкообразными или пластинчатыми зеркалами.

Это исследование следует производить при хорошем искусственном освещении. Даже небольшой точечный свищ обычно можно определить по каплям мочи, выделяющейся из него.

Очень хорошим способом является введение металлического или стеклянного катетера через мочеиспускательный канал. Если свищ расположен в нижнем отделе пузыря, то при этом кончик катетера из пузыря легко продвинуть и через свищевое отверстие.

Если это не удается, следует, не извлекая зеркал, провести через свищ со стороны влагалища кончик металлического зонда и ощупать им катетер. Характерный звук и ощущение руки зондирующего позволяют нам легко решить, встретился ли катетер с зондом.

При малых свищах, особенно при извилистом их ходе, зондирование не удастся, и не следует особенно настойчиво стремиться получить этим методом окончательное решение.

Лучше всего в этих случаях воспользоваться старой методикой наполнения мочевого пузыря какой-либо цветной жидкостью. Уже исстари для этой цели пользовались стерилизованным молоком. Из красящих средств я чаще всего применяю физиологический раствор, густо окрашенный метиленовой синькой.

Введя катетер в мочевой пузырь через уретру, мы наполняем этим цветным, слегка подогретым раствором мочевой пузырь и, одновременно обнажив влагалище зеркалами, следим за вытеканием раствора из свища. Этим способом легко

обнаруживают даже очень маленькие свищи, дающие только временное недержание мочи, так как из них, особенно после введения большого количества жидкости (200 см³), показывается окрашенная жидкость.

Если во влагалище имеется мочеточниковый свищ, то изливающаяся из него моча не окрашена. Этим мы легко дифференцируем характер свища: имеется ли свищ пузырный или мочеточниковый.

Однако мы не должны ограничивать свой диагноз определением характера свища: необходимо еще точно установить место его положения и отношение его к устьям мочеточников; без этого исследования не следует приступать к зашиванию.

Для этого нам служит цистоскопия.

Цистоскопом мы сразу же определяем, исходит ли свищ из мочеточников, так как при мочеточниковом свище соответственное устье мочеточника перестает функционировать и не выбрасывает в пузырь периодически струи мочи (мочеточник лежит «мертвым»); если же мочеточник не поврежден, то он периодически выбрасывает струю мочи в пузырь.

Цистоскопия при наличии больших свищей затрудняется тем, что вводимая в пузырь при цистоскопии жидкость вытекает во влагалище. Этому можно воспрепятствовать, туго затампонировав влагалище мокрым тампоном или введя в него соответственной величины кольцеобразный ринтер. После этого можно наполнить мочевого пузырь и приступить к цистоскопии. Применяя при цистоскопии зондирование мочеточника, мы можем определить и высоту, на которой расположен свищ.

Таким образом, современная диагностика дает нам полную возможность произвести точный и детальный анализ имеющегося во влагалище свища и сознательно приступить к терапии.

Терапия мочевого свищей. Почти все пузырьные и мочеточниковые свищи, несомненно, имеют склонность к самопроизвольному заживлению; поэтому не следует торопиться их зашивать, а лучше выжидать в расчете на то, что они самопроизвольно закроются.

Это заживление особенно часто наблюдается при мочеточниковых и небольших пузырьных свищах.

Необходимо, однако, отметить, что чрезмерно продолжительный период выжидания, особенно при мочеточниковых свищах, может повести к серьезным осложнениям в виде тяжелых форм пиелонефрита; наконец, часть так называемых заживлений мочеточниковых свищей должна быть отнесена за счет облитерации пораженного мочеточника и атрофии соответственной почки.

Большие пузырьные свищи, особенно свищи вторичного происхождения, т. е. образовавшиеся в результате длительного прижатия и омертвления тканей, самопроизвольно не заживают.

Но и здесь следует выжидать не менее 2—3 месяцев после родов, особенно для свищей пузырных, для того чтобы дать организму возможно полное справиться с послеродовой инволюцией тканей, которые к моменту операции должны обладать возможно большей степенью эластичности.

Способствует заживлению свищей, если они малы, прижигание их краев *Argentum nitricum in substantia* с последующим введением катетера *à demeure*.

Большие свищи с каллезными краями прижигать не следует, так как такое прижигание не улучшает, а часто, наоборот, ухудшает положение дела.

Незаживающий свищ должен быть закрыт оперативным путем; при этом операция свищей может быть и очень легкой, и очень трудной, требующей большого опыта и специальной сноровки.

Я не могу здесь излагать подробно многочисленных методов зашивания пузырных свищей, так как это является предметом курсов оперативной гинекологии и специальных учебников и работ, посвященных этому вопросу.

Однако в изложении курса гинекологии нельзя обойтись без того, чтобы не упомянуть о наиболее употребительных методах, применяемых в настоящее время.

Прежде всего после точной диагностики успех зашивания свища зависит от надлежащей подготовки больной.

Для этого самым существенным методом являются ежедневные теплые ванны и многократная уборка больной с промываниями влагалища теплыми слабо-кислыми растворами.

Следует добиваться того, чтобы моча у больной начала давать не щелочную, а кислую реакцию. Для этого полезно назначать больной уротропин внутрь, возможно чаще давать кислое питье, но, несомненно, самым важным моментом является отмеченное выше чистое содержание больной, ванны и спринцевание.

Одним из первых методов зашивания пузырно-влагалищного свища является окровавление краев свищевого хода и наложение на него швов. Швы эти проводят сквозь стенки влагалища, через толщу *membrana vesico-vaginalis* и через стенку мочевого пузыря, не захватывая его слизистой. Наложённые симметрично на противоположные края раны, швы затягиваются, и свищ таким образом закрывается.

Свищи мочеточников могут излечиваться, как мы уже говорили, в некоторых случаях и самопроизвольно. Однако угроза восходящей инфекции не позволяет нам особенно долго откладывать операцию.

Конечно, зашивание мочеточникового свища со стороны влагалища не поправляет дела, и при этих свищах необходимо или вшить край мочеточника в пузырь, или соединить концы повреждения друг с другом.

Сшивание поврежденных концов мочеточника не дает хороших результатов, и чаще всего нам приходится вшивать поврежденный мочеточник в пузырь. Лучшие результаты при этом мы получаем в тех случаях, когда ранение мочеточника было замечено своевременно и если оно произошло в нижней его части, вблизи пузыря.

Перечисленный ряд оперативных пособий, имеющих целью восстановить нормальные анатомические соотношения в мочеполовой системе, может быть значительно расширен и дополнен рядом операций, преследующих уже иную цель.

Так, в тех случаях, когда обширность дефекта не позволяет нам закрыть его или когда рубцовые сокращения не дают возможности зашить свищ, предложен ряд операций, имеющих целью уже не восстановление анатомических соотношений, а избавление больной от тяжелых последствий недержания мочи.

Можно добиться удержания мочи, преградив ей возможность вытекать из влагалища, направив ток мочи обратно или в мочевой пузырь с его сфинктером, или в прямую кишку, заставив *sphincter ani* выполнять роль аппарата, удерживающего не только кал и газы, но и мочу.

Если при обширном пузырно-влагалищном свище создать ниже свища оперативным путем затвор (*colpocleisis*), то моча перестает вытекать через влагалище, но потечет обратно в пузырь, а оттуда через мочеиспускательный канал наружу. Этим же путем выделяется и менструальная кровь.

При пузырно-шеечных свищах этот затвор может быть создан выше, в области наружного зева шеечного канала; в таких случаях правильнее говорить о *hystero-cleisis*.

Операции эти не сложны. Необходимо циркулярно отсепаровать слизистую влагалища и наложить после этого на обнаженные поверхности ряд швов, обеспечивающих нам полный затвор влагалища. В случаях удачной этой операции моча, встречая в созданном барьере непреодолимое препятствие для выделения книзу, течет обратно в мочевой пузырь.

В тех тяжелых случаях, когда имеется пузырно-влагалищный свищ и к тому же полное разрушение мочеиспускательного канала, можно освежить и зашить всю половую щель, начиная от клитора вплоть до промежности, сделав предварительно отверстие в промежности, ведущее из полости влагалища в прямую кишку.

В этих случаях моча, не имея выхода ни через пузырь и мочеиспускательный канал, ни книзу, где образован искусственный барьер, течет через сделанное отверстие в прямую кишку, и, таким образом, *anus* выполняет роль сфинктера не только для кала, но и для мочи.

Однако эти операции очень часто не дают желаемого эффекта, и в литературе упоминается о случаях, когда приходилось разрушать созданный искусственный барьер во влагалище. Так, нередки случаи образования больших камней мочевого пузыря, которые требуют удаления. Застой мочи и распадающейся менструальной крови дает тяжелые общие симптомы, заставляющие также опорожнять образованную клоаку.

2. Влагалищно-прямокишечные свищи

Влагалищно-прямокишечные свищи встречаются значительно реже, чем свищи пузырно-влагалищные.

Они чаще всего являются следствием бывших родов, реже они возникают после различных гинекологических вмешательств и после образования больших гнойников, вскрывающихся во влагалище и в прямую кишку.

Полный разрыв промежности при родах чаще всего обуславливает возникновение влагалищно-прямокишечных свищей. В этих случаях они образуются вследствие заживления нижней части тела промежности и отсутствия такого заживления в верхних отделах разрыва.

Однако свищи могут явиться и следствием непосредственного разрушения соответственных тканей различными акушерскими инструментами, как, например, ложкой щипцов, перфоратором, или острием костей черепа плода, выступающим из перфорационного отверстия.

В литературе приведены случаи образования свищевого хода клистирным пакоепечником, вследствие падения женщины на какой-либо острый торчащий предмет и пр.

Туберкулезный процесс в нижнем отделе прямой кишки может давать свищи, ведущие во влагалище, а также и большие гнойники в теле промежности. Причиной свища может явиться и вскрывающаяся в прямую кишку и влагалище гематома, образовавшаяся после заживания разрывов промежности или после иных гинекологических операций.

Особенно тяжелые влагалищно-прямокишечные свищи мы встречаем при раке матки, влагалища или прямой кишки в тех случаях, когда раковый процесс проедает лежащие между этими органами ткани. В этих случаях свищ нередко обнаруживается после неосторожного или неумелого лечения ракового процесса рентгеновскими лучами, а особенно радием.

При нормальном течении родов влагалищно-прямокишечные свищи не образуются.

Место образования свищевого хода очень различно: свищи, развившиеся после родов, обычно располагаются вблизи вульвы или во всяком случае не выше нижней трети влагалища; свищи неакушерского происхождения могут располагаться на любой высоте влагалища, вплоть до сводов.

Чаще всего акушерские свищи невелики, едва проходимы для тонкого зонда; свищи же гинекологического происхождения могут иметь значительно большую величину.

Туберкулезные свищи отличаются твердыми каллезными краями, инфильтрацией тканей, через которые они проходят, и своим извилистым ходом.

Симптомы калового свища во влагалище очень характерны: женщина не держит газов и жидкого кала, а при больших свищах — и твердых каловых масс. Раздражение кожи наружных половых органов кишечными выделениями ведет к покраснению и воспалению их наружных покровов, чувству жжения, зуду, повышению секреции, раздражению прямой кишки, выделению слизи и пр.

Диагностика наличия свища обычно не трудна. Приподняв подъемником переднюю стенку влагалища, мы внимательно осматриваем все его складки и обычно сразу же определяем часто совсем небольшое отверстие, скрывающееся в одной из складок слизистой задней стенки влагалища.

Введя в это отверстие тонкий, легко сгибающийся зонд, мы можем пройти им вплоть до полости прямой кишки и пальцем, одновременно введенным в прямую кишку, обнаружить здесь конец зонда.

Таким образом, без особого труда мы определяем не только наличие свища, но и его расположение, его длину, характер его стенок, его подвижность и количество свищевых отверстий.

Терапия каловых свищей должна быть чисто оперативной. Ожидать самопроизвольного заживления здесь обычно не приходится, так как эти свищи в противоположность мочевым не имеют тенденции к рубцеванию и заживлению.

При зашивании каловых свищей мы можем подходить к ним или со стороны влагалища, или со стороны прямой кишки.

Операция состоит в освежении краев свищевого хода и в наложении послойно швов на освеженные поверхности.

Наконец, в редких случаях мы встречаем во влагалище свищи, ведущие в тонкие кишки.

Эти свищи являются также следствием тяжелых акушерских вмешательств, когда разрывается влагалищная стенка и в разрыве ущемляется тонкая кишка.

Наблюдали эти тяжелые свищи и после абсцессов в дугласовом пространстве, после влагалищных экстирпаций матки, особенно после удаления перивагинальных опухолей придатков.

Если через такой свищевой ход вытекает все содержимое тонких кишок, принято говорить об *anus praeternaturalis vaginalis*, если же кал выделяется и нормальным путем, мы говорим о *fistula ileovaginalis*.

Свищи тонких кишок имеют тенденцию к рубцеванию и самопроизвольному излечению. Ввиду опасности радикальной операции крайне желательно добиться такого самопроизвольного излечения.

Операция состоит во вскрытии брюшной полости, отделении кишечника от сращений, в обнаружении в нем свища и в послойном зашивании его и свищевого отверстия на стенке влагалища.

В случаях распространенного повреждения кишки следует взамен зашивания кишки произвести резекцию ее поврежденного отрезка и энтероанастомоз тонкой кишки.

IV. НОВООБРАЗОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

Описан целый ряд самых разнообразных новообразований во влагалище как доброкачественных, так и злокачественных. Однако, как это видно из клинического материала, именно влагалище значительно реже всех прочих отделов полового канала служит источником развития новообразований.

Доброкачественные новообразования стенок влагалища. *Кисты* во влагалище мы, пожалуй, встречаем значительно чаще всех прочих опухолей. Они редко бывают больше кулака; чаще всего кисты бывают очень невелики: от горошины и до грецкого ореха, редко до куриного яйца.

В большинстве случаев кисты влагалища располагаются поверхностно, но иногда проникают вглубь тканей, достигая параколья. Чаще всего содержимое кисты жидко и прозрачно; реже оно бывает густым, слизистым и иной раз темного цвета. Стенка влагалищной кисты построена из соединительной ткани, нередко содержащей мышечные волокна. Внутренняя ее поверхность покрыта цилиндрическим, кубическим или даже уплощенным эпителием.

Кисты влагалищных стенок могут происходить из зачатков мюллеровских ходов, из остатков вольфова хода, из несомненно существующих во влагалище, хотя и редко, железок слизистой, из парауретральных ходов и даже из складок слизистой влагалища.

Чаще всего кисты влагалища происходят из остатков вольфова хода, носящих название *гартнеровских ходов*, которые обычно оканчиваются уже на уровне сводов, однако могут опускаться (хотя чаще в виде прерывистых каналов) до самого hymen.

Кисты, возникшие из гартнеровских ходов, обычно располагаются по боковым поверхностям влагалища, чаще несколько впереди. Стенки их могут содержать мускулатуру, а внутренняя поверхность покрыта кубическим эпителием.

Кисты, возникающие из мюллеровских ходов, мы встречаем при пороках развития влагалища, когда с одной стороны влагалище развилось полностью,

а на противоположном участке мюллеровская пень дала материал для образования не полного влагалища, а только кистовидной полости (рис. 128).

Кисты влагалища обычно не дают никаких симптомов, даже если превышают по величине куриное яйцо. Чаще всего мы находим их случайно.

Можно наблюдать кисты влагалища больше гусиного яйца, но больные не чувствуют их присутствия даже при половых сношениях.

Диагностика кист влагалища легка, однако при простом двуручном исследовании мы, вследствие мягкости этих кист, нередко не определяем их и убеждаемся в присутствии кисты, лишь обнажив влагалище зеркалами.

Терапия кист влагалища не сложна и состоит в удалении их путем вылушения из подлежащей ткани. Прокола и опорожнения кисты недостаточно, так как киста довольно быстро снова восстанавливает свое содержимое.

Миомы влагалища наблюдаются крайне редко. Они почти никогда не бывают больше куриного яйца. Они могут сидеть на широком основании или прикрепляться к стенке влагалища ножкой. Поверхность их обычно гладка, но в некоторых случаях она может быть и бугристой. Нередко миома влагалища может некротизироваться и воспаляться.

Микроскопически миомы влагалища построены из мышечных элементов с большей или меньшей примесью соединительной ткани.

Диагностика миом не трудна, однако их не следует смешивать с плотными инфильтратами в *septum recto-vaginale*, с кистой или эхинококком.

Прогноз хорош, хотя наблюдаются злокачественные перерождения миомы и особенно часто гангены и распад опухоли.

Терапия состоит в оперативном удалении, которое обычно не представляет трудностей.

К доброкачественным опухолям можно отнести и *папилломы влагалища*, редко встречающиеся и определяемые только случайно.

Они имеют значение потому, что могут подвергаться распаду и даже принимать злокачественное течение. С этой точки зрения они подлежат оперативному удалению.

Особенное значение имеет *adenoma vaginae*. Опухоли эти могут исходить из не всегда встречающихся в стенках влагалища железок или развиваться из эпителия гартнеровских ходов. Чаще всего мы имеем здесь дело с гетеротипическим разрастанием железистой ткани, которое в последние годы нередко называется *аденомиозом*.

При изучении микроскопической картины этих разрастаний мы убеждаемся, что они представляют железистые эпителиальные образования, причем железистые ходы обычно погружены в цитогенную соединительную ткань, совершенно идентичную с основной тканью слизистой оболочки матки, вследствие чего эти образования некоторые авторы рассматривают как результат переноса сюда зачатков слизистой матки и называют *эндометропной гетеротопией*.

Зачатки этих разрастаний действительно могут быть запесены в различные органы из слизистой матки, или мигрируя через трубу, или даже по сосудистой системе, и привиться на новом месте. Однако они могут исходить и из эндотелия серозы (Р. Мейер), из эпителия влагалищной стенки, чаще всего из остатков мюллеровского и вольфова ходов.

Местом для развития аденомиоза влагалища служит чаще всего задний свод, причем обычно опухоль помещается в *septum recto-vaginale resp. septum recto-cervicale*.

Adenomyosis recto-vaginalis не имеет определенной формы и определенных очертаний. Его присутствие мы можем предположить по утолщениям различной



Рис. 128. Киста влагалища.

величины и формы в заднем своде и во всей влагалищно-прямокишечной перегородке.

Диагноз ставится только на основании микроскопического исследования кусочков, полученных путем инцизии или при операции.

Аденомиоз растет медленно, а поэтому и прогноз при нем в общем благоприятен. Однако если аденомиоз приобретает тенденцию к росту, то он может повести, несмотря на сохранение своего доброкачественного характера, даже к стенозам.

Терапия этого заболевания должна состоять в наблюдении за ростом новообразования. Если аденомиоз увеличивается, необходимо иссечь его, причем приходится иной раз решаться даже на экстирпацию матки, а в случаях стеноза прямой кишки — на резекцию пораженного участка кишки (рис. 129).

Злокачественные опухоли влагалища. Чаще всего рак влагалища является заболеванием вторичным и распространяется сюда из пораженной этим процессом влагалищной части матки или из мочевого канала.

Первичный рак влагалища принадлежит к редчайшим заболеваниям. Чаще всего он располагается на задней стенке влагалища, преимущественно в верхнем его отделе.

Исходным местом развития этого рака является эпителий влагалища и, вероятно, кисты, встречающиеся здесь; реже — железы влагалища.

Чаще всего первичный рак влагалища бывает плоскоклеточным. Аденокарциномы встречаются тут исключительно редко.

Вопрос о том, может ли остающийся долгое время во влагалище пессарий способствовать возникновению рака влагалища, остается до сих пор перешенным.

Наблюдая ряд женщин, не извлекавших годами пессариев, что приводило к тяжелым повреждениям стенки влагалища, я ни разу не видел у них ракового процесса.

Начальную форму рака влагалищной стенки описывают как узелки и утолщения, принимающие иногда папиллярный характер. Узелки эти быстро распадаются и ведут к образованию кратерообразной язвы с твердыми, выдающимися краями, которая быстро разрастается в стороны.

Нередко рак влагалища распространяется постепенно на влагалищную часть матки и, как правило, вглубь — на паравагинальную клетчатку.

Постепенно просвет влагалища резко суживается, раковый инфильтрат переходит на прямую кишку, что может привести к образованию стенозов, а при распаде раковых масс и к влагалищно-прямокишечным свищам.

Клиника учит нас, что поражение раком верхних третей влагалища сопровождается поражением регионарных желез — *gland. lymphaticae retroperitoneale et iliacae*. При поражении нижних третей заболевают паховые железы.

Симптомы в начальных стадиях рака влагалища почти совсем отсутствуют. Только с наступлением распада раковых тканей появляются гнойно-кровянистые выделения, постепенно усиливающиеся (рис. 130).

Боли появляются только тогда, когда карцинома проникает в паракольный, и в этих случаях могут быть очень сильными. Если раковые массы, распространяясь кзади, прорастут стенку прямой кишки и образуют прямокишечно-влагалищные свищи, конечно, и общее состояние здоровья больной значительно ухудшается.

Постепенно развивается кахексия, а в некоторых случаях, когда раковые массы, распространяясь кверху, сжимают мочеточники, может наступить и летальный исход при явлениях уремии.

Диагноз может быть труден только в начальных стадиях болезни и ставится на основании микроскопического исследования эксцидированных кусочков.



Рис. 129. Аденомиоз влагалищных сводов.

В запущенных случаях труднее бывает установить место первичного очага болезни, т. е. определить, исходит ли рак из шейки или из влагалища. При прямокишечно-влагалищных свищах могут возникнуть затруднения в решении вопроса о том, не служила ли кишка местом первичного очага болезни.

Прогноз для этой формы рака чрезвычайно неблагоприятен. Рецидивы даже после радикальных операций появляются очень скоро. Следует полагать, что применение радия и рентгеновских лучей улучшит результаты лечения.

Терапия рака влагалища состоит в возможно раннем удалении опухоли. Принимая во внимание быстроту течения болезни и неутешительные результаты при так называемых радикальных операциях, можно ограничиться только иссечением раковых масс с последующим лечением лучами радия, мезотория или рентгеновскими лучами.

Радикальная операция производится двумя способами: или абдоминально — путем производства так называемой вертгеймовской операции, которая позволяет убрать все внутренние половые органы с окружающей их клетчаткой и лимфатическими железами (о ней речь будет впереди) и даже, если это необходимо, резецировать часть пораженной кишки, или путем влагалищной операции.

Радикальная влагалищная операция при раке влагалища производится так же, как и при раке матки. Ее идея будет изложена нами в соответствующей главе.

Саркома влагалища также принадлежит к редким опухолям и наблюдается преимущественно в раннем детском возрасте.

Чаще всего она развивается на передней стенке влагалища. Вначале опухоль появляется в виде выпячивания, сидящего на широком основании или на ножке, иной раз в виде диффузного плотного инфильтрата с бугристой поверхностью.

У детей наблюдаются быстро растущие опухоли в виде виноградной кисти, заполняющие все влагалище.

Распространяясь вглубь, саркома может прорасти стенки мочевого пузыря.

Гистологически чаще всего встречаются круглоклеточные и веретенноклеточные формы саркомы; нередко наблюдают и меланосаркому.

Саркома влагалищной стенки быстро растет и поражает лимфатические железы пахового капала. Опухоль очень скоро начинает распадаться, давая серозно-кровянистые выделения.

Быстрый рост, кровянистые выделения и боли в том случае, если саркома проникает в паравагинальную клетчатку, являются симптомами болезни, на основании которых и ставится диагноз.

Прогноз особенно неблагоприятен. Операция не дает хороших результатов. До сих пор описаны только единичные случаи выздоровления.

V. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ

Едва ли в каком-либо ином полом органе человека мы встречаем чаще и более разнообразные инородные тела, чем во влагалище.

Вводятся эти тела при различных условиях и с самыми разнообразными целями.

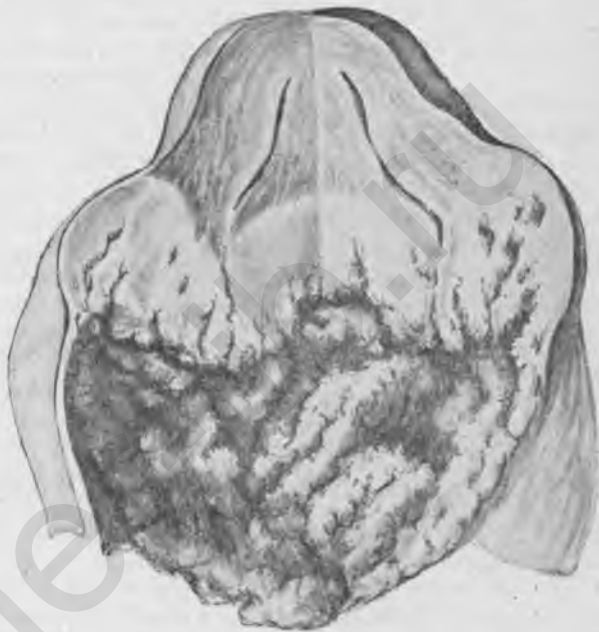


Рис. 130. Распространение рака влагалища на шейку матки.

Не говоря о пессариях, мы находим во влагалище своевременно не извлеченные тампоны, кусочки ваты, марли, губки и пр. Все эти предметы от длительного пребывания загнивают и вызывают появление зловонных выделений. После извлечения их и основательного промывания влагалища дезинфицирующим раствором раздражение быстро устраняется.

Встречаем мы во влагалище и предметы, введенные туда для предупреждения беременности.

Недавно я извлек из влагалища старый, повидимому, изготовленный из какого-то нерассасывающегося материала обломок суппозитория.

Но чаще всего и самые разнообразные предметы вводятся во влагалище с целью мастурбации: карандаши, вставочки для перьев, головные шпильки, рюмки, баночки из-под помады, огарки свечей и пр.

Нередко во влагалище можно найти инструменты, введенные с целью вызвать аборт.

Все эти предметы вызывают резкое раздражение влагалища и должны быть немедленно удалены с последующим промыванием и назначением какого-либо дезинфицирующего спринцевания.

VI. ВАГИНИЗМ (VAGINISMUS)

Под вагинизмом подразумевается судорожное сокращение *m. constrictor cunni*, а также, в зависимости от степени страдания, и других мышечных групп, особенно мышц тазового дна, туловища и даже конечностей, наступающее обычно независимо от воли больной, а иногда, несомненно, и произвольно. Эти сокращения нередко сопровождаются психическим возбуждением, боязнью и страхом перед возможными при сношении болями.

Еще недавно все эти явления, делающие невозможной половую жизнь супругов и заставляющие их обращаться за помощью к врачу, считали следствием рефлекторного процесса [Фейт (Veit)], исходный пункт которого предполагали в нервных окончаниях паружных половых органов, находящихся в состоянии повышенной чувствительности вследствие имеющихся на них ссадин, трещин, рубцов и пр.

Однако Вальтгард доказал, что в случаях истинного вагинизма обычно нельзя найти никаких изменений на наружных половых органах и что эти явления наблюдаются не только при дотрагивании до половых органов, но и от чисто психических причин, например, от страха перед возможностью наступления беременности и пр.

Все это и заставило рассматривать вагинизм не как рефлекс-невроз, а как психогенный рефлекторный процесс.

Однако нет никакого сомнения, что и рефлекс-невроз может вызвать явления истинного вагинизма, причем в последнем случае к рефлексу-неврозу постепенно присоединяется и психогенный процесс — истинный вагинизм.

Таким образом, в настоящее время предлагается различать две формы описываемого здесь страдания: 1) *неврогенную*, при которой рефлекс исходит от чувствительных нервных окончаний наружных половых органов (*pseudo-vaginismus* — ложный вагинизм), и 2) *психогенную* форму, которая развивается или первично, или же вторично из первой формы и при которой на наружных органах мы не находим никаких изменений патологического характера.

Дифференциальная диагностика этих двух форм вагинизма имеет большое значение, так как терапия их различна. Однако в выраженных случаях обе формы дают совершенно однообразную клиническую картину; умелое выяснение возникновения болезни может помочь нам поставить диагноз. Истинный вагинизм характеризуется тем, что одно приближение или намерение осмотреть больную уже вызывает спазм и судорожное сжатие ног. Подтверждается этот диагноз и тем, что на наружных половых органах нет ни гиперестезии, ни каких-либо болезненных изменений.

Псевдовагинизм, особенно в невыраженной и в не далеко зашедшей форме, дает характерную картину только при дотрагивании к определенным болезненным пунктам.

Необходимо псевдовагинизм строго отличать от диспареунии — отсутствия полового чувства у женщины, при которой она очень часто отказывается от сношения, которое делается для нее в некоторых случаях очень тягостным.

Терапия этих двух форм вагинизма в общем благоприятна, особенно если при лечении мы не сделаем грубой ошибки и неумелым подходом к больной или даже насильственным исследованием не ухудшим ее состояния.

При псевдовагинизме терапия, конечно, должна иметь целью устранить те изменения в области наружных половых органов, которые ведут к болезненности. Если дело идет о ссадинах или воспалительных фокусах, необходимо их вылечить; если дело идет о неподатливом гимене, то надрезами его или даже эксцизией мы, удаляя источник болезненности, устраняем и псевдовагинизм.

При истинном вагинизме для перечисленных мер нет никаких показаний, и каждая попытка к той или иной лечебной манипуляции на половых органах только ухудшает дело. Здесь очень хорошие результаты получаются от психотерапии.

В этих случаях необходимо больной осторожно и спокойно объяснить ее заблуждение и очень осторожным и умелым подходом добиться исследования, при котором необходимо доказать ей, что никакой болезненности она в действительности не ощущает. Несколько раз я получал хорошие результаты, вводя больным безболезненно сначала очень небольшие, а потом и большие ложкообразные зеркала, и затем, показывая им эти зеркала, заставлял воочию убеждаться, что влагалище и introitus у них по своей величине вполне достаточны, для того чтобы они могли иметь безболезненное половое сношение.

Конечно, наблюдаемые при вагинизме явления общей психастении должны подлежать специальному лечению, без которого вагинизм не может быть устранен.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ

1. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Пороки развития матки мы будем излагать вместе с пороками развития влагалища и труб, так как все эти органы женской половой сферы являются, как мы видели в главе об эмбриологическом развитии половых органов, производными одного и того же образования — мюллеровских нитей.

Как было уже указано, согласно целому ряду капитальных работ, правильная классификация всех пороков развития половых органов и понимание механизма их образования могут быть достигнуты только на основе точного знания их эмбриологического развития.

Особенно сходны пороки развития, наблюдаемые во влагалище и в матке. Объясняется это, конечно, тем, что оба эти органа происходят от слияния противоположных отделов обеих мюллеровских нитей. При нарушениях в процессах слияния и образуются пороки развития, имеющие один и тот же характер как для матки, так и для влагалища.

Мы знаем, что путем слияния противоположных сторон нижних и средних третей мюллеровских нитей образуется влагалище и матка. При этом слияние в норме должно быть полным, а после слияния в области слившихся участков должно произойти полное рассасывание перегородки между слившимися участками мюллеровских нитей и образование как во влагалище, так и в матке одной общей полости.

Отклонением от этого общего процесса можно объяснить почти все пороки развития матки и влагалища, которые наблюдались до настоящего времени.

Полное отсутствие матки. Этот порок мы можем встретить только у уродов с рядом других тяжелых пороков, которые делают носителя этого уродства нежизнеспособным. Даже при полном отсутствии влагалища мы обычно находим рудиментарно развитую матку или во всяком случае пластинку соединительной ткани, лежащую в толще брюшины. Нередко при полном отсутствии матки дело идет о ложном мужском гермафродитизме лиц, которых только по ошибке считали женщинами.

Полное отсутствие влагалища или высокая степень его недоразвития, не позволяющая женщине жить половой жизнью, служит источником тяжелых переживаний для женщины.

Обычно дефект этот обнаруживается только со вступлением девочки в период половой зрелости и, особенно, при первых же попытках к половой жизни. Однако приходится наблюдать отсутствие влагалища, обнаруживаемое только после ряда лет половой жизни, когда на месте влагалища, в результате непрерывных попыток к половым сношениям, образуется иной раз достаточно глубокое слепое вдавление, которое и симулирует до поры до времени влагалище. Отсутствие менструации, неудовлетворенность половым сношением и отсутствие беременности, в конце концов, заставляют супругов обратиться к врачу, который и ставит истинный диагноз — отсутствие влагалища.

Отсутствие влагалища чаще всего бывает врожденным и развивается на почве недостаточного развития мюллеровских ходов или поражения их воспалительным процессом в эмбриональном периоде. Только в редких случаях под влиянием разрушающих воспалительных процессов может наступать даже полное зарастание уже развившегося влагалища.

Лечение этого страдания может быть только оперативным. Можно создать хорошее влагалище, используя участок резецированной кишки, которая выпячивается в искусственный канал, предварительно продельваемый оператором по ходу, соответствующему ходу отсутствующего влагалища.

Наиболее распространенной операцией является операция Болдуина: влагалище делается из резецируемого отрезка тонкой кишки, которая, оставаясь на своей брыжейке, в виде двойной петли (рис. 131 *a* и *b*) втягивается в искусственно создаваемый канал; затем нижний конец этой кишки вшивается в наружную половую щель. Получается двойное влагалище, которое легко можно обратить в ординарное, разрушив разделяющую оба влагалища перегородку. Я ни разу не видел необходимости в этой добавочной операции.

Попов и одновременно Шуберт (Schubert) предложили способ создания влагалища из нижнего участка прямой кишки. Для этого резецируют небольшой отрезок прямой кишки и нижний конец резецированного участка, отделив от прямой кишки, помещают по ходу влагалища, вшивая в половую щель; периферический же участок оставленной части прямой кишки низводят книзу, к анус, и здесь вшивают его.

Неоднократно искусственное влагалище образовывали и из толстой кишки, Александров М. — из сигмовидной. Операция Попова-Шуберт нашла себе приверженцев у нас в Союзе.

Значительно чаще нам приходится наблюдать порок развития, при котором мы встречаем удвоенную матку, а иной раз и двойное влагалище.

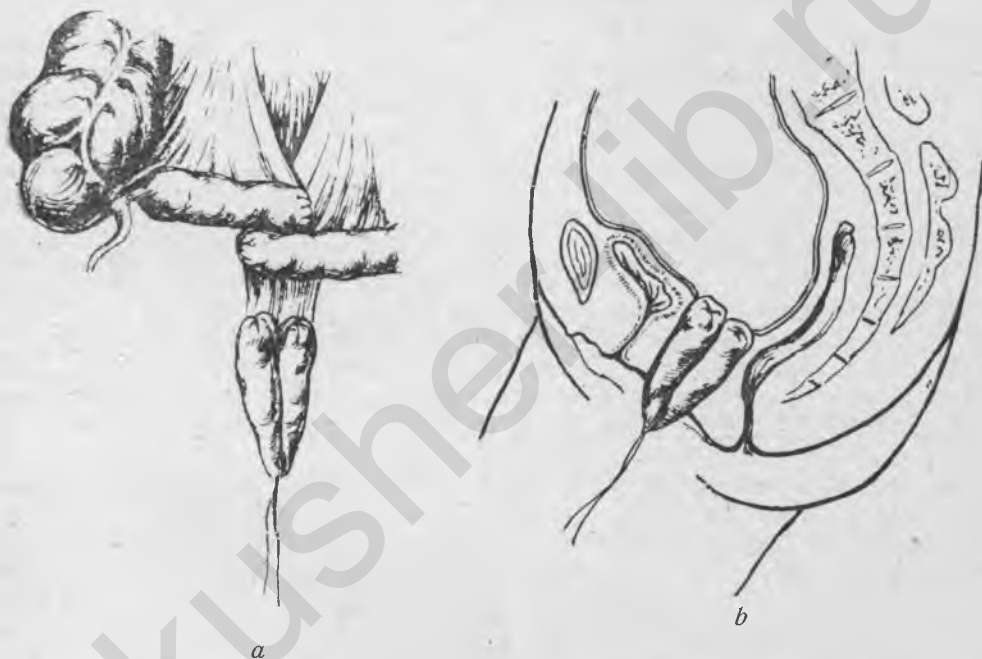


Рис. 131. Операция искусственного влагалища из тонкой кишки по Болдуину.

Этот порок образуется тогда, когда противоположные участки мюллеровской нити, предназначенные для образования матки или влагалища, или обоих этих органов, не приходят в соприкосновение и не сливаются.

При этом в наиболее выраженных случаях могут развиваться два совершенно самостоятельных, не соединенных друг с другом половых органа: с каждой стороны по отдельной матке с придатками, две шейки и два влагалища.

Впервые этот редкий порок описан Куссмаулем под названием *uterus didelphys*, или, как его называют, *uterus duplex separatus cum vagina duplex separata*. При этом матки и влагалища лежат совершенно раздельно, так что мочевого пузыря и прямая кишка располагаются между ними.

Этот редкий порок наблюдается обычно только у нежизнеспособных уродов в комбинации с прочими уродствами, как расщепление брюшной стенки, *ectopia vesicae*, тяжелые грыжи брюшной стенки и пр.

Правда, порок этот описан и у взрослых, однако эти случаи еще недавно подвергались серьезному сомнению.

Так, Дыхно из клиники Маркова описал случай *uterus didelphys* у женщины, бывшей 3 раза беременной. Все три беременности заканчивались или самопроизвольным выкидышем, или искусственным прерыванием беременности. В клинике больной была произведена стерилизация, и при операции убедились в том, что обе матки совершенно не связаны друг с другом. У больной имелось и два влагалища.

Чаще, чем описанная форма полного разделения обеих половых каналов, встречаются случаи, при которых раздельно развивающиеся обе системы все-таки входят в тесное соприкосновение на ограниченном участке, чаще всего в области шейки.

Такие случаи (рис. 132) принято называть *uterus pseudodidelphys*, причем влагалище чаще также определяется в виде трубки, разделенной выраженной перегородкой. В этих случаях порок может быть назван *uterus pseudodidelphys cum vagina septa*.

В тех случаях, когда наблюдаются раздельно только тела матки, а обе шейки лежат плотно одна около другой, говорят об *uterus bicornis* (рис. 133).

Если слияние шейки пошло еще дальше, и мы в сводах находим только одну шейку, такой порок определяется как *uterus bicornis unicollis* (рис. 134).

При *uterus bicornis* двурогость может быть выражена очень различно: начиная от полного разделения маток обеих сторон до почти полного слияния их, причем в последнем случае на дне матки мы встретим в отличие от нормальной выпуклости кверху седлообразную вогнутость. В этих случаях мы уже говорим об *uterus arcuatus* (рис. 135).

Даже при совершенно нормальной наружной форме матки ее полость может быть разделена полной или неполной перегородкой. Эти формы пороков носят название *uterus septus* или *uterus subseptus* (рис. 135, 136, 137).

При этом развитие каждого из таких двойных органов может быть совершенно симметричным и обе половины функционируют одинаково или же какая-либо из сторон может отставать и даже полностью атрофироваться.

В таких случаях мы будем наблюдать односторонне развитую половую систему, односторонний рог матки или односторонне развитую матку.

При всех уродствах, образовавшихся вследствие неправильностей слияния мюллеровских нитей, как было уже отмечено, может принимать участие и влагалище, причем могут образоваться или два совершенно обособленных влагалища, или — что встречается далеко не редко — одно влагалище, но разделенное пере-

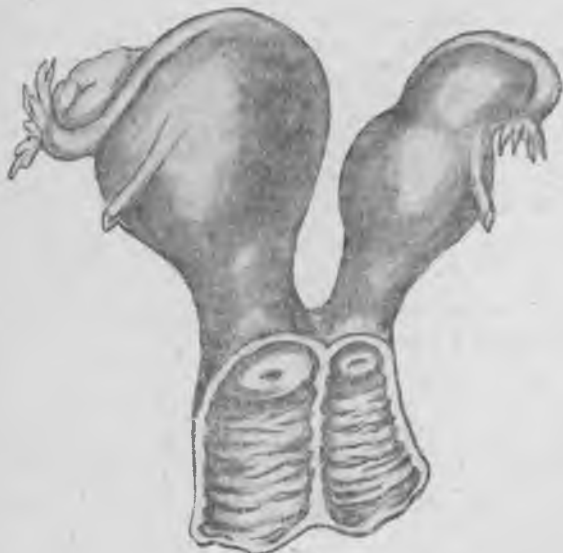


Рис. 132. *Uterus pseudodidelphys cum vagina septa*.



Рис. 133. *Uterus bicornis*.

городкой на две половины. Перегородка эта может быть полной или только частичной, разделяя только отдельные части влагалища на две половины. Наконец, во влагалище можно встретить не перегородку, а только более или менее выраженные складки слизистой — зачатки перегородки. В случаях с полной перегородкой мы говорим о *vagina septa*, при неполной — о *vagina subsepta*.

Диагностика перечисленных уродств не трудна; уже простое двуручное исследование обычно легко показывает нам наличие того или иного порока. Если во влагалище мы определяем перегородку, полную или только слабо выраженную, следует всегда думать о возможности пороков и в матке.

Нередко приходится наблюдать случаи, когда больные с явно выраженным удвоением, несмотря на продолжительную половую жизнь и даже бывшие роды, в течение ряда лет даже не предполагают, что у них имеется та или иная ненормальность развития.

Симптомы. Удвоение полового канала в большинстве случаев не дает особых симптомов. Обе половины удвоенной половой системы могут функциони-



Рис. 134. *Uterus bicornis unicollis*.



Рис. 135. *Uterus arcuatus septus*.



Рис. 136. *Uterus subseptus*.

ровать совершенно нормально. Половое сношение чаще происходит через одно и то же влагалище, хотя бывают случаи, когда оно может происходить то в одно, то в другое влагалище.

Беременность при двойных матках также может происходить то в одной, то в другой маточной полости.

При заболеваниях половой системы бактериальными формами может заболе-

вать каждая половина в отдельности. Рак одной полости матки может не затрагивать противоположную.

Беременность и роды при двойной матке могут протекать совершенно нормально.

Большой практический интерес представляют случаи, при которых один из рогов не достигает полного развития, а находится в рудиментарном состоянии, даже подчас не соединяется с развитым рогом и, таким образом, не имеет выходного канала (рис. 138).

Такой добавочный рог может функционировать, его слизистая оболочка может прodelьывать менструальные циклические изменения.

В случаях полной изолированности добавочного рога в нем может накапливаться менструальная кровь, что может привести к образованию гематометры. Если добавочный рог сообщается с шейкой, то не исключена и возможность беременности в нем. Впрочем, беременность может развиваться и в рудиментарном роге, не сообщаемся с шейкой. В этих случаях оплодотворенное яйцо из личника



Рис. 137. Uterus subseptus.

развитого рога попадает путем *transmigratio ovi externa* в недоразвитый рог через его трубу, или сперматозоид проникает к личнику, соответствующему недоразвитому рогу.

Случаи беременности в недоразвитом или добавочном роге наблюдались неоднократно. Протекают они почти так же, как и случаи внематочной беременности, отличаясь от нее особой силой кровотечения при перфорации.



Рис. 138. Зачаточный рог. По Менге.

Так, например, В. П. Виноградов сообщает о 2 случаях беременности в зачаточном роге матки. Бекман в свое время собрал подробную литературу по этому вопросу, из которой видно, что нередко беременность в этих случаях может доходить до конечного срока, а Абуладзе, разбирая вопрос о диагностике этого порока, ставит на очередь весьма важный вопрос о судьбе беременности в зачаточном роге, склоняясь к мысли, что в этих случаях уместно разумное выжидание, так как получение жизнеспособного плода более чем вероятно. Я полностью присоединяюсь к этому мнению Абуладзе при условии, чтобы больная находилась под непрерывным контролем врача и в случае разрыва рога могла быть немедленно подвергнута операции.

К порокам развития матки могут быть причислены и случаи, когда матка, развиваясь без отклонений от нормы, отстает в своем развитии и когда у женщины в половозрелом возрасте мы встречаем матку, по своему развитию соответствующую раннему детскому возрасту.

В анатомической части (глава первая) мы уже ссылались на исследования Куссмауля и особенно Окинчица, полностью совпадающие и с нашими наблюдениями, что матка новорожденной не только не увеличивается, но даже уменьшается до конца второго года жизни. Только с начала третьего года жизни матка снова начинает расти и достигает своей первоначальной величины только к десятому году.

Однако и в 10 лет она сохраняет свою характерную форму, при которой тело матки меньше и, главное, короче шейки матки.

Начиная с 10 лет, т. е. с того времени, когда начинает проявляться и гормональная деятельность яичника, матка растет особенно быстро, и постепенно тело ее по величине начинает превышать размеры шейки.

Таким образом, в то время как в детском возрасте из всей длины матки на шейку приходится две трети, а на тело только треть, в период половой зрелости эти соотношения меняются на обратные, и тело матки становится в 2 раза длиннее шейки.

Мы говорили об *uterus foetalis* и *uterus infantilis* (рис. 15). В обоих случаях тело матки по своей величине и особенно по длине отстает от длины шейки. При этом чем резче выражено это отставание, тем значительнее, конечно, и недоразвитие.

Отличить *uterus foetalis* от *uterus infantilis* можно по существу только при вскрытии матки. При этом мы увидим, что *plicae palmatae* при *uterus foetalis*, начинаясь от наружного зева, не только идут по всей длине шеечного канала, но поднимаются и в полость матки и достигают почти дна ее. При *uterus infantilis* те же *plicae palmatae* мы находим только в шеечном канале, в матке же их нет.

Таким образом, при *uterus foetalis* и *uterus infantilis* мы находим небольшую, плотную, конической формы влагалищную часть матки, длинную шейку с очень небольшим *orificium externum*. Тело матки очень мало и очень тонко. Очень часто у этих женщин наблюдаются и прочие признаки недоразвития половых органов. Промежность у них низка и не вышукла, а, наоборот, корытообразно вогнута. Большие губы слабо развиты, вследствие чего малые губы выступают из них, а клитор становится более доступным для осмотра. Влагалище, вообще узкое, кверху еще более суживается. Яичники расположены очень высоко. Грудные железы плохо развиты. Часто мы находим у этих женщин детский таз (см. Акушерство).

Нередко у таких женщин обнаруживаются признаки общего инфантилизма, особенно ясно выраженные на волосном покрове кожи туловища, который бывает или очень скуден (на лобке и в подмышечных ямках), или имеет неправильные очертания (распространен ненормально широко), покрывая руки, ноги и всю нижнюю часть живота.

Инфантильные женщины обычно жалуются на отсутствие или на скудные менструации, иногда на тяжелые кровопотери и особенно часто на болезненные менструации, причем болезненность может достигать очень больших степеней (*dysmenorrhoea*).

Выйдя замуж, женщины эти страдают бесплодием (*sterilitas*) и очень часто полным отсутствием или значительным понижением полового возбуждения и полового удовлетворения (*фригидность*).

Необходимо отметить, что явления даже выраженной инфантильности половых органов (*infantilismus genitalis*), чаще всего сопровождающие общий инфантилизм (*infantilismus universalis*), мы в некоторых случаях можем встретить и у женщин, у которых все прочие органы вполне нормально развиты.

Винкель впервые предложил отличать от инфантилизма особую форму недоразвития матки, называемую *uterus hypoplasticus*. В этих случаях матка (рис. 139) имеет нормальную форму: тело матки в 2 раза длиннее шейки, но общая величина всего органа очень отстает от нормальной.

Эту форму недоразвития находят у женщин небольшого роста, плохо развитых, страдающих хлорозом, апемией, при врожденном небольшом сердце и узких сосудах. Менструации у таких женщин бывает очень скудные; имеется

возможность беременности, однако чаще наблюдается стерильность. Эти женщины могут много лет оставаться стерильными и забеременеть только после ряда лет половой жизни.

Д и а г н о з и здесь устанавливается путем двуручного исследования и измерения длины матки зондом.

Т е р а п и я описанных двух форм недоразвития одна и та же. Однако при первой форме, при *uterus infantilis* или *foetalis*, даже при применении самых решительных лечебных мероприятий мы не можем рассчитывать на успех, resp. на наступление беременности; наоборот, при второй форме — *uterus hypoplasticus* — терапия не безнадежна.

Наилучшим средством лечения обеих форм недоразвития матки, несомненно, следует считать беременность с ее мощными импульсами к прогрессивному росту всех тканей организма. Если беременность наступает, она нередко заканчивается выкидышем, так как недоразвитая матка служит несовершенным плодоместом для развивающегося плода.

Однако каждая последующая беременность служит стимулом для дальнейшего развития матки; после двух-трех таких выкидышей при хорошем уходе и известной осторожности наступившая беременность может быть доношена до конца.

К сожалению, мы не можем предписать женщине забеременеть, и потому этот метод не может быть применен во всех случаях.

В последние годы ряд авторов рекомендует в качестве лечебной меры выскабливание матки, причем выскабливанию приписывают свойство возбуждать деятельность яичников.

Выскабливание, по мнению ряда авторов, если и не поведет к доразвитию матки и не будет способствовать зачатию, то во всяком случае оно может устранить тяжелые дисменорройные явления, сопровождающие недоразвитие матки.

Рис. 139. Uterus hypoplasticus.

Я могу подтвердить, что выскабливание способствует исчезновению менструальных болей, хотя бы временному. Однако, проделав его на ряде женщин с инфантильной маткой, я лишь в исключительных случаях после такого выскабливания наблюдал наступление беременности.

Раньше для усиления способности к зачатию в большом ходу была операция рассечения в продольном направлении задней губы шейки матки, так называемая *дисцизия шейки*. Предполагалось, что этой операцией можно облегчить внедрение сперматозоидов в полость матки. Однако я никогда не видел положительных результатов от этой операции. В тех же немногих случаях, когда беременность и наступала, она обычно быстро прекращалась — наступал аборт. Я не уверен, что дисцизия здесь помогла наступлению беременности, но убежден в том, что дисцизия имеет большое значение в возникновении аборта.

Развороченный, зияющий шеечный канал у этих больных всегда находится в состоянии воспаления. Цервицит, поддерживаемый дисцизией, ведет к белям и воспалению эндометрия. Все это заставляет меня считать эту операцию не достигающей цели, но наносящей женщине большой ущерб.

Слабые анемичные женщины должны быть подвергнуты укрепляющему лечению. Спорт, гимнастика и физкультура являются в таких случаях лучшими средствами не только для предупреждения, но и для лечения инфантильности. Хорошие сравнительно результаты дают методы гиперемизирования тазовых органов, особенно лечение диатермией.

II. ГИНАТРЕЗИИ

Под *гинатрезией* обычно понимают нарушение проходимости полового канала, которое чаще всего мы находим в области девственной плевы или во влагалище, реже — в матке.

Наблюдаются и случаи, когда проходимость нарушается не в одном месте, а в двух и трех, например, в области *hymen* и по ходу влагалища.

Э т и о л о г и я. О причинах гинатрезий до сих пор нет строго определенного мнения. Одна часть авторов во главе с Фейтом и Мейером полагает, что все гинатрезии являются следствием воспалительных процессов, другая часть признает главной причиной возникновения гинатрезий нарушение эмбрионального развития полового канала.

Вернее всего, обе причины могут иметь значение при возникновении этого страдания, а потому гинатрезии могут быть разделены на два вида. В одних случаях атрезия является страданием, приобретенным в период уже внеутробной жизни. Здесь можно говорить об атрезиях, возникших вследствие образования рубца. В других случаях атрезия может считаться врожденной, а сама ткань, преграждающая проходимость канала, образоваться или вследствие дефекта тканей мюллеровских ходов, или вследствие слипания противоположных поверхностей полового канала.

Гинатрезия, приобретенная уже во внеутробной жизни, чаще всего является следствием тяжелых пуэрперальных процессов, ведущих к образованию рубцовых сращений в половом канале. Она может образоваться как следствие прижиганий лекарственными веществами или каленым железом, в результате оперативного вмешательства и, наконец, после ряда тяжелых общих инфекций, как дифтерия, скарлатина, оспа и др., ведущих иной раз к местным распадам ткани и рубцовым заживлениям их. Большое значение для возникновения атрезий в области *hymen* имеет гоноррея детского возраста.

С клинической точки зрения лучше всего рассматривать атрезии по месту образования их и различать следующие формы:

а) *atresia hymenalis* — если закрытие происходит в области девственной плевы;

б) *atresia vaginalis* — если место атрезии располагается по ходу влагалища и

в) *atresia uterina* — если половой канал прерывается в матке, чаще всего в области *ostium internum* или *ostium externum canalis cervicalis*.

Как особая форма могут быть выделены атрезии при пороках удвоений полового канала, при которых они обычно имеют все признаки врожденных атрезий.

Перейдем к описанию каждого из перечисленных видов атрезии.

Atresia hymenalis. Этот вид атрезий образуется чаще всего вследствие заращений узкого отверстия в девственной плеве в детском возрасте, хотя не исключена возможность образования заращения *hymen* еще в период внутриутробной жизни. При атрезиях девственной плевы нередко находят одновременно и заращения самого нижнего отрезка влагалища, с которым девственная плева интимно срастается.

Клиническая картина таких атрезий очень характерна. Обычно атрезия девственной плевы обнаруживается только с наступлением периода половой зрелости: с наступлением менструаций менструальная кровь, не имея выхода наружу, скопляется во влагалище. С каждой последующей менструацией количество крови нарастает и все более и более растягивает влагалище, образуя из него в выраженных случаях объемистую опухоль — *haematokolpos*, поднимающуюся из таза; она хорошо определяется при наружном исследовании над лоном. При удачных условиях исследования над этой опухолью можно прощупать сидящую на ней небольшую твердую матку (рис. 140).

Симптомы гинатрезий девственной плевы обычно выявляются несколько позже, так как растяжимость стенок влагалища очень велика, и необходимо большое количество крови, чтобы заполнить полость влагалища.

Основным симптомом, конечно, следует считать отсутствие менструации.

Дальнейшие симптомы — появление тянущих болей в спине и пояснице, общие недомогания и схваткообразные боли в периоды, соответствующие времени менструации. Эти схваткообразные боли, называемые *colimina menstrualia*, становятся все тягостнее по мере накопления во влагалище все больших и больших

количество крови. Могут появиться расстройства и со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, механически прижимаемых растянутым влагалищем.

Диагностика этого страдания не представляет трудностей. Уже один взгляд на область девственной плевы может указать нам на это страдание: hymen как бы выпячивается наружу, он растянут и имеет часто синеватый оттенок вследствие просвечивания расположенной за ним кровяной опухоли.

Характерные симптомы отсутствия менструации и *molimina menstrualia*, а главное, исследование *per rectum*, путем которого мы легко определяем имеющийся *haematokolpos*, не оставляют сомнения в диагнозе.

Лечение гименальной гинатрезии, конечно, может быть только оперативным. Лучше всего кольцеобразно иссечь hymen или вскрыть его крестообразным разрезом, после чего тщательно опорожнить полость влагалища и затампонировать его стерилизованной марлей. Вся процедура требует большой осторожности и тщательной асептики, чтобы избежать последующего нагноения в большой спавшейся складчатой полости, образовавшейся после опорожнения влагалища.

Следует помнить, что место зарращения имеет склонность снова закрываться, а потому введение тампона следует прекратить только после образования на месте бывшей атрезии хорошего эпителиального покрова.

Atresia vaginalis. Атрезия влагалища может носить различный характер. В некоторых случаях она является следствием полного или частичного отсутствия влагалища — эти формы должны быть отнесены к врожденным атрезиям.

В других случаях дело идет об образовании тонкой поперечно расположенной мембраны, прерывающей ход влагалищного канала, или о более распространенном затворе,

образованном, вследствие облитерации тканей, по ходу влагалищного канала.

Атрезии эти чаще всего располагаются или сейчас же за девственной плевой, или на месте перехода верхней трети влагалища в среднюю треть.

Симптомы влагалищных атрезий те же, что и симптомы гименальных зарращений; различия состоит только в том, что *molimina menstrualia* при влагалищных атрезиях наступают раньше, чем при гименальных.

Известны случаи появления симптомов атрезии еще до наступления у девочек периода половой зрелости, обусловленные скоплением над местом атрезии не крови, а слизистого секрета шейки матки.

В общем можно наблюдать известную закономерность появления симптомов: чем выше расположено место зарращения, тем раньше появляются симптомы.

Накопляющаяся над местом атрезии жидкость постепенно начинает заполнять шейку, растягивает ее и затем проникает в полость матки, где и скопляется. Таким образом, постепенно образуется *haematocervix*, *haematometra*, а в некоторых случаях и *haematosalpinx* (рис. 141).

Диагностика этой формы атрезий ставится так же, как и гименальной, главным образом на основании ректального исследования.

Atresia uterina. Эта форма атрезий образуется вследствие того, что чаще всего *os externum cervicis* зарастает и менструальная кровь скопляется в полости матки, превращая вначале тело матки в шаровидную опухоль, которая затем, когда кровь проникнет в шейку и сгладит ее, принимает продолговатую яйцевидную форму (рис. 142).

Мышца матки вначале утолщается, а затем, наоборот, может стать очень тонкой, причем мышечные элементы в ней почти совершенно атрофируются.

Может даже наступить разрыв матки, причем содержимое изливается в брюшную полость или соседние органы — в мочевой пузырь или прямую кишку.



Рис. 140. Haematokolpos (схема).

Если атрезия образуется в период менопаузы, что нередко бывает после оперативных пособий или при раке матки, вместо haematometra образуется hydro-metra или, что бывает значительно чаще, — ruometra.

Одним из тяжелых осложнений при гинатрезиях является накопление крови в трубах. Кровь может, накапливаясь в них, образовать кровяные трубные опу-

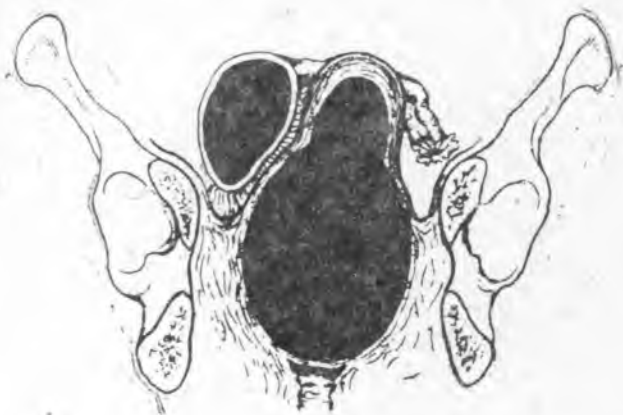


Рис. 141. Haematokolpos, haematometra, haematosalpinx (схема).



Рис. 142. Haematometra. Atresia cervicale.

холл неправильной извилистой формы, возникающие здесь вследствие закрытия путем зарращения фимбриального конца труб. При гематометрах скопление крови в трубах (haematosalpinx) наблюдается чаще, чем при haematokolpos. Чем выше расположено место атрезии, тем чаще мы находим скопление крови в трубе.

О способе проникновения крови в трубу и о причинах зарращения абдоминального отверстия трубы мы до сих пор не вполне осведомлены.

Вернее всего, что кровь, скопляющаяся в матке, через маточное отверстие трубы проникает в последнюю. Однако не исключена возможность скопления в трубе крови и вследствие кровоотделения из ее слизистой (трубная менструация).

Нередко между содержащими кровь трубами и соседними органами образуются сращения, что свидетельствует о протекающем здесь воспалительном процессе.

Присутствие гематосальпинкса имеет большое клиническое значение, так как он значительно ухудшает предсказание и делает более сложной нашу помощь.

Уже неоднократно было отмечено, что разрыв кровяной трубы очень часто заканчивается тяжелейшим перитонитом со смертельным исходом. Гинатрезии при удвоениях матки и влагалища встречаются далеко не редко.

При таких уродствах с одной стороны половой канал может открываться нормально, с противоположной — оканчиваться слепо. Это и может повести к образованию гематометры или гематокольпоса (рис. 143).

Диагностика гинатрезий при удвоении полового канала осложняется тем, что полностью развитый рог продолжает функционировать, и главный симп-

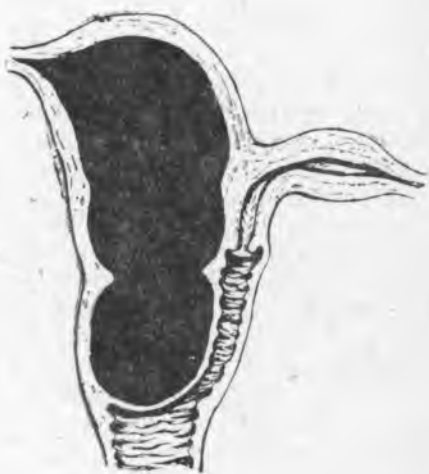


Рис. 143. Uterus bicornis, vagina subsep-ta, haematometra et haematokolpos верхнего участка влагалища. По Менге.

том — отсутствие менструации — выпадает. Нередко в этих случаях бывают диагностические ошибки, и образовавшуюся гематометру диагностируют как миоматозный узел. Окончательный диагноз устанавливается чаще всего только на операционном столе.

Лечение ничем не отличается от лечения гинатрезий при неуввоенной половой системе.

III. НЕПРАВИЛЬНОСТИ В ПОЛОЖЕНИИ МАТКИ И СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА

Как было уже отмечено в главе I, матка не имеет строго определенного положения, так как является органом подвижным.

В самом деле, матка как орган, во время беременности, родов и послеродового периода быстро меняющий свое положение, свою форму и свою величину, а также шейка, широко раскрывающаяся для того, чтобы пропустить плод и быстро закрывающаяся после родов, могут выполнить свою физиологическую задачу лишь в том случае, если они будут свободны, подвижны и по возможности мало связаны с соседними органами.

Эта физиологическая подвижность матки и всех отделов половой системы нарушается только в патологических случаях.

И действительно, каждое ограничение подвижности матки уже свидетельствует об имеющейся патологии.

Конечно, подвижность матки и шейки имеют известные физиологические границы, за пределами которых уже начинаются отклонения от нормы.

Изменения в пределах физиологической нормы подвижности матки могут быть названы пассивной подвижностью, так как они не зависят от самого органа, а связаны с соседними органами, главным образом с мочевым пузырем и прямой кишкой, от наполнения которых и зависит положение матки: так, переполненный пузырь оттесняет дно матки и все ее тело кзади, переполненная кишка, наоборот, — кпереди.

Так называемое физиологическое положение матки состоит в следующем.

Сохраняя определенную подвижность, матка все-таки занимает определенное место в тазу. У здоровой женщины при опорожненном мочевом пузыре и свободной прямой кишке матка находится в положении, при котором дно ее обращено по направлению к лопу; между телом и шейкой матки, вследствие перегиба в области внутреннего зева, образуется тупой угол, открытый вперед. Своей передней поверхностью матка лежит на мочевом пузыре, а к задней ее поверхности прилегают петли тонких кишок. Шейка матки смотрит кзади, а влагалищная часть ее находится на уровне *linea interspinalis*. Вся матка в общем располагается приблизительно по середине таза, и ее ось почти совпадает с проводной линией таза.

Обусловлено это положение матки и прикрепленного к ней влагалища прежде всего их эмбриологическим развитием из мюллеровских путей, располагающихся и у эмбриона в виде дуги, открытой кпереди.

С помощью какой системы сохраняется это нормальное положение матки и всего полового канала — этот вопрос до последнего времени остается еще не вполне решенным.

Мы различаем следующие положения матки.

1. *Flexio uteri* — перегиб тела матки по отношению к ее шейке.

Как уже было указано, при нормальных условиях тело матки всегда до известной степени наклонено (приблизительно на 90°) по отношению к шейке, причем вершина угла обращена к перешейку матки, а сам угол открыт кпереди, что позволяет говорить о нормальной *антефлексии* матки (рис. 144).

Этот угол может значительно изменить своего наклона. Это и заставляет нас различать выраженную или даже патологическую *антефлексию*, когда угол будет значительно меньше нормального и может дойти до того, что тело матки своей передней поверхностью будет почти прилегать к шейке матки (рис. 144). Наблюдаются случаи, когда тело матки располагается по прямой линии с шейкой. В этих случаях нормальная *антефлексия*, конечно, исчезает.

Нередки и случаи, когда flexio uteri обращена не кпереди, а наоборот, — кзади.

При таких flexio uteri мы должны будем говорить уже не об ante (flexio), а об retro (flexio), которое встречается также в различных степенях (рис. 145). Редко, но встречаются и flexio uteri в стороны. Здесь мы можем говорить о lateroflexio uteri dextra или sinistra.



Рис. 144. Ante-flexio uteri.

— нормальная ante-flexio; b — выраженная ante-flexio; c — гиперантефлексия.



Рис. 145. Retro-flexio uteri.

a — весьма выраженная; b — выраженная; c — высокая степень.

2. Кроме flexio uteri необходимо различать и versio uteri. Под этим термином мы понимаем наклонение всей матки, т. е. тела и шейки ее, к горизонтали (при стоячем положении женщины).

Таким образом, можно различать anteversio, когда дно матки смотрит вперед, а шейка кзади, и retroversio, когда дно матки направлено кзади, а шейка кпереди, в сторону мочевого пузыря.

Нередко *anteversio* сочетается с *anteflexio*, а *retroversio* с *retroflexio*; в большинстве же случаев при *versio* угол между телом матки и шейкой сглаживается, и оба участка матки лежат на одной прямой линии.

3. Определяя положение матки, различают еще ее *positio*. В этих случаях матка целиком перемещается из своего положения по оси таза в ту или



Рис. 146. *Antepositio*, развившееся как следствие большой миомы, растущей из задней стенки матки.



Рис. 147. *Retropositio* вследствие сращений позади матки.

другую сторону его. Мы различаем *antepositio*, когда вся матка перемещена впереди, и *retropositio*, когда она целиком перемещается кзади, и, наконец, *lateropositio dextra* или *lateropositio sinistra*, когда она перемещается вправо или влево (рис. 146, 147, 148).

4. К редким случаям смещения положения матки относится так называемое *torsio uteri*, когда матка поворачивается вдоль своей продольной оси.

Такой поворот может быть резко выражен и достигать 180° (рис. 149).

5. Из изменений положений матки особенно часто мы наблюдаем перемещение матки и стенок влагалища книзу.

В этих случаях мы говорим о *descensus* или *prolapsus uteri* или *vaginae*.

При этом под *descensus* — опущение — мы подразумеваем такое состояние, когда стенка влагалища или матка смещается в направле-



Рис. 148. *Lateropositio* при миоме.

нии книзу, но не опускается ниже *introitus vaginae*, и говорим о *prolapsus* — выпадении, — если хотя бы часть внутренних половых органов появляется из половой щели. Для определения степени выпадения применяется термин *тотальное* или *частичное*. При этом о *prolapsus uteri totalis* следует говорить только тогда, когда вся матка целиком лежит ниже *hiatus genitales* (Яшке).

6. Иногда, наоборот, можно наблюдать высокое расположение матки, которое обычно называется *elevatio uteri*. Обычно говорят об *elevatio*, если небеременная матка располагается целиком или только верхней своей частью выше плоскости входа в таз, а рукав представляется сильно вытянутым по длине.

КЛИНИКА ГЛАВНЕЙШИХ ФОРМ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Клинические наблюдения учат нас тому, что громадное большинство отклонений от нормального положения матки и влагалища зависит от причин, которые обыкновенно лежат не в самих смещающихся органах, а вне их, — в соседних органах и тканях.

Так, например, *antepositio uteri* мы наблюдаем в тех случаях, когда какая-либо большая опухоль, скопление гноя или, особенно часто, крови, излившейся при внематочной беременности позади матки, оттесняют матку вперед и даже прижимают ее к симфизу. Даже большие скопления каловых масс в *ampulla recti* могут образовать объемистую опухоль, смещающую матку вперед.

В противоположность этому *retropositio* чаще всего возникает после тяжелых воспалительных процессов, протекающих позади матки. Эти воспаления ведут к облитерации дугласова пространства, сморщиванию тканей и подтягиванию матки кзади, к прямой кишке (рис. 147). Таким образом, та же заматочная кровяная опухоль, которая вначале сопровождалась *antepositio*, после всасывания и сморщивания ее капсулы приведет к *retropositio* этого органа.

Точно так же и *dextro-* или *sinistropositio* образуются после объемистых скоплений гноя в правом или левом параметрии или вследствие больших опухолей, особенно развивающихся с той или иной стороны матки в толще широкой связки.

Torsio uteri может образоваться вследствие рубцового сморщивания и укорочения задней части одной из *lig. latum* или образовавшихся периметритических тяжей, которые притягивают правую или левую половину матки кзади. При этом матка может поворачиваться вся целиком или поворот наблюдается только на теле матки, шейка же остается на месте, что ведет к винтообразному скручиванию перешейка матки.

К *torsio uteri* могут вести и опухоли яичника, увлекая при своих движениях (см. ниже) соответственный угол матки (рис. 149), а также и опухоли самой матки. Значительно большие трудности представляет выяснение причин образования *flexio* и *versio uteri*.

Как было уже отмечено, обе эти формы девиаций матки обычно сопровождают друг друга, и при *retroflexio* мы часто встречаем и *retroversio*, иначе, имеем дело с *retroflexio-versio*, а при *anteflexio* обычно наблюдаем и *anteversio*, — иначе говоря, *anteflexio-versio uteri*.



Рис. 149. *Torsio uteri*.

Anteversio uteri само по себе едва ли может быть патологическим положением, так как нормально матка лежит по существу в максимальной степени *anteversio*, плотно соприкасаясь с задней стенкой пузыря.

Однако в тех случаях, когда положение *anteversio* фиксируется воспалительными спайками и матка теряет свою подвижность, оно должно быть признано уже ненормальным, патологическим.

Патологическим положением должно считаться *anteversio* и после ряда наших фиксирующих операций, о чем речь будет впереди, так как в этих случаях матка утрачивает в значительной степени свою нормальную подвижность.

Груздев причисляет к патологическим *anteversio uteri* положение матки у беременных с *venter prorepens*.

Иное дело чрезмерное *anteflexio uteri*. Это положение встречается нередко. В наиболее выраженных случаях *anteflexio* тело матки, как мы видели уже раньше, может быть перегнуто настолько сильно, что матка, согнутая в области *isthmus*, располагается почти параллельно шейке. В таких случаях принято говорить об *hyperanteflexio uteri* (рис. 144, с).

Очень редко это положение матки зависит от присутствия какой-либо опухоли, искажающей форму матки и растущей в ее толще. Обычно же дело идет о недоразвитии, врожденном пороке, и сопровождается другими признаками недоразвития, как маленькая, недоразвитая матка, стеноз шейки и коническая форма ее — *collum conicum*. Почти как правило, эта форма матки сопровождается дисменореей и стерильностью.

В главе о дисменорее мы уже говорили, что ряд симптомов указывает на то, что едва ли можно полностью отказаться, как это делают в настоящее время некоторые гинекологи, от механической теории происхождения дисменоррей. В ряде случаев дисменоррейные боли и стерильность женщины, несомненно, связаны с механическими препятствиями к прохождению сперматозоидов в полость матки и с препятствиями к выделению менструальной крови — с выраженной *anteflexio uteri*.

Это и заставляет нас в части случаев смотреть на *anteflexio* как на патологическое состояние, от которого может зависеть до известной степени как дисменоррея, так и бесплодие.

Опыт учит, что лечение *anteflexio uteri* оперативными методами не дает желательных результатов, поэтому консервативная терапия, направленная на поднятие общего состояния здоровья женщины, и прежде всего гигиенический образ жизни, спорт и гимнастика, гидро- или климатотерапия имеют здесь особенно большое значение.

Retroflexio-versio uteri встречается чаще других форм неправильных положений матки и выделяется нередко в особую форму заболевания.

1. Перегиб и отклонение матки кзади (*Retroflexio-versio uteri*)

Причина этой формы неправильных положений матки до последнего времени не может считаться точно выясненной.

Retroflexio-versio нередко встречается у рожавших женщин, однако такое же положение матки можно довольно часто установить и у женщин, не рожавших и даже не живших половой жизнью.

В настоящее время вопрос о происхождении *retroflexio-versio* у рожавших женщин можно считать более выясненным.

Раньше причиной этой аномалии положения считали расслабление связочного аппарата матки, особенно круглых связок; считалось, что, благодаря своей эластичности, связки могут удерживать матку дном кпереди, а в тех случаях, когда матка отклоняется от своего нормального положения, восстанавливать это нормальное положение.

Однако путем исследования круглых связок на трупах и особенно на сотнях операций со вскрытием брюшной стенки легко можно было убедиться, что слабая круглая связка, не обладающая способностью сокращаться вне беременности, едва ли может иметь столь важное значение.

В настоящее время более распространен взгляд, согласно которому причиной образования *retroflexio-versio* следует считать направление внутрибрюшного давления на стенки матки.

При нормальном положении матки внутрибрюшное давление направлено главным образом на заднюю поверхность матки, прижимая ее переднюю поверхность к мочевому пузырю (рис. 150). Направление внутрибрюшного давления изменяется только в том случае, если под влиянием каких-либо причин петли кишок проникают в *spatium vesico-uterinum* (рис. 151). В этих случаях оно оказывает свое действие и на переднюю стенку матки, отклоняя весь орган кзади.

Таким образом, все условия, способствующие проникновению кишечника в *spatium vesico-uterinum*, одновременно являются благоприятными моментами и для возникновения *retroversio uteri*.

Громадное значение имеет, конечно, также потеря нормального тонуса истмической части матки в послеродовом периоде. Таким образом, именно после родов, особенно при задержке инволюции матки, создаются особенно благоприятные условия для образования загибов матки кзади.



Рис. 150. Направление внутрибрюшного давления при нормальном положении матки.



Рис. 151. Направление внутрибрюшного давления, если кишечник проникает в *spatium vesico-uterinum*.

Из этих моментов можно указать на лежащее положение роженицы на спине и особенно на опорожнение мочевого пузыря в лежащем положении, так как опорожненный мочевой пузырь освобождает впереди матки пространство, в которое и перемещаются петли кишок при патуживании.

Этот взгляд на образование *retroversio-flexio uteri* подтверждают и наблюдения целого ряда авторов, согласно которым, с тех пор как акушеры отказались от длительного удерживания в кровати рожениц и перешли на раннее вставание (см. Курс акушерства), и загибы матки кзади начали наблюдаться значительно реже, чем прежде.

Труднее решить вопрос о возникновении *retroversio-flexio* у перожавших и у девушек. Несомненно, что иногда эти загибы бывают врожденными и могут быть объяснены неправильным развитием мюллеровских ходов или являются следствием конституциональной недостаточности всего связочного и поддерживающего матку аппарата, что является частью общего энтероптоза органов брюшной полости.

Однако, несомненно, и у этой категории женщин существуют и приобретенные формы *retroversio-flexio uteri*. Так, плохая привычка молодых девушек подолгу задерживать мочу может повести к тому, что пузырь отеснит матку кзади, после чего она и удерживается в дальнейшем в этом положении внутрибрюшным давлением.

Клинически очень важно различать формы *retroversio-flexio*, при которых матка, принимая положение *retroversio-flexio*, остается подвижной и может быть выведена вперед, т. е. так называемую подвижную *retroversio* (*retroversio mobilis*), от *retroversio uteri fixata*, когда матка воспалительными спайками

фиксирована кзади и не может быть возвращена в свое нормальное положение anteflexio-versio.

Чаще всего мы встречаем retroversio-flexio у рожавших женщин. Весьма возможно, что и у нерожавших оно встречается также часто, но не обнаруживается нами, так как не дает никаких симптомов. Некоторые авторы даже утверждают, что и у рожавших женщин retroversio-flexio uteri возникло из бывшего у них до родов отклонения кзади. Однако этот взгляд, не оправдываемый клиническими наблюдениями, должен быть отвергнут.

Симптомы. Еще недавно retroversio-flexio uteri многими гинекологами считалось самостоятельной формой заболевания половой сферы, связанной с целым рядом подчас тяжелейших симптомов. Симптомы эти принято было разделять (мнение, которого придерживаются еще и в настоящее время некоторые авторы) на симптомы местного и общего характера.

К местным симптомам можно причислить: усиление менструации и появление даже кровотечений типа метроррагий, бели, а именно fluor albus (см. общую часть), расстройства при мочеиспускании, запоры, стерильность, привычный аборт или преждевременные роды, боли в пояснице, явления дисменорреи.

К общим симптомам можно причислить чувство тяжести в тазу, прорадирующие боли вдоль позвоночника и к ногам, хронические запоры, головные боли, мигрени, боли подложечкой, тошноты и рвоты, общую быструю утомляемость, сердцебиение и бессоницу, состоящие психической депрессии и пр.

Не могло не обратить на себя внимания и то обстоятельство, что у ряда женщин то же положение подвижной retroversio-flexio протекает совершенно без симптомов и обнаруживается врачами совершенно случайно, в то время как у других даже незначительно выраженный загиб матки кзади дает целый ряд как местных, так и общих симптомов, иной раз настолько выраженных, что они лишают женщину трудоспособности.

Для того чтобы объяснить это различное влияние retroversio-flexio на состояние здоровья женщины, была предложена теория рефлекс-невроза. Эта теория, не потерявшая своих защитников и до настоящего времени, объясняла возникновение целого ряда симптомов как результат особых условий, имеющих в организме: неблагоприятная наследственность, влияние воспитания, травма нервной системы под влиянием неблагоприятно сложившихся жизненных условий, окружающая среда и пр.

Таким образом, старое учение о retroversio-flexio учитывало и психические моменты, признавая за retroversio как бы провоцирующий момент, дающий эффект при известной психической подготовке.

Большинство современных гинекологов, однако, отказалось от такой точки зрения, признавая, что ряд перечисленных выше общих симптомов при retroversio совершенно не следует относить за счет положения матки, что они должны найти себе объяснение не в рефлекс-неврозе, исходящем из матки, а в истерических реакциях, которые нередко встречаются у этих женщин.

И действительно, если исследовать женщин с retroversio-flexio uteri mobilis, сопровождающейся тяжелыми жалобами общего характера, то, как правило, мы найдем у них изменения не только в половой сфере, но и ряд явлений со стороны прочих органов чисто первого характера. Можно даже думать, что и местные симптомы в половой сфере у этих женщин являются следствием того же функционального невроза, как и общие симптомы. За это говорят случаи, когда у женщин с нормальным положением матки наблюдается ряд перечисленных как местных, так и общих симптомов. За это же говорят и многочисленные случаи, когда исправление положения матки не устраняло наблюдавшихся у женщины симптомов.

Несомненно, что тотчас же после операции, исправляющей положение матки, в ряде случаев можно наблюдать исчезновение симптомов, однако этот эффект редко бывает стойким. В большинстве же случаев уже через $1\frac{1}{2}$ —2 месяца все симптомы возобновляются и притом нередко бывают выражены сильнее, чем раньше.

Этот кратковременный эффект объясняется тем, что покойное пребывание в кровати после операции только временно успокаивало нервную систему. Несомненно, с другой стороны, что в этих случаях играет немаловажную роль и внушение.

В большом и несомненном влиянии внушения при лечении *retroversio-flexio* можно убедиться и на следующем не раз наблюдавшемся феномене. Если женщину, пришедшую к вам с жалобами на загиб и связанные с ним боли, убедить, произведя исследование, что удалось исправить положение матки, — все симптомы или большая их часть у таких больных может исчезнуть, и в следующий приход к врачу, несмотря на то, что матка осталась в прежнем положении, больная заявляет, что чувствует себя хорошо. С другой стороны, стоит женщине, страдающей истерическими реакциями, сказать, что матка у нее запрокинута кзади, как она сейчас же начнет жаловаться на ряд симптомов, особенно на боли в пояснице.

Однако, относя многие симптомы общего характера за счет функционального невроза, а не положения матки, необходимо признать, что *retroversio-flexio* может и само по себе привести к ряду изменений и симптомов местного характера.

Так, например, загиб матки кзади может привести к застойным явлениям в тазу и вызвать повышение секреции слизистой оболочки матки, а следовательно, вести к появлению белей в форме *fluor albus*.

Необходимо допустить, что частично и расстройства менструации, наблюдаемые при *retroversio-flexio*, могут быть отнесены за счет этого застоя крови. Глубокие же расстройства менструации должны быть отнесены за счет нарушения оварияльной деятельности, а не за счет *retroversio-flexio uteri*.

Указывают, что *retroversio-flexio* может вести к бесплодию, однако едва ли это так. Мы встречаем беременность при *retroversio-flexio*, мне кажется, не реже, чем при нормальном положении матки. Несомненно, что *retroversio-flexio* имеет большое значение при уже существующей беременности.

Как мы видели в курсе акушерства, запрокинутая кзади матка после третьего месяца беременности начинает превышать объем малого таза. В это время она обыкновенно и выскальзывает из таза, поднимаясь над плоскостью входа в него. Если этого не произойдет, матка может ущемиться в малом тазу, и в результате такого ущемления появляется *ischuria paradoxa*, а затем и прерывание беременности.

Наконец, как мы увидим дальше, *retroversio-flexio uteri* имеет немалое значение и при возникновении опущений и выпадений матки.

Д и а г н о с т и к а *retroversio-flexio mobilis* нередко представляет трудности, особенно для малоопытного исследователя.

При исследовании *retroversio uteri* особенно следует соблюдать общее правило для двуручного исследования: перед осмотром тщательно опорожнять мочевой пузырь и прямую кишку. Это значительно облегчает наше исследование, так как наличие кала в ампуле прямой кишки может сильно затруднять его, а переполненный пузырь — отклонять матку кзади, даже при ее нормальном положении.

Введя пальцы во влагалище, как при двуручном исследовании, нередко уже по расположению влагалищной части матки мы можем предположить существование *retroversio*. В этих случаях влагалищная часть направлена вперед и лежит в переднем влагалищном своде, а наружный зев смотрит не книзу, а вперед, в направлении пузыря.

При комбинированном исследовании мы не находим тела матки за передним сводом, и пальцы как паружной руки, так и введенные во влагалище легко встречаются друг с другом. Наоборот, исследуя задний свод, мы прощупываем между пальпирующими пальцами тело матки, в легких случаях без труда определяемое по своей форме и величине.

Для того чтобы убедиться, что здесь дело идет именно о теле матки, а не о каком-либо экссудате или опухоли, следует детально определить связь шейки с предполагаемым телом. Если, идя по задней поверхности шейки, мы определяем ее непосредственную связь с предполагаемым телом, можно прощупываемое в заднем своде образование признать телом матки.

Однако далеко не всегда вопрос решается так просто. Очень часто нам не удается прощупать дна матки и получить впечатление о форме прощупываемого тела. Нередко спайки и воспалительные экссудаты еще более осложняют диагностику.

При комбинации с retroflexio влагалищная часть матки может смотреть не вперед, а кнizu.

Определив имеющуюся retroversio, мы должны одновременно убедиться в подвижности матки и в возможности выправить ее, иначе — убедиться в том,



Рис. 152. Вправление матки из положения retroversio.

лей нет, но вправить матку не удастся, можно попытаться сделать это, введя зонд в полость матки и стараясь этим зондом придать матке нормальное положение, для чего ручка зонда опускается кнizu. Операцию эту могут производить только безусловно опытные врачи. Во всяком случае не следует применять грубой силы, а необходимо производить всю операцию крайне осторожно, так как грубое и неумелое вправление матки может повести к тяжелым осложнениям воспалительного характера, к обострению болей и резкому ухудшению всех болезненных явлений.

При каждом исследовании ретропированной матки следует помнить, что нетрудно смешать лежащее кзади тело матки с опухолью яичника или миоматозным узлом, опустившимся к заднему своду. Необходимо принять во внимание и возможность смешать запрокинутую матку с инкапсулированным экссудатом и особенно с замочной кровяной опухолью, образовавшейся при внематочной беременности.

Попытки к вправлению матки и определению ее подвижности могут быть сделаны только при полной уверенности в том, что у больной имеется неосложненное retroversio. Попытки к вправлению при перечисленных выше осложнениях являются грубейшей ошибкой.

Если двуручное исследование не позволяет нам с уверенностью поставить диагноз retroversio, то в случае необходимости следует произвести исследование под наркозом, когда двуручное исследование значительно облегчается вслед-

имеется ли подвижная или фиксированная ретроверзия. Для этого производится двуручное исследование следующим образом: войдя во влагалище двумя пальцами и достигнув шейки, стараются одним пальцем оттеснить влагалищную часть матки кзади или же средним пальцем через задний свод отодвинуть тело матки возможно более кверху. Одновременно наружная рука через брюшную стенку направляется ко дну матки, и ею стараются, захватив дно, окончательно вывести матку из положения retroversio, придав ей нормальное положение anteversio (рис. 152 и 153).

Если такая репозиция не удастся и попытки к вправлению вызывают боли, лучше от нее отказаться. Если же бо-



Рис. 153. Дальнейший прием при вправлении матки.

стве расслабления брюшной стенки и всего связочного аппарата и тазового дна.

Т е р а п и я retroversio uteri mobilis. Относительно терапии этой формы заболевания уже давно имеются два противоположных направления.

Если стать на точку зрения, что сама по себе retroversio не дает каких-либо болезненных симптомов, а только является аномалией положения, случайно сопутствующей основному страданию — общекоптитутциональной слабости организма, сопровождаемой функциональным неврозом, который и является основной причиной целого ряда симптомов, то, конечно, нет основания исправлять это положение.

Эта точка зрения, на которую в настоящее время становится большинство гинекологов, заставляет нас направить всю свою терапию на укрепление общего состояния организма (хлороз и анемия), на устранение всех моментов, отрицательно влияющих на психику и нервную систему больных.

Препараты мяшьяка, железа и ряд гидротерапевтических процедур, санаторное лечение, умеренный спорт и гимнастика в этих случаях могут нередко привести к хорошим результатам.

Если причиной ряда общих симптомов мы считаем функциональный невроз, то в подходящих случаях нам нередко может оказать хорошую услугу психотерапевтическое воздействие на больную в комбинации с методами, ведущими к общему укреплению организма, как покой, физиотерапия (гидро-электропроцедуры), климатотерапия, спорт, гимнастика и пр.

В тех случаях, когда большая твердо убеждена, что все ее страдания связаны только с неправильным положением матки, эта терапия обычно не дает никаких результатов, и мы вынуждены прибегать к методам исправления retroversio uteri.

Этот же вид терапии приходится применять и в тех случаях, когда retroversio бывает связана с бесплодием, или при наблюдающемся у женщины, страдающей загибом матки кзади, привычном выкидыше.

Значительно чаще прибегают к методам исправления положения матки те врачи, которые рассматривают все симптомы, наблюдаемые при retroversio, как рефлекс-симптомы.

М е т о д ы и с п р а в л е н и я retroversio-flexio uteri. Мы располагаем целым рядом методов, позволяющих нам исправить retroversio uteri, придав матке нормальное положение anteversio: 1) метод ручного исправления положения матки с последующим введением пессариев, закрепляющих исправленное положение, а также исправление маточным зондом, 2) метод исправления с помощью гинекологического массажа и 3) метод оперативный.

1. М е т о д р у ч н о г о и с п р а в л е н и я retroversio отчасти уже был описан нами при изложении диагностики этого положения матки. Он имеет целью не только исправить положение матки, но и закрепить исправленное положение введением соответственного пессария.

2. Часто применялся — да и в настоящее время применяется — метод восстановления нормального положения матки с помощью гинекологического массажа, впервые предложенного Туре-Брандтом (Thure-Brandt), а у нас широко применявшегося школой проф. Отта.

Способ этот состоит в том, что, введя два пальца во влагалище, мы приподнимаем матку и окружающие ее спайки сверху и делаем их более доступными наружной руке. Оставляя внутренние пальцы неподвижными, мы наружной рукой массирующими движениями стараемся воздействовать на сращения, фиксирующие матку в ненормальном положении.

Такой массаж надо производить или ежедневно, или каждый второй или третий день по несколько минут; при настойчивом применении его можно добиться хороших результатов.

Прочные старые сращения, однако, не могут быть излечены таким массажем даже при длительном применении его.

Значительно лучшие результаты дает комбинация физиотерапевтических процедур с массажем. В этих случаях широко применяется влагалищная диатер-

мия (один электрод во влагалище, два других — в виде металлических пластинок — на низ живота и на пояснично-сакральную область). Продолжительность сеанса — от 20 до 40 минут. Сила тока — от 1 до 2 ампер.

Помимо этого применяется соллюкс на низ живота в течение 20 минут, и затем через 40 минут — влагалищный ионтофорез с подкислым калием (2%) также в течение 20 минут (Прейсман). Хорошие результаты дает комбинация водяных процедур (ванны) с гинекологическим массажем.

При этих заболеваниях рекомендуется колюмнизация (тугая тампонада влагалища марлевым бинтом, обычно смачиваемым ихтиолом) и лечение отягощением.

В последние годы Ягунов предложил лечение гинекологических заболеваний введением лекарственных растворов в прямую кишку — от 100 до 200 см³ (до получения процедуры большой надо опорожнить кишечник). Одновременно с введением в прямую кишку лекарственного раствора накладываются два

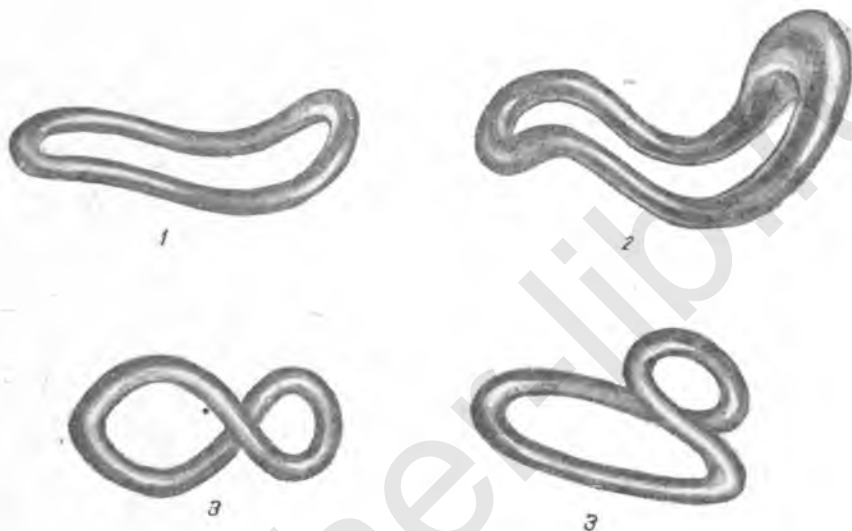


Рис. 154. Пессарии Ходжа (1), Томаса (2) и Шульце (3).

электрода: один — на низ живота, другой — под крестец. Преимущество этой методики, по мнению Ягунова, заключается в том, что в интерполярном пространстве создается солидное депо лекарственных веществ, что дает возможность внедрить в область половой сферы гораздо больше лекарственных ионов, чем при любом другом методе.

После возвращения матке нормального положения, если оно не будет закреплено соответственным способом, матка очень быстро возвращается к своему первоначальному неправильному положению, поэтому закрепление достигнутого исправления является в большинстве случаев необходимым.

Только запрокидывание пуэрперальной или беременной матки обычно легко выправляется и вправление остается стойким, во всех же других случаях для удержания матки в нормальном положении приходится прибегать к введению во влагалище специальных пессариев.

Из большого количества таких пессариев наиболее распространены пессарии Ходжи, Томаса и мягкий пессарий Шульце (рис. 154). Первые два пессария имеют постоянную форму, ознакомиться с которой лучше всего можно по прилагаемому рисунку. Они сделаны из гладкого эбонита и градуированы по номерам.

Пессарий Шульце представляет собой металлическое кольцо, обтянутое резиновой трубкой. Металлическая часть кольца сделана из мягкой меди, позволяющей придать пессарию ту форму, какую найдет необходимой врач. Чаще всего, как видно из прилагаемого рисунка, его сгибают в виде восьмерки.

Пессарий должен быть хорошо подобран и введен так (рис. 155), чтобы его верхний край, обхватив влагалищную часть матки, располагался в заднем своде и подтягивал этот свод кверху. При правильно введенном пессарии шейка матки, удерживаемая растянутыми сводами, не может опускаться

книзу, а подтягивается кверху, вследствие чего дно матки отклоняется вперед, т. е. создается нормальное положение всего органа — положение *anteversio uteri*.

Правильно подобранный и введенный пессарий, охваченный стенками влагалища, хорошо сохраняет свое положение и не должен вызывать у женщины никакого неприятного чувства давления или нецеловкости.

Неправильно введенный пессарий, если его оставляют надолго во влагалище, может привести к давлению на ткани, к поверхностному их некрозу и образованию грануляций, иной раз обрастающих пессарий.

Через 3—4 дня после введения пессария следует проконтролировать, как он лежит и выполняет ли он свое назначение. В дальнейшем женщина, носящая пессарий, должна показываться врачу каждые 2—3 месяца. При каждом посещении большой введенный пессарий надо вынуть, прокипятить и снова ввести или же заменить новым, более подходящим.

Невыполнение этого правила может повести к ряду осложнений (пролежни, глубокие изъязвления, выделения с сильным гнилостным запахом и даже прорыв пессария в соседние полости).

Терапия путем введения пессариев в прежнее время была очень распространена. Однако опыт показал, что она имеет свои большие недостатки и должна считаться противопоказанной: 1) когда пессарий, как бы хорошо он ни был введен, все-таки вызывает боли и неприятное ощущение инородного тела, 2) когда он не держится и выталкивается наружу, 3) когда он ведет к повреждениям *sub coito*. Нельзя применять пессарий у девиственниц.

Женщина, носящая пессарий, должна ежедневно производить влагалищные спринцевания, лучше всего раствором соды (1 столовая ложка очищенной соды на 4 стакана воды) или *Sol. Kalii hypermanganicis* в слабых концентрациях.

Женщины, носящие пессарий, могут жить половой жизнью. Но при беременности пессарий должен быть извлечен на пятом месяце; когда беременная матка поднимается из полости малого таза, пессарий становится уже совершенно излишним.

Нередко после ношения пессария в течение 1—2 лет внутренние органы настолько приспособляются, что пессарий может быть извлечен, а матка и без него будет сохранять свое нормальное положение. Однако иной раз этот срок бывает значительно больше.



Рис. 155. Пессарий, введенный во влагалище

3. Оперативная терапия.

Для восстановления нормального положения матки при *retroversio uteri* предложено громадное количество операций, которые состоят в фиксации матки к передней брюшной стенке, в укорочении круглых связок или других отделов связочного аппарата.

2. Опущение и выпадение матки и влагалища (*descensus et prolapsus uteri et vaginae*)

Выпадение и опущение матки являются, как мы видели, только различными степенями одной и той же аномалии положения этого органа, причем в этой аномалии, почти как правило, в большей или меньшей степени принимают участие и стенки влагалища.

Хотя выпадение матки и опущение стенок влагалища являются наиболее распространенной формой неправильного положения половых органов, однако до последнего времени вопрос о том, какие причины вызывают опущение, для нас остается еще не вполне выясненным.

Между тем вопрос этот, конечно, интересовал очень многих гинекологов уже со времени возникновения научной гинекологии. Если просматривать старые работы по вопросу об опущениях половых органов, то мы увидим, что причину этого опущения видели в различных анатомических состояниях и изменениях половых органов.

Так, существовал взгляд, что все опущения являются следствием различных пороков развития тазовых органов и особенно тазового дна. Видели причину опущений в выраженной гипоплазии мускулатуры тазового дна, в чрезмерной врожденной глубине дугласова кармана, в инфантилизме, а также в паралитическом состоянии мышц тазового дна. Само паралитическое состояние мышц

тазового дна объяснялось несовершенством иннервации этих мышц, что проявляется особенно часто при *spina bifida*, когда парализуются крестцовые нервы, иннервирующие тазовое дно.

Объясняли возникновение пролапса расслаблением и нарушением целостности мышечно-фасциальной пластинки тазового дна, неправильными положениями матки, особенно *retroversio-flexio*, степенью наклона таза, недостаточностью параметральной, паравагинальной и особенно парацервикальной клетчатки и пр.

Большая заслуга в деле выяснения причин выпадений и его механизма принадлежит Тандлеру и Гальбану, создавшим теорию пролапса, которая и является сейчас основой современного учения о механизме опущений внутренних половых органов и по существу связывает в одно общее целое различные старые учения об этиологии этого заболевания.

Яшке удалось развить теорию Тандлера и Гальбана на основе более глубокого анализа анатомических факторов, имеющих значение при возникновении выпадений, а также учения Аркса (*Arx*) о динамике взаимоотношений внутренних органов брюшной полости, и дать нам строго научно и клинически обоснованную теорию, которая в настоящее время и может считаться наиболее совершенной.

Итак, в последние два десятилетия существовало два конкурирующих друг с другом взгляда об анатомических механизмах, поддерживающих внутренние половые органы, главным образом матку, в их нормальном положении.

По одному учению главнейшая роль при удержании органов в нормальном положении принадлежит поддерживающему аппарату, иначе говоря, тазовому дну, — тазовой диафрагме; в противоположность этому другое учение приписывало особое значение связочному, подвешивающему аппарату матки.

Как видно из главы о строении половых органов, поддерживающий аппарат — тазовое дно — состоит из мощной мышечно-фасциальной пластинки — *levator ani*, подкрепленной урогенитальной диафрагмой и слоем поверхностных мышц. Диафрагма эта, состоящая из крепкой мышцы леватора и прочных фасций, представляет мощное тазовое дно, обладающее значительной эластичностью и способностью к сокращениям, а потому может выдерживать значительные растяжения, не подвергаясь особым разрывам и повреждениям.

В противоположность этому подвешивающий аппарат, иначе аппарат связок, состоящий из широкой связки, крестцово-маточной и круглой связок, представляет собой дубликатуру брюшины, в толще которой заключена соединительная ткань, очень небольшое количество фасциальных и мышечных элементов; по своему строению он представляет ткань, мало способные к сопротивлению и, наоборот, легко растягивающиеся и теряющие свою эластичность.

Однако здесь необходимо отметить, что с анатомической точки зрения едва ли можно рассматривать эти две системы как совершенно обособленные, не связанные друг с другом.

Как это было впервые доказано в прекрасной работе Груздева и других, обе эти системы связаны друг с другом непрерывным переходом тканей, входящих в них, — особенно мышечных волокон, переходящих их связок в матку, во влагалище и в тазовое дно.

Рассматривая поддерживающий и подвешивающий аппараты как одну общую систему, участвующую в сохранении нормального положения внутренних половых органов, мы все-таки должны признать, что главная роль в отношении сохранения нормального положения матки принадлежит поддерживающему аппарату — тазовому дну — и что подвешивающий аппарат, иначе связочный аппарат, имеет своей целью возвращать матку к нормальному положению при ее физиологических экскурсиях в пределах ее физиологической подвижности, не позволяя ей выходить за эти пределы.

Для того чтобы понять это, следует отдельно анализировать физиологические возможности связочного аппарата.

Если изучать физиологическое значение каждой в отдельности связки на трупе, а еще лучше при гинекологическом исследовании, особенно во время операций со вскрытием брюшной полости, мы легко сможем убедиться, что и особенно мощные участки подвешивающего аппарата, как основание широкой связки, так называемая *lig. cardinale*, или крестцово-маточная связка, даже у хорошо развитых физически женщин не представляют прочных образований и не находятся в том состоянии напряжения, которое необходимо было бы для удержания органов малого таза в определенном анатомическом положении.

Так, прощупав при операции *lig. sacro-uterinum*, мы можем захватить ее пальцами и легко убедиться в отсутствии в ней какого бы то ни было напряжения. Сильно оттянув матку кверху или вправо, или влево, мы убеждаемся, что при этом соответственная связка переходит в состояние напряжения.

Те же самые условия можно отметить и для *lig. cardinale* — основания широкой связки, фиксирующей матку к боковым поверхностям таза. Как известно, эта связка, составляющая часть параметрия, очень различно развита и нередко представляет очень слабое образование, содержит чрезвычайно мало мышечных и плотных фасциальных волокон, но зато большое количество рыхлой соединительной ткани.

Хотя этот отдел связочного аппарата более других способен ограничить подвижность матки и уже при незначительном перемещении матки переходит в состояние напряжения, однако и он не в состоянии удерживать матку в нормальном положении.

Вся анатомическая структура этого участка параметрия, преимущественно соединительнотканый характер этой связки, незначительное количество мышечных и фасциальных волокон, заключающихся в ней, говорят за то, что эта связка не может служить прочным и постоянным фиксирующим аппаратом.

Можно не сомневаться в том, что основное физиологическое значение *lig. cardinale* выступает только во время беременности и особенно во время родов.

Вспомним, что *isthmus uteri*, окруженный участком параметрия, входящего в состав *lig. cardinale*, в период беременности и особенно родов, циркулярно растягиваясь, должен вызывать огромное растяжение и в соседнем параметрии. Естественно, что такое громадное растяжение не могло бы произойти, если бы соответственный участок параметрия не был построен преимущественно из рыхлой соединительной ткани.

Таким образом, становится понятным, что физиологическая задача этого участка параметрия состоит не в прочной фиксации матки и удержании ее в определенном положении, а наоборот, он приспособлен к тому, чтобы позволить матке в период беременности и родов, не нарушая целостности тканей, вместе с *isthmus uteri* значительно растягиваться в циркулярном направлении.

Особенно непригодна для удержания матки в нормальном положении и небеременном состоянии слабая и совершенно лишенная натяжения круглая связка, однако и она при оттеснении матки кзади к мысу может притти в состояние напряжения и представить известную силу сопротивления дальнейшему движению дна матки кзади.

Все это говорит о том, что подвешивающий аппарат матки — связочный ее аппарат — предназначен не для того, чтобы фиксировать матку в ее нормальном положении и удерживать это нормальное положение. Все же физиологическое значение этого аппарата, несомненно, велико и особенно ясно в период беременности, в родовом и послеродовом периодах, о чем уже говорилось в курсе акушерства.

Мы уже сообщали, что в противоположность подвешивающему, связочному, аппарату, поддерживающий аппарат — тазовое дно — построен из массивной мышечно-фасциальной ткани, содержит небольшое количество соединительной ткани, т. е. является истинным поддерживающим аппаратом.

Исследования последних десятилетий особенно ясно выявили механизм, удерживающий внутренние органы в нормальном положении, и причины, способствующие изменению этого положения. Особенно важно понимание этих новых данных для усвоения механизма возникновения пролапса и для выбора правильной терапии этой аномалии.

Все наши старые объяснения причины пролапса грешили тем, что рассматривали вопрос только с одной узкой, в большинстве случаев местной точки зрения. Изучение динамики органов брюшной полости показало, что причину пролапса невозможно понять, если мы этот вопрос будем изучать изолированно, и что его следует рассматривать в связи с состоянием всех других органов брюшной полости.

Внутренние органы брюшной полости необходимо рассматривать как единое целое, окруженное внешней оболочкой, находящейся в известной степени напряжения (тонус).

Следует далее помнить, что брюшной полости и полости малого таза как таковой по существу не имеется. Все внутренние органы прилегают друг к другу и не только находятся в капиллярном сцеплении между собой, но, благодаря взаимной поддержке, создают известное взаимное равновесие и капиллярно прилегают к окружающим их стенкам брюшной полости.

Содержимое брюшной полости, блок внутренних органов, находится в известной степени напряжения — тургора.

Взаимная изменчивость тонуса стенки и тургора внутренних органов подчиняется известным законам: если тургор увеличивается, то тонус стенки уменьшается, и, наоборот, уменьшение тургора ведет к повышению тонуса.

При нормальных условиях непрерывная приспособляемость обеих этих систем друг к другу создает известное равновесие органов в брюшной полости.

Для тех органов, которые и при нормальных условиях обладают значительной подвижностью и значительным весом, связочный аппарат является только вспомогательным аппаратом; его задача — не удерживать орган в нормальном положении, а ограничивать его нормальную подвижность, если она стремится выйти за пределы нормы.

Только в патологических условиях связочный аппарат берет на себя роль аппарата поддерживающего, к сожалению, только на короткое время, так как он быстро исчерпывает свои возможности, и начинается выпадение.

При нормальных условиях в результате сокращений леватора *hiatus genitales* настолько плотно замыкается, что даже при сильном натуживании или кашле внутренние тазовые органы не опускаются кшву, а задерживаются над ним. Каждое повышение внутрибрюшного давления, вызываемое, например, кашлем, чиханием или натуживанием и сопровождающееся сокращением брюшной стенки, ведет к синхроничному сокращению *levator*, иначе говоря, к замы-

канию щели hiatus, что и задерживает опущение органов, в частности матки, книзу.

Таким образом, кратковременное повышение внутрибрюшного давления каждый раз выправляется соответственным сокращением мускулатуры тазового дна.

Если, однако, повышение внутрибрюшного давления принимает длительный характер, то постепенно наступает истощение мышцы, расслабление ее, что ведет к зиянию hiatus genitalis, а потому и повышает возможность выпадения.

Нередко такое расслабление мышц тазового дна может происходить и вследствие плохого анатомического развития тазового дна, врожденного недоразвития его, функциональной его недостаточности, или в тех случаях, когда мышца levator травмирована или даже разорвана. Так, например, можно встретить (правда, редко) выпадение у нерожавших женщин, у молодых девушек и даже у новорожденных.

В таких случаях необходимо искать причину пролапса во врожденном параличе мышц тазового дна и с помощью рентгеновского исследования определить, нет ли в данном случае расщепления позвоночника — spina bifida, которое может быть скрытым (spina bifida occulta) и может вести к параличу нервных стволов сакрального отдела спинного мозга и к недостаткам иннервации мышц тазового дна.

Но чаще всего недостаточность мышц тазового дна является следствием многократных родов и особенно родов, законченных оперативным путем.

Мы уже видели, какое большое значение имеет внутрибрюшное давление при выпадении внутренних органов.

Если принять во внимание нормальное расположение внутренних органов малого таза (рис. 156), то мы увидим, что в этих случаях матка располагается так, что при стоячем положении женщины влагалищная



Рис. 156. Нормальное расположение внутренних органов.

часть и большая часть тела матки располагаются позади hiatus genitalis и лежат над мышечной пластинкой levator.

Каждое повышение внутрибрюшного давления прижимает матку еще плотнее к подлежащим тканям и именно так, что hiatus genitalis остается спереди прижимаемой к тазовому дну матки.

Такое же положение создается и при матке, лежащей в положении retroversio. Разница только в том, что матка, прижатая дном и истмической частью к тазовому дну и именно к его участку, расположенному позади hiatus, висит над hiatus своей влагалищной частью. В этих случаях и мочевого пузыря располагается как раз над щелью levator, и если мышца леватора находится в состоянии расслабления, а hiatus зияет, — пузырь под влиянием внутрибрюшного давления, не находя себе опоры, начинает постепенно опускаться книзу, вытесняя перед собой верхний отдел передней стенки влагалища, что ведет к образованию descensus vaginae anterior и главным образом к опущению мочевого пузыря — cystocele.

Таким образом, в громадном большинстве случаев мы при опущениях передней стенки влагалища наблюдаем одновременно и опущение мочевого пузыря.

Однако в более редких случаях анатомо-топографические соотношения и повышение внутрибрюшного давления складываются так, что книзу начинает опускаться только передняя часть влагалищной стенки, мочевого же пузыря остается на месте. Для образования такого изолированного опущения передней стенки может иметь большое значение чрезмерная глубина excavatio vesico-uterina.

Образование выпадения передней стенки влагалища и cystocele может быть до известной степени задержано анатомическим расположением стенок влага-

лица. Если взглянуть на рис. 157, то легко можно увидеть, что опускающаяся передняя стенка влагалища со следующим за ней мочевым пузырем находит себе хорошую поддержку в задней стенке влагалища и особенно в тканях тела промежности, расположенных уже ниже тазового дна. Однако эта поддержка не может быть длительной, так как тело промежности, построенное главным образом из рыхлой соединительной ткани, не может выдерживать длительного и непрерывного давления, и постепенно наступает выпадение. Еще быстрее идет процесс опущения, если тело промежности, как это очень часто наблюдается, разорвано одновременно с повреждением тазового дна.

Особенно благоприятны условия для опущения полового аппарата в тех случаях, когда матка располагается в положении *retroversio*, но не полной, а средней степени, а именно, когда ее ось расположена отвесно по отношению к *hiatus genitális* (рис. 157).

В этих случаях, как это видно из прилагаемого рисунка, внутрибрюшное давление воздействует на матку так, что общая равнодействующая этого давления гонит матку в направлении щели *hiatus genitális*, вследствие чего матка и опускается кпизу.

Именно в этих случаях, только после того, как тазовое дно полностью или частично утрачивает свою способность удерживать матку на нормальной высоте и матка опустится книзу, связочный аппарат напрягается и начинает играть роль органа, удерживающего матку на определенной высоте. Однако, как мы это видели уже раньше, его функциональная способность в этом направлении очень невелика. Слабый аппарат, построенный преимущественно из соединительной ткани и содержащий немного мышечных элементов и фасциальных волокон, растягивается, и пролапс неуклонно продолжает прогрессировать.

Количество времени, требующегося для развития выраженного пролапса, чрезвычайно различно. Иногда проходит много лет, пока матка, постепенно скользя через *hiatus genitális*, опустится целиком книзу, причем даже ее дно окажется лежащим ниже тазовой диафрагмы — в этих случаях мы уже имеем полное выпадение матки (*prolapsus uteri totalis*).

Сравнительно редко выпадение, как отмечают сами больные, происходит сразу при сильных физических напряжениях. Эти остро образовавшиеся выпадения все-таки в громадном большинстве случаев обуславливаются длительными предшествующими явлениями недостаточности мышц тазового дна.

Если матка лежит плотно на тазовом дне и над *hiatus genitális* висит только шейка матки (рис. 157, C), как это часто бывает при резко выраженных *retro-*

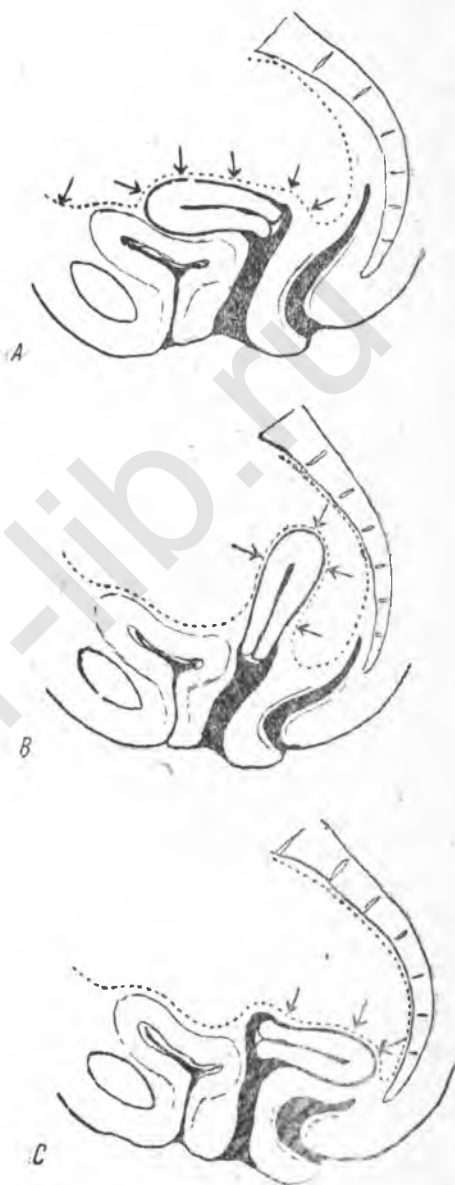


Рис. 157. Схема влияния внутрибрюшного давления и расположения матки по отношению к *hiatus genitális*.

A — anteversio; B — выраженная степень retroversio; C — умеренное retroversio.

versio uteri, шейка, подвергаясь сильному внутрибрюшному давлению и не имея опоры снизу, начинает опускаться в hiatus и увлекать за собой матку, ведя к prolapsus uteri.

Однако, если тело матки фиксировано спайками и не поддается этому влечению, шейка начинает удлиняться, достигая иной раз поражающей длины и приобретая форму, напоминающую penis. Этот процесс носит название elongatio colli (рис. 158).

Понятно, эта форма патологии, возникающая при retroversio uteri, сопровождается, почти как правило, и образованием cystocele.

В некоторых случаях elongatio colli может образоваться и при anteflexio uteri.

В этих случаях задний свод и соответственный участок прямой кишки, подвергаясь непосредственному внутрибрюшному давлению, начинают постепенно опускаться в просвет влагалища, что и ведет к образованию выпадения задней стенки и прямой кишки (рис. 159).

Образование rectocele и опущение верхнего отдела задней стенки влагалища, происходящие в этих случаях, необходимо отличать от другой формы опущения задней стенки влагалища.



Рис. 158. Elongatio colli.



Рис. 159. Механизм образования rectocele.

В тех случаях, когда рвется промежность, нижний отдел влагалища, находясь под внутрибрюшным давлением, может опускаться и может образоваться descensus, отличающийся от rectocele тем, что при нем опускается участок влагалища, расположенный ниже тазовой диафрагмы, лежащей сейчас же за introitus vaginae. Эта форма опущения тоже может сопровождаться образованием rectocele, которое происходит из участка прямой кишки, лежащего ниже тазового дна.

Таким образом, следует строго различать два вида опущения задней стенки влагалища и две формы rectocele: при первой выпадение захватывает высокие отделы органов, расположенные над тазовым дном, при второй — ниже лежащие отделы тех же органов и именно участки, расположенные ниже тазовой диафрагмы.

Здесь можно упомянуть еще об особой форме опущения, носящей название ф р о р и п о в с к о г о пролапса. Он образуется при матке, лежащей в положении anteversio, и при ненормально глубоком опущении дна дугласова пространства. В этих случаях дуглас может опускаться глубоко в septum recto-vaginale, вплоть до тела промежности. Под влиянием внутрибрюшного давления в таких случаях образуется пролапс верхней части задней стенки влагалища, а нередко и elongatio colli.

Клиника учит нас, что количество форм выпадений может быть очень велико. Перечисленные нами формы выпадения являются только наиболее распространенными. Встречаются и иные: так, можно наблюдать одно только опущение или даже выпадение матки, не сопровождающееся ни образованием cystocele, ни развитием rectocele и даже по существу при отсутствии опущения стенок влагалища.

В этих случаях опускающееся тело только увлекает за собой постепенно стенки влагалища и ведет к процессу, который должен быть назван не опущением стенок влагалища, а выворотом.

Даже полные выпадения матки могут сопровождаться не выпадением влагалища, а только его выворотом.

Можно встретить полное выпадение матки и обеих стенок влагалища с *cystocele* и *rectocele*, но можно наблюдать и выпадение стенок влагалища при сохранении маткой нормального положения.

Можно наблюдать выраженное выпадение только одной из стенок влагалища при нормальном положении противоположной стенки.

Все эти разнообразные формы опущения половых органов женщины еще больше убеждают нас, что основной причиной выпадений является недостаточная функция тазового дна и направление и сила внутрибрюшного давления.

К л и н и к а **в** **ы** **п** **а** **д** **е** **н** **и**
матки и стенок влагалища. Мы начнем с описания клинической картины полного пролапса. У больных, страдающих этой формой опущения половых органов, мы видим выходящую из половой щели опухоль величиной с кулак и больше, расположенную между внутренними поверхностями бедер, белесоватого цвета, иногда блестящую на вид, на нижнем полюсе которой легко можно обнаружить небольшое характерной формы и величины отверстие, соответствующее наружному отверстию шейного канала.

Поверхность выпавшей части покрыта слизистой оболочкой влагалища, которая, вследствие своей близости по строению к коже, обычно при выпадениях претерпевает значительные изменения. Ее многослойный плоский эпителий подвергается в верхних слоях ороговению, складки сглаживаются, и вся поверхность принимает вид матовоблестящей, сухой кожи, которая местами лишается своего покрова; на ней образуются трещины, ссадины, эскориации, а в некоторых случаях и глубокие изъязвления с застаревшими каллезными краями. Происходит это вследствие постоянной травмы, которой подвергается выпавшая стенка влагалища со стороны бедер при ходьбе или вследствие трения об одежду (рис. 160).

Если прощупывать выпавшую часть, то мы прежде всего убедимся в том, что слизистая оболочка влагалища утратила свою мягкость: она груба, утолщена и иной раз настолько суха, что напоминает по консистенции пергаментную бумагу.

Если прощупывать обеими руками выпавшую часть, то в ее толще мы легко определяем удлиненную шейку, которая распознается по консистенции и характерной цилиндрической форме. В верхнем отделе опухоли обычно удлиненная шейка значительно тоньше, а по направлению книзу, к наружному зеву постепенно утолщается.

Введя палец между выпавшей частью и стенками таза, мы легко можем определить по глубине, на которую проходит палец, все ли влагалище вывернуто наружу и какая часть его остается еще не затронутой процессом выпадения.



Рис. 160. Prolapsus vaginae et uteri.

После этого мы должны убедиться, в какой степени в образовании выпадения принимает участие мочевого пузыря и прямая кишка.

Введя зонд или металлический катетер в мочевого пузырь, мы обыкновенно убеждаемся в том, что инструмент своим концом опустился книзу, в передний отдел выпавшей части, и тут легко ощущаем его верхний конец. При больших *cystocele* конец зонда без труда может быть обнаружен почти у самого нижнего полюса выпавшей опухоли, т. е. почти у влагалищной части матки. Таким образом определяется наличие в выпавшей части *cystocele*.

Введя палец через *anus*, мы свободно можем проникнуть в участок выпавшей части прямой кишки, располагающийся за задней стенкой влагалища, и таким образом определить здесь *rectocele*.

Если исследующий уверен, что женщина не беременна, то можно, введя зонд в полость матки и дойдя им до дна, определить и длину полости матки, которая в некоторых случаях достигает 18 и даже 20 см. Удлинение это чаще всего происходит за счет удлинения не тела матки, а шейки ее (*elongatio colli*).

При детальном прощупывании выпавшей части легко убедиться, выпала ли вся матка, т. е. имеется ли полный пролапс, или же выпала только часть ее, другая же часть лежит еще выше тазового дна. После этого следует попытаться вправить выпавшую часть.

Никогда не следует, производя вправление матки, прилагать большие усилия. Если выпадение не вправляется без боли и без применения большого давления, то следует отложить его на несколько дней, уложив больную в кровать и назначив возможно частые обмывания выпавшей части теплой водой с мылом или каким-либо слабым дезинфицирующим раствором. При таком уходе отек выпавшей части быстро спадает, после чего выпадение иногда легко вправляется.

Вправлять лучше всего обеими руками, захватив по возможности всю выпавшую часть и равномерно надавливая на нее. Вначале под влиянием такого давления медленно вправляется стенка влагалища, а затем и шейка.

После вправления половая щель значительно сокращается, хотя все же продолжает сильно зиять, а стенки влагалища в виде грубых, толстых складок лежат в ее просвете. Вправив выпадение, мы, войдя пальцами во влагалище, можем убедиться в состоянии промежности, в широте и функциональной способности *hiatus* и тазового дна, прощупать и определить длину и форму шейки, величину и положение тела матки и, наконец, состояние придатков — труб и яичников.

Если женщину после вправленного выпадения заставить несколько раз потужиться, вправленные части постепенно начинают снова появляться снаружи половой щели. Чаще всего первой опускается передняя стенка, за ней идет задняя, а затем уже показывается шейка и вся матка.

При менее выраженных частичных выпадениях мы можем встречать, соответственно степени выпадения, и различную картину его.

Раздвинув бедра, мы видим зияющую половую щель, из которой, особенно при натуживании, опускается в одних случаях передняя, в других — задняя стенка влагалища или обе — одна за другой. Матка может находиться на различной высоте: то ее влагалищная часть стоит только немного ниже *linea interspinalis*, то она может прощупываться тотчас же за *introitus vaginae*, то, наконец, она легко опускается ниже половой щели, вплоть до полного выпадения.

Выпавшая шейка обычно резко удлинена и утолщена. Утолщение зависит главным образом от отека, а не от новообразования или отложения в ней тканевых элементов.

Вернее всего, отек может быть объяснен трудностью оттока крови в выпавшей и до известной степени ущемленной матке. Что дело идет главным образом об отеке, в этом можно убедиться, помимо изучения микроскопического строения удаленной оперативным путем шейки, и из клинических наблюдений.

Стоит только устранить выпадение путем одной из применяющихся при этом операций, при которой шейка остается нетронутой, как уже через несколько дней она приходит в совершенно нормальное состояние.

При полных — тотальных — выпадениях дно дугласова пространства может опускаться очень низко, и, вскрывая заднюю стенку выпавшего влагалища, мы легко можем проникнуть в брюшную полость. Трубы и яичники, увлекаемые опускающейся маткой, тоже нередко опускаются очень низко.

Вследствие значительных перемещений мочевого пузыря мочеточники могут оказаться зажатыми и вытянутыми; это препятствует оттоку мочи, а иногда ведет даже к образованию гидронефроза. В самом же мочевом пузыре могут образоваться мочевые камни.

Выраженное выпадение половых органов нередко сопровождается выпадением прямой кишки, паховыми грыжами и общим энтероптозом.

Симптомы выпадения влагалища и матки обыкновенно настолько характерны, что по ним легко поставить диагноз заболевания. В общем хотя эти симптомы и резко выражены, но они не угрожают жизни. Однако они сильно понижают трудоспособность женщины, иной раз приводя к полной невозможности производить даже самую легкую работу.

Из симптомов выпадения прежде всего появляется характерное чувство опущения и давления книзу; больная жалуется на то, что что-то опускается книзу и выходит из влагалища. К этому присоединяются очень распространенные жалобы на боли в крестце. Постепенно женщина начинает отмечать, что из вульвы выпадает опухоль, которая обычно медленно увеличивается и беспокоит больную как постороннее тело, лежащее между бедрами.

Часто эти явления сопровождаются и расстройством мочеиспускания, состоящим в частых позывах на мочу, в плохом удержании ее, так что при кашле, натуживании, резких движениях больная уже не может полностью удерживать мочу.

Сравнительно редко развивается задержка мочи; однако при больших cystocele больная только тогда может полностью опорожнить мочевой пузырь, если пальцами через переднюю выпавшую стенку влагалища заправит пузырь вверх, за лоп.

В большинстве случаев после работы и физических напряжений выпадения половых органов увеличиваются; при покойном же лежащем положении они уменьшаются, а за ночь обычно даже большие выпадения самостоятельно вправляются.

В случаях обширных выпадений выпавшая часть, оставаясь подолгу невправленной, может сильно отечь, и, вследствие трения о кожу бедер и одежду, ее нежный и непрочный эпителиальный покров слущивается; при этом могут образоваться пролежни и изъязвления. Изъязвление ведет к появлению гнойных и даже окрашенных кровью выделений, часто зловонных, раздражающих соседние ткани и обостряющих местное воспалительное состояние. В редких случаях могут образоваться обширные омертвения и даже гангрены участков выпавших частей.

Менструальная функция у этих больных не нарушается, менструальный цикл обычно не изменяется; нередко, однако, менструации усиливаются, что стоит в связи с выраженным застоем крови в половых органах.

Легко вправляющееся при лежащем положении женщины выпадение дает ей возможность продолжать половую жизнь, и следует отметить, что наступление беременности даже при больших выпадениях матки — явление далеко не редкое. В начале пятого месяца беременности, когда, не помещаясь в малом тазу, матка поднимается вверх и выходит в большой таз, наступает как бы излечение. Пролабировавшие части подтягиваются вышедшей из малого таза маткой вверх. Однако после родов, в пуэрперальном периоде, выпадение возобновляется и зачастую принимает еще более выраженную форму.

Старые авторы нередко указывали на то, что, несмотря на изъязвления стенок влагалища и поверхности влагалищной части матки, рак матки встречается у этих больных очень редко.

Считали даже, что женщина, страдающая выпадением, как бы застрахована от рака, и приводили это наблюдение как доказательство, говорящее против вирховской ирритативной теории этиологии рака.

Однако этот взгляд едва ли правилен. Я дважды оперировал рак шейки матки у больных с выраженным пролапсом.

Удивительно, что часть женщин очень инертно относится ко всем симптомам выпадения и к появлению у них самого выпадения. Нередко только после многих лет болезни, когда выпавшие части начинают мешать больным исполнять даже небольшую домашнюю работу или когда появившиеся язвы и распад ткани наводят их на мысль о возможности рака, они обращаются за врачебной помощью.

Диагностика выпадения, как видно из приведенного, не представляет трудностей. Однако надо не только установить наличие выпадения, но и точно выяснить распространенность процесса и состояние тазового дна.

При решении вопроса о степени распространения выпадения нельзя ограничиваться только одним осмотром выпавших частей. Следует заставить женщину потужиться, для того чтобы выпадение могло быть обнаружено полностью. Крайне важно выяснить степень подвижности матки и ее положение в тазу, имеется ли *elongatio colli* или нет. Следует убедиться и в состоянии мочевого пузыря и возможно точно определить его положение. Лучше всего это удастся после наполнения пузыря 100—150 см³ борного раствора.

Важно знать, имеется ли *rectocele* и насколько оно распространено и нет ли в *excavatio recto-uterina* кишечных петель, в чем нетрудно убедиться, перкутируя задний отдел выпавшей стенки влагалища.

Необходимо, далее, проверить и состояние связочного аппарата, особенно выяснить, имеются ли здесь какие-либо сращения, и возможно полнее определить степень недостаточности тазового дна и состояние краев леватора.

Следует также определить конституциональную форму или аномалию ее у больной, особенно учитывая состояние астении и общего энтероптоза, значительно отягчающего наше предсказание и имеющего большое влияние на выбор лечебных мер.

Профилактика при выпадениях матки и стенок влагалища имеет очень важное значение.

В этом отношении важную роль играет правильная постановка родовспоможения; едва ли не большее значение имеет хорошее проведение послеродового периода.

У нас в Стране советов, где женщины пользуются такими правами, как нигде в мире, где женщина пользуется послеродовым отпуском, имеются все предпосылки для того, чтобы послеродовый период был обставлен наилучшим образом и чтобы обратная послеродовая инволюция половых органов и всего организма закончилась полностью еще до возобновления женщиной своей профессиональной работы.

Нашим консультациям по охране материнства следует много поработать над тем, чтобы декретный послеродовый отпуск был использован женщиной наиболее рационально. Здесь важное значение имеет использование лечебной физкультуры. Регулирование отправления кишечника и мочевого пузыря играет при этом значительную роль.

Правильное ведение родов, несомненно, значительно сокращает число больных, страдающих выпадением.

Перворождающие, особенно в позднем возрасте, женщины должны родить по возможности самопроизвольно. Разрывы промежности и повреждения полового канала должны быть сейчас же тщательно зашиты. Мы знаем, что при самопроизвольных родах лучше всего сохраняется целостность мягких тканей родовых путей, поэтому акушерские операции должны производиться только при строжайших показаниях.

Особенно большую опасность представляют такие операции, как высокие щипцы, форсированная экстракция плода, влагалищное кесарское сечение у первородящих, обычно связанное с дальнейшим форсированным родоразрешением. Большое значение при возникновении выпадений имеют и все операции расчленения лонных костей таза, или симфизотомия.

Т е р а п и я. Большинство гинекологов держится того взгляда, что каждый диагностированный случай выпадения матки и стенок влагалища должен быть подвергнут основательному лечению. Это вытекает из того, что выпадение никогда не излечивается самопроизвольно, но, наоборот, прогрессивно нарастает, особенно при неблагоприятных условиях работы, связанной с повышением внутрибрюшного давления.

До известной степени спорным остается только вопрос о том, с какого момента мы должны приступать к местному лечению и когда достаточно, хотя бы временно, ограничиться общим укрепляющим и тонизирующим лечением всей мускулатуры тела, в частности, тазового дна.

С моей точки зрения едва ли было бы правильным у молодой женщины с невыраженным опущением передней стенки влагалища сразу же решаться на введение pessaria или даже производить ей какую-либо из многочисленных операций.

Я предпочитаю в таких случаях, приняв ряд мер, которые направлены к тому, чтобы выпадение не увеличивалось, выждать известный период времени, когда женщина закончит свою детородную функцию, и только тогда подвергнуть ее оперативному лечению. Большое значение в выборе метода и времени лечения имеют также общее состояние здоровья больной и выраженность ее жалоб.

Мы знаем, что женщины астенической конституции предъявляют нам ряд жалоб даже при самых незначительных опущениях, тогда как крепкие и здоровые женщины могут не испытывать никаких симптомов даже тогда, когда шейка начинает показываться из половой щели, а в выпавших стенках влагалища у них уже имеется *cystocele* и *rectocele*.

Естественно, что к этим двум типам мы должны применять и различный подход при выборе лечебного метода и времени начала лечения.

Как мы увидим, лечение выпадений можно разделить на два вида: лечение консервативное — рядом приборов (пессариев) и лечение оперативное.

Консервативная терапия, терапия pessariis, как метод, не излечивающий полностью болезни, а только частично устраняющий ее симптомы, конечно, должна применяться только в исключительных случаях: или когда операция невозможна по имеющимся противопоказаниям, или как временная мера.

Прежде всего необходимо отметить, что некоторые формы опущений, например, с выраженными *rectocele* (*enterocele vaginalis*), а также случаи с большими *elongatio colli* непригодны для консервативной терапии.

Из приведенного вытекает, что наиболее рациональной терапией, устраняющей не симптом, а самое страдание, необходимо признать оперативное лечение, отступая от него только при определенных противопоказаниях.

Эти противопоказания в общем могут состоять в следующем: глубокая старость, заболелания сердечно-сосудистой системы и легких, противопоказывающие наркоз, заболелания почек, наконец, боязнь операции.

Тяжелые формы выпадений, сопровождающиеся *cystocele* и *rectocele*, и у молодых женщин в случае быстрого прогрессирования должны быть подвергнуты операции без длительного периода выжидания: чем раньше будет произведена операция, тем лучшие результаты она дает.

1. Консервативное лечение выпадений производится в настоящее время в виде гинекологического массажа совместно с общими диететическими мероприятиями, имеющими целью укрепить поддерживающий и подвешивающий аппараты, и с помощью pessariis, которыми мы механическим путем стараемся предохранить матку и влагалище от выпадения.

При изложении лечения *retroversio uteri* мы уже говорили о гинекологическом массаже, который впервые был предложен майором шведской службы Туре-Брандтом (Thure-Brandt).

Если этот метод может приводить к растяжению спаек и рубцов, а в некоторых случаях даже к полному их исчезновению, возвращая подвижность матке, то при лечении выпадений массажем, когда перед нами стоит задача укрепления тазового дна и связочного аппарата, этот метод едва ли может оказаться эффективным. Я, по крайней мере, не видел от него хороших результатов, которые могли бы предотвратить оперативное лечение.

В гинекологической практике применяется еще так называемый вибрационный массаж; его значение при лечении выпадения также невелико.

Значительно больше было распространено при лечении выпадений применение pessarium.

Количество различных форм pessarium неисчислимо. В свое время почти каждый гинеколог изобретал свой pessarium, так что Нейгебауер (Neugebauer) мог описать около 400 моделей различных pessarium.

Какой бы pessarium мы ни употребляли, подбор необходимого размера всегда представляет известные трудности. Кроме того, pessarium раздражает стенки влагалища, нередко способствует появлению белей и пролежней, легко соскальзывает и выпадает, и, как об этом упоминалось неоднократно, может давать тяжелейшие повреждения вплоть до проникания его в брюшную полость.

В тех случаях, когда выпадение очень велико и введением pessarium мы не можем удержать матку на необходимой высоте, а операцию по тем или иным причинам нельзя произвести, нам остается последнее средство — применить так называемый гистерофор. Этот инструмент также имеет длинную и поучительную историю и нередко в примитивной форме конструируется самими больными. Он состоит из поддерживающего вправленную матку аппарата, который ремнями фиксируется к поясу, надежному на талию (рис. 161). Наиболее распространен пружинный гистерофор Добрынина. Уже с первого взгляда легко убедиться в его примитивности и негигиеничности.

2. Оперативное лечение выпадений. Оперативные методы, применяемые при выпадении, должны соответствовать тем анатомическим изменениям, которые наблюдаются в данном случае и у данной больной с учетом общего состояния здоровья женщины, ее конституционального типа, выраженности выпадения, формы самого выпадения и, наконец, возраста женщины.

Естественно, что полное выпадение требует одних технических методов, а небольшое — других. Оперируя астеничек, мы должны принять во внимание общую недостаточность строения их соединительной ткани, общую расслабленность мускулатуры и применять оперативные методы, которые могут давать более стойкие результаты. Само собой понятно, что при выпадении одного только участка полового канала не следует предпринимать операций, которые применимы при тотальном выпадении. В детородном возрасте мы должны принимать в расчет возможность предстоящих родов; в период же

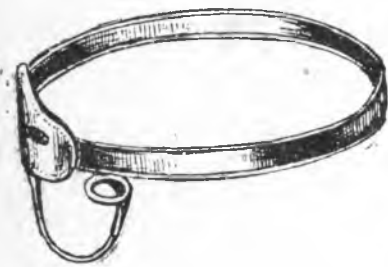


Рис. 161. Гистерофор Добрынина.

менопаузы мы менее стеснены выбором операции. Ограничивается выбор оперативного пособия, конечно, и возрастом.

При подборе оперативного вмешательства мы, однако, должны помнить, что как бы ни было незначительно выпадение, оно всегда является результатом тяжелого процесса — нарушения или, вернее, недостаточности функции мышц тазового дна. Эта общая причина и диктует нам необходимость известной общности методов операции.

Раньше опущения стенок влагалища и выпадения матки лечили операциями, имевшими цель только сузить просвет влагалища путем отсепаровки в известных направлениях на передней и задней стенках влагалища его слизистой, иссечения отсепарованных тканей и соединения швами краев раны. Эти операции, носившие название, по предложению Гегара, *colporrhaphia anterior* et *colporrhaphia posterior*, с присоединением к ним в некоторых тяжелых случаях выпадений еще ампутации шейки, конечно, не могли создать той прочности, которая необходима для замены ослабевающей функции такого мощного мышечно-фасциального аппарата, каким является тазовое дно.

С обогащением наших знаний о причинах выпадений стало понятно, почему прежние операции не могли дать нам прочных результатов и как необходимо усовершенствовать методику оперативного лечения, для того чтобы создать прочный аппарат взамен ослабевающего тазового дна.

И действительно, старая *colporrhaphia anterior*, не изменившая своего внешнего вида, значительно изменила свой характер: взамен отсепаровки только лоскута слизистой, имевшего вид длинного овала, верхушка которого начиналась немного ниже *orificium externum urethrae*, а нижний угол доходил до влагалищной части матки (рис. 162), большинство гинекологов, оставив ту же форму

окровавления, проникает глубже и отсеивает не только слизистую влагалища, но и лежащую под ней растянутую fascia vesico-vaginalis, стараясь максимально использовать ее для образования прочной подкладки, способной поддержать вынадающий пузырь (рис. 163).

Но особенно значительные изменения претерпела так называемая задняя пластика — colporrhaphia posterior. И раньше она всегда соединялась с зашиванием промежности — perineorrhaphia, в настоящее же время, производя эту операцию, мы ставим себе задачей не только восстановить тело промежности и сузить просвет влагалища, но одновременно соединить разошедшиеся края леваторов, т. е. значительно сузить просвет hiatus genitalis и этим усилить функциональную способность мышц тазового дна (рис. 164 и 165).



Рис. 162. Фигура освежения при colporrhaphia anterior.

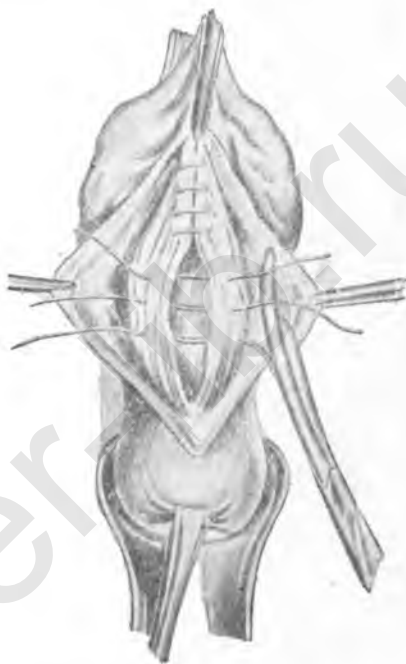


Рис. 163. Отсеивание и зашивание fascia vesico-vaginalis.

Операции, которые мы производим при выпадениях стенок влагалища, не ограничиваются только передней и задней кольпоррафиями. При elongatio colli нам нередко приходится прибегать, как к добавочной операции, к операции ампутации шейки, а при retroversio uteri — к исправлению положения матки и переводению ее в положение anteflexio-versio.

Amputatio colli uteri, конечно, должна быть произведена до того, как приступают к передней и задней пластике.

После операции по поводу выпадения следует оставлять женщину дольше обычного в кровати и выписывать не раньше третьей пятнадцатки, так как мы считаем необходимым дать время для того, чтобы рубцы окрепли.

Выписывающейся больной надо обязательно дать совет особенно беречься первые 2—3 месяца после операции: оперированная в это время не должна поднимать тяжестей, подолгу ходить или часами стоять; она должна следить за возможно частым опорожнением мочевого пузыря и бороться с запором, главным образом клизмами.

3. Выворот матки (inversio uteri)

Выворот матки является одной из редких форм патологии женской половой сферы. Чаще всего мы наблюдаем его во время родов, в последовом периоде,

когда он является следствием неправильного ведения этого периода и протекает остро, при неправильном применении способа Креде (Credé) или при сильном потягивании за пуповину.

Об этих выворотах речь идет в учебниках акушерства, а потому мы не будем здесь в дальнейшем останавливаться на них, а перейдем к изложению взглядов по поводу выворотов, которые не имеют непосредственного отношения к родам.

Вывороты непуэрперального происхождения могут носить чрезвычайно различный характер и захватывать различные участки матки.

Если вывороту подвергается только небольшой участок тела матки, мы говорим о частичном вывороте — *inversio localis*. Слабые степени такой формы выворота можно называть вдавлениями — *inpressio*.

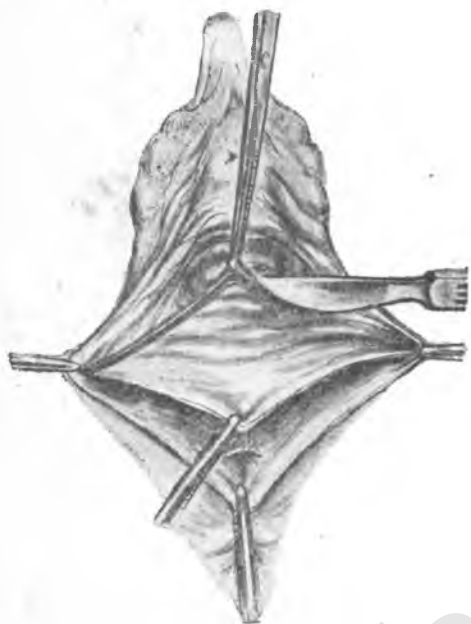


Рис. 164. Разрез при зашивании леватора.



Рис. 165. Обнажение краев *m. levator ani*.

При частичных неполных выворотах, при *inversio partialis*, можно различать *inversio intrauterina* и *inversio intravaginalis*, в зависимости от того, находится ли вывернутое дно еще в полости матки или оно уже прошло через наружный зев и опустилось во влагалище.

Полной инверсией (*inversio totalis*) мы называем комбинацию полного выворота матки с полным выпадением влагалища.

Само собой понятно, что при инверсиях, особенно полных, внутренняя поверхность матки, покрытая слизистой оболочкой, выворачивается наружу, тогда как наружная, покрытая серозной оболочкой, становится внутренней. Таким образом, при двуручном исследовании мы уже не находим тела матки, а обнаруживаем воронкообразное выпячивание, открывающееся в брюшную полость.

Трубы и яичники, следуя за выворачивающимся дном, опускаются очень низко, причем чаще яичники даже при полных выворотах не втягиваются в воронку, а опускаются только до ее краев (рис. 166).

При полных выворотах почти всегда находят ущемление вывороченных частей в области наружного зева. Это ведет к явлениям застоя и отекам в вывороченных участках матки.

На вывернутой слизистой оболочке матки обычно находят признаки пролежней, дефекты ткани и по местам выраженную метаплазию нежного мерцательного цилиндрического эпителия слизистой оболочки матки в многослойный плоский эпителий с явлениями ороговения верхних поверхностных рядов его,

Пожалуй, именно этими изменениями в покрове слизистой оболочки можно объяснить, почему при хронических инверсиях мы так редко имеем тяжелые формы инфекций.

Этиология. Как уже было сказано, чаще всего инверсия является следствием неправильно проведенного последового периода родов, чему посвящаются определенные главы в курсах акушерства. Однако инверсия может возникать и не в связи с родовым актом. Чаще всего такие гинекологические инверсии развиваются как следствие субмукозных опухолей матки, обычно располагающихся у ее дна и соединяющихся со стенкой матки тонкой ножкой. Опускаясь в просвет матки, эти опухоли втягивают стенку матки внутрь и ведут к вывороту. Такие формы инверсии можно назвать онкогенетическими инверсиями (Яшке).

Однако при отсутствии в полости матки опухолей наблюдаются инверсии и иного характера. В этих случаях можно говорить об идиопатических инверсиях.

В то время как инверсии онкогенетические находят себе простое объяснение в механических условиях, при поступающей книзу опухоли, влекущей за собой связующую со стенкой матки ножку, причины возникновения идиопатической инверсии остаются до настоящего времени невыясненными.

Несомненно, что для возникновения таких идиопатических выворотов требуется резко выраженное расслабление всех стенок матки. Это подтверждается тем обстоятельством, что эта форма выворота наблюдается обычно у старух в период менопаузы, когда стенки матки теряют свойственную им упругость (рис. 167).



Рис. 167. Схема развития выворота. По Гроссе.

При исследовании женщины с выворотом мы находим во влагалище или уже снаружи, перед *introitus*, грушевидное тело, постепенно кверху суживающееся, темного или красно-синего цвета. При старых выворотах мы находим на поверхности слизистой частичные некрозы и иной раз даже глубокие язвы. Местами поверхность вывернутой

матки становится более грубой и плотной, утрачивая вид слизистой и напоминая участки, носящие скорее характер кожи.

В некоторых случаях на вывернутой матке обнаруживаются отверстия труб, которые иной раз можно даже легко прозондировать тонким зондом. Инердка, вследствие ущемления вывернутой и выпавшей матки, она так сдавливается в области наружного зева, что наступает отек, приостановка питания выпавших частей и гангрена с последующим отторжением ущемленных тканей.

Однако в исключительно редких случаях, иной раз по прошествии недель и даже месяцев, наблюдалось самопроизвольное *reinvertio* — вправление матки.

Симптомы непуэрпальной формы выворота матки — кровотечения, боли и выделения. Нередко мы видим некрозы на вывернутой поверхности выпавшей матки, а также опухоли, растущие из выпавших частей.



Рис. 166. Выворот матки.

Кровотечения редко носят угрожающий характер, однако чаще всего именно они и являются основным моментом, заставляющим женщину обратиться к врачу. В общем симптомы выворота не носят определенного характера и очень сходны с теми, которые мы наблюдаем при целом ряде заболеваний, особенно при выпадениях половых органов.

Д и а г н о с т и к а. В каждом случае, когда мы наблюдаем подслизистую миому или полное выпадение матки, следует помнить о возможности выворота матки.

Диагноз выворота только тогда следует считать отвергнутым, если при тщательном двуручном исследовании в малом тазу отчетливо определяется присутствие тела матки.

При дифференциальной диагностике необходимо помнить о возможности смешать выворот с опускающимся из шейки полипом или с рождающейся во влагалище подслизистой миомой на ножке. Если зондировать или исследовать пальцем ножку опухоли и место ее прикрепления, то при наличии полипов зонд проникает глубоко, нередко на 8—10 см; при вывороте же он уходит не более чем на 1—2 см.

Может помочь и следующий прием: опухоли и полипы на ножке могут быть повернуты иной раз на 360° и больше, тогда как выворот поворачивается с трудом не более чем на 90°.

Точность диагностики выворота, конечно, имеет огромное значение, так как удаление рождающегося миоматозного узла, диагностированного взамен имеющегося выворота, конечно, заканчивается катастрофой, которая нередко может стоить жизни женщине.

П р о г н о з в общем должен быть признан довольно благоприятным даже при пuerперальных выворотах. Более благоприятен он при выворотах онкогенетических. В этих случаях после удаления опухоли матка обычно легко вправляется, после чего возможно даже наступление беременности.

Так как *reinversio* выпавшей матки даже в хронических случаях выворота может давать хорошие результаты, то при лечении выворота следует всегда прежде всего прибегать к консервативному методу лечения.

Однако не следует прибегать к вправлению раньше, чем мы не убедимся в отсутствии гнойных и воспалительных процессов в придатках матки и в тканях и органах, окружающих ее, так как имеется наблюдение, когда при попытках к вправлению лопнул абсцесс яичника, находившегося у воронки выворота, и случай закончился летально после развившегося перитонита.

Вправление вывернутой матки может быть произведено следующим образом: после обычной дезинфекции выпавших органов и соседних поверхностей, опорожнения мочевого пузыря и кишечника необходимо под наркозом в положении больной на спине с приподнятым тазом наружной рукой ощупать воронкообразное вдавление, а пальцами внутренней руки, раздвинув их и придав им форму бокала, захватить возможно шире выпавшую часть и, применяя известное усилие, стараться вправить выпавшую матку.

После того как пальцы, вправив часть выворота, уже приблизятся к ущемляющему вправляемые части наружному зеву, следует одновременно стараться растянуть ими кольцо зева изнутри.

Необходимо эту манипуляцию производить медленно, не торопясь, стараясь продвинуть вывернутые части в направлении оси таза. Грубым насилием мы легко можем травмировать ткани и даже произвести разрыв матки.

Вправление можно начать не с самых нижних участков выпавшей матки, а сверху, вправляя вначале те части матки, которые расположены ближе к ущемляющему их кольцу наружного зева. Ряд гинекологов предлагает для облегчения вправления делать надрезы на шейке (спереди, сзади и по бокам — Симпс). Можно воспользоваться и советом Шредера и, захватив четырьмя пулевыми щипцами края зева и растягивая их, вправлять вывернутую матку. Щипцы можно заменить четырьмя толстыми шелковыми лигатурами.

После удавшегося вправления следует, смазав с помощью зонда Плейфера слизистую матки иодной настойкой, затампонировать ее марлевым или ксеро-

формным тампоном и, как рекомендует Фелинг (Fehling), в тех случаях, когда зев очень зияет, сузить его наложением нескольких швов.

Вправление выпавших частей особенно трудно в некоторых случаях после того, как дно матки уже дойдет до маточного зева.

Если ручное вправление почему-либо не удастся, можно применить другой метод — введение кольпейринтера.

После обычной подготовки больной во влагалище вводится кольпейринтер, который наполняется 1—2 кг ртути. После этого больная укладывается в кровать с приподнятым тазом и в таком положении находится от 12 до 24 часов. По истечении этого срока кольпейринтер опорожняют и извлекают. Эту процедуру можно, соответственно полученным результатам, повторить или тотчас же, или по прошествии 2—3 дней.

Гофмейер рекомендует заменять кольпейринтер тугой тампонадой влагалища.

В тех случаях, когда консервативная терапия не приводит к положительным результатам, можно прибегнуть к различным оперативным методам, из которых наиболее распространен метод Кюстнера.

Поперечным разрезом вскрывается дугласово пространство со стороны заднего свода, что позволяет легко ввести через сделанное отверстие указательный палец в воронку выворота. После этого производится разрез, идущий от дна матки до зева, не доходя до него на 2 см. Такой разрез очень облегчает вправление матки. Вправив матку, необходимо наложить швы на разрезанные края матки и на отверстия в заднем своде.

Наконец, у старых женщин трудно вправимый выворот матки служит показанием для тотальной экстирпации матки — операции, не представляющей особых технических трудностей.

4. Грыжа матки (*hernia uteri*)

О *hernia uteri*, или *hysterocele*, мы говорим тогда, когда среди содержимого грыжевого мешка мы находим и матку. Различают *hernia uteri inguinalis*, *femoralis*, *ischiastica*, *obturatoria* и т. д.

Из этой редкой формы заболевания чаще всего встречается *hysterocele inguinalis*. Таких заболеваний до настоящего времени описано около полусотни.

Этиология этого заболевания для нас не вполне ясна. Можно думать, что матка опускается в грыжевой мешок только последовательно, будучи увлечена в него часто опускающимися сюда придатками (яичником). При *hernia uteri* наблюдали беременность. Удивительно, что при псевдогермафродитизме грыжа матки встречается чаще, чем при нормальном строении половых органов. Нередко находят при *hernia uteri* и пороки удвоения матки, особенно *uterus bicornis*.

Лечение этого страдания чисто оперативное. Необходимо освободить матку, фиксировать ее в нормальном положении и устранить грыжу.

IV. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ МАТКИ

Воспаление матки представляет до настоящего времени заболевание, далеко не ясное и трактуемое различными авторами чрезвычайно разнообразно.

Еще недавно, а некоторые авторы еще и по настоящее время в главу о воспалениях матки включали такие процессы, которые ничего общего с воспалением не имеют, ипаче — такие расстройства, которые не имеют никакой связи с инфекцией, проникающей в матку.

В общей части настоящего курса уже было изложено учение о циклических изменениях в слизистой оболочке матки и частью в ее мускульном аппарате, с несомненностью показавшее нам, что слизистая оболочка все время претерпевает ряд физиологических изменений. Эти физиологические циклические изменения в слизистой и дали повод прежним исследователям, которые не были еще знакомы с физиологическими изменениями слизистой при менструальном цикле, считать их патологией, вызванной воспалением, и говорить о различ-

ных формах эндометритов, как *endometritis interstitialis, glandularis, cystica* и пр., ничего общего с воспалением не имеющих. Когда выяснилась эта ошибка, ряд изменений в слизистой матки, раньше трактовавшихся как эндометрит, как воспаление, выпал из раздела воспалений матки, и в этой главе были оставлены только те заболевания, которые зависят от проникания в полость матки различных видов микробов.

Мы начнем изложение воспалительных процессов в слизистой оболочке и в мышечной стенке матки с описания отдельно воспалений шейки и воспаления тела матки.

Казалось бы странным излагать в отдельности воспалительные заболевания шейки и тела матки, по существу представляющих части одного и того же органа, тесно связанные друг с другом. Однако такое деление необходимо, так как эти два отдела матки, резко различаясь друг от друга и по анатомическому строению, и по физиологической функции, различно реагируют на инфекционные начала, проникающие в них.

Я не буду останавливаться на гистологической картине, резко отличающей слизистую шеечного канала от слизистой тела матки (см. Анатомическую часть). Напомню только, что и стенка матки, построенная главным образом из гладкой мускулатуры, резко отличается от шейки, состоящей преимущественно из соединительнотканых волокон и содержащей сравнительно мало способных сокращаться мышечных элементов.

Как говорилось выше, слизистая матки подвергается весьма важным циклическим изменениям. При этом ее секреторная деятельность начинается только во второй половине менструального цикла. В противоположность этому слизистая шеечного канала в циклических изменениях слизистой матки не участвует и секреторирует свой секрет непрерывно.

Необходимо, кроме того, отметить, что и по отношению к возбудителям воспаления тело матки и шейка ее реагируют очень различно. Так, воспалительный процесс в шейке очень редко проникает в ткань глубже, чем расположены ее железы, тогда как воспалительный процесс в слизистой оболочке матки обычно проникает вглубь и, как правило, захватывая мышечные слои матки, может распространяться даже на брюшину, покрывающую ее, образуя тут воспалительные экссудаты и спайки, ведущие нередко к сращениям с соседними органами.

Раньше мы уже говорили об особых свойствах влагалищного секрета, обладающего способностью уничтожать различные виды даже патогенных микробов, проникших во влагалище. Шеечный секрет, несомненно, тоже обладает бактерицидными свойствами, уничтожая в течение 12 часов полностью все виды микробов, попадающих в него.

Как мы видели раньше, слизистая пробка шеечного канала при обычных условиях остается в верхних двух третях абсолютно стерильной и является надежной защитой от проникновения из влагалища в полость матки каких бы то ни было бактериальных форм.

Это обстоятельство говорит нам, что при нормальном состоянии половой сферы инфекционные начала могут попадать в полость матки только в исключительных случаях, например, если они будут принесены сюда метастатически гематогенным путем или искусственно — при врачебных мероприятиях: при зондировании, при введении ламинарий, при расширении шейки для выскабливания и пр.

Только гонококк не следует этому общему правилу. Этот диплококк, как увидим в одной из следующих глав, может попадать в совершенно неповрежденный шеечный канал, а оттуда и в полость матки, может проникать вглубь неповрежденной слизистой и находить здесь все условия для своего дальнейшего развития.

Этим и объясняется, как мы увидим дальше, та очень важная особенность гонорреи, что, заразив влагалище, она поднимается, как правило, в шейку; укрепившись в шейке, она проникает дальше, в полость матки, давая восходящую инфекцию.

Кроме гонококка, в шеечный канал могут проникать бактерии и других видов, в том числе и стрептококк, но только в тех случаях, когда для его разви-

тия имеются специальные условия. Стрептококковый цервицит мыслим только в том случае, если в шейке имеется какая-нибудь раневая поверхность, выделяющая секрет, который может служить питательной средой для стрептококка. Эти условия чаще всего мы имеем, конечно, во время и после родов, при аборте, при лечебных манипуляциях в области шейного канала.

Бактерии, располагающиеся при подходящих условиях в шейке, дают картину воспаления, которое может носить острый или хронический характер.

1. Острый и хронический цервицит (*cervicitis acuta et chronica*)

Макроскопически воспаление переходит в шейный канал, как правило, из области наружного зева — *orificium externum*. Именно эта область чаще всего поражается впервые, и здесь процесс бывает выражен особенно интенсивно.

Картина заболевания очень напоминает картину острого уретрита у мужчин. Зев при этом окружен венчиком резко красной напряженной отечной ткани, и из него иной раз выступает темнокрасная распухшая оболочка цервикального канала. Даже слегка надавив на шейку, можно выжать из нее гнойный слизистый густой секрет, который стекает в задний свод и, скопясь здесь, может образовать целое озеро такой слизи.

Эта острая стадия воспаления слизистой шейного канала очень быстро может переходить в подострую и хроническую форму, при которой секрет постепенно из гнойно-слизистого переходит в чисто слизистый, становясь совершенно прозрачным, как стекло. Как правило, острый, подострый и хронический цервицит сопровождается образованием около *os externum* эрозии, которая и служит хорошим диагностическим показателем имеющегося цервицита.

При микроскопическом исследовании слизистой при цервиците мы находим железы слизистой оболочки в состоянии энергичной секреции. В секрете обычно определяют большое количество лейкоцитов, которые скопляются и в соединительнотканной основе слизистой, несущей в себе сильно расширенные и переполненные кровью сосуды.

Местами можно видеть разрыв стенок сосудов, что ведет к образованию мелких, иной раз многочисленных экстравазатов в ткань слизистой оболочки.

Особенно интересный макроскопический процесс мы можем наблюдать при образовании и заживлении уже упомянутой нами эрозии.

Эрозия представляет собой интенсивно красный, легко кровоточащий участок слизистой на влагалищной части матки, располагающийся чаще всего вокруг наружного зева, который очень хорошо отграничен от более бледной, блестящей здоровой поверхности влагалищной части.

Раньше происхождение такой эрозии объясняли тем, что выделяющийся из шейки в ненормально большом количестве секрет мадеритует в данном месте поверхностный эпителий, что ведет к его слущиванию, вследствие чего это образование и названо *erosio* (истинная эрозия).

Такие истинные эрозии наблюдаются на влагалищной части матки очень редко, в громадном же большинстве случаев здесь имеется не дефект покровного эпителия, а совершенно иной процесс.

При микроскопическом исследовании кусочков ткани, добытых из таких эрозий, чаще всего вместо отсутствующего многослойного плоского эпителия, который обычно покрывает этот участок, мы встречаем не дефект эпителия, а, наоборот, некоторый избыток ткани, так как плоский эпителий заменяется правильно расположенным высоким цилиндрическим эпителием с базально лежащими в нем ядрами. Эпителий этот располагается не только по поверхности влагалищной части матки, но иной раз проникает и вглубь ткани, образуя железистоподобные выпячивания.

Эта микроскопическая картина говорит нам, что здесь дело идет не об истинной эрозии, а о *pseudoerosio*, которую принято еще называть *erosio simplex* (рис. 168 и 169).

До сих пор нельзя считать решенным вопрос, откуда происходит этот цилиндрический эпителий: является ли он результатом процесса метоплазии плоских клеток многослойного эпителия, покрывающих нормально поверхность влагалищной части матки, или он происходит из слизистой шеечного канала, которая по мере сдвигания плоского эпителия медленно, шаг за шагом, закрывает образующийся дефект [Ruge, Фейт (Ruge, Veit)].

Глубже расположенные ткани с их богатой системой кровеносных сосудов, конечно, просвечивают через тонкий слой цилиндрического эпителия лучше, чем через толстый многослойный плоский эпителий, чем и объясняется интенсивно красный цвет эрозии.

В тех случаях, когда нарастающий эпителий не только остается на поверхности, но и внедряется в виде клеточных скоплений или железистых образований вглубь ткани, строма слизистой может образовать между группами врастающего эпителия папилляроподобные участки, и вся эрозия приобретает не-

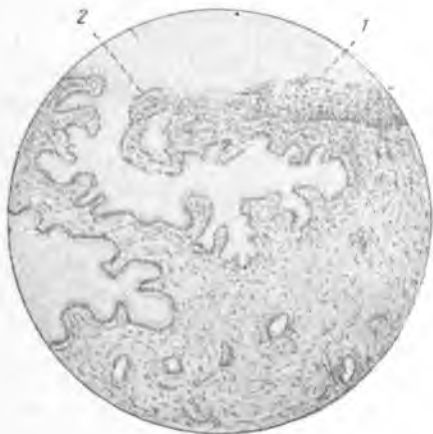


Рис. 168. Граница между portio и cervix. По Ламу.

С одной стороны (1) многослойный плоский эпителий, с другой (2) — со стороны шейки, цилиндрический эпителий, образующий железы.



Рис. 169. Образование эрозии. Сдвигнутый плоский эпителий; врастание цилиндрического эпителия с образованием желез. По Ламу.

ровную, а слегка бугристую поверхность. В таких случаях говорят о *pseudoeosio papillaris*.

Таким образом, папиллярные разрастания образуются не из обычных подэпителиальных сосочков нормальной ткани, а являются результатом разрастания и внедрения вглубь эпителиальных масс (Руге, Фейт).

Это, повидимому, и дает повод Ламу рассматривать процесс образования папиллярной эрозии как процесс характера гиперплазии, который, развиваясь на почве воспаления, становится уже близким к настоящим опухолям — новообразованиям.

Нежные папиллярные образования распространяются не только на поверхности влагалищной части матки, но внедряются и вглубь, в просвет желез, и обычно бывают покрыты хорошо развитым цилиндрическим эпителием. Нежная ткань ворсинок легко разрушается, а потому папиллярные эрозии обычно легко кровоточат.

Несколько иначе образуется так называемая *erosio follicularis*. Врастающие железистые ходы в области образования эрозии могут закрываться или вследствие перегиба выходного канала железы, или вследствие нарастания по поверхности эрозии плоского эпителия. В этих случаях в просвете железы скопляется слизь, секрет деятельности ее эпителия, и железа превращается в небольшую, величиной от просяного зерна до горошины и больше, ретенционную кисту, располагающуюся на поверхности влагалищной части матки.

Нередко эти кисты, называемые *ovula Nabothi*, распространяются по всему каналу шейки. На месте эрозии они могут внедряться глубоко в ткань

шейки и приводить к утолщению и значительному увеличению всей шейки. В таких случаях мы имеем перед собой так называемую фолликулярную гипертрофию шейки (рис. 170).

В некоторых случаях воспаления слизистой оболочки цервикального канала слизистая эта под влиянием воспалительного процесса гипертрофируется, что может повести к утолщению отдельных складок и послужить источником образования слизистых полипов (*polypus cervicis*). Они могут быть одиночными и множественными, достигая иной раз значительной величины. Опускаясь из *os externum*, они соединяются со слизистой шеечного канала длинной тонкой ножкой, а их утолщающиеся книзу части иногда содержат кистовидные полости с характерной для шейки слизью. Поверхность полипа, как и внутренняя поверхность заключенных в нем железистых образований и кист, покрыта типичным для шейки цилиндрическим эпителием.

На влагалищной части матки в некоторых случаях можно наблюдать так называемый *ectropion*, вернее, *pseudoectropion*, образующийся вследствие разрывов шейки при родах. Чаще всего двусторонние боковые разрывы шейки ведут к повреждению циркулярных мышечных волокон, замыкающих *os externum*. После этого разрыва продольная мускулатура шейки сокращается, и передняя и задняя губы шейки расходятся. Вследствие этого слизистая шейки обнажается и становится легко доступной для ряда раздражений со стороны влагалища, а также для проникновения в шеечный канал инфекции.

В результате такого процесса на обнаженной поверхности может образоваться эрозия, нередко выделяющая повышенное количество секрета и легко кровоточащая.

Истинный *ectropion* в противоположность ложному мы можем наблюдать на неповрежденной родами *portio*, а также очень часто в детском возрасте как явление врожденное. В этих случаях слизистая оболочка шеечного канала выступает за наружный зев и замещает в окружности

os externum cervicis плоский эпителий, причем в области такого истинного эктропиона (*erosio congenita*, resp. *ectropion congenitum*) на *portio* нередко можно даже видеть складки слизистой, напоминающие *arbor vitae* шеечного канала.

Несомненно, что патологическое значение эктропиона было очень преувеличено, когда со времен Эммета (Emmet) его начали считать основной причиной целого ряда заболеваний шейки и тела матки и считали необходимым во всех случаях устранять эктропион предложенной Эмметом операцией.

Недавно Гинзельман описал особые изменения на поверхности влагалищной части матки, названные им *leucoplakia*. Изменение это захватывает только эпителиальный покров влагалищной части матки и состоит в наклонности плоских эпителиальных клеток к ороговению. Участки, захваченные этим процессом, представляют беловатый налет различной неправильной формы, который мы видим даже невооруженным глазом на влагалищной части. Пытаясь стереть такой налет, мы убеждаемся, что он не отделяется от подлежащей ткани и сохраняет свою беловатую окраску. Особенно хорошо виден он при помощи прибора, кольпоскопа, предложенного Гинзельманом.

Кольпоскоп представляет бинокулярную лупу, укрепленную на специальном штативе и дающую увеличение от 10 до 30 раз.

Прибор этот, по инициативе Окинчица, был сконструирован и у нас заводом



Рис. 170. Фолликулярная гипертрофия шейки.

оптических инструментов. Хотя он, как это видно из рис. 85, и представляет собой монокулярный прибор, однако дает не худшие результаты, чем заграничные приборы (Лейтца, Цейсса и т. д.).

Гипзельман утверждает, что leucorrakia — это стадия, предшествующая раку, но говорит, что время перехода ее в раковую опухоль не может быть определено, так как этот переход может совершаться и через несколько месяцев, и через несколько лет.

Leucorrakia можно распознавать и невооруженным глазом. Она действительно очень стойка. Я наблюдал ряд больных с leucorrakia уже более трех лет, причем не мог отметить никаких изменений ни в ее распространении, ни в ее форме.

Симптомы всех перечисленных форм воспаления шейки обычно незначительны. Даже при остром воспалении мы нередко не слышим от больной каких-либо жалоб на боли, повышение температуры или на ухудшение общего состояния. Только в некоторых случаях больные жалуются на чувство тяжести внизу живота, на боли в крестце и пояснице, а иной раз — особенно первые женщины — на расстройства кишечника, боли подложечкой, головные боли и сердцебиение.

Основными симптомами являются все же повышенная секреция и густые, слизистые, тянущиеся выделения. Так как выделения эти очень густы, они нередко скопляются, особенно при лежащем положении женщины, в большом количестве во влагалище, в заднем своде и затем объемистой массой сразу выделяются наружу.

Со стороны соседних органов — мочевого пузыря и прямой кишки — обычно никаких симптомов не наблюдается. Только при очень больших фолликулярных гипертрофиях шейки могут появиться расстройства мочеиспускания и боли при дефекации.

Обращает на себя внимание то, что женщины с различными формами заболеваний шейки обычно не страдают бесплодием (sterilitas).

Этот несомненный факт находит себе объяснение в особых свойствах секрета цервикального канала. Мы знаем, что слизь шеечного канала, обладая щелочной реакцией, не только не понижает жизнедеятельности сперматозоидов, но, наоборот, повышает активность их движений, а потому гиперсекреция слизи не ведет к стерильности. Стерильность может сопутствовать различным формам воспаления шейки только постольку, поскольку это воспаление нередко сопровождается и патологией слизистой полости матки.

Диагноз заболевания шейки воспалительного характера устанавливается довольно легко уже по характеру шеечных выделений.

Облажив шейку зеркалами, мы уже по слизисто-тягучим шеечным выделениям говорим о происхождении этих выделений из слизистой шеечного канала: они совершенно не похожи на выделения влагалищного происхождения, которые обычно бывают жидкими, имеют вид сливок и иной раз несколько желтоватый оттенок. Не похожи шеечные выделения и на выделения из полости матки, которые также бывают жидкими и иной раз содержат примесь крови.

Более детально место происхождения выделений мы можем определить, введя пробный тампон Шультце, речь о котором уже была выше.

Присутствие эрозии удается определить иной раз даже при двуручном исследовании. Введением же зеркал эрозия определяется во всех деталях: величина, форма, характер, присутствие ovula Nabothii, кровоточивость. При обычном дотрагивании эрозия может слегка кровоточить, но кусочки ткани от нее не отделяются. В противоположность этому при раке не только легко кровоточит поверхность язвы, но и сама ткань язвы легко разрушается.

Гипертрофия шейки и зияющий эктропион определяются как при ошупывании, так, конечно, и при исследовании зеркалами.

Так как длинные, торчащие из зева полипы мягки, то они могут не прощупываться при двуручном исследовании, но легко определяются с помощью зеркал.

У многорожавших женщин, захватив пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы, мы можем приоткрыть зев и нередко определить состояние слизистой

цервикального канала, особенно в самом нижнем его отделе. При этом можно легко обнаружить зияние зева, набухлость и гипертрофию слизистой шеечного канала. Пользуясь зондом, мы иногда сможем определить состоящие слизистой шеечного канала и присутствие в нем полипов.

Правильно определить характер эрозии не всегда легко. Об этом свидетельствует, например, случай, описанный Бауммом и Мартиасом. Эти авторы определили у одной больной рак шейки; при микроскопическом исследовании этот «рак» оказался туберкулезом, а при еще более тщательном диагнозе (не только путем определения присутствия спирохет, но и в результате противосифилитического лечения) пришлось прийти к заключению, что дело идет о сифилитической язве. Этот случай и много подобных указывают на необходимость при малейшем сомнении в характере эрозии немедленно иссечь кусок ткани и подвергнуть его микроскопическому исследованию (об этом см. ниже), так как от решения этого важного вопроса зависит нередко жизнь больной.

Прогноз воспалительных процессов в шейке матки *quo ad vitam* благоприятен. Однако мы никогда не можем сказать, как быстро наступит излечение, так как нередко эрозии с трудом поддаются лечению, и проходят месяцы, пока мы сможем избавить женщину от беспокоящих ее и непрестанно выделяющихся белей.

Каждую женщину с упорной не поддающейся лечению эрозией следует рассматривать как тяжелую больную, так как мы знаем, что именно такие упорные язвы нередко переходят впоследствии в раковые.

Каждый гинеколог должен поставить себе за правило непременно исследовать зеркалами всех своих больных для того, чтобы не пропустить эрозию и, определив ее, добиться ее излечения.

В тех случаях, когда эрозия не поддается лечению, врач обязан направить больную в гинекологическое учреждение для более радикальной терапии.

Лечение. Острый цервицит мы встречаем сравнительно редко, так как больная редко является своевременно, да и протекает он обычно быстро; лечится, как и все острые процессы, покоем и применением самых простых дезинфицирующих спринцеваний. При острых и подострых случаях я предпочитаю назначать тепловатые спринцевания преимущественно в виде раствора соды (1 столовая ложка на 1 л воды).

Содовые растворы устранивают слизь и способствуют ее выделению. Это необходимо потому, что шеечная тягучая слизь только с трудом, даже при механическом ее удалении, отходит от подлежащей ткани и, прилипнув к ней, только раздражает воспаленные участки.

Хронические цервициты обычно сопровождаются большим количеством слизистых выделений. К этим слизистым выделениям шеечного канала, почти как правило, присоединяются и жидкие выделения влагалищного происхождения, а нередко, если воспалительный процесс перешел уже и на слизистую матки, и выделения маточные.

При лечении хронических цервицитов широко применяются физические методы. В этих случаях пользуются введением различных лекарственных ионов с помощью гальванического тока (ионтофорез). Хорошие результаты дает ионтофорез с иодистым калием, хлористым кальцием, ихтиолом, цинком. Ионтофорезу с цинком Ягунов, помимо терапевтического значения, приписывает проводящую роль при скрытой гоноррее.

Лечение цервицитов дватермией (шеечные электроды) дает хорошие результаты. Показано лечение цервицитов и световыми процедурами (ультразвонне).

С большим успехом применяется лечение грязями; особенно хорошие результаты дает комбинация вагинальных грязевых тампонов с аппликацией грязей на низ живота.

Беляева и Малева (клиника Брауде) на основании ряда биопсий, имевших целью изучить влияние прижиганий эрозий и слизистой оболочки шейки, пришли к выводу, что хронический эндоцервицит и эрозию следует рассматривать как частное проявление глубокого воспаления всей шейки, а может быть, и матки,

почему лечение хронических эндоцервицитов и эрозий должно быть направлено не только на слизистую оболочку, но и на все ткани шейки и самой матки в целом.

Эти исследования клиники Брауде еще раз наглядно свидетельствуют о том, что борьбу с выделениями цервикального происхождения следует проводить совместно с борьбой и против влагалищных и маточных белей.

Поскольку, как мы видели в одной из предыдущих глав, бели и гиперсекреция слизистых оболочек полового канала в значительной степени зависят и от конституциональных условий, и от условий питания, и от состояния нервной системы, мы, приступая к лечению белей, всегда должны принимать во внимание все эти условия.

Это необходимо потому, что борьба с белями нередко весьма затруднительна, и одна местная терапия, упорно проводимая годами, не дает нам подчас никакого эффекта.

Если мы убеждаемся в том, что бели у больной связаны с конституциональными или нервно-психическими условиями и что наше местное лечение не дает надлежащего эффекта, мы должны принять меры к улучшению общего состояния здоровья больной и устранению тех неблагоприятных условий, которые особенно отражаются на ее нервно-психическом состоянии.

В этих случаях применение различных гидротерапевтических приемов, климатическое и санаторное лечение в некоторых случаях дают положительные результаты. Женщина, страдавшая годами истощающими и раздражающими белями, если ее удалить из обычных для нее условий жизни, например, поместив в санаторий, иной раз сразу же чувствует облегчение, и бели, беспокоившие больную годами, нередко бесследно исчезают.

Полипы шейки, конечно, должны быть удалены. Операцию удаления полипа можно производить при условии соблюдения правил асептики даже на амбулаторном приеме, захватив полип корнцангом и открутив его ножку от слизистой шейки.

Однако лучше эту операцию делать в стационаре, особенно у женщин более пожилого возраста, близких к климактерию. Здесь, во избежание рецидивов и в целях профилактики рака шейки, лучше всего положить больную в стационар и основательно острой ложечкой выскоблить слизистую шеечного канала.

Особое внимание надо обращать на лечение эрозий. Даже незначительные эрозии, если только дело идет о воспалительном процессе, а не о врожденном вывороте слизистой шеечного канала наружу, иной раз наблюдающемся даже у девиц и маленьких девочек, должны подвергаться лечению.

Однако эта терапия не должна сводиться только к прижиганию эрозии различными прижигающими веществами или даже накалием или термокаутером. Наоборот, такие прижигания, повторяемые много раз, могут только ухудшать болезненное состояние. Нередко можно видеть, как эрозия после ряда прижиганий расширяется и глубже проникает в ткань шейки.

При эрозии фолликулярной с большим количеством хорошо заметных ovula Nabothii лучше всего опорожнить скарификатором ovula, конечно, строго соблюдая условия асептики. Кровоточащие после укола участки следует прижать стерильным тампоном, после чего кровотечение быстро останавливается. Я обычно предпосылаю такой скарификации смазывание влагалищной части матки йодной настойкой, а после остановки кровоотделения ставлю танин-глицериновый (sol. Tannini in Glycerino 5%) ватный тампон. Если за один сеанс не удастся проколоть всех ovula, следует повторить эту процедуру несколько раз.

После такого лечения больные чувствуют себя хорошо уже на следующий день. Тяжесть внизу живота исчезает, бели прекращаются, шейка значительно уменьшается.

Только в некоторых случаях, главным образом папиллярной эрозии, имеющей нечистый вид и легко кровоточащей, можно прибегнуть к прижиганию t-rae Jodi, Argent. nitric. in substantia или в 20% растворе. Предлагают производить прижигание и 20—50% раствором Zinci chlorati.

Для прижигания лучше всего взять пинцетом комочек марли, намочить его в прижигающем растворе и прижать к эрозии. Однако эти манипуляции ни в коем случае не следует повторять чаще одного раза в 10—15 дней.

Раньше было очень распространено лечение так называемыми ванночками для шейки матки. Эта терапия, которая в некоторых случаях, несомненно, дает хорошие результаты, состоит в следующем.

Вводят во влагалище цилиндрическое стеклянное зеркало (Фергюссона) и устанавливают в нем влагалищную часть матки. Обтерев затем ее комочками стерильной марли или ваты, мы вливаем в зеркало дезинфицирующий раствор, пользуясь средними его концентрациями, например, 10 : 1 000 *Argentii nitrici*. Длительность такой ванночки должна быть не более 3—5 минут. Во всех этих случаях при лечении применяются спринцевания растворами какого-либо дезинфицирующего средства. При большом количестве белей спринцевание назначается по 2 раза в день — утром и вечером. При уменьшении количества белей его назначают раз: утром или вечером, или даже через день.

Не следует приучать женщину к спринцеваниям в тех случаях, когда они излишни, просто из одних гигиенических побуждений.

Пригодные для спринцевания медикаменты, предложенные в качестве дезинфицирующих средств, положительно неисчислимы. Однако следует помнить, что именно при густых, слизистых, плохо отделяющихся выделениях шеечного канала мы должны прежде всего удалить из влагалища слизь, которая заслоняет слизистую и мешает воздействию на нее дезинфицирующего вещества. Поэтому, назначая при шеечных выделениях спринцевание, мы всегда предлагаем ему спринцевание раствором соды, и только после этой первой кружки рекомендуем делать вторую, содержащую уже дезинфицирующий раствор.

В качестве дезинфицирующих средств можно применять, например, *Acidum lacticum* (1 чайная ложка на 1 л), *Acidum boricum* (1 столовая ложка на кружку), *Acetum pyrolignosum* (1 столовая ложка на кружку), *Lisoform* (1 чайная ложка на кружку), *Acidum tannicum* (1 чайная ложка на кружку), *Kalium hypermanganicum* (несколько кристаллов до выраженной фиолетовой окраски раствора), *Zincum chloratum* и *Aqua destill.* aa 50,0 по 1 чайной ложке на литровую кружку и многие другие.

Следует научить женщину методике спринцевания и способу ухода за кружкой и наконечником. Следует указать больной на то, что недопустимо спринцеваться грязным наконечником из грязной кружки, которая висит открытой и пыльной где-нибудь в ванной или клозете.

Кружка должна быть тщательно обмыта, резиновая трубка и наконечник прокипячены и завернуты в чистое, свежешроглаженное полотенце, где они и сохраняются до употребления.

Не следует спринцеваться струей большого давления. Кружка должна висеть не выше 1 м над местом сидения или над кроватью.

Я обыкновенно рекомендую пользоваться для спринцевания стеклянным влагалищным наконечником, предложенным Лебедевым, который отличается от непригодного для влагалищных спринцеваний клизменного наконечника своей длиной. Наконечник этот представляет собой простую стеклянную трубочку в 20—22 см длиной, имеющую одно отверстие на конце. Едва ли имеют преимущества наконечники с рядом мелких отверстий взамен одного большого.

Влагалищный наконечник для спринцевания должен быть прибором массового употребления, а потому его простота и дешевизна имеют большое значение.

В последние годы взамен спринцеваний начали применять так называемое сухое лечение, вводя во влагалище различные нейтральные порошки, поглощающие жидкость, прибавляя к ним различные лечебные вещества. Можно, например, с помощью пультверизатора ввести во влагалище *bolus alba*, прибавив к этому порошку ихтиола, йода, ксероформа, борной кислоты, сернокислого цинка и др.

Такие вдувания может производить и сама больная, пользуясь специально приспособленными для этой цели приборами (прибор Нассауера).

Очень распространено лечение тампонами. Я считаю, что оно дает наилучшие результаты, если тампон вводится систематично и с соблюдением надлежащих правил.

Лечебный тампон, состоящий из куска не очень плотно свернутой ваты, перевязанный прочной ниткой, смачивается в растворе ихтиола или таннина в глицерине (sol. Ichthyoli in Glycerino 5% или sol. Tannini in Glycerino 5%), после обнажения шейки зеркалами вводится во влагалище и оставляется в нем на 12—18 часов. По прошествии этого срока сама больная, потягивая за нитку, извлекает тампон и делает обычное спринцевание.

Очень удобно взамен тампона пользоваться марлевым бинтом. Отрезав 1—1½ м бинта, мы верхнюю его половину смачиваем в том же растворе и целиком вводим во влагалище. Нижняя часть такого бинта, остающаяся сухой, тампонируя нижний отдел влагалища, препятствует истечению из него лекарственного вещества, которое может портить белье.

Наконец, в число способов консервативного лечения цервицитов входит и смазывание шеечного канала различными прижигающими и дезинфицирующими веществами.

Удобнее всего производить эту манипуляцию с помощью зонда Плейфера (рис. 171). Этот зонд отличается от обычного маточного зонда только тем, что на конце его нанесен ряд зарубок. На этот конец зонда легко можно намотать тонкий слой ваты так, чтобы вата плотно держалась на нем, смочить этот конец каким-либо прижигающим веществом и, обжавив шейку и фиксируя ее пинцетом, провести зонд до внутреннего зева. Обыкновенно вводят зонд не один, а два или три раза один за другим: первый очищает слизистую шеечного канала, а второй только прижигает ее.

Не следует пользоваться зондом при гонорройном цервиците, при обострениях воспалительного процесса. При пользовании зондом не рекомендуется проводить его выше внутреннего зева, так как это может способствовать заражению полости матки. Вообще манипуляции с зондом нельзя считать полностью безопасными, и их не следует делать чаще чем через 7—8 дней.

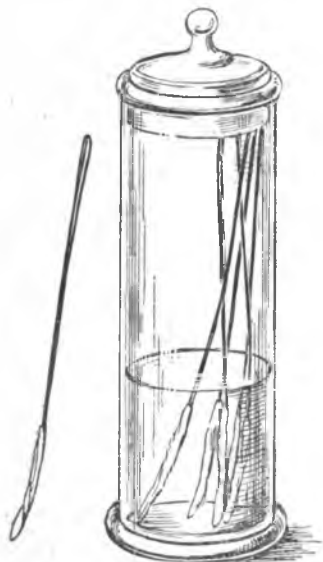


Рис. 171. Зонды Плейфера в сосуде с формалином, готовые к употреблению.

После смазывания шеечного канала нередко воспаление обостряется и количество выделений в первый день после смазывания увеличивается, но зато в последующие дни наступает значительное улучшение.

Я охотно пользуюсь для смазывания t-rae Jodi. Можно применять 50% раствор формалина, 10—25% раствор Argentii nitrici и др.

В случаях тяжелых эрозий, не поддающихся консервативному лечению и имеющих склонность прогрессировать, приходится прибегать и к оперативному лечению их.

Рабинович с успехом применял в таких случаях циркулярный разрез по границе вокруг эрозии. После этого эрозия в некоторых случаях начинала быстро эпителизироваться.

Один из старых способов лечения эрозии при эктропионе влагалищной части матки — это зашивание разрывов на шейке — операция, которая прежде, по предложению Эммета, делалась в каждом случае эктропиона. В настоящее время она применяется значительно реже и состоит в иссечении рубца на месте разрыва шейки и в наложении на шейку ряда швов. В последнее время в ряде клиник в случаях тяжелых эрозий применяется диатермокоагуляция.

Очень хорошие результаты мы получили при распространенных эрозиях, сопровождавшихся гипертрофией шейки, от операции Штурмдорфа (Sturmdorf). При ней делают циркулярный разрез вокруг шейки, немного отступая от края язвы, причем разрез углубляется настолько, чтобы можно было иссечь из шейки конусообразный кусок ткани шейки, верхушкой конуса обращенный вглубь шеечного канала, почти к внутреннему зеву. Это очень легко удается, если область внутреннего зева, которая должна быть иссечена, захватить крепкими кохерами и тянуть ее сильно книзу, все более углуб-

ля разрез по направлению к внутреннему зеву. После иссечения массивного конуса шеечной ткани остается наложить швы.

Эта операция с успехом может заменить нам старую ампутацию шейки, речь о которой уже была раньше и которая в старые годы нередко применялась и при фолликулярной гипертрофии этого органа.

2. Воспалительные процессы слизистой оболочки и стенки матки (metro-endometritis)

В последние годы учение о метро-эндометрите претерпело значительные изменения и особенно после того, как работами Гичмапа и Адлера, и особенно Шредера и Мейера, были выяснены изменения в строении эндометрия в зависимости от фаз менструального цикла.

Исследования Панкова, Шикеле (Schikele) и Кёллера с особой убедительностью доказали, что те изменения в слизистой, которые, согласно учению Фейта и особенно Руге, большинство клиницистов принимало за различные формы воспалительного процесса в эндометрии, ничего общего с воспалением не имеют, а являются, как уже было указано, или отдельными фазами н о р м а л ь н о г о менструального цикла, или следствием расстройств циклических процессов в слизистой матки — расстройств, которые зависят от дисфункции внутрисекреторной деятельности яичника и других органов внутренней секреции.

Однако это, несомненно, ценное учение привело некоторых к противоположной крайности. Стали утверждать, что вообще слизистая оболочка матки, ввиду обычной стерильности ее полости, не подвергается воспалительным процессам, что вся патология в эндометрии является следствием гормональных расстройств, что если мы и наблюдаем острое воспаление слизистой матки в пурперальном периоде, то хронических гинекологических эндометритов совершенно не существует.

Так, например, Адлер в своей обширной статье приводит следующие соображения, говорящие, по его мнению, против возможности существования воспаления слизистой оболочки тела матки.

Полость матки, говорит он, полностью защищена от попадания в нее инфекции прежде всего вследствие бактерицидности влагалищного секрета, кроме того, слизистая пробка шеечного канала также обладает способностью убивать бактерии, а главное — непрерывное отторжение большей части слизистой, происходящее при каждой менструации, по его мнению, также очищает ткани эндометрия от инфекционных начал.

Однако правильна ли такая точка зрения? Нет никакого сомнения в том, что здоровая слизистая оболочка полости матки менее доступна к проникновению инфекции, чем другие органы; однако, даже помимо многочисленных способов внесения инфекции в полость матки при наших лечебных вмешательствах (зондирование, выскабливание), инфекция может проникнуть в нее и вне зависимости от наших вмешательств.

Так, например, в период менструации, когда шейка приоткрыта и в ней застревают сгустки крови или обрывки отторгнутой слизистой, разве не создается благоприятных условий для сравнительно легкого перехода микробов из полости влагалища в полость матки, особенно если в это время произойдет coitus или женщина прибегнет к спринцеванию, при котором струей раствора микробы легко могут быть занесены в полость матки?

Уже целый ряд исследователей доказал теснейшую связь эндометрия с мышечной стенкой матки. Лам утверждает, что именно базальный, не отторгающийся при менструации слой эндометрия, лежащий непосредственно на мышечном слое матки, является местом скопления инфекционных начал.

Хотя при менструации отторгается весь функциональный слой слизистой вместе с бактериями, находящимися в нем, все-таки при регенерации слизистой находящаяся в базальном слое инфекция проникает в нарастающие из нее же новые слои слизистой, и эндометрит возобновляется (Лам).

Нам кажется совершенно непонятным, почему считают возможным отрицать,

что слизистая оболочка полости матки может подвергнуться воспалительному процессу, который приходится наблюдать положительно во всех тканях организма.

Полностью присоединяясь к новому учению, согласно которому из ряда процессов, трактованных раньше как процессы воспалительного происхождения, должен быть исключен целый ряд заболеваний эндометрия, как, например, *endometritis glandularis*, *endometritis interstitialis* и др., мы все-таки признаем существование не только пuerперального острого воспаления матки и ее слизистой, но и так называемого гинекологического хронического воспаления слизистой, называемого *endometritis gynaecologica*, или *endometritis catarrhalis*.

Вместе с тем, выделяя чисто воспалительные процессы в эндометрии под названием *endometritis*, мы в следующей главе опишем совершенно самостоятельную группу заболеваний, которая не может быть отнесена к процессам воспалительного характера, а должна быть рассмотрена совершенно самостоятельно вне зависимости от воспаления под названием **расстройств слизистой оболочки тела матки функционального характера**.

Строго различая эти две формы патологии эндометрия, мы, однако, здесь же должны отметить, что клинически различить их не всегда удастся.

Если, теоретически рассуждая, главным симптомом воспаления слизистой матки — эндометрита — должны являться гнойные выделения, то главным симптомом функциональных расстройств в эндометрии необходимо признать расстройства менструации — кровотечения.

Следует отметить, что нередко эти различия могут легко сглаживаться, так как хронический эндометрит, который, как мы увидим ниже, всегда сопровождается метритом, явлениями застоя в матке, перерождением ее мышечных элементов и потерей ими способности к сокращению, а следовательно, способности к остановке кровотечения, может также давать расстройства менструации. Клинические наблюдения дают указания, что заболевания слизистой функционального характера, осложняясь воспалением, могут приводить к гнойным белям.

Перехожу теперь к описанию отдельных форм эндометритов, поскольку их удалось выделить в чистые формы воспалительных заболеваний.

Острый эндометрит (*endometritis acuta*) чаще всего наблюдается в послеродовом периоде, однако он может развиваться и как следствие аборта, а также после ряда манипуляций, предпринимаемых с лечебной целью.

Так, например, зондирование полости матки, смазывания ее или шеечного канала, удаление из шейки слизистой пробки, введение палочек ламинарии, пертубация, тампонада матки, внутриматочные пессарии, выскабливание слизистой, удаление полипов и подслизистых миоматозных узлов и многие другие вмешательства — все это может повести к острому воспалению матки.

Для гонококка даже не требуется какого-либо из перечисленных вмешательств, так как он, благодаря своей способности внедряться и в неповрежденные ткани, может из шеечного канала проникнуть в полость матки и здесь явиться причиной острого воспаления эндометрия.

Не только перечисленные нами внутриматочные манипуляции могут повести к эндометриту. Наблюдаются эндометриты после некоторых простудных форм заболеваний, как грипп, ангина и пр.

К эндометриту могут быть отнесены только такие процессы, которые сопровождаются кардинальными симптомами воспаления, как клеточная дегенерация и клеточная инфильтрация, и клиническим симптомом — гнойными выделениями.

Из микробов, вызывающих эндометрит, следует прежде всего указать на септические бактерии — стрептококк и стафилококк. Острый эндометрит может быть вызван гонококком и туберкулезной палочкой. Очень редко наблюдаются эндометриты дифтеритический, сифилитический и других микробных форм.

При септическом, гонорройном и других формах эндометрита инфекционные начала проникают с поверхности вглубь слизистой и даже в мускулатуру матки. Поверхностные слои эндометрия подвергаются некрозу и распадаются, а на

границе распада и здоровой еще ткани скопляется громадное количество лейкоцитов, образующих здесь так называемый пограничный вал. Другими словами, мы имеем ту же картину, которая наблюдается и при нормальном течении послеродового процесса.

Однако этот защитный вал, создаваемый организмом для того, чтобы воспрепятствовать дальнейшему проникновению инфекции в него, может и в этих случаях не выполнять местами своей роли, что бывает нередко; именно при воспалениях слизистой полости матки инфекция проникает вглубь ткани, в мускулатуру матки, где ее находят в промежутках между мышечными пластами, о чем говорят расположенные в этих областях лимфатические щели, растянутые и заполненные гнойными тельцами. Иногда при этом в стенках матки даже образуются абсцессы.

Инфекция может также распространяться из слизистой по кровеносным путям, точно так же как и при пuerперальных заболеваниях, и приводить к общим процессам, как пиемия и бактериемия.

Клинические симптомы острого септического метро-эндометрита прежде всего состоят в обильных гнойных выделениях и в повышении температуры. При исследовании находят матку резко болезненной, причем нередко больная жалуются на общую разбитость и боли, отдающие в крестец и в паховые области.

Профилактика острого метро-эндометрита, конечно, состоит в строжайшем соблюдении правил асептики при всех наших внутриматочных манипуляциях. Особенно важно избегать зондирования полости матки и шеечного канала. Необходимо помнить, что во всех случаях, когда мы подозреваем гонококковую инфекцию, зондирование является особенно опасным, и в этих случаях его не следует применять.

Лечение острого метро-эндометрита. Больной прежде всего назначается полнейший постельный режим, так как несоблюдение его грозит переходом заболевания на соседние органы, особенно на трубы, яичники и брюшину.

Пока температура повышена, мы назначаем лед на живот, а когда температура спадет, переходим на лечение теплом, особенно охотно назначая согревающие компрессы.

В острых случаях в последнее время применяются физические методы лечения в виде рефлекторно-сегментарной терапии (кварцевые «трусикки», гальванические воротники с различными лекарственными растворами, диатермия шейных симпатических узлов и др.).

У нас рефлекторно-сегментарная терапия получила широкое распространение благодаря работам школы Щербака, проверенная клиницистами-гинекологами (Георгиевская, Гиллерсон, Прейсман и др.).

В течение острого периода противопоказаны все внутриматочные манипуляции, как смазывание слизистой матки, тампонада ее, выскабливание или промывание полости матки дезинфицирующими растворами, так как все эти манипуляции, даже простое низведение матки, могут легко повести к тому, что гнойное содержимое из матки проникнет в трубы и вызовет тяжелое острое воспаление труб или даже достигнет брюшной полости и приведет к последующему развитию тяжелого перитонита.

Особенно опасно прибегать в таких случаях к выскабливанию, так как кюреткой мы разрушаем грануляционный вал, вскрываем сосуды и создаем новые раневые поверхности, которые обладают большой всасывающей способностью, почему инфекция, даже имеющая тенденцию отграничиться и стать местной, быстро может переходить в общую.

Хронический метро-эндометрит (metro-endometritis chronica или catarrhalis) чаще всего является следствием затихающего острого эндометрита. Однако несомненно, что острый эндометрит нередко может заканчиваться и полным выздоровлением и настолько совершенно, что впоследствии даже при микроскопическом исследовании мы не в состоянии найти каких-либо изменений, свидетельствующих об имевшемся тяжелом заболевании.

При хроническом эндометрите, развивающемся из острого, количество гнойных выделений из матки постепенно уменьшается, слизистая становится менее отечной, делается блестящей и утрачивает свою интенсивную красноту.

При микроскопическом исследовании в секрете, переполняющем железы, в стенках самих желез и в соединительнотканной строме слизистой мы находим в большом количестве лейкоциты и плазматические клетки (Plasmazellen), которые являются особым видом экссудативных клеток. Сосуды слизистой резко расширены. Местами слизистая пропитана кровью и находится в состоянии некроза.

Наиболее доказательным признаком эндометрита, т. е. бактериального воспалительного процесса, считают плазматические клетки.

До настоящего времени еще окончательно не выяснено их происхождение. Вернее всего, они являются производным как местных соединительнотканых клеток, так и лимфоцитов, приносимых в воспалительный очаг из кровяного тока.

Определение их не представляет большой трудности при специальной окраске по Унна (рис. 172).

Как мы уже говорили, инфекция, идя вглубь эндометрия, проникает в базальные его слои, а отсюда и в толщу мышечной оболочки. Распространяясь по соединительнотканым прослойкам, она ведет к отеку ткани, мышечные пласты раздвигаются, также отекают, утрачивают способность сокращаться и постепенно могут атрофироваться. Соединительная ткань под влиянием длительной инфекции приходит в состояние раздражения, разрастается и впоследствии заменяет собой мышечные волокна.

Такой хронический процесс вызывает функциональную недостаточность мышечных слоев, значительное увеличение всей матки, которое может надолго оставаться даже после того, как воспалительный процесс полностью затихнет.

Однако воспаление матки может и не ограничиться этим. Нередко инфекция постепенно достигает периметрия и ведет к воспалению его, выражающемуся отложением экссудатов, образованием фибриновых налетов и, наконец, перитонитических сращений и спаек, образованием воспалительных мембран и пр.

Этим обычно заканчивается процесс подострого и хронического метроэндометрита.

Симптомы хронического эндометрита — главным образом бели и расстройства менструации. Кровотечения эти зависят не только от потери мышцами матки своей сократительной (сократительной) способности, но нередко и от присоединяющегося к воспалению расстройства функциональной деятельности яичников, что и ведет к нарушению менструальных кровоточивостей.

Хроническое воспаление может вызывать тяжесть и давление в тазу, боли в пояснице и крестце, расстройства мочеиспускания, хронические запоры, боли и отсутствие полового удовлетворения *sub coitu*, нередко стерильность, привычный аборт и пр.

Диагностика хронических метро-эндометритов представляет большие трудности в тех случаях, когда их приходится отличать от функциональных расстройств менструального цикла. Особенно трудно, а иной раз и невозможно, поставить диагноз, потому что, как уже было сказано, оба эти страдания нередко сопровождают друг друга.

Я предпочитаю говорить о хроническом метро-эндометрите в тех случаях, когда стенки матки утолщены, когда имеется ряд сращений с соседними органами и когда преимущественным симптомом являются бели, а не кровотечения.

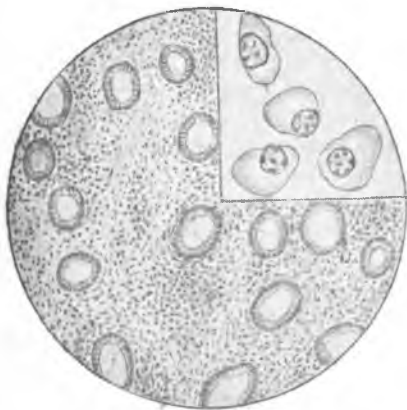


Рис. 172. Endometritis с инфильтрацией плазматическими клетками. По Ламу.

Справа сверху — плазматические клетки при увеличении симметричной системой.

Лечение хронического эндометрита в прежнее время чаще всего проводилось путем выскабливания слизистой оболочки матки, чему обычно предпосылали ряд методов консервативного лечения, как смазывания и прижигания различными дезинфицирующими и прижигающими веществами полости матки (зоид Плейфера), внутриматочные впрыскивания йода и других веществ, тампонада матки, лечение различными лекарственными тампонами, преимущественно ихтиоловыми, и пр.

В настоящее время главным образом применяются методы консервативного лечения, направленные на рассасывание воспалительных продуктов: согревающие компрессы, горячие души, спринцевания, нонтофорез, диатермия, лечение теплом и особенно грязелечение, несомненно, являющаяся наиболее активным противовоспалительным методом лечения.

Выскабливание слизистой оболочки матки большинство гинекологов, вследствие непостоянства его эффекта и в некоторых случаях даже ухудшений, вызываемых им, постепенно перестает применять.

Endometritis post abortum s. post partum. Заболевание, которое принято описывать под этим названием, как мы увидим, ничего общего с воспалением не имеет. Роль бактерий при нем может быть только вторичной, а потому по существу прилагать к этой патологической форме термин *endometritis* неправильно.

Однако термин этот настолько укоренился в акушерско-гинекологической практике, что вряд ли скоро удастся изменить его.

Под *endometritis post abortum* или *post partum* мы понимаем не воспаление слизистой матки, а задержку и неправильность обратного развития децидуальной оболочки при переходе ее в нормальную слизистую.

При микроскопическом исследовании слизистой матки мы находим в этих случаях большей частью расположенные очагами децидуальные клетки, а среди желез так называемые железы беременности, впервые описанные Опитцем (Opitz), внутренняя поверхность которых покрыта папиллообразными разрастаниями эпителия полости матки (рис. 173).

В этих случаях слизистая матки как бы не достигает своего обратного развития, и картина эндометрия, свойственная небеременному состоянию, не восстанавливается.

Нередко при этом в соскобах можно обнаружить и остатки ворсипок хориона, задержавшиеся здесь со времени бывшей беременности. Как известно из курса акушерства, эти остатки ворсипок хориона могут повести к образованию в некоторых случаях объемистых плацентарных полипов, так как около них наслаиваются сгустки крови, увеличивая таким образом постепенно размеры такого полипа. Плацентарные полипы могут иметь различную величину — от горошины до пальца и больше. В этих случаях они занимают всю полость матки и даже, опускаясь в шейку, выступают из ее наружного зева во влагалище.

Диагноз *endometritis post abortum* в общем установить нетрудно. Уже из анамнеза мы узнаем, что после бывшего аборта или родов нормальная менструация не восстанавливается, что женщина по временам кровоточит и что к белым, обычно обильным, нередко примешивается кровь. Самая менструация может длиться подолгу и быть очень обильной.

Если при таком анамнезе матка невелика, а зев закрыт, можно думать, что дело идет только о задержке обратного развития децидуальной оболочки, если же матка велика и зев приоткрыт, — обычно дело идет о плацентарном полипе, развившемся на почве задержки в полости матки ворсипок хориона.



Рис. 173. Железы беременности.

Лечение этих форм патологии в эндометрии несложно. При простых субинволюциях можно иной раз получить прекрасные результаты простым приемом — смазав с помощью зонда Плейфера, о котором мы уже говорили, полость матки каким-либо прижигающим раствором, например t-rae Jodi или раствором хлористого цинка или формалина.

При плацентарном полипе лечение должно быть более радикальным. Острой кюреткой следует войти в полость матки и удалить оттуда образовавшийся полип. Необходимо осторожно, но очень основательно очистить полость, так как, как показывает опыт, при выскабливании очень легко обойти ложечкой маленькие полипы, из которых впоследствии образуется новый большой полип.

В некоторых случаях приходится подвергать слизистую матки даже прощупыванию, для чего указательный палец вводят через шейку в матку иной раз после предварительного расширения цервикального канала. Осторожность при выскабливании такой пуэрперальной матки необходима потому, что стенка матки в этот период, особенно при задержке инволюции, чрезвычайно ломка, что может повести к перфорации ее при выскабливании.

Положение значительно осложняется, если к полипу присоединяется воспаление, сопровождающееся повышением температуры. Так как в этих случаях при выскабливании мы вскрываем сосуды, то инфекция может распространиться по всему организму. Вот почему желательно переждать лихорадочный период и прибегать к выскабливанию по возможности при нормальной температуре.

V. ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ МЕТРОПАТИЯ (МЕТРОПАТИЯ HÆMORRHAGICA)

В предыдущей главе мы говорили об особом патологическом состоянии эндометрия и стенок матки, которое прежде причисляли к специальным формам воспаления матки, а в настоящее время выделили в совершенно обособленную группу часто встречающихся заболеваний, ничего общего с воспалением не имеющих и зависящих, как это доказано (особенно Ашофф — Панковым), от расстройств гормональной деятельности органов внутренней секреции, главным образом яичников.

Симптомы этих заболеваний чрезвычайно многообразны, причем нередко они могут совпадать с симптомами хронических воспалений матки. Однако едва ли можно отвергать существование различных форм патологии слизистой, основываясь лишь на этом совпадении симптомов. Ведь мы хорошо знаем, что различные заболевания могут давать одни и те же симптомы.

Однако при изучении клинической картины как метропатии, так и хронического эндометрита мы нередко увидим и некоторую разницу между ними. Основным симптомом метропатий является кровотечение, хронического метроэндометрита — гнойные выделения. Правда, это различие не всегда можно подметить, так как, особенно в далеко зашедших формах той и другой болезни, нередко эти обе формы, несомненно, сопровождают друг друга. Но причины, вызывающие их, совершенно различны, а потому теоретически обе формы следует различать как самостоятельные формы патологии матки.

О метропатии существуют чрезвычайно различные представления. Панков, изучая обширный материал различных маточных кровотечений, нашел, что причиной этих кровотечений нельзя считать ни анатомические изменения в матке, ни изменения, наблюдаемые в яичниках, так как при одной и той же анатомической картине этих органов он наблюдал и кровотечения, и полное отсутствие последних. На основании этих соображений он приходит к выводу, что при геморрагической метропатии дело идет не об анатомических изменениях в органах, а об изменениях функциональных.

Шредер видит анатомический субстрат для геморрагических метропатий, во всяком случае для части их, в особом состоянии яичников, которое он называет персистирующим фолликулом (folliculus persistens). Яичник в этих случаях может содержать 2—3 и больше крупных, находящихся

в различной стадии развития граафовых фолликулов, которые не лопаются и не переходят в желтые тела.

Он допускает, что фолликулин, в избытке поступающий из персистирующих фолликулов и не сдерживаемый гормонами отсутствующего желтого тела (лютеином), вызывает чрезмерную пролиферацию слизистой матки и образование так называемой *hyperplasia endometrii glandularis cystica*, причем слизистая, не заканчивая своего обычного менструального цикла, подвергается процессу образования тромбов, некробозу и распадается. Все это является источником длительных и тяжелых кровотечений. Кровотечения эти, по мнению Шредера, принципиально отличны от кровотечений обычного менструального типа, которые происходят после десквамации, находившейся в секреторной стадии слизистой, а не вследствие некроза ее.

Некоторые клиницисты считают, что метропатия типа Ашофф — Панкова представляет патологическую форму, совершенно отличную от формы метропатии, описанной Шредером под названием персистирующего фолликула. Несомненно, что метропатии представляют очень разнообразный комплекс болезненных форм, однако для их разграничения пока, на наш взгляд, нет достаточных ни клинических, ни анатомических оснований.

Симптомами геморрагической метропатии, как уже было сказано, являются главным образом кровотечения, которые могут продолжаться 6, 8 дней и больше. Паузы между менструациями уменьшаются до 8—10 дней. В ряде случаев наступают длительные периоды аменорреи, после которых возобновляется продолжительная, непрекращающаяся потеря крови.

Боли при метропатиях обычно отсутствуют, но иногда носят характер дисменорреи.

Бели могут отсутствовать, однако нередко они появляются перед самой менструацией. Чаще, в противоположность пенистым белым, они бывают жидкими, молочного цвета и выделяются в небольшом количестве.

Под влиянием длительных потерь крови и невозможности с прежней продуктивностью продолжать работу у женщины наступают нервные расстройства, плохое настроение, быстрая утомляемость; нередко появляются головные боли, головокружения, сердцебиения, обмороки и пр.

Диагноз. Чаще всего геморрагическая метропатия наблюдается в преклимактерическом периоде и по характеру расстройств ее нетрудно диагностировать. Труднее, а подчас и совершенно невозможно отличить ее от хронического эндометрита. С большей уверенностью диагноз может быть поставлен путем выскабливания слизистой матки на основании микроскопической картины гиперпластического железистого эндометрита (рис. 174).

Прогноз обычно неплех. Однако кровотечения могут значительно повредить здоровью больной, а в редких случаях даже привести к летальному исходу.

Терапия геморрагической метропатии представляет большие трудности, так как по существу мы не имеем ясного представления о причинах наблюдающихся при ней кровотечениях.

Прежде всего, конечно, лечение должно быть направлено на укрепление и улучшение общего состояния здоровья. Такая терапия, особенно устранение моментов, плохо влияющих на психику больной, уменьшает кровотечения и бели, на которые обычно жалуются больные.

При расстройствах вазомоторного характера можно достичь хороших результатов путем перемены климата и обычных условий жизни. Больной следует запретить употребление алкоголя, крепкого кофе и чая, а также курение табаку.

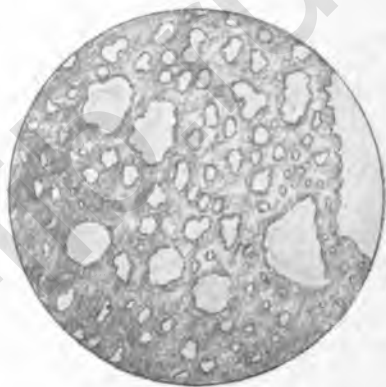


Рис. 174. Гиперплазия эндометрия (*metropathia haemorrhagica*). По Штеккелю.

Хорошие результаты получают иной раз от назначения хлористого кальция, например, в следующей прописи:

Rp. Calcii chlorati 20,0
Sir. simpl. 40 0
Aq. destill. 400,0
MDS. По 1 столовой ложке каждые 2 часа

Очень хорошо действует и систематическое питье минеральных щелочных вод (боржом). Прекрасно влияет пребывание в хорошем, покойном санатории и курортное лечение.

Хорошие результаты в некоторых случаях можно получить от применения ряда гормональных препаратов, как оварикрип, оварин, фолликулин и др., назначаемых как *per os*, так и в виде подкожных впрыскиваний (см. Лечение гормональными препаратами).

Иногда успех получается от применения физических методов, как, например, ионтофорез с хлористым кальцием. В последнее время широко применяется рефлекторно-сегментарная терапия. Назначают различные физические агенты на грудную железу (диатермию, д'арсонвализацию, ионтофорез, соллюкс, грязь и др.). В этих случаях считаются с возможностью аутоамминизации и не в меньшей мере с рефлекторным влиянием. При этой патологии показаны кварцевые и гальвано-кальциевые «трусики». По данным некоторых авторов (Прейсман), действие кальциевого ионтофореза наиболее эффективно при влажностном методе.

Применяется множество так называемых гемостатических препаратов (препараты *Secale cornuti*, *Hydrastis*, гиперген, питуитрин и др.).

При сильных кровотечениях приходится прибегать к тампонаде влагалища — терапии, которая, конечно, не может быть длительной, так как тампон должен быть извлечен самое позднее через 12—24 часа.

Перед тампонадой можно испробовать смазывание полости матки с помощью зонда Плейфера раствором адреналина (1 : 1 000) или введение в полость матки маточных палочек, содержащих до 10% соды.

Наконец, прибегают и к выскабливанию слизистой матки.

Совершенно понятно, что болезнь, обуславливаемая расстройством овариальной секреции, нельзя излечить путем выскабливания слизистой оболочки матки. Этим и объясняется неполный успех выскабливания при геморрагических метропатиях. Так, Папков отмечает, что в 60—80% выскабливание не дает надлежащего эффекта или приводит только к кратковременному прекращению кровотечений. Однако в 20—40% случаев выскабливание все-таки может давать эффект, иной раз даже длительный, поэтому оно в настоящее время и является одним из распространенных методов лечения метропатии.

Операция выскабливания слизистой оболочки матки (*abrasio mucosae uteri*). Эта операция — одно из серьезнейших вмешательств, сопровождающееся иной раз тяжелыми осложнениями и приводящее к тяжелейшим последствиям. Поэтому совершенно недопустимо делать эту операцию в амбулаторных условиях или в условиях частной квартиры.

Следует бороться с несерьезным отношением к выскабливанию, укоренившимся среди некоторых врачей, делящих эту операцию на «малую вычистку» и «большую вычистку». Операция выскабливания, с какой бы целью она ни производилась, должна производиться не в пределах «малой вычистки», а полностью. Даже выскабливая матку с диагностической целью, мы в громадном большинстве случаев должны соскоблить всю поверхность слизистой оболочки, чтобы не пропустить пораженных патологическим процессом участков.

Подготовка к операции выскабливания та же, что и к каждой серьезной гинекологической операции.

Операцию мы обычно совершаем под наркозом, хотя нередко, особенно у рожавших женщин, ее можно произвести почти совершенно безболезненно под местной анестезией или даже без обезболивания.

Наружные половые органы должны быть выбриты и тщательно вымыты. Влагалище вытирают стерильными комками ваты или марли, а затем обраба-

тывают спиртом. Обнажив ложкообразными зеркалами шейку, мы захватываем ее переднюю губу крепкими щипцами или парой пулевых щипцов и приступаем к расширению шейки.

Каждое внутриматочное введение инструмента может быть произведено только в том случае, если мы предварительно точно установили положение матки. Так как положение матки при ее низведении пулевыми щипцами может измениться, хорошо перед тем, как приступить к выскабливанию, определить путем зондирования положение матки и длину ее полости.

Перед зондированием необходимо протереть шейку зондом Плейффера, смочив его конец в t-rae Jodi. Эту манипуляцию можно повторить 2—3 раза. После этого мы приступаем к расширению шеечного канала.

Чаще всего расширение шеечного канала производится расширителями Гегара. Расширители эти представляют целую систему слегка изогнутых палочек, чаще всего металлических, располагаемых по восходящим номерам. Каждый предыдущий расширитель на $\frac{1}{2}$ мм тоньше последующего. Вводя поочередно один номер расширителя за другим, мы все больше и больше растягиваем шеечный канал.

Для свободного введения средней величины кюретки достаточно дойти до расширителя № 12, после чего и приступают к выскабливанию.

В прежние время расширение чаще всего производилось не расширителями Гегара, а особыми палочками, преимущественно так называемыми ламинариями, изготовляемыми из растения *Laminaria digitata*. Это небольшие, различной толщины палочки, внутри которых проходит канал. На одном конце они снабжены крепкой шелковой лигатурой. Палочки должны быть хорошо обеспложены, что в настоящее время производится фабричным путем: стерильные палочки получают в запаянной стеклянной трубке. Раньше не умели стерилизовать ламинарии и потому нередко применение их сопровождалось тяжелейшими воспалительными процессами.

В киевской клинике Рейна был разработан способ стерилизации ламинарий сухим жаром постепенно восходящей температуры. Этот способ стерилизации может считаться надежным и для настоящего времени.

Применяя ламинарии, мы должны за день, иногда за два до выскабливания ввести ламинарий в шейку. Медленно набухая, он безболезненно растягивает шеечный канал. Если через сутки мы убедимся, что раскрытие недостаточно, можно ввести вторично более толстую палочку или две-три тонкие. Наконец, можно докончить расширение при помощи расширителей Гегара.

Несмотря на длительность процедуры расширения ламинариями, этот метод имеет много преимуществ перед расширителями Гегара и к нему следует прибегать значительно чаще, чем обычно мы это делаем, особенно при узких, неподатливых шейках и при необходимости широкого открытия матки, например, для пальцевого исследования.

Преимущества расширения ламинариями состоят в том, что введенные в шейку ламинарии вызывают набухание тканей шейки, делают их рыхлыми и податливыми; поэтому шейка не рвется, а только растягивается даже при больших степенях раскрытия.

Выскабливание производится чаще всего специальной кюреткой с петлей, имеющей один острый край.

Следует пользоваться кюреткой, изготовленной из мягкого металла, для того чтобы можно было придать ей изгиб, соответствующий изгибу матки.

Выскабливание необходимо вести по известной системе, чтобы соскоблить всю полость матки, не оставляя невыскобленных участков слизистой. Для этого вначале мы скоблим переднюю стенку матки, начиная справа налево и проводя кюретку от дна до внутреннего зева, затем переходим к задней поверхности полости матки и заканчиваем выскабливанием боковых участков полости матки, причем особое внимание обращаем на области вхождения труб, чтобы здесь по углам не оставить слизистой ткани.

При выскабливании не следует прилагать усилия, однако надо скоблить так, чтобы удалить всю толщу слизистой, о чем свидетельствует характерный хруст.

После окончания выскабливания я, как правило, ввожу в полость кончик марлевой полосы, сложенной фитилем и смоченной t-rae Jodi, и слегка тампонирую влагалище.

Конечно, можно обходиться, как это делают некоторые гинекологи, и без этой небольшой процедуры, однако я никогда не видел от нее никаких неприятных последствий и думаю, что введение такого дренажа облегчает выделение раневого секрета, способствует сокращению матки и обеззараживает ее полость. Через несколько часов или на следующий день тампон удаляют.

Повторяю, операция выскабливания, давая нам нередко блестящие результаты, может повести к тяжелым последствиям. Уже во время самой операции можно расширителями, зондом или кюреткой перфорировать матку и нанести тяжелую травму женщине. Я не буду здесь подробнее останавливаться на этом вопросе, так как он излагается в курсах акушерства.

Здесь хотелось бы только подчеркнуть, что к выскабливанию не следует прибегать при имеющихся около матки или в придатках воспалительных процессах, при гнойных, особенно острых, эндометритах; следует быть очень осторожным в пuerперальных периодах, после недавно бывшего аборта или родов, когда ткани стенок матки бывают особенно ломки и стенки матки могут быть совершенно незаметно перфорированы даже опытной рукой.

Если врач, производящий выскабливание, заметил, что его инструмент уходит дальше, чем можно ожидать, учитывая величину матки, следует немедленно прекратить выскабливание и убедиться, нет ли перфорации.

Лечение перфорации излагается в соответственной главе акушерства.

Взамен лечения выскабливанием предложен ряд методов, из которых следует отметить метод выпаривания полости матки паром или горячим воздухом.

Впервые такое выпаривание было произведено Снегиревым, предложившим метод применения пара в хирургии. Снегирев сконструировал для этой цели специальный прибор и маточный наконечник, который весьма незначительно отличается от прибора, предложенного Пинкусом через много лет после Снегирева.

Выпаривание матки, как называет этот метод Снегирев, применялось неоднократно. Отмечены, однако, случаи тяжелых нарушений в стенках матки, образование атрезий, гематометры и пиометры, а потому этот метод не нашел широкого распространения.

Очень распространен метод лечения тяжелых маточных кровотечений рентгенизацией яйчников, гипофиза или селезенки.

У женщин с длительным кровотечением, особенно в климактерическом периоде, применяется диатермия гипофиза (Спенес). При этом сила тока должна быть небольшой — 0,2—0,3 ампера. Продолжительность — 10—20 минут. Меньший электрод накладывают на область висков или на область лба, больший же — на область затылка. Большого распространения этот метод у клиницистов-гинекологов не получил.

В исключительных случаях у молодых, близких к климактерическому периоду или находящихся в этом периоде женщин приходится прибегать и к экстирпации матки.

В борьбе с упорными кровотечениями у очень молодых женщин и девушек, чтобы избежать экстирпации матки, в последние годы предложена также резекция яйчников. Эта несложная операция состоит в клиновидном иссечении ткани из яйчников и в наложении на полученную рану нескольких швов. Я не видел эффекта от этой операции и поэтому не могу советовать ее.

Наконец, в самое последнее время, исходя из учения Шредера о роли персистирующего фолликула в возникновении геморрагической метропатии, предложены и методы опорожнения персистирующих фолликулов или путем пункции их через задний свод и извлечения фолликулярной жидкости, или путем раздавливания при двуручном исследовании.

Хотя некоторые авторы (Мандельштам, Какушкин и др.) и приносят свои наблюдения, сопровождавшиеся блестящими результатами, однако на основании своего опыта я полагаю, что в этой области субъективизму уделяется значительно больше места, чем строгому объективному и научному наблюдению.

VI. ОПУХОЛИ МАТКИ

Опухоли, или новообразования, которые встречаются в матке, весьма разнообразны. По строению они делятся на эпителиальные и соединительнотканые, а по клиническому течению — на доброкачественные и злокачественные. К соединительнотканым опухолям причисляют: миомы, фибромы, фибромиомы, липомы, ангиомы, саркомы; к эпителиальным — аденомы и раки.

Наиболее часто из всех перечисленных опухолей в матке мы встречаем опухоли, носящие обычно название фибромиом.

А. ФИБРОМИОМЫ, ИЛИ МИОМЫ МАТКИ

Являясь наиболее частой опухолью матки, фибромиомы встречаются и в прочих участках женской половой сферы.

Фибромиомы обычно представляют более или менее круглые, шаровидные образования чрезвычайно различной величины. Так, можно встретить узелки, видимые только под микроскопом, и гигантские опухоли, достигающие громадных размеров, как, например, миома, описанная Кузнецким и весившая 43 кг.

В большинстве случаев узлы фибромиомы бывают множественными, однако нередки и одиночные. Опухоли эти медленно растут и имеют твердую консистенцию.

Гистогенез миомы до настоящего времени едва ли можно считать полностью выясненным.

Улезко-Строганова на основании эксперимента с плацентарной эмульсией и большого количества микроскопически изученных ею миом считает гистогенез миомы матки установленным и утверждает, что миомы развиваются из тех же элементов, за счет которых происходит физиологический рост мышечной стенки матки при беременности и ее физиологические гиперплазии при менструальном цикле. Это, с одной стороны, уже имеющиеся мышечные ткани стенки матки, ее молодые элементы в пучках, с другой — эмбриональные (мезенхимальные) остатки, главным образом адвентициальные клетки в стенках сосудов.

Таким образом, Улезко-Строганова отходит от старого очень распространенного учения о гистогенезе миом, согласно которому миомы развиваются исключительно из стенок сосудов (Клебе) и которое, благодаря целому ряду работ, особенно Ашофа, Франкля и Мейера, можно считать опровергнутым.

Почти с полной уверенностью можно утверждать на основании целого ряда работ, особенно упомянутых авторов, что первоначальным источником миом являются маленькие утолщения в мышечных слоях, которые отличаются от окружающих мышечных участков по интенсивности своей окраски ядро красящими веществами и характеризуются большими размерами своих ядер, почти полным отсутствием межмышечной соединительной ткани и плотным прилеганием мышечных волокон друг к другу.

Мейер представляет себе эти зачатки миомы не как совершенно замкнутые островки мышечных клеток, а как элементы нормальных мускульных волокон, непосредственно связанные с последними (рис. 175).

Таким образом, по Мейеру, миомы развиваются из незрелых мышечных клеток, которые располагаются, не имея никакой капсулы из соединительной ткани, между отдельными слоями мышечных волокон, связываясь с ними как бы ножкой. При дальнейшем росте миомы только мышечные клетки, по Мейеру, служат источником роста опухоли, все же другие ткани, которые мы находим в этой опухоли, втягиваются в растущую опухоль совершенно пассивно из окружающих ее участков.

Рост миомы. Миома растет в общем медленно [Вирхов (Virchow)], причем рост ее зависит главным образом от пролиферации мышечных элементов. Таким образом, чем больше мышечной ткани в миоме, тем быстрее она растет, и наоборот [Гебгард (Gebhard)]. Кроме того, рост миомы зависит от целого ряда других условий и прежде всего от богатства сосудов, питающих опухоль.

Этим объясняется, что миомы, лежащие вблизи слизистой оболочки матки и обычно хорошо снабженные сосудами, растут быстро, но если такой миома-

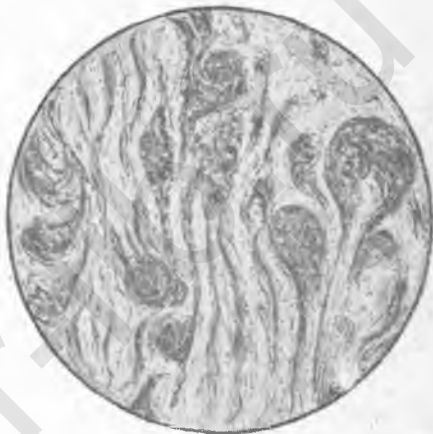


Рис. 175. Зачаток миомы. По Р. Мейеру.

тозный узел опускается в полость матки и связывается со стенкой матки только ножкой, рост миомы значительно замедляется.

Рост миомы зависит не только от величины и числа кровеносных сосудов, проходящих к ней, но и от интенсивности питания. Так, беременность резко повышает рост миомы; то же наблюдается при менструации, при гиперемиях как следствии воспалительных процессов; сюда же должно быть отнесено и гормональное влияние деятельности яичников.

Хотя миомы могут расти и в климактерическом периоде [Гофмейер (Hofmeier)], однако, как правило, с прекращением функции яичников миомы перестают расти и даже начинают уменьшаться. Влияние яичников на рост миом подтверждается и тем, что в детском возрасте до периода наступления половой зрелости, когда яичники полностью не проявляют своей функциональной деятельности, миомы встречаются исключительно редко.

Вместе с тем в климактерическом периоде, особенно в периоде менопаузы, с угасанием деятельности яичников прекращается и рост миом.

Хотя общий темп роста миомы должен быть признан медленным, но все же необходимо отметить, что этот темп, как указывают клинические исследователи, может быть очень различным. Так, мы встречаем миомы, которые десятками лет не изменяют своей величины, и такие, которые за несколько месяцев вырастают в большие опухоли.

Разрастаясь, миома оказывает давление на окружающие ее участки матки. Под влиянием этого давления вокруг миоматозного узла образуется капсула из концентрически расположенных мышечных слоев. Нередко капсула эта носит соединительнотканый характер. Несомненно, что под влиянием давления растущей миомы на стенки матки часть мышечных волокон, окружающих миому, атрофируется и замещается соединительноткаными волокнами.

Не все миомы окружены такой соединительнотканной капсулой. Однако большие миоматозные узлы имеют ее чаще, чем небольшие; маленькие же узелки, как правило, лишены этой капсулы.

Каузальный генез. Познакомившись с существующим взглядом на генез миомы, мы, естественно, должны задать себе вопрос: откуда исходят импульсы, которые заставляют расти и превращаться в опухоли зачатки миомных опухолей, иначе — мы должны познакомиться с причинами, приводящими к росту миомы.

Вопрос о причинах образования миом, естественно, интересовал и продолжает интересоваться десятки исследователей, причем в качестве причин не без основания выдвигается целый ряд моментов. Мы перечислим здесь только главнейшие.

Уже Вирхов указывал, что миома может образоваться из любого мышечного, совершенно обычного волокна, необходимо только, чтобы волокну это подверглось длительному раздражению. На это ему было сделано возражение: почему же в одних случаях раздражение ведет к простой гипертрофии матки, в других же — к образованию миомы?

Чтобы решить этот вопрос, Конгейм (Cohnheim) выдвинул свою теорию: миома образуется действительно под влиянием раздражения, но только в тех случаях, если в стенках матки имеются специальные эмбриональные зачатки для образования этой опухоли.

Как раздражающий момент была выдвинута прежде всего повышенная, хроническая гиперемия органов. Однако если это имеет место, то почему же во время беременности с ее выраженными процессами гиперемии миомы возникают не часто?

Весьма распространен взгляд Керера (Kehrer), который в этиологии миом особое внимание уделяет раздражениям полового чувства. Особенно большое значение он придает мастурбации, диспареунии, хронической половой неудовлетворенности при частых половых возбуждениях и прочим расстройствам половых отправлениях.

Груздев доказывает, что воздержание от половой жизни не повышает частоты развития миом.

Какушкин старается доказать, что страдающие миомой женщины обладают высокой детородной потенцией, которую он видит в повышенной детородной функции этих больных до появления опухоли, когда еще не создалась причина их бесплодия.

По мнению этого автора, высокая детородная потенция имеет источником соответственную способность яичника, а этот последний стимулирует маточную мускулатуру к уродливому росту вне беременного состояния, в условиях менструального процесса.

Ниже мы увидим, что у больных, страдающих миомой, очень часто наблюдается полное бесплодие или понижение плодовитости. Этот вопрос интересовал очень многих исследователей, и до сих пор мы не можем решить: является ли бесплодие как результат имеющейся уже миомы, или миома развивается вследствие бесплодия.

Громадный материал, собранный по этому вопросу, не дает до настоящего времени возможности бесспорно решить его.

Так, например, Трель (Troel) при подсчете всех своих больных приходит к выводу, что 26,4% миоматозных больных никогда не рожали; 8,09% рожали только один раз; 7,8% миом он нашел у бывших 2 раза беременными и 5,9% — у беременных 3 раза (общая сумма 2 561).

Несомненно, однако, что повышение секреции слизистой матки, неправильная форма полости матки, уродуемой и растягиваемой растущим в стенке матки миоматозным узлом, нередкое смещение матки в сторону и даже в некоторых случаях затрудненность полового сношения могут понижать способность больных миомами к зачатию.

Миллер (Miller) нашел среди носительниц миом 40—41% стерильных. Значительное понижение плодовитости у больных миомой обнаружено на изученном им и рядом других исследователей материале.

Но в то же время у страдающих миомой можно иной раз наблюдать беременность в очень поздние годы жизни. В моей клинике наблюдалась беременная у колхозницы, оставшейся совершенно стерильной и впервые забеременевшей уже после 50 лет, несмотря на то, что у нее развилась огромная миома.

Френкель (Fraenkel) считает несомненным, что рост опухоли усиливается на почве стерильности. По его мнению, не выполняющая своего физиологического назначения матка компенсирует это в виде патологического процесса образования миомы, причем мышечные клетки ее преобразуются в опухолевые.

Не имея возможности приводить здесь всю обширную литературу по данному вопросу, считаю нужным отметить, что старое учение Бейля (Bayle), говорившее, что причину образования миомы следует видеть в отсутствии активности мышц матки, в настоящее время разделяется немногими, а большинство авторов отрицает эту точку зрения [Нагель (Nagel), Гофмейер, Симс (Sims), Ландау (Landau), Ольштаузен (Olshausen) и мн. др.].

Мы уже раньше отмечали большое влияние, которое оказывает на рост миомы гормональная деятельность яичников.

Зейтц говорит даже о существовании особого гормона — «myomatogen». Правда, это учение не встретило общего признания, однако влияние гормонов яичника на миому не подлежит сомнению. Вопрос только в том, в каком виде проявляется влияние функции яичников на рост миомы: имеется ли тут гиперсекреция (Ашнер), которая выражается в ряде симптомов, как усиление менструаций, наступление позднего климактерия, усиленный рост матки, или, как говорят другие авторы, гипофункция, наконец, ряд авторов говорит о дисфункции яичников [Мейер, Зиппель (Sippel) и др.].

Во всяком случае каждому гинекологу хорошо известно, как часто при операциях миом мы находим то громадные, несомненно, функционирующие яичники (Попов), то небольшие, почти атрофированные половые железы.

К выявлению этиологии миомы было привлечено и учение о конституции. Так, Ашнер говорит даже о *habitus myomatosis*.

Я совершенно согласен с тем, что нередко носительницу миомы можно узнать, как только она войдет, однако это не связано с конституциональными особен-

ностями строения ее тела, а зависит от тяжелых кровопотерь, которыми страдают эти женщины.

Невозможно согласиться и с тем, что миомы мы наблюдаем главным образом у хорошо развитых и упитанных женщин. Мне кажется, что то обстоятельство, что миомы мы находим и у женщин с выражено развитой подкожной клетчаткой, больше относится за счет возраста больной, так как миомы наблюдаются во второй половине половозрелого возраста, т. е. тогда, когда женщина обычно делается склонной к полноте.

На своем материале я, однако, мог не раз убедиться в правильности отмеченного впервые Оттом факта, что носительницами миомы являются те женщины, которые страдают дисменореей, бесплодием, стенозом шейки, девиациями матки, — одним словом, явлениями полового инфантилизма.

Таким образом, в настоящее время, разбираясь в этиологии миомы, мы знаем достоверно только то, что рост миомы и ее возникновение в громадной степени зависят от гормональных импульсов, что возникновение миомы связано с находящимися в стенках матки группами мускульных клеток, обладающих повышенной потенциальной склонностью к росту, и что рост этот в свою очередь зависит от гормональной работы яичников [Альбрехт (Albrecht)].

Частота. Миомы, несомненно, встречаются очень часто. Так, по Кривскому, количество больных миомой достигает 4%. Приблизительно такую же цифру дают и иностранные авторы за последние годы: Гофмейер — 4,7%, большая сборная статистика Альбрехта — 4,9%.

Средняя цифра частоты заболевания миомой, исчисленная в гинекологических амбулаториях на количество всех обращающихся, также колеблется. По данным Пехэм (Peham), на 37 156 больных пришлось миом 921, или 2,48%; Гофмейер получил 4,3%, а на моем материале эта цифра еще больше — 6,2%. Такой высокий процент объясняется тем, что, разрабатывая технику миомотомии, мы привлекаем к себе больше таких больных.

Цифры, вычисленные по нашим клиническим материалам, конечно, не доказательны и, вероятно, значительно меньше истинных соотношений.

К сожалению, мы располагаем только очень небольшим более достоверным секционным материалом. Так, Клоб (Klob) утверждает, что на трупном материале у женщин после 50 лет в половине всех случаев можно найти миому. По Хилей (Healy), в Америке процент миом, определенных на секции у женщин старше 35 лет, равен 14—20. Папе (Pape; Австрия) при вскрытии 417 трупов женщин в возрасте между 20 и 80 годами нашел миому в 71 случае, т. е. 17%; Шредер утверждает, что каждая восьмая женщина является носительницей миомы.

Относительно наиболее благоприятного возраста, когда определяются миомы, собраны довольно однообразные и убедительные статистические сведения. Чаще всего миома определяется на пятом десятке лет жизни женщины.

До 20 лет, как и в старческом возрасте, миому находят только в исключительно редких случаях. Амрейх (Amreich) на основании данных Вепской клиники приводит следующую очень наглядную в этом отношении статистику, охватывающую 1 071 больную миомой:

Возраст	Процент миом	Возраст	Процент миом
16—20 лет	1	41—45 лет	26
21—25 »	2	46—50 »	25
26—30 »	9	51—55 »	7
31—35 »	9	56—60 »	2
36—40 »	24	61—65 »	1

Что страдающие миомой матки, паходясь в детородном возрасте, могут быть беременны, об этом уже была речь.

О частоте беременности у носительниц миомы можно отчасти судить по уже приведенной нами статистике.

1. Строение и топография миом

Мы уже говорили, что миомы, растущие в матке, бывают чрезвычайно различны, отличаясь друг от друга по величине, форме, окраске, структуре и встречаясь то в виде единичного узла, то в виде многочисленных узлов, рассеянных по всем стенкам матки.

Величина отдельных узлов, как уже отмечено, очень изменчива. Литературная казуистика приводит случаи, когда миома весила 56 кг при общем весе тела в 94 кг [Гунтер (Hunter)].

В большинстве случаев мы находим множественную миому, причем подчас вся матка сплошь усыпана миоматозными узлами. Субмукозные миомы чаще всего бывают одиночными. В большинстве случаев миома развивается на теле

матки; в тех более редких случаях, когда она исходит из шейки, миоматозный узел обычно бывает единичным.

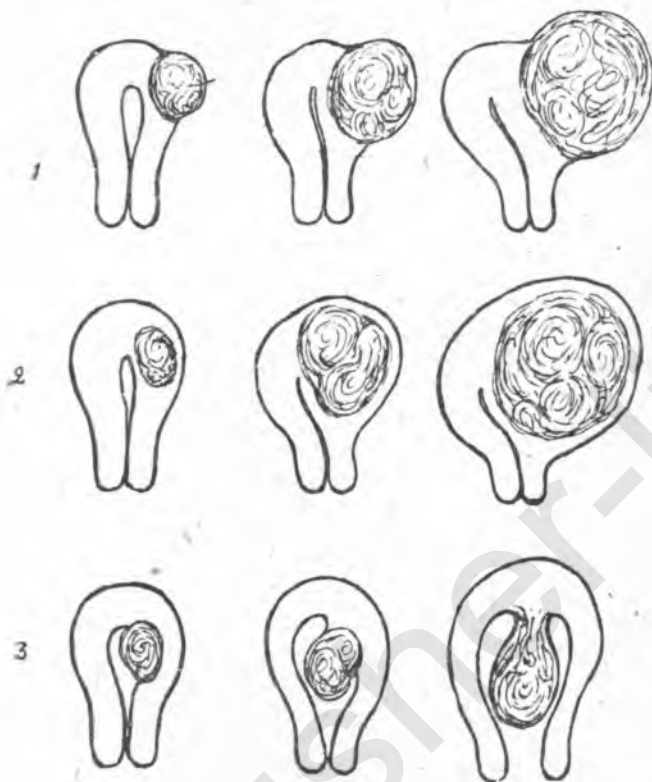


Рис. 176. Топография узлов миомы.

1 — субсерозные; 2 — интерстициальные; 3 — субмукозные.



Рис. 177. Миома шейная и беременность.

Маленькая шаровидная миома, разрастаясь, сохраняет нередко свою форму до конца. Однако встречаются узлы и иной формы. Чаще всего изменения формы миомы зависят от давления на нее соседних органов, стенок таза, напряженных связок, проходящих через нее. Интралигаментарный рост миомы, а также субмукозное ее расположение паруют ее шарообразную форму.

Ножка у субсерозных и субмукозных миом может быть или широкой, или вытянутой и тонкой, различной длины (стебельчатые миомы).

Консистенция и цвет миомы зависят от количества содержащихся в ней мышечных элементов, сосудов и от тех регрессивных процессов, которые нередко происходят в миомах. Чем больше мышечных волокон в миоме, тем она мягче и тем больше напоминает по цвету свежее мясо. Чем больше соединительнотканых волокон, тем миома тверже и тем выжареннее ее белесоватая, почти белая окраска.

В некоторых случаях миомы бывают так тверды, особенно при отложении в них солей кальция (см. ниже), что их не удастся разрезать даже острым ножом, а приходится распиливать.

В зависимости от места расположения в стенке матки зачатка миомы, от направления роста этого зачатка и от состояния самой мышцы матки, миомы по топографии своего расположения делятся на следующие виды (рис. 176): и н т е р-



Рис. 178. А и В — множественная миома.

стициальные миомы, расположенные в толще маточной стенки; субсерозные миомы, растущие в сторону брюшины, причем полюс достигает брюшины. Такой субсерозный узел может выступать над поверхностью матки или соединяется с маткой только широким основанием или, наконец, под его тяжестью вытягивается более или менее длинная ножка, образуя субсерозную миому на ножке. Миомы, растущие в направлении широких связок и располагающиеся между листками брюшины, образующими эту связку, называются интралигаментарными.



Рис. 179. Подслизистая миома (рождающаяся).

Такие интралигаментарно растущие опухоли, как и миомы, исходящие из шейки, из мышечных пучков широкой или иной связки, располагающиеся внебрюшинно в клетчатке таза или между листками широкой связки, или в подбрюшинной клетчатке таза, Цомакион выделяет в особую группу миом, называемую имиомами атипичной локализации. Нельзя отвергать известное значение такого выделения, особенно принимая во внимание трудности оперативного вмешательства, которые могут встретиться при этих формах миом.

Миома может развиваться и в направлении полости матки, давая субмукозную миому, сидящую на широком основании или на более или менее длинной ножке.

В некоторых случаях при миомах, заполняющих все стенки матки, общие очертания матки сохраняются, в других же матка приобретает различные, чрезвычайно разнообразные формы, как это можно видеть из рис. 177, 178 и 179.

Микроскопическое строение миом. Микроскопически миома матки представляет опухоль, причисляемую к так называемым лейомиомам, т. е. состоящую из гладкомышечной ткани, из мышечных продолговатых клеток, содержащих палочкообразное ядро. Мышечные клетки соединяются друг с другом в пучки, причем ядра расположены продольно по ходу волокна. Повидимому, мышечные клетки плотно прилегают друг к другу при полном отсутствии межклеточной ткани.

Пучки из гладких мышечных клеток проходят в самых разнообразных направлениях, так что на срезах миомы клетки обычно бывают разрезаны не только продольно, но и поперечно и косо (рис. 180, *A* и *B*).

Наряду с мышечными клетками миома содержит всегда и соединительно-тканые прослойки, которые обычно расположены по ходу сосудов, содержащихся в опухоли, и очень варьируют в своем количестве.

В миомах, содержащих много соединительной ткани, обычно содержится и много кровеносных сосудов. Большие сосуды располагаются по периферии миоматозных узлов, посылая в них уже оттуда более тонкие ветви.

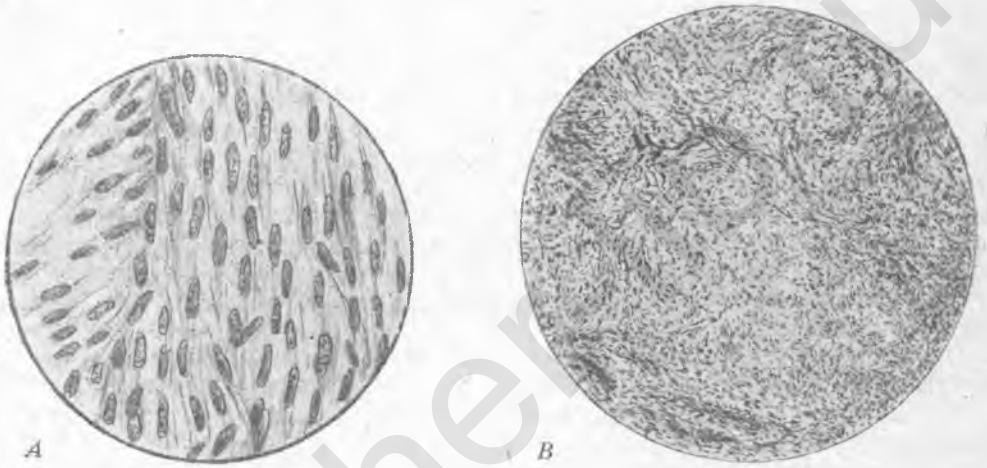


Рис. 180.

A — микроскопическое строение миомы; *B* — фиброма.

Основой каждой миомы, несомненно, является мышечная ткань; отсюда и название опухоли — миома. Однако количество соединительной ткани в некоторых случаях в миомах бывает настолько велико, что дает повод говорить не о миоме, а о фиброме; в большинстве же случаев, если исходить не из гистогенетических соображений (см. ниже), по которым основное ядро образующей опухоли является исключительно мышечной тканью, а принимать во внимание содержание в миомах соединительной ткани, можно говорить о фибромиоме.

Нередко в сосудах опухоли можно наблюдать расширения, а затем и стаз. Это ведет к расстройствам циркуляции крови в тканях опухоли, к затруднениям в оттоке, геморрагиям, образованию тромбов и кровяных полостей различной величины. В выраженных случаях вся опухоль может быть пронизана такими полостями. В этих случаях мы и говорим о *myoma angiomasum* s. *telangiectaticum*.

Полано (Polano) нашел в миомах обширную сеть лимфатических путей и щелей, которые образуют по периферии миом целые синусы. Вследствие затрудненного оттока лимфы из опухоли может происходить застой ее, расширение лимфатических путей, вплоть до образования кистовидных полостей, наполненных лимфой с значительным увеличением самой миомы. В этих случаях и образуется так называемая *myoma lymphangiectaticum*, достигающая нередко

огромных размеров. Так, например, иногда недавно описал огромную субсерозную миому. Наибольшая окружность живота у больной равнялась 114 см.

Нередко в тканях, служащих для образования миом, мы встречаем целый ряд дегенеративных изменений.

Патологические изменения в миомах. Несовершенство в снабжении миом кровеносной системой нередко ведет к застоям, образованию инфарктов и вследствие этого — к некрозам миоматозной ткани. Особенно часто эти омертвения можно наблюдать при субсерозных и субмукозных миомах, сидящих на тонкой ножке, главным образом при перекручивании такой ножки.

В этих случаях миома отекает, застойные явления вызывают кровоизлияния в ткань миомы с наступающим затем асептическим некрозом и отложением извести в омертвевшие участки ткани. В таких случаях может наступить и гангрене омертвевшей ткани, если гематогенным путем из уже существующего где-либо в организме воспалительного очага в нее будут занесены микробы. Особенно часто наблюдают некрозы в миомах во время беременности, родов и в пuerперальном периоде.

Некроз в миоме может быть или частичным, или захватывать всю опухоль. При частичных некрозах дело может дойти до образования секвестров из омертвевших участков.

Распространенный некроз ткани миомы может повести к асептическому распаду тканей и к образованию различной величины полостей, заполненных кашицеобразной массой кровянистого или желтоватого цвета. В других случаях развивается сухой некроз с отложением в его стенках известковых солей.

Отложение солей кальция обычно начинается с наиболее старых частей опухоли — с ее центральных участков — и может привести к образованию твердых шаровидных скоплений, по консистенции совершенно напоминающих камень. В некоторых случаях оно происходит не диффузно, а в виде отдельных островков.

Некротическая масса может иметь и жидкую консистенцию, образуя кистовидные миомы.

Образование кистовидных миом может произойти и вследствие застоя и затруднений в оттоке лимфы.

В миомах мы наблюдаем и ряд процессов дегенеративного характера. Из этих регрессивных процессов чаще всего можно встретить фиброзную и глиновою дегенерацию мышечных элементов миомы, которые ведут к уменьшению и атрофии опухоли, причем чаще такой процесс наблюдается в субсерозных опухолях.

Жировое перерождение в миомах встречается редко. Макроскопически оно узнается по характерной желтоватой окраске ткани и является одной из промежуточных стадий в процессе некробиоза. Оно также может захватывать или всю опухоль, или только ее участки. Микроскопически мы узнаем жировое перерождение по присутствию в мышечных клетках или в межтканочной ткани жировых точек, определяемых специальными способами фиксации препарата (осмий) или окраски его (судан).

В миомах можно встретить миксоматозное перерождение, иначе — слизистое разжижение как мускульных элементов, так и окружающей их соединительной ткани, однако это слизистое перерождение не идентично настоящей миксому, отличаясь от нее и своей окраской, и своими реакциями.

Нередко можно встретиться и с воспалительными процессами в тканях миом.

Чаще всего воспалительным процессам подвергаются подслизистые миомы, особенно расположенные на тонкой ножке и имеющие склонность родиться во влагалище. Воспаление их иногда может перейти в гангрену всей миомы или отдельных ее участков. Реже инфекция проникает и в интрастационально расположенные узлы; чаще всего это происходит в пuerперальном периоде. Очень редко воспаляются субсерозные узлы; в этих случаях инфекция распространяется на миому со стороны кишечника или пораженного червеобразного отростка. Несомненно, что инфекция может быть принесена в миому и гематогенным путем.

Влияние миомы на соседние органы. Растущие миомы могут влиять как на матку, так и на окружающие ее органы и ткани.

Уже давно замечено, что при миомах наблюдаются изменения в слизистой оболочке матки в виде гиперплазии ее. Отмечено, что в некоторых случаях эта гиперплазия слизистой при миомах доходит до образования маленьких слизистых полипов, особенно часто располагающихся в углах матки. В настоящее время, когда мы хорошо ознакомились с изменениями, происходящими в слизистой матки под влиянием менструального цикла, мы понимаем, что большинство изменений в слизистой оболочке миоматозной матки должно быть признано не патологическим процессом, а физиологическими изменениями слизистой, в зависимости от функциональной работы яичников.

Участки слизистой, подвергающиеся значительному растяжению или падающиеся под давлением подслизистого узла миомы, могут атрофироваться, железы в них растягиваются, эпителиальный покров становится низким, а сами железы располагаются на значительном расстоянии друг от друга. Эти изменения в слизистой могут вести к понижению способности к зачатию, к обильной секреции и легкой ранимости слизистой.

Влияние миомы на форму матки, ее величину и положение несомненно. Даже маленькие миомы, обычно не влияющие на форму матки, при известном расположении могут вести к выраженным *hyperanteflexio* или *retroflexio*. Миомы на ножках, если они рождаются из зева, могут повести к частичному, а иной раз даже полному вывороту матки. Ущемленная в тазу миома может вызвать опущение и даже выпадение не только матки, но и стенок влагалища. В этих же случаях миомы, располагаясь около матки, могут смещать ее соответственно месту своего развития вперед (*antepositio*), назад (*retropositio*), а также в стороны (*lateropositio dextra et sinistra*). В некоторых случаях миома, развиваясь позади матки, может вести к ущемлению матки и даже к перекручиванию по вертикальной оси, что чаще всего происходит в *isthmus uteri*.

В громадном большинстве случаев присутствия в стенках матки миоматозных узлов ведет к изменению и самой мышечной ткани стенки матки.

Чаще всего и наиболее интенсивно выражен этот процесс при подслизистых миомах, которые, являясь как бы инородным телом, ведут к раздражению матки и к сокращению ее стенок и, как следствие, к увеличению ее контрактильной способности.

Если в стенках матки развивается по несколько узлов миомы и, как это обычно бывает, различной величины, они не только неравномерно растягивают стенку матки, но и искажают форму ее полости, делая ее неравномерной, удлиненной, перегнутой или бухтообразно вдавленной.

Нередко при миомах матки, как уже было отмечено выше, мы находим изменения в яичниках и трубах.

Так, большинство исследователей находит при миомах матки целый ряд изменений в яичниках, как, например, значительное увеличение этих желез, мелкокистозное перерождение их [Лам, Булиус (*Bulius*), Попов, Гамбаров, Какушкин, Гогоберидзе, Юркевич, Хмелевский и др.], большое количество фиброзных тел, продуктов усиленной атрезии фолликулов.

Здесь можно встретить также отек ткани, даже кровотечения в ткани яичника и особенно в полости фолликулов. При миомах нередко находят воспаления придатков, быть может, существовавшие еще до развития миомы и только усилившиеся под влиянием роста миомы.

Вредное влияние миомы на соседние органы может найти себе объяснение в том, что давление миомы может вести к гиперемии и застою в тазу, а образование сращений, особенно с кишечником, может вызывать расстройство функции, особенно атонию кишечника, откуда и может распространяться инфекция.

Нередки случаи миом, которые комбинируются с широкими, воспалительного характера сращениями, гнойниками в трубах и яичниках.

Большое практическое значение имеет вопрос о существовании связи между миомой и раком.

Указания, говорившие за то, что у носительниц миомы относительно чаще встречаются раки слизистой полости матки, а не значительно более распространенный рак шейки матки, заставили ряд клиницистов [Винтер (Winter), Ольсгаузен и др.] признать существование какой-то связи между миомой и раком полости матки.

Однако при более детальной разработке материала, при которой были приняты во внимание все случаи рака матки и все случаи миомы, на материале венской клиники Франкль доказал, что рак шейки матки при миомах встречается чаще, чем рак полости матки (рак полости — 0,53%, а рак шейки матки — 3,3%). Тем не менее все-таки не опровергнуто общее наблюдение, что рак при миоме наблюдается чаще, чем без нее. Этот факт Мейер объясняет не существованием известной связи между раком и миомой, а существованием в организме некоторых женщин общего предрасположения к новообразовательным процессам.

Особенно серьезного внимания заслуживает вопрос о зависимости между миомой и саркомой.

Принято считать, что приблизительно в 2—3% в микроскопически исследованных миомах находят участки саркоматозной ткани. Последними исследованиями эти наблюдения подтверждаются, причем некоторые авторы (Яшке) нашли, что этот процент значительно выше (6%). К сожалению, симптомы комбинации миомы с саркомой очень мало изучены, несмотря на то, что этот вопрос имеет огромное значение при выборе оперативного метода лечения.

2. Клиника миомы матки

В целом ряде случаев миомы матки могут не давать никаких симптомов даже тогда, когда опухоль достигает большой величины, заполняя весь таз и верхним краем достигая высоты пупка и выше. Но в то же время встречаются случаи, когда очень небольшие узелки, развивающиеся в стенках матки, уже ведут к целому ряду симптомов, значительно нарушающих общее состояние здоровья больной.

Так как миомы развиваются только после наступления половой зрелости и чаще всего дают о себе знать только к 35 годам, то обычно в это время и проявляются симптомы миомы. С наступлением периода менопаузы миомы могут уменьшаться и симптомы их постепенно исчезать. Однако появление в миомах регрессивных изменений, особенно злокачественная дегенерация опухоли, может вести к росту опухоли и после климактерия и не только не давать ослабления, а иной раз даже вызывать усиление уже имевшихся симптомов.

Симптомы, которые мы наблюдаем у больных с миомами матки, выражаются следующей триадой: кровотечение, чувство давления в боли.

Кровотечения появляются у больных миомой матки в форме усиления менструации, причем увеличивается не только число менструальных дней, но и количество теряемой крови. Чаще всего кровь выделяется непрерывно в жидком виде; в других же случаях появляются различной величины сгустки, отходящие сразу же в большом количестве вместе с жидкой кровью, особенно когда женщина встает, а также при мочеиспускании или дефекации. В тяжелых случаях кровотечение продолжается непрерывно, от одной менструации до другой, причем даже утрачивается циклический характер кровопотери.

Очень сильные кровотечения наблюдают у больных с подслизистыми миомами, особенно начинающимися рождаться через шеечный канал. В противоположность этому миомы субсерозные не дают кровотечений или даже усиления менструации. Межугочные формы могут сопровождаться тяжелыми кровопотерями, но кровотечения при них обычно все же менее сильны, чем при подслизистых. Особенно тяжелые кровотечения наблюдаются в тех случаях, когда опускающаяся через шеечный канал подслизистая миома ущемляется в нем.

Кровотечения при миомах могут сопровождаться болями; в других случаях боли полностью отсутствуют.

Повышенные менструальные потери крови или особенно тяжелые кровотечения ведут, конечно, к анемии, иной раз настолько сильно выраженной, что кожа лица принимает молочножелтый оттенок, становится отечной и как бы прозрачной, давая картину, по которой сразу же можно предположить характер заболевания.

Несмотря на тяжелые кровопотери и выраженное состояние анемии, при которой количество гемоглобина в крови может упасть до 20% и ниже, а вся кровь, становясь водянистой, окрашенной в розовый цвет, уже макроскопически резко отличается от нормальной, — все же случаи смерти от анемии при миомах наблюдаются исключительно редко.

Характерно, что у носительниц миом менструации кончаются значительно позже и что менопауза наступает у них не в 45—46 лет, а нередко только после 50 лет.

Но, кроме кровотечений из матки, в исключительно редких случаях миомы могут вести и к кровотечению в брюшную полость. Такие кровотечения происходят или из сильно развитых вен, или даже артерий, расположенных на поверхности опухоли, которые, будучи крайне нежными, могут легко разрываться.

С наступлением периода менопаузы и обратным развитием матки тому же процессу сокращения и атрофии в большинстве случаев подвергаются и узлы миомы. Обратное развитие миомы в период менопаузы позволяет рассчитывать и на прекращение кровотечений, сопровождающих миомы. Однако при этом мы должны всегда принимать в расчет и позднее наступление менопаузы у носительниц миом.

К расстройствам функции (кровотечения) при миомах может быть причислен и более непостоянный симптом, в некоторых случаях, несомненно, связанный с миомой, — это появление белей. Чаще всего если этот симптом и проявляется, то бели носят жидкий характер и, несомненно, исходят из эндометрия. Очень редко количество истекающей жидкости бывает так велико, что раздражает и беспокоит больную. Возникновение белей может быть объяснено теми же причинами, как и возникновение кровотечений.

В связи с кровотечениями, наблюдаемыми при миомах, заслуживает, естественно, особого внимания и состояние сердца у таких больных.

Уже в 80-х годах прошлого столетия Гофмейер и Фелинг указывали на вредные заболевания мионой матки на сердце. С этого времени вопросу о состоянии сердца у этих больных посвящалось и посвящается много внимания. На основании этих многочисленных работ, в части которых были применены и новые методы для оценки состояния сердечной деятельности, как рентгенография и электрокардиография, особенно благодаря работам Снегирева (сына), можно утверждать, что сама по себе миома матки не может вести к каким-либо изменениям в сердце, которые позволили бы говорить о миоматозном сердце, и что гипертрофия сердца, наблюдаемая нами у носительниц миом, является следствием больших кровопотерь и значительного расширения сосудистой системы.

В противовес этому Ширшов признает, что в миоме имеются биологические начала, действующие токсично на сердечно-сосудистую систему. С помощью цветной реакции с нингидрином и пептидом, полученным им из субстрата миомы и из мочи миоматозных больных, он получил особую окраску, отличную от окраски, полученной при этой реакции с пептидами рака матки, кист и при воспалительных заболеваниях.

Разница в окраске выражена, по мнению автора, так отчетливо, что он считает эту реакцию пригодной даже для диагностических целей.

Следствием кровотечений является не только выраженная анемия, но и появление целого ряда общих расстройств, как общая утомляемость, сердцебиения, обмороки, головокружения, головные боли и боли в пояснице. Однако носительницы миом никогда не имеют вида истощенных, кахектических больных; наоборот, подкожножировая клетчатка хорошо сохраняется и слегка отекает.

Причины кровопотери при миоме различны. Несомненно, что значительное, нередко, увеличение полости матки, иначе говоря, увеличение менструирующей поверхности и растяжение ее может вести к повышению количества теряемой крови. Имеет, конечно, большое значение и понижение способ-

ности стенки матки к сокращению вследствие развивающихся в ней узлов миомы. Однако тот факт, что иной раз небольшая расположенная интрамурально миома сопровождается выраженными расстройствами менструации, а большая, претягивающая голову взрослого человека миома протекает бессимптомно, позволяет думать, что одной из главнейших причин кровотечений при миомах матки являются гормональные расстройства, причем расстройства эти касаются не только функции яичников, но и других внутрисекреторных органов и, как нам кажется, особенно щитовидной железы.

Чувство давления, конечно, зависит от величины развившейся миомы. Мы уже говорили о тех значительных изменениях в положении матки, которые зависят от развивающейся в ней опухоли. Естественно, что опухоль, занимающая большой объем в малом тазу, давит на соседние ткани и органы, и это может вызывать ощущение давления.

В некоторых случаях даже небольшие миомы могут отражаться на функции соседних органов. Так, каждому гинекологу хорошо известны случаи, когда небольшие узелки миомы, расположенные по передней поверхности матки, особенно вблизи шейки, оказывая давление на мочевой пузырь, вызывают целый ряд расстройств при мочеиспускании.

Если узлы миомы занимают всю полость матки, они оказывают давление на все тазовые органы, причем могут сдавливать и нервы, проходящие через таз, на крупные тазовые сосуды, но в особенности на мочевой пузырь, а нередко и на прямую кишку.

Давление миомы на соседние органы может особенно резко повышаться в периоды менструации вследствие переполнения самой миомы и всех органов кровью и увеличения общего объема опухоли. Со стороны мочевого пузыря при этом может наблюдаться тяжелое ущемление его шейки, что ведет к явлениям так называемой *ischuria paradoxa*.

Загрудненный в этих случаях отток мочи из пузыря ведет к его крайнему переполнению: количество мочи, скопляющееся в пузыре, может достигать 5—10 л и более. При сокращении такого перерастянутого пузыря из него выдавливается только по нескольку капель мочи, несмотря на сильные позывы на мочеиспускание. Это явление и носит название *ischuria paradoxa*. Если пузырь не будет во время опорожнения путем катетеризации, то перерастяжение его стенки ведет к зажатию сосудов в его стенках, а затем и к некрозу стенок мочевого пузыря, который может перейти даже в гангрену целых участков его стенок (*cystitis dissecans gangrenescens*).

Клинически при явлениях прижатия шейки и при переполненном мочевом пузыре мы рядом с опухолью миомы и сверху или сбоку от нее найдем еще одну опухоль кистозной консистенции, так называемый фантом-тумор, который можно легко принять за кисту яичника. Однако при введении катетера, которым мы, как правило, должны выпускать мочу при всех сложных гинекологических случаях, мы легко убеждаемся в том, что дело идет не о кисте, а о переполненном иной раз до огромных размеров мочевом пузыре, спадающемся после катетеризации.

При длительном давлении опухоли на мочевой пузырь или на мочеточник могут развиться пиелит и гидронефроз.

Прижатие кишки может, конечно, вести к задержке дефекации и хроническим тяжелым запорам.

Третий симптом, наблюдающийся при миомах матки, — боли — у многих носительниц миом полностью отсутствует. Это и ведет к тому, что нередко сообщение женщине об имеющейся у нее миоме является для нее полной неожиданностью, так как больная никогда не ощущала никаких болей, а нередко, как было отмечено, и прочих симптомов, связанных с миомой.

Очень часто больные жалуются на болезненность менструации — дисменорею. Однако в некоторых случаях появляются боли и не связанные с менструациями. Обычно имеющиеся боли в период менструации резко обостряются и становятся очень тяжелыми.

Боли при миомах могут быть объяснены растяжением стенки матки, которое

вызывается растущими узлами. Они могут усиливаться при всех условиях, способствующих гиперемии органов малого таза, как менструация, половое сношение, общее возбуждение и пр.

Нередко боли могут носить схваткообразный характер, особенно если подслизистая миома лежит в полости матки, стенки которой, раздражаемые присутствием опухоли, приходят в состояние сокращений.

Наконец, при миомах матки боли могут возникать в измененных воспалением придатках, особенно связанных с маткой сращениями и спайками.

Могут возникнуть боли и при torsio миоматозной матки, а чаще — при перекручивании ножки субсерозной миомы. В этих случаях, как и при перекручивании ножки кисты яичника, появляются острые боли, сопровождающиеся явлениями общего коллапса и перитонизма.

Отт неоднократно утверждал, что женщина, страдающая дисменореей, является кандидаткой на миому и что дисменоррея, предшествуя миоме, нередко является одним из предвестников миомы, которую пока еще нельзя определить пальпацией.

Диагностика миомы часто не представляет особых трудностей, однако в ряде случаев диагноз ставится нами только предположительно, а в некоторых случаях миома даже совершенно просматривается.

В практике даже небольшие миоматозные узлы, особенно растущие на стенках матки — субсерозно, распознаются легко. Однако и при больших миомах можно встретить большие трудности, особенно при осложнении миом воспалительными процессами в брюшине, параметрии или придатках.

Основным методом исследования для установления диагноза миомы, конечно, является двуручное исследование, однако знание анамнеза и ряд вспомогательных приемов могут помочь нам решить вопрос именно в сложных диагностических случаях. Из этих приемов следует отметить зондирование полости матки, ощупывание полости матки, утерографию, а также применяемую некоторыми авторами гистероскопию.

Собирая анамнез, мы должны прежде всего узнать о времени появления кровотечений, силе их, возрасте больной, о времени определения опухоли, об имевшихся воспалительных процессах и обострениях, об отправлениях соседних органов, особенно мочевого пузыря.

Мы должны помнить, что до начала периода полового созревания и в периоде менопаузы миомы не развиваются. До 20-летнего возраста они встречаются чрезвычайно редко. Чаще всего мы находим миому после 35 лет. Быстрый рост опухоли в период менопаузы позволяет нам говорить с большой уверенностью за злокачественность опухоли или за саркоматозное перерождение миомы.

При двуручном исследовании мы определяем миому по ее консистенции, форме и месту развития.

Обычно миома определяется как круглый плотный узел, легко прощупываемый на поверхности матки. В этих случаях дело идет о небольших узлах, и диагноз становится особенно легким, если таких узлов мы находим два, три и больше. Диагноз труднее, если миоматозный узел располагается в толще стенки матки и не выступает над ее поверхностью, а матка сохраняет свою обычную форму, увеличиваясь только в размерах. Однако и в этих случаях, например, при подслизистых миомах, матка, сохраняя свою форму, теряет свою уплощенность в передне-заднем размере и становится похожей на матку в ранних периодах беременности. Матка, пораженная миомой, более уплощена, чем при метропатии.

Сходство симптомов метропатии и миомы матки иногда сильно затрудняет диагностику, особенно при первом исследовании, и для окончательного решения вопроса нередко требуется повторное исследование.

При больших миомах необходимо определить отношение шейки к ощупываемой опухоли, выяснить место прикрепления крестцово-маточных связок и положение придатков матки, особенно яичников.

Мы определяем опухоль как миому, если хорошо доступная ощупыванию шейка непосредственно переходит в опухоль. Наш диагноз становится почти несомненным, если матка, несмотря на развивающуюся в ней миому, может быть

контурирована нами, если по крайней мере нам удастся хорошо прощупать хотя бы столь характерное по своим очертаниям дно матки и если опухоль имеет непосредственную связь с предполагаемым телом матки.

В тех случаях, когда положение матки для нас остается сомнительным, можно воспользоваться для его определения зондированием полости матки. Мы уже говорили о технике метода зондирования и об опасностях, которые он таит в себе. С помощью зонда мы можем определить не только направление матки и отстояние к ней найденной опухоли, но и длину полости матки.

В большинстве случаев — хотя, конечно, не всегда — растущая миома, растягивая стенки матки, увеличивает и длину ее полости, поэтому увеличение длины полости матки и служит одним из диагностических признаков миомы.

Нахождение с двух сторон яичников больше всего гарантирует нас от смешения нашей опухоли с кистами яичников. Место прикрепления крестцово-маточных связок выясняет нам положение матки и способствует определению топографии опухоли.

Большое значение для диагностики имеет определение консистенции опухоли. Обычно сравнительно твердая миома делается при наступлении менструации более мягкой и увеличивается в своих размерах.

Пехэм (Peham) считает предменструальное набухание опухоли особенно ценным признаком миомы.

Субсерозные опухоли определяются легче потому, что они растут из стенок матки и обычно можно определить связь их с маткой. Трудности могут возникнуть в тех случаях, когда субсерозная миома снабжена длинной ножкой и когда она прикрепляется к матке вблизи угла ее, т. е. там, где обычно прикрепляется и ножка кисты.

Если миома очень велика и высоко поднимается в брюшную полость, необходимо путем пальпации, а иной раз и перкуссии точно определить ее верхние и боковые границы, а затем двуручным исследованием определить ее форму, стараясь прощупать на ее поверхности неровности и бугры и отношение отдельных участков к основной опухоли. В этих случаях может помочь и признак менструального и особенно предменструального набухания опухоли, так как иногда миомы, лежащие, например, на уровне пупка, в предменструальном периоде поднимаются на 2 пальца и больше над ним.

Возникают трудности и в тех случаях, когда миома подверглась кистозному перерождению. В этих случаях она по своей консистенции легко может быть принята за кисту яичника. Конечно, анамнез, из которого мы узнаем о кровотечениях, больше говорит за миому, так как при кистах кровотечение обычно отсутствует. Однако и отсутствие кровотечения не обеспечивает нам правильности диагноза; как мы уже видели, симптом кровотечения может отсутствовать и при миоме.

В некоторых случаях диагностика подслизистых миом может также представить значительные трудности. В практических целях приходится определить, сидит ли миома на широком основании или она прикреплена к стенке матки тонкой ножкой. Я считаю, что для выяснения этого не следует, как это предлагается некоторыми, прибегать к пальцевому обследованию полости матки, для чего приходится предварительно широко раскрывать шейку, вводя в нее ламинари. Сама эта процедура представляется мне небезопасной в смысле инфекции, а главное бесцельной, так как, ощупывая зондом, можно получить желаемые результаты.

В случаях, требующих решения этого вопроса, можно прибегнуть к очень простой методике. Захватив рождающуюся миому крепкими пулевыми щипцами, мы стараемся повернуть их по окружности шейки. Миомы, сидящие на широком основании, при этом не поворачиваются, сидящие же на ножке легко следуют за поворотом пулевых щипцов и могут быть повернуты иной раз более чем на 180° .

Важно отчетливо различить субмукозную рождающуюся миому от выворота матки. Решающим моментом является то, что при вывороте мы в тазу не находим

матки, а только воронку на ее месте, при рождающейся же миоме мы определяем присутствие в тазу тела матки.

В последнее время рядом исследователей применена с целью диагностики миомы и гистерография. Впрыснув осторожно iodipin в полость матки, делают рентгеновский снимок и точно определяют место расположения матки и труб.

Уже и сейчас описан ряд тяжелых осложнений после этой манипуляции (из клиники Гаусса 1 случай летальный, из клиники Франке 2 тяжелых случая, несмотря на строгий выбор материала), а потому едва ли эта методика заслуживает дальнейшего применения.

Большое практическое значение имеет дифференциальная диагностика миомы и беременности. Обычно разница между маткой беременной и маткой с узлами миомы является столь выраженной, что диагноз не представляет каких-либо затруднений. Трудности возникают только в тех случаях, когда матка сохраняет свою обычную форму и придатки прикрепляются к ней на нормальном месте.

В особенности велики трудности, когда больная настаивает на отсутствии у нее возможности беременности, а также когда и при беременности появляются кровотечения, как, например, при предлежании детского места, или когда миома протекает при явлениях аменореи и особенно если дело идет о миоме, содержащей в своих стенках полости (myoma cysticum).

Мягкие миомы также могут походить по своей консистенции на беременную матку. Трудности диагноза в этих, правда, редких случаях бывают настолько велики, что, даже вскрыв брюшную полость и ощупывая уже матку, оператор начинает сомневаться в правильности диагноза. Бывали случаи, когда оператор, вскрыв брюшную стенку, снова зашивал ее, боясь удалить не миому, а беременную матку (Опитц, Пехэм и др.).

Исоно (Isoно) предлагает в тех случаях, когда по вскрытии брюшной полости возникает сомнение, прибегать к пункции, для того чтобы по характеру полученной жидкости ставить несомненный диагноз.

Ставя свой диагноз в сомнительных случаях, мы никогда не должны забывать о необходимости самым внимательным образом выслушать стенку живота для определения сердцебиения плода или шумов пуповины. Маточные шумы, синхроничные с пульсом матери, ни в коем случае не могут служить диагностическим признаком, так как их мы можем иной раз совершенно отчетливо выслушивать и при больших миомах.

Пальпация живота и определение мелких частей — признак не надежный, который может легко симулироваться соответственным расположением множественных мелких узлов миомы или особенно расположением ее полостей. Конечно, определение движения плода является ценнейшим признаком для диагностики беременности.

При небольших миомах, когда дело идет о дифференцировке их от беременности ранних месяцев, и здесь сохраняет свою ценность признак Гегара.

При ощупывании и растирании матки, как в ранних периодах беременности, так и позже, можно наблюдать сокращения стенок матки и ее затвердение. Признак этот, несомненно, не утратил своей ценности, хотя Вейтнер (Beuttner) и утверждает, что изменение тонуса матки можно наблюдать не только при беременности, но и при миомах, находящихся в ее стенке.

Особенно большие трудности представляет диагноз, когда у больной одновременно имеется и беременность, и миома. Отсутствие менструации и быстрый рост опухоли больше говорят за беременность.

В сомнительных случаях выжидание и повторное наблюдение обычно приводят нас к правильной постановке диагноза. В рентгеновских снимках, достигших за последнее время большого совершенства, и в реакции Ашгейм-Цондека мы имеем методы, в большинстве случаев с несомненностью решающие спорный диагноз.

Трудности операций при опухолях, расположенных интралигаментарно, делают крайне желательным заранее поставить диагноз интралигаментарного расположения опухоли.

Можно допустить интралигаментарное расположение миомы в тех случаях, когда опухоль, помещаясь в малом тазу, крепко фиксирована и не выводится из своего положения. Матка при этом, обычно хорошо контурируемая, отодвигается опухолью в противоположную сторону и определяется или у боковых стенок таза, или высоко поднятой кверху, иной раз выше симфиза, а шейка, подтянутая кверху, нередко с трудом достигается при внутреннем исследовании.

Перед нами может стоять вопрос и об отличии миомы от тазовых инфилтратов, особенно от параметритов или от воспалительных процессов в яичниках и трубах.

Уже форма инфилтрата позволяет отличить его от миомы. Обычно его края не контурируются отчетливо. Инфилтрат распространяется в соседние ткани главным образом по ходу связочного аппарата матки и обычно не может быть хорошо отграничен от соседних тканей. Исследование (per rectum) при этом дает особенно четкие данные, так как с помощью этого исследования мы хорошо можем определить состояние крестцово-маточных связок, которые мы находим утолщенными, инфилтрированными и нередко болезненными.

Трудности диагноза особенно велики, если имеющаяся миома осложнена воспалительными изменениями в соседних тканях. Здесь выжидание и проведение рассасывающей терапии дают прекрасные результаты, так как при таком лечении воспалительные продукты всасываются, и опухоль, если она имеется, начинает ясно очерчиваться и определяться при пальпации во всех своих деталях.

Диагностика некроза, происходящего в тканях опухоли, или комбинации миомы с заболеванием раком, или саркоматозного перерождения ткапей миомы обычно представляет большие трудности.

О присутствии рака на шейке матки или в полости ее мы будем говорить в специальной главе.

Диагноз происходящего некроза ткани труден. При упорных повышении температуры мы должны думать о возможности этого осложнения, принимая во внимание, что некроз чаще наблюдается после внутриматочных манипуляций, после продолжительных приемов препаратов *Secale cornutum*, назначаемых для уменьшения кровотечений, особенно часто в послеродовом периоде, а нередко и после перенесенных инфекций, например, после гриппа.

Злокачественные перерождения — чаще всего саркоматозную метаплазию — определить почти невозможно. В общем можно придерживаться указаний, по которым при саркоме опухоль растет быстро и ткань опухоли мягче.

Даже при операции мы редко и только предположительно можем высказаться за саркому, и окончательно диагноз ставится спустя иной раз много месяцев после операции, когда у больной появится рецидив. Это обстоятельство диктует нам необходимость при всех сомнительных случаях подвергать удаленную при операции опухоль тщательному микроскопическому изучению.

Прогноз. Миома, как мы уже видели раньше, принадлежит к доброкачественным, медленно растущим опухолям и не угрожает в этом смысле жизни женщины.

Часто миома не дает никаких болезненных симптомов, и со вступлением женщины в период затихания и прекращения половой деятельности — в период климактерия — начинает обратно развиваться и подчас настолько быстро, что даже от больших миом остаются только трудно определяемые остатки.

В противоположность этому в части случаев миомы, даже небольшие, начинают быстро расти и дают ряд тяжелых симптомов, особенно в виде кровотечений и расстройств сердечной деятельности.

С этой точки зрения и следует рассматривать каждый случай миомы, принимая, однако, во внимание, что заранее предсказать предстоящее течение миомы невозможно. Так, миома, протекающая очень благоприятно, много лет не дающая роста и выраженных симптомов, может внезапно быстро увеличиться и после многих лет бессимптомного течения в короткий период привести к ряду тяжелых симптомов и расстройств.

Мягкие миомы, как уже было отмечено, растут быстрее; особенно быстро растет *myoma cystica*. С особой осторожностью следует оценивать случаи миом

в молодом возрасте (30—35 лет). В тех случаях, когда миому мы находим у больных в возрасте, близком к менопаузе, прогноз лучше, хотя далеко не всегда. Зато усиление кровотечения и роста миомы в этом возрасте особенно опасно, так как говорит за возможность злокачественного перерождения опухоли.

Если принять во внимание большое распространение миомы и сравнительно небольшое количество больных, обращающихся при этом к помощи врача, и прекрасные результаты, которые достигнуты в терапии миом, то прогноз для миомы в общем следует признать все-таки благоприятным.

3. Терапия миом матки

Терапия миомы начинается только после того, как будет решен вопрос, следует ли вообще данный случай подвергать какому-либо лечению.

Как было указано, мы нередко встречаем миомы, не дающие никаких симптомов. Даже большая опухоль, увеличивающая матку до размеров головы взрослого человека, может быть найдена нами совершенно случайно, не вызывая у больной никаких жалоб.

Как быть с такими случаями?

Этот вопрос до настоящего времени не может считаться окончательно решенным.

Ни в коем случае я не могу согласиться с теми (Гаусс, Вильсон и др.), кто в этом отношении стоит на крайней точке зрения, настаивая на том, что радикальная терапия миомы может быть применена только в случаях сильных кровотечений, при осложнениях со стороны легких и нервной системы, когда разросшаяся опухоль уже сдавливает соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, желудок) или когда появляются осложнения в виде перекручивания ножки, омертвления или злокачественного перерождения.

В своей практике я обычно не приступаю к какому бы то ни было лечению миомы, если опухоль не дает ряда свойственных ей симптомов, если она не оказывает давления на соседние органы и по величине не превышает размеров беременной матки четырех месяцев.

Однако носительницы миом должны паходиться под постоянным контролем одного и того же врача, который своевременно может определить у них появление быстрого роста и ряд начальных симптомов, уже служащих показанием к лечению миомы.

Бессимптомно протекающая миома, несмотря на свои небольшие размеры, может быть подвергнута даже у молодых женщины оперативному лечению, если она является причиной бесплодия или привычного аборта. В этих случаях, как мы это увидим ниже, иногда приходится прибегать к операциям удаления миомы с сохранением целостности матки.

Терапия миомы может быть разделена на терапию симптоматическую, оперативную и терапию лучистой энергией — рентгеновскими лучами или радием.

Симптоматическое лечение миомы. Паллиативная — симптоматическая — терапия применяется нами или как самостоятельный метод, когда миома очень не велика и проявляется небольшими симптомами, например, в виде только несколько усиленной менструации, или как метод лечения, предшествующий оперативному лечению в тех случаях, когда оперативное лечение по каким-либо условиям в данный период противопоказано.

Неудачи, получающиеся при симптоматическом лечении, обязуют нас указывать больной, что на предпринятое лечение следует смотреть только как на попытку, которая в случае неудачи должна быть прервана и заменена более активным оперативным методом или лечением лучистой энергией — рентгено- или радиотерапией.

Цель симптоматического лечения состоит в ограничении или устранении кровотечений, болей и роста опухоли, а также в усилении общей способности организма к сопротивлению.

Как известно, современная фармакология располагает целым рядом медикаментов, обладающих кровоостанавливающими свойствами. Все их можно применять при лечении кровотечений при миомах матки.

Наиболее распространены в гинекологической практике препараты спорыньи в различных видах и вообще препараты, способствующие сокращению матки: Ergotin, Hydrastinin, Stypticin, typtol, Secacornin и много других.

Часто применяется лечение препаратом Ergotin bisdepuratum в виде систематических подкожных или даже межмышечных инъекций.

Rp. Ergotini bisdepurati 2,0
Aq. destill. 10,0
Acidi carbolicci 0,1
MDS. Подкожно по 1 см³ ежедневно

Однако количество таких инъекций, дающее результаты, очень велико — до 50—60 инъекций. Сверх того, само инъекционное лечение нередко ведет к распространенным и резко болезненным затвердениям, даже при строгом соблюдении правил асептики.

Нередко при лечении препаратами спорыньи обнаруживаются явления эрготизма — хронического отравления спорыньей, которые сейчас же должны обратить на себя внимание врача и служить показанием к прерыванию назначенного лечения.

Взамен инъекций можно давать спорынью и в форме пилюль:

Rp. Ergotini
Secalis cornuti pulv. aa 3,0
Ut f. pil. N. 60
DS. 3 раза в день по 2 пилюли

Хорошие результаты наблюдал ряд авторов, вводя внутривенно раствор кальция.

Применяется и целый ряд методов лечения нефармакологического характера. Так, например, некоторые пользуются тампонадой не только как методом, могущим кратковременно задержать большую потерю крови, но и как методом, иной раз дающим длительный эффект.

Я неоднократно наблюдал прекращение упорного кровотечения при миомах после повторной тампонады влагалища и нередко с успехом пользуюсь этим методом. После обнажения полости влагалища зеркала оно плотно тампонируется стерильным марлевым бинтом. Через сутки тампон извлекают и, если необходимо, снова вводят свежий тампон.

Применяются также горячие (до 48—50°) спринцевания влагалища большим количеством воды. Струя такой горячей воды под небольшим давлением (кружка подвешивается не выше 1 м) направляется на шейку и своды из наконечника, имеющего вид простой стеклянной трубочки с одним отверстием на конце. При кровотечении этот метод дает только кратковременный эффект, а потому мы и не можем его рекомендовать.

В прежнее время, а отчасти и теперь большим распространением пользовалось выскабливание слизистой оболочки матки как способ лечения кровотечений при фибромиомах. Методика выскабливания обычна и проводится так, как описано выше.

В последние десятилетия выскабливание применяется все реже и реже, так как были обнаружены большие недостатки этого метода, особенно при имеющихся в матке узлах миомы.

Недостатки эти сводятся к следующему: прежде всего неправильная, искаженная узлами миомы полость матки не может быть начисто очищена, и всегда мы можем оставить в полости значительные участки слизистой, трудно доступные для кюретки. Присутствие в полости подслизистых миом может повести к нарушению при выскабливании капсулы миомы и к занесению в ее ткани инфекционных начал, что нередко заканчивается тяжелейшим нагноением, широко распространяющимся на все органы малого таза и даже иной раз завершающимся общим септическим процессом. К этому присоединяется еще и то, что если вы-

Забывание и проходит удачно, то результаты его вообще кратковременны и держатся не дольше 1—2 месяцев.

По предложению Грамматикати у нас широко применялся способ лечения кровотечений при миомах внутриматочными впрыскиваниями t-rae Jodi.

Орлов предлагает для этого впрыскивание t-rae Jodi + 5% Acidi carbolici или со спиртом в равных частях. Систематично проводимое лечение, по мнению Орлова, ведет не только к прекращению кровотечения, но и к уменьшению опухоли.

Хорошие результаты получал при применении внутриматочного впрыскивания t-rae Jodi (5%) и Чернеховский, проводя при этом дополнительное лечение препаратами маммина.

Устранить боли удается обычно при условии соблюдения больной постельного режима и при применении больших согревательных компрессов на всю нижнюю часть живота.

Следует избегать нередко назначаемых в случаях болей при миомах препаратов опия, морфия, пантопона, так как длительное применение их может вести к привыканию и действует отрицательно на общее состояние организма.

При явлениях дисменорреи можно воспользоваться производными салициловой кислоты, как аспирин, пирамидон, аспирин и др. Хороший успокаивающий эффект дают солевые ванны (2—3 кг соли на ванну), но не горячие, а нейтральных температур.

Значительно труднее бороться с ростом опухоли. Здесь на первый план выступает общеукрепляющее лечение, покойный и гигиенический образ жизни, уменьшение до минимума половых раздражений и особенно курортное лечение. По мнению одних врачей, хорошее действие оказывают ванны, содержащие иодистые соли. Другие утверждают, что особо благоприятный эффект дают радиоактивные ванны.

Мне представляется несомненным благоприятное влияние курортного лечения на больных, страдающих миомой, причем этот положительный эффект я связываю с переменой обычных бытовых условий, с хорошим настроением больных, с пользованием свежим воздухом, светом и водой.

Морские купания и углекислые ванны нередко ведут к обострениям и к усилению кровопотери, а потому, с моей точки зрения, должны считаться противопоказанными.

Консервативная терапия миом в последнее время нашла себе горячего защитника в лице венского гинеколога Ашнера. Автор этот основывается на совершенно недоказанном положении, что менструальные кровотечения могут быть приравнены к процессу очищения, что для здоровой женщины, по мнению автора, имеет огромное значение. Отсюда его взгляд, что удаление матки или операции, ведущие к прекращению менструации, вызывают скопление в организме женщины менструальных экскретов. На этих же соображениях строится и его терапия, состоящая в очищающих кровяных процедурах, как кровопускание, назначение солевых слабительных, потогонных и пр.

Я не являюсь сторонником крайнего консерватизма, проповедуемого Ашнером, так как на многих сотнях оперированных больных мог убедиться в прекрасных результатах, не только местных, но и общих, при оперативном удалении пораженной миомой матки, и не думаю, что кровопускание у больной, и без того обескровленной длительными кровотечениями, могло бы давать хорошие результаты.

Оперативное лечение миом. Прежде чем решить вопрос о применении оперативного метода лечения миомы, мы должны решить, не подлежит ли большая лечению рентгеном или радием. Вопрос этот имеет важное значение для больной, если вспомнить, что оперативное лечение миомы даже в лучших условиях дает в общем 2—3% смертности, тогда как смертность при лучистой терапии равна нулю. Преимущества лучистой терапии особенно выявляются в случаях тяжелых анемий, при которых даже незначительные операции могут дать плохой исход.

Однако имеются соображения как местного, так и общего характера, которые нередко заставляют нас при выборе метода отдать предпочтение именно оперативному лечению.

Как показывает в настоящее время опыт целого ряда клинических учреждений, лучистая терапия может быть применена далеко не во всех случаях. Так, большинство авторов признает, что нагноившиеся, инфицированные, сидящие на ножке как подслизистые, так и субсерозные миомы непригодны для лечения лучистой энергией. Опасно пользоваться лучистой энергией и при миомах, протекающих вместе с раком матки, или при саркоматозной дегенерации миом. Наконец, большие миоматозные опухоли, выходящие за уровень пупка, обычно также не поддаются лучистой терапии.

Большое значение при выборе метода терапии имеет также уже давно высказанное мнение, что явления выпадения функции яичников, дающие иной раз тяжелую клиническую картину, после лучистого лечения миом бывают особенно сильно выражены и значительно превышают по своей интенсивности явления выпадения, наблюдаемые после оперативного лечения, особенно если при операции у большой был сохранен яичник. Это привело ряд авторов к выводу, что при миомах у молодых женщин нельзя применять рентгенотерапию.

Не говоря уже о принципиальной стороне вопроса, а именно о том, что лечением лучистой энергией мы покупаем благополучие больного органа (матки) путем повреждения здорового органа (яичников), мы видим, что даже приверженцы лучистой терапии ставят для нее ряд существенных ограничений. Кроме того, к лучистой терапии мы можем прибегнуть только в тех случаях, когда диагноз даже в деталях нам совершенно ясен. Ошибки диагноза, например, несвоевременное определение ряда осложнений, могут повести к роковым последствиям.

Однако отрицать во всех случаях миом матки возможность успешного применения лучистой терапии и отказываться совершенно от использования преимуществ, которые может дать большой такое лечение, было бы большой ошибкой.

Методы оперативного лечения. Все оперативные методы, применяемые при миомах матки, могут быть разделены на консервативные и радикальные.

При консервативных мы удаляем только миоматозные узлы, но сохраняем ткани матки.

Эти операции могут несколько отличаться друг от друга. Если узел заложен в толще стенки матки, мы говорим об энуклеации узлов миомы. Если миома соединяется с телом матки только ножкой, нет надобности в энуклеации, а ограничиваются только отсечением от стенок матки ножки миомы.

Радикальные операции миом матки также могут быть различны: так, можно удалить всю матку с шейкой, т. е. произвести полную экстирпацию матки, или удалить только тело матки, оставляя нетронутой шейку; в таких случаях говорят о падлагалищном удалении тела матки.

Конечно, экстирпация матки является вполне радикальной операцией при миомах; однако и падлагалищная ампутация тела матки должна быть признана к операциям радикальным.

Мы уже указывали, что узлы миомы развиваются почти исключительно в теле матки. В шейке матки они встречаются очень редко, а потому рецидивов после надвлагалищного удаления тела матки почти не бывает.

Операции миомы, как консервативные, так и радикальные, выполняются или через влагалище — вагинальный путь, или путем вскрытия передней брюшной стенки — брюшностеночный путь.

Схема операций, которые могут быть произведены при миомах матки, такова.

А. Влагалищные операции

1. Консервативные:

- а) удаление миом на ножке
- б) энуклеация миомы

В. Через переднюю брюшную стенку

1. Консервативные:

- а) удаление субсерозных полипов
- б) энуклеация миомы

ткань, без особых границ переходившую в ткань самой матки. Обычной капсулы узел не имел, и вылущить такую опухоль из стенок матки не удавалось. К тому же на разрезе опухоль заключала видимые даже невооруженным глазом полости очень различной величины и формы, иной раз совершенно отчетливо заполненные прозрачным секретом. Количество таких полостей, как и форма, и величина их чрезвычайно разнообразно.

При микроскопическом исследовании этих ранее считавшихся крайне редкими формами опухолей легко можно убедиться, что опухоль состоит из гладких мышечных волокон с прослойками соединительной ткани, а полости представляют собой железистые образования, покрытые хорошо выраженным цилиндрическим эпителием характера маточного эпителия, окруженного обычно хорошо выраженной типичной для матки аденоидной подслизистой соединительной тканью.

Опухоли эти, которые носят название аденомиом, и матка, заключающая их, не достигают очень больших размеров: в наших случаях матка не превышала величины головки новорожденного и сохраняла до известной степени свои общие очертания. Нередко такие образования находят при двойных уродствах матки.

Происхождение железистых ходов и вообще всей опухоли, повидимому, бывает различно.

Реклинггаузен считает, что они образуются из остатков вольфовых ходов и даже путем врастания эпителия серозы. Правильнее все-таки думать, что чаще всего эти опухоли образуются из остатков мюллеровых ходов, т. е. того материала, из которого образуется и сама



Рис. 181. Макроскопическое строение аденомиомы матки.



Рис. 182. Гистологическая картина аденомиоза.

ткань матки. Это, несомненно, находит себе подтверждение в том, что структура железистых ходов полностью напоминает структуру слизистой оболочки полости матки (рис. 181 и 182).

Аденомиоз встречается не только в матке или в трубах, организуются также из мюллеровых ходов, но и в других органах — в брюшной стенке, особенно у пупка, в различных органах брюшной полости, особенно часто в яичник. Наблюдали их нередко и в рубцах брюшной стенки после операции.

В тех случаях, когда опухоли с железистыми включениями развиваются не в матке и трубах, а где-либо в других органах, в них обычно отсутствует мышечный слой. Такие опухоли, не содержащие мышечной ткани, носят название *adenofibrosis*. *Adenomyosis*, возникающий в матке или трубе, принято называть *adenomyosis interna*, в противоположность тем опухолям этого рода, которые развиваются вне этих органов и которым присваивается название *adenomyosis externa*.

Adenomyosis externa чаще всего мы встречаем в *septum recto-vaginale*, в яичнике, в старых рубцах после лапаротомии, в стенках мочевого пузыря, кишечника и пр. Он может развиваться как экстра-, так и интраперитонеально.

таза, но и пораженные лимфатические железы, а если необходимо, то и захваченные раковым процессом мочевого пузыря и прямую кишку.

Расширенная брюшностеночная операция рака матки впервые позволила с уверенностью доказать, что рак матки может быть излечен вопреки мнению целого ряда гинекологов, утверждавших, что рак — болезнь общая и не поддающаяся излечению даже радикальнейшими местными мероприятиями.

В настоящее время расширенная операция рака матки производится в сотнях случаев везде, где имеется научно поставленная гинекологическая помощь. Сотни оперированных случаев собраны отдельными операторами во всех странах мира, и этот громадный материал с несомненностью показал нам:

1) что расширенная операция матки является блестящим завоеванием в труднейшем деле лечения рака матки;

2) что, благодаря этой операции, рак утратил свой неизлечимый, безнадежный характер;

3) что, если рак оперируется своевременно, если он не запущен, то можно получить чуть ли не 80% длительного выздоровления (Цвейфель).

Вместе с тем собранный материал показывает нам:

4) что сама по себе операция является тяжелейшим оперативным вмешательством, дающим до 20% только одной оперативной смертности, т. е. смертности, которая должна быть отнесена исключительно за счет операции;

5) что, чем запущеннее случай, тем больше оперативная смертность и тем меньше процент полного излечения.

На материале расширенной операции мы вместе с тем убедились и в следующем, имеющем основное значение, факте.

Рецидивы после расширенной операции чаще всего появляются на первом и втором году после операции. Чем больше протекло времени со дня операции, тем реже рецидивы. Рецидивы п я т и л е т н е й д а в н о с т и настолько редки, что, если они наступают, их правильнее считать уже не рецидивами, а повторными заболеваниями (Винтер).

Отсюда и вытекло положение, что полным излечением мы считаем такое, когда спустя пять лет после операции рецидива не наблюдается.

Большой процент оперативной смертности при расширенной операции заставил ряд гинекологов искать способы понизить эту смертность.

Было предложено множество детальных усовершенствований самой операции, а затем и создан целый ряд способов радикального оперирования *per vaginam* как пути менее опасного, чем брюшностеночный.

Попытки снизить смертность при радикальной операции рака матки путем производства ее через влагалище впервые были сделаны венским гинекологом Шаута. В последнее десятилетие этим же вопросом занялся Штеккель в Берлине и Гальбан в Вене.

Идея влагалищной операции построена на тех же основаниях, что и операция брюшностеночная. Несомненно, однако, что оперирование через брюшную стенку дает хирургу возможность оперировать более радикально, особенно при удалении пораженных раком желез.

Каждый, кто имеет оперативный материал по раку, должен уметь регистрировать его так, чтобы его можно было сравнивать с цифрами других операторов. С этой целью введены определенные правила оперативной статистики рака.

Мы вычисляем цифру а б с о л ю т н о г о и з л е ч е н и я, при котором подсчитывается процент остающихся здоровыми не менее 5 лет по отношению к числу всех раковых больных, о б р а т и в ш и х с я в лечебное заведение в течение определенного времени.

Необходимо определить и цифру так называемого о т н о с и т е л ь н о г о и з л е ч е н и я, которая выражается в проценте выздоровевших после операции (пятилетняя давность) по отношению к числу случаев рака, о п е р и р о в а н н ы х в течение этого промежутка времени.

Большое значение имеет о п е р а б и л ь н о с т ь, т. е. процент выбираемых нами для операции случаев из числа всех раковых больных, обратившихся к нам за помощью.

Как известно, современная фармакология располагает целым рядом медикаментов, обладающих кровоостанавливающими свойствами. Все их можно применять при лечении кровотечений при миомах матки.

Наиболее распространены в гинекологической практике препараты спорыньи в различных видах и вообще препараты, способствующие сокращениям матки: Ergotin, Hydrastinin, Stypticin, typtol, Secacornin и много других.

Часто применяется лечение препаратом Ergotin bisdepuratum в виде систематических подкожных или даже межмышечных инъекций.

Rp. Ergotini bisdepurati 2,0
Aq. destill. 10,0
Acidi carbonici 0,1
MDS. Подкожно по 1 см³ ежедневно

Однако количество таких инъекций, дающее результаты, очень велико — до 50—60 инъекций. Сверх того, само инъекционное лечение нередко ведет к распространенным и резко болезненным затвердениям, даже при строгом соблюдении правил асептики.

Нередко при лечении препаратами спорыньи обнаруживаются явления эрготизма — хронического отравления спорыньей, которые сейчас же должны обратить на себя внимание врача и служить показанием к прерыванию назначенного лечения.

Взамен инъекций можно давать спорынью и в форме пилюль:

Rp. Ergotini
Secalis cornuti pulv. aa 3,0
Ut f. pil. N. 60
DS. 3 раза в день по 2 пилюли

Хорошие результаты наблюдал ряд авторов, вводя внутривенно раствор кальция.

Применяется и целый ряд методов лечения нефармакологического характера. Так, например, некоторые пользуются тампонадой не только как методом, могущим кратковременно задержать большую потерю крови, но и как методом, иной раз дающим длительный эффект.

Я неоднократно наблюдал прекращение упорного кровотечения при миомах после повторной тампонады влагалища и нередко с успехом пользуюсь этим методом. После обнажения полости влагалища зеркалами оно плотно тампонируется стерильным марлевым бинтом. Через сутки тампон извлекают и, если необходимо, снова вводят свежий тампон.

Применяются также горячие (до 48—50°) спринцевания влагалища большим количеством воды. Струя такой горячей воды под небольшим давлением (кружка подвешивается не выше 1 м) направляется на шейку и своды из наконечника, имеющего вид простой стеклянной трубочки с одним отверстием на конце. При кровотечении этот метод дает только кратковременный эффект, а потому мы и не можем его рекомендовать.

В прежнее время, а отчасти и теперь большим распространением пользовалось выскабливание слизистой оболочки матки как способ лечения кровотечений при фибромиомах. Методика выскабливания обычна и проводится так, как описано выше.

В последние десятилетия выскабливание применяется все реже и реже, так как были обнаружены большие недостатки этого метода, особенно при имеющихся в матке узлах миомы.

Недостатки эти сводятся к следующему: прежде всего неправильная, искаженная узлами миомы полость матки не может быть начисто очищена, и всегда мы можем оставить в полости значительные участки слизистой, трудно доступные для кюретки. Присутствие в полости подслизистых миом может повести к нарушению при выскабливании капсулы миомы и к занесению в ее ткани инфекционных начал, что нередко заканчивается тяжелейшим нагноением, широко распространяющимся на все органы малого таза и даже иной раз завершающимся общим септическим процессом. К этому присоединяется еще и то, что если вы-

таза, но и пораженные лимфатические железы, а если необходимо, то и захваченные раковым процессом мочевого пузыря и прямую кишку.

Расширенная брюшностеночная операция рака матки впервые позволила с уверенностью доказать, что рак матки может быть излечен вопреки мнению целого ряда гинекологов, утверждавших, что рак — болезнь общая и не поддающаяся излечению даже радикальнейшими местными мероприятиями.

В настоящее время расширенная операция рака матки производится в сотнях случаев везде, где имеется научно поставленная гинекологическая помощь. Сотни оперированных случаев собраны отдельными операторами во всех странах мира, и этот громадный материал с несомненностью показал нам:

1) что расширенная операция матки является блестящим завоеванием в труднейшем деле лечения рака матки;

2) что, благодаря этой операции, рак утратил свой неизлечимый, безнадежный характер;

3) что, если рак оперируется своевременно, если он не запущен, то можно получить чуть ли не 80% длительного выздоровления (Цвейфель).

Вместе с тем собранный материал показывает нам:

4) что сама по себе операция является тяжелейшим оперативным вмешательством, дающим до 20% только одной оперативной смертности, т. е. смертности, которая должна быть отнесена исключительно за счет операции;

5) что, чем запущеннее случай, тем больше оперативная смертность и тем меньше процент полного излечения.

На материале расширенной операции мы вместе с тем убедились и в следующем, имеющем основное значение, факте.

Рецидивы после расширенной операции чаще всего появляются на первом и втором году после операции. Чем больше протекло времени со дня операции, тем реже рецидивы. Рецидивы п я т и л е т п е й д а в н о с т и настолько редки, что, если они наступают, их правильнее считать уже не рецидивами, а повторными заболеваниями (Винтер).

Отсюда и вытекло положение, что полным излечением мы считаем такое, когда спустя пять лет после операции рецидива не наблюдается.

Большой процент оперативной смертности при расширенной операции заставил ряд гинекологов искать способы поизжить эту смертность.

Было предложено множество различных усовершенствований самой операции, а затем и создан целый ряд способов радикального оперирования per vaginam как пути менее опасного, чем брюшностеночный.

Попытки снизить смертность при радикальной операции рака матки путем производства ее через влагалище впервые были сделаны венским гинекологом Шаута. В последнее десятилетие этим же вопросом занялся Штеккель в Берлине и Гальбап в Вене.

Идея влагалищной операции построена на тех же основаниях, что и операция брюшностеночная. Несомненно, однако, что оперирование через брюшную стенку дает хирургу возможность оперировать более радикально, особенно при удалении пораженных раком желез.

Каждый, кто имеет оперативный материал по раку, должен уметь регистрировать его так, чтобы его можно было сравнивать с цифрами других операторов. С этой целью введены определенные правила оперативной статистики рака.

Мы вычисляем цифру а б с о л ю т н о г о и з л е ч е н и я, при котором подсчитывается процент остающихся здоровыми не менее 5 лет по отношению к числу всех раковых больных, о б р а т и в ш и х с я в лечебное заведение в течение определенного времени.

Необходимо определить и цифру так называемого о т н о с и т е л ь н о г о и з л е ч е н и я, которая выражается в проценте выздоровевших после операции (пятилетняя давность) по отношению к числу случаев рака, о п е р и р о в а н ы х в течение этого промежутка времени.

Большое значение имеет о п е р а б и л ь н о с т ь, т. е. процент выбираемых нами для операции случаев из числа всех раковых больных, обратившихся к нам за помощью.

Совершенно понятно, что хирург, ограничивающий свою операбельность, иначе говоря, выбирающий для этих операций наиболее легкие случаи, получит высокую цифру относительного излечения, но зато он откажет в своей помощи большому кругу больных, чем тот, кто повысит свою операбельность.

Большое значение имеет и цифра оперативной смертности, которую разделяют на первичную и вторичную, в зависимости от того, умирает ли больная сейчас же после операции или даже во время самой операции, или смерть, зависящая от операции, наступает лишь спустя несколько недель или даже месяцев, но до выписки больной из клиники. Причиной этих поздних смертей обычно бывают заболевания мочевых путей и, особенно, почек.

Винтер, чтобы иметь возможность оценить совокупность всех условий при операции, предложил вычислять цифру абсолютного выздоровления (A) по следующей формуле, расширенной Вальдштейном:

$$A = \frac{O \times D (100 - M)}{10\,000},$$

где O — цифра операбельности, D — цифра относительного излечения, M — процент смертности.

У нас в Союзе Ильин предложил особый метод учета эффективности для различных методов лечения рака.

По предложению Ильина, вполне уместно, кроме цифр Винтера, вычислять наименьшую среднюю продолжительность жизни, которую дает больной каждый из сравниваемых методов. При этом Ильин разработал и свою формулу для вычисления такой продолжительности $M = \frac{a + b + c + d + e + f}{T}$, в которой M обозначает наименьшую среднюю продолжительность жизни больных, a — число лет со времени операции, прожитых больными, оставшимися в живых по прошествии первого года, b — число лет, прожитых больными, оставшимися в живых по прошествии второго года, и т. д. до f , которое обозначает число лет, прожитых больными, оставшимися в живых на шестой год после лечения. T обозначает количество всех больных, прошедших через данное учреждение за определенный промежуток времени, как оперированных, так и неоперированных.

Вместе с тем Винтер для лучшего сравнения результатов, получаемых отдельными хирургами, предлагает номерами оценивать степень распространения рака. Так, при первой степени опухоль ограничивается только шейкой, при второй она переходит на своды влагалища, при третьей — переходит уже в параметрий, а к четвертой степени он предлагает причислять уже случаи безнадежные, при выраженных явлениях кахексии.

В курс гинекологии не может входить подробное описание производства операции рака матки. Каждый врач, который задумает произвести расширенную операцию рака матки, вначале должен изучить ее технику на трупе, руководствуясь подробными описаниями в специальных курсах по оперативной гинекологии (см., например, Дедерлейн-Крениг, Гальбан, Окинчиц и др.).

В последнее время появились сообщения о возможности в некоторых случаях заменить тяжелую операцию экстирпации матки способом так называемой химической экстирпации.

Гамбаров, применив способ голландского врача Дриссена (Drissen) в 3 случаях рака матки, при которых оперативное лечение было противопоказано, во всех случаях получил хороший первичный результат.

Способ этот состоит во введении в полость матки маточных палочек следующего состава:

Rp. Zinci chlorati 40,0
 Zinci oxydati 10,0
 Farinae tritac 30,0
 M. f. bacilli longitud. 8 cm et crassitudine 0,5 cm
 D. t D. N 10
 S. Вводить в полость матки

Под влиянием прилегающего действия этих маточных палочек ткани матки вокруг них омертвевает, и на 8—14-й день, отделившись от здоровых тканей в виде секвестра, или самостоятельно выделяются, или могут быть легко удалены с помощью щипцов. Ашнер посвящает этому методу большую статью, в которой он значительно расширяет показания для этого метода, рекомендуя его при всех тяжелых случаях кровотечения, когда врач должен прибегнуть для спасения жизни к экстирпации матки

или селезенки. Он пользовался этим методом при тяжелых ювенильных кровотечениях, при геморрагических метропатиях, при климактерических кровотечениях, а в некоторых случаях при миомах и раке матки. При этом он наблюдал, что метод этот в некоторых случаях даже не ведет к полному прекращению менструации, но что она впоследствии может приходиться вполне своевременно.

Методика Ашнера ничем не отличается от метода Дриссена. Рецепт его палочек:

Rp. Zinci chlorati 30,0
Micae panis 60,0
M. f. bacilli 8 cm long., 0,5 cm crassitud.
D. t. D. № 10

S. Вводить в полость матки

Лечение неоперабельных, запущенных случаев рака матки. Выше мы уже видели, какую тяжелую картину представляет запущенная форма рака и какими невероятными мучениями сопровождается это страдание, если рак переходит границы операбельности и особенно если он поражает соседние с маткой органы.

Судьба этих больных поистине ужасна; они страдают не только физически, они испытывают еще тяжелейшие психические переживания, так как их страдания, запах, распространяемый при распаде опухоли, делают невозможной совместную жизнь с ними даже близких к ним лиц. Клиники и больницы не всегда могут принять таких больных, а специальные институты, к сожалению, больше интересуются не ими, а теми, которых еще можно радикально оперировать или подвергать лучистой терапии. А между тем хороший уход за больной и ряд выработанных методов лечения может значительно облегчить участь этих несчастных, устранить их страдания и сделать жизнь с ними совершенно приемлемой.

Можно только сожалеть о том, что, увлекаясь лечением незапущенных случаев рака матки, мы обыкновенно мало обращаем внимания на разработку методики лечения неоперабельных раков.

Что следует делать с такими больными?

Еще издавна врачи пользовались для лечения запущенных форм рака различными прижигающими веществами и прижиганием язв каленым железом. Несомненно, что этим путем можно достигнуть очень многого.

Тампон, смоченный хлористым цинком или oleum Martis, т. е. 50% раствором полутораклористого железа, вводился в раковые язвы, что вело к прижиганию пораженных частей, к отторжению омертвевших тканей и к очищению язв.

Груздев в свое время наблюдал хорошие результаты, пользуясь кальцием-карбидом. Маленькие кусочки кальция-карбида вносятся на обнаженную зеркалами шейку. Соединяясь с водой тканей, кальций-карбид образует большое количество газа (ацетилена), который и прижигает ткани. После этого запах значительно ослабевал, кровотечения даже прекращались, и больная чувствовала на некоторое время значительное улучшение.

Но особенно помогало и помогает глубокое прижигание раковой язвы раскаленным металлом.

Прижигание начинается обычно только после предварительного выскабливания язвы острой ложечкой или кюреткой. При этом язва должна быть основательно очищена от рыхлых раковых масс. Скоблить следует до тех пор, пока ложечка не дойдет до твердой, уже сравнительно здоровой ткани.

Выскабливание это иной раз сопровождается значительным кровотечением, однако, когда будут удалены все раковые массы и обнажена прочная, относительно здоровая подлежащая ткань, кровотечение почти совершенно прекращается.

Выскабливая поверхность ракового кратера, мы должны помнить, что раковые массы могут прорасти в соседние органы, а потому ложечкой легко можно при грубых манипуляциях перфорировать ткань и способствовать образованию свища. Этого тяжелого осложнения следует всячески избегать.

Вся процедура выскабливания должна производиться под наркозом, как и дальнейшее прижигание поверхности язвы раскаленным металлом.

Перед началом прижигания в мочевого пузырь следует ввести около 200 см³ холодной стерильной воды или борного раствора, обнаружить хорошо шейку, насколько возможно низвести ее наложенными прочными двузубцами и прижигать всю поверхность раскаленным добела металлом.

Лучше всего, прижимая на короткое время раскаленный наконечник к поверхности язвы, сейчас же извлекать его из влагалища, чтобы не перегреть и не обжечь соседние ткани. В промежутки между такими кратковременными прижиганиями, повторяющимися быстро одно за другим, ассистент старается комочками марли осушать кровоточащую поверхность, не давая крови заливать раскаленный наконечник и еще сильнее охладить его.

Следует продолжать прижигание до тех пор, пока вся поверхность кратера не покроется совершенно сухим струном, твердым, как кость.

Чаще всего пользовались раскаленными добела кусочками железа, а затем более удобным для накаливания аппаратом Пакелена. Мой учитель Рейн отдавал всегда предпочтение электрокаутеру, особенно электрокаутеру Макенродта.

Если процедура продолжается долго, следует по временам намоченными в холодную воду марлевыми тунферами охлаждать нагревающиеся зеркала.

По окончании прижигания из пузыря катетером удаляется налитый туда раствор, а полость прижженного кратера тампонируется стерильной марлей, причем предварительно полость обильно присыпается каким-либо дезинфицирующим и осушающим порошком. Штеккель рекомендует для этой цели употреблять смесь из борной кислоты и танина, которая завертывается в стерильную марлю и в виде мешочка вводится в кратер.

Тампон оставляется на 3—4 дня, после чего его осторожно извлекают так, чтобы не травмировать обнажающиеся от рубца ткани. После извлечения тампона язва в течение нескольких дней очищается и значительно спадается. Если кровотечение возобновится, Штеккель советует вводить одновременно подкожно и *per os* или *per rectum* раствор желатины. К этому можно присоединить прием по 3 раза в день по 8—10 капель раствора адреналина 1 : 1 000.

Электроприжигающие методы применяются в чрезвычайно различных модификациях. Так, прежде в большом ходу была фульгурация, в настоящее время пользуются электрокоагуляцией и особенно термопенетрацией — диатермией, для чего изобретены специальные наконечники и др.

Такая терапия приводит к значительному улучшению. Запах исчезает, самочувствие улучшается, больные на вид значительно поправляются. Однако длительность такого улучшения невелика и исчисляется неделями, редко месяцами.

Конечно, если рак сопровождается в таких запущенных случаях болями, необходимо бороться с ними назначением морфина и прочих наркотических веществ (героин, пантопон, аспирин, пирамидон и др.).

С тех пор как при лечении запущенных форм рака матки начали пользоваться рентгеном и радиоактивными веществами, судьба этих больных, по мнению целого ряда врачей, значительно изменилась к лучшему. Кровотечения и зловонные гнойные выделения под влиянием лечения лучистой энергией быстро прекращаются, запаха такие больные не распространяют.

Многие из них настолько оправляются, что забывают о своем страдании, и у них оживает надежда на выздоровление, вплоть до уверенности в том, что они уже совершенно здоровы.

И хотя улучшение это носит только временный характер, однако описан ряд случаев, правда, представляющих редкое исключение, когда даже при этих безнадежных раках шейки матки наблюдалось длительное выздоровление.

Выздоровления от рака даже в запущенных случаях описаны не только при применении лучистой терапии, но и при различных других методах самой иной раз примитивной терапии. Так, я в клинике своего учителя Рейна видел случай полного излечения с пятилетней давностью от рака после простой надвлагалищной ампутации шейки матки.

Гейман из Стокгольма сообщает о 234 случаях неоперабельного рака матки, леченных главным образом радием. Из них 16,7% он причисляет даже к выздоровевшим; в остальных случаях наступило временное значительное улучшение, возвратившее этим несчастным в 62% случаев даже работоспособность.

Особенно трудны для лечения случаи рецидивов рака матки после радикальных операций.

Совершенно прав Штеккель, когда он говорит, что чем радикальнее была произведенная операция, тем труднее лечение и тем безнадежнее рецидив после

нее. Хотя описаны случаи выздоровления после операции рецидивов матки, однако случаи эти очень редки. Я лично наблюдал в двух случаях после удаления возникших рецидивов длительное излечение; однако в большинстве случаев результат бывает иной.

Операция рецидива технически в большинстве случаев очень трудна. Обычно не удается удалить всего вновь выросшего новообразования главным образом потому, что нередко рецидив уже захватывает кишечник или мочевого пузыря. Даже рецидивы в железах вылущаются очень трудно.

Лечение лучистой энергией при рецидивах рака дает не лучшие результаты, чем лечение оперативное.

В. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Хорионэпителиома принадлежит к наиболее интересным с точки зрения своего происхождения новообразованиям. Она является опухолью, при которой плодные элементы внедряются в материнскую ткань и разрушают ее.

Зенгер (Sänger), впервые описавший эту опухоль, назвал ее «sarcoma deciduo-cellulare», после чего некоторое время она носила название *decidua malignum*.

В 1895 г. Маршан впервые доказал эпителиальную природу этой опухоли, отвергнув ее происхождение из соединительнотканной основы слизистой матки.

В настоящее время не подлежит сомнению, что опухоль эта происходит из эпителия ворсистой оболочки и именно из обоих видов клеток, покрывающих ворсинки: из клеток Ланганса и из клеток синцития. Различить эти два рода клеток, однако, не всегда удается, и наиболее убедительные картины можно получить при изучении пограничной зоны опухоли, где она внедряется в соседние ткани.

Чаще всего хорионэпителиомы развиваются как следствие пузырного заноса, однако нередки случаи развития этой опухоли после аборта и родов, особенно когда пуэрперальный процесс был осложнен плацентарным полипом.

Гичман приводит следующие данные о частоте хорионэпителиомы: на 100 случаев этой опухоли в 48% она развилась после пузырного заноса, в 26% — после аборта и в 25% — после родов. Опухоль эта чаще поражает многородящих, что отмечено и для пузырного заноса.

На сравнительно большом материале выяснилось, что чаще всего хорионэпителиома наблюдается около 36-го года жизни больной, однако описаны случаи этой опухоли и у молодых женщин — моложе 20 лет — и у женщин старше 50 лет.

Обычно опухоль появляется уже вскоре после родов или аборта. Однако известны случаи, при которых опухоль впервые появилась не только по прошествии многих месяцев, но и через ряд лет и даже спустя более 10 лет.

Такой длительный срок заставляет думать, что зачатки опухоли годами могут сохранять в латентном состоянии свою потенциальную энергию роста. Однако мне кажется, что прав Гичман, когда он сомневается в правильности такого взгляда и допускает возможность неучтенной больной беременности, прошедшей для нее незаметно.

Описаны случаи грубной и яичниковой хорионэпителиомы. Наконец, описаны случаи хорионэпителиомы, развившейся в кишечнике, легких, печени, мозгу и других органах. Очень интересно, что и в мужских яичках иной раз развиваются опухоли, по своему строению напоминающие хорионэпителиому. При этом удивительно то, что в случаях хорионэпителиомы яичка у мужчин увеличиваются груди и отчетливо начинает выделяться молоко.

Все это заставило предполагать возможность разных видов хорионэпителиом: 1) развивающиеся из трофобласта оплодотворенного яйца и возникающие там, где этот трофобласт может привиться, и 2) развивающиеся из отщепленных бластомер. К этой форме и может быть отнесена хорионэпителиома в яичке мужчин.

Несомненно, что хорионэпителиома должна быть причислена к наиболее злокачественно протекающим опухолям как по своему быстрому росту, разру-

шению подлежащих тканей, так особенно и по быстроте и большому количеству метастазов, которые она дает.

Однако несомненно, что, наряду с опухолями, обладающими большой степенью злокачественности, встречаются и такие, которые протекают почти доброкачественно. Так, наблюдаются полные излечения после операций частичного удаления опухоли или после заведомо недостаточно энергичного рентгеновского лечения.

Таким образом, в настоящее время можно даже различать две формы хорионэпителиомы: *chorionepithelioma malignum* — злокачественная и *chorionepithelioma benignum* — доброкачественная.

Необходимо, однако, отметить, что эта разница может быть установлена только клинически, микроскопическое же строение пока не дает нам возможности различать эти две формы.

Наблюдаются случаи, когда можно обнаружить хорионэпителиому в стенках влагалища или в других органах, тогда как в матке никаких признаков опухоли не имеется. В этих случаях допускают возможность метастазирования нормальных эпителиальных элементов ворсинок хориона еще во время беременности в другие органы, например, во влагалище, и последующего развития их там как злокачественных новообразований. Здесь можно говорить об эктопических формах хорионэпителиомы. Однако нам кажется, что в таких случаях не исключена возможность и другого объяснения генеза этих опухолей: можно думать, что первичный очаг в матке может или всасываться до обнаружения метастаза в другом органе, или выноситься из организма с лохимальным секретом.

Макроскопически узлы опухоли, пока они еще не начинают распадаться, имеют очень характерный вид. Они хорошо изолированы, шарообразной формы и очень различной величины — от горошины и меньше до крупного волошского ореха и даже значительно больше. Особенно характерна их окраска: узлы просвечивают через истонченную слизистую в виде темных образований, делаящих их при первом взгляде похожими на варикозные узлы.

Ткань опухоли очень мягка, обычно легко выщущается и легко растирается между пальцами. Отдельные узлы опухоли сидят обычно на широком основании. Описаны и стебельчатые опухоли. Опухоль эта легко переходит в распад, причем, начинаясь с поверхности, распад идет очень быстро и ведет иной раз в течение суток к полному изъязвлению и образованию глубоких дефектов. Под влиянием даже негрубого исследования опухоль может разрушаться и вести к тяжелому кровотечению. При субсерозном расположении такого узла может произойти кровотечение в брюшную полость.

В большинстве случаев наблюдается не один, а много отдельных очагов опухоли, причем главный узел располагается на плацентарной площадке, а остальные сидят в стенках матки, так что вся толща этой стенки может быть пронизана узлами.

Метастатические узлы могут образоваться не только в легких, как это бывает чаще всего, но и в самых отдаленных органах, например, в мозгу.

Распространяются метастазы не лимфатическим, а гематогенным путем, причем, принимая во внимание богатство сосудистых венозных сплетений во внутренних половых органах, ширину сосудов и отсутствие в них венозных клапанов, можно легко понять, почему запас опухолевых клеток может происходить и против тока крови, ретроградным путем.

Здесь можно отметить еще, что при хорионэпителиоме нередко и в яичниках можно наблюдать резкие изменения в виде кистовидного перерождения яичников того же характера, как и при *molla hydatidosa* (см. Курс акушерства). Штеккель считает эти кисты кистами желтого тела и отчасти связывает с ними возникновение хорионэпителиомы.

Изучение гистологической структуры хорионэпителиомы представляет немалые трудности. В настоящее время после работ Маршана можно считать твердо установленным, что хорионэпителиома является продуктом обоих эпителиальных слоев ворсистой оболочки: клеток Ланганса и синцитиальных клеток, причем соединительная материнская ткань участия

в образовании этой опухоли не принимает. Таким образом, дело здесь идет исключительно об эпителиальном новообразовании. При этом синцитиальная ткань, образуя целые скопления синцитиальных масс различной величины, врастает в подлежащую ткань.

Протоплазма, представляющая одну общую массу, без отграничения одной клетки от другой, интенсивно красится гематоксилином, содержит много жировых капелек, но не содержит гликогена. Клетки Ланганса прозрачнее, имеют круглую или угловатую форму с хорошо очерченными границами и содержат большое количество гликогена. Ядро этих клеток не богато хроматином, но нередко находится в состоянии энергичного митотического деления (рис. 194 и 195).

Симптомы при хорионэпителиомах, конечно, зависят от места развития опухоли. Так как первичный очаг чаще всего все-таки развивается в половой сфере, а экстрагенитальные формы наблюдаются только очень редко, то первые симптомы, конечно, и появляются чаще всего со стороны матки и влагалища. Внутриматочная форма обычно проявляется в виде кровотечения, которое в громадном большинстве случаев начинается на 6—8-й неделе после родового периода.

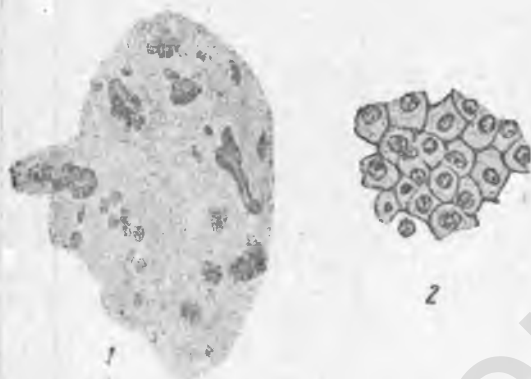


Рис. 194. Хорионэпителиома.
1 — синцитий; 2 — клетки Ланганса.

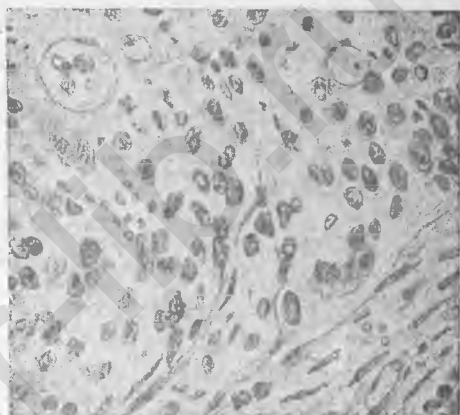


Рис. 195. Хорионэпителиома.

Однако, в зависимости от времени появления хорионэпителиомы в матке и кровотечения могут начинаться значительно позже, через 2 года и больше.

Сила кровотечений различна. Вначале они не бывают очень обильными. Длительное кровотечение ведет к тяжелой анемии, при которой содержание гемоглобина падает до 15—20%.

Несколько позже кровотечений появляются кровянисто-гнойные с сильным запахом выделения, повышение температуры и белок в моче. Течение болезни усложняется еще появлением метастазов в отдаленных органах, особенно в легких, дающих картину пневмоий и сопровождающихся кровохарканием и выделением мокроты.

При развитии влагалищной формы хорионэпителиомы или метастазов в этом органе первый симптом — кровотечение — появляется только после начала распада опухоли.

Узлы опухоли, развивающейся во влагалище, настолько характерны, что уже по одному виду мы можем распознать ее, даже если распад еще не наступил.

Диагностика хорионэпителиомы не всегда легка. Так, хорионэпителиома, развивающаяся в отдаленных органах, не дает вначале никаких симптомов. Правда, при подозрении на легочную форму нам может помочь рентген, так как метастатические узлы этой опухоли хорошо видны на рентгеновских снимках.

Если хорионэпителиома развивается первично в матке, она может не давать вначале выраженных симптомов, особенно в тех случаях, когда узлы опухоли располагаются в глубине мышечной стенки (интрамурально).

Легче всего диагностируется хорионэпителиома влагалища. Ее характерный малиновый цвет и шаровидная форма, мягкость и резкая отграниченность от соседних тканей позволяют сразу же поставить верный диагноз.

В сомнительных случаях нам может помочь реакция Апштейн-Цондека, так как именно при хорионэпителиоме количество пролана в моче значительно повышено.

Профилактика хорионэпителиомы, несомненно, должна заслуживать большого внимания врача. Если вспомнить, что хорионэпителиома особенно часто развивается после пузырного заноса, то становятся понятными и наши профилактические мероприятия. Каждая женщина, имевшая пузырный занос, должна находиться под бдительным врачебным контролем.

Если после опорожнения матки кровотечения не останавливаются или если они появляются спустя несколько недель или даже месяцев после аборта, мы должны думать о возможности хорионэпителиомы и, произведя пробное выскабливание, подвергать соскоб тщательному микроскопическому исследованию.

Так как хорионэпителиома чаще всего появляется на 6—8-й неделе после аборта, было предложено во всех случаях после пузырного заноса через 2 месяца производить в интересах своевременной профилактики выскабливание и тщательное микроскопическое исследование соскоба.

Неоднократно делались и более радикальные профилактические предложения — при обнаружении пузырного заноса каждый раз даже экстирпировать матку, чтобы избавить женщину от возможности хорионэпителиомы, которая, как уже было отмечено, развивается на 20 случаев заноса один раз.

Терапия хорионэпителиомы такова же, как и терапия рака матки. Наши наблюдения над лечением этой болезни лучами Рентгена и радия очень недостаточны и очень неутешительны. Вероятно, этим и объясняется, почему многие рентгенологи отказываются от лечения хорионэпителиом.

Ввиду того что хорионэпителиома все же в громадном большинстве случаев является тяжелейшим злокачественным новообразованием и случаи самоизлечения или излечения после недостаточно радикальных вмешательств вроде простых выскабливаний представляют несомненную редкость, мы считаем необходимым в каждом случае гистологически доказанного наличия хорионэпителиомы немедленно производить радикальную операцию, расценивая выжидательную терапию как ложный консерватизм.

Нам остается, таким образом, только оперативное лечение, которое по своей радикальности не должно уступать операциям рака шейки матки.

Для того чтобы закончить изложение главнейших форм заболеваний матки, нам следует остановиться на сравнительно редком заболевании, с которым к нам обращается ряд женщин. Это — атрофия матки.

VII. АТРОФИЯ МАТКИ

Мы знаем, что атрофия увеличенной пуэрперальной матки должна быть причислена к физиологическим состояниям и что правильное кормление грудью особенно способствует этой нормальной атрофии, нормальному обратному развитию матки.

Однако нередки и случаи атрофии патологической. Чаще всего она развивается как результат чрезмерно длительного кормления ребенка.

В этих случаях атрофия может дойти до крайних степеней, когда матка превращается в маленькое уплощенное тело, перестающее уже менструировать, даже после того как женщина прекращает кормление.

Правда, обычно спустя несколько месяцев аменоррея прекращается, и женщина снова начинает менструировать, и только в редких случаях менструации исчезают на месяцы, годы и даже навсегда.

Атрофия матки может развиваться и после выскабливаний, особенно после аборта, и нередко после ряда таких выскабливаний. Особенно часто приходится наблюдать ее, если врач при выскабливаниях стремится чрезмерно радикально удалять слизистую матки, соскабливая не только функциональный слой, но и

глубокие части слоя базального и даже частично мышечную стенку. В этих случаях отсутствие необходимого материала для регенерации слизистой оболочки матки может повести к образованию рубцовой поверхности в полости матки или даже к ее заращению, как это наблюдается при вапоризации.

Атрофия матки может развиваться также после тяжелых пuerперальных воспалительных процессов, при поражении воспалительным процессом труб и особенно после абсцессов в яичниках. В этих случаях, повидимому, дело идет о гормональном влиянии на матку.

Наблюдается атрофия и при тяжелых общих заболеваниях, как туберкулез, диабет, тяжелые формы нефрита, лейкемии, и при хронических отравлениях.

Общие инфекционные заболевания, как скарлатина, корь и дифтерия, также могут явиться причиной, вызывающей атрофию.

В большинстве случаев атрофия матки сопровождается тяжелым общим упадком питания. Прогноз для атрофии матки в общем довольно благоприятный. Чаще всего после устранения основной причины месячные все-таки появляются.

Терапия состоит не только в немедленном отнятии ребенка от груди, но и в усиленном питании, устранении от тяжелой работы и в лечении горячими спринцеваниями, диатермией, ионтофорезом и пр. Можно назначать и гормональные препараты, как пролан, фолликулин и др.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧНИКОВ (НЕОПУХОЛЕВОГО ХАРАКТЕРА)

1. Пороки развития яичников

Полное отсутствие яичников (aplasia ovariorum). Этот порок развития принадлежит к наиболее редко встречающимся. Раньше думали, что его можно находить только у нежизнеспособных уродов (Ольсгаузен, Нагель), однако в последнее время опубликовано несколько вполне достоверных случаев с полным отсутствием яичника и у взрослых женщин.

Отсутствие яичников всегда отражается на общем развитии индивида: субъекты, лишённые яичников, отличаются очень небольшим ростом, вплоть до карликового. Часть их, однако, обладает и высоким ростом, что обычно сопровождается ненормально поздним закрытием у них эпифизов и остановкой в окостенении. Чаще всего в половом отношении эти женщины имеют известные мужские признаки, так что клинически некоторые случаи, несмотря на строение половой сферы, могут быть отнесены к гермафродитизму. Обычно отсутствие яичников ведёт за собой и недостатки психического развития.

Внутренние половые органы у этих субъектов чаще всего полностью сохраняют женский тип. Наружные половые органы развиты плохо, влагалище очень узко и коротко, влагалищная часть матки уплощена, матка очень мала и чрезвычайно тонка. Тем не менее в большинстве случаев слияние мюллеровских ходов полностью закончено и признаков удвоения полового аппарата мы не наблюдаем. Трубы чаще всего очень тонки, но вместе с тем и чрезмерно длинны.

О генезе этого тяжёлого порока до сих пор идет в науке спор. Большинство авторов придерживается того мнения (Кэрмаунер), что порок этот — вторичного происхождения, т. е. они не допускают возможности образования и развития эмбриона при отсутствии половых клеток. При отсутствии яичников Кэрмаунер допускает возможность первоначального образования нормального зародыша с обычной половой железой и только в дальнейшем гибель этой железы.

В противоположность этому взгляду некоторые авторы (Менге, Оттинген) допускают возможность полного отсутствия образования половой железы, что они в противоположность последующей гибели этой железы называют *agenesia*.

Одностороннее отсутствие яичника встречается значительно чаще. Оно может наблюдаться при одностороннем развитии всей половой сферы, при *uterus unicornis*.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что нередко, несмотря на полное отсутствие одной из половин производных мюллеровских путей, ткань яичника на стороне отсутствующего рога все-таки может быть обнаружена.

В последнее время описан целый ряд случаев одностороннего отсутствия яичника, обычно сопровождавшегося и дефектами труб.

Одностороннее отсутствие яичника может быть объяснено не пороком эмбрионального развития, а механическими причинами, например, отшнуровкой этого органа перитонитическими спайками или перекручиванием придатков с последующей их гибелью. При этом от яичника могут оставаться частицы ткани, иной раз находимые в отдалении без какой бы то ни было связи с половой системой.

Недостаточное развитие яичников наблюдается нередко совместно с неправильным или недостаточным развитием и других отделов половой системы. При этом яичники могут быть очень малы и тверды и содержать мало примордиальных фолликулов. Наконец, в выраженных случаях паренхима полностью может отсутствовать, несмотря на то, что по величине яичник не уступает обычному. Недоразвитие яичников сопровождается различными расстройствами менструации, как аменоррея, или очень скудная менструация — дисменоррея. Женщины эти страдают стерильностью, отсутствием половой возбудимости, однако в некоторых случаях чувствуют себя в этом отношении совершенно нормальными.

В других случаях у женщин с недоразвитым или плохо развитым яичником менструация принимает характер кровотечений, особенно в период м е н а р х е.

Кровотечения эти могут быть объяснены главным образом плохим развитием мышечной стенки матки, не сокращающейся под влиянием яичникового воздействия и не способной к зажатию просветов кровеносных сосудов в матке.

Ставя клинический прогноз для этого страдания, никогда не следует спешить с ним, так как известно, что менструация может появиться впервые иной раз только после 20 лет. При этом даже в случаях такого позднего развития может наступить беременность и нормальные роды.

Т е р а п и я недостаточного развития яичников в противоположность терапии различнейших пороков половых органов, несомненно, дает нам значительно лучшие результаты.

Современное учение о возможности гормонального воздействия на яичник, а через него и на матку позволяет нам прибегать к более обоснованному лечению этого недостатка. И если до сих пор многие из нас еще не получили при этом хороших результатов, то можно быть уверенным, что неудача эта больше зависит от недостаточной чистоты самого препарата и от неправильного применения его, чем от недостатков самого метода.

С тех пор как большими дозами фолликулина и правильным назначением пролана удалось вызвать менструацию даже у женщин с удаленными яичниками, можно быть уверенным в хороших результатах гормонотерапии и при недоразвитой матке. Приходится назначать при этом большие количества гормональных препаратов, а это можно делать без вреда для больных только при точном количественном определении содержания гормонов в организме.

Гормональная терапия может быть, таким образом, проведена с наилучшим успехом в учреждениях с хорошо обставленной лабораторией, и неудачи, получаемые вне этих условий, не могут быть доказательными.

К терапии этого страдания может быть причислена целым рядом исследователей [Флау-гау, Талер (Thaler), Зэйгц] рентгенизация яичников малыми дозами — «раздражающее облучение».

Появление при этом менструации, а в некоторых случаях даже наступление беременности может объясняться тем, что под влиянием легкого облучения гибнет ряд фолликулов, освобождая значительное количество гормона. Это и служит известным гормональным толчком к дальнейшему функционированию яичника и к появлению менструации.

Попытки повысить функциональную деятельность яичника были сделаны впервые Буммом, который предлагал пересадку одного из недоразвитых яичников в другое место. Эта операция дала ему ободряющие результаты.

Применялся неоднократно и метод пересадки таким женщинам яичника, взятого от других женщин. Я лично наблюдал случай длительного положительного результата от такой пересадки, хотя чаще всего пересаженный яичник, взятый даже от человека, довольно скоро бесследно рассасывается.

В советской литературе также имеются сообщения об удачном применении операций пересадки яичников в различных ее формах (аутоотрапсплантация и гетеротрапсплантация).

Так, например, Вэртмицкий¹ пересадил женщине с удаленными перед этим оперативным путем яичниками и тяжкими явлениями выпадения яичник другой женщины. После этого оперированная менструировала больше 12 месяцев.

¹ Журнал акушерства и женских болезней, стр. 92, 1927.

Наблюдаются также, правда, очень редко, и **чрезмерно большие яичники**. В большинстве случаев они встречаются у недоразвитых субъектов, причем при исследовании яичник находят резко увеличенным, но не за счет паренхимы, а за счет соединительной ткани. В таких яичниках находят или очень мало фолликулов, или они полностью отсутствуют.

Только в редких случаях такой увеличенный яичник содержит и большое количество паренхимы. Так, Франке описал яичник у 24-летней нерожавшей женщины, у которой фолликулы в корковом слое располагались плотно друг около друга — вместо обычных 2—3 рядов в 10—20 рядов.

Чермауер удалил у девочки 16 лет, страдавшей идиотизмом и тяжелыми кровотечениями, оба яичника величиной каждый с апельсин, принятые им за кисты. При обследовании оказалось, что дело шло о колоссальных яичниках с широким корковым слоем, содержащим громадное количество примордиальных фолликулов с большим количеством двух- и трехядерных яиц.

Чрезмерно большие яичники, содержащие мало паренхимы, можно находить и при злоупотреблении женщиной курением, а также при ряде хронических отравлений.

Л е ч е н и е, конечно, состоит в устранении причин, вызывающих это страдание. Хорошие результаты дает лечение небольшими дозами рентгеновских лучей и особенно климатическое и грязевое лечение.

Здесь следует упомянуть и о не лишнем клинического значения **добавочном (аксессуарном) яичнике**.

Обычно добавочный яичник представляет небольшое образование величиной около конопляного зерна. Он сидит на ножке и прикрепляется нередко у самого нижнего края яичника, на заднем листке широкой связки.

Образование это только тогда может называться добавочным яичником, если оно содержит яйца и примордиальные фолликулы.

В аксессуарном яичнике могут развиваться и кисты, и опухоли другого характера.

Происхождение этих образований, повидимому, эмбрионального порядка. Возможно допустить существование как бы разделенных частей яичника, что, вероятно, является следствием перешнуровки первичного зачатка яичника воспалительными тяжами, торзией яичниковой ножки или давлением опухолей. В этих случаях принято говорить об *ovarium succenturiatum, s. disjunctum* или об *ovarium lobulatum, s. partitum*.

Наконец, еще до сих пор оспаривается возможность существования так называемого третьего яичника — *ovarium supernumeratum, s. tertium*. Третьим яичником может быть назван только такой, который соединен с маткой самостоятельной *lig. ovarii proprium*.

Все эти образования имеют клиническое значение в тех случаях, когда после двустороннего удаления яичников они могут оставаться незамеченными и впоследствии послужить причиной продолжения менструации.

2. Неправильности в положении яичников

Нормально яичник располагается несколько ниже плоскости входа в таз, куда он опускается из брюшной полости вместе с исчезающим постепенно вольфовым телом.

В некоторых случаях это опущение яичников бывает недостаточным, и яичник остается лежать высоко еще в полости большого таза над плоскостью входа в малый таз. Недостаточное опущение яичников обычно сопровождается рядом других пороков и прежде всего — недостатками развития в половой сфере, особенно инфантилизмом ее.

Очень часто при недостаточном опущении яичников мы встречаем и неправильные положения матки, особенно *retroversio uteri*.

Очень короткая *lig. ovarii proprium* способствует приближению яичников к матке, причем в случае полного отсутствия этой связки яичник своим медиальным полюсом непосредственно прикасается к матке.

Большое влияние на положение яичников оказывает и развитие *lig. rotundum*, несмотря на то, что анатомически связка эта не имеет непосредственного соединения с яичником. Укороченная круглая связка приближает дно матки к передней брюшной стенке, а вместе с тем и яичники к внутреннему отверстию

пахового канала, что может способствовать вовлечению яичника в паховый канал и облегчает образование *hernia ovarica inguinalis*.

До сих пор мы говорили об изменениях в положении яичников, возникших на почве пороков развития и недоразвития связок полового аппарата. Все перечисленные отклонения встречаются сравнительно редко. Гораздо чаще мы наблюдаем неправильности в положении яичников как следствие различных воспалительных процессов или новообразований самого яичника, а также и соседних органов.

Мы уже говорили о причинах, которые могут способствовать образованию *hernia ovarica inguinalis*. Чаще всего это опущение обнаруживается хирургами при операциях грыж, так как гинекологи сравнительно редко оперируют эти грыжи. Их встречают в большинстве случаев не у взрослых, а у детей.

Перемещенный в грыжу яичник находят увеличенным, он содержит фолликулы и нередко в нем обнаруживают кровоизлияния и отек.

В некоторых случаях такие яичники содержат различные опухоли, особенно при врожденных грыжах.

Такой яичник может не давать никаких болезненных симптомов. В других случаях, особенно в периоды предменструального набухания и образования желтого тела, он вызывает сильную болезненность. Но особенно сильные боли вызывает перекручивание ножки яичника и ущемление его. К счастью, эти осложнения наблюдаются редко.

Грыжи яичников не всегда ведут к бесплодию, описаны случаи беременности у женщин, страдавших двусторонней яичниковой грыжей.

Диагноз *hernia ovarica inguinalis* нередко представляет трудности. Следует обращать внимание на положение яичника, его величину, область тупого звука при перкуссии грыжи, а также на возможное увеличение органа и повышение болезненности при пальпации во время менструации.

Лечение паховой грыжи, содержащей яичник, должно быть преимущественно оперативным. У детей до 2 лет можно иногда попытаться репонировать выпавший яичник и закрепить это положение соответственной повязкой. При этом во многих случаях получалось длительное выздоровление.

При операции поступают по хирургическим правилам оперирования паховых грыж.

Если яичник нормален, его следует сохранить, вправив во время операции через расширенное грыжевое кольцо.

Из неправильных положений яичников следует упомянуть также об опущении яичников — *descensus ovarii*, или *ptosis*. Эта форма неправильного положения яичника, описанная впервые Зенгером и Пфанненштилем (*Pfannenstiel*), на мой взгляд, встречается далеко не редко. Яичник может опускаться книзу, доходя до дна дугласова пространства.

Нередко можно найти только один яичник опущенным, чаще, как мне кажется, правый. В некоторых случаях, пальпируя яичник, мы убеждаемся, что он ничем не отличается как по величине, так и по чувствительности от нормального. Однако большей частью мы находим его увеличенным и резко чувствительным, причем сами больные жалуются на боли *sub coitu* или при дефекации, вероятно, в момент прохождения мимо яичника твердых каловых масс.

Причиной таких опущений считают общий энтероптоз или местные явления, как тяжесть самого органа и воспаление его. Отмечают, кроме описанных симптомов опущения яичников, также дисменоррею, невротические реакции и боли в середине межменструального периода, которые связывают с овуляцией.

Терапия этого страдания, по мнению ряда гинекологов, в выраженных случаях должна быть оперативной, причем яичники, освобожденные из сращений, фиксируются несколькими швами на своей нормальной высоте. Предлагают перемещать яичник через сделанное отверстие в широкой связке и фиксировать его на переднем листке этой связки.

Другие, например, Штекель, считают фиксирующую операцию яичников — *ovarioptexia* — бессмыслицей.

Наблюдая несколько случаев опущения яичников с выраженной чувствительностью и увеличением органа, я ни разу не имел повода прибегать к ovariopexia и всегда противовоспалительным методом лечения, главным образом ихтиоловыми тампонами, добивался исчезновения жалоб больных, хотя яичник обычно и оставался опущенным.

Наконец, из неправильных положений яичника можно еще упомянуть о возможности перекручивания мезовария, что ведет иной раз, к отделению яичника от места своего обычного прикрепления. При полостных операциях или при вскрытиях трупов мы, правда, редко, можем убедиться в возможности таких перекручиваний и отделений яичников. Они, несомненно, происходят как в детском возрасте, так и у взрослых.

Отделившийся яичник может подвергаться полному рассасыванию или, имплатируясь, продолжать свое существование где-либо в брюшной полости, чаще всего в дугласовом пространстве или около мочевого пузыря, окутанный салником.

Как указывают клинические наблюдения, процесс перекручивания и омертвления ножки может протекать бурно при явлениях острого воспаления придатков, местного перитонита, ileus. Острые явления быстро исчезают и забываются больной.

3. Неправильности со стороны сосудистой системы в яичнике

Неправильности со стороны сосудистой системы в яичнике встречаются далеко не редко. Этому, несомненно, способствует наблюдающаяся периодически и при физиологических состояниях гиперемия яичников. Так, половое возбуждение, coitus, беременность и менструация, как известно, всегда сопровождаются гиперемией яичников.

Но наблюдается и ряд патологических состояний в кровоснабжении яичников. Из них прежде всего следует упомянуть о варикозности сосудов яичника как vasa spermatica, так и вен, расположенных между яичником и трубой. Варикозность этих сосудов, как это отмечалось не раз, может вести к ряду симптомов (длительные боли, бели, маточные кровотечения), исчезающих после удаления яичников.

Описаны и разрывы таких варикозных узлов, приводившие к тяжелейшим внутрибрюшным кровотечениям.

Кровотечения из яичников наблюдаются нередко даже при физиологических условиях, в момент образования желтого тела.

В яичниках может образоваться гематома или в форме ограниченных кровоизлияний, или в виде диффузного пропитывания яичников кровью. Последнее мы нередко наблюдаем после тяжелых инфекций или отравлений фосфором, токсинами, образующимися при обширных ожогах кожи, скорбуте и пр.

Тяжелые геморрагические изменения в яичниках в виде множественных кровоизлияний, отек и некроз при диффузных перитонитах и от различных механических воздействий на этот орган, например, после грубой пальпации и особенно после влагалищных экстирпаций матки, были отмечены неоднократно.

4. Атрофия яичников

Богато снабженный заложенный в нем яйцами уже в период фетальной жизни яичник с годами постепенно утрачивает свою паренхиму, которая к 47 годам почти совсем исчезает. Таким образом, можно говорить как бы о физиологической атрофии яичников.

Этот физиологический процесс протекает почти закономерно, хотя изредка наблюдаются и поразительные отклонения от него. Так, неоднократно в литературе указывалось, что иной раз яйца можно находить у женщин, достигших 80-летнего возраста. Особенно поучительны в этом отношении случаи поздней беременности, которая наблюдалась у женщин 52 и даже 60 лет.

Встречается и очень раннее прекращение менструации как следствие ранней гибели паренхимы яичника. Из целого ряда случаев такой болезненной аменор-

рей, являющейся следствием гибели паренхимы, т. е. атрофии яичников, можно указать на атрофию яичника вследствие рентгеновского облучения этого органа. Кастрационная доза этих лучей приводит к полной гибели всей паренхимы, как молодых, так и растущих фолликулов.

Несомненно, что атрофию яичников может вызвать целый ряд острых инфекционных заболеваний, как тиф, холера, малярия, тяжелые пурперальные септические процессы, эндокардит, пневмония, скарлатина, а также ряд отравлений: фосфором, мышьяком, морфином, никотином и др.

Ведут к атрофии яичников нередко и так называемые хронические инфекции, как туберкулез, сифилис (табес и паралич), а также тяжелые расстройства гормонального порядка, как диабет, и в некоторых случаях базедова болезнь, гипопитарное ожирение, акромегалия и микседема.

Особое место занимают некоторые операции, как, например, полное удаление матки и надвлагалищная ее ампутация.

В настоящее время может считаться установленным, что яичники после этих операций довольно быстро атрофируются, и даже стоит вопрос, решаемый очень различно о том, следует ли при этих операциях удалять яичники или оставлять их.

Клиника атрофии яичников характеризуется появлением аменореи, бесплодия и ряда явлений выпадения, за которыми следуют явления сморщивания половых органов. При частичном удалении яичников могут наступать *oligomenorrhoea* или *dysoligomenorrhoea*.

Лечение атрофии яичников представляет большие трудности. Если причина, вызывающая это страдание, устранима, задача решается просто, но, к сожалению, в большинстве случаев дело обстоит иначе. Что даст нам многообещающая гормонотерапия, пока еще не выяснено. В некоторых случаях положительные результаты получены от облучения гипофиза слабыми дозами рентгена.

5. Воспаление яичников

Клинически воспаление яичников представляет одну из наиболее частых форм заболеваний половой сферы женщины.

Однако, несомненно, что эта клинически определяемая форма заболеваний яичников встречается так часто только потому, что диагноз «оофорит» ставится для целого ряда заболеваний, ничего общего с воспалением не имеющих.

Сверх того, теснейшая анатомическая связь яичника с трубой, особенно участие его почти во всех процессах выраженного поражения трубы, в большинстве случаев не позволяет при исследовании детально отграничить заболевания трубы от заболевания яичников, что нередко также ведет к неточностям диагноза.

Если стать на единственно правильную точку зрения и понимать под воспалением яичников только те случаи заболевания яичников, которые обоснованы инфекцией этого органа и носят свойственные каждому воспалению признаки, как гиперемия, появление экссудата, воспалительная инфильтрация, присутствие так называемых плазматических клеток, некроза ткани, — то мы увидим, что из целого ряда патологических форм, которые раньше причисляли к оофоритам, придется отделить большую группу заболеваний, которые не могут быть причислены к оофориту и должны быть выделены в особые группы патологии этого органа.

Так, например, из группы истинных воспалений яичника следует выделить так называемые токсические формы (Славянский), развивающиеся при отравлении мышьяком или, например, фосфором, так как при этой форме заболевания хотя и наблюдается гиперемия и кровоизлияние, но нет воспалительного процесса.

Не следует считать воспалением яичника и ряд патологических форм, называвшихся раньше идиопатическими воспалениями яичника, к которым причисляли самые разнообразные формы, например, мелкокистозное перерождение

яичников, эндометриоз этого органа, кисты желтого тела и, вероятно, многие другие.

Таким образом, подобно тому как и в учении об эндометрите произошла значительная дифференциация старых форм заболеваний слизистой матки, так и при воспалении яичника мы должны более детально разграничить все те многообразные формы заболеваний этого органа, в основе которых лежат процессы, несомненно, совершенно отличные от воспаления.

Истинные оофориты, обусловленные инфекционным воспалением яичников, подразделяются на острые оофориты и оофориты хронические.

Сверх того, еще со времени капитальных работ Славянского мы различаем паренхиматозный оофорит и оофорит интерстициальный, соответственно тому, поражен ли фолликулярный аппарат или соединительнотканная строма яичника. Конечно, встречаются и смешанные формы этих двух видов воспаления.

Возбудители инфекции могут быть принесены к яичнику различными путями: по кровеносным сосудам, лимфатическим путем и из соседних органов *per continuitatem*.

Гематогенная инфекция в яичниках, повидимому, встречается очень редко. Несомненно, чаще встречается инфекция, достигшая яичников лимфогеиным путем, особенно в послеродовом периоде и после аборта, а также как следствие различных интраматочных манипуляций.

Очень часто инфекция провикает к яичникам из труб, особенно при гоноррее (Вертгейм, Мепге). Не исключена, конечно, возможность инфицирования яичника и со стороны кишечника, особенно при аппендиците.

При остром гнойном воспалении яичников находят гнойники и в трубах, причем эти два гнойника спаиваются, превращаясь в одну общую тубо-овариальную массу.

Из возбудителей инфекции указывают прежде всего на гонококк, очень часто на *b. coli*, а затем уже на стрептококк, стафилококк, пневмококк и другие более редкие формы.

Анатомически при остром интерстициальном диффузном оофорите яичник бывает увеличенным, мягким и более нормального эластичным, с переполненными кровью сосудами, причем на его поверхности можно встретить точечные кровоизлияния. Позднее на поверхности яичника отлагается фибрин, что в результате ведет к образованию воспалительных отложений и спаек.

При микроскопическом исследовании обнаруживают расширенные, переполненные кровью сосуды, а на поверхности яичника — кровоизлияния. Большие фолликулы несут все признаки гибели. Лейкоциты, инфильтрирующие местами в строму, проникают и в полость фолликулов. В результате фолликул представляет картину нагноения. Несколько позже начинается процесс восстановления: жидкость и гной всасываются, появляются целые инфильтраты плазматических клеток, образуется грануляционная ткань и постепенно весь гнойный очаг замещается ею.

Такому же процессу нагноения и образования абсцесса может подвергнуться не только фолликул, но и желтое тело (*abscessus corporis lutei*).

Величина абсцессов яичника очень различна, начиная от маленьких, едва заметных, до величины головы поворожденного.

Исход этого тяжелого процесса может быть различен. Нередко наблюдаются перитонит и летальный исход. Большие абсцессы могут привести к разрушению всей ткани яичника — *putrescentia ovarii*, к прорыву гноя в брюшную полость или в слепую кишку, в *flexura sigmoidea*, в толстую или тонкую кишку, реже — во влагалище, мочевой пузырь и даже через брюшную стенку наружу.

В некоторых случаях абсцесс месяцами и даже годами лежит в брюшной полости, вызывая целый ряд разнообразных болезненных симптомов.

Особую форму представляют так называемые тубо-овариальные абсцессы. Можно думать, что они образуются в результате сращения гнойника трубы с яичником. Если при этом граафов фолликул лопнет в направлении полости трубы, то в него попадает гной, и в полости фолликула начинает

образовываться новый абсцесс. Можно допустить и обратный процесс, когда гнойник яичника вскроется в трубу и поведет к образованию в ней пиосальпинкса, спаянного в одно целое с абсцессом в яичнике.

Клиническая картина острого гнойного воспаления яичников протекает обычно также с явлениями общего сепсиса или септикопиемии при выраженной картине перитонита. Вследствие этого данная форма заболевания лишена особых признаков и в большинстве случаев протекает под диагнозом «перитонит».

Из всего сказанного понятны и трудности постановки диагноза при остром гнойном воспалении яичников.

Лечение в острых случаях состоит в полном покое и в назначении льда на живот. Нередко больные лучше переносят тепло или согревающие компрессы. Для успокоения болей назначают опий, морфий, пантопон, аспирин, пирамидон и др. Обычно после такого лечения наступает полное выздоровление.

Когда острое воспаление полностью затихнет, можно приступить к активной рассасывающей терапии, вначале применяя ее с большой осторожностью, чтобы не вызвать новой тяжелой вспышки воспаления.

Только в исключительных редких случаях, не поддающихся лечению и постоянно ведущих к вспышкам, можно решиться на оперативное лечение, состоящее в удалении пораженного яичника.

Консерватизм в этом вопросе, которого придерживается большинство современных гинекологов, мне кажется, не всегда оправдывается. Мне приходилось наблюдать тяжелые двусторонние абсцессы tubo-овариального характера, оперированные как *ultimum refugium* не только в субфебрильном периоде, но и почти в остром, с прекрасным результатом после многих месяцев тяжелого состояния больной.

Под хроническим оофоритом мы должны понимать только истинные воспалительные процессы в яичнике, при которых воспалительный инфильтрат захватывает только ограниченные участки ткани в течение долгого времени. Сюда могут быть причислены и те случаи бывших абсцессов яичника, которые находят в периоде излечения.

6. Особые виды заболеваний яичников

Трудно признавать воспалением яичника такие процессы, как эндометриоз яичника, хотя ряд авторов считает эндометриоз результатом воспалительного процесса.

Не следует также относить к воспалениям яичника и так называемое мелкокистозное перерождение яичника, упоминаемое во всех старых учебниках, а в настоящее время и Штеккелем причисляемое к особым формам оофорита.

Мелкокистозное перерождение яичников. Эта форма заболевания яичников, описанная впервые Гегаром, а у нас Славянским, сразу же была причислена к воспалениям яичника, причем Славянский считал ее даже одной из частых форм хронического воспаления этого органа.

Прежде думали, что мелкокистозное перерождение дает ряд клинических симптомов и ведет главным образом к неравномерным и сильным менструациям; однако в настоящее время с несомненностью выясняется, что при мелкокистозном перерождении месячные могут сохранять совершенно правильный характер.

Макроскопически яичник при мелкокистозной дегенерации несколько увеличен и покрыт многочисленными, выступающими на его поверхности фолликулами различной величины, начиная от просяного зерна до горошины. Внутренняя поверхность фолликулов или совершенно лишена гранулезных клеток, или содержит только остатки их. Теза фолликула отчетливо утолщена. В таком яичнике можно встретить и желтые тела, и атрезирующиеся фолликулы на всех стадиях развития.

Циглер (Ziegler) объясняет процесс возникновения этой формы заболевания яичника гиперемизацией органов малого таза, что улучшает, по его мнению,

условия роста фолликулярного аппарата. Иначе говоря, он рассматривает этот процесс как гиперплазию фолликулов яичника (рис. 196).

Конечно, такое формальное объяснение возникновения этой особой формы заболевания яичников не может нас удовлетворить. Один только факт, что в половине случаев мелкокистозное перерождение яичников сопровождается воспалением в окружности этого органа, не может говорить за воспалительное его происхождение. Помимо того, что мы очень часто встречаем мелкокистозное перерождение без каких-либо признаков воспаления, мы наблюдаем его нередко у девочек в период полового созревания.

Я мог убедиться, что у телят яичники почти всегда имели тот характер, какой мы встречаем у женщин при мелкокистозном перерождении.



Рис. 196. Мелкокистозное перерождение яичника.

a — вид снаружи; *b* — вид на разрезе.

Это все заставляет меня полностью отказаться от пока еще распространенного мнения о воспалительном происхождении этой формы и видеть в ней какой-то до сих пор невыясненный процесс не воспалительного, а функционального порядка.

С клинической точки зрения для меня не представляет сомнения то, что мелкокистозная дегенерация яичника не является постоянным, необратимым процессом, наподобие бластоматозных опухолей. Я неоднократно убеждался в том, что яичники эти под влиянием времени принимают совершенно нормальный вид. Поэтому я считаю недопустимым применение оперативных пособий, как удаление яичников, или их резекции, тем более что я не раз убеждался в том, что после резекции яичников тяжелые менструальные потери, которые отнесли за счет мелкокистозного перерождения, продолжались.

Наконец, в яичнике может развиваться и внематочная беременность, о которой будет говориться в специальной главе.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Все опухоли яичников могут быть разделены на две основные группы: 1) небластоматозные, непролиферирующие, опухоли яичника и 2) бластоматозные, пролиферирующие, опухоли яичника.

Под бластоматозной опухолью мы понимаем истинные опухоли, т. е. такие, которые обладают присущим их тканям автономным — не зависимым от тканей самого организма, неограниченным ростом — теоретически даже беспредельным ростом.

В противоположность этому небластоматозные опухоли обладают как бы стабильным состоянием, и когда они достигнут известной степени развития, они утрачивают свою способность увеличиваться и должны подвергнуться обратному развитию. Поэтому все небластоматозные опухоли достигают только небольшой величины, в то время как бластоматозные могут достигать огромных размеров.

1. НЕБЛАСТОМАТОЗНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Небластоматозные, иначе — непролиферирующие, опухоли все принадлежат к ретенционным кистам. По своему гистогенезу они могут быть разделены на два вида: кисты, развивающиеся из фолликулов, и кисты, образующиеся из желтого тела.

1. **Фолликулярными кистами** мы называем небольшие кисты, обычно не превышающие по своим размерам величины куриного яйца. Они тонкостенны и имеют гладкую поверхность.

В соединительной ткани их стенки наблюдается гиалиновое перерождение. Внутренняя их поверхность обычно покрыта одним, а иной раз ясно выраженным по местам и двойным слоем эпителиальных гранулезных клеток.

Жидкость, заполняющая такую кисту, не густа, не содержит ни слизи, ни псевдомуцина. Яйца в таких кистах обнаружить не удается.

Кисты эти развиваются в направлении брюшной полости и обычно бывают свободны от воспалительных сращений. В их стенках нередко можно легко обнаружить остатки совершенно нормальной яичниковой ткани, а в ней фолликулы и даже нормально развивающиеся желтые тела.

2. Под названием **кист желтого тела** описаны различные опухоли.

Из них мы остановимся на следующих формах кист:

- а) кисты желтого тела и атрезирующихся фолликулов (лютеиновые кисты);
- б) кисты, встречающиеся при пузырьном заносе и хорионэпителиоме;
- в) шоколадные или дегтярные кисты.

а) **Л ю т е и н о в ы е к и с т ы** обычно содержат в своих стенках совершенно отчетливый желтый слой. Клинически не всегда можно отличить кисту желтого тела от кисты атрезирующегося фолликула, так как в тех случаях, когда кисты развиваются из атрезирующегося фолликула, тека-лютеиновая прослойка может быть настолько хорошо выражена, что будет совершенно похожа на желтый слой кисты истинного желтого тела.

По исследованиям Р. Мейера и его лаборатории, а также Р. Шредера, можно считать доказанным, что внутренний покров этих кист прodelывает тот же цикл изменений, как и в нормальном желтом теле, т. е. его клетки постепенно переходят в стадию пролиферации, васкуляризации и в стадию выраженного обратного развития с накоплением очень большого количества липоидов в протоплазме клеток.

Усиленная васкуляризация стенок кисты желтого тела нередко ведет к кровотечениям в полость кисты, вследствие чего содержимое ее окрашивается в красный цвет.

б) Особую форму лютеиновых кист представляют кисты, которые встречаются при пузырном заносе и при хорионэпителиомае. В большинстве случаев здесь дело идет о двусторонних кистах величиной с апельсин, изредка достигающих величины кулака.

Далеко не каждый пузырьный занос сопровождается возникновением таких кист. Некоторые приводят цифру в 59%, однако этот процент нам представляется чрезвычайно большим. Часть авторов утверждает, что кисты эти начинают развиваться еще в период беременности, до ее нарушения. Тем не менее в большинстве случаев нам удается определить их только после рождения пузырьного заноса — в пуэрперальном периоде.

Есть указания, что кисты эти развиваются только после родов, достигают в течение 20—30 дней максимальной величины, до размера апельсина, и затем так же быстро развиваются обратно. Поверхность кисты гладка, в некоторых случаях слегка сморщена, окрашена в бурый цвет.

Содержимое таких кист жидкое, в некоторых случаях густое, окрашенное то в желтый цвет, то в коричнево-красный.

Я не наблюдал особых расстройств в течение пуэрперального периода при этих кистах, однако отмечены и осложнения, как перекручивание кисты и легкость ее нагноения.

в) Наконец, в особую форму может быть выделена киста, очень часто называемая шоколадной или дегтярной. Киста эта небольшой величины, нередко двусторонняя, содержит окрашенную в темнокоричневый цвет довольно густую жидкость и обыкновенно сопровождается тяжелыми воспалительными спайками с соседними органами.

Эти шоколадные кисты в последнее время возбудили особый интерес исследователей. По одним авторам, они являются следствием имплантации в яичниках эндометрия, принесенного сюда по трубе из полости матки, привнесшегося здесь и прodelывающего все фазы менструального цикла вплоть до выделения менструальной крови. Таким образом, в понимании этих ученых содержимое шоколадных кист есть продукт секреции эктопической слизистой оболочки матки, смешанный с кровью и сходный с тем, который мы находим при гематометре.

Согласно другим авторам, источником этих кист считается серозный эпителий, внедряющийся в подлежащую ткань и образующий в ней железистые ходы, которые последовательно уже и превращаются в кисты. Иначе — эти опухоли трактуются как adenoserositis в яичнике.

Таким образом, хотя гистогенез этих опухолей пока остается еще невыясненным, однако обе теории, предложенные для объяснения гистогенеза шоколадных кист, не позволяют причислять эти кисты к кистам желтого тела, а относят их к особой группе опухолей, которые должны быть причислены к эндометриозам яичника.

Клинически шоколадная киста отличается от кист желтого тела своей меньшей подвижностью, так как она почти всегда фиксирована воспалительными спайками. Обе кисты растут одинаково медленно, никогда не достигают большой величины и могут подвергаться процессу обратного развития.

Нередко они не дают никаких симптомов или сопровождаются слабо выраженными болями, особенно в дни менструации.

Обе эти кисты могут самостоятельно или в момент исследования разрываться и освобождать свой секрет в брюшную полость.

Фолликулярные кисты так же, как и кисты желтого тела, могут самопроизвольно излечиваться. Далеко не редко можно отчетливо ощутить,

как при исследовании киста, достигающая величины куриного яйца, разрывается без всякой реакции со стороны больной. Повторно исследуя таких больных, даже спустя два-три месяца, можно не обнаружить у них никаких изменений в яичнике.

Д и а г н о с т и к а небластоматозных, ретенционных кист далеко не всегда легка. Особенно трудно определить кисты шоколадные, прикрытые плотными спайками и часто фиксированные ими к самой матке, как полностью неподвижные и неотделимые от матки тела. Однако точная диагностика именно при этих опухолях является чрезвычайно желательной, так как небластоматозные опухоли, особенно фолликулярные кисты и кисты желтого тела, в большинстве случаев не требуют оперативного вмешательства, которое является неизбежным при кистах бластоматозных, пролиферирующих.

Особенно необходимо придерживаться выжидательного метода при кистах желтого тела, развивающихся при пузырьном заносе.

Я несколько раз наблюдал, как быстро исчезали эти кисты, хотя в последнем наблюдавшемся мною случае пришлось прибегнуть к операции вследствие необычно тяжелого и длительного маточного кровотечения, которое мы не могли остановить другими способами.

II. БЛАСТОМАТОЗНЫЕ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Бластоматозные опухоли яичника представляют обширнейшую группу новообразований, которые по своему строению, по своей величине и форме отличаются чрезвычайно разнообразием.

Трудно определить частоту этого заболевания. Большие гинекологические клиники, подсчитывая число бластоматозных опухолей по отношению ко всем поступающим как в их стационар, так и в их амбулаторию больным, дают очень различные цифры. В среднем цифра заболевания опухолями яичника по отношению ко всем гинекологическим больным в больших клиниках колеблется в пределах 3—4%.

Таким образом, частота опухолей яичников почти равна частоте миом и рака шейки матки. По материалам моей клиники, опухоли яичника, однако, стоят по своей частоте на третьем месте. Первое занимают миомы, второе — раки шейки матки и только третье — опухоли яичников.

По обширному материалу Ольсгаузена опухоли яичников сообразно возрасту больных распределяются так:

Возраст	Количество случаев
Моложе 10 лет	61
20—29 лет	490
30—39 »	499
40—49 »	375
Старше 50 лет	342

Несмотря на то, что бластоматозные опухоли яичников чрезвычайно разнообразны по форме и росту, все они имеют много общего в строении.

Так, развиваясь из яичника, они могут разрастись в сторону брюшной полости и в результате образовать опухоль очень различной величины, соединяющуюся с широкой связкой или широким основанием, или вытягивая ее в длинную ножку, мало ограничивающую подвижность опухоли и позволяющую ей передвигаться в некоторых случаях до самых отдаленных пунктов брюшной полости. При направлении роста опухоли вглубь между листками широкой связки они дают так называемые межсвязочные опухоли, мало подвижные и прочно связанные с отесненной ими в сторону маткой.

Н о ж к а, развивающаяся при кистах, образуется из связок, которыми фиксируется нормальный яичник, т. е. из *lig. ovarii proprium*, *lig. infundibulopelvicum* и участка широкой связки, лежащего между ними, — *mesovarium*. Разрастаясь, опухоль вытягивает все эти связки и обычно вовлекает в образующуюся ножку и трубу.

Одновременно с ростом опухоли утолщается и удлиняется и ее ножка, утолщается нередко и труба. Ширина и длина ножки бывают очень различны — от тонкого почти треугольного в разрезе тяжа до широкой, величиной с ладонь; причем вместо короткого образования длиной в 1—2 см мы можем иной раз найти длинную ножку в 10—15 см.

Сосуды, питающие опухоль, приходят к опухоли из *lig. infundibulo-pelvicum* — *a. spermatica, s. ovarica* — и с противоположной стороны от матки — из *ansa uterina* (но не по *lig. ovarii proprium*). Рядом с утолщенными и расширенными артериями проходят многочисленные широкие вены.

Ножка опухолей яичников, несомненно, имеет большое влияние на рост их уже потому, что через нее идет кровоснабжение опухоли. Сверх того ножка позволяет опухоли выходить из малого таза, в котором пространственные соотношения очень ограничены, в большой таз, где опухоль может достигать громадных размеров.

Вместе с тем ножка опухоли является нередко и причиной ряда осложнений в росте опухоли. Давая широкие возможности опухоли двигаться по брюшной полости, она может перекручиваться, и если это перекручивание велико (более 90°), то оно ведет к затруднению кровообращения в скрученных сосудах, а иной раз и к полному прекращению кровообращения, т. е. к лишению опухоли притока необходимого для нее питательного материала.

Выходя из малого таза в большой, опухоль вытягивает за собой и трубу, которая, увеличиваясь, достигает иной раз громадных размеров, обычно располагаясь на нижней поверхности опухоли.

Поднимаясь из малого таза, опухоль подтягивает на известную высоту за собой и матку, а в некоторых случаях и мочевой пузырь. Распространяясь в брюшной полости, она оттесняет вверх тонкие кишки и сальник.

Возможность интралигаментарного, межсвязочного, роста blastom яичников, так часто отмечаемая в отчетах целого ряда операторов, в настоящее время подвергается большому сомнению.

Повидимому, интралигаментарно могут расти только злокачественные опухоли, особенно рак, который имеет свойство распространяться по лимфатическим сосудам, а следовательно, раздвигая листки широкой связки, врастать в нее.

Да и раки яичника обычно растут интралигаментарно не полностью, а только частично.

Невозможно, мне кажется, оспаривать — по крайней мере для большинства случаев — мнение Кермаунера, что те опухоли, которые регистрируются так часто как интралигаментарные, должны носить иное название, например, называться псевдоинтралигаментарными или ретролигаментарными, так как большинство их, если не все, чаще всего образуется не как следствие врастания опухоли в широкую связку, а как результат тяжелых и плотных сращений опухоли, располагающейся позади широкой связки, с окружающей ее брюшиной дугласова пространства.

При операциях удаления опухолей яичника поражает, как часто опухоль бывает сращена с окружающими тканями. Некоторые операторы определяют это в 72% случаев.

Сращения могут распространяться или только на участки опухоли, или окутывать ее полностью, при этом в сращении может участвовать не только брюшина, покрывающая тазовые органы и дугласово пространство, но и тонкие и толстые кишки, вплоть до ободочной кишки, и даже нижняя поверхность печени.

Едва ли можно сомневаться в том, что причиной сращений служит трение, давление, ведущие к некрозу или к обнажению эпителиального покрова такого пластического органа, каким является брюшина.

Как думают некоторые исследователи, легкость, с которой наступают сращения, и особенно, как мне приходилось не раз наблюдать, клиническое отсутствие признаков бывшего воспаления дают право предполагать, что дело здесь идет о каких-то местных токсических раздражениях.

Если для опухолей небластоматозного происхождения, как шоколадные кисты, большое значение в возникновении сращений можно приписать воспалению, то для истинных бластоматозных опухолей моментами, способствующими возникновению сращений, служат прежде всего перекручивание ножки, а затем кровотечения от травмы, частичные разрывы кисты с выходом из нее содержимого и особенно частичные некрозы стенок опухоли.

Сращения, в зависимости от времени их возникновения, могут быть очень прочны. Они несут в себе сосуды, в некоторых случаях настолько совершенные, что эти сосуды бывают в состоянии поддерживать питание даже опухоли, полностью отделившейся от исходного места.

Весьма редко сращения окутывают всю опухоль, причем в образовании таких сращений принимают участие чуть ли не все органы брюшной полости, особенно сальник, который действительно является стражем всей брюшной полости, немедленно устремляясь к тому месту, где может произойти прорыв.

Свежие сращения очень легко отделяются тупым путем с характерным треском; старые же иной раз настолько прочны, что их можно отделить только ножницами. В сращениях, соединяющих сальник с кистами, нередко проходят сосуды, которые при удалении кисты требуют перевязки.

С клинической точки зрения имеет большое значение **п е р е к р у ч и в а н и е п о ж к и о п у х о л и**.

Уже как только опухоль поднимается из полости малого таза в большой таз, происходит поворот всей опухоли по ее горизонтальной оси. Это объясняется тем, что первоначальное место прикрепления ножки, располагавшееся на передней поверхности опухоли, передвигается к низу.

При свободном перемещении опухоли в брюшной полости может происходить поворот опухоли и в других направлениях, а следовательно, и известная степень перекручивания ножки. Однако эти, обычно небольшие, перекручивания, повидимому, не имеют особого патологического значения.

Перекручивание начинает сказываться только тогда, когда оно уже отражается на циркуляции крови в кровеносных сосудах ножки; в этих случаях принято уже говорить о **т о р з и и (torsio pedunculi)**.

Торзия является довольно частым осложнением при опухолях яичника. По Мартину, торзия наблюдается в 15—20% всех случаев опухолей яичников (рис. 197).

Причины торзии остаются до сих пор не вполне выясненными, хотя по этому вопросу существует целый ряд теорий и предположений.

Раньше думали, что торзия происходит совершенно случайно. Однако вряд ли это верно, так как перекрутившаяся киста, повидимому, имеет склонность всегда вращаться в одну и ту же сторону. За это говорит то, что очень часто мы наблюдаем перекручивание в виде спирали в одном и том же направлении по 4—5 раз.

Впервые хирург Кюстнер отметил, что левосторонние опухоли в большинстве случаев закручиваются вправо, а правосторонние — влево. Отмечено, что для возникновения торзии имеет значение состояние брюшной стенки, так как у многоплодных с большим объемом брюшной полости торзия наблюдается чаще. Зельгейм отмечает, что внезапная остановка вращательного движения туловища, передающееся и опухоли, может способствовать перекручиванию. Так, он говорит, что торзия чаще всего образуется во время покоса, при танцах, при рубке леса, гимнастике или даже при быстрых поворотах в кровати.

Способствуют перекручиванию и другие причины, как беременность, односторонний рост опухоли, опорожнение соседних полых органов, иначе — целый ряд причин.

Пейер объясняет некоторые виды перекручивания **г е м о д и а м и ч е**



Рис. 197. Torsio cystae.

с к и м и у с л о в и я м и, понимая под этим разницу в давлении в сосудах ножки.

При торзии ножки перекручивается обычно и труба. Нередко торзия отражается и на положении матки и мочевого пузыря.

В некоторых случаях, особенно если торзии предшествовали сращения соседних органов с ножкой, в перекрученную ножку вовлекаются сальник и кишечник, особенно петли тонких кишок.

Торзия может или произойти внезапно, или развиваться очень медленно. Так, при операциях, разворачивая перекрученную многократно ножку, мы нередко можем убедиться по ее сращениям и по ее виду, что дело здесь идет о старом процессе, внезапно закончившемся тяжелыми явлениями в результате последнего поворота опухоли.

Сомнительно, чтобы перекрученная и давящая симптомы торзии опухоль могла самопроизвольно раскрутиться.

Как было отмечено, вследствие перекручивания ножки происходит значительное нарушение циркуляции крови по ее сосудам; артериальная кровь может еще продолжать поступать в опухоль, отток же по более податливым венам может совершенно прекратиться. Опухоль резко отекает, происходят многочисленные кровоизлияния в стенки кисты и в ее полость.

Лишенная питания киста теряет свой поверхностный эпителий и быстро спаивается с прилегающими к ней органами. Вся опухоль приобретает темно-вишневый цвет, по которому перекрученную кисту так легко распознать уже в момент вскрытия брюшной полости.

Со временем опухоль теряет свою окраску, постепенно становясь коричневой. Сращения крепнут, обогащаются сосудами, и опухоль может и дальше пребывать в брюшной полости, так как опять начинает получать из новообразованных сосудов достаточное питание.

Чаще в стенках ее наступает гиалиновое перерождение, затем некроз и отложение извести. В этих случаях, если опухоль своевременно не будет удалена, может наступить некроз, ломкость тканей, разрыв стенок, кровотечения в брюшную полость и, наконец, даже инфицирование мертвой ткани гематогенно принесенными к ней бактериями, нагноение, распад и гангрена с перитонитом.

Развиваясь постепенно, перекручивание может, особенно вначале, не давать почти никаких симптомов. Появляются только небольшие боли, локализующиеся в месте перекручивания, и только позже — учащение пульса. Боли постепенно усиливаются, и в тот момент, когда сосуды в ножке станут окончательно непроходимыми, разыгрывается картина острого внезапного перекручивания, складывающаяся из резких болей, даже коллапса, вздутия живота, учащенного пульса, тошноты и рвоты — явлений, характерных для перитонеального шока.

Иногда симптомы перекручивания как бы стихают, а затем снова и снова повторяются. В этих случаях дело идет именно о многократном спиралеобразном закручивании ножки, при котором последний поворот, ведущий к катастрофе, наступает не сразу.

Клиническая картина особенно острого перекручивания ножки опухолей нередко напоминает картину внематочной беременности.

Целый ряд опухолей яичников сопровождается образованием в брюшной полости свободной жидкости — а с ц и т о м.

Асцит может развиваться не только при злокачественных опухолях яичника, но и при совершенно доброкачественных. Частота его определяется чрезвычайно различно, так как граница между нормальным количеством жидкости, содержащейся в брюшной полости, и патологическим трудно определяема.

Выраженный асцит, согласно приводимым в литературе цифрам (А. Мейер и др.), при доброкачественных опухолях наблюдается приблизительно в 12% при злокачественных же мы находим его в 2 раза чаще.

Кровянистый асцит может быть обнаружен почти исключительно только при злокачественных опухолях.

Причиной асцита служит хроническое механическое раздражение опухолью

брюшины; однако в некоторых случаях, особенно при злокачественных новообразованиях, асцит развивается там, где такое раздражение ничем не отличается от обычного, а потому некоторые авторы (Пфанненштиль и А. Мейер) допускают возможность химического токсического раздражения веществами, выделяемыми клетками злокачественных опухолей.

Количество жидкости, накапливающейся в брюшной полости, может быть очень большим, по объему во много раз превышающим величину опухоли.

Классификация различных форм бластоматозных опухолей неоднократно подвергалась и продолжает подвергаться различным изменениям, однако почти во всех новых подразделениях опухолей на группы в общем удерживается старая классификация, впервые предложенная Вальдейером.

Заслуживает полного внимания замена старого термина «истинная опухоль» или «пролиферационные новообразования» термином «бластоматозные опухоли», введенным в современную классификацию Р. Мейером и широко распространенным в настоящее время в онкологии.

Ниже я приведу классификацию, разработанную преимущественно Пфанненштилем, несколько измененную Франке и отчасти Р. Мейером.

Соответственно этой классификации все бластоматозные (пролиферирующие, истинные) опухоли делятся на три группы, из которых каждая в свою очередь подразделяется на подгруппы:

А. Эпителиальные опухоли

1. Доброкачественные (*adenomae* или *adenocystomae* или *cystadenomae*).
 - а) *Cystadenoma pseudomucinosum* (по новой номенклатуре — *blastoma epitheliale pseudomucinosum*).
 - б) *Cystadenoma serosum* (по новой номенклатуре — *blastoma cylio-epitheliale*).
2. Злокачественные — раки (*carcinoma*).

В. Соединительнотканые (*desmoidea*)

1. Доброкачественные (*fibroma* и *fibromyoma*).
2. Злокачественные (*sarcoma*).

С. Опухоли, содержащие продукты ряда зародышевых листков, — оогенные (Пфанненштиль)

1. Доброкачественные (дермоид).
2. Злокачественные (тератома).

Ниже мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся формы бластоматозных опухолей яичников, придерживаясь только что изложенной схемы.

А. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Как мы уже говорили, их лучше назвать эпителиальными бластомами яичника, которые, как видно из приведенной схемы, делятся на две группы: доброкачественные эпителиальные бластомы, называемые также аденомами, и злокачественные эпителиальные бластомы, или раки (*carcinomae ovarii*).

1. Эпителиомы, доброкачественные бластомы (*Adenocystomae* или *Cystadenomae*)

Эпителиальные доброкачественные бластомы (*adenoma*) были впервые выделены в одну общую группу Вальдейером, назвавшим эти опухоли *cystadenoma* и впервые разграничившим их на *cystadenoma proliferum glandulare* и *cystadenoma proliferum papillare*.

Пфанненштиль считал необходимым при классификации этих двух видов опухолей принимать во внимание и изученный им подробно характер содержимого этих кист, а потому и предложил называть эти кисты *cystoma proliferum glandulare pseudomucinosum* и *cystoma proliferum papillare serosum*, так как в первой форме кист содержимое носит обычно желеобразный характер, во втором же — в папиллярных кистах — серозный.

Р. Мейер, в противовес устоявшейся и принятой большинством авторов терминологии, не без основания признает необходимым считаться при классификации разбираемых нами опухолей не с характером их содержимого, а с характером эпителиального покрова внутренней поверхности кист как производителя их содержимого. Вместе с тем слово *cystoma* он заменяет словом *blastoma* и, таким образом, для первой группы опухолей, для *cystoma proliferum glandulare pseudomucinosum* предлагает более краткий и более соответствующий современной онкологии термин — *blastoma epitheliale pseudomucinosum*, а для второй — *cystoma proliferum papillare serosum* — название *blastoma cilio-epitheliale*.

Кермаунер, признавая не только за эпителием повообразовательную способность в росте этих аденом, со своей стороны также вводит некоторые изменения. Взамен общего для упомянутых двух групп доброкачественных эпителиальных опухолей яичников термина *аденомы* он считает более правильным ввести термин *аденофибромы яичников*.

Несомненно, что предложенные Р. Мейером и Кермаунером изменения уточняют и даже упрощают общепринятую терминологию, а потому мы считаем крайне желательным хотя бы частично пользоваться этой новой терминологией.

Перейдем к описанию перечисленных форм кистозных образований яичников.

а) *Cystoma proliferum glandulare pseudomucinosum*, по новой терминологии — *adenofibroma pseudomucinosum*, или *blastoma epitheliale pseudomucinosum*.

Псевдомуцинозные кисты в большинстве случаев развиваются односторонне, имеют гладкую бугристую поверхность и в некоторых случаях достигают огромных размеров.

Чаще всего мы находим при операциях большую опухоль, переполненную кистозными, чрезвычайно различной величины полостями, то соединяющимися друг с другом, то лежащими в виде самостоятельных, обособленных камер. Очень часто одна из полостей бывает особенно велика и считается основной. В стенках кисты мы нередко находим и большие скопления соединительной ткани, что оправдывает название этих аденом аденофибромами.



Рис. 198. Микроскопическое строение стенки псевдомуцинозной кисты.

Если опухоль не велика, она располагается, как и яичник, из которого она развивается, в малом тазу, чаще всего в задней половине таза, позади широкой связки, оттесняя нередко матку впереди.

Однако чаще мы находим уже большие опухоли, выходящие из малого таза в общую брюшную полость, которые могут достигать колоссальных размеров (рис. 199).

Однако чаще мы находим уже большие опухоли, выходящие из малого таза в общую брюшную полость, которые могут достигать колоссальных размеров (рис. 199).

Содержимое полостей псевдомуцинозных опухолей представляет собой различной степени густоты желеобразную жидкость, начиная от сиропообразной и кончая консистенцией твердого студня, который можно резать ножом.

В кистах, достигающих больших размеров, содержимое обычно более жидко и, наоборот, в малых кистах оно бывает густым и содержит много белка. Удельный вес его высок (1 020—1 030). При подогревании жидкость свертывается.

Цвет содержимого кист также сильно колеблется — от почти прозрачной опалесцирующей жидкости до желтоватой, коричневой, бледнозеленой и даже темнокрасной и темнозеленой. При микроскопическом исследовании в них могут быть обнаружены эпителиальные клетки, обрывки ткани, коллоидные капли, пигментные обрывки, фибрин и кристаллы холестерина.

Исследованиями Пфафенштиля установлено, что составной частью содержимого псевдомуцинозных кист, придающей ему характерную слизистую консистенцию, является не муцин, а так называемый псевдомуцин (Гам-

мерштейн). Это вещество отличается от муцина тем, что не изменяется при действии на него уксусной кислоты; муцин при этом выпадает из раствора, а псевдомуцин не выпадает.

Пфанненштиль различает три вида псевдомуцина: псевдомуцин α обнаруживается в описываемых нами псевдомуцинозных кистах, псевдомуцин β — нерастворим в воде и встречается в псевдомиксомах (см. ниже) и псевдомуцин γ , легко растворимый в воде, содержится в кистах с очень жидким содержимым.

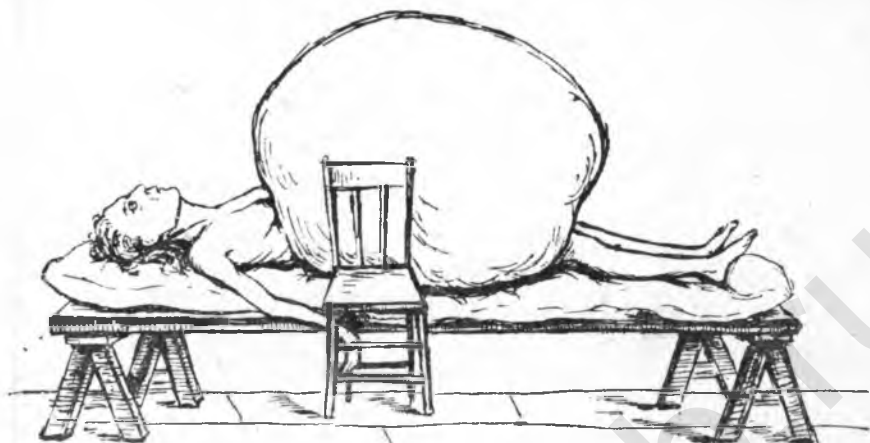


Рис. 199. Колоссальная киста. По Славянскому.

В жидкости графовых пузырьков и в ретенционных опухолях, происходящих из фолликулов, псевдомуцина не находят.

Внутренняя поверхность полостей псевдомуцинозных кист покрыта высоким цилиндрическим эпителием (рис. 200), располагающимся правильными одноэтажными рядами с базально лежащим небольшим, хорошо красящимся ядром. Эпителий этот по своему виду чрезвычайно напоминает эпителий шеечного канала, а также эпителий толстых кишок.

По исследованиям ряда ученых [Шанде (Schande), Кермаунер], эпителий псевдомуцинозных кист не только по своему морфологическому строению, но и по своей производительной функции ничем не отличается от эпителия, покрывающего слизистую оболочку шеечного канала.

Наружная стенка псевдомуцинозной кисты обычно плотна, она посылает внутрь прочные соединительнотканые прослойки, богатые кровеносными сосудами. В этих прослойках между отдельными кистозными полостями и в паружной стенке кисты встречаются неравномерно распределенные группы пигментных клеток, которым Кермаунер приписывает внутрисекреторную способность. Эта патологическая внутрисекреторная деятельность и обуславливает, по мнению этого исследователя, изменения в обмене веществ и влияет на общее состояние и общий вид больной, являясь причиной так называемого *facies ovarica*.



Рис. 200. Эпителий внутренней поверхности псевдомуцинозной кисты.

b) *Cystoma proliferum papillare serosum*, или *adenocystoma serosum*, по новой терминологии — *blastoma cilio-epitheliale*. В противоположность псевдомуцинозным кистам внутренняя поверхность серозных кистадепом покрыта не высоким хорошо выраженным и характерным эпителием, а эпителием, не имеющим определенного вида.

Он значительно ниже, часто почти кубический, и хотя и располагается в один слой, но далеко не так равномерно, как эпителий псевдомуцинозных blastom; небольшое интенсивно окрашивающееся ядро располагается не базально, а в общем на середине тела клетки. По своему строению он очень напоминает эпителий полости матки или эпителий, покрывающий поверхность слизистой оболочки труб. Нельзя отрицать того, что на свежих препаратах на поверхности этого эпителия в некоторых случаях при хорошей фиксации препарата можно отчетливо видеть и мерцательные волоски (рис. 201). Отсюда эта форма кист и носит название *blastoma cilio-epitheliale*.



Рис. 201. Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность папиллярной кисты.

Особенностью эпителия папиллярных кист является выраженная наклонность к размножению, благодаря чему он и образует папиллярные разрастания, иной раз поражающие своим обилием.

Соединительнотканная основа в этих папиллярных разрастаниях богата клетками и ядрами, что говорит о том, что в росте опухоли принимает участие не только эпителий, но и соединительная ткань, что дало повод Кермаунеру говорить о фибро-эпителиальном росте опухоли.

Кермаунер предлагает различать среди папиллярных кист целый ряд особых форм, из которых мы отметим только следующие:

1. *Adenocystoma serosum simplex*. Эти простые однокамерные кисты, покрытые в большинстве случаев низким цилиндрическим, кубическим или даже уплощенным эпителием, содержат серозную жидкость. Они имеют толстую стенку и по характеру жидкости, заключенной в них, и по своему строению трудно отличимы от небластоматозных, ретенционных опухолей яичника. В тех случаях, когда эти опухоли достигают большой величины, они могут быть причислены к blastomам и нередко содержат на внутренней поверхности папиллярные разрастания. В большинстве случаев они, однако, не содержат никаких папиллярных разрастаний и не должны причисляться к папиллярным опухолям.

Adenocystoma serosum simplex принадлежит к опухолям, встречающимся далеко не редко.

2. Однокамерные или содержащие небольшое количество камер опухоли, на внутренней поверхности которых располагаются грубые папиллярные образования; эти опухоли носят название *adenocystoma papillare* и встречаются значительно чаще первых.

Папиллярные разрастания в этих кистах иногда располагаются только на очень небольшом участке ткани; таким образом, получается представление, что кисты этого рода являются как бы дальнейшим продолжением развития кист первой формы — *adenocystoma serosum simplex*.

Папиллярные аденокистомы обычно невелики, нередко окружены сращениями, вследствие чего перекурчивание ножки при них наблюдается очень редко.

3. Встречаются, наконец, папиллярные кисты, содержащие большое количество камер. По внешнему виду эта форма напоминает фиброму, пронизанную железистыми ходами или мелкокистозными образованиями, поэтому ей иной раз дают название *fibroma adeno-cysticum*. Эта форма папиллярных кист встречается очень редко.

4. *Многокамерные кисты*. К папиллярным кистам могут быть отнесены:

а) многокамерные кисты, напоминающие по своему виду виноградную гроздь;

б) нежнопапиллярные кисты, встречающиеся особенно часто,носящие, согласно новой терминологии, название *cystoma cilio-epitheliale papilliferum*. Она наблюдается так же часто, как и псевдомуцинозные кисты.

Эта форма кистом имеет большое клиническое значение, потому что она чаще всех других кист имеет наклонность приобретать злокачественное течение, являясь переходной формой к раковому новообразованию.

5. *Cystoma cilio-epitheliale papilliferum* очень легко распознается при микроскопическом исследовании по нежному строению своих многоветвистых разрастаний и по очень небольшому количеству соединительной ткани в ворсинках. Эпителий, покрывающий ворсинки, низкий, однорядный; однако в некоторых случаях наблюдается и высокий цилиндрический эпителий (рис. 202).

Макроскопически папиллярные разрастания имеют беловатый или красный цвет. Небольшие группы сосочков или конгломераты их, имеющие вид цветной калусты, иной раз разбросаны обособленно,



Рис. 202. *Cystoma cilio-epitheliale papilliferum* (папиллярная киста). Гистологическая картина.

а иногда прижаты группами друг к другу; в некоторых случаях они так многочисленны, что заполняют своей массой большую часть полости кисты.

Соединительная ткань в таких кистах проникает вглубь эпителиальных разражений и несет богатую сосудистую систему.

Разветвления папиллом, все увеличиваясь, образуют сложную ветвистую сеть, снабженную многочисленными анастомозирующими капиллярными сосудами.

Нередко папилломы появляются и на поверхности кисты, прорастая ее стенку, и, распространяясь в виде подчас значительных скоплений, прикрывают большие участки поверхности кисты (рис. 203). В других случаях они переходят на париетальную брюшину и брюшину соседних органов и продолжают здесь свой дальнейший рост.

После удаления основной опухоли имплантировавшиеся и на соседних органах папиллярные образования могут обратно развиваться; однако нередки случаи, когда их рост продолжается и киста принимает уже характер настоящей злокачественной бластомы.

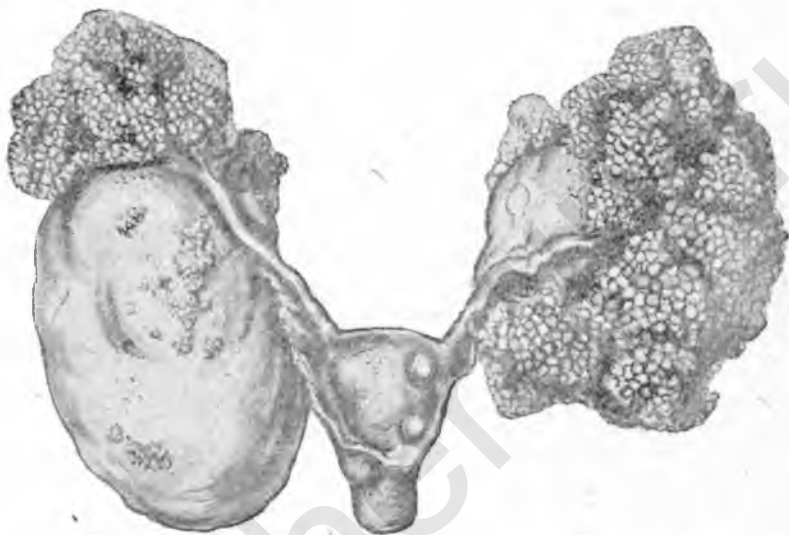


Рис. 203. Макроскопический вид папиллярной кисты. По Фейт-Штеккелю.

В большинстве случаев папиллярные кисты развиваются двусторонне; часто они сопровождаются асцитом, причем в асцитической жидкости нередко обнаруживается примесь крови.

По отношению к матке папиллярные кисты сидят всегда на короткой ножке, близко прижаты к матке. Иногда они разрастаются интралигаментарно.

Весьма редко папиллярные кисты достигают величины кулака взрослого человека или головы новорожденного; чаще же размер их не превышает куриного или гусиного яйца.

6. Очень редкую и спорную группу папиллярных образований на яичнике представляет *папиллома поверхности яичника*. Ряд авторов отвергает существование таких бластом (Гофштеттер и др.). Однако в настоящее время едва ли можно сомневаться в возможности такой патологии [Штериберг (Sternberg), Кауфман (Kaufmann), Кермаунер]. Я лично наблюдал больную, у которой удаленный при операции яичник был покрыт почти по всей поверхности папиллярными разражениями, исходившими, несомненно, только из поверхности яичника.

7. Наконец, чтобы закончить описание главнейших форм эпителиальных бластом яичников, необходимо еще упомянуть о довольно редко встречающейся, крайне своеобразной опухоли, носящей название *pseudomyxoma ovarii*. Оставляя в стороне вопрос, является ли эта опухоль особой формой псевдомуцинозных бластом (Пфанненшталь), мы отметим только, что она имеет морфологически чрезвычайно своеобразный вид. Ее стенки местами настолько тонки, что через них просвечивает содержимое кисты.

В большинстве случаев кисты эти многокамерны. Тонкие стенки кисты легко разрываются, особенно при операции, и содержимое их, представляющее желеобразную, липкую массу, изливается в брюшную полость.

Цвет содержимого этой опухоли различен. Я оперировал опухоль, содержимое которой было почти прозрачным и настолько липким, что потребовалось много времени, чтобы отделить его.

Содержимое псевдомиксомы яичника заключает псевдомуцин β , не растворяющийся в воде.

Слизь, излившаяся в брюшную полость, обычно не всасывается брюшиной и, раздражая ее, способствует развитию доброкачественного перитонита, что ведет к инкапсуляции отдельных частичек этой жидкости. В результате вся брюшина может быть покрыта студенистыми массами (pseudomухома peritonei), которые поддерживают



Рис. 204. Киста червеобразного отростка.

в брюшине состояние хронического воспаления, ведущего к врастанию богатой сосудами соединительной ткани в эти студенистые массы, что делает невозможным их полное удаление.

При этом и отделившийся вместе с содержимым кисты эпителий может имплантироваться в любом участке брюшной полости и, продолжая свою функцию, выделять новые студенистые массы.

Pseudomухома peritonei развивается не только из соответственных кист яичников, но может явиться следствием особого процесса и в appendix (рис. 204).

Гистогенез аденокистом яичника

Гистогенез фибро-аденокистом не может считаться выясненным. Псевдомуцинозные кисты, как уже было отмечено, в большинстве случаев содержат не одну, а много полостей.

Вальдейер, построивший теорию, которой придерживалось впоследствии большинство авторов, полагал, что пролиферирующие кисты происходят путем размножения гранулезных клеток и что, размножаясь, эпителий этот может врастать внутрь стенки опухоли (э в е р т и р у ю щ и й р о с т), пропикая в нее и здесь образуя новые дочерние полости. В других случаях эпителий путем врастания в полость фолликула (и н в е р т и р у ю щ и й р о с т) является источником образования папиллярных разрастаний.

Этим направлением роста эпителия опухоли и определяется характер кисты — glandулярный или папиллярный.

Однако эта теория в настоящее время не пользуется общим признанием и взамен ее выдвигут ряд иных гистогенетических теорий, из которых можно упомянуть о двух, наиболее признанных.

1. Псевдомуцинозная бластома есть не что иное, как своеобразная тератома (см. ниже). В доказательство этого взгляда приводят случаи, когда в псевдомуцинозных опухолях наблюдались включения, носившие характер тератомы, а также случаи так называемой struma ovarii — опухоли, нередко наблюдающейся среди псевдомуцинозных кистом.

2. Вальтгард (Walthard) полагает, что псевдомуцинозная бластома развивается из эмбрионально заблудших клеток, так как при произведенных в его лаборатории исследованиях в яичниках поворожденных и в яичниках взрослых были обнаружены скопления цилиндрических, бокаловидных и мерцательных клеток, а также клеток плоского эпителия. От этих-то очажков, по мнению Вальтгарда, и происходят бластомы яичников (рис. 205).

Однако едва ли можно признать приведенные объяснения доказательными. Одинаково педоказательны и попытки объяснить возникновение кист яичников

не только из графова пузырька, но и из примордиальных фолликулов, из так называемых валентин-пфлюгеровских трубок, поверхностного эпителия яичника rete ovarii, остатков каналов вольфова тела и пр.

Клиническое течение аденокистом яичника. Симптомы. Пока не появится какого-либо осложнения, доброкачественные кистаденомы протекают почти без всяких симптомов.

Опухоли эти развиваются совершенно незаметно для самой больной и в некоторых случаях обращают на себя ее внимание только тогда, когда опухоль вырастает настолько, что начинается видимое увеличение живота.

Даже менструация у таких больных нередко не дает никаких отклонений от нормы, и когда вы определяете у них опухоль, этот диагноз поражает их своей неожиданностью.

Удивительно, что в некоторых случаях даже большие опухоли, давно вышедшие из малого таза и превышающие по своей величине голову взрослого человека, могут не давать почти никаких симптомов. Таким образом, нередко женщина является к врачу только тогда, когда она начинает замечать увеличение размеров живота, не испытывая никаких болезненных явлений.

Картина, однако, совершенно меняется при интралигаментарном росте опухоли, при возникновении сращений, некрозе опухоли, торзии ее ножки или кровотечениям в ее стенки.

При всех этих осложнениях появляется ряд симптомов, иногда очень тяжелого характера, которые нередко могут приводить даже к летальному исходу.

Если опухоль не очень велика и, вследствие ряда условий, не поднимается из малого таза, постепенно с ростом опухоли появляется ряд симптомов ущемления ее в тазу и давления на соседние органы.

Большая опухоль вызывает чувство неопределенной тяжести и боли в теле, боли в крестце, затруднения и расстройства при мочеиспускании, запоры, боли, отдающие в нижние конечности, обусловленные давлением на первые стволы, проходящие к ним через малый таз, и явления застоя в нижних конечностях в виде отека и расширения вен.

Следует помнить, что раз появившаяся киста не исчезает, а, как правило, неуклонно продолжает расти, вызывая все более и более выраженные симптомы, пока она не будет устранена или не приведет организм к гибели.

Объем живота медленно нарастает и, как мы уже видели раньше, достигает иной раз поразительных размеров.

Отмечают, что кожа передней брюшной стенки, повидимому, не только механически растягивается, но и обогащается тканями.

Striae, которые мы наблюдаем при беременности, при кистомах и больших опухолях, встречаются только изредка.

Большие опухоли, вышедшие в общую брюшную полость, постепенно также начинают вызывать явления прижатия. Кишечник с сальником приподнимается опухолью вверх.

Давление на желудок затрудняет прием достаточного количества пищи; давление снизу на диафрагму приподнимает легкие и мешает достаточной экскурсии грудной клетки. Прижатие больших венозных стволов и v. cava inferior ведет к отекам и застоям в нижней части туловища. Ко всему этому присоединяется еще необходимость носить в брюшной полости большую, все



Рис. 205. Эмбриональные зачатки кисты из яичника 10-летней девочки; зачаток кисты с мерцательным эпителием.

нарастающую тяжесть, которую представляет собой все увеличивающаяся опухоль.

Положение отягощается еще тем, что организм женщины, страдающей подобными кистами, должен затрачивать громадную энергию на выработку большого количества слизи и белков, что неизбежно при росте больших опухолей. Большая затрата ценного для организма материала на рост патологических тканей, несомненно, подрывает силы организма.

Особенно рельефно можно было наблюдать большое влияние на организм необходимости отдавать растущей опухоли много питательного материала в старые времена, когда операция удаления кист — *о в а р и о т о м и я* — производилась редко, а чаще прибегали к пункции больших опухолей и опорожнению их от содержимого.

В этих случаях после опорожнения кисты и удаления из нее большого количества содержимого больная чувствовала себя очень хорошо, однако это улучшение продолжалось недолго. Быстрое повторное накопление жидкости, особенно если опорожнение производилось неоднократно, тяжело отражалось на общем состоянии организма; быстро наступало ухудшение, приводившее к неизбежной развязке.

Явления прижатия и громадная потеря столь необходимого для организма белка приводили постепенно больную при непрекращавшемся росте опухоли к тяжелейшему состоянию, выражавшемуся в резком исхудании и кахексии, носившей даже специальное название *cachexia ovarica* и придававшей больным особое выражение лица — *facies ovarica*.

Мы уже не знаем этой картины, так как в нашем Союзе гинекологическая оперативная помощь настолько распространена, что даже в отдаленных местностях врачи умеют производить — и в сотнях случаях производят — необходимые операции своевременно, не доводя больных до высших степеней этой болезни. Только редко — в большинстве случаев у боящихся операции и малокультурных женщин — кисты вырастают в большие опухоли, которые, в конце концов, все-таки требуют оперативного вмешательства.

Однако далеко не всегда кистаденомы не дают о себе знать даже при небольших размерах.

В последнее время обратило на себя внимание редкое явление, наблюдающееся при больших эпителиальных опухолях яичника, а именно появление у больных ненормального роста волос — как усов, так и бороды, изменение тембра голоса и всего *habitus* женщины, что дало повод говорить о маскулинизации больных — иначе о понижении признаков женственности. Было отмечено, что все эти изменения, по крайней мере частично, исчезают после операции (Гальбан).

По наблюдениям Штрассмана, при этом дело может идти об особых включениях в *hilus* яичника, которые в его случаях по своему строению напоминали интерстициальные клетки мужского яичка.

Штрассман трактует найденное им новообразование как тестикулярную аденому и даже предлагает называть ее *masculinoma*.

Однако значительно чаще, еще раньше чем кистаденомы достигнут своего максимального развития и обнаружатся связанные с этим симптомы, появляется ряд осложнений, которые заставляют прибегнуть к операции даже у тех, которые отказываются от этой помощи.

Здесь следует прежде всего указать на некроз стенки кисты и гиалиновое ее перерождение, вызывающие раздражение со стороны соседних участков брюшины, боли и сращения.

Прижатие матки опухолью кпереди ведет к прижатию и мочевого пузыря, а иной раз и мочеточников, что может отзываться на мочеиспускании, вызывая частые позывы и задержки его.

Удивительно, что прижатие прямой кишки опухолью, ущемившейся в малом тазу, редко ведет к расстройствам и невозможности дефекации, несмотря на то, что больная уже страдает выраженными болями в крестце.

Сами боли в крестце могут возникать не только от прижатия нервных стволов, расположенных здесь, но и вследствие напряжения в *m. ileo-psoas*, а также

вследствие нагрузки на позвоночник тяжести растущей опухоли и напряжения в *m. erectores trunci*.

Но особенно тяжелые симптомы появляются при разобранном уже нами выше процессе перекручивания ножки кисты, нередко требующем немедленного нашего вмешательства.

Обморок, тошнота, рвота, повышение температуры выше 39° придают болезни тяжелый характер. Постепенно развивается вздутие кишечника, прекращается отхождение кала и даже газов, язык становится сухим; иногда появляется холодный пот, бледность лица, частый пульс — все это производит тяжелое впечатление на большую и на окружающих.

Обычно все эти общие явления утихают в несколько дней, и только после этого приступа врач нередко впервые определяет присутствие кисты.

В некоторых случаях перекручивание ножки кисты ошибочно трактуется как *graviditas extrauterina*, начинающийся общий перитонит, *appendicitis* и пр.

Симптомы медленного, постепенного перекручивания кисты, как мы видели, протекают менее остро. Степень выраженности симптомов зависит от целого ряда условий, но прежде всего от степени перекручивания. Если ножка повернется более чем на 180° , то обычно сосуды, проходящие по ней, зажимаются, опухоль отекает и резко увеличивается, появляются кровоизлияния в стенки и полость кисты, и развивается та картина ущемления, о которой мы уже говорили выше.

Кисту с перекрученной ножкой и лишенную питания можно рассматривать как инородное тело, вызывающее и соответственное раздражение брюшины, ведущее к спайкам кисты со всеми окружающими ее тканями.

Однако наблюдаются, правда, редко, и смертельные перитониты при перекручивании ножки кисты, особенно если это осложняется непроходимостью кишок при нагноившихся кистах. Полное омертвление ножки и отделение кисты наблюдаются очень редко.

Во всяком случае каждое перекручивание кисты следует рассматривать как серьезнейшее осложнение, которое заставляет нас приступать без особого промедления к оперативному вмешательству, тем более что оперативное лечение перитонитов, обусловленных перекручиванием, дает прекрасные результаты.

Выраженными симптомами сопровождается также кровотечение в к и с т у. Опухоль при этом может значительно увеличиваться. Могут появиться все признаки тяжелой анемии и в редких случаях — разрыв кисты и даже летальный исход.

Соответственные симптомы, уже описанные нами, дает разрыв кисты и ее нагноение.

Раковое перерождение кисты вначале не дает никаких симптомов. Нередко, исследуя кисты, клинически протекавшие как совершенно доброкачественные опухоли, мы микроскопически находим в них признаки злокачественности.

Только позже, при распространении ракового процесса, появляются боли, выраженный асцит, падение веса тела и явления кахексии.

В этих случаях болезнь должна быть признана запущенной, и операция обычно не приводит к желаемым результатам.

Двусторонние кисты не дают особых симптомов; они удивительно хорошо приспособляются друг к другу. Нередко при полном разрушении тканей обоих яичников наступает аменоррея; в других случаях можно наблюдать кровотечения.

Диагностика аденокистом. Кисты яичника представляют собой опухоли, лечение которых может быть только оперативным. Ошибки в диагнозе в этих случаях, особенно несвоевременное распознавание кисты, нередко могут грозить тяжелыми последствиями, а потому возможно точная диагностика этих опухолей является крайне желательной, а в некоторых случаях и обязательной.

При диагностировании кист, да и вообще опухолей яичника следует различать две категории опухолей: малые опухоли, не превышающие размеров головки новорожденного, а главное, еще помещающиеся в полости малого таза, и большие опухоли, уже вышедшие из малого таза в общую брюшную полость.

Небольшие овариальные кисты, располагаясь в малом тазу, обычно лежат

позади тела матки в крестцовой впадине; выйдя из полости малого таза, эти опухоли чаще лежат спереди матки и нередко с известным трудом могут быть при пальпации отграничены от нее.

Опухоли интралигаментарные и более частые опухоли псевдоинтралигаментарные, вернее — ретролигаментарные, обычно смещают матку в противоположную сторону или поднимают ее кверху, иной раз так высоко, что при двуручном исследовании только с трудом можно достигнуть подтянутой кверху шейки матки.

Стенки опухоли гладкие, консистенция эластическая или даже плотно-эластическая. В большинстве случаев можно, определяя взаимное отношение опухоли и матки, установить границу между ними, а также ножку опухоли, для чего лучше всего исходить от тела матки, и именно от ее углов.

Часто ножка определяется вполне ясно, и кажется, будто удается даже ощупать ее составные части: трубу, *lig. ovarii proprium*, общую толщину, а если имеется, то и место перекручивания.

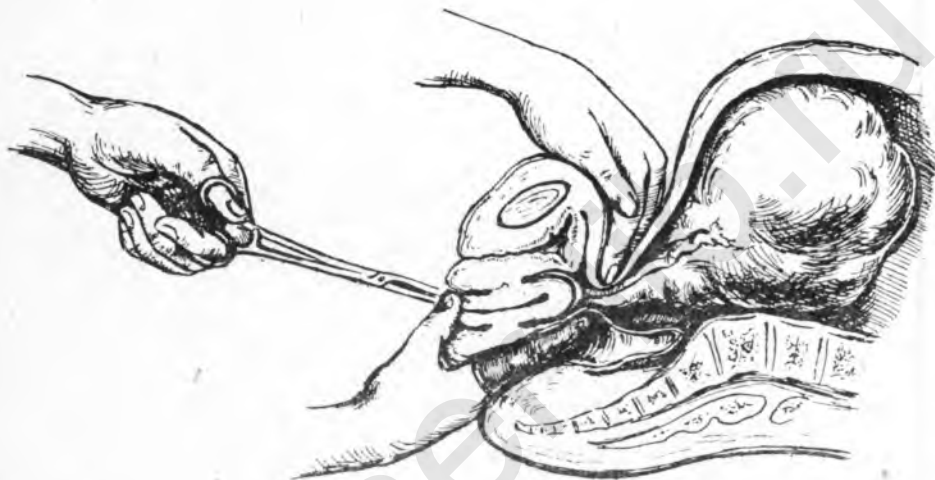


Рис. 206. Ректальное исследование ножки кисты при низведении матки пулевыми щипцами.

В тех случаях, когда прямым исследованием не удастся хорошо прощупать ножку и определить взаимоотношение между телом матки и кистой, хорошо воспользоваться ректальным исследованием, применив одновременно низведение матки (рис. 206) пулевыми щипцами.

Способ этот состоит в следующем: обнажив шейку зеркалами и захватив переднюю губу шейки прочными непрорезывающими пулевыми щипцами, мы удаляем зеркала и, поручив ассистенту за пулевые щипцы удерживать матку в состоянии наибольшего низведения, вводим указательный палец правой руки возможно глубже в прямую кишку, а наружной (левой) рукой через живот прощупываем органы малого таза.

При этом низведенная матка становится вполне доступной пальпации. Определив ее дно и положение кисты, мы проникаем между ними пальпирующими пальцами и здесь у соответственного угла матки обычно легко можем прощупать ножку кисты. При этом исследовании следует всегда прежде всего тщательно определить матку, ее положение, форму, величину и подвижность и только после этого переходить на соседние органы.

Определением ножки вопрос о наличии кисты решается с несомненностью. Если ножка не определяется, а тело матки непосредственно переходит в опухоль, можно думать о миоме матки.

В этих случаях немалое значение имеет консистенция опухоли. Кисты яичников, если не считать редких случаев, особенно дермоидов, имеют эластическую консистенцию, миомы — твердую.

Следует помнить, что мягкие опухоли кажутся нам обычно по своей величине меньше их действительной величины, твердые, наоборот, создают у нас впечатление более объемистых. Неподвижная, по мягкая опухоль может при ощупывании дать впечатление подвижной.

При *дифференциальной диагностике* овариальных опухолей перед нами всегда в первую очередь должен стать вопрос о том, чтобы исключить беременность как маточную, так и внематочную.

Конечно, подробно и тщательно собранный анамнез и обычная методика исследования решают этот вопрос в громадном большинстве случаев безошибочно и довольно легко. Однако в некоторых случаях анамнез может быть неясен, а объективное исследование настолько затрудненным, что даже опытный гинеколог может сделать роковую ошибку, поставив диагноз кисты там, где имеется беременность, и наоборот.

При кистах умеренной величины, лежащих спереди матки, отклоненной кзади, можно получить впечатление, что шейка матки непосредственно переходит в опухоль, а поэтому можно сделать вывод, что определяемая опухоль есть не что иное, как беременная матка.

В таких случаях большую ясность может внести ректальное исследование. С его помощью со стороны дугласова пространства часто очень легко бывает определить увеличенное тело матки с его дном и этим окончательно установить диагноз.

Когда и этот прием не даст нам несомненного решения, следует на некоторое время отложить наше исследование, пока растущая беременность не даст нам данных для окончательных выводов. Можно воспользоваться в этих сомнительных случаях и реакцией Ашгейм-Цондека — одним из вернейших способов решения вопроса о прогрессирующей беременности.

Однако и при этой реакции следует быть очень осторожным с окончательным решением вопроса, особенно если это ведет к операции.

Нередко, особенно начинающим, признак Пискачака дает повод думать о существовании опухоли яичника или матки. В этих случаях повторное исследование и выжидательный образ действия приводят к несомненному решению.

Значительные трудности для выяснения точной диагностики представляет *retroversio uteri gravidi*, особенно при ущемлении матки (*incarceratio*).

В этих случаях исследование *per rectum* дает нам иной раз больше, чем вагинальное. С помощью этого исследования легко установить, что, кроме расположенной в дугласовом пространстве опухоли, нет тела матки, которое мы должны были бы здесь найти, если бы прощупываемая опухоль действительно была новообразованием. В некоторых случаях нам удается прощупать оба яичника: наконец, характерная консистенция матки, анамнестические данные, общие явления, сопровождающие беременность, — все это обычно позволяет поставить правильный диагноз.

При *retroversio uteri gravidi incarcerata* нередко случаи ущемления шейки мочевого пузыря и образование, как говорят, ложной опухоли (фантом-тумора) мочевого пузыря.

Переполенный пузырь легко в этих случаях смешать с большой кистой яичника. Такие ошибки делались неоднократно. Однако, если строго следить за тем, чтобы перед каждым исследованием опорожнялся мочевой пузырь, а в трудных для диагностики случаях непременно опорожнять его катетеризацией, — таких ошибок можно избежать.

Ложные опухоли могут образоваться вследствие раздутия газами слепой кишки, а реже — *flexurae sigmoideae*. Исследуя больную вторично через день-два, мы нередко, к своему удивлению, в этих случаях не найдем опухоли там, где она раньше ясно определялась.

Этот факт заставляет нас придерживаться правила: ставить окончательный диагноз только после повторного исследования больной.

Могут представиться случаи, когда трудно бывает отличить опухоль яичника от заматочной кровяной опухоли или от перитубарной гематомы. В громадном же большинстве случаев этот диагноз не представляет труд-

ностей, так как клиническая картина образования гематом обычно так или иначе выражена (внутреннее кровотечение).

В тех же случаях, когда мы все-таки сомневаемся в диагнозе, пункция заднего свода дает нам почти в 100% случаев верный диагноз.

П а р а м е т р и т и ч е с к и е инфильтраты только редко могут симулировать картину овариальных кист и опухолей.

Параметрит всегда имеет не вполне очерченные контуры, часто он дает отростки уплотнений, ведущие в разных направлениях к стенкам таза и при ректальном исследовании легко определяемые как заболвание параметрия.

Гнойные и воспалительные процессы в трубах могут представлять трудности при дифференциальной диагностике кист. Однако воспалительные процессы в трубе сопровождаются обычно поражением трубы на всем ее протяжении. Поэтому, прощупав дно матки и идя от него к трубе, мы при трубных процессах найдем всегда утолщение маточного конца трубы, которое при кистах яичника обычно отсутствует.

М и о м ы м а т к и, особенно мягкие и сидящие на ножке, могут представить большие трудности при диагностике кист яичника. Если удастся прощупать оба яичника, диагноз облегчается.

Руководствоваться можно также тем, что миома очень часто бывает множественной, а потому на теле матки мы находим еще миоматозные узлы.

Меноррагии говорят за миому, асцит — за кисту. Однако нередки случаи, когда диагноз может быть поставлен здесь только предположительно.

И н к а п с у л и р о в а н н ы й п е р и т о н и т, особенно туберкулезный, часто представляет особенные трудности при диагностике. Он легко симулирует кисту в сращениях, его форма, консистенция и отношение к матке нередко так сходны с кистой, что даже после вскрытия брюшной полости мы иногда только с трудом ставим диагноз. В этих случаях только подробный анамнез может дать нам руководящие сведения о характере болезни.

О п у х о л и к и ш е ч н и к а в тех случаях, когда они опускаются к тазу, легко могут быть смешаны с опухолями яичников. Опухоли кишечника обычно сопровождаются выраженным вздутием его и расстройствами дефекации.

Рак слепой кишки быстро срастается с придатками и может симулировать опухоль яичников.

О п у щ е н н а я в т а з с е л е з е н к а неоднократно принималась за опухоль яичника и при операции удалялась вместо кисты.

О п у щ е н н а я подвижная почка также может быть принята за кисту.

К и с т ы п о д ж е л у д о ч н о й ж е л е з ы также смешивали с кистами яичника.

Л и п о м ы с а л ь н и к а могут достигать величины больших кист и опускаться в таз.

Наконец, можно смешать с кистами яичников опухоли, расположенные забрюшинно, как фибромы и саркомы, растущие очень быстро и также в направлении к тазу.

В диагностику овариальных кист входит также решение вопроса, какая киста имеется в данном случае. Дермоиды, как мы увидим это дальше, невелики, обычно снабжены ножкой и часто лежат впереди матки. Проллиферирующие кисты имеют большие размеры, причем папиллярные нередко сопровождаются асцитом.

Важно определить, имеется ли простая ретенционная киста или бластома. Этот вопрос решается не всегда легко, и в большинстве случаев, особенно при небольших кистах, поставить этот диагноз не удастся.

Диагностика больших овариальных кистом. Прежде всего следует убедиться, действительно ли увеличение живота зависит от развивающейся в брюшной полости опухоли или, как это нередко бывает, оно является только следствием вздутия кишечника или накопления асцитической жидкости.

Уложив больную на кровать или на стол в спинном положении с расслабленным брюшным прессом, для чего ноги следует согнуть в коленях и привести к животу, мы обеими руками ощупываем живот и при больших опухолях обычно легко определяем их по гладкой поверхности, форме и консистенции.

Необходимо точно определить границы опухоли по отношению к стенкам брюшной полости и к тазу, определить ее очертания, подвижность во все стороны: вправо, влево и кверху.

При сильном напряжении брюшной стенки пальпация может не давать хороших результатов, и, чтобы их получить, необходимо прибегнуть к перкуссии.

При нахождении в брюшной полости свободной жидкости — асцита — кишечник всплывает кверху, и, перкутируя его, мы определяем границы тимпанического звука в верхней части живота, причем граница этого звука имеет книзу выпуклые очертания. Наоборот, перкутируя книзу и в стороны от границы тимпанита, мы определяем ясное заглушение звука — тупой звук.

Большие кисты, обычно прилегая к брюшной стенке, не позволяют кишечнику всплывать кверху, и при них в области пупка и по его окружности мы при перкуссии легко определяем тупой звук, граничащий с тимпанитом от расположенных по периферии, особенно у печени, петель кишечника.

Если это исследование не дает ясных представлений, что бывает особенно часто при комбинации кисты с асцитом, можно перкуссией при перемене положения больной со спины на бок также получить ряд хороших показателей: при положении больной на правом боку кишечник, смещаясь кверху — к левому боку, дает здесь тимпанит, а смещающаяся книзу жидкость дает заглушение — тупой звук — в правом боку.

При большом распространении асцита, естественно, приглушение распространено очень широко.

Штеккель приводит положение, которое гласит, что при всех опухолях брюшной полости место наибольшей смещаемости опухоли противоположно месту исходного положения ее, т. е. месту расположения органа, из которого развивается опухоль.

Так, опухоли почки, растущие в брюшную полость, особенно подвижны в нижних своих отделах, а опухоли, растущие из матки, подвижны в верхних отделах и мало подвижны внизу.

Это положение в некоторых случаях облегчает нам распознавание места возникновения опухоли, особенно же облегчает решение вопроса о том, исходит ли определяемая нами опухоль из матки или из печени, или из желчного пузыря.

Если овариальная киста достигает величины доношенной беременности, то трудности дифференциального диагноза могут быть очень велики, особенно если принять во внимание возможность встретить мертвый плод.

Следует помнить, что в противоположность большим миомам, дающим нередко так называемый «маточный шум», кисты этого шума не дают (см. Курс акушерства).

Ощупывание круглых связок, удающееся легко в конце беременности, облегчает диагноз.

Рентгеновские снимки при доношенной беременности дают несомненные результаты. Однако в громадном большинстве случаев одно внимательное гинекологическое исследование решает вопрос даже в сложных случаях комбинаций овариальных кист с маточной беременностью.

Особенно ценно здесь внутреннее исследование, позволяющее определить детально характер подлежащей части.

При дифференцировании кист яичников с доношенной внематочной беременностью трудности диагностики иной раз бывают очень велики, однако и здесь к несомненному диагнозу приводит нас рентгенологическое исследование.

Прежде очень распространенным методом диагностики кист яичников считалась пункция опухоли с извлечением содержимого ее, которое подвергалось химическому исследованию. В настоящее время этот способ большинством гинекологов оставлен, и почти все, если уже необходимо, предпочитают пункцию пробную лапаротомию, которая в случаях определения при ней кисты должна быть закончена удалением опухоли.

Прокол может повести к распространению опухоли и обусловить развитие имплантационных метастазов. Он ведет к образованию сращений, усложняющих в дальнейшем операцию.

Можно допустить прокол только как временную меру при плохом общем состоянии больной, как меру, дающую возможность подготовить ослабленный организм к операции. При этом прокол лучше заменять небольшой инцизией, которая может быть легко произведена под местной анестезией.

Псевдодлигаментарное или, реже, интралигаментарное развитие опухоли диагностируется по ее положению. Такая опухоль смещает матку или вперед, или в сторону, противоположную ее расположению. Иной раз опухоль, лежащая псевдодлигаментарно, приподнимает матку кверху так высоко, что шейку не достигают со стороны влагалища.

Нередко такие опухоли, опускаясь в дугласово пространство, оттесняют его книзу и определяются со стороны влагалища как растущие во влагалище.

С р а щ е н и я о п у х о л и с соседними органами определяются по ограниченной подвижности опухоли и по имеющимся в анамнезе данным об имевшихся ранее явлениях острого воспаления в брюшной полости.

П е р е к р у ч и в а н и е н о ж к и к и с т ы обычно протекает при тяжелых симптомах раздражения брюшины, а потому, особенно в острых случаях, определяется без труда. Такие же явления дает разрыв кисты, а также и кровоотечение в ее полость из стенки.

Диагностика двусторонних кист нередко не представляет трудностей: каждую кисту в отдельности можно хорошо прощупать. Так же хорошо можно определить и их ножки. В других случаях кисты так тесно прилегают друг к другу, что отграничить их одну от другой не удастся. Ощупывание сохранившегося яичника с той или другой стороны матки говорит, конечно, за односторонность процесса.

Двусторонность кисты, говорящая часто за злокачественность опухоли, конечно, имеет немалое диагностическое значение, хотя терапия как при односторонней кисте, так и при двусторонних одна и та же — операция.

Большое клиническое значение имеет диагностирование папиллярного характера кисты.

Двусторонность кисты, интралигаментарный ее рост, не очень большая величина, раннее появление асцита — все это до известной степени может говорить о папиллярном характере кисты. Однако все эти признаки недостоверны, так как они могут отсутствовать при папиллярных кистах и, наоборот, могут быть определены при кистах псевдомуцинозных. Вернее диагноз может быть поставлен, если в заднем своде влагалища мы определяем папиллярные разращения или если, как это удается в некоторых случаях, папиллярные разращения могут быть прощупаны нами на поверхности кисты. При таком ощупывании они издадут очень характерный треск.

В заключение необходимо отметить, что, несмотря на ряд диагностических способов, мы все-таки не всегда с точностью и уверенностью ставим наш диагноз *cystoma ovarii*.

В этих случаях исследование под наркозом может дать нам возможность получить более точное и отчетливое впечатление.

Следует, однако, помнить, что при таком исследовании мы не должны применять пинцеля, так как грубое исследование может повести к тяжелым осложнениям: кровотечениям в брюшную полость из стенок кисты, разрыву кисты, раздавливанию и повреждению злокачественных разрастаний на кистах и к распространению их на соседние участки брюшной полости, к перитониту и пр.

Прогноз

Прогноз при кистах яичника должен быть признан плохим, если опухоль не будет своевременно удалена. Редкие случаи самопроизвольного излечения после разрыва кист или перекручивания их ножки единичны и не могут служить примером.

Безостановочный рост опухоли, достигающей громадных размеров, ряд осложнений, в том числе и злокачественность, приобретаемая ими, как уже было указано, неизбежны.

Полное излечение возможно только в тех случаях, если опухоль будет своевременно удалена.

Что касается прогноза при своевременно произведенной операции, то необходимо его рассматривать с двух точек зрения:

с точки зрения первичной оперативной смертности и с точки зрения отдаленных результатов и отсутствия рецидивов.

В настоящее время первичная смертность при удалении кист — при овариотомиях — у большинства гинекологов доведена до минимальных цифр (0,25% и меньше).

В случаях с тяжелыми сращениями, при псевдолигаментарном росте кисты, при спайках с кишечником, при наступившей кахексии больной этот процент, однако, повышается до 6—7.

После операции удаления кист передки также и рецидивы. В случаях тяжелых папиллярных разрастаний процент отсутствия рецидивов, даже если кисты удалены были полностью, не превышает 30.

Несомненно, что ранняя операция дает наиболее благоприятные результаты.

Терапия

Терапия овариальных опухолей вообще, а кист в частности, состоит в удалении опухоли — операции,носящей, как мы уже говорили, название о в а р и о т о м и и.

В настоящее время, принимая во внимание, что $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ всех овариальных опухолей являются опухолями злокачественными и что определение злокачественности опухоли яичника клинически чаще всего, особенно в ранних случаях развития опухоли, невозможно, существует совершенно определенное положение: каждая опухоль яичника, как только она будет распознана, должна быть оперирована. Следует ли вводить в это общее положение поправки, руководствуясь величиной опухоли, для того чтобы случайно не оперировать небластоматозные ретенционные опухоли яичника, я сомневаюсь.

Так, в учебнике Яшке и Папкова предлагается оперировать только опухоли величиной больше кулака. Я не придерживаюсь этого правила, так как считаю удаление ретенционной небольшой кисты совершенно безопасной операцией и предпочитаю произвести эту операцию, чем упустить время для удаления могущей оказаться злокачественной кисты.

При этом операция должна быть произведена независимо от возраста больной, от величины опухоли, от сопутствующих явлений. Даже порок сердца и патологические явления со стороны легких не могут считаться противопоказаниями для операции.

Даже случаи, диагностируемые как неоперабельные, за небольшим очень исключением, подвергаются нами операции (пробная лапаротомия).

Мы неоднократно могли убедиться в том, что в ряде таких случаев удается если не полностью спасти жизнь женщины, то во всяком случае продлить ее нередко на 2—3 года и даже дольше.

Овариотомия может быть выполнена или путем вскрытия передней брюшной стенки, или через влагалище.

Большинство гинекологов в настоящее время предпочитает оперировать кисты яичников через переднюю брюшную стенку, чтобы, не вскрывая кист, удалять их целиком и не создавать возможности попадания в брюшную полость злокачественно перерожденных частичек опухоли из полости кисты.

В настоящее время овариотомия может считаться одной из распространеннейших гинекологических операций. Количество советских врачей, производящих ее, неисчислимо. Она производится с блестящим исходом в самых глухих уголках Советской страны, и каждый опытный гинеколог может насчитать в своей деятельности иной раз помногу десятков и даже сотен этой операции.

Техническая сторона операции овариотомии в неосложненных случаях не представляет трудностей.

Необходимость соблюдать строжайшие правила современной асептики не требует особых пояснений, так как она проводится по обычным для каждой операции правилам. Брюшную стенку можно вскрывать продольным разрезом по *linea alba* или поперечным по способу Пфанненштиля. Разрез должен быть

достаточным, для того чтобы даже кисты средней и большой величины прошли через этот разрез целиком.

По вскрытии брюшной полости мы освобождаем кисту от сращений и стараемся вывести ее наружу через брюшную рану.

Если киста очень велика и целиком не выходит даже через значительный по величине разрез, можно пунктировать ее троакаром и осторожно опорожнить, так чтобы содержимое кисты не попало в брюшную полость. Одновременно по мере опорожнения кисты мы извлекаем ее наружу за клеммы, которые накладываются на ее стенки.

После извлечения кисты и обнажения ее ножки последняя захватывается и ущемляется большим клеммом и перевязывается ниже места ущемления прочными лигатурами. При перевязке ножки я пользуюсь только стерильным кетгутом.

Культия во избежание послеоперационных сращений должна быть тщательно прикрыта брюшиной, чего нередко удается достичь наложением простого кисетного шва.

При небольших кистах, поражающих только часть яичника, чтобы сохранить здоровые участки этого органа, предлагают производить операцию частичного удаления яичника — резекцию этого органа.

Резекция яичника может быть произведена только у молодых женщин и только при уверенности в доброкачественном характере кисты. Техника этой операции также несложна.

При двусторонних кистах и кистах злокачественных или даже только при подозрении на злокачественность следует удалять обе кисты и производить одновременно надвлагалищную ампутацию тела матки, так как матка при отсутствии яичников едва ли имеет какое-либо физиологическое значение, а присутствие в яичниках злокачественной опухоли даже при удалении ее всегда может грозить рецидивом, особенно в культиях широкой связки.

Если при операции обнаружены будут папиллярные разрастания на самой матке, лучше поступить более радикально и произвести полное удаление матки.

Выбор времени для овариотомии имеет существенное значение. В противоположность миомотомии, при которой операция нередко может быть отсрочена и даже совершенно отстранена, киста яичника, раз она диагностирована, непременно должна быть удалена и, принимая во внимание частоту перехода кист в злокачественные опухоли, как правило, без промедления после установки диагноза.

Отдаленные результаты после овариотомии в общем хороши.

При односторонней овариотомии женщина продолжает обычно нормально менструировать, беременеть и рожать, даже иной раз двойни. При двусторонней овариотомии менструации после операции не появляются. Правда, если оставить даже небольшой кусочек яичниковой ткани, можно сохранить женщине способность менструировать и даже родить. Такой образ действия, однако, как мы уже отмечали, допустим только у молодых женщин и при уверенности в доброкачественности удаляемой кисты.

Если удаленная киста при детальном ее изучении окажется псевдомуцинозной, можно быть уверенным в том, что в дальнейшем рецидива не будет. Даже при попадании содержимого таких кист во время операции в брюшную полость только в исключительно редких случаях наблюдались рецидивы как результат имплантации опухолевых клеток на брюшине и в рубцах брюшной стенки. Рецидивы эти в некоторых случаях имеют злокачественный характер.

Предсказание для больных, у которых удаляется папиллярная киста, особенно если папиллярные разрастания перешли уже на наружную стенку кисты или на соседние органы, — значительно хуже. Здесь рецидивы наблюдаются очень часто, хотя я видел выздоровление, наблюдая больных по много лет, даже в тех случаях, когда опухоль по своей распространенности на соседние органы и значительному кровяному асциты казалась нам безусловно злокачественной.

В части случаев после операции удаления кисты только одной стороны в яич-

нике противоположной стороны, который выглядел при операции совершенно здоровым, развивается вторая киста. В этих случаях мы заведомо имеем дело не с рецидивом, а со вторичным развитием опухоли. Опухоли эти могут быть совершенно доброкачественными, и исход вторичной овариотомии ничем не отличается от исхода первой операции.

Все это приводит к обязательному для каждого оператора, удаляющего кисту яичника, правилу: всегда после удаления кисты яичника произвести тщательный осмотр состояния второго яичника и в случаях обнаружения в нем даже начинающегося образования кисты удалить его.

Сомнительна судьба больных, оперированных по поводу псевдомиксомы яичника, особенно при явлениях уже развившегося псевдомиксоматозного перитонита. Как было уже отмечено, при этой форме кист перитоний принимает хроническое течение и обычно заканчивается летально через 2—3 года при явлениях тяжелого истощения.

2. Злокачественные эпителиальные бластомы — рак яичника

Как часто встречается рак яичника, до настоящего времени нельзя считать выясненным. Однако следует думать, что эта форма бластом яичника далеко не редка. Пфанненштиль считает, что на шесть кистаденом приходится приблизительно один рак яичника.

Рак в яичнике может развиваться п е р в и ч н о, иначе — возникать из тканей самого яичника, и в т о р и ч н о, когда зачатки опухоли приносятся в яичник метастатическим путем из раковой опухоли, развивающейся в каком-либо ином органе.

Раки яичника, возникающие в нем п е р в и ч н о, можно, по Гебгарду, в свою очередь разделять на две группы: на г е н у и н н ы е, или и д и о п а т и ч е с к и е, р а к и, которые развиваются на совершенно здоровом яичнике, и раки, которые возникают в яичнике на почве уже существовавших бластом яичника, иначе — на почве ракового перерождения доброкачественных бластом.

Хотя клинически эта классификация встречает много трудностей, однако она, несомненно, отвечает тем фактам, которые были накоплены за последнее время при разработке многочисленных клинических случаев рака яичника.

Наконец, в последнее время выделяется еще одна особая группа опухолей, бластоматозный характер которых, повидимому, не подлежит сейчас сомнению. о чем мы будем говорить ниже.

Таким образом, следует, по крайней мере с теоретической точки зрения, различать следующие формы рака яичников:

- а) генуинные формы рака яичника,
- б) карциноматозную дегенерацию кистом яичника,
- в) метастатический рак яичника,
- г) особые формы рака яичника.

а) **Генуинная форма рака яичников** обычно встречается в виде плотных солидных опухолей, чаще всего двусторонних. Они, даже достигая большой величины (иной раз с голову взрослого человека), сохраняют форму яичника. Их ножка, соответствующая hilus ovarii, бывает хорошо развита, поверхность их слегка бугристая или гладкая. Величина опухолей правого и левого яичников чаще всего различна: например, один яичник величиной с кулак, второй — с голову взрослого. Я находил их обычно хорошо подвижными и почти лишенными сращений.

На разрезе опухоль нередко представляет гомогенную массу желтоватого цвета. Нередко консистенция отдельных участков, как и цвет их, резко отличны друг от друга. В некоторых опухолях встречаются участки размягчения ткани вплоть до полного распада и образования полостей. Местами видны кровоизлияния, окрашивающие участки опухоли в темнокрасный или коричневый цвет.

Если раковая масса прорастает капсулу опухоли, она может рассеиваться по всей брюшной полости.

Микроскопическая картина этих форм рака чрезвычайно разнообразна. Однако чаще всего эти солидные карциномы носят характер железистых раков, причем в них находят железистые образования, в которых эпителий местами расположен даже в виде одного слоя, чаще же ложится в виде нескольких слоев или даже целиком заполняет весь просвет железы, образуя много альвеол, разделенных друг от друга тонкими соединительнотканскими прослойками.

Эти формы рака в некоторых случаях по гистологическому своему строению чрезвычайно похожи на кистаденомы, от которых нередко их невозможно бывает отличить.

Несомненно, существуют и первичные папиллярные раки яичника, однако отличить их от папиллярных кист, возникших как следствие раковой дегенерации этих ранее существовавших опухолей, невозможно.

б) Карциноматозная дегенерация аденокистом яичника. Чаще всего раковое перерождение поражает папиллярную кисту. Раковые участки при этом в некоторых случаях выделяются уже при макроскопическом осмотре опухоли. Микроскопически в этих участках эпителий отличается многослойностью и чрезвычайной полиморфностью клеток.

Реже раковое перерождение мы встречаем при псевдомуцинозных кистах. В ранних периодах развития раковые участки могут быть обнаружены только при микроскопическом исследовании, в далеко же зашедших случаях даже макроскопически в стенках кисты мы определяем значительные участки, принявшие вид мягкой мозговой массы — несомненные раково перерожденные участки опухоли.

в) Метастатическая форма рака яичника встречается довольно часто. Яичник является как бы особо благоприятным местом для развития метастатических карцином. Чаще всего метастазы заносятся в него из рака, расположенного в желудке, хотя наблюдаются случаи метастазов и из тонких кишок, из толстых и из прямой кишки.

Так, в советской литературе Вамберский описывает случай двустороннего метастатического рака яичников при первичном раке flexurae sigmoideae.

Описаны случаи метастатического рака, занесенного в яичник из рака грудной железы, желчных путей и печени. Наконец, рак яичника мы встречаем как метастатическую опухоль, занесенную из полости матки и почти никогда — из шейки матки.

Эта форма рака яичника, разрастаясь, быстро дает ряд симптомов, как бы выступающих на первый план болезни, и часто определяется даже раньше, чем первичный раковый очаг.

Микроскопически метастатические раки яичника чаще всего представляют по строению своему так называемую опухоль Крукенберга, описанную этим автором, работавшим в лаборатории Маршана в 1895 г.

Опухоль Крукенберга представляет солидную карциному, описанную этим автором под названием *fibrosarcoma ovarii musco-cellulare carcinomatodes*. Опухоль эта, как выясняется из описания целого ряда авторов и случая, наблюдавшегося в моем материале, представляется чаще двусторонней, реже — односторонней. Она может достигать больших размеров; поверхность ее бугристая на разрезе имеет мозговой вид, местами она размягчена, с мелкими кровоизлияниями. Микроскопически она имеет очень характерный вид, так как содержит крупные перстневидные клетки со светлой протоплазмой и полулунным ядром, отодвинутым к поверхности клетки. Клетки эти располагаются среди соединительной ткани.

Величина и форма этих типичных клеток объясняются своеобразной слизистой дегенерацией протоплазмы раковой клетки, что, в конце концов, ведет к оттеснению ядра к периферии и к его сплюснутой полулунной форме (рис. 207).

г) Особые формы рака яичника. Как уже было описано, рак яичника гистологически представляет опухоль чрезвычайно разнообразного строения, гистогенез которой трактуется весьма различно. Описаны эндотелиомы яичника, перителиомы его и много других форм, не вмещающихся в обычную классификацию. Из этих особых форм рака яичника в последнее время обратили на себя

внимание исследователей опухоли, которые чаще всего называются опухлями гранулезных клеток.

Клетки этих опухолей очень напоминают клетки грапулезы фолликулов яичника, особенно в тех случаях, когда они, как это нередко бывает, принимают радиальное расположение.

Опухоли, причисляемые к этой категории, также бывают различной величины и имеют гладкую или бугристую поверхность. На разрезе они выглядят как солидные опухоли, иногда, однако, пронизанные различной величины полостями, содержащими прозрачную жидкость. Соединительная ткань, заключающая в себе эпителиальные скопления, в большинстве случаев выглядит рыхлой, содержащей много ядер. В некоторых случаях опухоли эти бывают двусторонними, иногда сопровождаются асцитом.

От описанной картины встречаются большие отклонения, заключающиеся как в количестве эпителиальных клеток, так и в их взаимном расположении и форме.

Вопрос о том, обладают ли эти опухоли как образования фолликулярного эпителия внутрисекреторной способностью, не может считаться решенным.

Однако за наличие внутренней секреции говорит до известной степени клиническая картина, наблюдающаяся у части больных, страдающих этими опухолями: в одних случаях наступает длительная аменоррея, при которой можно наблюдать размягчение и увеличение матки, в других — даже у женщин, находящихся уже в периоде менопаузы, появляются длительные кровотечения, напоминающие кровотечения менструального типа.

В известной части случаев эти опухоли протекают совершенно доброкачественно, другие же, наоборот, — при выраженных явлениях злокачественности.

Это обстоятельство заставило даже сомневаться, имеем ли мы в этих случаях настоящую бластому или дело идет о патологии внутрисекреторного аппарата.

Как известно из экспериментов, продолжительным введением в организм животного гормонов передней доли гипофиза можно вызвать в яичнике сильную гиперлютеинизацию фолликулярного аппарата. Возможно, что и образование гранулезоклеточных опухолей в части случаев может быть объяснено не бластоматозным ростом соответственных клеточных элементов яичника, а расстройствами гормонального порядка.

Вить может, в будущем представится возможность более детально разграничить эти две формы гранулезоклеточных опухолей: доброкачественную — функционального порядка, для которой Альбрехт предлагает название *hamartoma*, и злокачественную — бластоматозную, которую он называет *hamartoblastoma*. Однако в настоящее время характер и происхождение этих опухолей остаются для нас еще далеко не ясными.

Из группы особых опухолей яичников следует упомянуть еще очень редкую форму опухоли, обнаруженную у женщины 34 лет и описанную впервые Пиком (Pick) под названием *adenoma testicularare ovarii*.

При этих опухолях женщины постепенно приобретают мужской тип даже в возрасте 21—32 лет, причем до появления опухоли они ничем не отличались от женщин нормального типа, нормально менструировали, а часть из них даже рожала. С развитием опухоли появляется аменоррея, гипертрихоз, изменения в коже, аспе, адамово яблоко, мужской общий вид, гипертрофия клитора и пр. (маскулинизация).

После удаления опухоли все эти изменения уменьшаются и могут полностью исчезнуть, если опухоль удалена рано. Описан случай, при котором сгла-

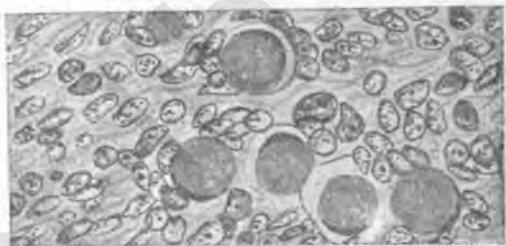


Рис. 207. Опухоль Крукенберга.

дившиеся после удаления опухоли признаки маскулинизации снова появились, когда в оставленном яичнике была вновь обнаружена вторая опухоль.

Опухолям этим дают в настоящее время название *аренбластом*, объясняя их происхождение развитием в яичнике тканей — производных канальцев мужского яичка.

Клиническая картина рака яичников. Рак яичника в половине всех случаев, а при метастатических карциномах и чаще, поражает одновременно обе половые железы. Он встречается не только в половозрелом возрасте, чаще всего на четвертом-пятом десятилетии, но и в молодом возрасте, даже до наступления периода полового созревания.

Нередко даже небольшие опухоли срастаются с соседними органами, однако встречаются большие опухоли и с совершенно свободной поверхностью. Не всегда, но в большинстве случаев злокачественные бластомы яичника сопровождаются асцитом, появляющимся очень рано. Особенно обильный асцит, окрашенный кровью, образуется при папиллярных разрастаниях.

Имплантируясь на брюшине всех органов, находящихся в брюшной полости, раковые частички в противоположность простым папиллярным разрастаниям проникают вглубь органов, в толщу широкой связки, в параметрий и, распространяясь по лимфатическим путям, могут поражать не только соседние лимфатические железы, но и отдаленные.

Метастазы раковых опухолей яичников — правда, не часто — можно находить в печени, в желудке, в кишечнике, в костях и в других органах. Несомненно, что эти метастазы могут происходить и гематогенным путем как следствие прорыва раковой клетки в сосуды первичного ракового узла.

Диагностика злокачественности яичниковой опухоли представляет большие трудности, а нередко и совершенно невозможна. Особенно это относится к ранним периодам развития опухоли и к формам рака яичника, образовавшимся вследствие раковой дегенерации кист. В этих случаях диагноз нередко устанавливается только микроскопическим исследованием кусочков удаленной при операции опухоли.

Однако иногда появляются симптомы, которые позволяют поставить диагноз с большой долей уверенности.

Так, за рак говорит быстрое накопление асцитической жидкости, особенно при небольших опухолях. До известной степени за рак говорит и двусторонность опухоли, раннее наступление аменореи, боли, отеки кожи на лобке и нижней части живота. Особенно характерно появление имплантационных масс в дугласовом пространстве, хорошо прощупываемых со стороны заднего свода в виде мелкобугристых неравномерных образований, которые при грубом исследовании как будто раздавливаются под пальцами.

В далеко зашедших случаях мы ощупываем не только опухоль яичника, но и имплантационные массы, развивающиеся в тазу и заполняющие его в виде параметрита, достигающего стенок таза; эти массы подчас совершенно невозможно отличить от параметрита, развившегося на почве воспаления.

Прогноз при раке яичников, особенно при папиллярных карциномах, неблагоприятен. Несомненно, своевременно (рано) произведенная операция улучшает прогноз, однако и в этих случаях часто наблюдаются рецидивы. Если после операции пройдет два года без рецидива, можно рассчитывать на полное выздоровление (Пфанненштиль).

Терапия. Мы уже отмечали, что при микроскопическом исследовании обычных кистаденом нередко в их стенках можно обнаружить раковые очаги. Особенно часто это имеет место при папиллярных кистах. Поэтому неотложное, возможно раннее оперирование кист яичника является лучшим методом для устранения карцином этого органа.

Чаще всего рак яичника, определяемый клинически, представляет уже запущенную форму, не дающую возможности радикального излечения. Я, однако, не могу согласиться с мнением, что в этих случаях не следует даже делать попыток удалить опухоль. Каждый случай, при котором технически можно удалить опухоль, на мой взгляд, должен быть оперирован хотя бы для того, чтобы полу-

чить довольно часто наблюдаемое при этом временное излечение. Я неоднократно наблюдал, что после операции даже в загущенных случаях больные оправлялись и полтора-два года, а иной раз и дольше чувствовали себя настолько удовлетворительно, что были трудоспособны. Не исключена возможность и полного излечения. Однако рецидив после операции нередко наступает очень скоро. Асцит быстро накапливается, и больная гибнет в состоянии тяжелейшего истощения.

Операция при раке яичников ничем не отличается от операции удаления яичниковых кист. При ней обязательно удаление не только опухоли, но обоих яичников и одновременно полное удаление матки.

Смертность от операции злокачественных опухолей яичников, особенно уже при наличии имплантационных метастазов, значительно выше операционной смертности при кистаденомах.

При малейшей возможности больная после операции должна быть подвергнута систематическому последующему облучению рентгеновскими лучами.

В. СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (ДЕСМОИДЫ)

Соединительнотканые опухоли яичников (десмоиды), *blastoma fibromatosum*, представляют в общем небольшую группу всех опухолей яичника, встречающуюся в пределах 2—5% всех blastom этого органа.

Чаще всего они имеют вид солидной опухоли, иногда заключающей полости.

Различают две формы этих blastom: 1) доброкачественную — фиброму и 2) злокачественную — саркому яичника.

1. Фибромы яичников

Фибромы яичников, если не считать фиброзных образований, развивающихся из бывших атрезирующихся фолликулов или желтых тел, встречаются очень редко и могут быть разделены на два вида: фибромы, диффузно распространенные по всей ткани яичника, и фибромы в виде ограниченных узлов. Обе эти формы имеют гладкую, иногда бугристую поверхность, твердую консистенцию, с трудом режутся ножом и обычно бывают невелики, не превышая размера кулака. Однако наблюдались и крупные опухоли величиной с голову взрослого человека.

В большинстве случаев фиброма яичника снабжена длинной ножкой, причем hilus ее как бы вдавлен глубоко в ткань опухоли, как у почки.

Фибромы долго сохраняют форму яичника, из которого они растут, и обыкновенно развиваются односторонне. Нередко они сопровождаются асцитом, возникающим, повидимому, вследствие механического раздражения ими брюшины.

На разрезе фиброма яичника очень напоминает собой такую же опухоль матки, будучи плотной, беловатой на вид. Иногда ткань фибромы выглядит несколько отечной.

Описаны случаи фибром, при которых среди фиброматозной ткани находили многочисленные кистозные полости, покрытые однослойным кубическим или даже цилиндрическим эпителием (*fibroma adenocysticum*).

Микроскопически фиброма построена из веретенообразных клеток, собирающихся в целые системы волокон, беспорядочно переплетающихся в самых разнообразных направлениях. Ткань фибромы очень бедна сосудами. В более мягких фибромах находили очаговую гиалиновую дегенерацию, кровоизлияния, некрозы и отложения извести (рис. 208).

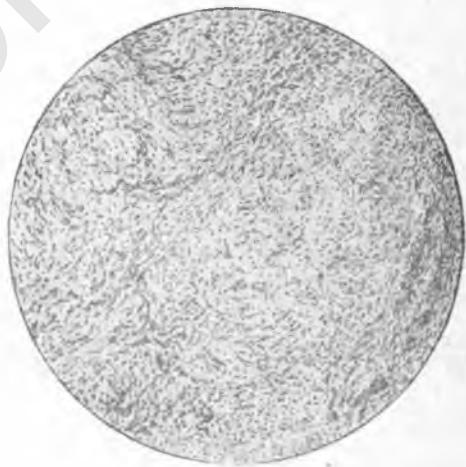


Рис. 208. *Fibroma ovarii*.

Фибромы в виде ограниченных узлов, погруженных в растянутую этими узлами яичниковую ткань, всегда снабжены хорошо выраженной капсулой. Опухоль эта обычно по величине уступает диффузной форме и описана О. Фравклем как фиброма с остатками яичниковой ткани.

Гистогенез фибром яичника не может считаться выясненным.

Описаны фибромы, развивающиеся из яичника, исходящие из его поверхности и прикрепленные к нему ножкой. Эти опухоли обычно бывают невелики и, вероятно, происходят из фолликулов яичника.

Встречаясь в общем редко, фиброма яичника может наблюдаться и в молодом возрасте.

Вопрос о существовании миом яичника или миофибром до последнего времени не может считаться решенным, хотя в литературе описан ряд таких опухолей.

Диагностика фибром трудна; обычно мы принимаем их или за кисту яичника, или за подбрюшинную развивающуюся на почве миомы матки.

От яичниковой кисты она отличается своей твердой консистенцией, миома же матки обычно менее подвижна, чем фиброма яичника.

Прогноз хорош. Однако каждая фиброма яичника должна быть удалена, так как возможен переход ее в саркому.

Терапия ее состоит в удалении опухоли — овариотомии, о которой мы говорили уже раньше. Так как фиброма яичников — опухоль доброкачественная, то операция всегда должна ограничиваться удалением только одного пораженного яичника.

2. Саркомы яичников

Саркомы яичников принадлежат к редким заболеваниям (1,6—7,5% всех blastom яичника). Опухоль эта поражает женщину во всех возрастах жизни, в том числе и в детском. Некоторые авторы даже утверждают, что эту опухоль чаще можно обнаружить в молодом возрасте, чем у старух. Пфанненштиль отмечает, что в его материале в 40% случаев заболевшим было менее 25 лет.

Саркома яичника обычно имеет гладкую поверхность и по своей консистенции значительно мягче фибромы. По наружному виду ее трудно отличить от рака. При разрезе в ней очень часто можно обнаружить различной величины полости и фокусы размягчения.

Саркома нередко бывает двусторонней; однако двусторонность при ней наблюдается реже, чем при раке яичника.

Очень часто при саркоме яичника наблюдаются комбинации с другими blastomами, как фиброма, кистаденома и даже рак яичника.

Необходимо отметить, что в вопросе о классификации различных видов сарком до настоящего времени существует большая неясность и что случаи, описанные неоднократно как саркомы, вероятно, не могут быть отнесены к этим опухолям.

Так, например, очень трудно отличить фиброму яичника, содержащую много ядерных элементов, от саркомы.

Многие опухоли, описанные раньше как саркомы, вероятнее всего, должны быть отнесены к группе гранулезоклеточных опухолей. Как теперь выясняется, описанная, например, Франке *endothelioma* или *perithelioma ovarii*, по всей вероятности, должна относиться не к саркомам, а стоять ближе к ракам.

Микроскопическая картина некоторых опухолей, описанных как саркомы, настолько сходна с раком яичника, что различить эти опухоли совершенно невозможно, почему Фисель-Вазельс (*Fischel-Wasels*) и предлагает называть их *cystoblastoma malignum*, т. е. термином, в котором нет указаний на эпителиальный или соединительнотканый характер опухоли.

Гистологически можно хорошо определить так называемую веретенноклеточную саркому яичника. Круглоклеточная саркома и те виды сарком, которые описаны под названием эндотелиом или перителиом, даже при тщательном ми-

микроскопическом исследовании не могут быть отличены от опухолей эпителиального происхождения.

Макроскопически саркомы яичника отличаются от доброкачественных опухолей своей мягкой консистенцией. На разрезе такие опухоли имеют мозговидный характер, беловатый цвет, часто с признаками жировой дегенерации, некрозов и кровоизлияний.

Прогноз при этих опухолях стоит в известной зависимости от гистологической структуры опухоли. Чем мягче опухоль по своей консистенции, тем хуже предсказание.

Фибросаркома яичника протекает относительно доброкачественно, т. е. растет медленнее, менее склонна к сращениям с соседними органами, позже ведет к метастазам. Веретенообразноклеточная саркома дает гораздо более благоприятный прогноз. Особенно неблагоприятно протекают случаи при круглоклеточных, с большим ядром, мягких саркомах; по злокачественности своего течения саркомы эти ничем не уступают раку.

Диагноз сарком может быть поставлен только предположительно.

Если мы определим массивную (солидную) опухоль, мягкую по своей консистенции, быстро растущую, остающуюся долгое время подвижной и в некоторых случаях сопровождающуюся асцитом, всегда следует думать о возможности саркомы.

Если при этом менструация не исчезает и возраст больной не превышает 30 лет, диагноз наш еще больше подтверждается.

Еще труднее определить саркоматозную дегенерацию опухолей, развивающихся в яичнике.

Вначале, как уже было отмечено, только при микроскопическом исследовании можно поставить в этих случаях соответственный диагноз. Впоследствии, когда опухоль начинает быстро расти и появляются асцит, истощение, кахексия, можно думать о злокачественной дегенерации. Для диагноза саркомы и здесь мы все-таки не имеем безусловных доказательств.

Терапия сарком яичников также состоит в возможно раннем удалении подозрительной опухоли. Часто полное отсутствие сращений, хорошо развитая ножка, подвижность опухоли делают операцию в большинстве случаев очень легкой. В запущенных случаях, при сращениях опухоли и при переходе ее на соседние органы и ткани, операция оказывается, ввиду технической ее сложности, уже невыполнимой.

Результаты оперативного удаления сарком у некоторых авторов очень хороши. Так, А. Мейер говорит о 65% длительного выздоровления. Однако материал этого автора по своему составу должен считаться не вполне точно обоснованным.

В. ОПУХОЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ РЯДА ЗАРОДЫШЕВЫХ ЛИСТКОВ (ООГЕННЫЕ)

Тератомы яичников

Тератомами яичника называют очень характерные образования, которые уже давно считались чудом природы. Отсюда и их название — тератома (τερας — чудо). Опухоли эти встречаются далеко не редко, почти так же часто, как и псевдомуцинозные бластомы; в общем они составляют около 20% всех бластом яичников.

Чаще всего описываемые опухоли бывают односторонними; однако наблюдаются и двусторонние тератомы, приблизительно в 10% всех случаев.

Тератомы встречаются во всех возрастах. Так, описаны случаи опухоли у новорожденных девочек и даже у эмбрионов; наблюдаются они и у старух в 83—84 года. В возрасте до 20 лет тератомы встречаются в 6—14% случаев.

Под тератомой подразумевают смешанную опухоль, ткани которой могут состоять из всех трех зародышевых листков. Однако не в каждом случае можно обнаружить ткани всех трех листков (triphiloma). Нередко встречаются ткани только двух листков (biphiloma) и даже одного (monophiloma)

Все тератомы могут быть разделены на две группы, однообразные по своему гистогенетическому происхождению, но различные по своей анатомической структуре и клиническому течению: дермоиды, или простые тератомы, и собственно тератомы, или тератобластомы.

а) Дермоиды, дермоидные кисты, или простые тератомы, по частоте почти не уступают псевдомуцинозной бластоми.

Чаще всего дермоид встречается в виде совершенно самостоятельной кисты шаровидной формы, величиной не более кулака взрослого человека. Однако находят дермоиды и значительно больших размеров, достигающие величины головы взрослого человека.

Поверхность дермоида гладка и блестяща. После удаления опухоль, остывшая при комнатной температуре, уменьшается, и ее поверхность принимает морщинистый вид.

Встречают дермоиды и в комбинации с другими опухолями, нередко с цистаденомами. Двусторонние дермоиды мы находим очень редко. Опухоли эти никогда не развиваются интралигаментарно, а обыкновенно сидят на длинной ножке. Благодаря длинной ножке и гладкой поверхности они очень подвижны, что нередко ведет к торзии ножки опухоли. Отличаясь большой подвижностью, дермоиды часто, несмотря на то, что они легко могут помещаться еще в малом тазу, лежат спереди матки или где-либо высоко в брюшной полости.

Наружная стенка дермоида состоит из соединительнотканной плотной кожистой оболочки, содержащей кистозную полость, наполненную густой жироподобной массой белого или слегка желтоватого цвета. Масса эта смешана с массой волос.

Содержимое дермоида при температуре тела может быть жидким и застывает после удаления кисты. Полость кисты чаще однокамерна.

При удалении содержимого дермоида можно на внутренней его поверхности найти неправильной формы и чрезвычайно различной величины выступы — дермоидные отростки, которые считают рудиментами



Рис. 209. Дермоид с волосами, зубами и дермоидным отростком.

головы, покрытые кожей, содержащей большое количество сальных желез и волос. Эти железы и выделяют ту жировую массу, которая заключается в дермоиде. В этих отростках нередко можно обнаружить костные пластинки, напоминающие плоские кости черепа, много иной раз хорошо выраженных зубов, которые насчитываются иногда сотнями. В этих же участках ткани находят нередко нервные волокна и мозговую ткань. Все эти причудливые составные части дермоида зачастую по характеру и очертаниям напоминают отдельные органы и даже форму тела зародыша (рис. 209 и 210). Так, Рейфершейд нашел в дермоиде образование с ясным разделением на голову, туловище и нижние конечности, с женскими наружными и отчасти внутренними органами, причем на рентгенограмме были видны кости черепа, позвоночник и нижние конечности.

Таким образом, в настоящее время нельзя сомневаться в том, что дермоид содержит не только производные эктодермы, как кожу, волосы и зубы, но и другие ткани, принадлежащие всем трем зародышевым листкам. Так, в дермоидах найдены: мозговая и нервная ткань, ткани глаза, участки кишечника, бронхов, слюнных желез, зачатки частей головы, челюстей, конечностей и пр.

Жировая масса, заполняющая дермоид, содержит нейтральные жиры, кристаллы жирных кислот, детрит и отслоившиеся от стенок кисты плоские эпителиальные клетки. В некоторых случаях в этой массе находится особенно много эпителиальных клеток и зерен кальция.

Характерный вид принимает в некоторых случаях содержимое дермоидной кисты, когда оно обращается в массу однообразных по величине и правильных шариков. Шарик эти по виду и величине могут походить на горох. Встречаются и более крупные шарик (рис. 211). Причина образования таких шариков из содержимого дермоидов не вполне ясна

Геггард (Gebhard) считает, что они образуются по типу масляных шариков при длительном взбалтывании молока в кувшине, под влиянием движения тела большой.

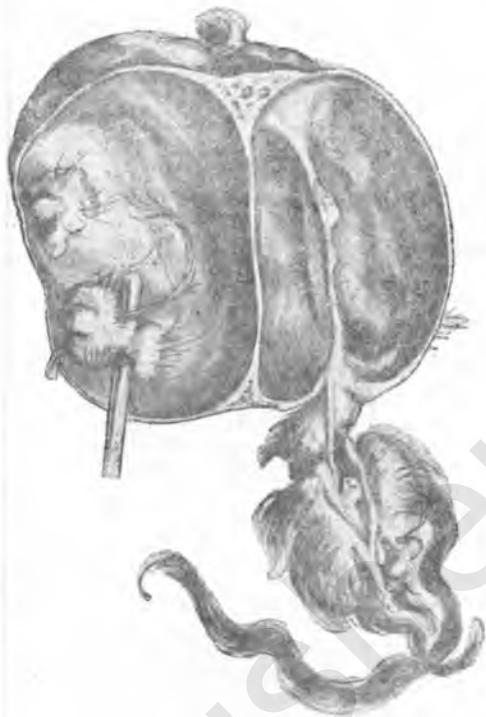


Рис. 210. Дермоид, опорожненный от содержимого. Дермоидные отростки. По Кермаунеру.

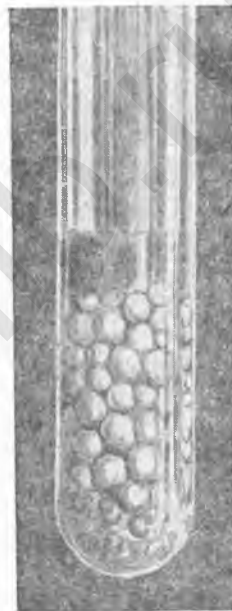


Рис. 211. Дермоидные шарики. По Кермаунеру.

Волосы в дермоидных кистах обычно имеют светлую окраску, сбиваются в один общий клубок, пронизывающий в беспорядке всю жировую массу или ее участки. В некоторых случаях отдельные волосы имеют до метра длины и больше.

Дермоидные кисты могут подвергаться карциноматозному, реже саркоматозному, перерождению и даже служить местом для метастаза рака, развившегося в каком-либо ином органе. В стенках дермоидных кист мы встречаем нередко и другие виды перерождения: жировое, гиалиновое, некроз, отложение извести и пр.

Нередко в той же стенке можно обнаружить даже в больших опухолях остатки нормальной яичниковой ткани.

б) Тератомы — тератобластомы в противоположность дермоидам являются опухолями подчас чрезвычайно злокачественными. В то время как дермоид имеет явно выраженный кистозный характер, тератома чаще имеет на разрезе вид сплошной солидной опухоли и лишь местами включает мелкие кистозные полости.

В отличие от простой тератомы-дермоида тератобластомы встречаются очень редко. Мы видели, что дермоид представляет собой одну из наиболее частых форм

жист яичника, в то время как тератобластома, наоборот, встречается крайне редко. А. Мейер на 682 бластомы яичников имел 131 дермоид и только одну тератобластому. Такие же цифры приводит и Кермаунер: на 283 тератомы 2 тератобластомы.

Макроскопически тератобластома представляет бугристую, часто мелкобугристую опухоль очень различных размеров, вплоть до гигантских.

При микроскопическом исследовании мы в этой опухоли находим производные всех трех зародышевых листков, которые, однако, не имеют тенденции образовывать готовые ткани и дифференцироваться до конца, но по своему строению они соответствуют эмбриональным тканям, находящимся на различной степени эмбрионального дифференцирования. Все эти пестрые ткани тератобластомы чрезвычайно ярко красятся при микроскопической обработке, а потому и служат прекрасным объектом для микроскопического исследования.

Тератобластома имплантируется и дает метастазы, которые распространяются как лимфатическим путем, так и гематогенно.

При своевременном удалении этих опухолей может наступить полное выздоровление. Кермаунер считает, что этот благоприятный исход в настоящее время наблюдается приблизительно в 25—27% всех оперированных случаев.

Чаще всего тератому находили у молодых девушек.

Рост этих опухолей обычно поражает своей быстротой, причем их поверхность срастается с соседними органами. Нередко при тератомах наблюдается асцит.

Гистогенез дермоидов и тератобластом как опухолей, содержащих производные всех трех зародышевых листков, несомненно, должен быть связан с половой клеткой или с теми первичными, еще недифференцированными продуктами дробления яйца (бластомерами), которые при дальнейшем дроблении и дифференциации способны давать ткани всех трех зародышевых листков.

Вначале тератомы рассматривали как опухоли, происходящие непосредственно из яйцевой клетки путем партеногенетического дробления ее.¹ Однако это представление, повидимому, следует отбросить, так как до сих пор не было обнаружено ни одного случая, при котором в тератоме наблюдались бы, наряду с прочими тканями, и половые клетки. Таким образом, пришли к выводу, что тератома может образоваться не из яйцевой клетки, а из клеток, почти равных ей. Такими клетками являются полярные тельца (направительные тельца), образующиеся при созревании яйца, первые продукты дробления яйца (бластомеры) и так называемые клетки первичного рта (бластопор).

Клиника дермоидов и тератом. Дермоидные кисты растут чрезвычайно медленно и нередко не вызывают никаких симптомов; обнаруживаются они случайно при исследовании больной. Только достигнув большой величины, они начинают давать симптомы, совершенно похожие на симптомы, которые мы наблюдаем при аденокистомах.

Длинная ножка и большая подвижность кисты могут уже очень рано привести к торзии ножки и дать те же симптомы, которые мы наблюдаем в случае этого осложнения и при других опухолях.

Может также произойти разрыв кисты и выделение ее содержимого в брюшную полость. Это осложнение вызывает бурную реакцию со стороны брюшины, но обычно заканчивается инкапсуляцией выделившихся в брюшную полость масс. Может произойти и прорыв содержимого дермоида в соседние полые органы — в мочевой пузырь и в кишечник, причем прорвавшиеся массы выводятся с мочой и калом.

Часто дермоид не вызывает никаких болезненных симптомов; только в редких случаях можно наблюдать болезненность опухоли при пальпации и ряд расстройств при менструации.

Прогноз при дермоидных кистах, несомненно, более благоприятен, чем при

¹ Партеногenezом называется процесс деления неоплодотворенного яйца.

аденокистомах. Злокачественные перерождения в них редки, а если и наблюдаются, то при своевременном удалении не грозят рецидивами.

Диагностика дермоидов часто не представляет трудностей. Твердая консистенция опухоли, ее подвижность, нередко нахождение ее впереди матки, а особенно, если это удается установить, очень медленный рост опухоли, позволяют думать о дермоиде.

Описаны случаи, когда удавалось установить диагноз дермоида путем рентгеновских снимков, на которых были обнаружены кости, содержащиеся в опухоли.

Лечение дермоидов и тератобластом такое же, как и лечение аденокистом. Овариотомия, производящаяся при этом, ничем не отличается от обычной.

Каждая обнаруженная опухоль яичника должна быть немедленно удалена. Это правило обязательно и для дермоидов, несмотря на то, что в них раковое перерождение мы встречаем очень редко.

Опасность дермоида состоит прежде всего в возможности его нагноения, перерождения и некроза стенок, прорыва его содержимого в брюшную полость и перекручивания ножки кисты.

При дермоиде мы производим простую одностороннюю овариотомию; при тератомах следует всегда удалять оба яичника и тело матки (надвлагалищная ампутация тела матки).

В тех случаях, когда полученный при обычной овариотомии дермоид при ближайшем изучении окажется тератобластомой, больная должна находиться под систематическим контролем врача, для того чтобы в случае появления опухоли в оставленном яичнике или метастаза в другом органе немедленно произвести радикальную операцию.

В яичнике обнаружены опухоли, очень напоминающие псевдомуцинозные аденокистомы, которые по гистологической картине очень похожи на щитовидную железу. В этих случаях, по предложению Лика, можно говорить о *struma ovarii*.

Опухоль эта трактуется как развивающаяся в одном из яичников тератома. Она обычно растет быстро, но сохраняет доброкачественный характер, т. е. не дает метастазов и после удаления не рецидивирует. В некоторых случаях, однако, она может приобретать и черты злокачественных опухолей. Весьма сомнительно, что эту опухоль можно трактовать как метастаз из щитовидной железы, как это думает Бермаунер.

В редких случаях в яичниках наблюдали и *хориоэпителиомы*. Эти опухоли могут быть причислены к тератобластомам только в тех случаях, если удастся с полной уверенностью отвергнуть связь их с маточной или внематочной беременностью.

Наконец, описаны и очень редкие опухоли яичников — *гипернефромы*. Они могут возникать в яичнике или в результате занесения в раннем эмбриональном периоде в половую железу зачатков надпочечника, или как следствие метастаза ткани надпочечника в яичник.

ОПУХОЛИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПО СОСЕДСТВУ С ЯИЧНИКОМ

Далеко не редко, оперируя кисту яичника, мы рядом с кистой обнаруживаем неизмененный яичник, тесно связанный с кистой, но лежащий совершенно обособленно от нее. В этих случаях чаще всего дело идет не о яичниковой кисте, а о кисте паровариального происхождения.

В первой главе (стр. 22) мы видели, что в мезосальпинксе, между листками широкой связки, располагается целая система каналов, которые в виде зубьев гребешка, начинаясь от яичника слепыми канальцами, впадают в общий проток, расположенный под трубой.

Эта система каналов, получающая название *parovarium*, или *epiorphoron*, представляет остатки вольфова тела и вольфова канала, которые у женщины являются рудиментом этих эмбриональных образований, а у мужчины служат материалом для образования *epididymis*.

Эти рудиментарные образования, гистологически представляющие систему тонкостенных канальцев, покрытых внутри кубическим, а местами даже цилиндрическим эпителием, снабженным ресничками, и служат источником так называемых *паровариальных кист*.

Соответственно анатомическому расположению паровария между листками мезовария и паровариальные кисты всегда развиваются интралигаментарно.

Стенки их, таким образом, состоят из двух слоев: наружного, образованного листками брюшины, и внутреннего, развившегося из стенок самих паровариальных канальцев.

Этот внутренний слой состоит из соединительнотканых волокон, содержащих часто эластическую ткань, а иногда даже и мышечные элементы.

Внутренняя поверхность паровариальных кист покрыта кубическими эпителиальными клетками, очень часто принимающими вид цилиндрического эпителия, несущего мерцательные реснички.

В отличие от эпителия, покрывающего внутреннюю поверхность аденокстом эпителий паровариальных кист не обнаруживает тенденции к размножению.

В общем гладкая внутренняя поверхность паровариальной кисты местами утолщается, однако очень редко эти утолщения носят характер папиллярных разрастаний, свойственных папиллярным кистам.

Паровариальные кисты обычно имеют шаровидную форму, их стенка тонка, содержимое водянисто, не заключает псевдоменины, но содержит небольшие количества белка. При кипячении эта жидкость совершенно не мутнеет или дает очень незначительную муть.

Чаще всего мы встречаем маленькие паровариальные кисты; больших размеров эти кисты достигают очень редко. Наблюдаются и случаи двусторонних паровариальных кист.

Разрастаясь, паровариальная киста вначале не имеет ножки и, располагаясь межсвязочно, обычно довольно плотно прилегает к краю матки. При росте в сторону брюшной стенки паровариальная киста может выйти из связки широкой связки и образовать из нее настоящую ножку, которая может подвергаться даже торзии и давать все явления этого осложнения, с которыми мы познакомились уже при торзиях аденокстом.

Вырастая из широкой связки, паровариальная киста вытягивает тесно прилегающую к ее верхней поверхности трубу, которая лежит как бы замурованной в ее стенках.

Яичник, вблизи которого вырастает паровариальная киста, обычно располагается у ее нижнего полюса в виде плотно прилежащего к ней органа. В некоторых случаях ткань яичника оказывается как бы распластанной на поверхности кисты.

Чаще всего рост кисты направлен вверх — в брюшную полость, однако иной раз может наблюдаться и внутрисвязочный рост к основанию широкой связки. Опухоль в этих случаях расслаивает ее в глубине и даже, распространяясь ретроперитонеально, направляется к прямой кишке.

Диагноз паровариальных кист устанавливается обычно только после операции. Признаками паровариальных кист могут служить: тонкостенность и небольшое напряжение стенок опухоли, ее шаровидная форма и медленный рост, а главное — определение около кисты яичника.

Терапия. Нельзя сомневаться в том, что паровариальные кисты с их тонкими стенками могут лопаться, причем излившаяся в брюшную полость жидкость не вызывает никакой реакции со стороны брюшины.

Наблюдаются случаи и самоизлечения, когда лопнувшая киста вновь уже не наполняется жидкостью. Возможность такого исхода и полная доброкачественность кисты позволяют поставить вопрос о том, подлежат ли паровариальные кисты обязательно удалению.

Прежде перед операцией пунктировали кисты и прибегали к удалению их только в тех случаях, если киста снова выростала. В настоящее время большинство гинекологов считает необходимым оперативно удалять каждую кисту, в том числе и паровариальную. За это говорит как большая неуверенность в правильности диагностирования именно паровариальной кисты, так и возможность хотя и редких, но все же наблюдающихся осложнений.

Операция удаления кист паровария (parovariotomia) ничем не отличается от овариотомии. Она очень легка, если киста имеет ножку. Следует только стремиться сохранить при этой операции яичник.

Если киста растет межсвязочно и особенно если она растет ретроперитонеально, могут возникнуть большие технические трудности. Здесь необходимо вскрыть листки брюшины, в которых располагается опухоль, и вылущить ее из широкой связки. Образовавшаяся после вылущения опухоли полость должна быть тщательно закрыта листками брюшины так, чтобы под ними не оставалось мертвых пространств.

Если при отделении кисты от соседних участков кишечника создается опасность разрыва стенки кишки, можно оставить плохо отделяющиеся кусочки кисты, не опасаясь рецидивов.

Операции паровариотомии дают хороший исход. Рецидивов после них не наблюдается.

В пароварии можно встретить, кроме кист, и другие опухоли. Так, описаны фибромы, саркомы и раки паровария, но все они встречаются крайне редко.

ГЛАВА ШЕСТАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРУБ

I. НЕДОРАЗВИТИЕ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ТРУБ

Большое клипическое значение имеет отмеченное впервые Фрейндом недостаточное развитие труб, когда орган этот у взрослой женщины соответствует по своему развитию трубам, находимым у девочек или даже у плодов. Как видно из рис. 212, трубы плодов и новорожденных отличаются извилистостью и относительною длиной. При отставании в развитии такая извилистость и несвойственная норме длина может удерживаться и у взрослых.

Это отражается, конечно, на проходимости труб и может повести к образо-

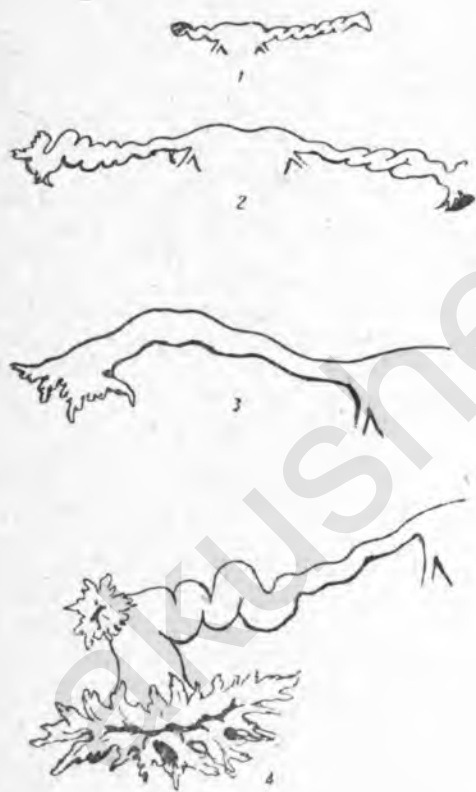


Рис. 212. Трубы в различных периодах развития. По Фелинг-Францу.

1 — матка (дно ее) и трубы пятимесячного плода; 2 — то же у новорожденной девочки; 3 — то же у 13-летней девочки; 4 — левая труба с зачаточным ostium у 30-летней женщины. По Фрейнду.



Рис. 213. Добавочные трубы и добавочные ostium.

вание кистовидных вздутий по ходу трубы, к местному растяжению ее стенок скопляющейся в отдельных участках жидкостью.

Несомненно, что длина трубы и особенно перегибы ее могут мешать передвижению по ней оплодотворенного яйца и вести к внематочной беременности.

Длинные извитые трубы находили в грыжевых мешках, куда они могут опускаться даже без яичников.

Опухоли, особенно паровариальные кисты и миомы, также могут, вытягивая трубы, очень их удлинять.

При отсутствии матки или при ее рудиментарном развитии можно наблюдать дефект труб. При отсутствии или недоразвитии одной половины матки находят иногда такой же недостаток и в соответственной трубе.

Иногда запус­тевает с полным исчезновением просвета маточный конец трубы на протяжении 2—3 см. В некоторых случаях можно обнаружить д о б а в о ч н ы е т р у б ы или добавочные отверстия труб (ostium tubae).

Добавочные трубы обычно представляют собой сидящие на ножке образования, снабженные розеткой фимбрий. Если в них имеется полость, то она обычно не сообщается с просветом трубы. Такие добавочные трубы прикрепляются или к самой основной трубе или к передней поверхности мезосальпника (рис. 213).

Встречаются — и притом далеко не редко — и добавочные отверстия труб, располагающиеся обычно вблизи нормального ostium tubae abdominale, окруженные венчиком фимбрий; эти отверстия нередко ведут в просвет трубы.

В некоторых случаях эти отверстия встречаются в большом количестве и притом одновременно на обеих трубах. Вальдейер описывает случай с 13 абдоминальными отверстиями трубы.

Эти отверстия имеют большое значение, так как при закрытии основного отверстия добавочное может служить для прохождения через него сперматозоида и таким образом способствовать возникновению беременности.



Рис. 214. Удвоенная труба с двумя яичниками.

Наблюдались случаи и удвоения трубы, сопровождавшиеся удвоением яичника на той же стороне (рис. 214).

Такая труба может лежать или непосредственно на нормальной трубе, или на передней поверхности мезосальпника.

II. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРУБ

Ряд расстройств, наблюдаемых в трубах и по своей анатомической картине причисляемых нередко к расстройствам воспалительного характера, по существу не может быть отнесен к истинным воспалениям, т. е. к изменениям, обусловливаемым пролиферацией в ткани микробов.

Так, например, при застоях в тазовых органах или при перекручивании ножки овариальных опухолей, при ущемлении придатков матки в кольце пупочной грыжи обычно в трубе наблюдают расстройства циркуляции крови, которые ведут иной раз к значительному отеку трубы, к застоям и экстравазатам в ее стенке, придающим тканям трубы темнокрасную окраску, а в далеко зашедших случаях закапчиваются дегенерацией и некрозом.

Истинное воспаление, в противоположность только что отмеченным нами изменениям, всегда связывается с пролиферацией в ткани различных форм микробов, а главное — с утратой тканями способности бороться с этой инвазией, вследствие чего соки организма начинают служить питательной средой для внедряющихся микробов, а последние становятся постоянными паразитами заболевшего организма.

Слизистая оболочка труб поражается, так же как и слизистая оболочка матки, чаще всего после ряда наносимых ей повреждений. Вероятнее всего, что осповалием для инфекции служат предшествующие катарры, развивающиеся на почве расстройства питания ткани, смещения труб, ряд застойных явлений, так часто наблюдаемых в тазу, и, в конце концов, проникающие сюда инфекционные начала.

Здоровая труба и ее полость обычно свободны от бактерий. Стерильность полости трубы гарантируется не только бактерицидными свойствами влагалищного секрета и слизистой пробки шейчного канала, но и стерильностью полости матки.

В трубу инфекция из влагалища может попасть только последовательно, после того как полость матки станет местом развития инфекции.

Однако, даже если в полости матки скопится секрет, содержащий патогенные бактерии, он далеко не всегда проникает через маточное отверстие трубы в ее полость, и труба при этом долго может оставаться стерильной.

Маточный конец трубы (*ostium tubae uterinum*) представляет, повидимому, барьер, в некоторых случаях подолгу задерживающий проникание микробов из полости матки в трубу, и требуется ряд особо благоприятных условий для того, чтобы инфекция могла преодолеть этот барьер.

Можно думать, что благоприятными условиями для этого служат механические исульты, как подъем тяжести, физическое напряжение, прыжки, травма, связанная с внутриматочными манипуляциями, coitus и пр. Особенно легко распространяется инфекция в наиболее опасный момент — при менструации или в пурперальный период.

Инфекция, с которой мы имеем дело при воспалениях труб, может быть вызвана целым рядом микробов, из которых по своей частоте особенно важное клиническое значение имеют: 1) гококки, 2) туберкулезная палочка, 3) септические и гнилостные микробы.

Повидимому, частота инфицирования труб этими тремя видами бактерий меняется в зависимости от местных условий.

Так, Панков при изучении этого вопроса на материале фрейбургской клиники нашел следующие проценты заболеваемости труб:

Заболевание гонорройного характера	43%
Туберкулезный сальпингит	22%
Септический процесс	35%

Изучая аналогичный материал в таком крупном промышленном центре, как Дюссельдорф, он нашел гоноррею почти в 90%.

Наш материал за последние десятилетия значительно отличается от материала, приведенного Панковым. Туберкулез придатков мы находим значительно реже, не более 5—6%, главный же контингент наших больных страдает поражением труб септического и гонорройного характера; обе формы встречаются почти одинаково часто.

Несомненно, что наиболее часто инфекция проникает в трубу в о с х о д я щ и м п у т е м, т. е. проходя последовательно влагалище, шейку матки, полость матки и затем уже внедряясь в трубу.

Если нередко, изучая препараты удаленных вместе с маткой пораженных инфекцией труб, мы не находим следов воспаления в полости матки, то это ни в коем случае не говорит против восходящего характера инфекции, так как, постепенно поднимаясь кверху и вызывая воспаление пораженного участка, инфекция местно заканчивается выздоровлением, в то время как в более высоких отделах она или только начинается, или уже находится в развитом состоянии.

Однако на основании ряда клинических наблюдений в настоящее время невозможно отрицать и иные пути для проникновения инфекции в трубы. Так, она может переходить сюда сверху, из соседних воспалительных фокусов в других органах, особенно в кишечнике и червеобразном отростке, — п и с х о д я щ и й п у т ь п р о н и к н о в е н и я и н ф е к ц и и — и может приосниться

к трубе, как это доказал Вертгейм для гоноккока, даже лимфогенным и гематогенным путем.

Гонорройное воспаление труб, как правило, является следствием восхождения инфекции из полости матки. Туберкулезное заболевание трубы возникает вследствие попадания в трубу туберкулезных бацилл, приносимых сюда из самых отдаленных очагов гематогенным путем.

Однако, несомненно, что туберкулез труб может возникать путем распространения инфекции с соседних органов брюшной полости, непосредственно попадая в трубы, — нисходящий путь.

Наконец, септическая инфекция может быть принесена различными путями. Так, после аборта или внутриматочных манипуляций она попадает в трубы восходящим путем из матки. Правая труба может легко инфицироваться со стороны appendix. В этих случаях дело идет об инфекции, распространяющейся по трубу нисходящим путем.



Рис. 215. Микроскопическое строение слизистой оболочки трубы.

А — нормальная слизистая оболочка трубы; В — пораженная гнойным процессом.

Однако септическая инфекция может приспособиться к трубам и гематогенным путем. Панков приводит в доказательство этого наблюдавшиеся им тяжелые формы воспаления придатков на почве гриппозной инфекции.

Проникновение инфекционных начал в трубы дает чрезвычайно различную клиническую и анатомическую картину, сопровождающуюся заболеванием и соседней брюшины, что нередко, особенно в острых случаях воспаления, затемняет основное заболевание — воспаление трубы — и выдвигает на первый план явления воспаления брюшины.

Патологоанатомическая картина воспалительного процесса в трубах начинается обычно проявляться в слизистой оболочке труб, которая, как мы видели это в соответствующей главе (стр. 22), располагается в виде ряда продольных складок и совершенно не содержит желез.

В начале воспалительного процесса и в слизистой труб, как и в других областях и тканях, можно отметить расширение сосудов, набухание слизистой и усиленную секрецию ее поверхностного эпителия. Первое время эпителий сохраняет еще свою непрерывность по всей поверхности складок слизистой, но вскоре, особенно при туберкулезной и гонорройной инфекции, отторгается, обнажая иной раз довольно обширные участки подэпителиальной ткани. Одновременно с накоплением секрета в просвете трубы цежная соединительнотканная основа, заложенная в складках слизистой оболочки трубы, переполняется проникающим в нее мелкоклеточным инфильтратом, вследствие чего складки слизистой делаются грубыми, толстыми, отечными и сильно гиперемизованными (рис. 215).

Утрата эпителиального покрова, особенно в области верхушек складок слизистой оболочки трубы, может повести к тому, что верхушки эти слипаются и срастаются, а под ними, у основания складок, образуются пустые замкнутые пространства, постепенно заполняющиеся секретом, который выделяется покрывающим эти пространства эпителием. Таким путем образуются как бы растянутые железистые полости, давшие основание Мартину (Martin) назвать эту форму воспаления труб *salpingitis pseudofollicularis* (рис. 216).

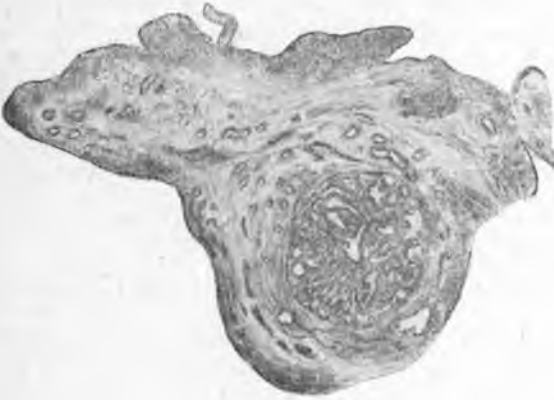


Рис. 216. *Salpingitis pseudofollicularis* (малое увеличение).

Под влиянием воспалительного процесса уже сравнительно рано труба начинает утолщаться, причем ее размеры могут настолько увеличиться, что вся труба уже не помещается на мезосальпинксе, а меняет свою прямую форму на извилистую, иной раз с несколькими перегибами в истмической части.

Стенки трубы под влиянием воспалительного процесса также местами утолщаются вследствие скопления в них продуктов воспалительной инфильтрации.

Воспалительный процесс вызывает раздражение слизистой обо-

лочки трубы, что ведет в некоторых случаях к разрастанию ее в форме более или менее выраженных внедрений в подслизистый мышечный слой стенки трубы. Нередко вокруг таких дивертикулов слизистой утолщается и вся стенка трубы. Этим образованиям и присваивается название *adenomyosis tubae*.

Особенно часто этот процесс развивается в маточном участке трубы — в *pars isthmica tubae*, которая принимает вид последовательно расположенного ряда четкообразных утолщений округлой формы, вследствие чего и называется *salpingitis isthmica nodosa* (рис 217).

Воспаление слизистой оболочки трубы, так называемый *endosalpingitis*, распространяясь по лимфатическим путям и *per continuitatem*, проникает и в толщу стенки самой трубы, на ее соединительную ткань и мышечные волокна и ведет к образованию *myosalpingitis* или *salpingitis interstitialis*.

В некоторых случаях стенка трубы равномерно утолщается; особенно увеличиваются при этом мышечные отделы ее. Это дало повод Кальтенбаху (Kaltenbach) предполагать, что в данном случае дело идет о гипертрофии, которая вызывается повышенной деятельностью трубы, стремящейся изгнать свое содержимое наружу. Эту гипертрофию он назвал «рабочей» гипертрофией.

Если воспалительный процесс продолжает развиваться, утолщенная слизистая, подвергаясь гнойному распаду и некрозу, постепенно истончается и заменяется грануляционной тканью. На внутренней поверхности трубы остаются только обрывки утолщенной и воспаленной слизистой.

Проникая в толщу самой стенки трубы, воспалительный инфильтрат может в ней вести к образованию абсцессов, опорожняющихся путем вскрытия в просвет трубы.

Хене думает, что поверхность этих вскрывшихся в полость трубы и опорож-

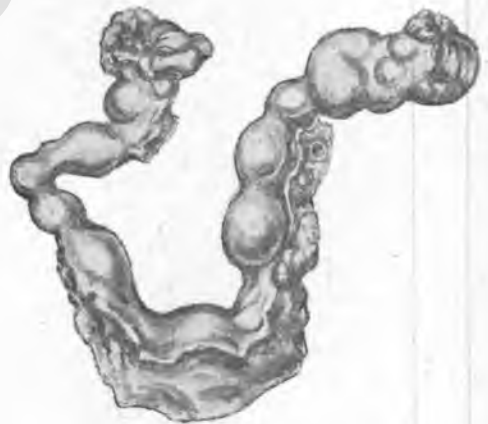


Рис. 217. *Salpingitis nodosa gonorrhoeica*.

вившихся от гноя абсцессов может разрастаться за счет эпителия трубы и вести к образованию в стенках трубы тонких эпителиальных ходов.

Не исключена возможность образования таких нередко находимых нами в стенках трубы эпителиальных ходов и путем простого врастания эпителия из полости трубы в стенку ее без предшествовавшего образования абсцессов.

Гнойный сальпингит, сопровождающийся накоплением гноя в просвете трубы, ведет к значительному утолщению стенки трубы; вся труба увеличивается, содержимое ее уплотняется и становится густым. Гнойное воспаление всегда переходит на серозную оболочку трубы, что вызывает сращения этого органа с соседними.

Гной, проникая через стенку трубы, может скопляться в полостях, образовавшихся около нее при сращениях с соседними органами, вся труба превращается в огромный комок ткани, содержащий, кроме трубы, ряд небольших гнойных полостей.

Процесс образования гнойных сальпингитов имеет свои особые черты, в зависимости от характера инфекции, обуславливающей его.

При гонорройном и туберкулезном процессах количество образующегося гноя в общем невелико, но особенно выражен распад эпителиального покрова и самих складок слизистой. При септическом процессе, наоборот, гноеобразовательный процесс выступает на первый план, и менее выражены гибель эпителия и слипание складок слизистой.

При гонорройных сальпингитах обычно наблюдается значительное образование спаек с соседними органами, изменение формы и положения трубы, от чего зависит стойкое бесплодие, являющееся следствием гонорройных сальпингитов.

При септических процессах быстрое распространение воспаления на соседнюю брюшину нередко ведет к тяжелым смертельным перитонитам еще раньше, чем успеют произойти значительные анатомические изменения.

Сращения, быстро возникающие при гнойных сальпингитах, прежде всего в области *ostium tubae abdominalis*, необходимо рассматривать как процесс ограничительный, имеющий целью изолировать гнойник, образующийся в трубе. Происходит это обычно или вследствие того, что фимбрии трубы очень быстро и прочно срастаются с окружающими их тканями — брюшиной таза, яичником, кишечником — иначе говоря, с каждым органом, расположенным близ них, или более сложным способом: фимбрии как бы втягиваются в ампулярную часть трубы (*inversio ostii tubae abdominalis*), вследствие чего их наружные поверхности, покрытые брюшиной, приходят в непосредственное соприкосновение и плотно срастаются.

Такое заращение абдоминального конца трубы препятствует истечению ее содержимого в брюшную полость, вследствие чего труба может опорожниться только в сторону полости матки. Однако узкий просвет маточного конца трубы, особенно если слизистая оболочка в нем, вследствие воспалительного процесса, набухает, также может препятствовать оттоку из трубы жидкого содержимого. Содержимое это скопляется в трубе, растягивает стенки ее и превращает этот орган нередко в большую опухоль ретенционного характера, которая обычно называется сактосальпинксом (*sactosalpinx*).

Если содержимое такого сактосальпинкса носит более серозный характер, мы говорим о *sactosalpinx serosa*, *s. hydrosalpinx* (рис. 218); если содержимым является гной — о *sactosalpinx purulenta*, *pyosalpinx* (рис. 219).

Гидросальпинкс может образоваться очень быстро, причем растянутая стенка становится очень тонкой, почти прозрачной.

Если маточный конец гидросальпинкса не полностью облитерирован, жидкость, заключенная в трубе, достигнув определенной степени давления, по временам прорывается через это отверстие в матку.

В этих случаях иногда значительные количества жидкости периодически истекают из наружных половых органов. Явление это носит название *hydros. tubae profluens*.

При серозных сактосальпинксах жидкость вначале скопляется в более растяжимой ампулярной части трубы. Постепенно с накоплением жидкости растягиваются, однако, и остальные, менее податливые отделы трубы вплоть до *pars uterina tubae*. Таким образом, вся труба постепенно принимает ретортообразную форму с большим изгибом между ампулярной и истмической частью трубы.



Рис. 218. Hydrosalpinx.

Нередко такая труба срастается с соседними органами тонкими спайками, однако в некоторых случаях ее гладкая поверхность остается совершенно свободной от сращений. Чаще всего этот процесс бывает двусторонним. Образовавшаяся опухоль достигает обычно величины кулака, но изредка приходится встречать опухоли величиной с голову поворожденного и даже больше.

Повышенное внутреннее давление гедет, как было отмечено, к истончению стенок, в том числе и слизистой оболочки трубы; складки ее исчезают и поверхность выглядит совершенно гладкой.

Эпителий трубы утрачивает свои реснички, делается кубическим, подчас уплощается и даже совершенно исчезает.

Стенки таких труб в местах изгибов вдаются в просвет в виде острого полулунного края.

Гидросальпинкс, даже достигнувший большой величины, может иной раз быстро рассасываться. Его стенки спадаются, однако абдоминальный конец остается зарастенным; слизистая оболочка снова ложится в складки. Отсутствие на ней эпителиального покрова ведет к сращениям в складках слизистой оболочки, и местами труба становится полностью непроходимой. Непроходимость может усиливаться вследствие того, что и маточный конец трубы закрывается и облитерируется. Все это имеет большое клиническое значение, так как ведет к стойкому бесплодию женщины.

Гидросальпинкс в тех случаях, когда он не сопровождается сращениями, может подвергнуться перекручиванию — торзии. В торзии принимает участие и участок широкой связки, к которой прикреплена труба.

Sactosalpinx purulenta может образоваться или в процессе всасывания серозной жидкости из гидросальпинкса и постепенного ее уплотнения и перехода серозной жидкости в гнойную, или же скопляющаяся жидкость сразу принимает серозно-гнойный, а затем и чисто гнойный характер.

Пиосальпинкс обычно не достигает таких больших размеров, как гидросальпинкс; его стенки всегда значительно утолщены гнойным инфильтратом; содержимое — густой гной. Иногда это содержимое имеет вид казеозной массы, в некоторых случаях обладающей сильным запахом. Цвет гноя — желтоватый, нередко с выраженной зеленоватой окраской.

Слизистая оболочка пиосальпинкса обычно разрушена и замещена грану-

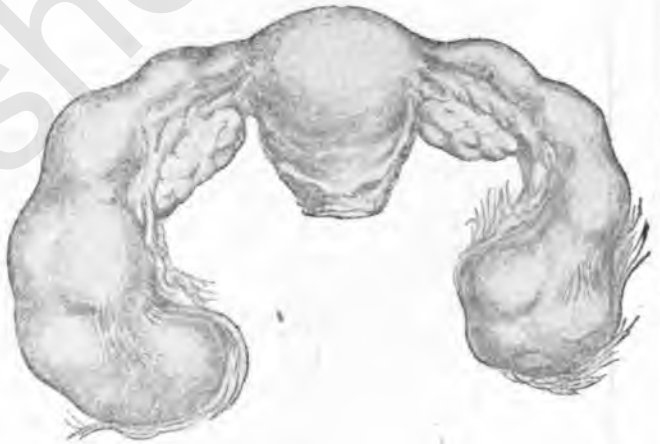


Рис. 219. Pyosalpinx. Большой pyosalpinx, развившийся на почве стрептококковой инфекции.

ляционной тканью. Только местами слизистая сохраняется в виде островков, выпячивающихся в просвет трубы.

Пиосальпинкс обычно широко срастается многочисленными спайками с соседними органами — чаще всего с яичником, широкой связкой, с задней поверхностью матки, брюшной дугласова пространства, сальником и тонкими и толстыми кишками. Спайки эти настолько распространены, что вся гнойная труба оказывается окруженной прочными сращениями, и при операции требуется продолжительная и осторожная работа, для того чтобы отделить от стенок пиосальпинкса приросшие к нему ткани и петли кишок и обложить содержащую гной трубу.

Гной, скопляющийся в трубе, может, правда, в сравнительно редких случаях, находить себе выход, прорываясь в брюшную полость. Очень редко гной прорывается самопроизвольно, в большинстве же случаев это вызывается грубым или неосторожным исследованием или какой-либо физической травмой.

В застарелых случаях мы находим в трубах обычно уже стерильный гной. Конечно, прорыв такого стерильного гноя не может приводить к каким-либо тяжелым последствиям.

К сожалению, самопроизвольный прорыв, наблюдающийся при гнойных процессах, происходит обычно при условии, когда в гною еще имеются вирулентные инфекционные начала. Прорывы в брюшную полость такого гноя сопровождаются тяжелыми последствиями в виде общего перитонита, нередко заканчивающегося летально. В других случаях гной может прорываться через приросшую к трубе стенку прямой кишки и опораживаться в ее просвет.

Реже гной открывает себе дорогу в мочевого пузырь, в яичник, во влагалище и даже через переднюю брюшную стенку.

В тех случаях, когда пиосальпинкс срастается с яичником, особенно с яичником, также содержащим гнойник (при абсцессе яичника), стенки обоих органов могут рассосаться, а обе полости объединиться в один общий гнойный очаг. Образуется тубоовариальный абсцесс, при котором невозможно бывает распознать границы между входящими в его состав органами. Такие абсцессы обычно окружены тяжелейшими спайками с соседними органами и образуют массивный конгломерат, заполняющий весь малый таз. Чаще они бывают двусторонними.

При гнойных процессах в трубах, почти как правило, одновременно развиваются гнойные процессы и в периметрии, и в параметрии. Чаще всего гной скопляется в дугласовом пространстве, располагаясь под опухолью трубы и иной раз в значительном количестве заполняя полость малого таза.

При исследовании больной всегда следует иметь в виду возможность возникновения такого периметритического скопления гноя, для того чтобы отличить его от гноя, скопляющегося в самой трубе.

Клиническая картина. Боли при сальпингитах обычно не имеют какого-либо особого характера, по которому можно было бы определить эту болезнь, так как они выражаются в чувствительности нижней части живота, т. е. симптоме, присущем целому ряду заболеваний женской половой сферы.

Больные жалуются на тупые боли в нижней части живота с одной или с обеих сторон. Боли особенно усиливаются при физических напряжениях, при длительной ходьбе, при стоянии на одном месте, а также при coitus и гинекологическом исследовании.

В некоторых случаях боли принимают схваткообразный характер, причем иногда они появляются периодически. Эти боли могут достигать большой интенсивности. Вернее всего, они исходят из брюшины, покрывающей трубу, и появляются в момент сокращения последней.

Однако боли не могут считаться постоянным симптомом при сальпингитах. Нередко можно встретить носительницу больших гнойников в трубе, которая даже при исследовании почти не испытывает болей и при расспросе не жалуется на боли в прошлом.

Вторым, наиболее частым симптомом воспаления труб обычно является расстройство менструации. Нередко менструация теряет свой

правильный циклический характер и начинает приходить все чаще и чаще. Может значительно повышаться и количество выделяемой крови, вплоть до профузных кровотечений, резко обескровливающих больную. К тому же в некоторых случаях появляются резкие боли при менструации — дисменоррея, чувство тяжести и давления внизу живота.

Симптом расстройств менструации при воспалениях труб далеко не может считаться постоянным. Многие больные, страдающие даже гнойным сальпингитом, менструируют совершенно нормально.

Следующим симптомом, чрезвычайно часто наблюдающимся при воспалении труб, следует считать бесплодие — стерильность. И этот симптом является общим для целого ряда заболеваний женской половой сферы. Однако воспалительные процессы в трубах являются одной из наиболее частых причин бесплодия.

Следует отметить, что бесплодие очень часто может быть единственной жалобой больной, которая заставляет ее обратиться за врачебной помощью; нередко других жалоб эти больные не высказывают, а между тем при исследовании мы находим у них значительные изменения воспалительного характера.

Клиническая картина начинающегося воспаления труб и развитых его форм протекает чрезвычайно разнообразно, начиная от полного отсутствия симптомов до картины тяжелейшей смертельной болезни.

Несомненно, что простые катарральные эндосальпингиты, особенно, как это часто бывает, присоединяющиеся к предшествующим заболеваниям матки, могут не давать никаких новых симптомов и распознаются только после того, как достигнут значительной величины и вызовут уже ряд других явлений.

Симптомы острого сальпингита и быстро нарастающего сактосальпинкса тоже трудно выявить, так как сальпингиты эти обычно протекают совместно с выраженным метритом, параметритом, перисальпингитом и даже передко с воспалением всей брюшины малого таза, что очень затемняет картину острого воспаления труб.

Острые воспаления трубы, так же как и катарральные начальные его формы, при правильном лечении могут затихать и после нескольких недель болезни может наступить полнейшее восстановление нормального состояния не только в анатомическом и субъективном, но и в функциональном отношении.

Однако, несмотря на почти полное восстановление всех отравлений половой сферы, сращения, которые образуются в области наружного отверстия трубы, дольше всего не поддаются рассасыванию. Это приводит к тому, что длительная, а нередко и постоянная стерильность является очень частым следствием воспалительных гнойных процессов труб.

Значительно чаще воспалительный, особенно гнойный, процесс в трубах не заканчивается полным излечением. Болезнь только затихает, наступает почти полное благополучие с полным исчезновением болей, менструация начинает приходить правильно, количество менструальной крови не увеличивается. Однако эти больные, видимо, почти совершенно оправившиеся, внезапно снова заболевают, иной раз от самых незначительных причин, как подъем тяжести, плохое питание, неправильно проведенный менструальный период, а иной раз простая простуда.

Вся картина заболевания может вспыхнуть в еще более выраженной форме, прикобельная больными месяцами к постели. Эти рецидивы болезни, многократно повторяющиеся в течение ряда лет, очень характерны для гнойных процессов в трубе.

Когда острый период болезни закончится, в некоторых случаях начинают появляться признаки образовавшихся сращений в полости малого таза. Появляются боли от натяжения сращений между придатками, слепой кишкой, flexura sigmoidea, прямой кишкой и маткой. Сращения эти затрудняют физиологические отправления соседних органов, возникают смещения матки, мочевого пузыря, flexurae sigmoideae, червеобразного отростка, появляются симптомы, связанные с этими смещениями: боли при дефекации, запоры, диспепсии, отсутствие аппетита, анемия и истощение. К этому может присоединяться ряд нервных

расстройств, обусловленных или рефлекс-неврозом или токсическим влиянием продуктов воспаления на нервную ткань.

Трудоспособность у таких женщин может нарушаться на многие годы, боли sub coitu делают невозможной половую жизнь.

Распознавание воспалительных и нагноительных процессов в трубах представляет в смысле детального определения болезни очень часто большие трудности, главным образом потому, что при заболевании труб отсутствуют специальные симптомы, свойственные только этим процессам, а также и оттого, что воспалительные процессы в трубах почти никогда не протекают изолированно, но, как правило, сопровождаются целым рядом заболеваний соседних органов и соседней тазовой брюшины, что ведет к сращениям этих органов между собой, к инфильтратам, а нередко к образованию одного общего конгломерата воспаленных органов, в котором иной раз даже при операции нелегко различить один орган от другого.

Основным методом исследования для диагностики воспалительных процессов труб и вообще придатков матки является двуручное гинекологическое исследование per vaginam, к которому именно в этих случаях нередко следует присоединять и исследование per rectum, значительно облегчающее решение некоторых сторон диагноза.

Именно при пальпации измененных труб методика исследования должна соблюдаться с особой тщательностью.

Необходимо даже при нетолстой и небогатой жиром брюшной стенке позаботиться о возможном расслаблении ее мышечных слоев, о полном опорожнении мочевого пузыря и об устранении вздутия кишечника.

Исследование под наркозом, дающее нам много преимуществ при диагностике опухолей малого таза, при гнойных придатках может быть применено только в исключительных случаях, так как оно может повлечь за собой разрыв гнойной трубы и опорожнение гноя в брюшную полость. По тем же соображениям не следует при подозрении на гнойные придатки низводить матку с помощью пулевых щипцов.

Все исследование должно производиться очень осторожно. Грубое, сопровождающееся применением силы исследование, вообще обычно не дающее хороших результатов, при подозрении на воспаление в придатках недопустимо и должно трактоваться как непростительная ошибка.

Лучше всего начинать исследование с определения положения и величины матки и ее дна. Ощупав хорошо дно матки, мы передвигаем пальцы в стороны, по предполагаемому ходу трубы, и кзади. Даже при здоровых, не утолщенных трубах при благоприятных условиях исследования, при тонкой податливой брюшной стенке удастся прощупать тонкий валик трубы, который можно заставить «кататься» между пальцами.

Латерально и несколько кзади от трубы в этих случаях мы прощупываем и плотную ткань яичника.

При здоровой трубе такая пальпация безболезненна. Ощупывание же яичника и у здоровых женщин вызывает боль.

Даже в начальных периодах воспаления труба утолщается и становится болезненной; если она еще не окружена воспалительным инфильтратом, то делается даже более доступной при пальпации. Идя от угла матки кнаружи и кзади, мы прощупываем в этих случаях иной раз плотный валик, постепенно утолщающийся к периферии, а в некоторых случаях под этим валиком определяется образование более плотной консистенции — яичник.

При более выраженных утолщениях трубы и при образовании в ней сактосальпинкса она обычно опускается книзу в дугласово пространство, где мы и находим ее более расширенный и вздутый ампулярный конец, лежащий рядом с маткой или позади нее.

Если труба быстро увеличивается, что иной раз может привести к образованию опухоли величиной с кулак, и остается подвижной, если стенка истончена, мы можем допустить образование гидросальпинкса. Такой гидросальпинкс может выходить из полости малого таза и, так же как киста, оставаться свободно

подвижным. Однако чаще всего он бывает окружен тонкими спайками с брюшной соседних органов.

Пиосальпинкс обычно по величине уступает гидросальпинксу. Его стенки толсты и неподатливы, вся опухоль часто тверда.

Вследствие того что он, как правило, всегда плотно спаявается сращениями с соседними тканями, он мало подвижен, и его границы труднее определить.

Большие трудности представляет решение вопроса о том, какие взаимоотношения при этом существуют между трубой и яичником.

При кистозной дегенерации яичника и сращениях между ним и трубой это сращение бывает настолько интимным, что решить вопрос о границах между трубой и яичником часто совершенно невозможно. Можно только приблизительно отграничить трубу от яичника: труба имеет валикообразный вид, в ее маточном конце нередко можно отчетливо прощупать узловатые утолщения (*salpingitis nodosa*), валик трубы плотен и утолщается кзади и книзу; яичник же, наоборот, имеет более округлую форму и отличается от трубы по своей консистенции.

Чтобы установить наличие гноя в трубах, пользуются, как и при прочих гнойных заболеваниях, определением лейкоцитоза крови. Если отсутствие повышения лейкоцитоза и не имеет какого-либо решающего значения, то наличие повышенного количества лейкоцитов в крови, свыше 15 000 (конечно, если исключено наличие гнойных процессов в других органах), может иметь известное клиническое значение.

Некоторое значение совместно с рядом других признаков имеет и реакция оседания эритроцитов. Быстрое оседание говорит в этих случаях за воспалительный процесс, хотя оно наблюдается и при внематочной беременности.

Большие гидросальпинксы могут быть смешиваемы с небольшими овариальными кистами.

Для их отличия могут послужить узловые утолщения трубы в месте ее отхождения от матки (*salpingitis isthmica nodosa*), а в некоторых случаях — определение отдельно яичника.

Гематосальпинкс и пиосальпинкс могут быть распознаны по их толстым неподатливым стенкам.

Частые обострения в прошлом и особенно тяжелые заболевания с явлениями местного перитонита говорят нам за гнойное заболевание придатков.

Дифференциальная диагностика между внематочной беременностью и воспалением труб в некоторых случаях бывает очень трудна. За трубную беременность говорит: расстройство и задержка менструации, длительное выделение буроватой крови, содержащей обрывки децидуальной ткани, односторонность опухоли, образование гематоцеле и острые признаки внутрибрюшных кровотечений. Повторные исследования обычно позволяют решить вопрос с большей уверенностью.

Брауде предлагает для установления дифференциального диагноза между закончившейся трубной беременностью и воспалительным процессом в трубе применять реакцию аутогемонипекции. Больной в течение 5 дней вводится внутримышечно ее собственная кровь, взятая из локтевой вены в количестве 5—8—10—10—10 см³. При воспалительном процессе аутогемонипекция действует гемостатически; при внематочной беременности кровотечение продолжается.

В трудных случаях диагностики, особенно при колебаниях диагноза между сактосальпинксом и гематоцеле, Фелингом впервые был разработан метод пробной пункции со стороны заднего свода влагалища.

Несомненно, что пункция, как и все прочие папы вмешательства, должна производиться асептично и, конечно, только в больничных условиях, а не в поликлинических. Этот простой прием, правильно выполненный и, как мы в этом могли убедиться на многих сотнях больных, вполне безвредный и безопасный, даже если он применяется и задолго до операции, является ценным вспомогательным методом диагностики, решающим в большинстве случаев вопрос быстро и точно: присутствие старой крови и кровяных сгустков говорит за гематоцеле; серозная жидкость, полученная в шприце при пункции, укажет на гидросальпинкс, гной — на пиосальпинкс.

Правда, мы знаем, что светлую жидкость можно получить, пунктируя в беременную матку (плодные воды), кровь же — при пункции сосудов, однако эти возражения, приводимые против пункции, конечно, не выдерживают критики не только потому, что такие ошибки могут иметь место крайне редко, но и потому что их, несомненно, можно и должно избегать при внимательном исследовании больной и правильном выполнении пункции.

Одним из трудных вопросов для диагностики гнойных воспалительных процессов труб является выяснение характера инфекции, послужившей причиной для воспаления, т. е. вопрос о том, идет ли дело в данном конкретном случае о септической, гонорройной или туберкулезной инфекции.

На этот вопрос иногда получить убедительный ответ мы не можем, однако в большинстве случаев он решается довольно точно на основании тщательного и нередко повторного бактериоскопического, а иной раз и бактериологического исследования секрета, разбора тщательно собранных анамнестических данных, а также объективного изучения больной.

Так, например, если мы находим опухоль одностороннюю, то можно думать о септической или гнилостной инфекции. Если труба увеличена только с правой стороны, можно предполагать связь заболевания с аппендицитом, и надо исследовать большую в этом направлении. Если заболеванию предшествовал аборт или роды или какое-либо внутриматочное вмешательство, в этих случаях одностороннее поражение трубы позволяет с большой вероятностью предполагать септическую инфекцию, особенно если процесс протекал быстро и развился сейчас же после родов или аборта.

Конечно, при этом всегда следует принимать во внимание, что точно такие же процессы могут развиваться и на гонорройной почве при латентной форме этой инфекции, принимающей нередко характер восходящей инфекции после родов, аборта и внутриматочных манипуляций.

Если воспалению труб не предшествовал ни аборт, ни роды, ни внутриматочные вмешательства и если больная жила половой жизнью, следует думать о гоноррее, у девушек же, не имеющих половых сношений, — о туберкулезе.

Если мы имеем дело с больной, предрасположенной к туберкулезу, или если у больной уже имеются туберкулезные очаги в других органах, следует думать о том, что и трубы поражены туберкулезным процессом.

Но и в этих случаях мы должны помнить, что женщина, страдающая туберкулезом, очень легко может заболеть гонорреей и септическими формами инфекции, но в то же время не следует забывать и того, что иногда цветущая, здоровая женщина может заболеть туберкулезом труб.

Все эти соображения имеют только общий, руководящий характер и могут послужить материалом для окончательного решения только в том случае, когда бактериологические исследования точно подтвердят то или иное предположение.

К сожалению, как мы увидим это в специальных главах о гоноррее и туберкулезе, далеко не редко даже на удаленных оперативным путем органах мы не можем окончательно решить этот вопрос.

Прогноз при воспалительных заболеваниях труб зависит от целого ряда условий и прежде всего от характера инфекции, от рациональности проводимого лечения и от возможностей воспользоваться современными методами лечения.

Следует рассматривать прогноз с трех точек зрения: прогноз *quo ad vitam*, прогноз в смысле излечения больной от страданий и прогноз в смысле временной или постоянной стерильности.

Предсказание *quo ad vitam* при воспалительных заболеваниях труб следует признать благоприятным.

Правда, наблюдаются случаи острых воспалительных заболеваний труб, особенно септического происхождения, при которых процесс при чрезвычайно тяжком общем состоянии здоровья больной неуклонно нарастает и в очень редких случаях идет к разрыву трубы и тяжелому смертельному перитониту. Однако такой исход наблюдается очень редко, в большинстве же случаев патологический процесс имеет склонность к полной регенерации. В це-

которых случаях даже наступает полное анатомическое восстановление органа, а нередко впоследствии и беременность.

В противоположность этому острый гонорройный процесс, несмотря на общее тяжелое течение воспаления, даже если он и осложняется общим гонорройным перитонитом, протекающим очень остро, как правило, заканчивается выздоровлением.

Предсказание относительно возможности зачатия как при гоноррее, так и при туберкулезе придатков не может считаться благоприятным. Непроходимость труб при этих заболеваниях бывает очень стойкой, а потому и зачатие может наступать только в исключительно редких случаях.

В этом отношении упорная консервативная терапия, особенно грязевое лечение, значительно улучшает прогноз. Я лично наблюдал после повторного грязевого лечения случаи беременности у больных, перенесших тяжелые формы гонорреи труб. Беременность наступала спустя много лет после бывшего у них гнойного процесса в трубах.

В отношении восстановления здоровья при воспалении труб предсказание в большинстве случаев благоприятно. Болезнь даже после тяжелого и длительного течения приостанавливается, восстанавливается трудоспособность и способность женщины к половой жизни. Нередко больные чувствуют себя вполне здоровыми, несмотря иной раз на то, что трубы, а чаще и яичники у них сильно увеличены и сращены с соседними органами.

Однако есть категория больных, у которой болезнь приобретает ремиттирующий характер: после периода благополучия наступает тяжелый рецидив, в дальнейшем снова наступает период затишья, и такие рецидивы болезни повторяются неоднократно.

В некоторых случаях частые рецидивы разрушают организм, делают его, как мы уже говорили, полностью непригодным для приспособления к окружающим условиям жизни и совершенно выводят женщину из строя, переводя ее в состояние полной инвалидности.

Каждый гинеколог неоднократно наблюдает такие тяжелые случаи. Необходимо, однако, отметить, что и при них даже в очень тяжелых случаях нередко, в конце концов, наступает относительное выздоровление. Выздоровление, на мой взгляд, наступает особенно быстро, если больная, перейдя на положение незамужней женщины, прекращает жить половой жизнью и не подвергается половым раздражениям.

Профилактика септических заболеваний труб, конечно, должна состоять в правильной организации родовспоможения, в строго асептическом ведении родов и послеродового периода, в производстве различных внутриматочных манипуляций только в условиях больниц и клиник и при строгом соблюдении асептики.

О профилактике гонорреи и туберкулеза труб будет сказано в соответствующих главах.

Лечение воспалительных заболеваний труб требует от врача и, особенно от больной, большой выдержки и терпения.

Преждевременное прекращение лечения нередко ведет к новой, подчас тяжелой вспышке болезни. Врач, приступающий к лечению таких больных, прежде всего должен разъяснить им необходимость длительного и систематического лечения, для того чтобы избежать столь легко и часто развивающихся рецидивов.

Острые формы воспалительных заболеваний труб лечатся в настоящее время большинством врачей консервативно и почти исключительно покоем.

Больную укладывают в постель, причем женщине разъясняется необходимость соблюдать полное спокойствие, не двигаясь без необходимости в кровати. Чем острее протекает случай, тем строже больная должна соблюдать это предписание.

В острых случаях даже опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки следует производить, не вставая с кровати, пользуясь подкладным судном. Необходимо позаботиться и о сохранении душевного покоя больной, устранив

все раздражающие ее моменты. Особенно строго следует запретить какие бы то ни было половые раздражения и, конечно, половые сношения.

Лечение покоем является самым могущественным методом, дающим в этих случаях иной раз поразительные результаты.

С этой точки зрения каждая местная терапия при остром течении болезни должна быть признана совершенно излишней и даже вредной.

Из местных процедур мы ограничиваемся только назначением пузыря со льдом на нижнюю часть живота — процедура, которая должна проводиться с известной долей осторожности, чтобы избежать отмораживания кожи живота (каждые 2 часа перерыв на полчаса).

Иной раз такая терапия приводит к затиханию острого процесса, и через 10—15 дней постельного режима даже большие гидросальпинксы всасываются, боли исчезают, и больная начинает чувствовать себя здоровой.

Одно время большие надежды возлагались на лечение острых воспалительных заболеваний женской половой сферы, особенно пилосальпингсов, в поле ультравысокой частоты (УВЧ). При изучении этого метода в клинике (Чернеховский, Гиллерсон, Прейсман, Желоховцев) оказалось, что электрическое поле ультравысокой частоты (УВЧ) не имеет преимуществ перед другими неоперативными методами лечения.

Ряд гинекологов для сокращения длительности периода острого течения воспалительного процесса придатков предлагает использовать различные формы протеинотерапии, утверждая, что она ускоряет наступление периода затихья, когда уже можно прибегнуть к местным методам лечения.

Так, помимо парентерального введения скипидара (0,5—0,75 см³ каждые 4—5 дней, в общем 10 раз), применяют и введение казеозана, молока (5—10 см³), ятрена, проводят аутогемотерапию и пр.

Мы, применяя неоднократно эти методы, не получали каких-либо положительных результатов; правда, мы ни разу не наблюдали и каких-либо серьезных осложнений.

Местные методы лечения большинство гинекологов начинает применять только после того, как острая стадия болезни полностью затихает, боли исчезают и температура прочно устанавливается на нормальных цифрах.

Только после этого можно решиться приступить к местной терапии, имеющей целью повысить всасывание продуктов воспаления из труб.

Здесь основным способом является применение тепла в различных его комбинациях.

Мы назначаем вначале большие согревающие компрессы, затем диатермию, горячие спринцевания и ряд других способов.

Из всех консервативных способов лечения воспалительных заболеваний труб и яичников наиболее эффективным, по нашему мнению, является грязелечение, осторожное и повторное применение которого может привести к выздоровлению даже в тех случаях, когда все прочие методы лечения оказываются бессильными. Особенно эффективным является курортное лечение; значительно слабее получаются результаты от лечения привозной грязью.

Грязевое лечение представляет серьезнейшее мероприятие. Вольная должна при этом соблюдать строгий режим, требующий полного покоя после процедуры.

Курортный режим, сосредоточение внимания больной исключительно на лечении, полное освобождение ее от обычных забот, перемена обстановки, чего мы не можем достигнуть иногда при внекурортном грязевом лечении, — все это приводит к положительным результатам.

Хорошее рассасывающее действие мы неоднократно наблюдали при применении и других видов тепла.

Из ряда методов тепловой терапии заслуживает особого внимания метод так называемых влагалищных душей — влагалищных спринцеваний большими количествами горячей воды.

Этот метод ценен и потому, что его может применять сама больная в домашних условиях, пользуясь обычной эсмарховской литровой кружкой. Необходимо

каждый раз использовать не менее 2—3 таких кружек, а для этого больная должна заранее заготовить в кувшине необходимое количество горячей воды, чтобы своевременно пополнять кружку.

Мы рекомендуем производить влагалищный душ сидя, между двумя стульями, пододвинув под них чашку или ведро для стекающей воды. Кружка должна быть подвешена на высоте $\frac{3}{4}$ м над местом сидения. Наконечник для спринцевания может иметь вид простой стеклянной трубочки с одним отверстием на конце. Для этой же цели можно воспользоваться различными специальными наконечниками, облегчающими отток горячей воды.

Спринцевание начинают с более низкой температуры в 38° , постепенно доводя ее до $45—48^{\circ}$ и даже до 50° . Такой душ необходимо делать систематично 1—2 раза в день, особенно на ночь, после чего больная укладывается в кровать, соблюдая полное спокойствие и усиливая рассасывающее действие душа накладываемым на нижнюю часть живота большого согревающего компресса на всю ночь. Такая терапия давала нам неоднократно прекрасные результаты, принося существенное облегчение больной в сравнительно короткий срок.

Для усиления рассасывания продуктов воспаления тепло может применяться и в виде паложения на кожу живота специальных электросогревательных приборов и различного рода термофоров, но особенно продуктивно оно действует в тех случаях, когда заболевшие ткани сами непосредственно прогреваются путем диатермии, являющейся при правильном проведении ее одним из лучших рассасывающих методов терапии хронических воспалительных процессов.

В подходящих случаях можно воспользоваться как лечебным методом и лечением малыми дозами рентгеновских лучей.

Наконец, особенно в прежнее время, широким распространением пользовался и массаж по Тур-Браунду. Метод этот, на наш взгляд, является опаснейшим терапевтическим вмешательством, если воспалительный процесс окончательно не застыл и не утратил своей рецидивирующей способности.

Да и в тех случаях, когда по существу приходится лечить не воспаление труб, а результаты этого воспаления, я на основании имеющегося у меня опыта нахожу эту форму массажа нежелательной и считаю более подходящим лечение вибрационными массажем.

Из прочих методов консервативной терапии воспаления труб можно отметить здесь лечение тазом. При этом методе, придав женщине положение на спине с приподнятым тазом, мы вводим во влагалище небольшой кольцеобразный интродуктор, наполняя его затем 25—100 см³ ртути. Одновременно на живот накладываются мешочки с песком весом в 1—1,25 кг.

Эта процедура, которая, согласно указаниям, должна ежедневно продолжаться не более получаса, может давать некоторое улучшение процесса, однако находит себе только ограниченный круг применения.

Если воспалительный процесс сопровождается длительными кровотечениями, тяжело отражающимися на общем состоянии здоровья больной, иногда в редких случаях приходится прибегать к кастрации — выключению функции яичников, — что в настоящее время может быть произведено при помощи рентгеновских лучей, которые назначаются не в полной, а в пониженной кастрационной дозе для получения временной аменорреи.

В настоящее время совершенно оставлены и имеют только исторический интерес способы такого лечения пюасальпинксов, как способ Франкенгейзера, состоящий в зондировании через матку маточного отверстия труб и в выжимании гнойного содержимого трубы через это отверстие.

Оставлен и способ, предложенный впервые Долери и состоящий в расширении матки и повторном дренировании ее для облегчения оттока гноя через трубу, а также выскабливание матки и другие активные манипуляции.

Идея консерватизма, идея воздержания от всех активных терапевтических мероприятий руководит действиями большинства гинекологов при лечении гнойных процессов в трубах и прочих органах малого таза.

Так, среди советских гинекологов за идею консервативного лечения воспалительных процессов в придатках высказываются Отт, Окинчик, Малиновский, Груздев, Брауде, Фейгель, Бубличенко, Гамбаров, Писемский, Скробанский, Елкин и др.

К сожалению, консервативная терапия, сохраняющая женщине в целости ее половой аппарат и физиологические отправления его, как менструацию, так иногда и деторождение, не во всех случаях приводит к желаемым результатам.

Вот почему и в настоящее время, правда, в сравнительно редких случаях, нам приходится прибегать хотя и к уродующей женщину, но ведущей к сравнительно быстрому излечению оперативной терапии.

Оперативное лечение воспалительных заболеваний труб представляет много трудностей в смысле выбора как случая для такого лечения, так и времени для операции и самого оперативного метода.

Мы уже говорили о том, что к оперативному лечению можно прибегать только в тех случаях, в которых настойчивая и длительная консервативная терапия не ведет к излечению.

Имеются и такие случаи, при которых оперативное лечение может быть показано даже в остром периоде и обуславливается грозностью клинического течения болезни, возможностью разрыва быстро нарастающей трубной опухоли, а иной раз и длительностью тяжелого лихорадочного процесса.

Я не являюсь поклонником оперирования воспалительных острых процессов придатков и всегда считаю для операции необходимым выждать период стойкого безлихорадочного течения болезни, но должен здесь отметить, что все те случаи нашего материала, при которых операция была вынужденно произведена в остром периоде процесса, закончились, вопреки нашим ожиданиям, благополучно.

Поэтому вопрос о необходимости полнейшего воздержания от операции в острых периодах воспаления труб я считаю далеко еще не решенным.

В большинстве случаев воспалительных заболеваний труб оперируют в холодном состоянии после длительного безлихорадочного периода.

Удаление гнойных старых процессов в придатках почти всегда протекает в послеоперационном периоде безлихорадочно и без осложнений. Я не видел в этом отношении какой-либо разницы в течении послеоперационного периода после гнойных операций сравнительно с так называемыми чистыми операциями, как миома матки, киста яичника и пр.

Наоборот, в большинстве случаев послеоперационное течение поражает своим благополучием, отсутствием послеоперационных повышений температуры, отсутствием нагноений в ране брюшной стенки, послеоперационных пневмоний и пр. Я полагаю, что этот для меня несомненный факт может быть объяснен тем, что, удаляя массивный гнойный очаг, проявляющий свое токсическое действие на организм, мы освобождаем все защитные силы организма, что обуславливает лучшее течение послеоперационного периода.

Более чем в 50% случаев гнойников в придатках матки мы находим этот гной стерильным, но я получал те же результаты и в тех случаях, когда стерильность гноя была по меньшей мере сомнительна. Эти наши наблюдения противоречат мнению Штеккеля, который считает, что операция по поводу воспалительных процессов труб может быть произведена только в тех случаях, когда мы можем быть уверены в стерильности гноя. Если мнение Штеккеля и многих других гинекологов и верно, то, к сожалению, мы не имеем ни одного способа для определения наличия в гною вирулентных бактерий.

Так, бактериологическое исследование влагалищного секрета как прогностический метод совершенно непригодно, так как нахождение микробов во влагалище ничего не говорит нам о содержании или отсутствии их в гное.

Предлагаемая как критерий реакция быстроты оседания эритроцитов также не может, вопреки мнению Штеккеля и многих других, дать нам ответ на столь важный вопрос.

Одно несомненно, что как гонококк, так особенно и стрептококк может в течение многих лет сохранять в гное свою бактериологическую вирулентность, а потому, оперируя даже старые гнойные придатки, мы едва ли имеем полную гарантию в том, что гной их стерилен.

О стерильности гноя при операции принято судить по ближайшему исходу операции.

Может ли развившийся после операции удаления гнойных придатков пери-

тонит говорить нам за вирулентность гноя? Мне кажется, что это не так: ведь и после так называемых чистых операций нам приходится, к сожалению, видеть перитониты.

Есть еще факты, говорящие за недостаточную законченность современных взглядов относительно значения присутствия инфекционных начал в гное придатков: если только отсутствие или присутствие инфекции в гное и тканях придатков решает вопрос о течении послеоперационного периода, то почему же очень нередко после безукоризненно протекшего послеоперационного периода, иной раз очень скоро, только после нескольких недель полного благополучия, наступает рецидив, протекающий нередко еще тяжелее, чем первоначальные проявления?

Если для части этих больных можно даже допустить реинфекцию, то для многих это невозможно. Я видел ряд таких случаев, при которых допустить вторичное заболевание не было никакой возможности, так как больные не жили после операции половой жизнью и не подвергались никаким, могущим способствовать внесению инфекции инсультам, а рецидив у них наступал, несмотря на безукоризненное течение послеоперационного периода.

Таким образом, приходится признать, что не отсутствие «вирулентной» инфекции, а какие-то иные условия ведут к благоприятному исходу наших даже производящихся в острых периодах операций. Нам кажется несомненным, что объяснение этих наблюдений можно найти не в учении о вирулентности микробов, а в особом состоянии защитных сил всего организма.

Громадное значение для окончательного исхода операции имеет, конечно, выбор оперативного метода.

Гнойные процессы в трубе могут оперироваться различно:

- 1) можно удалить только пораженную трубу, оставив яичник, или удалить обе пораженные трубы, оставляя один или оба яичника;
- 2) можно удалять пораженные придатки с обеих сторон, полностью удаляя вместе с трубами и яичники;
- 3) можно удалять яичники и трубы обеих сторон, оставляя матку или удаляя ее вместе с придатками надвлагалищно или полностью.

Первые два вида операции могут быть названы операциями консервативными; третий — полное удаление придатков и матки — операцией радикальной.

В настоящее время трудно сомневаться в том, что чем консервативнее мы оперируем, тем хуже получаемые нами результаты.

Желание хирурга удалять только пораженные части, оставляя все здоровое, совершенно понятно. Особенно необходима такая установка при операциях у молодых женщин, для того чтобы сохранить у них менструальную функцию.

Однако следует помнить, что такой консерватизм при операциях гнойных придатков покупается ценой далеко не редко наступающего рецидива и распространения болезни на оставленные органы.

Особенно трудно решить этот вопрос и потому, что старое и распространенное гнойное воспаление труб, при котором только и может идти вопрос об операции, как правило, сопровождается сращениями с яичниками и существенными изменениями этого органа. Поэтому, удаляя трубы, мы даже по техническим соображениям в большинстве случаев принуждены бываем удалять и соответственный яичник.

В редких случаях, при которых необходимо бывает приступить к оперативному удалению придатков, обычно мы находим пораженными оба придатка. Но если бы мы нашли заболевшими придатки только с одной стороны, следует ли ограничиться только односторонним удалением этих заболевших придатков и оставить нетронутыми придатки противоположной стороны? Этот вопрос может быть решен в некоторых случаях на основании бактериологического характера инфекции и возраста больной.

При гонорройном воспалении придатков я считаю необходимым, как правило, удалять придатки с обеих сторон, удаляя и матку.

При стрептококковой инфекции можно у молодой женщины ограничиться только удалением придатков одной стороны.

Вопрос об оставлении матки при двустороннем удалении придатков решается нами всегда одинаково. Матка без придатков не имеет никакого функционального значения, однако именно матка обычно и служит источником тяжелейших инфильтратов в культиях, а потому она и должна быть удалена.

В тяжелых случаях, когда острота течения болезни требует хотя бы временной приостановки развития воспалительного процесса в трубе, я в последние годы не делаю инцизии заднего свода, а ограничиваюсь только пункцией его и отсасыванием содержимого трубы шприцем, насаженным на троакар.

После таких пункций сактосальпинксов я никогда не видел образования свищей, но зато общее состояние здоровья больной быстро улучшалось, и при серозном характере полученной жидкости нередко всасывание повышалось и процесс заканчивался излечением.

Как уже было сказано, я считаю недопустимой инцизию заднего свода при лечении сактосальпинксов, однако признаю громадное значение этого способа при гнойниках малого таза как последствия перитонита или параметрита.

Кроме перечисленных операций, которые гинекологу приходится производить при воспалительных заболеваниях труб, имеется еще ряд операций, как *salpingostomia*, *implantatio tubae* и *implantatio ovarii* в матку. Так как эти операции производятся нами не для лечения самих пораженных труб, а для лечения одного из последствий воспалительных заболеваний труб, а именно бесплодия, то мы будем говорить о них в соответствующей главе.

III. НОВООБРАЗОВАНИЯ ТРУБ И ТУБО-ОВАРИАЛЬНЫЕ КИСТЫ

По сравнению с прочими отделами половой сферы мы встречаем бластоматозные опухоли в трубах очень редко.

Из этих опухолей клиническое значение имеет, пожалуй, только **рак трубы**.

Рак трубы может развиваться тут или первично, или чаще всего является следствием распространения ракового процесса на трубу из полости матки.

Первичный рак трубы мы чаще всего находим в ее ампулярной части. Развивается он в папиллярной или, реже, в альвеолярной форме. Плоскоклеточные формы рака наблюдаются здесь исключительно редко.

Папиллярный рак трубы, прорастая ее стенки, может распространяться на ее наружной поверхности, а отсюда имплантироваться на брюшине соседних органов и на брюшине дугласова пространства. Распространяясь по ходу трубы в направлении полости матки, папилломы могут врастать и в матку.

Регионарными железами, поражаемыми при раке труб, обычно являются железы, расположенные в месте раздвоения аорты.

Вторичный рак трубы приносится сюда из полости матки лимфогенным путем или просто *per continuitatem*, прорастая через *ostium tubae internum*.

Описано и развитие **хориоэпителиомы** трубы как результат внематочной трубной беременности.

Трудно говорить о специальных **симптомах** рака трубы, так как они ничем не отличаются от симптомов воспалительных заболеваний труб, разве только могут отсутствовать температурные повышения.

Диагностика рака трубы трудна и обычно до операции не устанавливается; только во время операции становится понятным, что дело идет о раке. Пожалуй, быстрый рост трубы, отсутствие повышения температуры, двусторонний характер опухоли, схваткообразные боли, появление кровянистых выделений при маленькой неувеличенной матке, особенно в периоде менопаузы, должны заставить нас подумать о возможности рака трубы.

В трубе находят, правда, чрезвычайно редко, и саркому, исходящую то из слизистой оболочки этого органа, то непосредственно из его стенок.

В трубах обнаруживаются и доброкачественные опухоли, как, например, **полипы трубы**. В большинстве случаев это небольшие узловатые утолщения складок слизистой оболочки, а в некоторых случаях, особенно часто при трубной беременности, — утолщения, образованные скоплением в толще складок слизистой оболочки децидуальных клеток.

В виде большой редкости находили здесь и небольшие миомы (фибромомы), но зато, как уже было отмечено, здесь далеко не редки утолщения, особенно часто встречающиеся в маточном конце трубы и причисляемые к аденомиомам (Реклинггаузен).

Как редчайшие случаи описаны липомы, лимфангиомы, аденомы, тератомы, тератобластомы и другие опухоли труб.

Как на неполностью трубные образования, находимые среди опухолей трубы, здесь следует указать на своеобразные опухоли: **тубо-овариальные кисты**.

В этих случаях мы видим иногда большую опухоль, достигающую величины головы взрослого человека, обычно двустороннюю, стенка которой, несмотря на крайнюю свою истонченность, очень прочна. Опухоль содержит нередко совершенно прозрачную светлую жидкость.

При изучении ее мы убеждаемся, что опухоль состоит из двух отделов: растянутой и истонченной стенки трубы и растянутого, обращенного в кисту яичника. Чаще всего на месте перехода полости трубы в полость яичниковой кисты можно определить уплощенные фимбрии, завороченные хорошо сохранившимся венчиком в просвет яичника. Такая тубо-овариальная киста располагается как бы интралигаментарно, вернее, псевдоинтралигаментарно. Ее выделение из сращений нередко представляет большие трудности, однако стенка ее настолько прочна, что кисту удается вылущить, не нарушив ее целости. Чаще всего в кисте имеется одна полость с выраженным перехватом в области фимбрий.

Происхождение этих кист принято объяснять воспалительным процессом. Полагают, что вначале дело идет о простом пиосальпинксе, который срастается с яичником в той области, в которой располагается овариальная киста, развивающаяся из фолликула или из желтого тела. Перегородка, существующая вначале между обеими полостями, постепенно рассасывается, и, таким образом, обе полости сливаются в одну общую.

Я очень сомневаюсь в том, что этот простой способ образования тубо-овариальных кист может считаться общим для всех случаев этих опухолей, и считаю вопрос этот еще далеко не решенным. По клиническому течению и по анатомическому строению я ни в коем случае не могу считать эти опухоли простыми ретенционными образованиями.

Клиническое течение тубо-овариальных кист ничем не отличается от течения обычных кист. У нескольких из оперированных мной больных я не нашел в анамнезе никаких указаний на имевшийся тяжелый воспалительный процесс в придатках.

Чаще всего характер опухоли определяется только во время операции.

И е ч е н и е этих кист, как и кист вообще, может быть только оперативным и состоит в полном вылущении их

IV. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Уже одно название этой далеко не редкой патологии говорит нам о том, что дело идет не о нормальном привитии в полости матки оплодотворенного яйца, а о привитии его где-либо вне этой полости.

Самой частой формой внематочной беременности является беременность трубная.

Мы знаем, что каждая беременность, как у человека, так и у животных, начинается, как выражается Штрассман (Strassmann), внематочно, так как в момент возникновения беременности оплодотворение происходит не в матке, а чаще всего в ампулярной части трубы.

Отсюда оплодотворенное яйцо, двигаясь по трубе, должно достигнуть полости матки и здесь осесть и имплантироваться.

Наблюдения учат нас, что, проходя через трубу, яйцо может привиться в любом месте этого пути, еще не достигнув полости матки.

Это и заставляет нас различать разнообразные формы внематочной трубной беременности и говорить о *graviditas tubaria ampullaris*, *graviditas tubaria isthmica*, *graviditas tubaria interstitialis* в зависимости от того, в каком отделе трубы произошла имплантация. Кроме этих обычных форм трубной беременности, можно наблюдать и более редкие: 1) *graviditas tubo-abdominalis*, при которой часть яйца помещается в ампуле трубы, часть же выступает из-за фимбрий в брюшную полость и частично в ней и прививается; 2) *graviditas tuboute-*

gina — редкая форма внематочной беременности, при которой имплантировавшееся яйцо расположено частично в трубе, частично же в полости матки. Описаны случаи привития яйца к *fimbria ovarica* — *graviditas extrauterina fimbriae ovaricae*, в яичнике — *graviditas extrauterina ovarica*, к брюшине брюшной полости — *graviditas extrauterina abdominalis* и в добавочной трубе, о которой речь была раньше (рис. 220).

Причины эктопической беременности, т. е. причины, ведущие к имплантации яйца не в полости матки, а где-либо в ином месте, в последнее время изучались особенно тщательно.

Теоретически рассуждая, эти причины могут лежать или в самом яйце, или в тех условиях, которые нарушают транспорт яйца, не обладающего активной способностью движения из ампулярной части трубы к полости матки.

Для того чтобы понять этот процесс, мы должны припомнить кое-что из курса акушерства о тех условиях, при которых совершается движение яйца по каналу трубы.

Мы знаем, что после оплодотворения свободное и не связанное с материнскими тканями яйцо начинает дробиться на большое количество бластомер, которые по мере накопления собираются в конгло-

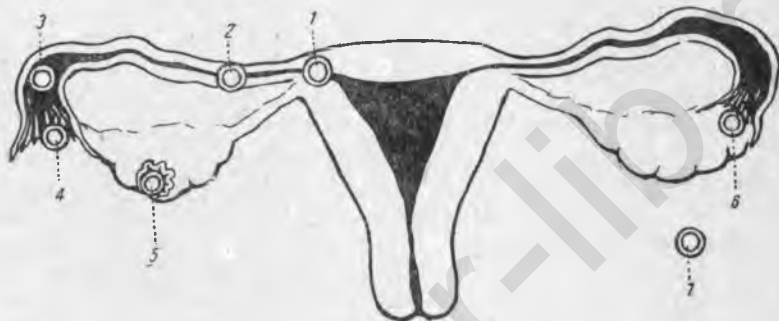


Рис. 220.

1 — *graviditas tubaria interstitialis*; 2 — *graviditas tubaria isthmica*; 3 — *graviditas tubaria ampullaris*; 4 — *graviditas fimbriaca*; 5 — *graviditas extrauterina ovarica*; 6 — *graviditas extrauterina tubo-ovarialis*; 7 — *graviditas extrauterina abdominalis*.

мерат однообразных клеток — морулу, причем еще в трубе образуется дальнейшая стадия дробления яйца — бластулы. Достигнув этой стадии, развивающееся яйцо, не увеличиваясь в размерах, приблизительно к 10-му дню движения по трубе достигает полости матки. Только к этому моменту оно сбрасывает с себя оковы *zona pellucida*, и освобожденные наружные слои клеток бластулы (трофобласт) могут, придя в соприкосновение с децидуальной оболочкой матки, внедриться в нее и вести к имплантации яйца. Трофобласт, как известно, обладает активной способностью, выделяя специальный фермент, растворять подлежащую ткань, чем и обуславливает процесс имплантации.

Совершенно понятно, что в процессе передвижения яйца возможны известные отклонения от нормы, которые могут способствовать более раннему привитию яйца.

Так, например, можно допустить, что яйцо, раньше чем достигнет полости матки, еще в трубе освободится от *zona pellucida*, и трофобласт, окружающий бластулу, получит возможность проявить свою способность тогда, когда яйцо еще находится в трубе. Можно допустить, что дробящееся яйцо несколько увеличит свой объем и не сможет пройти через узкую часть маточного конца трубы, застряв где-нибудь раньше.

Причину преждевременного привития яйца, лежащую в самом яйце, видели также в особо повышенной и имплантационной энергии яйца. Однако для такого предположения нет ровно никаких доказательств.

Вполне возможно, далее, допустить, что яйцо прививается в трубе в тех случаях, если его путь очень удлиняется, например, при так называемой наружной миграции яйца (*migratio ovi externum*), когда оплодотворенное яйцо одной стороны попадает не в свою трубу, а в противоположную. Прodelывая при этом чрезмерно длинный путь, оно затрачивает на него значительно больше времени, чем это необходимо для нормальной миграции, и потому становится способным имплантироваться, еще не дойдя до матки.

Трубную беременность мы нередко можем наблюдать при длинных, узких трубах инфантильной половой сферы женщины.

В этих случаях яйцо требует ненормально много времени для своего прохождения по трубе и может привиться раньше срока. Впрочем, при длинных узких инфантильных трубах можно объяснить длительность прохождения яйца не только большой длиной трубы, но и узостью ее просвета и даже, как думали раньше, недостаточно хорошо развитым мерцательным аппаратом, покрывающим трубный эпителий.

Следует, однако, отметить, что теория мерцания при передвижении оплодотворенного яйца становится все более и более сомнительной, так как труба далеко не сплошь покрыта мерцательным эпителием, а, главное, именно в момент передвижения яйца, после овуляции, эпителий труб утрачивает свои мерцательные волоски.

Основное значение для передвижения яйца имеет перистальтическая способность труб [Соботта (Sobotta), Кок, Микулич — Радецкий, Осякина и др.], что доказано в последнее время и для человека (Осякина).

Все причины, нарушающие нормальный характер перистальтики, могут способствовать, таким образом, возникновению внематочной беременности.

Мне кажется, что громадное повышение числа внематочных беременностей в периоды империалистической войны позволяет думать об участии в задержке передвижения яйца по трубе и нервной системы, с деятельностью которой связана и перистальтическая работа труб. Вот почему психические и нервные моменты, влияя на перистальтику труб, могут способствовать возникновению внематочной беременности.



Рис. 221. Схема различных добавочных полостей и ходов и добавочных труб. По Осякиной.

1 — добавочная труба; 2 — эпителиальный ход; 3 и 4 аденомиоз; 5 — добавочная труба, сообщающаяся с основной полостью трубы.

Несомненно, что и грубые анатомические изменения в трубе могут повести к развитию внематочной беременности. Так, неоднократно наблюдали трубную беременность в тонких вытянутых растущей опухоли трубах, например, при миомах и особенно при интралигаментарно развивающихся кистах.

Но наиболее частой причиной развития внематочной беременности принято считать ряд изменений в трубах, развивающихся вследствие воспалительных процессов в них.

Под влиянием воспалительного процесса в слизистой трубы эпителий ее может слущиваться и вести к образованию бухт в самой слизистой трубы.

В самой толще стенок трубы далеко не редко можно обнаружить различные впячивания эпителия, образования дивертикулов и разрастания слизистой (рис. 221).

Помимо того, можно находить слепые впячивания в стенках трубы и добавочные трубы, соединяющиеся с просветом основной трубы и не соединяющиеся с ним.

Особенно большое значение в процессе образования внематочной беременности придают возникновению дивертикулов в стенках трубы и далеко не редко встречающимся эпителиальным ходам.

О причинах этих образований и до настоящего времени идет спор. Так, Хене считает, что эпителиальные ходы в стенках трубы образуются вследствие воспалительного процесса. Он полагает, что под влиянием воспаления в толще стенок трубы могут возникать абсцессы. Эти абсцессы, как уже было отмечено, после вскрытия и опорожнения содержащегося в них гноя оставляют после себя каналы, которые и эпителизируются врастающим сюда эпителием со стороны труб.

Так образуются в толще трубы каналы, покрытые эпителием и оканчивающиеся слепым концом. В эти каналы и могут попадать оплодотворенные яйца, что ведет к возникновению внематочной беременности.

Однако Панков отрицает воспалительную природу образования дивертикулов и эпителиальных ходов в стенках трубы и считает их не результатом бывших абсцессов стенок, а аномалиями развития трубы.

Нельзя не согласиться с ним, что гонорройный процесс, которому особенно часто приписывается образование дивертикулов, обычно ведет к тяжелым изменениям в просвете трубы, закрывая ее полностью и приводя к бесплодию женщины.

Можно, мне кажется, быть уверенным в том, что не сам воспалительный процесс ведет к внематочной беременности, а его последствия. По крайней мере, внематочную беременность мы встречаем, как правило, в то время, когда воспалительный процесс полностью затих и когда бывшая до этого непроходимой труба начинает под влиянием всасывания старых воспалительных продуктов становиться проходимой, особенно для таких небольших клеток, как сперматозоиды.

Груздев неоднократно указывал, что очень распространенное мнение, согласно которому именно гонорройный воспалительный процесс является главной причиной трубной беременности, неправильно и что чаще внематочная беременность развивается как следствие септического эндосальпингита. Это в последнее время подтверждено Панковым, который отмечает, что в тех местностях, где гоноррея особенно распространена, внематочная беременность наблюдается сравнительно редко и что с учащением гонорреи не наблюдается учащения внематочной беременности. К числу причин, ведущих к внематочной беременности, Груздев относит также внутриматочные впрыскивания йода, систематично применяемые для предупреждения беременности. Это мнение Груздева полностью разделяет целый ряд гинекологов.

Трубная внематочная беременность может наблюдаться одновременно в обеих трубах.

Описаны случаи одновременной внематочной и маточной беременности. Нередки при внематочной беременности и случаи двоен. Наконец, внематочная беременность может повторяться. Процент повторения ее, по данным некоторых клиницистов, настолько велик, что они, оперируя внематочную беременность, считают полезным, для того чтобы болезнь не повторялась, удалять и противоположную трубу. Панков, например, считает, что внематочная беременность повторяется в 7,4% всех случаев, оперированных по поводу внематочной беременности.

Дальнейшая судьба трубной беременности изучена значительно лучше, чем причины ее возникновения.

Как указывают исследования случаев самых ранних внематочных трубных беременностей, оплодотворенное яйцо может привиться или непосредственно к слизистой складке трубы (*implantatio columnaris*) или между двух складок, посылая свои трофобласты в обе складки (*implantatio intercolumnaris*), и затем, что, несомненно, встречается чаще первых двух способов привития, — в дивертикуле, образовавшемся в стенках самой трубы, о чем речь была выше (*implantatio diverticularis*).

Прикрепившись к слизистым складкам трубы или в просвете дивертикула, оплодотворенное яйцо своим слоем трофобласта, точно так же как и при обычной маточной беременности, растворяет подлежащую ткань и медленно внедряется в нее.

Как мы знаем, имплантация в полости матки ведет к тому, что яйцо, погружаясь в толстый слой децидуальной оболочки, дойдя своим трофобластом до мышечного слоя матки, останавливается здесь, и в дальнейшем своем развитии ворсинки хориона не переступают границы мышечного слоя. Иное дело при трубной беременности.

Слизистая трубы не реагирует при беременности децидуальным изменением. И если в трубе мы и встречаем иногда (по исследованиям нашей клиники в 21%

случаев; Осякина) децидуальную ткань, то во всяком случае обычно она бывает выражена чрезвычайно слабо и не может служить для полной имплантации.

Тонкая, не претерпевающая децидуального превращения или подвергающаяся ему в недостаточной степени слизистая оболочка трубы не может полностью обеспечить рост развивающемуся здесь яйцу.

Это и ведет к тому, что трофобласт, а впоследствии и развивающиеся из него ворсинки хориона, используя при своем развитии все возможности, не ограничиваются только толщей слизистой оболочки, но врастают и в мышечный слой в направлении серозного покрова трубы.

Растущее яйцо очень быстро перестает помещаться в стенках трубы, оно постепенно растягивает трубу, что и ведет к образованию на том участке, где оно развивается, веретенообразного вздутия трубы, все увеличивающегося с ростом яйца.

Совершенно понятно, что, внедрившись в толщу слизистой и стенки трубы, растущее яйцо оттесняет просвет трубы в направлении, противоположном месту имплантации; сделав поперечный разрез через такую трубу, мы в этом периоде развития в ней яйца найдем следующую картину: весь просвет трубы занят растущим яйцом, которое оттесняет к периферии просвет трубы, прижатый и сплюснутый яйцом.

Часть вместилища яйца, обращенную к поверхности трубы, Верт называет *наружной капсулой* яйца; участок капсулы этого же яйца, который обращен внутрь, к просвету трубы, он называется *внутренней капсулой* яйца.

Трофобласт яйца, продолжая развиваться вглубь мышечной стенки трубы, своими периферическими отростками, как правило (Ашофф), достигает серозного покрова трубы и образует здесь многочисленные едва заметные отверстия, не доводя, однако, трубы до разрыва.

В некоторых случаях такая скрытая перфорация не переходит в открытую, потому что на поверхности трубы, в месте скрытого разрыва, развивается реактивное отложение фиброзной ткани, как бы предупреждающее возможность разрыва трубы.

Дальнейшая судьба такого яйца бывает различна. Ворсинки хориона, внедряясь в капсулу яйца, подвергают ткани ее фиброному перерождению, некрозу и расплавлению и постепенно разрушают капсулу вплоть до ее поверхности.

Если этот процесс идет особенно энергично в направлении поверхности трубы — наружной капсулы яйца, — скрытый разрыв трубы переходит в открытый; ворсы проедают серозу трубы, и кровь из разрушенных эндотелием ворсинок сосудов иной раз в огромных количествах изливается непосредственно в брюшную полость (рис. 222). В таких случаях говорят о разрывах, вернее, о *перфорациях* трубы.

Перфорация трубы чаще наблюдается в ранних периодах внематочной беременности и обычно при истмическом или интерстициальном ее развитии.

Перфорационное отверстие обычно бывает невелико, причем сила кровотечения не зависит от величины разрыва, — иной раз едва заметные разрывы дают тяжелейшие кровотечения.

Если, наоборот, более активно развиваются ворсинки хориона, обращенные в сторону внутренней капсулы (рис. 223), кровь прорывается в сторону яйца и превращает его в объемистый кровяной сгусток — кровяной занос (*mola*), а также изливается через произошедший разрыв в просвет трубы, а отсюда уже

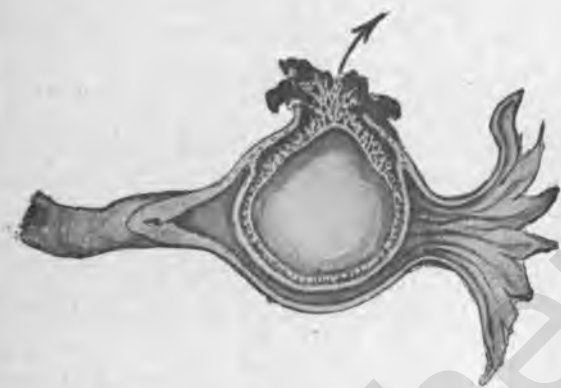


Рис. 222. Разрыв наружной капсулы яйца.

через ампулу трубы в брюшную полость, а через ее маточный конец в полость матки (рис. 224 и 225).

В дальнейшем через образовавшийся разрыв внутренней капсулы яйца сокращениями стенок трубы яйцо изгоняется из своего ложа и поступает в ампулярную часть трубы, а затем и в брюшную полость. Процесс этот, протекающий по типу обычного аборта, носит название **трубного аборта**.

Трубный аборт чаще наблюдается при беременности, развивающейся вблизи ампулярного конца трубы. Опыт учит нас, что и длительность клинического течения трубного аборта зависит от места имплантации: чем дальше от ампулярного конца трубы прививается оплодотворенное яйцо, тем длительнее протекает трубный аборт.

Внематочная беременность, развившаяся в трубе, чаще всего оканчивается именно трубным абортом; по материалу Штеккеля, трубный аборт встречается в 8 раз чаще, чем перфорация трубы.



Рис. 223. Разрыв внутренней капсулы яйца.



Рис. 224. Трубный аборт. Образование трубного заноса (mola).



Рис. 225. Трубный аборт. Наружный вид трубы.

Название «**р а з р ы в т р у б ы**», как мы видели, не вполне соответствует смыслу происходящего процесса, так как в этих случаях дело идет не о разрыве трубы под влиянием растущего и растягивающего ее стенки яйца, а вернее — о разъедании стенок трубы под влиянием активной деятельности покровного эпителия ворсинок. Однако несомненно, что и механические условия имеют при этом процессе немаловажное значение.



Рис. 226. Перфорация истмической части трубы в участке, близком к углу матки.

Эпителий ворсинок, как мы видели, prepares почву для разрыва трубы, и нередко скрытый еще разрыв переходит в открытый под влиянием какого-либо травмирующего момента.

Таковыми моментами могут явиться: резкое движение, толчок, поднятие тяжести, затрудненная дефекация и пр. (рис. 226).

Как при перфорации, так и при трубном аборте кровь, изливающаяся в брюшную полость, может, стекая в дугласово пространство и скопляясь там, инкапсулироваться, образуя массивные, иной раз верхним своим краем достигающие высоты уровня пупка **з а м а т о ч н ы е к р о в я н ы е о п у х о л и** (haematocoele retrouterina).

При трубном аборте медленно истекающая через ампулярную часть трубы

кровь может образовать уже около внутреннего отверстия трубы сгустки, которые, скопляясь в одну общую массу, ведут к так называемой haematocoele peritubaria — организованной кровяной массе, окутывающей нередко всю трубу. Наконец, еще реже кровь скопляется и инкапсулируется не позади матки, а спереди от нее, ведя к образованию так называемой haematocoele anteuterina.

Большинство внематочных беременностей заканчивается трубным абортom или перфорацией трубы в первые 2—3 месяца беременности. Только сравнительно редко беременность может продолжаться до поздних месяцев и даже до конца.

Если доношенный плод при внематочной беременности не будет извлечен оперативным путем, — он погибает, и все части плодного яйца вместе с плодом подвергаются распаду и рассасыванию. Прежде всего рассасываются жидкие части, затем идет распад и всасывание мягких тканей. Все яйцо спадается и значительно уменьшается в своих размерах. В стенках такого спавшегося яйца и в остатках плода, состоящего почти исключительно из кожи и костей, отлагается известь, вследствие чего яйцо обращается в так называемый lithokeliphoredion, — если плод окружен, как скорлупой, плодными оболочками и, lithopedion, — если он лежит окаменелый без оболочек.

Такие остатки внематочной беременности могут годами находиться в брюшной полости, но обычно, в конце концов, они вызывают реактивное воспаление или нагнаиваются, и гной с распадом тканей ищет себе выхода, образуя свищи во влагалище, в прямую кишку, реже в мочевой пузырь, через который вместе с косточками скелета и изливается наружу.

Влияние внематочной беременности на организм женщины ничем не отличается от влияния беременности маточной. Как и при маточной беременности, слизистая оболочка матки подвергается децидуальному преобразованию.

Происходит увеличение матки, начинаются характерные изменения в грудных железах женщины, размягчение и разрыхление всего полового аппарата. Даже субъективные ощущения, на которые так часто жалуются женщины в начале маточной беременности, одинаково часто приходится наблюдать и при внематочной беременности.

Если внематочная беременность заканчивается разрывом трубы или трубным абортom, появляются сокращения матки, и она изгоняет из своей полости развившуюся там децидуальную оболочку. Последняя может отходить целиком, представляя собой слепок полости матки в виде треугольного тела с двумя отверстиями у верхнего края — соответственно местам вхождения здесь труб, и одного отверстия у нижнего угла — отверстие внутреннего маточного зева. Децидуальная оболочка может отходить и по частям вместе с кровью в виде обрывков окрашенной в коричневый цвет ткани.

Если, однако, беременность продолжает развиваться до поздних месяцев, то и decidua остается в полости матки и только после окончания беременности или смерти плода родится при развивающихся сокращениях матки.

Не исключена возможность одновременного присутствия двух беременностей: маточной и внематочной.

Клиническое течение трубной беременности отличается непостоянством и нередко, особенно в начальных периодах, протекает без каких-либо характерных симптомов.

До наступления разрушения яйца по существу мы не имеем никаких признаков эктопического развития беременности. Появляются только все те симптомы, которые мы наблюдаем и в ранних периодах обычной маточной беременности: менструация задержана, женщина чувствует себя беременной, ее беспокоит обычная тошнота и иной раз даже рвота, появляются обычные для беременности извращения вкуса, обмороки и пр.

Каких-либо жалоб, связанных с ненормальностью места развития яйца, мы никогда от больных не слышим.

Первые симптомы внематочной беременности появляются только после того, как начинается гибель яйца. Часто эти первые симптомы появляются внезапно,

неожиданно для больной, до этого чувствовавшей себя здоровой, в виде тяжелого состояния внутрибрюшного кровотечения, в других же случаях они развиваются постепенно, иной раз в течение довольно длительного периода времени, принимая затяжной характер.

Эти оба друг от друга резко отличные виды клинического течения внематочной беременности зависят главным образом от способа нарушения ее течения. При разрыве трубы, иначе при нарушении внематочной беременности путем прорыва наружной капсулы плодместилища, мы обычно наблюдаем бурную клиническую картину с тяжелыми острыми явлениями внутрибрюшного кровотечения.

При прорыве внутренней капсулы плодместилища клиническая картина принимает длительное — литическое течение. В подобных случаях, которые, как мы видели, являются наиболее частым исходом внематочной беременности, нередко кровотечение в брюшную полость вначале бывает незначительным и происходит не только в брюшную полость, но и в направлении матки.

Однако нередки случаи, когда эти кровотечения, характерные по коричневой окраске крови и по присутствию в них мелких обрывков ткани и сгустков, могут совершенно отсутствовать.

Если появляется наружное кровотечение, то женщина, обычно чувствующая себя беременной, предполагает, что у нее начался ранний аборт, а не думающая о беременности считает появление крови просто запоздавшей менструацией.

Если одновременно с выделяющейся кровью появится слепок слизистой оболочки, о котором речь была выше, его иногда принимают за отошедшее яйцо.

Нередко после отхождения децидуальной оболочки выделение крови прекращается, и больная чувствует себя здоровой до появления следующего, обычно уже более выраженного наружного кровотечения, сопровождающегося иной раз тушью или схваткообразными болями внизу живота, соответственно месту беременной трубы.

При таких периодических или даже непрерывно долго длящихся небольших наружных кровотечениях часто как сама больная, так и наблюдающие ее думают о затянувшемся длительном аборте.

Нередко при этой затяжной картине трубного аборта, вследствие ошибки в диагнозе, врач делает вторую ошибку, решаясь на выскабливание, чтобы освободить матку от задержавшихся в ее полости остатков плодного яйца. В этих случаях соскоб бывает очень скуден, и тщательный осмотр высокбленных масс даже без помощи микроскопического исследования их говорит нам, что дело идет не о маточной, а о внематочной беременности.

Кровотечения в брюшную полость при разрыве внутренней капсулы яйца могут повторяться неоднократно. В большинстве случаев они ведут к постепенному накоплению в брюшной полости иной раз больших количеств крови и к образованию haematocele, которое может сопровождаться неопределенным чувством напряжения и давления в тазу, особенно на прямую кишку.

В ряде других случаев внутреннее кровотечение при одном из последующих припадков трубного аборта может принять грозный по своим размерам характер и привести к острому внутрибрюшному кровотечению, ничем не отличающемуся по своей силе от кровотечения, которое мы обычно наблюдаем при разрыве наружной капсулы плодместилища.

В противоположность трубному аборту — разрыву внутренней капсулы плодместилища — разрыву наружной капсулы обычно, как это было отмечено, протекает чрезвычайно бурно с выраженной клинической картиной, что и облегчает распознавание произошедшего разрыва трубы.

Разрыв трубы может наступить совершенно неожиданно, даже ночью во сне, однако чаще всего он происходит под влиянием какого-либо травмирующего момента, как подъем тяжести, резкое движение, натуживание при дефекации. Нередко в момент разрыва больная ощущает припадок резкой боли в той области, которая соответствует месту разрыва трубы.

Большое внутрибрюшное кровотечение и обусловленное им раздражение брюшины ведут к шоку, сопровождающемуся потерей сознания, обморочным

состоянием, частым, нитевидным, нередко не ощущаемым пульсом. Потеря больших количеств крови быстро ведет к тяжелой анемии, еще более усиливающей тяжесть всей картины. При этом живот мы находим обычно вздутым, очень чувствительным к пальпации, что делает почти невозможным более детальное исследование. Резкое обескровливание больной, бледность лица, почти неощутимый и частый пульс, похолодание кожи, бессознательное состояние, развившиеся в течение нескольких минут, — вот та картина, которую мы так часто наблюдаем при разрыве трубы.

При больших количествах свободной крови в брюшной полости разрыв трубной беременности может сопровождаться так называемым *phrenicus signum* — болями в плечевой области, объясняемыми прониканием крови к диафрагме и раздражением заложенных здесь окончаний п. *phrenici*.

Причины такой разницы клинической картины между разрывом наружной и внутренней капсул плодместилища объясняются исключительно силой кровотечения. При разрыве наружной капсулы повреждаются сосуды более крупные, проходящие в стенках трубы; при разрыве внутренней капсулы рвутся более мелкие сосуды, проходящие в слизистой оболочке этого органа. Сверх того, сгустки крови, образующиеся при разрыве внутренней капсулы при трубном аборте, расположенные в просвете трубы, как бы тампонируют кровоточащие ткани изнутри, прижимая их к внутренней поверхности стенок трубы.

При перфорации — при разрыве наружной капсулы плодместилища — эти условия тампонады отсутствуют, так как снаружи трубы, у места ее разрыва, не имеется тканей или органов, которые могли бы способствовать прижатию кровоточащих сосудов.

Диагностика внематочной беременности в обычных случаях не представляет особых трудностей, зато нередки и такие формы этого заболевания, при которых постановка диагноза представляет непреодолимые затруднения даже для опытного клинициста.

Особенно трудна постановка диагноза в самых начальных периодах беременности еще до наступления гибели яйца и кровотечения в капсулу плодместилища при так называемой ненарушенной внематочной беременности.

Как было уже сказано, внематочная беременность вначале протекает при тех же явлениях, как и нормальная маточная. Матка увеличивается и разрыхляется, на наружных половых органах развиваются явления застоя, появляются все субъективные признаки беременности. Вместе с тем утолщения по ходу трубы соответственно месту развития трубной беременности в эти ранние периоды настолько еще незначительны и так мягки, что их почти невозможно определить при пальпации. К тому же анамнестические сведения могут быть еще не достаточно выявлены.

В этих случаях постановка диагноза ненарушенной внематочной беременности почти невозможна и если в некоторых случаях и может быть установлена, то только предположительно.

Если в трубе скопляются сгустки крови, они довольно быстро организуются и возникает шола, которая по своей консистенции бывает уже достаточно плотна, для того чтобы пальпирующие пальцы определили ее. В этих случаях мы уже прощупываем утолщение трубы нередко в виде небольшой, более или менее подвижной опухоли, лежащей сбоку от матки и прикрепленной к ее углу ножкой.

Но когда целость яйца нарушается, когда появляются признаки внутреннего кровотечения и организуется *haematocoele*, диагноз обычно устанавливается без особого труда.

Продолжительные, в течение нескольких недель, скудные кровянистые, выделения после известного срока аменореи — один из вернейших признаков нарушенной внематочной беременности.

Особенно внимательно надо следить за характером кровянистых выделений. С этой целью больная должна собирать свои выделения в марлевые прокладки, которые и подвергаются внимательному исследованию.

Как уже было отмечено, при нарушении внематочной беременности из матки с кровью отходят обрывки распадающейся децидуальной оболочки или даже

целиком весь слепок этой оболочки (рис. 227). Все это служит верным признаком нарушения внематочной беременности. Необходимо только помнить, что треугольные слепки слизистой оболочки могут отходить из матки не только при внематочной беременности, но и при особом страдании половой сферы, называемом *dysmenorrhoea membranacea*. Однако при нем слепок отходит при каждой менструации, и уже по этому признаку его можно отличить от того слепка, который мы получаем при внематочной беременности.

Если при внематочной беременности уже произошло кровотечение в брюшную полость и образовалась *haematocele*, то это еще более облегчает диагностику.

В этих случаях мы уже определяем общие изменения в организме: большая жалуется на односторонние боли в тазу, начинаются длительные кровавистые выделения после имевшейся задержки менструации; около матки с одной стороны можно уже прощупать образовавшуюся опухоль, а позади матки — *haematocele*. Если при этом противоположная труба ощущается утолщенной, диагноз внематочной трубной беременности может быть поставлен с полной уверенностью.

Если, однако, анамнестические данные не вполне ясны, если, вследствие образования спаек, процесс уже распространяется на противоположную сторону, в этих случаях постановка диагноза встречает много трудностей. Внематочную беременность можно тогда смешать с воспалительными заболеваниями яичников, с абсцессами в малом тазу, развившимися, например, как следствие аппендицита, с тубо-овариальными абсцессами и кистами.

Систематическое измерение температуры может помочь нам в этих случаях только до известной степени, так как при старых воспалительных процессах температура, как и при внематочной беременности, может оказаться нормальной. Однако, и повышенная температура может наблюдаться не только при гнойниках, но и при внематочной беременности, даже протекающей асептично, как следствие процессов всасывания излившихся в брюшную полость кровяных масс.

Некоторые указания может дать нам подсчет лейкоцитов в крови. Лейкоцитоз свыше 15 000 чаще всего можно находить только при гнойниках. При нагноившейся внематочной беременности мы его не встречаем. Однако следует всегда помнить, что хронические гнойные процессы также протекают при нормальном лейкоцитозе. Не помогает здесь и реакция оседания эритроцитов, так как она может быть ускоренной в обоих случаях.

Реакция Ашгейм-Цондека в некоторых случаях, особенно свежих нарушений беременности, еще может дать нам известные указания, а именно при паличии еще неповрежденных ворсинок хориона. Однако отрицательная реакция не может говорить против диагноза беременности.

В таких сомнительных и трудных случаях диагностики ценнейшим методом, с нашей точки зрения, является пункция заднего свода, — совершенно безвредный метод, который на сотнях случаев применяется нами, не давая никаких неблагоприятных последствий, и производится не только перед самой операцией, но и за несколько дней до нее.

Получив при пункции гной, мы можем думать о пилосальпинксе, при получении светлой или густой жидкости — об овариальной кисте, а при паличии старой крови со сгустками мы можем с полной уверенностью поставить диагноз внутреннего кровотечения, которое бывает почти исключительно при внематочной беременности.



Рис. 227. Слепок из полости матки. Отошедшая целиком децидуальная оболочка.

Только в редких случаях и пункция не может помочь решению вопроса, особенно когда при пункции не удастся получить пунктата.

Легче ставится диагноз при разрыве внешней капсулы трубы.

Внезапность наступления тяжелого состояния, быстро развивающаяся анемия при имевшихся признаках беременности — моменты, сами по себе уже приводящие к решению в пользу внематочной беременности. Присутствие большого количества свободной крови в брюшной полости, определяемой перкуторно, решает диагноз.

Мы всегда должны помнить, что такую же приблизительно острую картину болезни дают и внутрибрюшные кровотечения при перфорациях язв желудка или кишок, при тяжелых, к счастью, очень редко наблюдающихся, внутренних кровотечениях из лопнувших граафовых пузырьков или желтых тел и при тех процессах, которые ведут к выраженным раздражениям брюшины, как, например, при перекрученных кистах, при перфорации кишечника и особенно при аппендиците.

В анамнезе громадного большинства этих случаев мы найдем указания на источник могущего возникнуть кровотечения, связанный с каким-либо предшествующим заболеванием.

Для случаев, где диагноз остается темным, не дает нам, к сожалению, определенного решения и ряд предложенных специальных признаков и реакций. Так, не дает окончательного решения пирамидоновая проба (Егоров—Антошина) на присутствие гематина в крови, проба с уробилином в моче и пр.

Меньше трудностей представляют те случаи, при которых позади матки образуется haematocoele. Здесь исследующий палец позади матки определяет опухоль очень характерной консистенции, которая, однако, может меняться в зависимости от времени наблюдения. Вначале она бывает мягкой, затем по мере организации сгустков крови и более совершенной инкапсуляции — более плотной, вплоть до почти твердой консистенции. В противоположность кисте или фиброме, от которых иной раз нам приходится дифференцировать заматочную опухоль, haematocoele отличается не только своей консистенцией, но и своими более расплывчатыми формами и полной неподвижностью. Только старые, прочно инкапсулированные haematocoele могут быть очень ограниченно подвижны.

При haematocoele характерно положение матки. Чаще всего мы находим ее прижатой к лону и высоко подтянутой кверху.

Большие трудности может представить диагностика тех случаев внематочной беременности, когда плод остается живым, беременность продолжает прогрессировать, доходя до поздних месяцев, или даже доношивается до конца.

Чаще всего в этих случаях дело идет о трубно-абдоминальной форме, т. е. о той форме внематочной беременности, при которой плодвместилище очень тонко и при пальпации живота необыкновенно ясно прощупываются все отдельные части плода.

Можно воспользоваться и следующим приемом. Исследуя части плода при маточной беременности, мы легко убеждаемся в том, что мышечная стенка матки под влиянием раздражения от исследующей руки начинает твердеть. Этой перемены консистенции плодвместилища при трубной беременности обычно не бывает.

Если, как это часто наблюдается при внематочной беременности, плод лежит в брюшной полости вместе с петлями кишечника, то, перкутируя тело плода и получая тупой звук, мы сможем убедиться в том, что этот тупой звук прерывается по местам, соответственно расположенным около плода петлям кишечника, и заменяется тимпаническим звуком.

Очень важно ощупать расположенную отдельно от плода матку. Однако это очень часто не удается. Тем не менее уже положение шейки по отношению к плодвместилищу может служить известным признаком для внематочной беременности, так как шейка всегда оказывается резко смещенной книзу, если беременность развивается интралигаментарно, кверху — если она развивается в сторону брюшной полости, и кпереди или кзади — если она развивается позади

или впереди матки. Все эти признаки все-таки далеко не всегда дают нам возможность поставить правильный диагноз.

Прогноз при внематочной беременности зависит от своевременной постановки диагноза. Если диагноз не поставлен, существует всегда серьезная угроза как здоровью, так и жизни больной.

Только в исключительно редких случаях организм самостоятельно справляется со всеми последствиями этого тяжелого страдания. При своевременной постановке диагноза и при оперативном лечении болезнь, как правило, *quo ad vitam* заканчивается благоприятно; однако отдаленные последствия болезни иногда бывают очень тяжелы. Даже опорожнение *haematocoele* может вести к многочисленным сращениям, нередко вызывающим целый ряд расстройств.

В ряде случаев после внематочной беременности наблюдается совершенно нормально протекающая маточная беременность (приблизительно в 30% случаев). Далеко не редко (по нашим материалам около 7%) внематочная беременность повторяется в противоположной трубе и даже в оставленной при первой операции культе трубы.

Повторная внематочная беременность служила темой работ целого ряда наших советских врачей, причем в некоторых, правда, редких, случаях повторная беременность развивалась в той же трубе (Рубкевич).

При поздних неоперированных внематочных беременностях с образованием *lithokeliphoredion* последний может нагноиться спустя даже много времени после своего образования и повести к возникновению, как мы об этом уже сообщали, свища, через который в течение долгого времени может отходить гной и косточки скелета плода.

Терапия внематочной беременности. В настоящее время принято выставленное впервые Вертом (Werth) положение, что каждая ненарушенная внематочная беременность должна, как и каждое злокачественное новообразование, подлежать неотложному оперативному лечению.

То же положение, на наш взгляд, должно быть принято и для каждого случая нарушающейся беременности, особенно сопровождающегося внутрибрюшным кровотечением.

Раньше даже выдающиеся клиницисты (Цвейфель) предлагали переждать тяжелое состояние коллапса и оперировать только по прошествии его, не перевозив больную немедленно в клинику. Опыт последних лет учит нас, что это предположение должно быть отвергнуто и что задачей терапии должно быть возможно раннее производство операции без каких бы то ни было промедлений.

Операция при внематочной беременности большинством гинекологов в настоящее время производится через переднюю брюшную стенку и состоит в удалении пораженной трубы.

Сохранение разорванной или растянутой трубы, особенно путем наложения на ее стенки лигатур, закрывающих место разрыва, или выскабливание беременной трубы, на мой взгляд, являются мало обоснованными мероприятиями, могущими повести только к повторению беременности на том же месте. К тому же эти мероприятия без нужды затягивают операцию и ухудшают гладкое послеоперационное течение.

Я не вижу необходимости отказываться от такого же образа действия и при трубном аборте с образованием *haematocoele*. И здесь пораженная труба должна быть удалена с иссечением ее маточного конца.

Haematocoele, предоставленные естественному течению, в редких случаях, как на это указывает опыт, могут заканчиваться выздоровлением путем рассасывания кровяных масс и остатков плодного яйца. Однако далеко не редко новые приступы внутрибрюшных и иной раз тяжелых кровотечений мы наблюдали в тех случаях, когда длительное течение болезни заставляло думать, что все ворсинки хориона уже давно погибли, и как будто не было оснований ожидать такого кровотечения.

Хотя я неоднократно наблюдал полное всасывание даже больших *haematocoele* и полное восстановление топографии органов малого таза, все же едва ли можно отрицать, что в большинстве случаев консервативная, рассасывающая

терапия, даже при настойчивом и систематическом проведении ее, ведет к образованию плотных, распространенных рубцов, подчас дающих целый ряд длительных и тяжелых расстройств.

Наконец, все эти далеко не блестящие результаты, получаемые нами при консервативном лечении внематочной беременности, требуют длительного лечения, исчисляемого иной раз годами, и не гарантируют больной, что в конце концов она все-таки не должна будет подвергнуться операции.

Предложение некоторых гинекологов при удалении беременной трубы одновременно удалять и противоположную, пока еще здоровую, на том основании, что в ней может развиться повторная беременность, с нашей точки зрения едва ли заслуживает подражания, так как нормальная маточная беременность после трубной наблюдается значительно чаще, чем вторичная внематочная.

Трудности для лечения представляют те случаи, когда беременность достигает поздних месяцев, особенно при живом плоде. В этих случаях операция является единственным исходом, но не всегда она протекает без осложнений.

При мертвом плоде и нарушенном плацентарном кровообращении нетрудно отделить как оболочки, так и детское место. Удаление плода никогда не представляет трудностей.

При живом плоде, удалив легко плод, мы можем встретить значительные трудности, связанные с тяжелым кровотечением при выделении детского места с сохранившимся в нем плацентарным кровообращением.

В таких случаях не искушенному опыту хирургу можно рекомендовать после вскрытия плодной камеры удалить только плод, полость же яйца, вшив ее края в брюшную рану, затампонировать и дренировать, выжидая самопроизвольного выделения как оболочек, так и детского места через брюшную рану (марсупиализация).

Вопрос о том, следует ли при внематочной беременности живым плодом считаться со сроком беременности, решается различно.

Неоднократно наблюдавшиеся случаи нормального развития плодов, полученных при внематочной беременности, ставят перед современным хирургом задачу сохранить жизнь плода и в этих случаях (Груздев).

Результаты оперативного лечения трубной внематочной беременности должны быть признаны блестящими, несмотря на то, что многие из доставляемых для операции больных нередко бывают тяжело обескровлены.

Процент смертности, исчисляемый многими гинекологами в 3—2 и меньше, должен быть признан очень небольшим. На материале моей клиники, обнимающем более 600 случаев внематочной беременности, прошел ряд серий больных, по 100 больных в каждой, без единого случая смерти. Послеоперационный период протекает обычно гладко, если не считать почти во всех случаях многократного повышения температуры до 38°. Это субфебрильное состояние является следствием всасывания оставленных масс крови и заканчивается тем скорее, чем полнее очищена брюшная полость (резорбционная лихорадка).

В случаях с тяжелым обескровливанием мы наблюдали 2 раза расхождение краев брюшной раны; в одном случае мы имели выздоровление после ресутуры, второй же случай закончился летально.

Особые формы внематочной беременности

Яичниковая беременность (*graviditas extrauterina ovarica*). Яичниковая беременность наблюдается крайне редко, однако в настоящее время уже нельзя сомневаться в возможности существования этой формы внематочной беременности.

Механизм образования яичниковой беременности можно себе представить в виде двух форм.

1. После разрыва граафова пузырька яйцо остается на внутренней его поверхности, не будучи увлечено током излившейся фолликулярной жидкости.

Через полученный разрыв в полость фолликула проникают сперматозоиды, которые и оплодотворяют задержанное здесь яйцо. Привитие оплодотворенного

яйца в полости граафова фолликула происходит путем внедрения трофобласта в стенку фолликула.

Этому способу образования яичниковой внематочной беременности отвечает классический случай этой беременности, описанный Туссенброком (Tussenbrock; рис. 228).

Хорошо изученный и несомненный случай яичниковой беременности описан и в советской литературе Гроздовым.

Интересен факт, отмеченный целым рядом авторов, что яичниковая беременность очень часто доходит до последних месяцев. Вероятно, это возможно вследствие того, что яичник обладает особой тканеобразовательной способностью, позволяющей ему развить достаточно прочную плодную камеру для растущего яйца. В этих случаях процесс образования необходимых тканей напоминает собой тот же процесс, свойственный развитию передко огромных псевдомуципозных кист, снабженных плотной наружной стенкой.

2. Возможна и вторая форма привития яйца. Здесь уже выпешдшее из яичника яйцо, оплодотворенное в брюшной полости, прививается на поверхности яичника в одной из многочисленных складок и бухт его поверхности.

Д и а г н о з яичниковой беременности с трудом устанавливается, притом не во всех случаях, даже на удаленном при операции препарате. Поставить диагноз до операции невозможно.

Операция производится по тем же принципам, как и операция при трубной беременности.

Брюшная беременность (*graviditas extrauterina abdominalis*). Различают две формы брюшной беременности — первичную и вторичную.

Существование вторичной формы брюшной беременности не подвергалось сомнению. Она происходит из обыкновенной трубной беременности, когда изгнанное целиком из трубы яйцо вторично прививается на брюшине брюшной полости. В образовании плодовместилища при этом принимают участие все соседние органы, прежде всего сальник, брюшина и кишечник.

Под первичной брюшной беременностью понимают такую, при которой оплодотворенное яйцо первично прививается на брюшине, раззедая ее эндотелий и внедряясь в подэндотелиальную ткань.

В настоящее время можно считать доказанным несомненное существование случаев истинной первичной внематочной беременности.

Вопрос происхождения брюшной внематочной беременности особого клинического значения не имеет. Беременность брюшная, как первичная, так и вторичная, заканчивается обычно разрывом капсулы в ранние месяцы и сопровождается обычно тяжелыми внутренними кровотечениями. Наблюдались и случаи поздних месяцев этой беременности.

Д и а г н о с т и к а и **т е р а п и я** ничем не отличаются от диагностики и терапии трубной беременности. Брюшной характер беременности может быть определен только после вскрытия брюшной полости и изучения самого препарата.

Интерстициальная трубная беременность (*graviditas extrauterina interstitialis*). Привитие яйца происходит здесь в той части трубы, которая проходит через толщу стенки матки, *pars interstitialis tubae*. Часть эта длиной в 1 см имеет просвет не более 1—1,5 мм и может служить местом задержки блуждающего яйца, особенно при так называемом *salpingitis isthmica nodosa*. Так как в образовании плодовместилища в этих случаях принимает участие не только труба, но и стенка матки, то обычно и беременность достигает при интерстициальных случаях более поздних месяцев. Однако исход бывает тот же. Чаще всего вор-



Рис. 228. Яичниковая беременность. Яйцо. По Туссенброку.

синки прорастают наружную капсулу плодместилища, ведя к разрыву капсулы при явлениях тяжелейшего кровотечения. В редких случаях прорыв может происходить в направлении полости матки и протекать по типу обычного маточного аборта.

Д и а г н о с т и к а интерстициальной беременности устанавливается обычно только после вскрытия брюшной полости. Однако Руге (Ruge) указывает на некоторые признаки, по которым можно иной раз поставить диагноз интерстициальной внематочной беременности.

Дно матки имеет наклонную форму и придатки отходят от дна на беременной стороне значительно выше, чем на небеременной. *Lig. rotundum* отходит медиально от опухоли и немного ниже ее.

Беременность в интерстициальной части трубы протекает при тех же клинических явлениях, как и беременность в рудиментарном роге матки. Иногда даже после вскрытия брюшной полости отличить эти две формы беременности можно только при внимательном изучении полученного препарата. При этом отличительным признаком служит место прикрепления круглой связки. При интерстициальной беременности круглая связка укрепляется медиально от беременной камеры, при беременности в зачаточном роге — латеральнее этой камеры.

Операция при этой форме беременности сопровождается резекцией соответственного угла матки и требует, вследствие обычно больших и быстрых потерь крови, особой спешности.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ И БРЮШИНЫ

Анатомия тазовой клетчатки см. стр. 30

1. Повреждения тазовой клетчатки

Повреждения тазовой клетчатки в громадном большинстве случаев происходят при родах в момент прохождения головки через тазовое кольцо, однако можно наблюдать повреждения тазовой клетчатки и независимо от родов.

Так, описан целый ряд глубоких нарушений параметрия, сопровождавшихся тяжелыми кровотечениями, произошедшими *sub coitu*, при изнасиловании, при случайных травмах, например, рогами быка и др.

Кровотечение и образование гематом в параметрии могут произойти вне связи с повреждением влагалища. Эти кровотечения встречаются вообще редко. Если они невелики, то обычно их трудно определить.

Нередко в этих случаях дело идет и о внематочной беременности, развивающейся интралигаментарно.

Из кровотечений неакушерского происхождения можно указать на кровотечения в толщу параметрия при *coitus* в период менструации как последствия гинекологических операций, например, при расширениях шейки гегаровскими расширителями.

Чаще всего гематома образуется в толще широкой связки. Реже наблюдаются гематомы, расположенные ниже, — в паракольпии. Кровь, излившаяся в клетчатку таза, так же как и экссудаты, может распространяться по ней в различных направлениях.

Направляясь книзу, кровь может проникнуть через *hiatus genitalis* вдоль влагалищной стенки к наружным половым органам. Распространяясь кверху, она отслаивает брюшину и по ходу мочеточников может подниматься вплоть до почек. Количество крови может быть велико, что обуславливает выраженные явления остро развивающейся анемии. Перитонеальных явлений в большинстве случаев не наблюдается.

Рассасывание крови идет иногда очень быстро и протекает без повышения температуры. Однако чаще всего полное всасывание требует многих месяцев.

Диагноз ставится на основании внезапно наступающих симптомов анемии и быстрого образования опухоли. Можно такие гематомы смешать с параметритом; однако отсутствие повышенной температуры и ряд анамнестических данных решают диагноз.

Прогноз вообще благоприятен. Если же гематома нагнаивается, наступают тяжелые повышения температуры, и прогноз значительно ухудшается.

Лечение по возможности консервативное. Только при очень больших гематомах можно приступить к мало обещающей операции, которая при высоко расположенных гематомах состоит во вскрытии брюшной полости, в опорожнении ее от сгустков крови и в перевязке поврежденных сосудов. При низко расположенных гематомах можно произвести операцию и влагалищным путем.

2. Воспаление тазовой клетчатки

Как известно, матка и трубы, а также прямая кишка сверху покрыты брюшиной, под которой располагается соединительнотканная клетчатка, постепенно утолщающаяся книзу, к тазовому дну, и составляющая одно целое со всеми отделами клетчатки малого таза.

Все лимфатические пути, идущие от матки и ее шейки, направляются из стенок этих органов в параметрий, а потому в тех случаях, когда воспаление возникает в шейке или в матке, оно, распространяясь за пределы этих органов, неминуемо должно пройти вначале через параметрий и вести к воспалению клетчатки — *pelvicellulitis* — *phlegmona pelvis* — *parametritis*, а затем уже может захватить и брюшину.

Большинство воспалительных процессов в клетчатке таза исходит из матки. Местом их образования первоначально всегда бывает клетчатка, располагающаяся около матки, — параметрий (*parametritis*). Распространяясь отсюда на соседние участки, воспалительный процесс может поражать весь боковой параметрий — *parametritis lateralis dextra* или *sinistra*, или направляться вперед, в сторону мочевого пузыря, давая *parametritis anterior*, или кзади — *parametritis posterior*.

Этиология. Главным возбудителем параметрита являются стрептококки и стафилококки. Гонококки и туберкулезная палочка редко приводят к параметриту, еще реже — *b. coli*, возбудитель инфлюэнцы и дифтерийная палочка.

Чаще всего причиной параметрита является пуэрперальная инфекция (две трети всех случаев), и только в одной трети случаев дело идет об инфекции, не связанной с родами. Так, например, параметрит может возникнуть при исследовании плохо вымытой рукой, при захвате шейки пулевыми щипцами, при скарификации, выскабливаниях матки, введении ламинария, зондировании полости, а также от целого ряда манипуляций, как введение внутриматочных презервативов, после попыток произвести тем или иным способом аборт, после уколов в параметрий иглой правяцевского или другого шприца и пр.

В более редких случаях воспалительные процессы в тазовой клетчатке возникают на почве распространения сюда инфекции из труб, после паратифлита, парапроктита и, наконец, со стороны кариозного процесса костей таза.

Пуэрперальные формы параметритов, вследствие размягчения и разрыхления тканей и более обильного снабжения их кровью, бывают особенно тяжелыми. Легче протекает, обычно в виде ограниченных форм, параметрит непуэрперального происхождения.

Если при острых формах параметритов мы обычно легко можем выяснить причины их возникновения, то для некоторых, так называемых хронических форм до настоящего времени мы еще не располагаем достаточными этиологическими сведениями.

Нередко совершенно неожиданно, при полном отсутствии предшествовавшего острого заболевания, мы находим у женщин ограниченные инфильтраты и утолщения в тазовой клетчатке по ходу связок, особенно по ходу параметрия в крестцово-маточных связках.

Несомненно, что и здесь процесс имеет чисто воспалительный характер и является следствием или имевшего место острого, протекавшего, быть может, незаметно процесса, или как самостоятельно развивающийся хронический процесс, распространяющийся сюда с соседних органов. Так, например, при длительных запорах с их продолжительными застоями крови *b. coli* могут проникать через стенки кишечника и поражать параметрий. При хронических циститах воспаление может медленно распространиться на соседнюю с пузырем клетчатку.

Возможно допустить проникновение инфекции в параметрий и гематогенным путем из самых отдаленных органов, но особенно при общих инфекциях, в том числе и при гриппе.

Повидимому, параметрит может развиваться даже на почве простуды.

Анатомическая картина параметрита чрезвычайно разнообразна. В острых случаях инфекция, проникая через лимфатические и венозные стволы, ведет

к переполнению их гноем и возбудителями инфекции, к стазу и образованию в этих сосудах тромбов. В более хронических случаях в окружности этих сосудов можно наблюдать перивезикальный отек, что может привести, в конце концов, к скоплению здесь в тканевых щелях больших инфильтратов. В дальнейшем воспалительный процесс может закончиться: 1) обратным развитием всех продуктов воспаления и полным *restitutio ad integrum*, 2) гнойным расплавлением ткани и образованием, вследствие слияния отдельных гнойников, одной общей гнойной полости и 3) переходом воспалительного фокуса в индурацию и хроническую инфильтрацию—образование стойких тяжелей и плотных инфильтратов в параметрии.

Инфильтрат может достигать в этих случаях очень больших размеров. Он может располагаться одно-сторонне, оттесняя матку в противоположную сторону, или двусторонне, посылая отростки вперед к пузырю, кзади по крестцово-маточной связке, а главное в стороны — по ходу широких связок.

Матка, а в некоторых случаях мочевого пузыря и прямая кишка могут быть замурованы в этом инфильтрате, а мочеточники смещены. Брюшина при этом приподнята кверху, а места и отслоена. Вследствие того, что инфильтрат, распространяясь кпереди и кверху, может проникать в клетчатку задней поверхности передней брюшной стенки, он, распространяясь иной раз все выше и выше, достигает уровня пупартовой связки и даже поднимается выше уровня пупка, образуя на задней поверхности передней брюшной стенки плоское уплотнение ткани — *plastron abdominale* (французских авторов).

Опускаясь книзу, инфильтрат выпячивает стенки влагалищных сводов, достигая иной раз величины головы взрослого человека (рис. 229 и 230).

Консистенция инфильтрата чрезвычайно различна. В период нагноения дело доходит до флюктуации, в период инфильтрации и всасывания инфильтрат может быть твер-



Рис. 230. Параметрит в левой части параметрия.

дым, как кость. Инфильтрат может быть то округленным, то угловатым; иногда он рассеян без определенных границ. Иногда он плоский или же имеет вид звездчатых разветвлений.

Чаще всего распространенный инфильтрат проникает до костей таза, плотно соединяясь с ними.

Дойдя до нагноения, массивные инфильтраты ищут себе выхода, вскрываясь или прорываясь кнаружи через брюшную стенку непосредственно над пупартовой связкой, особенно при параметритах пузэрпериального происхождения, или

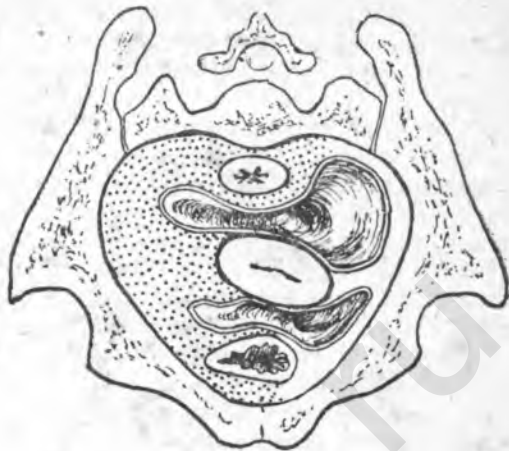


Рис. 229. Строение параметрия. Трансверсальный распил таза. По Штеккелю.

в соседние полые органы — в прямую кишку или мочевой пузырь, или, наконец, к сводам влагалища. Прорвавшись в эти органы, гной истекает в них, а отсюда и наружу.

Нередко гной ищет себе выхода через *foramen ischiadicum* и под *m. glutaeus maximus*, кнаружи через *foramen obturatorium* или гной выходит через паховый канал в большие губы, а иногда через *quadratus lumborum* в область спины.

Очень редко параметритический гнойник вскрывается в брюшную полость, вызывая все сопутствующие этому тяжелому осложнению последствия (перитонит).

Вскрытие гнойника в полые органы может заканчиваться очень благополучно. Гной в больших количествах выделяется вместе с мочой или калом, свищ закрывается, и наступает самоизлечение. Однако возможен и другой исход. Газы и кал из прямой кишки поддерживают воспаление, которое ведет к периодически образующимся и вскрывающимся абсцессам.

Стенки опорожненных абсцессов могут уплотняться, становиться мозолистыми и впоследствии, когда процесс заканчивается, могут образовать плотные тяжи, вызывающие смещение всех органов и нередко причиняющие большим тяжелые боли, что вызывает расстройства отправления со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.

В некоторых случаях параметрит не доходит до нагноения и заканчивается всасыванием с образованием плотных толстых тяжей как следствие рубцевания ткани. В таких случаях говорят обычно о *parametritis chronica atrophicans*.

Однако здесь необходимо отметить, что даже параметриты, сопровождающиеся вскрытием гнойника кнаружи или в полые органы, и обширные поражения параметрия могут заканчиваться всасыванием и полным выздоровлением.

Клиническая картина параметрита протекает чрезвычайно различно.

Нередко при небольших температурных колебаниях мы находим уже ясно выраженный инфильтрат в параметрии.

Тяжелые формы, особенно пuerперальных параметритов, обычно протекают при высокой температуре с ознобами и явлениями раздражения брюшины.

В менее тяжелых случаях температура в течение 15—20 дней падает, ознобы прекращаются. Выздоровление может последовать очень быстро.

Иногда появляются симптомы и со стороны соседних органов: боли в глужине таза, часто с одной только стороны, но иной раз и с обеих, боли, отдающие в нижние конечности.

При двуручном исследовании по бокам матки определяют при пальпации болезненность еще до появления экссудата.

В некоторых случаях температура держится очень долго, инфильтрат образуется поздно и рассасывается очень медленно.

Нередко процесс, казалось бы, заканчивающийся, дает все новые и новые вспышки. Наблюдаются случаи, при которых температура держится очень долго, истощая больную и доводя ее до крайнего похудения и кахексии.

Если гнойный процесс направляется к соседним полым органам, обычно появляется ряд симптомов, говорящих о предстоящем вскрытии гнойника. Так, со стороны мочевого пузыря наблюдаются тenezмы, со стороны прямой кишки — выделение больших количеств слизи из заднепроходного отверстия. При приближении абсцесса к коже появляется краснота, припухлость и резкая чувствительность в области будущего свищевого хода.

Вскрытие гнойника обычно сопровождается падением температуры и появлением гноя с калом или мочой.

Диагностика параметрита в некоторых случаях может быть не трудна. Однако при гинекологических параметритах (а не пuerперальных) диагноз нередко представляет немалые трудности не только ввиду сложности точного определения места воспалительного фокуса, но и вследствие того, что воспалительный процесс чрезвычайно часто поражает не только параметрий, но и соседние ткани.

Раньше целый ряд воспалительных процессов, которые мы в настоящее время диагностируем как острые и хронические сальпингиты, оофориты, сальпинго-оофо-

риты, перисальпингиты, диагностировались как параметриты или шли под одним общим названием — т а з о в ы й а б с ц е с с.

Однако несмотря на то, что все эти заболевания, несомненно, теснейшим образом связаны друг с другом, друг друга осложняют и могут быть соединены в один общий процесс, едва ли следует отказываться от возможно точной диагностики, прибегая к такому общему термину, как тазовый абсцесс.

Наоборот, мы клинически повседневно убеждаемся в том, как важно поставить именно точный диагноз, так как клиническое течение этих, казалось бы, близких форм заболеваний совершенно различно.

Понятно, что воспаление и нагноение в клетчатке отличаются от скопления гноя в трубе, покрытой слизистой оболочкой. В первом случае мы имеем дело с обычным абсцессом, легко закрывающимся после опорожнения, во втором — с эмпиемой, при которой опорожнение путем вскрытия абсцесса в большинстве случаев дает только временный эффект.

Двуручное исследование является лучшим методом определения параметрического инфильтрата. Для выяснения того, что инфильтрат развивается именно в параметрии, а не образуется интраперитонеально, следует всегда пользоваться ректальным исследованием. Исследуя *per rectum* и ощупывая края крестцово-маточных связок, мы можем легко определить, образуется ли инфильтрат в толще этих связок — в параметрии — или над ним, в брюшной полости.

Присутствие гноя в инфильтрате может быть установлено пальпацией, особенно при учете консистенции инфильтрата. Выраженные колебания дневной температуры тоже говорят за присутствие гноя. Можно воспользоваться также определением числа лейкоцитов в крови. Лейкоцитоз выше 20 000—35 000, как правило, свидетельствует о гнойном инфильтрате. За это же говорит и ускоренная реакция оседания эритроцитов.

При двуручном исследовании в большинстве случаев мы находим параметрический инфильтрат лежащим глубоко рядом с шейкой; он уплотнен, гладок и постепенно переходит в стенки таза, плохо отграничен от соседних тканей и совершенно неподвижен.

В отличие от параметрита гонорройный сальпингит чаще всего двусторонен, хотя нередко одна сторона по размерам значительно отстает от другой. При этом можно прощупать утолщенные маточные концы трубы. Очертания этого экссудата в противоположность инфильтрату при параметрите округлены, причем нередко такая труба прилежит к заднему своду, сохраняя все-таки известную степень подвижности.

Очень трудно при диагнозе отличить параметрит от рака яичника, перешедшего уже на параметрий, а иной раз и от ракового инфильтрата широкой связки. Однако двуручное исследование и течение болезни в части случаев позволяют решить этот вопрос.

Прогноз. Параметрит *quo ad vitam* представляет опасность только в случаях острых пуэрперальных форм, когда процесс с параметрия может распространяться на брюшину и повести к тяжелому летальному перитониту.

При непуэрперальных формах параметрита такая опасность почти не угрожает большой. Воспалительный процесс при этом, дойдя даже до образования объемистых гнойников, может или путем опорожнения, или путем всасывания подвергнуться полному излечению, не оставляя после себя ни малейших следов.

Однако чаще инфильтраты и гнойники после обратного своего развития оставляют длительные, а иной раз и постоянные уплотнения и рубцы, которые в некоторых случаях смещают органы, могут вести к нарушению их функций, причинять боли, а главное, при малейших погрешностях могут давать вспышки воспаления.

Основная опасность, ухудшающая течение параметрита и осложняющая прогноз, — это нередко поразительно длительное его течение с массой периодических наступающих тяжелых обострений. К тому же параметрит может сопровождаться длительными повышениями температуры, что приводит больных к тяжелому истощению, делающему их надолго нетрудоспособными.

При предрасположении к туберкулезу у таких больных могут наступать явления и со стороны легких, часто протекающие чрезвычайно тяжело.

Терапия. В начальных формах параметрита применяются обычные методы противовоспалительного лечения, среди которых на первом месте стоит полный покой, лед на живот, своевременное опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки и легкая нераздражающая диета.

В этот первый период нарастающего параметрита было бы неправильно применять методы, способствующие рассасыванию, как ванны, электропроцедуры, втирание различных мазей, влагалищные тампоны и пр. Все эти мероприятия, если сами по себе и не приносят вреда, то во всяком случае нарушают основное требование терапии нарастающего параметрита — соблюдение полнейшего покоя, а потому, на наш взгляд, и непригодны.

При сильных болях, если наложение пузыря со льдом не успокаивает их, можно прибегнуть и к введению наркотиков в виде небольшой клизмы из опия или паральдегида, а также к инъекции папатопа.

В тех случаях, когда процесс доходит до нагноения, эта терапия должна быть изменена. Основное положение хирургической практики, несомненно, остается действительным и при лечении параметрита: образовавшийся гной должен быть эвакуирован.

Однако перед нами всегда практически стоит вопрос о том, в какой момент и при каком топографическом расположении гнойника мы должны приступать к опорожнению абсцесса.

Прежде всего мы должны помнить, что гнойник в параметрии, прежде чем слиться в одну общую массу гноя, состоит из многочисленных мелких гнойных камер и вскрытие только одной или нескольких камер не решает вопроса, так как большинство гнойников при этих иной раз значительных разрезах не опорожняется.

Вот почему многие гинекологи считают необходимым максимальное выжидание, для того чтобы дать время мелким гнойникам слиться в одну общую камеру, которая и может быть опорожнена одним иной раз небольшим разрезом.

Есть, однако, и другая точка зрения, согласно которой врач, не выжидая полного «созревания абсцесса», производит широкую инцизию и довольствуется получением при этих больших инцизиях даже ничтожного количества гноя. И в этих случаях иной раз можно получить хороший эффект и значительно сократить длительность течения болезни.

Однако я не могу согласиться с особой продуктивностью этого «нового» метода лечения гнойного параметрита. Я неоднократно убеждался в том, что такая ранняя инцизия не сокращала течения болезни, но требовала иной раз повторного, и притом неоднократного, вскрытия новых абсцессов. Поэтому я в своей практике прибегаю к этому методу только в тех случаях, когда характер течения болезни не позволяет дальнейшего выжидания.

Во всяком случае получение недостаточного количества гноя при инцизии или пункции всегда наводит на тревожные мысли о дальнейшем течении болезни, и, наоборот, отхождение значительного количества гноя почти всегда ведет при параметритах к быстрому излечению.

Вскрытие абсцесса может быть произведено в тех случаях, если доступ к нему возможен без нарушения соседних органов.

Я предпочитаю вначале хорошо ориентироваться в положении главного гнойника, для чего предварительно пунктирую его толстой иглой и, только получив гной, производжу на соответствующем месте инцизию.

Если абсцесс располагается выше пупартовой связки и хорошо прощупывается здесь в виде твердой, иной раз отчетливо флюктуирующей приподнятости, нетрудно разрезом над выпячивающейся частью, произведенным параллельно самой пупартовой связке, дойти через слои фасции до гноя, после чего тупым путем — пальцем — разрушить распадающуюся клетчатку, освободив из полученного разреза подчас большие количества гнойных масс.

После этого, высувив рану, мы, не промывая ее, заводим возможно шире марлевые дренажи и оставляем их на 3—4 дня.

Температура после такой инцизии обычно падает до нормы, боли утихают, рапа быстро гранулирует и постепенно закрывается.

При глубоко сидящих инфильтратах можно иной раз подойти к ним со стороны заднего свода, выпустив из гнойника путем инцизии огромные количества гноя. Здесь мы предварительно стараемся точно определить главный фокус абсцесса, пунктируя его со стороны влагалища по пальцу и затем уже производя инцизию.

При боковых параметритах как при пункции, так и при инцизии необходима особая осторожность, чтобы не поранить больших сосудов и расположенного здесь мочеочника.

При наклонности абсцессов ко вскрытию через foramen ischiadicum приходится вскрывать их в области ягодиц.

Глубокие параметриты, направляющиеся по клетчатке таза к телу промежности, могут быть вскрыты через промежность или со стороны задней стенки влагалища.

Труднее обстоит дело, если параметрит направляется в сторону мочевого пузыря или прямой кишки, о чем говорят нам тенезмы со стороны этих органов и отхождение слизи из прямой кишки. В этих случаях анатомические трудности подхода к гнойникам нередко заставляют нас выжидать самопроизвольного вскрытия их в полые органы. Однако своевременным вскрытием расположенного позади матки гнойника через задний свод нам нередко удается предупредить прорыв гнойника в прямую кишку.

В тех случаях, когда инфильтрат начинает приобретать наклонность к рассасыванию, необходимо всеми мерами способствовать этому процессу. Однако вначале, пока температура еще не упала до нормы, наша терапия остается строго выжидательной, т. е. и в этих случаях постельный режим, регулирование стула, диетические мероприятия являются основой нашей терапии.

Только после стойкого, длящегося не менее 1—2 недель периода нормальной температуры мы можем приступить к методам, способствующим всасыванию. Из них особенно полезными мы считаем непродолжительные общие ванны нейтральных температур, которые могут быть заменены более длительными, до 20 минут, сидячими ваннами. Повышая обмен веществ, такие ванны, несомненно, способствуют и местному всасыванию.

В этот период лечения тяжелых воспалительных процессов огромное значение для успешности терапии имеет общий режим больной. Применение ванн только в тех случаях может привести к хорошим последствиям, если одновременно больная продолжает соблюдать максимальный режим покоя и, наблюдая за правильным действием кишечника, продолжает следить за диетой и вообще смотрит на себя не как на вылечившуюся, а как на начинающую выходить из тяжелого состояния.

Чем прочнее результаты нашего лечения параметрита, да и вообще гнояных процессов в малом тазу, тем решительнее мы можем усиливать нашу рассасывающую терапию.

Я придаю большое значение лечению тампонами или колюмнизации с ихтиолом. Хорошие результаты удается получить при применении горячевоздушных ванн, диатермии и других рассасывающих методов.

Менее удачны были наши попытки с лечением воспалений параметрия тяжестью.

Особенно хорошие результаты можно иной раз получать лечением горячими и душами (влагалищными горячими спринцеваниями). Однако наиболее могущественным средством лечения воспалительных процессов малого таза вообще и параметрита в частности, несомненно, является особенно энергично развиваемое у нас в Союзе грязелечение во всевозможных его видах, в том числе и методы влагалищного грязелечения.

Среди различных форм параметрита может быть выделена одна, этиологический момент которой до настоящего времени не может считаться выясненным, это так называемый *parametritis posterior*.

Эта форма параметрита встречается и у нерожавших женщин. При нем

крестцово-маточные связки утолщены и уплотнены, причем нередко такое утолщение развивается первично. Такие же утолщения можно иной раз наблюдать и у основания широкой связки, по бокам шейки матки. При исследовании утолщенные параметральные тяжи чувствительны к давлению. Боли могут появляться при движениях, при менструации, *sub coitu*. Нередко мы наблюдаем такой параметрит после длительного пошения пессариев, при мастурбации, *coitus reservatus* и пр.

Лечение этого заболевания, этиология которого не вполне выяснена, заключается в устранении вредных моментов и в применении горячих душей, диатермии, грязелечения и пр.

3. Опухоли в тазовой клетчатке

В тазовой клетчатке можно встретить целый ряд опухолей как соединительно-тканного, так и эпителиального характера. Как большую редкость мы находим здесь **миому** или **фиброму** клетчатки, описанную и в русской литературе.

Опухоли эти обычно невелики, располагаются в толще параметрия по бокам шейки. Их легко смешать с такими же опухолями, развивающимися не из ткани параметрия, а исходящими из шейки и соединенными с ней ножкой. Для того чтобы признать происхождение опухоли из параметрия, необходимо доказать отсутствие какой бы то ни было связи ее с шейкой.

В параметрии обнаружены и первичные быстро растущие **саркомы**. Они, достигая нередко большой величины, оказывают давление на соседние органы.

Описаны здесь и **липомы** и даже **карциномы**, которые исходят, вероятнее всего, из могущих находиться здесь остатков гартнеровских ходов.

Наконец, как крайне редкие опухоли, развивающиеся и в параметрии, описаны **дермоиды**, исходной тканью для которых считают отщипавшиеся клетки зародышевого эпителия.

Но наибольшее клиническое значение из всех опухолей параметрия имеет так называемый **adenomyosis retrovaginalis** — своеобразное образование, располагающееся в толще клетчатки заднего влагалищного свода между прямой кишкой и шейкой матки.

Чаще всего мы прощупываем здесь утолщение без каких-либо характерных очертаний, несколько уплощенное, бугристое, плохо отграниченное от подлежащей ткани. Оно или совершенно не болезненно, или очень незначительно болезненно при давлении. Растет это образование медленно, распространяясь кзади — к прямой кишке — и иной раз проникая в ее стенки. При микроскопическом исследовании в нем определяются железистые ходы, погруженные в нежную аденоидную соединительную ткань.

До настоящего времени генез этой опухоли не может считаться выясненным. В последнее время в противовес ранее существовавшему воззрению на *adenomyosis retrovaginalis* смотрят как на новообразование, исходящее из остатков вольфовых ходов. Р. Мейер трактует *adenomyosis* как воспалительную реакцию и разращение серозного эпителия, который, по его мнению, может вести к образованию аденомиозных разрастаний.

Хотя гистологически аденомиоз должен быть причислен к доброкачественным процессам, однако при распространении на прямую кишку он дает тяжелую клиническую картину, а потому лечение его должно состоять в радикальном оперативном удалении новообразования.

Из опухолей паразитарного происхождения известное значение имеет **эхинококк** (*Echinococcus*) параметрия. Он может развиваться здесь первично или вторично, будучи занесен сюда из других органов, как печень и легкие, пораженных тем же процессом.

Чаще всего эхинококк в виде множественной формы распространяется в толще соединительной ткани, между шейкой и прямой кишкой, однако он может располагаться и в толще широкой связки. Его величина различна. Опухоль растет медленно, как бы интралигаментарно, достигая верхним краем высоты пупка.

Нередко эхинококковые камеры нагнаиваются и происходит прорыв их содержимого в соседние органы.

Распознавание эхинококка не всегда легко. Решает вопрос только определение крючьев, сколексов, очень характерных пузырьков и хитиновой оболочки. Конечно, это может быть обнаружено только при прорыве эхинококка или в момент операции.

При подозрении на эхинококк не следует прибегать в диагностических целях к пункции ввиду опасности анафилактического шока и особенно обсеменения эхинококком.

С диагностической целью рекомендуется ряд специфических реакций, которые, однако, не вошли во всеобщее употребление, не отличаясь особенной достоверностью.

Прогноз при эхинококке плох не только вследствие возможности нагноения эхинококковых пузырей, но, главное, вследствие возможности диссеминации и поражения жизненно необходимых органов.

Терапия обычно состоит в оперативном удалении пораженных органов. Если это невозможно, можношить эхинококковый пузырь в рану брюшной стенки и после образования плотного отграничения вскрыть мешок и опорожнить его, избегая затека жидкости в брюшную полость. Описаны случаи выздоровления.

Наконец, в соединительнотканной клетчатке таза, как и в прочих органах, можно встретить в редких случаях **актиномикоз**. Он имеет вид очень плотных параметритических инфильтратов, медленно распространяющихся по ходу параметрия и обычно вначале принимаемых за параметрит. При нем имеется склонность к образованию свищей, из которых выделяется жидкий гной, в некоторых случаях содержащий характерные точечные друзы, по которым он легко распознается.

Прогноз при актиномикозе тяжелый. Болезнь длится месяцами и даже годами.

В качестве лечебной меры применяют преимущественно лечение иодистым калием (2,0—3,0 в день) в течение долгих месяцев с перерывами. Пытались вводить иодистый калий и в инфильтрат.

4. Опухоли круглых связок

Опухоли круглых связок могут располагаться или интраперитонеально, или, что бывает чаще, экстраперитонеально. Здесь находили фибромы, миомы и саркомы. Чаще всего дело идет об узлах небольшой величины.

Если опухоли эти развиваются в периферическом отделе круглой связки, они могут появляться в области *tuberculum rubicum* — над пупартовой связкой или, наконец, пройдя паховый канал, опускаться в большую губу.

Кистовидные образования, которые можно встречать в круглых связках, обычно не являются истинными кистами, а образуются вследствие накопления жидкости в *diverticulum Nuuckii*, т. е. в отростке брюшины, внедряющемся из брюшной полости в паховый канал.

Такое скопление жидкости обычно носит название *hydrocele lig. rotundi*. При диагностике этих образований прежде всего их следует отделить от паховых грыж, что делается путем перкуссии и пальпации. При грыже перкуссия дает тимпанический звук, при *hydrocele* — тупой.

Лечение этих *hydrocele* состоит в их оперативном удалении: следует вскрыть дивертикул, высепаровать брюшинный мешок до внутреннего пахового кольца, иссечь его и зашить паховый канал.

5. Перитонит

Под **перитонитом** понимают заболевание брюшины, произошедшее вследствие проникания различных форм патогенных бактерий в брюшную полость и проявления ими здесь своей жизнедеятельности.

Перитонит развивается после целого ряда моментов, главным же образом после оперативных вмешательств, связанных со вскрытием брюшной полости, после родов, после прорыва гноя в полость брюшины из трубных гнойников — пиосальпинксов, параметритических абсцессов, после перфораций желудка, кишечника и особенно часто при аппендиците.

Течение перитонита носит чрезвычайно разнообразный характер, начиная от самых легких форм и кончая тяжелейшими, заканчивающимися в самый короткий период летальным исходом.

Это чрезвычайно различная картина течения перитонита зависит главным образом от особых физиологических и анатомических свойств брюшины, выстилающей брюшную полость.

Несомненно, что брюшина относится к тканям, обладающим особенно выраженной резистентностью, сопротивляемостью против инфекции. Брюшина легко, подчас без всякой реакции справляется с инфекцией, от которой соединительная ткань тяжело заболевает. За это говорит наш повседневный опыт, когда после брюшных операций брюшная полость и обширные в ней повреждения заживают совершенно гладко, тогда как брюшная стенка, инфицированная при тех же условиях, тяжело нагнаивается, не справляясь с этой инфекцией.

Эта способность брюшины сопротивляться и быстро очищаться от инфекции обуславливается, несомненно, целым рядом особенностей, свойственных брюшине. Так, например, брюшина обладает очень энергичной способностью к всасыванию бактерий из ее полости. Поступая в лимфатические и кровеносные сосуды, бактерии в них погибают. Этому процессу способствует перистальтика кишечника, особенно движения сальника, которые в случаях скопления больших, опасных уже в смысле инфекции количеств бактерий разжижают эти массы и разносят их по всем отделам брюшной полости.

Однако, помимо всасывания бактерий и поступления их в кровеносную и лимфатическую систему, большую роль в борьбе с инфекцией, несомненно, играет **выраженная бактерицидная способность брюшинного экссудата.**

Под влиянием бактериальных раздражений брюшина начинает энергично выделять экссудат, содержащий лейкоциты, что и ведет к гибели бактерий.

Реактивная способность брюшины, несомненно, очень велика, причем в большой степени она зависит от состояния самой брюшины: если брюшина здорова, если она не подвергалась тяжелым механическим или химическим раздражениям, ее бактерицидные способности особенно велики; если же брюшина травмирована, подолгу охлаждалась при операции, подвергалась прижиганиям, например, пакеленом, — она в значительной мере утрачивает свою способность к сопротивлению. Особенно неблагоприятно складываются условия, если вместе с бактериями в брюшную полость попадает кровь, каловые массы, плодные воды, содержимое кист.

В этих случаях благотворное влияние бактерицидных веществ, продуцируемых брюшиной, резко понижается, а следовательно, создаются особо благоприятные условия для развития инфекции.

Из всего приведенного становится понятным то разнообразие форм воспалений брюшины, которое наблюдается в клинике, и тот подчас чрезвычайно тяжелый исход, который приходится наблюдать при перитонитах.

Брюшина, таким образом, прекрасно борется с инфекцией и быстро справляется с ней, но если ее естественные защитные механизмы ослаблены и становятся недостаточными, то в брюшной полости создаются особенно благоприятные условия для развития инфекции, которая и заканчивается тяжелым общим перитонитом.

Как было сказано, течение перитонита бывает чрезвычайно различно, завися от ряда причин. Так, например, характер перитонита, развивающегося в послеоперационном периоде, зависит от широты нанесенных операционных ран, от тяжести операционной травмы, от вирулентности и количества внесенной инфекции, от длительности операции, от состояния сопротивляемости самого организма и пр.

Из бактериальных форм, обуславливающих перитонит, чаще всего мы встречаем стрептококк, стафилококк, *b. coli* и пневмококк.

Сверх того, необходимо отметить значение при возникновении перитонитов гонококков и туберкулезных бацилл, о чем речь будет идти в специальных главах.

Патологоанатомическая картина септического перитонита в развитой форме чрезвычайно характерна.

В острых случаях вся брюшина, как париетальная, так и висцеральная, сильно инъецирована, тускла и покрыта фибринозным или фибринозногнойным налетом, который ведет к спайкам во всех органах малого таза и особенно в петлях кишечника.

Этот процесс вызывает обильное выделение из пораженной брюшины серозного или серозно-гнойного секрета, который стекает в дугласово пространство и образует здесь иной раз большие количества гноя, постепенно инкапсулирующегося в значительные гнойники. Экссудат содержит большие количества различных форм коков, особенно стрептококков.

Если процесс ограничивается только поражением брюшины малого таза, над гнойником полости малого таза образуются из петель кишок, сальника и фибринозных спаек достаточно прочные отграничения (рис. 231).

Такой отграниченный от общей брюшной полости абсцесс может или подвергнуться всасыванию, или же гной прорывается в соседние полые органы: в кишечник, в матку, в своды влагалища и даже на наружную поверхность тела, как и гнойники параметритические.

В образовании таких перитонитических экссудатов принимают участие обычно трубы и яичники, не только потому, что их поверхность (перитоофорит или перисальпингит) входит в состав общего гнойника, но чаще вследствие образования в их толще накопления гноя — абсцесса яичника, сактосальпинкса.

В других случаях, в зависимости от ряда условий, инфекция не ограничивается поражением брюшины малого таза. Процессы отграничения местного очага протекают недостаточно энергично, и инфекция распространяется кверху, захватывая брюшину всей брюшной полости. В этих случаях дело идет уже об общем перитоните, чаще всего имеющем пuerперальное происхождение и оканчивающемся летально.

Клиническая картина и симптомы при перитоните соответствуют тяжести анатомического поражения брюшины и распространенности процесса.

При перитонитах, развивающихся медленно, симптомы болезни вначале могут совершенно отсутствовать. Больная ощущает небольшие боли в животе, сопровождающиеся незначительными повышениями температуры, не выше 38° в подмышечной области. Пульс несколько учащен, появляется тошнота, задержка газов; при пальпации отмечается незначительное напряжение брюшной стенки — вот и все признаки такого перитонита.

В более выраженных случаях наблюдается вздутие живота, тошнота, рвота, газы не отходят; температура может оставаться субфебрильной или подниматься до высоких цифр; пульс постепенно учащается.

В острых тяжелых случаях мы наблюдаем уже рвоту, сильное вздутие живота и очень резкую его чувствительность. Пульс учащается до 140—150 ударов



Рис. 231. Инкапсулированный перитонит позади матки.

в минуту, черты лица обостряются, язык сух, кожа желтушна. Большая производит тяжелое впечатление. Предсказание особенно плохо в тех случаях, когда температура держится на низких цифрах, пульс же частит все больше и больше.

Но наблюдаются случаи перитонита, протекающие особенно скрыто. При них температура может подниматься только очень незначительно, пульс остается почти нормальным. Общее состояние может быть удовлетворительным. Рвота и вздутие живота отсутствуют, газы отходят, и деятельность кишечника не нарушена, запоры не только отсутствуют, но по временам даже появляется жидкий стул.

Такие случаи могут длиться несколько недель и все же закончиться летально, причем при вскрытии мы находим брюшную полость переполненной гноем.

Эти случаи перитонита далеко не всегда удается распознать, и только ремитирующий тип температуры, появляющийся жидкий стул, напряжение брюшной стенки и постепенное ухудшение общего состояния здоровья больной могут навести на мысль об истинном характере болезни.

Нет никакого сомнения, что раздражения брюшины и явления перитонитического характера могут быть вызваны не только инфекцией, но и местными раздражениями неинфекционного характера: раздражениями химическими, термическими или присутствием в брюшной полости стерильного инородного тела.

Так, при кистах яичников, особенно при перекручивании или разрыве их, попадающее в брюшную полость даже стерильное содержимое кист может вызвать раздражение, ведущее к гиперемии, экссудации и к образованию спаек и сращений.

Однако неинфекционные перитонитические процессы обычно ограничиваются только местом раздражения, в то время как инфекционный перитонит имеет склонность к дальнейшему распространению.

Диагноз общего и местного перитонита в период его развития обычно не представляет особых трудностей. Труднее определить, имеется ли в заднем своде инкапсулированный перитонитический гной, кровь после внематочной беременности или нагноившийся параметрит.

Однако анамнестические сведения, исследование *per rectum* и пункция, как об этом мы уже говорили в предыдущей главе, обычно позволяют решить этот вопрос.

Прогноз при местных перитонитах, имеющих хорошую склонность к ограничению, обычно бывает благоприятен. Если же перитонит, не останавливаясь, продолжает развиваться, наше предсказание должно быть очень осторожным даже при еще хорошем общем состоянии больной.

Терапия тазового перитонита должна соответствовать той стадии заболевания, в которой мы находим болезнь.

Каждый начинающийся перитонит, выраженный еще только в форме так называемого раздражения брюшины — *п е р и т о н и з м а*, требует соблюдения строжайшего покоя, постельного режима, самой строгой диеты, наблюдения за своевременным опорожнением прямой кишки и мочевого пузыря. Длительное применение пузыря со льдом и абсолютный покой в этих случаях нередко ведут к быстрому улучшению и исчезновению симптомов. Однако следует еще несколько дней продолжать назначенный режим, чтобы избежать нередких рецидивов.

Если перитонит имеет склонность к образованию экссудата, следует выжидать окончания его накопления и полной его инкапсуляции и приступать к вскрытию заднего свода только в тех случаях, когда имеется полная уверенность в хорошем отграничении гнойника от общей брюшной полости.

Я всегда предварительно пунктирую гнойник, а затем уже делаю инцизию в заднем своде с последующим введением марлевого дренажа, который через 3—4 дня может быть заменен Т-образным резиновым.

Этим путем с последующим консервативным лечением образующихся спаек удается получать хорошие даже отдаленные результаты, и я не вижу необходимости, как это рекомендуют французские гинекологи, прибегать у этих в боль-

шинстве случаев не старых женщин к тотальной экстирпации матки для обеспечения хорошего стока гноя.

При наклонности перитонита к распространению необходимо внимательно следить за сердечной деятельностью, поддерживая ее назначением кофеина, камфоры и других сердечных средств.

Я никогда не назначаю этим больным препаратов опия, стремясь, наоборот, усилить перистальтику кишечника назначением адреналина и питуитрина.

Следует стараться вводить в организм побольше жидкости, и так как рвота не позволяет делать это через желудок, то мы вводим солевой раствор или в виде капельных клизм, или в виде подкожных впрыскиваний. Этими мероприятиями легко удается ослабить жажду, томящую больную, повысить кровяное давление, улучшить пульс. Эти процедуры следует повторять несколько раз в день, вводя зараз 500—1 000 см³ раствора.

Мы проводим всегда строгую консервативную терапию перитонитов, прибегая к операции только в тех случаях, если перитонит является следствием разрыва какого-либо инфицированного очага, прорыва аппендицита или перфорации кишечника или желудка.

Для рассасывания спаек и инфильтратов после бывшего перитонита требуется много времени и настойчивое консервативное лечение, о котором мы говорили при изложении лечения параметритов.

Обычно настойчивая консервативная терапия таких остатков бывшего перитонита дает эффект. В редких случаях боли и расстройства функции тазовых органов продолжают беспокоить больную. Здесь можно прибегнуть к оперативному лечению, конечно, только тогда, когда симптомы резко нарушают общее состояние здоровья больной и делают ее нетрудоспособной.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ

ГОНОРРЕЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

В предыдущих главах мы неоднократно уже указывали на роль гонорреи в ряде заболеваний различных отделов половой сферы женщины.

Уже из приведенного мы неоднократно убеждались в том, как велика роль гонококка в патологии женской половой сферы, как часто встречаются заболевания гонорреей и к каким тяжелым последствиям может вести эта болезнь.

В настоящей главе мы постараемся объединить весь вопрос о женской гоноррее, осветив и те стороны течения этой болезни, о которых еще не говорилось в предыдущих главах.

Очень поучительна история гонорреи, известная человечеству уже с древнейших времен.

Название этой болезни греческое: *gone* — семя и *theo* — теку. Таким образом, гонорройные выделения отождествлялись с сем я течением. Хорошо была известна и передача болезни при половых сношениях.

Так, в 1162 г. епископ Винчестерский предписывал удалять из публичных домов женщин, страдавших белыми, а в 1347 г. королева Сицилии Иоганна I издает декрет о периодических осмотрах публичных домов.

Появление в Европе в конце XV века эпидемии сифилиса повело к тому, что гоноррею начали смешивать с сифилисом, и понадобилась громадная, подчас сопряженная с самопожертвованием работа, для того чтобы доказать неправильность этой точки зрения.

Так, например, хорошо известна история знаменитого Гунтера (Hunter, 1767), привившего самому себе гной из уретры гонококка. К несчастью, больной страдал и сифилисом, которым заболел и Гунтер. Вследствие этого Гунтер пришел к неверному выводу, признав идентичность этих обеих страданий.

Как это ни странно, даже в 1872 г. некоторые блестящие представители науки еще не признавали специфичности гонорройной инфекции. В то время и Тарновский отрицал такую специфичность, утверждая, что каждый катарр влагалища при известных условиях может становиться заразительным.

Несмотря на то, что гоноррея была известна давно, гинекологи стали обращать на нее внимание сравнительно не так давно. В старых учебниках гинекологии, относящихся приблизительно к пятидесятым годам прошлого столетия, о гоноррее почти не упоминается, и только монография о гоноррее Неггерата (Noeggerath), появившаяся в 1872 г., заставила гинекологов обратить на эту болезнь особое внимание как на чрезвычайно распространенную и являющуюся причиной не только белей, но и тяжелейших заболеваний всех внутренних половых органов женщины.

Неггерат, несомненно, преувеличивал роль гонорреи, говоря о ней, как о страдании неизлечимом и поражающем почти 80% всего мужского населения. Эти исследования, проведенные еще до открытия гонококка, с поразительной ясностью выявили клинический характер этой болезни и предрекали то, что впоследствии было твердо установлено блестящими бактериологическими исследованиями целого ряда гинекологов и венерологов.

Так, в 1879 г. Нейссер (Neisser) описал открытого им бактериоскопически диплококка, которого он назвал гонококком и которому приписывал способность вызывать гоноррею.

Необходимо здесь отметить, что Бумму впервые удалось в 1881 г. путем прибавления человеческого белка к обычным питательным средам разработать среду, пригодную для получения чистых культур гонококка, что впервые Бокгардту (Bockhardt), а затем и самому Бумму удалось экспериментально привитием чистых культур получить гонорройный уретрит и таким образом уже с неопровержимостью доказать патогенность гонококка.

Одновременно с этими исследованиями шло и изучение тонких процессов, протекающих в тканях, зараженных гонококком.

Так, Бумму мы обязаны классическим изучением гонорройных процессов воспаления конъюнктивы глаз, произведенным им на инфицированной гонорреей тройне, погибшей быстро после родов.

Эти исследования полностью нашли себе подтверждение и при изучении того же вопроса на слизистой оболочке уретры у мужчин.

Значительно продвинут был вопрос и исследованиями Вертгейма. Ему принадлежит заслуга разработки твердой бактериологической среды, пригодной для культивирования гонококка.

Именно Вертгейм доказал, что гонококк живет не только на слизистых оболочках, но что его можно получить и из гноя пиявки, и из абсцессов яичника. Вместе с тем он убедился в том, что гонококки, выкультивированные из таких абсцессов, могут давать картину острого гонорройного уретрита. В дальнейшем Вертгейм доказал, что гонококки могут вести к перитониту и что бактерия эта может распространяться не только по эпителиальному покрову слизистой оболочки, но и в глубине соединительной ткани и мышц.

Таким образом, исследованиями Бумма, Нейссера, Вертгейма, к которым следует присоединить и исследования Менге, Стиве (Stive) и Р. Шредера, основные проблемы распространения в организме гонорреи могут считаться решенными, и на долю дальнейших исследователей остается только громадная работа по профилактике и терапии различных гонорройных заболеваний женской половой сферы.

Способы заражения гонорреей или триппером чрезвычайно однообразны. В громадном большинстве случаев гонококк передается только путем полового сношения. При этом для возникновения гонококковой инфекции совершенно не требуется повреждения ткани, как это, например, необходимо для стрептококка. Гонококк развивается и ведет к инфекции, распространяясь по совершенно здоровой, интактной слизистой оболочке.

Отличительной чертой гонококка является его способность разрастаться на нежных, покрытых цилиндрическим эпителием оболочках. На коже наружных половых органов и слизистой влагалища, покрытых грубым многослойным эпителием, гонококк распространяется только в исключительно редких случаях и именно тогда, когда этот многослойный плоский эпителий становится нежным, сочным и теряет свою обычную плотность, например, у детей, у старух, во время беременности и т. п.

Местом первичного возникновения инфекции у женщин чаще всего является нежная слизистая оболочка уретры и слизистая оболочка шеечного канала.

Попадающий на неповрежденную эпителиальную поверхность слизистой оболочки гонококк начинает быстро разрастаться по поверхности и, внедряясь между отдельными эпителиальными клетками, пропикает этим путем в подэпителиальную соединительную ткань. Основным симптомом при этом является обильное гнойное выделение из пораженных тканей.

У мужчин гонорреей поражается почти исключительно слизистая оболочка уретры. Только в более поздних стадиях развития болезни она может переходить на эпидидимис и мочевого пузырь.

В противоположность этому для гонорреи у женщин остаются открытыми расположенные значительно глубже ткани.

Так, из шейки она может проникать в полость матки, затем в трубы, заражать яичник и брюшину, распространяться на периметрий, может поражать мочевого пузырь, железистые ходы Скене, вестибулярные или бартолиниевы железы и в результате захватывать почти всю половую сферу, ведя к тяжелейшему страданию и к полному бесплодию.

Распространенное мнение, по которому для гонорреи не имеется ни приобретенного, ни врожденного иммунитета, едва ли может считаться неоспоримым. В настоящее время описан ряд случаев, которые с полной убедительностью говорят о том, что, правда, в сравнительно редких случаях, можно встретить людей, не восприимчивых к гоноррее [см. случай Вукура (Visuga) и др.].

Несомненно, что к существующей хронической гоноррее может присоединиться вновь приобретенная острая форма.

Хорошо известно также, что, воздействуя рядом химических веществ на слизистую оболочку вскоре после заражения, можно предупредить развитие инфекции. Из этих средств особой активностью отличаются препараты серебра (*Argentum nitricum*), несомненное влияние которых было доказано на многих тысячах случаев предупреждения офтальмогонорреи.

Далее мы знаем, что гонококк прививается на слизистой оболочке не только полового канала и глаз новорожденного, но также и прямой кишки, и рта.

Вне человеческого организма гонококк быстро погибает. Особенно он чувствителен к высыханию. При условии сохранения влажности, например, в губках, он не теряет своей заразительности приблизительно в течение 24 часов.

В инкапсулированных полостях, например, в гнойниках труб и в абсцес-

сах яичника, гонококк распадается и выделяет эндотоксин, губительно действующий на дальнейшие генерации гонококка. Это и ведет к тому, что гной из таких гнойников по прошествии 3—4 лет становится стерильным. Однако в стенках этих гнойников все-таки могут оставаться бактерии, вследствие чего в благоприятных условиях заболевание может возобновиться.

Моментами, способствующими распространению гонорреи, является все то, что вызывает гиперемия половых органов, как-то: менструация, особенно проводимая негигиенично, частые и бурные половые сношения, физические напряжения, ряд медицинских мероприятий, например, грубое двуручное исследование, выскабливание, зондирование полости матки, введение ламинариев и пр.

Распространение гонорройной инфекции

В процессе распространения гонорреи большое значение имеет так называемая латентная или, вернее, хроническая гоноррея.

Несомненно, что как у мужчин, так и у женщин после первых приступов гонорройного заболевания, иной раз очень быстро, симптомы гонорреи исчезают, выделения или совершенно прекращаются или бывают столь незначительны, что не обращают на себя внимания больной.

Такое состояние латентности может длиться в течение многих лет и, не давая каких-либо ухудшений, заставляет больную предполагать, что она уже вполне излечилась.

Однако и по прошествии большого срока под влиянием каких-либо неблагоприятных условий процесс может снова вспыхнуть и привести к тяжелому обострению с распространением гонорреи на еще непораженные, здоровые участки половой сферы.

Этот процесс латентного течения гонорреи у молодых людей нередко служит источником так называемой семейной гонорреи. Молодой человек, заболевший гонорреей несколько лет назад, считая себя совершенно здоровым, вступает в брак. Под влиянием частых половых сношений в первые месяцы супружества его болезнь обостряется, и он заражает острой гонорреей свою супругу. Это один из наиболее распространенных способов заболевания супругов. Не исключена, конечно, и вторая возможность: муж или жена при случайном сношении заражаются на стороне гонорреей и передают ее друг другу.

Хроническая гоноррея, передаваясь при сношении, обычно вызывает у заболевшего не ослабленную форму заболевания, а чаще всего острую.

Однако у женщин острая форма гонорреи может протекать без особых симптомов, выражаясь только усилением выделений, и потому нередко просматривается заболевшей.

Высказанное Неггератом мнение, что гоноррея у мужчин неизлечима и что больной муж неизбежно инфицирует свою жену, обрекая ее на постоянное заболевание, несомненно, преувеличено. Нет никакого сомнения, что гоноррея излечима даже при заболевании обоих супругов. Однако в таких случаях необходимо учесть целый ряд особенностей течения такой двойной гонорреи.

Если муж не излечится от гонорреи, он при каждом половом сношении инфицирует свою жену заново. Само собой понятно, что в таких случаях даже настойчиво проводимое противогонорройное лечение женщины будет безуспешно.

Возможно и другое соотношение: заразившаяся от мужа жена возвращает ему в более вирулентном состоянии полученную от него инфекцию, что и ведет к переходу у него хронического состояния в острое.

Возможны и другие комбинации: если больной гонорреей муж прекращает половую жизнь вследствие ли болезни или вследствие отъезда, то под влиянием полового покоя его гоноррея может значительно утихнуть или даже излечиться. Возвратясь домой, он при первом же половом сношении с заболевшей от него женой получает от нее обратно посеянную им гоноррею и остро заболевает.

То же может иметь место и со стороны жены, реинфицируемой своим мужем.

Случаи эти далеко не редки и иной раз служат даже причиной взаимных упреков супругов в их супружеской неверности.

Нередки случаи и взаимного привыкания супругов к гонорройной инфекции. Такое супружество может в латентном состоянии носить в себе гонорройную инфекцию, подчас совершенно уверенное в полном благополучии своего здоровья. Но стоит войти в этот брак третьему лицу, как имеющаяся гоноррея проявляет свое действие, и новое лицо заболевает иной раз острой формой гонорреи.

Не каждое половое сношение с больной гонорреей женщиной непременно ведет к заболеванию гонорреей. Часто при хронической гоноррее инфекция, гнездящаяся в глубине тканей, не попадает в выделения и, таким образом, не может служить источником заболевания.

Если гонококк заражает какой-либо участок ткани, то он может распространяться различными путями. Чаще всего гонококк распространяется *per continuitatem*, захватывая все большие и большие участки соседних тканей и даже переходя на соседние органы.

Распространение гонорреи может происходить и путем переноса инфекции через стекающий внизу гной. Инфекция может также переноситься из первичного очага на соседние органы механическим путем: исследующей рукой, инструментом или даже *sub coitu*. Наконец, возможно распространение гонорройной инфекции и метастатическим путем через кровяную или лимфатическую систему.

Место возникновения первичного очага гонорройной инфекции зависит от целого ряда обстоятельств.

Прежде всего здесь имеет значение возраст инфицируемого индивида.

Так, у детей первичный очаг инфекции образуется обычно на слизистой оболочке вульвы и влагалища, тогда как у взрослых эти участки полового тракта почти никогда первично не заболевают.

Большое значение имеет и способ инфицирования. При экстрагенитальном инфицировании, к которому, пожалуй, может быть причислена и инфекция при *coitus imperfectus*¹, первично чаще всего поражается *urethra* и бартолиниевы железы.

При свежей гоноррее у мужчины больше возможностей заразить уретру и вестибулярные железы женщины; при хронической гоноррее, когда гонококк выбрасывается обычно только вместе со спермой, первичным очагом инфекции у женщины чаще бывает мочеиспускательный канал.

Если первое половое сношение (дефлорирующее) является в то же время и инфицирующим, то, кроме *urethrae* и вульвы, инфицируется и влагалище, тогда как закрытая слизистой пробкой шейка менее доступна для инфекции. Наоборот, если инфицируется женщина многогродящая с расширенным входом во влагалище и зияющим зевом, мочеиспускательный канал может оставаться неинфицированным, а поражается главным образом мочеиспускательный канал.

Морфология и биология гонококка

Знание морфологии гонококка является основой нашей диагностики гонорреи.

К сожалению, гонококк принадлежит к таким микроорганизмам, которые далеко не всегда могут быть распознаны по своему строению и биологическим свойствам.

Однако в типичных случаях гонококк без особого труда может быть распознан уже по своему морфологическому строению и, как мы далее увидим, по своему внутриклеточному расположению.

Как уже было отмечено, гонококк принадлежит к группе диплококка, имеющего склонность скопляться группами по типу стафилококка.

Как видно из прилагаемого рисунка, заимствованного у Бумма (рис. 232), каждый в отдельности гонококк состоит из двух частей (полусфер, бобовидных образований), разделенных друг от друга светлой прослойкой.

Нормальные гонококки отличаются своей величиной (в среднем от полюса к полюсу 1,25 μ) и шириной своей светлой прослойки, расположенной между половинами.

¹ Не совершившийся *coitus*, только попытки к нему.

Особенно характерно для неинволюционных форм гонококка, что обращенные друг к другу стороны слегка втянуты.

Гонококкам свойствен характерный для них способ размножения: размножаясь, они всегда делятся по направлению, перпендикулярному к предшествующему делению. Это и ведет к так называемому плаштарному, плоскостному распространению гонококка и к накоплению его не цепочками, а группами (рис. 232).

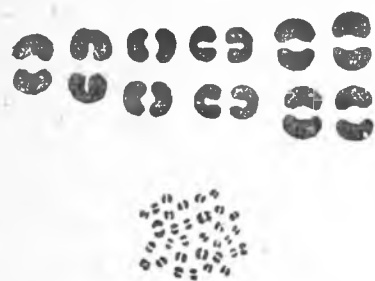
Гонококк обладает свойством, резко отличающим его почти от всех прочих микроорганизмов, — он является паразитом исключительно человека. По крайней мере все многочисленные попытки перенести гонококк на другие виды животных при различных условиях выбора животных и подготовки их до последнего времени не давали несомненного успеха.

Это обстоятельство долго препятствовало получению чистых культур гонококка на искусственных средах. Только после того, как к искусственной среде начали прибавлять белок человека, Бумму и Вертгейму удалось впервые получить чистые культуры гонококка и доказать их специфичность для гонорреи.

Гонококк легко меняет свое морфологическое строение, давая так называемые атипические формы (диплококки типа Аша). Атипические формы могут отличаться от типических своей величиной, имея вид макрогонококков и микрогонококков; вместо характерных бобовидных форм могут появляться шаровидные как следствие набухания микроба. Изменяется и отношение к окраске у инволюционных форм: слабая окраска — дегенеративных мелких форм, более интенсивная — крупных форм.

К сожалению, специфической окраски для гонококка мы не имеем. Он хорошо окрашивается всеми основными анилиновыми красками, особенно метиленовой синькой и генцианвиолетом. Чтобы отличить гонококк от морфологически похожих на него форм, применяется метод окрашивания по Граму.

Рис. 232. Рост гонококковых колоний. По Бумму.



По этому методу гонококк, окрашенный основной краской, не удерживает ее, а обесцвечивается под влиянием иод-иод-калия и спирта и может быть окрашен в дополнительную окраску.

Так как методика окраски по Граму гонококков в мазках должна быть известна каждому гинекологу, то я и приведу ниже, как она применяется в наиболее классическом виде.

1. Лучше всего фиксированный на пламени мазок слизи, полученной от больной, окрасить в течение 3—5 минут свежепрофильтрованным раствором генцианвиолета по Эрлиху (к 100 см³ 4% анилиновой воды прибавляют 11 см³ высушенного спиртового раствора генцианвиолета).
2. После этого, слив краску с предметного стекла, но не промывая его, наносят на него на 1 минуту раствор Люголя (иода 1,0, иодистого калия 2,0, воды 300,0).
3. Сливают раствор Люголя и переносят мазок в спирт, пока из мазка не перестанут отходить облатки краски.
4. Тщательно промывают препарат водой, пока мазок не примет серостального цвета.
5. Дополнительно окрашивают препарат в течение 3—5 минут карболовым фуксином или какой-либо иной краской.

При этой окраске обесцвечивающийся грамтрицательный гонококк и другие грамтрицательные микробы окрашиваются в интенсивно красный цвет, грамположительные же формы не обесцвечивающиеся, представляются черно-фиолетовыми, протоплазма клеток светлее, а ядра более красными.

Гонококки всегда грамтрицательны (рис. 233).

Однако необходимо отметить, что не только гонококк дает грамтрицательную окраску. К сожалению, среди диплококков имеется несколько видов, как менингококк Вексельбаума и катарральный микрококк Пфейфера, также окрашивающихся грамтрицательно, но по своей патогенности они отличны от гонококка.

Особым свойством гонококков необходимо признать их внутриклеточное — внутрилейкоцитарное расположение.

Нередко можно видеть лейкоцит, как бы насыщенный гонококками, количество которых бывает очень велико — 20—40 в каждой клетке, а иной раз и значительно больше.

Повидимому, лейкоциты хорошо уживаются с гонококками. По крайней мере гонококки, расположенные внутриклеточно, могут сохранять свой совершенно нормальный вид и даже продолжать свое деление.

Повреждается ли лейкоцит внедрившимся в него гонококком — также остается до сих пор нерешенным. Можно видеть лейкоциты, наполненные гонококками, причем из надорванной поверхности лейкоцитов гонококки как бы высыпаются наружу, однако ядра лейкоцитов как по виду, так и по окраске имеют совершенно нормальный характер.

Конечно, далеко не все гонококки располагаются внутриклеточно. В хронических случаях или в стадиях, близких к излечению, гонококк лежит в слизи еще характерными группами, но уже свободно, без связи с клетками.

В современной диагностике и терапии гонореи большое значение имеет получение чистых культур гонококков.

Как уже было неоднократно отмечено, гонококк культивируется только при исключительных условиях. Искусственная среда должна непременно содержать человеческий белок, кислотность среды колебаться в пределах $pH = 7,2—7,6$. Оптимальная температура для культивирования соответствует температуре тела человека, т. е. $37—38^{\circ}$.

Лучше всего гонококк растет на агар-асците, сыворотке человека, на средах с прибавлением жидкости из hydrocele и содержимого серозных кист.

Наиболее употребительной жидкостью является асцит-агар (1 часть асцита и 3 части агара). На этой жидкости уже через сутки вырастают культуры в виде прозрачных мелких колоний, в которых в дальнейшем появляется полупрозрачный центр. Культуры гонококка сохраняются недолго. Через 5—6 дней они должны быть пересеяны.

Гонококк очень чувствителен к высыханию и без влаги быстро гибнет. Лишь на немногих питательных средах гонококки могут давать длительные ряды поколений.

При хороших средах, отсутствии высыхания и при температуре в 37° культуры сохраняются месяцами даже без перевивок.

При нагревании свыше 40° гонококк погибает. Ядовитые продукты, обнаруживаемые в гонококковых культурах, принадлежат к эндотоксинам.

Можно думать, что по силе токсического действия гонококковых культур можно судить и о вирулентности самих гонококков. Высоко вирулентные культуры оказывают губительное действие на мышей при небольшом количестве вводимых им бактерий (2—3 петли), другие ведут к гибели животных только по введении 8—10 петель и больше.

Токсический гонококк обычно быстро подавляет находящиеся с ним другие виды микробов, как стрептококк, стафилококк, палочка Дёдерлейна и др., наоборот, мало токсические гонококки сами вытесняются другими видами бактерий.

Только изучение роста культур гонококка и отношения его к различным питательным средам, а также реакция агглютинации и реакции связывания комплемента могут помочь дифференцировать истинный гонококк от близких ему грамотрицательных форм диплококков.

Патологическая анатомия

Как уже было отмечено, гонорройная инфекция распространяется главным образом по поверхности слизистых оболочек, особенно покрытых нежным цилиндрическим эпителием. Бумм впервые дал нам классическое описание развития этого процесса, изучая его на конъюнктиве глаз новорожденных.

В то время как обычно различные бактерии, попадающие на конъюнктиву глаза, быстро элиминируются отсюда слезной жидкостью и движением век, гонококки прилипают здесь к поверхности слизистой, прочно удерживаются

здесь и начинают на ней размножаться. Обладая значительной п а р а з и т н о й силой, они проникают вглубь между эпителиальными клетками и даже погружаются в цитоплазму этих клеток. Однако главным образом они распространяются через межклеточную субстанцию эпителиальных клеток и достигают подэпителиальной соединительной ткани, вплоть до папиллярных теллец слизистой оболочки.

Уже на второй день весь эпителиальный слой конъюнктивы оказывается пропитанным гонококками.

На это внедрение гонококков пораженная ткань реагирует сильной гиперемией и выходом громадного количества белых кровяных элементов, которые, раздвигая эпителиальные клетки или даже отделяя их, направляются к поверхности слизистой. Если эпителий при этом процессе будет утрачен или будет нарушена его непрерывность, то проникновению гонококка уже ничто не может препятствовать. Однако он, продолжая развиваться, внедряется только в самые поверхностные слои подэпителиальной соединительной ткани.

Одновременно усиливается инфильтрация соединительнотканной клетчатки круглоклеточными элементами и на поверхности пораженной ткани образуется грануляционный слой толщиной в несколько миллиметров. Этим и начинается гнойная стадия гонорройного воспалительного процесса. Оставшийся еще на поверхности эпителий начинает размножаться и, переходя в многослойный плоский эпителий и покрывая обнаженную поверхность, препятствует дальнейшему проникновению гонококков вглубь. В то же время гонококки, еще остающиеся в подэпителиальной ткани, разрушаются вследствие ее бактерицидного действия и выносятся лейкоцитами вместе с гнойным выделением.

Несомненно, что такой же процесс разыгрывается и на слизистой оболочке половых органов, если на них попадает достаточно вирулентный гонококк.

Для уретры это с большой наглядностью доказано Буммом в двух случаях, в которых он перевил чистые культуры гонококка на женскую уретру. И здесь отторженный цилиндрический эпителий заменяется плоским многослойным, который впоследствии снова заменяется цилиндрическим.

Некоторые авторы видят в появлении плоского эпителия проявление местных защитных сил против гонококка (Фронштейн). Однако вопрос этот еще далеко не может считаться окончательно выясненным. Так, Бумм считает, что иммунитет вырабатывается не в плоском эпителии, а, наоборот, в заменяющем его цилиндрическом. Бакшт придерживается того же взгляда, так как ему, как и Шредеру, приходилось наблюдать среди пластов плоского эпителия выраженные формы гонококков.

Как известно, слизистые оболочки полового тракта (если не считать влагалища) содержат много слизистых складок и местами богатый железистый аппарат, что, конечно, может способствовать прониканию гонококка вглубь тканей и сохранению его здесь в течение продолжительного времени. Именно эти глубоко расположенные в тканях группы гонококков и могут служить в дальнейшем источником инфекции. Преимущественное значение здесь имеют железы вульвы, бартолиниевы, железы Скене, железы слизистой цервикального канала, слизистой полости матки и особенно складки слизистой в полости трубы.

Несомненно, что гонококк полностью оправдывает название п а р а з и т а с л и з и с т о й оболочки, так как в громадном большинстве случаев он поражает только слизистую. Однако в настоящее время твердо установлено, что в некоторых случаях гонококк, как это было уже отмечено, может приобретать способность проникать и в глубже расположенные ткани.

Так, впервые Вертгейм доказал вполне наглядно, что гонококк может быть обнаружен и в соединительной ткани, как и прочие гноеродные микроорганизмы, что, скопясь здесь, он может приводить даже к образованию абсцессов. Вертгейм считает сомнительным, необходимо ли для образования абсцессов проникновение вслед за гонококками в пораженные участки тканей и прочих образующих гной, смешанных форм инфекции, как это утверждает целый ряд авторов.

Гонококки были обнаружены Вертгеймом и в мускулатуре матки и труб,

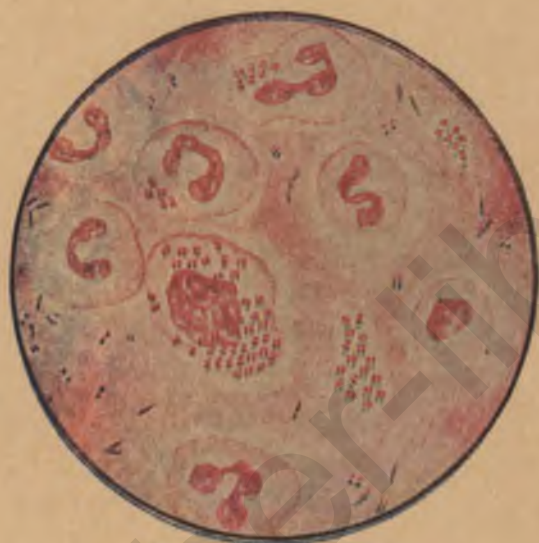


Рис. 233. Окраска гонококка по Граму.

причем они проникают сюда по ходу лимфатических щелей и по межтканевым пространствам. Им же была установлена возможность проникания гонококка к брюшине и возникновения гонококкового перитонита. Наконец, несомненно, что в некоторых, правда, редких, случаях гонококк может поступать и в кровяную систему, разноситься кровью по всему организму и вызывать заболевания в отдаленнейших органах, как синовиальные оболочки суставов и эндокардий, и даже заканчиваться общим гонорройным сепсисом.

Патологоанатомическая картина гонорреи различных участков половой сферы женщины

Гоноррея вульвы обычно встречается только в острой форме, да и то при особых условиях, способствующих распространению гонококков.

Находим мы ее чаще всего у детей с нежным строением их тканей, у взрослых в период беременности, когда плоский эпителий подвергается процессам размягчения и становится особенно мягким и сочным, в некоторых случаях и после климактерия на атрофирующемся и легко слущивающемся эпителии.

Острая гоноррея выражается здесь отечностью ткани, покраснением ее и выделением гноя. В некоторых случаях на коже вульвы появляются различной величины участки, покрытые дифтеритическим налетом, по удалении которого открываются на поверхности эрозии. В удаленном материале можно найти массу хорошо развитых гонококков. Этот процесс почти всегда сопровождается увеличением паховых желез.

Нередко при этом можно наблюдать значительное опухание *praeruptium clitoridis*, а между *glans* и *praeruptium clitoridis* — скопляющиеся здесь гонококки.

Чаще всего вся кожа вульвы выглядит отечной, покрыта ссадинами и даже нередко кондиломами. Эти явления — следствие раздражающего действия стекающего по вульве гнойного секрета.

Однако по одному присутствию кондиломатозных разрастаний мы никогда не должны ставить диагноз гонорреи, так как кондиломы можно нередко наблюдать и у совершенно здоровых беременных как следствие того прогрессивного процесса, который связан с течением беременности.

Поражение бартолиновых желез гонорройным процессом наблюдается очень часто. Поражается чаще всего не сама железа, а ее выводной проток. Быть может, это объясняется тем, что сецернирующий эпителий самого тела железы, как это утверждали Бумм и Ядассон (*Jadassohn*), иммунен к гонококку.

При поражении выводного протока бартолиновой железы гной может вытекать из ее наружного отверстия, и гонококк легко обнаруживается в нем.

В части случаев проток, вследствие набухания и слипания, закрывается. Тогда секрет скопляется в просвете железы и ведет к образованию псевдоабсцесса бартолиновой железы, который может достигнуть величины куриного яйца и больше. Некротизируясь, эта опухоль может прорываться наружу, на коже больших губ или в области *vestibulum*, даже в прямой кишке. Если в такой псевдоабсцесс проникает смешанная инфекция, то здесь может развиться уже настоящий абсцесс с поражением не только протока железы, но и ее тела.

В других случаях гонококк гибнет в скопившемся секрете, а так как секрет железы не опорожняется, то на ее месте образуется киста бартолиновой железы.

В ряде случаев весь процесс ограничивается только утолщением и уплотнением железы, болезненной при исследовании. При выдавливании из выходного отверстия такой железы выделяется капля гноя.

Окружность выходного отверстия таких воспаленных железок обычно окружена яркочерным ободком, указывающим на воспаление протока железы и названным Зенгером *macula gonorrhoeica*.

Если *macula gonorrhoeica* и не всегда является несомненным признаком гонорреи, так как наблюдается и при других процессах, то во всяком случае ее присутствие должно навести нас на мысль о возможности этого заболевания.

Гонорройный бартолинит мы можем наблюдать в любой момент развития гонорреи женщины. Чаще всего он бывает двусторонним, хотя иногда железы поражаются и не одновременно.

Гоноррея женской уретры в анатомическом отношении прекрасно изучена Буммом от момента инфицирования и до последних дней выздоровления. Это страдание принадлежит к очень распространенным. Девять десятых всех острых заболеваний женщины гонорреей сопровождаются поражением уретры.

Попавшие на уретру гонококки быстро распространяются по ней, слизистая припухает. С третьего дня секрет приобретает уже гнойный характер. Затвердение всей стенки уретры указывает, что воспалительный процесс захватывает и мышечный слой. Отек и затвердение быстро спадают и уже на 3—4-й неделе слизистая оболочка уретры приобретает свой нормальный вид. Полностью процесс заканчивается на 6—10-й неделе.

В некоторых случаях, однако, гоноррея уретры может переходить в хроническую форму. Складки слизистой в этих случаях служат местом скопления остатков гонококков, где они могут задерживаться, не давая симптомов, в течение ряда лет. Однако именно из этих депо может возникать рецидив болезни или инфицироваться совершенно здоровый мужчина *sub coitu*.

В острых случаях уретрита, как правило, поражаются *lacunae urethrae*. Они могут подолгу служить местом для инфекции и вести к образованию периауретральных абсцессов, вскрывающихся или в просвет уретры, или даже во влагалище.

В области *vestibulum vaginae* в связи с заболеванием уретры нередко поражаются гонорройным процессом и малые вестибулярные железы — парауретральные ходы или, как их нередко называют, скеновы железы. Боковые участки ткани около наружного отверстия мочеиспускательного канала при этом отекают и, надавливая на них, можно выдавить из парауретральных ходов капельки гноя. И здесь, как и в окружности выхода бартолиниевых железок, могут образоваться зенгеровские *masula gonorrhoea*.

В противоположность гоноррее половых органов, при которой восхождение инфекции наблюдается очень часто, при гоноррее мочевых путей, *resp.* мочеиспускательного канала, такое восхождение мы встречаем очень редко: изредка поражается шейка мочевого пузыря, очень редко сам мочевой пузырь, да и то в этих случаях воспаление не носит специфического характера, а вызывается большей частью смешанной инфекцией (Штеккель). Еще реже можно наблюдать гонококковый пиелит.

Гонорройное поражение влагалища чаще всего можно встретить у молодых девушек. В редких случаях гонорройный кольпит наблюдается у старых женщин, у которых под влиянием атрофии легко образуются потери вещества (*colpitis maculosa vetularum*), и у женщин с выраженным инфантилизмом влагалища и во время беременности и пuerперального периода, при усиленном притоке крови к слизистой оболочке влагалища. У женщин нормальной конституции и нормально менструирующих гонорройный кольпит является крайне редким заболеванием.

Однако у женщин с пониженной защитной способностью влагалищной стенки, как это бывает после экстирпации внутренних половых органов и удаления яичников, можно наблюдать и гонорройный кольпит.

Острое гонорройное воспаление влагалища, достигая к концу второй недели своего высшего развития, окончательно излечивается в течение нескольких недель.

Влагалище реагирует на гонорройную инфекцию понижением чистоты своей бактериальной флоры. Слизистая оболочка неравномерно гиперемирована, складки слизистой сглаживаются и делаются чувствительными при дотрагивании. Секрет, вначале серозный, постепенно становится все более и более гнойным. По местам эпителий десквамируется. Секрет в острых случаях гонорреи содержит исключительно гонококки. Только с наступлением затихания процесса все в большем количестве появляются и другие виды бактерий. Согласно описанию Бумма, папиллярные тельца слизистой оболочки плотно инфиль-

трируются круглоклеточными элементами, которые проникают также между эпителиальными клетками.

Гонококки при этом внедряются в подэпителиальное пространство, но, повидимому, постепенно утрачивают свою пенетрационную способность, прежде чем достигнут соединительной ткани (Менге).

Так называемый *colpitis granularis*, который прежде причисляли к гонорройным заболеваниям, не следует относить к гоноррее, так как вернее он является парагонорройным процессом.

Чаще всего поражается у женщины гонорройным процессом **шеечный канал матки**.

В острых случаях воспаления слизистая шейки отечна, гиперемирована и выступает наружу через наружный шеечный зев. Слизистая выделяет сначала серозный секрет, который постепенно, но довольно быстро становится гнойным. Микроскопические изменения здесь те же, как и при острой гоноррее на прочих слизистых. Эпителий постепенно сдушивается и заменяется вначале многослойным плоским или кубическим и только после этого восстанавливается обычная цилиндрическая форма его, свойственная нормальной слизистой шейки.

Железы, глубоко внедряющиеся, здесь остаются обычно свободными от проникания в них гонококков и только в исключительных случаях поражаются и они.

Так, Бумм обнаружил гонококка в маленьком псевдоабсцессе, образовавшемся в *ovula Nabothii*.

Иначе дело обстоит при хронических процессах. Слизистая оболочка шейки матки представляет особо благоприятные условия для развития гонорреи. Глубоко внедряющиеся железы, щелочная реакция слизистого секрета, отсутствие циклического отторжения слизистой оболочки в период менструации — все это способствует удержанию гонококков и хроническому течению гонорройного процесса.

При хронической гоноррее шеечного канала инфицированные места встречаются только на ограниченных небольших участках слизистой.

Здесь обычно цилиндрический эпителий отсутствует и заменяется плоским, подэпителиальная строма оказывается густо насыщенной продуктами мелкоклеточной инфильтрации и плазматическими клетками.

Эти гнездовые инфильтраты являются признаком затяжной формы эндоцервицита, они плотно прилегают к железе и ее выводным протокам. В этих местах можно иногда обнаружить даже большое количество гонококков, или расположенных поверхностно, или проникающих на некоторую глубину в ткани.

Гонорройная инфекция тела матки происходит, как правило, вследствие перенесения сюда инфекции с шейки. Вопрос о том, может ли полость матки инфицироваться со стороны труб, является для некоторых авторов спорным (Вагнер), так как при гоноррее труб *ostium uterinum tubae* обычно уже закрыто, а гонококки в гнойном секрете труб быстро гибнут.

Некоторые авторы находят, что анатомические изменения при заражении полости матки бывают выражены значительно сильнее, чем в шейке.

Менге объясняет это тем, что внутренний зев задерживает свободный отток содержащего гонококки гноя.

Особенно интересны наблюдения Р. Шредера над распространением гонорреи в слизистой оболочке матки, так как они, в противоположность старым исследованиям, сделаны с учетом циклических изменений слизистой матки, которые, как известно, являются следствием гормональной деятельности яичников.

Гонококки, согласно этим исследованиям, распространяясь на слизистую оболочку тела матки со стороны шейки ее, как и в других местах, размножаются по поверхности эпителия и проникают между цилиндрическими клетками в субэпителиальный слой, где очень быстро скопляются лейкоциты, стремящиеся проникнуть на поверхность эпителия. В результате этого процесса эпителий местами распадается, обнаруживая дефекты.

Сами железы и более глубокие слои стромы остаются свободными. Только в лимфатических сосудах можно видеть местами скопления лейкоцитов. В таком

состоянии остается слизистая оболочка до наступления менструации, когда с отторжением функционального слоя слизистой, протекающего обычным способом, отторгаются и воспалительные очаги, расположенные в поверхностных слоях слизистой. Однако этот процесс самоочищения не приводит к полному удалению гонококков. Остающиеся гонококки прочно оседают на базальном слое слизистой матки, в котором в ближайшие же дни можно бывает обнаружить скопление лейкоцитов и плазматических клеток, свидетельствующее о том, что и базальный слой поражается в это время гонорройным процессом.

Это поражение оставшегося базального слоя слизистой оболочки матки, несомненно, задерживает развитие дальнейшей фазы менструального цикла — фазы пролиферации, и слизистая оболочка восстанавливается не полностью, а значительно отстает в своем развитии от нормы.

Только через несколько недель воспалительный процесс затихает и слизистая оболочка достигает под влиянием гормональной деятельности яичника нормального своего циклического развития.

Чаще всего полное восстановление фаз менструального цикла наступает только постепенно, обычно при третьем-четвертом оварияльном цикле.

Как было отмечено, гоноррея проникает в полость матки из шейки. При этом для гонококка, повидимому, имеющиеся в шейке защитные приспособления, обеспечивающие стерильность полости матки, не играют особой роли.

Гонококк беспрепятственно проникает через все зоны слизистой шейечной пробки и свободно распространяется по слизистой оболочке матки. Это и повело к тому, что ряд авторов придерживался мнения, согласно которому заражение шейки гонорреей всегда сопровождается и заболеванием слизистой оболочки тела матки. Если это мнение в настоящее время и не может считаться общепринятым и если, как это думает большинство современных гинекологов, слизистая оболочка матки поражается одновременно с шейкой, а последовательно, то во всяком случае поражение это может быть обнаружено очень часто. В среднем в 30% случаев при поражении шейечного канала находят и заболевание слизистой оболочки тела матки.

Переход гонорройного процесса из полости матки в просвет трубы, повидимому, происходит вскоре после заболевания тела матки (Шредер, Купшнир).

Вместе с тем переход гонорреи в трубы, несомненно, является поворотным моментом в развитии всей болезни. Внедрение гонококков в полость трубы настолько изменяет течение всего процесса как с клинической, так и с анатомической точки зрения, что еще недавно существовало мнение, что все эти изменения должны быть относимы не за счет гонорреи, а за счет проникания в трубы смешанных инфекций. Однако основная роль гонококка и в этом процессе не подлежит, нам кажется, сомнению.

В трубах гонококк может приводить к тяжелейшим изменениям, которые дают тяжелую картину не только во время инфекции, но и тогда, когда гонококки погибнут в гнойном содержимом трубы.

В начальных формах гонорройной инфекции труб развивается так называемый *salpingitis purulenta gonorrhoeica*. Трубы отекают, увеличиваются в размере, гиперемизируются, из абдоминального отверстия их выступает отечная, покрасневшая слизистая и отечные фимбрии.

Вначале серозный секрет, выделяемый слизистой оболочкой трубы, постепенно становится гнойным и, стекая через абдоминальное отверстие трубы в брюшную полость, способствует заражению гонококком областей, прилежащих к трубе.

В самой слизистой оболочке труб прежде всего поражаются верхушки складок слизистой. Здесь, в подэпителиальном пространстве, скопляются большие количества лейкоцитов, которые, проходя между эпителиальными клетками, придают секрету, скопляющемуся в просвете трубы, гнойный характер. Здесь же, на поверхности эпителия или между его клетками, или, наконец, подэпителиально, можно обнаружить в этих периодах развития гонорройной инфекции многочисленные гонококки (рис. 234).

Постепенно инфильтрация слизистой оболочки с поверхности распространяется вглубь, складки слизистой утолщаются, отекают, утрачивают

свою нежную кружевную форму и выглядят грубыми, почти колбообразно вздутыми.

Если инфекция протекает при благоприятных условиях, то даже в случаях таких гнойных сальпингитов продукты воспаления могут всосаться, и процесс может окончиться полным выздоровлением с восстановлением просвета трубы.

Чаще, однако, процесс продолжает развиваться дальше. Эпителий, покрывающий верхушки складок, слущивается, обнаженные от эпителия верхушки слипаются и срастаются. Это может вести к образованию у основания складок слизистой оболочки замкнутых полостей, где и скопится гной (*salpingitis pseudofollicularis*; рис. 235). Эти сращения складок слизистой ведут к заращению как маточного, так и абдоминального отверстий трубы, о чем уже была речь в одной из предыдущих глав.

В замкнутой полости такой трубы скопится гнойный секрет, что способствует образованию *pyosalpinx* или *sactosalpinx purulenta gonorrhoeica*.

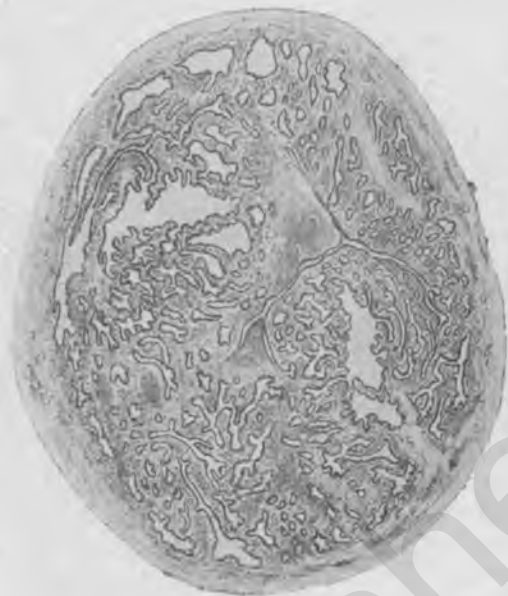


Рис. 234. *Salpingitis gonorrhoeica* (микроскопическая картина). По Яшке-Панкову.



Рис. 235. Слизистая оболочка трубы при гнойном сальпингите. По Яшке-Панкову.

Дальнейшее течение этого процесса бывает различно. В ряде случаев образование замкнутого гнойника ведет к прекращению прогрессирования процесса. Гнойный секрет распадается и постепенно всасывается. Всасыванию подвергаются и инфильтраты стенок трубы, заменяясь соединительнотканскими отложениями. В некоторых случаях усиленная секреция еще не погибшей слизистой оболочки трубы и повышенная трансудация в ее просвет ведут к значительному увеличению такого сактосальпинкса.

Скопление в нем серозной жидкости приводит последовательно к истончению его стенок и к образованию гидросальпинкса, который может достигать значительных размеров.

Однако всегда ли образованию гидросальпинкса предшествует пиосальпинкс — этот вопрос до настоящего времени не может считаться окончательно решенным. Вернее, в ряде случаев гидросальпинкс может возникнуть и первично на почве того же гонорройного процесса.

В других случаях скопление гнойного содержимого в трубе нарастает. Труба принимает вид реторты, срастается спайками с соседними органами, особенно с петлями кишечника и с сальником, и образует один общий конгломерат, гной которого может прорваться в соседние органы, чаще всего в мочевой пузырь или в прямую кишку, о чем уже была речь в одной из предыдущих глав. Слизистая

оболочка такой трубы может почти совсем разрушиться, и вся ее внутренняя поверхность покрывается грапуляционной тканью (рис. 236).

Гной в старых пиосальпинксах обычно содержит массы лейкоцитов и плазматических клеток, однако мы находим его, как правило, стерильным, не содержащим гонококков.

Среди обычного мелкоклеточного инфильтрата Улезко-Строганова обнаружена своеобразные крупные эпителиоидные клетки с вакуолизированной протоплазмой, так называемые *ксантомные* клетки, которые автор считает особенно типичными для гонорройной инфекции.

Однако в толще стенок такого гнойника иногда могут быть обнаружены отдельные группы гонококков, откуда, вероятно, и происходят последующие обострения воспалительного процесса.

Яичник инфицируется гонорреей со стороны трубы. При этом способ инфекции может быть различным. Гной, содержащий гонококки, может попадать к яичнику еще до закрытия абдоминального отверстия трубы. Может проникнуть к яичнику инфекция и после закрытия трубы через стенки ее или, наконец, переноситься сюда из трубы током лимфы через мезосальпикс и *hilus ovarii*.

Чаще всего яичник поражается целиком, а частично. Обычно воспаление ограничивается брюшиной и ведет к окружающим яичник сращениям — *perioophoritis*. Почти как правило, труба срастается с яичником, давая типичную картину гнойной опухоли придатков.

Нередко дело доходит до образования в яичниках овариальных гнойников, в которых находили гонококков. Такой абсцесс яичника, срастаясь с гнойной трубой, ведет к образованию тубо-овариальной гнойной опухоли, а последняя после длительного периода всасывания и распада гноя может приводить к заключительной стадии — тубо-овариальной кисте, содержащей уже чисто серозную жидкость (стр. 315).

Заболевание труб и яичников гонорреей, как правило, ведет и к поражению



Рис. 236. Почти полное разрушение гонорройным процессом слизистой оболочки трубы. По Яшке-Панкову.

брюшины органов малого таза. Гонорройный перитонит отличается всегда склонностью давать обширные сращения во всех пораженных участках брюшины. Это ведет в свою очередь к сращению труб с яичниками, кишечником, мочевым пузырем и стенками матки.

Вместе с тем гонорройный тазовый перитонит имеет большую склонность к ограничению процесса только полостью таза.

При быстром накоплении гнойного секрета могут образоваться скопления гноя позади матки, так называемые абсцессы дугласова пространства.

Только сравнительно редко гной из таза проникает в верхний отдел брюшной полости и ведет к общему бурно протекающему, но обычно благополучно заканчивающемуся перитониту.

Значительно реже может развиваться общий гнойный перитонит гонорройного происхождения как следствие разрыва гнойной трубы или прорыва гнойника малого таза в верхние отделы брюшной полости.

Как указывалось выше, и **п а р а м е т р и й** может подвергнуться гонорройному заболеванию, при этом гонококк проникает в параметрий из матки или шейки ее или, в редких случаях, лимфатическим путем (Вертгейм) или, вероятно, значительно чаще, распространяясь подсерозно (Вагнер). Большие скопления гноя чаще всего обуславливаются не гонококковой, а смешанной инфекцией.

Далеко не редко гонорройная инфекция проникает в прямую кишку. Обычно здесь она развивается как вторичная инфекция, переносимая сюда из влагалища, и только очень редко первичные очаги гонорреи в прямой кишке возникают здесь как результат извращенного полового сношения.

Возможны и метастазы гонорреи, особенно в суставы, преимущественно в коленный сустав. Реже поражается целый ряд суставов, давая гонорройный полиартрит.

Хорошо известен гонорройный эндокардит и, наконец, гонорройное воспаление мышц скелета.

Клиническое течение гонорреи у женщин

Вопрос о длительности инкубационного периода при гоноррее до настоящего времени не может считаться решенным. Вероятнее всего для гонорреи не существует инкубационного периода, так как в случаях привития чистых культур на подходящие слизистые оболочки гонококк немедленно распространяется в тканях и уже по прошествии 12—24 часов слизистая оболочка в месте привития краснеет, гиперемизируется и сецернирует секрет.

Клиника учит нас, что обычно уже через 3 дня после инфицирующего полового сношения гонорройный процесс развивается настолько сильно, что больная уже явно ощущает его признаки.

Конечно, появление или, вернее, ощущение первых признаков заражения, особенно у женщин, может быть отмечено и в более поздние сроки, в зависимости от места инфекции и наблюдательности больной. Именно у женщин нередко первые совершенно отчетливо проявляющиеся признаки гонорреи просматриваются больными, которые считают их не инфекцией, а обычными выделениями, явлениями дефлорации, последствиями бурного полового сношения и пр.

Незначительность первых симптомов гонорреи у женщины дала повод утверждать, что гоноррея может сразу же после заражения, не давая острой формы, развиваться в первичную хроническую или латентную гоноррею.

Это мнение, повидимому, должно быть отвергнуто. Можно думать, что каждый случай инфекции гонококком начинается явлениями острого воспаления, которые, однако, могут протекать очень быстро и оставаться незамеченными больной.

Гоноррея женщины резко отличается от гонорреи мужчины и, к сожалению, в очень неблагоприятном для женщины отношении.

У мужчины обмывание мочой инфицированной уретры постепенно, даже при отсутствии систематического лечения, может вести к излечению. Очаги внеуретрального характера, в которых гоноррея может сохраняться в своей латентной форме, у мужчин очень не многочисленны.

У женщины, наоборот, почти все гонококковые очаги находятся вне уретры. Многочисленность участков половой сферы, покрытых нежным цилиндрическим эпителием, сообщение просвета половой системы с брюшной полостью делают то, что раз заболевшая гонорреей женщина делается жертвой этого страдания. Самопроизвольное излечение ее почти невозможно.

К тому же доступ к скрытым очагам гонорреи у женщин очень труден и большинство их недоступно для обычных терапевтических процедур.

Протекает женская гоноррея чрезвычайно разнообразно.

Принято различать две формы гонорреи у женщин: открытую, легкую или, как ее называет Жане, и ж н ю ю г о н о р р е ю, под которой мы понимаем гоноррею уретры, бартолиниевых желез, сеновых желез, вульвы, влагалища и шейки матки, и г о н о р р е ю в о с х о д я щ у ю — верхних путей, закрытую, когда поражается полость матки, трубы, яичники, параметрий и брюшина.

Спорным является вопрос о матке.

Р. Шредер считает гоноррею матки переходным этапом для превращения гонорреи открытой в восходящую, ряд же авторов причисляет гоноррею полости матки к гоноррее открытой.

Спор этот имеет известное принципиальное значение, так как открытыми формами следует признавать такие, при которых обеспечен свободный сток инфицированного гноя, что и ведет к более легкому течению болезни и большей доступности этих форм гонорреи для систематического лечения.

Букура указывает, что понятие открытой и закрытой или восходящей гонорреи должно быть заменено далеко не тождественными им понятиями: глубокой и поверхностной гонорреи в зависимости от глубины внедрения гонококка в ткани. Он утверждает, что случаи, когда, несмотря на несомненное присутствие гонококка во время так называемой открытой гонорреи, при вакцинации не получается реакции, должны объясняться тем, что здесь гонококки не проникают вглубь тканей, а остаются на поверхности ее, а потому и не вызывают образования антител в организме женщины.

Это, однако, не исключает возможности появления положительной реакции и при открытой гоноррее в тех случаях, когда гонококк, например, при уретрите, цервиците или бартолините, проникает вглубь и этим приводит к образованию в организме соответственных защитных сил, давая при вакцинации положительную реакцию.

Симптомы и течение обеих форм гонорреи — открытой и восходящей — могут колебаться в значительных пределах, однако клинически не подлежат сомнению, что гоноррея нижних отделов половой сферы чаще всего протекает легко, симптомы болезни быстро исчезают даже в тех случаях, когда больная еще долго является носителем гонококков. Наоборот, гоноррея верхних отделов полового тракта, когда гонококк поднимается уже за внутренний маточный зев, протекает тяжело. При этой форме быстро поражаются трубы и брюшина, процесс ведет к понижению или полному прекращению способности к зачатию, болезнь принимает длительное течение, отражается на общем состоянии организма, ведя нередко к психической депрессии, к резкому понижению трудоспособности, невозможности продолжать половую жизнь.

Несомненно, что между легкими и тяжелыми формами гонорреи существует много промежуточных форм и что субъективно женщины переносят гоноррею чрезвычайно различно.

Так, можно нередко видеть женщин с тяжелейшими объективными изменениями труб, яичников и брюшины, которые почти не жалуются на свою болезнь, считая себя совершенно здоровыми, и продолжают жить половой жизнью. В противоположность этому встречаются нередко больные, у которых даже незначительные гонорройные поражения вызывают ряд тяжелых как местных, так и общих симптомов, заставляющих их смотреть на свою болезнь как на тяжелую и даже неизлечимую.

Причины различного течения гонорреи и быстроты ее распространения на верхние отделы половой сферы, несомненно, разнообразны, но полностью еще далеко не понятны для нас.

Можно допустить существование известной конституциональной предрасположенности. Так, если гонорреей заражаются молодые женщины, страдающие недоразвитием половой сферы, — гоноррея у них протекает обычно чрезвычайно тяжело, быстро принимает восходящий характер и, распространяясь кверху, ведет к тяжелым изменениям труб, яичников и брюшины.

Легко можно убедиться в том, что толчком к восхождению гонорреи, иной раз длительно гнездившейся только в нижних отделах полового тракта, служит ряд механических условий, как длительные поездки на велосипеде, подъем на высоту, толчки, бурное половое сношение и пр. Несомненно, и спиртные напитки, принимаемые в больших количествах, могут служить толчком к восхождению гонорреи.

Нередки случаи распространения гонорреи на верхние пути после грубых и неумелых врачебных вмешательств. Особенно выскабливание полости матки, введение ламинариев, зондирование матки, массаж ее и прочие внутриматочные манипуляции часто служат причиной занесения гнездившейся в шейке инфекции в полость матки, а отсюда и распространения ее на трубы.

Большое значение имеет в распространении инфекции менструация с ее повы-

шленной гиперемией и распадом слизистой оболочки тела матки, а также отсутствие в этот период слизистой пробки в шейном канале, которая, как известно, обладает значительными бактерицидными свойствами и препятствует прониканию инфекции из влагалища в полость матки. Повышается опасность восхождения гонорреи, по понятным причинам, и в послеродовом, и послеабортном периодах.

Однако в целом ряде случаев нам все-таки не удается отчетливо определить причины восхождения или тяжелого течения гонорреи, и мы в этих случаях вынуждены бываем объяснять это явление особой вирулентностью гонококка или пониженной сопротивляемостью организма заболевшей.

Симптомы гонорройной инфекции зависят главным образом от локализации процесса и от распространенности его. Они настолько разнообразны, что должны быть изучены для каждого отдела полового тракта женщины в отдельности.

При поражении женской уретры гонорройным процессом (а уретрит отсутствует только в редких случаях гонорройной инфекции у женщин) появляются типичные симптомы, состоящие в резах и жжении при мочеиспускании, частых позывах, в некоторых случаях сопровождающихся чувством давления в области мочевого пузыря.

Наружное отверстие мочеиспускательного канала гиперемировано, слизистая уретры немного эктропирована и красна. При ощупывании введенным во влагалище указательным пальцем передней стенки влагалища и заложенного тут валика мочеиспускательного канала последний оказывается несколько чувствительным к давлению. Если этим пальцем слегка выжимать содержимое мочеиспускательного канала в направлении наружного отверстия, то, если перед этим женщина долго не мочилась, обычно из него появляется капелька гноя, содержащая обильное количество гонококков.

В течение нескольких недель острая стадия постепенно успокаивается, симптомы исчезают, выдавить гной из уретры уже не удается, и по прошествии 6—10 недель болезнь может самопроизвольно излечиться окончательно.

В других случаях гоноррея женской уретры может переходить в хроническое состояние. При этой форме уретрита, даже если полностью отсутствуют симптомы болезни, гонококк все-таки остается в толще слизистой и может служить причиной заражения мужчины.

Объективные изменения при такой хронической форме уретрита невелики. Мы видим тут отек и уплотнение уретры, прощупываемой в виде плотного и утолщенного валика, достигающего иной раз толщины мизинца, заражение парауретральных ходов (Скене), а иной раз и бартолиновых желез.

Хроническая гоноррея уретры принадлежит к длительным заболеваниям и может продолжаться по несколько лет. В противоположность мужскому уретриту здесь очень редко наблюдаются стриктуры уретры. Заболевание парауретральных ходов характеризуется их припухлостью, ясной видимостью их выходных отверстий, окруженных гиперемированным ободком, возможностью выдавить из них гнойные капельки. В редких случаях гонорреи парауретральных ходов процесс может дойти до образования парауретральных абсцессов.

Переход гонорреи из уретры в мочевой пузырь, как было отмечено, наблюдается очень редко. Еще реже восходящая гоноррея проникает в мочеточник и почечные лоханки.

Гонорройное заболевание вульвы, как уже было указано, редко наблюдающееся у половозрелых женщин, также дает целый ряд симптомов. Выделяющийся кожей наружных половых органов гнойный липкий секрет прилипает к коже вульвы. Малые губы, клитор и ткани *vestibuli* сильно гиперемированы, отечны и выделяют обильный гнойный секрет. Пораженные ткани очень болезненны даже при легком дотрагивании. На них легко появляются слегка кровоточащие эрозии и трещины. Паховые железы утолщены. Зуд, жжение чрезвычайно беспокоят больных и препятствуют ходьбе.

У взрослых острая фаза вульвита быстро утихает, особенно при опрятном содержании половой сферы и постельном режиме. У детей это заболевание нередко принимает затяжной характер.

При вульвите гонококк может проникнуть в железы кожи, что затягивает излечение и может вести к образованию абсцессов. При нормальном течении заболевание протекает быстро и обычно к 14-му дню заканчивается излечением.

Гонорройный бартолинит чаще всего является последствием попадания гноя из соседних пораженных гонорреей участков половой сферы, а потому обычно наступает несколько позже, чаще всего не раньше начала третьей недели после внесения инфекции. В других случаях проходят месяцы, пока выявится гоноррея этой железы.

Симптомы при бартолинитах вначале почти отсутствуют. Можно совершенно случайно при исследовании женщины встретить выраженный бартолинит, не обращавший на себя внимания больной.

Нередко только появление опухоли, иногда затрудняющей ходьбу или даже мешающей половому сношению, заставляет больную обратиться к врачу.

Если бартолинит переходит в псевдоабсцесс или особенно в настоящий абсцесс, появляются боли, беспокоящие больную, температура повышается. В этих случаях дело идет обычно не о гонорройной инфекции, а о последовательном присоединении к гоноррее смешанной инфекции.

Обращает на себя внимание больных и самопроизвольное вскрытие абсцессов бартолиниевой железы наружу или образование фистулезных ходов.

Гонорройное поражение влагалища (colpitis gonorrhoeica), которое раньше считалось главной формой гонорройной инфекции, встречается у взрослых женщин крайне редко и только в острой форме.

В противоположность этому у детей гонорройный кольпит наблюдается часто и является следствием проникновения гонококков во влагалище из наружных половых органов, пораженных гонорреей.

Симптомы гонорреи влагалища всегда бывают очень тягостны для больной. Чувство жжения, раздражения и напряжения во влагалище сопровождается чувством тяжести и болей во всей нижней части туловища. Нередко появляются ознобы, и температура поднимается до 39°.

Сильная болезненность стенок влагалища затрудняет исследование. Слизистая оболочка влагалища при кольпите имеет интенсивно красный цвет, покрыта гнойным налетом и при ощупывании кажется как бы усыпанной песком. Гной в большом количестве вытекает наружу, загрязняя соседние ткани.

Острый процесс длится 1—2 недели. Постепенно боли утихают, выделения утрачивают свой гнойный характер, переходя в слизисто-гнойные, и весь процесс обычно заканчивается в течение 6—10 недель.

Хронической гонорреей влагалища у взрослых Бумм никогда не наблюдал.

Изолированное **острое гонорройное заболевание шейки** обычно дает самые незначительные симптомы. Выделения из шеечного канала могут быть очень скудными, однако мы все-таки находим их во всех случаях этого страдания. Боли и чувство тяжести внизу живота чаще всего отсутствуют. При исследовании зеркалами мы находим влагалищную часть слегка отечной, с выступающей из зева гиперемированной слизистой оболочкой шеечного канала. В секрете, выделяемом шейкой, всегда можно обнаружить гонококк.

При хронической гоноррее шейки количество выделений также может быть очень незначительным, причем шеечный секрет не содержит гонококков, которые обнаруживаются в нем только при благоприятных условиях, особенно в постменструальном периоде и после применения специальных методов провокации.

Женщины, страдающие хроническим гонорройным цервицитом, обычно чувствуют себя совершенно здоровыми, однако при половых сношениях они могут служить источником инфекции.

Переход гонорройной инфекции из шейки в *полость матки* сразу же изменяет всю картину течения болезни. Этот резкий переход от почти полного благополучия к иной раз тяжелому и острому заболеванию, связанному с рядом выраженных симптомов, иногда может быть точно установлен уже анамнестически.

Внезапно появляются ознобы с повышением температуры до 39°, которые могут долго держаться.

Нижняя часть живота становится резко болезненной. Появляется чувство напряжения и полноты, резкие боли в области всего таза, и женщина, которая считала себя совершенно здоровой, чувствует себя тяжело больной.

Двуручное исследование при этом обычно бывает очень неприятным и болезненным. Матку мы находим увеличенной.

При соблюдении режима строгого покоя в большинстве случаев быстро наступает значительное улучшение.

Острая гоноррея полости матки также может переходить в хроническую форму. При хронической гоноррее матки болезненные симптомы могут совершенно исчезать. Остается только повышенное выделение секрета, который постепенно утрачивает свой гнойный характер и становится прозрачным, хотя в нем и могут быть обнаружены гонококки.

При гоноррее полости матки нередко наблюдаются расстройства менструации. Менструация чаще всего удлиняется и усиливается, сохраняя свой обычный цикл. Только в редких случаях дело доходит до меноррагии или даже до метроррагии. В некоторых случаях менструация сохраняет свой обычный характер.

Заболевание труб нередко может наступать поразительно быстро после первого инфицирования гонорреей. Уже через 10—14 дней после начала болезни гонорройное поражение труб может дать картину тяжелого общего заболевания.

Однако нельзя согласиться с тем, что заболевание труб, как правило, сопровождает протекающее одновременно с ним заболевание полости матки. В некоторых случаях трубы долго остаются нетронутыми гонорройной инфекцией, несмотря на то, что в полости матки она, несомненно, уже давно существовала.

Гонорройное поражение труб является одним из наиболее тяжелых заболеваний женских половых органов, так как оно может повести к образованию в трубах различной величины гнойников, а распространяясь на яичник, приводить к абсцессу в этом органе.

Очень большое значение имеет и то, что поражение труб при гоноррее может служить причиной длительного, а иной раз даже постоянного бесплодия.

Переход гонорреи в трубы нередко характеризуется новыми для больной, до того не ощущавшимися ею болями. Боли эти появляются в области пораженных органов и усиливаются при ощупывании, давлении, ходьбе или при менструации.

Общее состояние настолько ухудшается, что такие больные сами ложатся в постель.

Если поражается правая труба, появляются симптомы, которые подчас очень трудно отличить от симптомов, обычно наблюдаемых при аппендиците.

Острое воспаление труб, так же как и других органов, в большинстве случаев быстро стихает и может закончиться полным восстановлением органа.

Но чаще процесс переходит в хроническое состояние. Появляются боли внизу живота и в пояснице, а по временам обострения, которые свидетельствуют о дальнейшем распространении процесса. Переход гонорройного воспаления на брюшину таза, в околоматочную клетчатку или прорыв гнойников в соседние органы еще более ухудшают общее состояние здоровья больной.

Гонорройные заболевания яичника, так часто сопровождающие заболевание труб, обычно не распознаются как самостоятельное страдание, так как симптомы перехода гонорреи на яичник как бы покрываются симптомами со стороны труб и брюшины и чаще всего относятся за счет поражения последних.

Внимание гинеколога должно быть обращено и на **гонорройное заболевание прямой кишки**, которое наблюдается далеко не так редко, как об этом думали еще недавно.

Гоноррея прямой кишки имеет важное клиническое значение, так как нередко, гнездясь здесь и не давая почти никаких симптомов, она может служить источником реинфекции половой сферы.

Разрывы промежности могут особенно способствовать поражению прямой кишки при гоноррее половых органов, хотя наблюдаются случаи перенесения сюда гонорреи и при совершенно целой промежности.

Реже прямая кишка заражается при coitus per anum, при расчесывании заднепроходного отверстия инфицированной рукой, при плохом уходе за анус после дефекации и при пользовании грязным клистирным наконечником.

Острая гоноррея прямой кишки сопровождается чувством жара, жжения, позывами на дефекацию и болями при ней. Через 2—3 недели все эти симптомы затихают, и наступает или выздоровление, или болезнь переходит в хроническую форму, чаще всего не дающую никаких симптомов.

Иногда как последствие гонорреи в прямой кишке наблюдаются стриктуры и перипроктальные абсцессы.

Диагностика женской гонорреи. Диагностика гонорреи в острых случаях открытой гонорреей чрезвычайно легка и, наоборот, в хронических случаях даже открытой гонорреей, особенно в случае восходящего процесса, она нередко представляет непреодолимые трудности.

Диагностируя гоноррею, необходимо решить ряд вопросов: 1) прежде всего необходимо доказать, что данное заболевание является заболеванием, обусловленным внедрением гонококков; 2) принадлежит ли данная форма к открытой гоноррее или к закрытой, принявшей уже восходящий характер; 3) не имеется ли в данном случае так называемой скрытой — латентной — гонорреи и, наконец, нередко перед врачом стоит вопрос, имеющий большое значение, 4) можно ли считать больную полностью излеченной от гонорреи.

Каждый случай гонорреи женщины должен быть диагностирован не только по его клинической картине, но также и на основании бактериологического исследования выделений, получаемых от больной.

Обнаружение гонококков в каждом случае решает вопрос с несомненностью. Однако следует помнить, что в тех случаях, когда гонококка в мазках, получаемых из патологического секрета, не находят, это еще не говорит за отсутствие гонорреи. Наоборот, нам хорошо известно, что очень часто дальнейшие настойчивые и систематические поиски гонококка приводят к обнаружению этой бактерии там, где раньше мы гонококка не находили; мы знаем также, что гонококк годами может скрываться в глубине тканей, выходя наружу только при особых условиях.

Поэтому для точной диагностики гонорреи необходимо во всех случаях добиться обнаружения гонококка, для чего при подозрении на гоноррею всегда следует производить исследование секрета из всех мест, которые обычно служат приютом гонококку.

Таковыми местами являются: уретра, сеновые железы, шеечный канал и отверстия бартолиновых желез.

Для получения точных данных исследование должно проводиться в строго установленном порядке — условие, имеющее громадное значение при установке диагноза гонорреи.

При получении материала для мазков необходимо его брать в отдельности для каждого участка половой сферы, в котором мы стремимся обнаружить гонококк.

Получение секрета из уретры в острых случаях производится надавливанием на уретру пальцем, введенным во влагалище. Нажимая, таким образом, на уретру верхушкой указательного пальца, идя сюда вперед, мы легко получаем капельку гноя, которая и может служить материалом для мазка. Необходимо помнить, что даже в острых случаях уретрита мы не получим гноя, если будем искать его сейчас же после мочеиспускания, так как струя мочи основательно промывает уретру, поэтому необходимо, чтобы женщина перед взятием материала по крайней мере 2 часа не мочилась.

При хронических уретритах получение гноя значительно затруднено, так как его бывает вообще очень мало, да и выделяется он не всей поверхностью уретры, а только на изолированных островках слизистой.

Здесь секрет, годный для мазков, может быть получен легким соскабливанием слизистой оболочки тупой маленькой ложечкой Аша.

Для получения секрета из сеновых желез, что далеко не всегда удается, их можно слегка нажать со стороны влагалища и, если в них имеется секрет, он покажется из отверстия железки в виде маленькой капельки.

Получение секрета из бартолиниевой железы, если он в ней находится, обычно не представляет трудностей. Захватив железу введенным во влагалище (левая железа) указательным пальцем левой руки и нажав снаружи большим пальцем той же руки, мы стараемся негрубыми движениями выдавить из железы гной.

Можно осторожно войти в проток бартолиниевой железы тонким глазным зондом или глазной канюлей и получить необходимый материал. Наконец, если это при полном закупоривании выходного отверстия не удастся, можно уколом с помощью тонкой иглы правацовского шприца получить без труда необходимую жидкость.

Взятие секрета из шейки производится после обнажения ее зеркалами, иной раз после захвата влагалищной части матки пулевыми щипцами и удаления наружной слизи вытиранием. Секрет проще всего получить при помощи зонда Плейфера с намотанным на конец кусочком стерильной ваты.

Секрет из каждого участка наносится на отдельное предметное стекло и обозначается буквами, наносимыми чернилами (U — уретра, C — cervix, V — vagina, B — бартолиниева железа). Для быстроты работы и особенно для ускорения окраски можно секрет из различных участков наносить и на одно стекло, делая это в определенном порядке и обозначая заглавной буквой орган, из которого взят секрет, на том же стекле.

Все перечисленные способы добывания материала далеко не всегда ведут к цели, так как иной раз мы не можем обнаружить гонококка в гною даже заведомо больных.

Для того чтобы заставить гонококков выйти из глубины ткани и появиться в выделениях, пользуются способом, носящим название п р о в о к а ц и и.

Принцип провокации состоит в том, что стараются нарушить известное равновесие между микро- и макроорганизмом, создав так называемую отрицательную фазу, при которой для гонококка создаются более благоприятные условия развития и размножения, и он начинает выделяться наружу.

Провокация может быть вызвана целым рядом мероприятий как местного, так и общего характера. Можно вызвать раздражение слизистой оболочки уретры или шейки и усиленный рост гонококков, смазывая уретру или шейку раздражающими веществами, как раствор перекиси водорода, раствор жидкости Люголя, 1% *Argentum nitricum*. Можно механически раздражать слизистую, например, уретры специальным зондом.

Ягунов и Кишиневская, подробно изучавшие вопрос о провокации гонорреи, приходят к выводу, что наибольший процент положительных результатов при провокации физическими методами дает облучение шейки матки лампой ультрафиолетового и инфракрасного излучения (55%).

Из общих мер, ведущих к провокации, чаще всего применяется назначение в пищу раздражающих веществ, как пиво, вино, кислые и острые вкусовые вещества.

Применяется также подкожное введение гонококковой вакцины или протеиновых веществ, как аолан, казеозан, молоко и пр.

Несомненно, однако, что наиболее бережным способом является взятие мазков в периоды так называемой физиологической провокации, которые совпадают с ближайшими днями, предшествующими менструации или непосредственно за ней следующими.

Исследование мазков, особенно в случаях отрицательных, ни в коем случае не должно быть однократным. Необходимо повторное исследование.

Гаусс рекомендует после провокации исследовать выделения в течение 10 дней.

В сомнительных случаях или в случаях, полностью отрицательных, хорошо прибегать к посеву полученного материала на подходящие среды (см. выше).

Вактериоскопическое исследование мазков, однако, далеко не всегда, как мы уже говорили, дает возможность точно поставить диагноз.

В то время как при диагнозе открытой гонорреи главное значение имеет бактериологическое исследование, при гоноррее восходящей дело обстоит иначе, особенно в тех случаях, когда с восхождением гонорреи в более высоко расположенные органы гонококк в нижних отделах полового тракта полностью исчезает,

Конечно, при нахождении гонококка в нижних отделах при одновременном существовании особенно двусторонних опухолей труб и яичников гонорройный характер заболеваний последних едва ли может подвергаться сомнению.

При полном же отсутствии гонорреи в нижних отделах бактериологический анализ совершенно невозможен, и нам остается, помимо клинических признаков, основывать свое заключение только на биологической диагностике гонорреи.

Из биологических методов исследования здесь следует упомянуть о реакции связывания комплемента по Борде-Жангу.

Реакция эта подвергалась тщательной разработке и проверке рядом исследователей, в том числе у нас Дембской.

Как указывает ряд авторов, реакция связывания комплемента может быть доказательной только при совершенно правильном и точном проведении этой сложной и трудно выполнимой реакции с действительным антигеном.

Быть может, этой сложностью реакции и объясняются противоречивые выводы, к которым приходят многочисленные авторы, исследующие с ее помощью больных. По той же причине реакция нередко дает отрицательные результаты даже в тех случаях, где гонококки с несомненностью определяются в выделениях (Дембская, Гривер, Терebinская-Попова и в последнее время Фрайман).

Таким образом, уже ввиду одной сложности техники, едва ли можно признать за этим методом большую ценность, особенно для широкого использования его.

Большим распространением в настоящее время пользуется реакция применения гоновакцины в виде кутанного или интрамυкозного введения ее.

Реакция эта имеет целью распознать хроническую гоноррею по местной воспалительной реакции после привития на кожу или на слизистую оболочку поливалентной гонококковой вакцины.

Диагностическая ценность вакцинодиагностики решается на основании местной реакции, очаговой реакции, общей реакции так называемого реактивного эквивалента и, наконец, по лечебному эффекту.

Местная реакция выражается в появлении красноты на месте инъекции с заметной инфильтрацией. Очаговая реакция проявляется в виде болей в нижней части живота, перитонитических явлений, повышенной чувствительности в придатках. Реакция эта тем сильней, чем выраженнее патологические изменения в придатках (Вагнер). Общая реакция может выражаться в повышении температуры, болях в суставах, в отсутствии аппетита, реже в тошноте и даже рвоте и общей подавленности. В некоторых случаях все эти явления бывают выражены очень резко.

Общая реакция, по мнению Вагнера, значительно менее специфична, чем реакция местная. Температура при ней должна быть выше нормальной, не менее чем на $1,5^{\circ}$. При этом для общей реакции в положительных случаях характерны двойные повышения температуры: первое после прививки и второе, менее выраженное, через 3—4 дня после первого.

Под реактивным эквивалентом понимают появление после вакцинации преждевременной менструации.

Метод вакцинодиагностики несложен и может быть проведен в любом учреждении. Если он дает действительно те результаты, на которые мы вправе рассчитывать на основании ряда работ, посвященных ему, то он должен будет занять одно из первых мест среди методов диагностики гонорреи, особенно латентной и восходящей.

По мнению большинства исследователей, лучше всего с диагностической целью вводить вакцину интрадермально или интрамυкозно (в шейку матки). Инъекция производится тонкой иглой. На месте инъекции должен получиться беловатый пузырь. Реакция в первые 24 часа считается неспецифической. Оценка результатов от реакции производится через 48 часов.

Однако следует помнить, что мы можем встретить случаи, когда бактериологическое исследование укажет на несомненное присутствие гонококка, тогда как серологическая реакция или реакция вакцинации окажется отрицательной.

По мнению Букура, такое видимое расхождение в диагнозе должно найти

себе объяснение в том, что при начинающихся случаях гонорреи в организме еще не образовалось достаточного количества антител, на что требуется 2—3 недели.

Однако отрицательная биологическая реакция может получиться и при длительно существующей гоноррее, если гонококк все время удерживается на поверхности и не проникает вглубь. Чаще всего это бывает при открытой гоноррее.

Таким образом, положительная реакция говорит нам о присутствии гонорройных очагов в более глубоких слоях тканей или о наличии метастатических очагов (Букура).

Мы видим из приведенного, как сложна диагностика гонорреи, которая даже в случаях открытых, наиболее легко диагностируемых, требует точного бактериоскопического исследования.

Поэтому очень соблазнительным показалось предложение Данин (Danin) и Опитца (Opitz) диагностировать гоноррею очень простым, не требующим даже бактериоскопического исследования способом по реакции влагалищного секрета. Мы знаем, что при нормальной бактериальной флоре секрет влагалища, вследствие содержания молочной кислоты, всегда должен быть выражено кислым. Допустив, что секрет, содержащий гонококки, должен менять свою реакцию на щелочную, указанные авторы предложили свой «гопотест».

Полоска лакмусовой бумаги наклеивается на резиновый пальчик так, чтобы ее нижний край не достигал верхушки пальца. Введя на 15 секунд палец с таким гопотестом во влагалище женщины и извлекая палец наружу, при ясном покраснении лакмуса можно быть уверенным, по мнению автора, что женщина здорова.

Этот соблазнительный по своей быстроте выполнения и простоте метод, конечно, мог бы иметь огромное распространение. Однако при проверке он не оправдал себя, хотя Дерчинский, проверяя этот способ диагностики на больных, нашел, что около половины всех больных хронической гонорреей дали значительное снижение кислотности влагалищного секрета.

Из биологических реакций здесь может быть упомянуто и о реакции, предложенной Лисовской и состоящей в определении гонококкового антигена в моче больных гонорреей. Реакция эта приобретает особенное значение после того, как Фейгель коренным образом модифицировал ее и на своем прекрасно разработанном материале доказал, что она дает значительно больший процент безошибочных ответов, чем все прочие биологические методы исследования гонококка.

Клиническая диагностика гонорреи. До сих пор мы говорили о бактериоскопической и биологической диагностике гонорреи, что часто является необходимым для точной установки диагноза, однако каждый врач должен быть хорошо знаком с методом клинической установки диагноза, для которого все лабораторные способы диагностики являются только вспомогательными.

Клинический диагноз гонорреи устанавливается прежде всего, как и диагноз прочих форм заболевания, на основании анамнестических данных. Если дело идет о замужней, особенно молодой, только что вышедшей замуж женщине, то мы должны выяснить время появления после первого сношения так называемых первых симптомов гонорреи: частых позывов на мочеиспускание, резей при этом акте и белей. Следует всегда осведомиться о характере выделений до половой жизни и впоследствии или до появления симптомов заболевания и после этого времени.

Необходимо осведомиться, если женщина уже рожала, о состоянии глаз новорожденного после родов. Бленоррея глаз у новорожденного с несомненностью говорит о болезни матери. За гоноррею матери говорят и поздние подъемы температуры, особенно после 9—11 дней безлихорадочного течения пuerперального периода. Необходимо расспросить и мужа о его заболеваниях и о гоноррее, имевшейся даже за много лет до женитьбы.

Гнойные выделения, обнаруживаемые при исследовании, всегда должны вызывать подозрение на гоноррею и должны быть подвергнуты бактериоскопическому исследованию.

Необходимо, как это было уже отмечено раньше, исследования эти делать систематично, получая секрет из всех мест, подозрительных на гоноррею, не ограничиваясь исследованием выделений только тех мест, в которых присутствие гноя уже очевидно. Необходимо подвергать исследованию и здоровые на вид выделения, особенно из шейки матки, так как и в них мы нередко сможем обна-

ружить гонококка. Мы должны твердо помнить, что по одному внешнему виду врач никогда не может решить вопрос о гонорройном характере выделений.

Гнойные выделения из матки при выраженной чувствительности этого органа обычно говорят за гоноррею.

Чувствительность по бокам матки, увеличение придатков, сактосальпинксы и пиосальпинксы, если можно исключить септическую, туберкулезную или исходящую из червеобразного отростка инфекцию, говорят также о гоноррее.

Трудно установить не только бактериологический характер имеющихся воспалительных опухолей придатков, но иной раз даже отличить опухоль воспалительного, в том числе и гонорройного, характера от внематочной трубной беременности.

В этих случаях некоторую услугу нам может оказать п и т у и т р и н о в а я п р о б а, предложенная Вагнером. Если сопровождающее так часто обе болезни выделение крови прекращается после повторного введения питуитрина; можно думать о воспалительном характере опухоли. При внематочной беременности впрыскивания питуитрина не дают кровоостанавливающего эффекта.

Можно как вспомогательным способом воспользоваться и реакцией оседания эритроцитов: при воспалительном характере опухолей реакция эта значительно ускоряется.

Большое значение для оценки хода заболевания имеет, конечно, исследование крови. Если в острой форме воспаления мы наблюдаем повышение лейкоцитоза и ускорение реакции оседания красных кровяных телец, то при затихании болезни эти явления спадают, что и может служить нам доказательством начала затихания воспаления. В хронических случаях лейкоцитоз обычно находят нормальным, а скорость оседания эритроцитов только незначительно повышенной.

Наконец, применяя точное исследование мазков по способу Бакшта и вакцинодиагностику, мы в громадном количестве случаев все-таки можем совершенно точно установить диагноз болезни.

Чрезвычайно важный с житейской точки зрения вопрос, можно ли данную женщину считать полностью излеченной от гонорреи и может ли такая женщина служить источником заражения, представляет большие трудности.

Гаусс первый указал, что для решения этого вопроса требуется исследование ряда микроскопических препаратов. Он требует для установки диагноза излеченности гонорреи 9 отрицательных исследований мазков, после чего вводит внутривенно гонококковую вакцину (Arthigon) с химической и механической провокацией, и только если после этого при 12 последовательно произведенных исследованиях мазков гонококки не будут найдены, он считает женщину излеченной.

Ряд авторов считает необходимым для такого диагноза получить отрицательные результаты при исследовании 30 и более мазков с двукратной провокацией: первой по Блашко (смазывание слизистой 25% люголем плюс вакцинация) и второй по Шольтцу (смазывание слизистой 10% раствором H_2O_2). При этом по меньшей мере 2 раза материал для мазка должен быть взят сейчас же по окончании менструации.

Однако и эти требования недостаточно гарантируют правильность диагноза, так как гонококк может появиться и после 70—80 отрицательных исследований.

Некоторые авторы большое значение придают цитологической картине мазка. Если количество гнойных телец велико или даже нарастает — вероятно, имеется и гонококк. Однако понижение числа лейкоцитов еще не говорит об отсутствии в организме женщины гонококка.

Из приведенного мы видим, что установить диагноз излечения путем бактериологического исследования чрезвычайно трудно.

Врач, ставящий диагноз гонорреи, должен быть очень осторожен в своих выводах, особенно при сообщении больной своего диагноза. Следует помнить, что очень многие женщины переживают мысль о том, что они больны гонорреей, очень тяжело и считают свою болезнь преступлением по отношению к себе со стороны мужа, от которого они в большинстве случаев и получают гоноррею. Грубое и неуме-

ное сообщение диагноза больной нередко ведет к тяжелым обострениям взаимоотношений между супругами, к нарушению покойного сожителства.

Все это иной раз гораздо больше разрушает здоровье больной, чем сама гоноррея, которая в большинстве случаев, особенно при проведении правильной терапии, может быть излечена.

Поэтому врач, лечащий больную, должен подойти к ней с известной осторожностью, но обязан, в конце концов, сообщить ей истинное положение дела и привлечь к лечению и виновника инфекции.

Прогноз при гоноррее в течение долгого времени, да отчасти и сейчас, под влиянием учения Неггерата считался среди некоторых врачей *quo ad valetudinem* безнадежным. Однако мнение о неизлечимости женской гонорреи в настоящее время полностью должно быть отвергнуто.

Конечно, и сейчас наблюдается ряд случаев с крайне тяжелым течением, а потому каждый случай гонорреи и должен рассматриваться как тяжелое, требующее упорного лечения заболевание.

В общем гонорройное заболевание только в очень редких случаях может угрожать жизни женщины. Чаще же гоноррея делает женщину надолго больной, лишает ее полной трудоспособности и понижает возможность зачатия.

Тем не менее значительная часть заболеваний, особенно ограничивающихся шейкой и мочеиспускательным каналом, излечивается полностью и иной раз в очень короткий срок.

Повторяющиеся периодические обострения гонорройного процесса и его восхождение являются уже серьезными заболеваниями.

Особенно ухудшается прогноз при восхождении гонорреи в полость матки и в трубы. Однако и в этих случаях может наступать полное излечение.

Сам по себе гонорройный процесс, если он не связан с непроходимостью труб, не понижает способности к зачатию. Такие женщины могут легко беременеть и родить. Однако после родов состояние болезни нередко ухудшается, и болезнь принимает восходящий характер.

Поражение труб, которое обычно бывает при гоноррее двусторонним, вызывает стойкую стерильность. Однако старый взгляд, по которому такая стерильность считалась уже неизлечимой, неверен.

Я лично наблюдал ряд случаев, когда при заведомо больших гнойных придатках, после, правда, длительного грязевого лечения, трубы становились проходимыми и наступала беременность.

Гоноррея нередко служит причиной так называемой стерильности при имеющемся одном ребенке. Объясняется это часто встречающееся явление тем, что после первых родов гоноррея принимает восходящий характер, поражает трубы и делает женщину надолго или даже навсегда стерильной.

Является ли гоноррея полости матки причиной повторяющихся самопроизвольных абортов, иначе — привычного аборта, — как это думает часть гинекологов, в настоящее время еще не может быть окончательно решено.

По статистическим данным, гоноррея уретры при стационарном лечении дает 97% излечения.

При лечении гонорреи шеечного канала в течение более трех месяцев получено излечение в 80—90% случаев.

Даже тяжелые случаи гонорреи обычно затихают и наступает излечение до наступления климактерического периода.

Профилактика гонорреи. Профилактика гонорреи у женщины, конечно, прежде всего состоит в устранении гонорреи у мужчин, так как последние являются почти исключительными виновниками заболевания женщины.

Таким образом, профилактика мужской гонорреи и основательное лечение уже больных гонорреей мужчин является в то же время основным мероприятием в деле профилактики женской гонорреи.

Как сейчас выясняется на большом материале и опыте врачей, имеющемся у нас в СССР, правильно поставленная профилактика мужской гонорреи может почти в 100% гарантировать от заболевания. К тому же именно мужская гонор-

рея в значительно большей степени поддается профилактическим мероприятиям, чем женская.

Так, например, Pugh (цит. по Фронштейну) сообщает, что в английских войсках на 5 342 случая, в которых была применена личная профилактика, не было ни одной неудачи.

В вопросе о методике профилактики основное значение имеет длительность времени, в течение которого можно еще с успехом применять то или иное профилактическое мероприятие.

Конечно, лучше всего максимально сократить этот срок, так как, как было уже отмечено, для гонорреи не существует продромального периода и гонококк немедленно, как только попадает на подходящую слизистую оболочку, начинает на ней размножаться.

К сожалению, применение профилактических мероприятий тотчас же после полового сношения не всегда возможно, и нередко после полового сношения проходит определенный срок, после которого лицо, имевшее подозрительное по чистоте сношение, может прибегнуть к профилактическим мерам.

По данным Блашко, применение профилактических процедур в первые 4 часа post coitu дает 100% успешных результатов. Другие авторы сокращают этот срок до 1—2 часов, а Зайграев считает, что при профилактическом обеззараживании уретры промыванием Жане можно получить хорошие результаты даже через 24 часа.

В этих случаях дело, конечно, идет не о профилактике, а о купировании уже начавшегося процесса.

Из методов профилактики мужской гонорреи уже издавна вошли в широкое употребление такие простые манипуляции, как обмывание половых органов теплой водой с мылом или раствором марганцовокислого калия сейчас же после подозрительного полового сношения и возможно быстрое мочеиспускание.

В 1885 г. Гартман (Hartmann), аналогично профилактике бленорреи глаз новорожденных по Креде, предложил выпускать после coitus в мочеиспускательный канал 2—3 капли 2% раствора азотнокислого серебра. Этот способ, проверенный на ряде случаев, показал, что даже через 5 часов после полового акта им можно уничтожить проникшие в уретру гонококки. Взамен азотнокислого серебра Франк предлагает вводить нераздражающий уретру 20% раствор протаргола в глицерине. Маршалко даже изобрел карманный флакон с пипеткой, который позволяет применить этот метод сейчас же после coitus в любой обстановке.

Из механических способов профилактики венерических заболеваний вообще и гонорреи в частности особенно большое значение имеет мужской кондом.

Эта мера также широко распространена среди прибегающих к профилактическим способам, однако coitus condomatus не удовлетворяет некоторых мужчин, к тому же кондом может рваться, а потому многие отказываются от него.

Хорошим предохранительным средством от заражения гонорреей является промывание уретры раствором марганцовокислого калия по Жане. Этот способ принят в английских войсках (1 : 3000 Kalii hypermanganici) и может быть с успехом выполнен, как уже было отмечено, даже через несколько часов после coitus.

Женская половая сфера, содержащая целый ряд мест, куда могут укрыться гонококки, значительно труднее поддается обеззараживанию, чем мужская.

Введение различных колпачков резиновых и металлических, которыми женщины пользуются и в целях противозачаточных, почти не имеет никакого профилактического в отношении гонорреи значения.

Более верным способом профилактики женщины от гонорреи является, конечно, применение кондома мужчиной. Гинекологам хорошо известно, что некоторые мужья, скрывая свою гоноррею от жен или даже с согласия последних годами пользуются кондомом, не передавая ее женам.

Женщина в качестве профилактической меры должна сейчас же после подозрительного сношения произвести длительное спринцевание раствором Kalii hypermanganici, затем обмыть половые органы теплой водой с мылом и помочиться.

Значительно совершеннее могут быть проведены все меры профилактики как мужской, так и женской гонорреи, если они будут применяться специальным персоналом, обученным всем необходимым манипуляциям.

С этой целью у нас в Союзе в ряде городов учреждены специальные профилактические пункты, открываемые вендиспансерами, с круглосуточным дежурством медперсонала.

В любой момент каждый, желающий себя обезопасить от возможного заражения, может обратиться на эти пункты и получить необходимую помощь.

На этих пунктах и женщина, конечно, может найти себе более совершенное обеззараживание, так как, кроме простого обмывания и спринцевания, она может здесь подвергнуться тщательному обеззараживанию влагалища, шейного канала и уретры.

В СССР борьба с венеризмом, а следовательно, и с гонорреей является плановой государственной задачей, состоящей не только в лечении венерических болезней, но и в широкой общественной борьбе с этим злом.

Уже в настоящее время в СССР для осуществления практической работы по борьбе с венеризмом и, в частности, с гонорреей создана стройная сеть лечебно-профилактических учреждений, которыми руководят краевые, областные и ряд республиканских институтов, во главе которых как объединяющее и возглавляющее учреждение стоит Центральный венерологический институт в Москве.

Создан кадр квалифицированных работников, задачей которых является не только оказывать специальную врачебную помощь, но и проводить широкие общественные профилактические мероприятия.

Основную работу по борьбе с венерическими болезнями ведут вендиспансерные учреждения. Деятельность этих учреждений состоит в активном обнаружении, учете и оздоровлении больных венерическими болезнями, учете общих моментов среды, способствующих распространению этих болезней, лечении и активном наблюдении за аккуратным выполнением лечения, социально-гигиенической помощи больному, обнаружении и учете источников инфекции.

Большое значение для успешности лечения гонорреи имеет и метод контопации — обследование членов семьи больного, — привлекающий к диспансерному обслуживанию большое количество больных, раньше ускользавших от врачебного наблюдения. Ликвидация безработицы в нашей стране и все увеличивающаяся экономическая мощь Советского Союза, широкое наравне с мужчинами привлечение женщин к участию во всех отраслях жизни ликвидировали проституцию, так широко распространенную в других странах. Эти условия являются основной профилактикой в распространении венерических инфекций. Наконец, широкая санпросветительная работа среди населения также является залогом успеха в борьбе с венеризмом.

Серьезное значение для успешности борьбы с венерическими заболеваниями имеют и постановления, изданные нашими законодательными органами.

Так, ст. 150 Уголовного кодекса наказует лишением свободы до 3 лет за заражение венерической болезнью, а за заведомое поставление в опасность заражения венерической болезнью через половое сношение или иными действиями — лишением свободы и принудительными работами на срок до 6 месяцев. В 1927 г. обязательным постановлением ВЦИК и СНК РСФСР органам здравоохранения предоставлено право принудительного, не исключая и повторного, освидетельствования лиц, подозрительных по заболеваниям венерическими болезнями, в тех случаях, когда подозреваемые лица отказываются добровольно подвергнуться исследованию. Органам здравоохранения предоставлено также право в тех случаях, когда больные отказываются от добровольного лечения, подвергнуть их и принудительному лечению. Законодательным путем установлена также обязанность брачующихся взаимно осведомлять друг друга о состоянии своего здоровья.

Результаты такой широкой постановки дела борьбы с венеризмом уже сказываются при подведении итогов по целому ряду венерических заболеваний.

В наших диспансерах женщины лечатся наравне с мужчинами. Во всех гинекологических амбулаториях особое внимание уделяется выявлению гонор-

реи и своевременному лечению ее для предупреждения восходящих форм. Максимально снизилась детская гоноррея, и можно уже рассчитывать на возможность ликвидации ее.

В научно-исследовательских учреждениях одновременно идет научная работа по изучению самих венерических болезней, способов их распространения, лечения и общественной борьбы с ними.

Значительно выросла советская научная литература этой области медицинской науки, по своим размерам и содержательности не уступающая европейским странам.

Однако наши достижения могут быть еще значительно повышены, если мы улучшим работу по выявлению гонорреи у женщин в наших гинекологических организациях, куда преимущественно обращаются эти больные и где должно проводиться более активное обезвреживание женщин от гонорреи.

Лечение женской гонорреи. Гоноррея у женщины, если не принимать во внимание редких случаев острых вульвитов и абсцессов или псевдоабсцессов бартолиновых желез, протекает со значительно менее выраженными симптомами, чем у мужчины. Однако последствия ее у женщины значительно тяжелее, чем у мужчин. Тем не менее совершенно невозможно согласиться с теми врачами (Аш), которые говорят, что нет гонорреи, которая излечивалась бы самостоятельно. Наоборот, многие случаи гонорреи излечиваются совершенно самостоятельно.

Но последнее положение ни в коем случае не исключает правила, принимаемого большинством гинекологов: каждая гоноррея, для того чтобы наступило стойкое и постоянное излечение, требует неуклонного и систематического лечения.

Как уже было неоднократно отмечено, течение гонорреи клинически может быть резко отлично, что с особенной ясностью выявляется для гонорреи нижних путей — открытой — и гонорреи высоких отделов половой сферы — закрытой. Соответственно различному характеру течения этих обоих видов гонорреи значительно разнится и методика их лечения. Поэтому ниже мы и остановимся на лечении обоих этих видов гонорреи в отдельности.

1. Лечение открытой гонорреи. Острые формы гонорреи требуют особого внимания. Самым лучшим лечением в этих случаях должно считаться назначение полнейшего покоя при сохранении непременно строго постельного режима и соблюдении максимальной чистоты тела и наружных половых органов.

В этот период, продолжающийся обычно около 2 недель, лучше всего воздержаться от спринцевания влагалища дезинфицирующими растворами.

Необходимо внушить больной строжайшую необходимость не только воздерживаться от полового сношения, но даже и от каких бы то ни было половых раздражений.

Если процесс протекает благоприятно, то уже на третьей неделе больная может встать с постели, и можно приступить к лечению сидячими ваннами и даже дезинфицирующими спринцеваниями неконцентрированными растворами и струей небольшого давления.

По окончании острой стадии болезни необходимо приступить к местному лечению, имеющему целью обнаружить все участки половой сферы, пораженные гонококковой инфекцией (уретра, бартолинова железа, шейка), и с помощью длительной обработки этих участков уничтожить в них источники гонорройной инфекции.

Гонорройный уретрит у женщины обычно излечивается самопроизвольно в течение нескольких дней.

В острых случаях появляются боли и расстройства мочеиспускания только в тех случаях, когда гонорреей захватывается и шейка мочевого пузыря.

Однако чтобы предотвратить захват гонорройным процессом и соседних участков половой системы, следует и при гонорройных острых уретритах назначать соблюдение строжайшего покоя и вводить в организм обильное количество жидкости (жидкий чай, infus. fol. Uvae ursi и пр.).

Выделением большого количества мочи мочеиспускательный канал хорошо промывается сверху вниз, что и ведет к удалению из него гонококков.

Хорошее дезинфицирующее и успокаивающее действие оказывает уротропин, салол и прочие дезинфицирующие мочу средства (Urotropini 0,5 3 раза в день). Хорошо действует и назначение бальзамических веществ.

Однако в тех случаях, когда гоноррея переходит в хроническую стадию, следует приступить к активному ее лечению с помощью воздействия различных дезинфицирующих средств уже на пораженную слизистую оболочку.

В этих случаях медикаменты вводятся в уретру с помощью шприца Жане или Тарновского, подогретые до температуры в 40—45°, или в форме уретральных палочек.

Опасность восхождения гонорреи при этом невелика, и все эти манипуляции, произведенные правильно, обычно приносят значительную пользу. Из средств, применяемых для лечения уретры, кроме классического промывания раствором Kalii hypermanganici, особенно большим распространением пользуются препараты серебра как специфические против гонококка. Можно вводить лекарство в жидком виде обыкновенным 10-граммовым шприцем с насаженным на нем наконечником Фритча, для чего Штеккель рекомендует пользоваться 3—5% раствором азотно-кислого серебра или 20% раствором протаргола.

В тех случаях, когда уретра не пропускает конца шприца или палочки, ее легко раскрыть расширителями Гегара и после этого произвести необходимую процедуру.

Лекарственные уретральные палочки должны быть достаточно гибкими, не крошиться и не ломаться. В качестве основной массы обычно применяют gummi arabicum или сахар с глицерином. Палочка для уретры должна быть заказана в 4 см длины и 5 мм толщины. В качестве лекарственного вещества к ней прибавляется 10% протаргол, хлорвал и прочие препараты серебра. Перед введением палочка быстро смачивается в горячей воде и вводится в очищенную снаружи уретру.

Палочки должны применяться часто, 3 раза в день. Для того чтобы провести такую терапию, необходимо научить женщину вставлять себе палочки без посторонней помощи, что удается без особого труда. Чтобы палочка не выскользнула из уретры, необходимо 2—3 минуты придерживать ее пальцем. Опасность выскальзывания палочки в мочевой пузырь невелика, так как в моче она растворяется и вместе с ней изливается наружу, не причиняя особых неприятностей больной.

Если мы встречаем (у взрослых — очень редко) гонорройный вульвит, то здесь большое облегчение приносят сидячие ванны в слабых растворах марганца. После ванны можно смазать пораженную кожу 2—3% раствором Argenti nitrici. При трещинах и сединах следует применять на пораженные участки индифферентные, не раздражающие мази. При смазывании вульвы и обработке ее препаратами серебра следует особое внимание уделять всем трещинам и складкам кожи, глубже проникать в просвет парауретральных ходов и тщательно обрабатывать отверстия бартолиниевых желез и область praerutium clitoridis.

Нагноившуюся парауретральную или бартолиниевую железу следует вскрыть и лечить хирургическим путем.

При острых кондиломах вульвы иногда примочки из 1/2—1% раствора Argenti nitrici ведут к их постепенному уменьшению и даже исчезновению.

Тщательное соблюдение чистоты и назначение дезинфицирующих ванночек обычно делают излишним удаление разрастаний острыми инструментами, паке-леном или рентгеновскими лучами.

В последнее время выясняется, что при хронической гоноррее следует уделять внимание и лечению ходов Scene, нередко являющихся местом скопления гонококков. Гейльман, по предложению Гораша, изучал этот вопрос и подтвердил, что пазухи эти действительно являются одним из мест развития хронической гонорреи и требуют, наряду с другими очагами поражения, специального лечения.

Лечение гонорреи влагалища приходится проводить нечасто, так как орган этот у взрослых женщин, как было уже отмечено, поражается

гонорреей очень редко. Однако я при всех формах гонорройных страданий, особенно при обильных выделениях из шейки, как правило, после успокоения острого периода болезни назначаю дезинфицирующее спринцевание не столько в целях уничтожения гонококков, сколько из соображений гигиенических.

В тех случаях, когда имеется и гонорройный кольпит, после произведенного спринцевания я обнажаю влагалище зеркалами и обрабатываю все его складки и бухты, обильно смазывая 2% раствором *Argenti nitrici*.

Спринцевание мной назначается не менее 2 раз в день любыми дезинфицирующими средствами, но преимущественно слабыми растворами *Kalii hypermanganici*.

При хронических упорных кольпитах я неоднократно получал хорошие результаты, применяя при спринцевании *Zincum chloratum* и *Aq. destill.* по чайной ложке на 4 стакана воды.

Спринцевание должно производиться едва теплыми растворами с помощью свежeproкипяченного влагалищного наконечника из эсмарховской кружки, лучше всего в сидячем положении, чтобы раствор из влагалища легко стекал наружу. Следует спринцеваться слабой струей, а поэтому кружка должна висеть не выше полуметра над местом сидения.

Лечение гонорреи шеечного канала в общем ничем не отличается от лечения уретрита.

Однако несомненно, что лечение гонорреи шеечного канала имеет основное значение не только потому, что именно эта форма гонорреи женщины является самым частым заболеванием, принимающим скрытый бессимптомный характер, и в то же время служит нередко для распространения инфекции, но и вследствие особой склонности открытой формы гонорреи переходить в скрытую путем дальнейшего восхождения гонококков в полость матки, в трубы и т. д.

Мы придерживаемся того мнения, что активная терапия уместна и здесь только после полного затихания острого процесса.

Именно в шейке с ее глубокими ветвящимися железами и складками лечение гонорройных цервицитов требует особого внимания и настойчивости, давая хорошие результаты только после того, как нам удастся изгнать гонококка из всех других участков половой сферы.

И здесь острый период проводится при соблюдении покоя и применении тех общих мер, о которых мы говорили при лечении уретрита.

С наступлением затихья начинают активную терапию, которая проводится с помощью шеечных палочек, смазывания слизистой шейки, промывания ее, электрокаутеризации и пр.

Шеечные палочки отличаются от уретральных. Они должны быть длиной в 7 см и толщиной в 3 мм и заключают в себе препараты серебра, чаще всего 10% протаргол.

Можно вводить в шейку и прижигающие жидкости на плейферовском зонде, однако надо делать это очень осторожно, чтобы не пройти за внутренний зев. Предварительно до введения палочки или смазывания шеечного канала лучше всего очистить шейку, обнажив влагалище ложкообразными зеркалами, и удалить ватным шариком слизь не только из влагалища, но и с поверхности влагалищной части матки. После этого следует протереть и шеечный канал тем же плейферовским зондом, конец которого, обмотанный ватой, смачивается 10% раствором соды, и затем уже таким же зондом ввести в шейку прижигающую жидкость, по своему составу и концентрации ничем не отличающуюся от тех, которыми мы пользуемся при лечении уретритов.

Необходимо, однако, отметить, что именно гоноррея шеечного канала нередко представляет непреодолимые трудности для лечения. Даже опытный врач при условии, что больная терпеливо и аккуратно проводит длительное лечение, подчас не получает желаемого эффекта. Цервицит упорно держится, воспаление переходит со слизистой в ткань самой шейки. В этих случаях мы и наблюдаем упорную эрозию, которая долго не поддается нашему лечению.

Вот почему особого внимания заслуживают поиски более активного и эффективного лечения гонорройных цервицитов и упорных гонорройных эрозий.

Кватер и его клиника предлагает с помощью поверхностной электрокоагуляции стерилизовать эрозию, а глубокой коагуляцией разрушать глубокие очаги инфекции, что ведет к распаду продуктов разрушения ткани и всасыванию их и является, по мнению авторов, методом аутопротеинотерапии.

Случаи цервикальной гонорреи заслуживают особого внимания врача. Он должен поставить себе задачей излечить этот упорный процесс и избавить больную от эрозии, которая является часто предвестником более грозного заболевания — рака шейки матки.

Эрозия, конечно, не является особой формой заболевания. Это только симптом чрезвычайно различных форм патологии. Поэтому трафаретное лечение эрозии, состоящее обычно в прижигании ее различными способами, по существу неверно.

Я хотел бы только предупредить, что преступно, с моей точки зрения, бесконечно помногу раз прижигать эрозию, какого бы происхождения она ни была. Можно испробовать прижигание 3—4 раза и, если оно не дает несомненных и быстрых результатов, следует непременно отказаться от него и перейти на более бережный и щадящий метод.

Бартельс, Побединский и Фомина из клиники Малиновского рекомендуют при лечении эрозии и эндоцервицитов пользоваться цервикальной пинкиногальванизацией, замененной авторами впоследствии интрацервикальной поногальванизацией с аммонийными растворами солей серебра. В своей статье они подробно излагают и технику этой несложной процедуры.¹

Если амбулаторное лечение хронических эрозий не приводит к излечению, врач обязан направить такую больную в стационар, где может быть окончательно поставлен диагноз, а в случае необходимости применено оперативное лечение неподлежащего консервативной терапии процесса.

Я уже давно перестал в этих случаях производить раньше очень распространенную операцию — удаление шейки матки по К. Шредеру — и обычно производжу в этих случаях операцию Штурмдорфа.

Гоноррею матки многие делят на *endometritis* и *metritis gonorrhoeica*. Мы уже в соответственной главе говорили о том, что такое деление существует только в теории, что именно воспаление матки чаще всего захватывает оба отдела этого органа и должно носить название *metro-endometritis*. Как утверждает Р. Шредер, слизистая оболочка матки, вследствие циклического отторжения большей ее части, обладает способностью самоизлечения после нескольких менструальных циклов. Несомненно, это соображение верно для ряда случаев. Однако гоноррея имеет известную склонность к самоизлечению и в слизистых, не подвергающихся периодическим отторжениям, как, например, в шейке матки или в уретре.

Таким образом, связано ли излечение слизистой оболочки матки, как правило, с периодическим отторжением большей части ее или оно обуславливается общей склонностью гонорреи к самоизлечению, для меня является вопросом нерешенным.

Мне кажется, что именно отторжение слизистой оболочки и образование раневой поверхности в матке, особенно вследствие того, что гонококк скопляется в базальном слое слизистой, могут способствовать не излечению, а, наоборот, распространению и частому переходу процесса из острого в хронический.

Именно в матке мы так часто находим изменения, этиология которых далеко не всегда может быть выяснена нами и которые мы так легко называем эндометритами.

Нет никакого сомнения, что гоноррея годами может оставаться только в шейке (хотя и это оспаривается) и только впоследствии переходить в полость матки.

Вопрос, поражена ли полость матки или же она остается еще свободной от инфекции при имеющемся воспалении слизистой оболочки шейки, далеко не всегда решается легко. Можно считать матку уже пораженной, если она увеличена и чувствительна и если характер белей говорит за их происхождение не только из шейки, но и из полости матки.

¹ Гинекология и акушерство, стр. 54, № 6, 1933; стр. 39, 1937.

Строго воздерживаясь от каких-либо методов внутриматочной терапии в острых случаях, при поражении одной только шейки и в начальных стадиях гонорройных метро-эндометритов, мы в хронических случаях переходим к активному лечению, вводя лекарственные вещества уже в полость матки.

При лечении полости матки мы пользуемся теми же препаратами, главным образом серебра, которые применяются и при лечении других областей, пораженных гонококком.

Из методов введения лекарства в полость матки мы отдаем предпочтение смазыванию полости матки крепкими растворами с помощью зонда Плейфера или Менге.

Смазывание производится 2—3 раза в шестидневку. В первые часы после манипуляции оно нередко вызывает увеличение количества выделений и некоторую болезненность, но зато в ближайшие же дни сами больные нередко наблюдают значительное улучшение всех симптомов болезни. Я пользуюсь для смазывания полости матки рядом медикаментов, как: 5—10% *Argentum nitricum*, 40% *Formalin*, 10% *Zincum chloratum* или обычным препаратом — *t-ra Jodi*.

2. *Лечение восходящей гонорреи.* В острых случаях восходящей гонорреи или в периоды обострений ее лечение должно ограничиваться исключительно постельным режимом и строгим соблюдением покоя. И здесь, как и при острой открытой гоноррее, активное вмешательство может нанести только большую вред, способствуя распространению и еще большему обострению процесса.

Обычно наши предписания остаются в кровати и соблюдать полный покой в этих случаях тщательно соблюдаются больными, так как сама болезнь страшит их, да и резко выраженные симптомы не позволяют им вставать.

Труднее удерживать больных в кровати по прошествии уже нескольких дней, когда температура спадает, а боли прекращаются. Между тем именно при гонорройном поражении труб, яичников или брюшины длительное соблюдение покоя в течение 4—6 недель является лучшей гарантией для благополучного исхода болезни. Врач должен помнить это и уметь удержать больную возможно дольше в постели, предупредив об этом уже в начале острого периода.

Из лечебных мероприятий мы обычно останавливаемся на назначении льда на нижнюю часть живота, при болях же применяем наркотические свечи. Необходимо строго следить за своевременным опорожнением кишечника и мочевого пузыря, а из медикаментов назначать внутрь только общие дезинфицирующие вещества, как *Urotropin* или *Salol*. В последнее время некоторыми авторами получены положительные результаты от лечения белым стрептоцидом гонорройных поражений.

По прошествии острого периода, через 4—6 недель после начала заболевания, можно уже приступить и к более активной терапии.

Цель этой терапии состоит в возможно большей гиперемизации всех тазовых органов и тканей для того, чтобы максимально повысить местные защитные силы организма и путем притока крови усилить процессы рассасывания воспалительных продуктов. Эти меры, однако, должны проводиться с большой осторожностью, так как преждевременное вмешательство нередко ведет к значительному обострению и длительному ухудшению процесса.

Из мер, способствующих гиперемизации тканей, применяются: согревающие компрессы и тепло на область живота, горячие влагалитные души, спринцевания, лечение светом в различных его формах, диатермия, грязевое лечение, массаж и пр.

Мы обычно начинаем терапию рассасывания с назначения больших, на всю область живота, согревающих компрессов, которые больная накладывает на всю ночь. Если больная хорошо переносит эту процедуру и температура остается нормальной, мы начинаем лечение горячими душами, назначая вначале по 2 л в 38°, не сильной струей в сидячем положении (над биде). Эта процедура проводится ежедневно, причем постепенно температура воды доходит до 45°, а количество горячей воды — до 4—5 л. Если и это лечение проходит успешно и дает несомненное улучшение, мы можем постепенно усиливать его, переходя на светолечение, электролечение и грязелечение.

Для лечения последствий воспалительных поражений труб и яичников врач располагает, на мой взгляд, приносящим несомненную пользу и очень удобным для амбулаторного проведения методом лечения ихтиоловыми или тигеноловыми тампонами. Чаще всего мы пользуемся для этих тампонов 5—10% раствором ихтиола в глицерине (Sol. Ichthyoli in glycerini 5—10%).

Кусок ваты, свернутый в шарик, который может поместиться во влагалище, перевязанный недлинной прочной ниткой, смачивается в растворе ихтиола и после обнажения зеркалами влагалища шейки матки и удаления из него слизи и гноя вводится во влагалище. Через 21—24 часа больная за нитку, свисающую наружу, сама удаляет введенный тампон. Вместо этой процедуры можно с успехом пользоваться так называемой *колумнизацией*. Вместо ватного тампона в этих случаях мы вводим во влагалище полоску марли (кусочек бинта шириной в 10—12 см, длиной в $\frac{1}{2}$ м). Две трети этой полосы смачиваются раствором ихтиола, нижняя же треть остается сухой и после введения препятствует истечению из влагалища жидкого секрета и лекарства. Эта полоса через 12—24 часа также извлекается за нижний ее конец самой больной.

Одновременно с назначением ряда местных процедур можно воспользоваться и методами общего лечения.

К сожалению, протениновая терапия и *therapia saterilisans magna* в виде введения трипофлавина, колларгола и других препаратов, лечение воздействием высоких температур и даже привитием больным малярии не оправдали себя.

Однако в настоящее время все настойчивее и настойчивее раздаются голоса за эффективность вакцинотерапии или в виде введения аутовакцины, или в форме поливалентной вакцины убитых гонококков, или, наконец, путем введения живых гонококковых культур.

Мы не получали выраженных положительных результатов при неоднократном применении вакцинации в различных ее видах и формах, однако полагаем, что решение этого вопроса далеко еще не может считаться законченным.

Наконец, при лечении восходящей гонорреей в некоторых случаях может стать вопрос об оперативном лечении, к которому должна быть причислена и временная стерилизация женщины рентгеновскими лучами. Оперировать следует возможно радикальнее.

Об оперативном лечении гнойных придатков уже было изложено нами в одной из предыдущих глав. Мы прибегаем к этому методу лечения только в исключительно редких случаях, когда все прочие способы лечения, длительно применявшиеся, не давали положительных результатов.

В последнее время Вагнер рекомендует при гнойных придатках удалять придатки, резецируя только дно матки и оставляя хотя бы часть яичника. Ввиду хороших результатов, полученных этим компетентным гинекологом, я полагаю, что у молодых больных эта операция может найти применение.

3. Лечение гонорреей во время беременности. Лечить гоноррею, обострившуюся или свежеприобретенную во время беременности, чрезвычайно важно, так как это, во-первых, предупредило бы возможность восхождения ее, что так часто наблюдается именно после родов, и сверх того обезопасило бы новорожденного от бленорреей глаз.

Однако лечение гонорреей во время беременности, особенно гонорреей шейки, встречает много препятствий и трудностей. Активное лечение шейки может повести к раздражению матки и аборту. Сами внутришечные манипуляции могут понизить стойкость нижнего полюса яйца и вести к разрыву яйцевых оболочек.

Эти соображения заставили Аша проводить лечение гонорреей у беременных только до пятого месяца с помощью введения в шеечный канал мази из *Argentum nitricum*. Такая мазь, введенная в шейку, образует в ней пробку, остающуюся здесь на несколько дней.

Мне кажется, что если уже бояться аборта, то следует его бояться именно в первой половине беременности, а не во второй, когда беременность нарушается труднее. Поэтому правы те, кто проводят лечение в течение всей беременности, причем пользуются введением шеечных палочек и назначением спринцеваний $\frac{1}{3}$ % раствором молочной кислоты.

4. Лечение гонорреи у девочек.

При лечении детской гонорреи прежде всего следует помнить, что далеко не все выделения из половых органов могут быть отнесены за счет гонорреи. Выраженные выделения могут вызываться присутствием *Oxuris*, являться следствием раздражения у девочек, занимающихся мастурбацией, и даже развиваться после введения во влагалище посторонних тел.

Однако большинство случаев — по исчислению Яшке три четверти всех вульвовагинитов — должно быть отнесено за счет гонорреи.

В тех случаях, когда выделения наблюдаются длительно, имеют гнойный характер и ведут к экскориациям на вульве, гонорройный характер заболевания почти несомненен.

Чаще всего к врачебной помощи прибегают при острой форме вульвовагинита, обращающей на себя внимание матери, и значительно реже при хронической, которая протекает чрезвычайно скрыто.

Как уже говорилось раньше, инфицирование чаще всего происходит от контакта ребенка с больной гонорреей матерью или домашней работницей при совместном спанье, пользовании одним и тем же полотенцем или губкой, через ванну.

Однако наблюдались случаи заражения при изнасиловании ребенка, при попытках к соитию между детьми.

Общая картина болезни в свежих случаях — гнойные выделения из половых органов, слипание больших и малых губ. Кожу наружных половых органов находят покрасневшей и слегка отечной. Притрагивание к ней очень болезненно.

Гонорройный процесс поражает главным образом вульву, но очень часто и влагалище, и уретру. Только в редких случаях он поднимается и выше, в матку и даже в трубы. Значительно чаще, чем у взрослых, у детей поражается гонорреей и прямая кишка.

Можно думать, что неясные формы перитонитов и абсцессов в тазу у молодых девушек также являются следствием перенесенной гонорреи.

Часто болезнь протекает без симптомов, и мать узнает о ней только по гнойным пятнам на белье у ребенка. В других случаях появляется жжение и зуд в наружных половых органах и даже боли при мочеиспускании.

Аш утверждает, что нелеченная или не полностью излеченная гоноррея девочки может послужить источником инфекции ее будущего мужа при первом же сношении.

Прогноз детской гонорреи, требующей длительного лечения, в общем благоприятен, так как поражение верхних путей наблюдается очень редко, хотя не исключена возможность метастазирования инфекции и развития полиартрита.

Лечение вульвовагинитов в последнее время проводится все более и более настойчиво. Мне до сих пор представляется излишним сразу же прибегать к спринцеваниям, промываниям или смазываниям различными прижигающими и дезинфицирующими средствами влагалища и уретры девочки (Фритш, Менге, Аш).

Обычно я требую соблюдения тщательной чистоты, ношения закрытых панталон, удаления от девочки всех, кто может служить источником заражения, в острых случаях — покой. Хорошее действие оказывает ежедневное назначение тепловатых ванн и обмывание половых органов раствором сулемы.

Только в тех случаях, когда выделения не прекращаются, я рекомендую спринцевание влагалища раствором сулемы, *Argentii nitrici*, аргентамином, колларголом или иным убивающим гонококк препаратом, что легко можно сделать с помощью тонкого нелатоновского катетера и большого шприца. В упорных случаях можно проводить и лечение уретральными палочками, вводя их во влагалище девочки. Так как эта процедура должна повторяться ежедневно и даже по 2 раза, мать должна научиться выполнять ее.

Я не имел повода лечить местными процедурами уретрит при вульвовагинитах у детей и полагаю, что едва ли в этом имеется необходимость.

Длительность течения гонорреи у девочек очень велика: выздоровление наступает только после многих месяцев лечения, причем требуется наблюдение над больной в течение не менее двух лет.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулез женских половых органов представляет собой заболевание далеко не редкое.

Статистические сведения указывают нам, что туберкулез внутренних половых органов при вскрытии трупов обнаруживается приблизительно в 2% случаев (Панков).

Несомненно, что распространение туберкулеза в женских половых органах в различных странах различно. Так, например, в Италии туберкулез половых органов наблюдается в 10% случаев [Песталоцца (Pestalozza)]. Частота туберкулеза в различных местах одной и той же страны также неодинакова. Так отмечают, что в условиях жизни промышленных центров он встречается чаще, чем в деревне. Панков считает, что в среднем среди оперируемых хронических гнойных придатков туберкулезное поражение встречается в 10% случаев.

Туберкулез половых органов может поражать все отделы полового тракта, начиная от наружных органов и кончая трубами, яичником и брюшиной, и встречается во всех возрастах. Однако чаще всего его находят у женщин в периоде полового расцвета и в особенности во втором и третьем десятилетии.

Чаще всего туберкулезом поражаются трубы — по статистике Панкова в 80—85% случаев. Почти в половине всех случаев туберкулез труб сопровождается одновременным поражением и матки.

В матке туберкулез чаще всего встречается в теле ее, значительно реже заболевает шейка и влагалищная часть матки.

Поражение яичников, влагалища и вульвы находят почти так же часто, как и туберкулез матки.

По материалу фрейбургской клиники Кренига, Панков на секционном материале из 389 случаев туберкулеза половых органов приводит следующие проценты частоты поражения различных органов:

Туберкулез труб	85,4
> матки	51,5
> яичников	12,4
> влагалища	8,8
> вульвы	0,7

Принято различать две формы туберкулеза половых органов: первичный туберкулез, когда туберкулезная палочка, проникая в организм извне, дает первый очаг в половых органах, и вторичный, если туберкулез переносится в половую сферу из другого, уже существующего в каком-либо органе очага.

Развитие первичного туберкулеза можно теоретически допустить в тех случаях, когда туберкулезные бактерии приносятся в половые органы кровеносным или лимфатическим путем из легких или кишечного тракта, или, наконец, просто из какой-либо раневой поверхности, оседают в этих органах

и вызывают здесь первые туберкулезные изменения, не давая фокусов на месте своего внедрения.

Можно также теоретически допустить развитие первичного туберкулеза в женских половых органах путем случайного внесения туберкулезной инфекции во влагалище женщины, например, руками исследующего — страдающего туберкулезом врача или акушерки.

Обращала на себя большое внимание исследователей возможность первичной инфекции женщины при половых сношениях с мужчиной, больным туберкулезом яичек или придатков. Неоднократно было доказано, что сперма таких больных может содержать туберкулезные палочки.

Однако в настоящее время на основании изучения обширного секционного материала установлено, что первичный туберкулез половой сферы можно встретить только в исключительно редких случаях.

Даже туберкулез, получаемый путем половых сношений с больным туберкулезом яичка, встречается так редко, что почти не имеет никакого практического значения.

Вот почему многие крупные специалисты, как Аманн, Штеккель и др., не признают возможности первичного туберкулеза в женских половых органах и считают эту форму, если она и имеется, за исключительную редкость.

Таким образом, при половом туберкулезе женщины дело обычно идет о туберкулезе в т о р и ч н о м.

Эта форма полового туберкулеза может образоваться также различными путями. Так, туберкулез может распространяться на женские половые органы из расположенных рядом пораженных туберкулезом органов, например, со стороны кишечника. Он может быть принесен сюда гематогенным или лимфогенным путем.

Повидимому, гематогенный путь является наиболее частым способом распространения туберкулеза на половые органы женщины.

Большой секционный материал с убедительностью говорит нам, что чаще всего туберкулез приносится к половым органам из hilus легких и лимфатических желез этого органа, являющихся чаще всего первичным местом развития туберкулезной инфекции. Отсюда бактерии туберкулеза увлекаются током крови и приносятся к капиллярной сети, чаще всего трубы, особенно к ее абдоминальной части. Из этих капилляров туберкулезная палочка проникает к просвету трубы и вызывает сначала в слизистой оболочке трубы первые туберкулезные изменения, которые затем уже распространяются на всю толщину стенки трубы.

Частота заболевания половых органов бугорчаткой при поражении легких, повидимому, действительно велика. Так, Горизонтов, правда, на небольшом клиническом материале, определяет ее в 9,5%, а некоторые авторы даже в 25% случаев.

Как установлено и для других органов, далеко не каждое внедрение туберкулезных бактерий в половые органы ведет к развитию в них инфекции.

Для возникновения туберкулезной инфекции в тканях необходимо какое-то индивидуальное, наследственное предрасположение и какие-то благоприятные для этого условия. Несомненно, что целый ряд общих и местных причин способствует возникновению туберкулеза. Так, например, заболеванию половым туберкулезом, несомненно, благоприятствует гонорройная и сифилитическая инфекции, а также различные виды недостаточности и пороков развития половых органов.

Клинический материал убеждает нас в том, что туберкулез женских половых органов особенно часто можно встретить при недоразвитых матках и трубах, при различных пороках половых органов, при гипоспадии и псевдогермафродитизме.

Большую роль в возникновении туберкулеза играет и послеродовая инфекция. Так, нередко можно наблюдать, что туберкулез половых органов женщины появляется после тяжелой и длительной послеродовой или послеабортной инфекции.

Как было отмечено, чаще всего из половых органов туберкулезом поражаются трубы, именно их абдоминальная часть.

Проникающие в просвет туберкулезные палочки могут вызвать в слизистой оболочке прежде всего катарральное воспаление, которое нередко заканчивается полным выздоровлением.



Рис. 237. *Pyosalpinx tuberculosa bilateralis*.

Если процесс распространяется дальше, он ведет к постепенному утолщению трубы, превращая трубы в очень выраженных случаях в объемистые воспалительные опухоли, даже не помещающиеся в малом тазу, а поднимающиеся из него выше плоскости входа (рис. 237).

Вначале увеличенная до толщины пальца труба, грубая и плотная наощупь, обычно четкообразно утолщается, особенно в близком к матке участке, давая картину *salpingitis isthmica nodosa*.

Гегар считал эту картину особенно характерной для туберкулеза труб. Однако мы сейчас хорошо знаем, что эта форма трубы встречается не только при всех прочих видах воспалительных процессов в трубе, особенно при гонорройном, но и при процессе, носящем название *adenomyosis tubae*.

При гистологическом исследовании пораженной туберкулезом трубы мы находим главным образом в складках ее слизистой типичные туберкулезные бугорки с характерными для них гигантскими клетками. Поверхностный эпителий складок слизистой сливается, складки срастаются друг с другом, утолщаются и образуют целые гнезда туберкулезных очагов (рис. 238), которые, сливаясь в одну общую массу, могут совершенно вытеснить нормальную ткань слизистой оболочки трубы.



Рис. 238. Срез через пораженную туберкулезную трубу. Многочисленные гигантские клетки.

Туберкулез трубы обычно ведет и к заращению абдоминального конца ее. Образовавшийся после этого пиосальпинкс заполняется распадом тканей казеозного характера, имеющим то более жидкую, то более плотную консистенцию.

Туберкулезные бугорки из слизистой оболочки проникают в толщу самой трубы, разрушают ее ткани, изменяя нормальную структуру настолько, что в далеко зашедших случаях в стенках трубы невозможно бывает различить свойственные ей слои.

Наконец, туберкулезные бугорки проникают на серозную поверхность трубы, что может вести к образованию прочных сращений с соседними органами — кишечником, сальником, червеобразным отростком, — спаивающих трубу с этими органами в один общий конгломерат, в толще которого могут образоваться полости, наполненные экссудатом.

Возможна и иная форма туберкулеза труб. В этих случаях вначале поражается не слизистая оболочка трубы, а ее серозный покров. Чаще всего здесь дело идет о контактном переходе туберкулезного процесса на трубы из соседних органов.

Нередки случаи, когда вся серозная оболочка усеяна мелкими туберкулезными бугорками, в то время как другие отделы трубы остаются совершенно здоровыми.

Туберкулез матки чаще всего сопровождается туберкулезом трубы. Симмондс (Simmonds) при 100 случаях туберкулеза трубы нашел матку пораженной 65 раз (цит. по Ламу). Таким образом, при туберкулезе матки инфекция распространяется в большинстве случаев нисходящим путем. Однако возможно и гематогенное или лимфогенное поражение матки и развитие туберкулеза только в этом органе.

Чаще всего поражается тело матки, особенно в области трубных отверстий. В полости матки можно различать или острую милиарную форму туберкулеза слизистой оболочки матки, или более частую диффузную, казеозную форму эндометрита. В начальных стадиях заболевания микроскопически определяют в эндометрии инфильтрацию, появление гигантских клеток и бугорков. В более поздних периодах туберкулез уже определяется невооруженным глазом, особенно при появлении казеозного распада.

Процесс постепенно распространяется вглубь, проникает в мышечный слой и разрушает его. Вся поверхность матки покрывается казеозными массами; содержатся ломкие обрывки тканей. Казеозные массы все более и более заполняют полость матки, растягивают ее, вследствие чего весь орган может оказаться резко увеличенным. Нередко дело доходит до образования пиометры.

Распространение **туберкулеза на шейку** наблюдается очень редко. Еще реже шейка заболевает туберкулезом самостоятельно, вне зависимости от тела матки.

Туберкулезное поражение шейки чаще всего локализуется в области наружного маточного зева. При исследовании зеркалами определяют язвенную поверхность, которая, распространяясь, может переходить на влагалищную часть матки и даже на стенки влагалища. В других случаях образующийся конгломерат становится похожим на папиллярную опухоль и по своему виду напоминает карциному или саркому шейки матки.

Туберкулез влагалища встречается очень редко, как будто у детей чаще, чем у взрослых. Он может развиваться и гематогенным путем. Обычно туберкулезные язвы мы находим в заднем своде или вблизи входа во влагалище. Таким образом, туберкулез влагалища чаще всего имеет вид язвы с подрытыми краями, дно которой покрыто казеозными массами. Можно наблюдать здесь и туберкулезные бугорки.

Туберкулез вульвы протекает или в форме развивающейся здесь туберкулезной язвы, или как *lupus*, который может распространиться по всей поверхности вульвы и даже захватить нижний отрезок влагалища. Туберкулез вульвы может способствовать развитию *elephantiasis vulvae* и имеет какую-то связь с *ulcus rodens*, о чем было уже упомянуто в главе о заболеваниях наружных половых органов.

Туберкулезное поражение **брюшины малого таза** встречается далеко не редко. Однако выраженные формы туберкулеза брюшины с поражением брюшины как париетальной, так и висцеральной мы встречаем сравнительно редко.

Вопрос о том, как распространяется туберкулез на брюшину, не может считаться решенным. Едва ли, однако, он распространяется на брюшину из полости труб. Против этого говорит то обстоятельство, что у мужчин туберкулез брюшины наблюдается так же часто, как и у женщин, несмотря на то, что у мужчин половая сфера, как известно, полностью отделена от брюшной полости.

Очень нередко первые проявления туберкулеза брюшины можно обнаружить на дне дугласова пространства. Это дает повод думать, что попадающие в брюшную полость туберкулезные бактерии по закону тяжести опускаются в таз.

Анатомическая картина туберкулеза брюшины бывает чрезвычайно разнообразной. Милиарные бугорки, рассеивающиеся как по висцеральной, так и париетальной брюшине, могут вести к образованию значительных экссудатов, к спайкам между органами и к образованию из них целых конгломератов.

В зависимости от характера анатомической картины туберкулезного перитонита можно различать два его вида: *peritonitis exsudativa* — с образованием иной раз инкапсулированных скоплений жидкости и *peritonitis sicca*, когда экссудация невелика, но зато особенно выражены процессы образования сращений и слияния органов, приводящие к тому, что почти весь кишечник и все органы брюшной полости образуют один клубок, одну общую массу, часто поражающую своими небольшими размерами. При этих тягчайших сращениях удивительным образом продолжается перистальтика кишечника, его функциональная работа. Осумкованные перитонитические экссудаты могут образовать так называемые псевдокисты, которых можно найти иной раз по нескольку в брюшной полости.

При туберкулезном перитоните, как правило, поражается бугорковым процессом и сальник, обращаясь иной раз в большую опухоль, в виде толстого фарфука располагающуюся между передней брюшной стенкой и кишечником.

Почти всегда при туберкулезе брюшины поражается и яичник. Часто туберкулез яичника комбинируется с туберкулезом труб и редко с туберкулезом матки. Чаще всего яичник окутан сращениями, после освобождения от которых он может иметь совершенно нормальный вид. Однако в некоторых случаях в яичниковой ткани могут образоваться абсцессы, которые, сливаясь в одну общую полость, ведут к образованию *ruoovarium*, в котором обычно мы находим и другие формы инфекции, последовательно проникающие в гнойник.

Туберкулез был обнаружен неоднократно и на опухолях яичника — как на кистаденомах, так и на дермоидах.

Клиническое течение

Клиническое течение туберкулеза женской половой сферы в громадном большинстве случаев отличается чрезвычайной медленностью. Очень часто можно наблюдать формы, протекающие даже без повышения температуры или только с периодическими подъемами ее.

Боли могут совершенно не беспокоить больную. Часто поражает нас полное отсутствие симптомов даже при выраженном процессе, который бывает обнаружен нами только случайно. Пожалуй, отсутствие субъективных жалоб при значительных объективных изменениях нередко может служить до известной степени даже диагностическим признаком для туберкулеза. Далеко не всегда мы наблюдаем у этих больных и пониженное состояние питания. Менструация может приходиться совершенно нормально, в других случаях наблюдается дисменоррея, аменоррея и даже меноррагии.

Таким образом, изменения менструального цикла при туберкулезе половой сферы не представляют ничего характерного для этой болезни.

В начальных периодах процесса даже не понижается способность к зачатию. В тех же случаях, когда болезнь уже значительно продвинулась, наблюдается бесплодие.

Даже туберкулезный перитонит может протекать почти бессимптомно и может наблюдаться у хорошо упитанных женщин, которые жалуются врачу только на увеличение размеров живота.

В редких случаях туберкулез половых органов все же протекает с выраженными симптомами. Температура поднимается и долго держится на высоких цифрах, появляются ознобы, боли в животе, иногда даже очень резкие, быстрое исхудание. В этих случаях туберкулеза болезнь обычно довольно быстро оканчивается летально.

Диагностика туберкулезного поражения женской половой сферы

Диагностика туберкулезного поражения женской половой сферы и ее наиболее частой формы — туберкулеза труб — представляет очень часто большие трудности. Диагноз туберкулеза наружных половых органов, влагалища и влагалищной части матки, конечно, ставится путем осмотра имеющихся поражений. Однако нередко для распознавания туберкулезных изменений этих органов приходится прибегать к микроскопическому или бактериологическому исследованию, чтобы отличить их от раковой язвы или первичного сифилитического склероза.

Диагноз измененных туберкулезом придатков труден потому, что вообще все виды воспаления труб протекают однообразно. Так, *salpingitis nodosa*, четко-образные трубы, трубы в форме реторты — все эти обнаруживаемые при пальпации изменения свойственны не только туберкулезу, но и гоноррее, и сальпингитам, и пиосальпинксам других форм бактериальной инфекции и инфекции смешанной.

Особенно характерно для туберкулеза обнаружение в заднем своде — в брюшине дугласова пространства — при исследовании *per vaginam* или *per rectum* многочисленных твердых, различной величины узелков.

Однако и этот признак не всегда является решающим, так как, хотя и редко, хронические, нетуберкулезного характера перитониты также могут производить впечатление узелков. Сверх того, аналогичная картина может быть определена нами при метастазах рака или особенно при распространении на брюшину дугласова пространства папиллярных разрастаний при папиллярных кистах. Тем не менее этот признак является очень ценным, так как с помощью анамнеза и объективного исследования обычно удается отличить рак или папиллярную кисту от воспалительного процесса хотя бы по тому, что рак встречается в более позднем возрасте, а за папиллярную кисту говорит наличие опухоли.

Большое значение для диагноза, конечно, имеют анамнестические данные и исследование больной. Если в анамнезе мы находим указания на наследственное предрасположение, если питание плохое, если на коже больной обнаруживаются рубцы — следы бывших воспалений желез или поражений костей, если в половой сфере имеются выраженные явления инфантилизма или какие-либо ненормальности развития ее, или особенно если больная страдает туберкулезом легких, — во всех случаях всегда следует учитывать возможность поражения туберкулезом и половых органов женщины.

Во всяком случае диагноз туберкулеза половой сферы может быть поставлен до операции или до вскрытия только как предположительный и исключительно редко как несомненный.

Даже с помощью целого ряда лабораторных исследований мы не можем с уверенностью поставить этот диагноз.

Можно попытаться привить морской свинке секрет, выделяемый маткой женщины, подозрительной на туберкулез. Однако этот метод пока не дал нам желаемых результатов.

Повышение лейкоцитоза и реакция ускорения оседания эритроцитов также не дают нам каких-либо определенных указаний.

Большую надежду в смысле облегчения диагноза возлагали на впрыскивание больным альттуберкулина Коха. Бирнбаум получил, применяя этот диагностический метод, прекрасные результаты. Однако более точная проверка этого способа (Панков, Шлимперт) с гистологическим контролем пораженных органов показала, что после введения альттуберкулина можно получить выраженную очаговую реакцию в тех случаях, когда впоследствии туберкулез не был обнаружен, и, наоборот, реакция может выпадать там, где имеется выраженный туберкулезный процесс.

Такие же ненадежные результаты получены с другими туберкулезными реакциями, как конъюнктивальная реакция, кожная реакция Пирке, реакция этого же типа, поставленная на влагалищной части матки и пр.

Наиболее убедительным вспомогательным диагностическим методом некоторые авторы считают выскабливание слизистой оболочки матки и гистологическое исследование полученного материала. Можно одновременно сделать посев из полученного при выскабливании материала или привить его морским свинкам.

Этот метод основывается на сравнительно частом поражении слизистой матки, сопровождающем обычно туберкулез труб, и может в части случаев дать несомненные диагностические указания. Однако сам по себе он небезопасен, так как выскабливание может повести к резкому ухудшению туберкулезного процесса даже в тех случаях, в которых он выражен только очень незначительно.

Трудна диагностика и туберкулезного перитонита. Чаще всего при нем мы находим живот увеличенным и переполненным жидкостью (асцит). Если жидкость эта еще не инкапсулирована, она свободно передвигается в брюшной полости, что легко можно определить по изменению при перкуссии границ тимпанического звука и притупления.

При туберкулезном перитоните пальпацией живота в области пупка или в области желудка иной раз удается определить плотные, не имеющие определенных очертаний массы, образованные утолщенными участками сальника, пораженного туберкулезным процессом.

Исследованием *per vaginam* мы и здесь определяем характерные бугорковые разрастания в брюшине, покрывающей дугласово пространство.

При инкапсулированных экссудатах обычно удается прощупать кистозные образования и спаянные с ними петли кишечника, в которых иногда можно обнаружить даже движение газов.

Такие псевдокисты могут располагаться над входом в таз, и их нижний полюс с трудом достигается со стороны влагалища.

Очень легко такие псевдокистозные образования смешать с истинными опухолями яичников. Однако при внимательном исследовании *per rectum* нередко удается прощупать хорошо отграниченную матку, определить ее отношение к осящупываемым псевдокистам и этим исключить происхождение этих опухолей из яичника.

Таким образом, анамнестические данные и общее исследование организма совместно с исследованием половой сферы нередко все-таки позволяют установить диагноз туберкулеза половых органов с достаточной степенью достоверности.

Прогноз

Прогноз при туберкулезе половых органов женщины, если туберкулез ограничивается только половой сферой, может считаться вполне удовлетворительным.

В большей степени прогноз, конечно, зависит от распространенности процесса. Во всяком случае мы должны знать, что туберкулез половой сферы, несомненно, имеет склонность к излечению. Об этом свидетельствуют те регрессивные процессы, которые мы обычно находим в пораженных туберкулезом трубах, как, например, обильное отложение извести и ряд процессов распада, протекающих в туберкулезных тканях. К сожалению, излечению туберкулеза нередко препятствует его склонность к рецидивированию.

Чаще всего туберкулез в половых органах развивается очень медленно, и, пока он не перешел на другие органы, особенно на легкие, мы всегда имеем право рассчитывать на благоприятный исход. Предсказание плохо в том случае, если больная начинает лихорадить и появляется ряд симптомов, как ночные поты, ознобы, отсутствие аппетита и прогрессивное исхудание.

Несомненно, что и туберкулез брюшины может закончиться даже самопроизвольным излечением, а поэтому наш прогноз полностью зависит не столько от самого перитонита, сколько от первичного очага инфекции, чаще всего расположенного в легких.

Наступление беременности при туберкулезе половых органов я считаю моментом, значительно ухудшающим течение болезни, а следовательно, и наше предсказание. Нередко при этом наступает и самопроизвольный аборт.

Профилактика и терапия

Профилактика и терапия туберкулеза органов женской половой сферы входит в задачи общей профилактики туберкулеза, т. е. в задачи, которые у нас

в СССР стоят перед специальной государственной организацией, состоящей из сети туберкулезных учреждений, проводящей ряд широких санитарных и социально-профилактических мероприятий под руководством органов здравоохранения и при непосредственном участии общественности.

По понятным причинам я не могу здесь даже бегло остановиться на изложении хотя бы только одних основ этой громадной организации; с ними можно ознакомиться по курсам социальной гигиены и туберкулеза легких.

Хотелось бы только отметить, что в узкой сфере гинекологической и акушерской работы мы, пожалуй, обращаем недостаточно внимания на возможность перенесения туберкулезной инфекции от больного медперсонала на восприимчивых к ней рожениц, родильниц и оперированных больных.

Следует обращать больше внимания на то, чтобы в наших акушерских учреждениях, особенно в родильных комнатах и в послеродовых палатах, не работали врачи и акушерки, больные туберкулезом. Необходимо особенно внимательно следить за тем, чтобы женщины, страдающие туберкулезом легких, особенно с мокротой, содержащей бактерии, или женщины, страдающие подозрительными на туберкулез поносами, были бы для родов изолированы в специальных палатах и подвергались специальному уходу.

Лечение туберкулеза половой сферы подвергалось много раз пересмотру и изменениям.

Так, еще в 1881 г., Геле (Gehle) стоял на той точке зрения, что туберкулез половых органов ни в коем случае не следует лечить оперативно. Однако вскоре эта точка зрения, которая как будто была одно время особенно распространена, под влиянием учения Гегара подверглась пересмотру, и большинство гинекологов, следуя указаниям этого авторитетнейшего ученого, перешло на иную точку зрения, требующую большой активности, для того чтобы по возможности скорее устранить из организма пораженные туберкулезом очаги в половой системе.

При этом операция должна быть произведена, как учил Гегар, даже в тех случаях, когда туберкулез протекает, не давая никаких симптомов, из опасения, что даже такая скрытая форма туберкулеза в любой момент может привести к тяжелой общей miliarной форме.

Оперативная терапия туберкулеза женских половых органов проводилась при сотнях разнообразнейших форм этой болезни и привела к накоплению обширного материала, который, к сожалению, рассеивался среди сотен оперирующих гинекологов. Однако и этот материал постепенно выяснил нам, что оперативная терапия туберкулеза далеко не дает тех результатов, на которые вначале можно было рассчитывать.

Было доказано, что процент смертности при операции туберкулеза в среднем доходит до 10, превышая даже смертность при самых больших и тяжелых операциях, как, например, при раке матки.

Но, кроме этой большой цифры первичной оперативной смертности, операция нередко сопровождалась и целым рядом тяжелейших последствий, значительно понижавших ее ценность. Так, наблюдались случаи miliarного послеоперативного туберкулеза, переход латентной формы в активную, тяжелые вспышки легочного процесса и, наконец, как тяжелое последствие, не поддающееся излечению и крайне тягостное, — кишечные свищи и свищи передней брюшной стенки.

Все эти осложнения делают понятным, почему в настоящее время большинство гинекологов снова возвратилось к старой точке зрения и стало при туберкулезе женских половых органов предпочитать лечение консервативными методами лечению оперативному.

Консервативная терапия туберкулезных процессов, особенно наиболее часто поражаемых труб, яичников и брюшины, проводится способами, о которых уже была речь при лечении вообще гнойных тазовых процессов, а потому на этой терапии мы здесь останавливаться не будем. Однако именно туберкулезный процесс имеет свои особенности, требующие особых условий.

Прежде всего, протекая очень часто почти без симптомов, туберкулез может быть легко просмотрен и запущен, а между тем именно своевременное лечение его имеет особо важное значение для успеха терапии. Мы должны помнить, что ранние формы туберкулезного сальпингита или даже перитонита прекрасно поддаются лечению.

Достаточно таких нередко молодых женщин или девушек поставить в хорошие условия, особенно климатические, отправить на юг, усилить питание, назначить гигиенический режим — и туберкулез исчезает бесследно. Именно для туберкулеза половых органов климатические условия, режим работы и хорошая бытовая обстановка являются наиболее мощным фактором лечения этой тяже-

лой болезни. Особенно хорошее влияние оказывает на этих больных южный климат в соединении с морем, чему наиболее удовлетворяет пребывание на Южном побережье Крыма и на местных климатических курортах (Боровое, Чимган и др.).

Вольное значение в системе консервативного лечения туберкулеза вообще и туберкулеза женских половых органов в частности придается лечению туберкулином.

Панков, отрицательно относящийся к диагностической ценности туберкулина и туберкулиновой вакцины, считает применение туберкулина как терапевтический метод чрезвычайно эффективным.

Известно, что для успеха лечения туберкулином громадное значение имеет правильная и требующая большого опыта дозировка туберкулиновых инъекций.

Тот, кто решается проводить эту терапию у своих больных, должен быть хорошо знаком с деталями лечения и могущими появиться осложнениями. Это и заставляет меня отказаться от приведения обычной схемы введения туберкулина, а советовать гинекологам, желающим использовать этот метод лечения, непременно делать это под руководством специалиста фтизиатра.

В последние десятилетия к лечению туберкулеза половой сферы была привлечена и рентгенотерапия в форме рентгеновского глубокого облучения. Для этого обычно пользуются слабыми дозами, применяя кастрационные только в тех случаях, если процесс протекает с тяжелыми менструальными кровотечениями.

Естественно, что и при этом больные одновременно должны подвергаться общему лечению диетой, усиливающими организм медикаментами, как мышьяк, железо и т. п.

Однако именно при лечении туберкулеза половых органов невозможно во всех случаях придерживаться определенной схемы или догматических установок, но необходимо строить терапию соответственно локализации, распространенности и характеру процесса.

Так, если наша терапия туберкулезных поражений половых органов и должна быть по преимуществу консервативной, то во всяком случае могут наблюдаться формы, при которых операция почти неизбежна. К ним принадлежат случаи с постоянно повторяющимися тяжелыми обострениями в пораженных придатках, вследствие чего больная в течение ряда месяцев должна оставаться в кровати и не может продолжать своей профессиональной работы, дающей ей средства к существованию. Приходится оперировать и в тех случаях, когда туберкулезный процесс сопровождается тяжелыми кровотечениями, не поддающимися другим методам лечения, — в этих случаях врач как к последнему методу принужден бывает прибегнуть к оперативному лечению.

Оперативное лечение пораженных туберкулезом половых органов также проводится очень различно.

Лечение доступных глазу туберкулезных язв вульвы, влагалища и влагалищной части матки производится с помощью к а у т е р и з а ц и и, светолечения, выскабливания, иссечения пораженных очагов и может дать заживление. Однако необходимо помнить, что рецидивы туберкулезного процесса наблюдаются очень часто и что местное лечение должно сопровождаться рядом оздоровительных мер общего характера.

При заболеваниях слизистой оболочки матки многие гинекологи советовали производить простое выскабливание.

Однако известны случаи, когда после такого выскабливания развивался милиарный туберкулез, а случаи рецидивов наблюдались неоднократно. Вот почему рядом авторов (Дедерлейн, Шаута и др.) предложена более радикальная операция — тотальная экстирпация матки, позволяющая одновременно осмотреть придатки и особенно трубы.

При туберкулезном поражении труб далеко не решенным является вопрос о степени радикальности оперативного способа: следует ли удалять только пораженную часть, например, одну трубу, или производить полную кастрацию, иначе — удалять оба придатка с маткой. Очень многие операторы считают необходимым решать этот вопрос в зависимости от возраста больной.

Особенно спорным является вопрос об операции туберкулезного перитонита. И здесь, как и в прочих отделах половой сферы, опыт широкого опери-

рования почти при всех случаях туберкулезного перитонита привел к убеждению, что операция дает далеко не блестящие результаты. Тяжелые вспышки легочного туберкулеза, непосредственно после операции, развивающийся в некоторых случаях милиарный туберкулез, ряд осложнений в виде неизлечимых свищей — все это заставило и при этой локализации туберкулеза обратиться к консервативным методам, тем более, что было доказано, что и туберкулезный перитонит может быть полностью излечен консервативно.

В период широкого оперирования туберкулезного перитонита в ряде случаев было обнаружено, что иногда наступает выздоровление даже в очень тяжелых случаях, когда оператор, не решаясь закончить операцию, ограничивался только вскрытием брюшной полости, которую затем зашивал, не вводя даже распространенного в то время дренажа.

Эти наблюдения повели к разработке специальной методики оперативного лечения туберкулезного перитонита.

Одни операторы советовали вскрывать возможно широко брюшную стенку, видя в большом послеоперационном рубце фактор, влияющий на излечение. Другие, наоборот, предлагали делать небольшой разрез, позволяющий только удалить всю жидкость и обсушить брюшину тампонами. Наконец, третьи ограничивались только пункцией брюшной стенки или влагалитчных сводов с опорожнением перитонитической жидкости.

Было отмечено, что выздоровление особенно часто наступает при экссудативных формах туберкулезного перитонита; при сухих же формах вскрытие живота не дает никакого эффекта.

В последнее время и при лечении перитонитов, особенно экссудативных, все более и более обращает на себя внимание рентгенотерапия. При этом вопрос о том, следует ли перед облучением с помощью пункции опорожнить брюшную полость или это мероприятие является излишним, до настоящего времени окончательно не решен.

Мы видим, таким образом, что в современной терапии туберкулезного поражения половой сферы женщины применимы все методы, вплоть до оперативного, что нет определенной схемы лечения этого тяжелого страдания, что каждый случай заболевания должен быть оценен индивидуально, что оперативная терапия должна быть максимально ограничена и что она может найти применение только в тех случаях, когда процесс ограничивается исключительно половой сферой. При малейшем подозрении на заболевание других органов, особенно легких, эта терапия неуместна.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ

БЕСПЛОДИЕ — STERILITAS

Вопрос о бесплодии и его лечении, несомненно, является труднейшим вопросом нашей специальности. Вместе с тем перед его решением стоит каждый гинеколог чрезвычайно часто, так как отсутствие детей в большинстве случаев не только тяжело переживается женщиной, но и служит подчас причиной разлада в семье. Вот почему бесплодная женщина, стремясь стать матерью, готова на какие угодно жертвы, чтобы достигнуть своей цели.

Сказать некоторым женщинам, что они обречены на вечное бесплодие, равносильно вынесению им тяжелейшего приговора. Все это обязует врача, к которому обращаются женщины с жалобами на бесплодие, быть чрезвычайно осторожным, чтобы, с одной стороны, не вынести жестокого по отношению к бесплодной женщине решения, а с другой — не давать ей безосновательного повода к неосуществимым надеждам. Нам представляется недопустимым проделывать над такими больными ряд совершенно излишних в некоторых случаях исследований и особенно операций.

В вопросах бесплодия добросовестность и личная честность врача играют особенно большую роль, так как женщина в этих случаях готова на какие угодно жертвы и склонна подвергаться каким угодно мероприятиям лишь бы стать матерью.

Клиника учит нас, что больше 10% всех браков остаются бесплодными — стерильными. Однако было бы большой ошибкой, как это нередко и наблюдается, думать, что все эти случаи бесплодия являются результатом заболевания или, как часто говорится, «в и н ы» женщины, а не мужчины.

По новым данным, на основе большого клинического материала, можно думать, что только в трети бесплодных браков «в и н а» должна быть отнесена за счет болезни женщины.

В трети случаев муж является не непосредственной причиной бесплодия, но истинным виновником, так как он передал жене болезнь, сделавшую ее бесплодной. Наконец, в последней трети случаев мужчина уже является прямым виновником бесплодия, так как женщина при половом сношении с другими мужчинами может стать беременной.

Определение понятия стерильности

Как известно, зачатие происходит после слияния двух половых клеток — мужской и женской. Для зачатия необходимо выделение здоровых, годных для зачатия половых клеток, а также такое состояние половых аппаратов, которое обеспечивает этим половым клеткам возможность достигнуть друг друга и соединиться в одну клетку. Таким образом, для успеха зачатия мужчина должен быть в состоянии депонировать здоровую сперму во влагалище женщины; женщина же должна не только выделять здоровые, способные к оплодотворению яйца, но, сверх того, иметь такую половую сферу, которая могла бы способствовать проникновению спермы к месту оплодотворения яйца, движению оплодотворенного яйца в полость матки и имплантации его к слизистой этого органа.

Если мужчина оказывается неспособным ввести свою сперму при половом сношении во влагалище женщины, например, в случаях отсутствия эрекции или гипоспадии, или если внесенное им во влагалище семя не содержит год-

ных для оплодотворения элементов, то виновником бесплодия в таких случаях является мужчина. Наоборот, если женщина не выделяет здоровых яиц или не способна к восприятию мужского семени (отсутствие влагалища), или если введенное здоровое семя не может подняться кверху и соединиться с выделенным яйцом (например, вследствие зарастаний полового канала, заболевания слизистой матки или вследствие непроходимости труб), — в этих случаях виновником бесплодия является женщина. Бывают случаи бесплодных браков, при которых зачатие может наступить, но даже привившееся в полости матки яйцо, как правило, гибнет, и наступает или аборт, или преждевременные роды. Конечный результат этого процесса аналогичен бесплодию, брак остается бездетным.

В первом случае при невозможности зачатия мы говорим о *sterilitas*, стерильности, бесплодии, во втором, когда начавшаяся беременность прерывается рождением мертвого яйца, — следует говорить об *infertilitas*¹.

Различают два вида стерильности: первичная, когда брак остается бесплодным в течение четырех лет после начала половой жизни (если, конечно, не принимаются какие-либо противозачаточные меры). Этот срок в сущности выбран довольно произвольно, так как приходится далеко не редко видеть, что первая беременность наступает и после четырехлетнего бесплодия.

Однако опыт учит, что если брак остается бесплодным в течение 4 лет, то беременность наступает очень редко.

По имеющимся статистическим сведениям, только в 15% всех браков первые роды наступают через 10 месяцев после начала брачной жизни. В 6% до времени родов проходит 3 и больше лет. По прошествии 5 лет беременеет не более четверти всех женщин. Однако, как было уже отмечено, известны случаи первой беременности после 10, 15 и даже 17 лет брачной жизни.

В противоположность первичной стерильности в *вторичной стерильности* мы считаем такую, когда бесплодие наступает уже после происшедших одних или даже нескольких родов.

К этому виду стерильности принадлежит, например, стерильность, наступающая после первых родов, вследствие того что в послеродовом периоде произошло восхождение гонорреи, полученной женщиной еще до первой беременности, и развилась непроходимость обеих труб.

Как мы увидим дальше, причиной бесплодия, как мужского, так и женского, может явиться ряд чрезвычайно разнообразных заболеваний как у мужчины, так в особенности у женщины. Принято такую неспособность к зачатию (*impotentia*) разделять на два вида: *impotentia coeundi* — неспособность к половому сношению и *impotentia generandi* — неспособность к зачатию.

Причины стерильности у женщин

Объективные изменения женского организма, могущие вести к бесплодию, могут быть обнаружены в любом отделе половой сферы женщины. Из этих изменений может быть указан ряд как приобретенных, так и врожденных атрезий, сращения малых и больших губ, псевдогермафродитизм и пр.

Бесплодию способствуют большие разрывы промежности, вследствие чего сперма не удерживается во влагалище, а сейчас же после сношения вытекает из него. Может приводить к бесплодию и узкий неподатливый *hymen* или полное зарастание этого органа. Удивительно, однако, что описан ряд случаев беременности, когда на *hymen* было обнаружено едва заметное, проходимое только для самого тонкого зонда отверстие. Таким образом, зачатие совершалось в этих случаях без *immisio penis*, при отложении спермы не во влагалище, а в области вульвы.

Во влагалище также могут быть обнаружены изменения, ведущие к стерильности. Помимо атрезий стенок влагалища, причиной бесплодия может быть и инфантилизм.

¹ «*infertilitas*» означает «негодный к донашиванию», от латинского слова *pon* — не и *fero* — несу.

Как известно, после *ejaculatio* семя стекает при горизонтальном положении женщины в самый нижний участок влагалища — в задний свод, который носит в таких случаях даже специальное название — *resceptaculum seminis*. Скопление в этой части влагалища семени, несомненно, способствует зачатию, так как именно сюда обращена влагалищная часть матки с ее *os externum canalis cervicalis*, и сперматозоиды быстрее всего могут уйти из влагалища от губительно влияющего на них кислого секрета и подняться в шейку, содержащую слизь щелочной реакции.

Именно при инфантилизме отсутствует *resceptaculum* — свод сглажен, семя в нем не удерживается и легко стекает, тем более что при инфантилизме нередко наблюдается и укорочение всего влагалища.

В последнее время особенно большое значение при женском бесплодии придают именно вытеканию семени. В основном своем труде по бесплодию Керер причину бесплодия видит в диспареунии — в отсутствии у женщины полового возбуждения (*voluptas*) и его окончательного момента — оргазма. Как известно, диспареуния нередко наблюдается именно у инфантильно развитых женщин, однако едва ли можно согласиться с мнением Керера о влиянии ее на плодовитость женщины. Зачатие, по нашим современным представлениям, есть акт главным образом механический, *voluptas* же — акт чисто психический. Хорошо известно, что женщина может стать беременной при изнасиловании, при половом сношении под наркозом и при искусственном оплодотворении, когда семя шприцем, как любое лекарственное вещество, вводится в полость матки. Сверх того нам хорошо известно, что диспареуния, которой страдают очень многие женщины, не мешает им беременеть, вынашивать и рожать и притом нередко по много раз.

Отмечается влияние на зачатие и патологического влагалищного секрета, который может убивать сперматозоиды, еще когда они находятся во влагалище.

Однако и нормальный кислый секрет влагалища, как это указывалось Кренигом, Дедерлейном, Менге и др., также убивает сперматозоидов. Так, например, Рунге (*Runge*) находил уже через 3 дня после *coitus* во влагалище женщины только мертвые сперматозоиды и то в небольшом количестве. Грефенберг (*Gräfenberg*), изучая этот вопрос на стерильных женщинах с первичным бесплодием, находил, что у них в большинстве случаев кислотность влагалищного секрета стояла на низких цифрах. Однако низкая кислотность не являлась обычной для всех женщин, страдавших первичной стерильностью, так как среди них он наблюдал и обратное явление.

Объясняется этот парадоксальный на первый взгляд факт тем, что, как доказано целым рядом исследователей, кислотность влагалищного секрета зависит от гормональной периодической деятельности яичников. Низкие цифры кислотности свидетельствуют о недостаточности овулогенной функции яичников; таким образом, если при первичной стерильности наблюдается понижение кислотности влагалищного секрета, в этих случаях стерильность может быть отнесена за счет недостаточности овулогенной функции яичника.

Препятствовать зачатию могут также и опухоли, заполняющие влагалище. Тем не менее я удалил беременную матку с шеечной опухолью, заполнявшей растянутое до величины кулака влагалище с небольшой беременностью, говорящей о том, что беременность произошла уже при существовавшей опухоли.

Для зачатия нередко могут встречаться препятствия в шейке и в полости матки. Не говоря уже об атрезиях шеечного канала и полости матки, нередко состояния слизистой оболочки матки может сделать ее непригодной для имплантации. Конечно, мы теперь хорошо осведомлены о несовершенстве старых воззрений, различавших ряд воспалительных форм слизистой оболочки матки и связывавших бесплодие женщины с этими «воспалениями». Однако некоторые состояния эндометрия, как, например, после выскабливания, могут препятствовать имплантации уже оплодотворенного яйца.

Несомненно, что и плохо развитая слизистая при инфантилизме и гипоплазиях, а равно при пороках развития может быть непригодна для привития яйца,

хотя далеко не всегда, так как известны случаи беременности даже в зачаточном роге.

Могут ли чрезмерные перегибы матки служить причиной бесплодия, еще нельзя считать выясненным; вернее, здесь дело идет об инфантилизме, который так часто сопровождается изменениями формы матки.

Не мешает зачатию даже опущение и выпадение стенок влагалища и матки, так как при горизонтальном положении тела выпавшие части в большинстве случаев вправляются, что делает возможным совершение полового акта и последующее зачатие.

Вопрос о стерильности больных с миомой уже был нами разобран в соответствующей главе (стр. 213).

Но наиболее частой причиной бесплодия являются патологические изменения труб. Не говоря уже о полном врожденном отсутствии этого органа, о рудиментарном его развитии или длинных извилистых инфантильных трубах, наиболее частой причиной стерильности является атрезия труб, развившаяся чаще всего на почве различных воспалительных процессов в этом органе и особенно на почве гонорреи.

Salpingitis pseudofollicularis, закрытие абдоминального конца трубы, образование псевдомембран и обширных спаек и сращений делают трубы непроходимыми и препятствуют сперматозоиду проникнуть к яичнику и встретиться с яйцом.

Более редкой причиной трубного бесплодия являются новообразования труб.

В последнее время большое внимание обращают на себя и некоторые состояния яичника, могущие вызвать, как говорят, овариальное бесплодие.

Конечно, яичник, окруженный спайками и замурованный в сращениях, даже правильно овулируя, не может дать материал для оплодотворения, как и яичники, недостаточно развитые, с явлениями гипоплазии.

Однако и совершенно нормально развитый яичник может не давать нормальных яиц. Это отмечено, например, при нарушениях циркуляции крови в тазовых органах, при варикозных расширениях в широкой связке.

Удивительно, что иной раз и большие опухоли яичников могут сопровождать беременность. Однако несомненно, что плодовитость этих больных значительно ниже, чем здоровых женщин.

Когда стерильность наблюдается при одностороннем поражении опухолью яичника, в ряде случаев после удаления опухоли сейчас же наступает беременность (Проховник).

Но, помимо только что перечисленных причин бесплодия, которые могут быть названы причинами местного характера, имеется еще целый ряд общих заболеваний организма, которые если не всегда, то во всяком случае обычно ведут к бесплодию. К таким причинам прежде всего следует отнести ряд расстройств внутрисекреторного порядка.

Так, наблюдается стерильность при расстройствах гормональной деятельности гипофиза, щитовидной железы, яичников, поджелудочной железы, тимуса. Хорошо известна стерильность тучных женщин, которая, несомненно, наблюдается при различных формах ожирения: гипофизарного, яичникового и смешанного.

Страдают бесплодием и при ряде хронических отравлений, как, например, при морфинизме. Нередки случаи бесплодия при различных формах кахексии. Распространенные формы туберкулеза также довольно часто сопровождаются бесплодием. Однако во всех случаях беременность все-таки возможна, причем иной раз даже при резко выраженном страдании, например, в последней стадии туберкулеза.

Причины стерильности у мужчин

Причины стерильности у мужчин не так сложны, как у женщин.

Impotentio secundi у них может состоять в том, что мужчина лишен возможности ввести половой член во влагалище женщины вследствие отсутствия эрекции. Эта импотенция у мужчин может быть обусловлена или местными причи-

нами, или зависеть от условий общего характера. Так, например, можно наблюдать врожденные или приобретенные ненормальности полового члена, например, скрюченную его форму после травмы или гонорреи. Эрекция такого члена нередко невозможна или если и происходит, то все-таки не придает мужскому члену необходимой формы и напряжения, для того чтобы мог быть совершен половой акт.

Среди общих причин при так называемой функциональной импотенции могут быть отмечены общие заболевания: тяжелые формы диабета, табеса, нефрита, кахексии после тяжелых заболеваний, тяжелые интоксикации, особенно морфином, влияние рентгеновских облучений и пр.

Наконец, известен ряд чисто психических расстройств, которые нередко сопровождаются импотенцией.

Impotentio coeundi встречается у мужчины значительно реже, чем *impotentia generandi*, при которой, несмотря на то, что половой акт совершается совершенно нормально, беременности не наступает. При этом может отсутствовать эякуляция. Это состояние называется *aspermatisms* и наблюдается сравнительно редко.

Чаще же при половом акте во влагалище женщины поступает эякулят, но он не содержит сперматозоидов (*azoospermia*), а состоит только из секрета простаты и уретральных желез. Эта патология семени также, конечно, ведет к невозможности зачатия.

Хотя асперматизм и является более тяжелым состоянием мужской импотенции, однако он может быть в некоторых случаях только временным, так как является следствием чаще всего особого психического состояния, в результате которого половое возбуждение не доходит до оргазма и эякуляции. Наоборот, *azoospermia* чаще всего обусловлена анатомическими изменениями в яичках, при которых прекращается выработка семени.

В этих случаях дело чаще всего идет о приобретенных изменениях в виде зарастаний выводных семенных канальцев или даже *vas deferens*, что чаще всего является следствием двустороннего гонорройного эпидидимита. Таким образом, *azoospermia* чаще всего должна быть причислена к причинам, ведущим к стойкому, уже непоправимому бесплодию.

Кроме *azoospermia*, при исследовании семени стерильных мужчин нередко можно обнаружить и так называемую *oligospermia* или *nesospermia*.

При олигоспермии сперма содержит очень небольшое количество сперматозоидов, причем многие из них или неподвижны, или обладают очень незначительной подвижностью. Некроспермия характеризуется обычно нормальным количеством сперматозоидов, полностью лишенных подвижности.

Причины, вызывающие некроспермию и олигоспермию, повидимому, очень разнообразны. Отмечают, что оба эти состояния могут появиться в результате чрезмерно частых половых сношений, когда яичко не вырабатывает достаточного количества или достаточно дифференцированных клеток. Несомненно, что некроспермию можно наблюдать у мужчин с недостаточной или патологической функцией простаты или семенных пузырьков.

Помимо стерильности, которая находит себе объяснение в ряде совершенно определенных объективных изменений половой сферы, как мужской, так и женской, встречается далеко не редко ряд бесплодных браков, при которых как муж, так и жена совершенно здоровы, оба выделяют полноценные половые клетки, в половой жизни их не имеется никакой погрешности. Удивительно еще и то, что при половом сношении каждого из таких супругов с другим лицом беременность может беспрепятственно наступать.

Эти факты, отмечавшиеся с древнейших времен, описываются обычно под рубрикой стерильности с непонятной этиологией и в настоящее время находят себе очень различные объяснения.

Прежде всего отмечается, что браки между близкими родственниками нередко ведут к тому, что, наряду со здоровыми детьми, рождаются и дети с рядом врожденных дефектов: идиоты, глухонемые, эпилептики, а также, что такие браки нередко остаются бесплодными. Так, например, изучение этого вопроса

над лицами, принадлежавшими к династии Капетингов, указало, что на 200 таких браков между близкими по крови супругами 65 браков оставалось бесплодными, т. е. 32,5%.

Учение (Мечникова и др.), что с помощью парентерального введения спермы в организме животного образуются специфические антитела, было использовано рядом исследователей для того, чтобы иммунизируя самок сперматозоидами, получить у них состояние стерильности.

Ряд авторов, стремясь найти объяснения для непонятной по своему происхождению стерильности, делает предположение, что, пожалуй, часть таких случаев стерильности может быть отнесена за счет своего рода иммунности женщины к сперме данного мужчины. По их мнению, как при эксперименте на животных, так и у человека всасывание спермы может повести к образованию сперматоксина, что и ведет к стерильности. Шорохова, разбирая этот вопрос, приходит при этом к выводу, что сперматоксический иммунитет е д в а л и существует в природе.

Едва ли может удовлетворить и объяснение, рассматривающее непонятную для нас стерильность как результат принадлежности супругов к неподходящим агглютинационным группам крови, при которых плод будет принадлежать к группе крови, не совпадающей с материнской (гетероспецифическая беременность) [Гиршфельд (Hirschfeld), Барский, Крупский, Ширман и др.].

Таким образом, и до настоящего времени вопрос о причинах некоторых форм стерильности остается для нас, как и раньше, совершенно неясным, и мы принуждены бываем ограничиться в таких случаях старым, по существу ничего не говорящим объяснением — несоответствием природы половых продуктов данных супругов.

Наконец, здесь следует еще отметить, что, кроме бесплодных браков, при которых супруги хотят иметь детей, мы встречаем и такие бесплодные браки, когда муж и жена не желают иметь детей, прибегая для этого к ряду противозачаточных мероприятий. В этих случаях супруги не обращаются за врачебной помощью по поводу бездетности, и о ней мы узнаем попутно. Из этих длительно бездетных браков, однако, резервируется большой процент истинно бесплодных семей, так как очень часто, когда такое супружество, остававшееся в течение ряда лет по собственному желанию бесплодным, пожелает иметь ребенка, беременность не наступает и при нормальной половой жизни.

Диагностика стерильности

Каждый случай стерильности должен изучаться не как женская или мужская стерильность, а как стерильность данного брака.

Было бы совершенно неправильным и безрезультатным подвергать женщину сложнейшим, иной раз далеко не безопасным исследованиям, тратить много времени на ее лечение в таких случаях, когда муж страдает, например, азооспермией. К сожалению, эту ошибку и до настоящего времени делают многие, полагаясь на заявление самой пациентки, утверждающей почти в 100% случаев, что не муж, а она является виновницей бесплодия.

Конечно, было бы неправильным, если бы врач-гинеколог не приступал к исследованию женщины, обращающейся к нему за помощью по поводу стерильности, прежде чем он не получит полной уверенности в том, что муж больной здоров. Однако знать о состоянии половой сферы мужа необходимо не только для успешности лечения бесплодия женщины, но и для определения возможности зачатия, когда большая будет излечена от этого бесплодия.

Подробности диагностики половой способности мужчины, конечно, не входят в сферу работы врача-гинеколога, однако определение характера семенной жидкости мужа пациентки должно входить в задачу каждого, кто будет лечить бесплодие данного супружества.

Первой и основной задачей в лечении бесплодного брака, конечно, является микроскопическое изучение свежеполученного мужского эякулята, тем более что количество его, консистенция, запах и цвет не могут нам сказать ничего ни положительного, ни отрицательного.

В громадном большинстве случаев обнаруженное при первом же взгляде в микроскоп большое количество хорошо подвижных сперматозоидов решает вопрос в положительном смысле, и, если выясняется из расспроса, что мужчина полностью потентен в момент полового сношения, вопрос о его бесплодии должен отпасть.

Микроскопическое исследование спермы производится чрезвычайно просто. Труднее только получить для исследования необходимую жидкость. Следует научить каждую женщину, как провести эту часто неприятную для нее манипуляцию, от которой некоторые мужья отказываются.

Наиболее простым методом является метод собирания спермы в кондом. Предварительно хорошо обмытый в 2% растворе соды кондом надевается мужчиной и после сношения осторожно снимается так, чтобы в нем оставалась хоть часть эякулята. Сношение необходимо иметь поздно утром, чтобы не позже чем через 2—3 часа доставить кондом для исследования в назначенное место.

Не следует, как это рекомендуют некоторые, получать сперму путем она-низма, так как такое неестественное получение эякулята не может гарантировать нормальность его состава.

Следует предупредить больную, что лучше всего собирать сперму после нескольких дней полного полового воздержания и при отсутствии в этот период каких бы то ни было эксцессов.

Перед отсылкой семени кондом лучше всего опустить в широкогорлую баночку, слегка подогрев ее в теплой воде.

Если мужчина по каким-либо соображениям отказывается от подобного способа собирания спермы, можно исследовать сперматозоиды, беря их из влагалища женщины.

Для этого она должна явиться к нам сейчас же после сношения, и мы, обнажив своды зеркалами, берем оттуда находящийся в сводах секрет и обычным способом исследуем семя. Этот способ менее надежен. Количество сперматозоидов при нем бывает значительно уменьшенным, так как эякулят разбавляется влагалищным секретом и распространяется по всей поверхности влагалища. Однако и этот способ при подвижности сперматозоидов дает надежные результаты. Я наблюдал подвижных сперматозоидов при таком методе их исследования через 4 часа *post coitu*.

При исследовании семени капелька его наносится чистой стеклянной палочкой на чистое предметное стекло и прикрывается покровным стеклышком. Приготовленный таким простым способом препарат рассматривается при небольшом увеличении микроскопа, причем в случае нормального состава спермы даже неопытный исследователь сразу же обращает внимание на громадное количество блестящих, сильно преломляющих свет мелких дрожащих точек — подвижных сперматозоидов.

При больших увеличениях и на неокрашенных препаратах можно отчетливо определить головку, хвост и шейку сперматозоидов. Кроме сперматозоидов, на таком препарате можно обнаружить и прочие элементы спермы человека: эпителиальные клетки отводящих семенных путей, лейкоциты, конкременты простаты. Однако этих элементов в здоровой сперме в общем встречается немного. Если препарат оставить постоять, то при высыхании и охлаждении в семени оседают кристаллы — фосфорные соли спермы.

При *azoospermia* сперматозоиды полностью отсутствуют в препарате, но зато появляются в большом количестве клеточные элементы: эпителиальные клетки, лейкоциты, капельки жира и обломки клеток; особенно много находим мы в этих случаях лейкоцитов.

Труднее определить состояние *oligospermia*. С такой диагностикой следует быть очень осторожным и о ней можно думать только в тех случаях, когда в совершенно свежей сперме определяется очень ограниченное количество слабо и вяло подвижных сперматозоидов.

Легко распознается и неподвижность сперматозоидов, но говорить о некро-спермии мы можем только в тех случаях, когда будем уверены, что неподвижность наблюдается сейчас же после эякуляции, а не появилась уже после выде-

ления спермы, например, как результат плохой транспортировки семени для исследования.

Определение способности к зачатию у женщины, как мы уже видели, представляет значительно большие трудности, чем у мужчины, так как у них мы не имеем возможности получать яйца и исследовать их на пригодность к оплодотворению.

Правда, мы до известной степени можем судить о происходящей овуляции и о характере выделяемых яиц по правильной цикличности и нормальному течению менструации или отчасти по степени бактериальной чистоты влагалищного секрета, стоящей, как известно, в связи с функциональной деятельностью яичников.

Так, например, Лам не без серьезных оснований выставляет положение, что при IV степени чистоты влагалищного секрета, если влагалище в течение нескольких дней оставалось интактным (отсутствие coitus, спринцеваний), зачатие хотя и возможно, однако оно все-таки маловероятно.

Эта трудность определения пригодности яиц для оплодотворения значительно усложняется тем, что приходится решать целый ряд вопросов и прежде всего — выяснить состояние труб, их проходимость, возможность достижения яйцами фимбриального конца трубы и целый ряд данных, которые могут влиять на возникновение зачатия.

Все это мы можем получить, да и то далеко не в полном виде, при собирании анамнеза и при объективном исследовании больной, что лучше всего делать по определенному плану.

АНАМНЕЗ

Возраст. Значение этого момента само собой понятно, а при бесплодии он имеет значение еще и потому, что нередко женщины начинают особенно стремиться иметь детей, когда приближаются уже к климактерическому периоду. Поздний возраст, конечно, значительно ухудшает наше предсказание.

Длительность брака. Мы уже приводили цифры, говорящие, что только 15% женщин становятся беременными после первых же сношений. Чем длительнее срок бездетного брака, тем хуже предсказание. Однако ни когда врач не должен говорить о полной невозможности беременности. Каждому опытному гинекологу приходится видеть поздние беременности, и каждый из нас наблюдал беременность у женщин, которым, однако, было сказано неосторожно врачом, что они не могут стать матерями.

Семейный анамнез. Необходимо знать, нет ли близких родственных отношений между супругами. Следует выяснить плодовитость семей супругов, наконец, необходимо осведомиться, не принадлежит ли кто-либо из супругов к двойням. Двойни, при которой один из близнецов мужского пола, как указывают наблюдения, особенно часто бесплодны.

Беременности, роды и послеродовый период. Не говоря уже о том, что аборт и роды могут сопровождаться тяжелой травмой, восходящей инфекцией, поражением труб, изменением положения тазовых органов и разрывами, которые могут затруднять дальнейшие зачатия, следует помнить о том, что число родов может дать указание и на общую плодовитость данных супругов.

О большом значении менструации при оценке свойств яйца уже было упомянуто. Кроме того, характер менструаций может указать на ряд патологических изменений в половой сфере. Отсутствие менструации (аменоррея), ее скудность (гипоменоррея), болезненность (дисменоррея) — все это должно быть учтено при диагнозе стерильности.

Наконец, большое значение может иметь и выяснение вопроса о бывших общих заболеваниях.

Тяжелые лихорадочные инфекционные болезни нередко дают только временную стерильность. Тяжелые лихорадочные заболевания, сопровождающиеся воспалением брюшины или слепой кишки, обычно приводят к стойким, нередко неизлечимым последствиям. Особенно тяжелые формы стерильности наблюдаются после перенесенных поражений половых органов туберкулезным процессом.

Объективное исследование страдающей бесплодием женщины должно быть столь же полным, как и гинекологическое исследование при каждом серьезном страдании половой сферы. Оно проводится по методам, общим для изучения женской половой сферы, и не должно, конечно, ограничиваться только изучением половых органов, но непременно распространяться и на весь организм.

Особое внимание при диагностике бесплодия следует уделять конституциональным отклонениям, помня, как велико значение различных форм конституциональной недостаточности, особенно инфантилизма, для возникновения бесплодия.

В то время как некоторые причины бесплодия женщины могут быть определены при первом же общем осмотре и исследовании, в ряде случаев, как мы видели, перед врачом при объективном исследовании стоит ряд почти непреодолимых трудностей. Так, например, определение проходимости труб, имеющей огромное значение при возникновении стерильности, нередко даже при значительных изменениях этого органа не может быть произведено с помощью даже тщательной пальпации. В этих случаях в последние десятилетия мы пользуемся специальной методикой определения проходимости труб или с помощью продувания труб, впервые предложенного американцем Рубином, или способом сальпингографии — определения проходимости труб рентгеновскими лучами после введения в матку контрастных жидкостей.

Профилактика и терапия бесплодия

Говорить о профилактике бесплодия — это значит говорить о профилактике тех многочисленных страданий как мужского, так и женского организма, которые ведут к бесплодию.

Однако из ряда этих страданий безусловно должна быть выделена гоноррея и, конечно, гоноррея мужская, так как муж, легко передавая ее своей жене, и является чаще всего виновником бесплодного брака.

Необходимо продолжать борьбу за то, чтобы мужчина серьезно относился к заболеванию гонорреей, чтобы он не смотрел на эту болезнь как на процесс, проходящий в громадном большинстве случаев бесследно.

Необходимо усилить борьбу с мужской гонорреей, а главное — санитарно-просветительную работу среди молодежи. Необходимо осведомить молодежь о тех последствиях, которыми грозит не вполне излеченная мужская гоноррея не самому мужчине, а его будущей или настоящей жене. Как мы видели в соответственной главе, у нас в Союзе дело борьбы с гонорреей поставлено на строго научных основаниях и, непрерывно развиваясь, обещает нам и в этом трудном вопросе несомненную победу.

Лечение бесплодия — одна из серьезнейших задач, стоящих перед современным гинекологом.

Как было отмечено, мы должны лечить не бесплодную женщину, а бесплодный брак. Ставя это положение как основное, мы, однако, хотели бы перечислить здесь ряд мероприятий, которые приходится применять гинекологу у женщин для устранения некоторых моментов бесплодия.

Прочный неподатливый hymen должен быть разорван пальцами. При этом следует избегать накладывания швов, а лучше остановить небольшое кровотечение тампонадой.

В некоторых случаях, однако, приходится кольцеобразно иссекать hymen, — в этих случаях наложение швов неизбежно.

Узкий introitus, затрудняющий сношение, может быть раскрыт систематическим введением все больших и больших ложкообразных зеркал. Эту процедуру следует настойчиво повторять по 2—3 раза в шестидневку. Таким способом удастся устранить очень большие препятствия. Пользуясь этим методом, я ни разу не имел повода кровавым путем рассекать вход во влагалище только в целях облегчения возможности полового сношения (операция Шухардта).

Значительно труднее становится борьба с трудностями полового сношения, если налицо имеется вагинизм. В этих случаях одного механического расширения обычно бывает недостаточно, и врач должен одновременно применять ряд психотерапевтических приемов и проводить серьезное общее лечение больной.

При простой болезненности полового сношения, вследствие несоответствия величины половых органов мужа и жены, следует рекомендовать смазывание вазелином перед coitus входа и glans penis и дать женщине совет, какое положение лучше придать тазу.

При совершенно нормальных анатомических соотношениях, при правильно

совершающемся половом сношении и здоровом муже одним из наиболее простых и нередко ведущих к цели средств является изменение кислотности влагалищного секрета. Если при исследовании лакмусовой бумагой влагалищный секрет женщины реагирует резко кислой реакцией, следует назначить незадолго до coitus спринцевание 2—3% раствором соды или таким же раствором *Natrii phosphoricæ*.

В тех случаях, когда женщина привыкла спринцеваться различными дезинфицирующими препаратами, следует такие спринцевания отменить, заменив их, если необходимо, спринцеванием содовым раствором (1 столовая ложка соды на 1 л теплой воды).

Для противодействия вытеканию спермы, на что довольно часто жалуются женщины, можно рекомендовать целый ряд небольших, легко выполняемых мер: сейчас же после coitus покойное положение на спине, особенно с приподнятым подушкой тазом и перекрещенными ногами. Для некоторых женщин можно советовать даже положение на животе. Все эти положения следует сохранять около получаса, после чего сперматозоиды, если это вообще возможно, уже проникают в шейку, и отхождение остатков спермы из влагалища уже не имеет значения.

Консервативная терапия стерильности представляет большие трудности, однако именно у нас в Союзе она должна проводиться особенно последовательно и настойчиво, так как возможность пользования методами физиотерапии и грязелечения предоставлена у нас широким слоям населения.

Консервативная терапия физиотерапевтическими процедурами и особенно лечение теплом нередко также дают хорошие результаты. Здесь следует указать на лечение диатермией и на лечение горячими душами — спринцеваниями, о чем речь уже неоднократно была раньше.

В случаях стерильности, обусловленной поражением труб, консервативная терапия также имеет все преимущества. Совершенно недопустимо здесь братья за нож, прежде чем мы в течение длительного периода не испытаем различных способов консервативного лечения.

В настоящее время уже не может быть сомнения в том, что даже тяжелые поражения труб с образованием сактосальпинксов могут быть настолько излечены, что трубы становятся проходимыми и наступает зачатие и беременность.

Для случаев, при которых меры консервативной терапии не приводят к желанному исходу, предложен ряд оперативных приемов. Наиболее простым из них является операция, имеющая целью освободить запаянные в сращениях придатки матки путем разрушения этих сращений. Это мероприятие может быть особенно эффективным, если сращения образованы на почве перенесенного аппендицита.

Значительно хуже предсказание, если дело идет о гонорройном или туберкулезном процессе.

Если труба плотно запаяна в своем абдоминальном конце, можно взамен восстановления нормального *ostium abdominale tubae* сделать добавочное отверстие сбоку по ходу трубы — операция наложения такого добавочного отверстия, называемая сальпингостомией, в известных случаях, несомненно, может давать положительные результаты.

В последнее время оперативное лечение бесплодия на почве непроходимости труб послужило поводом к целому ряду исследований, проведенных также и экспериментально на животных.

Искусственное оплодотворение

Искусственное оплодотворение может быть применено только в тех строго изолированных и выясненных случаях, при которых у обоих супругов сохранена *potentio generandi*, и особенно когда муж, обладая совершенно здоровой спермой, страдает *impotentio coeundi*.

Наиболее простой способ искусственного оплодотворения состоит в том, что собранная здоровая сперма вводится во влагалище к сводам.

Однако чаще требуется обсеменять не влагалище, а полость матки. С этой целью семя набирается в брауновский шприц, снабженный длинным внутриматочным наконечником, и осторожно, без особого давления, вводится через шейный канал в полость матки.

Искусственная стерилизация

В нашей стране, стране счастливого материнства, стерилизация по каким бы то ни было показаниям категорически воспрещена, как операция, уродующая женщину. Однако бывают случаи, когда для излечения основного страдания, где в патологический процесс вовлекаются яичники и трубы, требуются такие оперативные вмешательства, при которых показана и попутная стерилизация. В этих последних случаях операция может быть произведена лишь после письменного заключения ряда специалистов, приглашаемых специально для решения этого вопроса.

Техника стерилизации женщины чрезвычайно многообразна. Удаление яичников или матки, конечно, наиболее радикальные методы стерилизации, однако они применяются в настоящее время только в исключительных случаях.

Достигается стерилизация проще всего перевязкой труб обеих сторон.

Как указывает опыт, простой перевязкой, однако, мы не достигаем цели, так как проходимость трубы после этого быстро восстанавливается. Чтобы обеспечить полную уверенность в надежности стерилизации, метод создания препятствия в трубе для прохождения сперматозоидов был тысячи раз модифицирован. Здесь невозможно останавливаться на всех этих, иной раз незначительных, модификациях.

Наиболее простым и верным способом трубной стерилизации является иссечение из угла матки интерстициальной части трубы и закрытие иссеченного клина несколькими швами.

К группе стерилизующих методов может быть причислена и гормональная стерилизация.

Этот метод стерилизации основан на доказанном Штейнахом задерживающем влиянии гормонов одной половой железы на железу противоположного пола. Таким образом, рассуждая теоретически, введение мужского полового гормона женщине может вызвать у нее временную стерильность.

Мандельштам и Чайковский пытались вызвать стерильность у мышей с помощью пролангизации их.

Они исходили из той мысли, что активно функционирующее желтое тело подавляет созревание фолликулов. Для получения более длительной стерилизации авторы эти полагали вызвать появление желтых тел, для чего и решили вводить подопытным животным пролан В, который, как известно, и ведет к лютеинизации фолликулов. Хотя авторы, как они это утверждают, и получили стерильность в 100% случаев и считали, что пролангизация, возможно, окажется хорошим средством для временной гормональной стерилизации женщин, действительность не подтвердила их надежд.

Гипергормональной стерилизацией Л. Френкель называет такую стерилизацию, при которой бесплодие вызывается, как это доказывается экспериментально, введением в организм животного в больших дозах полового гормона того же пола, например, самке — гормона фолликулов или желтого тела. Большое количество гормонов, накапливающихся в организме, ведет к понижению функции соответственной железы.

Гормональная стерилизация гормонами неполовыми: гипофиза (пролан), поджелудочной железы (инсулин), щитовидной железы (тироксин), надпочечника (адреналин).

Хотя отдельные экспериментаторы при изучении разных видов гормональной стерилизации подчас приходят к совершенно противоположным выводам, тем не менее уже полученные в этом направлении данные говорят нам, что в этой области исследования нас, быть может, ожидают чрезвычайно интересные и важные открытия.

Однако в настоящее время гормональная стерилизация еще не может быть использована нами с практическими целями.

В следующую группу стерилизующих методов Л. Френкель относит так называемую гуморальную стерилизацию. Попытки иммунизации животных тканями половых органов противоположного пола с целью получить цитотоксические сыворотки производились уже давно. Так, и я стремился путем иммунизации яичниковой тканью и желтым телом получить цитотоксические сыворотки против яичников и желтых тел.

Особенно энергично велась работа по получению сперматоксических сывороток или сывороток, обладающих способностью растворять или преципитировать сперматозоиды.

Однако и этот путь исследований не дал нам пока достаточно убедительных данных для того, чтобы мы могли использовать его в нашей практике.

akusher-lib.ru

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

(Контрацепция)

Нам кажется целесообразным в курсе гинекологии сообщить основные сведения по предупреждению беременности

Определяя состояние половой сферы и всего организма женщины, врач нередко бывает вынужден советовать больной временно избегать беременности и, конечно, не может ограничиться только этим указанием, но должен научить ее, как наиболее надежно и безвредно достичь этой цели.

Необходимо помнить, что все средства, предохраняющие от беременности, за исключением небольшого числа, следует применять только как кратковременные мероприятия и что длительное их пребывание в половом канале может вызвать расстройства циркуляции крови, застой выделений и как следствие этого катарральные и воспалительные процессы.

Предупреждающие средства, или контрацептивы, имеют цель или создать временный барьер между мужской и женской половыми клетками, который может быть в любой момент устранен, или рядом химических средств уничтожить в половом канале уже депонированные туда мужские клетки.

Таким образом, различают химическую и механическую контрацепцию.

Химическая контрацепция

Химические вещества, применяемые для контрацепции, чрезвычайно многочисленны и способы введения их также разнообразны.

К спермоубивающим веществам может быть причислен целый ряд кислот (молочная, лимонная, уксусная, борная, соляная, салициловая и др.), солей (сернокислая медь, сулема, марганцовокислый калий, салициловый натрий, протаргол и др.), ряд органических антисептических веществ (карболовая кислота, формальдегид, креолин, лизол, лизоформ, карболовая кислота, спирты и такие вещества, как хинин, гидрохинон, хинозол, танин и пр.). Все эти вещества вводятся различным образом. Мы приведем лишь главнейшие способы.

Спринцевание лучше всего производить водным раствором любого убивающего сперму вещества; наиболее доступным является уксус — столовая ложка на кружку воды (1 л).

Спринцевание может быть произведено и до coitus и сейчас же после него. Многие женщины изверились в действенности этого метода. Однако я наблюдал десятки женщин, которые в течение ряда лет с успехом пользуются этим средством. Необходимо только правильно выполнять процедуру. Если немедленно после окончания coitus и излития спермы женщина встает с кровати, сперма стекает книзу. Это дает женщине возможность, не торопясь, приготовить эмарховскую кружку и произвести спринцевание. Если же после coitus оставаться хотя бы несколько минут в кровати, сперма уже поднимается в шеечный канал и, проникнув в шеечную слизистую пробку, делается недоступной для вводимого во влагалище раствора.

При применении порошкообразных веществ обычно пользуются специальным баллоном с наконечником; при надавливании на баллон порошок распыляется во влагалище (сикагор Нассауэра). Вводить порошок следует до coitus.

Можно пользоваться также специальными пастами. Эти пасты заключены в тубочку, на которую по снятии колпачка навинчивается наконечник. Введя наконечник во влагалище до шейки матки, выжимают пасту из тубочки. К числу таких паст относится широко у нас распространенный «Прекопсоль».

Можно вводить убивающее сперму вещество в виде таблеток, растворяющихся во влагалище и образующих в нем пену, проникающую во все складки слизистой.

Широко применяются также свечи или globuli из масла какао, из желатины и других веществ, к которым прибавляют спермоубивающие средства.

К этой же группе химической контрацепции можно, пожалуй, отнести метод предупреждения путем изменения влагалищной флоры.

Дубинчику пришла интересная мысль путем введения во влагалище культуры молочной болгарской палочки изменять бактериальную флору влагалища и повышать его кислотность. Для этой цели он предложил специальный шприц, наполненный биолактоном. Шприц этот — по существу стеклянная трубочка — очень удобен для пользования. Перед coitus содержимое шприца, обладающее спермоубивающей способностью, выдавливают специальной стеклянной палочкой во влагалище. Этот метод довольно широко распространен.

Механическая контрацепция

Механические средства контрацепции могут применяться как мужчиной, так и женщиной. Чаще всего пользуются резиновым презервативом, надеваемым на penis или на шейку матки.

Мужской презерватив — мужской кондом — делается из тончайшей резины. В настоящее время кондомы вырабатываются в громадном количестве и выпускаются в продажу по крайне низкой цене. Это — наиболее верный и распространенный метод контрацепции, который широко применяется мужчинами также и в целях предохранения от венерических болезней. В этом отношении значение кондома очень велико.

Из наиболее часто употребляемых **женских презервативов** необходимо прежде всего отметить так называемый *occlusiv-pessarium* Менсинга. Он состоит из тонкого пружинного ободка, закрытого тонкой резиновой куполообразной пластинкой. Его захватывают между указательным и большим пальцами и вводят в сжатом виде во влагалище так, чтобы он, растянув своды влагалища, прикрыл шейку. Употребляется также пессарий с толстыми краями.

В последнее время довольно большое распространение получили алюминиевые колпачки, которые надеваются на шейку матки (Кафка). В продажу выпущен целый набор (22 номера) различной величины пессариев, и, таким образом, врач может точно подобрать необходимый размер, что очень важно.

Хорошо подобранный, прокипяченный, а главное, правильно, чистыми руками введенный пессарий может считаться верным и безвредным методом контрацепции.

Женщину, прибегающую к этому методу, следует научить, как им пользоваться.

Не следует оставлять во влагалище в течение всего межменструального периода даже металлический пессарий. Уже через неделю после введения за пессарием нередко скопляется много гнойных зловонных белей. Поэтому пессарий следует держать не более 1—2 суток.

В последние годы особенно распространен так называемый англо-американский способ. Он состоит из комбинации колпачка и химической контрацепции. Лучше всего перед введением положить внутрь колпачка кусочек ваты, насыщенный одной из предупреждающих беременность паст.

Распространен также способ контрацепции губками. Специальные губки, чаще резиновые, введенные во влагалище, защищают шейку от внедрения в нее сперматозоидов. Такую губку следует, предварительно прокипятив, намочить

ждает, что момент овуляции не зависит от длительности цикла. Какова бы ни была длительность менструального цикла, овуляция происходит за 14 дней до первого дня будущей менструации.

Если женщина менструирует по 28-дневному циклу, зачатие у нее может произойти только при половом сношении между 11-м и 17-днем менструального цикла; при 21-дневном менструальном цикле — между 4-м и 10-м днем и т. д.

Если женщина, менструирующая с правильными интервалами, точно отметит дни начала и конца менструации в течение полугода, то для нее, по мнению Кнауса, можно по этим данным точно вычислить дни, в которые она при сношениях может стать беременной, и дни, в которые сношение возможно без риска забеременеть.

В настоящее время мы считаем возможным сделать следующие выводы.

Имеются, несомненно, наиболее благоприятные дни для зачатия (при 28-дневном цикле — между 11-м и 17-м) и дни, в которые зачатие по меньшей мере затруднено и даже, быть может, невозможно.

Наименее благоприятны для зачатия дни, предшествующие наступлению менструации, дни самой менструации и ближайшие 2—3 дня после окончания ее.

Неполное половое сношение

Наконец, следует отметить, что очень многие достигают бесплодия неправильными половыми сношениями.

Различают:

а) *coitus ante portas* — когда половое сношение совершается без введения мужского члена во влагалище;

б) *coitus reservatus* — когда половой акт не доводят до опорожнения семени;

в) *coitus interruptus* — когда *coitus* совершается нормально, но при эякуляции член извлекается из влагалища и семенная жидкость изливается снаружи половых органов женщины.

Все эти способы полового сношения, особенно последний, чрезвычайно распространены, но следует отметить, что при длительном применении они чрезвычайно неблагоприятно влияют на нервную систему как мужчины, так и женщины.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ

ГЛАВНЕЙШИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Многие из заболеваний мочеиспускательного канала, мочевого пузыря и мочеточников уже изложены были нами в предыдущих главах; ниже мы остановимся только на тех еще не описанных нами заболеваниях, которые нередко встречаются в практике врача-гинеколога и которые поэтому должны быть ему знакомы.

1. Воспаление мочевого пузыря (cystitis)

Воспаление мочевого пузыря развивается под влиянием инфекции, проникающей в него различными путями.

Наиболее часто инфекция проникает в пузырь из мочеиспускательного канала восходящим путем или заносится при катетеризации мочевого пузыря. Однако инфекция может проникнуть в мочевой пузырь и нисходящим путем — со стороны почечных лоханок или даже самих почек. Наконец, иногда она проникает в мочевой пузырь из расположенных рядом, главным образом в тазовой клетчатке, абсцессов, пиосальпинксов, при истечении гноя в пузырь.

Чаще всего при воспалениях мочевого пузыря мы имеем дело с гнойной инфекцией стрептококкового или стафилококкового характера. Реже возбудителем цистита служит гонококк и, наконец, последнее место занимает туберкулезная палочка.

Часто ли кишечная палочка является возбудителем циститов — еще не решено. Весьма вероятно, что *b. coli* может вызвать цистит в форме самостоятельной колибациллярной инфекции, но в большинстве случаев этот микроб присоединяется к другим видам бактерий и может при этом, вытесняя их, стать доминирующим возбудителем.

Гонорройный цистит мы встречаем очень редко, так как многослойный плоский эпителий является неблагоприятной почвой для развития гонококка, да и сама моча убивает гонококк, прежде чем он успеет проникнуть в ткани. Туберкулезная палочка обычно проникает в пузырь из пораженных туберкулезом почек или почечных лоханок нисходящим путем.

В большинстве случаев циститов, которые мы наблюдали, причиной являлась катетеризация мочевого пузыря, особенно повторная катетеризация, преимущественно в тех случаях, когда ткани утратили свою эластичность и стойкость, как это бывает после длительных и тяжелых родов или после гинекологических операций, затрагивающих и мочевой пузырь, например, расширенная операция рака матки, обширные пластические операции, сопряженные с отсепаровкой и вскрытием заднего свода, влагалитические экстирпации и пр.

Если катетеризация, особенно произведенная без достаточных предосторожностей и нестерильными катетерами, часто служит причиной инфицирования мочевого пузыря, то все же нельзя отрицать возможности спонтанного возникновения инфекции.

Так, например, гонококк из мочеиспускательного канала может спонтанно проникать в пузырь, особенно при расширенной уретре и слабости пузырного сфинктера, что нередко наблюдается после родов.

Цистит может развиваться и под влиянием простуды, охлаждения ног, купанья в холодной воде не только у рожавших женщин, но и у девушек.

Анатомические изменения при цистите чрезвычайно разнообразны и отличаются по распространенности, локализации и глубине, на которую проникает инфекция.

Воспалительный процесс может захватить всю стенку пузыря или ограничиться его отдельными участками. Чаще всего инфекция локализуется в области выхода мочевого пузыря, давая так называемый тригонит (*trigonitis, cystitis colli*); в других случаях он поражает окружность выхода мочеточника.

Пораженная слизистая при цистоскопии легко распознается по окраске; она становится гиперемированной, сосуды расширяются, число их увеличивается; они образуют густые сплетения. Дело может дойти до местных кровоизлияний в толщу слизистой, привести к образованию геморрагической формы цистита (*cystitis haemorrhagica*).

В результате некроза поверхностных слоев слизистой происходит отторжение ее пластов, что ведет к образованию так называемого *cystitis membranacea* и к образованию язв — *cystitis ulcerosa*. Инфильтрация в глубоких слоях слизистой дает картину *cystitis nodularis*. В далеко зашедших случаях дело может дойти до омертвения иногда значительных участков слизистой (*cystitis gangrenosa*).

Клиническая картина и симптомы цистита очень разнообразны. Основными симптомами являются частые позывы к мочеиспусканию (*pollakiuria*), боли в мочевом пузыре (*dysuria*) и гной в моче (*pyuria*).

Одним из ранних симптомов острого цистита является ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Моча при этом может уже быть мутна, иногда содержит кровь. Осадок мочи имеет слизисто-гнойный и даже чисто-гнойный характер.

По мере развития болезни боли при мочеиспускании усиливаются, переходя в настоящие пузырные тенезмы.

Чем интенсивнее выражен воспалительный процесс, тем сильнее и боли. Особенно интенсивны боли при поражении шейки мочевого пузыря, в окружности которой заложены нервные окончания; менее болезненны воспаления тела мочевого пузыря.

Мочеиспускание при циститах особенно болезненно под конец и может заканчиваться выделением нескольких капель крови. После мочеиспускания остается ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря и иной раз возникает длительный болезненный спазм мочевого пузыря, успокаивающийся только после того, как накопившаяся в нем моча разъединит соприкасающиеся между собой воспаленные участки пузырной стенки. Температура даже при острых циститах остается нормальной, изредка поднимаясь до невысоких цифр.

Острый цистит при соответственном уходе и лечении затихает в несколько дней и может закончиться полным выздоровлением. В этих случаях все болезненные симптомы очень быстро исчезают, и моча принимает нормальный характер.

В неблагоприятных случаях болезнь продолжает прогрессировать, бактерии проникают вглубь стенки пузыря, боли резко усиливаются, тенезмы становятся крайне мучительными; моча становится мутной, в ней обнаруживаются кровь и хлопья, являющиеся следствием гангренозного распада слизистой, и она приобретает резко аммиачный запах. Обычный цистит длится 8—14 дней.

Переход цистита в хроническую форму совершается незаметно. Боли и субъективные симптомы почти исчезают или же совершенно отсутствуют, содержание гноя в моче уменьшается, временами он может совершенно исчезать.

Полное излечение от хронического цистита наступает только через несколько месяцев. При малейшей погрешности в диете, особенно при приеме алкогольных напитков, возможны новые вспышки и распространение процесса восходящим путем (пиэлит).

Диагноз острого цистита не представляет обычно трудностей ввиду наличия характерных симптомов — болезненность в области пузыря, частые позывы к мочеиспусканию и пиурия.

Затруднения при диагнозе могут встретиться при подострых и особенно при хронических циститах, симптомы которых нередко чрезвычайно сходны с симптомами, наблюдаемыми при уретритах.

Для распознавания этих двух форм, цистита и уретрита, собирают мочу в ряд стаканчиков. При уретрите первые порции мочи мутны, содержат значительную примесь гноя, последующие же содержат гноя очень мало или даже совершенно прозрачны. При цистите эта проба дает иные результаты: гной содержится все порции мочи, а нередко особенно много гноя именно в последней порции.

Для диагностирования цистита необходимо тщательно исследовать мочу, которую следует собирать с помощью катетера. Однако необходимо помнить, что сама по себе катетеризация является далеко не безобидным методом. Недопустимо пользоваться ею при острых уретритах: гной из большого мочеиспускательного канала может быть занесен в здоровый мочевой пузырь.

Поэтому катетеризация может быть произведена только после того, как мы, тщательно осмотрев наружное отверстие мочеиспускательного канала и железы Скене, убедимся в отсутствии здесь воспалительных явлений, а пальпируя через влагалище уретру описанным выше способом (стр. 372), не получим из нее гноя.

Во избежание диагностических ошибок мочу необходимо исследовать бактериологически. При этом мы можем встретить в моче или одни бактерии (бактериурия), или бактерии и лейкоциты (пиурия).

В первом случае (при бактериурии) инфицирована только моча, в то время как мочевые пути остаются здоровыми, при пиурии инфекцией поражены уже сами ткани мочевого тракта. Бактериурия может появиться как следствие какой-либо общей инфекции или после затихания и излечения бывшей тканевой инфекции.

Присутствие гноя в моче не всегда говорит о цистите, так как гной может попасть в мочу и из более высоких отделов — лоханок и почек. При острых циститах в осадке мочи регулярно обнаруживаются эритроциты.

Легко установить диагноз цистита с помощью цистоскопии, которая дает возможность определить источник заболевания, его распространение и локализацию. Однако едва ли к ней следует прибегать во всех случаях, так как применение цистоскопии связано с опасностью занесения инфекции в мочевой пузырь.

В острых случаях заболевания от цистоскопии следует безусловно отказаться.

При цистоскопии пораженного хроническим процессом пузыря мы можем определить распространенность и стадию воспалительного процесса в пузыре, начиная от простого расширения сосудов до разлитой гиперемии и гнойной инфильтрации. Далее, цистоскопией мы выявляем состояние устьев мочеточников, наконец, камни, опухоли или дивертикулы мочевого пузыря, являющиеся нередко причиной возникновения упорных циститов.

Предсказание при циститах обычно хорошее. Острые циститы, как уже упоминалось, могут закончиться в течение нескольких дней полным выздоровлением. Хронические циститы после устранения вызывающей их причины также полностью излечиваются. Хуже предсказание, если цистит восходящим путем поражает почечные лоханки. Тяжело протекает и туберкулезный процесс пузыря.

Профилактика цистита состоит в устранении инфекции при катетеризации и манипуляциях, связанных с введением инструментов в пузырь.

Прибегать к катетеру допустимо только в случаях крайней необходимости. Иногда, чтобы избежать катетеризации, прибегают к внутривенному введению 3 см³ 40% раствора уротропина. После этой манипуляции пузырь очень часто опорожняется самопроизвольно.

Катетеризацию следует производить при соблюдении строжайших правил асептики. Свежепрокипяченный катетер вводят стерильной рукой в наружное отверстие мочеиспускательного канала при раздвинутых малых губах и после предварительной дезинфекции передней части vestibuli.

Врач должен хорошо усвоить технику катетеризации и сразу же вводить катетер в уретру, не затрагиваясь до соседних тканей. Для этого катетеризировать следует при полном обнажении половых органов и хорошем освещении.

Лечение острых форм циститов проводится исключительно осторожно. Назначают постельный режим, лечение теплом и соответствующую диету. Строжайшим образом должен быть запрещен прием алкогольных напитков, острых, раздражающих веществ, все соленое и кислое. Хорошее действие оказывает молоко с прибавлением к нему *Aq. calcis* в небольших количествах (на 500,0 молока по 25,0), слабый чай, небольшое количество щелочных минеральных вод, как боржом, эссендуки № 4 и др.

Вопрос о том, следует ли, как предлагают многие, и при острых циститах назначать обильное питье, до сих пор остается спорным. Несомненно, введение больших количеств жидкости ведет к повышению диуреза и к скорейшей элиминации с мочой и возбудителей инфекции, однако нельзя не согласиться с тем, что такое «внутреннее промывание» посредством усиленного питья в острых случаях циститов ведет к частому мочеиспусканию с болезненным сокращением детрузора.

Вольные циститом очень чувствительны к охлаждениям и простудам. Поэтому постельный режим, особенно при выраженных симптомах болезни, является крайне желательным и даже необходимым. Лечение теплом в виде пузыря с теплой водой, электрической грелки или согревающих компрессов на нижнюю часть живота дает прекрасные результаты.

При сильных болях и тенезмах назначают наркотики в виде свечей из опиума, кодеина или белладонны: например, *Codeini* 0,02, *Extr. Belladonnae* 0,015, *Butyri cacao* 2,0.

Для дезинфекции мочи вводят в организм ряд бальзамических веществ, предложенных в большом количестве за границей как патентованные средства. С той же целью может быть с успехом использован при щелочной реакции мочи *Salol* и при кислой *Urotropin* два раза в день по 0,5. Хорошо действуют также *Fol. Uvae ursi*; одна столовая ложка заваривается на стакан горячей воды и принимается небольшими глотками в течение дня.

При тяжелых циститах можно прибегнуть к внутривенному введению 40% уротропина в количестве 5—10 см³.

После затихания острого периода и перехода воспалительного процесса в хроническую форму можно приступить к осторожному местному лечению цистита в виде промывания мочевого пузыря теплым раствором 2% борной кислоты.

Следует остерегаться чрезмерно переполнять мочевой пузырь. Для этого промывание лучше всего производить из градуированной эсмарховской кружки или большой воронки, вводя 100—200 см³.

Повторив промывание 2—3 раза, а иной раз и больше, мы получим уже совершенно прозрачную жидкость. Промывание мочевого пузыря, особенно если это не вызывает болей, можно делать через день или через 2 дня.

При гонорройных циститах вместо борной кислоты пользуются растворами азотнокислого серебра, колларгола или протаргола; при острых формах циститов начинают с очень слабых разведений (1 : 8 000) и постепенно доводят концентрацию до 1 : 1 000.

При хронических циститах, назначая больной тот же диететический режим, лечение теплом и введение в организм общих дезинфицирующих веществ (*Salol*, *Urotropin*), переходят к энергичному местному лечению.

Нередко хронический цистит у женщин не поддается лечению только потому, что все время продолжают промывать пузырь очень слабыми растворами (например, азотнокислое серебро 1 : 2 000—1 : 3 000), которые не устраняют, а только поддерживают раздражение в хронически воспаленной стенке пузыря.

В случаях застарелого хронического воспаления стенок пузыря, при которых инфекция уже проникла в глубокие его слои, многие урологи и гинекологи советуют вводить в пузырь 1% и даже 2% раствор азотнокислого серебра в количестве 100—150 см³. При этом предварительно следует тщательно промыть пузырь, вводя в него повторно несколько раз физиологический раствор или 2% раствор борной кислоты.

Для определения объема промывной жидкости вначале вливают такое количество ее, при котором больная начинает ощущать боль. Определив количество влитой жидкости, опорожняют пузырь и вливают следующую порцию уже на 10—15 см³ меньше первой, повторяя эту манипуляцию до тех пор, пока вытекающая жидкость не освободится от хлопьев и мути. После этого, тщательно опорожнив мочевого пузырь, в него вливают уже раствор азотнокислого серебра (1—2%), заставляя больную несколько минут удерживать этот раствор. После этого следует снова промыть пузырь 2% раствором борной кислоты.

Такие промывания могут быть очень болезненны, а потому их следует по возможности производить только в стационарных условиях. Через 2—3 дня после такого промывания пузыря можно начать уже ежедневное промывание его слабым раствором азотнокислого серебра (1 : 4 000—1 : 5 000), повышая концентрацию раствора до 1 : 1 000.

Хронический цистит излечивается не скоро, а главное, почти излеченный, при простуде, употреблении спиртных напитков он легко дает рецидивы. Поэтому необходимо продолжать лечение до тех пор пока моча не станет совершенно чистой и бактериологическое исследование докажет ее стерильность.

Очень упорные циститы, не поддающиеся даже длительному систематическому лечению, наблюдаются иной раз при поражении мочевого пузыря туберкулезом или при опухолях в пузыре.

Особенно тяжело состояние больных в тех случаях, когда на почве хронического длительного цистита наступает сморщивание пузыря, ведущее обычно к гибели больной.

2. Перицистит и парацистит

Распространяясь со слизистой оболочки пузыря вглубь, инфекция может переходить на соединительнотканную клетчатку его или на брюшину. В таких случаях принято говорить о парацистите и перицистите.

Впрочем, воспаление пузырной клетчатки и брюшины может развиваться вследствие перехода инфекции не только со стороны пузыря, но и с соседних органов, главным образом со стороны параметрия.

При парацистите клетчатка утолщается, делается твердой и неподатливой, как кость, или нагнаивается, образуя абсцессы, ищущие выход или в пузырь, или в соседние петли кишечника, или в своды влагалища. Клиническая картина при парациститах чрезвычайно напоминает картину, наблюдаемую при параметритах.

Диагноз не представляет трудностей, а терапия состоит из мероприятий, ведущих к рассасыванию инфильтратов или к вскрытию образовавшихся абсцессов.

3. Камни мочевого пузыря и инородные тела в нем

У женщин камни мочевого пузыря мы встречаем гораздо реже, чем у мужчин. Это объясняется тем, что женская уретра короче и шире, благодаря чему отток мочи из пузыря женщины совершается легче и полнее.

Вместе с тем широкая и короткая уретра обеспечивает возможность изгнания из пузыря небольших камней, кровяных сгустков и эпителиальных масс, попадающих в пузырь и являющихся ядром будущих камней.

Таким образом, вторичные камни мочевого пузыря, т. е. попавшие сюда из почечных лоханок или из мочеточников, быстро выводятся через женскую уретру; для образования же первичных камней в женском мочевом пузыре не имеется соответствующих условий (длительная задержка мочи, неполное опорожнение пузыря).

Отсюда понятно, почему камни в мочевом пузыре мы встречаем почти исключительно у старых женщин с большими плохо вправляющимися cystocèle. В некоторых случаях в таких cystocèle мы находим один большой камень, в других же — большое количество мелких камней.

Большие камни мочевого пузыря могут служить даже препятствием для родов, о чем неоднократно сообщалось в литературе.

Диагноз камней мочевого пузыря не труден. Однако метод двойного исследования часто не дает желательных результатов, так как камень при ощупывании выскальзывает из-под пальцев.

Хорошие результаты можно получить, введя в пузырь металлический катетер или зонд. Эти инструменты при дотрагивании ими до камня дают характерные ощущения постукивания, что и помогает диагнозу.

Лечение не представляет трудностей. Вскрыв через передний свод мочевого пузыря, мы легко пальцем или инструментом можем извлечь из пузыря даже большой камень или инородное тело.

Инородные тела в мочевом пузыре находили неоднократно. В обширной казуистике по этому вопросу мы встречаем описание чрезвычайно разнообразных тел, которые приходилось извлекать гинекологам.

Так, здесь находили катетеры, кончики брауновских шприцев, бужи или части этого инструмента, вязальные крючки, очень часто головные шпильки, градусники, даже карандаши, гвозди, восковые свечи, спички, иглы и пр. Все эти предметы чаще всего попадают в мочевой пузырь при мастурбации. В некоторых случаях причиной занесения инородного тела были попытки к аборту и даже манипуляция лечебного характера.

Если инородное тело остается в мочевом пузыре продолжительное время, на его поверхности постепенно отлагаются соли и оно становится ядром образующегося камня. На острых концах инородных тел, например, на головных шпильках, соли не отлагаются и острый конец иной раз внедряется в стенку мочевого пузыря.

Удален е инородных тел из мочевого пузыря женщины не представляет трудностей и производится после вскрытия переднего свода и мочевого пузыря, как и удаление камней.

4. Гной в мочевом пузыре, поступающий из соседних органов

Нередко в мочевой пузырь вскрываются расположенные по соседству с ним абсцессы. Чаще дело идет о гнойнике параметрия. Гной из параметрия находит себе выход в области шейки мочевого пузыря или позади *trigonum vesicae* (s. *Lieutaudii*). Такому вскрытию параметритического абсцесса предшествует обычно повышение температуры, ознобы, тенезмы при мочеиспускании и даже задержка мочи.

При вскрытии абсцесса мочевого пузыря наполняется гноем. Истекающая моча имеет вид чистого гноя.

Очень часто после опорожнения абсцесса все симптомы болезни исчезают и наступает полное выздоровление. Гной, попадающий в мочевой пузырь, в этих случаях не вызывает цистита.

Иногда, правда, редко, параметрит вскрывается в пузырь по несколько раз. В таких случаях могут наступить осложнения в форме циститов или затеков мочи в параметрий.

Иную картину дает вскрытие в мочевой пузырь пиосальпинкса. Как правило, в этих случаях наступает только временное улучшение. Гной, сецернируемый слизистой трубы, снова скопляется в ее просвете и снова ищет себе выход через уже подготовленное отверстие.

Прорыв гноя происходит обычно неоднократно, болезнь затягивается на много месяцев и заканчивается только после удаления источника гноя — пораженной трубы.

Но, помимо гнойников параметрия и труб, правда, очень редко, в мочевой пузырь вскрываются нагноившиеся кисты яичников, особенно дермоиды, а также нагноившиеся продукты внематочной беременности. В последнем случае к гною примешиваются косточки скелета плода, обычно не выделяющиеся с мочой и требующие для удаления оперативного вмешательства.

Следует отметить, что нередко вскрытие гноя в мочевой пузырь сопровождается вскрытием и опорожнением его и в прямую кишку. В этих случаях гной иной раз в больших количествах выделяется с калом.

5. Недержание мочи

Одной из наиболее частых жалоб женщин является недержание мочи. Под **н е д е р ж а н и е м** мочи следует понимать такое состояние, когда моча вытекает у больной независимо от ее воли, причем больная не ощущает никакого позыва к мочеиспусканию.

Недержание мочи, как правильно отмечают, следует отличать от **н е у д е р ж а н и я**, при котором позыв на мочу бывает настолько сильным, что больная не в состоянии бывает полностью сдержать его.

Недержание мочи зависит от причин нервно-психического характера, а также от местных заболеваний и расстройств, среди которых на первом месте по частоте стоит родовая травма и травма оперативная.

Неполное недержание мочи мы нередко наблюдаем в послеродовом периоде при напухании, кашле, смехе и пр. Это недержание является следствием небольших трещин или надрывов на сфинктере уретры. Оно не требует особого лечения, так как такие дефекты в послеродовом периоде полностью заживают, и недержание после нескольких дней, редко недель, совершенно исчезает.

Разрыв мышечного жома после длительных родов или родоразрешающих операций вызывает более длительную и тяжелую форму недержания. При этом рвется только сфинктер, все прочие ткани мочевого тракта остаются нетронутыми.

Не всегда родовая травма сразу же ведет к недержанию мочи. В большинстве случаев симптомы недержания появляются долгое время спустя после родов, когда на почве той же травмы разовьются опущения или даже выпадения половых органов и *cystocele*.

Местные заболевания, рубцы и воспалительные инфильтраты в области верхнего отдела мочеиспускательного канала также могут нарушить функцию сфинктера и вести к недержанию мочи. Однако эта форма недержания встречается гораздо реже.

При длительных, не поддающихся консервативному лечению формах недержания мочи приходится прибегать к оперативному вмешательству, которое дает хорошие результаты. Сразу же прибегать к операции не следует. Даже при слабости сфинктера иной раз недержание мочи быстро прекращается при применении самых простых методов консервативной терапии, как, например, смазывание передней стенки влагалища от наружного отверстия мочеиспускательного канала и до *portio vaginalis* иодной настойкой. Хорошие результаты дает введение во влагалище танин-глицериновых тампонов (5 : 100). Наконец, хорошие результаты дают и общие терапевтические мероприятия, направленные к поднятию тонуса мускулатуры: массаж, гимнастика, применение фарадического тока и др.

6. Задержка мочи (*ischuria*)

Патологическим явлением характера, противоположного недержанию мочи, является задержка мочи (*ischuria*).

Обычно *ischuria* является следствием механического ущемления шейки мочевого пузыря или мочеиспускательного канала в полости малого таза.

Так, растущие в тазу новообразования, например, миомы или опухоли яичников, а чаще всего *retroversio uteri gravidi* могут повести к столь сильному прижатию пузыря, что отток мочи через мочеиспускательный канал наружу делается невозможным.

Вследствие этого моча скопляется в громадных количествах в мочевом пузыре (3—5 и даже 10 л) и, растягивая его до огромных размеров, ведет к истончению стенок пузыря и к зажатию в них кровеносных сосудов.

Лишенные питания стенки пузыря могут подвергнуться полному или частичному некрозу, а при проникновении в омертвевшие ткани микробов — гангрене. Штеккель, описавший этот процесс, называет его *cystitis dissecans gangrenescens*.

Если моча не будет выпущена, такая ишурия может повести к разрыву пузыря, к опорожнению его содержимого в брюшную полость и к смертельному перитониту.

Наблюдаются случаи ишурии, когда переполненный и чрезмерно растянутый мочевой пузырь не может достаточно хорошо сокращаться, что препятствует его опорожнению. Однако под влиянием слабых сокращений мышц пузыря моча все-таки по каплям почти непрерывно выделяется из пузыря. Это состояние обычно мы называем *ischuria paradoxa*. Оно может повести к тем же тяжелым последствиям, что и обычная ишурия, если мочевой пузырь своевременно не будет опорожнен.

Д и а г н о з ишурии не труден.

Л е ч е н и е состоит в своевременном опорожнении мочевого пузыря, что почти всегда удается с помощью катетера. Если набухшая и воспаленная слизистая уретры или механические препятствия в тазу делают катетеризацию невозможной, следует пунктировать мочевой пузырь со стороны брюшной стенки. Для окончательного излечения необходимо удалить из таза механическое препятствие.

Я не буду здесь останавливаться на целом ряде расстройств функции мочевого пузыря, развивающихся на почве функциональных неврозов, как, например, полное недержание мочи, чаще всего наблюдаемое у детей (*enuresis posturua*), и на прочих формах, так как это уже выходит из сферы гинекологии.

7. Аномалии мочеточников

В гинекологической практике мы можем встретиться и с патологией, обусловливаемой аномалиями мочеточников.

Тот, кто оперирует рак по расширенному брюшному способу, нередко наталкивается на аномалию удвоения мочеточников.

Мочеточник может быть удвоен с одной или с обеих сторон. Такое удвоение можно проследить или на отдельных участках мочеточника, или на всем его протяжении. В редких случаях встречаются и утроенный мочеточник.

Наблюдают и ненормальное расположение места впадения мочеточника. Он может открываться в уретру и в своды влагалища, и в его стенки и вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала. Такая аномалия ведет иной раз к частичному недержанию мочи, а нередко и к нагноению мочеточника — к пиоуретериту.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт трубный** 331
Абсцесс тазовый 345
 — тубоовариальный 270, 315
Аденомиоз 232
Adenomyosis retrovaginalis 348
 — tubae 312
Algodysmenorrhoea 103
Algomenorhoea 103
Аллантоис 38
Аменоррея 97
 — военного времени 98
 — лечение эндокринными препаратами 109
 — психическая 98
Анамнез 66
Anteflexio uteri 168
Antepositio uteri 167
Anteversio uteri 168
Arbor vitae 17
Arteria pudenda 32
 — spermatica 31
 — uterina 31
Астенический тип конституции 60
Асцит при опухолях яичников 278
Atresia ani 121
 — — vestibularis 121
 — hymenalis 161
 — uterina 162
 — vaginalis 162
- Бартолиниевы железы** 12
 — — гоноррея, анатомия патологическая 361
 — — кисты 130, 361
 — — псевдоабсцесс 361
Бартолинит гонорройный 370
Бели 88
 — влагалищные 91
 — клиника 90
 — шеечные 92
Беременность внематочная 326
 — — брюшная 339
 — — влияние на организм 332
 — — диагноз 334
 — — лечение 337
 — — перфорация трубы 330
 — — трубная интерстициальная 339
 — — течение клиническое 332
 — — формы 326
 — — — особые 338
 — — этиология 327
 — — яичниковая 338
 — предупреждение 409
 — — выпрыскивания внутриматочные 411
 — средства предупреждающие 409
Бесплодие 397
 — анамнез 404
- Бесплодие, диагноз** 402
 — лечение 405
 — оварьяльное 400
 — профилактика 405
Битт менструальный 113
Биопсия 78
Боли 93
 — в крестце 93
 — в нижней части живота 94
 — промежуточные 55
Брюшина тазовая 30
Bulbus vestibuli 11
- Vagina septa** 157
 — subseptata 157
Вагинизм 152
Versio uteri 165
Vestibulum 10
Влагалище 13
 — аденомиоз 149
 — аденомы 149
 — воспаление слизистой оболочки 135
 — выпадение 175
 — — клиника 181
 — — профилактика 184
 — — симптомы 183
 — — терапия 185
 — — фройриповское 180
 — гетеротопия эндометриодная 149
 — гоноррея, анатомия патологическая 362
 — — лечение 381
 — — симптомы 370
 — заболевания 135
 — — язвенные 140
 — инородные тела 151
 — искусственное, образование 155
 — кисты 148
 — миомы 149
 — опухоли 148
 — — доброкачественные 148
 — — злокачественные 150
 — опущение 175
 — отсутствие 154
 — повреждения травматические 141
 — рак 150
 — самоочищение 89
 — саркома 151
 — свищи мочевые 141
 — секрет 15
 — — чистота 90
 — содержимое нормальное 88
 — зоог 139
 — стенки, неправильности положения 164
 — туберкулез, анатомия патологическая 390
 — ulcus molle 140

Влагалище, ulcus rotundum simplex 141
— флора 15, 88
— язва сифилитическая, первичная 140
— язвы туберкулезные 141
Вульва 9
— воспаление 124
— гоноррея, анатомия патологическая 361
— — лечение 381
— — симптомы 369
— заращение 124
— кисты 130
— кондиломы острые 129
— огухоли доброкачественные 130
— — злокачественные 132
— отсутствие 124
— повреждения травматические 133
— рак 132
— саркома 133
— туберкулез, анатомия патологическая 390
— *ulcus induratum* 126
— *ulcus molle* 126
— фибромы 131
— элифантгаз 130
— язвы венерические 126
Вульвит 124
— гонорройный 125
— острый 124
— хронический 125
Выскабливание пробное 80

Ganglion coeliacum 63
— *mesentericum* 33
— *uterinum* 33
Наematokolpos 161
Гематосальпинкс 163
Гематоцеле 331
Гениталоидные клетки 36
Гермафродитизм 121
— истинный 122
— мужской 123
— психический 123
Hernia ovarica inguinalis 267
Гигиена женщины 112
— половой жизни 115
Hypogors tubae profluens 313
Гидросальпинкс 313
Hydrocele lig. rotundi 349
Hymen 11
Гинагрезия 160
Гинекологические заболевания, диагностика 65
— — симптоматология 87
Гинекологическое исследование 65
— — влагалищно-прямокишечное 75
— — внутреннее 70
— — техника 72
— — зеркалами 75
— — наружное 68
— положение 70
Hypermenorrhoea 99
Hypospradia Vesicae 120
Гипофиз, гормоны 44, 107
Гистероскоп 80
Гистероскопия 80
Hysterocele 191
Glandulae vestibulares majores 12
Гомосексуализм 123
Гонадотропные гормоны 107
Гонококки 354
— биология 357
— культуры 359
— морфология 357

Гонококки, окраска 358
Гоноррея 354
— анатомия патологическая 359
— борьба 379
— вакцинодиагностика 374
— восходящая, лечение 384
— девочек, лечение 386
— диагноз 372
— — клинический 375
— излечение 376
— латентная 367
— лечение 380
— — во время беременности 385
— открытая, лечение 380
— провокация 373
— прогноз 377
— профилактика 377
— распространение 356
— способы заражения 355
— течение клиническое 367
— хроническая первичная 367
Гормональные препараты, лечение ими отдельных расстройств 109
— — применение 108
Гормонотерапия 104
Гормоны 104
— гонадотропные 44
— меланофорные 45
— сексуальные женские 44
Граафов пузырь 24
Грудные железы, изменения циклические 54
Губы большие, грыжи 131
— малые, гипертрофия 124

Девственная плева 11
— — формы 11
Descensus uteri 166, 175
— *vaginae* 175
Дефлорация 11
Дискразия 58
Diaphragma pelvis 20
Дисменоррея 102
Deciduoma malignum 259
Discus oophorus 25
Dyspareunia 47

Ectopia vesicae 120
Elephantiasis vulvae 130
Elevatio uteri 167
Endometritis membranacea exfoliativa 103
— *post abortum* 205
— — *partum* 205
Epispradia vesicae 120
Erosio follicularis 194

Железа интерстициальная 26
Железы полового созревания 46
Желтое тело 25
— — абсцесс 270
— — кисты 273
— — препараты гормональные 108
— — развитие, фазы 26
— — фаза васкуляризации 49
— — — пролиферации 49
— — — расцвета 49

Зародышевый эпителий 24, 36
Зев внутренний 16
— наружный 16
Зеркала ложкообразные 77
— пластинчатые 78
Zona pellucida 25

Inversio uteri 187
Инсулин при ювенильных кровотечениях 111
Интерсексуальный тип конституции 64
Инфантилизм 62
Инфантильный тип конституции 62
Исследование гинекологического внутреннее 70
— — — зеркалами 75
— — — наружное 68
— объективное 67
Ишурия 419

Canalis cervicalis 16
Carina urethralis 14
Cavum Retzii 31
— subperitoneale 30
Кисты паровариальные 305
— — — лечение 306
— тубоовариальные 326
Climax praecox 57
— tarda 57
Климактерий, гигиена 117
Климактерический период 55
— — — изменения в организме 56
— симптомокомплекс 55
Клитор 11
— гипертрофия 124
Клоака 38
— мембрана 38
Клоакальное седло 38
Клоачный бугорок 39
Columnae rugarum 13
Кольмизация 385
Кольпит 135
— гонорройный 137
— грибковый 139
— дифтерийный 137
— при инфекционных заболеваниях 137
— серозно-гнойный 135
— старческий 136
— трихомонадный 138
— формы 135
— эмфизематозный 136
Colpitis emphysematosa 136
— gonorrhoeica 370
Colporrhaphia 186
Кольпоскоп 195
Кольпоскопия 78
Кондиломы острые вульвы 129
Конституция 58
— тип астенический 60
— — интерсексуальный 63
— — инфантильный 62
— — пикнический 63
— типы 59
Контрацептивы 409
Контрацепция 409
— механическая 410
— химическая 409
Corona radiata 25
Corpus albicans 25
— atreticum 25
— fibrosum 26
— luteum 25
— — graviditatis 26
— — menstrualis 26
Кровотечения ювенильные 100
— — — лечение инсулином 111
— — — эндокринными препаратами 110
Круглые связки, опухоли 349
Ксантомные клетки 366
Stimulus oophorus 25

Labia majora 10
— minora 10
Ламинария 209
Лапаротомия пробная 81
Lateroflexio uteri 165
Leptotrix vaginalis 140
Ligamentum cardinale 20, 31
— latum 19
— ovarii proprium 19
— rotundum 19
— sacrouterinum 20
— suspensorium ovarii 19, 23
Lithokeliphopedion 332
Lithopedion 332
Лобок 9
Лютеогландоль 43, 108
Лютеогормон 106

Маскулинизация 43
Массаж гинекологический 173
Матка 15
— аденомиоз 231
— аденомиома 231
— антефлексия нормальная 164
— аппарат подвешивающий 176
— — поддерживающий 176
— атрофия 262
— в детском возрасте 46
— величина 17
— выворот 187
— выпадение 166, 175
— — клиника 181
— — профилактика 184
— — симптомы 183
— — терапия 185
— — выскабливание 208
— — пробное 80
— гоноррея, анатомия патологическая 363
— — лечение 383
— грыжа 191
— заболевания 154
— — воспалительные 191
— инверсия 187
— — идиопатическая 189
— — онкогенетическая 189
— миомы 211
— — атипичной локализации 216
— — боли 222
— — влияние на соседние органы 219
— — гезез каузальный 212
— — гистогенез 211
— — диагноз 223
— — изменения патологические в них 218
— — интерстициальные 216
— — интралигаментарные 216
— — кистовидные 218
— — клиника 220
— — кровотечения 220
— — лечение 227
— — — оперативное 229
— — — методы 230
— — — симптоматическое 227
— — — отличие от беременности 225
— — — тазовых инфильтратов 226
— — прогноз 226
— — рост 211
— — связь с раком 219
— — — с саркомой 220
— — симптомы 220
— — строение 215
— — — микроскопическое 217

Матка, миомы субмукозные 216
 — — субсерозные 216
 — — — на ножке 216
 — — топография 215
 — — частота 214
 — опухоли 210
 — опущение 175
 — отклонение кзади 168
 — отсутствие 164
 — перегиб кзади 168
 — перешеек 16
 — подвижность 164
 — положение 16
 — — неправильности 164
 — — физиологическое 164
 — полость 16
 — — зондирование 79
 — — обследование 79
 — пороки развития 164
 — *positio* 166
 — рак 235
 — — биопсия 248
 — — диагноз 246
 — — — ранний 247
 — — клиника 237
 — — лечение 254
 — — неоперабельный, лечение 257
 — — операбельный, лечение 254
 — — операция расширенная 254
 — — прогноз 252
 — — профилактика 252
 — — симптомы 244
 — — смертность оперативная 256
 — саркома 234
 — связки 19
 — слизистая оболочка 17
 — — — воспаление 201
 — — — изменения циклические 49
 — — — прегравидарная 51
 — — — слой 49
 — — — слой базальный 49
 — — — функциональный 49
 — стенка, воспаление 201
 — тело 15
 — — рак 250
 — — — диагноз 251
 — — — симптомы 251
 — удвоение 155
 — туберкулез, анатомия патологическая 390
 — фибромиомы 211
 — фибромы 217
 — хориевэпителиома 259
 — шейка 15
 — экстирпация химическая 256
Мезоварий, перекручивание 268
Mesovarium 23
Mesosalpinx 22
Menarche 46
Менопауза 52, 55
 — гигиена 117
Меноррагия (и) 99
 — в периоде половой зрелости 100
 — — преклимактерическом периоде 100
 — лечение эндокринными препаратами 110
 — периода полового созревания 100
Менотоксин 53
Менструальный цикл 50
 — — фаза десквамации 50
 — — — пролиферации 50
 — — — секреторная 51
Менструация (и) викарирующие 98
 — гигиена 113

Менструация (и) расстройства 95
 — нормальная 95
 — первая 46
 — течение 53
 — трубная 163
Menstruatio praecox 97
Метропатия Геморрагическая 206
Метроррагия 102
Метро-эндометрит 201
 — острый, лечение 203
 — хронический 203
Metro-endometritis 201
Миометрий 19
Molimina menstruales 99
Mons veneris 9
Моча, задержка 419
 — недержание 419
 — неудержание 419
Мочевая система, развитие 35
Мочевой пузырь 27
 — — воспаление 413
 — — гной в нем из соседних органов 418
 — — инородные тела 418
 — — камни 417
 — — опущение 178
 — — пороки развития 120
 — — шейка 27
Мочееиспускательный канал 28
 — — слизистая оболочка 28
Мочеполовая система, развитие 35
 — сфера, заболевания 413
Мочеточник (и) 27
 — аномалии 420
Musculus compressor urinae 28
 — *detrusor vesicae* 28
 — *ischio-cavernosus* 21
 — *levator ani* 21
 — *sphincter ani externus* 30
 — — — *internus* 29
 — *transversus perinei profundus* 21
 — — — *superficialis* 21
Мюллеровская (и) нить 36
 — ходы 36
Мюллеровский канал 36

Неврастения сексуальная 93
Nervus pudendus 34

Овариальный цикл 48
Овариотомия 293
Ovarium 23
Ovula Nabothii 194
Овуляция 25, 48
Огню-Кнауса теория 411
Oidium albicans 139
Оофорит 269
 — острый 270
 — формы 270
 — хронический 271
Оплодотворение искусственное 406
Опухоли кровяные замочные 331
 — этиология 235
Опушения чувство 95
Orificium urethrae externum 11, 28
 — — *internum* 28

Papilloma condylomata acuminata 129
Параметрий, гоноррея 366
Параметрит 342

Параметрит, анатомия патологическая 342

— диагноз 344

— инфилтрат 343

— картина клиническая 344

— лечение 346

— прогноз 345

— этиология 342

Парауретральные ходы 11, 29

Парацистит 417

Перитонизм 352

Перитонит 349

— картина клиническая 351

— — патологоанатомическая 351

— лечение 352

— туберкулезный 391

— — диагностика 393

Перицистит 417

Пертубация 82

Пессарии 174

Пикнический тип конституции 63

Пиосальпинкс 314

Plexus ovaricus 33

Пол, возникновение 42

— дигаметный 42

— моногаметный 42

Polyurethraemorrhoea 99

Половая зрелость 43, 47

— жизнь, гигиена 115

— холодность 47

— щель 10

Половое влечение 47

— сношение 116

— — неполное 412

— — плодотворное, время его 411

Половой валик 36

— желобок 40

Половые губы большие 10

— — малые 10

— органы, анатомо-топографические данные 9

— — в детском возрасте 45

— — внутренние 13

— — наружные 9

— — — заболевания 120

— — — опухоли 130

— — — пороки развития 120

— — — процессы воспалительные 124

— — — развитие 39

— — — туберкулез 387

— признаки вторичные 41

— — первичные 41

Почка, развитие 35

Преддверие 10

— луковица 11

Презервативы женские 410

— мужские 410

Преэклимактерические явления 55

Preputium clitoridis 10

Примордиальные фолликулы 24

Пролан 44, 52, 107

— А 44

— В 44

— действие на яичник 108

Prolapsus vaginae 175

— uteri 175

Промежность 13

— разрывы 134

Pruritus vulvae 125

Прямая кишка 29

— — гоноррея 371

Псевдогермафродитизм 122

— груди 122

Pseudoerosio papillaris 194

Псевдомудин 280

Пункция заднего свода пробная 81

Ректоскопия 86

Rectum 29

Retroflexio uteri 165

— — versio uteri 164

— — — диагноз 171

— — — исправление 173

— — — симптомы 170

Retropositio uteri 167

Rima pudendi 10

Сактосальпинкс 313

Сальпингит (ы) 309

— гнойный 313

— диагноз 317

— картина клиническая 315

— лечение 320

— — оперативное 323

— — — выбор метода операции 324

— прогноз 319

— профилактика 320

Salpingitis interstitialis 312

— isthmica nodosa 312

— pseudofollicularis 312

— purulenta gonorrhoeica 364

Сальпингография 84

Свищи влагалищно-прямокишечные 147

— мочевые влагалища 141

— — — диагностика 144

— — — терапия 145

— мочеточниковые 142

Свод задний, пункция пробная 81

Сексуальный центр 44

Septum rectovaginale 13, 31

— urethrovaginale 13

— vesicovaginale 13, 31

Сердце миоматозное 221

Sinus urogenitalis 38

Скеновские железы 11

Спайка задняя 10

Сперма, исследование микроскопическое 402

Спирохета бледная, определение 128

Стерилизация гипергормональная 407

— гормональная 407

— — неполовыми гормонами 407

— гуморальная 408

— искусственная 407

Sterilitas 397

Стерильность 397

— вторичная 398

— диагностика 402

— первичная 398

— — причины у мужчины 400

— — — женщины 398

Sulcus interlabialis 10

Supressio mensium 98

Таз 20

— малый, клетчатка 30

Тазовая брюшина, заболевания 341

— — туберкулез, анатомия патологическая 390

— клетчатка, актиномикоз 349

— — воспаление 342

— — заболевания 341

— — опухоли 348

— — повреждения 341

— — эхинококк 348

- Тазовая область, вены 32
 Тазовое дно, 20, 177
 — — мышцы 20
 Тазовые органы, артерии 31
 — — вены 32
 — — железы лимфатические 32
 — иннервация 33
 — — сосуды кровеносные 31
 — — — лимфатические 32
 Тампон Шульце 91
 Thesa folliculi 25, 48
 Torsio uteri 166, 167
 Trichomonas vaginalis 138
 Trigonum vesicae Licutaudii 27
 Трубы 21
 — adenomyosis 312
 — гоноррея, анатомия патологическая 364
 — — симптомы 371
 — добавочные 309
 — заболевания 308
 — — воспалительные 309
 — — — анатомия патологическая 311
 — недоразвитие 308
 — опухоли 325
 — полипы 325
 — пороки развития 308
 — проходимость, определение 82
 — рак 325
 — туберкулез, анатомия патологическая 389
 — — диагноз 392
 — — удвоение 309
 — хорионэпителиома 325
 Туберкулез половых органов 387
 — — анатомия патологическая 389
 — — — вторичный 388
 — — — диагностика 392
 — — — лечение 394
 — — — — оперативное 395
 — — — — первичный 387
 — — — — прогноз 393
 — — — — профилактика 393
 — — — — распространение 387
 — — — — течение клиническое 391
 Тубо-овариальные кисты 326
 Tunica albuginea 24
- Fimbria (ae) ovarica 22
 — tubae 22
 Fissura vesicae 120
 Flexio uteri 164
 Fluor 88
 — albus 92
 — flavus 92
 Фолликул, атрезия 25
 — гранулоза 24
 — персигирующий 101, 206
 — примордиальный 24
 — — созревание 48
 — — созревание 24
 Фолликулин 43, 105
 Fossa ischiorectalis 21
 — navicularis 10
 Франкенгейзера слетение 33
 Frenulum 10
 Frenulum clitoridis 10
 Фригидность 47
- Хорионэпителиома 259
 Хромосомы 41
 Хромодистоскопия 86
- Цервикальный канал 16
 — — рак 242
 Cervix uteri 15
 Цервицит 193
 — гонорройный 370
 — лечение 197
 — острый 193
 — хронический 193
 Циклические явления внеполовые 54
 Цистит 413
 — изменения анатомические 414
 — картина клиническая 414
 — лечение 416
 — профилактика 415
 — симптомы 414
 Цистоскоп 85
 Цистоскопия 85
 Cystocele 178
- Улcus induratum 126
 — molle 126
 — — влагалища 140
 Ureter 27
 Уретра 28
 — гоноррея, анатомия патологическая 362
 — — лечение 380
 — — симптомы 369
 — пороки развития 120
 Уретроскопия 84
 Uterus 15
 — arcuatus 156
 — bicornis 156
 — — unicolis 156
 — didelphys 155
 — foetalis 159
 — hypoplasticus 159
 — infantilis 159
 — pseudodidelphys 156
 — septus 156
 — subseptus 156
- Шанкр мягкий 126
 — пергаментный 128
 — твердый 128
 Шейка матки 15
 — — взятие секрета 373
 — — воспаление 193
 — — гипертрофия фолликулярная 195
 — — гоноррея, лечение 382
 — — — симптомы 370
 — — дисцизия 160
 — — ectropion 195
 — — лейкоплакия 195
 — — волипы слизистые 195, 198
 — — рак 237
 — — — — диагноз 246
 — — — — классификация 240
 — — — — клиника 241
 — — — — плоскоклеточного происхождения 240
 — — — — профилактика 252
 — — — — распространение 243
 — — — — симптомы 244
 — — — — статистика 238
 — — — — строение 239
 — — — — цилиндроклеточного происхождения 240
 — — — — туберкулез, анатомия патологическая 390
- Фантомтumor 222
 Феминизация 43

Широкие связки матки 19, 30
Шульце тампон 91

Эменоррея 95
Эндометрий 17
Эндометриозы 233
Эндометрит острый 202
— хронический 203
Эпителий зародышевый 24
Эрозия (и) 193
— истинные 193
— лечение 198

Яичник (и) 23

— adenocystoma papillare 282
— — serosum 281
— — simplex 282
— аденокистомы, гистогенез 284
— — дегенерация карциноматозная 296
— — диагноз 287
— — симптомы 285
— — течение 285
— adenofibroma pseudomucinosum 280
— атрофия 268
— blastомы доброкачественные 279
— — эпителиальные злокачественные 295
— blastoma cilio-epitheliale 282
— в детском возрасте 45
— воспаление 269
— гиперемия 263
— гипернефромы 305
— говоррея, анатомия патологическая 366
— — симптомы 371
— гормоны 43, 105
— действие пролана 108
— дермоиды 302
— — гистогенез 304
— — лечение 305
— добавочные 266
— заболевания 264
— кистомы, диагностика 291
— кисты дегтярные 274
— — желтого тела 273
— — лютеиновые 273
— — многокамерные 282
— — папиллярные, формы 282
— — при пузырьном заносе 274
— — — хорионэпителиомы 274
— — фолликулярные 273
— — шоколадные 274
— кровоизлияния 268

Яичник, неправильности сосудистой системы 268

— — положения 266
— — опухоли 273
— — — бластоматозные 275
— — — классификация 279
— — — ножка 275
— — — перекручивание 277
— — — рост интралигаментарный 276
— — — торзия 277
— — — эпителиальные 279
— — — гранулезных клеток 297
— — — диагноз дифференциальный 289
— — — Крукенберга 296
— — — лечение 293
— — — небластоматозные 273
— — — прогноз 292
— — — соединительнотканые 299
— — опущение 267
— — отсутствие одностороннее 264
— — — полное 264
— — папиллома поверхности 283
— — перерождение мелкокистозное 271
— — пересадка 265
— — пороки развития 264
— — pseudомухома 283
— — пути выводящие 36
— — развитие 36
— — — недостаточное 265
— — рак 295
— — — диагноз 298
— — — картина клиническая 298
— — — терапия 298
— — — форма генуинная 295
— — — метастатическая 296
— — — формы особые 296
— — резекция 294
— — саркомы 300
— — сосуды, варикозность 268
— — строение 24
— — тератобластомы 303
— — — гистогенез 304
— — — лечение 305
— — тератомы 301
— — туберкулез, анатомия патологическая 391
— — увеличение чрезмерное 266
— — fibroma adeno-cysticum 282
— — фибромы 299
— — хорионэпителиомы 305
— — cystoma cilio-epitheliale papilliferum 282
— — — proliferum glandulare pseudomucinosum 280
— — — papillare serosum 281
— — эпителиомы 279
Яйцо 24, 25

Редактор *А. Прейсман.*
Техреды *А. Троицкая, И. Линцер.*
Обложка худ. *И. Авринского.*

Уполномоченный Главлита № А-394.
Медгиз № 357. Тираж 40 000.
Формат бумаги $70 \times 105 \frac{1}{16}$. Печ. листов $26 \frac{3}{4} + \frac{5}{8}$.
Знаков в 1 печ. листе 64920. Уч.-изд. л. 44,23.
Сдано в набор 28/VI 1939 г.
Подписано к печати 8/IX 1939 г.
Цена 8 р. 20 к. Переплет 1 р. 30 к.
Заказ № 1140. Бумага Камского бумкомбината.

2-я типография ОГИЗа РСФСР треста «Полиграфкнига»
«Печатный Двор» им. А. М. Горького.
Ленинград, Гатчинская, 26.