

618.7  
ЖС-77

КЛИНИ-  
ЧЕСКИЕ  
ЛЕКЦИИ  
ПО  
ГИНЕКО-  
ЛОГИИ

КНЖМР ИИ

*НЕИЗМЕННОМУ ДРУГУ И ПОМОЩНИКУ,  
ЛЮБИМОЙ ЖЕНЕ ЕЛЕНЕ МИХАЙЛОВНЕ  
ПОСВЯЩАЮ СВОИ ТРУД*

**АВТОР**

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

В последние годы достигнуты значительные успехи в разработке ряда разделов гинекологии. Эти успехи явились результатом комплексных исследований клиницистов-гинекологов, эндокринологов, патофизиологов, биохимиков, патологоанатомов и цитологов.

Применение современных научных достижений в гинекологической клинике позволило значительно усовершенствовать методы обследования, диагностику и терапию ряда заболеваний женщин: некоторых аномалий менструальной функции, аномалий развития женского организма, гормонопродуцирующих опухолей яичников, рака женских половых органов, эндометриоза, воспалительных процессов различной этиологии (трихомониаз, туберкулез, септическая инфекция), аномалий положения половых органов женщины.

К сожалению, в последние годы (с 1931 г.) в отечественной литературе не опубликовано лекций по гинекологии. Между тем, изложение предмета в форме клинических лекций позволяет на конкретных примерах представить читателям клинические варианты заболеваний во всем их многообразии, показать, как используются достижения современной гинекологии в повседневной практике, уделить достаточное внимание вопросам влияния внешней среды на возникновение и развитие заболеваний, а также представить конкретное содержание деонтологии в гинекологии.

Представленный вниманию читателей курс лекций по гинекологии не охватывает всех разделов современной гинекологии; он посвящен в основном тем разделам гинекологии, в которых достигнуты в последние годы значительные успехи.

Автор надеется, что курс этих лекций поможет врачам-гинекологам применить на практике достижения современной гинекологической клиники.

О том, как удалось автору справиться с поставленными сложными задачами, будут судить читатели; автор будет весьма признателен за деловую критику и с удовлетворением примет пожелания и замечания взыскательных читателей.

Засл. деят. науки  
проф. К. Н. Жмакин

## Лекция I

### ЮВЕНИЛЬНОЕ (МАТОЧНОЕ) КРОВОТЕЧЕНИЕ. ПЕРСИСТЕНЦИЯ Фолликула

#### (METRORRHAGIA JUVENILIS. FOLLICULUS PERSISTENS)

Больная Р., 17 лет, поступила в гинекологическое отделение 25 января 1962 г. в 9 ч утра с обильным маточным кровотечением и жалобами на резкую слабость и головокружение.

**Анамнез.** Отец больной умер в возрасте 48 лет от инфаркта миокарда; матери 49 лет, здорова; в семье 5 детей.

До 10 лет Р. росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях; из детских инфекций перенесла корь и скарлатину. После смерти отца условия жизни семьи ухудшились. С 10 лет девочка стала хуже питаться, рано начала помогать матери в хозяйственной работе. В периоде полового созревания часто болела ангиной, гриппом.

**Менструальная функция и развитие заболевания.** Менструации начались в 14 лет, но до сих пор приходят нерегулярно, через 7—8 недель, очень обильные. В 1960 и 1961 гг. дважды находилась в больнице по поводу очень обильного маточного кровотечения. В январе 1961 г. была произведена дисцизия девственной плевы (с согласия матери ввиду несовершеннолетия больной) и выскабливание слизистой матки, так как кровотечение было очень обильным.

При гистологическом исследовании удаленной ткани диагностирована кистозная гиперплазия слизистой матки. Кровотечение после этого вмешательства остановилось, но после задержки на 2 месяца вновь возобновилось в марте 1961 г., а затем повторялось через 2—3 месяца в очень обильном количестве. Содержание гемоглобина снижалось до 13—20 единиц (гемометра по Сали). Из-за обильных кровянистых выделений больная 6 раз лежала (дома) по 12—15 дней, жаловалась на слабость и головокружение; применение кровоостанавливающих средств не давало эффекта. Длительная болезнь вынудила девушку с 16 лет прервать занятия в школе.

Последняя менструация началась 12 января этого года после задержки на 2 месяца и была очень обильной. К 23 января кровотечение несколько уменьшилось, но резкая анемизация больной побудила врача женской консультации направить ее в гинекологическую клинику.

**Общее обследование.** Общее состояние больной при поступлении средней тяжести. Телосложение женского типа. Рост — 150 см. Вес 50 кг. Кости тонкие. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные с желтушным оттенком; кровоизлияний на поверхности тела не обнаружено. При опросе установлено, что Р. никогда не страдала кровотечениями из носа или десен. Язык влажный, слегка обложен. Щитовидная железа не пальпируется. Пульс — 96 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление — 90/50 мм рт. ст. Обхвост груди — 75 см. Границы сердца в пределах нормы. Систолический шум на верхушке сердца, акцент II тона на легочной артерии. Со стороны органов дыхания и пищеварения патологических изменений не определяется.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы развиты недостаточно, конусовидной формы, упругие; околососковые кружки не пигментированы; секрет из молочных желез не выделяется. Оволосение на лобке по женскому типу, но недостаточное. Малые половые губы не прикрыты большими, гипопластичны. Девственная плева с отверстием овальной формы, края ее в виде *sagittulae hymenales*. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез отклонений от нормы нет. Осмотр с помощью маленького ложкообразного зеркала: слизистая влагалища бледно-розовой окраски; шейка матки конической формы бледно-розовой окраски; наружный маточный зев точечный. Из канала шейки матки кровянистые выделения, довольно обильные. Симптом зрачка определить не удается (кровянистые выделения), однако отмечается примесь слизи к выделениям. Ввиду узости влагалища произведено прямокишечное исследование: матка в антефлексии, слегка увеличена, мягковата; поверхность ее гладкая. Придатки матки не определяются.

Ввиду резкой анемизации больной и продолжающегося кровотечения срочно сделаны анализы крови, определена группа крови и резус-принадлежность, произведен анализ мочи.

**Лабораторные данные.** Анализ крови: Нв 3,3 г%, эр. 1,5 млн., л. 5000, э. 1%, п. 3%, с. 64%, лимф. 30%, м. 2%; РОЭ — 25 мм в час. Резкая гипохромия; выраженный анизо- и пойкилоцитоз. Кровь резус-положительная. Время кровотечения по Дукке — 45" (норма — 1½—2—3 мин). Свертываемость (по Бюркеру): начало — 4'45", конец — 5'20" (норма: начало 2—2½ мин, полное свертывание — 3—4 мин). Количество тромбоцитов — 195 000. Количество ретикулоцитов в 1 мм³ — 36%. При исследовании мочи патологических изменений не найдено.

Ввиду довольно обильных кровянистых выделений из матки кольпоцитологическое исследование не произведено. Собрана моча, отцентрифугирована и сделана уроцитограмма; обнаружена IV реакция<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Подробнее о клиническом значении и технике уроцитограммы — см. в статьях А. Т. Бунина (Акуш. и гин., 1965, 3) и А. Ф. Златмана (Урология, 1959, 3).

Содержание 17-кетостероидов в моче — 7,28 мг/24 ч. Прегнадиол в моче не обнаружен.

Каков же диагноз заболевания, в чем причины столь массивных кровопотерь?

Очень обильные маточные кровотечения в юношеском возрасте могут быть обусловлены рядом заболеваний как экстрагенитальных, так и генитальных. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто причиной кровотечений являются заболевания крови, печени, нарушения функции щитовидной железы и надпочечников. Из генитальных заболеваний кровотечениями сопровождаются злокачественные опухоли влагалища и матки, дисгерминома, туберкулез матки, гранулезоклеточная опухоль яичника, патологическая беременность (прерывание ее из-за различных причин) и, наконец, нарушения нормальных циклических процессов в яичниках.

Разберем последовательно, какое же из перечисленных выше заболеваний является причиной маточных кровотечений у больной Р.

Из болезней крови, сопровождающихся маточными кровотечениями, наиболее часто в юношеском возрасте встречается болезнь Верльгофа. Так, по данным сотрудника нашей кафедры Т. Н. Строгиной, изучившей особенности менструальной функции у 170 женщин с болезнью Верльгофа, оказалось, что только у 48 больных (28,2%) менструальная функция не нарушалась; у 122 больных, т. е. в 71,8%, наблюдались обильные и длительные менструации. Менструальная функция у большинства из этих больных нормализовалась в период затихания основной болезни, а также после спленэктомии. Одновременно с этим исчезли и другие геморрагии (из десен, носа, кожных сосудов).

У больной Р. ни в анамнезе, ни при общем обследовании, ни при исследовании крови не выявлено каких-либо признаков болезни Верльгофа. Некоторое уменьшение числа тромбоцитов (195 000) можно объяснить анемией, сопровождающейся уменьшением количества всех форменных элементов крови.

Кровотечения в юношеском возрасте могут быть обусловлены нарушениями свертывающей системы крови (первичными или вторичными), первичные нарушения

встречаются очень редко; у больной Р. нет никаких симптомов такого заболевания крови. Мы не имеем убедительных данных и в пользу предположения о вторичном нарушении свертывающей системы крови; против этого, в частности, говорят прекращение кровотечения сразу же после выскабливания, отсутствие склонности к возникновению кровоизлияний (на деснах, коже). По данным Л. Д. Заяц (329 наблюдений), нарушения тромбопластинообразования, ретракции кровяного сгустка и активности серотонина крови были выявлены у 20% девушек с функциональными кровотечениями, наряду с нарушением функции яичников. Однако эти нарушения являются, как правило, вторичными и исчезают при нормализации менструальной функции. По данным нашей клиники (А. Н. Примак), нарушения свертывающей системы крови у больных (взрослых), страдающих функциональными маточными кровотечениями, встречаются редко — при тяжелых, рецидивирующих кровотечениях (Е. В. Кравкова).

Второе экстрагенитальное заболевание, которое может обусловить возникновение обильных маточных кровотечений, — гепатит и другие заболевания печени с выраженным нарушением ее функции. Подобные кровотечения объясняются тем, что печень обладает способностью не только инактивировать гормоны, но и активизировать их путем образования эстропротейнового комплекса — соединения эстрогена с белком. Однако исследования нашего сотрудника Ю. Ф. Борисовой, изучившей особенности менструальной функции у 70 больных, страдавших гепатитами (главным образом, после болезни Боткина), показали, что нарушения менструальной функции и в первую очередь кровотечения наблюдаются лишь у немногих больных с тяжелыми дистрофическими поражениями печени.

Мы не имеем никаких данных (ни анамнестических, ни объективных) для того, чтобы объяснить менструальные кровотечения у больной заболеванием печени. У нас нет также оснований для диагноза гипо- или гипертиреоза или заболевания надпочечников.

Изредка у девочек в очень раннем и подростковом возрасте возникают крайне злокачественные опухоли половой системы — саркомы или мезодермальные гетерологические опухоли. Однако данные анамнеза и объектив-

ного исследования больной говорят против подобного предположения. Обильные кровотечения начались уже 3 года тому назад и возникают с перерывами в 2—3 месяца, а не постоянно. Злокачественные же опухоли, особенно у детей, развиваются очень быстро, рано распадаются, метастазируют и ведут к гибели.

Очень редко в этом возрасте развиваются и миомы матки. Однако ни данные анамнеза (кровотечения не ежемесячные, а с перерывами в 2—3 месяца), ни объективного исследования (небольшая, с гладкой поверхностью матка) не подтверждают этого предположения. Мы можем отвергнуть также диагноз гормонопродуцирующей опухоли яичника (гранулезоклеточной опухоли) или дисгерминомы, так как при объективном исследовании не обнаружено каких-либо патологических изменений придатков матки.

При наличии массивного кровотечения у больной 17 лет необходимо подумать о возможности маточного аборта. Однако у нас достаточно анамнестических и объективных данных, чтобы отказаться от подобного предположения. Обильные кровотечения повторно возникают уже в течение 3 лет; данные объективного исследования также не подтверждают этого диагноза (зев закрыт, матка лишь слегка увеличена, слизистая оболочка влагалищной части шейки матки не только не цианотична, а, наоборот, резко бледной окраски, нет пигментации околососковых кружков и секреции молочных желез). Наконец, сама больная отрицает половую жизнь. Все это позволяет с уверенностью отвергнуть предположение о маточном аборте. Нет также и данных, говорящих о возможности прерывания внематочной беременности, при котором также могут появляться кровоотделения из матки.

При необходимом обсуждении вопроса о возможности кровотечений на почве маточного аборта врачу необходимо проявить большую осторожность и тактичность в отношении больной — юной девушки. Неосторожный подход, беседа в общей палате в присутствии других больных, расспрос родителей могут причинить психическую травму больной, вызвать необоснованные подозрения у родителей и крайне нежелательные негативные реакции с их стороны.



При наличии убедительных объективных данных, позволяющих отвергнуть мысль о беременности, нет никакой необходимости дополнять исследование повторными, настойчивыми опросами юной больной о половой жизни и возможности беременности.

Итак, мы отвергли ряд как экстрагенитальных, так и генитальных заболеваний, которые могут быть причиной маточных кровотечений у больной.

Перейдем теперь к обсуждению вопроса о патологии менструальной функции как причине маточных кровотечений. Напомним, что у Р. кровотечения начались с 14 лет, когда появились нерегулярные менструальноподобные выделения. Как раз в эти годы (а также и в климактерическом периоде — в 46—50 лет) наиболее часто наблюдаются весьма серьезные нарушения менструальной функции и, в частности, маточные кровотечения. Так, по данным нашей клиники (Ю. Ф. Борисова, 1964), при обследовании 1060 девушек в возрасте от 12 до 18 лет оказалось, что различные нарушения менструальной функции после менархе наблюдались в 46%, в том числе кровотечения (меноррагии) в 11%. По данным Döring (1963), изучившего 168 менструальных циклов у девушек в возрасте 12—14 лет, только 17 (10%) из них были нормальными, 101 (60%) были ановуляторными, 50 (30%) — с укороченной лютеиновой фазой. Из 316 циклов у девушек в возрасте 15—17 лет — 136 циклов (43%) были ановуляторными, 130 (41%) — с укороченной лютеиновой фазой и лишь у 50 (16%) был нормальный двухфазный цикл. Из 282 циклов у женщин в возрасте 18—20 лет соответствующие процентные соотношения — 26, 37 и 36%.

Кровотечения в юношеском возрасте обычно называют ювенильными. Однако подобное название этих кровотечений ничего не говорит об их сущности. Другое название такой патологии — дисфункциональное маточное кровотечение. Этим термином определяют все формы маточных кровотечений, которые не связаны ни с опухолевым, ни с воспалительным процессом, ни с беременностью; основа подобной патологии — нарушенная ритмическая продукция гормонов яичников. Эти нарушения обратимы — они или самопроизвольно исчезают, или же поддаются, как правило, консервативной терапии. Как видим, и термин «дисфункциональные маточные крово-

течения» является очень широким по своему содержанию. Наиболее правильно определять эти кровотечения в соответствии с теми изменениями, которые возникают в яичниках.

Опыт нашей клиники, а также данные литературы позволяют различать (К. Н. Жмакин) следующие изменения, возникающие в яичниках при нарушениях менструальной функции (табл. 1).

Таблица 1

**Изменения в яичниках при нарушениях менструальной функции**

Вид гормонального нарушения (гипо-, гиперфункции)	Форма заболевания	Характер нарушения менструальной функции
А. Двухфазный цикл		
Гипоэстрогения	Нарушение фолликулярной фазы	Гипо-, олиго-, опсоменорея, аменорея
Гиполютеинизм	Недостаточность желтого тела, преждевременное созревание его и кратковременное существование	Полименорея, пройоменорея
Гиперлютеинизм	Персистирующее желтое тело	Гипер-, полименорея (после кратковременной задержки)
Б. Однофазный цикл		
Гипоэстрогения	Преждевременная (до созревания) атрезия фолликулов	Гипо-, олигоменорея, аменорея с последующей метроррагией
Гиперэстрогения	Персистирующий фолликул, мелкокистозная дегенерация яичников	Метроррагия после задержки менструации

В клинической практике для обозначения различных форм нарушений менструальной функции пользуются следующими терминами: гиперменорея (hypermenorrhoea) или меноррагия (menorrhagia) — обильные менструации; полименорея (polymenorrhoea) — длительные

менструации; пройоменорея (proioomenorrhoea) — укорочение менструального цикла; гипоменорея (hypoomenorrhoea) — скудные менструации; опсоменорея — редкие менструации; олигоменорея (oligomenorrhoea) — непродолжительные менструации; аменорея (amenorrhoea) — отсутствие менструаций в течение 3 месяцев и больше; метроррагия (metrorrhagia) — ациклические кровотечения; альгоменорея (algomenorrhoea) — болезненные менструации.

Чем же обуславливаются нарушения функции яичников, какова их этиология?

Согласно предложенной нами классификации, различают следующие этиологические факторы нарушений менструальной функции (аменореи и кровотечений): чрезмерные психические потрясения, нервные заболевания, нарушения питания, авитаминозы, профессиональные вредности, тяжелый труд в детстве, инфекционные, септические и соматические заболевания (болезни печени, сердечно-сосудистой системы, кроветворной системы).

Какой же из этих вредных факторов воздействовал на больную Р.?

После смерти отца материальные условия семьи резко ухудшились; с 10 лет девочка начала хуже питаться и тяжело работать. Последствия этой неблагоприятной перемены отразились и на общем ее развитии (ниже среднего рост, окружность груди), и на менструальной функции как функции целостного организма.

По данным нашей клиники, основанным на наблюдении 1060 девочек, менструации обычно начинаются в 12—13 (точнее в 12,9) лет. У больной Р. менархе запоздало (в 14 лет). Е. И. Гуревич, обследовав (в 1942—1943 гг.) большое число девочек (в Ленинграде), также отметила запоздание начала менструаций у тех из них, половое созревание которых происходило в очень тяжелых условиях.

Какие же звенья сложной нейрогуморальной цепи, регулирующей менструальный цикл, нарушены у больной? Согласно схеме А. Э. Мандельштама (рис. 1) в патогенезе нарушения менструальной функции можно условно выделить 3 звена: центральное, промежуточное и периферическое (яичники, матка). В регуляции менструальной функции большое значение имеют взаимоотношения между диэнцефало-гипофизарной областью и яичниками.

Согласно современным представлениям (рис. 2) характер менструального цикла зависит не только от взаимоотношений этих систем, но и от функционального состояния центральной нервной системы.

В непосредственной регуляции менструальной функции особое значение имеет координированность функций гипофиза и яичников. Так, когда в передней доле гипофиза постепенно усиливается продукция фолликуло-стимулирующего гормона (ФСГ), достигая максимума на 12—14-й день цикла, в яичниках созревает фолликул и образуются эстрогены. Феномен овуляции обуславливается совместным воздействием как фолликуло-стимулирующего, так и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов гипофиза. После овуляции продукция ФСГ резко уменьшается, а желтое тело яичника продуцирует прогестерон. За несколько дней до менструации продукция ЛГ прекра-

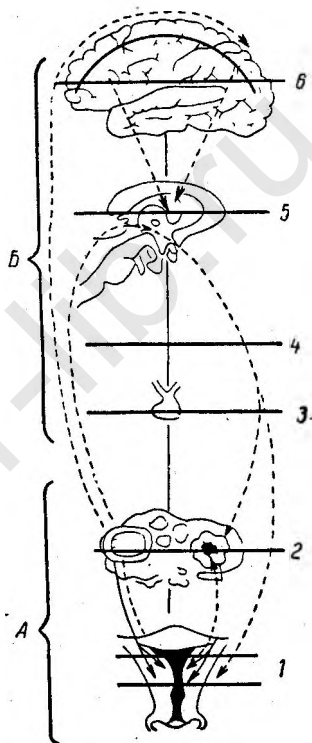


Рис. 1. Схема патогенеза аменореи (по А. Э. Мандельштаму).

А — периферическая аменорея: 1 — маточная, 2 — овариальная; Б — аменорея центрального происхождения: 3 — гипофизарная, 4 — вследствие нарушения связи между гипофизом и промежуточным мозгом, 5 — диэнцефальная, 6 — кортикальная.

щается. В продукции прогестерона участвует не только желтое тело, но и ЛГ и лютеотропный гормон гипофиза (ЛТГ). Во второй фазе цикла продукция эстрогенов продолжается, но перед менструацией уменьшается. Менструальное кровоотделение возникает, когда падает секреция половых гормонов.

Таким образом, имеются не только субординирующие отношения между корой, подкоркой, гипофизом, яичниками и маткой, но и обратные отношения; функциональное состояние нижележащих органов (матки, яичников)

оказывает влияние на функцию вышележащих. По мере накопления в организме эстрогенов наступает торможе-

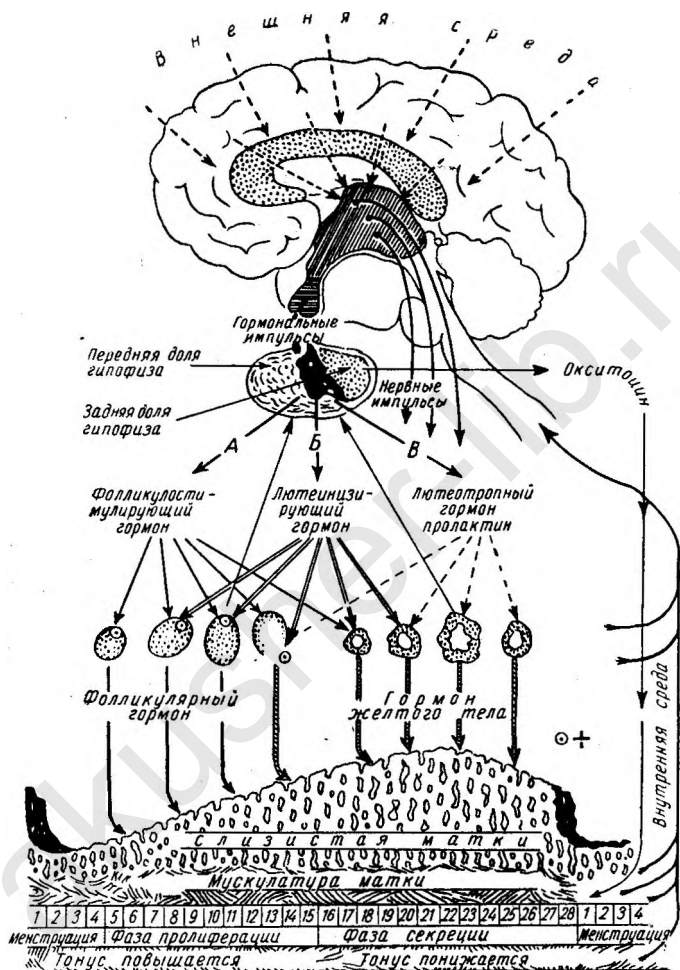


Рис. 2. Регуляция менструального цикла (схема).

ние продукции фолликулостимулирующего гормона гипофиза и стимулируется выработка лютеинизирующего и лютеотропного гормонов; под влиянием последних раз-

вивается желтое тело. По мере накопления в организме прогестерона уменьшается продукция ЛТГ и ЛГ и стимулируется выделение ФСГ.

Подобные циклические процессы характерны для здоровой половозрелой женщины.

Приведенная схема верна лишь в общих чертах, хотя и имеет существенное практическое значение.

Следует указать, что в настоящее время имеются данные, свидетельствующие о том, что в процессе созревания фолликула играет весьма существенную роль соотношение между ФСГ и ЛГ. Так, Carter с сопр. (1961) доказал, что при введении чистого ФСГ (содержащего менее 10% ЛГ) гипофизэктомированным крысам не происходит развития фолликулов, способных к овуляции. И лишь увеличение процентного содержания ЛГ в вводимой смеси гормонов приводило к развитию способного к овуляции фолликула. Эти экспериментальные данные были подтверждены и клиническими наблюдениями (Mapper et al., 1962), которые показали, что резкое изменение соотношения ФСГ и ЛГ в пользу ФСГ обуславливает даже угнетение развития фолликулов.

Имеются также данные о том, что для нормальной функции желтого тела необходимо совместное действие всех трех гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ и ЛГТ) в определенных соотношениях. Кроме того, следует иметь в виду, что желтое тело продуцирует и прогестерон, и эстрогены.

У больной Р. цикличность менструальной функции резко нарушена — менструации приходят с задержками на 6—8 недель и переходят в массивное кровотечение.

Подобная клиническая картина очень характерна для патологии, которая была описана R. Schröder (1915) под названием геморрагической метропатии (*metrorrhagia haemorrhagica*). В основе ее, по мнению Schröder, лежат своеобразные изменения в яичниках, так называемая персистенция фолликула: фолликул созревает, но, достигнув полной зрелости, он не лопается, а сохраняется — персистирует. Яйцевая клетка в таком фолликуле отмирает. Персистирующий фолликул длительно продуцирует эстрогены в повышенном количестве, что влечет за собой гиперплазию слизистой матки.

Причины этого явления до настоящего времени точно не известны. Высказывается предположение, что

персистенция фолликула может быть обусловлена нарушениями в высших нервных центрах, которые регулируют деятельность гипофиза. Значительный дефицит или отсутствие продукции лютеинизирующего или лютеотропного гормона может повлечь за собой персистенцию фолликула и выпадение второй (лютеиновой) фазы цикла. Следовательно, причиной геморрагической метропатии может явиться нарушение правильных взаимоотношений в различных звеньях сложной нейрогуморальной цепи, регулирующей менструальный цикл (см. схему на рис. 2).

В дальнейшем персистирующий фолликул атрезируется, падает продукция эстрогенов и начинается длительное (иногда массивное) маточное кровотечение.

При персистенции фолликулов в яичнике в слизистой оболочке матки, как правило, происходит железисто-кистозная гиперплазия. Кровотечение из эндометрия возникает вследствие следующих его изменений (по Е. И. Петровой): 1) обширных некрозов и отторжения всего эндометрия (Schröder, Teitze), 2) частичных некрозов и отторжения эндометрия с последующей регенерацией этих участков (Seitz, Hoffmann, Л. Г. Вишневская), 3) нарушения поверхностных капилляров и изъязвлений эндометрия (Mikulitsch-Radecki, Л. Г. Вишневская). Такова классическая картина геморрагической метропатии по Schröder.

Есть ли убедительные данные для такого диагноза у больной? Да, для этого достаточно оснований как анамнестических, так и объективных. Из анамнеза характерно указание на возникновение кровотечений после сравнительно непродолжительных задержек менструаций (на 6—8 недель). Из объективных данных важны небольшое увеличение и некоторое размягчение матки, примесь слизи к кровянистым выделениям из матки, IV реакция при определении уроцитогаммы, обнаружение кистозной гиперплазии слизистой матки при выскабливании (в 1961 г.). Таким образом, мы выявили весьма характерные признаки: появление кровотечений после сравнительно небольшой задержки менструаций, увеличение матки, кистозную гиперплазию ее слизистой. Для окончательного подтверждения однофазных изменений в яичнике с персистенцией фолликула не хватает 3 тестов: гистологического исследования яичника, слизистой мат-

ки (в настоящее время) и кривой базальной температуры, которая в таких случаях бывает монотонной. Однако нужно ли и оправдано ли использование всех этих диагностических приемов у крайне обескровленной, резко ослабленной больной? Нет, нельзя согласиться с таким предложением, так как для осуществления его необходимы хирургические вмешательства (чревосечение, выскабливание слизистой матки).

Больная нуждается в срочной помощи, так как у нее тяжелая постгеморрагическая анемия; однако эта помощь должна быть максимально бережной, а не травмирующей.

Итак, наш диагноз: ювенильное маточное кровотечение вследствие персистенции фолликула яичника; постгеморрагическая анемия.

Наша срочная и вместе с тем бережная помощь больной Р. должна заключаться в остановке кровотечения и в переливании крови.

До и во время проведения этих мероприятий мы побеседовали с больной, рассказали о возможности быстрой остановки кровотечения и последующей эффективной терапии и постарались снять у нее недоверие к лечебным мероприятиям и страх перед повторными кровотечениями.

Для остановки кровотечения можно применить одно из следующих мероприятий: введение прогестерона, эстрогенов, андрогенных гормонов, кровоостанавливающих средств и, наконец, выскабливание слизистой полости матки.

Считают, что прогестерон вызывает гемостаз вследствие полной десквамации эндометрия (так называемый «медикаментозный кюретаж»). Однако для перевода эндометрия в секреторную фазу с последующим отторжением его необходимы очень большие дозы (280—400 мг) прогестерона, которых в практике обычно не применяют. Мы не считаем целесообразным назначить больной прогестерон, так как больная резко анемизирована. Между тем, хотя во время введения прогестерона кровотечение уменьшается или останавливается, но после прекращения лечения менструальноподобное кровотечение (иногда обильное) возобновляется; в отдельных же случаях кровотечение во время лечения прогестероном, наоборот, резко усиливается.



По тем же причинам мы не считаем обоснованным комбинированное введение (с целью гемостаза) эстрогенов и андрогенов; кроме того, при подобном сочетании не достигается немедленный гемостаз.

Применение андрогенов у больной Р. также нецелесообразно, так как кровопотеря при этом может не уменьшиться, а усилиться; кроме того, гемостаз достигается не немедленно, а лишь через 2—3 дня.

Использование любых кровеостанавливающих средств, как правило, дает у подобных больных лишь кратковременный эффект или вовсе неэффективно.

Вряд ли можно считать обоснованным и применение (повторно у юной девушки!) травмирующей операции выскабливания слизистой матки; к тому же эта операция дает лишь (и то не всегда!) переходящей кровеостанавливающий эффект.

Мы решили достичь гемостаза интенсивным введением эстрогенов. Механизм гемостатического действия больших доз эстрогенов, по современным представлениям, заключается в блокаде продукции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофизом и нормализации соотношений между фолликулостимулирующим (ФСГ) и лютеинизирующим (ЛГ) гормонами.

Итак, мы назначили больной с 11 ч 25 января (т. е. вскоре после поступления) введение фолликулина по 10 000 ЕД внутримышечно через каждый час. Уже после 3 инъекций (т. е. с 13 ч) кровотечение прекратилось.

Вместо фолликулина можно применить 0,1% синэстрола, по 1 мл (внутримышечно).

Одновременно с введением эстрогенов больной было перелито 2 ампулы (по 250 мл) одногруппной крови; переливание крови она перенесла хорошо; реакции не было. Здесь уместно напомнить об огромном значении предварительного определения резус-принадлежности больной с целью предупреждения катастрофы при переливании резус-несовместимой крови или чрезмерной сенсibilизации больной.

Со следующего дня была назначена интенсивная противоанемическая терапия и витамины: антианемин — по 2 мл внутримышечно, 20 дней, витамин С — по 300 мг, витамин В<sub>1</sub> (5% по 1 мл внутримышечно), В<sub>2</sub> — (рибофлавин) по 10 мг в день (в таблетках), витамин Р по 30 мг (per os) на 10 дней, усиленное питание. Витами-

ны С и Р вызывают уплотнение капилляров эндометрия. Рибофлавин и тиамин улучшают обмен эстрогенов в печени.

Основная задача терапии теперь состоит в том, чтобы введением половых гормонов предотвратить дальнейшую кровопотерю, персистенцию фолликула и способствовать образованию желтого тела в яичнике и лютеиновой фазы в матке, т. е. другими словами — установлению двухфазного цикла.

Необходимо провести, вместе с тем, длительное общеукрепляющее лечение.

Итак, на первом этапе наше лечение оказалось эффективным: кровотечение у больной прекратилось; самочувствие ее после переливания крови несколько улучшилось. Быть может, ограничиться этими вмешательствами с рекомендацией строгого постельного режима, усиленным питанием и противоанемической терапией и отказаться от гормонального лечения? Нет, подобная тактика была бы ошибочной, так как возникла бы реальная опасность рецидива кровотечений. Напомним о безуспешности предшествующей терапии кровоостанавливающими средствами и возобновлении кровотечений после операции выскабливания матки. Последнее было и диагностически, и терапевтически (при угрожающем жизни кровотечении) целесообразным, однако после установления гистологического диагноза необходима была систематическая гормонотерапия. Как мы указывали выше, регуляция менструальной функции и нормальный двухфазный цикл осуществляются благодаря взаимодействию гормонов гипофиза (фолликулостимулирующего, лютеинизирующего и лютеотропного (см. рис. 2) и гормонов яичников (эстрогенов и прогестерона). При персистенции фолликула кровотечение возникает, как правило, после атрезии его и спада продукции эстрогенов.

Применение эстрогенов целесообразно потому, что у больной Р., несомненно, был нарушен процесс полового созревания, так как она жила с 10 лет в тяжелых условиях, рано начала работать; об этом говорят и данные общего обследования больной.

При уроцитографическом исследовании мы обнаружили IV реакцию, при осмотре с помощью зеркал — примесь слизи к кровянистым выделениям. Это говорит о значительном содержании эстрогенов. В связи с этим,

чтобы предотвратить возобновление кровотечения в результате значительного спада эстрогенов, продолжим их введение, лишь незначительно уменьшив дозу.

Мы назначили больной с 26 января инъекции фолликулина по 10 000 МЕ в день в течение первых 6 дней под контролем реакции «зрачка» и характера влагалищного мазка (через 1 день).

Схема лечения была следующей: с 1 по 6-й день цикла — фолликулин по 10 000 МЕ, с 7 по 13-й день цикла (считая с 26 января, когда прекратилось кровотечение) — фолликулин по 7500 МЕ, прогестерон по 5 мг, с 14 по 26-й день цикла фолликулин по 5000 МЕ.

Симптом «зрачка» после 6-й инъекции стал положительным (+++), а реакция влагалищного мазка — IV. 27 февраля началось менструальноподобное кровоотделение в умеренном количестве; оно продолжалось 5 дней и затем самопроизвольно прекратилось.

Определение базальной температуры с 26 января по 6 марта, когда больная была выписана, показало наличие монофазной (монотонной) температуры.

Состояние больной постепенно улучшалось; симптомы анемии в течение 10 дней после первого переливания крови медленно регрессировали. В связи с этим 6 февраля 1962 г. было произведено повторное переливание 2 ампул одногруппной крови (по 250 мл). После этого состояние больной заметно улучшилось — она стала более активной, прекратились жалобы на головные боли. Продолжено введение антианемина, усиленное питание. К 26 февраля установлено значительное улучшение общего состояния. Клинический анализ крови от 26 февраля: эр. 3,4 млн., Hb 7 г%, цветной показатель 0,62; Л. 4800, э. 5%, п. 7%, с. 50%, лимф. 34%, мон. 4%, РОЭ — 12 мм/час. Значительная гипохромия, умеренный анизо- и пойкилоцитоз.

При выписке больной (6 марта) рекомендовано усиленное питание, прогулки на свежем воздухе, занятие физической культурой, спортом, витамины (С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, Р), гормональное лечение под контролем базальной температуры, систематическое наблюдение в женской консультации.

Гормональное лечение было назначено в виде введения (во 2-ю фазу цикла) прогестерона и эстрогенов. Так как у больной не было нормального менструального

цикла, то целесообразно было попытаться установить 28-дневный цикл.

Введение прогестерона основано на том, что он способствует периодическому отторжению эндометрия, а также стимулирует выделение лютеинизирующего гормона гипофиза (ЛГ); присутствие последнего необходимо при овуляции и образовании желтого тела в яичнике. Мы назначили больной Р. прогестерон с 18 марта (т. е. с 20-го дня после начала менструальноподобных выделений) по 15 мг в день в течение 5 дней. Ввиду явлений инфантилизма и для предотвращения значительной кровопотери мы рекомендовали одновременно с прогестероном применять и эстрогены в небольших дозах (фолликулин по 2000 МЕ).

С 24 по 28 марта у больной возникли менструальноподобные выделения в умеренном количестве. Гормональное лечение было продолжено еще в течение 2 месяцев. В эти месяцы упомянутого характера выделения появлялись через 4 недели, по 5 дней в умеренном количестве. Базальная температура в марте — монофазная, в апреле и мае — двухфазная. Рекомендовано прекратить лечение гормонами, но измерять базальную температуру и при монофазной кривой продолжить лечение гормонами (до 6 месяцев).

Дальнейшее наблюдение выявило необходимость возобновления длительного (до 6 месяцев) гормонального лечения. После него по характеру базальной температуры было, наконец, установлено, что у Р. восстановился регулярный двухфазный менструальный цикл. В конце 1962 г. она чувствовала себя хорошо, менструации приходили через 4 недели по 4—5 дней, в умеренном количестве.

В заключение следует сказать еще о лечении подобных кровотечений хорионическим гонадотропином.

Хорионический гонадотропин, или хориогонин (содержит в основном лютеинизирующий гормон), целесообразно применять с 11 по 14-й день менструального цикла (при 28-дневном цикле), т. е. в течение 3—4 дней по 1500 МЕ ежедневно. При лечении гонадотропином нельзя применять массивные дозы ввиду опасности образования лютеиновых кист и разрыва их с массивным кровоизлиянием. В литературе описаны единичные наблюдения (Figuerwa, Casas, 1961) гибели больных от

внутреннего кровотечения. Лечение гонадотропином можно повторить не раньше чем через 6 месяцев, так как образуются антигормоны.

Резюмируя, мы напомним, что данная лекция посвящена разбору истории болезни очень тяжелой больной 17 лет, страдавшей обильными маточными кровотечениями. Проведя дифференциальный диагноз между кровотечениями на почве ряда экстрагенитальных заболеваний, опухолей половой системы и нарушением функции яичников, мы пришли к установлению диагноза классической формы геморрагической метропатии, обусловленной персистенцией фолликула.

Лечение подобных больных направлено на первом этапе на гемостаз и борьбу с постгеморрагической анемией и на втором — на регуляцию менструальной функции. Лечение должно сочетать в себе: психотерапию с целью снятия страхов у больной перед повторными кровотечениями и внушения убеждения о возможности излечения, общеукрепляющую терапию и систематические повторные курсы так называемой циклической гормонотерапии. Как показал разбор истории болезни, подобное лечение весьма эффективно.

Профилактика подобных заболеваний заключается в рациональном воспитании детей, укреплении их здоровья, соблюдении правил гигиены, правильном питании с достаточным количеством витаминов, регулярном наблюдении за детьми врачей-педиатров и своевременной консультации (при необходимости) гинеколога.

## Лекция II

### ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. АТРЕЗИЯ Фолликула (METRORRHAGIA FUNCTIONALIS. ATRESIA FOLLICULI)

Больная Н., 33 лет, по профессии продавщица книжного магазина, поступила в гинекологическую клинику 20 ноября 1961 г. по поводу метроррагии в течение месяца.

**Анамнез.** В детстве болела корью, дифтерией. Взрослой перенесла (в 1959 г.) двустороннюю пневмонию. Условия жизни до

13 лет были удовлетворительными. Во время нахождения (1941—1943 гг.) в блокированном Ленинграде, с 13 лет, условия жизни стали крайне неблагоприятными; болела алиментарной дистрофией. Мать умерла в 1942 г. во время блокады в возрасте 38 лет. Отец, 63-х лет, здоров. В семье было 2 детей. Брат, 48 лет, здоров. В послевоенные годы материально-бытовые условия удовлетворительные. Питается нерегулярно; аппетит плохой; склонность к запорам.

*Менструальная функция.* Менструации начались с 13 лет, приходили нерегулярно, через  $1\frac{1}{2}$ —2—3 месяца. С 16 лет менструации стали регулярными, приходили через 28 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последняя нормальная менструация (после гормонотерапии) была в июле 1961 г.

*Половая жизнь* с 20 лет. Мужу — 35 лет, здоров. Супруги не принимают мер для предупреждения беременности.

*Детородная функция.* В 1954 г. была одна беременность, закончившаяся срочными нормальными родами. Ребенок жив.

*Развитие заболевания.* Считает себя больной с 30 лет (с 1958 г.), когда менструации стали приходиться с задержками до 70—65 дней, затягивались до 8—12 дней и стали обильными. В июле и октябре 1959 г. менструации возникли после задержки на 65 дней и перешли в кровотечение, продолжавшееся 15 дней. В марте после задержки на 70 дней было кровотечение в течение 20 дней, которое прекратилось лишь после выскабливания слизистой матки. При гистологическом исследовании слизистой матки диагностирована железистая кистозная гиперплазия. До марта 1961 г. менструации приходили регулярно, а затем вновь было кровотечение в течение 3 недель, возникшее после задержки менструаций на 10 недель. В июне—июле 1961 г. больная подверглась циклической гормональной терапии с хорошим результатом. Однако в сентябре менструация пришла 12 числа с задержкой на 6 недель, была весьма обильной и прекратилась лишь 5 октября. 30 октября вновь начались кровянистые выделения из половых путей, продолжавшиеся до поступления в клинику 20 ноября; 16 ноября они стали очень обильными; применение кровоостанавливающего средства Extr. polygoni hydrophil. fl. по 30 капель 3 раза в день не дало эффекта; 20 ноября 1961 г. больная была госпитализирована в гинекологическую клинику.

*Общее обследование.* Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 110/60 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Язык влажный, не обложен. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Стенки живота упруги, не болезненны при пальпации; шейные и паховые лимфатические узлы не увеличены.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы несколько отвислые; околососковые кружки не пигментированы. Секрет из молочных желез не выделяется. При пальпации желез патологических изменений не обнаружено. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы и влагалище, как у рожавшей женщины. Промежность без повреждений. Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища бледно-розового цвета, смазана кровью. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений

не обнаружено. Влагалищная часть шейки матки несколько конической формы, не цианотична, наружный зев щелевидный. Из канала шейки матки довольно обильные кровянистые выделения.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, по величине обычных для рожавшей женщины размеров, обычной формы, с гладкой поверхностью, плотная, подвижная, не болезненная. Придатки матки не пальпируются. Признак «зрачка» не определяется.

*Данные лабораторных исследований.* Анализ крови 21 ноября 1961 г.: э. 3 млн. Нв 8,3 г%, цветной показатель 0,75, л. 5,5 тыс., э. 5%, п. 3%, с. 63%, лимф. 27%, мон. 2%; РОЭ — 30 мм в час.

*Анализ мочи* 21 ноября 1961 г. — без отклонений от нормы. *Бактериоскопия* отделяемого из канала шейки матки: эритроциты, единичные лейкоциты и кокки.

*Исследование мазка из уретры.* Лейкоциты 2—3 в поле зрения. Клетки плоского эпителия единичные. Немного кокковой формы.

*Цитограмма.* Пикнотический индекс (процентное отношение поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическим ядром к общему количеству клеток в мазке) — 20%.

Каков же диагноз заболевания? Жалобы на рецидивирующие ациклические кровотечения в течение последних 3 лет у половозрелой женщины (33 года), отсутствие каких-либо патологических изменений со стороны придатков матки позволяют подумать о следующих заболеваниях: 1) нарушенной беременности (маточном аборте); 2) эндометрите; 3) туберкулезе матки и придатков; 4) миоме матки (субмукозной); 5) раке (или саркоме) слизистой матки; 6) полипах слизистой матки; 7) дисфункции яичников (персистенции или атрезии фолликулов); 8) кровотечении вследствие нарушения свертывающей системы крови (афибриногенемии, повышения фибринолитической активности крови, болезни Верльгофа).

Мы отвергаем предположение о возможности кровотечения вследствие маточного аборта или нарушения трубной беременности, так как у больной нет ни одного из характерных признаков этих заболеваний: матка не увеличена, канал шейки матки закрыт, нет цианоза влагалища и влагалищной части шейки матки, придатки матки не пальпируются, молочные железы не выделяют секрета, нет их нагрубания, нет (и не было) ни болевых ощущений в животе, ни головокружения.

Рассмотрим, насколько обоснованы перечисленные выше и другие предположительные диагнозы. Септический, туберкулезный или гонорейный эндометрит также может сопровождаться ациклическими кровотечениями. Однако ни данные анамнеза, ни гинекологического ис-

следования не дают оснований для такого диагноза у больной.

Так, по данным нашей сотрудницы В. Ф. Шахновской, среди 86 больных туберкулезом половой системы метроррагия была у 18, гиперполименорея — у 19, гипо-, олиго- и аменорея — у 49. Отсутствие в анамнезе указаний на контакт с туберкулезными больными в семье, в быту, наличие в прошлом одних родов и отсутствие изменений в придатках (при пальпации) — все это позволяет считать недостаточно обоснованным предположение о туберкулезе половой системы у больной Н. Вместе с тем, необходимо учитывать возможность латентного течения туберкулеза, когда подобный диагноз возникает как бы неожиданно — в результате применения специальных методов обследования (гистологическое исследование соскоба слизистой матки, цитологическое исследование содержимого матки (Н. А. Цагилян, Е. В. Жардецкая, М. С. Ермина), гистеросальпингография (М. М. Абрамова).

Миомы матки обычно наблюдаются у женщин старше 35 лет и в большинстве случаев сопровождаются нарушением менструальной функции в форме гиперполименореи. Метроррагия возникает лишь у больных с субмукозной миомой матки, реже — при сочетании миомы и рака тела матки.

Однако ни анамнез, ни объективное исследование (матка обычной величины, с гладкой поверхностью) не дают никаких оснований для диагноза миомы матки у больной. Против же диагноза рака или саркомы матки говорят молодой возраст больной (33 года), возникновение кровотечений то регулярно (соответственно менструальному циклу), то после некоторой задержки, а не в форме метроррагии и, наконец, длительность заболевания (3 года). Между тем, на основании многочисленных клинических наблюдений твердо установлено, что рак тела матки возникает по преимуществу у лиц старше 50 лет и проявляется вначале гиперсекрецией — прозрачными слизистыми выделениями «сигнальный симптом», а затем — метроррагией.

Наконец, необходимо подумать о том, что кровотечения у больной Н. обусловлены нарушением свертывающей системы крови, болезнью Верльгофа или, наконец, являются дисфункциональными. Чтобы решить эти



вопросы, необходимо произвести исследование основных факторов свертывающей системы крови, а также диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба слизистой матки.

22 ноября 1961 г. было произведено исследование свертывающей системы крови. Получена следующая коагулограмма: протромбиновый индекс — 96 (норма 80—105), проконвертин — 100 (норма 80—120), тромбоциты — 100 (до 100), время рекальцификации — 98'' (норма 120—60), тромбопластическая активность (в мг%) — 88 (норма 80—120), фибриноген (в мг%) — 245' (норма 200—400), фибринолитическая активность (в %) — 46 (норма 15—20), тромбоциты (тыс. мм<sup>3</sup>) — 288 (норма 180—350), время кровотечения — 1'15'' (норма 1—3'), индекс ретракции — 0,35, свертываемость по Бюркеру — 3'15''; 3'5'' (норма 5'), свертываемость венозной крови — (5'50''), 6'40''.

Приведенная коагулограмма говорит об отсутствии существенных нарушений свертывающей системы крови у больной Н. Подобные нарушения как причина кровотечений встречаются сравнительно редко. Так, А. Н. Примак, изучив в динамике свертывающую систему крови у 40 больных с так называемыми дисфункциональными маточными кровотечениями, ни разу не обнаружил серьезных нарушений свертывающей системы крови. Е. В. Кравкова наблюдала значительное повышение фибринолитической активности крови у 4 больных, которые многократно (свыше 10 раз) подвергались операции выскабливания слизистой матки. На основании анализа этих данных Е. В. Кравкова считает, что причиной повышения фибринолитической активности крови было проникновение в сосудистое русло тромбопластических веществ, мобилизирующих антисвертывающую систему крови.

23 ноября 1961 г. было произведено диагностическое выскабливание под проводниковой новокаиновой анестезией. Длина полости матки — 8 см, какой-либо деформации полости, как это бывает при подслизистой миоме, не обнаружено. Кровотечение после выскабливания прекратилось. 28 ноября получены данные гистологического исследования слизистой матки — установлена железисто-кистозная гиперплазия ее.

Какой же диагноз мы можем теперь поставить у больной Н.? Данные о клиническом течении заболевания (длительность его, повторные кровотечения после задержки менструаций), отсутствие патологических изменений при влагалищном исследовании и, наконец, повторное обнаружение железистой гиперплазии слизистой матки — все это говорит в пользу диагноза дисфункционального маточного кровотечения в связи с нарушением циклических процессов в яичниках. Какие же изменения возникли в яичниках? Происходит ли выпадение 2-й фазы цикла, т. е. лютеиновой? Происходит ли при этом образование персистирующего фолликула, как это описал Р. Шредер, или же несколько фолликулов одновременно созревают, но, не достигнув зрелости, атрезируются? Другими словами, имеется ли кровотечение на фоне гиперэстрогении (при персистирующем фолликуле) или на фоне гипозэстрогении (при атретических фолликулах).

Для ответа на поставленные вопросы необходимо произвести еще дополнительные исследования: изучить кривую базальной температуры (в течение 30 дней, т. е. на протяжении времени, соответствующего по длительности циклу), проследить за динамикой феномена «зрачка» и данными цитологии влагалищного мазка.

Базальная температура, измерявшаяся с 21 ноября по 20 декабря 1961 г., оказалась монотонной в течение всего времени исследования. Симптом «зрачка» до 9-го дня после выскабливания, т. е. до 1 декабря 1961 г., был отрицательным. 1 декабря 1961 г. симптом «зрачка» был слабо выражен (+). При дальнейшем наблюдении он стал более выраженным и колебался от (+) до (++).

При цитологическом исследовании влагалищного мазка (каждые 3 дня) была установлена II—III и лишь I раз — IV реакция (после применения эстрогенов).

Итак, динамическое обследование больной Н. дало нам ряд дополнительных ценных данных для установления диагноза.

Прежде всего мы можем уверенно сделать заключение о выпадении 2-й фазы цикла, т. е. о наличии кровотечений ановуляторного характера. В пользу такого диагноза говорят данные определения базальной температуры — она монотонна и не повысилась ни разу до 37°. Это заключение косвенно подтверждается еще одним

обстоятельством: вторичным бесплодием в браке в течение последних 7 лет (с 1954 г.). Здесь необходимо учесть, что супруги не принимают никаких мер предохранения от беременности и, что Н. в первом браке и что муж ее здоров.

При динамическом исследовании симптома «зрачка» оказалось, что он появился на 9-й день после выскабливания матки и был нерезко выражен (от + до ++). Карипикнотический индекс не поднимался выше 20—30%.

Суммируя все эти данные, мы имеем достаточно оснований диагностировать гипозестрогению как следствие преждевременной атрезии фолликулов.

Может возникнуть вопрос: за счет какого же механизма происходит гиперплазия эндометрия (с последующим его отторжением), если имеет место преждевременная атрезия фолликулов и связанная с этим гипозестрогения, ведь гиперплазия эндометрия обуславливается эстрогенной стимуляцией, а в данном случае содержание эстрогенов понижено. Для объяснения указанного кажущегося противоречия следует иметь в виду, что гиперплазия эндометрия вызывается не только высоким уровнем эстрогенов в организме, но и длительной стимуляцией малыми дозами эстрогенов.

При наличии так называемой атрезии фолликула (название это не вполне точно передает сущность процесса) фолликул (или несколько фолликулов) не достигает стадии овуляции, яйцеклетки в них погибают, но фолликулы еще длительно существуют в состоянии обратного развития (чем они отличаются от персистирующих) и выделяют небольшие количества эстрогенов, которые и приводят к гиперплазии эндометрия.

Меуег (1920) полагает, что при таких состояниях существует не один, а серия быстро развивающихся, но не овулирующих фолликулов, которые затем погибают, а вслед за ними развиваются новые фолликулы, которые проделывают такой же цикл неполного развития. Однако все эти фолликулы выделяют эстрогены, что и обуславливает состояние длительной эстрогенной стимуляции, хотя и малыми дозами. Источником эстрогенов у таких женщин большинство авторов (Lajos, Novak, Woll и др.) считает гиперплазированные текаклетки и текалютеиновые клетки, хотя этот вопрос окончательно и не решен.

Что же могло обусловить эти функциональные нарушения и как устранить их?

Для того чтобы ответить на первый вопрос, необходимо обратить внимание на данные анамнеза. В первые годы периода полового созревания (с 13 лет) Н. жила в Ленинграде и перенесла всю тяжесть блокады 1941—1943 гг. Это повлекло за собой развитие алиментарной дистрофии и нарушение процесса полового созревания. Менструации начались с 13 лет, но не стали регулярными, а приходили с задержками на  $1\frac{1}{2}$ —3—6 месяцев. Лишь с 16 лет, когда условия жизни (после ликвидации блокады Ленинграда в январе 1944 г.) значительно улучшились, менструальная функция урегулировалась. Однако в зрелом возрасте, как видно из анамнеза, сказались неблагоприятные последствия тяжелой жизни в период полового созревания. Об этом говорит следующее: позднее (лишь через 6 лет после начала половой жизни) наступление беременности и вторичное бесплодие в течение последних 7 лет, а также нарушения менструальной функции в последние 3 года. Такова, нам кажется, этиология болезни Н.

Основываясь на приведенных выше данных, мы имеем основание рекомендовать больной Н. следующее комплексное лечение: общеукрепляющие мероприятия, лечение витаминами и гормонами.

Из общеукрепляющих мероприятий следует рекомендовать регулярные прогулки на свежем воздухе (не меньше 2—3 ч в день), систематические занятия физической культурой, летом — купанье, плаванье, зимой — хождение на лыжах. Для регуляции функции кишечника (ввиду склонности к запорам) — систематически есть по утрам кефир (однодневный), чернослив (вареный) или яблоки, выпивать стакан сырой воды. В случае задержки дефекации употреблять растительные послабляющие средства — ревеня (по 1—2 таблетки на ночь), александрийский лист, слабительный чай (*Cortex frangulae* — 50%, *folia urticae* — 33,5%, *folia millefolii* — 16,5%, по 1 столовой ложке заваривать в 1 стакане горячей воды). Из витаминов мы рекомендуем витамин С (по 300 мг в день), В<sub>1</sub> — по 60 мг в день, Р — по 0,075—2 раза в день.

Гормональное лечение имеет целью способствовать восстановлению двухфазных циклических изменений в

яичниках и в матке. Ввиду длительности заболевания у больной необходимо рекомендовать непрерывный курс лечения (4 месяца подряд); затем прекратить лечение, но систематически измерять базальную температуру. Если базальная температура оказывается двухфазной, то лечение не следует возобновлять; если она вновь станет монотонной, то еще в течение 3 месяцев необходимо провести циклическую гормональную терапию.

Так как у больной мы диагностируем ановуляторные кровотечения с атрезией фолликулов и гипострогией, то целесообразно проводить циклическую гормональную терапию (эстрогенами и прогестероном). Однако, принимая во внимание современные данные о продукции обоих гормонов яичника (а также и андрогенов), в обе фазы яичникового цикла, целесообразно отказаться от прежней прописи, когда в первую фазу цикла назначали только эстрогены, а во вторую — лишь прогестерон, а добавить в дни возможной овуляции одновременное введение эстрогенов и прогестерона.

Итак, мы назначили больной следующее гормональное лечение: с 6-го дня (т. е. с 28 ноября 1961 г.) после выскабливания был применен фолликулин по 10 000 ЕД через день. На 14, 16 и 18-й день (5—7—9 декабря) после выскабливания больной через день вводили фолликулин по 10 000 ЕД и прогестерон (по 5 мг); с 18 по 24-й день (с 11 по 16 декабря) — прогестерон по 5 мг. Одновременно в течение 5 дней назначалась аскорбиновая кислота по 250 мг ежедневно.

С 18 декабря у больной появились менструальноподобные выделения, которые продолжались по 22 декабря в умеренном количестве. Мы говорим о менструальноподобных выделениях, так как базальная температура оставалась монотонной и, следовательно, не было ни 2-й фазы цикла, ни настоящей менструации. Однако кровянистые выделения прекратились на 5-й день и не возобновились до 26 декабря, когда больная была в удовлетворительном состоянии выписана из клиники. С 28 декабря, т. е. на 6-й день после окончания менструальноподобных выделений, было вновь назначено введение фолликулина (в первой фазе), затем на 14, 16, 18-й день цикла — фолликулин и прогестерон, с 18 по 26-й день цикла — прогестерон. Подобный курс лечения мы рекомендовали в связи с тем, что до болезни у Н. был

28-дневный цикл. Кроме того, рекомендованы все указанные выше общеукрепляющие мероприятия, а также меры, регулирующие питание и функцию желудочно-кишечного тракта.

После выписки больная выполняла в течение последующих 4 месяцев (с января по апрель 1962 г.) все рекомендованное ей лечение. Менструальноподобные выделения регулярно возникали через 26—28 дней, по 5—6 дней, в умеренном количестве.

Базальная температура в течение января, февраля, и апреля была монофазной, только в марте — двухфазной. Рекомендовано повторить в течение 3 месяцев, начиная с июня циклическое гормональное лечение.

Итак, мы познакомились еще с одной формой нарушений менструальной функции у половозрелой женщины. В этиологии этого нарушения имели большое значение тяжелые жизненные условия в период полового созревания (в 13—15 лет). Наличие повторных, рецидивирующих кровотечений, наступавших после задержки менструаций, данные анамнеза (вторичное бесплодие) и функционального динамического обследования (особенность симптома «зрачка» пикнотического индекса), а также гистологического исследования слизистой матки привели нас к диагнозу ановуляторного кровотечения вследствие преждевременной атрезии фолликулов и гипопострогении.

Учитывая этиологию и патогенез заболевания Н., мы рекомендовали комплексное лечение. Как показало наше дальнейшее наблюдение, лечение было эффективным — восстановились циклические, необильные менструальноподобные выделения. Однако двухфазный цикл и истинная менструация возникли лишь один раз за 4 месяца после выписки из клиники и циклического лечения. Безуспешность предшествующего лечения объясняется тем, что оно не было ни этиологическим, ни патогенетическим (выскабливание слизистой без последующего лечения, недооценка методов общеукрепляющей терапии).

Прогноз данного заболевания, принимая во внимание успешность лечения, можно считать благоприятным: длительные, ациклические кровотечения должны прекратиться. Однако значительная длительность заболевания ставит под сомнение возможность восстановления

ния регулярного, нормального (двухфазного) цикла без повторного регулярного лечения.

Профилактика подобных болезненных состояний состоит в систематическом проведении (с детских лет) тех общеоздоровительных мероприятий, которые мы рекомендовали больной.

### Лекция III

## ПЕРСИСТЕНЦИЯ Фолликула. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ МЕТРОПАТИЯ

(FOLLICULUS PERSISTENS. METROPATHIA  
HAEMORRHAGICA)

Больная Ш., 40 лет, по профессии бухгалтер, поступила в гинекологическую клинику 29 августа 1962 г. с жалобами на нерегулярные, иногда обильные кровянистые выделения из половых путей.

**Анамнез.** Наследственность не отягощена. Отец умер в возрасте 67 лет от декомпенсации сердечной деятельности; мать, 64 лет, жива, здорова; брат, 38 лет, здоров. В детстве больная перенесла корь, коклюш, воспаление легких, скарлатину. Взрослой (в 30 лет) болела холециститом. Лечилась на курорте.

**Менструации** начались с 10 лет, установились сразу через 3 недели, по 2—3 дня, в умеренном количестве, безболезненные. Последний раз нормальная менструация была в декабре 1961 г.

**Половая жизнь** с 18 лет, в первом браке, мужу — 46 лет, здоров.

**Детородная функция.** Была 6 раз беременна; 3 беременности были прерваны искусственно, без осложнений в условиях больницы. 3 родов (1939, 1941, 1946 гг.), без осложнений. В последние годы супруги принимают меры предохранения от беременности.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с февраля 1962 г. После месячной задержки (12 февраля) начались кровянистые выделения из половых путей, вскоре перешедшие в кровотечение. 4 марта 1962 г. была госпитализирована и произведено диагностическое выскабливание слизистой матки. В справке из лечебного учреждения указано, что при гистологическом исследовании обнаружена железистая гиперплазия слизистой матки. После выскабливания кровянистые выделения почти прекратились, и через 3 дня после операции больная была выписана домой; дальнейшее лечение не было назначено. Через несколько дней после выписки кровянистые выделения совсем прекратились. В марте—апреле 1962 г. были менструальноподобные (4 дня) выделения в умеренном количестве. 20 мая 1962 г. после задержки на 6 недель появились кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве. В течение после-

дующих 2 недель они не прекращались; большой был назначен прием прогестина — по 10 мг (2 таблетки) 2 раза в день под язык и метилтестостерона — по 1 таблетке (5 мг) 2 раза в день. Несмотря на указанное лечение в течение 10 дней, кровотечение не прекратилось, и 17 июня настолько усилилось, что больная была повторно госпитализирована. 19 июня было произведено повторное выскабливание слизистой матки. После этого кровянистые выделения значительно уменьшились, и через 3 суток больная выписана домой; дальнейшее лечение также не назначалось. При гистологическом исследовании соскоба слизистой матки диагностирована железисто-кистозная гиперплазия ее. Через 10 дней после выскабливания кровянистые выделения из половых путей прекратились. Однако 10 августа вновь возникло кровотечение из половых путей, и больная была в третий раз госпитализирована. Проводилось консервативное лечение кровоостанавливающими средствами (стипитин, маммофизин), аутогемотерапия, назначался викасол. Кровянистые выделения уменьшились, и 17 августа больная была выписана; ей было рекомендовано лечение метилтестостероном (по 10 мг 2 таблетки 3 раза в день, под язык). В течение 10 дней (с 19 по 28 августа) больная принимала эти таблетки; кровотечение то прекращалось, то вновь возобновлялось. 29 августа вновь началось обильное кровотечение из половых путей, и больная была госпитализирована в гинекологическую клинику.

**Общее обследование.** Общее состояние больной при поступлении в клинику удовлетворительное. Однако она очень расстроена в связи с повторными маточными кровотечениями, боится развития рака, часто плачет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Пульс — 86 ударов в минуту. Артериальное давление — 110/75 мм рт. ст. Границы сердца нормальны, тоны его приглушены. При обследовании органов дыхания и пищеварения патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются, каких-либо опухолей не определяется.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы несколько отвисшие, без патологических изменений. Оволосение на лобке по женскому типу, умеренное. Наружные половые органы развиты правильно. Промежность без рубцовых изменений. При влагалищном исследовании и осмотре с помощью зеркал установлено: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели, пропускает кончик пальца. Влагалищная часть шейки матки без патологических изменений. Из канала шейки матки довольно обильные кровянистые выделения, без сгустков, с небольшой примесью слизи. Симптом «зрачка» не определяется. Матка в антефлексии, плотная, слегка увеличена, грушеобразной формы, с гладкой поверхностью. Признаки Горвица—Гегаера и Пискачека не определяются. Придатки матки не пальпируются.

**Данные лабораторных исследований.** Анализ крови: э. 3 млн. 800 тыс. Нб 14,7 г%, цветной показатель 0,96, л. 10100, э. 1, п. 4, с. 61, лимф. 26, мон. 8; РОЭ — 10 мм в час.

Анализ мочи — без патологических отклонений.

При уроцитографическом исследовании реакция мазка III<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Об этом методе исследования см. в I лекции.



### Какой же диагноз заболевания?

Обратим прежде всего внимание на данные анамнеза. Из них видно, что заболевание началось 6 месяцев тому назад и выразалось в нарушениях менструального цикла: возникли повторные небольшие (на 6—8 недель) задержки менструаций с последующими длительными кровянистыми выделениями из матки, переходившими в кровотечение. По поводу обильного кровотечения больная была трижды госпитализирована и два раза подвергалась операции диагностического выскабливания слизистой матки. Гистологический диагноз после первого выскабливания — гиперплазия слизистой матки, после второго (19 июня этого года) — железисто-кистозная гиперплазия слизистой матки. При гинекологическом исследовании никаких патологических изменений (кроме кровянистых выделений из канала шейки матки) влагалища, матки, придатков ее мы не обнаружили. При общем обследовании больной и анализе крови анемизации не выявлено.

Что же может обусловить подобное нарушение менструальной функции у женщины в возрасте 40 лет? Это могут быть: нарушенная беременность (аборт), миома матки, злокачественная опухоль — рак или саркома матки и, наконец, так называемое дисфункциональное маточное кровотечение, обусловленное нарушением циклических процессов в яичниках и в эндометрии.

Разберем последовательно эти предположения. Первое из них (о самопроизвольном аборте) имеет некоторые основания, так как и в последний раз кровотечение началось после отсутствия кровянистых выделений из половых путей с 29 июня до 10 августа этого года. Трудно сказать, когда у больной были последние правильные менструации, так как, кроме марта и апреля этого года, менструальный цикл все время был нарушен. Однако против диагноза маточного аборта говорят следующие данные: отсутствие каких-либо признаков беременности — нагрубания молочных желез, выделения секрета из них, цианоза слизистой влагалища и влагалищной части матки, консистенция матки, ее грушевидная (а не шаровидная) форма. Кроме того, больная не отмечала никаких субъективных признаков беременности, и в течение последних лет не беременела, принимая меры предохранения. Важно также отметить, что недлительные

задержки менструаций и последующие кровотечения возникают повторно у больной в возрасте 40 лет.

Все эти данные позволяют отвергнуть предположение о маточном аборте. Второй предположительный диагноз — миома матки. Действительно, у многих больных миомой наблюдаются обильные маточные кровотечения. Однако наиболее часто нарушения менструальной функции выражаются в гиперполименорее, реже (при субмукозной миоме) — в метроррагии. Для больных миомой не характерны повторные задержки менструаций с последующим длительным кровотечением.

При гинекологическом исследовании больной установлено, что матка лишь незначительно увеличена, поверхность ее гладкая и никаких узлов (субсерозных) или деформации матки не обнаружено. Отсутствие жалоб на схваткообразные боли перед и во время менструаций в сочетании с повторными задержками менструаций также не характерны для субмукозной миомы. Итак, сочетание всех указанных выше признаков позволяет нам отвергнуть предположение о наличии у больной Ш. миомы матки.

Третий предположительный диагноз — злокачественная опухоль матки — рак и саркома или хорионэпителиома. Конечно, предположение о возможности развития злокачественной опухоли матки или влагалища у больной в возрасте 40 и более лет, страдающей кровотечением, достаточно обоснованно. Многочисленные клинические наблюдения как отечественных, так и зарубежных авторов убедительно говорят о том, что рак шейки матки наблюдается наиболее часто в возрасте свыше 40 лет, а рак тела матки — в возрасте свыше 50 лет. Поэтому каждая больная, страдающая маточным кровотечением в возрасте 40 и более лет обязательно должна быть тщательно обследована, как подозрительная на заболевание раком. К счастью, при осмотре с помощью зеркал и гинекологическом исследовании мы не обнаружили никаких патологических изменений влагалищной части шейки матки (ни эрозии, ни бугристости, ни кровоточивости, ни бочкообразной деформации). При влагалищном исследовании мы также не нашли каких-либо изменений (инфильтратов) влагалища, околоматочной клетчатки, лимфатических узлов на стенках таза, которые позволили бы заподозрить распространение злока-

чественной опухоли за пределы матки. Однако хорошо известно, что рак слизистой тела матки в начальной (I) стадии не обуславливает увеличения матки (наоборот, она может быть даже атрофичной!) или нарушения ее подвижности и, следовательно, не может быть диагностирован путем влагалищного исследования или осмотра с помощью зеркал. Единственный достоверный способ — диагностическое выскабливание слизистой (всей!) матки и гистологическое ее исследование.

Больная показала нам данные повторного гистологического исследования соскоба слизистой матки (в марте и июне месяцах этого года). При этом в последний раз был поставлен диагноз кистозной гиперплазии слизистой матки. Таким образом, диагноз рака, саркомы или хорионэпителиомы матки был исключен. Напомним, кроме того, что для клинического течения хорионэпителиомы характерны не повторные задержки менструаций, сменяющиеся кровотечениями, а длительные, кровянистые выделения. Хорионэпителиома возникает чаще всего в первые 1—2 года после пузырного заноса или беременности, завершившейся абортom или родами; позднее (через 5 и больше лет после окончания последней беременности) развитие хорионэпителиомы наблюдается сравнительно редко. Так, по данным Я. М. Ландау, среди 22 больных хорионэпителиомой у 11 опухоль возникла после пузырного заноса (через 2 недели — 3 месяца), у 6 — после аборта (через 3 недели — 5 месяцев) и у 5 — после родов (от 1 до 5 месяцев); лишь у одной больной хорионэпителиома развилась через 21 год после аборта.

Итак, данные повторного гистологического исследования слизистой матки у больной Ш. позволяют исключить предположение о наличии у нее злокачественной опухоли матки.

Однако последнее гистологическое исследование было произведено 2 месяца тому назад; в связи с этим не следует ли подумать о возможности развития рака матки за последнее время и вновь произвести (в 3-й раз) диагностическое выскабливание слизистой матки с последующим гистологическим ее исследованием? Чтобы ответить на эти вопросы, надо тщательно проанализировать данные анамнеза и клиники заболевания больной. Она указывает, что нарушения менструальной функции,

возникшие 6 месяцев тому назад, выражаются в повторных задержках и последующих кровотечениях; и в этот раз кровотечение началось 10 августа (после отсутствия кровянистых выделений в течение 6 недель). Кроме того, данные анамнеза говорят об отсутствии патологических выделений (слизистых, гноевидных) в периоды отсутствия кровянистых выделений. При объективном исследовании никаких патологических изменений влагалищной части шейки матки и тела матки не было обнаружено. Принимая во внимание эти данные, мы можем сделать вывод, что ни анамнестически, ни объективно не выявляется данных для предположения о развитии рака шейки или тела матки за последние недели после 2-го выскабливания матки. Итак, мы приходим к выводу, что диагноз злокачественной опухоли матки у больной Ш. может быть отвергнут и что в настоящее время можно воздержаться от диагностического выскабливания.

Каков же диагноз у больной? Мы уже высказали раньше предположение о дисфункциональном маточном кровотечении. Подобным термином, как мы уже говорили в предыдущей лекции, определяют кровотечения, связанные в основном с нарушением циклических процессов в яичниках; эти нарушения, как правило, обратимы и могут прекратиться в результате консервативной (большей частью гормональной) терапии. Кровотечения, обусловленные возникновением опухоли матки или гормонопродуцирующей опухоли яичников, или воспалительным процессом, нельзя называть функциональными, так как в их основе лежат органические изменения (матки, яичников). Возникновение кровотечений после небольшой задержки менструаций на 6—8 недель, обнаружение примеси слизи к кровянистым выделениям из шейки, а при гистологическом исследовании соскоба слизистой матки железисто-кистозной гиперплазии ее, IV реакции при уроцистографии — все это позволяет поставить диагноз дисфункционального маточного кровотечения на почве персистенции фолликула, т. е. длительного существования созревшего, но не лопнувшего фолликула. Подобная патология яичниковой функции влечет за собой повышенную экскрецию эстрогенов и развитие гиперплазии или железисто-кистозной гиперплазии слизистой матки.

В предыдущей (первой) лекции мы разобрали основные пути терапии так называемых ювенильных кровотечений, обусловленных также персистенцией фолликула. Можем ли мы идти по такому же пути, если больной не 17, а 40 лет?

Из изложенных в первой лекции основных принципов терапии функциональных маточных кровотечений остаются неизменными (независимо от возраста больной) следующие: 1) необходимость психотерапии с целью успокоения больной, снятия у нее страхов и неверия в успех терапии, 2) немедленный гемостаз, 3) общеукрепляющая терапия, 4) рациональное питание.

Что касается показаний к диагностическому выскабливанию, то мы уже разобрали этот вопрос и пришли к заключению, что в настоящее время их нет, так как выскабливание недавно производилось и полученные данные гистологического исследования не вызывают каких-либо сомнений в диагнозе.

Итак, мы прежде всего провели беседу с больной и разъяснили ей, что нет никаких оснований подозревать у нее злокачественное заболевание, что нами будет проведено лечение, после которого у нее прекратятся нерегулярные кровотечения и восстановится нормальный менструальный цикл. Ввиду значительного возбуждения больной мы назначили ей бромистую камфару с люминалом.

Rp. Camphorae monobromatae 0,15  
Luminali 0,05  
M. f. p. d. t. d. N 10 in capsulis gelatinosis  
S. по 1 капсуле 2 раза в день

Ввиду отсутствия анемии мы применили прогестерон. Гемостатический эффект объясняется повышением числа тромбоцитов, ускорением свертывания крови, увеличением проконвертина, АС-глобулина, повышением резистентности капилляров. После 6 ежедневных инъекций прогестерона по 15 мг (внутримышечно) кровотечение у больной прекратилось. Как общеукрепляющее лечение больной назначено введение витаминов в течение 10 дней: С — по 300 мг в день, В<sub>1</sub> — по 60 мг и витамин Р.

Rp. Vitamini P 0,075  
Sacchari 0,2  
M. f. p. d. t. d. N 24 in charta cerata  
S. По 1 порошку 2 раза в день.

Кроме того назначены порошки железа

Rp. Ferri hydrogenioreducti 1,0

D t d N 30 in oblatteis

S. Принимать с соляной кислотой по 20 капель (в  $\frac{1}{4}$  стакана теплой воды) в возрастающих дозах — от 3 до 6 г в день.

Перейдем теперь к обсуждению вопроса о целесообразности назначения гормональной терапии.

Да, конечно необходима гормональная терапия, так как кровотечения неоднократно повторялись и предшествующая терапия без применения гормонов не дала эффекта. Какие же гормоны применить — андрогены с целью прекращения менструаций или циклическую терапию эстрогенами и прогестероном или только прогестероном с целью урегулирования менструальной функции? Первое предложение — лечить андрогенами — нельзя признать рациональным, так как подавление функции яичников в 40 лет (за 5—7 лет до естественного климактерия) может вызвать крайне неприятные явления климактерического синдрома (приливы, чувство жара, сердцебиение, головокружение). Кроме того, чем моложе больная, тем труднее подавить циклическую гормональную функцию путем применения андрогенов. Наоборот, применение прогестерона можно рассматривать как заместительную терапию, так как при таких состояниях содержание прогестерона в организме понижено. Цель такой терапии в подобных случаях — удаление разрастающейся слизистой и предотвращение рецидива кровотечения в дальнейшем. Для того чтобы правильно определить срок, когда начать введение прогестерона, решено систематически определять у больной симптом «зрочка». Через 12 дней, 10 сентября 1962 г., установлено, что симптом «зрочка» хорошо выражен (+++). Сразу же назначено введение прогестерона — 5 мг, а затем в течение 6 дней — прогестерон, по 10 мг.

21 сентября у больной появились кровянистые менструально-подобные выделения, продолжавшиеся в течение 4 дней (до 25 сентября), в умеренном количестве. Систематическое измерение базальной температуры показало, что восстановился двухфазный цикл. 28 сентября больная выписана под наблюдение женской консультации. Она значительно успокоилась; чувство страха

исчезло; появилось бодрое настроение. Больной настойчиво рекомендовано в течение 3 месяцев продолжить гормональную терапию (введение прогестерона за 8 дней до менструаций, 6 раз по 10 мг). Подробные указания о лечении даны больной в справке для участкового врача женской консультации. В ней рекомендовано повторять лечение прогестероном, если будет определяться резко выраженный (+++) симптом «зрачка», высокий карипикнотический индекс и монофазная базальная температура, так как сочетание этих 3 признаков говорит об угрозе рецидива кровотечения.

Наблюдение за больной в консультации в течение последующих 6 месяцев показало, что лечение дало положительные результаты, — восстановился регулярный менструальный цикл.

Почему же предшествующее (до поступления в клинику) лечение было безуспешным? Были ли допущены какие-либо ошибки? Предшествующее лечение больной не дало положительного эффекта потому, что как при первой госпитализации в марте 1962 г., так и при повторной в июне того же года терапия состояла лишь в выскабливании слизистой матки. В этом и заключалась ошибка, так как одно выскабливание, при котором удаляется слизистая матки, не может обусловить восстановления нормального менструального цикла. Конечно, гистологическое исследование удаленной слизистой с целью исключения рака было необходимо. Однако эффективность выскабливания была непродолжительной — вскоре же после него наступил рецидив кровотечения. Лечение прегнином и метилтестостероном (в июне 1962 г.) также было недостаточно обоснованным, так как не была учтена фаза цикла и структура слизистой матки.

Одновременное назначение этих средств (у больных в возрасте 40—45 лет) целесообразно лишь во второй фазе цикла (за 8 дней до предполагаемого срока менструаций) по принципу заместительной терапии. Назначение кровоостанавливающих средств (в августе) без сочетания с гормональной терапией также не могло быть эффективным, так как оно было чисто симптоматическим и не вело к урегулированию менструальной функции. Почему же не было эффекта и от применения муж-

ского полового гормона — метилтестостерона? Мы уже говорили раньше, что применение андрогенов, особенно до наступления климактерического периода, не всегда эффективно. Кроме того, доза тестостерона, назначенная больной (по 2 таблетки 3 раза в день под язык, т. е. 30 мг), была недостаточной: необходимо начинать лечение с дозы 50—60 мг в день, т. е. в 2 раза большей (о лечении андрогенами мы поговорим подробнее в следующей лекции).

Итак, мы познакомились с очень серьезным заболеванием женщины в периоде зрелости — с так называемой геморрагической метропатией типа Шредера. Это заболевание имеет длительное течение, часто рецидивирует, нарушает работоспособность женщины. В распознавании и лечении подобной патологии нередко допускаются ошибки, которые мы разобрали довольно подробно: переоценка терапевтического эффекта выскабливания слизистой матки, назначение кровоостанавливающих средств без гормонотерапии, нерациональная гормонотерапия.

К счастью для больной Ш., у нее не была допущена (не столь уж редкая, к сожалению, в практике) грубая и опасная ошибка — выскабливание без последующего гистологического исследования слизистой матки (опасность несвоевременной диагностики рака!).

Прогноз заболевания у подавляющего большинства больных благоприятен. Менструальную функцию удается урегулировать, а затем с наступлением климактерического периода менструации постепенно, а иногда внезапно прекращаются. Однако иногда ановуляторные кровотечения рецидивируют. Это наблюдается в тех случаях, когда больная не подвергается лечению, или же оно проводится нерационально. Лишь изредка рациональное гормональное лечение не дает успеха. У подобных больных надо учесть возможность диагностической ошибки при наличии, например, субмукозной миомы, эндометриоза матки и, наконец, рака матки (необходимо повторное диагностическое выскабливание). При диагнозе субмукозной миомы или рака матки показано, конечно, хирургическое вмешательство; при эндометриозе матки — ампутации ее или рентгенменостаз.

Рациональная профилактика функциональных кровотечений еще не разработана, так как нам неизвестна



основная причина этой патологии. Большое значение имеют, конечно, общеукрепляющие мероприятия, гигиена труда, соблюдение правильного санитарно-гигиенического режима.

## Лекция IV

### ПЕРСИСТЕНЦИЯ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

#### (CORPUS LUTEUM PERSISTENS)

Больная И., 27 лет, по профессии медицинская сестра, поступила в гинекологическую клинику 10 декабря 1962 г. по поводу довольно обильных менструаций, продолжавшихся по 10—12—14 дней.

**Анамнез.** В детстве росла в благоприятных материально-бытовых условиях. Из детских заболеваний перенесла корь, коклюш, скарлатину; осложнений после этих заболеваний не было. Взрослой болела повторно катаром дыхательных путей, гриппом. Родители здоровы, отцу — 55 лет, матери — 50 лет. Брат и сестра здоровы.

**Менструальная функция.** Менструации с 12 лет, через 4 недели, по 3—4 дня. Последняя менструация задержалась на 6 дней, началась 1 декабря и продолжается в день поступления в довольно обильном количестве. Больная принимала стиптицин по 4 таблетки в день, но без успеха.

**Половая жизнь** с 22 лет. Мужу — 30 лет, здоров. Была 2 раза беременной. Первая беременность в 1959 г. закончилась нормальными срочными родами, без осложнений. Вторая беременность была искусственно прервана при сроке в 6 недель, в декабре 1961 г. В настоящее время супруги предохраняются от беременности (муж применяет презервативы).

**Развитие заболевания.** Менструальная функция нарушилась с 1961 г., после искусственного аборта; менструации стали приходиться с задержками на 6—12 дней и затягивались до 12—14 дней, были довольно обильными, неболезненными. Повторно принимала кровоостанавливающие средства, но без успеха. Через 2 месяца после аборта (в начале февраля) подвергалась выскабливанию матки в связи с диагнозом неполного аборта 5—6 недель. При гистологическом исследовании соскоба слизистой матки диагноз беременности подтвержден не был.

**Общее обследование.** Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Температура тела — 36,2°, пульс — 70 в минуту, ритмичный. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не определяется. Печень и селезенка не пальпируются.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы правильной, конусовидной формы; секрет из них не выделяется. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патоло-

гических изменений не обнаружено. Осмотр с помощью зеркал: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели. Из канала шейки матки — довольно обильные кровянистые выделения, с небольшими сгустками.

*Влагалищное исследование.* Матка в ретрофлексии, подвижна, немного увеличена, мягковата; наружный зев пропускает кончик пальца. Признак Горвица—Гегара отрицательный. Придатки матки не пальпируются.

*Данные лабораторных исследований.* При клиническом исследовании крови и мочи патологических изменений не обнаружено.

### Каков же диагноз?

Наличие длительного маточного кровотечения после задержки менструаций на 6 дней и небольшое увеличение матки позволило высказать предположение о прерывании беременности в раннем сроке, миоме или раке матки и, наконец, о дисфункциональном кровотечении при однофазном (ановуляторном) цикле или персистенции желтого тела.

Предположение об аборте (в ходу, так как канал шейки приоткрыт) мало обоснованно, так как кратковременные задержки менструаций (на 6—12 дней) наблюдаются у больной уже неоднократно в течение последнего года. Кроме того, при объективном исследовании мы не обнаружили ни нагрубания молочных желез, ни секрети их, ни размягчения матки, а признак Горвица — Гегара отрицательный. Однако все же для окончательного решения этого вопроса надо произвести диагностическое, которое одновременно явится и терапевтическим, выскабливание слизистой матки и гистологическое исследование соскоба. После получения результатов гистологического исследования мы вновь вернемся к этому вопросу.

Отсутствие болевых ощущений, головокружения и обморока, а также увеличения придатков матки, «крошковатых» бурых выделений из матки, наличие циклических (ежемесячных) повторяющихся кровянистых выделений — все это позволяет отвергнуть мысль о внематочной (чаще всего трубной) беременности.

Предположение о возможности кровотечения в связи с миомой или раком матки у больной также мало обоснованно, так как у больных миомой матки наиболее часто бывают нарушения менструальной функции в виде гиперполименореи при регулярных, циклических менструациях, реже — метроррагии. Повторные задержки

менструаций также не характерны для больных миомой. Кроме того, и данные объективного исследования больной также не дают основания для диагноза миомы матки.

Рак тела матки наиболее часто наблюдается в возрасте свыше 50 лет и характеризуется вначале гиперсекрецией (сигнальный симптом), а затем метроррагией. Молодой возраст больной (27 лет), отсутствие белей и метроррагии говорят против предположения о раке матки.

Итак, наиболее вероятный диагноз у больной — дисфункциональное маточное кровотечение при однофазном (персистенция фолликула или атрезия фолликулов) или двухфазном цикле (персистенция желтого тела). Для того чтобы дифференцировать эти патологические состояния, необходимо произвести: диагностическое выскабливание слизистой матки на 8-й день после начала кровотечения или позже, гистологическое исследование соскоба; определить содержание прегнандиола и 17 кетостероидов в суточной моче.

Одновременное определение прегнандиола и 17-кетостероидов необходимо для того, чтобы не пропустить возможное увеличение экскреции прегнандиола за счет гиперфункции надпочечников.

11 декабря 1962 г. было произведено выскабливание слизистой матки; длина полости матки — 8 см, какой-либо деформации полости матки не обнаружено.

12 и 13 декабря были незначительные кровянистые выделения, а затем они прекратились.

В моче, собранной за сутки, было обнаружено: прегнандиола (по Клопперу) — 8,4 мг, 17-кетостероидов — 12 мг. Выделение прегнандиола с суточной мочой колеблется у здоровых женщин во второй фазе цикла от 1,2 до 15 мг; у здоровых женщин за сутки с мочой выделяется от 7 до 18 мг нейтральных 17-кетостероидов.

Таким образом, мы получили парадоксальные данные — содержание прегнандиола в моче соответствует 2-й фазе цикла, несмотря на то, что у больной по времени поступления и по характеру кровотечения можно было думать о запоздавшей менструации.

Итак, подождем данных гистологического исследования, которые позволят нам уточнить диагноз. Больной

был назначен в течение 3 суток после выскабливания постельный режим, без какой-либо лекарственной терапии. 14 декабря было разрешено встать. 15 декабря получены данные гистологического исследования: слизистая матки в секреторной фазе, резко гиперплазирована с явлениями отека, диапедеза форменных элементов крови и небольшими очагами некроза; в отдельных участках — ранняя пролиферация. Подобную слизистую Меуег называл ультраменструальной гиперплазией эндометрия.

Каков же окончательный диагноз у больной?

Выше мы уже указывали, что у нас нет данных для диагноза маточного аборта или опухоли матки (миомы, рака). Что касается диагноза трубной беременности, то мы уже при первом осмотре и сборании анамнеза не обнаружили никаких данных для подтверждения подобного предположения. За 5 дней пребывания в клинике и после того, как больной было произведено выскабливание, не возникло никаких симптомов (болевых), которые позволили бы заподозрить трубную беременность. Все же, учитывая возможность «малосимптомных форм», 16 декабря у больной вновь произведено гинекологическое исследование. При этом мы не обнаружили ни кровянистых выделений из матки, ни каких-либо изменений со стороны придатков матки. Все это позволяет отвергнуть предположение о трубной беременности.

Итак, имеется, очевидно, довольно редкая патологическая форма — маточное кровотечение из-за персистенции желтого тела. В пользу такого диагноза говорят обычно следующие данные анамнеза и объективного исследования: 1) циклические, повторяющиеся после очень кратковременных задержек, длительные (по 12—14) обильные менструальноподобные кровотечения, 2) содержание прегнандиола в моче, соответствующее лютеиновой фазе цикла, 3) обнаружение секреторной фазы слизистой матки при гистологическом исследовании ее на 11-й день кровотечения, и 4) отсутствие снижения базальной температуры в течение 5—8 дней после начала менструаций.

К сожалению, мы не могли использовать последний признак, так как больная поступила лишь на 10-й день после начала кровотечения.

Патогенез персистенции желтого тела изучен недостаточно; возможно, что она связана с длительным выделением лютеинизирующего и лютеотропного гормонов гипофиза. Подобная патология встречается не часто и даже некоторыми авторами отвергается. Так, Р. Шредер считает, что персистенция желтого тела не доказана и, что в подобных случаях речь идет о нераспознанном раннем аборте. Однако ряд отечественных (Е. Н. Петрова, А. Э. Мандельштам, И. И. Фейгель, В. А. Покровский, С. А. Апетов) и иностранных авторов (R. Meyer, Brewer and Jons Kuder) признают возможность подобной патологии.

Отдельные авторы при подобной патологии иногда находили в яичнике функционирующее желтое тело. Так, А. Ф. Златман весьма детально описал (1963) 23 наблюдения децидуаподобного эндометрия, обнаруженного им среди 162 больных с дисфункциональным маточным кровотечением (т. е. в 21%). Возраст больных колебался от 21 до 46 лет. По наблюдениям Ulrich, Barrews, подобные кровотечения встречаются в основном у женщин в возрасте около 40 лет. Длительность заболевания весьма переменна — от нескольких месяцев до 5 лет и более.

Перейдем к вопросу о лечении больной. Применение кровеостанавливающих средств не эффективно. Выскабливание слизистой матки дает непосредственный эффект, но не предохраняет от рецидива кровотечения по окончании следующего же менструального цикла.

Основываясь на предположении, что кровотечения при персистирующем желтом теле связаны с длительным выделением лютеинизирующего гормона, мы назначили больной с 4-го дня после выскабливания (сразу же после получения гистологического диагноза) эстрогены с целью способствовать более полному развитию пролиферативной фазы эндометрия. В случае длительного кровотечения решено назначить в течение 3 дней относительно большие дозы прогестерона (25 мг×3) с целью так называемого «прогестеронового кюре-тажа».

Больная И., с 15 декабря в течение 10 дней принимала по 2 таблетки (в каждой — по 1 мг) диэтилстильбестрола. С 25 декабря больной назначены до наступле-

ния менструаций витамины С (по 250 мг в день), В<sub>1</sub> — по 50 мг и Р — по 75 мг.

Rp. Vitamini B<sub>1</sub> 5% — 1,0  
D. t. d. N 12 in ampullis  
S. По 1 мл (внутримышечно)

Rp. Vitamini P 0,075  
Sacchari 0,2  
M. f. p.  
D. S. По 1 порошку в день

Со 2 января 1963 г. у больной начались менструации в умеренном количестве, без болей; они продолжались до 8 января и закончились без каких-либо лечебных мероприятий.

12 января 1963 г. больная И. выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано в течение последующих 4 месяцев проводить терапию эстрогенами, по 10 дней (в указанных выше дозах) и затем в течение 8 дней — витаминами С, В<sub>1</sub>, Р.

Наблюдение за больной в течение последующих 10 месяцев показало, что как во время лечения, так и после окончания его менструации продолжались по 5—7 дней, не были чрезмерно обильными; ни разу не возникло необходимости в применении значительных доз прогестерона.

Распознавание персистенции желтого тела довольно трудно и требует комплексного обследования больной (диагностического выскабливания матки, определения прегнандиола в моче). При этом необходимо учитывать важность дифференциальной диагностики с ранним маточным абортom и внематочной беременностью. Диагноз основывается на данных анамнеза (циклические, длительные кровотечения, как правило, не профузные), объективного исследования (отсутствие признаков беременности — маточной, внематочной), гистологического исследования слизистой матки (секреторная фаза слизистой, несмотря на длительное кровотечение иногда с участками ранней пролиферации) и гормонального исследования (определение прегнандиола и 17-кетостероидов в моче). Вопросы лечения персистенции желтого тела разработаны еще недостаточно.

## Лекция V

# ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ. ПЕРСИСТЕНЦИЯ Фолликула. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ МЕТРОПАТИЯ (FOLLICULUS PERSISTENS. METROPATHIA HAEMORRHAGICA)

Больная П., 46 лет, домашняя хозяйка, поступила в гинекологическую клинику 28 октября 1962 г. с жалобами на обильные кровянистые выделения из влагалища и (временами) на боли в области сердца.

**Анамнез.** Отец умер в возрасте 65 лет, мать — в возрасте 63 лет, оба от заболевания сердца. П. ни в детстве, ни взрослой не болела.

**Менструальная функция.** Менструации с 14 лет, установились сразу, через 30 дней, по 3—4 дня, в умеренном количестве, безболезненные. После замужества и родов характер менструаций не изменился. Последний раз правильные менструации были в 1956 г.

**Половая жизнь** с 19 лет, замужем второй раз. В первом браке была 6 лет, во втором — 18 лет. Мужу — 49 лет, здоров.

**Детородная функция.** Было 2 беременности. Первая — в 1930 г., закончилась нормальными родами, без осложнений; вторая беременность — в 1934 г., прервана искусственно при сроке 10 недель, в лечебном учреждении; осложнений после аборта не было. В последующие годы не беременела, принимает меры предохранения от беременности.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с ноября 1956 г., когда пришедшие в срок менструации перешли в кровотечение, продолжавшееся 3 недели. По поводу этого кровотечения было произведено диагностическое выскабливание матки и гистологическое исследование соскоба; однако больная не знает результатов его. В течение последующих 6 месяцев лечению не подвергалась, менструации приходили нормально, как и до начала заболевания. С июня 1957 г. начались ациклические длительные (по 1½—2 месяца) кровотечения, иногда с перерывами в 2—3 недели. Больная обращалась в женскую консультацию, назначали прегнин, но без эффекта. В 1958 г. по поводу длительного, обильного кровотечения была госпитализирована. Вновь было произведено диагностическое выскабливание слизистой матки. При гистологическом исследовании установлена гиперплазия слизистой матки. Кровотечение после выскабливания прекратилось, и больная через 3 дня была выписана. Было рекомендовано начать через 10 дней после выскабливания лечение прегнином. Однако нерегулярные, длительные, но необильные кровотечения из половых путей по временам возобновлялись; свободные от кровотечений промежутки продолжались не более 2—3 недель. В августе 1962 г. в те-

чение 6 месяцев были регулярные, необильные менструации. В марте 1963 г. опять возобновились ациклические необильные кровотечения по 20—25 дней, с перерывами в 10—12 дней. Применяла кровоостанавливающие средства, без успеха. В последний раз кровотечение началось 18 сентября и продолжается до настоящего времени.

**Общее обследование.** Общее состояние больной П. при поступлении удовлетворительное. Больная раздражительна, плохо спит. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Пульс — 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст.; границы сердца в пределах нормы, ритм правильный. Со стороны органов дыхания, пищеварения и мочеотделения патологических изменений не обнаружено.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы без патологических отклонений. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Половая щель слегка зияет. Влагалище емкое. Передняя и задняя стенки его при натуживании слегка опускаются. При осмотре с помощью зеркал установлено, что влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, слегка гипертрофирована, на ее поверхности — отдельные ovulae Nabothi. Из канала шейки матки — кровянистые выделения в умеренном количестве с примесью слизи.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, подвижна, безболезненна, обычной величины, плотной консистенции. Придатки матки не пальпируются.

**Данные лабораторных исследований.** Анализ крови: эр. 3,8 млн., Hb 10 г% (60 ед), цветной показатель 0,79, л. 5600, э. 5, п 1, с. 64, лимф. 28, мон. 2; РОЭ — 25 мм/ч. Анализ мочи — без отклонений от нормы. Уроцитограмма — IV реакция (28 октября 1963 г.).

Каков же диагноз? Наличие длительных ациклических кровотечений в возрасте после 40 лет (больной сейчас 46 лет) заставляет подумать прежде всего о злокачественной опухоли — раке матки. Правда, большая длительность заболевания (почти 7 лет) и отсутствие изменений со стороны внутренних половых органов ставят под сомнение это предположение. Вместе с тем, нельзя недооценивать подобной опасности, учитывая, что прошло уже 5 лет с тех пор, как было произведено гистологическое исследование соскоба слизистой матки и была диагностирована гиперплазия слизистой матки.

Длительность заболевания, незначительная эффективность нерегулярного лечения — все это отразилось на общем состоянии больной, вызывает у нее легкую раздражительность, подавленное настроение и канцерофобию.

Итак, прежде всего надо провести повторно беседы с больной, чтобы внушить ей уверенность в возможность избавления ее, наконец, от рецидивирующих кровотечений.



Вместе с тем крайне необходимо произвести диагностическое выскабливание и гистологическое исследование соскоба слизистой матки. Подобное исследование, безусловно, показано у каждой больной, которая страдает ациклическими кровотечениями в половозрелом возрасте или в климактерическом периоде (если в недалеком прошлом не было произведено гистологического исследования).

29 октября 1962 г. было произведено (под проводниковой новокаиновой анестезией) выскабливание слизистой матки; получен довольно обильный соскоб, несмотря на то, что кровотечение продолжается уже 11-й день. Длина полости матки — 8 см, деформации ее не обнаружено. 4 ноября получены данные гистологического исследования эндометрия — железисто-кистозная гиперплазия.

Теперь имеется достаточно данных, чтобы вернуться к вопросу о диагнозе у больной.

Учитывая жалобы больной на ациклические кровотечения с небольшими лишь промежутками, наличие IV реакции влажалищного мазка (при поступлении), железисто-кистозной гиперплазии слизистой матки, возраст больной (46 лет), мы имеем достаточно оснований для диагноза персистирующего фолликула, гиперэстрогенизма (IV реакция при уроцитографии). Весь комплекс этих патологических явлений Р. Шредер назвал геморрагической метропатией. Правда, первоначальное (1915 г.) суждение Р. Шредера о том, что подобные кровотечения всегда обусловлены персистирующим фолликулом, теперь пересмотрено. В настоящее время твердо установлено, что у ряда больных (до 40% всех страдающих кровотечениями) ациклические кровотечения возникают при преждевременной атрезии фолликулов и гипоэстрогении, а также при персистирующем желтом теле; персистирующий фолликул является причиной таких кровотечений в 60%.

В лекции о ювенильных кровотечениях мы уже говорили, что кровотечение возникает, когда персистирующий фолликул, наконец, атрезирован и происходит резкое уменьшение (спад) уровня эстрогенов. Почему же у больной П. мы нашли IV реакцию при уроцитографии, что соответствует высокому содержанию эстрогенов? Это может зависеть (по В. М. Дильману) от 2 причин:

1) реакция слизистой неточно отражает уровень секреции эстрогенов яичниками, так как эстрогены продуцируются и корой надпочечников, 2) отторжение слизистой оболочки матки может происходить и без атрезии фолликула и внезапного снижения содержания эстрогенов при длительном их воздействии, что установлено и экспериментально (на обезьянах). Слизистая матки не может беспредельно расти, и кровотечение иногда возникает из нее, несмотря на значительное выделение эстрогенов. Реакция влажалищного мазка и уроцитограмма могут говорить о гиперэстрогении и при низкой секреции эстрогенов яичниками, но при длительном воздействии их на организм.

Таким образом, обнаружение IV реакции при уроцитографии у больной не противоречит нашему предположению о наличии персистирующего фолликула и кровотечения (без атрезии фолликула) из чрезмерно гиперплазированной слизистой оболочки матки. В пользу диагноза персистенции, а не атрезии фолликула говорит и клиническая картина заболевания: кровотечения возникают после небольших задержек или даже без всякой задержки.

Почему же кровотечение продолжается так долго и иногда прекращается лишь после выскабливания или введения больших доз половых гормонов (эстрогенов, прогестерона)? Ответ на этот вопрос дают следующие данные клинико-морфологических исследований Л. Г. Вишневской: 1) у ряда больных с самопроизвольно прекратившимся кровотечением при выскабливании матки все же обнаруживаются значительные пласты гиперплазированной слизистой; 2) в гиперплазированной слизистой (удаленной в дни кровотечения и после его прекращения) обнаруживается сеть резко уплотненных аргирофильных волокон (рис. 3); 3) в удаленной слизистой находят участки некроза и регенерацию слизистой.

На основании этих данных вполне понятны основные клинические особенности геморрагической метропатии: длительные кровотечения, рецидивирование их и весьма большой процент неуспеха при консервативной терапии. Исходя из приведенных данных Л. Г. Вишневской, мы считаем неправильным лечение больной, страдающей дисфункциональным кровотечением в половозрелом

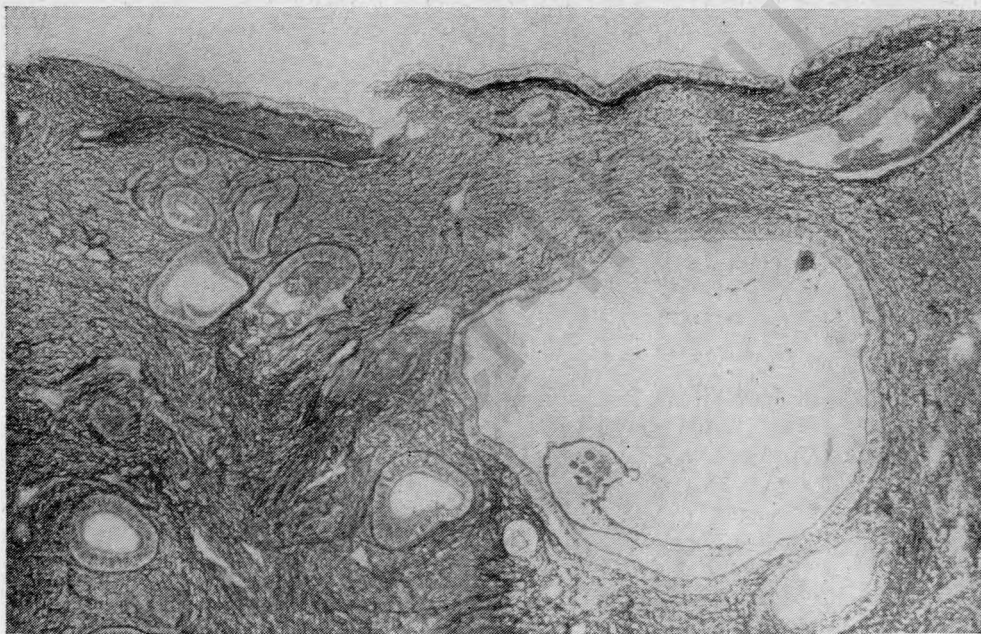


Рис. 3. Гиперплазированная слизистая, пронизанная густой сетью беспорядочно переплетенных аргирофильных волокон.

Импregnация серебром. Слизистая удалена на 6-й день после самостоятельного прекращения кровотечения, продолжавшегося 8 недель (наблюдение Л. Г. Вишневской). Об. 15, ок. 5.

возрасте и в особенности свыше 40 лет гормонами без предварительного выскабливания слизистой матки. Выскабливание необходимо и для исключения рака и для обеспечения эффективности гормональной терапии (точная диагностика, удаление патологически измененной слизистой).

Прежде чем перейти к рассмотрению вопроса о возможных способах терапии больной, постараемся выяснить, почему же она, несмотря на столь длительные кровотечения, не анемизирована? Ответ на этот вопрос дают данные анамнеза, указывающие на характер кровотечений: они редко были обильными, чаще — лишь незначительными кровянистыми выделениями. Кроме того, нерегулярные кровотечения несколько раз чередовались с периодами нормальных регулярных менструаций. Вместе с тем, нельзя не обратить внимания на большую длительность заболевания (уже 6-й год). Понятны в связи с этим раздражительность больной, ее настойчивая просьба помочь ей избавиться, наконец, от длительных кровотечений.

Способы терапии подобных больных могут быть хирургическими (выскабливание слизистой матки при сочетании с опухолями и соответствующих показаниях ампутация или экстирпация матки) или консервативными. К консервативным способам относятся: 1) рентгенотерапия; 2) инъекции йода в матку по Грамматикати, 3) физиотерапия, в том числе и так называемая электростимуляция шейки матки, 4) назначение гемостатических средств и, наконец, лечение гормонами.

Разберем сначала хирургические способы терапии. Мы уже указывали, что выскабливание и гистологическое исследование слизистой матки у половозрелой женщины, страдающей функциональным кровотечением, является обязательным (и первоочередным) методом диагностики (и одновременно терапии). Вместе с тем, необходимо еще раз подчеркнуть, что эта операция должна быть лишь одним из элементов терапии; ограничиться одним выскабливанием — это значит совершить ошибку и подвергнуть больную большой опасности рецидива кровотечения. Предложение произвести ампутацию или экстирпацию матки у больной является совершенно необоснованным, так как мы не обнаружили никакой опухоли (доброкачественной или злокачественной), и,

следовательно, нет никаких оснований подвергать ее серьезной операции.

В настоящее время есть весьма эффективные способы консервативной терапии, и показания к радикальному хирургическому лечению при функциональном кровотечении возникают исключительно редко. Правильнее будет сказать, что неуспех консервативного лечения, как правило, говорит либо о неправильном диагнозе дисфункционального кровотечения, либо о недостаточно рациональной или несистематической терапии.

Рассмотрим теперь различные способы консервативной терапии, которые могут быть применены у больной.

Рентгенотерапию, т. е. облучение малого таза с целью рентгенменостаза, следует считать очень серьезным вмешательством. Помимо общего влияния на организм рентгеновского облучения, необходимо учитывать и возможность появления тягостных проявлений климактерического синдрома. В связи с этим надо напомнить следующие рекомендации всесоюзного симпозиума по вопросу о рентгенотерапии неопухолевых заболеваний (1962 г.): «Лучевую терапию, направленную на органы внутренней секреции, надо ограничить строгими показаниями... и отсутствием других способов лечения». Основываясь на нашем многолетнем опыте, подкрепленном вышеуказанными рекомендациями крупнейших рентгенологов нашей страны, мы считаем, что рентгенотерапия больной П. противопоказана, так как есть другие, более бережные и весьма эффективные способы лечения. Из последних способов лечения геморрагической метропатии отдельные авторы рекомендуют способ Грамматикати.

Инъекции настойки йода в матку (по Грамматикати — 25—30 инъекций 5% настойки йода) широко применялись при маточных гинекологических кровотечениях лет 30—40 тому назад, когда гормонотерапия была еще в зачаточном состоянии.

Прекращение кровотечений после таких инъекций обуславливается отторжением (вызванном прижиганием и некрозом) слизистой матки и угнетением овуляции. Однако подобное лечение тягостно для больных, иногда сопровождается шоком и не всегда эффективно.

В настоящее время способ Грамматикати имеет лишь исторический интерес, и в повседневной практике от него следует отказаться.

Применение кровоостанавливающих средств может дать лишь временный, преходящий эффект и никогда не избавляет больную от рецидива кровотечений. В связи с этим терапия кровоостанавливающими средствами не может быть рекомендована как самостоятельный метод лечения.

Из физиотерапевтических методов заслуживают внимания внеочаговые нейрорефлекторные методы (шейно-надплечная и маммарно-шейно-надплечная гальванизация). Однако, как и медикаментозная терапия, подобный способ может быть лишь одним из компонентов комплексного лечения, а не самостоятельным.

Необходимо сказать еще об одном методе терапии маточных кровотечений в климактерическом возрасте. Это — так называемая электростимуляция шейки матки, предложенная С. Н. Давыдовым (1961). Автор указывает, что различные раздражения шейки матки, в том числе и электростимуляция рецепторов шеечного канала, приводят к овуляции или лютеинизации клеток фолликула. Этот эффект обуславливается, очевидно, наличием нейро-гуморального шеечно-гипофизарного рефлекса. Путь рефлекса, вероятно, проходит по симпатическим ганглиям к гипоталамусу, а оттуда — к гипофизу, что вызывает секрецию лютеинизирующего и лютеотропного гормонов и стимулирует овуляцию. Применение С. Н. Давыдовым этого метода (6—8 сеансов; первые 3 сеанса ежедневно по 10 мин, последующие — через день по 5 мин) у 195 больных обусловило остановку кровотечения у 162 (82%); стойкие результаты отмечены у 106 (72%) женщин. Исходя из этого, автор рекомендует повторный курс лечения (4—5 сеансов), если через 1—2 месяца возникает задержка менструаций.

Мы не располагаем еще достаточным собственным опытом терапии по способу, предложенному С. Н. Давыдовым, и потому не считаем возможным рекомендовать его больной П.

Наконец, необходимо рассмотреть возможность гормонотерапии больной П. В одной из предыдущих лекций мы рекомендовали больной (и наблюдали положительные результаты) длительную (до 6 месяцев) циклическую гормонотерапию. Может быть и больной П. рекомендовать подобную терапию? Нет, это нецелесообразно, так как ей 46 лет и она уже находится в естественном

климактерическом периоде своей жизни. Более рационально провести терапию андрогенами с целью подавления циклических процессов в яичниках. Подобный способ не оказывает столь негативного влияния на общее состояние больных, как рентгенотерапия. Однако прежде чем рекомендовать андрогенотерапию, необходимо вновь подчеркнуть необходимость сочетания гормонотерапии с другими способами лечения. К ним прежде всего относится психотерапия. Напомним, что при собирании анамнеза мы обратили внимание на крайнюю раздраженность больной и неверие в возможность эффективной терапии. В связи с этим мы должны прежде всего провести с больной повторные беседы и разъяснить ей сущность ее заболевания. Надо показать ей высокую эффективность лечения (на примере других подобных больных); очень важно убедить больную в том, что мы полностью отвергаем диагноз злокачественного заболевания, так как это подтверждено гистологическим исследованием слизистой оболочки матки. Необходимо также разъяснить больной, что при обследовании сердечно-сосудистой системы у нее не было обнаружено никаких патологических изменений и что при прекращении тягостных переживаний в связи с длительными кровотечениями исчезнут и боли в сердце.

Нередко больные боятся лечения андрогенами, опасаясь вирилизации (гирсутизма, изменения тембра голоса). В связи с этим необходимо разъяснить, что дозы андрогенов, которые мы рекомендуем, не влекут за собой развития признаков вирилизации. Кроме того, при обсуждении вопроса о назначении андрогенов, необходимо учитывать и противопоказания к ним: гипертоническую болезнь, вирилизм, гипертрихоз. Ни одного из этих противопоказаний у больной П. нет.

Итак, с 4 ноября, как только были получены данные гистологического исследования слизистой матки, больной было назначено лечение тестостерон-пропионатом (3 раза в неделю по 1 мл 2,5% раствора внутримышечно). В процессе лечения необходим контроль за общим состоянием больной (возникновение гирсутизма, понижение тембра голоса), цитологией влагалищного мазка и симптомом «зрачка». Напомним, что перед выскабливанием у больной была IV реакция (при урочитографии). В процессе лечения реакция влагалищного мазка

(после выскабливания кровотечение прекратилось) стала III, а затем, к концу месячного курса, — III—II. Кровянистые выделения после начала терапии не возобновлялись. За время лечения в клинике больной в первые 3 недели делали по 3 инъекции тестостерон-пропионата (в вышеуказанной дозе) в неделю, а в последнюю неделю — по 2 инъекции; всего было введено, таким образом, 275 мг.

4 декабря больная в удовлетворительном состоянии была выписана из клиники. Дана справка в женскую консультацию с рекомендацией продолжать лечение инъекциями тестостерон-пропионата в течение 4 недель по 2 раза в неделю, а затем еще 5 недель по одному разу в неделю (в прежней дозировке). Таким образом, суммарная доза препарата должна составить 0,6 г.

При наблюдении в течение года после окончания лечения было установлено, что состояние П. удовлетворительное, маточные кровотечения не возобновлялись. Реакция влагалищного мазка I—II.

Итак, мы познакомились с особенностями клинического течения так называемой геморрагической метропатии у больной, находящейся в климактерическом периоде. При этом обращено внимание на следующие клинические особенности этого заболевания: длительность его, частые рецидивы в виде возникновения повторных умеренных кровотечений, отсутствие стойкого эффекта от диагностического выскабливания без последующего комплексного (в том числе и гормонального) лечения. При разборе методов терапии установлена необходимость предварительного выскабливания слизистой матки и гистологического ее исследования как с целью более точной диагностики (и в особенности — исключения рака!), так и улучшения результатов последующей гормональной терапии. Из методов гормональной терапии мы остановились на применении андрогенов, учитывая возраст больной и большую длительность заболевания. Прогноз при подобной терапии у большинства больных благоприятный. В отдельных случаях, при рецидиве заболевания, курс терапии андрогенами повторяют 2—3 раза. При появлении гирсутизма рекомендуется снизить дозу препарата, а при изменении тембра голоса — отменить дальнейшую терапию андрогенами. Из препаратов с наименьшим вирулизирующим действием может



быть применен метиландростендиол (Спофа, ЧСР) в таблетках по 25 мг; дозировки те же, что и тестостерон-пропионата.

В качестве мер профилактики геморрагической метропатии необходимо рекомендовать физическую культуру, рациональный режим жизни. Важно также проведение своевременной рациональной терапии ановуляторных «менструаций» и кровотечений у половозрелых женщин. Наблюдения Л. Г. Вишневской убедительно показали, что у значительного числа женщин (у 65 из 100), страдающих геморрагической метропатией, в недавнем прошлом были нарушения менструальной функции в форме опсоменореи.

## Лекция VI

### ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (SYNDROMUM PRAEMENSTRUALE)

Больная Д., 33 лет, по профессии учительница, поступила в гинекологическую клинику 10 ноября 1961 г. с жалобами на периодические резкие нарушения самочувствия, схваткообразные боли в животе, появление отеков лица, рук и ног за 7—10 дней до менструаций.

**Анамнез.** Родилась от здоровых родителей. Отцу — 56 лет, матери — 55 лет, оба здоровы. Брат и 2 сестры также здоровы. В семье нет ни наследственных заболеваний, ни заболеваний туберкулезом, ни алкоголизма. В детстве росла в благоприятных материальных условиях. В годы Великой Отечественной войны материально-бытовые условия семьи были неблагоприятными; плохо питались, все волновались о судьбе отца, ушедшего на фронт. В детстве болела корью и малярией (трехдневной), взрослой — ангиной, гриппом, инфекционным гепатитом.

**Менструации** начались в 13 лет, установились сразу через 3 недели по 5—6 дней, обильные, без боли. С началом половой жизни менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была со 2-го по 8 ноября 1961 г.

**Половая жизнь** с 21 года; 2 года тому назад разошлась с мужем.

**Детородная функция.** Были 1 нормальные роды (в 1951 г.) и 3 искусственных аборта (в 1953, 1956, 1957 гг.). После третьего аборта болела воспалением придатков матки.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной последние 5 лет, когда на фоне тяжелых семейных взаимоотношений появились раз-

дражительность, головные боли, отеки на лице и руках, метеоризм, тошнота, иногда рвота. В дальнейшем отметила, что все болезненные симптомы (головные боли, резкая потливость, раздражительность, быстрая утомляемость, отеки лица, рук, ног, ощущение зуда кожи, схваткообразные боли в животе) возникают периодически за 7—10 дней до менструаций. При большой служебной нагрузке болезненные явления выражены резче; летом, во время отдыха, они несколько смягчаются. За последние 2 года в эти же дни появляются «горячие приливы» по нескольку раз в день. С первого дня менструаций болезненные явления почти исчезают и вновь появляются за 7—10 дней до наступления следующих менструаций.

По поводу указанных выше болезненных явлений больная обращалась к терапевтам и гинекологам, однако диагноз установлен не был; врачи не находили каких-либо патологических изменений и не назначали лечения.

**Общее обследование.** При поступлении через 2 дня после очередных менструаций самочувствие больной было удовлетворительным. Рост — 162 см. Вес — 61,2 кг. Пульс — 78 ударов в минуту, артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Доступные осмотру и пальпации лимфатические узлы не увеличены. При обследовании сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Красный, стойкий, разлитой дермографизм. Живот несколько вздут вследствие метеоризма; наклонность к запорам.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы развиты правильно. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. При осмотре с помощью зеркал видно, что шейка матки цилиндрической формы; наружный зев в виде поперечной щели; незначительные слизистые выделения; симптом «зрачка» отрицательный.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, плотная, обычной величины, с ровной поверхностью, подвижная. Придатки матки не пальпируются.

Со стороны прямой кишки патологических изменений не определяется.

Каков же диагноз у больной?

Крайне разнообразные жалобы больной в сочетании с закономерной цикличностью их появления во 2-ую фазу менструального цикла приводят нас к предварительному выводу о взаимозависимости этих явлений. Однако необходимо напомнить, что при некоторых психических, нервных, кожных (экзема) и соматических заболеваниях (бронхиальная астма, сердечно-сосудистая патология) также отмечается периодическое ухудшение состояния больной во вторую фазу менструального цикла.

Итак, необходимы, очевидно, дополнительные обследования больной для того, чтобы провести дифференциальную диагностику и поставить диагноз. Произведем

прежде всего ряд клинических и биохимических анализов.

При клиническом исследовании крови и мочи патологических изменений не установлено.

Содержание сахара в крови — 99 мг% (на 21-й день цикла). Содержание в сыворотке крови калия — 17,6 мг%, кальция — 9,7 мг% (19-й день цикла), холестерина — 134 мг%. Содержание общего белка крови — 7 г%, альбуминов — 4,5 г%; глобулинов — 2,5 г%.

Таким образом, данные приведенных биохимических исследований оказались в пределах нормы.

Для консультации больной были приглашены терапевт, невропатолог, окулист. Терапевт обнаружил сосудистую дистонию; невропатолог — эмоциональную лабильность, легкий тремор рук и век, стойкий красный разлитой дермографизм. На этом основании он поставил диагноз предменструального ангионевротического симптомокомплекса. Каких-либо патологических изменений органа зрения не было обнаружено.

Итак, при обследовании рядом специалистов у больной не было установлено ни психических, ни соматических заболеваний, при которых наблюдаются иногда периодические обострения заболевания во вторую фазу менструального цикла.

Получив все данные динамического обследования больной, мы решили проследить за ее состоянием в течение обеих фаз менструального цикла. При этом мы установили, что с 12-го дня цикла (с 16 ноября) у больной появились все болезненные явления, по поводу которых она обратилась в клинику: головная боль, резкая потливость, раздражительность, увеличение и болезненность молочных желез (за 6 дней до менструации), кожный зуд, чувство постоянной тошноты, увеличение метеоризма, боли в животе схваткообразного характера.

Одновременно с этими жалобами появились отеки лица, рук и ног. Вес тела во вторую фазу цикла (вплоть до менструаций) ежедневно нарастал от 100 г (в первые 4 дня) и до 250 г (в последующие 5 дней); общая прибавка в весе во второй половине цикла достигла 1400 г. Диурез в эти же дни стал отрицательным, с разницей в сутки от 300 до 800 мл. Проба Мак-Клюра и Олдрича (время исчезновения волдыря после внутрикожного введения в предплечье и голень 0,2 мл физио-

логического раствора) оказалась ускоренной до 15 мин (вместо нормальных 40—85 мин). Содержание К и Са в сыворотке крови на 19-й и 21-й дни цикла не изменилось. Количество хлоридов 18 ноября — 8 г (нормальное — 10—15 г). В эти же дни было отмечено более быстрое (через 1 сек) появление красного дермографизма и очень большая (до 40—45 мин) его длительность. В первую фазу менструального цикла красный дермографизм появлялся позднее — через 2—3—10 сек — и сохранялся только в течение 1½—5 мин. При диагностическом определении признака «зрачка» было обнаружено его появление на 10-й день цикла (12/XI), нарастание — до 12-го дня, а затем исчезновение — с 16-го дня. При определении базальной (ректальной) температуры установлено повышение ее во вторую фазу цикла до 37,4°.

Сразу же с появлением менструаций (с 26 до 28 ноября) самочувствие больной улучшилось; отеки стали уменьшаться. Диурез с 30 ноября стал положительным. Вес стал снижаться и 2 декабря пришел к исходному (61,2 кг).

Итак, в результате динамического наблюдения и повторных лабораторных обследований больной в стационаре мы убедились, что возникновение ее жалоб за 10 дней до очередных менструаций совпадает с объективно определяемыми отеками, отрицательным диурезом, нарастанием веса, некоторым уменьшением содержания хлоридов в моче.

После получения указанных дополнительных данных можно вернуться к вопросу о дифференциальном диагнозе заболевания. Мы уже говорили о том, что циклическое усиление болезненных симптомов может наблюдаться при некоторых психических и соматических заболеваниях. Однако проведенные с рядом специалистов консультации, а также данные биохимических исследований (определение содержания сахара и белков крови) позволяют уверенно отвергнуть наличие подобных заболеваний.

Не наблюдается ли подобная клиническая картина при некоторых гинекологических заболеваниях? Подобный клинический симптомокомплекс наблюдается у больных, страдающих альгоменореей. Кроме того, в литературе описана самостоятельная болезненная форма

такого заболевания под названием «предменструальный синдром». При дифференциальной диагностике этих болезненных состояний необходимо учесть следующее: альгоменорея часто исчезает после родов; болезненные же явления, связанные с так называемым предменструальным синдромом, возникают обычно после родов и аборт, что и наблюдалось у данной больной.

Альгоменорея возникает обычно лишь накануне или в день менструаций. У больной Д. все болезненные симптомы появляются значительно раньше — за 7—10 дней до менструаций. Наконец, при альгоменорее больных больше всего беспокоят резкие, судорожные боли внизу живота и в крестцово-поясничной области.

Итак, сопоставляя приведенное нами выше описание болезненных явлений у больной Д. и симптомы альгоменореи, мы можем сделать заключение, что они не аналогичны. Симптоматика, выявленная у больной Д., характерна для другого заболевания, так называемого предменструального синдрома.

Этот синдром как самостоятельная форма был впервые описан Франком еще в 1931 г. При этом заболевании больные жалуются на состояние глубокой депрессии или резкую раздражительность, головокружение, головные боли, бессонницу, ослабление памяти; у некоторых возникает психотическое состояние (появление «призраков»).

Объективно (как и у больной Д.) определяются отеки лица, рук, туловища, нагрубание молочных желез, метеоризм, олигурия. С наступлением менструаций состояние больных сразу же улучшается. Так, по данным сотрудника нашей кафедры М. Н. Кузнецовой, значительное улучшение общего состояния с первого же дня менструаций было отмечено у 24 из 30 больных.

При наиболее тяжелых формах предменструального синдрома все болезненные ощущения не исчезают с наступлением менструаций и продолжают беспокоить больных даже в течение нескольких дней после месячных.

По данным М. Н. Кузнецовой, у 6 (из 30) больных, страдавших предменструальным синдромом в течение многих лет (от 24 до 31 года), улучшение общего состояния наступало лишь с 8—10-го дня менструального цикла; наиболее тяжело предменструальный синдром

протекал у женщин, перенесших инфекционное заболевание.

Данные литературы о частоте предменструального синдрома крайне противоречивы. По данным одних авторов (Weinder, Fried), предменструальный синдром был обнаружен среди обследованных ими женщин в 36%; по данным других — частота этого синдрома достигает до 60 (Thorn, Stiglitz) и даже 85—95% (Gotte, Pannington). Эти резкие расхождения в определении частоты предменструального синдрома зависят, очевидно, от двух причин: различного определения понятия предменструального синдрома и неодинакового контингента обследованных женщин. Авторы, которые указывают на очень высокую частоту предменструального синдрома, относят к нему и женщин лишь с незначительными болезненными ощущениями во второй фазе менструального цикла. Большинство же авторов считает, что менструальное недомогание отмечается у каждой второй женщины. Однако лишь у 25% из них болезненные ощущения столь значительны, что их можно назвать предменструальным синдромом, подлежащим терапии.

Предложено несколько теорий происхождения предменструального синдрома: гормональная, аутоаллергическая (к собственным гормонам), интоксикационная, нейрогенная (нарушение функций вегетативной нервной системы), метаболическая (нарушение ферментативного и углеводного обмена).

Согласно гормональной теории синдром возникает вследствие нарушения соотношений между экскрецией эстрогенов и прогестерона (гиперэстрогении во вторую фазу цикла и недостаточности прогестерона или, наоборот, гипоэстрогении во вторую фазу цикла). Согласно этой теории повышение количества эстрогенов ведет к задержке Na, а затем и задержке жидкости в тканях и отекам.

Однако всестороннее исследование функции яичников у этих больных, проведенное М. Н. Кузнецовой, не позволяет сделать вывод о каких-либо типичных нарушениях функции яичников. При изучении натриево-калиевого обмена автор обнаружил низкое содержание калия в сыворотке; это позволяет говорить о возможном значении динамических колебаний содержания калия в механизме возникновения предменструального синдрома.

Ряд авторов объясняют возникновение синдрома аллергии к собственным гормонам; так, у ряда больных внутривенное введение чистых гормонов во второй фазе менструального цикла вызывает резко положительную реакцию. Наконец, предложены теории развития предменструального синдрома в связи с нарушениями функций вегетативной нервной системы (перераздражение симпатического отдела вегетативной нервной системы или, наоборот, ваготония), ферментативного обмена и обмена веществ (в особенности углеводного). Сторонники последней теории считают, что такие признаки болезни, как внезапно возникающее чувство резкого утомления, обморочное состояние, обуславливаются остро возникающей гипогликемией.

К сожалению, ни одна из этих теорий не может считаться достаточно обоснованной. Генез предменструального синдрома в настоящее время еще не достаточно изучен. Однако несомненно, что причину заболевания следует искать не в патологии половых желез, а в нарушениях регулирующей роли высших нервных центров. Клиническое течение заболевания, по нашим наблюдениям (М. Н. Кузнецова), весьма вариабельно — наблюдаются и более легкие, и крайне тяжелые формы. Вместе с тем, обращает на себя внимание весьма интересная особенность: с наступлением беременности все болезненные явления, как правило, исчезают (Gontel, М. Н. Кузнецова).

Переходя к вопросу о лечении подобных больных, мы вынуждены признать, что, к сожалению, не зная этиологии заболевания, мы не можем рекомендовать этиотропное лечение и ограничиваемся лишь симптоматическим. Несмотря на это, данные литературы и наши клинические наблюдения убедительно говорят об успешности комплексной терапии.

Больной было проведено следующее лечение: психотерапия в форме повторных бесед лечащего врача с целью снятия у больной страха перед кажущимся возникновением психического заболевания. Одновременно с этим для уменьшения чувства страха был назначен мепротан (аналог венгерского препарата андаксина) по одной таблетке (0,2 г) в день (за десять дней до очередной менструации); в течение трех дней, когда больная

стала отмечать болезненные ощущения, доза мепротана была увеличена (2 таблетки в день).

Для предотвращения болезненных ощущений, связанных с нарушением водно-солевого обмена, был назначен (также за 10 дней до менструации) хлористый аммоний (5% раствор по одной столовой ложке 3 раза в день). Вместо хлористого аммония можно рекомендовать также гипотиазид (нертутное диуретическое средство) — по 25 мг 2—3 раза в неделю. Для предотвращения гипокалиемии, которая наблюдается при предменструальном синдроме и при приеме диуретических средств, мы назначили больной (одновременно с диуретиками) ацетат калия (*Liquoris Kalii acetici* 20,0; *Aquae desillatae* 200,0 по 1 столовой ложке 3 раза в день).

Указанное выше лечение оказалось весьма эффективным: резко уменьшились все болезненные явления, которые возникали, как правило, за 10 дней перед менструацией, и больная буквально «оживала». До поступления в клинику она уже совсем потеряла надежду на возможность излечения или улучшения своего состояния. 30 декабря 1961 г., после 40-дневного пребывания в клинике, больная в удовлетворительном состоянии, бодрая и уверенная в успехе лечения, была выписана для дальнейшего амбулаторного наблюдения.

В течение последующего года было установлено, что систематическое лечение во вторую фазу менструального цикла по-прежнему дает хороший эффект.

Опыт нашей кафедры (М. Н. Кузнецова) говорит о том, что при нарушении функции яичников у больных с предменструальным синдромом показано и соответствующее гормональное лечение. Так, у больных с овulatoryными циклами и недостатком прогестерона во 2-й фазе целесообразно применять прогестерон (по 5—10 мг в день, за 8 дней до ожидаемого срока менструаций в течение 6 дней). При ановуляторном цикле и гипострогении показана циклическая гормонотерапия (эстрогены, прогестерон); при ановуляторном цикле с гиперэстрогенией — прогестерон во второй фазе цикла.

Схематически комплексное лечение больных с предменструальным синдромом может быть представлено следующим образом.



## Схема комплексного лечения при различных видах предменструального синдрома

Эмоциональное напряжение	Нарушение водно-солевого обмена	Нарушение функции яичников		
		овуляторный цикл с недостатком прогестерона	ановуляторный цикл	
			с гипострогией	с гиперстрогией
Психотерапия, начиная за 10—14 дней до ожидаемого срока менструации — андаксин (по 1—2 таблетке в день по 0,2 г) или френолон 0,5—1 драже в день — 2—5 мг	За 10—14 дней до ожидаемой менструации: 10% хлористый аммоний по 1 столовой ложке, 3 раза в день или гипотиазид по 25 мг 2—3 раза в неделю. Диуретики сочетать с препаратом калий-ацетат (по 1 г в день). Калийная диета, ограничения натрия	За 8 дней до ожидаемой менструации — прогестерон по 5—10 мг в течение 6 дней	Циклическая гормональная терапия	За 8 дней до менструации — прогестерон по 5—10 мг в течение 6 дней

Профилактика предменструального синдрома ввиду неясности его этиологии затруднительна. Принимая во внимание неблагоприятное значение нейроинфекций, необходимо, конечно, своевременное лечение такого распространенного заболевания, как грипп (после которого иногда возникает осложнения со стороны нервной системы), систематический контроль за проведением оздоровительных мероприятий среди детей и подростков, предотвращение чрезмерных психических потрясений.

Итак, мы познакомились с малоизвестным широкому кругу гинекологов клиническим симптомокомплексом, называемым предменструальным синдромом. Неправильная диагностика его, отсутствие соответствующего опыта у ряда врачей ведут к тому, что больные с предменструальным синдромом в течение длительного времени лечатся у разных врачей по поводу различных заболеваний, однако не получают необходимой в таких случаях терапии.

Между тем, из данного разбора мы могли убедиться в возможности правильного распознавания и эффективного комплексного лечения предменструального синдрома. Диагностика предменструального синдрома основывается на характерном симптомокомплексе: возникновении ряда указанных выше болезненных явлений во второй фазе менструального цикла. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать возможность циклического обострения ряда соматических и психических заболеваний у менструирующих женщин, а также альгоменореи. Прогноз заболевания при раннем его распознавании и систематическом лечении довольно благоприятен; в тяжелых же запущенных случаях лечение не всегда эффективно.

## Лекция VII

### ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ (PUBERTAS PRAECOX)

Девочка Ф., 4 лет, гречанка, была принята 12 июня 1961 г. в клинику гинекологии детского возраста НИИАГ МЗ СССР<sup>1</sup> по поводу неправильного ее полового развития. Данные анамнеза сообщены матерью.

**Анамнез.** Мать и отец девочки здоровы, живут в хороших материальных условиях. Отцу — 42 года, матери — 40 лет; мать в детстве болела корью и коклюшем, взрослой не болела. Замужем с 35 лет; была одна беременность, закончившаяся срочными родами. В первой половине беременности были рвоты, во второй — водянка беременных. Роды произошли в срок, но продолжались 30 ч из-за слабости родовой деятельности. Девочка родилась в асфиксии; мать не помнит, долго ли оживляли ее ребенка. При осмотре ребенка врачи обратили внимание на очень широкие роднички и мягкость костей черепа. Мать с девочкой были выписаны из родильного дома на 12-й день после родов.

**Развитие заболевания ребенка.** С первых месяцев жизни девочка отставала в развитии; она начала сидеть с 1½ лет, ходить — только с 3 лет; сейчас говорит только отдельные слова; речь дизартричная. Выполняет лишь элементарные инструкции. С января 1961 г. мать отметила у девочки быстрое увеличение молочных желез и появление темных волос на всем теле (пучками), особенно на лобке. Менструаций не было.

<sup>1</sup> Данная история болезни была любезно предоставлена нам Л. Г. Тумилович, за что мы выражаем ей благодарность.

**Общее обследование.** (рис. 4). Рост — 108 см. Вес — 25,6 кг. Череп большой, гидроцефальный. Питание повышенное. Мышечная сила хорошая. Пульс — 72 удара в минуту, ритмичный. Рот открыт, язык высунут; слюнотечение. Границы сердца нормальны. При аускультации и перкуссии сердца — отклонений от нормы не определяется. Со стороны легких патологических изменений не установлено.

При пальпации живота какой-либо опухоли не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание регулярны. Девочка пьет много.

**Психическое состояние.** Девочка двигательльно расторможена, постоянно хватается в руки яркие предметы, попадающие в поле ее зрения, например, телефонную трубку, изображая разговор по телефону; осмотру сопротивляется. Интеллектуальное развитие девочки выявить не удается: на вопросы не отвечает, произносит лишь отдельные слова на грузинском языке; развитие речи соответствует 1½—2 годам. Заключение психиатра: выраженная олигофрения с моторной недостаточностью.

**Электроэнцефалография.** В энцефалограмме, наряду с периодами нормальной активности с ритмом 6—7 кол/сек, наблюдаются периоды патологической активности с ритмом 2—3 кол/сек. Патологическая ритмика несколько преобладает в теменно-височной области



Рис. 4. Девочка Ф., 4 лет. Преждевременное половое созревание — церебральная форма (наблюдение Л. Г. Тумилович).

правого полушария, однако точную локализацию определить не удастся. Полученные данные свидетельствуют о патологии функции мозга.

**Рентгенография черепа.** На обзорном снимке черепа — умеренная открытая гидроцефалия. Турецкое седло овальной формы, обычных размеров с ровными контурами. Вход в седло нормальный.

**Рентгенография кисти.** На снимке лучезапястного сустава отклонений в сроках окостенения не обнаружено.

**Осмотр окулиста.** Передний отдел камеры глаза не изменен, среды прозрачны. Глазное дно — диски зрительных нервов розовые с четкими контурами, сосуды не изменены. Заключение: очаговых изменений нет.

**Анализ крови.** Нб 12,1 г%, эр. 4,3 млн., цветной показатель 0,85, л. 6400, э. 6, п. 3, с. 67, лимф. 24; РОЭ — 35 мм в час.

**Анализ мочи.** Моча мутная, реакция кислая. Удельный вес — 1023. Белка и сахара нет.

Для выяснения этиологии мозговых нарушений было проведено обследование на токсоплазмоз как матери, так и больного ребенка.

Реакция связывания комплемента с токсоплазменным антигеном (РСК) и внутрикожная аллергическая проба с токсоплазмином как у матери, так и у больного ребенка оказались отрицательными.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы выпуклые; прощупывается железистая ткань. Наружные половые органы развиты соответственно 10—12 годам; оволосение лобка скудное, по женскому типу; большие и малые губы развиты хорошо, слегка синюшные. Наружное отверстие уретры узкое, округлой формы. Девственная плева цела, с одним отверстием округлой формы.

При прямокишечном исследовании определяется матка, по величине соответствующая возрасту, подвижная; придатки не пальпируются.

*Вагнoскопия.* Слизистая влагалища сочная, розовая. Влагалищная часть шейки матки конической формы; наружный зев щелевидный; симптом зрачка ++.

*Цитология влагалищного мазка.* Ацидофильные клетки — 25%, базофильные — 25%, промежуточные клетки — 50%, много палочек Деделейна, единичные лейкоциты. Реакция — III—IV.

*Исследование мочи.* Содержание 17-кетостероидов в моче — 7,9 мг/24 ч. Суммарное содержание эстрогенов не превышало нормы для возраста ребенка.

Каков же диагноз заболевания у девочки?

Не представляет никаких затруднений распознать у нее преждевременное половое созревание, так как в возрасте 4-х лет у нее уже выражены вторичные половые признаки, развиты молочные железы, появилось оволосение на всем теле и в особенности на лобке. Развитие наружных половых органов также значительно опережает возраст девочки.

В литературе описаны единичные наблюдения еще более раннего полового созревания. Так, Plumb (1897) описал девочку, у которой уже при рождении были увеличенные молочные железы и гипертрихоз; с 6 недель у нее начались менструации. Willkins также наблюдал девочку с увеличенными молочными железами при рождении; с месячного возраста она начала регулярно менструировать. В отечественной литературе подобное наблюдение описано (1964) М. Я. Милославским, Л. С. Гушиной и Л. С. Маримьян: у девочки с первых же месяцев жизни начались регулярные менструальные выделения; с 13 месяцев после окончания кормления ребенка грудью они прекратились, но стали увеличиваться молочные железы, появилось оволосение на лобке. В 2 года и 7 месяцев — заметное оволосение на спине,

ягодицах, руках и бедрах; половые органы (и внутренние и наружные) развиты, как в 13—14 лет. При всестороннем обследовании девочки авторы пришли к выводу, что у девочки конституциональное сверхраннее половое созревание.

Однако для прогноза и терапии очень важно не только поставить диагноз преждевременного полового созревания, но и установить причину этой патологии.

Преждевременное половое созревание девочки может развиваться при: 1) опухолях яичников — гранулезоклеточной опухоли, или текомы, 2) при опухоли надпочечников, редко — при гиперплазии коры надпочечников, 3) так называемом «конституциональном типе» по Новаку, 4) при заболеваниях мозга (вентрикулярные кисты, опухоли серого бугра, водянка мозга, энцефалит).

При тщательном, всестороннем обследовании девочки мы не обнаружили никаких указаний на развитие опухоли яичников и, следовательно, не имеем оснований для диагноза гормонопродуцирующей опухоли (гранулезоклеточной, текомы) как причины ее преждевременного созревания.

При клиническом и гормональном исследовании (нормальный уровень выделения 17-кетостероидов) мы не обнаружили также каких-либо признаков опухоли или гиперплазии коры надпочечников. К тому же надо учитывать, что при гиперплазии коры надпочечников резко выражен вирилизирующий эффект (гирсутизм, гипертрофия клитора, мускулистость), но не признаки преждевременного полового созревания. Лишь крайне редко при гиперплазии коры надпочечников повышается выделение эстрогенов и развивается изосексуальный (врожденный, препубертатный или постпубертатный) аденогенитальный синдром.

Что касается так называемого идиопатического, или «конституционного раннего полового созревания» (Новак), то по Wilkins, в 80—90% случаев раннего полового созревания не удастся обнаружить какой-либо аномалии нервной системы или эндокринных желез. Однако необходимо учитывать, что раннее половое созревание может возникнуть и при незначительных поражениях центральной нервной системы или эндокринных желез. Поэтому только после всестороннего и тщательного обследования больной и наблюдения за ней в течение не менее 6—12

месяцев можно поставить диагноз идиопатического преждевременного полового созревания.

Мы не имеем никаких оснований для такого диагноза. При всестороннем обследовании девочки (клиническом, энцефалографическом, рентгенологическом) были выявлены значительные церебральные нарушения. Это — гидроцефалия, интеллектуальное недоразвитие, имбецильность и дизэнцефальные нарушения. Эти нарушения могли быть врожденными, так как, по словам матери больной, уже при рождении ребенка врачи обратили внимание на очень широкие роднички и мягкость костей черепа. Патологические роды, которые были длительными и обусловили возникновение внутриутробной асфикции, могли еще более ухудшить состояние ребенка. Осложнением этих родов могла быть внутричерепная травма с разлитыми мелкоточечными кровоизлияниями в вещество головного мозга.

Врожденная гидроцефалия и кровоизлияния в вещество мозга и обусловили вторичное нарушение функции гипоталамуса и гипофиза. Подобная патология высших центров, очевидно, и является причиной преждевременного полового созревания девочки.

Teter называет такую форму преждевременного полового созревания церебральной, точнее — гипоталамической (*pubertas praecox hypothalamica*). Отсутствие указаний на хиазмальный синдром (битемпоральное изменение поля зрения, простая атрофия зрительных нервов, понижение остроты зрения) позволяет нам исключить диагноз опухоли гипофиза и гипофизарной области.

О. Н. Соколова обнаружила этот синдром при опухолях гипофиза и гипофизарной области в 95% (на 280 наблюдений).

Для лечения больной мы, к сожалению, не располагаем пока никакими рациональными методами; оно может быть только симптоматическим.

После обследования в клинике 21 июня 1961 г. девочка выписана домой для симптоматического лечения. При дальнейшей переписке с родителями мы узнали, что состояние девочки (через  $1/2$  года) не улучшилось. С июля 1962 г., т. е. в возрасте 5 лет, у нее начались регулярные менструальноподобные кровянистые выделения; они появляются через 4 недели по 3—4 дня, не обильны. Подобное явление не характерно для цере-

бральной формы преждевременного полового созревания и чаще наблюдается при идиопатической форме.

К счастью, церебральная форма преждевременного созревания встречается нечасто.

В других случаях преждевременное созревание возникает в результате развития гранулезоклеточной опухоли яичников.

В качестве примера разберем следующее наблюдение.

Девочка И., 6 лет, была госпитализирована 3 февраля 1959 г. по поводу признаков преждевременного полового созревания.

**Анамнез.** Мать девочки И., 32 лет, рассказала, что она замужем с 23 лет; мужу — 34 года; оба они здоровы. В семье двое детей: старший — мальчик, 8 лет, и младшая — девочка, 6 лет. Беременность и роды проходили без осложнений. Сын развивается нормально. Девочка родилась весом 3,5 кг без осложнений. До 5 лет она развивалась нормально. В течение последнего года мать стала отмечать отклонения в развитии девочки. Вначале она обратила внимание на чрезмерное развитие молочных желез и наружных половых органов, появление скудного оволосения под мышками на лобке. В сентябре, ноябре 1958 г. и в январе (с 15 до 17 числа) 1959 г. у девочки были кровянистые выделения из влагалища, в умеренном количестве. Все эти особенности девочки и побудили мать обратиться за консультацией в кабинет гинекологии детского возраста.

**Общее обследование.** Выражение лица и поведение девочки соответствуют ее возрасту — 6 годам. Однако обращает на себя внимание значительное развитие молочных желез; форма их (рис. 5)



Рис. 5. Преждевременное половое созревание девочки 6 лет (слева). Гранулезоклеточная опухоль яичника (микроскопическое строение опухоли изображено справа).

полусферовидная; соски несколько пигментированы; секрет из молочных желез не выделяется. Умеренное отложение жировой клетчатки. Незначительная волосистость под мышками. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких — без отклонений от нормы. Живот умеренно выпячен в лобковой и левой паховой области, ввиду наличия опухоли, верхняя граница которой на 12 см выше лона.

Опухоль округлой формы, плотной консистенции, ограниченно подвижна; над опухолью тупой тон. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

*Гинекологическое исследование.* Наружные половые органы развиты, как у девочки 11—12 лет. На лобке скудное оволосение. Вход во влагалище узкий. Девственная плева розового цвета, с узким щелевидным отверстием. При вагиноскопии установлено, что длина влагалища — 9 см; слизистая его розового цвета. Шейка матки конической формы; зев точечный; симптом «зрачка» — +. При цитологическом исследовании влагалищного мазка — III реакция; при бактериоскопическом исследовании — I степень чистоты.

*Прямокишечное исследование.* Матка в антефлексии, длиною до 4 см, мягковата, отклонена вправо; справа придатки не пальпируются. Слева от матки, выходя за пределы малого таза, определяется плотная, с гладкой поверхностью опухоль 12×14 см, ограниченно подвижная.

Каков же диагноз у девочки И.? Имеется ли какая-нибудь связь признаков преждевременного полового созревания с наличием опухоли левого яичника или это лишь случайное совпадение? Уже при разборе первой больной мы говорили, что одной из причин преждевременного полового созревания может быть развитие гормонопродуцирующей опухоли — так называемой гранулезоклеточной опухоли. Основываясь на этом, мы считаем, что преждевременное половое созревание девочки обусловлено развитием такой опухоли. Итак, наш диагноз: гранулезоклеточная опухоль левого яичника. Единственным и эффективным способом лечения является удаление ее.

Мы рассказали матери больной причину преждевременного полового созревания ее ребенка и необходимость оперативного лечения; вместе с тем мы разъяснили, что удаление подобной опухоли должно повлечь за собой нормализацию развития девочки. Мать дала согласие на оперативное вмешательство.

10 февраля 1959 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена операция. Удалена опухоль яичника, весом 650 г. При гистологическом исследовании подтвержден диагноз гранулезоклеточной опухоли<sup>1</sup>; правый яичник без изменений. Послеоперационный период прошел без осложнений. 25 февраля девочка выписана для поликлинического наблюдения. При повторных осмотрах через 2, 4, 6, 12 месяцев установлено, что менструально-

<sup>1</sup> Подробнее о подобных опухолях см. в XV лекции.



подобные кровянистые выделения не повторялись; молочные железы начинают уменьшаться так же, как и наружные половые органы и матка. Рекомендовано дальнейшее наблюдение.

Итак, в данной лекции мы познакомились с клиническими особенностями преждевременного полового созревания девочек в 2 различных его вариантах.

В первом разобранным нами наблюдении причиной подобного нарушения была церебральная патология; в подобных случаях прогноз неблагоприятен, во втором — результаты терапии весьма эффективны, так как удаление гормоно-продуцирующей опухоли ведет к регрессу клинических проявлений преждевременного полового созревания.

Ознакомившись с этой патологией, мы приходим к заключению, как важна осведомленность родителей о физиологии развития детей и своевременность обращения к врачам, когда выявляются признаки необычно раннего полового созревания.

## Лекция VIII

### ПОЗДНЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ (PUBERTAS TARDA)

Эта лекция (как и следующая) посвящена разбору сложной патологии женского организма — позднего полового созревания. Причины его разнообразны. В этих лекциях мы рассмотрим 3 подобных больных; у каждой из них особый генез заболевания, своеобразна клиническая картина и различны методы терапии и прогноз.

В первой лекции мы рассмотрим больную, которой был поставлен следующий диагноз: микседема, позднее половое созревание, аменорея (Muxoedema. Pubertas tarda. Amenorrhoea).

Больная Д., 19 лет, поступила 20 января 1963 г. в гинекологическую клинику по поводу аменореи и ожирения.

**Анамнез.** Родители больной здоровы; отцу — 43 года, матери 39 лет. У матери были одни роды и 2 искусственных аборта. Беременность и роды протекали без осложнений. Девочка родилась весом 3,4 кг; до 9 лет развивалась нормально, в дальнейшем отме-

чалось несколько запоздалое психическое развитие. В возрасте 12—16 лет плохо развивались вторичные половые признаки (оволосение, молочные железы), появилось ожирение. Девочке трудно было учиться, в связи с чем она закончила лишь 5 классов.

Менструаций до настоящего времени нет; половой жизнью не живет. Жалуется на чувство слабости и утомления после незначительного физического напряжения, зябкость.

**Общее обследование.** Больная небольшого роста (142 см), но вес ее — 78 кг. Нижние и верхние конечности несколько короче обычных. Лицо огрубевшее, с чертами кретинизма; веки отечные, уплотненные; глазные щели сужены. Волосы на голове редкие, ломкие; в подмышечных впадинах — скудные. Губы толстые, широкие, бледные; голос низкий, несколько хриплый. Язык толстый, мясистый. Шея короткая, толстая. Щитовидная железа не увеличена. Кожа сухая, шелушится. Ногти на пальцах рук и ног тонкие, ломкие, с поперечной исчерченностью. При аускультации сердца — глухие тоны; границы его не расширены. Артериальное давление — 95/75 мм. Со стороны легких патологических изменений не отмечено. Живот несколько вздут; метеоризм, запоры.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы плоские, плохо развиты. Скудное оволосение на лобке, лонный угол острый. Половые губы гипопластичны, бледной окраски. Девственная плева имеет 2 узких отверстия, округлой формы.

**Прямокишечное исследование.** Матка в гиперантефлексии, небольшая, плотная, подвижная; шейка ее конической формы; придатки матки не пальпируются.

Цитологическое исследование влагалищного мазка — I реакция.

**Клинический анализ крови и мочи** — без отклонений от нормы. Сахара в крови — 92 мг%; холестерина — 400 мг (на 100 мл плазмы крови). Основной обмен резко снижен (на 20%). Содержание 17-кетостероидов в моче — 8 мг/24 ч.

При рентгенологическом исследовании костного скелета, турецкого седла, а также при офтальмоскопическом исследовании патологических изменений не обнаружено.

Итак, всестороннее обследование больной выявило ряд серьезных нарушений как общего развития, так и половой системы. В чем же причина этих нарушений, каков их патогенез? Каков диагноз заболевания?

Среди общих причин, тормозящих развитие ребенка, наибольшее значение могут иметь: неблагоприятные материально-бытовые условия, недостаточное или нерациональное питание, чрезмерный, непосильный труд в детстве, туберкулез, инфекционные заболевания, авитаминозы, сахарный диабет.

Анализируя данные анамнеза и объективного исследования, мы не имели оснований для вывода, что один из перечисленных выше факторов является причиной нарушения развития девочки.

В ряде случаев нарушение развития ребенка возникает еще в периоде его внутриутробного развития. Однако мы уже указали раньше, что беременность и роды у матери больной проходили без осложнений; кроме того, данные анамнеза говорят о нормальном развитии девочки до 9 лет. Таким образом, следует считать, что заболевание возникло не в периоде ее внутриутробного развития, а в раннем школьном возрасте.

Непосредственные причины, ведущие к задержке развития ребенка, можно разделить на 4 группы:

1) заболевания гипоталамуса (опухоли, кисты, врожденные дефекты);

2) гипофизарная недостаточность (в сочетании с нанизмом); специфическая гонадотропная недостаточность (гипофизарный евнухоидизм);

3) первичные нарушения развития половых желез, так называемый гонадальный дисгенез (аплазия, остановка роста, гипоплазия);

4) заболевания щитовидной железы, надпочечников.

Есть ли у больной клинические признаки заболевания, возникших при поражении гипоталамо-гипофизарной области или при первичном поражении половых желез? Нет, таких клинических симптомов мы не обнаружили. Так, при болезни Иценко—Кушинга, обусловленной нарушениями в гипоталамо-гипофизарной области, наблюдаются: вирильный гипертрихоз, ожирение туловища и лица при тонких конечностях, багровые полосы на животе, остеопороз в грудной или шейной части позвоночника, часто эритропения.

При гипофизарном нанизме больные пропорционально карликового роста. При акромегалии, обусловленной гиперплазией (аденомой) эозинофильных клеток гипофиза, отмечается усиленный рост носа, подбородка, ушей, расхождение зубов, чрезмерная длина (по отношению к туловищу) конечностей, головные боли, нарушения зрения.

При опухолях, кистах гипоталамуса, гипофиза весьма характерны изменения глазного дна и зрения.

Для евнухоидного типа характерен внешний вид больной — худая, высокого роста (гигантоидный тип) или полная, высокого, чаще нормального роста (липодистрофический тип).

У больных с первичным поражением яичников (третья группа) часто наблюдаются симптомы недостаточности их — раздражительность, приливы, потливость, головные боли, снижение памяти.

Приведенные выше подробные данные анамнеза и объективного исследования больной не дают никаких оснований для диагноза подобного поражения.

Нарушение развития женского организма может быть обусловлено поражением надпочечников (гиперплазия коры их) или щитовидной железы. В лекции об адено-генитальном синдроме (лекция X) мы подробно рассмотрим клинику этого заболевания. Общий вид больной, а также данные ее обследования не дают никаких оснований для постановки диагноза адено-генитального синдрома.

Нарушение психического развития, черты кретинизма, одутловатость лица, узкие глазные щели, ожирение, значительное снижение основного обмена — характерные признаки тяжелой стадии гипотиреоза-микседемы.

Таким образом, на основании всестороннего обследования и дифференциации с другими заболеваниями мы приходим к диагнозу микседемы. Позднее половое развитие, половой инфантилизм и аменорея являются вторичными.

Исходя из этого диагноза, мы перейдем теперь к обсуждению вопросов терапии прогноза заболевания.

При выборе терапии мы должны прежде всего учитывать основное страдание, т. е. гипотиреоз. Применение терапии половыми гормонами в настоящее время нельзя признать рациональным; до излечения (или хотя бы улучшения) гипотиреоза нельзя рассчитывать на эффективность стероидной терапии. В качестве лечебного препарата целесообразно применять тиреоидин — вначале по 0,02 2 раза в день; если улучшения не будет, то постепенно увеличивать дозу через каждые 4—5 дней (0,025—3 раза, 0,05 — 2 раза, 0,05 — 3 раза); в дальнейшем остановиться на тех дозах, которые устраняют основные симптомы заболевания. Лечение следует проводить систематически, под постоянным наблюдением эндокринолога. В процессе лечения доза тиреоидина может изменяться в зависимости от клинического течения и данных повторных лабораторных исследований. Так, при недостаточной дозе тиреоидина уровень холестерина

в крови повышается выше нормы. При передозировке препарата больная становится возбужденной, появляется тахикардия, чувство дрожи. Появление рвоты, поноса, болей в животе говорит об опасности интоксикации вследствие чрезмерной передозировки тиреоидина и требует немедленной отмены препарата.

При значительном улучшении симптомов гипотиреоза возможно самостоятельное возникновение менструальной функции. Если же, несмотря на улучшение общего состояния больной, после лечения тиреоидином менструации не появятся, то целесообразно провести систематическое лечение половыми гормонами (вначале эстрогенами, а затем эстрогенами и прогестероном).

О прогнозе заболевания в настоящее время судить трудно, так как больная в течение ряда лет не лечилась. Однако и в подобных случаях наблюдается у ряда больных благоприятный эффект. Возможность становления менструальной функции находится в тесной связи с течением основного заболевания.

## Лекция IX

### ПОЗДНЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ (PUBERTAS TARDA)

Во второй лекции на тему о позднем половом созревании мы изучим двух больных, заболевания которых близки по этиологии и патогенезу, но различны по глубине поражения и прогнозу.

**Позднее половое созревание. Евнухизм. Общий инфантилизм. Аменорея.** (Pubertas tarda. Eunuchismus. Infantilismus universalis. Amenorrhoea).

Больная В., 23 лет, поступила в гинекологическую клинику 26 ноября 1962 г. по поводу аменореи, сердцебиений, головных болей, чувства «приливов жара» по 5—6 раз в день.

**Анамнез.** До 16 лет жила в тяжелых материально-бытовых условиях; в дальнейшем эти условия были удовлетворительными. Родители больной здоровы; отцу — 58 лет, матери — 50. В семье двое детей. Брат, 26 лет, здоров, женат; имеет одного ребенка.

Во время первой и второй беременности мать не болела; роды протекали нормально.

В детстве болела туберкулезом легких, ангиной, корью, скарлатиной, дизентерией, трехдневной малярией. При обследовании в диспансере в возрасте 20 лет активного туберкулезного процесса легких не обнаружено.

**Менструальная функция.** Менструаций до настоящего времени нет. Больная не отмечает и так называемых *molimina menstrualia*, т. е. периодического (через 3—4 недели) появления чувства тяжести, болей внизу живота, напряжения молочных желез.

**Половая жизнь** с 20 лет; мужу — 23 года, здоров. У больной выражено половое влечение. Однако она редко испытывает удовлетворение при половой жизни. Беременности не было, хотя супруги не принимают мер предохранения.

**Общее обследование.** Больная высокого роста (181 см), пониженного питания, вес — 61,8 кг. Телосложение мужского типа (рис. 6). Оволосение в подмышечных впадинах скудное. Щитовидная железа не увеличена. Пульс — 80 ударов в минуту; артериальное давление — 105/50 мм рт. ст. Тоны сердца чистые; границы его нормальные. В легких — везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул нерегулярный, через 2—3 дня.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы плохо развиты, плоские.

На лобке и наружных половых органах оволосение скудное. Наружные половые органы гипопластичны. Размеры таза: 23, 25, 27, 18,5 см; лонный угол острый. Вход во влагалище узкий. Со стороны уретры и больших вестибуляр-

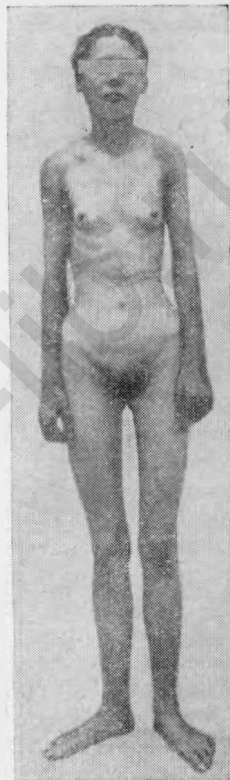


Рис. 6. Позднее половое созревание  
Внухизм. Общий инфантилизм.

ных желез патологических изменений не определяется. Осмотр с помощью зеркала: влагалище узкое, влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, массивная; наружный маточный зев точечный. Матка в аптеверсии, плотной консистенции, подвижная; тело матки небольшое, по длине короче, чем шейка; придатки матки не пальпируются. Симптом «зрачка» отрицательный.

При цитологическом исследовании содержимого влагалища определена — I реакция; при бактериоскопическом исследовании — II степень чистоты.

Принимая во внимание, что задержка полового развития может иметь и центральный (гипоталамо-гипофизарный) и периферический

генез (нарушение развития половых желез), а также зависеть от заболевания других эндокринных желез, мы произвели более углубленное обследование больной.

При рентгеновском обследовании лучезапястного, коленного сустава и турецкого седла, а также при офтальмоскопии не было обнаружено патологических изменений (остеопороза или других нарушений окостенения, изменений глазного дна, полей зрения); установлена миопия — 3 D.

При консультации невропатолога не установлено органических изменений ни центральной, ни периферической нервной системы. При рентгенографии обнаружены пептрификаты в корнях обоих легких.

Уровень сахара в крови — 80 мг%. При функциональной сахарной пробе (50 г глюкозы) получена нормальная кривая: через 30 мин — 102 мг%, через 1 ч — 68 мг%, через 1 ч 30 мин — 84 мг%, через 2 ч — 69 мг%, через 2 ч 30 мин — 69 мг%.

Принимая во внимание, что больная в детстве перенесла туберкулез, а сейчас страдает бесплодием, мы с целью исключения туберкулеза половых органов произвели метросальпингографию и диагностическое выскабливание слизистой матки. Установлено, что длина полости матки — 4 см; полость не деформирована; маточные трубы проходимы<sup>1</sup>. При гистологическом исследовании слизистой матки установлена атрофия ее.

После всестороннего обследования больной перейдем к обсуждению вопроса о причине и характере ее заболевания.

Прежде всего необходимо обратить внимание на особенности ее развития в детстве. Как указывалось выше, до 16 лет она жила в крайне неблагоприятных материально-бытовых условиях, и, кроме того, перенесла в детстве туберкулез и ряд других инфекций. Следует считать, что эти неблагоприятные моменты явились основными этиологическими факторами нарушения развития больной. Чрезмерный ее рост (181 см) может быть обусловлен нарушением координации функций эндокринных желез — относительным избытком соматотропного гормона гипофиза вследствие недостаточности кортикоидов, гонадотропинов или стероидных гормонов, тормозящих секрецию соматотропного гормона.

Однако, сопоставив все данные обследования больной, мы имеем основания исключить органические заболевания нервной системы и гипоталамо-гипофизарной области.

С другой стороны, неблагоприятные условия и инфекционные заболевания в детстве вызвали резкое тормо-

<sup>1</sup> Подробнее о данных метросальпингографии при туберкулезе труб см. в лекции XXIX, посвященной туберкулезу придатков матки.

жение развития матки и половых желез у больной. О задержке развития половых желез со значительной их гипофункцией говорят: I реакция при цитологическом исследовании, отсутствие *molimina menstrualia* и аменорея (первичная) в возрасте 23 лет.

Приведем в связи с этим более подробное определение понятий «фетальная», «инфантильная» и «гипопластическая» матка (рис. 7).

Термином «фетальная матка» («детская матка») определяют такую, редко встречающуюся патологию



Рис. 7.

*a* — Фетальная матка; *б* — инфантильная матка; *в* — гипопластическая матка; *г* — нормальная матка нерожавшей женщины; *д* — матка рожавшей женщины.

развития матки, при которой она сохраняет особенности, характерные для последних месяцев внутриутробного развития: массивная шейка длиннее, чем тело матки. «Инфантильной» называют матку, у которой шейка конической формы и несколько длиннее, чем тело ее; при этом инфантильная матка часто находится в положении гиперантефлексии. Термином «гипоплазия матки» определяют такое нарушение ее развития, при котором вся матка (и тело, и шейка) равномерно уменьшена по сравнению со средними ее размерами у взрослой женщины, при этом соотношение между длиной тела матки и длиной шейки такое же, как и у половозрелой женщины.

Крайне неблагоприятные условия в детстве наиболее резко отразились на развитии половых желез больной. В связи с этим и диагноз можно сформулировать так: позднее половое созревание, общий инфантилизм, аменорея (*pubertas tarda, infantilismus universalis, amenorrhoea*). Принимая во внимание первостепенное значение поражения яичников у больной, гигантоидный рост



и крайнее отставание в развитии вторичных половых признаков, ряд авторов определяет подобное нарушение развития как евнухизм.

Перейдем теперь к вопросу терапии. Учитывая общее недоразвитие организма, мы должны рекомендовать прежде всего оздоровительные мероприятия: рациональное питание (с обязательным приемом витаминов С и Е), регуляцию функции кишечника, правильный режим труда и отдыха, прогулки на свежем воздухе, физическую культуру, плавание, прогулки на лыжах, езду на коньках. Что касается лечения половыми стероидными гормонами, то сначала необходимо провести длительное лечение одними эстрогенами. Они вызывают развитие половых признаков, обуславливают рост мелких и средних фолликулов в яичниках, останавливают чрезмерный рост тела (при гигантоидной форме, как у больной В.).

Итак, назначим больной диэтилстильбэстрол по 2 мг через день (10 инъекций внутримышечных за 20 дней), затем перерыв на 10 дней, а также тиреоидин по 0,02 и фолиевую кислоту по 20 мг ежедневно в те же дни, что и эстрогены.

Больной проведено лечение в течение месяца. Самочувствие ее улучшилось: значительно уменьшились «приливы жара», головные боли. При гинекологическом исследовании 25 декабря отмечено некоторое размягчение матки, но размеры ее не изменились.

Базальная температура (при измерении в течение месяца) однофазная.

30 декабря 1962 г. больная выписана для дальнейшего лечения эстрогенами.

При осмотре больной в феврале и апреле 1963 г. установлено: самочувствие лучше, головных болей и приливов не отмечает; матка несколько больше (длина ее 5 см) и мягче; *polimina menstrualia* отсутствуют. Несколько увеличались молочные железы. Рекомендовано продолжить лечение эстрогенами до 12 месяцев.

При развитии вторичных половых признаков, появлении *polimina menstrualia* или менструальноподобных выделений рекомендована циклическая гормональная терапия (эстрогенами и прогестероном).

Прогноз лечения в отношении улучшения общего состояния и развития вторичных половых признаков мож-

но считать благоприятным; что касается установления нормальных менструаций и тем более, генеративной функции, то прогноз неблагоприятен. Подобное заключение основано на том, что больная длительное время не лечилась, несмотря на значительное нарушение своего развития.

Перейдем теперь к разбору второй больной, у которой также позднее половое созревание, но меньше глубина поражения и более благоприятные результаты лечения и прогноз.

**Позднее половое созревание. Общий инфантилизм. Аменорея** (Pubertas tarda. Infantilismus universalis. Amenorrhoea).

Больная Б., 22 лет, поступила в гинекологическую клинику 3 января 1963 г. по поводу аменореи, головных болей, потливости, сердцебиений, приливов жара.

**Анамнез.** Родители больной здоровы. Отцу — 45 лет, матери — 43 года; в семье двое детей. Беременность у матери протекала без осложнений. Сестре больной — 24 года, она замужем, имеет ребенка 2 лет.

Б. многократно болела в детстве: перенесла корь, скарлатину, пиелит, паратиф, инфекционный паротит. В возрасте от 10 до 17 лет повторно болела ангиной в тяжелой форме. Условия жизни в детстве и в настоящее время удовлетворительные. Менструации начались с 19 лет; половой жизнью не живет.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с 17 лет, когда появились приливы, потливость, сердцебиение. Первые менструации появились в 19 лет после лечения диэтилстильбестролом; второй и третий раз менструации пришли через 3 и 4 месяца. Затем в течение года менструаций не было. На 21-м году жизни в течение 3 месяцев (с января по март) лечилась диэтилстильбестролом и прогестероном; в это время через 3—4 недели появились менструальноподобные кровянистые выделения, продолжавшиеся по 4—5 дней в небольшом количестве, безболезненные. В период гормонального лечения приливы жара, потливость, сердцебиение значительно уменьшились. Однако после окончания лечения вновь прекратились менструальноподобные кровянистые выделения (6 месяцев тому назад) и возобновились боли.

**Общее обследование.** Общее состояние больной удовлетворительное. Рост — 168 см, вес — 54 кг. Пульс — 72 удара в минуту. Артериальное давление — 100/70 мм. Телосложение правильное с плохо выраженными особенностями женского типа. В подмышечных впадинах скудное оволосение; щитовидная железа не увеличена. Границы легких и сердца нормальные; дыхание везикулярное; тоны сердца чистые. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее неболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Стул твердый, нерегулярно, через 2—3 дня.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы слабо развиты.

Скудное оволосение на лобке, по женскому типу. Большие и малые губы гипопластичны; девственная плева с узким щелевидным

отверстием. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических отклонений не отмечается. Таз — 23, 25, 27, 18 см. Лонный угол острый (рис. 8). Поясничный ромб (Михаэлиса) правильный, но уменьшен во всех размерах.

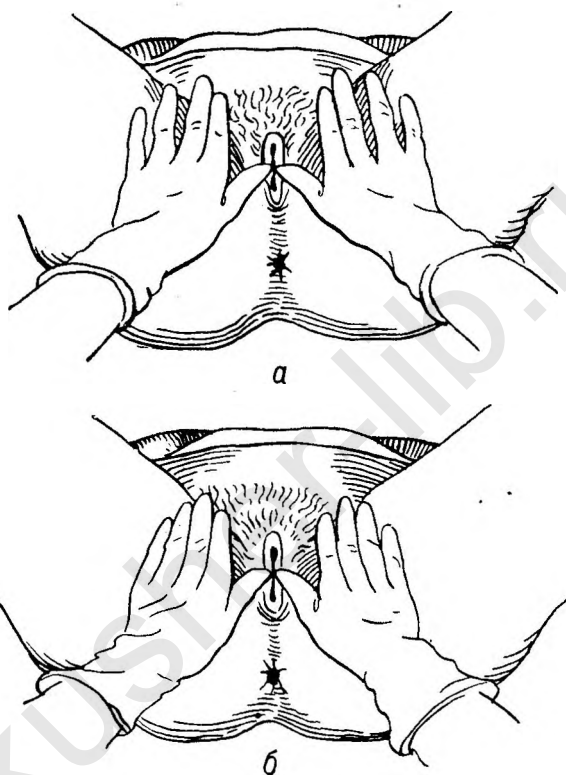


Рис. 8. Определение подлобкового угла.

*a* — угол около  $90^\circ$ ; *b* — угол меньше  $90^\circ$ .

*Прямокишечное исследование.* Матка маленькая, подвижная, в гиперантефлексии, влагалищная часть шейки матки конической формы, длиннее тела матки. Придатки матки не пальпируются. Цитология влагалищного мазка — II реакция.

Как мы указывали при разборе предыдущей больной, отставание полового развития может возникнуть как при поражении высших отделов центральной нервной системы, гипоталамуса и гипофиза, так и при поражении периферических эндокринных желез — щитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников, половых желез. В связи с этим, для того, чтобы разобраться в генезе

заболевания Б., необходимо произвести ряд специальных исследований: клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи, рентгенография турецкого седла и костей скелета, офтальмоскопия. При этих исследованиях получены следующие данные.

*Анализ крови.* Hb 11,5 г%, эр. 4,2 млн., цветной показатель 0,82, л. 6000, баз. нет, э. 6%, п. 4%, с. 47%, лимф. 39%, мон. 4%; РОЭ — 13 мм в час. Содержание сахара в крови — 80 мг%, холестерина — 172 мг%.

*Анализ мочи.* Количество — 50 мл. Прозрачность полная. Цвет — соломенно-желтый. Реакция кислая. Удельный вес — 1025. Белка, сахара нет. Микроскопия осадка: единичные клетки плоского эпителия. Лейкоциты — 1—2 в поле зрения; цилиндров нет.

*Рентгенография турецкого седла:* форма седла овоидная, контуры четкие, ровные. Спинка седла отклонена назад; вход в седло широко открыт.

При рентгенографии левого лучезапястного сустава левой кисти и левой стопы — патологических изменений костей не обнаружено.

*Рентгенография грудной клетки.* В левом легком у корня маленький обызвествленный очаг Гона. В корне того же легкого петрификаты.

*Консультация окулиста.* Патологических изменений со стороны органа зрения не установлено.

Перейдем к разбору вопроса об этиологии, патогенезе и диагнозе заболевания и наметим лечение.

При обсуждении вопроса об этиологии заболевания необходимо учесть, что Б. родилась в 1941 г. и, следовательно, ее раннее детство прошло в суровые годы Великой Отечественной войны.

К счастью для нашей больной, она не испытала в это время тяжелых лишений и росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Однако необходимо учитывать, что в детском возрасте она перенесла свинку, паратиф, повторно болела ангиной в тяжелой форме. Эти заболевания могли серьезно отразиться на здоровье девочки и затормозить ее развитие. Так, исследования ряда авторов показали, что при заболевании свинкой наблюдаются метастатические дегенеративные изменения в яичниках. К. К. Скробанский (1901), изучив гистологические особенности яичников девочек, погибших в возрасте от 1 до 12 лет от скарлатины, дифтерии, брюшного тифа, туберкулеза, обнаружил гибель примордиальных, созревающих и зреющих фолликулов. Е. Ф. Беляева и С. А. Александрова при аутопсии детей, погибших от острых инфекций, также находили дегенеративные изменения фолликулярного аппарата яичников. Конечно, необходимо учесть, что эти исследования были проведены

давно (40 лет тому назад) и что в настоящее время клиническое течение ряда инфекций стало более легким. Так, сотрудник кафедры Ю. Ф. Борисова, обследовав (1960—1962) 1060 школьниц в возрасте 12—18 лет, не обнаружила неблагоприятного влияния острых детских инфекций ни на половое развитие, ни на менструальную функцию детей. Подобные благоприятные результаты следует объяснить ранней диагностикой заболеваний и успехами современной терапии детских инфекционных заболеваний.

Однако больная перенесла ряд инфекционных заболеваний 25 лет тому назад, когда мы не имели еще таких больших успехов в борьбе с детскими инфекционными заболеваниями, как в последние годы. Все это приводит нас к выводу, что основным этиологическим фактором позднего полового созревания больной являются инфекционные заболевания, перенесенные в детстве.

Теперь нам следует разобрать патогенез этих нарушений развития. Пострадали ли при инфекциях высшие отделы нервной системы или периферические органы — половые железы?

Данные анамнеза, клинического, рентгенографического и офтальмологического исследований позволяют исключить такие заболевания, как опухоли, кисты, воспалительные процессы гипоталамо-гипофизарной области.

У больной мы не обнаружили также никаких признаков болезни Иценко—Кушинга (лунообразное лицо, полосы растяжения на животе и бедрах, своеобразное отложение жировой клетчатки, остеопороз), а также сахарного диабета, гипотиреоза, нарушений функции надпочечников. Вместе с тем, в клинической картине заболевания преобладают симптомы гипоовариизма: аменорея, приливы жара, сердцебиение. Необходимо также учесть, что больная перенесла в детстве свинку, которая может осложниться метастатическим поражением яичников, с дегенеративными изменениями в них.

Итак, мы имеем основания диагностировать у больной следующее заболевание: позднее половое созревание, общий инфантилизм с преимущественным гипоовариизмом, аменорея.

Какое же лечение рекомендовать больной и каков прогноз ее заболевания?

Принимая во внимание ряд общих нарушений (приливы жара, потливость, сердцебиение), сочетающихся с нарушениями менструальной функции, необходимо провести комбинированное лечение. Для этого назначили следующий комплекс:

1. Шейно-лицевая ионогальванизация (по Г. А. Келлат) с 2% раствором *Natrii bromati* (2 ма 8—12') — 10 сеансов (через день).

2. Диатермия (абдомино-сакральными электродами) (1—1,5 а по 15—25 мин) — 15 сеансов ежедневно.

3. Витамин С — по 0,3×3, витамин В<sub>1</sub> — 5% — 1 мл (в течение месяца) внутримышечно через 1 день 15 раз;

4. Эстрадиол-дипропионат.

Rp. *Oestradioli dipropionici* 0,1% — 1,0

D. t. d. N 6 in ampullis

S. 2 раза в неделю внутримышечно (5 раз).

5. Прогестерон по 5 мг 6 раз с 12 по 16-й день цикла, по 10 мг — с 22-го дня цикла в течение 6 дней.

Одновременно решено ежедневно определять базальную (ректальную) температуру и повторно производить исследование цитологии влагалищных мазков (для контроля за эффективностью лечения).

Во время вышеуказанного комбинированного лечения больная отметила постепенное уменьшение приливов, потливости и сердцебиений. Реакция влагалищного мазка при 5-кратном ее исследовании (за 35 дней лечения в клинике) вначале была II; к концу лечения стала III. Базальная температура монофазная; менструальноподобных выделений из влагалища не отмечалось.

7 февраля 1963 г. больная выписана из клиники для продолжения амбулаторного циклического гормонального лечения: рекомендовано продолжать исследование базальной температуры; повторить через месяц курс шейно-лицевого гальванофореза с бромом.

При повторном осмотре больной через 3 месяца было установлено следующее: больная выполняла наши назначения, самочувствие удовлетворительное.

В марте и в апреле 1963 г. (с промежутком в 30 дней) были незначительные кровянистые выделения по 3 дня, безболезненные. Базальная температура в апреле была, наконец, двухфазной.

При гинекологическом исследовании отмечено некоторое увеличение и размягчение матки; симптом зрачка ++.

Теперь, располагая данными всестороннего обследования, систематического лечения и 5-месячного наблюдения больной, мы можем поставить прогноз заболевания — он благоприятен. Мы наблюдали улучшение общего состояния больной и появление (при систематическом циклическом лечении) более или менее регулярных менструальноподобных кровянистых выделений. Обнаружение (в апреле месяце) двухфазной базальной температуры говорит о нормальном менструальном цикле и возможности не только установления менструальной функции, но и наступления беременности.

Итак, резюмируем нашу вторую лекцию о позднем половом созревании. Разобрав весьма детально на основе тщательного анализа данных анамнеза и объективного исследования 2 больных, мы убедились в огромном значении роли условий жизни и повторных тяжелых инфекционных заболеваний (если лечение их производилось нерационально или недостаточно активно).

Второй вывод из нашей лекции — необходимость раннего распознавания и рационального лечения детей с признаками задержки общего и полового развития. При выборе методов лечения необходимо помнить, что в юношеском возрасте вполне достаточно проведения общеоздоровительных мероприятий; применение терапии стероидными половыми гормонами обосновано лишь в том случае, когда общеукрепляющие мероприятия не дают положительного результата.

## Лекция X

### ВРОЖДЕННЫЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

(SYNDROMUM ADRENOGENITALE CONGENITUM)

Мать ребенка К., 13 лет, обратилась 2 декабря 1960 г. в кабинет гинекологии детского возраста НИИАГ по поводу неправильностей развития ее ребенка. Эти особенности, по словам матери, выражались в быстром росте ребенка, чрезмерном оволосении лица, бедер, лобка и неправильном развитии наружных половых органов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Материалы этого наблюдения любезно предоставлены нам Л. Г. Тумилович, за что мы выражаем ей благодарность.

**Анамнез.** Мать во время беременности этим ребенком не болела; двое ее детей (мальчик и девочка) развиваются нормально.

К. родилась в срок, вес при рождении — 3,6 кг. Сразу же после рождения врачами было отмечено неправильное строение наружных половых органов новорожденного. Ребенок был зарегистрирован как девочка. С 6 лет появилось оволосение на лобке, с 7 лет — в подмышечных впадинах, с 8 — гипертрихоз бедер, с 10 лет — волосы на лице. Мочиспускание и дефекация без затруднений. Мать отметила также, что начиная с трех лет ребенок начал очень быстро расти и стал значительно выше своих сверстников; однако к 11 годам дальнейший рост ребенка замедлился. С 8 лет значительно увеличился клингор; с этого же времени голос стал более низким и грубым.

Ребенок любил играть в куклы, как девочка. После начала учебы в школе ребенок стал замкнутым, стесняется своего чрезмерного оволосения и большого роста (по сравнению со сверстниками).

Рис. 9. Девочка К., 13 лет. Аденогенитальный синдром.

а — до лечения, б — после лечения (наблюдение Л. Г. Тушлович).



**Перенесенные заболевания.** Корь, скарлатина, повторная ангина. Менструации еще не появлялись.

**Общее обследование.** Телосложение ребенка мужского типа, выраженная мускулатура; выглядит значительно старше своих лет. Рост — 152 см, вес — 48 кг. На лице видны усы, бакенбарды (рис. 9); угрей на лице много.

При осмотре зева обращают на себя внимание разрыхленные, увеличенные миндалины. Со стороны внутренних органов патологических изменений не отмечено. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы развиты плохо, почти не выступают над грудной клеткой. Значительное оволосение по мужскому типу наружных половых органов. Обращает на



себя внимание гипертрофированный, длиной до 4 см клитор (рис. 10). Сбоку и сзади от него две маловыступающие кожные складки, как бы атрофированные большие половые губы; кнутри от них плохо выраженные, 2 тонкие складки, как бы едва развитые малые половые губы. При поднятии клитора, ниже его основания, видна узкая щель. При разведении краев этой щели открывается углубление. Однако ни наружного отверстия уретры, ни верхнего купола этого углубления увидеть не удается.

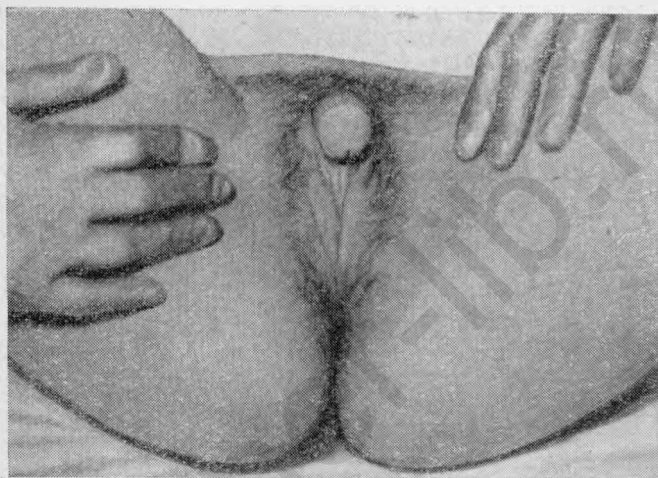


Рис. 10. Строение наружных половых органов девочки К., 13 лет.

При вагиноскопии (с помощью уретроскопа диаметром 12 мм) установлено, что он идет свободно в эту щель на 8 см. При включении осветительной системы видно наружное отверстие уретры, которое располагается на передней стенке щели (урогенитального синуса), на расстоянии около 1,5 см от входа в него; выше уrogenитальный синус переходит во влагалище, своды которого плохо выражены. В глубине влагалища видна маленькая влагалищная часть шейки матки, конической формы; наружный зев плохо различим. Во влагалище в незначительном количестве слизистое прозрачное содержимое. Симптом «зрачка» не определяется.

Ни в толще кожных складок сбоку от клитора (больших половых губ), ни в паховых складках каких-либо образований, напоминающих половые железы (яички или яичники), не пальпируется. Заднепроходное отверстие округлой формы, без особенностей; дефекация нормальная.

*Прямокишечные исследования.* По средней линии малого таза с трудом определяется небольшое (до 1,5 см по длине) плотное, овальной формы тело (матка?); придатки матки не определяются.

Каков же диагноз? В чем причина неправильного развития наружных половых органов, несоответствие между их строением, напоминающим женские половые органы (клизор, половые губы) и мужскими чертами общего облика ребенка (телосложение, оволосение, низкий голос)?

Патологию развития, при которой общее строение тела не соответствует строению половых органов, обычно называют гермафродитизмом. Различают истинный гермафродитизм, при котором у субъекта имеются морфологически выраженные разнополюе железы (отдельные или смешанные), и ложный гермафродитизм, когда при наличии половых желез одного пола другие половые органы частично построены по типу противоположного пола. Истинный гермафродитизм у человека наблюдается редко. Ложный гермафродитизм разделяют (Klebs) на мужской (при наличии только яичек) и женский (при наличии только яичников). Различают также наружный и внутренний, неполный и полный гермафродитизм. При полном гермафродитизме несоответственно полу развиты как внутренние, так и наружные половые органы.

Если базироваться на этих представлениях, то ребенка следует считать наружным женским псевдогермафродитом. Однако, такое определение не может нас удовлетворить. Необходимо дать ответ и на следующие 3 вопроса:

1) следует ли считать ребенка девочкой, как ее зарегистрировали после рождения и воспитывали в дальнейшем, или же это — роковая ошибка и ребенок в действительности является мальчиком;

2) если же это девочка, то почему развились у нее черты вирилизации, и

3) возможно ли (в соответствии с установленным полом) эффективное лечение с целью устранить несоответствие между строением наружных половых органов и общим обликом ребенка.

Наболее достоверным признаком при диагностике пола является исследование половых желез, в особенности морфологического их строения и полового хроматина. Кроме того, существенное значение имеет определение уровня 17-кетостероидов в моче, а в отдельных случаях — 17-гидроксикортикостероидов и гонадотропинов.

Как мы отметили выше, нам не удалось прощупать каких-либо образований, напоминающих половые железы (яичники или яички) ни в толще кожных складок (половых губ), ни в паховых каналах, ни в полости малого таза. К тому же надо учесть, что указание на склонность ребенка к детским играм, свойственным девочкам, является серьезным, но не единственным аргументом в пользу признания ребенка девочкой, так как он с первых же дней своей жизни рос и воспитывался, как девочка. Таким образом, у него, несомненно, закрепилось в сознании это убеждение. Вместе с тем, данные обследования в сочетании с современными методами исследования позволяют (несмотря на невозможность непосредственного исследования половых желез) достаточно обоснованно определить пол нашей больной.

Напомним два момента из объективного исследования: данные вагиноскопии и прямокишечного исследования. При вагиноскопии мы обнаружили маленькую шейку матки и даже точечный наружный маточный зев (правда, не вполне четко). При прямокишечном исследовании удалось прощупать в полости малого таза небольшое (по длине до 1,5 см) плотное, овоидной формы тело, по форме напоминающее рудиментарную матку. Однако и этих признаков еще недостаточно для окончательного определения пола, так как мы не обнаружили половых желез и не знаем их структуры.

В настоящее время решению этого вопроса помогает определение так называемых барабанных палочек в нейтрофилах крови (рис. 11). По этому вопросу нет еще единого мнения. Так, Davidson и Smith (1954) не ставят знака равенства между «барабанными палочками» нейтрофилов и половым хроматином. Однако Aschley (1957), Murthy и von Naam (1958) считают, что «барабанные палочки», хотя и не идентичны половому хроматину, но все же являются своеобразной характерной чертой пола.

По данным литературы, у женщин на каждые 227 нейтрофилов обнаруживается 6 таких палочек; у мужчин, даже при подсчете 500 нейтрофилов, они не обнаруживаются.

При исследовании крови ребенка барабанные палочки были обнаружены в 15 из 500 нейтрофилов.

Итак, суммируя данные нашего объективного (гинекологического и прямокишечного) исследования и обнаружение барабанных палочек в нейтрофилах (как у женщин), мы имеем достаточно оснований сказать, что этот ребенок — девочка. К счастью, этот ребенок был зарегистрирован и с первых дней жизни воспитывался

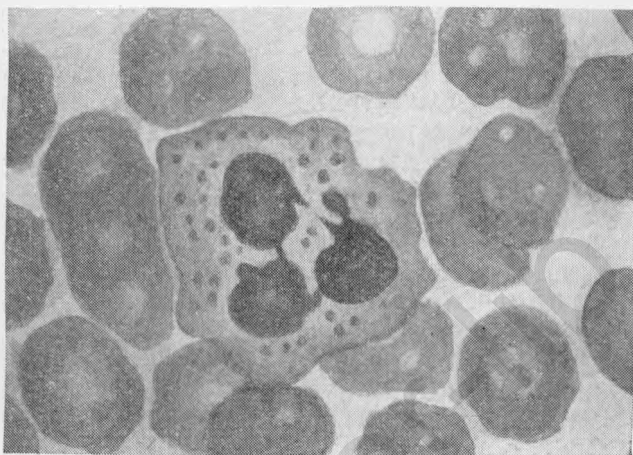


Рис. 11. Половой хроматин в нейтрофильных лейкоцитах периферической крови человека. Около ядра видна «барабанная палочка».

так же, как девочка. Таким образом, перед нами не возникла трудная психологическая проблема: необходимо ли нанести ребенку (и родителям) тяжелую психическую травму, если бы пол ребенка оказался мужским. Подобное сообщение, особенно для взрослого гермафродита, могло бы иметь в отдельных случаях трагические последствия, вплоть до стремления к самоубийству.

Учитывая всю сложность и интимность вопросов, связанных с определением пола, врачу необходимо быть крайне осторожным и деликатным как при расспросе и обследовании подобных больных, так и в особенности при сообщении им окончательного заключения.

При решении этого вопроса (особенно у старших детей и взрослых) необходимо учитывать весь комплекс обстоятельств: как воспитывали ребенка — девочкой или

мальчиком, его склонности, особенности развития наружных половых органов (ближе к мужскому или женскому полу) и, не придавая в этой ситуации решающего значения характеру половых желез, решать вопрос индивидуально.

Теперь перейдем к обсуждению следующих 2 вопросов: когда и почему возникло у больной нарушение развития половых органов и почему эта девочка имеет вирильные черты.

Мать больной рассказала нам, что уже при рождении ребенка врачи обратили внимание на неправильное строение наружных половых органов. Таким образом, можно говорить о врожденном нарушении развития. При этом, учитывая данные эмбриогенеза половой системы, следует считать, что нарушение развития наружных половых органов у больной началось, очевидно, с 13—14 недель внутриутробного развития, так как у ребенка гипертрофирован клитор, обнаружен уrogenитальный синус и влагалище.

При нарушении развития до 13 недель внутриутробного периода наружные половые органы развиваются по мужскому типу — половые губы напоминают мошонку, уrogenитальный синус расположен внутри резко увеличенного клитора. В подобных случаях определение пола ребенка крайне затруднительно.

При рассмотрении вопроса о возможных причинах нарушения развития мы, к сожалению, не получили каких-либо достоверных данных. Так, ни мать ребенка, ни отец его не страдали (и не страдают) резким нарушением обмена (ожирение, исхудание), не работают в условиях возможной профессиональной вредности (лучевой, химической), двое других детей (мальчик и девочка) в этой семье здоровы, развиваются нормально. Мать больной во время беременности не болела никакими инфекционными заболеваниями, не лечилась гормонами (андрогенами, эстрогенами, прогестероном). Мы обращаем внимание на эти моменты в анамнезе, так как в последние годы описаны случаи врожденных аномалий половых органов у новорожденных, родившихся у матерей, страдавших арренобластомой или лечившихся андрогенами, большими дозами эстрогенов или прогестогенов (Л. Л. Либерман, А. М. Раскин, 1962).

Отчего же у девочки возникли явления вирилизации?

Напомним рассказ матери больной о том, что у ребенка с 6—7 лет стало развиваться оволосение по мужскому типу на лобке, в подмышечных впадинах, на животе, на лице и на бедрах. Это чрезмерное оволосение сочеталось (с 8 лет) с дальнейшим увеличением клитора, огрубением и понижением тембра голоса и быстрым ростом; однако с 11 лет дальнейший рост прекратился и в настоящее время соответствует возрасту (по Воловику).

При общем физическом обследовании ребенка обращает на себя внимание мужской тип телосложения, мускулистость, недостаточное развитие молочных желез.

Причины вирилизации весьма многочисленны: 1) дисэнцефально-гипофизарные нарушения (например, при болезни Иценко—Кушинга); 2) образование поликистозных яичников; 3) арренобластома яичников; 4) опухоль коры надпочечников и 5) вирилизирующая гиперплазия коры надпочечников.

Чтобы ответить на вопрос, какая же из этих причин обусловила вирилизацию девочки, необходимо провести ряд специальных исследований. К ним, кроме клинических обследований, относятся: рентгенологические, офтальмологические и гормональные исследования.

При клиническом обследовании мы не обнаружили изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и системы крови. Артериальное давление — 110/70 мм.

При рентгенологическом обследовании основания черепа и турецкого седла мы не обнаружили каких-либо отклонений от нормы. При рентгенографии костного скелета (ребер и позвоночника) не получено данных, указывающих на остеопороз. При рентгенографии кисти обнаружено закрытие эпифизарных линий соответственно 23—24 годам жизни. При офтальмологическом исследовании не было обнаружено каких-либо отклонений от нормы (изменений глазного дна, застойного соска, атрофии зрительного нерва, нарушения периферического зрения), как это бывает при опухоли гипофиза.

Для изучения состояния надпочечников были проведены следующие исследования: определение 17-кетостероидов, проба Торна, проба с кортизоном и оксисупраренорентгенография.

Количество 17-кетостероидов в моче (при повторном определении) оказалось значительно повышенным:

65 мг/24 ч (5 декабря 1960 г.) и 48 мг/24 ч (8 декабря 1960 г.). В нормальных условиях у девочки 8—12 лет выделяется в сутки до 5—6 мг.

Проба Торна состоит во введении АКТГ (адренокортикотропного гормона) с последующим (через 4 ч) определением числа эозинофилов в периферической крови<sup>1</sup>. Если кора надпочечников способна повысить выделение кортикостероидов после введения АКТГ, то число эозинофилов в периферической крови уменьшается не меньше чем на 50%. У больной число эозинофилов в крови после введения АКТГ уменьшалось на 60%.

Кортизоновая проба основывается на том, что при введении кортизона угнетается секреция АКТГ гипофиза. В связи с уменьшением поступления АКТГ кора надпочечников вырабатывает меньше андрогенного гормона и количество 17-кетостероидов в моче соответственно уменьшается. Это наблюдается при нормальной функции надпочечников и гиперплазии коры надпочечников. Если же источником андрогенов является опухоль коры надпочечников, то количество 17-кетостероидов в моче почти не изменяется. После проведения этой пробы (введения в течение 4 дней до 250 мг кортизона) уровень 17-кетостероидов у больной К. снизился с 48 мг/24 ч до 13,5 мг.

Для исключения опухоли надпочечника была произведена также оксисупраренорентгенография; при этом установлено, что надпочечники не увеличены: левый — 4×4 см, правый — 5×2 см. Кроме того, было произведено определение суммарного количества эстрогенов в моче; оно оказалось нормальным. При цитологическом исследовании мазков из влагалища установлена II реакция (парабазальные и промежуточные клетки).

Теперь, проведя комплексное обследование больной К., вернемся к обсуждению вопроса о причине ее вирилизации.

Как указывали мы выше, причины вирилизации весьма разнообразны. Рассмотрим их последовательно применительно к данной больной.

---

<sup>1</sup> Подробно методика этой пробы описана в руководстве «Основы эндокринологической гинекологии» К. Н. Жмакина, Е. М. Вихляевой, М. Н. Кузнецовой, И. А. Мануиловой, С. Х. Хакимовой. Под ред. К. Н. Жмакина. М. 1966.

Вначале мы упомянули патологическое состояние диэнцефально-гипофизарной системы и прежде всего болезнь Иценко — Кушинга. Для этой болезни характерны типичное распределение жира на лице и туловище, лунообразная форма лица и багровая его окраска, багрово-синюшный мраморный оттенок кожи тела, наличие *striae cutis distensae* красного или фиолетового цвета, гипертония, остеопороз. У подобных больных часто находят базофильную аденому передней доли гипофиза; в пользу этого диагноза говорят данные рентгенографии турецкого седла и офтальмологического исследования. При гормональном обследовании нередко обнаруживают незначительное повышение выделения с мочой 17-кетостероидов и резкое — 17-гидроксикортикостероидов.

Все указанные выше признаки у больной отсутствуют и поэтому мы имеем достаточные основания отвергнуть диагноз болезни Иценко — Кушинга, а также иную патологию диэнцефально-гипофизарной области.

Следующей причиной вирилизации может быть развитие так называемых поликистозных яичников с образованием синдрома Штейн — Левенталя. Однако при этом заболевании выделение 17-кетостероидов с мочой колеблется в пределах нормы или повышается лишь незначительно; гирсутизм выражен нерезко, увеличение клитора незначительно; тембр голоса почти не меняется; женский тип больной значительно не нарушается, яичники увеличиваются и превращаются в плотные или тугоэластические опухолевидные образования. Отсутствие всех этих признаков у больной К. позволяет исключить диагноз поликистозных яичников.

Развитие арренобластомы яичника также может быть причиной вирилизации. Однако подобная опухоль редко развивается до периода полового созревания. Выделение 17-кетостероидов при этом никогда не достигает столь высоких цифр, как у К. Все это вместе с данными анамнеза (обнаружение патологии развития половой системы сразу же после рождения ребенка), объективного исследования (отсутствие опухоли при пальпации брюшной полости и при прямокишечном исследовании) позволяет нам отвергнуть предположение об арренобластоме яичника как причине вирилизации больной.

Рассмотрим теперь, какая патология надпочечников может обусловить вирилизацию больной. Это может



быть опухоль (аденома, рак) коры надпочечника или гиперплазия коры надпочечников.

Опухоли коры надпочечников развиваются обычно в зрелом возрасте, а не в эмбриональном периоде или в детстве. При опухоли надпочечника выделение 17-кетостероидов повышается, как правило, очень резко (до 100 мг/24 ч и больше); при пробе с кортизоном обычно количество выделяемых с мочой 17-кетостероидов не снижается.

При обследовании больной мы не обнаружили ни одного из симптомов опухоли надпочечников; при оксисупрарентгенографии также не было выявлено увеличения надпочечников.

Все это позволяет исключить предположение об опухоли надпочечников как причине вирилизации больной К.

Перейдем, наконец, к обсуждению вопроса о возможности врожденной гиперплазии коры надпочечников у изучаемой нами больной.

При этом необходимо учесть следующие данные: 1) аномальное развитие половых органов, возникшее еще в периоде эмбрионального развития (на 13—14-й неделе его); 2) раннее появление оволосения по мужскому типу (гирсутизм) на лобке, лице, недоразвитие молочных желез, угри на лице и туловище, огрубение голоса; 3) мужской тип телосложения; 4) чрезмерный рост до 10 лет и, вместе с тем, ранее закрытие эпифизарных линий, окостенение, соответствующее возрасту 23—24 лет и, наконец, 5) значительное повышение (до 68 мг/24 ч) выделения 17-кетостероидов с мочой (обычно у девочек в 8—12 лет выделяется 5—6 мг/24 ч).

Сопоставляя все эти данные, мы можем поставить диагноз вирилирующей гиперплазии коры надпочечников с развитием так называемого адреногенитального синдрома; одним из внешних проявлений его является наружный женский псевдогермафродитизм.

Как мы уже указывали раньше, этиология подобного изменения надпочечников нам еще не известна. При собирании анамнеза мы не могли установить каких-либо неблагоприятных обстоятельств (заболеваний матери во время беременности, гормональной терапии во время беременности), которые могли бы обусловить подобное нарушение.

Патогенез этой патологии следующий: вследствие изменений в энзимной системе надпочечников нарушается способность их коры синтезировать гидрокортизон и кортизон из 17- $\alpha$ -гидроксипрогестерона. Недостаточное образование гидрокортизона ведет к увеличению секреции АКГГ гипофизом и последующей гиперплазии коры надпочечников. Избыток 17- $\alpha$ -гидроксипрогестерона ведет, в свою очередь, к усиленному образованию андрогенов и вирилизации больной.

Прогноз заболевания у больной довольно благоприятен, так как в настоящее время благодаря успехам эндокринологии возможна успешная стимуляция развития внутренних половых органов, менструальной функции и молочных желез. Однако дальнейшая стимуляция роста (который остановился с 11 лет) уже невозможна ввиду того, что эпифизарные линии закрыты и окостенение соответствует возрасту 22—24 лет (данные рентгеновского обследования).

Наилучший прогноз при таком заболевании дает раннее лечение (до 2-летнего возраста); при этом дальнейшее развитие ребенка происходит нормально. При лечении в возрасте от 2 до 8 лет можно предотвратить преждевременное окостенение эпифизарных хрящей и раннюю задержку роста.

Адреногенитальный синдром может возникнуть не только как врожденная патология, но и позже — в периоде зрелости. В периоде полового созревания при этом отмечают ускоренный рост ребенка, гирсутизм, гипертрофию клитора (при правильном развитии других половых органов), недоразвитие молочных желез, преждевременное окостенение эпифизов, задержку менархе, увеличение содержания 17-кетостероидов в моче.

Адреногенитальный синдром, развивающийся у взрослых, характеризуется выраженной вирилизацией (рис. 12), гипополиаменореей, незначительной гипертрофией клитора.

Прогноз при этих формах (пубертатной и в зрелом возрасте) мало благоприятен, если причиной заболевания не является опухоль (в том числе и рак) надпочечника. При лечении взрослых возможно восстановление менструаций, а также наступление беременности; вирильные черты сохраняются длительное время.

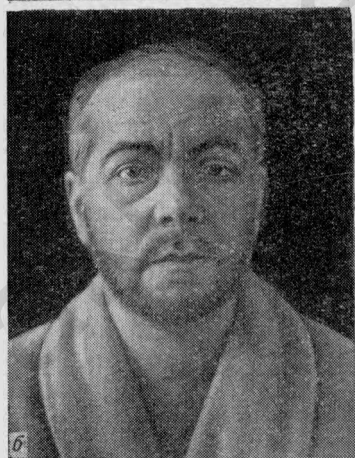
В чем должно заключаться лечение адреногенитального синдрома у данной больной?

Методом выбора в настоящее время является терапия кортизоном и его аналогами. Она была разработана Wilkins с сотрудниками (1950—1952).



Рис. 12. Адреногенитальный синдром у взрослой женщины (злокачественная опухоль надпочечника).

*a* — до заболевания; *б* и *в* — после развития заболевания (по В. Г. Баранову).



Применение кортизона при адреногенитальном синдроме основано на представлении о его патогенезе. Как указывалось, избыточное выделение АКТГ при этой бо-

лезни ведет к повышенной продукции андрогенов корой надпочечников, связанной с этим вирилизацией и блокаде гонадотропной функции гипофиза. Введение кортизона (и его аналогов) подавляет выработку АКТГ передней долей гипофиза, снижает выработку андрогенов корой надпочечников и нормализует гонадотропную функцию гипофиза.

Перед назначением кортизона (и его аналогов) необходимо учесть возможные противопоказания. К ним относятся: психозы, неизлеченные очаги инфекции, язвы толстого кишечника, желудка, двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит, туберкулез.

Дозировка кортизона: детям до 2 лет — 25 мг, от 2 до 6 лет — 50 мг, старше 6 лет — 100 мг (в день, внутримышечно). Доза преднизона и преднизолона в 5—6 раз меньше.

При лечении кортизоном необходимо систематически определять уровень выделения 17-кетостероидов, учитывая средние его показатели: у детей до 2 лет — 0,5—1,5 мг/24 ч, от 2 до 6 лет — 2—4 мг, старше 6 лет — 4—6 мг, старше 14—15 лет — не выше 8 мг/24 ч.

После того как суточное выделение 17-кетостероидов достигнет указанного выше нормального уровня, дозу кортизона постепенно снижают до так называемой поддерживающей и в дальнейшем вводят ее все время. Поддерживающая доза кортизона для детей до 2 лет — 25—37 мг, 2—6 лет — 50—75 мг, старше 6 лет — 75 мг. Поддерживающая доза (1 раз в 3 дня) преднизона, преднизолона (девочкам и взрослым) — 5—10 мг в день (дробными дозами).

При лечении больных кортикоидами в пище должно быть достаточно белков (у взрослых 120—150 г в сутки), ограниченное количество углеводов и соли, следует назначить прием калия (по 4—12 г в день).

Так как при лечении кортизоном функция надпочечников несколько подавляется, то в случае травмы ребенка или какого-либо инфекционного заболевания, надо удвоить дозу кортизона, преднизон (преднизолон) заменить кортизоном или гидрокортизоном.

Итак, после установления окончательного диагноза большой было назначено лечение преднизолоном по 20 мг (4 таблетки по 5 мг) в день и питание с содержанием белков 65—80 г (по 2 г на 1 кг веса в сутки), углеводов

350—450 г (по 10—13 г на 1 кг веса), назначен прием калия по 4 г в сутки.

Лечение больной проводилось в течение первой недели в стационарных условиях, а затем — в поликлинике с систематическим наблюдением и лабораторным контролем.

При осмотре больной 2 февраля 1961 г. установлено: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Принимает преднизолон по 20 мг в день. Артериальное давление — 100/65 мм рт. ст. Содержание 17-кетостероидов в моче снизилось до 9 мг/24 ч.

При цитологическом исследовании установлена III реакция влагалищного мазка. Рекомендована дальнейшая терапия преднизолоном (доза — 4 таблетки по 5 мг каждая в день).

9 марта 1961 г. самочувствие больной удовлетворительное. Мать рассказала, что 4 февраля девочка жаловалась на тянущие боли внизу живота; затем в течение 5 дней впервые были менструально-подобные кровянистые выделения из влагалища. Молочные железы за этот месяц равномерно увеличились. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Сахара в моче нет. 17-кетостероидов в моче — 7 мг/24 ч.

Доза преднизолона снижена до 15 мг в день.

28 апреля 1961 г. самочувствие девочки также удовлетворительное. Она стала более женственной; увеличение молочных желез продолжается. При прямокишечном исследовании установлено значительное увеличение матки (до 4 см в длину).

Регулярные менструальноподобные выделения появляются через 21 день, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Количество 17-кетостероидов в моче — 7 мг/24 ч. Доза преднизолона снижена до 10 мг в день.

В дальнейшем, к концу 1961 г., отмечено уменьшение гипертрохоза (рис. 9), регулярное появление менструаций.

Базальная температура — по типу двухфазного цикла, 17-кетостероидов — 6 мг/24 ч. Гипертрофия клитора сохраняется. Принимает преднизолон по 10 мг в день.

В течение 1962 г. те же данные.

13 января 1963 г. девочка была снова госпитализирована. Общее состояние удовлетворительное. Оволосение по мужскому типу значительно уменьшилось. Молочные железы удовлетворительно развиты. Рост остается прежним, не увеличивается. Развитие наружных половых органов остается прежним.

Вагиноскопия: шейка конической формы; хорошо выраженный симптом зрачка (+++).

Ввиду сохраняющейся гипертрофии клитора и очень узкого входа в урогенитальный синус 14 января 1963 г. произведена ампутация клитора и дисцизия урогенитального синуса<sup>1</sup>.

Операция прошла без осложнений. 30 января девочка выписана из клиники для последующего систематического лечения (преднизо-

---

<sup>1</sup> Целесообразность рассечения урогенитального синуса у девочек в возрасте 13 лет спорна; многие рекомендуют делать эту операцию значительно позднее — перед началом половой жизни. — *Ред.*

лоном в поддерживающих дозах, по 10 мг в день) под наблюдением кабинета гинекологии детского возраста.

Итак, мы познакомились с особой формой нарушения развития, которая называется аденогенитальным синдромом. Всестороннее обследование больной позволило установить пол ребенка (девочка), а также связать ненормальность развития с гиперплазией коры надпочечников. При современном уровне наших знаний мы не можем, к сожалению, рекомендовать меры профилактики этого синдрома. Однако успехи современной эндокринологии позволяют провести весьма эффективное лечение (кортизоном, преднизолоном).

В результате лечения девочка приобрела больше черт женского типа, регулярную менструальную функцию, у нее значительно развились внутренние половые органы, уменьшилось оволосение по мужскому типу.

К сожалению, ввиду значительной гипертрофии клитора и узкого входа в урогенитальный синус, пришлось прибегнуть к хирургическому лечению: ампутации клитора и рассечению входа в урогенитальный синус. Результаты операции вполне удовлетворительны. В зрелом возрасте у нее будет вполне возможна половая жизнь; в отношении допустимости беременности следует проявлять осторожность, так как больная нуждается в постоянной кортизонотерапии.

При более раннем (до 2 лет) распознавании аденогенитального синдрома можно было достичь еще большего эффекта: регулирования роста, созревания и, возможно, избежать необходимости травматичной операции — ампутации клитора.

## Лекция XI

### АТРЕЗИЯ КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ. АМЕНОРЕЯ (ЛОЖНАЯ)

(ATRESIA CANALIS CERVICALIS. AMENORRHOEA SPURIA)

Больная Н., 28 лет, машинистка, поступила в гинекологическую клинику 30 марта 1962 г. по поводу отсутствия менструаций в течение 14 месяцев, головных болей, чувства тяжести внизу живота.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Родители здоровы. Отцу — 52 года, матери —

50 лет. Брат и сестра больной здоровы. Больная перенесла в детстве корь и скарлатину, без осложнений. Взрослой повторно болела гриппом. Других инфекционных заболеваний не было.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, установились через 6 месяцев, обычно приходили через 3 недели, по 3—4 дня, безболезненные, необильные. После замужества менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была в начале января 1961 г.

**Половая и детородная функция.** Замужем с 20 лет. Мужу — 34 года, здоров. В браке было 6 беременностей: 2 нормальных родов (в 1955 и 1958 гг.) и 4 искусственных аборта. 3 аборта прошли без осложнений. Последний — 1 марта 1961 г. в лечебном учреждении при беременности 8 недель. Лежала в больнице 3 суток, чувствовала себя удовлетворительно. Температура не повышалась.

**Развитие заболевания.** В дальнейшем, после выписки из больницы, чувствовала себя в течение 2 месяцев удовлетворительно, однако менструации не возобновились. В мае 1961 г. обращалась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструаций (предполагала возможность беременности).

При осмотре врач не обнаружил беременности, рекомендовал наблюдение.

Начиная с июня 1961 г. больная стала отмечать через каждые 3—4 недели появление головных болей, чувство напряжения в молочных железах и тяжести внизу живота. В августе 1961 г. вновь обращалась в женскую консультацию по поводу аменореи. Назначено циклическое лечение эстрогенами и прогестероном, но менструации не возобновились; головные боли и чувство тяжести внизу живота ежемесячно появлялись на 3—4 дня. Больная вновь обратилась в женскую консультацию лишь в конце февраля 1962 г. и была направлена для обследования в клинику.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки несколько бледны. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем патологических отклонений не обнаружено. Пальпация живота не болезненна. Печень и селезенка не пальпируются.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы мягкие, несколько отвислые; околососковые кружки не пигментированы. Секрет из молочных желез не выделяется. Оволосение на лобке по женскому типу.

Наружные половые органы развиты нормально. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы, розовой окраски.

Наружный зев в виде поперечной щели. Симптом «зрачка» положительный (++).

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, увеличена соответственно 5—6-недельной беременности, плотной консистенции, подвижна, не болезненна. Признак Горвица — Гегара отрицательный. Придатки матки слева не пальпируются, справа в спайках, слегка чувствительны.

**Лабораторные данные.** При исследовании крови и мочи отклонений от нормы не обнаружено. РОЭ — 8 мм в час. Цитология влагалищного мазка — III реакция. При бактериоскопии секрета из шейки матки обнаружены единичные лейкоциты, немного кокков, клетки плоского эпителия.

Какой же диагноз у больной? Основные жалобы, побудившие больную повторно обращаться к врачу-гинекологу, — аменорея, головные боли, тянущие боли внизу живота.

Но ведь аменорея — это лишь симптом, и причины ее крайне разнообразны. Напомним, что различные формы аменореи прежде всего делятся на 2 группы: истинные и ложные.

Истинной аменореей называют такое изменение менструальной функции, которое выражается в отсутствии циклических изменений в половой системе и менструации вследствие этого. Истинная аменорея также делится на 2 группы: физиологическую (возрастная, при беременности, в период лактации — в 50%) и патологическую. Причины патологической аменореи крайне разнообразны: неблагоприятные условия внешней среды, инфекционные, соматические заболевания, нарушения деятельности высших нервных центров, гипоталамо-гипофизарной области, яичников, матки, щитовидной железы, надпочечников.

Ложной аменореей называют такую патологию менструальной функции, при которой сохранены циклические процессы в половой системе, но менструации или, вернее сказать, кровоотделения, из половых путей не возникает. Причиной этого наиболее часто является заращение половой трубки в области шейки, влагалища или девственной плевы.

Какая же форма аменореи у больной — истинная или ложная?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, вспомним данные анамнеза и развития заболевания. Менструальная функция установилась у нее с 13 лет и в дальнейшем до 27 лет была правильной. Аменорея возникла с 1961 г. после искусственного аборта, произведенного путем выскабливания беременной матки. Известно, что эта операция является травматичной и может иногда сопровождаться серьезными осложнениями (инфекция,



травма), а также глубокими нарушениями менструальной и детородной функции, иногда возникновением симптомокомплекса в виде аменореи, болей в животе, повышенной возбудимости, так называемой нейрогенной дистрофии (М. А. Петров-Маслаков).

По данным И. С. Розовского, обследовавшего 700 женщин через 6—24 месяцев после искусственного аборта, прошедшего без осложнений в ближайшие дни после операции, воспалительный процесс внутренних половых органов был установлен у 73 (12,6%) женщин, не болевших до аборта; нарушения менструальной функции — у 46 (8%).

Причины аменореи после операции выскабливания матки разнообразны: в одних случаях наступает глубокое расстройство нейро-эндокринной регуляции менструальной функции, в других — нарушается регенерация слизистой матки вследствие разрушения базального слоя слизистой, в третьих — рубцовое заращение канала шейки матки.

При разборе причин аменореи у больной надо прежде всего подумать, нет ли у нее физиологической аменореи, обусловленной наступлением беременности? Это предположение нетрудно опровергнуть, так как аменорея продолжается уже в течение года, а размеры матки соответствуют лишь 5—6-недельной беременности. Кроме того, консистенция матки плотная, признак Горвица — Гегара отрицательный, нет цианоза слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки; нет пигментации околососковых кружков, средней линии тела.

Для ответа на вопрос, не является ли аменорея осложнением искусственного аборта, напомним весьма характерные жалобы больной: циклическое возникновение болезненных симптомов характера *molimina menstrualia* через каждые 3—4 недели, т. е. в те же периоды, когда у больной до 1961 г. регулярно приходили менструации. Подобные жалобы весьма характерны для ложной аменореи, обусловленной непроходимостью половой трубки.

При гинекологическом исследовании мы установили нормальное строение наружных половых органов и влагалища. Итак, следует проверить, проходим ли канал

шейки матки и нет ли его зарращения. Для этого произведем зондирование матки<sup>1</sup>.

3 апреля в условиях строгой асептики в малой операционной было произведено исследование проходимости канала шейки и полости матки с помощью зонда. При этом оказалось, что в канале шейки матки на 2 см выше наружного маточного зева имеется препятствие, в связи с чем зонд не проходит в полость матки. В строгом соответствии с положением матки (в антефлексии), с большой осторожностью, препятствие удалось преодолеть (под парацервикальной новокаиновой анестезией), и зонд прошел в полость матки. Длина ее оказалась 6,5 см; при этом из полости матки выделилось несколько миллилитров темной крови. Канал шейки осторожно расширен до 7 мм с помощью расширителей Гегара.

Больная не испытывала болей при зондировании, однако из предосторожности она была на сутки уложена в постель.

Итак, диагноз атрезии шейечного канала и связанной с этим псевдоаменореи был подтвержден.

В связи с этим необходимо остановиться еще на одном вопросе, который, естественно, возникает: если атрезия шейечного канала возникла 12 месяцев тому назад, то почему не произошло значительного увеличения размеров полости матки и большого скопления крови в ней?

Наблюдения нашей кафедры (М. Д. Моисеенко), основанные на изучении 24 случаев атрезии шейечного канала, а также ряда других авторов (С. К. Лесной и др.), говорят о том, что большое скопление крови в матке возникает редко и почти никогда в этих случаях матка не достигает больших размеров. Возможно, что причиной этого является рефлекторно возникающее прекращение овуляции.

По данным М. Д. Моисеенко, у всех этих женщин после разрушения спайки в шейечном канале восстановился нормальный менструальный цикл. По наблюдениям С. К. Лесного, он восстановился у 40 из 52 больных.

---

<sup>1</sup> Лучше всего это делать непосредственно перед ожидаемым приходом менструации — за 1—2 дня, — *Ред.*

Послеоперационный период прошел у больной без осложнений, и 5 апреля она была выписана из клиники для дальнейшего наблюдения. Рекомендовано в течение 2 месяцев ежедневно определять и записывать ректальную температуру.

При осмотре больной 10 июня 1962 г. было установлено следующее: менструации не наступили, базальная температура двухфазная, *molimina menstrualia* сохранились.

При гинекологическом исследовании установлено, что матка плотной консистенции, лишь незначительно увеличена.

Ввиду подозрения на повторное заращение канала шейки матки больная была вновь госпитализирована. 13 июня при зондировании матки вновь обнаружены в области внутреннего зева тонкие спайки, которые легко разрушены. Из матки вновь показалось небольшое количество темной крови. Через 2 дня больная выписана из клиники.

При наблюдении в течение последующих 4 месяцев (до октября 1962 г.) было установлено, что менструальная функция полностью восстановилась. Менструации приходят через 3 недели, по 3 дня, необильные, неболезненные.

Прогноз заболевания у больной следует считать благоприятным.

Итак, мы познакомились с одним из серьезных осложнений искусственного аборта путем выскабливания матки — атрезией шеечного канала и последующей аменореей.

С целью профилактики подобного осложнения необходимо избегать выскабливания матки в области внутреннего зева, не стремиться обязательно получить симптом «хруста» при выскабливании.

Большие перспективы в смысле возможности предупреждения заращений канала шейки и других осложнений выскабливания матки открывает внедрение в практику искусственного прерывания беременности путем вакуум-эксokoхлеации (Э. И. Мелкс, А. В. Зубеев) и расширения канала шейки матки с помощью электровибрационного прибора (А. Ф. Жаркин, А. М. Иванов, А. В. Зубеев).

## Лекция XII

### ПОСЛЕРОДОВОЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМ (СИНДРОМ ШИХАНА). ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГАЛАКТОРЕЯ (СИНДРОМ КИАРИ — ФРОММЕЛЯ) (HYPOPITUITARISMUS POST PARTUM. SYNDROMUM SCHIECHAN) SYNDROMUM CHIARI — FROMMEL

Эту лекцию мы посвятим разбору 2 больных с эндокринными нарушениями после родов.

У первой из них — так называемый синдром Шихана, или гипопитуитаризм, у второй — синдром Киари — Фроммеля — патологическая лактация.

1. Больная С., 37 лет, по профессии машинистка, направлена в гинекологическую клинику 20 декабря 1962 г. по поводу общей слабости, потери аппетита, зябкости, подавленного настроения и аменореи. Начало заболевания больная связывает с родами, которые произошли у нее год тому назад — 5 декабря 1961 г. в родильном доме.

**Анамнез.** Росла в благоприятных материально-бытовых условиях; из детских инфекций перенесла (без осложнений) корь, коклюш, скарлатину. Родители здоровы; отцу — 62 года, матери — 57 лет. В семье нет больных туберкулезом, алкоголизма, психических заболеваний.

Взрослой С. болела гриппом, воспалением легких.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, установились сразу, через 4 недели, по 4 дня, неболезненны, необильные. После замужества менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была 25—28 февраля 1961 г.; после родов менструации не возобновились.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 21 года; мужу — 40 лет, здоров. В браке было 3 детей, 4 аборта (искусственных). После третьего аборта лихорадила; находили воспаление матки и придатков ее. Первые и вторые роды (10 и 15 лет тому назад) прошли без осложнений. Третьи роды (год тому назад) осложнились массивным кровотечением (1 л), потребовавшим ручного отделения последа.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной после 3 родов, осложнившихся массивным кровотечением в послеродовом периоде. В послеродовом периоде была резкая слабость, головокружение, субфебрильная температура. Ребенка начали прикармливать с 7-го дня после рождения, так как у матери была резкая гиполактия. Была выписана из родильного дома со здоровым ребенком на 16-й день после родов. Ребенок больной, все время находился на искусственном вскармливании, так как у матери была стойкая алактия. Менструации после родов не возобновились; последний раз они

были в феврале 1961 г. Со времени выписки из родильного дома постепенно усиливалась слабость и подавленное настроение, резкое снижение *libido sexualis*, апатия, зябкость; волосы на голове, в подмышечных впадинах и на лобке сильно поредели. В течение последних 6 месяцев повторно лечилась эстрогенами, без эффекта. В декабре 1962 г. была направлена для обследования и лечения в клинику.

**Общее обследование.** Больная вяла, лицо малоподвижное, речь замедленная. Рост — 170 см; вес — 58 кг. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Диффузное начинающееся облысение головы; брови поредели в наружных их частях; волосы в подмышечных впадинах отсутствуют. Тургор кожи снижен, легко можно собрать в складки, которые медленно расправляются; температура — 36,0°. Пульс — 52—54 удара в минуту. Артериальное давление — 80/50 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не определяется. Передняя брюшная стенка дряблая, податлива. Печень и селезенка не пальпируются.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы атрофичны; околососковые кружки депигментированы; секрет из молочных желез не выделяется. Волосы на лобке почти отсутствуют. Наружные половые органы атрофичны, депигментированы. Влагиалище узкое. Осмотр с помощью зеркал (малого размера) затруднен ввиду узости влагиалища и легкой ранимости его слизистой.

**Влагалищное исследование** (одним пальцем!). Влагиалище узкое, с невыраженными складками, длина его — 7 см; своды влагиалища сглажены. Шейка коническая, атрофична; зев овальной формы. Матка в антефлексии, резко уменьшена, подвижна. Придатки матки не пальпируются.

22 декабря произведено (под проводниковой парацервикальной анестезией 0,5% раствором новокаина) диагностическое выскабливание слизистой матки. Длина полости матки — 3 см, она не деформирована; удалены небольшие обрывки ткани.

**Лабораторные обследования.** При рентгенографии черепа патологических изменений не обнаружено.

При обследовании легких и сердца отклонений от нормы не установлено.

При гистологическом исследовании соскоба слизистой матки найдена атрофическая слизистая.

**Анализ крови.** Hb 13,8 г%, эр. 4,3 млн., цветной показатель 1,0, л. 6800, со стороны белой крови отклонений от нормы не обнаружено.

При исследовании кала яйца глистов не обнаружены.

Уровень сахара в цельной крови — 70 мг%, холестерина — 144 мг% (норма — 120—180 мг%). Общий белок — 6,4 г%; альбумины — 2,8 г%, глобулины — 3,6 г% (норма общего белка — 7—8,5 г%). Содержание калия — 16,8 мг% (норма — 18—23 мг%), натрия — 310 мг% (норма — 320—350 мг%), кальция — 9,6 мг% (норма — 9—11 мг%), неорганического фосфора — 3,8 мг% (норма — 3—4 мг%).

При цитологии влагиалищного мазка найдена I реакция. Содержание 17-кетостероидов в моче 1,5 мг/24 ч, прегнадиола (по Клопперу) — 1,75 мг. Основной обмен — 15%.

При обследовании окулистом патологии органов зрения не обнаружено.

Каков же диагноз? Отсутствие менструаций после патологических родов может быть обусловлено следующими причинами: 1) нарушением функции яичников, 2) заболеванием матки, 3) так называемой *dystrophia adiposogenitalis*, 4) заболеванием щитовидной железы, 5) нарушением функции лактации, 6) *apogexia nervosa* и, наконец, 7) гипопитуитаризмом после родов.

Разберем основные признаки и клиническое течение этих заболеваний с тем, чтобы решить, какое же из этих патологических состояний возникло у больной.

Глубокое угнетение функции яичников после родов изредка возникает в результате тяжелой септической послеродовой инфекции. Обычно оно сопровождается характерными признаками преждевременного климакса: вазомоторными нарушениями, приливами, сердцебиениями, значительными колебаниями артериального давления.

У больной не было септического заболевания после родов; в клинической картине ее заболевания нет ни одного из перечисленных выше признаков. На основании этого мы можем с уверенностью отвергнуть связь аменореи и всего симптомокомплекса заболевания с септическим поражением яичников.

Второе наше диагностическое предположение: аменорея маточного происхождения. Подобная патология возможна при рубцовом заращении матки после чрезмерного выскабливания ее. При этом в дальнейшем могут наблюдаться симптомы *polimina menstrualia* — ежемесячные циклические боли внизу живота и в пояснице. При объективном исследовании матка может быть слегка увеличенной вследствие образования гематометры. Однако зондирование матки у больной показало, что полость ее не заращена и длина очень невелика. Таким образом, нет оснований диагностировать маточную форму аменореи.

Длительная аменорея после родов наблюдается и при так называемом синдроме Киари — Фроммеля. Однако основным признаком этого синдрома является длительная, иногда годами лакторея. Подобных признаков у больной нет; наоборот, у нее алактия. Итак, это заболевание мы отвергаем (о нем мы поговорим при разборе следующей больной).

Следующая причина аменореи — адипозогенитальная дистрофия. Причиной ее могут быть опухоли гипофиза (Frölich) или гипофункция передней доли гипофиза. Jules, Hollo (1963) считают подобный взгляд ошибочным и утверждают, что адипозогенитальный синдром возникает вследствие повреждения гипоталамуса (мозговая грыжа, энцефалит). Указанные авторы подчеркивают, что можно говорить об адипозогенитальной дистрофии лишь тогда, когда заболевание началось в раннем детском возрасте или, во всяком случае, еще до достижения половой зрелости. У подобных больных крайне редко возникают беременность и роды. У разбираемой нами больной нет ни характерных для адипозогенитальной дистрофии указаний на раннее развитие заболевания, ни своеобразного типа ожирения плечевого пояса, туловища, спины, бедер и рук до локтей. Содержание сахара в крови и основной обмен близки к норме. Таким образом, мы можем отвергнуть диагноз адипозогенитальной дистрофии.

Аменорея может быть и при болезни Иценко — Кушинга, наблюдающейся при заболевании надпочечника, гипофиза. Изредка у таких больных возникает беременность, заканчивающаяся родами. Однако для этого синдрома характерны следующие признаки: лунообразное апоплектическое лицо, чрезмерное оволосение, ожирение грудной клетки и живота с образованием полос, похожих на *striae gravidarum*; в то же время конечности у этих больных тонкие. Артериальное давление и количество сахара в крови повышены. Основной обмен близок к норме. Ни одного из перечисленных признаков нет у больной С. и, следовательно, нет данных для диагноза болезни Кушинга.

Весьма редко причиной аменореи является апогехия *pervosa* — отвращение к пище. Она наблюдается обычно у девушек в период полового созревания и лишь изредка сопровождается аменореей. Заболевание возникает обычно после чрезмерных нервных потрясений. При дифференциальной диагностике этого заболевания необходимо принимать во внимание и следующие признаки: волосы в подмышечной впадине и на лобке при апогехии *pervosa* никогда не выпадают полностью; больные могут работать, несмотря на крайнее истощение, тогда как при гипопитуитаризме они апатичны и динамичны.

Учитывая данные обследования больной, мы можем полностью отвергнуть предположение об аменорее на почве апогехия nervosa.

У нас нет также оснований и для предположения, что аменорея у больной возникла на почве гипофункции щитовидной железы, так как мы не обнаружили никаких признаков гипотиреоза.

Наконец, необходимо подумать, что аменорея у больной обусловлена послеродовым гипопитуитаризмом и является одним из признаков так называемого синдрома Шихана (Sheehan). Это заболевание возникает вследствие некроза передней доли гипофиза на почве тромбоза верхних гипофизарных артерий. Питание нейрогипофиза при этом не нарушается, так как он снабжается не из верхних, а из нижних гипофизарных артерий. Причиной тромбоза гипофизарных артерий наиболее часто является нарушение кровообращения, обусловленное массивной кровопотерей в III периоде родов, в раннем послеродовом периоде или родовым шоком. Некротические изменения редко захватывают всю переднюю долю; обычно сохраняются клетки в pars tuberalis hypophysae. В ряде случаев некроз может быть незначительным и легко просматривается при секции. Интенсивность явлений выпадения функции передней доли гипофиза зависит от массивности некроза, локализации его, способности клеток гипофиза к регенерации.

На основании тщательного сопоставления клиники заболевания и данных секции Шихан составил следующую таблицу, показывающую связь между послеродовым

Таблица 2

**Зависимость некроза передней доли гипофиза от степени кровотечения и шока в родах**

Кровотечение, родовой шок	Некроз передней доли гипофиза			
	не установлен	незначительный	средний	обширный
Не было . . . . .	92	—	—	—
Легкие . . . . .	13	5	—	—
Умеренные . . . . .	13	4	2	3
Тяжелые . . . . .	7	2	3	9
Очень тяжелые . . . . .	2	1	2	10



кровотечением, шоком и частотой некроза передней доли гипофиза (табл. 2).

Данные этой таблицы убедительно говорят о нарастании частоты некроза передней доли гипофиза при увеличении кровопотери в родах и тяжести шока.

Также убедительна связь между тяжестью кровотечения и родового шока и степенью клинических проявлений болезни (табл. 3 по Шихану).

Таблица 3

**Зависимость между тяжестью родового кровотечения и шока и последующим клиническим течением болезни**

Родовое кровотечение и шок	Общее число наблюдений	Последующее течение болезни	Алактия
Очень тяжелые . . . . .	21	Тяжелое . . . . .	21
Менее тяжелые . . . . .	20	Относительно легкое	9
Умеренные . . . . .	102	Заболевания не было	26
Не было . . . . .	64	То же . . . . .	Не было

Все классические признаки синдрома Шихана — алактия, аменорея, атрофия молочных желез и атрофия половых органов — наблюдаются весьма редко, лишь при значительном омертвлении передней доли гипофиза. Вопрос о частоте подобного синдрома еще не изучен. По мнению Шихана, на 10 000 родов встречается 2 случая тяжелого гипопитуитаризма и 7 легких. По Schreier (1951), этот синдром возникает значительно реже. Так, на 180 000 человек взрослого женского населения в г. Цюрихе в возрасте свыше 20 лет было выявлено только 4 больных с синдромом Шихана. В противоположность этому Schoechan (1961), Teter (1959), основываясь на собственных наблюдениях, категорически утверждают, что нерезко выраженные явления гипопитуитаризма встречаются нередко.

На 3-м международном конгрессе акушеров-гинекологов Holtorf сообщил данные отдаленных наблюдений за 126 женщинами, у которых во время родов было кровотечение свыше 1 л. 108 из них здоровы, у 18 были аномалии менструальной функции, ановуляторные циклы, снижение уровня выделения эстрогенов (по цитоло-

гическим данным), нарушение морфологии эндометрия, иногда гипоплазия матки. Ряд венгерских авторов (Gati, Görgs, Köller, Illei) в своих сообщениях на том же конгрессе также указывали, что синдром Шихана встречается не так редко, если обследовать всех женщин, перенесших эклампсию, шок, предложение плаценты, аборты, осложненные большим кровотечением.

Сотрудник нашей клиники В. Н. Серов обследовал 182 женщины, у которых роды (1—7 лет тому назад) осложнились кровотечением (свыше 600 мл). При этом были выявлены эндокринные нарушения у 12 из них, плюригландулярные расстройства — у 2, нарушения менструальной функции — у 7, ожирение — у 2, типичный синдром Шихана был установлен у одной женщины.

Распознавание легких форм очень важно, так как в начальной стадии заболевания успехи терапии значительно лучше, чем при далеко зашедших формах. При этом очень важно учесть данные наших наблюдений и литературы, согласно которым в начале заболевание проявляется гипо- или алактией (через 4—6 недель после родов) в сочетании с гипо- и олигоменореей и незначительной атрофией матки. При дальнейшем развитии заболевания выявляются признаки вторичной атрофии щитовидной железы (ожирение, отеки, сухость кожи, ломкость волос) и надпочечников — слабость, зябкость, крайне медленное отрастание волос на лобке, их поредение на голове, в подмышечных впадинах.

Больная становится апатичной, говорит медленно, с трудом сосредотачивает свое внимание, сонлива. Возможно, что повреждается и средняя доля гипофиза, так как возникает депигментация кожи, очевидно, вследствие дефицита меланостимулина. Течение и исход заболевания зависят от тяжести поражения передней доли гипофиза. В тяжелых случаях больные гибнут через 3—6 месяцев после родов при картине гипогликемии. В более легких случаях заболевание длится годами; смертельный исход наступает при чрезмерных напряжениях, травме (оперативное вмешательство, очень тяжелый труд, голодание, инфекционные болезни).

Имеем ли мы достаточно оснований поставить у больной диагноз гипопитуитаризма, или синдрома Шихана? Да, этот диагноз следует считать достаточно обоснованным на основании наличия у нее следующих классических

признаков: 1) данных анамнеза (массивное кровотечение — 1 л) во время родов, 2) рано развившейся гиполактрии, вскоре перешедшей в алактию, 3) стойкой аменорее после родов, 4) резкой атрофии молочных желез и половых органов, 5) нарушения общего состояния — слабости, апатичности, гипотонии, пониженного основного обмена, низкого уровня выделения 17-кетостероидов, содержания сахара в крови на нижней границе нормы. Мы не нашли при рентгеновском исследовании турецкого седла каких-либо изменений, так как они не характерны для этой болезни.

Каков же прогноз данного заболевания у больной?

Прогноз весьма серьезен, так как течение заболевания тяжелое. Однако в настоящее время достигнуты значительные успехи в терапии гипопитуитаризма и прогноз заболевания, несомненно, благоприятнее, чем лет 10—15 тому назад.

Каковы же пути терапии этого тяжелого и опасного для жизни синдрома?

Прежде всего необходимо обеспечить больной соответствующее питание и режим. Она нуждается в высококалорийном питании с богатым содержанием белков и витаминов; необходимо освободить ее от тяжелого физического труда, оберегать от тяжелых инфекционных заболеваний, предупредить близких об опасности для нее тяжелых, неприятных переживаний.

Если у больной возникнет заболевание гриппом, ангиной или какое-нибудь другое острое инфекционное заболевание, необходимо тщательно ее лечить и рекомендовать ей более длительное пребывание в постели, чем обычно.

Основным способом лечения является стимулирующая гормональная терапия. Применяют комбинированное лечение эстрогенами, прогестероном, гормоном щитовидной железы, тестостероном, дезоксикортикостероном, кортизоном.

Мы назначили больной также лечение эстрогенами в небольших дозах (диэтилстильбестрол — 1 мг в сутки, per os по 0,5 мг, 2 раза). Большие дозы эстрогенов не рациональны ввиду тормозящего влияния их на гипофиз. После 20-дневного лечения диэтилстильбестролом назначен прогестерон (в течение 6 дней по 5 мг и 4 дня по 10 мг). Одновременно с этими препаратами с первых

же дней — преднизолон по 5 мг в сутки и тиреоидин 0,015 2 раза в день.

Результаты лечения проявились уже вначале второй недели: у больной улучшился аппетит, появилась бодрость, артериальное давление повысилось до 90/65 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании мы обнаружили сочность, мягкость влагалищной слизи; реакция влагалищного мазка к концу 3-й недели лечения стала — III, а к концу месяца появились (в течение 3 дней) незначительные кровянистые выделения из влагалища. Основной обмен улучшился и достиг (—) 5%, тогда как до лечения он составлял (—) 15%, количество 17-кетостероидов в суточной моче возросло до 5,5 мг; прегнандиола — до 3,4 мг.

После 8-недельного пребывания в клинике больная 5 февраля 1963 г. была выписана из клиники со значительным улучшением.

Ей рекомендовано строгое соблюдение режима, полноценное питание, избегать переутомления, особая осторожность при заболевании гриппом, ангиной. Рекомендовано продолжить следующее лечение в женской консультации: АКТГ по 40 ЕД, преднизолона по 5 мг 2 раза в неделю; систематически принимать диэтилстильбестрол и прогестерон, тиреодин (через 1 месяц).

При наблюдении за больной в течение последующих 6 месяцев 1963 г. было установлено, что состояние ее остается удовлетворительным; дважды были менструации. Когда больная один раз прекратила лечение на 3 недели, то сразу же возникло ухудшение состояния (слабость, потеря аппетита и адинамия). После возобновления лечения состояние больной вновь улучшилось.

В заключение необходимо упомянуть еще об одном способе лечения гипопитуитаризма — гетеро- или гомотрансплантации гипофиза. Так, в литературе описаны случаи успешного лечения гипопитуитаризма трансплантацией в сальник больной гипофиза теленка.

У больной в течение 5 лет были клинические проявления синдрома Шихана. После пересадки гипофиза состояние больной улучшилось; 11 раз у нее были менструации.

При ухудшении здоровья в дальнейшем вновь с положительным результатом был пересажен гипофиз теленка.

В обзоре литературы по пересадке эндокринных желез, опубликованном Г. В. Головиным и А. М. Романовой, также содержится указание на то, что Т. Е. Гнилорыбов производил успешную пересадку гипофиза на сосудистой ножке при гипофизарной кахексии. Железы для пересадки он брал от трупов молодых людей, погибших при травме.

Итак, мы изучили тяжелое послеродовое осложнение — гипопитуитаризм.

Клинические особенности этого заболевания весьма характерны: данные анамнеза (массивное кровотечение в родах, родовой шок, ранняя алактия и последующая стойкая аменорея и атрофия половых органов).

Следует помнить, что крайне важно распознавать заболевание не только в классической, тяжелой его форме, но и в ранних стадиях развития. Эти стадии характеризуются указанием на кровотечение или шок в родах, гипогалактией, гипо-олигоменореей, незначительной гипотрофией половых органов. При раннем распознавании и настойчивом лечении удается спасти жизнь и восстановить здоровье подобных больных.

В случае острого некроза передней доли гипофиза и тяжелого общего состояния больной (кома) показаны следующие мероприятия: общее согревание, внутривенное введение 1—2 л 5—10% глюкозы, введение гидрокортизона (по 100 мг через 4 ч) внутримышечно до улучшения состояния.

В настоящее время вполне реально можно говорить и о профилактике гипопитуитаризма: энергичное лечение (полноценное питание, витамины, УФ-облучение, физическая культура) всех беременных с неблагоприятным анамнезом в отношении возможного кровотечения в родах, энергичная борьба с кровотечением, родовым шоком, постгеморрагической анемией; раннее выявление и лечение начальных форм синдрома Шихана.

Изучим теперь вторую больную, страдающую так называемым синдромом Киари — Фроммеля, который также может являться послеродовым осложнением<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Этот синдром — сочетание гомакторей и аменорей — описан у нерожавших женщин, при опухоли в диэнцефало-гипофизарной области. — *Ред.*

2. Больная П., 27 лет, направлена в гинекологическую клинику 4 декабря 1962 г. по поводу длительной чрезмерной лактации и аменореи после родов.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Из детских инфекций перенесла корь, скарлатину. Родители здоровы; отцу — 55 лет, матери — 50 лет.

Взрослой болела ангиной. В семье больной заболеваний алкоголизмом, венерическими болезнями, туберкулезом нет.

**Менструальная функция.** Менструации с 12 лет, установились сразу по 3—4 дня, через 21 день, безболезненные, необильные. После замужества менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была 4 года тому назад.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 20 лет. Мужу — 30 лет, здоров. В браке было 3 родов, аборт не было. Роды проходили без осложнений; дети живы. Последние роды были 3 года и 3 месяца тому назад. Супруги не предохраняются от беременности.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной после 3 родов. Кормила ребенка до года, так как он болел. Лактация была очень обильной. После прекращения кормления ребенка лактация вот уже 3-й год не прекращается, очень обильна.

Менструации после родов не возобновились. По поводу гипергалакторей обращалась повторно в женскую консультацию. Назначали туго бинтование, камфарное масло, но без эффекта.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Температура — 36,8°. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Пульс — 74 удара в минуту. Кожные покровы и слизистые оболочки без особенностей. Подмышечные лимфатические узлы слегка чувствительны при пальпации, подвижны, увеличены.

Со стороны органов грудной и брюшной полости патологических изменений не определяется.

**Гинекологическое исследование.** Обращает на себя внимание значительное нагрубание молочных желез, из которых в большом количестве выделяется молоко. На молочных железах ярко выступает сеть подкожных сосудов; они расширены, околососковые кружки слегка пигментированы. При пальпации железы хорошо определяют большие долики ее, плотные.

Наружные половые органы слегка гипотрофичны. Влагалище узкое. При осмотре с помощью зеркал установлено: слизистая влагалища бледно-розового цвета; влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели; признак зрачка отрицательный. Матка подвижна, в ретрофлексии, маленькая, нечувствительная, плотная. Придатки матки не пальпируются.

**Лабораторные исследования.** Со стороны крови и мочи патологических изменений не определяется. При рентгенографии турецкого седла отклонений от нормы не определено.

**Цитологическое исследование влагалищного мазка** — I реакция. 17-кетостеронидов в суточной моче — 15 мг.

При зондировании матки установлено, что длина ее — 4 см. Для уточнения причины длительной аменореи и исключения, в частности туберкулеза ее, после госпитализации больной 7 декабря было сделано диагностическое выскабливание слизистой матки — соскоб незначительный. При гистологическом исследовании установлено, что слизистая атрофическая.

Какой же диагноз у больной? Какова причина гиперлактореи?

Подобное заболевание было описано еще в прошлом веке Frommel (1888) и Chiari (1885). С тех пор опубликовано еще немного случаев длительной галактореи после родов.

Однако этиология и патогенез длительной и иногда повышенной лактации, и в настоящее время не раскрыты.

Отдельные авторы считают, что этот синдром развивается у женщин, длительно кормивших грудью своих детей; однако это было отмечено не у всех описанных в литературе больных.

Ни одна из 3 наблюдавшихся нами больных не кормила ребенка свыше 1 года. Механизм заболевания в части случаев объясняется, вероятно, патологической секрецией передней доли гипофиза лютеотропного гормона — ЛТГ (пролактин) и вторичным торможением продукции фолликулостимулирующего гормона. В связи с этим в яичнике не созревают фолликулы и уменьшается продукция эстрогенов.

Клиническая картина заболевания достаточно характерна и выражается триадой симптомов: галактореей, аменореей, атрофией половых органов. Иногда этот синдром сочетается с другими признаками функционального расстройства диэнцефало-гипофизарной области, психическими нарушениями, ожирением и т. п.

Наличие у больной П. этой триады позволяет нам поставить диагноз синдрома Киари — Фроммеля.

Заболевание весьма тягостно для больной, но не опасно для ее жизни.

Прогноз вполне благоприятен. После прекращения галактореи восстанавливаются менструальная и детородная функции и в связи с этим значительно улучшается общее состояние больной.

Лечение не является этиотропным, так как мы не знаем еще этиологии гипергалактореи; оно направлено в основном на подавление патологической лактации. Это может быть достигнуто с помощью введения больших доз эстрогенов или гонадотропного гормона, содержащего ФСГ.

Мы назначили больной П. диэтилстильбэстрол по 5 мг 2 раза в день, через каждые 5 дней — 3 раза. Три повторных курса с перерывом в 15 дней.

Результат лечения оказался вполне благоприятным — лактация прекратилась, через 2 месяца возобновились регулярные менструации.

При осмотре больной через 6 месяцев было установлено: самочувствие удовлетворительное; лактации нет; менструации регулярные.

Другие авторы получили хороший эффект от применения этинилоэстрадиола по 1 мг через 2 недели; в дальнейшем доза уменьшается. И. И. Грищенко и Л. В. Гребенчук описали (1964) случай успешного лечения гипергалактореи гипнозом (3 сеанса).

Итак, мы познакомились с мало еще изученной патологией лактации. Лечение этой патологии и в настоящее время остается симптоматическим, так как этиология заболевания точно не изучена. Прогноз заболевания благоприятный.

### Лекция XIII

## КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (SYNDROMUM CLIMACTERICUM)

Больная С., 51 года, по профессии врач, обратилась в гинекологический кабинет поликлиники 6 февраля 1962 г. с жалобами на приливы, которые появились с 45 лет, за 3 года до начала изменений менструальной функции.

Внезапные приливы жара к лицу, голове и верхней половине груди продолжаются от 30 сек до 1—2 мин, сопровождаются гиперемией кожи, сменяющейся обильным потоотделением на лице, на лбу, иногда на всем теле.

Отмечает также, что с 48 лет менструации стали нерегулярными и обильными.

**Анамнез.** Материально-бытовые условия жизни в детстве были удовлетворительными. В 8 лет болела гнойным воспалением среднего уха; подвергалась по этому поводу операции.

Взрослой перенесла тонзиллэктомию (1939 г.); болела брюшным тифом и ангинами. В 40 лет диагностирована гипертоническая болезнь.

Работала 22 года в Заполярье. К условиям жизни и работы там вполне привыкла. Акклиматизация проходила без особых осложнений.

**Менструальная функция.** Менструации с 14 лет, через 3 недели, по 3—4 дня, безболезненные. Последняя менструация была 1½ месяца тому назад, с 20 до 28 декабря 1961 г., обильная, безболезненная.



**Половая функция.** Замужем с 25 лет, не беременела, не предохранялась от беременности. Муж 2 года тому назад умер от гипертонической болезни в возрасте 53 лет.

**Развитие заболевания.** С 45 лет возникли приливы; с 48 лет они усилились, особенно в ночное время (каждые 20—30 мин). Отмечает потливость, ознобы, сжимающие боли в области сердца. В 1960 г. было установлено повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Год тому назад (в 1961 г.) лечилась метилтестостероном (300 мг в течение 15 дней), без эффекта. За время болезни (особенно в последние 3 года) отмечает резкое ухудшение общего состояния, снижение трудоспособности. С 50 лет на пенсии.

**Общее обследование.** Общее состояние при первом осмотре удовлетворительное. Рост — 163 см, вес — 86,2 кг. Артериальное давление — 140/90 мм рт. ст. Подкожная жировая клетчатка хорошо выражена.

При электрокардиографическом исследовании установлено отклонение электрической оси сердца влево, диффузные изменения миокарда.

**Рентгеноскопия грудной клетки:** корни легких склерозированы. Сердце расположено косо; талия его выражена. Левый желудочек увеличен влево и кзади. Аорта удлинена. Пульсация ритмичная. Щитовидная железа не увеличена.

Передняя брюшная стенка упруга; пальпация ее не болезненна.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы гипотрофичны. Рост волос на лобке по женскому типу. Наружные половые органы с явлениями выраженной гипотрофии. Влагалище узкое. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы. Матка в антефлексии, атрофичная, подвижная. Придатки матки не пальпируются.

Осмотр с помощью зеркал: наружный зев точечный; выделений из канала шейки матки нет. Симптом зрачка отрицательный.

**Лабораторные исследования.** Анализы мочи и крови без особенностей.

Накопление в щитовидной железе радиоактивного йода: через 2 ч — 9%, через 24 ч — 21%.

**Цитологическое исследование** влагалищного мазка — III реакция (повторно, с интервалом в 7 дней). Индекс атрофический — 3%; индекс карипикнотический — 3%.

Содержание 17-кетостероидов в суточной моче — 14,9 мг/24 ч.

### Каков же диагноз?

При наличии жалоб на частые приливы и потливость, сочетающиеся в последние 3 года с нарушениями менструальной функции, у женщины 51 года необходимо подумать о диэнцефальном кризе, гипертонической болезни и о климактерическом синдроме.

При диэнцефальном кризе преобладают выраженные вегетативно-сосудистые расстройства и нарушения сердечного ритма и дыхания, наблюдаются приступы голода и жажды, колебания артериального давления, сильнейшие головные боли, гипертермия, профузные поты и поносы. Кроме того, диэнцефальные кризы чаще

наблюдаются у лиц более молодого возраста (до 40 лет), чем наша больная. Данные анамнеза говорят также о том, что гипертоническая болезнь развилась значительно раньше, чем явления климактерия. Вместе с тем, клинический симптомокомплекс, отмеченный у больной, весьма характерен для так называемого климактерического синдрома, осложненного гипертонической болезнью.

В литературе нет единой, общепризнанной терминологии для обозначения переходного возраста женщины. Употребляют самые различные термины: преклимакс, климакс, климактерический период, менопауза. Мы считаем, что не следует пользоваться термином «преклимакс», так как он не имеет конкретного содержания, а ряд нарушений, свойственных переходному возрасту женщины, может возникнуть и при сохранившейся менструальной функции. По нашему мнению, правильнее пользоваться терминами: «климактерий, климактерический синдром».

В соответствии с исследованиями В. Г. Баранова и его сотрудников климактерий — это переходный период в жизни женщины, который является одним из этапов общей возрастной инволюции женского организма. В этом периоде происходит распространение изменения состояния центральной нервной системы, в первую очередь расположенных в диэнцефально-гипофизарном отделе нервной системы.

Тщательные клинко-физиологические исследования показали, что у больных с климактерическим синдромом возникают значительные нарушения функционального состояния высших отделов центральной нервной системы, проявляющиеся в виде изменения лабильности сосудистых реакций, снижения общего коркового тонуса, ослабления внутреннего торможения и инертности нервных процессов. Все это говорит о нарушении взаимоотношений между корой головного мозга и нижележащими нервными образованиями. Диэнцефальная же область интимно связана с высшими нервными центрами, и ее изменения играют значительную роль в клинике климактерического синдрома.

Гормональные изменения и в особенности снижение уровня эстрогенных гормонов не являются основным, а лишь дополнительным фактором в патогенезе климактерического синдрома.

Данные цитологических исследований ряда авторов (М. Г. Арсеньева, А. М. Раскин и Wied) говорят о том, что у больных, страдающих климактерическим синдромом, наблюдается как пониженный, так и повышенный уровень экскреции эстрогенных гормонов.

Таким образом, распространенный ранее взгляд на климактерий как на выражение «выпадения» функции яичников является ошибочным.

Климактерий женщины может протекать без каких-либо болезненных явлений и тогда его можно назвать физиологическим. В других случаях наблюдается ряд патологических проявлений, что позволяет говорить о патологическом климактерии или о климактерическом неврозе, который иногда обозначается как климактерический синдром.

Как часто встречается климактерический синдром?

По данным нашей клиники (Е. М. Вихляева), климактерический синдром наблюдается в 39% по отношению к общему числу женщин, находящихся в климактерическом периоде, т. е. в возрасте 45—50 лет. При этом важно отметить, что наиболее частый болезненный симптом — приливы — может возникнуть (как у нашей больной) еще задолго до начала климактерических изменений менструальной функции.

По данным Е. М. Вихляевой, в 17,8% приливы возникли (среди обследованных ею 712 женщин в возрасте старше 40 лет) еще при вполне нормальной менструальной функции. В 37,2% они появились одновременно с изменениями менструальной функции и в 45% — с наступлением менопаузы.

Симптомы климактерического синдрома весьма разнообразны и нередко сочетаются в различных вариантах. Так, по данным Е. М. Вихляевой, больные жаловались на приливы жара (в 94%), потливость (56%), головные боли (43%), боли в области сердца, головокружение, раздражительность (26%), бессонницу (25%), слабость (24%), плаксивость (16%), пошатывание и потерю равновесия (12%). Более редко встречались жалобы на ознобы, шум в ушах и голове, парестезии, тошноту и рвоту, зуд гениталий, потерю сознания.

Климактерические изменения менструальной функции (задержки менструаций, метрорагия), по нашим данным, появляются в среднем в 43,95 лет и продолжаются око-

до 19 месяцев; более длительные изменения (до 3 и больше лет) менструальной функции наблюдались в 7,2%.

Что касается времени наступления менопаузы, то, по данным Е. М. Вихляевой (1956—1957), менопауза наступает у жительниц средней полосы Европейской части СССР в среднем в 46 лет 8½ месяцев. Таким образом, по сравнению со сводными статистиками, относящимися к началу настоящего столетия, отмечается более позднее сохранение менструальной функции и наступление климактерия.

При этом интересно отметить, что при постепенном переходе к менопаузе (что отмечено в 66,1%) климактерий обычно протекает физиологически. При внезапном прекращении менструаций (в 33,9%) чаще возникает климактерический синдром.

Вернемся к данным обследования больной С. Болезненные симптомы, по поводу которых она обратилась к нам (приливы, нарушения менструальной функции), весьма характерны для климактерия. Вместе с тем при выборе метода лечения необходимо учитывать, что явления климактерического синдрома осложняются у больной гипертонической болезнью I степени и атеросклерозом с преимущественным поражением коронарных сосудов сердца.

Е. М. Вихляева предлагает различать три клинических варианта климактерического синдрома: 1) типичная неосложненная форма, характеризующаяся закономерной связью между возникновением признаков заболевания и климактерия, 2) осложненная форма — сочетание климактерического синдрома и гипертонической болезни и 3) «атипичная» форма (чаще у женщин молодого возраста), в патогенезе которой значительное место принадлежит дисэнцефальным нарушениям.

В соответствии с этой клинической классификацией заболевание больной С. относится ко 2-му варианту. Вместе с тем, необходимо с особой осторожностью относиться к жалобе больной на расстройства менструальной функции, в особенности в форме метроррагии.

По данным В. В. Витенбурга и А. Ф. Златмана, в 41% причиной маточных кровотечений в менопаузе являются злокачественные опухоли, по Г. Гейсу — в 68%.

Как и в предыдущих лекциях, посвященных изучению

больных с дисфункциональными кровотечениями, мы вновь напоминаем о настойчивой необходимости диагностического выскабливания у каждой больной с нарушением менструальной функции по типу метроррагии в климактерическом и старческом периоде (опасность пропустить рак!). При этом необходимо исключить также возможность гормонопродуцирующей опухоли яичника, которая нередко может возникнуть у женщины в эти годы (гранулезоклеточная опухоль, текома яичника, весьма редко — фибромиома яичника).

Хотя у больной маточные кровотечения сменяются аменореей, мы все же решили произвести ей прежде всего диагностическое выскабливание.

Больная была госпитализирована в гинекологический стационар. При выскабливании (11 февраля 1962 г.) был получен незначительный соскоб; длина полости матки — 5 см. При гистологическом исследовании обнаружена атрофическая слизистая матки.

Диагноз гормонопродуцирующей опухоли яичника мы исключили на основании данных гинекологического осмотра и гистологического исследования (яичники не пальпируются, матка атрофичная, слизистая ее также атрофична). Как указывалось выше, при цитологическом исследовании влагалищного мазка была установлена II реакция. Достаточны ли эти данные для заключения об уровне эстрогенной экскреции?

В литературе последних лет (В. М. Дильман, 1958; М. Г. Арсеньева, О. Н. Савченко и Г. С. Степанов, 1960; Pundel, 1957) опубликованы данные о неполном соответствии между цитологической картиной влагалищного мазка и уровнем выделения с мочой суммарных эстрогенных гормонов. Исследования И. Д. Ариста, Argonnet и Turnbull, Pundel, Wied показали, что более достоверным является определение кариопикнотического и атрофического индексов. Кариопикнотический индекс представляет собой отношение поверхностных клеток влагалищного эпителия (с пикнотическими ядрами) к общему количеству клеток в мазке (в процентах). Индекс глубоких клеток, или атрофический индекс, — это процентное отношение суммы базальных и парабазальных клеток к общему количеству клеток.

Согласно данным указанных выше авторов кариопикнотический индекс при нормальном менструальном

цикле равен в среднем 30%, колеблясь от 20—25% после менструации до 60—85% к моменту овуляции.

Для определения индексов влагалищный мазок фиксировался в смеси с эфиром и окрашивался гематоксилином и эозином; под большим увеличением подсчитывали 500 клеток и вычисляли на основании этого указанные индексы. Эти индексы, как указано выше, оказались у больной С. очень низкими (3%), что говорит о значительном снижении экскреции эстрогенов.

Как же лечить больную?

Конечно, лечение должно быть комбинированным с учетом общих изменений (ожирение, склеротические изменения сосудов). Необходимо также предупредить больную о необходимости длительного лечения, так как возрастные изменения у нее весьма серьезны и, естественно, осложняют клиническую картину климактерического синдрома. При выборе методов лечения больной мы прежде всего подумали об общегигиенических мероприятиях и соблюдении рационального режима (ежедневные прогулки на свежем воздухе, достаточный сон, физическая культура). Лечебную физическую культуру мы порекомендовали в виде утренней гигиенической гимнастики (15—20 мин) и лечебной гимнастики 3 раза в неделю (в соответствии с пожилым возрастом больной, под наблюдением методиста физической культуры), умеренного плавания и общего массажа. Ввиду некоторого ожирения больной (вес — 86,2 кг, рост — 163 см) порекомендуем строгое соблюдение диеты с преобладанием овощей (салат, капуста, редька, свекла, морковь) и черного хлеба (в небольшом количестве). Подобная пища полезна не только для предупреждения запоров, но и для пополнения витаминных запасов организма.

Мы рекомендовали больной и лечение витаминами, тем более, что она длительно жила и работала в Заполярье. Были назначены следующие витамины: 1) витамин А — в виде 1% спиртового раствора цитраля по 15 капель в день, 4 недели, 2) витамин В<sub>1</sub> — по 10 мг тиаминбромида 2—3 раза в день, 3) витамин С — по 300 мг в течение 1½ месяца, 4) витамин Е — по 300 мг ежедневно в течение 6 недель.

Витамин А обладает антигистаминными свойствами и ускоряет внутриклеточные окислительные процессы; витамины В и С целесообразно применять в связи с

тем, что в климактерическом периоде иногда обнаруживается эндогенный авитаминоз и С-гиповитаминоз. Применение витамина Е целесообразно у пожилых женщин вообще, а при климактерическом синдроме — в особенности, так как он улучшает кровообращение, в частности в гипофизе, и повышает резистентность капилляров.

Эти гигиенические и диететические мероприятия мы сочетали с комбинированным гормональным лечением эстрогенами и андрогенами. Еще недавно для лечения больных, страдающих климактерическим синдромом, применяли в основном эстрогены; при этом считали, что они подавляют повышенную (в климактерии) гонадотропную функцию гипофиза. Однако ряд новейших исследований показал, что эстрогены существенно не влияют (в обычной дозировке) на гонадотропную функцию гипофиза. Кроме того, клинический опыт говорит о том, что трафаретное введение эстрогенов (в особенности длительное, несмотря на повышенное иногда выделение их в климактерии) может повести к осложнениям: пролиферативным изменениям в половых органах (влагалище, матке) и появлению кровянистых выделений из матки.

При комбинированном назначении эстрогенов и андрогенов оба гормона пополняют физиологический баланс в организме, повышают общий тонус, обуславливают ощущение хорошего самочувствия; побочное действие в виде пролиферативных процессов и кровянистых выделений из матки при таком сочетании наблюдается значительно реже, чем при лечении только эстрогенами. Кроме того, известно, что половые гормоны широко используются при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: стенокардии, гипертонической болезни (М. И. Шевлягина, К. С. Раева, П. Я. Лельчук, Masters и Magallon).

Опыт нашей клиники (Е. М. Вихляева) позволяет рекомендовать сочетание эстрогенов и андрогенов в соотношении 1 : 50.

Итак, мы назначили больной, кроме витаминов, от 0,5 мг до 1 мг эстрадиол-дипропионата (или акрофоллина) (10 000 МЕ) и 25—50 мг масляного раствора тестостерон-пропионата. Инъекция указанных препаратов производилась 1 раз в 5 дней; внутримышечно, в одном шприце; длительность курса лечения составила 6 недель.

После первого курса этого лечения больная отметила улучшение — уменьшилось количество приливов, она стала переносить их легче. Однако эффект лечения был нестойким и продолжался около 2 месяцев, после чего вновь возобновились тягостные приливы и боли в области сердца. Это обусловило необходимость провести в течение 1962—1963 гг. (с перерывами в 3 месяца) повторные курсы лечения поддерживающими дозами гормонов. При этом дозировка гормонов оставалась прежней, но интервалы между инъекциями увеличились до 10, 15, 25, 30 дней. Получены стойкие положительные результаты — значительно улучшилось самочувствие, прекратились приливы, исчезли боли в области сердца; вес больной уменьшился на 6 кг.

В последнее время, при осложненной форме климактерического синдрома, с успехом используют также транквилизаторы (аминазин — А. М. Раскин, френолон — Е. М. Вихляева). Дозу френолона подбирают индивидуально (под контролем билирубина сыворотки крови в течение 6 недель); начинают с 2—5 мг в день, но не больше 10 мг в день; в конце курса лечения (до 6 недель) дозу постепенно снижают.

Итак, терапия больной показала, что комбинированное настойчивое лечение климактерического синдрома может быть весьма эффективным и может избавить от длительного, тяжелого страдания.

Вопросы профилактики климактерического синдрома еще не достаточно разработаны. Несомненно, большое значение имеют рациональный образ жизни, гигиена умственного и физического труда, занятие физической культурой.

## Лекция XIV

### СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (SYNDROMUM QVARIORUM POLYCYSTICORUM)

Больная А., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику 2 апреля 1961 г. с жалобами на аменорею, гипертрихоз, бесплодие.

**Анамнез.** Родители, братья, 2 сестры здоровы. В детстве росла в благоприятных материально-бытовых условиях. Из детских инфекций перенесла корь, коклюш, скарлатину; осложнений после этих заболеваний не было. Взрослой повторно болела гриппом.



**Менструальная функция.** Менструации начались с 14 лет, установились сразу, приходили через 4 недели по 4 дня, неболезненные, довольно обильные. Последние менструации были 2 года тому назад.

**Половая функция.** Замужем с 22 лет; половое влечение выражено удовлетворительно. Супруги не предохраняются от беременности; однако А. ни разу не беременела. Муж — 29 лет, здоров. При обследовании его нарушений генеративной способности и половой потенции не установлено.

**Развитие заболевания.** 2 года тому назад менструальная функция у больной начала нарушаться. Вначале (в течение 3 месяцев) менструации стали скудными, но приходили, как и раньше, регулярно через 4 недели. С апреля 1959 г. наступила аменорея. С сентября того же года больная начала отмечать усиление роста волос на подбородке и щеках, животе и наружных половых органах. Эти изменения прогрессировали очень медленно. Тембр голоса не изменился. К врачам не обращалась. Наконец, в конце марта 1961 г. она обратилась в женскую консультацию по поводу бесплодия, прогрессирующего гипертрихоза и аменореи.

При осмотре обнаружено увеличение обоих яичников, и больная была направлена в гинекологическую клинику с диагнозом двусторонней кисты яичников.

**Общее обследование.** Телосложение правильное; упитанность средняя. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Пульс — 76 ударов в минуту, ритмичный. Выраженное оволосение на подбородке, верхней губе и на щеках. Голос женского тембра. Язык влажный, не обложен.

При исследовании сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот при пальпации мягкий; по средней линии живота — оволосение.

Печень и селезенка не прощупываются. Стул регулярный. Мочеиспускание не затруднено.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы небольшие; железистая ткань выражена плохо.

Волосистость на лобке и наружных половых органах хорошо развита; верхняя граница оволосения на лобке проходит горизонтально. Наружные половые органы несколько гипопластичны. Наружное отверстие уретры и выводные протоки больших вестибулярных желез без отклонений от нормы. Вход во влагалище узкий.

Влагалище обычной глубины; слизистая оболочка влагалища бледно-розовая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы; зев округлый. Из канала шейки — выделения, в очень большом количестве. Симптом «зрачка» отрицательный.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, подвижная, несколько меньше нормальной величины. Справа и слева от матки пальпируются опухолевидные образования плотной, местами тугоэластической консистенции, с неровной поверхностью, диаметром 5×4×3 см, подвижные, неболезненные. Влагалищные своды не выпячены. При исследовании через прямую кишку получены те же данные.

**Лабораторные исследования.** Цитология влагалищного мазка — II реакция.

Бактериоскопия содержимого влагалища — III степень чистоты (по Гейлину).

Содержание 17-кетостероидов в моче — 12 мг/24 ч.

При рентгенографии турецкого седла установлено, что оно овоидной формы, без патологических изменений.

При клиническом анализе крови и мочи отклонений от нормы не установлено. РОЭ — 6 мм в час.

6 апреля 1961 г. с диагностической целью было произведено выскабливание слизистой оболочки матки. Длина полости матки — 7 см; соскоб незначительный. При гистологическом исследовании обнаружена атрофическая слизистая матки.

Каков же диагноз?

Больная была направлена в клинику с диагнозом двусторонней кисты яичников. Обоснован ли достаточно этот диагноз или следует подумать и о других патологических изменениях придатков матки: воспалительном процессе, истинной опухоли (кистоме, фиброме), гормонопродуцирующей опухоли, так называемых поликистозных яичниках и, наконец, о патологии надпочечников (гиперплазии, опухоли)?

Против диагноза кист яичников (т. е. ретенционных образований) говорят как данные анамнеза, так и объективного исследования: нарушения менструальной функции — аменорея, развития гипертрихоза, обнаружение двусторонних опухолевидных образований яичников. Консистенция их плотная, а не эластическая; неровная поверхность.

При обнаружении опухолей в области придатков матки необходимо принять во внимание и возможность воспалительного процесса маточных труб с образованием сактосальпинксов. Однако против этого диагноза говорят данные анамнеза, в котором нет никаких указаний на гинекологическое заболевание воспалительного характера (бели, боли, дизурические явления, туберкулез в семье, туберкулез у больной), а также данные объективного исследования (отсутствие эрозии, эндоцервицита, уретрита; плотная овоидная форма опухолей, подвижность и безболезненность их).

Учитывая указанные выше общие изменения у больной и наличие двусторонних опухолей в области придатков матки, мы подумали о патологии яичников, но не типа кистомы, а гормонопродуцирующей опухоли, или псевдоопухоли (поликистозных яичниках).

В табл. 4 схематически представлены основные варианты эндокринной патологии, наблюдающейся при заболеваниях яичников, и соответствующие им клинические синдромы.

**Эндокринные синдромы, наблюдающиеся  
при патологии яичников  
(по Моррис и Скулли)**

Гормональные особенности	Характер синдрома	Клинические симптомы	Вид патологии яичников
Повышенная продукция эстрогенов или длительное выделение эстрогенов	Эстринизм: 1) преждевременное половое созревание; 2) нарушение менструальной функции; 3) кровотечения в менопаузе	Метроррагия, аменорея. Увеличение молочных желез и развитие вторичных половых признаков. Гиперплазия эндометрия (Са?) и эпителия маточных труб. Гипертрофия миометрия (миома?). Корнификация слизистой влагалища	Простые кисты яичников (очень редко). Поликистозные яичники. Гранулезоклеточные опухоли. Редко — опухоли из сертоли — лейдиговских или липоидных клеток
Пониженная продукция эстрогенов (или повышенная продукция андрогенов, постепенно возникающая)	Дефеминизация (или недостаточная феминизация)	Олигоменорея, аменорея. Атрофия молочных желез, вторичных половых признаков. Атрофия эндометрия, миометрия, трубного эпителия, слизистой влагалища	Атрофия (агезия) яичников. Поликистозные яичники. Гериномы (дисгерминомы), маскулинизирующие овариальные опухоли
Повышенная продукция андрогенов	Маскулинизация (с дефеминизацией или без нее)	Гирсутизм. Увеличение клитора. Преходящее уменьшение оволосения и облысение. Расширение гортани и изменение голоса. Мужской внешний вид	Поликистозные яичники с гипертекозом. Гиперплазия гилусных клеток. Опухоли из сертоли — лейдиговских клеток. Опухоли из липоидных клеток. Редко — гранулезоклеточные опухоли
Повышенная продукция кортико-стероидов	Синдром Кушинга (с маскулинизацией или без нее)	Ожирение туловища, стрии, полицитемия. Повышение артериального давления. Предиабет. Остеопороз	Опухоли из липоидных клеток

Какие же из указанных в таблице изменений в яичниках могли обусловить болезненные симптомы, отмеченные у больной, т. е. аменорею, бесплодие и гирсутизм? Прежде всего обращает на себя внимание, что болезненные симптомы развивались у больной постепенно. Вначале появилось нарушение менструальной функции в форме гипоменореи, сменившейся затем аменореей. В дальнейшем появилось избыточное оволосение и бесплодие. Однако гирсутизм не сочетался ни с понижением тембра голоса, ни с атрофией молочных желез, ни с гипертрофией клитора. Другими словами, признаки максулинизации не прогрессировали.

Подобная динамика возникновения и развития болезни позволяет нам говорить о постепенной, неполной дефеминизации и последующем развитии лишь одного из признаков максулинизации — гирсутизма.

Такая картина заболевания может наблюдаться при некоторых формах патологии яичников и надпочечников. Из патологических форм яичников необходимо учитывать: атрофию их или агенезию, маскулинизирующую опухоль яичников (арренобластому) и, наконец, поликистозные яичники. При патологии надпочечников подобные симптомы могут возникнуть и при гиперплазии коркового слоя и при опухолях надпочечников.

Разберем последовательно все эти болезненные формы.

Для диагноза агенезии или атрофии яичников у больной нет никаких оснований, так как она регулярно менструировала с 14 до 25 лет. Против предположения об атрофии яичников убедительно говорят и данные объективного исследования: яичники не уменьшены, а, наоборот, представляют собой довольно большие опухолевидные образования (размерами  $8 \times 6 \times 3$  см).

При омужествляющей опухоли — арренобластоме яичников — значительно больше, чем у больной, выражены признаки вирилизации (мужская внешность, низкий тембр голоса и гипертрофия клитора).

Аменорея и гирсутизм могут возникнуть и при патологии надпочечников — гиперплазии коркового слоя или опухоли. Однако отсутствие повышенного выделения 17-кетостероидов и четкое определение двухсторонней опухоли яичников позволяют считать, что симптомы заболевания связаны с патологией яичников, а не

надпочечников. При подозрении на опухоль надпочечников имеет большое диагностическое значение оксисупраренография. Однако вряд ли есть показания к применению этого довольно сложного способа исследования у больной, так как у нее четко определяются двухсторонние опухоли яичников.

Таким образом, можно считать, что предположение о патологии надпочечников у больной мало обосновано.

Развитие болезненных симптомов, которые обнаружены нами у больной, наблюдается, наконец, и при особой патологии яичников — так называемых поликистозных яичниках. В пользу этого говорят клинические признаки заболевания (аменорея, бесплодие, гирсутизм) и обнаружение с двух сторон увеличенных, плотных яичников. Диагноз поликистозных яичников может быть убедительно подтвержден с помощью кульдо- или лапароскопии. При этом можно хорошо увидеть большие, так называемые «серые яичники». Однако нет оснований прибегать к этому дополнительному методу исследования, связанному с инструментальным вхождением в брюшную полость, так как при двуручном исследовании опухолевидное увеличение яичников не вызывает никаких сомнений.

Синдром поликистозных яичников называют еще синдромом склерокистозных яичников, или синдромом Штейн—Левентала, так как эти авторы детально описали (в 1935 г.) клиническую картину и морфологические изменения поликистозных яичников. Однако необходимо указать, что подобные изменения в яичниках были значительно раньше описаны отечественными авторами — Я. К. Хачкурузовым (1915) и С. К. Лесным (1928).

В чем же заключается эта патология яичников, каково ее происхождение и лечение?

Макроскопически яичник представляется значительно увеличенным, с блестящей сероватой или белесоватой поверхностью, через которую могут просвечивать кисточки различных размеров. Консистенция яичника плотная. На разрезе (рис. 13) ткань яичника местами плотная, местами кистозно измененная; кистозные полости разных размеров (до 3—4 см в диаметре). При гистологическом исследовании обнаруживают утолщение белочной оболочки и коркового слоя, обусловленное развитием в нем соединительной ткани. Большая часть при-

мортиальных фолликулов находится в состоянии распада или дистрофии; немного зреющих фолликулов с явлениями кистозной и облитерационной атрезии. Клетки thecae internae обычно значительно гиперплазированы. Желтых тел нет; имеются единичные белые тела. Мозговой (как и корковый) слой утолщен за счет развития соединительной ткани. Стенки кровеносных сосудов утолщены и склерозированы.

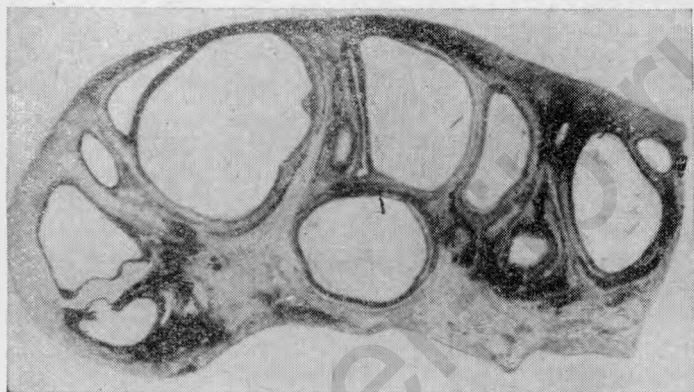


Рис. 13. Поликистозный яичник.

По вопросу о причине подобных изменений яичников предложено несколько теорий. Одни авторы объясняют развитие поликистозных яичников первичной патологией гипофиза, другие надпочечников; наряду с этим, некоторые авторы указывают на роль общих изменений организма. Так, Cotte, Bouilly связывают эти изменения с общим инфантилизмом, воспалительными процессами, туберкулезом, сифилисом.

Menge и Oettingen считают, что склерокистозные яичники возникают при конституциональной аномалии типа *status thymico-lymphaticus*.

Е. Е. Гиговский высказал предположение, что эти изменения яичников зависят от патологии гипофиза и яичников. Stein, Leventhal, Kogen, Selye, Collip объясняют развитие поликистозных яичников нарушением их

функции вследствие повышенной продукции фолликуло-стимулирующего (ФСГ) гормона гипофиза. Govan, Zus-pan, Rosa показали, что у детей, родившихся от матерей, страдавших поздним токсикозом (нефропатией, преэклампсией), возникают изменения в яичниках, имеющие

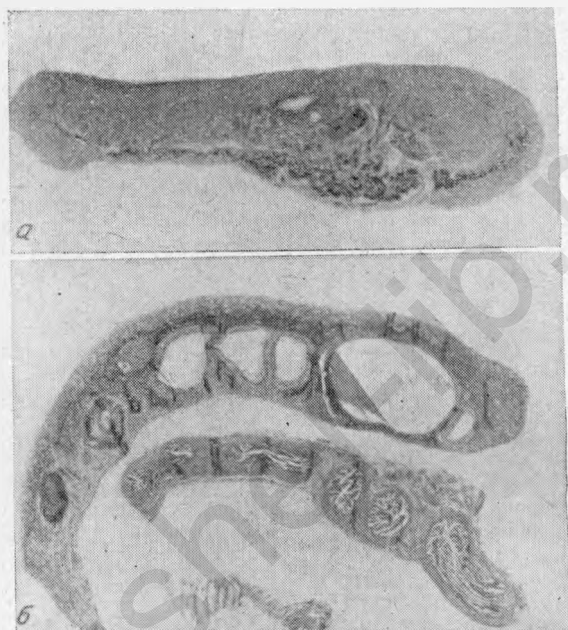


Рис. 14. Нормальный яичник новорожденной девочки (а). Яичник внутриутробно погибшей девочки (б); у ее матери — тяжелая форма нефропатии.

сходство со склерокистозными яичниками; яичники при этом больше нормальных, с кистозными атрезированными фолликулами, гиперплазией клеток thecae internae и лютеинизацией (рис. 14). Govan объясняет эти изменения повышенной секрецией гонадотропного фолликуло-стимулирующего гормона (ФСГ), которая наблюдается при поздних токсикозах беременности.

По-видимому, наиболее обоснованна как экспериментально, так и клинически гормональная теория, согласно

которой нарушается корреляция между функцией яичников, гипофиза и диэнцефальной областью.

Новейшие данные литературы говорят о том, что при поликистозных яичниках нарушается биосинтез прогестерона из прегненолона, что обусловлено недостатком энзима  $3\beta$ -ол-дегидрогеназы. Приведенная теория, однако, не является общепризнанной.

Заболевание возникает большей частью в половозрелом возрасте и лишь весьма редко — у детей. Характерные симптомы (гипоменорея, аменорея, иногда — метроррагия, гирсутизм, ожирение, бесплодие, увеличение яичников) развиваются постепенно.

История болезни А. весьма характерна для синдрома поликистозных яичников с клиникой, описанной Штейн—Левенталем. Однако при сходных морфологических изменениях клиника поликистозных яичников весьма вариабельна и отнюдь не исчерпывается указанными выше признаками. Так, при возникновении поликистозных яичников у девочек иногда наблюдается метроррагия. В половозрелом и старческом возрасте может возникнуть метроррагия, а также гирсутизм. Эта вариабельность клинической картины заболевания объясняется возможностью двух типов нарушений биосинтеза гормонов в яичнике и в соответствии с этим характера выделяемых стероидов.

При поликистозных яичниках могут наблюдаться как симптомы эстринизма, так и, наоборот, дефеминизации и маскулинизации.

Терапия этого заболевания изредка может быть консервативной, но у большинства больных она должна быть хирургической и заключаться в резекции измененных яичников.

Консервативная терапия допустима при наличии незначительных изменений яичников (в сочетании с нарушением менструаций и гирсутизмом) и нечетких данных лапаро- и кульдоскопии.

По данным нашей клиники в таких случаях целесообразно лечение (в течение 4—6 месяцев) прогестероном (по 10 мг в течение 6 дней во второй фазе цикла), но никоим образом не эстрогенами.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии или при значительных изменениях яичников, безусловно, показано хирургическое лечение. Чрезмерно длительное консервативное лечение или наблюдение необоснованно,



так как операция клиновидной резекции яичников у огромного большинства больных дает положительный эффект. Так, по данным М. Д. Моисеенко, Ф. Д. Шахновской и И. В. Голубевой, регулярный менструальный цикл восстановился в первые два месяца почти у всех оперированных больных (61 человек); гирсутизм после операции не исчезал, но и не прогрессировал; у 14 из 39 женщин с первичным бесплодием на первом году после операции наступила беременность, 11 из них родили в срок, у 3 произошел самопроизвольный аборт. По данным Е. И. Кватера и М. Л. Крымской, менструации восстановились после операции у 16 из 20 больных. По данным Klinefelter и Jones и Jones, клиновидная резекция яичников в 90% приводит к возобновлению правильного менструального цикла; у женщин, страдавших ранее бесплодием, в 65% наступила беременность. По данным Ingersol, нормальные менструации возобновились после операции клиновидной резекции яичников у 62 (из 81); беременность наступила у 33 из 53 больных, вышедших замуж.

Важно также отметить, что, по данным Jacson и Dockerty, длительное существование поликистозных яичников предрасполагает к развитию рака матки. Эти авторы обнаружили рак шейки матки у 16 из 43 больных с синдромом поликистозных яичников. Правда, подобных наблюдений у других авторов мы не нашли.

Мы считаем необходимым предложить больной А. оперативное лечение, так как заболевание развивается уже в течение двух лет и изменения в яичниках значительны. Больная дала согласие на операцию.

14 апреля 1961 г. произведена была операция. При чревосечении было обнаружено, что оба яичника увеличены до  $7 \times 9 \times 3$  см, с гладкой, блестящей, неровной поверхностью, беловатого цвета. Трубы и матка без изменений. Произведена клиновидная резекция  $\frac{2}{3}$  обоих яичников. Ткань их плотная; в корковом слое яичников — кисты разной величины — от мелких до более крупных (до 3 см в диаметре).

При гистологическом исследовании препаратов подтвержден диагноз поликистозных яичников.

Послеоперационный период проходил без осложнений и на 12-й день (26 апреля 1961 г.) больная выписана из клиники; рекомендовано дальнейшее наблюдение.

Последнее показало, что через 2 месяца после операции у больной возобновились регулярные менструации, а затем наступила беременность. В ноябре 1962 г. она самостоятельно родила живую девочку, весом 4 кг.

Итак, мы познакомились с очень своеобразной формой патологии яичников, так называемым синдромом поликистозных яичников.

Диагноз этого синдрома значительно облегчается, если у больной аменорея, гирсутизм и бесплодие, а также прощупываются плотные, увеличенные яичники. Терапия в подобных случаях, как правило, хирургическая — резекция не больше  $\frac{2}{3}$  измененных яичников. Прогноз после операции у большинства больных благоприятный. В редких случаях рецидива болезненных симптомов и выявления повышенного количества 17-кетостероидов целесообразно лечение кортизоном, так как, возможно, причиной маскулинизации является гиперплазия коры надпочечников, а не ошибочно диагностированные поликистозные яичники.

Профилактика поликистозных яичников затруднительна, так как мы не знаем причины их развития. Однако, принимая во внимание исследование о значении в их патогенезе токсикозов беременности, воспалительных процессов и инфантилизма, следует считать очень важным своевременное предупреждение этих заболеваний.

## Лекция XV

### ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ЯИЧНИКА (GRANULOSACELL TUMOR. FOLLICULOMA OVARIИ)

Больная Л., 48 лет, по специальности учительница средней школы, поступила в гинекологическую клинику 1 декабря 1960 г. с диагнозом опухоли левого яичника и жалобами на боли внизу живота, скудные ациклические кровотечения и ноющие боли внизу живота и в пояснице.

**Анамнез.** Родилась в семье служащего, 4-м ребенком. Родители живы, здоровы. Отцу — 70 лет, матери — 68 лет. 2 брата и сестра здоровы. Росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Перенесла в детстве корь, скарлатину, свинку.

**Менструации** начались в 12 лет, установились сразу, через 30 дней, по 3 дня, безболезненные, в умеренном количестве.

Последняя нормальная менструация была 6 лет тому назад, после чего наступила аменорея.

*Половая и детородная функции.* Замужем с 19 лет. Было 4 беременности. Первая беременность наступила через год после начала половой жизни, закончилась срочными нормальными родами; ребенок жив. При 2-й и 3-й беременности (1934, 1935 гг.) был произведен искусственный аборт, в больничной обстановке, без осложнений. Последняя беременность (4-я) закончилась срочными нормальными родами, в 1939 г. Ребенок жив. В последующие годы не беременела, супруги предохраняются от беременности (муж применяет презервативы).

*Развитие заболевания.* В 1931 г. подверглась операции по поводу аппендицита. Операция прошла без осложнений. С 1954 г., в возрасте 42 лет, внезапно наступила аменорея. По этому поводу систематически, в течение 2 лет, проводилось в женской консультации циклическое гормональное лечение, однако менструации не возобновились. Больная чувствовала себя удовлетворительно и прекратила лечение.

3 года тому назад при осмотре гинекологом была обнаружена опухоль левого яичника, по словам больной — с грецкий орех, и небольшая эрозия шейки матки.

При дальнейшем систематическом наблюдении в женской консультации установлен медленный рост опухоли; лечение эрозии не проводилось.

Больной рекомендовали оперативное лечение, от которого она отказалась. В последние 3 месяца появились нерегулярные, в скудном количестве, кровянистые выделения из влагалища. Несмотря на это, Л. к врачам не обращалась. 25 ноября 1960 г. после поднятия небольшой тяжести возникли острые боли внизу живота, слева от срединной линии тела, отдававшие в пупок. Приступ более продолжался 2 ч. В это же время вновь возникли кровянистые выделения из влагалища. Вызванный врач неотложной помощи рекомендовал немедленную госпитализацию в гинекологическое отделение. Однако вскоре после осмотра врача боли прекратились, и больная поступила в клинику лишь спустя 6 дней.

*Общее обследование.* Больная правильного телосложения, умеренного питания. Температура при поступлении —  $36,8^{\circ}$ , пульс — 72 удара в минуту. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, не обложен. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не обнаружено. Живот слегка вздут, не болезнен при пальпации. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочепускание не нарушено.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы несколько дряблы, без патологических изменений. На лобке оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально. Наружное отверстие уретры и больших вестибулярных желез без особенностей. Промежность без рубцевых изменений. Из заднепроходного отверстия выпячиваются 2 небольшие геморроидальные шишки.

Осмотр с помощью влагалищных зеркал: шейка цилиндрической формы. Наружный маточный зев щелевидный. Из канала шейки

матки — довольно обильные кровянистые выделения. На задней губе шейки матки небольшая (1×2 см) не кровоточащая эрозия.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, мягковатой консистенции, увеличена соответственно пятинедельной беременности, подвижна, грушевидной формы. Признак Горвица — Гегара отрицательный. Справа придатки матки не пальпируются. Слева от матки определяется опухоль овоидной формы, бугристая, размером 6×8×4 см, ограничено подвижная, слегка болезненная, тугоэластической, местами плотной, консистенции.

**Анализ крови.** Hb 11,5 г%, эр. 4 млн., цветной показатель 0,71, л. 6500, э. 4%, п. 4%, с. 56%, лимф. 30%, мон. 61%, РОЭ — 17 мм в час.

**Анализ мочи** (получена катетером). Количество — 150 см<sup>3</sup>. Удельный вес — 1010. Прозрачность полная, следы белка, сахара нет. Цвет соломенно-желтый; реакция нейтральная. Микроскопия осадка: эпителий плоский — единичные клетки, почечный — нет. Лейкоциты — 3—5 в поле зрения. Цилиндров нет.

При рентгенологическом обследовании желудка и кишечника патологических изменений не установлено.

Каков же диагноз? Из анамнеза известно, что 3 года тому назад у нее была обнаружена какая-то опухоль левого яичника, величиной с грецкий орех (напомним средние размеры яичников взрослой женщины: длина — 3—5 см, ширина — 1,5—3 см, толщина — 0,7—1,5 см).

В дальнейшем был обнаружен медленный рост этой опухоли, и теперь она имеет размеры 6×8×4 см. Расположение опухоли в полости малого таза позволяет предположить, что она исходит или из мочевых органов (мочевое пузыря, мочеточника), или кишечника, или из половых органов. Опухоли мочевого пузыря (папиллома, рак) сопровождаются в значительном большинстве случаев определенными симптомами: дизурией, гематурией, наличием белка, большого числа лейкоцитов в моче. Этих признаков мы не обнаружили. Кроме того, против предположения о злокачественной опухоли мочевого пузыря (или кишечника) говорят также медленный (за последние 3 года) рост опухоли и отсутствие указаний на метастазирование ее. Для рака мочевого пузыря не характерно и расположение опухоли у боковой стенки таза.

Опухоли мочеточника встречаются очень редко и, как правило, дают болезненные симптомы (боли в пояснице, иногда схваткообразные, нарушение мочеиспускания, примесь крови к моче). Ни одного из этих болезненных признаков у больной мы не обнаружили.

Наконец, напомним о редких случаях тазовой дистопии почки. Однако отсутствие каких-либо болезненных симптомов в анамнезе (тупых, временно усиливающихся болей в животе, в крестце), запоров, хронического колита, нарушения мочеиспускания, осложнений в процессе родов и, наконец, указание на медленный рост опухоли — все это позволяет отказаться от диагноза тазовой почки.

Против предположения об опухоли кишечника (прямой или сигмовидной кишки) говорит отсутствие каких-либо нарушений его функции (кроме склонности к запорам), примеси крови к каловым массам, очень медленный рост опухоли, ее овоидная, а не цилиндрическая (как при опухоли кишечника) форма.

Таким образом, мы имеем основание полагать, что опухоль у больной исходит не из мочевых органов или кишечника, а из гениталий. Это может быть опухоль матки (миома), маточной трубы (рак, саркома, сактосальпинкс) или яичника. Диагноз миомы матки у больной легко отвергнуть, так как нам удалось хорошо пальпировать отдельно от опухоли матку, лишь слегка увеличенную, мягкой консистенции. Рак маточной трубы встречается очень редко. Эта опухоль обычно неправильно овоидной формы, малоподвижна, быстро растет, интимно прилежит к матке. Нередко при ней наблюдаются довольно обильные бели желто-янтарного цвета. Ни одного из этих симптомов у больной нет.

Сактосальпинкс (гидро- или пиосальпинкс) возникает, как правило, в результате воспалительного процесса (септической, гоноррейной, туберкулезной этиологии), часто бывает двухсторонний. При объективном исследовании находят неправильно овоидной формы опухолевидное образование, интимно прилежащее к матке, неподвижное, болезненное, тугоэластической консистенции. Ни данные анамнеза, ни динамическое врачебное наблюдение не дают никаких оснований для наличия воспалительного процесса с образованием сактосальпинкса. Определение опухоли отдельно от матки, сбоку от нее, на месте, где обычно расположен яичник, позволяет прийти к заключению, что опухоль у больной исходит из яичника.

Истинная ли это опухоль (и какая) или ретенционная киста?

В пользу истинной опухоли яичника говорят ее неровная поверхность, местами плотная консистенция.

Но чем же тогда объяснить внезапные боли в животе, возникшие 5 дней тому назад, и ациклические кровянистые выделения из матки? Внезапное появление болей внизу живота можно наиболее вероятно связать с частичным перекрутом ножки опухоли яичника, т. е. подвешивающей и собственной связок яичника и мезовария. Второй симптом — ациклические кровянистые выделения из матки у больной в возрасте 48 лет — заслуживает самого пристального внимания. Метроррагия может возникать при раке тела и шейки матки, а также при особой форме опухолей яичника — гормонопродуцирующей опухоли, так называемой гранулезоклеточной опухоли. Другая форма феминизирующей опухоли, дающая аналогичные клинические симптомы, — текома яичника — встречается значительно реже. Эта опухоль по своему гистологическому строению близка к фиброме яичника, но отличается от нее эстрогенной функцией.

С целью дифференциальной диагностики и исключения рака тела матки, безусловно, показано у больной диагностическое выскабливание слизистой матки с последующим гистологическим исследованием. Кроме того, ввиду обнаружения эрозии шейки матки (длительно существующей), несомненно, показана также (несмотря на клинически благоприятный ее вид) биопсия с целью гистологического исследования.

Итак, для установления более точного диагноза и решения вопроса о методике хирургического лечения произведем предварительно диагностическое выскабливание слизистой матки и биопсию шейки матки.

4 декабря 1960 г. были произведены эти вмешательства. При гистологическом исследовании кусочка из шейки матки установлена железисто-папиллярная псевдоэрозия. При зондировании матки установлено, что длина ее полости — 8 см, деформации полости не обнаружено. При выскабливании получен обильный, крошковатый соскоб. При гистологическом исследовании поставлен диагноз железисто-кистозной гиперплазии слизистой оболочки матки.

Таким образом, мы исключили подозрение на рак шейки и тела матки. Вместе с тем, гистологически

подтверждено наличие псевдоэрозии, которая, по данным анамнеза, существует у больной уже несколько лет.

Обнаружение железисто-кистозной гиперплазии матки, увеличения и размягчения тела ее, наряду с нарушением менструальной функции вначале в виде аменореи, а затем метроррагии, у больной с опухолью яичника — все эти данные позволяют подтвердить высказанное нами ранее предположение, что опухоль левого яичника у больной относится к группе гормонопродуцирующих феминизирующих опухолей с эстрогенным действием — гранулезоклеточной опухоли. Против диагноза рака яичника говорит медленный рост опухоли, отсутствие ее бугристости и асцита. Кроме того, при раке яичников весьма редко наблюдаются признаки гиперэстрогении, которые имеются у больной Л., увеличение и размягчение матки, железистая гиперплазия слизистой матки.

Гранулезоклеточная опухоль яичника встречается сравнительно редко, по данным нашей клиники (Л. М. Белецкая) — в 1,3% (на 770 опухолей яичников). По данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР (И. С. Краевская), эти опухоли составили 2,5%, а по данным Института онкологии МЗ СССР — 3,2% (И. Д. Нечаева) опухолей яичников.

Гранулезоклеточные опухоли яичников возникают в любом возрасте, начиная с детства, но чаще после 40 лет. Так, по сборной статистике Diddle, среди 931 больных гранулезоклеточной опухолью яичника 50% были в возрасте от 45 до 64 лет. По Varangot, из 250 больных в возрасте до 10 лет было только 12, от 10 до 20 — 6, от 20 до 40 — 77 и от 40 и старше — 155. Самой молодой больной, описанной в литературе, была девочка 14 недель от роду (Zemke, 1941).

Название этой опухоли (гранулезоклеточная) дано было Werdt (1914). Подобную опухоль нередко называют также фолликуломой.

Клиническая картина, наблюдающаяся у больной при развитии гранулезоклеточной опухоли яичника, варьирует в зависимости от возраста больной. Как мы отмечали раньше, при развитии опухоли у девочек происходит преждевременное половое созревание (развитие молочных желез, оволосение по женскому типу, появление

менструаций). В половозрелом возрасте наблюдаются ациклические кровотечения, иногда аменорея. В климактерии и в старости наблюдаются, как у нашей больной, метроррагии, перемежающиеся с аменореей, некоторое увеличение и размягчение матки (не свойственные этому возрасту), а при гистологическом исследовании слизистой матки — гиперплазия ее. Размеры опухоли яичника колеблются от микроскопических до гигантских, весом до 15,5 кг. Опухоль большей частью односторонняя, поверхность ее часто бугристая, консистенция — плотноэластическая.

Макроскопически различают следующие формы опухоли — солидную, мелко- и крупнокистозную, одно- и многокамерную.

Клеточные элементы опухоли весьма сходны с гранулезным эпителием зреющих фолликулов (см. рис. 5, стр. 72). В протоплазме клеток и внеклеточно могут содержаться липоиды. Строма опухоли волокнистого строения, большей частью это аргирофильные волокна. В опухоли обнаруживается много сосудов (главным образом капилляров). В отдельных участках наблюдаются очаги кровоизлияний и некрозов.

Что касается гистогенеза гранулезоклеточной опухоли, то М. Ф. Глазунов считает, что она может происходить из 2 зачатков: из зрелой гранулезы нормальных и атретичных фолликулов и из мозговых тяжей, подвергшихся дифференцировке в гранулезу; из этих мозговых или «половых тяжей» образуются первичные фолликулы. Они существуют до половой зрелости, а затем подвергаются инволюции.

По морфологической картине опухоли трудно сказать — является ли она доброкачественной или злокачественной. Одни авторы считают ее доброкачественной (А. И. Гофман, В. П. Михайлов, Ф. Е. Петербургский), другие — злокачественной (И. С. Краевская, Diddls, Marchetti). М. Ф. Глазунов считает, что опухоль весьма склонна к малигнизации.

Резюмируя данные обследования больной и данные литературы, мы имеем основание прийти к выводу, что необходимо оперировать радикально ввиду того, что больная уже в возрасте 48 лет и, кроме опухоли яичника, у нее установлена длительно существующая



псевдоэрозия шейки матки. А эта патология, как известно, относится к предраковым состояниям.

Итак, больной необходимо произвести удаление матки с придатками. Больная дала согласие на операцию.

11 декабря 1960 г. была произведена (под эфирно-кислородным наркозом) операция экстирпации матки с придатками (брюшностеночным путем). Больная перенесла операцию хорошо. При микроскопическом исследовании опухоли левого яичника диагноз гранулезоклеточной опухоли был подтвержден. Со стороны правого яичника патологических изменений обнаружено не было.

Послеоперационный период прошел без осложнений, и 24 декабря больная была выписана для дальнейшего амбулаторного наблюдения. Мы не назначили ей последующей лучевой терапии, так как в литературе не содержится убедительных данных об улучшении отдаленных результатов после лучевой терапии гранулезоклеточных опухолей яичников, если нет убедительных морфологических подтверждений их злокачественности.

Возможно ли более консервативное вмешательство в виде односторонней овариотомии? Да, это возможно и оправдано у молодой женщины, настойчиво желающей сохранить способность деторождения. Мы наблюдали одну больную, в возрасте 28 лет, которой по поводу гранулезоклеточной опухоли яичника была произведена односторонняя овариотомия (при срочной гистологической диагностике)<sup>1</sup>. В дальнейшем она дважды нормально родила. При осмотре через 5 лет после операции (в 1959 г.) рецидива опухоли не обнаружено. Подобные наблюдения описаны рядом авторов (Diddls, O'Connor, Denell).

Каков же прогноз? Для ответа на этот вопрос обратимся к литературе. Весьма интересные данные длительного наблюдения за 157 больными с гранулезоклеточными опухолями яичников были опубликованы Sjostedt и Wahlen. Так, не было рецидива через 5 лет после лечения в 84,1%, через 10 лет — в 75%, через 15 лет — в 62,7% и через 20 лет — в 58,3%.

Таким образом, эти данные убедительно говорят о благоприятных результатах 5-летнего наблюдения и о

---

<sup>1</sup> Подробнее о срочной гистологической диагностике см. в лекции XVII.

повышении процента рецидивов в более поздние сроки (через 15—20 лет).

Исходя из этого, можно считать, что прогноз у больной Л. относительно благоприятен.

К сожалению, мы ничего не можем сказать о профилактике подобных опухолей.

Итак, в сегодняшней лекции мы познакомились с клиникой и лечением гранулезоклеточной опухоли яичника. Знание симптоматики этой опухоли, ее эстрогенных свойств позволяет без особого труда поставить предположительный диагноз. Окончательный диагноз (в случае сомнений) ставится путем срочного гистологического исследования после удаления опухоли. Оперативное лечение у огромного большинства больных должно быть радикальным — экстирпация матки с придатками. Последующая лучевая терапия не обязательна, так как она не улучшает прогноза. Лишь в единичных случаях, у молодых больных, страстно желающих сохранить способность к деторождению, допустима односторонняя овариэктомия. При обнаружении рецидива опухоли (в оставленном втором яичнике) показано ее удаление. Прогноз относительно благоприятен.

## Лекция XVI

### АРРЕНОБЛАСТОМА ЯИЧНИКА (ARRHENOBLASTOMA OVARII)

Ш., 35 лет по профессии инженер, поступила в гинекологическую клинику 8 октября 1961 г. с жалобами на аменорею в течение 7 лет, чрезмерное оволосение, огрубение голоса, головные боли.

**Анамнез.** Родители здоровы. Брат, сестры здоровы. Ш. в детстве перенесла корь, скарлатину, взрослой болела гриппом, ангиной. Росла в благоприятных материально-бытовых условиях.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, установились сразу, через 4 недели, по 4—5 дней, в умеренном количестве. Последние менструации были в 1954 г.

**Половая и детородная функция.** Замужем 3 года, мужу — 36 лет, здоров. Мер для предупреждения беременности супруги не принимают. Беременности у больной не было.

**Развитие заболевания.** В начале болезни она отметила некоторое похудание, затем начали уменьшаться и атрофироваться

молочные железы и внезапно наступила аменорея. Через 2 года после наступления аменореи, т. е. 5 лет тому назад, голос стал низким, грубым; резко усилилось оволосение, стал увеличиваться клитор; половое влечение почти исчезло. Нерегулярное гормональное лечение успеха не имело.

**Общее обследование.** Состояние удовлетворительное. Температура — 36,8°, пульс — 76 уд. в минуту, артериальное давление — 95/60 мм рт. ст. Реакция на свет живая, содружественная, язык влажный, не обложен. Телосложение правильное. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Вес — 72 кг, рост — 160 см. Лимфатические узлы не увеличены. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Отеков нет. Чрезмерная волосистость на лице



Рис. 15. Большая X. Аренобластома.

Первые две фотографии характеризуют внешний вид больной в момент максимального развития болезни; последняя — по выздоровлении.

(рис. 15), грудной клетке, животе и внутренней поверхности бедер. При обследовании легких и сердца патологических изменений не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Стул регулярный, только изредка запоры. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Сухожильные рефлексы живые, равномерные.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы слабо развиты, как бы атрофированы. Обильная волосистость на лобке и наружных половых органах. Большие и малые половые губы развиты нормально. Клитор гипертрофирован. Наружное отверстие уретры и большие вестибулярные железы без особенностей. Осмотр с помощью зеркала: влагалище узкое, слизистая его слегка гиперемирована. Шейка матки конической формы. Наружный маточный зев точечный. Из канала шейки выделения нет. Признак «зрачка» отрицательный.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, несколько меньше нормальной величины, грушевидной формы, плотной консистенции, подвижная. Справа от матки определяется опухоль, плотной консистенции, с мелкобугристой поверхностью, ограниченно подвижная, неболезненная, размерами 6×5×4 см. Левые придатки не пальпируются. Своды влагалища глубокие.

*Анализ крови.* Эр. 5,1 млн., Нв 13,2 г%, цветной показатель 0,79, л. 5100, э. 1%, п. 2%, с. 71%, лимф. 20%, мон. 6%, РОЭ — 11 мм в час.

*Анализ мочи.* Количество — 150 мл. Прозрачность полная. Цвет соломенно-желтый. Удельный вес — 1015. Белка и сахара нет. Микроскопия осадка — единичные эпителиальные клетки. Лейкоциты — 0—2 в поле зрения. Слизь немного.

Цитобактериоскопия влагалищного секрета — немного эпителиальных клеток; много лейкоцитов. Бактериальная флора почти полностью отсутствует.

При повторном цитологическом исследовании влагалищного мазка обнаружена I—II реакция.

Каков же диагноз?

При общем и гинекологическом исследовании мы обнаружили определенные черты вирилизации (низкий голос, значительное оволосение на лице, груди, наружных половых органах и бедрах, гипертрофия клитора), стойкую аменорею (7 лет), бесплодие в браке (3 года). Кроме того, была обнаружена опухоль правого яичника, плотная, бугристая, размерами 6×5×4 см.

Можно ли сказать все симптомы заболевания с опухолью яичника или же эта опухоль не гормонопродуцирующая и причина вирилизации большой экстрагенитальная?

Как мы уже указывали в лекции об адреногенитальном синдроме и позднем половом созревании, причины вирилизации у взрослых женщин весьма разнообразны: конституциональные, надпочечниковые (гиперплазия или опухоль коры надпочечников); диэнцефально-гипофизарные нарушения в форме болезни Иценко — Кушинга; поликистозные яичники; изредка гранулезоклеточная опухоль или арренобластома.

Перейдем к более детальному разбору указанных выше причин вирилизации и постараемся провести дифференциальную диагностику между экстрагенитальными и генитальными причинами вирилизации.

Для того чтобы решить поставленные вопросы, необходимо провести некоторые дополнительные исследования с целью уточнения функции надпочечников — определение 17-кетостероидов в суточной моче и пробу с кортизоном (если выделение 17-кетостероидов резко повышено); рентгенографию турецкого седла (состояние гипофиза).

Количество 17-кетостероидов в суточной моче оказалось довольно значительно повышенным — 34 мг. Для

ответа на вопрос, обусловлено ли это патологическим состоянием надпочечников (гиперплазией коры надпочечников, опухолью надпочечника) или гормонопродуцирующей (вирилизующей) опухолью яичника, была проведена проба с кортизоном. Она основана на том, что при введении кортизона угнетается секреция АКТГ из гипофиза. Если источником образования андрогенных гормонов является яичник, то количество 17-кетостероидов в моче почти не изменяется, так как АКТГ не оказывает влияния на секрецию гормонов яичника. Если же источником андрогенных гормонов является надпочечник, то уменьшение поступления АКТГ влечет за собой уменьшение выделения андрогенов корой надпочечников и снижение количества 17-кетостероидов в моче. В течение 4 дней больной Ш. вводили (ежедневно, внутримышечно) по 250 мг кортизона и определяли количество 17-кетостероидов в суточной моче. Оно колебалось между 28—33 мг/24 ч, т. е. почти не изменилось.

На основании этого мы можем сделать заключение, что повышение содержания 17-кетостероидов в моче у больной, вероятнее всего, связано с патологией (опухолью) яичника. При рентгенографии турецкого седла мы обнаружили, что оно правильной седловидной формы, с четкими контурами, с нерасширенным входом.

Таким образом, мы не получили никаких указаний на опухоль (или кисту) гипофиза. Однако у больной есть все же два симптома, которые наблюдаются нередко при опухолях гипофиза, — это аменорея и головные боли.

В связи с этим была проведена консультация окулиста. Окулист не обнаружил ни битемпоральных нарушений полей зрения, ни понижения остроты его. Таким образом, предположение об опухоли дизэнцефально-гипофизарной области как причине вирилизации у больной можно отвергнуть. У нее нет и характерных клинических признаков болезни Иценко — Кушинга: ожирения, багрово-цианотичного цвета лица и багровых атрофических полос, повышения артериального давления.

Все вышеприведенные данные приводят нас к заключению, что вирилизация больной обусловлена развитием опухоли яичника. Известно, что явления вирилизации наблюдаются при поликистозных яичниках, гранулезоз-

клеточной опухоли (редко) и чаще — при арренобластоме.

Как мы уже указывали, развитие поликистозных яичников сопровождается аменореей или весьма редкими (через 3—5 месяцев) менструациями, метроррагией и гирсутизмом.

Мы обнаружили у больной два из этих признаков: аменорею и гирсутизм. Однако для поликистозных яичников характерно обычно двустороннее поражение, а у больной увеличен лишь один яичник. Женский тембр голоса у больных с поликистозными яичниками обычно не изменяется, тогда как у больной голос стал низким, более грубым. Наконец, у больных с поликистозными яичниками клитор обычно не гипертрофируется, тогда как у больной он гипертрофирован. Все это позволяет нам отвергнуть диагноз синдрома поликистозных яичников. Что касается гранулезоклеточной опухоли яичника, то развитие ее обычно сопровождается, как мы говорили в предыдущей лекции, симптомами гиперэстрогении, некоторым увеличением и размягчением матки, аменореей или, наоборот, длительными, ациклическими кровотечениями. При гистологическом исследовании слизистой матки часто обнаруживают гиперплазию ее. Наконец, гранулезоклеточная опухоль лишь изредка сопровождается симптомами омушествования. Подобные единичные наблюдения описаны Klasten и Schiller.

Итак, на основании анализа мы можем исключить у больной диагноз гранулезоклеточной опухоли яичника. Сопоставление данных анамнеза о медленном, но прогрессирующем развитии признаков вирилизации и объективного исследования (обнаружение опухоли правого яичника), а также исключение экстрагенитальных причин вирилизации (патологии гипофиза, надпочечников) приводит нас к диагнозу арренобластомы яичника.

Что же представляет собой эта опухоль? Это — одна из немногих омушествовавших опухолей яичников. Гистогенез этой опухоли изучен еще не достаточно. По R. Mauger, опухоль возникает из недифференцированных зародышевых клеток, которые сохранили свою потенцию. Эти клетки располагаются в хилусной части яичника. Согласно второй (мало обоснованной) теории арренобластома является односторонне развившейся тератомой.

По морфологической структуре опухоли делят (М. Ф. Глазунов и другие авторы) на 3 группы. Наиболее дифференцированную форму — тубулярную аденому (рис. 16), арренобластому смешанного строения и арренобластому недифференцированного типа. Первая форма или вовсе не обладает гормональным эффектом, или мало активна. Вторая и в особенности третья форма гормональноактивны.

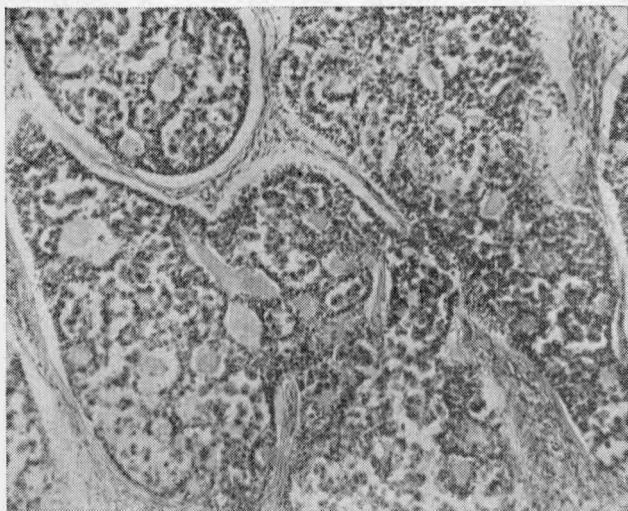


Рис. 16. Арренобластома тубулярного строения (лупа).

В нормальных условиях образование эстрогенов в яичнике происходит из прогестерона через андрогены. При вирилизирующей опухоли (например, арренобластоме) вследствие нарушения энзимных процессов в избытке образуются андрогены. Эти андрогены угнетают фолликулостимулирующую функцию гипофиза, вследствие чего снижается образование эстрогенов и возникают явления дефеминизации женщины, а затем и вирилизации. Количество тестостерона, выделяемого с мочой, резко повышается (до 2—5 мг/24 ч вместо нормальных 0,5 мг/24 ч). В то же время количество 17-кетостероидов, выделяемых с мочой, повышается лишь незначительно.

По данным литературы, арренобластома встречается весьма редко. Так, по сборной статистике Held и Schreiner, к концу 1958 г. было описано 187 случаев подобной опухоли. В действительности этих опухолей, вероятно, значительно больше, так как в ряде случаев они не распознаются или не описываются. Размеры опухоли обычно невелики — до 5—10 см в диаметре, изредка значительно больше.

Что касается вопроса о доброкачественности или злокачественности арренобластомы, то она, несомненно, потенциально злокачественна. Так, по сводным литературным данным указанных выше авторов, процент злокачественности (рецидивы, метастазирование) колеблется от 12 до 25%. По данным Javert и Fraser (1951), процент злокачественных опухолей (на 122 наблюдения) достигает 22. Опухоль развивается медленно и сопровождается, как и у нашей больной, вначале симптомами дефеминизации, сменяющейся затем явлениями вирилизации.

Лечение, как правило, оперативное. У молодых женщин допустимо ограничиться лишь удалением опухоли, у пожилых больных показана пангистерэктомия. Jawert и Finn наблюдали 25 больных, у которых наступила беременность после удаления опухоли с сохранением матки и придатков другой стороны.

Итак, принимая во внимание молодой возраст больной (35 лет), решено было ограничиться удалением опухоли правого яичника, сохранив матку и левые придатки. 14 октября 1961 г. было произведено (путем чревоотечения) удаление опухоли (под эфирно-кислородным наркозом). При операции обнаружено, что матка подвижна, меньше нормальных размеров. Правый яичник превращен в опухоль белесоватого цвета, плотной консистенции, овальной формы, размером  $7 \times 5 \times 3,5$  см. После рассечения и лигирования подвешивающей и собственной связок яичника и мезовария опухоль удалена; культя перитонизирована. Левый яичник несколько меньше нормальной величины, в спайках. Послойное зашивание брюшной стенки. Асептическая повязка: на разрезе видно, что опухоль мелкоузловатого строения, белесоватого цвета, по периферии — желто-розового цвета, имеет тонкую белесоватую капсулу.



Гистологический диагноз: арренобластома сложного строения.

Послеоперационный период прошел без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Больная выписана домой 28 октября 1961 г. в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано систематическое наблюдение.

При осмотре 10 марта 1962 г., т. е. через 4½ месяца после операции, установлено, что она чувствует себя хорошо. Избыточное оволосение на лице, груди и бедрах уменьшилось. С 1 по 10 марта были в небольшом количестве кровянистые выделения из влагалища. Гинекологическое исследование: клитор, как и раньше, несколько гипертрофирован; матка в гиперантефлексии, подвижная, приближается по размерам к нормальной. Придатки не пальпируются. Рекомендовано дальнейшее наблюдение. При повторных осмотрах в конце июня и в сентябре 1962 г. (т. е. через 8 и 11 месяцев после операции) установлено, что больная чувствует себя удовлетворительно. Голос, по-прежнему, низкий. Избыточное оволосение почти исчезло; через 3—4 недели, иногда с перерывом на 8—10 недель, появляются на 2—3 дня кровянистые выделения из влагалища. Последний раз эти кровянистые выделения были в августе с 29 по 31 число. Отмечает повышение сексуальных ощущений по сравнению с периодом до оперативного лечения. При осмотре половых органов: клитор, как и раньше, гипертрофирован. Матка в гиперантефлексии, почти нормальных размеров. Придатки не пальпируются. Рекомендовано дальнейшее наблюдение.

Итак, мы познакомились с клиникой одной из маскулинизирующих опухолей у женщин — арренобластомой. Характерным для этой опухоли является последовательное развитие явлений дефеминизации, переходящих затем в вирилизацию. Однако явления вирилизации выражены более резко, чем при адреногенитальном синдроме.

Опухоль лишь потенциально злокачественна, поэтому у молодых женщин допустима консервативная операция — удаление опухоли с оставлением матки и придатков с другой стороны. При наличии асцита, двусторонних опухолей, прорастания капсулы показана пагнистерэктомия. В сомнительных случаях рекомендуется срочная гистологическая диагностика во время опера-

ции. Ввиду возможности (до 25% случаев) рецидива или метастазирования опухоли после операции показано систематическое наблюдение. При развитии рецидива опухоли возобновляются и характерные клинические симптомы: дефеминизация, а затем маскулинизация. При обнаружении рецидива показана повторная операция.

## Лекция XVII

### ДИСГЕРМИНОМА ЯИЧНИКА (DYSGERMINOMA OVARIИ)

Больная К., 16 лет, поступила в приемное отделение больницы в 22 и 31 мая 1963 г. с подозрением на острый аппендицит. Жалуется на резкие боли в правой подвздошной области.

При осмотре хирурга диагноз аппендицита был отвергнут, так как ни анамнестически, ни объективно не было соответствующих данных. Симптом Блюмберга также отрицательный. В то же время обнаружена опухоль в малом тазу, верхний полюс ее на 3 см выше лона. При консультации хирурга и гинеколога высказано подозрение на кистому правого яичника и перекрут ее ножки.

Больная госпитализирована в гинекологическое отделение.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях, они были неблагоприятными в течение 1½ лет в связи с длительной болезнью отца (травма при падении). Родители живы, в настоящее время здоровы. Отцу — 40 лет, матери — 35 лет. В детстве перенесла грипп, корь, скарлатину. Брат (16 лет) и сестра (17 лет) здоровы. В семье больных туберкулезом нет.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, установились через 1 год, приходят через 30 дней, по 8 дней, обильные, болезненные. Последняя менструация была 6 недель тому назад. Половой жизнью не живет.

**Развитие заболевания.** В начале мая в течение нескольких дней беспокоили боли в эпигастральной области. Была рвота и понос. При посещении врача поставлен диагноз пищевого отравления. Назначена диета. Состояние улучшилось, но тупые боли внизу живота сохранились и продолжали беспокоить больную. В мае менструация в срок не пришла. 31 мая внезапно возникли сильные боли внизу живота и через 8 ч после этого больная с диагнозом острого аппендицита была доставлена в больницу. При консультативном осмотре хирургом и гинекологом диагноз аппендицита был отвергнут (симптом Блюмберга и Ровзинга отрицательные, лейкоцитоза нет, пульс не учащен). Высказано предположение о наличии кистомы правого яичника (с перекрутом ножки) и больная была направлена в гинекологическое отделение.

**Общее обследование.** Общее состояние больной удовлетворительное. Жалуется на боли внизу живота. Температура 37,3°.

пульс — 78 ударов в 1 мин. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноватой окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена плохо. Телосложение астеническое. Волосы в подмышечных впадинах развиты слабо. Язык влажный, слегка обложен. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено. Живот мягкий. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях. Пальпация живота в эпи- и мезогастральной области не болезненна. Печень и селезенка не пальпируются. В гипогастральной области, на 3 см над лоном, определяется верхний край опухолевидного образования, тугоэластической консистенции, умеренно болезненного при пальпации, овоидной формы. Границы опухоли четко не определяются.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы развиты слабо, конусовидной формы, секрет из них не выделяется. Оволосение на лобке по женскому типу, слабо выражено. Наружные половые органы развиты правильно. Девственная плева цела, с небольшим щелевидным отверстием овоидной формы. Выделений из влагалища нет. Окраска доступной осмотру слизистой влагалища бледно-розовая. Паховые лимфатические узлы не увеличены. В окружности анального отверстия патологических изменений нет.

*Прямкишечное исследование.* Шейка матки конической формы. Наружный маточный зев точечный. Матка в антефлексии, небольшой величины, грушевидной формы, плотная, ограниченно подвижная, смещена влево. Справа и впереди от матки определяется опухолевидное образование овальной формы 12×8×6 см, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, ограниченно-подвижное, несколько чувствительное при пальпации. Слева придатки матки не определяются.

Клинический анализ крови и мочи не обнаружил отклонений от нормы.

Каков же диагноз? Отсутствие симптомов Блюмберга, Ровзинга и лейкоцитоза позволили еще в приемном отделении отвергнуть диагноз аппендицита.

Указание на задержку менструации на 6 недель и наличие опухолевидного образования в малом тазу могут навести на мысль о возможности беременности. Обнаруженное *hymen intactus* не позволяет еще полностью отвергнуть такое предположение, так как возможно наступление беременности при *coitus externus*, если эякулят попадает на наружные половые органы. Однако при обсуждении подобного предположения необходимо проявить осторожность и тактичность и прежде всего вдумчиво оценить данные объективного исследования.

При обследовании больной мы установили, что молочные железы недостаточно развиты, уплотнены, не выделяют секрета, цианоза влагалища нет, матка контурируется отдельно от опухолевидного образования, плотной консистенции, грушевидной формы, небольшая.

Совокупность этих данных позволяет, без каких-либо дополнительных вопросов о сексуальной жизни, отвергнуть предположение о беременности.

Наличие опухолевидного образования рядом с маткой позволяет подумать о воспалительном процессе или туберкулезе придатков матки или, наконец, об опухоли яичника. Односторонность опухолевидного образования, отсутствие каких-либо указаний на гинекологическое заболевание мочеполовой системы (уретра, мочевого пузыря, влагалище, матка), отсутствие лейкоцитоза, девственность — все это позволяет отвергнуть диагноз воспаления придатков матки (гидропиосальпинкс).

У нас нет достаточных оснований и для диагноза туберкулеза придатков матки, так как ни в семье больной, ни у самой больной не было заболевания туберкулезом. Кроме того, туберкулезное поражение придатков матки, как правило, бывает двусторонним. При туберкулезе придатки матки имеют не гладкую, а неровную бугристую поверхность.

Расположение опухолевидного образования сбоку от матки, гладкая его поверхность и тугоэластическая консистенция — все эти признаки характерны для опухоли яичника. Наиболее часто среди опухолей яичника встречаются цилиоэпителиальные или псевдомуцинозные кисты, реже — гормонопродуцирующие опухоли (гранулезно-клеточная опухоль, арренобластома). У больной нет никаких клинических признаков развития гормонопродуцирующей опухоли — ни преждевременного полового созревания, ни омужествления. Менструации у нее начались не преждевременно, а в срок (в 13 лет).

Исходя из этого, мы не имеем оснований для диагноза гормонопродуцирующей опухоли. Более обосновано предположение о кисте правого яичника. Однако необходимо учесть два момента: юный возраст больной (16 лет) и черты инфантилизма (астеническая конституция, нерегулярные, болезненные менструации, коническая шейка матки).

У подобных больных надо помнить о возможности развития редкой опухоли — дисгерминомы. Так, по сводным данным Müller, Torkins, Lapp о 427 случаях дисгерминомы, в 45,6% опухоль была обнаружена в возрасте от 1 до 20 лет, в 38,17% — в возрасте от 11 до 20 лет. Все авторы, наблюдавшие подобных больных,

указывают, что при дисгерминоме часто наблюдается инфантилизм, гипоплазия половых органов.

Учитывая все вышеизложенное, мы не поставили окончательного диагноза до операции и высказали предположение о кистоме яичника или дисгерминоме его. Так как больная жаловалась на боли в животе и опухоль была ограниченно подвижной, то возможно предположение о перекруте ножки опухоли.

Для того чтобы правильно выбрать способ хирургического лечения, решено было произвести срочную гистологическую диагностику опухоли во время операции.

Для срочного гистологического исследования срезы готовят обычно на замораживающем микротоме. Однако для приготовления такого препарата требуется до 15—20 мин, если же возникает необходимость исследовать несколько кусочков опухоли, то срок установления диагноза увеличивается до 20—30 мин.

С целью ускорения диагностики был предложен метод поверхностной окраски толстых срезов. Наблюдения нашей клиники (В. И. Евдокимова) подтвердили большую достоверность, быстроту и простоту подобной методики. Для приготовления препарата необходимо от 40 до 90 сек.

Техника приготовления препарата по методу поверхностной окраски толстых срезов (по В. И. Евдокимовой) следующая.

Кусочек ткани прикрепляют булавками к пробковой пластинке. Острой бритвой, смоченной в воде, делают срезы, перпендикулярно к пластинке. Срез помещают на предметное стекло и одну поверхность среза окрашивают с помощью тонкой кисточки 5% раствором полихромной метиленовой синьки или 1% раствором толуидиновой синьки. Окраска продолжается от 5 до 20 секунд. Срез промывают в воде, кладут окрашенной поверхностью вверх на предметное стекло, покрывают покровным стеклом и рассматривают под микроскопом в проходящем свете при искусственном освещении. Ядра клеток окрашиваются в темно-фиолетовый цвет, протоплазма — в голубоватый. Межуточное вещество соединительной ткани и протоплазма соединительнотканых клеток — в розовый цвет. Срезы, окрашенные таким образом, могут быть использованы для последующей обычной обработки. Лучшие результаты дает исследование более плотных тканей.

Большое значение срочной гистологической диагностики у операционного стола убедительно подтверждают следующие данные В. И. Евдокимовой. У 9 (из 65) больных при срочном гистологическом исследовании во вре-

мя операции был поставлен диагноз злокачественной опухоли, тогда как до операции опухоль считалась доброкачественной. У 8 больных опухоль, считавшаяся злокачественной, при исследовании во время операции оказалась доброкачественной.

Принимая во внимание подозрение на перекручивание опухоли и опасность образования спаек, инфицирования опухоли, решено было оперировать больную на следующий же день после поступления.

1/VI 1963 г. под эфирно-кислородным наркозом больная была оперирована. После рассечения брюшной стенки по срединной линии тела, ниже пупка, и введения зеркала для расширения брюшной раны обнаружено следующее. В брюшной полости около 100 мл прозрачной жидкости. Матка обычных размеров, отнесена влево опухолью, серого цвета, с гладкой поверхностью, размером 12×8×6 см. Опухоль исходит из правого яичника. Ножка опухоли короткая, перекручена на 180°. Левый яичник несколько увеличен, мелкокистозный. После пересечения и перевязки ножки (подвешивающей и собственной связки яичника и мезовариума) опухоли правого яичника она удалена. На разрезе опухоль солидного строения, с небольшими участками кровоизлияний.

При срочной гистологической диагностике путем поверхностной окраски толстого среза опухоли установлен диагноз дисгерминомы. Принимая во внимание весьма частую злокачественность опухоли, произведен осмотр сальника, кишечника, брюшины. Подозрительных на метастазы узлов не обнаружено. Сделана экстирпация матки с придатками. Послойно зашита брюшная рана.

Послеоперационный период прошел без осложнений.

7 июня получены данные гистологического исследования удаленных половых органов. В препарате правого яичника (рис. 17) видны крупные (20—30) светлые клетки, полиэдрические, складывающиеся в ячейки, разделенные прослойками аргирофильных волокон. Ядра клеток крупные, занимают большую часть клеток. Протоплазма клеток светлая. В левом яичнике также обнаружены единичные очаги дисгерминомы. В матке патологических изменений не обнаружено.

Итак, данные обычного гистологического исследования подтвердили срочную гистологическую диагностику

у операционного стола. В дополнение к этому установлено опухолевое поражение и второго яичника.

Правильно ли было наше оперативное вмешательство — удаление матки с придатками, а не односторонняя овариотомия и резекция второго яичника? Возмож-

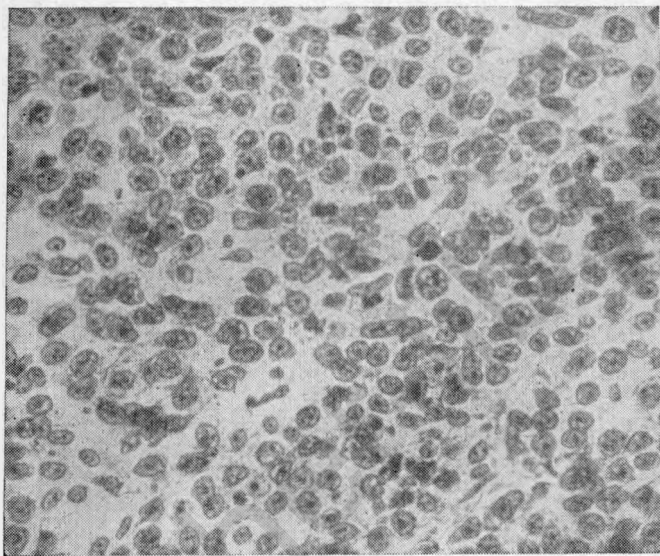


Рис. 17. Дисгерминома яичника (большое увеличение).

ность такой серьезной ошибки была предотвращена только благодаря срочной гистологической диагностике. А как же поступить, если бы правильный диагноз был установлен лишь при обычном гистологическом исследовании и операция была нерадикальной?

В подобных случаях необходимо, не выписывая больную, произвести повторно операцию с целью удаления матки и придатков.

Ввиду злокачественности опухоли у больной П. и II ее стадии (поражение обоих яичников) с 20/VI начата в стационаре телегамматерапия с трех полей спереди (поле  $8 \times 10$  см) на расстоянии 35 см и двух полейзади (поле  $10 \times 15$  см). Однократная доза на поле — 250 р,

суммарная — 2500 р. Больная удовлетворительно переносила лучевую терапию. Значительных изменений со стороны крови отмечено не было.

20/VII 1963 г. больная выписана из отделения. Рекомендовано дальнейшее наблюдение в онкологическом диспансере. При осмотре в день выписки метастазов опухоли обнаружено не было.

Дисгерминома яичника была впервые описана под названием «семинома» Шено (Chenot, 1911). В 1930 г. Меуер предложил термин «дисгерминома», который и употребляется всеми авторами, кроме французских. По М. Ф. Глазунову, дисгерминома происходит из нормальной половой клетки яичника и относится, таким образом, к числу герминогенных опухолей. В настоящее время доказано, что половая клетка способна дробиться в яичнике.

Если при этом происходит дифференцировка, то возникает тератоидная опухоль яичника. Если же дифференцировки не происходит, то растет «клеточная» опухоль типа дисгерминомы.

Размеры опухоли колеблются от очень небольших до головы взрослого человека. Если опухоль имеет инфильтрирующий рост, то она, прорастая соседние органы, превращается в неподвижный опухолевый конгломерат. Подобные опухоли яичников встречаются весьма редко.

По данным И. С. Краевской, они составляют 1,2% по отношению ко всем опухолям яичников, по нашим данным — 1,1%, по Dockerty, Maccarty — 3%. Как мы уже указывали выше, эта опухоль наблюдается преимущественно в молодом возрасте.

Клинические признаки мало характерны: тупые боли в животе, общее недомогание, позднее появление менструаций, иногда ациклическое кровотечение. Опухоль гормонально неактивна. Реакция Ашгейм — Цондека, как правило, отрицательная. Усидзима описал случай дисгерминомы у больных с явлениями маскулинизации. Однако при гистологическом исследовании, кроме типичной дисгерминомы, было обнаружено разрастание клеток типа хилюсных. По мнению автора, это и было причиной развития маскулинизации. Опухоль у большинства больных имеет злокачественное течение, быстро дает метастазы по лимфатическим и кровеносным путям



и ведет к кахексии. По данным И. С. Краевской, сообщившей о 22 больных дисгерминомой (1963), лишь в единичных случаях (при I стадии, после пангистерэктомии и лучевой терапии) наблюдается стойкое выздоровление (свыше 5 лет). К счастью, характерной особенностью опухоли является ее нестойкость по отношению к рентгеновым лучам («рентгентающая опухоль»); метастазы опухоли хорошо поддаются лучевой терапии.

Дальнейшее наблюдение за больной К. в течение первого года после комбинированного лечения не выявило метастазов опухоли. Состояние больной остается удовлетворительным.

Прогноз заболевания ввиду злокачественности опухоли и II стадии следует считать сомнительным.

Итак, в этой лекции мы познакомились с клиникой сравнительно редкой злокачественной опухоли — дисгерминомы. Клиническая диагностика подобной опухоли представляет значительные затруднения. Характерными можно считать следующие признаки: обнаружение плотной или тугоэластической опухоли яичника у молодой женщины с чертами инфантилизма, гипоплазии половых органов и нерегулярными менструациями или метроррагией.

В отличие от гормонопродуцирующих опухолей (гранулезоклеточной опухоли, арренобластомы) дисгерминома гормонально неактивна, не сопровождается ни ранним половым созреванием, ни «омолаживанием» у пожилых женщин. Для дисгерминомы, в отличие от гранулезоклеточных опухолей, характерен быстрый рост и распространение по лимфатическим и кровеносным путям и отдаленное метастазирование. Лечение должно быть комбинированным — оперативным (пангистерэктомия) и лучевым.

Профилактика дисгерминомы весьма затруднительна ввиду нехарактерности или отсутствия ранних симптомов.

Вообще при обнаружении опухоли яичника в любом возрасте необходимо придерживаться следующего принципа: каждая больная с опухолью яичника подлежит немедленной операции, независимо от того, большая ли опухоль или небольшая, дает ли она болезненные симптомы или их нет.

## Лекция XVIII

### ФИБРОМА ЯИЧНИКА

(FIBROMA OVARII)

Больная Г., 47 лет, поступила в гинекологическую клинику 29/XII 1961 г. с жалобами на боли в гипогастральной области, слева от срединной линии тела, и учащенное мочеиспускание.

**Анамнез.** Заболеваний детства не помнит. Взрослой болела брюшным тифом, гриппом.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 14 лет, приходили через 4 недели, по 3—4 дня, необильные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней тому назад, продолжалась 4 дня, необильная.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 19 лет. Мужу 60 лет, здоров. Было 4 родов, без осложнений. Последние роды — 20 лет тому назад. Abortов не было.

**Развитие заболевания.** Полтора года тому назад стала ощущать боли в гипогастральной области, слева от срединной линии тела. В последние 3 месяца эти боли усилились, стали постоянными; появилась поллакиурия, запоры.

**Общее обследование.** Больная среднего роста (160 см), удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Границы сердца нормальны. Температура — 36,8°, пульс — 74 ударов в 1 мин, тоны несколько глуховаты. Артериальное давление — 135/90 мм рт. ст. Со стороны легких патологических изменений не обнаружено. Костно-мышечный аппарат отклонений от нормы не представляет. Живот мягкий, при пальпации слегка чувствительный. В гипогастральной области, слева от срединной линии тела, пальпируется плотная, немного бугристая опухоль, ограниченно подвижная, мало болезненная при пальпации. Верхняя граница опухоли на 8 см выше лона. При перкуссии в области опухоли притупление перкуторного тона. В боковых отделах живота определяется небольшое количество жидкости. Притупление в боковых отделах исчезает при повороте больной на противоположный бок. Стул нерегулярный, в последний год наклонность к запорам, дефекация через 2—3 дня.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы без особенностей. Волосистость на лобке по женскому типу, скудная. Наружные половые органы атрофичны. Половая щель слегка зияет. Старый разрыв промежности II степени. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не установлено. В заднепроходном отверстии видны геморроидальные шишки.

Осмотр с помощью зеркал: влагалище широкое, слизистая оболочка его бледного цвета. Влагалищная часть шейки матки смещена вправо, цилиндрической формы, несколько гипертрофирована. Наружный маточный зев в виде поперечной щели, с надрывами слева и справа. Из канала шейки матки — слизистые выделения в очень небольшом количестве.

**Влагалищное исследование.** Влагалищная часть шейки матки смещена вправо, цилиндрической формы. Наружный зев пропускает ногтевую фалангу указательного пальца, с надрывами слева

и справа. Тело матки смещено вправо, в антефлексии, небольшой элевации, несколько больше средних размеров. Слева от матки, тесно прилегая к ней, прощупывается опухоль, плотной консистенции, местами бугристая, слегка болезненная при пальпации, ограниченно подвижная. Опухоль несколько выпячивает левый и передний своды влагалища. Размеры опухоли  $17 \times 14 \times 10$  см. Правые придатки матки не пальпируются.

**Лабораторные исследования.** Анализ крови. Гемоглобин — 12,3 г%, эритроциты — 4,1 млн., лейкоциты — 10 700, цветной показатель — 0,74, эозинофилы — 3, палочкоядерные — 5%, сегментоядерные — 70%, лимфоциты — 19%, миелоциты — 3, РОЭ — 25 мм в 1 ч.

**Анализ мочи:** реакция кислая, цвет соломенно-желтый. Удельный вес — 1020. Белка незначительные следы. Сахара нет. В осадке много клеток мочевых путей. Почечного эпителия нет. Лейкоциты — 4—5 в поле зрения. Эритроциты — 1—2 в поле зрения, свежие. Бактерий нет.

**Бактериоскопия шеечного секрета:** клетки плоского эпителия, немного кокков, единичные палочки Деделерейна.

Каков же диагноз?

Данные объективного исследования позволяют говорить о наличии опухоли, вероятнее всего, половой системы. В пользу этого предположения говорит расположение значительной части опухоли в малом тазу, весьма близко к левому ребру матки, овоидная, близкая к округлой, форма опухоли. Отсутствие болезненных симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта (кроме склонности к запорам и геморроя), и мочевых путей (кроме поликиурии, т. е. учащенного мочеиспускания) говорят против предположения об опухоли кишечника или мочевых путей (в частности, мочевого пузыря).

В силу изложенного, естественно, возникает предположение, что опухоль исходит из половых органов: матки, круглой маточной связки, широкой маточной связки, маточной трубы или, наконец, яичника.

Разберем последовательно эти предположения. Прежде всего можно подумать об опухоли матки — субсерозной миоме матки. В пользу этого диагноза говорят расположение опухоли в непосредственной близости к матке, плотная консистенция и бугристая поверхность опухоли. Такие же основания имеются для предположения о наличии миомы более редкой локализации — круглой маточной или широкой маточной связки. Однако подобные опухоли встречаются очень редко, правильный диагноз их крайне затруднителен, и они описываются в литературе, как казуистические наблюдения.

Вместе с тем, данные анамнеза больной не вполне характерны для больных, страдающей миомой. Так, менструальная функция не нарушена — менструации сохранили свой ритм, обильны. У больных миомой матки менструации очень часто становятся длительными и обильными, реже — ациклическими и болезненными. Так, по данным А. И. Петченко, нарушения менструальной функции у больных миомой наблюдались в 36%, по Д. Н. Бодрову — в 75,5%, по В. Н. Хмелевскому — даже в 88,1%.

Миомы матки (при субсерозном росте) часто бывают множественными. Между тем, у больной определяется лишь одна опухоль, отдельно от матки. Тело матки с гладкой поверхностью почти не увеличено. Жалобы больной на боли внизу живота, поллакурию и запоры не специфичны для больных миомой — их возникновение может быть объяснено чисто механическим давлением опухоли на мочевой пузырь, кишечник, нервные сплетения малого таза.

Истинные опухоли маточных труб (рак) наблюдаются крайне редко. Подобная опухоль неправильно овальной формы, неподвижна, тугоэластичной или плотной консистенции, растет весьма быстро: при ней нередко наблюдаются янтарно-желтого цвета маточные бели, иногда кровянистые ациклические выделения. У больной нет ни одного из этих признаков. Кроме того, обращает на себя внимание, что боли появились у ней уже полтора года тому назад. При раке маточной трубы могли бы за этот срок возникнуть и метастазы в соседние органы и нарушение общего состояния (похудение, потеря аппетита, анемизация).

В маточных трубах нередко возникают псевдоопухолевые ретенционные образования воспалительного характера — сактосальпинксы. Однако против такого диагноза у больной говорят данные анамнеза — отсутствие указаний на воспалительное заболевание половых органов, возраст больной, нормальная температура тела, отсутствие сдвигов гемограммы, наконец, данные объективного исследования. Сактосальпинкс (гидро-, пиосальпинкс) весьма часто бывает двусторонним, контуры его неправильно овоидные, консистенция тугоэластическая, подвижность почти отсутствует, пальпация часто болезненна. У больной мы обнаружили одностороннюю опу-

холь, плотной консистенции, ограниченно подвижную, овоидной формы с бугристой поверхностью. Температура тела нормальная. Пульс не учащен.

Все эти данные анамнеза и объективного исследования позволяют отвергнуть у больной диагноз воспалительного процесса придатков матки с образованием сактосальпинкса.

Наконец, обратимся к предположению об опухоли яичников. Это предположение имеет серьезные основания: расположение опухоли сбоку от матки, отдельно от нее, овоидная форма опухоли. Ввиду плотной консистенции опухоли необходимо подумать о раке яичника, гормонопродуцирующей опухоли (гранулезоклеточная опухоль, текома, арренобластома) и, наконец, о фиброме яичника.

Рак яичников редко бывает первичным, чаще он возникает из кистомы яичника, реже — из дермоидной кисты. Наблюдаются также метастатические опухоли яичников (при первичной локализации опухоли в желудочно-кишечной системе, молочных железах).

В пользу предположения о раке яичника у больной говорят следующие данные: бугристая поверхность опухоли, ее ограниченная подвижность, наличие асцита, возраст больной. Против диагноза рака яичника говорят медленное развитие болезненного процесса (боли появились уже 1½ года тому назад), очень плотная консистенция и односторонность опухоли. При раке яичника довольно рано возникает рак и во втором яичнике, происходит метастазирование по брюшине (определяются узлы опухоли в маточно-прямокишечном углублении) и в сальнике. Узлы опухоли хрящевой консистенции, определяются в виде шипов на нижнем полюсе опухоли. К счастью, у больной нет ни одного из этих признаков.

Предположение о развитии гормонопродуцирующей опухоли мало обосновано: у больной нет никаких признаков ни дефеминизации, ни маскулинизации. Менструальная функция не нарушена.

Исключив возможность развития вышеуказанных опухолей, перейдем к рассмотрению вопроса о фиброме яичника. Этот диагноз кажется нам достаточно обоснованным на основании следующих признаков: медленного роста опухоли (болезненные симптомы возникли уже 1½ года тому назад), плотной ее консистенции, бугристой поверхности, расположения в малом тазу сбоку

от матки и, наконец, небольшого асцита и удовлетворительного общего состояния больной.

Что же представляет собой фиброма яичника?

Обычно эту опухоль относят к опухолям, возникающим из соединительной ткани яичника. Эта ткань, богатая веретенообразными клетками, составляет основную часть яичника. Однако М. Ф. Глазунов считает, что по отношению к яичнику соединительной тканью следует называть лишь периваскулярную ткань. Основную часть соединительной ткани яичника следует, по М. Ф. Глазунову, считать одним из компонентов его паренхимы и называть текатканью.

Таким образом, фиброму яичника М. Ф. Глазунов рекомендует называть текомой, ее отличие от гормонопродуцирующей текомы функциональное, а не гистогенетическое. Однако большинство авторов называет подобную опухоль фибромой. Фибромы яичника встречаются сравнительно редко — от 2,2% (Stübler u. Brandes — до 6,6% (Л. М. Белецкая) всех опухолей яичников. Большей частью они определяются у женщин в возрасте старше 30 лет. Так, по Dockert, Dockft, среди 183 больных фибромой яичника в возрасте свыше 30 лет было 162, до 30 лет — 29 и только 2 в возрасте до 20 лет. Размеры опухоли весьма переменны. В XIX в. были описаны (Spiegelberg) фибромы яичников, весившие до 30,1 кг. В настоящее время такие опухоли почти не встречаются. Фиброма яичника в 90—95% — односторонняя опухоль. Так, по данным Л. М. Белецкой, из 25 фибром яичника лишь одна опухоль была двусторонней.

В большинстве случаев клиническое течение опухоли не имеет каких-либо специфических черт. При небольших размерах опухоли может не возникать никаких болезненных симптомов. В дальнейшем появляются боли в животе, в крестце, иногда дизурические явления, запоры. Все эти симптомы могут быть связаны с ростом опухоли, сдавлением соседних органов, иногда перекрытием ножки опухоли. Менструальная функция у большинства больных не нарушается. Беременность и роды могут протекать без осложнений, если опухоль небольших размеров и расположена выше входа в малый таз. Один из характерных признаков фибромы яичника — развитие асцита, даже при небольших опухолях. Частота

этого осложнения колеблется от 13,7% (Meigs a. Kass) до 72,7% (Lippert). По данным Л. М. Белецкой, асцит был у 12 из наблюдавшихся ею 25 больных.

Возникновение асцита может быть объяснено, если учесть данные исследований Д. А. Жданова и его сотрудников (А. В. Краев, Л. Е. Этинген), М. А. Барона, В. К. Белецкого, А. И. Брауде. Согласно этим исследованиям определенные зоны брюшины принимают неодинаковое участие в транссудации и резорбции жидкости в брюшинной полости. Так, В. К. Белецкий выявил в прямокишечно-маточном углублении брюшины истонченные ее участки. А. И. Брауде обнаружил проникновение эритроцитов в лимфатические капилляры тазовой брюшины при кровоизлиянии в брюшную полость. А. В. Краев и Л. В. Этинген также считают, что брюшина малого таза (как и диафрагмы) участвует в резорбции жидкости из брюшинной полости.

При изменении условий (воспалительном процессе, механическом сдавлении опухолью) процессы резорбции трансудата в брюшине могут нарушаться. В результате этого, например, трансудация жидкости может продолжаться, в то время как резорбционная способность брюшины понижается или вовсе утрачивается. Все это и ведет к возникновению асцита.

Приведенные исследования в известной мере разъясняют механизм возникновения асцита (и гидроторакса) при фиброме яичника.

Клинические наблюдения также показывают, что удаление фибромы яичника приводит к исчезновению асцита и гидроторакса. Фиброма яичника вполне доброкачественна. Однако при сочетании фибромы яичника, асцита и гидроторакса в большинстве случаев ошибочно диагностируется рак яичников с метастазами.

Итак, возвращаясь к вопросу о лечении больной, мы решили, принимая во внимание вполне доброкачественный характер и односторонность опухоли, произвести лишь удаление опухоли. Вместе с тем, учитывая возраст больной (47 лет) и наличие асцита, решено было произвести во время операции срочную гистологическую диагностику удаленной опухоли для окончательного решения вопроса о характере операции.

5/1 1962 г. под эфирно-кислородным наркозом была произведена операция. При брюшностеночном чревосе-

чении была обнаружена деревянисто-плотная бугристая опухоль левого яичника, размером  $18 \times 15 \times 12$  см с перекрутом ножки на  $180^\circ$ . В брюшной полости — около 1,5 л светлой асцитической жидкости. Матка обычных размеров, без патологических изменений, так же как и правые ее придатки. При срочной гистологической ди-

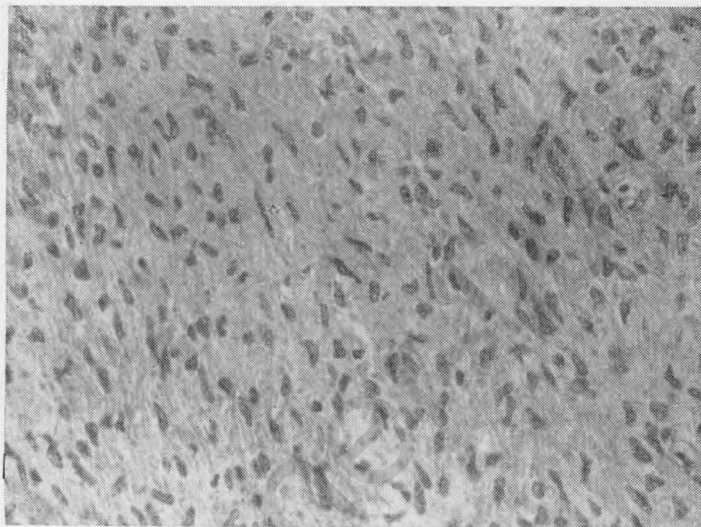


Рис. 18. Фиброма яичника. Ткань опухоли в состоянии начинающегося глиоза (большое увеличение).

агностике был подтвержден диагноз фибромы яичника (рис. 18). Вес опухоли — 1800 г. При разрезе опухоли слышен хруст. На поверхности разреза ясная волокнистость. Ввиду благоприятных данных гистологического исследования матка и правые придатки сохранены.

Послеоперационный период проходил без осложнений. Заживление брюшной стенки первичным натяжением.

При осмотре больной 15 января установлено, что матка подвижна, асцита не определяется. 18 января 1962 г., на 14-й день после операции, она была выписана из клиники для дальнейшего поликлинического наблюдения.



При осмотре через год (в январе 1963 г.) самочувствие хорошее, патологических изменений со стороны половой системы не обнаружено. Прогноз следует считать вполне удовлетворительным.

В заключение необходимо упомянуть о редком синдроме, наблюдающемся при фиброме яичника, — возникновение асцита и гидроторакса. Этот симптом был описан Meigs и Kass (1937). Приведем в качестве примера следующее наблюдение.

Больная С., 50 лет, поступила в гинекологическую клинику с диагнозом рака левого яичника с метастазами. В детстве не болела. Менструации с 16 лет, регулярные, прекратились 7 лет тому назад. Замужем с 18 лет. Были первые срочные роды 20 лет назад. Год тому назад обнаружила у себя опухоль внизу живота, которая ее не беспокоила. 3 месяца тому назад начала худеть, а месяц тому назад появился сухой кашель и одышка. 10 дней тому назад стала отмечать повышение температуры, по вечерам до 39°, понос.

При поступлении состояние больной средней тяжести, астеническая конституция, истощение. Температура — 37,6°, пульс — 90 ударов в 1 мин. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен. Дыхание учащено (22 в 1 мин). Справа, начиная с III ребра, притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, слева — перкуторный звук ясный, везикулярное дыхание. Сердце приподнято, тоны его глухие. Живот несколько увеличен в объеме, форма его (при положении на спине) лягушечья. Окружность живота — 105 см. При перкуссии в брюшной полости определяется довольно значительное количество свободной жидкости. При пальпации в мезо-гипогастральной области обнаружена опухоль тугоэластической консистенции, подвижная, безболезненная. Верхняя граница опухоли посредине между лоном и пупком. Со стороны наружных половых органов, промежности и шейки матки (осмотр с помощью зеркал) патологических изменений не обнаружено. При влагалищном и прямокишечном исследовании установлено, что матка смещена вправо и кзади, не увеличена, плотная, слева от матки пальпируется плотная, местами тугоэластическая, ограниченно подвижная, болезненная в отдельных участках опухоль 18×15×10 см.

При консультации терапевта и при рентгеноскопии легких подтвержден диагноз гидроторакса (метастазы опухоли в легких не обнаружены). При консультации уролога патологических изменений мочевой системы не найдено. Анализ крови (при поступлении): Нв 61 ед., эр. 4,1 млн., цветной показатель 0,74%, л. 10 700, э. 7%, п. 5%, с. 70%, лимф. 17%, миелоциты 1%; РОЭ — 50 мм в час.

Ввиду исхудания больной, наличия гидроторакса и асцита в сочетании с опухолью левого яичника поставлен диагноз рака яичника (III—IV стадия). Решено произвести пробное чревосечение. Под эфирно-кислородным наркозом произведена операция. Обнаружена опухоль левого яичника размером 18×15×8 см, бугристая с гладкой блестящей поверхностью. На латеральном полюсе опухоли некротический участок 12×11 см, коричневого цвета, перекут ножки опухоли вместе с трубой на 180°. Асцитической, буроватого цвета жидкости — около 8 л. Левые придатки и матка без изменений. Произведена операция экстирпации матки с придатками. Послеоперационный период протекал в первые дни с повышением температуры до 38°. В дальнейшем состояние больной улучшалось, к 20-му дню после операции исчез гидроторакс.

При гистологическом исследовании опухоли левого яичника установлен диагноз фибромы с некрозом на одном полюсе.

На 22-й день после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. При дальнейшем наблюдении в течение 5 лет состояние больной удовлетворительное. Никаких патологических изменений половой системы не обнаружено.

Это редкое наблюдение подтверждает данные Meigs о возможности возникновения при фиброме яичника синдрома, весьма характерного для злокачественной опухоли, — истощения, асцита, гидроторакса. Правильный диагноз устанавливается лишь при микроскопическом исследовании опухоли. Клиническое течение болезни при подобном синдроме является в дальнейшем вполне благоприятным.

Причины развития этого синдрома не изучены, Прогноз заболевания — вполне благоприятный.

Итак, мы познакомились с клиникой весьма интесной и своеобразно протекающей опухоли — фибромы яичника. Обнаружение асцита, а изредка и синдрома Мейгса часто приводит к ошибочному диагнозу злокачественной опухоли яичника. Правильный диагноз устанавливается лишь при гистологическом исследовании опухоли. В связи с этим крайне необходима организация срочной гистологической диагностики, так как она позволяет вовремя решить вопрос о возможности консервативной операции (удаления опухоли с сохранением второго яичника и матки). Подобная тактика вполне оправдана ввиду доброкачественности опухоли и представляется особенно важной при оперировании молодой женщины.

## Лекция XIX

### ПСЕВДОМУЦИНОЗНАЯ КИСТОМА ЯИЧНИКА (CYSTOMA OVARII PSEUDOMUCINOSUM)

Большая И., 32 лет, поступила в гинекологическую клинику 20 января 1963 г. Диагноз при направлении: кистама правого яичника. Жалоб не предъявляет.

*Анамнез.* В детстве росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Болела корью, скарлатиной. Родители здоровы. Отцу — 56 лет, матери — 52 года. В семье нет ни туберкулеза, ни венерических заболеваний.

*Менструальная функция.* Менструации начались с 13 лет, приходят через 4 недели, по 3—4 дня, неболезненные, в умеренном количестве. Последняя менструация была 15—18 января 1963 г.

*Половая и детородная функция.* Замужем с 20 лет. Мужу 35 лет. Здоров. В браке было 3 беременности. Первая (в 1953 г.) и вторая (в 1955 г.) беременности закончились нормальными, срочными родами. Дети живы. При третьей беременности (в 1958 г.) был произведен искусственный аборт при сроке беременности 10 недель, без осложнений. С тех пор в течение 5 лет не беременеет, муж применяет презервативы.

*Развитие заболевания.* Никаких болезненных ощущений И. не испытывает. При профилактическом осмотре 15 января 1963 г. врач обнаружил опухоль правого яичника и немедленно направил ее в гинекологическую клинику.

*Общее обследование.* Самочувствие удовлетворительное. Большая нервничает, боится, что у нее злокачественная опухоль. Пульс — 76 ударов в 1 мин. Артериальное давление — 125/70 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Язык влажный, не обложен. Доступные пальпации лимфатические

узлы не увеличены. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Передняя брюшная стенка несколько дрябля, однако расхождения прямых мышц нет. Больная отмечает наклонность к запорам. В гипогастриальной области, справа от срединной линии тела, определяется опухоль, округлой формы, с гладкой поверхностью, ограничено подвижная. Верхняя граница опухоли на 8 см выше лона. При перкуссии над опухолью тупой тон. При перкуссии над *spina iliaca anterior sup.* ясный тон. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. При осмотре нижних конечностей обнаружено незначительное варикозное расширение вен левой голени. Мочепуспускание не учащено, неболезненно.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы несколько отвислы, без патологических изменений. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Со стороны наружного отверстия уретры и больших вестибулярных желез отклонений от нормы не отмечено. Промежность без повреждений. Из заднепроходного отверстия выпячиваются 2 небольшие геморроидальные шишки. Половая щель слегка зияет. Со стороны уретры и выводящих протоков больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется. Осмотр с помощью зеркал: стенки влагалища складчатые, розовой окраски. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели. Симптом «зрачка» отрицательный.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, обычной величины, несколько отклонена от проводной оси таза, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, подвижная. Слева придатки матки не пальпируются. Задний свод не выпячен. Справа и несколько кпереди от матки определяется опухоль, овоидной формы, 15×12×8 см в диаметре, с гладкой поверхностью, ограничено подвижная справа налево и незначительно смещаемая кверху, неболезненная, тугоэластической консистенции.

*Прямокишечное исследование.* В ампулярной части прямой кишки — геморроидальные шишки. Матка не увеличена, отклонена влево. Опухоль справа определяется лишь частично — нижнебоковой край ее. Опухоль с гладкой поверхностью, не чувствительна при пальпации. Каких-либо инфильтратов или уплотненных увеличенных лимфатических узлов в малом тазу не определяется.

При клиническом исследовании крови и мочи патологических изменений не обнаружено. РОЭ — 10 мм в 1 ч. При бактериоскопическом исследовании в секрете шейки матки — единичные лейкоциты, немного кокков. Цитологическое исследование влагалищного мазка — III реакция.

Каков же диагноз? Ввиду того, что опухоль близко расположена от матки и частично локализуется в малом тазу, следует считать наиболее вероятным, что она исходит из половых органов, а не из кишечника, брыжейки или мочевого пузыря. Возраст больной (32 года), отсутствие каких-либо жалоб на нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта и эластическая консистенция опухоли также говорят против

предположения об опухоли (чаще всего злокачественной) кишечника. Киста брыжейки так же, как и киста (кистома) яичника, эластической консистенции, но она обычно значительно подвижнее, чем опухоль, которую мы обнаружили у больной и локализуется над входом в малый таз в мезо- и эпигастральной области. Опухоль мочевого пузыря (папиллома, рак), как правило, сопровождается такими болезненными симптомами, как дизурия, гематурия; она локализуется по средней линии и иногда прощупывается через передний свод. Все эти признаки отсутствуют у больной И.

Более обосновано предположение, что опухоль исходит из внутренних половых органов (матка, маточная труба, яичник, эпоофорон или пареоофорон).

Против диагноза субсерозной миомы матки говорит гладкая поверхность матки и нормальные ее размеры, наличие одиночной опухоли, тогда как субсерозные миомы в большинстве случаев множественны. Миома, как правило, плотной консистенции, а у больной опухоль тугоэластической консистенции. Менструальная функция у больной нормальна, тогда как у больных миомой она большей частью нарушена.

Говоря об опухоли придатков матки, мы должны подумать о возможности развития опухоли из трубы, яичника, эпоофорон (epoophoron) или пареоофорона (paraophoron). (Воспаление труб иногда ведет к образованию мешчатого {опухолевидного образования (гидропосальпинкса}). Однако против подобного диагноза у больной убедительно говорит следующее: в анамнезе отсутствуют какие-либо указания на гинекологическое воспалительное заболевание (белки, боли, нарушение менструальной функции, лихорадочное состояние), больная не представляла никаких жалоб при поступлении, опухоль не двусторонняя (как чаще всего бывает при воспалении придатков матки), а односторонняя, подвижна, не болезненна. Температура тела у больной и гемограмма нормальны.

Итак, мы можем отказаться от предположения о воспалении труб с образованием сактосальпинкса у больной.

Наиболее обоснован, очевидно, диагноз опухоли яичника. В пользу этого говорят: локализация опухоли сбоку от матки, ее эластическая консистенция и овоидная форма. Каков же характер опухоли?

Это может быть истинная опухоль, псевдоопухоль — ретенционная киста яичника (фолликулярная, желтого тела, текалютеиновая) или тератогенная опухоль — зрелая (дермоидная киста), или незрелая тератома (teratoma embryonale).

Из истинных опухолей яичника наиболее часто встречаются кистомы; реже возникают гормонопродуцирующие опухоли, фибромы, миомы. Наконец, необходимо помнить и о возможности рака яичников.

Дифференциальный диагноз между псевдоопухолью (ретенционной кистой) и истинной опухолью представляется иногда затруднительным, если увеличение яичника незначительно. Кисты яичника, как правило, не достигают больших размеров, округлой формы. Принято считать (М. С. Малиновский), что об истинной опухоли яичника следует подумать, если она не меньше, чем в два раза, превышает нормальные размеры его. Размеры опухоли у больной значительно больше, что подтверждает предположение об истинной опухоли яичника, а не о кисте его. Для гормонопродуцирующей опухоли яичника типа гранулезоклеточной и при небольших размерах ее характерны соответствующие симптомы: нарушение менструальной функции, раннее половое созревание; при вирилизующей опухоли — явления дефеминизации или вирилизации (у взрослой). Ни одного из этих признаков у больной нет.

Таким образом, у нас нет никаких оснований для предположения о гормонопродуцирующей опухоли яичника. Фибромы и миомы яичника отличаются плотной консистенцией. Нередко при фиброме яичника возникает асцит. У больной нет асцита, а консистенция опухоли не плотная, что говорит против диагноза миомы или фибромы яичника.

Однако всегда надо помнить и о возможности раковой опухоли (первичной или метастатической).

Против диагноза злокачественной опухоли (рак) у больной говорит подвижность опухоли, ее гладкая поверхность, эластическая консистенция и отсутствие асцита. Мы не имеем также оснований для диагноза метастатического рака яичников, так как подобные опухоли обычно двусторонние, сопровождаются асцитом. У таких больных можно нередко (клинически и рентгенологически) выявить первичный очаг опухоли (в желудочно-

кишечном тракте, молочных железах). Ни одного из этих признаков нет у больной и, следовательно, мы можем вполне обоснованно отвергнуть мысль о возможности рака яичников.

Итак, рассмотрев различные формы опухолей яичников, мы приходим к выводу, что наиболее обоснован у больной И. диагноз доброкачественной опухоли яичника — кистомы его.

Однако какая же это кистома — псевдомуцинозная или цилиоэпителиальная? Подобный диагноз может быть поставлен до операции лишь предположительно. Данные литературы говорят о том, что псевдомуцинозные кистомы чаще, чем цилиоэпителиальные, бывают односторонними и подвижными (растут в брюшной полости, а не внутрисвязочно). Так, по данным В. С. Смирновой, собранной материалы о 2843 первичных истинных опухолях яичников (в том числе о 514 псевдомуцинозных и 1024 цилиоэпителиальных кистомах), псевдомуцинозные кистомы были односторонними в 95,7% и двусторонними лишь в 4,3%. Межсвязочное расположение их было установлено в 5,1%.

По данным В. И. Бычкова, изучившего истории 346 больных с цилиоэпителиальными кистомами, каждая пятая опухоль была двусторонней. Они были межсвязочными в 8,9%.

По Ф. Е. Петербургскому и Martin, асцит наблюдается при псевдомуцинозных кистомах очень редко.

Итак, на основании всех вышеперечисленных данных анамнеза, объективного обследования и рассмотрения литературы мы можем высказать сейчас лишь предположение, что у больной псевдомуцинозная кистома яичника.

Какова же должна быть теперь наша тактика — применить ли хирургическое лечение (немедленно или после наблюдения за больной в течение 3 месяцев) или же рекомендовать дальнейшее наблюдение, не ставя настойчиво вопрос о хирургическом лечении?

Хорошо известно, что у многих больных кистома яичника не вызывает вначале никаких болезненных симптомов и часто обнаруживается лишь случайно или при профилактическом осмотре. Подобные больные часто сомневаются в достаточной обоснованности срочных показаний к операции, так как они не испытывают ника-

ких болезненных ощущений. Однако на вопрос о врачебной тактике при диагнозе опухоли яичника (кистоме) или при подозрении на опухоль яичника может быть лишь один ответ: больная подлежит немедленно оперативному лечению, независимо от того, есть ли у нее болезненные симптомы, обусловленные развитием опухоли, или их нет и независимо от размеров опухоли.

Подобная категорическая рекомендация немедленной операции основана на том, что при кистомах яичника больным грозят следующие осложнения: 1) перекручивание ножки опухоли, 2) образование сращений опухоли с соседними органами (кишечником, брюшиной, мочевым пузырем), 3) инфицирование опухоли и, наконец, 4) возможность злокачественного превращения опухоли. Любое из этих осложнений может возникнуть внезапно, резко ухудшить состояние больной, вследствие чего операция будет более сложной, а прогноз менее благоприятным.

В связи с этим приведу одно печальное наблюдение, сделанное много лет тому назад. У молодой, только что вышедшей замуж женщины через месяц после замужества опытный гинеколог диагностировал кистому яичника. Предложена немедленная операция, но больная не согласилась с этим. Через несколько дней у нее внезапно возникли острые боли в животе, начала повышаться температура. Однако к гинекологу больная не обратилась. Спустя 2 недели после начала заболевания возникли явления колита, и из прямой кишки выделился гной с примесью волос. Больная была госпитализирована в гинекологическую клинику в септическом состоянии и оперирована по поводу нагноившейся дермоидной кисты с прорывом содержимого в прямую кишку. К счастью, больная выздоровела, но после длительного нагноительного процесса.

Итак, мы пришли к заключению, что операция должна быть произведена больной в ближайшие же дни. Прежде всего мы разъяснили больной, что у нас нет оснований для предположения о злокачественном характере опухоли и постарались снять у нее чувство страха. Это необходимо не только из гуманных соображений, но и с целью улучшения исхода операции.

Каждый клиницист знает, как важно, чтобы больная шла на операцию по возможности без чрезмерного



страха. Вместе с тем, мы разъяснили больной необходимость немедленной операции, указав на относительную простоту ее и возможность нежелательных осложнений при откладывании оперативного вмешательства.

Больная дала согласие на операцию. При операции 25 января 1963 г. (под эфирно-кислородным наркозом) диагноз кистомы правого яичника подтвердился. Произведено удаление опухоли. Наружная поверхность опухоли оказалась гладкой. При рассечении опухоли сразу же после ее удаления (это всегда надо делать при операции по поводу опухоли яичников) оказалось, что внутренняя поверхность ее покрыта папиллярными разрастаниями, местами имеет бархатистый вид. Ввиду этого было произведено срочное гистологическое исследование опухоли путем приготовления среза от руки и окраски его. Этот способ был детально изучен нашей сотрудницей В. И. Евдокимовой и описан нами в лекции о дисгерминоме яичника.

При гистологическом исследовании был поставлен диагноз псевдопапиллярной кистомы яичника. Данные литературы о клиническом течении подобных кистом противоречивы. Одни (К. П. Улезко-Строганова, М. Ф. Глазунов, А. Н. Лебедева) считают, что пролиферирующие псевдомуцинозные кистомы (из них значительное большинство — псевдопапиллярные) имеют выраженную склонность к озлокачествлению. Olshausen, Pfannenstiel, Schröder, Kermauner, наоборот, считают, что процент озлокачествлений пролиферирующих псевдомуцинозных кистом не больше, чем гладкостенных псевдомуцинозных (сецернирующих) кистом. Из исследований последних лет необходимо указать на данные Т. Н. Деминой (1955), обследовавшей 28 больных через 9—10 лет после операции по поводу псевдомуцинозной кистомы. Она ни разу не обнаружила развития рака оставленного яичника. В. С. Смирнова изучила отдаленные результаты операции у 59 больных, страдавших пролиферирующей псевдомуцинозной кистой яичника. Ни у одной из них не было выявлено (при наблюдении в течение 5 и больше лет) рецидива опухоли или развития рака.

Учитывая приведенные данные, следует считать, что у больной доброкачественная опухоль, и можно ограничиться лишь удалением ее, сохранив матку и придатки с другой стороны.

При обнаружении цилиоэпителиальной пролиферирующей кистомы у больной в возрасте свыше 40—45 лет следует поступить более радикально — ампутировать матку и удалить придатки с 2 сторон. Это обусловлено нередким озлокачествлением подобных опухолей. Так, по данным В. И. Бычкова, из 55 цилиоэпителиальных кистом с пролиферирующим эпителием в 20 было выявлено злокачественное превращение.

Послеоперационный период у больной прошел без осложнений. 8 февраля она была выписана под наблюдение женской консультации.

Итак, мы познакомились с клиническими особенностями весьма часто встречающейся опухоли яичника — псевдомуцинозной кистомы яичника. Мы установили, что нередко подобные опухоли протекают без болезненных симптомов. Поэтому очень важно проведение широкой санитарно-просветительной работы среди женщин с целью реализации систематических (не менее 2 раз в год) профилактических медицинских осмотров всех женщин в возрасте 30 лет и старше.

При выявлении опухоли яичника, независимо от наличия или отсутствия симптомов и размеров опухоли, необходимо немедленно подвергнуть больную хирургическому лечению. При каждой операции по поводу опухоли яичника необходимо, удалив опухоль, сразу же рассечь и внимательно осмотреть ее внутреннюю поверхность. В сомнительных случаях (подозрение на рак) следует производить срочную гистологическую диагностику. В зависимости от результатов исследования опухоли и возраста больной производят более консервативную или радикальную операцию, т. е. удаляют опухоль или производят экстирпацию матки с придатками. Конечно, при диагнозе рака яичников и технической возможности производят экстирпацию матки с придатками и резекцию сальника.

## Лекция XX

### РАК ЯИЧНИКОВ

#### (CANCER OVARIORUM)

Больная Ч., 44 лет, направлена в гинекологическую клинику 1 апреля 1959 г. с диагнозом: опухоль правого яичника, левосторонняя тубоовариальная киста.

**Анамнез.** В детстве болела корью, скарлатиной, взрослой — гриппом. Росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В семье не было туберкулеза, венерических заболеваний. Отцу большой — 68 лет, матери — 66 лет. Оба здоровы.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 15 лет, установились сразу, через 30 дней по 3 дня, необильные, неболезненные. Последняя менструация была 24—26 марта сего года.

**Половая и детородная функция.** Замужем с 20 лет, в первом браке. Мужу 46 лет, здоров. 22 года тому назад, в 1937 г., была одна беременность, закончившаяся нормальными срочными родами без осложнений.

**Развитие заболевания.** После первых родов больная больше не беременела. Обращалась к врачам женской консультации (в 1949, 1951, 1953 гг.), которые находили воспаление придатков матки. 2 раза проходила лечение парафином, диатермией. Последний курс лечения прошла в 1953 г. После лечения чувствовала себя удовлетворительно, и к врачам не обращалась до 1959 г. Считает себя больной с октября месяца 1957 г., когда почувствовала тупые боли внизу живота. Боли были непостоянными. В 1958 г. боли усилились, а с октября месяца она стала жаловаться на слабость, головокружение, плохой аппетит. Больная все же не обращалась к врачам до января месяца 1959 г. В январе этого года был поставлен диагноз хронического воспаления придатков матки; лечили пенициллином. Ввиду отсутствия эффекта больная направлена в гинекологическое отделение с диагнозом: опухоль правого яичника; тубоовариальная киста слева.

**Общее обследование.** Подкожно-жировая клетчатка плохо выражена. Вес — 55 кг. Рост — 165 см. Артериальное давление — 110/60 мм рт. ст. Пульс — 78 ударов в 1 мин. Кожные покровы бледно-желтушно-сероватой окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. Со стороны органов дыхания патологических изменений не определяется. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке сердца. Живот увеличен в объеме, стенки его напряжены. Пупок несколько сглажен, не уплотнен, окружность живота на пупке — 90 см. Печень и селезенка не пальпируются. Стул нерегулярный, с задержанием по 3—4 дня, беспокоят газы. Моченеспускание учащено, не болезненно. Передняя брюшная стенка несколько напряжена, при пальпации в гипогастриальной области определяется плотная, бугристая, ограниченно подвижная опухоль. Верхняя граница опухоли на 10 см выше лона. Опухоль слегка чувствительна при пальпации. При перкуссии над опухолью тупой тон. В брюшной полости при перкуссии и перемещении больной набок определяется свободная жидкость. По срединной линии тела, в эпигастриальной и пупочной областях — при перкуссии тимпанический звук. Паховые лимфатические узлы увеличены, плотны.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы дряблые, отвислые. При пальпации их патологических изменений не обнаружено. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Со стороны уретры и выводящих отверстий больших вестибулярных желез патологических изменений нет.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища бледно-розового цвета. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической фор-

мы. Из канала шейки матки слизистые выделения в довольно обильном количестве. Своды влагалища — боковые и задний сглажены.

*Влагалищное исследование.* Матка контурируется нечетко, по средней линии тела; к ней примыкают справа и слева бугристые, ограниченно подвижные опухоли, выпячивающие боковые и задний своды влагалища. Опухоли немного не доходят до стенок таза. На нижнем полюсе опухоли, выпячивающей задний свод, определяются шиповидные выпячивания, болезненные при пальпации. Верхняя граница опухоли определяется по срединной линии на 10 см выше лона; слева — на 6 см, справа — на 10 см выше лона. Форма опухоли неправильно овальная. Диаметр опухоли справа от средней линии тела —  $15 \times 12 \times 10$  см; слева —  $12 \times 10 \times 8$  см. Опухоль справа неравномерной консистенции — местами плотная, местами тугоэластическая, с неровной, бугристой поверхностью, слева — плотная, бугристая.

При исследовании через прямую кишку обнаружены геморроидальные шишки. Матка по средней линии, четко не контурируется. Малый таз выполнен плотными, бугристыми опухолями, верхняя граница которых определяется через переднюю брюшную стенку. Опухоли чувствительны при пальпации, ограниченно подвижны. Через переднюю стенку прямой кишки определяются болезненные узелки на нижнем полюсе опухоли.

*Лабораторные исследования.* Анализ крови: Нб 13,3 г%, эр. 3,5 млн., л. 5800, баз. 1%, э. 3%, п. 20%, с. 48%, лимф. 20%, мон. 8%; РОЭ 30 мм в час. Тромбоциты 250 000. Анализ мочи — без патологических отклонений.

При рентгенографии легких и сердца патологических изменений не обнаружено.

При контрастном исследовании желудка и тонкого кишечника никаких патологических изменений не обнаружено.

Для рентгенологического исследования толстых кишок с целью исключения опухоли их был применен метод контрастной клизмы (ирригоскопии) с серноокислым барием. На обзорных и прицельных снимках после заполнения кишечника раствором бария (300 г на 2 л теплой кипяченой воды) и опорожнения кишечника опухоли кишечника обнаружено не было (не было обнаружено ни дефектов наполнения с неровными контурами, ни циркулярного стеноза кишки).

Каков же диагноз?

Как известно из данных анамнеза, больная в течение ряда лет после первых родов страдала воспалением придатков матки и вторичным бесплодием. По этому поводу она повторно лечилась амбулаторно, и 3 месяца тому назад (в январе 1959 г.) снова прошла курс лечения пенициллином. Однако на этот раз лечащий врач усомнился в правильности такого диагноза и направил больную в стационар с диагнозом опухоли правого яичника и левосторонней трубноовариальной кисты.

Правильна ли такая диагностика?

Данные анамнеза, а в особенности динамики заболевания не характерны для воспалительного процесса. Так, необходимо обратить внимание на резкий контраст между общим, неудовлетворительным состоянием больной (потеря аппетита, исхудание, наличие асцита) и отсутствием указаний на лихорадочное состояние, ознобы, длительное пребывание в постели. При исследовании крови мы также не нашли изменений, характерных для тяжелого воспалительного процесса. Наше пристальное внимание должны привлечь и данные объективного исследования, при котором был обнаружен конгломерат больших опухолей в малом тазу. Учитывая весь комплекс этих данных, а также и возраст больной (44 года) следует считать более обоснованным диагноз опухоли половой системы, а не острого или подострого воспалительного процесса.

Являются ли обнаруженные у больной опухоли доброкачественными (миома матки, киста яичника) или злокачественными (рак матки, яичников)? К сожалению, приходится признать, что все симптомы, выявленные у больной Ч., а также данные общего и специального гинекологического исследования позволяют говорить о злокачественной опухоли.

Отсутствие нарушений менструаций, неравномерная консистенция опухоли, наличие асцита и нарушение общего состояния здоровья больной позволяют отвергнуть предположение о множественной миоме или кисте яичников.

Предположение о раке матки (тела или шейки) также недостаточно обосновано, так как у больной не обнаружено никаких патологических изменений влагалищной части шейки матки, кровянистых или гнойно-кровянистых выделений из канала шейки матки, инфильтратов в параметриях.

Из анамнеза нам известно, что первые жалобы — на боли в животе — возникли у больной уже 1½ года тому назад. Если бы это было признаком рака матки, то за такой период возникли бы и другие характерные симптомы: кровянистые или ихорозные выделения из влагалища и раковые инфильтраты в параметриях. Однако подобных симптомов и изменений в параметрии у больной мы не обнаружили. Следовательно, у нас нет данных для диагноза рака матки.

Рентгенологическое обследование толстого кишечника позволяет исключить также предположение об опухоли (раке) кишечника.

Вместе с тем, двусторонность опухолей, бугристая их поверхность с шиповидными выпячиваниями, резкая болезненность и наличие асцита в сочетании с общими изменениями (исхудание, боли) убедительно говорят в пользу диагноза рака яичников.

Как же возник этот рак и какова стадия его?

Ряд авторов считают, что развитию рака яичников часто предшествует воспаление придатков матки и ставят два этих патологических процесса в причинную зависимость. Изучаемая нами больная также страдала в течение ряда лет хроническим воспалением придатков матки. Однако данные нашей клиники и литературы по этому вопросу весьма противоречивы. Так, по данным нашей клиники (Ф. Д. Анискова), воспалительный процесс предшествовал развитию рака яичников у 25 из 85 больных, по И. С. Краевской — лишь у 41 из 198 больных. В противоположность этим данным Remberton установил, что воспалительный процесс предшествовал развитию рака яичников у 67 из 149 больных (т. е. в 45%).

Таким образом, можно считать, что воспалительный процесс может быть лишь одним из факторов, способствующих развитию опухолевого роста.

Что касается стадии заболевания у больной, то следует думать о распространенном раковом процессе. В пользу этого говорят: общее неблагоприятное состояние больной, наличие двусторонних, ограниченно подвижных опухолей и асцит. Однако при раке яичников еще труднее, чем при раке матки, установить до операции стадию поражения, и мы часто допускаем в этом отношении ошибки. К тому же в настоящее время нет и общепринятого для всех стран деления рака яичников по стадиям. У нас в СССР принято следующее разделение рака яичников по стадиям:

- I стадия — опухоль поражает один яичник,
- II стадия — опухоль поражает оба яичника, матку, одну или обе маточные трубы;
- III стадия — опухоль поражает, кроме придатков и матки, париетальную брюшину; дает метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник;



гическое вмешательство, независимо от распространенности поражения. Операция противопоказана лишь при крайне тяжелом состоянии больной, очень резком истощении, наличии метастазов в отдаленные органы (легкие, печень, центральную нервную систему). Столь широкие показания к хирургическому вмешательству обусловлены рядом обстоятельств: малой эффективностью лучевой терапии при раке яичников, недостоверностью клинической диагностики стадии заболевания (до операции), некоторым улучшением отдаленных результатов ее лечения после частичного удаления раковой опухоли. Конечно, при столь широких показаниях к хирургическому вмешательству у ряда больных мы вынуждены ограничиться пробным чревосечением со взятием кусочков опухоли для гистологического исследования.

Одновременно мы считаем необходимым настойчиво предостеречь от попыток чрезмерно расширенного хирургического вмешательства, в особенности при IV стадии заболевания. Попытки удаления легко распадающихся, неподвижных, фиксированных в малом тазу или на кишечнике узлов отнюдь не улучшают прогноз, наоборот, они лишь ускоряют процесс диссеминации опухоли. Вместе с тем, при раке яичников целесообразно всегда удалять (резецировать) сальник. По данным Л. М. Коргановой (1958), метастазы чаще всего возникают в брюшине, забрюшинных лимфоузлах и сальнике. Таковы же данные Е. П. Мухиной (1964).

Итак, мы предложили больной операцию, на что она с готовностью дала согласие. 6 апреля 1959 г. под эфирно-кислородным наркозом было произведено срединное чревосечение. При вскрытии брюшной полости из нее излилось около 750 мл кровянистой жидкости. Большой сальник нижним своим краем фиксирован к органам малого таза. После отделения сальника было выявлено, что в малом тазу и выше входа в него расположен конгломерат из 2 опухолей. Матка и маточные трубы неразличимы. Цвет опухолей темно-серый, бурый, поверхность неровная.

Очень осторожно, тупым способом выделена правосторонняя опухоль, по внешнему виду напоминавшая tuboовариальную кисту. На воронкотазовую связку наложены клеммы; после этого она пересечена и перевязана. С медиальной стороны опухоль широкой ножкой



связана с углом матки. Затем наложены клеммы, пересечена и перевязана воронко-тазовая связка слева, и также тупым путем вылущена левосторонняя опухоль. Опухоль также широкой ножкой связана с углом матки. Диаметр правосторонней опухоли —  $20 \times 15 \times 12$  см, левосторонней —  $15 \times 12 \times 10$  см. После выведения опухолей из малого таза установлено, что тело матки не увеличено; на брюшине маточно-прямокишечного углубления рассеяны отдельные высыпания в виде плотных узелков до 2—5 мм в диаметре. Произведено пересечение и лигирование круглых связок, отдален вниз мочевого пузыря, лигированы и рассечены маточные сосуды. Произведена экстирпация матки с придатками. Ввиду обнаружения в сальнике узлов опухоли он резецирован. При рассечении (в операционной, до закрытия брюшной полости!) опухолей на внутренней их поверхности видны разрастания сероватого цвета, легко крошащиеся. При вскрытии матки слизистая ее макроскопически без патологических изменений.

Ввиду того, что макроскопически опухоли яичников очень похожи на рак, в брюшную полость, до зашивания ее, введено 40 мг тиоТЭФа, растворенного в 10 мл дистиллированной воды. Брюшная полость зашита наглухо, но введена тонкая трубочка для последующего лечения тиоТЭФом.

При гистологическом исследовании удаленных опухолей установлен железисто-папиллярный рак. При исследовании многочисленных препаратов правосторонней опухоли установлено, что рак возник из папиллярной кистомы.

Таким образом, было подтверждено наше первоначальное предположение, что рак яичника возник в результате злокачественного превращения кистомы.

Послеоперационный период прошел без тяжелых осложнений. Ввиду анемии у больной и необходимости лечения тиоТЭФом 9 апреля был произведен клинический анализ крови, а затем переливание крови (250 мл).

При клиническом исследовании крови 9 апреля 1959 г. было установлено: Нв 60 ед., эр. 3,5 млн., л. 9000, баз. 1%, э. 3%, п. 20%, с. 48%, лимф. 22%, мон. 6%; РОЭ — 40 мм в час, тромб. 240 тыс.

При исследовании мочи патологических изменений не обнаружено.

Прежде, чем назначить тиоТЭФ, мы учли, что нет противопоказаний к его применению. Так, у больной нет тяжелой кахексии, лейкопении (ниже 4000), тромбоцитопении (ниже 150 000 в 1 мм<sup>3</sup>); она не подвергалась предварительно лучевой терапии (введение тиоТЭФа допустимо не ранее чем через месяц после окончания лучевой терапии).

С 11 апреля по 29 мая, вначале в условиях стационара, проводилось лечение тиоТЭФом. В первые 10 дней после операции тиоТЭФ вводили внутривенно через катетер по 20 мг (5 раз), затем внутримышечно (через 3 дня) по 20 мг; всего за курс — 300 мг. При повторных исследованиях крови (каждые 5 дней) до 25 апреля не было обнаружено ни лейкопении, ни тромбоцитопении, ни анемии. Уровень гемоглобина не снижался ниже 50 ед., число эритроцитов — ниже 3,5 млн., а число лейкоцитов — 4500.

25 апреля было выявлено снижение числа лейкоцитов до 4000, а тромбоцитов до 160 000. В связи с этим были проведены повторные переливания крови, дозы тиоТЭФа снизили до 10 мг, больной назначили нуклеиново-кислый натрий (по 0,14 г 4 раза в день) с целью стимуляции лейкопозза. Кроме тиоТЭФ, больной вводили внутримышечно (1 раз в 3 дня) в первый месяц по 50 мг (1 мл 5% раствора), а затем еще 1½ месяца по 100 мг тестостерон-пропионата.

Данные литературы (Л. А. Новикова с соавторами, А. А. Бакшеева) говорят о целесообразности применения тиоТЭФа и гормонотерапии. Как показывает уже довольно значительный накопившийся опыт, подобное лечение может повести к уменьшению или исчезновению асцита, гидроторакса, уменьшению или даже исчезновению опухолевых образований. К сожалению, эффект этот является лишь временным, и стойкого излечения не происходит.

При повторном влагалищном и прямокишечном исследовании больной в малом тазу определялся инфильтрат, плотной консистенции, доходивший до стенок таза. Инфильтрат не выходил за пределы малого таза. Мочеиспускание и дефекация не нарушены. Больную беспокоят боли. 30 мая больная выписана для дальнейшего лечения в онкологическом диспансере. Рекомендовано:

прием анальгина (0,5×2) и продолжение (в амбулаторных условиях) инъекций тестостерон-пропионата.

В июле 1959 г. больная поступила снова в стационар для повторного лечения тиоТЭФом. Состояние ее за истекшие 1½ месяца не улучшилось — плохой аппетит, худеет, беспокоят постоянные боли, запоры. При гинекологическом исследовании в малом тазу обнаружен бугристый, плотный инфильтрат. Верхняя граница инфильтрата на 6 см выше лона. При исследовании крови явлений анемизации и лейкопении не обнаружено (эритроцитов — 4 млн., лейкоцитов — 6400).

С 18 июля по 6 августа проведен 2-й курс лечения тиоТЭФом (всего 200 мг). Несмотря на лечение, состояние больной продолжало ухудшаться, и 7 августа она выписалась домой. По данным онкологического диспансера, больная умерла от множественных метастазов опухоли и кахексии в июне месяце 1960 г.

Можно ли было раньше распознать рак у больной и действительно ли рак яичников вначале течет бессимптомно?

Положение о бессимптомном течении начальной стадии рака яичников, к сожалению, разделяется многими авторами. Однако наши клинические наблюдения, так же как и данные отдельных авторов, опровергают эти суждения. Так, по данным Ф. Д. Анисковой, из 25 больных, поступивших в клинику в I и II стадиях заболевания, у 22 были те или иные жалобы. Боли отмечали 13 больных, увеличение живота — 3, учащенное мочеиспускание — 1, похудание, недомогание — 2 больных. По данным И. С. Краевской, болевой синдром как первый признак заболевания раком яичников был отмечен в 60—65%. Боли вначале непостоянны и могут исчезать на несколько дней. Однако если бы больные были более внимательны к себе, а врачи при обнаружении опухоли придатков матки чаще думали (в особенности при осмотре больных в возрасте 40 и больше лет) о возможности рака яичников, то процент ранней диагностики значительно бы возрос.

Необходимо здесь особенно подчеркнуть и следующее положение: при обнаружении опухоли яичника больная подлежит немедленному хирургическому лечению. Операция показана независимо от того, является ли опухоль яичника большой или небольшой, обуслов-

ливают ли она болезненные симптомы или нет. Суждение отдельных врачей о возможности выжидания при диагнозе опухоли яичника глубоко ошибочно и таит в себе опасность запоздалой диагностики рака яичника, перекрута ножки опухоли и других осложнений.

Заслуживает серьезного внимания и тактика врача при диагнозе сактосальпинкса, тубо-овариальной кисты у больных в возрасте 40 и больше лет. В этих условиях необходимо всегда помнить об опасности ошибочной диагностики. Наиболее подозрительны в отношении рака больные, у которых «внезапно» в возрасте свыше 40 лет, без резких температурных реакций и изменений крови выявляются опухолевидные изменения придатков матки. Консервативное лечение (нередко теплом!) не дает положительных результатов. В интересах подобных больных следует расширять показания к хирургическому лечению.

Итак, мы познакомились с клиническим течением одного из наиболее неблагоприятных по прогнозу заболевания — раком яичников. Положение, разделяемое рядом авторов, о бессимптомности начальной стадии рака неправильно. У большинства больных отмечаются различные болезненные ощущения. Конечно, они не специфичны, но больные должны раньше обращаться к врачу.

Врач при обнаружении опухоли придатков матки, в особенности у больных в возрасте 40 и больше лет, чаще должен думать об опасности рака яичников и шире ставить показания к хирургическому лечению.

Прогноз при раке яичников в настоящее время остается все еще неблагоприятным. Процент стойкого излечения очень невелик. Так, среди 192 больных злокачественными опухолями яичников, лечившихся в Институте онкологии МЗ СССР, прожили 5 и больше лет лишь 18 (9,3%).

Профилактика этих опухолей заключается в систематическом (не менее 2 раза в год) проведении профилактических медицинских осмотров всех женщин в возрасте 30 лет и старше, немедленном хирургическом вмешательстве с целью удаления опухоли яичника, как только она диагностирована, расширении показаний к хирургическому лечению воспалительных конгломератов придатков у женщин 40 и старше лет.

## Лекция XXI

### ПЕРВИЧНЫЙ РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ (CARCINOMA TUBAE UTERINAE PRIMARIUM)

Больная К., 49 лет, поступила в гинекологическую клинику 3 ноября 1963 г. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и метrorрагию.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Болела корью и коклюшем. Взрослой перенесла парез левого лицевого нерва (1937), острый нефрит (1938), болезнь Боткина (1940). С 1959 г. страдает гипертонической болезнью I стадии. Родители умерли. Отец умер 65 лет от инфаркта миокарда, мать — 63 лет от декомпенсации сердечной деятельности. Заболеваний туберкулезом в семье не было.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 14 лет, установились сразу, через 4 недели, по 3—4 дня, безболезненные, в умеренном количестве. В последний раз правильная менструация была в июне 1962 г.

**Половая жизнь** — с 17 лет. Замужем 2-й раз (с 1957 г.). Первый муж умер в 1955 г. в возрасте 52 лет от гипертонической болезни. Второму мужу — 56 лет, здоров.

**Детородная функция.** В первом браке было 3 беременности. Первая беременность закончилась срочными родами (1934 г.). При родах произошел разрыв промежности. Швы промежности разошлись. Выписалась из роддома на 18-й день после родов. Ребенок умер 12 лет от гнойного аппендицита. Вторая беременность (1935 г.) была прервана искусственно в 7 недель. Третья беременность (1937 г.) прервалась самопроизвольно в 18 недель.

**Развитие заболевания.** В 1939 г. была произведена пластическая операция по поводу опущения стенок влагалища. С 1952 г. болеет воспалением придатков матки с повторными обострениями. Лечилась амбулаторно. Была повторно на больничном листе (по 5—10 дней). С июля 1962 г. менструации стали нерегулярными, задерживались на 2—3 месяца, а затем сменялись длительными, иногда довольно обильными кровотечениями. Лечилась амбулаторно кровоостанавливающими средствами, без особого эффекта. 5 июля 1963 г. ввиду значительного кровотечения была госпитализирована. При осмотре был поставлен диагноз: климактерическое кровотечение, хроническое воспаление придатков матки. Произведено диагностическое выскабливание. Гистологический диагноз: мелкие обрывки полипов слизистой матки, установить фазу менструального цикла невозможно. На 4-й день после операции выскабливания (9 июля 1963 г.) она была выписана. Рекомендовано наблюдение в женской консультации.

До октября 1963 г. кровянистых выделений не было. Временами возникали схваткообразные боли внизу живота, и в довольно обильном количестве появлялись из влагалища водянистые, то прозрачные, то желтоватые выделения. С 20 октября 1963 г. появились кровянистые выделения из половых путей, вначале в умеренном количестве, а с 1 ноября — довольно обильные. Кроме кровянистых выделений, больная жаловалась также на тупые, иногда схваткообразные боли внизу живота.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Парез левого лицевого нерва. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноватой окраски. Язык влажный, не обложен. Температура — 37,2°. Пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. Артериальное давление — 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца слегка приглушены, на верхушке систолический шум; акцент II тона на аорте. При аускультации легких определяется везикулярное дыхание. При рентгеноскопии патологических изменений со стороны легких и сердца не обнаружено. Живот мягкий, при пальпации неболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы отвислые, дряблые; патологических изменений не определяется. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без отклонений от нормы. На промежности — линейный рубец после операции кольпоперинеорафии (в 1939 г.). Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений нет. Стенки влагалища при натуживании не опускаются. Осмотр с помощью зеркала: на стенках влагалища — кровь. Шейка матки цилиндрической формы, гипертрофирована, не эрозирована. Наружный маточный зев в виде поперечной щели. Из канала шейки матки — довольно обильные кровянистые выделения.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, не увеличена, грушевидной формы, подвижна, плотной консистенции. Справа и слева от матки определяется опухолевидное образование 6×5×5 см, овоидной формы, неравномерной консистенции (от тугоэластической до плотной), малоблезненное. Слева от матки, высоко, пальпируется ретортообразной формы опухолевидное образование, длиной до 12 см, у угла матки — диаметром до 3 см, а на латеральном конце — до 6 см, тугоэластической консистенции, малоблезненное.

**Лабораторные исследования.** При клиническом анализе крови и мочи патологических изменений не обнаружено. Принимая во внимание возраст больной (49 лет) и наличие ациклических маточных кровотечений, благоприятные данные исследования крови (РОЭ — 10 мм в час, лейкоцитов — 7500), решено было произвести диагностическое выскабливание для того, чтобы исключить возможность ракового процесса. 4 ноября 1963 г. под проводниковой новокаиновой анестезией (0,5% раствор 70 мл) произведено диагностическое выскабливание слизистой матки. Длина полости матки — 8 см, она не деформирована. Гистологический диагноз: полипоз эндометрия.

При консультации окулиста обнаружена ангиопатия сетчатки.

**Каков же диагноз?**

Данные анамнеза и объективного исследования дают основание обсудить возможность следующих заболеваний:

- 1) хронического воспаления придатков матки с образованием двусторонних tuboовариальных кист,
- 2) кистомы яичников,
- 3) рака яичников,

#### 4) рака маточных труб (первичного).

Рассмотрим последовательно эти предположения.

Данные анамнеза (воспаление придатков матки с 1952 г., повторные обострения заболевания), форма опухолевидных образований (с одной стороны — овоидная, с другой — ретортообразная), вторичное бесплодие (в первом браке с 1937 до 1955 г.) — все это весьма убедительно говорит в пользу диагноза хронического воспаления придатков матки. Однако чем старше больная, тем чаще должно возникать у нас подозрение на опухолевый процесс — доброкачественный (кистома яичников) и злокачественный (рак яичников и маточных труб). Однако объективные данные говорят против предположения о доброкачественной опухоли яичников (кистома): двухсторонность и неправильная форма опухолей (овоидная и ретортообразная), близкое расположение их у угла матки, относительно небольшие размеры опухолевидных образований, несмотря на большую длительность заболевания, указания на обильные бели, водянистого, желтого, а в последнее время кровянистого характера, схваткообразные боли. Весь этот симптомокомплекс, в особенности учитывая возраст больной, дает серьезные основания подумать о возможности злокачественной опухоли — рака яичников или маточных труб.

При двустороннем раке яичников всегда надо помнить о возможности его метастатического возникновения из первичного очага в молочных железах, желудочно-кишечном аппарате. Однако мы тщательно осмотрели молочные железы у больной и не обнаружили в них каких-либо узлов опухоли. Больная не предъявляет никаких жалоб и со стороны органов пищеварения — у нее нет ни изжоги, ни отрыжек, запоров или поносов. Однако для исключения рака желудочно-кишечного тракта этих клинических признаков еще не достаточно, как мало и данных пальпации, при которой мы не обнаружили патологии желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим 9 и 10 ноября больной было проведено тщательное рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта. Никаких патологических изменений не было обнаружено.

На основании этих данных мы можем отказаться от подозрения на метастатический рак яичников из молочных желез или желудочно-кишечного тракта. Однако

у больной может быть не метастатический, а первичный рак яичников или трубы. В пользу первого предположения говорит то, что рак яичников встречается значительно чаще, чем рак труб, и чаще бывает двусторонним (в  $\frac{2}{3}$  случаев).

Однако ряд симптомов у больной не характерен для рака яичников и заставляет подумать о диагнозе рака труб: наличие тупых, иногда схваткообразных болей в животе с истечением прозрачной или желтоватой жидкости из влагалища, ретортообразная и овоидная форма опухолей, неравномерная их консистенция и гладкая поверхность.

Критически рассмотрев все вышеуказанные симптомы заболевания, мы поставили следующий клинический диагноз: рак придатков матки (вероятнее всего, труб) и трубноовариальная киста.

Не желая наносить больной тяжелую психическую травму, мы не сказали ей о подозрении на раковое поражение и мотивировали необходимость операции длительностью ее заболевания и повторными обострениями. Вместе с тем, мы в осторожных выражениях добавили, что, чем старше больная, тем больше опасность развития опухолей, в том числе и злокачественных. Больная дала согласие на операцию.

12 ноября 1963 г. под эндотрахеальным наркозом было произведено чревосечение срединным разрезом ниже пупка. В брюшной полости обнаружено около 200 мл красноватого цвета жидкости. Левая труба синюшного цвета, до 12 см по длиннику, в ампулярном конце запаяна и расширена до 6 см. Левый яичник нормальной величины, не изменен. Правая труба темно-бурого цвета, овоидной формы, плотной консистенции, по длиннику — до 16 см, в широкой части — до 8 см. Правый яичник и матка макроскопически не изменены.

Хирургический диагноз: первичный рак маточных труб.

Произведена экстирпация матки с придатками. Больная удовлетворительно перенесла операцию. Послеоперационный период прошел без осложнений. Заживление брюшной раны первичным натяжением.

18 ноября получены данные гистологического исследования удаленных органов. Правая труба (макроскопически (темно-бурого цвета, представляет собой



мозговидную распадающуюся опухоль. Микроскопически: папиллярная карцинома. Левая труба (макроскопически) — гидросальпинкс, наполненный буроватой жидкостью. Микроскопически: папилломатоз трубы. Матка и яичники — без патологических изменений.

Итак, клинический и хирургический диагнозы частично совпали. Был установлен рак правой трубы, гидросальпинкс в левой трубе.

Как же возникает рак трубы? Каковы его клинические признаки, течение, лечение и прогноз при этой опухоли?

Первичный рак маточных труб — редкое заболевание. Так, по данным нашей клиники (Ф. Д. Анискова), он был обнаружен в 2,03% к числу всех опухолей половых органов. По материалам П. Я. Лельчука, подобная форма (рак труб) наблюдалась в 0,7% к общему числу больных раком половых органов.

У больных раком трубы весьма часто в прошлом было бесплодие, обусловленное воспалением придатков матки. Так, по сводной статистике Dietrich, бесплодие было у 82 из 185 больных первичным раком маточных труб (44%). Средний возраст больных (по М. Д. Левитскому) на 96 наблюдений — 48,2 года. Данные нашей клиники близки к этим.

Макроскопически опухоль при разрезе трубы имеет вид папиллярных разрастаний, у основания более плотных, а к периферии — рыхлых, часто с явлениями некроза. Гистологически рак маточной трубы имеет папиллярную (как и у больной К.), альвеолярную или смешанную — папиллярно-альвеолярную форму. Он развивается из цилиндрического эпителия слизистой оболочки трубы. Значительно реже наблюдается плоскоклеточный рак.

Клиническое течение первичного рака труб весьма неблагоприятно — быстро происходит метастазирование по лимфатическим и кровеносным путям, реже — *per continuitatem* (в матку, яичники, на брюшину).

Диагностика весьма затруднительна ввиду отсутствия характерных ранних симптомов. Подозрение на рак трубы возникает при сочетании следующих данных: 1) возраста больной свыше 40 лет, 2) обнаружения опухолевидного образования придатков матки, в особенности если отсутствуют указания на воспалительный процесс в прошлом, температура тела нормальна и данные

исследования крови без особенностей; 3) схваткообразных болей внизу живота; 4) периодического выделения из половых путей довольно обильных прозрачных или желтоватого цвета белей.

В последнее время Frocwis, Kregner рекомендуют с целью диагностики цитологическое исследование мазков из цервикального канала (конечно, при исключении рака тела и шейки матки). В сомнительных случаях (особенно у лиц старше 40 лет), безусловно, показана активная тактика — чревосечение с обязательным гистологическим исследованием удаленных образований.

В связи с трудностью диагностики большинство больных раком трубы поступает со значительным распространением болезненного процесса. Так, из 13 больных раком маточных труб, оперированных в гинекологической клинике I МОЛМИ (1948—1959 гг.), только у 2 больных была I стадия (поражение одной трубы), у 1 — II стадии (поражение обеих труб), у 3 — III стадия (поражение обеих труб, матки, яичников, метастазы в пределах малого таза) и у 7 больных — IV стадия (диссеминация процесса).

Лечение должно быть комплексным — хирургическим (экстирпация матки с придатками) и лучевым.

26 ноября больная была выписана из клиники. Ей назначена глубокая рентгенотерапия (до 12 000—14 000 p).

Каков же прогноз заболевания? Его следует считать сомнительным. Так, Schröder (1959), наблюдая 16 больных раком труб, которые подверглись комбинированному лечению; спустя 5 лет только у 2 из них не обнаружил метастазов; остальные или погибли или имели метастазы опухоли.

По данным Engström (1957), результаты лечения больных первичным раком трубы в Radiumhemmet в Стокгольме были более благоприятными: через 5 лет после комбинированной терапии были живы и не имели рецидивов 10 из 28 больных. При хирургическом лечении без последующей рентгенотерапии отдаленные результаты значительно хуже. Процент стойкого излечения (при наблюдении 5 лет и больше) очень невелик — всего лишь 5%.

Итак, мы познакомились с весьма редким заболеванием — первичным раком маточной трубы. Подобная

опухоль представляет большую опасность, так как клиническое течение ее крайне неблагоприятно. Вместе с тем, наш разбор имел целью повысить процент правильного распознавания и таким образом увеличить возможность более раннего оперативного вмешательства и стойкого выздоровления.

Онкологическая настороженность требует более активной тактики и расширения показаний к хирургическому вмешательству у больных в возрасте старше 40 лет с опухолевидными образованиями придатков матки без четких симптомов воспалительного процесса. При операции у подобных больных целесообразна срочная гистологическая диагностика у операционного стола, а при технической невозможности ее — ампутация (лучше экстирпация) матки с придатками. Каждый препарат удаленных придатков должен быть гистологически исследован.

Профилактика рака трубы затруднительна. Ввиду частого развития рака у больных с длительным воспалением придатков матки лечение подобных больных в возрасте свыше 40 лет должно быть по преимуществу хирургическим.

## Лекция XXII

### ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ (CHORIONEPITHELIOMA UTERI)

Больная К., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику 3 апреля 1961 г. по поводу маточных кровотечений, которые продолжаются с небольшими перерывами уже 4½ месяца после искусственного аборта.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Из детских инфекций перенесла корь, скарлатину. Отцу — 50 лет, матери — 48 лет; оба здоровы. В семье заболеваний туберкулезом, венерических не было.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, приходят через 4 недели, по 4 дня, не обильные, безболезненные. Последние правильные менструации были 8 октября 1961 г.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 19 лет. Была 5 раз беременной. Первая и вторая беременность закончились срочными нормальными родами (в 1955 и 1957 гг.). Дети живы, здоровы. В 1959 г. наступила третья беременность, закончившаяся самопро-

извольным абортom 3 месяцев. Больной было произведено выскабливание матки; осложнений в послеоперационном периоде не было. Четвертая (1959 г.) и пятая (1960) беременности были прерваны искусственно в лечебном учреждении при сроке в 8—9 недель. Последний искусственный аборт был произведен путем выскабливания матки 8 декабря 1960 г. По словам больной, врачи отметили, что матка была увеличена больше (до 12 недель), чем предполагавшийся срок беременности; при выскабливании были удалены из матки какие-то пузырьки. Выписана домой на 6-й день после операции с незначительными кровянистыми выделениями. При выписке больной не было сказано о том, что у нее был пузырьный занос и не было дано рекомендации быть под систематическим врачебным наблюдением. Гистологическое исследование ткани, удаленной из матки, не было произведено.

*Развитие заболевания.* Считает себя больной с декабря 1960 г., после искусственного прерывания беременности. Через 3 недели после этого появились обильные кровянистые выделения из влагалища. Вначале больная считала их менструацией. 10 января 1961 г. ввиду затянувшихся кровянистых выделений больная обратилась в женскую консультацию и с диагнозом неполного аборта была направлена в стационар, где диагноз был подтвержден и было произведено выскабливание слизистой матки; гистологическое исследование соскоба не производилось. 14 января больная в удовлетворительном состоянии была выписана домой; кровянистые выделения из половых путей почти прекратились. Однако через неделю (21 января) кровянистые выделения из половых путей усилились, и 9 февраля больная вновь была госпитализирована в гинекологическую больницу с диагнозом плацентарного полипа. Было произведено повторное выскабливание. Гистологическое исследование удаленной из матки ткани также не было произведено. 13-го февраля больная была выписана из больницы в удовлетворительном состоянии с небольшими кровянистыми выделениями. 28 февраля кровянистые выделения из влагалища несколько усилились и с небольшими перерывами продолжались до поступления в клинику 3 апреля.

К. обращалась в женскую консультацию, где ей рекомендовали госпитализацию, но она отказалась, тогда ей назначили стиптицин. Однако с первого апреля 1961 г. кровянистые выделения из половых путей значительно усилились, в связи с чем 3 апреля больная была направлена в клинику.

*Общее обследование.* Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Больная очень расстроена, нервничает, плачет, боится операции. Температура — 37,4°, пульс — 80 в минуту, ритмичный. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Телосложение правильное. Рост — 156 см. Вес — 68 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. При аускультации сердца — глухие тоны, систолический шум на верхушке; границы сердца не расширены. Со стороны органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Живот мягкий, при пальпации неболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы несколько отвислые, без патологических изменений. Секрет из них не выделяется. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально. При осмотре с помощью зеркала:

слизистая влагалища бледного цвета, без патологических изменений. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, зев в виде поперечной щели. Из канала шейки матки — довольно обильные кровянистые выделения, без запаха.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, увеличена соответственно 6—7-недельной беременности, мягкой консистенции, подвижна. Придатки матки не пальпируются.

*Лабораторные исследования.* Анализ крови: Нб 12 г%, э. 2 млн., цветной показатель 0,8, л. 4900. Со стороны формулы: белой крови — небольшой сдвиг влево (палочкоядерных — 10%). РОЭ 35 мм в час.

При исследовании мочи патологических изменений не обнаружено.

### Каков же диагноз?

Как видно из данных анамнеза, она уже дважды (в январе и феврале этого года) была госпитализирована и подвергалась операции выскабливания по поводу предполагавшегося неполного аборта и плацентарного полипа. К сожалению, ткань, удаленная из матки, ни разу не была подвергнута гистологическому исследованию и, следовательно, окончательный диагноз поставлен не был. Однако достаточно ли обоснован диагноз неполного аборта или плацентарного полипа? Неужели и при повторном выскабливании не удалены остатки плодного яйца? Подобное предположение весьма сомнительно, так как операция выскабливания не является столь уж сложной, тем более, что ее производили (по словам больной) врачи со стажем.

Какие же еще заболевания могут обусловить столь длительное, рецидивирующее кровотечение? Это могут быть: подслизистая миома матки, рак или саркома и, наконец, хорионэпителиома.

У больных, страдающих подслизистой миомой, кроме ациклических кровотечений, нередко возникают боли в пояснице и схваткообразные боли в нижнем отделе живота; субмукозная миома нередко развивается одновременно с интерстициальной или субсерозной.

Трудно допустить, чтобы ни один из врачей, производивших выскабливание матки (в декабре 1960 г., январе и феврале 1961 г.), не обратил внимание на деформацию полости матки, которая обнаруживается при субмукозной миоме, при зондировании и при выскабливании матки. Миомы значительно чаще возникают у женщин в возрасте после 30—40 лет, чем в 20—30 лет. Так, по сводным данным А. И. Петченко, среди 986 боль-

ных миомой не было ни одной в возрасте до 20 лет и лишь 32 были в возрасте от 20 до 30 лет.

Итак, у нас нет достаточных данных для того, чтобы поставить диагноз подслизистой миомы матки.

Предположение о раке матки (тела ее) также мало обоснованно, так как эта опухоль наблюдается преимущественно у женщин старше 50 лет; саркома матки также весьма редкое заболевание. Нельзя не обратить внимания и на тот факт, что кровотечения, как настойчиво подчеркивает и сама больная, начались у нее после искусственного аборта.

Предположение о возможности хорионэпителиомы матки заслуживает серьезного внимания. Развитие этой опухоли, как правило, происходит после бывшей беременности.

По данным ряда авторов, хорионэпителиома может возникнуть как после патологической, так и после нормальной беременности. Согласно литературным данным на каждые 100 случаев хорионэпителиомы 40—50 возникли после пузырного заноса, 33 — после искусственного прерывания беременности и 25 — после нормальных родов.

В пользу предположения о хорионэпителиоме говорят не только указание больной, что при операции в декабре 1960 г. у нее удалили из матки пузырьки и длительная метроррагия, но и увеличение матки до 6—7 недель беременности и мягкая консистенция ее.

Для того чтобы подтвердить этот диагноз, необходимо произвести выскабливание слизистой матки с гистологическим ее исследованием и поставить реакцию Ашгейм — Цондека (или ее модификацию на крольчихах по Фридману).

Перед тем как произвести операцию выскабливания, мы побеседовали с больной, разъяснив ей, что это вмешательство крайне необходимо для того, чтобы установить причину кровотечений. Вместе с тем, мы назначили больной (ввиду ее резкой возбудимости) таблетки с бромистой камфарой и люминалом (Rp. Camphorae monobrom. 0,15, Luminali 0,05, Mf. p. d. t. d. N № 12 in caps. gelatinosis; S: по 1 капсуле 3 раза в день).

4 апреля под проводниковой анестезией 0,5% раствором новокаина (через боковые и задний своды влагалища было введено 60 г раствора) произведено

выскабливание слизистой матки. Кюреткой удалено довольно значительное количество обрывков ткани.

В тот же день больной было произведено переливание 250 мл одногруппной крови, так как при анализе крови была обнаружена постгеморрагическая анемия; поставлена также реакция Ашгейма—Цондека как с цельной (неразведенной) мочой, так и в разведении 1:10, 1:20.

8 апреля были получены данные реакции Ашгейма—Цондека; она оказалась положительной как с цельной мочой, так и в разведениях ее 1:10 и 1:20. При гистологическом исследовании ткани, удаленной из матки, установлен диагноз хорионэпителиомы.

Итак, наши диагностические предположения оправдались. У больной оказалась крайне злокачественная опухоль матки.

Хорионэпителиома построена из клеток хориона (рис. 19) и, как правило, развивается в связи с беременностью (нормальной или патологической—пузырным заносом, абортom). Она состоит из трех видов хориального эпителия (как и нормальная плацента); из клеток типа Лангганса, синцитиальных клеток и инвазивного хориального эпителия или по преимуществу из первых или вторых клеток. Для хорионэпителиомы характерны следующие особенности: 1) она не имеет собственных сосудов и состоит только из эпителиальных клеток; 2) питание опухоли часто нарушается, что ведет к распаду ее, кровотечениям, некрозу и нередко к инфицированию; 3) опухоль, как правило, злокачественна, однако (в отличие от других злокачественных опухолей) в единичных случаях наблюдается доброкачественное ее течение и спонтанное выздоровление (без радиального лечения).

Итак, диагноз хорионэпителиомы матки был поставлен нами на основании данных анамнеза, клинических симптомов (маточные кровотечения, увеличение матки), гистологического исследования соскоба слизистой и положительной реакции Ашгейма—Цондека как с цельной, так и разведенной (1:10, 1:20) мочой. Всегда ли удастся получить столь убедительное подтверждение диагноза? К сожалению, нет. Так, если узел хорионэпителиомы расположен в стенке матки (интрамурально) и не доходит до внутренней поверхности матки, то гистологическое исследование соскоба не даст результата.

Подобные наблюдения описаны К. Н. Жмакиным, Л. С. Персианиновым, В. А. Покровским.

Гистологическое исследование соскобов слизистой матки не помогает диагностике и при так называемой эктопической хорионэпителиоме (в легких, желудке), при отсутствии первичного очага в половой системе.

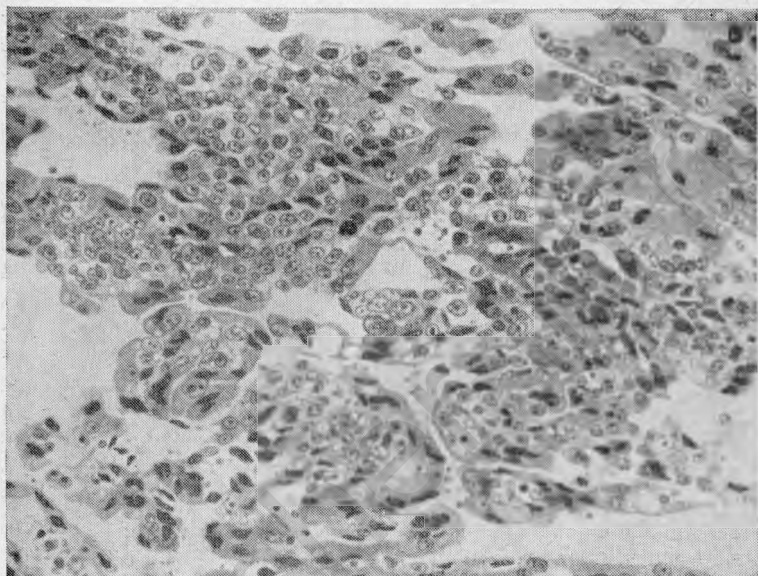


Рис. 19. Хорионэпителиома тела матки. Участок опухоли состоит из скопления клеток типа Ланганса, по периферии которых располагаются синцитиальные элементы.

В этих случаях отсутствует и такой важный для диагностики симптом, как ациклические кровотечения. Правильный диагноз удастся поставить лишь с помощью реакции Ашгейм—Цондека, которая оказывается положительной. В единичных, крайне редких случаях, реакция Ашгейм—Цондека оказывается положительной лишь с цельной мочой и отрицательной с мочой, взятой в разведении. При этом диагноз может быть подтвержден гистологически.

Вместе с тем, необходимо помнить, что гистологический диагноз хорионэпителиомы представляет нередко



большие трудности и может быть поставлен лишь весьма опытным патоморфологом.

Из данных анамнеза больной большое значение имеет указание на несоответствие размеров матки сроку предполагавшейся беременности (больше срока) и удаление при операции выскабливании пузырьков (пузырного заноса). В огромном большинстве случаев хорионэпителиома развивается в ближайшие месяцы после окончания беременности. Однако описаны несомненные случаи (Т. А. Бурдзинский, К. Н. Жмакин, Я. М. Ландау), когда «скрытый период» продолжается 8—9 и даже 20 лет после бывшей беременности (нормальной или патологической).

Частота развития хорионэпителиомы после пузырного заноса колеблется от 4% (Г. Г. Ермакова) до 17,4 (Brindeau, M. Hinglais, H. Hinglais). В связи с этим представляет значительный не только теоретический, но и клинический интерес гистологическая классификация пузырных заносов по Hertig и Mansell (1956). Они различают 3 группы пузырного заноса: 1) доброкачественный пузырный занос, когда ворсины пузырного заноса отечны, но нет гиперплазии хориального эпителия, 2) «потенциально злокачественный пузырный занос» с гиперплазией хориального эпителия и незначительной анаплазией и, 3) «по-видимому, злокачественный» пузырный занос с выраженной пролиферацией и анаплазией хориального эпителия. По данным Hertig и Mansell, ни у одной из 22 больных первой группы в дальнейшем не развилась хорионэпителиома. Среди 122 больных второй группы у 13 был деструктурирующий пузырный занос; из 56 больных третьей группы у 19 в дальнейшем был установлен деструктурирующий пузырный занос, у 5 — хорионэпителиома. Аналогичные данные были получены и Г. Г. Ермаковой, тщательно изучившей (1961) как клиническую картину, так и морфологические особенности пузырного заноса у 106 больных. Хорионэпителиома возникла в дальнейшем у 4 из этих 106 больных: у одной — из второй группы, по Hertig и Mansell, и у 3 — из третьей группы.

Хорионэпителиома протекает весьма злокачественно и рано дает метастазы (в легкие, во влагалище, в мозг). Эту опухоль некоторые называют «болезнью метастазов» — так рано и часто возникают метастазы,

Выше мы сказали, что изредка наблюдается доброкачественное течение болезни, самопроизвольное выздоровление и исчезновение метастазов в отдельных органах (например, легких). Эти наблюдения позволили говорить в одних случаях об ошибках диагностики (что, конечно, возможно), в других — о необходимости различать хорионэпителиому и хорионэпителиоз (Huber, Hermann, Leung). Сторонники последнего взгляда считают, что выздоровление может наступать у тех больных, которые страдают не хорионэпителиомой, а хорионэпителиозом. Однако до сих пор не приведено убедительных признаков, по которым можно было бы морфологически поставить соответствующую дифференциальную диагностику.

В работе Schuster собраны данные мировой литературы о 310 больных хорионэпителиомой. У 64 из этих больных не проводилось лечения после того, как было произведено гистологическое исследование слизистой матки или узла во влагалище. 55 (из 64) больных погибли от метастазирования опухоли; у 4 диагноз хорионэпителиомы подвергся сомнению и только 5 выздоровели и при дальнейшем наблюдении у них не обнаружено метастазов.

Таким образом, в настоящее время мы не имеем никаких оснований для пересмотра взгляда на хорионэпителиому как на очень злокачественную опухоль и на необходимость радикальной терапии ее (если нет метастазов в отдельные органы).

В чем же заключается радикальное лечение? Это сочетанная терапия — удаление матки с придатками и последующая глубокая рентгенотерапия. Предложение отдельных авторов оставлять яичники недостаточно обосновано.

Наоборот, ряд авторов (Л. А. Новикова, Л. С. Персианинов) считают показанным расширенную экстирпацию матки (по Вертгейму) с перевязкой подвздошной артерии.

Итак, больная нуждается в радикальном хирургическом вмешательстве, несмотря на то, что ей всего лишь 27 лет. Конечно, мы должны предварительно побеседовать с больной и, по-возможности избежав чрезмерной ее психической травмы, получить согласие на операцию. Нам кажется невозможным скрывать от больной опас-

ность ее заболевания. Вместе с тем, говоря о наличии опухоли, которая требует оперативного лечения, постараемся избежать слов «рак», «хорионэпителиома», а ограничимся выражением: «Опухоль увеличивается, растет и может создать опасность не только для здоровья, но и для жизни».

Уговаривая больную согласиться на операцию, иногда целесообразно опираться на естественное чувство материнства, ведь у больной двое маленьких детей (6 и 4 года). Говоря о необходимости операции, мы должны подчеркнуть, что благодаря этому мы сохраним детям их мать.

9 апреля мы побеседовали с больной и получили ее согласие на операцию. Конечно, беседа была тяжелой, так как молодая женщина горько плакала, узнав о своем серьезном заболевании и необходимости операции.

11 апреля под эфирно-кислородным наркозом была произведена операция экстирпации матки с придатками. Операция прошла без осложнений.

При рассечении удаленной матки в ней обнаружен темно-багровый, крошащийся под пальцами, узел опухоли. Узел располагался у дна матки, имел размеры  $4 \times 3 \times 3$  см, частично примыкал к полости матки.

При гистологическом исследовании матки диагноз хорионэпителиомы был подтвержден. Послеоперационный период у больной прошел без осложнений. С 15-го дня после операции (с 26 апреля) больной начата глубокая рентгенотерапия. За курс лечения больная получила 12 000 р.

Во время лучевой терапии с целью стимуляции гемопоеза дважды было произведено переливание крови (по 250 мл).

25 мая больная выписана под наблюдение врача-онколога женской консультации.

В первые 6 месяцев после операции наблюдались резкие явления посткастрационного синдрома (приливы, головные боли, чувство усталости). Эти явления значительно уменьшились в результате лечения новокаином (2% раствор — 1 мл внутримышечно), витамином В<sub>1</sub> (5% раствор, по 1 мл), В<sub>6</sub> (5% раствор, по 1 мл), С (5% раствор, по 1 мл), РР (1% раствор — 1 мл). Эти витамины вводились внутримышечно, в одном шприце.

Длительность курса лечения — 25—30 дней. Этот способ лечения разработан И. А. Мануиловой<sup>1</sup>.

Прогноз заболевания у значительного большинства больных (свыше 50%, а по данным некоторых авторов — до 87%) неблагоприятный — больные погибают от метастазирования опухоли и кахексии, наиболее часто в первый год после операции.

Прогноз у больной К. можно считать благоприятным, так как уже в течение 2½ лет у нее нет метастазов.

В случае невозможности хирургического лечения (или для создания условий для него) применяют лечение химиотерапевтическими препаратами (нитромин от 210 до 920 мг, метатрексат по 10—30 мг внутривенно (в течение 4—5 дней, затем перерыв на 7—12 дней), андрогены (метилтестостерон по 50—100 мг в день, на курс 4—5 г), эстрогены (стильбэстрол по 100 мг ежедневно, в течение 3 месяцев).

Herts с соавторами (1961) провели лечение метатрексатом 63 больных хорионэпителиомой матки с метастазами; полное исчезновение очагов хорионэпителиомы произошло у 30 и частичное — у 22 больных. Л. А. Новикова с соавторами (1964) сообщила о лечении 42 больных хорионэпителиомой с метастазами в легкие (у 21) и во влагалище (у 10) и без метастазов (9), различными противоопухолевыми препаратами (метатрексат, аминоптерин, 6-меркаптопурин, сарколизин, хризомаллин, митомицин). Из 21 больной метастазы в легких полностью исчезли у 10, уменьшились — у 4, стабилизировались — у 2; не было эффекта у 5. О результатах лечения у остальных больных авторы не сообщают.

Применение эстрогенов недостаточно обосновано и рекомендуется лишь отдельными авторами.

Итак, мы познакомились с клиническими особенностями сравнительно редкой, но крайне злокачественной опухоли — хорионэпителиомы. Это единственная злокачественная опухоль, которая возникает из фетальных элементов.

Важно отметить, что хорионэпителиома может развиваться не только после патологической беременности

---

<sup>1</sup> Подробнее методика такого лечения описана И. А. Мануиловой в книге «Основы эндокринологической гинекологии». Под ред. К. Н. Жмакина, М., 1966 г.

(аборт, пузырный занос), но и после физиологических родов.

Опухоль наиболее часто возникает в ближайшее время (недели, 1—2 месяца) после окончания беременности; однако, как уже указывалось, описаны и случаи возникновения ее через много лет (до 20) после беременности.

Основные симптомы хорионэпителиомы матки: метроррагия, увеличение матки, получение обильного соскоба при выскабливании матки. Из лабораторных методов имеют решающее значение: положительная реакция Ашгейм — Цондека (как с цельной, так и разведенной мочой) и гистологическое исследование соскоба. Лечение больной хорионэпителиомой должно быть комплексным: хирургическим (удаление матки с придатками), лучевым и химиотерапевтическим.

Прогноз заболевания и в настоящее время является еще мало благоприятным, так как очень часто (больше 50%) возникают метастазы в отдаленные органы.

Профилактика указанного заболевания весьма затруднительна, так как этиология и патогенез его неизвестны.

## Лекция XXIII

### ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ. ЭНДОМЕТРИОЗ МАТКИ

(ENDOMETRIOSIS INTERNA. ENDOMETRIOSIS UTERI)

Больная Н., 39 лет, по профессии бухгалтер, обратилась в женскую консультацию 3 января 1963 г. с жалобами на резко болезненные, обильные и длительные менструации. Нарушения менструаций начались в 37 лет.

**Анамнез.** В детстве росла в благоприятных материально-бытовых условиях. Из инфекционных заболеваний перенесла корь и скарлатину; осложнений после них не было. Родители здоровы. Матери — 59 лет, отцу — 62 года. Взрослой не болела.

**Менструальная функция.** Первые менструации появились в 13 лет, установились сразу; приходили через 4 недели по 3—4 дня, безболезненно. После замужества менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была с 25 по 30 декабря 1962 г.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 20 лет, в первом браке. Мужу — 42 года, здоров. У Н. было 4 беременности — 2 срочных, нормальных родов и 2 искусственных аборта в лечебном учреждении. Последняя беременность была в 1958 г., она закон-

чилась искусственным абортom. Выписалась после аборта на 3-й день. На 10-й день она была повторно госпитализирована с довольно обильными кровянистыми выделениями из матки и отхождением кусочков ткани. Был поставлен диагноз неполного аборта. Произведено повторное выскабливание матки. В послеоперационном периоде возникло воспаление придатков матки. Больная пробыла в стационаре 3 недели. С тех пор, т. е. в течение 5 лет, — вторичное бесплодие. До 1961 г. она не ощущала никаких болей и не лечилась.

*Развитие заболевания.* Считает себя больной с 1961 г., когда менструации стали обильными и постепенно все более болезненными. Число дней менструаций увеличилось с 3 до 6. Боли возникают за 1—2 дня до менструаций, резко усиливаются с каждым днем, носят постоянный характер и стихают через 1—2 дня после менструаций. Резкая болезненность менструации вынуждала больную обращаться к врачам. Прием кровоостанавливающих средств (стиптицина) и анальгина не давал особого эффекта. В последний год ввиду сильных болей, сильной слабости и головокружении в дни менструаций не могла работать и была несколько раз по 4—5 дней на больничном листе. Повторное физиотерапевтическое лечение (диатермия, 12 сеансов) по поводу хронического воспаления придатков матки не оказало никакого влияния на нарушенную менструальную функцию. Наоборот, после третьего курса диатермии осенью 1962 г. больная отметила усиление болезненности при менструациях. Температура тела во время лечения и при менструациях не повышается. Изменений со стороны крови (повышенного лейкоцитоза, сдвига формулы белой крови влево, ускорения РОЭ) не отмечалось. Половая жизнь не болезненна, но отмечается половая холодность в последние 5 лет, вторичное бесплодие.

*Общее обследование.* Общее состояние удовлетворительное. Больная возбуждима, быстро раздражается, то также быстро успокаивается. Сон поверхностный. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Умеренный красный неровный дермографизм. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление — 115/70 мм рт. ст. Язык влажный. Дрожания пальцев, век, языка не отмечается. На верхушке сердца — дующий систолический шум. Границы сердца нормальны. Со стороны легких отклонений от нормы нет. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее не болезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Сухожильные рефлексы (трицепс-рефлекс, бицепс-рефлекс, коленный, ахиллов рефлекс) слегка повышены.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы дряблые, отвислые; при пальпации их патологических изменений не отмечено. Волокосные на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально, промежность цела. Осмотр с помощью зеркал: влагалище широкое, слизистая его бледно-розового цвета. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы. Наружный зев матки в виде поперечной щели. Из канала шейки — в небольшом количестве слизистые выделения.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, ограниченно подвижная, мягковатая, с гладкой поверхностью, увеличена соответственно 7—8-недельной беременности. Слева и справа от матки пальпируются несколько утолщенные, в спайках, трубы. Яичники

также в спайках, чувствительны при пальпации. При осмотре области заднепроходного отверстия патологических изменений не обнаружено.

*Прямокишечное исследование.* Матка в антефлексии, мягковатая, с гладкой поверхностью, увеличена соответственно 7—8-недельной беременности. Каких-либо неровностей, бугорков в маточно-прямокишечном углублении не определяется. Маточные трубы несколько утолщены, в спайках. Яичники в спайках, чувствительны при пальпации, овоидной формы, не увеличены.

*Лабораторные исследования.* Анализ крови: эр. 3 млн. 200 тыс., Нб 10 г%, цветной показатель 0,7, л. 6,5 тыс., э. 3%, п. 4%, с. 63%, лимф. 30%, тромб. 250 тыс. в 1 мм; РОЭ — 20 мм в час.

*Анализ мочи* — без отклонений от нормы.

*Флора влагалища* — III степень чистоты.

Каков же диагноз?

Жалобы на неправильность менструальной функции, очень обильные, крайне болезненные менструации могут возникать и при общих заболеваниях (болезни крови, неврозы) и при заболеваниях половой системы. При общем обследовании больной мы обнаружили у нее симптомы неврастения. Учитывая, что подобные общие симптомы (раздражительность, нарушение сна, повышение сухожильных рефлексов) наблюдаются и при органических заболеваниях нервной системы (склероз сосудов головного мозга), а также при хронической интоксикации (малярия, туберкулез, сифилис и другие инфекции), больная была всесторонне обследована. При этом был установлен диагноз легкой степени неврастения. Указаний на хроническую интоксикацию или инфекции установлено не было.

Данные исследования крови и систолический дующий шум у верхушки сердца можно связать, очевидно, с повторными значительными кровопотерями при менструации, т. е. постгеморрагической анемией. При гинекологическом исследовании обнаружено незначительное увеличение матки (соответственно 7—8-недельной беременности), плотные, несколько утолщенные маточные трубы и спайки брюшины в окружности труб и яичников. Все эти данные позволяют предположить наличие хронического воспалительного процесса внутренних половых органов. В пользу этого говорят также данные анамнеза о неблагоприятном исходе последнего искусственного аборта — повторном выскабливании матки, лихорадочном течении послеоперационного периода и вос-

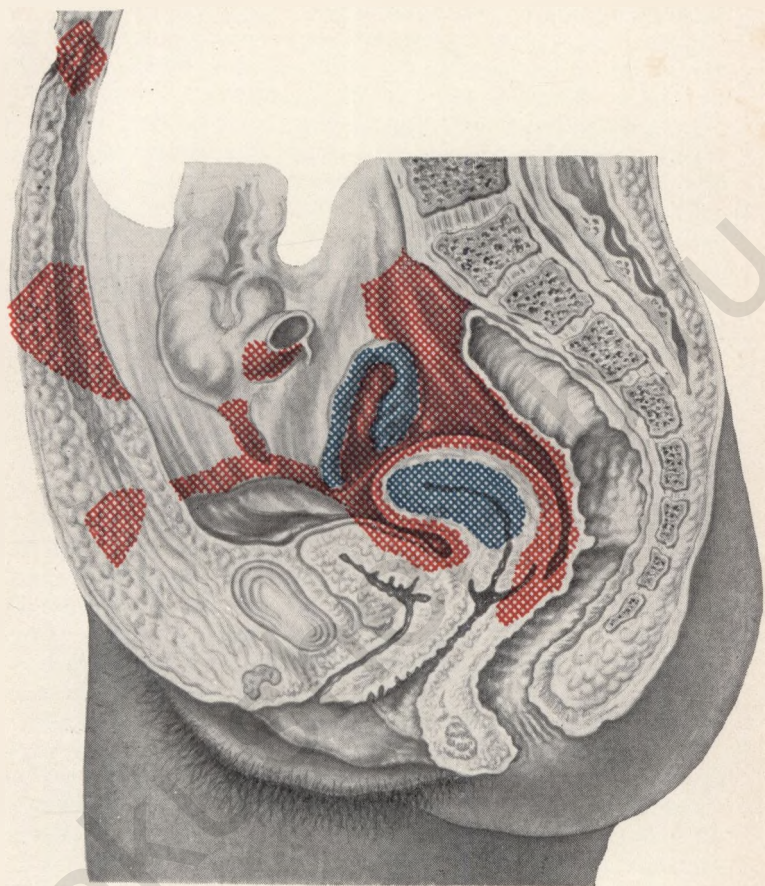


Рис. 20. Различная локализация эндометриоза.



палении придатков матки. Больная повторно лечилась диатермией по поводу хронического воспаления придатков матки и страдает вторичным бесплодием. Однако объясняет ли диагноз хронического воспаления придатков матки возникновение таких болезненных и обильных менструаций и прогрессирование этих явлений, несмотря на повторные курсы диатермии? По словам больной, после электролечения боли при менструациях не ослабели, а усилились. Вместе с тем, необходимо учесть, что воспалительные процессы внутренних половых органов нередко сопровождаются обильными и болезненными менструациями. Так, по данным нашей клиники (В. Ф. Шахновская), нарушения менструальной функции возникают у 57% больных с воспалительными процессами внутренних половых органов. Эти нарушения наиболее часто (в 64,1%) выражаются метроррагией; реже — гипоолигоменореей (14,1%), гиперполименореей (12,8%) и аменореей (9,1%).

Однако динамика развития подобных симптомов обычно бывает иной, чем у Н.: боли при проведении систематического курсового лечения постепенно уменьшаются, а не усиливаются. При объективном исследовании обнаруживают значительные изменения придатков матки, матка часто бывает неподвижна. Половая жизнь, как правило, нарушается, возникает диспареуния. Гинекологическое исследование подобных больных весьма болезненно.

Ни одного из перечисленных признаков у больной мы не обнаружили. Таким образом, можно сделать заключение, что болезненность менструаций и большие кровопотери при них у больной не связаны с хроническим воспалением придатков матки и тазовой брюшины.

Необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что боли при менструациях возникли у больной 2 года тому назад, а воспаление придатков матки — значительно раньше — 5 лет тому назад.

Почему же несколько увеличены размеры матки у больной?

Увеличение матки может зависеть чаще всего от следующих причин: беременности, миомы и эндометриоза матки. Предположение о беременности мы полностью отвергаем, так как последние менструации закончились у больной 3 дня тому назад и ничем не отличались от

обычных. Кроме того, мы не обнаружили ни изменений молочных желез, ни цианоза слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, ни признака Горвица — Гегара. К этому необходимо добавить, что больная в течение последних 5 лет страдает вторичным бесплодием.

Небольшая миома матки может обусловить увеличение размеров ее до 7—8 недель и повышенную кровопотерю при менструациях. Однако если допустить наличие миомы, то непонятно, почему больная жалуется на резкие, усиливающиеся из месяца в месяц боли при менструациях. Последние редко наблюдаются при миомах; они возникают иногда при подслизистых миомах и носят обычно перемежающийся, схваткообразный характер. Часто при этом раскрывается канал шейки матки. Кроме того, миомы матки весьма часто бывают множественными. Ни одного из этих признаков нет у больной и, следовательно, у нас нет оснований для диагноза миомы.

Третье диагностическое предположение, которое мы высказали, — это эндометриоз матки.

Гермином «эндометриоз» (синонимы — эндометриодная гетеротопия, эндометриома, аденомиоз) определяют такое патологическое состояние, при котором вне слизистой матки (в мышечной стенке матки или в других органах половой системы) и вне ее (в мочевом пузыре, передней брюшной стенке, в паховой области, на бедре, в легких — рис. 20) определяется ткань, сходная по своему морфологическому строению со слизистой оболочкой матки.

Каковы же причины возникновения эндометриодной гетеротопии?

Предложен ряд теорий для объяснения этой патологии. Согласно теории Реклингаузена зачатки эндометриодных гетеротопий имеют эмбриональное происхождение и происходят из первичной почки и остатков вольфовых ходов. Однако, по мнению К. П. Улезко-Строгановой и ряда других авторов, подобная теория мало обоснована. Против нее говорит то, что эндометриоз возникает не только в половых органах, но и вне их (в легких, в пупке, на бедре). К. П. Улезко-Строганова, Chiari, Lubarch, Schröder считают, что причиной развития эндометриодной гетеротопии является воспалительный процесс половых органов.

Согласно третьей теории, имеющей много сторонников, эндометриоз имеет дисгормональный генез (Lam). В пользу этой теории говорят выявления эндометриоза главным образом у лиц в возрасте 40—50 лет, когда часто возникает дисфункция половых желез, обратное развитие эндометриоза после рентгенменостаза, кастрации, в менопаузе. Для ряда случаев весьма убедитель-

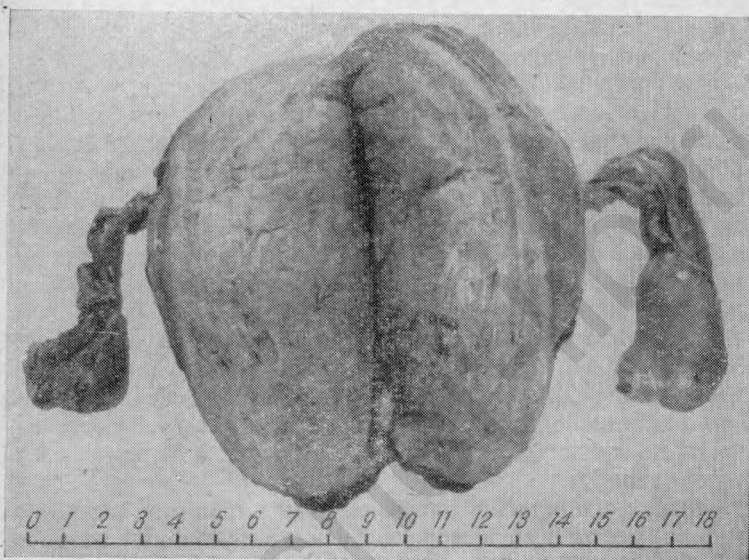


Рис. 21. Эндометриоз матки (диффузная форма).

Наблюдение Э. П. Гращенковой.

ная теория Сэмпсона, согласно которой эндометриоз возникает в результате переноса обрывков слизистой матки во время менструаций в трубу (ретроградным путем) и имплантации их в трубе, на брюшине, органах брюшной полости. Halban высказал предположение о возможности переноса элементов слизистой оболочки матки лимфатическим путем.

Резюмируя, можно сказать, что вопрос о генезе эндометриозных гетеротопий окончательно еще не решен. Наиболее обоснованной мы считаем теорию Сэмпсона о возможности ретроградной трансплантации участков эндометрия и дисгормональную теорию Lam.

Различают: 1) генитальный эндометриоз — внутренний (в стенке матки) и наружный — вне матки, но в пределах половых органов, 2) экстрагенитальный эндометриоз. О последнем мы поговорим в следующей лекции.

Внутренний эндометриоз встречается в трех формах: 1) диффузной (рис. 21), когда увеличена вся матка и утолщены ее стенки. В ней имеются полости различной величины и формы с прозрачным, изредка темным (кровянистым) содержимым; 2) очаговой, при которой матка увеличена неравномерно и в мышечном слое обнаруживаются узлы, без четких границ с окружающей тканью; 3) микроскопической, когда очаги его не видны невооруженным глазом, так как нет гиперплазии мышечной ткани; наличие эндометриоидной ткани обнаруживается лишь под микроскопом и ограничивается одним полем зрения под малым увеличением микроскопа.

З. П. Гращенкова, изучив 126 препаратов маток, пораженных эндометриозом, обнаружила диффузную форму в 82, очаговую — в 19 и 25 препаратах установила эндометриоз лишь при микроскопическом исследовании. Значительное преобладание случаев диффузного и очагового поражения матки можно связать с клиническими особенностями данного заболевания (болезненные симптомы появляются лишь при значительной выраженности гетеротопии).

Микроскопически очаги эндометриоза представляют гнезда, состоящие из стромы в виде волоконца соединительной ткани, многочисленных клеток лимфоидного типа, а также железистых полостей и трубочек.

Большой интерес представляет вопрос о функциональных особенностях очагов эндометриоза — происходят ли в них такие же циклические изменения, как и в эндометрии, или же цикл полностью не осуществляется?

Вопрос этот был тщательно изучен З. П. Гращенковой, которая установила, что только у одной из 28 больных, находившихся в момент обследования в секреторной фазе цикла, было обнаружено секретное превращение во всех очагах гетеротопического эндометрия. Такие же данные были получены и другими авторами (Meuer, E. Novak, P. Novak). Свежие и старые кровоизлияния как в строме, так и в просвете желез гетеротопического эндометрия были обнаружены З. П. Гращенковой у 14 из 126 больных. Однако свежие кровоизлияния наблю-

дались во всех фазах менструального цикла. Это подтверждает взгляды Меуег, что наличие кровоизлияния не всегда являются отражением менструальноподобной реакции гетеротопического эндометрия. Вместе с тем, интересно отметить, что при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия во всех очагах гетеротопического эндометрия также выявляется кистозное превращение желез.

Имеем ли мы достаточно оснований для диагноза внутреннего эндометриоза у больной Н. или же необходимы еще дополнительные исследования? Жалобы на резкие боли перед началом и во время менструаций и обилие последних являются весьма характерными и позволяют высказать мысль об эндометриозе. Так, по данным З. П. Гращенковой, у 116 из 126 больных (т. е. в 92,1%) эндометриозом матки менструальная функция была нарушенной в виде гипер-, полименореи и альгоменореи. По сборной статистике Е. М. Шварцмана, меноррагии были отмечены несколько реже — у 109 из 190 больных эндометриозом матки, т. е. в 76,4%. Однако ввиду небольшого увеличения матки необходимо проверить, есть ли у больной еще один важный диагностический признак эндометриоза матки — изменение ее объема в различные фазы цикла: увеличение непосредственно перед менструацией и уменьшение в межменструальном периоде. Установление этого признака подтвердит наше диагностическое предположение и позволит с большей уверенностью рекомендовать соответствующую терапию. В ряде случаев диагноз эндометриоза может быть подтвержден при метрографии. При этом отмечается проникновение контрастной массы (рис. 22) в расширенные железы в толще мышечного слоя (М. М. Абрамова, Erbslön). При рентгеновской диагностике эндометриоза матки необходимо исключить эндометриоз трубы, расположенной позади матки, и интравазацию контрастной массы. Чтобы уточнить положение трубы, надо изучить ряд рентгенограмм. При интравазации видна контрастная сеть сосудов и за пределами матки. Кроме того, тени контрастного вещества в сосудах быстро исчезают, при эндометриозе они сохраняются дольше, иногда до суток.

Итак, учитывая 4-недельный цикл у больной и срок последних менструаций (25—30 декабря 1962 г.), мы рекомендовали больной прийти для повторного осмотра

еще 2 раза — 10 января, т. е. на 12-й день после окончания менструаций, и 21 января, за день до менструаций. При этом мы разъяснили больной, что заболевание ее, очевидно, не связано с опухолью, тем более злокачественной. Это необходимо было сделать, так как больная была настроена очень мрачно, теряла надежду на выздоровление и крайне боялась злокачественной опухоли.



Рис. 22. Гистерография при эндометриозе матки. В правом углу матки за контурной линией ее полости видны эндометриальные полости, заполненные контрастной жидкостью.

Наблюдение М. М. Абрамовой.

Кроме того, больной назначен прием снотворных (бромурал по 0,6 перед сном), в течение 5—6 дней, для нормализации сна, очень малые дозы брома с кофеином (*Natrii bromati* 2,0; *Coffeini natrio-benzoici* 0,2, *Aquae destillatae* 200,0 *M. d. s.* по 1 десертной ложке 2—3 раза в день).

Спустя неделю при осмотре мы обнаружили, что больная чувствует себя удовлетворительно, болей не отмечает. Гинекологическим исследованием было установлено, что матка плотная, слегка увеличена, безболезненна. При осмотре 21 января 1963 г. больная вновь жаловалась на резкие тупые боли внизу живота, нервничала, со страхом ожидала очередных менструаций. При гинекологическом исследовании мы установили, что матка увеличена соответственно 7-8-недельной беременности,

мягковатой консистенции, болезненна при пальпации; придатки матки плотной консистенции, в спайках.

Итак, мы обнаружили изменение размеров матки в различные фазы цикла; непосредственно перед менструацией матка значительно увеличилась по сравнению с межменструальным периодом.

Выявление этого признака убедительно подтверждает наш диагноз эндометриоза матки.

Какова же терапия и прогноз?

Больная тяжело страдает от ежемесячных болезненных менструаций, у нее возникли симптомы неврастении и постгеморрагической анемии. Принимая во внимание все эти болезненные явления, а также повторные временные нарушения трудоспособности в дни менструаций и возраст больной (39 лет), мы предложили ей хирургическое лечение — ампутацию матки. Больная дала на это согласие.

С целью уменьшения болевых ощущений назначены инъекции прогестерона (в течение 5 дней по 10 мг) и свечи с белладонной (2 раза в день по 0,03).

Менструации были обильными, но несколько менее болезненными, чем в последние месяцы; продолжались с 22 по 27 января.

30 января больная была госпитализирована в гинекологическое отделение. Ввиду анемии до операции произведено переливание 250 мл крови; с целью общего успокоения вновь назначен бромурал (0,6 на ночь) и малые дозы брома с кофеином.

5 февраля 1963 г. под эфирно-кислородным наркозом произведено чревосечение, ампутация матки и удаление обеих измененных, облитерированных труб; яичники освобождены от сращений. Послеоперационный период прошел без осложнений. На 12-й день после операции она выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Заживление раны брюшной стенки произошло первичным натяжением. Культи матки подвижна. Инфильтратов через своды не определяется. При макроскопическом и микроскопическом исследовании удаленной матки обнаружен диффузный эндометриоз; в трубах — облитерация их просвета вследствие спаечного процесса.

При осмотре через 1 и 6 месяцев после операции установлено, что Н. чувствует себя хорошо, никаких жалоб не предъявляет, вполне трудоспособна.

Прогноз заболевания вполне благоприятен, так как во время операции мы не обнаружили очагов внешнего эндометриоза (вне матки).

Профилактика данного страдания представляется затруднительной, так как этиология его достаточно не изучена. Определенное профилактическое значение имеет борьба с абортами, так как клинические наблюдения говорят о том, что в анамнезе больных эндометриозом нередко повторные искусственные аборты путем выскабливания.

Итак, в этой лекции мы изучили больную с весьма тягостным страданием — эндометриозом матки. Основные клинические признаки внутреннего эндометриоза — обильные, весьма болезненные менструации и изменение размеров матки в различные фазы менструального цикла. Резкая выраженность болезненных симптомов, нередко временная нетрудоспособность приводят в ряде случаев к необходимости хирургического лечения — ампутации матки.

Если эндометриозная гетеропия была только в матке, то прогноз после операции весьма благоприятен. Больные полностью избавляются от тягостных болевых ощущений.

## Лекция XXIV

### НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ. ЭНДОМЕТРИОЗ ТРУБ И ЯИЧНИКОВ (ENDOMETRIOSIS TUBARUM ET OVARIORUM)

Больная Я., 40 лет, по профессии официантка ресторана, обратилась в женскую консультацию 30 ноября 1962 г. с жалобами на резкие, ноющие боли внизу живота и в пояснице; боли особенно усиливаются за 1—2 дня до и во время менструаций.

Половая жизнь в последний год стала весьма болезненной.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Перенесла корь, ветряную оспу, краснуху; осложнений после этих заболеваний не было.

Матери больной — 62 года, больна гипертонической болезнью, отец умер в возрасте 68 лет от рака желудка. В семье никто не болел туберкулезом, нет психических заболеваний, алкоголизма.

Взрослой Я. болела повторно гриппом, ангиной; осложнений не было.



**Менструальная функция.** Менструации начались с 13 лет, установились через 6 месяцев; приходили через 3 недели, по 4 дня, необильные, безболезненные. Последние менструации были 20—23 ноября 1962 г.

**Половая и детородная функция.** Замужем с 18 лет, во 2-м браке. С первым мужем прожила 3 года, со вторым живет 12 лет. Было 2 родов, 3 искусственных аборта. Роды проходили нормально; дети в возрасте 20 и 10 лет живы; было 3 искусственных аборта в лечебных учреждениях во втором браке. Последний аборт был 4 года тому назад. После аборта лежала 10 дней, лихорадила (диагноз: эндометрит, воспаление придатков матки). Лечилась ионофорезом с хлористым кальцием, дважды прошла курс грязелечения в Ессентуках; успеха не отмечала. Последние 4 года не беременеет.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной в течение 5 лет, после второго искусственного аборта; беспокоят постоянные ноющие боли внизу живота и в пояснице. В первый год заболевания подвергалась электролечению. Отмечалось кратковременное улучшение, боли уменьшились. Однако через 1½ месяца после окончания лечения боли в животе возобновились. В это время врачи поставили диагноз хронического воспаления придатков матки и обнаружили незначительное их увеличение. Через 1½ года после второго аборта вновь забеременела; был произведен искусственный аборт путем выскабливания матки. После аборта больная выписалась лишь через 10 дней из-за обострения воспалительного процесса придатков матки. Ввиду значительных болевых ощущений она повторно лечилась на грязевом курорте (1960, 1961 гг.), но плохо переносила терапию. Улучшения не отмечалось; боли в животе не уменьшились, а наоборот, усилились. В декабре 1961 г., через 4 месяца после курортного лечения, врач-гинеколог обнаружил значительное увеличение придатков матки с двух сторон (до размера женского кулака) и рекомендовал стационарное лечение. Однако больная, опасаясь хирургического лечения, не поступила в стационар. В течение 1962 г. боли в животе продолжались, особенно усиливаясь перед менструацией и в дни ее; половая жизнь стала почти невозможной из-за резкой болезненности. Температура тела в дни менструаций и усиления болей не повышается.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Со стороны сердца и легких ни при аускультации и перкуссии, ни при рентгенографии патологических изменений не выявлено. Пальпация передней брюшной стенки в мезо- и эпигастриуме не болезненна; печень и селезенка не прощупывается. В гипогастриальной области справа и слева от срединной линии тела передняя брюшная стенка напряжена и болезненна при пальпации. Со стороны нижних конечностей патологических изменений не определяется. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы без отклонений от нормы. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений нет. Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища розовой окраски.

Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы; наружный зев в виде поперечной щели; из канала шейки — в незначительном количестве слизистые выделения.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, тело ее несколько отклонено вправо и вперед. Матка нормальной величины, ограниченно подвижная, пальпация ее безболезненна, поверхность гладкая. Слева изади от матки определяется опухолевидное образование (8×6×10 см) неправильно овоидной формы, резко болезненное при пальпации, местами тугоэластической, местами плотной консистенции, неподвижное. Справа от матки также определяется опухолевидное образование, резко болезненное, меньших размеров (5×6×8 см). Яичники отдельно не контурируются.

При исследовании через прямую кишку получены те же данные; опухолевидные образования близко прилежат к стенкам малого таза; стенка прямой кишки гладкая; крови после исследования на пальце не обнаружено.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта патологических изменений не обнаружено.

*Лабораторные данные.* Со стороны крови и мочи патологических изменений не обнаружено. РОЭ — 10 мм в час. Реакция Пирке отрицательная. В мазке из шейки матки и уретры — единичные лейкоциты; кокки в небольшом количестве.

Каков же диагноз?

Наличие опухолевых образований справа и слева от матки позволяет высказать следующие диагностические предположения:

1. Воспаление придатков матки с образованием так называемых трубно-яичниковых кист (*cystis tuboovarialis*) или воспаление клетчатки — септической, гонорейной или туберкулезной этиологии.

2. Опухоли яичников (*cystoma*, *саркома*) или труб.

3. Эндометриоз труб и яичников.

Разберем последовательно, насколько обоснован каждый из этих диагнозов.

Воспаление придатков матки диагностировалось у больной уже 5 лет тому назад, после второго аборта; при последующем лечении также ставился этот диагноз. Действительно, возникновение заболевания после аборта позволяет говорить о воспалительном процессе септической туберкулезной или гонорейной этиологии.

Латентно протекающий туберкулез легких, как писал еще А. П. Губарев, может быть причиной метастатического поражения придатков матки после выскабливания ее полости. Однако у больной ни роды, ни первый искусственный аборт не сопровождались осложнениями. Ни в семье больной, ни у нее самой не было раньше туберкулеза. Физикальное и рентгеновское обследования также

не обнаружили каких-либо признаков туберкулеза. Реакция Пирке в настоящее время отрицательная. Если бы заболевание придатков после второго аборта было туберкулезной этиологии, то в результате его, как правило, наступило бы бесплодие вследствие непроходимости труб. Наш клинический опыт учит, что и при современных достижениях, даже после противотуберкулезной терапии, восстановление проходимости труб и наступление беременности при туберкулезном сальпингите наблюдается сравнительно редко.

Между тем у больной, не подвергавшейся противотуберкулезной терапии, уже через 1½ года после начала заболевания вновь возникла беременность.

Итак, совокупность данных анамнеза, клинического течения заболевания и объективного обследования больной позволяет исключить предположение о туберкулезной этиологии заболевания.

Предположение о гонорейной этиологии заболевания также мало обосновано. При сборании анамнеза мы не получили каких-либо указаний на дизурию, бели; при объективном исследовании не было обнаружено каких-либо изменений воспалительного характера в уретре, больших вестибулярных железах, шейке матки (эндоцервицит, гипертрофия шейки матки, эрозия, nabotovy яички). Против диагноза восходящей гонореи говорят также данные о возникновении повторной беременности через 1½ года после первого аборта. При гонорейной этиологии заболевания внутренних половых органов в огромном большинстве случаев наблюдается бесплодие первичное или же вторичное, после первых родов или аборта.

Наиболее вероятно, что первый искусственный аборт осложнился септической инфекцией без полной облитерации просвета маточных труб.

Если мы ретроспективно имеем некоторое основание ставить диагноз воспалительного процесса септической этиологии, то необходимо далее уточнить, в каких же частях половой системы возник этот патологический процесс — в придатках матки или клетчатке.

При объективном исследовании мы обнаружили двусторонние, овоидной формы, эластической консистенции опухолевидные образования, которые не сливаются с боковыми стенками малого таза. Подобные объективные данные выявляются при воспалении придатков матки,

а не клетчатки малого таза. Итак, более обосновано предположение о бывшем у больной воспалении придатков матки, а не газовой клетчатки.

Анализ клинического течения заболевания говорит о том, что ко времени наступления второй беременности и искусственного ее прерывания еще не наступало полного выздоровления. После второго аборта больная лихорадила, и врачи ставили диагноз обострения воспалительного процесса. Однако длительность этого обострения была небольшой, так как на 10-й день после аборта больная была уже выписана из стационара.

Вместе в тем, дальнейшее течение заболевания не характерно для воспалительного процесса.

Повторное грязевое лечение не только не улучшило состояния больной, а, наоборот, ухудшило его; больную все больше беспокоили тупые боли внизу живота и в пояснице, усиливающиеся при менструации, и резкая диспареуния. При объективном исследовании в 1961 г. были обнаружены значительные изменения внутренних половых органов, хотя больная не отмечала повторного обострения заболевания, не лихорадила, не лежала в больнице.

Все это приводит к заключению, что сложный симптомокомплекс болезненных явлений у больной не может быть полностью объяснен, если рассматривать его лишь как хронический воспалительный процесс.

Анализируя данные анамнеза и обследования больной, можно высказать также предположение о наличии у нее опухоли яичников (доброкачественной — кистомы или злокачественной — рака).

В пользу предположения о двухсторонних кистах яичников говорят овоидная форма и эластическая консистенция двухсторонних опухолевидных образований в области придатков матки.

Однако против диагноза кистомы яичников говорит неподвижность опухолей, неправильно овоидная их форма и резкая болезненность при пальпации.

Кистомы могут быть неподвижными при интралигаментарном росте или после перекута ножки и образования внутрибрюшинных сращений.

В анамнезе нет никаких указаний на острое начало заболевания, как это большей частью наблюдается при перекуте ножки.

Для клиники кистомы яичников не характерны также боли, усиливающиеся при менструациях, и резкая болезненность при гинекологическом исследовании и при половой жизни.

Все это позволяет отклонить диагноз двусторонних кистом яичников.

Предположение о раке яичников также недостаточно обосновано, так как, несмотря на двусторонние поражения придатков матки и развитие заболевания уже в течение ряда лет, у больной нет ни нарушения общего состояния, ни асцита. Кроме того, для рака яичников не характерно четко выраженное усиление болей в дни менструаций. Влагалищное исследование при раке яичников не бывает так резко болезненным, как у больной. Мы не имеем достаточных оснований и для диагноза метастатического рака яичников (чаще всего из первичного очага в молочных железах или желудке), так как ни клинически, ни при рентгеновском обследовании мы не обнаружили патологии желудочно-кишечного тракта и молочных желез.

Рассмотрим теперь третье наше диагностическое предположение об аденомиозе труб и яичников. В предыдущей лекции мы познакомились с определением понятия «эндометриоз», основными теориями его возникновения и клиническими особенностями течения эндометриоза матки.

Каковы же морфологические и клинические особенности эндометриоза придатков матки и можно ли поставить этот диагноз у больной?

Маточные трубы при эндометриозе утолщены с отдельными узлами (наиболее часто в истмической части трубы — так называемый *salpingitis isthmica nodosa*), извитые, окружены многочисленными спайками; нередко они превращаются в мешотчатые опухолевидные образования, наполненные кровянистым содержимым (*haematosalpinx*).

При эндометриозе труб часто наблюдается бесплодие; причиной его обычно бывают изменения, обусловленные сочетанием эндометриоза с воспалительным процессом септического происхождения. При трубной беременности нередко находят эндометриоз (по данным А. И. Осякиной-Рождественской — в 9%, по Г. Е. Гофману — в 20%). Однако эндометриоз может быть

причиной развития трубной беременности в том случае, когда очаги эндометриоза соединяются с полостью трубы. Изменения в яичниках при эндометриозе их выражаются в образовании кист то мелких, до довольно крупных (до 15—20 см в диаметре) с дегтеобразным содержанием (так называемые шоколадные кисты). Весьма

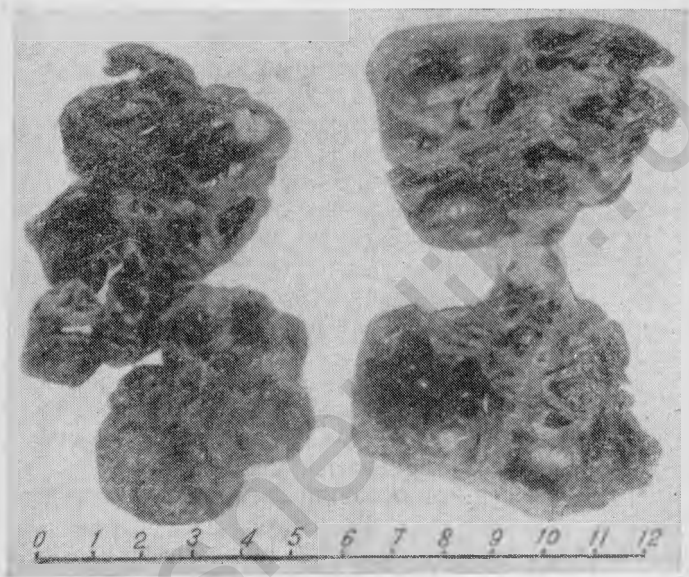


Рис. 23. Эндометриоз яичников.

Наблюдение Л. К. Савицкой.

характерно для эндометриоза яичников образование многочисленных спаек и сращений с соседними органами. В результате образуется опухолевидный конгломерат, неподвижный, болезненный (рис. 23 и 24).

Клинические симптомы эндометриоза труб и яичников: резкая болезненность при пальпации и половой жизни, усиление болей при менструациях, полная неподвижность опухолевидных образований. Все эти болезненные явления постепенно прогрессируют, несмотря на то, что отсутствуют указания на обострение или возникновение воспалительного процесса (температура тела остается

нормальной) изменений со стороны крови не обнаруживается).

По данным Л. К. Савицкой, обследовавшей 110 женщин с наружным эндометриозом, боли постоянного характера были у 74 больных, альгоменорея — у 66 больных, постоянные боли и альгоменорея — у 53 больных.



Рис. 24. Эндометриоз труб и яичников.

Анализируя данные анамнеза, динамики заболевания и объективные данные у больной, мы имеем убедительные основания поставить у нее диагноз эндометриоза труб и яичников в сочетании с бывшим ранее воспалительным процессом придатков септической этиологии (после выскабливания матки).

Для большей уверенности в диагнозе мы решили еще раз осмотреть больную через 10 дней, т. е. перед

менструацией, и проверить не изменяются ли размеры опухолевидных образований. При опросе больной 8 января, т. е. за 2 дня до очередной менструации, отметили у нее жалобы на усиление болей внизу живота. При гинекологическом исследовании обнаружено размягчение опухолевидных образований, увеличение их по сравнению с данными осмотра 30 декабря 1962 г. Температура тела и данные исследования крови оставались нормальными. Все это подтвердило наш предположительный диагноз двухстороннего эндометриоза труб и яичников; больная в тот же день была госпитализирована.

Конечно, больная вполне обосновано ищет у нас помощи, так как она тяжело страдает, в особенности во время менструаций, а половая жизнь крайне болезненна.

Какова же терапия? Предшествующее физиотерапевтическое лечение не дало положительного эффекта. Лечение эндометриоза придатков может быть консервативным (лекарственным, лучевым) или хирургическим.

Какой из этих способов лечения избрать для больной?

Лекарственная терапия является по существу лишь симптоматической — она имеет целью уменьшить болевые ощущения или же вызвать временное подавление овуляции или менопаузы и последующее обратное развитие эндометриоза. К сожалению, значительные размеры опухолевидных образований и их локализацию близко к заднему своду, наличие больших внутрибрюшинных сращений не позволяют нам возлагать больших надежд на лекарственную терапию; к тому же положительный эффект подобной терапии (например, норациклином) проявляется не ранее, как через 3—6 месяцев после начала лечения.

Исходя из этого, мы вынуждены были отказаться от подобной терапии больной Я.

Искусственный менопаузы может быть достигнут двумя путями: назначением андрогенов и рентгеновским облучением. Мы считаем, что подобное лечение больной вряд ли целесообразно, так как выключение менструальной функции путем рентгеновского облучения больной в возрасте 40 лет, безусловно, может повлечь за собой тягостные явления преждевременного климактерия или



посткастрационного синдрома. Кроме того, нет достаточной уверенности, что опухолевидные образования после рентгенотерапии или андрогенотерапии быстро и значительно уменьшатся и болевые ощущения прекратятся.

Таким образом, и от этого способа лечения больной мы вынуждены были отказаться.

Итак, мы предложили больной хирургическое лечение, на что она дала согласие.

С 10 по 13 января 1963 г. у больной были очередные менструации, очень болезненные, несмотря на применение прогестерона (по 10 мг в течение 6 дней) и свечей с белладонной.

15 января под эндотрахеальным наркозом произведена операция ампутации матки с придатками. Операция была весьма сложной из-за значительного числа спаек, которые окружали превращенные в гематосальпинкс трубы и шоколадные кисты яичников.

Произведена ампутация матки с придатками ввиду невозможности исключить эндометриоз матки, а также вследствие больших технических трудностей при удалении левых придатков, интимно сращенных с маткой. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 13-й день после операции больная была выписана. При осмотре ее перед выпиской установлено, что рана брюшной стенки зажила первичным натяжением: культя шейки ограниченно подвижна; инфильтратов через своды не определяется.

При гистологическом исследовании удаленных труб и яичников диагноз эндометриоза был подтвержден. При исследовании матки был установлен ограниченный эндометриоз, без глубокого проникновения в мышечный слой матки. Подобное сочетание (внешнего и внутреннего эндометриоза) встречается сравнительно редко; по данным Л. К. Савицкой — в 8,2%.

Состояние больной через 3 и 6 месяцев после операции вполне удовлетворительное. Болевые ощущения полностью исчезли. При гинекологическом исследовании оказалось, что культя матки ограниченно подвижна; инфильтратов в малом тазу не обнаружено.

Итак, мы изучили больную с тяжелой формой эндометриоза придатков матки. Диагноз заболевания представлял значительные трудности, и только критическая

оценка данных анамнеза, течения заболевания и особенностей объективного исследования позволили поставить правильный диагноз, подтвердившийся после оперативного вмешательства.

В пользу этого диагноза говорили следующие данные, полученные нами при детальном обследовании больной: прогрессирование болезненных симптомов, несмотря на настойчивое физиотерапевтическое и грязевое лечение, четкая связь болевых ощущений с менструальным циклом и, наконец, отсутствие указаний на обострение воспалительного процесса (нормальная температура и данные гемограммы).

Наличие двусторонних опухолевидных образований с большим количеством спаек и резких болевых ощущений, безуспешность предшествующего длительного лечения — все это побудило нас избрать хирургический путь лечения.

Диагноз заболевания был подтвержден не только при осмотре хирургического препарата, но и гистологически. Необходимо помнить, что обнаружение гематосальпинкса и шоколадной кисты не всегда патогномонично для диагноза эндометриоза; подобные изменения труб и яичников могут возникнуть и от других причин (перекрут трубы, травма).

Окончательно диагноз подтверждается лишь при гистологическом исследовании.

Результаты лечения оказались благоприятными. К сожалению, подобные результаты бывают не всегда, так как возможны рецидивы, если удалены не все очаги эндометриоза (например, при диффузном их распространении).

Так, по данным Л. К. Савицкой, проследившей в течение 3 лет 80 (из 110) оперированных больных, рецидив эндометриоза был обнаружен у 18.

В отдельных случаях радикальная операция невозможна из-за глубокого прорастания эндометриоза в стенку кишки, мочевого пузыря.

Профилактика внешнего эндометриоза, к сожалению, невозможна, так как мы до настоящего времени еще не знаем истинных причин, приводящих к его развитию.

## НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ. ЭНДОМЕТРИОЗ МАТОЧНЫХ ТРУБ И БРЮШИНЫ ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОГО УГЛУБЛЕНИЯ (ENDOMETRIOSIS TUBARUM ET PERITONEI EXCAVATIONIS RECTO — UTERINE)

Больная Е., 46 лет, по профессии врач, обратилась в женскую консультацию 3 января 1963 г. по поводу тянущих болей внизу живота, болезненных менструаций и диспареунии.

**Анамнез.** В детстве росла в благоприятных материально-бытовых условиях. Из детских инфекций перенесла корь, скарлатину, дифтерию; осложнений после этих заболеваний не было. Родители умерли (отец — в возрасте 66 лет от декомпенсации сердечной деятельности; мать от рака матки в возрасте 62 лет).

Взрослой Е. болела повторно гриппом, один раз воспалением легких, колитом. В семье нет заболеваний туберкулезом, венерическими болезнями, психическими болезнями, алкоголизмом.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 12 лет, установились через 1 год, приходят через 3—3½ недели по 4—5 дней, безболезненные. После замужества характер менструаций не изменился. Последняя менструация была с 5 по 9 декабря 1962 г.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 19 лет. Мужу 47 лет, здоров. В браке было 3 беременности; первая беременность закончилась нормальными родами 14 лет тому назад; ребенок жив. Вторая и третья беременности — искусственными абортами. После второго аборта, в 1957 г., не беременеет (предохраняется).

**Развитие заболевания.** Считает себя больной в течение последних 2 лет; беспокоят тупые боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, бели; в последний год — болезненные менструации, диспареунии. Лечилась 2 раза в физиотерапевтическом кабинете; назначали гальванофорез хлористого кальция (14—17 сеансов). Особого улучшения не отмечала. Наоборот, врачи консультации отмечали ухудшение болезненного процесса, дальнейшее увеличение левых придатков матки и рекомендовали хирургическое лечение.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное, но больная очень встревожена заключением врача консультации о необходимости хирургического лечения.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки несколько бледной окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Артериальное давление — 110/60 мм рт. ст.; пульс — 72—74 удара в минуту. Язык влажный, не обложен. Со стороны сердца и легких патологических изменений не определяется. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее не болезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы несколько дряблы, без патологических изменений. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется; промежность цела. В окружности

заднепроходного отверстия несколько наружных геморроидальных шишек.

Осмотр с помощью зеркал: влагалище глубокое, слизистая его розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Из канала шейки матки довольно обильные слизистые выделения.

*Влагалищное исследование.* Шейка цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели. Матка в ретрофлексии, мягкой консистенции, несколько увеличена. Через задний свод определяется несколько узелков, расположенных, очевидно, ретроцервикально; диаметр узелков — от 2 до 3 мм; они резко чувствительны при пальпации. Матка с трудом выводится из ретрофлексии в антефлексию; это выведение очень болезненно. Справа от матки, близко к углу ее, определяется утолщенная, узловатая до 0,5 см в диаметре труба, чувствительная при пальпации. Ближе к стенке таза прощупывается нормальной величины яичник, в спайках. Слева от угла матки и кзади от нее пальпируется неправильно овоидной формы конгломерат, резко болезненный, 6×8×7 см, не доходящий до боковых стенок таза, ограниченно подвижный. При исследовании через прямую кишку данные те же; особенно четко определяются болезненные узелки на задней поверхности шейки матки.

*Лабораторные исследования.* При рентгенографии легких и сердца патологических изменений не обнаружено. Реакция Пирке отрицательная. В анализах крови и мочи также нет отклонений от нормы. В мазке из шейки матки — 10—15 лейкоцитов в поле зрения, кокки и диплококки. В мазке из уретры — единичные лейкоциты и кокки.

**Каков же диагноз?**

Данные анамнеза и объективного исследования позволяют высказать следующие предположения: 1) воспалительный процесс придатков матки с образованием слева гидросальпинкса или экссудативного параметрита и сальпингит справа, 2) опухоль левого яичника и правосторонний сальпингит, 3) эндометриоз придатков матки, эндометриоз брюшины маточно-прямокишечного углубления.

Проведем дифференциальную диагностику перечисленных выше патологических состояний.

Предположение о воспалительном процессе придатков матки основывается на данных анамнеза. Заболевание началось 2 года тому назад после искусственного аборта. Однако против подобного диагноза говорит отсутствие указаний в анамнезе на осложнения после аборт. Больная была выписана из больницы на третий день после операции; после выписки она в течение 1½—2 месяцев не отмечала никаких болезненных симптомов; не лихорадила. Тупые боли внизу живота возникли исподволь и в начале не беспокоили больную.

Для воспалительного процесса не характерно также наличие резко болезненных узелков на задней поверхности матки. Физиотерапевтическое лечение не дало положительных результатов, наоборот, болезненные явления в течение последнего года усилились. Наряду с этим, за последние 2 года больная ни разу не отмечала обострения «воспалительного процесса», повышения температуры тела, ни разу не была на больничном листке.

Подобная динамика болезненного процесса не характерна ни для септической, ни для гонорейной инфекции.

Для диагноза туберкулеза у нас также нет оснований, так как нет соответствующих данных анамнеза (заболевания туберкулезом в семье у больной), а реакция Пирке — отрицательная.

Диагноз воспалительного процесса в форме параметрита (септической этиологии) мы также можем отвергнуть ввиду отсутствия соответствующих указаний в анамнезе и нехарактерных данных объективного исследования: справа определяется трубчатое, узловатое образование, а слева — неправильно овоидной формы «опухоль». При хроническом, продуктивном параметрите определяется инфильтрат, близко лежащий к боковому своду, плотной консистенции (заболевание 2-годичной давности), который доходит до стенок таза.

Предположение об опухоли левого яичника (кистоме) мало обосновано, так как опухолевидное образование мало подвижно и болезненно, хотя в анамнезе больной нет указаний на симптомы перекрута ножки опухоли (внезапное появление резких болей) или инфицирование ее (лихорадочное состояние).

Против диагноза рака яичников до известной степени говорят гладкая поверхность опухолевидного образования, отсутствие поражения второго яичника и асцита, несмотря на 2-летнюю давность заболевания.

Итак, у нас нет достаточных данных в пользу диагноза воспалительного процесса внутренних половых органов или опухоли яичника.

Все особенности клиники заболевания Е. характерны для эндометриоза труб, яичников и позадиматочного эндометриоза. Надо учесть, что подобный диагноз очень труден и нередко не подтверждается при последующем наблюдении, хирургическом лечении и в особенности после гистологического исследования препарата.

Учитывая возраст больной (46 лет), необходимо использовать современные диагностические способы, чтобы исключить опухолевый процесс. Таким ценным диагностическим способом являются лапароскопия и кульдоскопия. Учитывая ретрофлексию матки и ограниченную подвижность опухоли, следует отдать предпочтение лапароскопии.

Итак, мы предложили больной немедленную госпитализацию с целью уточнения диагноза и выбора метода терапии (хирургического или консервативного).

Если при лапароскопии будет отвергнут диагноз опухоли придатков матки и подтвержден эндометриоз, то все же целесообразно проследить за больной в течение менструального цикла, повторно обследовать ее в межменструальном периоде и непосредственно перед менструацией (опухолевидное образование при эндометриозе увеличивается перед менструацией).

Крайне редко, но все же наблюдается злокачественное превращение эндометриоза. В отечественной литературе подобное наблюдение было описано А. И. Каневской и Ю. М. Славиной (1960). Corner, Hertig (1950), изучив 889 случаев эндометриоза, обнаружили превращение в аденокарциному лишь у трех больных.

Итак 5 января 1963 г. больная была госпитализирована в клинику. При этом мы разъяснили ей, что прием все меры для уяснения точного диагноза. 7 января было произведено контрастное рентгеновское обследование желудочно-кишечного тракта с целью исключения опухолевого процесса; каких-либо отклонений от нормы обнаружено не было. 10 января произведена лапароскопия.

Эндоскопией при гинекологических заболеваниях занимались из отечественных авторов Е. Я. Дерягина (1947), Н. М. Дорофеев (1961), И. М. Грязнова (1961), В. А. Голубев (1961), Н. Д. Селезнева (1961).

Подготовка к лапароскопии заключалась в следующем: накануне больная не ужинала; ей сделали очистительную клизму. Утром, в день обследования, она не завтракала; ей повторно сделали клизму. Перед лапароскопией был создан искусственный пневмоперитонеум путем введения в брюшную полость 1000 см<sup>3</sup> углекислого газа. Лапароскопия производилась в операционной, со строгим соблюдением асептики, как при операции.

Обезболивание производилось путем местной инфильтрационной анестезии передней брюшной стенки 0,5% раствором новокаина. Больная уложена на операционном столе в положении Тренделенбурга, с наклоном стола на 30—40°. На пупок наложили щипцы Мюзо для фиксации апоневроза; после анестезии рассекали скальпелем кожу и подкожную клетчатку до апоневроза (разрез длиной до 2 см, посредине между пупком и лобком). Перпендикулярно к апоневрозу ввели троакар и подвинули его до получения ощущения «проваливания». Затем извлекли стилет троакара, ввели эндоскоп и произвели осмотр брюшной полости и половых органов.

При лапароскопии у больной обнаружено, что матка без отклонений от нормы; правая труба в виде тонкого цилиндра, с отдельными узелками (так называемый нодозный сальпингит), яичник нормальной величины, с небольшими спайками по периферии.

Слева от матки обнаружено опухолевидное образование, вытянутооформы, исходящее из трубы и яичника, 7×8×6 см, местами розового, местами синюшного цвета и спайки. Поставлен диагноз двустороннего эндометриоза придатков матки. Больная удовлетворительно перенесла лапароскопию. Затем она находилась в постели, с поднятым ножным концом кровати.

При гинекологическом исследовании 14 января (перед менструацией) мы совершенно определенно установили, что левостороннее опухолевидное образование и узелки в прямокишечно-маточном углублении брюшины значительно увеличиваются и размягчаются. Менструации продолжались с 16 до 20 января, были очень болезненными, но не обильными. При повторных исследованиях крови и температуры перед менструацией и в дни ее мы не обнаружили отклонений от нормы.

Итак, всестороннее обследование и динамическое наблюдение за больной привело к выводу о правильности предварительного диагноза: эндометриоз труб (особенно слева) и эндометриоз брюшины прямокишечно-маточного углубления.

Какова же терапия? В предыдущих двух лекциях мы познакомились с хирургическим методом лечения эндометриоза. Однако больной 46 лет, у нее преимущественно одностороннее поражение, незначительное распространение узелков эндометриоза на прямоки-

шечно-маточный карман брюшины — все это побуждает нас сделать вначале попытку лечить консервативно. К тому же надо учесть, что больная очень боится операции. При неуспехе лечения мы вынуждены будем перейти к хирургическому лечению. Больная была очень довольна нашим предложением провести консервативное лечение.

С 22 января начато лечение метилтестостероном (около 10 мг в сутки, т. е. по 2—3 таблетки 4 раза в день, под язык). Больная не испытывала при этом никаких болезненных ощущений.

30 января больная выписана из клиники с рекомендацией принимать метилтестостерон по 50 мг в сутки в течение 2 менструальных циклов, затем сделать перерыв в лечении на один цикл, а после третьего менструального цикла возобновить ту же терапию.

При осмотре больной в феврале и марте 1963 г. мы установили, что она чувствует себя удовлетворительно. 2 раза менструации прошли по 4—5 дней, менее болезненные, чем раньше. Никаких побочных явлений (угрей, усиления оволосения, отеков, изменения тембра голоса) от приема андрогенов мы не обнаружили.

При гинекологическом исследовании после менструации в марте мы не обнаружили увеличения размеров левостороннего опухолевидного образования.

Больной рекомендовано прекратить с 20 марта (после второй менструации) лечение андрогенами на 1 месяц; систематически (не реже одного раза в 2 месяца) являться на контрольное обследование. С конца апреля возобновлено лечение метилтестостероном (по 30 мг в день в течение 50 дней). В июле 1963 г. вновь сделан месячный перерыв; с августа возобновлено лечение андрогенами в малых дозах по 10 мг в день (непрерывно, как рекомендует М. Д. Моисеенко).

При повторных осмотрах в течение 1963 г. установлено, что общее самочувствие больной удовлетворительное, никаких, побочных явлений и вирилизации не обнаружено<sup>1</sup>. Менструации приходят регулярно, через 3—

---

<sup>1</sup> При появлении вирилизации необходимо прекратить лечение метилтестостероном; после исчезновения этих побочных явлений можно возобновить лечение андрогенами, применив метиландростендиол (по 25—10 мг в сутки), так как этот препарат обладает тем преимуществом, что оказывает крайне незначительное вирилизующее действие.



3½ недели, малобольные, необильные. В 1964 г. менструация пришла в феврале после задержки на 2 месяца, в небольшом количестве; в июне — после задержки на 3 месяца.

Рекомендовано прекратить дальнейшее лечение.

Итак, мы изучили еще одну больную, страдающую эндометриозом придатков матки.

Точная диагностика с использованием лапароскопии, а также нежелание больной подвергнуться операции побудили нас применить консервативное, гормональное лечение. Учитывая возраст больной (46 лет), мы применили андрогены в небольших дозах и получили весьма благоприятные результаты.

Приведенное наблюдение убедительно подтверждает зависимость клинического течения эндометриоза от гормональной функции яичников и возможность в соответствующих случаях гормональной терапии.

Вопросы консервативной гормональной терапии больных половозрелого возраста, страдающих эндометриозом, заслуживают тщательного изучения и разработки, так как и после операции нередко наблюдаются рецидивы. Кроме того, нередко в результате операции женщина лишается не только менструальной, но и генеративной функции.

## Лекция XXVI

### ЭНДОМЕТРИОЗ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ РУБЦЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ)

(ENDOMETRIOSIS CICATRICIS POST OPERATIONEM  
PARIETIS ABDOMINIS ANTERIORIS)

### ЭНДОМЕТРИОЗ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА (ENDOMETRIOSIS PARIETIS VAGINAE POSTERIORIS)

Больная И., 28 лет, поступила в гинекологическую клинику 20 января 1962 г. с подозрением на опухоль передней брюшной стенки.

**Анамнез.** В детстве до 8 лет росла в благоприятных материально-бытовых условиях. С 8 лет условия жизни резко ухудшились в связи с войной и эвакуацией.

Болела скарлатиной, корью, дифтерией. Родители живы, здоровы. Отцу — 56 лет, матери — 50 лет. Взрослой И. болела брюшным тифом, ангиной, гриппом.

*Менструации* с 15 лет, установились через 1 год, по 3—4 дня, через 4 недели, несколько болезненные. После замужества менструации стали неболезненными, приходят регулярно. Последняя менструация была с 28 по 31 декабря 1961 г.

*Половая и детородная функции.* Замужем с 20 лет. Мужу — 32 года, здоров. В браке было 3 беременности. Первая беременность на 23-м году жизни закончилась самопроизвольным абортom при сроке 6 недель, без осложнений. Вторая беременность в 25 лет искусственно прервана при сроке 7 недель; после операции довольно длительное время (7 дней) были кровянистые выделения из влагалища. Произведено повторное выскабливание по поводу неполного аборта. После этого (в течение 7 дней) — субфебрильная температура.

Выписалась на 17-й день после операции. При третьей беременности на 38-неделе беременности (с октября 1960 г.) — довольно значительное кровотечение. Произведено кесарево сечение по поводу предлежания плаценты, ребенок жив. Послеоперационный период протекал без осложнений, безлихорадочно. Выписана на 12-й день после операции со здоровым ребенком. Рана передней брюшной стенки зажила первичным натяжением.

*Развитие заболевания.* С мая 1961 г. отметила болезненность в области послеоперационного рубца и небольшой участок уплотнения ниже пупка. Этот участок, длиной до 2 см, был особенно болезнен в дни менструаций. Последние возобновились с марта 1961 г., приходят регулярно. При повторных измерениях повышения температуры тела не установлено. Больная обращалась к врачу, который поставил диагноз воспалительного инфильтрата в послеоперационном рубце, рекомендовал грелки. Однако боли в рубце не успокаивались, а наоборот, с каждым месяцем во время менструаций усиливались. Тогда врачом женской консультации было высказано подозрение на опухоль брюшной стенки и больная направлена в клинику.

*Общее обследование.* Больная очень взволнована, так как знает, что у нее подозревают развитие опухоли. Общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление — 125/80 мм рт. ст., пульс — 76 ударов в минуту. Температура — 36,8°. Телосложение нормостенического типа. Рост — 155 см. Вес — 55 кг. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. При обследовании сердца и легких патологических изменений не отмечено. На передней брюшной стенке, по срединной линии тела, от пупка до лобка, линейный рубец после операции кесарева сечения. При осмотре какого-либо опухолевидного выпячивания рубца не определяется. В верхней трети рубца пальпируется опухолевидное образование, овоидной формы, болезненное, в диаметре 3×2 см, неподвижное. Кожа передней брюшной стенки в этом участке не покрасневшая. Границы опухолевидного образования нечеткие, в глубокие слои передней брюшной стенки оно не проникает. При перемене положения больной из горизонтального (на спине) на вертикальное (сидя) ни форма, ни подвижность опухолевидного образования не изменяются. Печень и селезенка не

прощупываются. Пальпация передней брюшной стенки, кроме участка опухоли в области рубца, не болезненна.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы куполообразной формы, из них выделяется молоко. Патологических изменений со стороны молочных желез не определяется. Размеры таза — 23, 25, 29, 18 см. Окружность запястья (по Соловьеву) — 13 см. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалище узкое. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется. Осмотр с помощью зеркал: слизистые влагалища бледнорозового цвета. Влагалищная часть шейки матки субконической формы. Наружный зев округлой формы, в незначительном количестве слизистые выделения. Симптом «зрачка» отрицательный.

*Влагалищное исследование.* Шейка матки субконической формы; зев округлый. Матка в антефлексии, подвижна, не болезненна. Придатки не пальпируются.

*Лабораторные данные.* При исследовании крови и мочи отклонений от нормы не обнаружено. При бактериоскопии — III степень чистоты влагалища.

### Каков же диагноз?

Как мы сказали раньше, больная была направлена для консультации ввиду подозрения на опухоль передней брюшной стенки. При изучении больной нужно прежде всего решить общий вопрос, откуда исходит опухолевидное образование — из передней брюшной стенки или из органов брюшной полости? После этого следует подумать о характере опухолевидного образования: является ли оно истинной опухолью или псевдоопухолью — воспалительным инфильтратом.

Как указывалось выше, при сокращении брюшных мышц (переходе из лежачего в сидячее положение) ни форма, ни степень подвижности опухолевидного образования не изменились. Это говорит в пользу того, что оно исходит из брюшной стенки, так как опухоли брюшной полости (или расположенные позади мышц брюшной стенки) при напряжении мышц исчезают. Можно сказать даже более точно, в каком слое брюшной стенки расположена опухоль, — она находится, очевидно, неглубоко, под кожей, так как сокращение мышц брюшной стенки не меняет ни формы, ни подвижности ее.

Каков же характер опухолевидного образования передней брюшной стенки? Что это — воспалительный инфильтрат в рубце, симулирующий опухоль, истинная опухоль — доброкачественная (десмоид) или злокачественная

(рак первичный или метастатический) или, наконец, эндометриоз?

Против предположения о воспалительном инфильтрате в послеоперационном рубце говорят данные анамнеза о гладком течении послеоперационного периода, нормальной температуре тела при повторном измерении как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в дальнейшем, отсутствие изменений гемограммы. Послеоперационные гематомы брюшной стенки определяются в ближайшие дни после операции, а у И. нет таких указаний в анамнезе.

Против диагноза десмоид брюшной стенки говорит клиническая картина заболевания — периодическое усиление болей перед менструацией в области опухоли. Рак передней брюшной стенки (первичный, метастатический) встречается весьма редко, особенно в молодом возрасте. У больной нет никаких признаков первичного рака. Метастаз рака в переднюю брюшную стенку наблюдается при раке внутренних органов (печени, кишечнике), а также при раке яичников. Однако общее удовлетворительное состояние больной, отсутствие каких-либо указаний на нарушение функции желудочно-кишечного аппарата, данные пальпации брюшной полости (печень не пальпируется), крайне медленный рост опухоли — все это говорит против подозрения на метастаз опухоли печени или кишечника. Метастатический рак яичников мы также полностью отвергаем, так как при гинекологическом исследовании не обнаружили патологических изменений придатков матки.

Наконец, надо подумать и о возможности трансплантации слизистой матки (децидуальной оболочки) в рану передней брюшной стенки при операции кесарева сечения. В пользу этого предположения говорят следующие признаки: развитие опухоли лишь через 6 месяцев после операции, отсутствие температурной реакции, усиление болезненности опухоли одновременно (или за 1—2 дня) с появлением менструаций. Таким образом, мы приходим к диагнозу эндометриоза в послеоперационном рубце.

Как и при других формах эндометриоза, у подобных больных можно обнаружить увеличение размеров и болезненности описанного образования в дни менструаций; соответствующий участок передней брюшной стенки мо-

жет приобрести синюшную окраску, иногда с поверхности опухоли появляются кровянистые выделения.

Последняя менструация была у больной с 28 по 31 декабря 1961 г. Следовательно, при 4-недельном цикле их появление следует ожидать 25 января 1962 г., т. е. через 5 дней.

Итак, не будем торопиться с заключением и подождем дней менструации, чтобы проверить, возникнут ли изменения в опухоли. Так как больная очень встревожена, а мы с большой уверенностью отвергаем предположение о злокачественной опухоли, то сразу же разъясним ей, что мы полностью отвергаем предположение об опухоли. Вместе с тем, надо предложить больной немедленную госпитализацию как для дополнительного обследования с целью уточнения диагноза, так и для лечения.

21 января больная была госпитализирована в клинику, а 25 января у нее начались менструации. При ежедневном осмотре 24—27 января мы обнаружили весьма интересные изменения: уже с 24 января, за день до менструаций, размеры опухоли в рубце увеличились до  $4 \times 3$  см, кожные покровы в этом месте приобрели синеватую окраску, а с 25 января в отдельных участках опухоли появились незначительные кровянистые выделения. В эти же дни болезненность опухоли резко возросла.

Учитывая все эти данные, мы окончательно пришли к диагнозу эндометриоза послеоперационного рубца. Больной было предложено иссечение узла эндометриоза, на что она дала согласие.

30 января больной под местной новокаиновой анестезией было произведено иссечение узла эндометриоза, располагавшегося в коже и подкожной клетчатке, над апоневрозом. На рану наложены погружные и поверхностные швы. При гистологическом исследовании иссеченной ткани диагноз эндометриоза подтвержден.

10 февраля 1962 г. больная в удовлетворительном состоянии, вполне успокоенная, выписана из клиники. Заживление раны брюшной стенки первичным натяжением.

При осмотре через 3 и 6 месяцев после операции никаких патологических изменений в рубце не обнаружено. Больная чувствует себя хорошо.

## Изучим еще одну сравнительно редкую локализацию эндометриоза.

Больная П., 38 лет, направлена на консультацию 15 января 1962 г. с подозрением на метастаз рака во влагалище.

**Анамнез.** В детстве росла в благоприятных материально-бытовых условиях. Болела корью, коклюшем и скарлатиной, без осложнений. Родители живы, здоровы. Матери — 60 лет, отцу — 64 г. В семье заболеваний туберкулезом, психических болезней нет.

**Менструальная функция.** Менструации с 12 лет, установились сразу, через 3 недели, по 3 дня, безболезненные. Со времени замужества менструальная функция не изменилась. Последняя менструация была с 1 по 3 января с. г., с небольшими, тянущими болями внизу живота, необильные.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 18 лет. Мужу — 40 лет, здоров. Было 2 нормальных родов (в 1950 и 1952 гг.) и искусственный аборт (в 1942 г.) без осложнений. Дети живы. В последние годы не беременеет, муж применяет презервативы.

**Развитие заболевания.** Чувствует себя больной в течение последнего года, когда начала ощущать тупые боли в крестцовой области и боли при половом сношении, главным образом в последнюю неделю перед менструацией. Повторно обращалась в женскую консультацию, находили незначительный воспалительный процесс позади матки. Было назначено лечение теплыми клизмами из настоя ромашки (по 100,0), а затем диатермия. Однако больная не отмечала улучшения. Неделю тому назад при повторном осмотре в женской консультации врач высказал подозрение на опухоль влагалища, так как он прощупал в области заднего свода влагалища — какие-то узелки.

Крайне обеспокоенная больная попросила срочно направить ее на консультацию в клинику.

**Общее обследование.** Больная, как и предыдущая, крайне взволнована, плачет. Температура тела — 36,8°. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст.; пульс — 76 ударов в минуту, ритмичный. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Язык влажный. Со стороны сердца и легких патологических изменений не определяется. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее не болезненна. Печень и селезенка не прощупываются. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы без отклонений от нормы. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища розовой окраски. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели. Выделения слизистые, в небольшом количестве. Признак «зрачка» отрицательный. В заднем своде видны мелкие узелки, слегка выпячивающие стенку влагалища; цвет их слегка синюшный, они не кровоточат.

**Влагалищное исследование.** Матка в антефлексии, нормальной величины, неболезненна, подвижна. Придатки матки не определяют. В стенке заднего свода влагалища определяются небольшие, до

3 мм в диаметре, узелки, болезненные при пальпации, плотные. Узелки близко прилежат один к другому.

При исследовании через прямую кишку установлено, что слизистая ее без отклонений от нормы. Через переднюю стенку прямой кишки определяются узелки, расположенные в стенке заднего свода влагалища. Пальпация узелков болезненна.

При клиническом исследовании крови и мочи и бактериоскопии выделений из уретры и канала шейки матки отклонений от нормы не обнаружено.

Каков же диагноз?

Образование опухолевидных узелков в стенке влагалища может быть обусловлено следующими заболеваниями: метастазом злокачественной опухоли (рака яичников, саркомы, хорионэпителиомы матки, яичников), туберкулезом и, наконец, эндометриозом.

Предположение о метастазе злокачественной опухоли у больной нельзя считать обоснованным, так как ни в клинической картине болезни, ни при объективном исследовании органов брюшной полости и половой системы мы не имеем никаких данных для подобного диагноза. Туберкулез половой системы — вторичное поражение при первичном очаге в других органах, чаще всего в легких. Однако ни в анамнезе больной, ни в семейном ее анамнезе, ни при объективном исследовании мы не находим указаний на туберкулез. Наконец, туберкулез половой системы чаще всего выявляется в форме поражения труб, тела матки, яичников; весьма редко наблюдается туберкулез влагалищной части шейки матки, половых губ, влагалища. К тому же туберкулез влагалища обычно бывает в форме язвенного поражения, а не подслизистых узелков. Все это позволяет нам отказаться от диагноза туберкулеза влагалища.

Наконец, следует учесть возможность эндометриоза стенки влагалища, при котором находят те же данные, что и у больной. Чтобы подтвердить это предположение, осмотрим больную повторно в первый день менструации. Сейчас же необходимо побеседовать с больной, разъяснить ей необоснованность предположения о раке и успокоить ее.

Итак, мы провели соответствующую беседу с больной и госпитализировали ее. При осмотре 21 января, в первый день менструации, мы определили размягчение и некоторое увеличение узелков в стенке влагалища: при осмотре с помощью зеркал нами установлено, что

узелки в заднем своде приобрели более интенсивную, темную окраску, они напоминают так называемые «свиные глазки».

На основании этих данных мы можем поставить определенный диагноз эндометриоза влагалища. Ввиду наличия болезненных явлений (диспареунии, тянущих болей в крестце) и поверхностного расположения небольших узелков решено было применить хирургическое вмешательство. Больная дала согласие на операцию.

27 января, под местной новокаиновой анестезией, произведено иссечение эндометриоидных узелков. Края раны сближены кетгутовыми швами. Послеоперационный период прошел без осложнений. Рана влагалища зажила первичным натяжением. При гистологическом исследовании удаленных узелков подтвержден диагноз эндометриоза. На 10-й день после операции больная выписана из клиники.

При осмотре через 3, 6 и 12 месяцев никаких отклонений от нормы не было обнаружено, женщина чувствует себя хорошо.

Итак, мы познакомились с двумя формами эндометриоза: эндометриозом послеоперационного рубца и эндометриозом влагалища. Недостаточное знакомство ряда врачей-гинекологов с этими формами эндометриоза и поверхностный анализ клиники заболевания, а в особенности динамики его (четкая связь с менструальной функцией) могут повлечь за собой ошибочный и очень пугающий больную диагноз метастаза рака. Только тщательная оценка особенностей развития заболевания и повторный осмотр больной, в особенности в дни менструаций, позволяют избежать диагностической ошибки и необоснованной травмы психики больной.

При неглубоком распространении эндометриоза хирургическое лечение не представляет сложности и ведет к стойкому выздоровлению.

Профилактика эндометриоза в послеоперационном рубце заключается в бережном оперировании, тщательном отгораживании поверхности рассеченной брюшной стенки от возможного переноса на нее элементов эндометрия. Вопрос о происхождении эндометриоза влагалища достаточно еще не изучен и поэтому профилактика подобной патологии практически невозможна.



**ТРИХОМОНОЗ. ТРИХОМОНАДНЫЙ КОЛЬПИТ,  
ЭНДОЦЕРВИЦИТ И УРЕТРИТ**

(TRICHOMONIASIS, COLPITIS, ENDOCERVICITIS,  
URETHRITIS)

Больная П., 27 лет, по профессии уборщица, обратилась в женскую консультацию 21 января 1964 г. с жалобами на гнойные выделения из влагалища, зуд наружных половых органов, болезненность при половых сношениях, частые позывы на мочеиспускание.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Перенесла корь, скарлатину. Взрослой повторно болела гриппом. Отцу больной — 49 лет, матери — 47 лет, оба здоровы. В семье ни туберкулеза, ни венерических заболеваний не было. Брат, 25 лет, и сестра, 20 лет, здоровы.

**Менструальная функция.** Менструации с 13 лет, установились сразу, приходят через 4 недели, по 4 дня, необильные, неболезненные. Последняя менструация была с 15 по 18 января 1964 г.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 22 лет. Было 3 беременности. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами в 1959 г. Ребенок жив, здоров, развивается нормально. Вторая (в 1961 г.) и третья беременности (1962 г.) были прерваны искусственно в лечебном учреждении, в 8 недель, без осложнений.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной в течение 3 недель. Заболевание началось через 5 дней после возобновления половой жизни с мужем, возвратившимся из командировки. Отношения больной с мужем плохие. Повторно расходились ввиду того, что муж имел связи с другими женщинами.

**Общее обследование.** Общее состояние больной удовлетворительное. Она раздражительна. Жалуется на плохой сон. Пульс — 76 ударов в минуту. Температура — 36,3°. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее неболезненна. Паховые лимфатические узлы слегка увеличены, несколько болезненны. Со стороны нижних конечностей патологических изменений не обнаружено.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы конусовидной формы; патологических изменений не определяется. Волосистый покров на лобке по женскому типу. Кожа бедренных складок несколько гиперемирована, влажная. Промежность без рубцовых изменений. В окружности заднепроходного отверстия патологических явлений не обнаружено. Внутренняя поверхность больших половых губ и малые половые губы гиперемированы, слегка отечны. При разведении половых губ видна гиперемированная девственная плева, имеющая вид миртовидных карункул. Из влагалища —

довольно обильные гноевидные жидкие выделения. В окружности наружного отверстия уретры и выводных протоков больших вестибулярных желез — значительная гиперемия. Уретра при пальпации болезненна, при легком надавливании из наружного ее отверстия выделяется капля гноевидного секрета. Введение зеркал (ложкообразного и подъемника небольшого размера) болезненно. При осмотре с помощью зеркал установлено: слизистая влагалища отечна, гиперемирована, местами с точечными кровоизлияниями. Во влагалище обильное, гноевидное содержимое. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, гиперемирована. Наружный зев в виде поперечной щели. Из канала шейки матки — гноевидное отделяемое.

*Влагалищное исследование.* Матка в антефлексии, нормальной величины, подвижная, неболезненная. Придатки матки не пальпируются. Взяты мазки для бактериоскопического исследования из уретры, выводных отверстий больших вестибулярных желез, заднего свода влагалища, канала шейки матки.

### Каков же диагноз?

Данные анамнеза о начале заболевания (оно возникло 3 недели тому назад после возвращения мужа из командировки и возобновления половой жизни), указание на внебрачные связи мужа, жалобы на бели, зуд, учащенное мочеиспускание, наличие гиперемии слизистой влагалища и гнойного отделяемого — все это дает основания для диагноза воспалительного процесса, возможно, венерической этиологии.

Конечно, необходимо всегда учитывать, что воспалительный процесс может быть не только инфекционной, но иной этиологии. Воспаление представляет собой сложную рефлекторную реакцию организма на действие весьма разнообразных вредных агентов. Эти агенты могут быть экзогенными и эндогенными. Из экзогенных факторов, кроме бактерий, паразитов, вирусов, имеют значение: механическая травма, термическое раздражение, воздействие вредных для организма химических агентов. Эндогенные причины воспалительного процесса: некроз, тромбоз, инфаркт, кровоизлияние, отложение солей.

Как видно из анамнеза больной, наиболее вероятным следует признать инфекционную этиологию ее заболевания. У нас нет никаких данных для предположения о механической травме, термическом раздражении, химических вредных агентах. Мы не обнаружили также ни некроза, ни тромбоза, ни других вредных эндогенных причин воспаления.

Итак, приходится подумать о возможности следующих инфекционных заболеваний: гонореи, трихомоноза

и, что менее вероятно, — сифилиса. Однако диагноз подобных заболеваний никогда нельзя основывать только на клинической картине. Необходимо уточнить его с помощью бактериоскопического исследования отделяемого из уретры, выводящих протоков больших вестибулярных желез, заднего свода влагалища и шейки матки, серологической реакции Вассермана. Необходимо бактериоскопическое исследование не только нативных препаратов, но и окрашенных по Граму, потому что возможно одновременное заболевание и трихомонозом и гонореей. Окрашивание мазков по Граму позволяет дифференцировать гонококков от других грамотрицательных диплококков. Грамотрицательным, кроме гонококка, является также катаральный микрококк и менингококк. В сомнительных случаях обязательно производят посевы.

При исследовании капли отделяемого из заднего свода влагалища уже в нативном препарате были обнаружены подвижные влагалищные трихомонады. Они найдены также в отделяемом из уретры и шейки матки. При окраске препаратов по Граму также были найдены неподвижные трихомонады, много нейтрофильных лейкоцитов, кокков и грампозитивных диплококков, расположенных внеклеточно. Гонококки обнаружены не были. Реакция Вассермана оказалась отрицательной. Ввиду неблагоприятных анамнестических данных и невозможности исключить заболевание гонореей лишь при однократном бактериоскопическом исследовании решено сделать повторные бактериоскопические исследования отделяемого и посевы из уретры, парауретральных ходов и шейки матки.

Итак, пока мы можем поставить у больной диагноз трихомонадного кольпита, уретрита и эндоцервицита; вопрос о заболевании гонореей требует дополнительного обследования больной и ее мужа. О необходимости обследования мужа больной мы сообщили в венерологический диспансер.

Что же представляет собой трихомоноз человека, каковы пути инфицирования?

Трихомоноз — инфекционное заболевание, возникающее вследствие поражения влагалищными трихомонадами мочеполовой системы человека. У женщин наиболее часто поражается влагалище и уретра, у мужчин — уретра. Возбудитель трихомоноза был обнаружен во

влагалищном содержимом французским анатомом Donne (1836). Отечественный акушер И. П. Лазаревич подтвердил, что влагалищные трихомонады часто обнаруживаются у больных кольпитом. Сарек (1927) описал трихомонадный уретрит у мужчин и первый указал на половой характер заболевания. Однако в течение ряда лет был распространен взгляд, что заболевание трихомонозом не является венерическим и происходит при купании в загрязненных водоемах, передается через руки врачебного персонала, губки, мыло и т. п. Считали также, что трихомоноз весьма редко встречается у мужчин.

Только с 1957 г. (после Международного симпозиума в Реймсе) трихомоноз был признан венерическим заболеванием. В 1959 г. это положение было подтверждено на Международном симпозиуме по негонорейным уретритам и трихомонозу у человека, который проходил в Монреале (Канада). V Всесоюзный съезд дермато-венерологов (1959) высказался в пользу диспансеризации больных трихомонозом.

Наряду с этим был отвергнут взгляд, долго удерживавшийся в венерологии и гинекологии, о возможности заражения мочеполовых путей человека тремя видами трихомонад: влагалищной трихомонадой (*trichomonas vaginalis* Donne, 1836), ротовой трихомонадой (*trichomonas tenax* Müller, 1773, *trichomonas buccalis* Goodley, 1917) и кишечной трихомонадой (*trichomonas hominis* Davaine, 1860; *trichomonas intestinalis* Leuckart, 1879).

В настоящее время твердо установлена строгая специфичность каждого вида трихомонад и возможность заражения мочеполовых путей человека только влагалищной трихомонадой Доннэ.

Источником заболевания является человек, больной трихомонозом, «здоровый» носитель влагалищных трихомонад. Положение о возможности «носительства» трихомонад как среди мужчин, так и среди женщин является очень важным в эпидемиологическом отношении, так как «здоровые» носители обычно не обращаются за медицинской помощью и вместе с тем являются источником заболевания при половом контакте.

Так, по данным Н. С. Ляховицкого (1963), этот процент трихомонадоносительства колеблется среди обследованных женщин от 10 до 95%, среди мужчин — от 2 до 16%; по Б. А. Теохарову — среди женщин он соста-

вляет 32,7%, среди мужчин — 26,5%. В другой серии обследований Б. А. Теохаров обнаружил асимптомное течение и трихомонадоносительство значительно чаще у мужчин (у 39 из 73), чем у женщин.

Отсюда вытекает, естественно, необходимость для врачей женских консультаций и венерологических диспансеров активно выявлять и лечить таких лиц. Важно также подчеркнуть, что при обследовании 523 девочек в возрасте до 14 лет и 286 мальчиков такого же возраста Б. А. Теохаров ни разу не обнаруживал у них влагалищных трихомонад. Это также убедительно говорит о том, что основной путь заражения половой.

Каковы же причины перехода трихомонадоносительства в заболевание трихомониазом? Здесь имеют патогенетическое значение сопутствующие патологические состояния. К ним относятся общие заболевания, витаминная недостаточность, гормональные нарушения, механическая, химическая травма влагалища, изменение рН влагалищного содержимого — понижение его кислотности, бактериальное загрязнение влагалища.

Поражение трихомонадами не дает иммунитета и вполне возможно повторное заражение (реинфекция). Период инкубации колеблется от 5 до 15 дней, иногда удлиняется до 20 и больше дней. Острое течение заболевания, как у больной, наблюдается сравнительно редко. Обычно заболевание имеет подострое или хроническое течение. Симптомы заболевания не являются строго специфичными и выражаются в жалобах на гнойевидные бели, зуд наружных половых органов, болезненность при половых сношениях, иногда учащенное мочеиспускание. Все эти симптомы были выявлены нами и у данной больной. Весьма характерно обнаружение значительной гиперемии слизистой влагалища и пенистого гнойевидного содержимого в нем.

Длительность заболевания (при отсутствии лечения) очень велика — оно тянется неделями и месяцами, если не проводится рационального лечения и одновременно не подвергается лечению партнер.

Каковы же способы лечения трихомоноза у человека?

В течение многих лет терапии трихомоноза не давала удовлетворительных результатов, наблюдались частые рецидивы. Процент неудач был весьма велик. Это

объясняется в основном тем, что многие (правильнее — большинство) авторы отрицали половой путь заражения как основной. Заражение связывали с купанием в загрязненных водоемах, непроточных прудах, инфицированием в результате осмотра врача-гинеколога, уролога. Трихомоноз у мужчин считался большой редкостью.

Исходя из этих положений, как правило, лечили только женщин, страдающих трихомонозом, тогда как мужчины не обследовались и не лечились. Половой путь заражения трихомонозом был окончательно признан как основной лишь в 1957 г. на Международном симпозиуме в Реймсе.

Второй причиной малой эффективности лечения было отсутствие средств, действующих быстро и радикально, а также недооценка многоочаговости заболевания. Так, у женщин ограничивались часто лечением лишь влагалища и уретры и не уделяли внимания парауретриальным ходам, большим вестибулярным железам; у мужчин — простате, семенным пузырькам.

Число средств, рекомендованных для лечения трихомоноза, очень велико. Наиболее распространенным анти-трихомонадным средством является осарсол. Применялись также фитонциды (лук, редька, хрен), растворы оксицианистой ртути (1:6000), марганцовокислого калия (1:10 000), риванола (1:2 000), трихомонацид.

При лечении трихомоноза необходимо обязательное соблюдение следующих принципов: 1) лечить надо не только больных трихомонозом, но и трихомонадоносителей, так как при половом контакте они являются источником заражения других лиц. При изменении условий существования женщин и паразитоценоза во влагалище (совокупности живых существ, обитающих во влагалище) трихомонадоносительство может перейти в острую форму трихомоноза; 2) лечить супруга (или партнера) даже при ненахождении у него трихомонад; 3) лечить все очаги трихомоноза в мочеполовых органах.

До настоящего времени весьма целесообразным был следующий способ лечения (Б. А. Теохаров). Влагалище раскрывают зеркалами и протирают стенки его и шейного канала с помощью зонда Плейфера свежеприготовленным 5% раствором осарсола в 0,1% растворе оксицианистой ртути. После высушивания слизистую влагалища присыпают порошком следующего состава:

Rp. Osarsoli, Acidi borici aa 0,3, Laewomycetini 0,1, Glucosae 0,5.

Порошок равномерно растирают по слизистой влажной влагалища, малым губам. 5% раствором осарсола смазывают также уретру. Подобное лечение проводится ежедневно (с повторным бактериоскопическим исследованием через 3 дня) в течение 2 недель. При наличии значительных воспалительных явлений рекомендуются теплые сидячие ванны, спринцевания 2 раза в день настоем ромашки (30 г ромашки заваривают в 2 стаканах кипятка и доливают затем теплой водой до 1,5 л). Одновременно проводится лечение супруга (партнера).

После исчезновения трихомонад проводится дальнейшее наблюдение в течение 3 месяцев с повторным бактериоскопическим исследованием сразу же после менструаций. Повторное обнаружение трихомонад при дальнейшем наблюдении зависит или от реинфекции или от рецидива при неаккуратном лечении или наличия нелеченных очагов инфекции.

Большим шагом вперед в борьбе с трихомонозом было признание полового пути заражения, необходимости лечения обоих партнеров и предложение нового протистоцидного средства флагила (препарат 8823 — Bayer; препарат 5360; «Clont, metronidazole»). Первые сообщения о блестящих результатах при лечении трихомонозом этими препаратами были опубликованы в 1959 г. Durel, Roiron, Siboulet, Borel (Comptes rendue Soc. Franc. Gyn., 29, 36, 1959; Revue pratique de Gyn., 9, 1959; Baron. Polski tygodnik lieckarski, 1963, 27, 989—991).

В отечественной литературе о весьма благоприятных результатах лечения флагилом сообщили И. М. Порудоминский с сотр. (1963) и Б. А. Теохаров с сотр. И. М. Порудоминский лечил флагилом 71 больную, из них 35 — амбулаторно, 36 — стационарно. Методика лечения: 4 дня по 250 мг флагила per os 3 раза в день, 4 дня — по 250 мг 2 раза в день; итого на курс лечения — 5 г. Трихомонады исчезали в первые 2 дня после начала лечения; воспалительные изменения — позже. Авторы отмечали следующие побочные явления: сухость во рту (у 6 больных), учащенный жидкий стул (у 3), головную боль (у 1). После окончания лечения эти явления исчезали. При дальнейшем наблюдении от 2 до 4 месяцев трихомонады были вновь обнаружены у 6. После

повторного лечения больных женщин и их мужей наступило выздоровление.

Б. А. Теохаров провел лечение флагилом 67 мужчин и 65 женщин. Флагил применялся *per os* по 0,25 г 2 раза в день, в течение 7 дней (3,5 г на курс). Полное выздоровление наступило у 92,5% мужчин, и у 75,4% — женщин.

По сводным данным литературы, приведенным Б. А. Теохаровым, лечение флагилом (*per os*) было успешным у 99 из 100 леченных мужчин; лечение женщин — в 94,8% (на 560 человек). У 57 (10,2%) наступил рецидив заболевания в ближайшие 3 месяца. Возможно, это была реинфекция.

Исходя из всех приведенных выше данных, мы решили провести следующее лечение больной, госпитализировав ее: 1) сидячие ванны по 15 мин ежедневно (температура 37—38°С); спринцевания влагалища настоем ромашки (температура 37—38°) ежедневно; 3) прием флагила в течение 8 дней — 4 дня по 250 мг 3 раза в день и последующие 4 дня — по 250 мг 2 раза в день. В течение первых 4 дней ежедневно производили бактериоскопическое исследование выделений из уретры, шейки матки, влагалища, с 5 по 15-й день — через день. Гонококки ни разу не были обнаружены. При посеве отделяемого из уретры и шейки матки гонококки также не были обнаружены. Трихомонады исчезли на 3-й день лечения и до конца пребывания в клинике не обнаруживались. С 12-го дня после начала лечения исчезли и воспалительные явления. 6 февраля 1964 г. больная была выписана из клиники для амбулаторного наблюдения.

Муж больной был направлен в венерологический диспансер, где у него был установлен трихомонадный уретрит; заболевание сифилисом и гонореей было исключено. Проведено аналогичное лечение флагилом также с успехом.

Если лечение больной проводится амбулаторно, то необходимо категорически рекомендовать воздержание от половой жизни до окончания лечения.

При выписке больной рекомендовано воздержаться от половой жизни до контрольного обследования (после очередной менструации). Больная выполнила наши рекомендации и явилась для повторного обследования 20 февраля 1964 г. Жалоб она не предъявляла. Трихо-



монады обнаружены не были. Негативные результаты (трихомонады не обнаружены) были получены и при обследовании мужа больной. Вновь рекомендовано воздержаться от половой жизни до повторного обследования в марте. Менструации прошли с 8 до 11 марта 1964 г. без осложнений.

При обследовании супругов 13 марта 1964 г. патологии мочеполовой системы обнаружено не было. Разрешено возобновить половую жизнь.

При обследовании супругов 10 апреля 1964 г. жалоб они не предъявляли, трихомонады в мочеполовых путях не обнаружены.

Прогноз заболевания при соблюдении гигиены половой жизни можно считать благоприятным. Профилактика трихомоноза заключается в воздержании от внебрачных половых сношений.

Итак, мы познакомились с весьма часто встречающимся заболеванием мочеполовых путей — трихомонозом. Это заболевание передается в основном половым путем, в связи с чем его следует относить к группе венерических заболеваний. Клиническое течение заболевания часто бывает подострым или хроническим, реже — острым.

Терапия может быть успешной только при одновременном лечении обоих партнеров. Большим шагом вперед в лечении трихомоноза является применение флагила. После лечения необходимо последующее наблюдение и обследование обоих партнеров в течение 3 месяцев. При рецидиве заболевания (или реинфекции) показан повторный курс лечения.

## Лекция XXVIII

### ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ, ПЕЛЬВИПЕРИТОНИТ СЕПТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

(METROENDOMETRITIS ACUTA. ADNEXITIS.  
PELVIPERITONITIS SEPTICA ACUTA)

Больная Е., 30 лет, официантка, поступила в гинекологическое отделение 18 ноября 1963 г. с диагнозом острого воспаления придатков матки с жалобами на сильные боли внизу живота, дизурию и повышенную температуру.

**Анамнез.** В детстве с 8 до 14 лет росла в тяжелых материально-бытовых условиях; семья в годы войны была в эвакуации. Е. болела корью, скарлатиной, алиментарной дистрофией.

Взрослой болела повторно гриппом. Отец погиб на фронте в 1942 г., мать (52 лет) страдает гипертонической болезнью. Брат, 33 лет, здоров.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 16 лет, установились через 10 месяцев; приходят через 4 недели по 4—5 дней. До замужества менструации были болезненными; в настоящее время не болезненны. Последняя менструация — 25 августа 1963 г.

**Половая и детородная функция.** Замужем с 27 лет. Была одна беременность, которая закончилась 1 ноября этого года самопроизвольным абортom в 6 недель. Мужу 33 года, здоров.

**Развитие заболевания.** После начала половой жизни никаких болезненных явлений не отмечала и не принимала мер для предохранения от беременности. Через 1 и 1½ года после выхода замуж обращалась в женскую консультацию по поводу бесплодия в браке. Большой сказали, что у нее незначительные явления недоразвития половых органов. Было рекомендовано лечение, но она не послушала этого совета. При обследовании спермы мужа патологических изменений не было обнаружено.

В сентябре этого года очередные менструации в срок не пришли; появилась тошнота, иногда рвота натощак. 10 октября обратилась в женскую консультацию, где был поставлен диагноз беременности 6 недель. 15 октября появились тупые боли в крестцовой области, кровянистые выделения из влагалища в незначительном количестве. Больная до 22 октября не обращалась к врачу, продолжала работать. 22 октября кровянистые выделения из влагалища усилились; обратилась в женскую консультацию, и была направлена в стационар с диагнозом самопроизвольного аборта. В стационаре был поставлен диагноз аборта в ходу, и в тот же день произведено выскабливание матки (согласно справке этого лечебного учреждения). По словам врача, были удалены частицы плодного яйца. Температура в стационаре колебалась от 37,2° (в день поступления) до 37,4° (по вечерам), кровянистых выделений из влагалища не было.

26 октября больная (по категорическому своему настоянию) была выписана, и с 28 октября вышла на работу. Чувствовала себя нехорошо (были тупые боли внизу живота и в пояснице), но продолжала работать, и в женскую консультацию не обращалась. С 10 ноября появились менструации, более обильные, чем обычно; усилились боли внизу живота, по вечерам знобило, но температуру больная не измеряла и к врачу не обращалась. С 13 ноября почувствовала себя значительно хуже, температура к вечеру поднялась до 38°. Больная с трудом продолжала ходить, но работала. Только 17 ноября она вызвала на дом врача женской консультации, и была госпитализирована с диагнозом острого воспаления придатков матки.

**Общее обследование.** Состояние больной при поступлении средней тяжести. Температура — 38,2°, пульс — 96 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление — 125/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен.

Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

При обследовании легких и сердца патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Живот умеренно вздут; передняя брюшная стенка в эпигастральной области участвует в дыхательных экскурсиях. Пальпация гипогастральной области болезненна. Слева в паховой области нечетко определяется опухолевидное болезненное образование; верхняя его граница на 6 см выше лона. Симптом Блюмберга над этим образованием положительный. При перкуссии определяется приглушение перкуторного тона. При аускультации живота слышна умеренно выраженная перистальтика кишечника. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Со стороны нижних конечностей отклонений от нормы не обнаружено.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы конусовидной формы; соски выпуклые. Из молочных желез в небольшом количестве выделяется желтоватого цвета густой секрет. Волосистость на лобке по женскому типу, плохо выражена. Наружные половые органы гипопластичны; вход во влагалище узкий. Из влагалища — гноевидные выделения в незначительном количестве. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не отмечено.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища слегка гиперемирована. Влагалище узкое. Влагалищная часть шейки матки конической формы; из канала шейки — гноевидные выделения, в умеренном количестве, без запаха.

*Влагалищное и прямокишечное исследование.* Наружный маточный зев округлой формы, закрыт; матка в антефлексии, не увеличена, малоподвижна, болезненна, плохо контурируется. Слева и спереди от матки, тесно прилегая к ней, определяется опухолевидное образование, резко болезненное, тугоэластичной консистенции, с гладкой поверхностью, овоидной формы, 10×6 см. Задний свод слегка выпячен, резко болезнен. Справа от матки также определяется опухолевидное образование, резко болезненное, 5×3 см. Взяты мазки для бактериоскопического исследования из уретры и шейки матки.

При прямокишечном исследовании определяется небольшое выпячивание передней стенки кишки, резкая болезненность. Двусторонние опухолевидные образования до стенок таза не доходят.

**Лабораторные исследования** — 18 ноября.

*Анализ крови:* эр. 3,3 млн. Нв 8 г%, цветной показатель 0,71, л. 10 500, э. нет, п. 44%, с. 45%, лимф. 10%, мон. 1%; РОЭ 45 мм в час.

При анализе мочи патологических изменений не обнаружено.

*Бактериоскопическое исследование мазка из уретры:* лейкоциты 5—6 в поле зрения, единичные кокки и диплококки.

*Бактериоскопическое исследование мазка из шейки матки:* лейкоциты 20—25 в поле зрения, стафило- и стрептококки.

Каков же диагноз?

Данные анамнеза указывают на связь заболевания с самопроизвольным абортom, происшедшим в октябре этого года.

Больная не придавала особого значения появлению 5 октября кровянистых выделений из влагалища, продолжала работать и только через неделю обратилась к врачу. В послеоперационном периоде (после прерывания беременности) у нее была субфебрильная температура, и врачи, несомненно, допустили ошибку, уступив

настойчивому требованию больной и выписав ее из больницы. После возвращения больной домой заболевание прогрессировало и, наконец, она вынуждена была лечь в постель и вызвать врача.

Высокая температура тела, учащенный пульс, резкие боли в животе, обнаружение опухолевидных двусторонних образований рядом с маткой, лейкоцитоз, сдвиг влево формулы белой крови — все это убедительно говорит в пользу диагноза воспалительного процесса после аборта.

Какие же органы вовлечены в воспалительный процесс? Половая система, кишечник, брюшина? Является ли воспалительный очаг ограниченным или имеет тенденцию к распространению?

Правильный ответ на все эти вопросы является очень важным и должен быть дан срочно, так как от этого зависит выбор терапии консервативной или активной — хирургической.

Данные анамнеза о начале заболевания после аборта, наличие гноевидных выделений из матки и двусторонних опухолевидных образований рядом с маткой убедительно говорят в пользу диагноза воспалительного процесса внутренних половых органов.

Отсутствие указаний в анамнезе на расстройства функции желудочно-кишечного тракта (изжоги, тошноты, плохой аппетит, запоры, сменяющиеся поносами), а также данные объективного исследования (отсутствие болезненности в характерных для аппендицита местах) позволяют отвергнуть диагноз аппендицита.

При прямокишечном исследовании мы не обнаружили геморроя и инфильтратов, как при парапроктите. Следовательно, и это диагностическое предположение можно отвергнуть.

В каких отделах половой системы возник воспалительный процесс?

Данные анамнеза о развитии заболевания после аборта и наличие гноевидных выделений из канала шейки матки говорят о том, что, несомненно, имеется воспалительный процесс матки. Однако мы обнаружили, кроме того, рядом с маткой двусторонние опухолевидные образования, резко болезненные. Следовательно, надо считать, что воспалительный процесс перешел за пределы матки и мог захватить тазовую клетчатку, брюшину и маточные трубы.

При воспалении тазовой клетчатки с образованием экссудативного пельвицеллюлита (т. е. воспаления всей

клетчатки малого таза) или параметрита (воспаления клетчатки, расположенной между листками широкой маточной связки) определяется инфильтрат, боковые и задние границы которого сливаются со стенками таза. При прямокишечном исследовании выявляется, что выпот полукольцом охватывает переднюю и боковые стенки прямой кишки; при перкуссии *spina iliaca anterior superior* определяется тупой звук (признак Гентера).

Образованию параметрита нередко предшествует глубокая травма шейки матки (входные ворота инфекции).

Ни одного из перечисленных здесь признаков мы не обнаружили у больной и, следовательно, можем отвергнуть диагноз экссудативного пельвицеллюлита или параметрита.

В пользу предположения о переходе воспалительного процесса на брюшину говорят резкие боли в животе, положительный симптом Блюмберга, ограниченное участие передней брюшной стенки (лишь в гипогастральном ее отделе) в дыхательных экскурсиях, болезненное выпячивание заднего свода влагалища.

Диагностируя перитонит, мы сразу же должны решить вопрос о распространенности этого воспалительного процесса, т. е. является ли он ограниченным, прогрессирующим (диффузным) или общим. Решение этого вопроса имеет кардинальное значение для выбора методов терапии — активных (хирургических) или консервативных.

Наличие соответствия между частотой пульса и температурой, отсутствие икоты, рвоты (с учетом, что больная не лечилась антибиотиками до поступления в клинику), участие передней брюшной стенки (в эпи- и мезогастральной областях) в дыхательных экскурсиях, выслушивание перистальтики кишечника, самопроизвольное отхождение газов, невысокий лейкоцитоз — все это позволяет прийти к выводу, что у больной в настоящий момент ограниченный тазовый перитонит.

В пользу этого говорит также резкая болезненность и некоторое выпячивание заднего свода влагалища.

Опухолевидные образования, пальпируемые рядом с маткой, имеют овоидную форму, не выпячивают боковые своды влагалища и не доходят до боковых стенок таза.

Подобные объективные данные характерны для воспаленных и наполненных экссудатом маточных труб.

Итак, у больной острый послеабортный воспалительный процесс внутренних половых органов (матки и труб) и тазовой брюшины, т. е. острый метроэндометрит, двухсторонний сактосальпинкс (возможно, пиосальпинкс), пельвиоперитонит.

Какова же этиология воспалительного процесса у больной?

Как известно, воспаление — это сложная реакция организма на действие вредных агентов, которая проявляется в виде комплекса функциональных и структурных сосудисто-тканевых изменений. Реакция эта характеризуется тремя основными тесно связанными между собой явлениями: тканевой дистрофией (альтерацией), расстройством кровообращения (с экссудацией жидкости и миграцией лейкоцитов) и размножением клеточных элементов (пролиферацией).

Причины воспалительного процесса весьма разнообразны; их можно разделить на 2 группы — экзогенные (наиболее частые) и эндогенные. К экзогенным причинам относятся: (бактерии и их токсины, вирусы, паразиты), механические (ушиб, ранение), термические (ожог, отморожение) и химические (действие сильных кислот или щелочей) факторы. Эндогенные причины воспаления: некроз ткани, тромбоз, обширное кровоизлияние, отложение солей, некоторые нарушения трофической функции нервной системы (например, симметричные воспаления).

Данные анамнеза и динамики заболевания (длительность течения аборта, возникновение субфебрильной температуры до оперативного удаления плодного яйца), прогрессирование заболевания после выписки из стационара, отсутствие каких-либо указаний на тромбоз, инфаркт, отложение солей, травму, наличие химических или термических факторов — все это позволяет исключить ряд как экзогенных, так и эндогенных причин воспаления.

Наиболее обосновано предположение об инфекционной природе воспаления. Так, данные о динамике заболевания говорят о том, что процесс изгнания плодного яйца происходит в течение ряда дней (не менее 7), с 15 до 22 октября. В это время происходило раскрытие

канала шейки матки, отслоение плодного яйца и связанное с этим выделение крови из полости матки. Таким образом, возникли очень благоприятные условия для проникновения в матку (с остатками плодного яйца, длительно задержавшимися в ней) бактерий, находящихся на поверхности наружных половых органов, во влагалище и в нижней трети шейечного канала. К этому необходимо добавить, что сведения больной о самопроизвольном характере аборта внушают доверие, так как она повторно обращалась к врачам по поводу бесплодия и было проведено соответствующее обследование ее мужа.

Итак, следует считать весьма вероятным эндогенное инфицирование больной за счет бактерий, находящихся в нижнем отделе половой системы.

Однако необходимо помнить о двух вариантах инфицирования.

При первом варианте бактерии, обусловившие развитие острого заболевания, находились и ранее (до заболевания) в половых путях больной как естественные их обитатели.

При втором варианте инфицирования бактерии также находились еще до острого заболевания в половых путях больной, но были болезнетворными. Заболевание протекало латентно, асимптомно. Такими бактериями могли быть, например, гонококки. Аборт и связанное с ним кровотечение, раскрытие канала шейки матки и вхождение инструментами в матку (при выскабливании ее) — все это обусловило развитие яркой клинической картины восходящей гонорейной инфекции.

Эти два варианта возникновения заболевания требуют углубленной дифференциации. Вместе с тем, необходимо учитывать, что для возникновения воспаления необходима, кроме этиологического фактора, и особая реактивность организма. Причинный фактор должен сочетаться с моментами, благоприятствующими развитию воспаления, как, например, нервно-психические потрясения, нарушения питания, кровопотеря.

Были ли у больной факторы, благоприятствующие развитию воспаления?

На этот вопрос следует ответить положительно по следующим причинам: 1) в детстве она развивалась в крайне неблагоприятных условиях; 2) половое созревание

ее запоздало; 3) самопроизвольный аборт затянулся у нее на длительное время.

Возвратимся теперь к разбору вопроса об этиологическом факторе, т. е. о природе инфекции у больной. Выше мы говорили о возможности двух вариантов инфицирования, одним из которых является восходящая гонорейная инфекция, а вторым — инфицирование другими бактериями, находящимися ранее в половых путях больной (например, стрептококками и стафилококками).

Против диагноза восходящей гонорейной инфекции говорит следующее: 1) отсутствие признаков хронической инфекции в нижнем отделе половой системы (уретра, влагалищная часть шейки матки); 2) отрицательные результаты бактериоскопии секрета шейки матки и уретры; 3) отсутствие указаний, на заболевание после начала половой жизни. Вместе с тем, необходимы дополнительные исследования (повторные бактериоскопические данные и посевы секрета из уретры, парауретральных ходов и канала шейки матки), чтобы отвергнуть диагноз гонореи. Мы не применяем в этих случаях реакции связывания комплемента (РСК) по Bordet и Gengout, а также реакции на гонококковый антиген по С. Н. Лисовской, так как они недостаточно специфичны и нередко оказываются положительными у лиц, излечившихся от гонореи.

Второй возможный вариант развития воспаления — инфицирование эндогенным стрептококком или (и) стафилококком. В пользу этого предположения говорят данные бактериоскопического исследования секрета шейки матки и связь заболевания с длительным течением самопроизвольного аборта. Посев отделяемого из уретры, парауретральных желез, канала шейки матки для выявления гонококка и повторные бактериоскопические исследования (с окраской по Граму) дали отрицательный результат.

Итак, можно считать, что возбудителем инфекции является, очевидно, стрептококк или стафилококк. Что касается стадии воспалительного процесса, то это, несомненно, острая фаза воспалительного процесса.

Перейдем теперь к вопросу лечения больной.

Воспаление, с патофизиологической точки зрения, представляет собой сочетание двоякого рода явлений, нерезко отграниченных друг от друга: регрессивных



(повреждение ткани и дистрофия) и прогрессивных (миграция лейкоцитов, фагоцитов, пролиферация). Комплекс этих изменений является выражением противодействия организма вредному фактору; в этой защите принимает, несомненно, участие и весь организм больной.

На основе этих принципиальных положений мы и должны строить терапию. Она должна быть комплексной и по возможности этиотропной и патогенетической. Вместе с тем, целесообразно и проведение симптоматической терапии.

Для реализации сказанного мы сделали следующие назначения больной: 1) охранительный режим — спокойная обстановка, внимательный уход, беседы врача для успокоения больной и закрепления у нее убеждения в выздоровлении; 2) строгий постельный режим до снижения температуры до нормального уровня; 3) рациональное питание (введение достаточного количества животных белков, крепкий мясной бульон, паровые котлеты, протертый творог, жидкости — до 2—3 л раствора глюкозы); 4) регулярное (через 2 дня) опорожнение кишечника с помощью микроклизм из гипертонического раствора хлористого натрия или очистительной клизмы; 5) болеутоляющие (свечи с белладонной по 0,03 два раза в день); 6) снотворные — бромурал по 0,6 на ночь; 7) антибиотики в сочетании с глюкокортикоидами; 8) витамины: С (до 500 мг в сутки), В<sub>1</sub> (тиамин — до 50 мг в сутки), В<sub>2</sub> (рибофлавин до 50 мг в сутки).

Комплексное лечение витаминами при воспалительных процессах (так же, как и при нарушениях менструальной функции) детально изучено и разработано Р. Л. Шубом и его учениками в многочисленных исследованиях, посвященных проблеме витаминотерапии в гинекологии и акушерстве.

Остановимся подробнее на вопросе об обоснованности комплексной терапии антибиотиками, глюкокортикоидами.

Несколько раньше мы говорили, что в процессе воспаления сочетаются регрессивные (деструктивные) и прогрессивные (репаративные) изменения в организме.

Механизм защитных реакций организма еще достаточно не изучен, однако твердо установлено значение нервной системы в процессах восстановления нарушенных функций. Имеет большое значение и гуморальная

регуляция воспаления, осуществляемая гормонами, и тесно связанная с функцией нервной системы. При этом, согласно учению Селье, особое значение в развитии так называемого адаптационного синдрома придается адренало-гипофизарной системе.

Общий адаптационный синдром состоит из трех компонентов: 1) реакция мобилизации, 2) резистентности — выравнивания нарушенного равновесия и 3) истощения, если резистентность организма недостаточна.

В возникновении адаптационного синдрома имеют особое значение АКТГ (адренокортикотропный гормон гипофиза) и глюкокортикоиды (гормоны, вырабатываемые в корковом слое надпочечника). АКТГ и глюкокортикоиды (кортизон, гидрокортизон, преднизолон) подавляют воспалительную реакцию. В противоположность им минералокортикоиды (дезоксикортикостеронацетат) и соматотропный гормон гипофиза усиливают воспалительную реакцию.

На этих свойствах глюкокортикоидов и основано применение их при лечении больных с воспалительными процессами. Однако гормонотерапию надо непременно сочетать с применением антибиотиков, так как в противном случае возможны ослабления иммунных свойств организма и прогрессирование болезни.

Итак, мы назначили больной лечение антибиотиками (стрептомицин, пенициллин) и преднизолоном. Методика этиотропного лечения была следующей: пенициллин по 1 000 000 ЕД в сутки (через 3 ч), стрептомицин по 1 000 000 ЕД в сутки (по 0,5 г 2 раза в сутки), преднизолон (в таблетках по 0,005) — 5 дней по 4 таблетки в день (100 мг), 5 дней по 3 таблетки в день (75 мг), 5 дней по 2 таблетки в день (50 мг), 5 дней по 1 таблетке в день (25 мг); всего на курс лечения 250 мг преднизолона.

Патогенетическое лечение имеет целью воздействовать на основные очаги воспаления. По отношению к больной Е. эта терапия имеет целью ограничение воспалительных изменений в трубах, брюшине.

19 ноября, т. е. на следующий день после поступления была произведена пункция заднего свода влагалища. При этом было получено 10 мл жидкости желтого цвета. Сделаны посевы этого экссудата. Не вынимая иглы, мы ввели через свод 1 000 000 ЕД стрептомицина.

23 ноября получен ответ лаборатории, что в экссудате, полученном при пункции, вырос золотистый стафилококк; посев на гонококк дал отрицательный результат.

На основании данных бактериологического исследования пенициллин был заменен (с 20 ноября) эритромицином (в таблетках по 250 000 ЕД 4 раза в день, во время еды). Эритромицин обладает более широким спектром действия и показан как при стрептококковой, так и при стафилококковой инфекциях. Однако следует учитывать, что при применении эритромицина относительно быстро вырабатываются устойчивые к нему штаммы микроорганизмов; из побочных явлений изредка наблюдаются диспептические расстройства.

Симптоматическое лечение больной заключалось в назначении болеутоляющих (свечи с белладонной), пузыря со льдом на нижний отдел живота по 40 мин (с перерывом на 20 мин) — всего на 3—4 ч в сутки.

Проведение комплекса лечебных мероприятий дало весьма благоприятные результаты. Уже через 6 дней (с 25 ноября) общее состояние больной улучшилось, температура начала постепенно снижаться — до 37,2 — 37,6° по вечерам и 37,2 — 37,4° — по утрам. Ввиду возникновения у больной диспептических явлений (тошнота, боли в животе) и из опасения выработки устойчивых штаммов микроорганизмов с 29 ноября эритромицин вновь заменен пенициллином.

При повторных определениях количества 17-кетостероидов (на 10-й и 20-й день лечения) в моче (в связи с применением преднизолона) значительного снижения их содержания не было обнаружено (17-KS/24 ч — 8—12 мг).

При обследовании больной 27 ноября было установлено, что общее состояние ее удовлетворительное, температура субфебрильная, пульс — 80 ударов в минуту, язык влажный, не обложен. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях; пальпация ее безболезненна; в левой паховой области — небольшая чувствительность при пальпации; симптом Блюмберга отрицательный. При пальпации над лоном уже не определяется опухолевидное образование, как 9 дней тому назад. При влагалищном исследовании установлено, что матка четко контурируется, ограниченно подвижна. Слева от матки определяется опухолевидное образование,

неправильной овальной формы, размерами  $4 \times 2$  см, справа — размером  $3 \times 2$  см, несколько болезненное при пальпации. Задний свод влагалища не выпячен.

Таким образом, субъективно и объективно было отмечено улучшение состояния больной.

Решено продолжить указанное выше лечение. Больной разрешено садиться.

С 4 декабря, т. е. на 17-й день пребывания в клинике, температура тела у больной снизилась до нормы; боли в животе почти исчезли. При гинекологическом исследовании 6 декабря установлено, что выделения из матки слизистые, в незначительном количестве; опухолевидные образования придатков с двух сторон значительно уменьшились по сравнению с 27 ноября: слева — до  $4 \times 2$  см, малобользенные.

Комплексное лечение продолжено, но оставлен лишь стрептомицин по 500 000 в сутки.

Больной разрешено понемногу вставать. При исследовании крови обнаружено незначительное ускорение РОЭ (20 мм) и небольшой сдвиг формулы белой крови влево (5% палочкоядерных). С 12 декабря прекращено лечение преднизолоном; назначено внеочаговое (шейно-надплечное) УФ облучение, через день (поле  $300$  см<sup>2</sup>), по 2 биодозы.

Больная хорошо переносила это лечение, не было ни общей, ни значительной очаговой реакции. После 3-го сеанса биодоза увеличена сначала до 3, а затем до 4. После 6 сеансов (с 25 декабря) начато УФ облучение в виде «трусов» (10 сеансов: 2 сеанса облучения подряд, на 3-й день перерыв).

11 января 1964 г. самочувствие больной удовлетворительное, температура тела нормальная; жалоб не предъявляет. Пальпация живота неболезненна. При исследовании крови отклонений от нормы нет. Содержание 17-KS в моче —  $12$  мг/24 ч.

При гинекологическом исследовании обнаружено, что маточные трубы лишь слегка утолщены, малочувствительны при пальпации; матка подвижна, безболезненна.

Заключительный диагноз: остаточные явления двустороннего сальпингита септической этиологии.

Больная выписана домой, рекомендовано воздержание от половой жизни в течение месяца, систематическое

наблюдение женской консультации, повторный курс физиотерапевтического лечения (индуктотермия, или парафинотерапия) провести после первой наступившей менструации.

Прогноз у больной в отношении выздоровления следует считать благоприятным, так как стационарное лечение было вполне успешным.

Вместе с тем, принимая во внимание, что первая беременность закончилась самопроизвольным абортом и при обследовании обнаружены явления инфантилизма, мы рекомендовали ей в дальнейшем сочетание физиотерапевтического лечения с циклической гормональной терапией (в течение 3 месяцев подряд) эстрогенами и прогестероном (повторными месячными курсами, через каждые 3—4 месяца). При этом очень важна систематичность такого лечения.

Профилактика подобных заболеваний заключается в оздоровлении девочек, в особенности в периоде полового созревания, осуществлении общеукрепляющего и гормонального лечения при выявлении инфантилизма у взрослой женщины, систематическом наблюдении врача с ранних сроков беременности.

Итак, мы познакомились с очень важным разделом гинекологии — воспалительными процессами внутренних половых органов.

Мы рассмотрели такие важные вопросы, как диагностика и дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний половой системы и аппендицита, уделили внимание разбору вопросов этиологии воспалительного процесса и установлению распространенности и стадии воспаления.

Нами весьма детально разобраны основные принципы комплексного лечения больной в острой и подострой стадии воспалительного процесса, обращено особое внимание на сочетание антибиотиков с глюкокортикоидами и необходимость изменения терапии в зависимости от реакции больной на лечение и эффективности его.

Подтверждена, наконец, высокая эффективность современных методов комплексного лечения больных, страдающих острым и подострым воспалением внутренних половых органов.

## Лекция XXIX

### ТУБЕРКУЛЕЗ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ (TUBERCULOSIS UTERI ET ADNEXORUM)

Больная X., 29 лет, аспирант, поступила в гинекологическую клинику 20 сентября 1962 г. с диагнозом острого воспаления придатков матки и тазовой брюшины. Жалобы на боли в животе, повышение температуры до  $38,5^{\circ}$ , болезненную дефекацию.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Болела корью, дифтерией. В 14—15 лет дважды болела плевритом. Была под наблюдением в туберкулезном диспансере как туберкулезная больная. В настоящее время на учете не состоит. В семье один из братьев болел в 1947 г. туберкулезом легких в открытой форме. Жила с ним в одной квартире, в разных комнатах. Взрослой повторно болела гриппом. Часто отмечает усталость, слабость, иногда тупые боли в животе, потливость. Отец и мать здоровы. Отцу — 52 года, матери — 50 лет. Материально-бытовые условия жизни удовлетворительные.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 14 лет, в первый год приходили с задержками по 3—4 месяца, были обильными. С 15 лет менструации приходят через 30—35 дней, по 2—3 дня, скудные. Последняя менструация была с 1 по 3 сентября.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 23 лет, мужу — 30 лет, здоров. Супруги не принимают мер предохранения от беременности, но беременности не было.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с первого года после замужества, когда при обращении к врачу через 12 месяцев после начала половой жизни был поставлен диагноз воспаления придатков матки. Субъективно отмечала чувство слабости и временами тупые боли в животе. При обследовании общего состояния здоровья мужа и его семени патологических изменений обнаружено не было. За истекшие 5 лет больная провела 3 курса лечения, два — диатермией (по 15—16 сеансов), а год тому назад — курс грязелечения в Саках. После лечения по-прежнему беспокоили боли в животе, чувство слабости; беременность не наступила.

В течение августа — сентября этого года очень много работала, готовясь к сдаче экзаменов, переутомилась. 10 дней тому назад заболела гриппом, с незначительными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей. Температура повышалась до  $38—38,5^{\circ}\text{C}$  с суточными незначительными колебаниями (до  $1^{\circ}$ ). Боли в животе усилились. В первые 7 дней заболевания ее наблюдал участковый врач-терапевт, а затем был приглашен врач-гинеколог. Он обнаружил значительные воспалительные изменения придатков матки в острой стадии, воспаление тазовой брюшины и направил больную в гинекологическую клинику.

**Общее обследование.** Состояние больной при поступлении в клинику средней тяжести. Температура —  $38^{\circ}$ , пульс — 90 ударов в минуту. Рост — 160 см, вес — 50,5 кг. Артериальное давление — 125/80 мм рт. ст. На лице лихорадочный румянец. Язык влажный, обложен. Видимые слизистые бледной окраски. Подкожная жировая клетчатка плохо выражена; над- и подключичные ямки втянуты. Доступные пальпации лимфатические узлы несколько увеличе-

ны, плотны, подвижны. Волосистость в подмышечной впадине выражена удовлетворительно. При аускультации сердца — дующий систолический шум на верхушке. Границы сердца не расширены. При аускультации и перкуссии легких патологических изменений не обнаружено. Живот несколько вздут. Передняя брюшная при пальпации «пружинит», болезненна, в особенности в гипогастриальной области справа и слева. Брюшная стенка ограниченно участвует в дыхательных экскурсиях. Печень и селезенка не пальпируются. При пальпации в гипогастриальной области определяются болезненные опухолевидные образования. Верхняя граница левостороннего образования на 15 см выше лона, правостороннего — на 10 см выше лона. Консистенция опухолевидных образований тугоэластическая, поверхность неровная. Симптом Блюмберга нерезко положительный. При перкуссии над опухолевидными образованиями тупой тон. При перкуссии *spinae iliacaе ant. sup.* — тимпанит. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Со стороны нижних конечностей патологических изменений не обнаружено.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы плохо развиты, конусовидной формы. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы несколько гипопластичны. Уретра и большие вестибулярные железы без особенностей. Вход во влагалище узкий. В окружности заднепроходного отверстия патологических изменений нет.

Осмотр с помощью зеркал: влагалище узкое. Слизистая его бледно-розового цвета. Влагалищная часть шейки матки конической формы. Наружный маточный зев округлой формы. Из канала шейки слизисто-гнойные выделения в умеренном количестве.

*Влагалищное исследование.* Матка нечетко контурируется, в антефлексии, ретропозиции, небольшой величины, неподвижна. С 2 сторон от матки, тесно прилегая к ней, определяются опухолевидные образования, неправильно овоидной формы, с неровной поверхностью, тугоэластической (местами плотной) консистенции. Опухолевидные образования выпячивают задний свод, интимно прилежат к матке, близко подходят к боковым стенкам таза. Размеры левостороннего образования — 20×15×12 см, правостороннего — 15×12×8 см. Исследование болезненно. При исследовании через прямую кишку каких-либо патологических изменений ее слизистой не обнаружено. Определяется нижний полюс опухолевидных образований, с неровной поверхностью, тугоэластической консистенции. Опухолевидные образования близко подходят к передней стенке крестцовой кости и к боковым стенкам таза.

*Анализ мочи* — без патологических отклонений. При исследовании красной крови установлено, что эритроцитов 3,7 млн., гемоглобина — 9,2 г%, цветной показатель — 0,72. При исследовании белой крови обнаружено незначительное повышение числа лейкоцитов — 10 000, небольшой сдвиг влево формулы белой крови (палочкоядерных — 8%). РОЭ — 40 мм в час.

При рентгенографии легких обнаружено: обызвествленные лимфатические узлы в корнях обоих легких.

При бактериоскопическом исследовании секрета из шейки матки обнаружены кокки и диплококки, 60—65 лейкоцитов в каждом поле зрения.

При клиническом исследовании мочи патологических изменений ее не установлено.

Каков же диагноз?

Прежде всего необходимо уточнить, имеем ли мы дело с гинекологическим или экстрагенитальным заболеванием (например, заболеванием брюшины, кишечника, брыжейки кишечника).

Решение этого вопроса не представляет особой трудности. Данные анамнеза говорят о том, что у больной уже 5 лет тому назад было диагностировано воспаление придатков матки. Резкое ухудшение состояния больной наступило 10 дней тому назад после значительного переутомления и при нерезко выраженных катаральных явлениях со стороны верхних дыхательных путей. Вначале был поставлен диагноз гриппа, однако при осмотре гинеколога, спустя неделю после начала заболевания, обнаружены значительные изменения со стороны внутренних половых органов.

Эти данные анамнеза, острое начало заболевания и быстрое выявление больших опухолевидных образований рядом с маткой в малом тазу и в гипогастральной области — все это приводит нас к выводу, что у больной гинекологическое заболевание.

К какой же группе отнести это гинекологическое заболевание — к опухолям или воспалительным процессам?

Против диагноза опухоли половой системы (миомы, кистомы или рака яичников) говорят данные анамнеза (согласно которым 5 лет тому назад был поставлен диагноз воспаления придатков матки, год тому назад при грядзелечении в Саках вновь был поставлен диагноз хронического воспаления придатков матки), острое начало заболевания, отсутствие нарушений менструаций в форме гиперполименореи или метроррагии. Против диагноза опухоли внутренних половых органов говорят и данные объективного исследования — особенности опухолевидных образований, их неправильно овоидная форма, неравномерная консистенция, небольшие размеры матки, лихорадочное состояние при отсутствии резких болевых ощущений в начале заболевания, как это наблюдается при перекруте ножки кистомы. Все это говорит против диагноза миомы матки или кистомы яичников (с перекрутом ножки).

Против предположения о раке тела матки у больной говорит отсутствие патологических выделений из матки



(кровянистых, кровянисто-гнилых), молодой возраст больной, небольшие размеры матки.

Предположение о раке яичников также мало обосновано, так как консистенция опухолевидных образований неравномерная — от тугоэластической до плотной, а при раке яичников — плотная. Поверхность неровная, а при раке яичников — бугристая, местами с образованием шиповидных выпячиваний. При двустороннем раковом поражении яичников можно обнаружить и асцит. У больной все перечисленные признаки отсутствуют, что позволяет отказаться от диагноза рак яичников.

В пользу диагноза воспалительного процесса половых органов у больной говорят данные анамнеза (указание на воспаление придатков матки в прошлом, бесплодие в браке), острое возникновение заболевания, данные объективного исследования (наличие двусторонних, неправильно овоидной формы опухолевидных образований рядом с маткой, в малом тазу и в гипогастральной области).

Какие же отделы полового аппарата и органов малого таза вовлечены в воспалительный процесс: клетчатка, брюшина, придатки матки? Указанные выше данные перкуссии *spinae iliacae anterior superior*, а также данные пальпации опухолевидных образований (они не сливаются со стенкой таза, не выпячивают боковые своды; не охватывают прямую кишку спереди и с боков) говорят против предположения о воспалительном процессе (экссудате) клетчатки малого таза (пельвеоцеллюлите, параметрите).

Воспаление тазовой брюшины в острой стадии с повышенной температурой характеризуется резкими болями в животе, ярко выраженным признаком Блюмберга, крайней болезненностью при пальпации, в особенности при влагиалищном исследовании, и невозможностью четко контурировать границы воспалительных образований, возникновением экссудата в маточно-прямокишечном углублении. Ни одного из этих признаков у больной мы не обнаружили; и, следовательно, вполне обоснованно можем отвергнуть диагноз пельвеоперитонита в фазе эксудации. Против такого предположения говорит и отсутствие шарообразной (или полушарообразной) «опухоли», выпячивающей задний свод.

Неправильно овоидная форма опухолевидных образований, слева и справа от матки, возможность отграничить их от стенок таза позволяют считать наиболее обоснованным диагноз воспаления придатков матки в экссудативной фазе. При таком воспалительном процессе в полости труб (при закупорке абдоминального и маточного концов их) скопляется жидкость — серозная, серозно-гнойная, гнойная, реже — геморрагическая.

Отсутствие интермитирующего типа температуры, незначительные изменения гемограммы (снижение числа эритроцитов, гемоглобина, небольшой лейкоцитоз, незначительный сдвиг формулы белой крови влево), небольшое учащение пульса — все это позволяет предположить, что в трубах не гнойный, а серозный экссудат.

Итак, мы пришли к диагнозу *Hydrosalpinx bilateralis*. Но какова этиология воспалительного процесса и фаза его развития? Без ответа на эти основные вопросы невозможна рациональная терапия.

Разберем последовательно, какие же из возможных внутренних или внешних факторов могли обусловить развитие воспаления половых органов у больной? Данные анамнеза о развитии заболевания, молодой возраст больной, отсутствие патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (кроме дующего систолического шума на верхушке сердца, который можно объяснить некоторой анемизацией больной) — все это позволяет исключить внутренние этиологические факторы воспаления, т. е. некроз, тромбоз, инфаркт, кровоизлияние, отложение солей.

Что касается внешних (экзогенных) причин воспаления, то ни данные анамнеза, ни профессия больной (аспирант педагогического института) не дают указаний на какую-либо механическую травму, термическое или химическое перераздражение, предшествующее развитию заболевания.

Итак, следует считать, что наиболее вероятным этиологическим фактором является один из возбудителей инфекции. Как известно, наиболее часто инфекционное воспаление внутренних половых органов женщин обусловлено стрептококками или стафилококками, гонококками или микобактерией туберкулеза; реже встречается инфицирование другими микробами, вирусами, паразитами или грибом. Так, по данным В. Ф. Шахновской,

тщательно обследовавшей 700 больных, страдавших воспалением придатков матки, септическая этиология заболевания была выявлена в 57,3%, гонорейная — в 18,2%, туберкулезная — в 16,4%. Этиологию заболевания не удалось выявить в 8,1%.

Какой же этиологический фактор воспаления у больной?

Она не подвергалась никакому оперативному вмешательству, у нее не было аборта (самопроизвольного, искусственного), родов. Воспаление придатков было диагностировано уже 5 лет тому назад. Больная категорически отрицает какое-либо заболевание, протекавшее с высокой температурой, резкими болями внизу живота, выделением белей в первые месяцы после замужества. Все это позволяет нам считать малообоснованным предположение о септической этиологии заболевания.

Обнаружение двустороннего воспаления придатков матки через год после начала половой жизни и бесплодие в браке нередко являются следствием восходящей гонорейной инфекции. Однако против этого диагноза говорит следующее: 1) больная не отмечала ни белей, ни нарушения мочеиспускания после замужества, 2) у нее не было ни разу (до последнего месяца) острого заболевания с высокой температурой и резкими болями в животе, как это часто наблюдается при восходящей гонорейной инфекции; 3) при предшествующем обследовании и лечении больной никогда не находили гонококка; 4) при гинекологическом исследовании больной мы не обнаружили ни уплотнения уретры (последствие уретрита), ни эрозии или гипертрофии шейки и эндоцервицита, ни воспалительных изменений больших вестибулярных желез; 5) при бактериоскопии секрета из шейки и уретры мы не обнаружили гонококка или подозрительной в отношении наличия гонококка цитологической картины ( $K_2$  по Г. А. Бакшту, А. И. Петченко — много лейкоцитов, отсутствие бактерий); 6) муж больной, по ее словам, не болел гонореей; сперма при исследовании оказалась нормальной.

Итак, по совокупности данных мы можем сделать вывод, что у нас нет оснований поставить у больной диагноз восходящей гонореи.

Третий, этиологический, микробный фактор воспаления внутренних половых органов у женщин —

микобактерия туберкулеза. В пользу такой этиологии заболевания говорят данные анамнеза больной (заболевание туберкулезом в семье, повторное заболевание плевритом, нахождение на учете туберкулезного диспансера).

Наряду с этиологией воспалительного процесса и особенностями микробного (вирусного) возбудителя (патогенность для человека, вирулентность), надо учитывать, что воспаление любой этиологии может возникнуть лишь при ослаблении организма (например, нервном потрясении, переутомлении, нарушении питания, кровопотере).

Были ли у больной такие неблагоприятные моменты перед началом заболевания? Да были. Она рассказала нам, что в течение августа этого года много занималась, готовилась к экзаменам, очень переутомлялась, заболевание началось с явлений катара верхних дыхательных путей (грипп). Эти неблагоприятные моменты могли, конечно, ослабить организм и способствовать вспышке заболевания.

Однако и до настоящего времени диагноз туберкулеза половых органов, несмотря на некоторые успехи, достигнутые в последние 15 лет, все еще является очень трудным. Мы нередко допускаем ошибки. Особенно труден диагноз туберкулеза придатков матки. Так, по данным Л. В. Островитяновой, среди 198 больных, направленных с амбулаторным диагнозом туберкулеза половых органов, этот диагноз был отвергнут у 29 (14,6%) в результате всестороннего обследования (в том числе у 15 больных после гистологического исследования удаленных придатков). По данным того же автора, у 89 больных, оперированных с диагнозом туберкулеза придатков матки, этот диагноз не был подтвержден после операции у 15. С другой стороны, у 25 больных диагноз туберкулеза придатков матки был установлен лишь после операции; до этого он был ошибочным (пиосальпинкс, киста яичника, внематочная беременность и др.).

Для того чтобы поставить диагноз туберкулеза половых органов, необходимо произвести комплексное обследование больной.

Более подробно мы рассмотрим вопросы диагностики туберкулеза половых органов в следующей лекции.

## Лекция XXX

### ТУБЕРКУЛЕЗ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

#### (TUBERCULOSIS UTERI ET ADNEXORUM)

В прошлой лекции мы, разобрав данные анамнеза и клинического обследования больной, пришли к заключению, что наиболее обоснованным является предположение о туберкулезной этиологии поражения придатков матки. Однако для того, чтобы диагноз стал достаточно достоверным, необходимо провести всестороннее комплексное обследование больной. Подобное обследование состоит из следующих элементов: 1) анамнеза, общего и специального (клинические особенности развития заболевания) и 2) общего обследования больной, а также использования ряда специальных методов: а) пробы с туберкулином, б) бактериологического исследования содержимого маточных труб, менструальной крови, в) привок морским свинкам, г) цитологического исследования содержимого матки, д) гистологического исследования, е) рентгенологического исследования легких, матки, труб (метросальпингография), ж) исследования промывных вод.

Рассмотрим теперь, какие из перечисленных методов можно применить при обследовании больной и каковы их результаты.

Данные анамнеза содержат указание на очень важные для уточнения диагноза моменты: X. повторно болела в детстве плевритом, и ей был поставлен тогда диагноз туберкулеза легких. Она имела контакт с туберкулезным больным и находилась под наблюдением туберкулезного диспансера.

Литературные данные убедительно подтверждают важность тщательного целенаправленного сбора анамнеза у подобных больных. Так, по Jedberg (1950), среди 201 больной туберкулезом половой системы семейный контакт по туберкулезу был установлен в 21%.

Важным моментом, полученным из анамнеза больной, является также указание на сильное переутомление перед началом заболевания и явления катара верхних дыхательных путей. Известно, что переутомление,

переохлаждение, интеркурентные заболевания (грипп, ангина) могут обусловить обострение хронического воспалительного процесса половых органов и в особенности туберкулеза их.

При общем и гинекологическом обследовании больной мы обратили внимание на признаки инфантилизма — недостаточное развитие молочных желез и половой системы. У лиц с подобным нарушением развития воспалительные процессы принимают нередко длительное и тяжелое течение.

Менструальная и детородная функции больной также были нарушены; у нее была гипоолигоменорея и первичное бесплодие. Нарушения менструальной функции очень часто отмечаются при туберкулезе половой системы. Так, по данным В. А. Покровского, часто наблюдается как первичная, так и вторичная аменорея. Последняя была отмечена автором в 25%. По данным В. Ф. Шахновской, среди 115 больных туберкулезом половых органов нарушения менструальной функции были у 86, в том числе гипоолигоменорея и аменорея — у 49, гиперполименорея — у 19, метроррагия — у 18. Бесплодие возникает у большинства подобных больных.

Все эти данные достаточно характерны для туберкулеза половых органов. Однако на основании только клинических данных, без лабораторного их подтверждения, можно высказать лишь предположение о туберкулезе половой системы. Для установления точного диагноза необходимо применение дополнительных, специальных методов исследования, о которых мы говорили выше.

21 сентября мы применили внутрикожную туберкулиновую реакцию Манту (более чувствительную, чем реакцию Пирке). Через 48 ч (23 сентября) было установлено, что она положительна (на коже предплечья появилась папула диаметром 6 мм).

Таким образом, мы можем сделать заключение об инфицировании организма больной туберкулезом, но не можем утверждать, что в данный момент произошла активация туберкулезного процесса и очаг заболевания — половые органы.

Р. И. Малыхина рекомендует применять подкожную пробу Коха. В настоящее время, при наличии специфических антибактериальных препаратов, эту пробу при-

меняют шире, чем раньше, когда она могла вызвать прогрессирование туберкулеза. Однако при положительном результате пробы Манту у нас нет оснований применять и подкожную пробу.

Важным методом исследования на туберкулез является бактериоскопический и в особенности бактериологический метод исследования. Мы произвели бактериоскопическое исследование мазков с шейки матки с окраской по Циль—Нельсену, но микобактерий туберкулеза не обнаружили. По данным М. С. Ерминой, Н. А. Цакигян, Е. В. Жардецкой, Р. И. Малыхиной бактериоскопически редко удается обнаружить микобактерии туберкулеза в мазках из шейки матки.

Более ценны для диагноза данные бактериологического исследования (пунктата из придатков, менструальной крови).

21 сентября мы произвели больной X. пункцию через задний свод влагалища. При этом получено около 20 мл прозрачной, янтарной жидкости. При посеве она оказалась стерильной.

Очень ценные результаты дают прививки содержимого пунктатов, менструальной крови морским свинкам. Так, Kirghhoff, проведя эти прививки, получил положительные результаты у 157 (из 1 000) больных. Однако далеко не все гинекологические учреждения располагают этими экспериментальными животными. Кроме того, серьезный недостаток этого метода — очень длительный срок (6—8 недель) получения результатов прививки. Учитывая это, мы не произвели прививки пунктата из труб.

Очень ценным и доказательным при подозрении на туберкулез является гистологическое исследование слизистой матки, участков пораженной шейки, наружных половых органов, удаленных труб, яичников. Однако мы не можем использовать этот диагностический метод у больной ввиду наличия противопоказаний — высокой температуры, ускоренной РОЭ, наличие конгломератов в области придатков матки с двух сторон.

В последние годы Н. А. Цакигян и М. С. Ермина (1957) предложили использовать для диагностики туберкулеза эндометрия цитологический метод исследования. Содержимое матки насасывается (лучше во вторую фазу цикла) с помощью шприца Брауна.

Принимая во внимание общую клиническую картину заболевания, мы решили воздержаться (до «стихания» процесса) от цитологического исследования. Естественно, что рентгенологическое исследование матки и труб у больной в настоящее время также противопоказано.

Кроме всех перечисленных методов исследования, фтизиатры применяют еще бактериологическое исследование промывных вод желудка и бронхов. Этот метод не играет роли в гинекологической диагностике. Р. И. Малыгина модифицировала этот способ, применив посевы на микобактерии туберкулеза и прививки морским свинкам промывных вод влагалища и канала шейки матки. Техника этого исследования следующая: влагалище раскрывают широко с помощью зеркал и вливают в него 10 мл физиологического раствора хлористого натрия. Шпателем и желобоватым зондом тщательно соскабливают слизистую влагалища и канала шейки матки, затем переносят жидкость в стерильную пробирку для посева и прививки морским свинкам. Р. И. Малыгина производила это исследование в дни появления очаговой реакции после подкожного введения туберкулина или в дни менструации. У 16 больных таким образом были выявлены микобактерии.

Мы считаем подобный метод травматичным и, конечно, не могли применить его у нашей больной.

Итак, суммируем данные всех проведенных исследований. Данные анамнеза: повторный плеврит в детстве, по заключению диспансера — туберкулезного характера, контакт с туберкулезным больным, нарушение менструальной функции, первичное бесплодие, развитие острого заболевания после сильного переутомления.

Объективные данные: при рентгеновском обследовании легких обнаружены петрифицированные лимфатические узлы; реакция Манту положительная («пышная»); в гемограмме — незначительные изменения; при гинекологическом исследовании — большие конгломераты, образованные резко увеличенными с обеих сторон придатками.

Все эти данные позволяют прийти к заключению о туберкулезной этиологии заболевания половой системы у больной. Итак, наш диагноз: туберкулез матки и ее придатков. Диагноз туберкулеза матки мы обосновываем наличием нарушений менструальной функции.



Кроме того, надо учесть данные о длительности заболевания, бесплодии и большой частоте (свыше 50%) сочетанного поражения труб и матки.

Каков же механизм возникновения туберкулеза половой системы у больной? Туберкулез половых органов — вторичное поражение, которое возникает, как правило, гематогенным (реже лимфогенным) путем из первичного очага (чаще всего в легких). Данные анамнеза и обследования больной вполне подтверждают это положение. Обострение первичного «старого» очага в легких, бывшего долго неактивным, могло быть обусловлено переутомлением больной (она очень много работала за месяц до заболевания, готовясь к экзаменам).

Перейдем к вопросу о лечении больной. Какой режим рекомендовать больной? Состояние средней тяжести, лихорадочное течение заболевания и наличие значительных анатомических изменений придатков матки — все это побуждает нас назначить сейчас ей строгий постельный режим. Питание больной должно быть полноценным и включать повышение нормы белков (до 2 г на 1 кг веса больной), особенно животного происхождения (из 120 г белков — 70—90 г животных), жиров — 80—100 г, в том числе животных — 65—80 г, растительных 15—25 г, углеводов — 400—500 г. Калорийность пищи должна быть не менее 2000—3000 кал. В пищевом рационе должны быть минеральные соли (поваренной соли — 12 г, кальция — 2 г, фосфора — 4 г, железа — 30 мг, магния — 0,5 г). Очень существенно и введение витаминов (А — 2—3 мг, В<sub>1</sub> — по 25 мг, В<sub>2</sub> — по 4 мг; В<sub>6</sub> — 20 мг, РР — 30 мг, С — 200 мг, D — 0,025 мг), жидкости — до 1,5—2 л в день.

Важным компонентом лечения является химиотерапия. В острой стадии заболевания она должна включать (у больных, не подвергавшихся ранее химиотерапии, как больная X) три препарата: тубазид, стрептомицин и ПАСК (тубазид — по 0,2 три раза в день per os, ПАСК — по 2 г пять раз в день, с молоком). Стрептомицин лучше вводить в очаг, т. е. через боковые своды (предварительно отсосав экссудат из труб), по 0,5 г (500 000 ЕД) и по 0,5 г внутримышечно (ежедневно).

М. А. Турдакова сообщила о положительном опыте применения пневмоперитонеума в сочетании с химиопрепаратами (клиническое излечение наступило у 21 боль-

ной из 41, улучшение — у 16; положительный результат не достигнут у 4). Однако это сообщение является единственным в отечественной литературе. Мы также не располагаем собственным опытом по применению пневмоперитонеума при туберкулезе половых органов.

Итак, мы назначали больной 3 химиопрепарата: ПАСК, тубазид, стрептомицин. Больная переносила лечение удовлетворительно. Температура через 2 недели стала субфебрильной и держалась на этом уровне еще

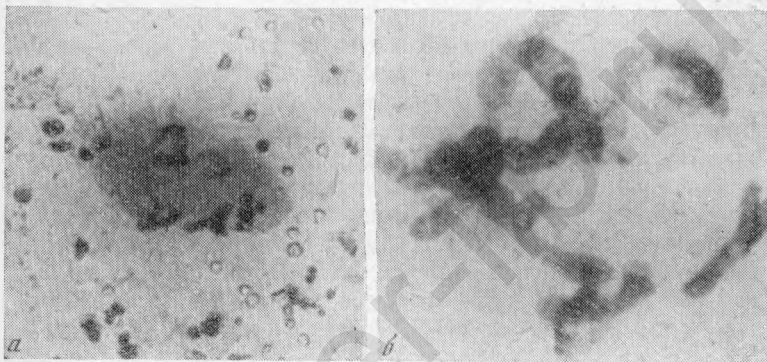


Рис. 25. Туберкулез матки (цитологические данные).

Эпителиоидные клетки: *а* — в сухой системе, *б* — в иммерсионной системе.  
По Н. А. Цагилян.

2 недели, а через месяц (с 21 октября) стала нормальной; гемограмма нормализовалась, РОЭ — 12 мм в час. Инъекции стрептомицина через своды с отсасыванием экссудата были сделаны 5 раз. Затем перешли только на внутримышечное введение (ежедневно по 1,0 г) стрептомицина.

При повторных влагалищных исследованиях больной (1 раз в неделю) мы констатировали уменьшение опухолевидных образований и их болезненности. Общее состояние больной также постепенно улучшалось. С 5 по 7 октября были менструации, несколько обильнее, чем обычно, неболезненные. С 10 октября, ввиду улучшения общего состояния и падения температуры, больной разрешено кратковременное вставание с постели.

23 октября было произведено отсасывание содержимого матки с помощью шприца Брауна (без фиксации

шейки матки пулевыми щипцами и расширения канала шейки матки). Полученный материал нанесен тонким слоем на предметное стекло, высушен на воздухе, фиксирован в течение 3 мин в метиловом спирте, а затем окрашен по Романовскому в течение 40 мин. При микроскопии обнаружены элементы туберкулезных бугорков: эпителиоидные и гигантские клетки (рис. 25, 26).

Таким образом, был объективно подтвержден диагноз туберкулеза эндометрия.

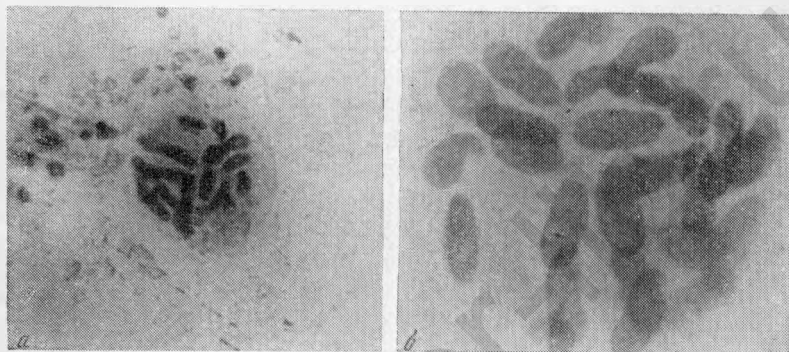


Рис. 26. Туберкулез матки (цитологическое исследование).

Гигантские клетки Лангганса с ядрами: а — в сухой системе, б — в иммерсионной системе. По Н. А. Цагикия.

За первый месяц лечения (с 28 сентября по 23 октября) больная получила: ПАСК — 300 г, тубазид — 18 г, стрептомицин — 30 г. Ввиду недостаточности этого курса и обнаружения туберкулеза эндометрия при цитологическом исследовании решено продолжить в тех же дозах химиотерапевтическое лечение еще в течение месяца (тубазид, ПАСК — per os, стрептомицин — внутримышечно). К концу 2-го месяца лечения (к 26 ноября 1962 г.) больная чувствовала себя удовлетворительно, болей в животе не отмечала. Опухолевидные образования придатков матки уменьшились до  $5 \times 4 \times 2$  см. С 7 до 9 ноября были менструации, неболезненные, в умеренном количестве.

25 ноября было произведено повторное цитологическое исследование матки — элементов туберкулезных бугорков не обнаружено. Всего за время лечения боль-

ная Х. получила: ПАСК — 600 г, тубазид — 36 г, стрептомицин — 60 г.

30 ноября больная выписана из клиники для дальнейшего амбулаторного наблюдения и лечения. Рекомендовано в течение 2 последующих месяцев лечение тубазидом и ПАСК в тех же дозах, стрептомицином — по 1 г через день в туберкулезном диспансере; при появлении аллергических реакций — увеличения количества эозинофилов (выше 15—20%), дерматита, повышения температуры, болей в суставах, головокружения, головных болей, болей в сердце — прервать лечение стрептомицином на несколько дней. Если после возобновления введения стрептомицина число эозинофилов вновь возрастет, то следует отменить этот препарат, не ожидая развития других токсико-аллергических реакций.

Нередко аллергические реакции на введение стрептомицина удаётся устранить назначением пантотената кальция (внутри по 400 мг 2 раза в день или лучше внутримышечно 2 раза в день по 2 мл 20% раствора), можно вместе с инъекциями стрептомицина.

Рекомендован также «режим тренировки» т. е. постепенный переход от осторожного упражнения к труду, прогулки от 15 мин до 1 ч и больше в день под контролем температуры, пульса; умеренные занятия. Если в течение ближайших 3—4 недель состояние будет оставаться удовлетворительным, то допустимо возвращение к труду, как и до болезни, при обязательном врачебном наблюдении. В марте — феврале, когда с наступлением весенних месяцев повышается опасность обострения, рекомендован противорецидивный курс лечения (в течение 2 месяцев) ПАСК и фтивазидом (метазидом, салюзидом). В осенний период рекомендовано снова повторить противорецидивный курс.

Последующее наблюдение показало, что больная не выполняла строго наших рекомендаций. В январе 1963 г. она заболела гриппом и, несмотря на это, продолжала много заниматься, ходить. В результате этого вновь наступило обострение туберкулеза придатков. Повторно лечилась в клинике в январе — феврале. С успехом повторен прежний курс лечения.

В дальнейшем, при наблюдении до конца 1963 г., нами установлено, что больная соблюдала режим, в

сентябре — октябре провела противорецидивный курс лечения и чувствует себя удовлетворительно. При гинекологическом исследовании в декабре 1963 г. установлено, что придатки матки лишь слегка увеличены, колбасовидной формы, с наибольшим диаметром 2—3 см. Больная продолжает находиться под нашим наблюдением, и в 1964 г. рецидивов болезни не было. Беременность не наступила.

Итак, мы довольно подробно разобрали историю болезни женщины, страдавшей туберкулезом внутренних половых органов. Мы убедились, как трудно поставить этот диагноз. Только комплексное обследование больной с вдумчивым анализом данных тщательно собранного анамнеза, динамики заболевания и использование ряда дополнительных специальных методов исследования (реакции с туберкулином, посевов, цитологического, гистологического и рентгеновского исследований) позволяют достаточно обосновать диагноз туберкулеза половых органов. У ряда больных мы, к сожалению, и в настоящее время не можем избежать диагностических ошибок. Это положение убедительно подтверждают данные ряда авторов о расхождении между клиническим и гистологическим диагнозами (при исследовании придатков, удаленных при операции).

Современное комплексное лечение туберкулеза половых органов женщин дает удовлетворительные результаты. Вместе с тем, необходимы повторные противорецидивные курсы терапии. Их необходимость обуславливается тем, что полная ликвидация туберкулезных очагов наблюдается редко. Обычно после химиотерапии (и комплекса противотуберкулезного лечения) остаются фиброзные изменения с вкрапленными инкапсулированными туберкулезными очажками; при этом весьма трудно определить их потенциальную активность. Нарушение режима больной (как это видно на примере данной больной) грозит повторным обострением заболевания. Профилактика рецидива достигается строгим соблюдением режима, проведением повторных курсов лечения.

Прогноз заболевания при тщательном лечении, соблюдении режима и противорецидивных курсах лечения удовлетворительный. Однако детородная функция восстанавливается крайне редко. В то же время при

безуспешности консервативного лечения и наличии значительных анатомических изменений и в настоящее время вполне целесообразно применение в отдельных случаях хирургического лечения.

## Лекция XXXI

### ТУБЕРКУЛЕЗ МАТКИ. АМЕНОРЕЯ (ПЕРВИЧНАЯ) (TUBERCULOSIS UTERI. AMENORRHOEA PRIMARIA)

Больная А., 23 лет, поступила в гинекологическую клинику 21 декабря 1962 г. с жалобами на отсутствие менструаций, головные боли, раздражительность, плаксивость.

**Анамнез.** Родители больной здоровы. Матери — 40 лет, отцу — 43 года. В семье трое детей; брат здоров, сестра больна туберкулезом легких. Живут все вместе. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Работает в колхозе.

В детстве, в возрасте 4 лет, болела пневмонией, после чего в течение года был субфебрилитет, чувство слабости. В последующие годы 3 раза болела пневмонией (по словам врачей — туберкулезной этиологии).

**Менструальная функция.** Менструаций никогда не было, но с 20 лет она ежемесячно в течение 2—3 дней испытывает ощущение нагрубания молочных желез, боли внизу живота и в пояснице.

**Половая жизнь** с 21 года. Не беременеет, не предохраняется. Мужу — 27 лет, здоров.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с 20 лет. В 1961 г. лечилась по поводу аменореи. Было сделано 15 инъекций фолликулина и 8 инъекций прогестерона. Однако менструации не наступили. Циклически возникающие болевые ощущения не уменьшились.

**Общее обследование.** Общее состояние удовлетворительное, питание пониженное. Видимые слизистые и кожа бледной окраски. Лимфатические подчелюстные и шейные узлы не увеличены, кожа над ними не изменена. Щитовидная железа не увеличена. Вес — 54 кг, рост — 163 см. Артериальное давление — 90/50 мм рт. ст., пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот при пальпации мягкий, неболезненный.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы развиты удовлетворительно. Оволосение на лобке по женскому типу. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище узкое, обычной глубины. Слизистая влагалища бледно-розового цвета. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется. Осмотр с помощью зеркал: шейка конической формы, наружный зев округлой формы. Выделения из канала шейки слизистые, прозрачные, в небольшом количестве. Симптом «зрачка» слабоположительный (+).

*Влагалищное исследование.* Матка в ретрофлексии, подвижна, плотна, несколько гипопластична. Придатки матки не пальпируются. Со стороны прямой кишки патологических изменений не определяется.

*Лабораторные исследования.* Анализ крови: Нб 13,9 г%, эр. 5 млн., цветной показатель 0,83, л. 6600, э. 1%, п. 5%, с. 53%, лимф. 32%, мон. 9%; РОЭ — 7 мм в час.

*Анализ мочи.* Количество — 200 мл. Моча мутная. Удельный вес — 1022. Реакция кислая. Цвет светло-желтый. Сахара и белка нет. Микроскопия осадка: лейкоциты — 3—4 в поле зрения. Оксалаты — немного.

*Анализ флоры влагалища* — I степень чистоты. Реакция влагалищного мазка 24/XII 62 г. — III.

*Рентгенография легких.* Несколько гоновских очагов в правом и левом легком. Рентгенография турецкого седла: седло овоидной формы, небольшое, с четкими контурами.

*Биохимические исследования:* сахар в крови — 96 мг%, холестерин — 126 мг%. Формоловая проба отрицательная. Сулемовая проба отрицательная (1,8 — норма 1,8—2).

Каков же диагноз?

Из анамнеза больной мы узнали, что в детстве и в школьном возрасте она повторно болела пневмонией. Врачи считали, что заболевание имело туберкулезную этиологию. Семейный анамнез также неблагоприятен, так как сестра больной, проживающая вместе с ней, и в настоящее время болеет туберкулезом легких. Каких-либо других заболеваний, кроме пневмонии, у больной не было. Данные биохимических исследований (исследование крови на содержание сахара, холестерина, формоловая и сулемовая пробы) позволяют исключить сахарный диабет и, с известной степенью вероятности, заболевание печени.

Оценивая приведенные данные, следует прежде всего подумать о возможности туберкулезной инфекции как в легких, так и в половой системе. Однако фтизиатры при повторном осмотре больной не находили у нее в последние годы туберкулеза легких. Мы также не получили при обследовании убедительных данных для диагноза туберкулезного процесса в легких. Данные гинекологического исследования говорят о гипоплазии матки и подвижной ее ретрофлексии. Однократное исследование признака «зрачка» и цитология влагалищного мазка не позволяют еще делать заключение о функциональном состоянии яичников. Эти реакции необходимо определить в динамике, в различные фазы предполагаемого цикла. Придатки матки не определяются.

Таким образом, гинекологическое исследование и бактериоскопия не дали нам достаточных данных для распознавания причины первичной аменореи. Для того чтобы получить более достоверные данные, необходимо произвести ряд дополнительных исследований: 1) поставить реакцию Пирке, 2) подвергнуть цитологическому исследованию аспирированное (с помощью шприца Брауна) содержимое матки, 3) сделать диагностическое выскабливание, если цитологическое исследование не дает определенных результатов, и наконец, 4) произвести метросальпингографию. Одновременно в дни пребывания в клинике следует произвести функциональные пробы (изучим повторно цитологию влагалищного мазка, симптом «зрачка», базальную температуру). Данные этих исследований помогут ответить на вопрос — имеются ли у больной А. циклические изменения в яичниках и каков их характер.

Реакция Пирке оказалась у больной слабopоложительной, что говорит о туберкулезной интоксикации, но не решает вопроса об активности и локализации процесса в настоящее время.

24 декабря была произведена аспирация содержимого матки и цитологическое его исследование. Этот способ предложен М. С. Ерминой и Н. А. Цагикян (1957) для диагностики туберкулезного эндометрита. Материал получают путем одномоментного насасывания с помощью шприца Брауна содержимого из разных участков полости матки (при наличии двухфазного цикла — лучше во вторую фазу). Материал наносится тонким слоем на предметное стекло, высушивается на воздухе, фиксируется в течение 3 мин в спирте, а затем красится по Романовскому (45—50 мин). При туберкулезном эндометрите в мазке под микроскопом обнаруживаются специфические элементы туберкулезной грануляционной ткани: эпителиоидные и гигантские клетки Ланганса. У больной это исследование дало отрицательные результаты.

При метросальпингографии оказалось, что трубы непроходимы в интрамуральной части, длина полости матки при зондировании — 3,5 см.

При выскабливании слизистой матки получен незначительный соскоб. Гистологически установлен туберкулезный эндометрит (рис. 27).



Таким образом, дополнительные методы исследования дали очень ценные результаты: было установлено туберкулезное поражение матки, непроходимость труб.

Итак, наш диагноз: туберкулезный эндометрит. Первичная аменорея (маточная форма).

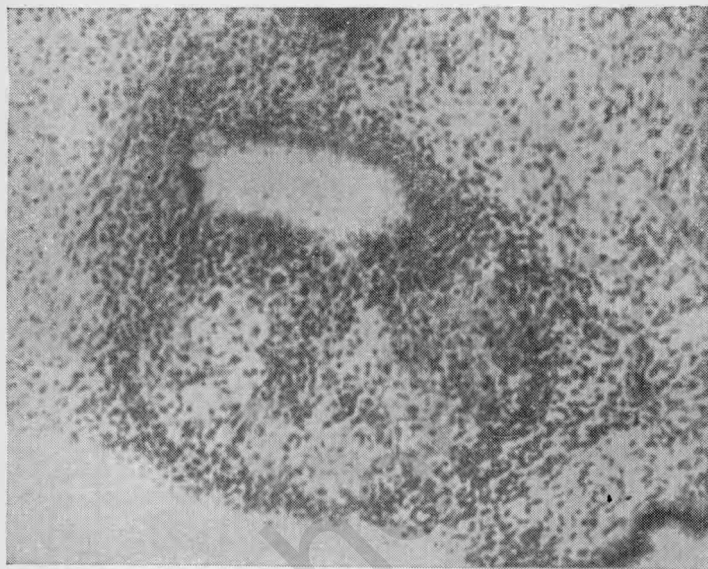


Рис. 27. Туберкулезный эндометрит. Эпителиоидный туберкулезный бугорок.

По М. С. Ерминой и В. И. Бычкову.

Какова же терапия?

Ввиду специфичности заболевания необходимо, конечно, провести противотуберкулезное лечение в сочетании с общеукрепляющим и полноценным питанием. Больной было назначено следующее лечение: 1) тубазид — по 0,2 г 3 раза в день, 2) стрептомицин 1 раз в день — по 0,5 г в толщу шейки матки по 0,5 г внутримышечно, 3) ПАСК по 2 г 5 раз в сутки. (Первый курс лечения в течение 2 месяцев). Одновременно мы назначили витамин В<sub>1</sub> (по 1 мл 5% раствора внутримышечно) и аскорбиновую кислоту — по 0,25 г 4 раза в день.

Эти лечебные мероприятия проводились со 2 января по 10 февраля 1963 г. В это же время изучались и функциональные пробы: симптом «зрачка», цитология влагалищного мазка, определение базальной температуры. При определении симптома «зрачка» через 2 дня на 3-й оказалось, что он колеблется от + до ++ (по М. Д. Моисеенко). Реакция влагалищного мазка была III и один раз — IV. Базальная температура оказалась монофазной. В течение 3 дней (с 1 по 3 февраля) больная испытывала чувство напряжения молочных желез, боли в животе и в пояснице. Однако кровянистых выделений из шейки матки не отмечалось ни разу. В конце января и в начале февраля (с недельным промежутком) была произведена аспирация содержимого из полости матки — элементов туберкулезной грануляционной ткани вновь не было обнаружено.

Каков же прогноз? В настоящий момент он является сомнительным, так как заболевание, очевидно, возникло уже ряд лет тому назад. Об этом говорят данные анамнеза о туберкулезе в детстве, гипоплазия матки и отсутствие *molimina menstrualia* до 20 лет. Таким образом, туберкулезная интоксикация обусловила, очевидно, не только гипоплазию матки, но и задержала становление циклических процессов в организме. Вместе с тем, данные М. С. Ерминой и опыт нашей клиники говорят о возможности излечения туберкулеза половых органов и появления менструаций или менструально-подобных кровотечений.

12 февраля больная была выписана домой. Мы рекомендовали ей продолжить лечение амбулаторно еще в течение 60 дней ПАСКом (по 2 г 5 раз в день) и фтивазидом (по 0,3 г 3 раза в день). Затем больную надо вновь госпитализировать для повторного курса лечения стерптомицином (внутримышечными инъекциями и в шейку матки) и ПАСКом или фтивазидом (метазидом).

Резюмируя, мы должны вновь обратить внимание на необходимость повседневной санитарно-просветительной работы среди женщин с целью ознакомления их с особенностями полового созревания девушек и разъяснения необходимости обращения к врачу при задержке полового созревания и менструаций у девушки после 15—16 лет.

Разбор данной истории болезни убедительно подтвердил большую ценность таких методов исследования, как диагностическое выскабливание и метросальпингография при распознавании причин аменореи. При туберкулезе половых органов, безусловно, показано комбинированное лечение, которое во многих случаях дает положительные результаты.

## Лекция XXXII

### ТУБЕРКУЛЕЗ ШЕЙКИ МАТКИ (TUBERCULOSIS COLLI UTERI)

Больная З., 31 года, служащая, поступила в гинекологическую клинику 2 апреля 1963 г. по поводу подозрения на рак шейки матки. Жалуется на сукровичные бели и кровянистые выделения из влагалища при половом сношении.

**Анамнез.** В детстве росла в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Болела корью, коклюшем, в 13-летнем возрасте экссудативным левосторонним плевритом. При обследовании и наблюдении в туберкулезном диспансере туберкулез легких не был установлен. В 14 лет снята с учета в туберкулезном диспансере. Родители (отец — 56 лет, мать — 52 лет) здоровы. Больных туберкулезом в семье нет.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 16 лет, приходят через 30—35 дней, по 1—2 дня, скудные, неболезненные. Последняя менструация была 3 недели тому назад.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 26 лет, в первом браке. Первичное бесплодие. Мужу — 32 года, по словам больной, здоров. В отношении генеративной функции он не обследован.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной со времени замужества, т. е. в течение 5 лет. Через 1 месяц после начала половой жизни обратилась в женскую консультацию по поводу белей. При осмотре врача была обнаружена язва на шейке матки. Проводилось лечение тампонами с рыбьим жиром. После трех недель лечения больная отметила уменьшение белей и прекратила лечение. Чувствовала себя удовлетворительно до декабря 1962 г., когда вновь усилились бели, они приняли сукровичный характер. При осмотре у больной была обнаружена эрозия шейки матки. Проводилось лечение тампонами, но через 2 недели больная прекратила его. В марте 1963 г. выделение белей усилилось, и они вновь приобрели сукровичный характер. После полового сношения стали появляться кровянистые выделения. Больная обратилась в женскую консультацию, и была направлена в клинику с подозрением на рак шейки матки.

**Общее обследование.** Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Больная очень беспокойна, боится рака. Кожные покровы обычной окраски. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена. Температура — 36,8°. Пульс — 76 ударов в минуту. Артериальное давление — 125/70 мм рт. ст. При обследовании сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено (физикальное и рентгенологическое исследование). Печень и селезенка не пальпируются. Передняя брюшная стенка упруга, пальпация ее неболезненна. Подчелюстные и паховые лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы конусовидной формы, развиты недостаточно. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы несколько гипопластичны. Вход во влагалище узкий. Из влагалища — сукровичные выделения с примесью гноя, с небольшим запахом. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не обнаружено.

Осмотр с помощью зеркал: влагалище узкое, слизистая его гиперемирована. На передней и отчасти на задней губе влагалищной части шейки матки — язва размером 3×3,5 см, легко кровоточащая, с неровной зернистой поверхностью. Края язвы неровные, подрытые.

**Влагалищное исследование.** Шейка матки с неровной поверхностью, мягковатой консистенции. Матка в антефлексии, небольшой величины по сравнению с шейкой, подвижная. Придатки матки слева и справа в спайках, чувствительны, слегка утолщены. При клиническом исследовании крови и мочи патологических изменений не обнаружено. В мазках, взятых с поверхности шейки матки, много лейкоцитов, стрепто- и стафилококков. Бациллы Дюкрея не обнаружены.

Каков же диагноз?

Указание на позднее начало менструаций (в 16 лет), скудный их характер, наличие гипоплазии молочных желез, наружных половых органов, узости влагалища и небольшой матки позволяют говорить об общем и половом инфантилизме. Какого же характера изменения на шейке матки и в области придатков?

Больная направлена в клинику с диагнозом рака шейки матки и, естественно, крайне взволнована этим. Однако достаточно ли у нас данных, чтобы подтвердить этот диагноз, не может ли язва на шейке матки возникнуть и при других заболеваниях? Да, это вполне возможно. Поэтому раньше чем заняться вопросами дифференциальной диагностики, побеседуем с больной, с целью успокоить ее и, если не снять полностью, то хотя бы уменьшить у нее чувство страха. Разъясним ей, что предположение о возможности рака мы пока подтвердить не можем, но что рак шейки матки у молодых

женщин встречается редко и что в клинике будут проведены дополнительные исследования, которые позволят в ближайшие же дни уточнить диагноз.

Возвращаясь к дифференциальному диагнозу, напомним, что язва шейки матки может образоваться при следующих заболеваниях: 1) сифилисе (первичный шанкр), 2) мягком шанкре, 3) трофических расстройств — истинная эрозия, 4) остром воспалительном процессе после травмы шейки (при искусственном аборте, после родов) 5) раке и, наконец, 6) туберкулезе.

Первичный сифилитический аффект на шейке матки — твердый шанкр — наблюдается и распознается крайне редко. Это объясняется прежде всего тем, что больные обычно в этом периоде болезни не обращаются к врачам, так как шанкр не болезнен и может обусловить лишь появление белей. Когда же больная обратится к врачу во вторичном периоде болезни, то первичный аффект на шейке матки к этому времени обычно уже регрессирует. Если же больная обратится к врачу раньше, когда шанкр еще не исчез, то при осмотре это поражение отличается следующими характерными свойствами: язва покрыта сальным сероватым налетом, края ее ровные, не подрытые, поверхность при пальпации плотная, чаще она располагается по отношению к маточному зеву эксцентрично. Реакция Вассермана в этом периоде болезни может быть отрицательной. Язва на шейке матки, обнаруженная у больной, не имеет указанных особенностей и поэтому диагноз сифилиса мало обоснован.

Язвы при мягком шанкре часто множественны, с подрытыми краями, легко кровоточат, с дифтеритическим налетом, окружены ярко-красным воспалительным венчиком. При бактериоскопическом исследовании отделяемого обнаруживается грамотрицательная *streptobacillus Dysgey*. Однако при бактериоскопии секрета из шейки матки у больной мы не обнаружили этой стрептобациллы.

Против венерического характера язвы говорят также (конечно, не абсолютно) данные анамнеза (дополнительного, после осмотра больной) об отсутствии случайных половых связей и крайняя редкость в настоящее время заболевания мягким шанкром.

Язва шейки матки, обнаруженная у больной, может быть истинной эрозией. Однако она отличается от эрозии неровной поверхностью и подрытыми краями. Кроме того, данные анамнеза говорят против диагноза истинной эрозии. Так, по рассказу больной, язва на шейке матки была впервые обнаружена у нее уже 5 лет тому назад, тогда как при длительном существовании эрозии обычно возникает и гипертрофия шейки матки и закупорка желез (наботовы яички). Подобных изменений на шейке матки мы не обнаружили.

Против диагноза рака шейки матки, с которым поступила больная, говорят молодой возраст больной и очень длительное существование язвы на шейке матки (уже 5 лет) без каких-либо других симптомов, говорящих за раковое поражение шейки. Однако эти данные имеют лишь относительное значение, так как рак матки наблюдается изредка и у молодых женщин. Диагноз язвы шейки, установленный у больной 5 лет тому назад, мог быть неточным, так как истинную эрозию иногда врачи также называют язвой. Для дифференциации рака и туберкулеза можно было бы применять пробу Шиллера (смазывание поверхности язвы люголевским раствором) или пробу Хробака (погружение головки пуговчатого зонда в поверхность язвы). Однако обе эти пробы имеют лишь не большое диагностическое значение. Первая позволяет более точно «прицельно» произвести биопсию, вторая — не может быть рекомендована, так как она, безусловно, травматична и противоречит требованию асептики.

Цитологическое и кольпоскопическое исследования не могут, конечно, по своей достоверности конкурировать с гистологической диагностикой.

Таким образом, одно клиническое обследование больной, без гистологических данных, не позволяет нам поставить окончательный диагноз и прежде всего дифференцировать рак шейки матки от туберкулеза ее. В связи с этим 9 апреля 1963 г. больной была произведена биопсия из язвы шейки матки. 8 апреля получены данные гистологического исследования: туберкулез шейки матки.

Как часто и каким путем может возникнуть подобное туберкулезное поражение?

По данным литературы, подобная локализация туберкулезного поражения половой системы встречается весьма редко, она составляет около 4% всех заболеваний туберкулезом половой системы женщин. Заболевание возникает обычно путем лимфогенного распространения туберкулезного процесса из труб и матки. Исходя из этого, следует считать, что изменения придатков матки, которые мы обнаружили при обследовании больной, очевидно, имеют также туберкулезную этиологию.

Итак, в результате комплексного обследования больной мы можем поставить следующий диагноз: туберкулез шейки матки, туберкулез матки и придатков ее.

Диагноз туберкулеза матки и придатков мы ставим лишь предположительно, учитывая указанный выше механизм возникновения туберкулеза шейки матки.

Получив данные гистологического исследования, мы рассказали больной о характере ее заболевания, возможности эффективного лечения и постарались снять у нее страх перед мыслью о возможности ракового поражения.

Мы назначили больной следующую терапию: прием ПАСКа (натриевая соль парааминосалициловой кислоты — по 2 г 5 раз в день), тубазида, местное (в шейку) и внутримышечное введение стрептомицина. ПАСК мы рекомендовали принимать через час после еды, запивая молоком. Стрептомицин (разведенный в 2 мл 0,25% раствора новокаина) вводили (путем обкалывания) ежедневно по 0,5 (500 000 ЕД) в шейку, рядом с язвой и внутримышечно — также по 0,5, тубазид — по 0,23 раза в день.

Больная провела лечение в течение 40 дней, получив на курс 40 г стрептомицина, 480 г ПАСКа и 24,0 тубазида. Самочувствие ее оставалось во время лечения удовлетворительным, не отмечалось никаких явлений интоксикации ПАСКом (тошнота, диспептические явления) или стрептомицином (головокружение, головные боли).

В результате лечения были достигнуты вполне удовлетворительные результаты: язва на шейке матки полностью исчезла (рис. 28, 29), прекратилось выделение белей. При гинекологическом исследовании в области придатков были обнаружены спайки; трубы, яичники отдельно не контурировались. 30 мая 1963 г. больная в

удовлетворительном состоянии была выписана с рекомендацией в летнее время жить вне города, в средней полосе Союза и усиленно питаться, проводить большую часть времени на свежем воздухе. Кроме того, рекомендовано продолжить еще в течение 20 дней, т. е. до 2 месяцев, то же лечение (в туберкулезном диспансере), стрептомицин вводить по 1 г через день. Длительность лечения — до 6 месяцев.

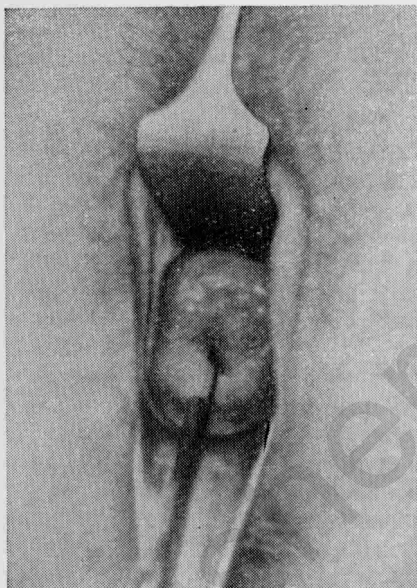


Рис. 28. Туберкулезная язва шейки матки (до лечения).

При осмотре больной 30 августа 1963 г. было установлено следующее: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет, канцерофобии нет. Менструации приходят через 30—35 дней, скудные, неболезненные. При гинекологическом исследовании патологических изменений, кроме незначительных спаек в области придатков матки, не обнаружено.

Получив эти благоприятные данные, мы все же не должны забывать о возможности рецидива заболевания, в особенности в осенний и весенний периоды, при обстоятельствах, понижающих иммунитет к туберкулезу (аборт, грипп, перегрузка в работе).

В связи с этим мы рекомендовали избегать переохлаждения, перегревания, переутомления, контакта с гриппозными больными. Нами назначен был также противорецидивный курс лечения в осенние месяцы (октябрь, ноябрь): фтивазид по 0,5 3 раза в день, ПАСК — по 2,0 5 раз в день, повторный осмотр — через 2 месяца, в конце октября.

Итак, мы рассмотрели историю болезни женщины, страдавшей туберкулезом шейки матки. Диагноз подоб-



ного заболевания представляется весьма затруднительным, и только биопсия и гистологическое исследование позволили провести дифференциальную диагностику между раком и туберкулезом шейки матки. Необходимо еще раз подчеркнуть, как важно избегать поспешности в диагностике и не злоупотреблять диагнозом рака. Вспомним, как тяжело была травмирована эта молодая женщина, когда ей первоначально был поставлен диагноз рака шейки матки.

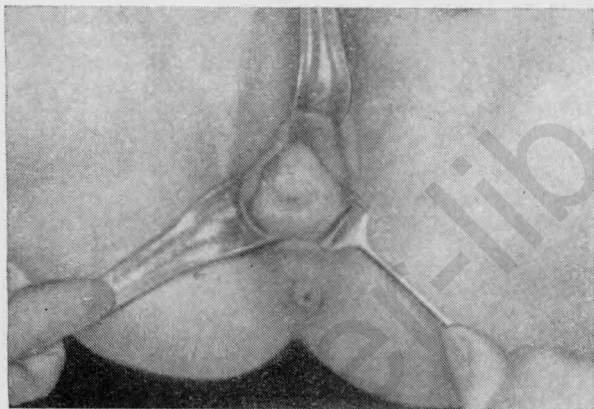


Рис. 29. Шейка матки (после лечения).

По М. С. Ерминой.

Комбинированное лечение тубазидом, ПАСКом и стрептомицином дало, как мы убедились, хорошие результаты. Конечно, необходимо всегда помнить, что туберкулезное поражение может (при каком-либо интеркуррентном общем заболевании, переутомлении, переохлаждении и т. п.) рецидивировать. Поэтому мы сочли необходимым рекомендовать больной правильный режим, избегать переутомления, полноценное и регулярное питание и систематическое наблюдение врача. Все эти мероприятия имеют также и определенное профилактическое значение для предотвращения рецидивов заболевания. Что касается бесплодия, то ввиду давности заболевания и отсутствия своевременного специфического лечения прогноз следует считать сомнительным.

## Лекция XXXIII

### НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ. ПОДВИЖНАЯ РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ (RETROFLEXIO UTERI MOBILIS)

Больная А., 24 лет, по профессии бухгалтер, консультирована нами 5 января 1960 г. по поводу тянущих болей в пояснице и белей.

**Анамнез.** Отец был здоров, погиб на фронте в 1943 г., мать, сестра и брат здоровы. Наследственных заболеваний в семье нет. В детстве перенесла корь и ветряную оспу, без осложнений. С ранних лет тяжело работала, помогая матери в хозяйстве, так как материальное положение семьи было очень тяжелым.

**Менструальная функция.** Менструации начались в 16 лет, установились не сразу (через 8 месяцев). Менструации приходят через 4 недели по 3—4 дня, необильные, безболезненные. Последняя менструация была с 28 по 30 декабря 1959 г.

**Половая функция.** Половая жизнь с 22 лет, не беременела, супруги предохраняются от беременности (муж применяет презервативы). После начала половой жизни ни белей, ни нарушений мочеиспускания не отмечала. Мужу — 28 лет, здоров.

**Развитие заболевания.** В течение последнего года стала отмечать тупые боли в пояснице, а в последние 4 месяца — слизистые бели из влагалища, которые оставляли крахмальные пятна на белье. Больная не придавала значения этим симптомам, но несколько дней тому назад при профилактическом осмотре гинеколога на производстве у нее был диагностирован загиб матки кзади. Этот диагноз крайне взволновал больную и она настойчиво просила направить ее на консультацию.

**Общее обследование.** Больная очень волнуется, с тревогой ждет заключения о состоянии своего здоровья. Она среднего роста (158 см), умеренного питания (вес — 56 кг). Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Пульс — 78—80 ударов в минуту, температура — 36,8°. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. При обследовании сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Со стороны органов брюшной полости отклонений от нормы не установлено. Отмечается склонность к запорам, дефекация через 2—3 дня.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы конусовидной формы, соски выпуклые. Волосистость на наружных половых органах по женскому типу. Наружные половые органы без особенностей. Со стороны уретры, больших вестибулярных желез и окрестности заднепроходного отверстия патологических изменений не обнаружено.

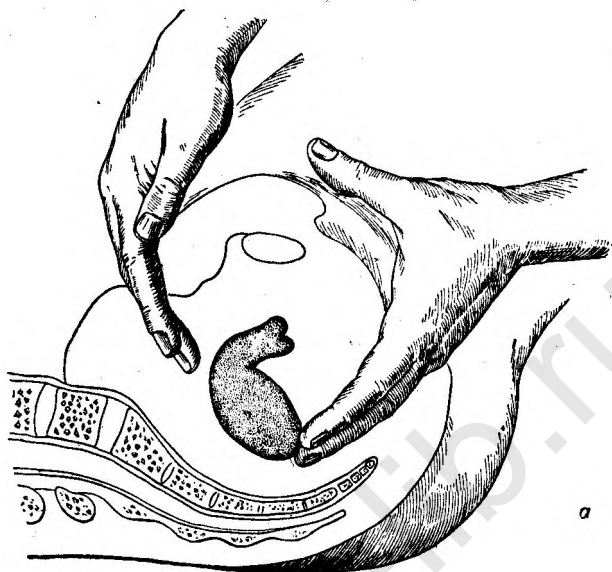
Осмотр с помощью влагалищных зеркал: влагалище обычной глубины. Слизистая влагалищной стенки розовой окраски, влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы; из наружного маточного зева довольно обильные слизистые выделения. Взяты мазки для бактериологического исследования из уретры и канала шейки матки.

*Влагалищное исследование.* Своды влагалища выражены хорошо. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, зев округлой формы. Через передний свод тело матки не контурируется, через задний свод определяется грушевидной формы образование, образующее с шейкой угол меньше  $90^\circ$ , открытый кзади, указанное образование по размерам напоминает нормальную матку, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, неболезненное. Через боковые своды придатки матки не контурируются.

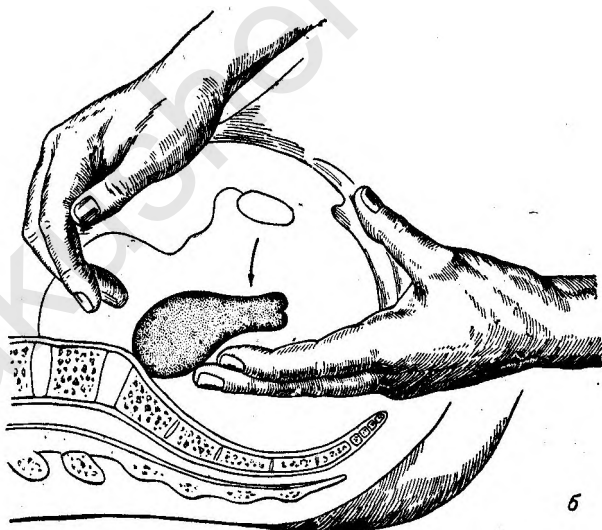
Итак, данные влагалищного исследования говорят в пользу диагноза врача-гинеколога медсанчасти — ретрофлексия матки. Ввиду податливости брюшных стенок и отсутствия болезненности при пальпации хорошо контурируется грушевидное тело, образующее с шейкой угол, открытый кзади. Это позволяет на основании клинических данных исключить такие заболевания, как субсерозная миома матки, гидросальпинкс, киста яичника, не производя ни зондирования матки, ни прямокишечного исследования. При миоме матки у значительного числа (в 40—50%) больных наблюдаются обильные менструации (гипер- и полименорея), консистенция опухоли, как правило, очень плотная, узлы опухоли часто множественны. Наконец, миома матки в значительном большинстве случаев наблюдается у женщин в возрасте свыше 30 лет. Ни одного из указанных признаков у больной нет. Гидросальпинкс — мешотчатое опухолевидное образование, возникающее вследствие воспалительного процесса и закрытия маточного и абдоминального отверстий труб. Обычно воспаление труб бывает двусторонним, форма гидросальпинкса не грушевидная, а вытянутоовальная или ретортообразная, консистенция эластическая. Ни в анамнезе, ни при объективном исследовании больной нет указаний на воспаление внутренних половых органов. Киста яичника эластической консистенции, большей частью подвижна, округлой формы, лежит (при небольших размерах) экстремедиально. Признаков этого заболевания у больной также нет.

Итак, наш диагноз — ретрофлексия матки. Проверим теперь подвижна ли матка? Для этого необходимо прежде всего, чтобы больная опорожнила мочевой пузырь.

Два пальца одной руки вводят во влагалище и производят давление на переднюю поверхность влагалищной части шейки матки, смещая ее кзади, к крестцу (рис. 30) одновременно концами пальцев наружной руки через переднюю брюшную стенку доходят до задней

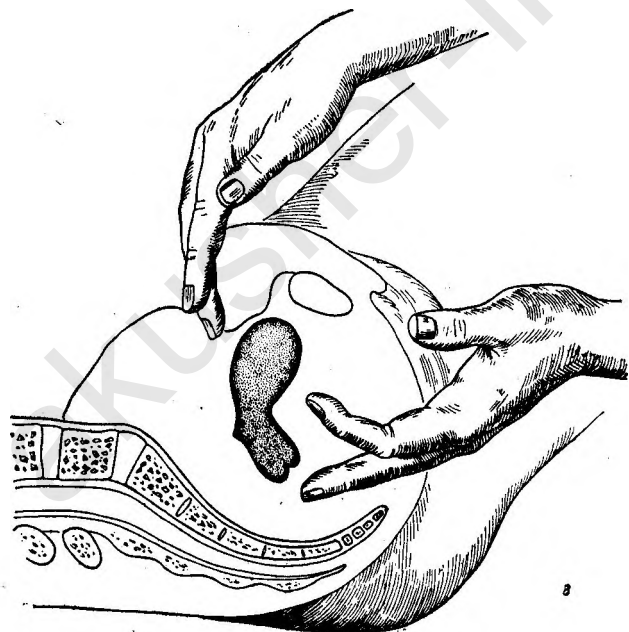


*a*



*b*

Рис. 30. Выведение подвижной ретрофлексированной  
*a* — первый прием; *b* — второй прием;



ной матки комбинированным ручным способом.  
3 — третий прием; 4 — четвертый прием.

поверхности дна матки. После этого комбинированным давлением кзади на шейку матки и влечением с помощью пальцев наружной руки тело матки переводится кпереди. Описанный прием нам удался, хотя больная испытывала при этом незначительные болезненные ощущения. После перевода матки кпереди еще более четко определилась грушевидная форма матки, обычных размеров, с гладкой поверхностью.



Рис. 31. Взаимоотношение продольных осей тела и шейки матки и влагалища при антефлексии матки.

Итак, дополним наш диагноз — у больной подвижная ретрофлексия матки.

Разберем теперь, является ли ретрофлексия матки патологией и как она возникает. Предварительно рассмотрим вопрос, как определяется нормальное положение матки взрослой женщины в гинекологии?

Нормальным принято считать, такое положение матки, при котором она располагается близко к проводной оси таза, причем тело и шейка матки образуют между собой угол от 70 до 100°, открытый кпереди (антефлексия матки — рис. 31). Горизонтальная плоскость, проведенная через верхний полюс матки, проходит на уровне IV крестцового позвонка, горизонтальная плоскость, проведенная через нижний полюс шейки матки, проходит через седалищные ости — так называемую интерспинальную плоскость.

Указанное определение нормального положения матки является схематичным и не отражает ни состояния нормальной подвижности матки, ни типологических особенностей топографии внутренних органов человека.

Положение внутренних половых органов женщины (в том числе и матки) характеризуется подвижностью и отнюдь не стабильно. Так, изменение положения тела, наполнение соседних органов (мочевого пузыря, прямой

кишки), физическое напряжение — все это ведет к изменению положения матки.

При переходе женщин из вертикального положения тела в горизонтальное (на спине) органы малого таза несколько смещаются кзади, дно матки и верхушка мочевого пузыря слегка поднимаются кверху, при коленно-локтевом положении тело матки смещается кверху и кпереди. При переполненном мочевом пузыре матка смещается кзади к крестцу, при переполнении промежностной части прямой кишки матка поднимается кверху и смещается кпереди. При одновременном переполнении мочевого пузыря и прямой кишки происходит смещение матки кверху (*elevatio uteri*).

При поднятии небольших тяжестей (до 25 кг) происходит незначительное смещение внутренних половых органов (прежде всего матки и стенок влагалища) книзу. После прекращения нагрузки временно сместившиеся органы вновь возвращаются в исходное положение. При более значительном, особенно повторном физическом напряжении, может возникнуть значительное смещение мочеполовых органов (опущение, выпадение). Этому способствует ослабление поддерживающего аппарата внутренних половых органов (мышц, фасций, клетчаточных уплотнений в форме *retinaculum uteri*, по Martin).

Мы не останавливаемся здесь на возрастных изменениях тазовых органов, так как это не относится к теме лекции.

Большое значение для правильного определения нормального положения тазовых органов (и в том числе матки) имеют исследования В. Н. Щевкуненко и его учеников по типовой анатомии человека. Согласно этим исследованиям наблюдается 3 варианта нормального положения органов малого таза: 1) симфизопетальный, 2) срединный тип и 3) сакропетальный. При первом варианте матка расположена в антепозиции, т. е. вся смещена кпереди, к симфизу, при втором — матка расположена близко к проводной оси таза (как обычно и определяется в гинекологии нормальное положение матки), при третьем варианте матка смещена вся к крестцовой кости, т. е. находится в ретропозиции.

Таким образом, однотипного нормального положения матки нет, а могут быть 3 его варианта. При этом

антепозиция матки часто сочетается с антеверзией (антефлексией) матки, а ретропозиция — с ретроверзией — ретрофлексией матки. Таким образом, при определении нормального положения матки используется еще один термин—верзия матки (*versio uteri*). Этим термином оп-

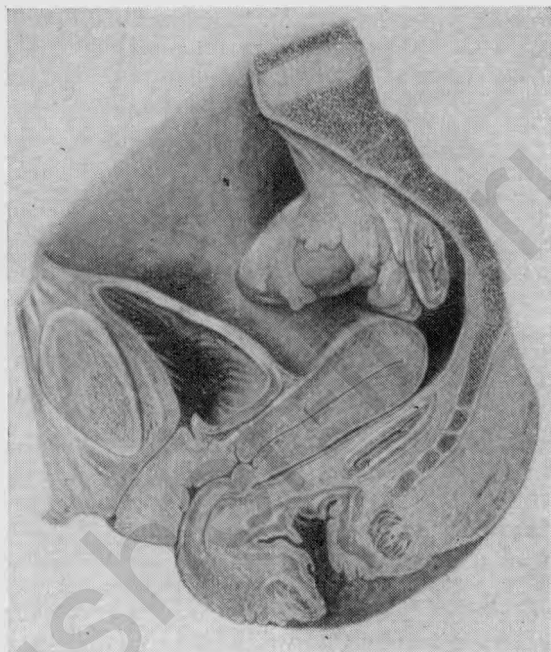


Рис. 32. Ретроверзия матки.

ределяют такое положение матки, при котором продольные оси тела и шейки матки не образуют угла между собой и лежат в одной плоскости. Если дно матки обращено при этом кпереди, то такое положение матки называют антеверзией, если дно матки обращено кзади (к крестцу), то такое положение называют ретроверзией (рис. 32). Когда же образуется у женщины антефлексия или ретрофлексия матки? Антеверзия матки определяется уже в эмбриональном периоде, в дальнейшем возникает и антефлексия; антеверзия (без антефлексии) у взрослых женщин наблюдается редко.



Происхождение ретрофлексии более сложно. Так, С. М. Гутнер произвел вскрытие 150 трупов новорожденных и ни разу не обнаружил ретрофлексии матки. Развитию ретрофлексии способствуют следующие моменты: а) ретропозиция матки, б) ранний тяжелый физический труд в период полового созревания, в) нарушение развития детского организма, влекущее за собой и нарушение тонуса матки.

Возвращаясь теперь к поставленному нами ранее вопросу о времени возникновения ретрофлексии у больной, мы можем сказать, что, очевидно, это произошло в раннем ее детстве; данные анамнеза указывают, что она очень рано начала тяжелую работу, о некотором нарушении развития ее организма говорит позднее начало менструаций — в 16 лет. Между тем, по материалам, собранным нашим сотрудником Ю. Ф. Борисовой (1000 наблюдений), менструации у девушек, живущих в средней полосе Европейской части СССР, начинаются в среднем в возрасте 12 лет 9 месяцев.

Наконец, попытаемся ответить на самый важный вопрос — является ли ретрофлексия патологией или физиологическим состоянием? Мы уже указали, что нормальное положение матки весьма вариабельно. Вместе с тем многие авторы, начиная с Schultze (1881), в течение ряда лет считали, что ретрофлексия матки — это патология. Ряд болезненных симптомов у женщин — боли в пояснице, бели, нарушение менструаций они объясняли наличием подвижной ретрофлексии матки. Однако последующие исследования не подтвердили этого взгляда. Так, Jaschke обследовал 2000 женщин, в том числе 1000 с антефлексией матки и 1000 с подвижной ретрофлексией; в обеих группах частота нарушений менструаций была одинаковой. В обстоятельной монографии о подвижной ретрофлексии матки Д. А. Гудим-Левкович также пришел к выводу, что подвижная ретрофлексия далеко не всегда сопровождается болезненными симптомами. Наш личный многолетний опыт также подтверждает это. Кроме того, надо учитывать, что болезненные симптомы (бели, боли, нарушения менструаций) могут быть и экстрагенитального генеза.

Возвращаясь к разбору болезненных симптомов у больной, отметим, что до 1959 г. она не замечала ни болей в пояснице, ни белей, несмотря на то, что

ретрофлексия матки возникла у нее, как мы указали выше, очевидно, в периоде полового созревания. Причины болей в пояснице крайне разнообразны. Так, например, боли в поясничной области у женщин могут зависеть и не от ретрофлексии. Они бывают: 1) при энтероптозе, 2) опущении и заболевании почек, 3) заболеваниях костей и суставов поясничной части позвоночника, 4) миалгии, 5) невралгии, 6) перегрузке мышц (вредность профессии, беременность во второй ее половине), 7) гинекологических воспалительных заболеваниях, 8) ненормальностях половой жизни, прерванное половое сношение — *coitus interruptus*, 9) застойных явлениях в малом тазу вследствие хронических запоров.

Для того чтобы уточнить происхождение поясничных болей и белей у больной, мы произвели анализ мочи, крови, рентгенографию поясничной части позвоночника.

**Данные лабораторных исследований.** Анализ крови: эр. 4 500 000, Нб 14 г%, цветной показатель 0,9, л. 7500, н. 60%, э. 4%, лимф. 35%, мон. 1%; РОЭ — 12 мм в час.

**Анализ мочи.** Количество — 150 мл. Цвет соломенно-желтый. Удельный вес — 1020. Реакция кислая. Белка и сахара нет. В осадке единичные клетки плоского эпителия.

**Мазок из уретры.** Лейкоциты — 1—2 в поле зрения. Кокки — единичные. Гонококки — нет.

**Мазок из шейки матки.** Лейкоциты — 2—3 в поле зрения. Влагилищные палочки-единичные кокки.

**Мазок из заднего влагалищного свода:** небольшое число кокков. Клетки плоского эпителия единичные. Влагилищных трихомонад не найдено.

При обследовании больной мы не обнаружили ни астенической конституции, ни энтероптоза, ни нарушенный костного скелета (рентгенография), ни воспалительных гинекологических заболеваний, ни миалгии, ни невралгии. Исследование мочи не дает никаких указаний на патологию.

Два момента из анамнеза больной должен привлечь наше внимание: сидячий образ работы (бухгалтер) и систематические запоры, к тому же из дополнительного расспроса мы установили, что она не участвует в производственной гимнастике на работе. Эти две причины и могли обусловить застойные явления в малом тазу и брюшной полости и вызвать появление поясничных болей. Ретрофлексия же матки в подобных условиях является добавочным, отягощающим моментом.

Причины второго болезненного симптома — белей также многообразны: нарушения гигиены женщины, общие заболевания (анемия, туберкулез), профессиональные вредности, инфекция (гонорея, трихомоноз), ненормальности половой жизни (прерванное половое сношение — *coitus interruptus*), застойные явления в малом тазу.

Мы уже довольно детально познакомились с анамнезом и данными общего и специального обследования больной. Эти данные позволяют нам исключить все указанные выше причины белей, кроме застойных явлений в малом тазу и в брюшной полости, ретрофлексия матки может поддерживать это болезненное состояние. Итак, мы установили основные и сопутствующие причины болезненных явлений у больной.

Теперь необходимо рассмотреть план лечения и побеседовать с больной с целью успокоить ее и разъяснить полную возможность избавления ее от болезненных симптомов.

В чем же будет заключаться лечение? Оно должно состоять из 1) беседы врача с целью снятия чувства страха и внушения больной уверенности в выздоровлении, 2) регуляции функции желудочно-кишечного тракта, 3) производственной гимнастики на работе, 4) физической культуры.

С целью регуляции функции желудочно-кишечного тракта порекомендуем больной систематические прогулки, обязательное участие в производственной гимнастике на предприятии, употребление в пищу однодневного кефира (по утрам 250,0, чередуя его с черносливом), яблок, слив, гречневой каши. Необходимо выработать привычку к ежедневной дефекации в определенное время. При отсутствии регулярного опорожнения кишечника от вышеуказанных средств — пить натощак 0,25—0,5 стакана воды арзни или баталинской.

Для перевода матки из положения *retroflexio* в *anterflexio* можно применить пессарий или же назначить лечебную физическую культуру. Применение маточного пессария считать целесообразным нельзя, так как он лишь механически удерживает матку, после удаления его матка вновь запрокинется. Кроме того, длительное ношение пессария может приводить к ряду осложнений. Лечебная физическая культура укрепляет мускулатуру,

повышает тонус организма и, несомненно, более рациональна, чем применение пессария.

Порекомендуем же больной следующий комплекс лечебной физической культуры с целью перевода матки из ретрофлексии в антефлексию.

Вводный раздел включает следующие упражнения:

1. Стоя, руки перед грудью. Развести локти в стороны, подняться на носки — вдох. Вернуться в исходное положение (рис. 33, а).

2. Стоя, ноги врозь. Наклониться вперед, стараясь коснуться руками пола (не сгибая коленей) — выдох. Вернуться в исходное положение — вдох (рис. 33, б).

3. Стоя, ноги врозь, руки за голову. Круговые движения корпусом вправо (рис. 33, в).

Основной раздел включает следующие упражнения в упоре на коленях и кистях рук:

1. Поднимание вверх правой, затем левой ноги (рис. 33, г).

2. Прогибая позвоночник, сделать спину круглой, сесть на пятки и снова принять исходное положение (рис. 33, д).

3. Опуститься на колени и локти. Ползание вперед и назад 15—20 сек (рис. 33, е).

4. Выпрямляя ноги в коленях и переходя в упор на носки, резко поднять таз (рис. 33, ж).

5. Лежа на животе, одновременное поднимание вверх выпрямленных рук, груди, ног (рис. 33, з).

6. Лежа на животе, опираясь на локти и носки, поднимание таза, не сгибая ног в коленях (рис. 33, и).

Заключительная часть физической культуры — дыхательные упражнения, медленная ходьба.

Каждое упражнение специальной части повторяется 2—4—6 раз, после усвоения упражнений — до 8—10 раз. Занятия проводятся в обычном спортивном или купальном костюме, на ноги надевают мягкие тапочки. Занятия проводятся утром или вечером, не раньше чем через час после приема пищи, не рекомендуется проводить занятия натощак или перед самой едой. Продолжительность занятия — от 10 до 30 мин.

Обучение этой физкультуре мы поручим методисту физической культуры в женской консультации.

Больная выполняла систематически весь комплекс назначений. При осмотре через 2 месяца было установлено, что самочувствие больной вполне удовлетворительное, она спокойна, жалоб не предъявляет. При гинекологическом исследовании установлено, что матка в антефлексии.

Профилактика ретрофлексии матки заключается прежде всего в выполнении основных принципов гигиены девочки: регулярное пребывание на свежем воздухе, рациональное питание с включением витаминов,

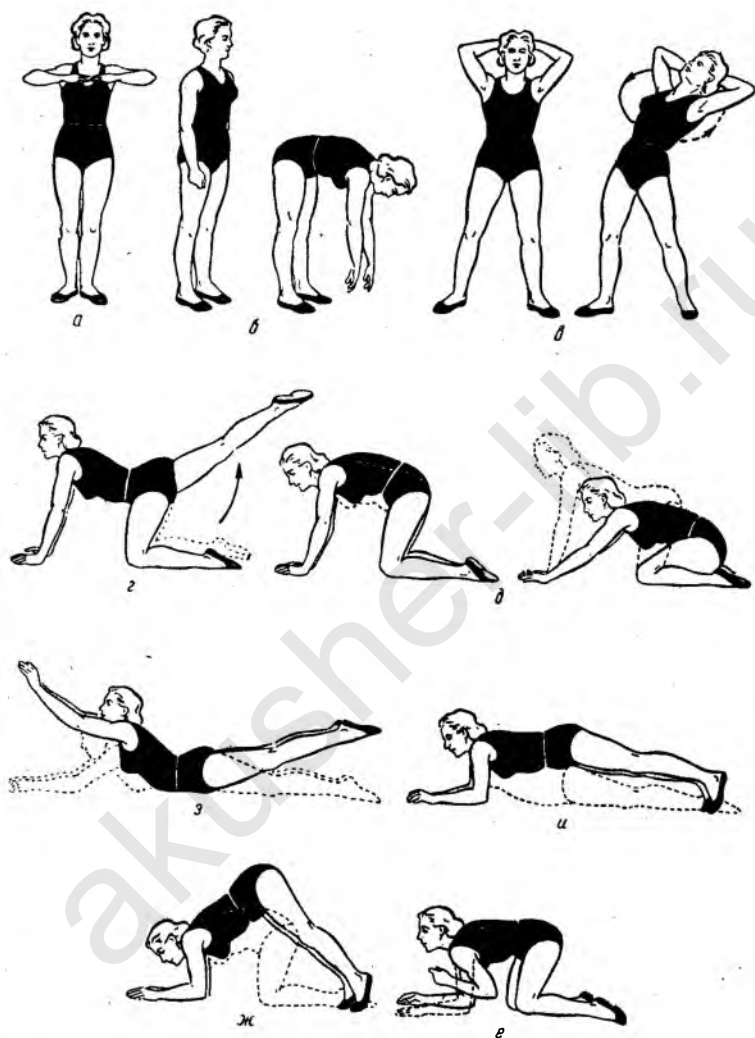


Рис. 33. Элементы физических упражнений при ретроверсии матки (а, б, в, г, д, е ж, з, и).

физическая культура, регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, категорическое запрещение чрезмерного физического напряжения в периоде полового созревания.

Основные, важные для практики, выводы из лекции: 1) женщина с бессимптомной ретрофлексией не нуждается в терапии; 2) при наличии болезненных симптомов у женщин с подвижной ретрофлексией надо тщательно проанализировать причины каждого симптома и назначить соответствующую терапию; 3) при лечении больных с подвижной ретрофлексией и болезненными симптомами надо проводить общеукрепляющую терапию и лечебную физкультуру.

## Лекция XXXIV

### ФИКСИРОВАННАЯ РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ (RETROFLEXIO UTERI FIXATA)

Больная И., 32 лет, уборщица, поступила в гинекологическую клинику 20 января 1962 г. с жалобами на постоянные боли в пояснице и внизу живота, болезненные менструации, болезненный coitus, повторное нарушение трудоспособности вследствие резкого усиления болей, запоры и учащенное мочеиспускание.

**Анамнез.** Отец умер в возрасте 62 лет от рака желудка, мать — в возрасте 60 лет от декомпенсации сердечной деятельности. Два брата и сестра здоровы. Психических заболеваний в семье не было.

В детстве перенесла скарлатину, корь, без осложнений. Взрослой болела гриппом, пневмонией.

**Менструальная функция** началась с 14 лет, менструации приходили через 4 недели, по 3—4 дня; до 24 лет были безболезненными; с 24 лет, после аборта, стали болезненными. Последняя менструация была с 10 по 13 января 1962 г.

**Половая функция.** Замужем с 19 лет. Мужу — 38 лет. Была 3 раза беременна. Первая беременность наступила в 1950 г., на первом году после замужества. Родила нормального живого доношенного ребенка. После родов не болела. В 1952 г. родила второго ребенка также без осложнений. В 1954 г. произвела внебольничным аборт 4 месяцев.

**Развитие заболевания.** После аборта тяжело заболела, но поступила в больницу лишь на 10-й день после начала болезни. В больнице был установлен тазовый перитонит и позадииматочный абсцесс, производилась кольпотомия. Выписалась после двухмесячного лечения. Первые три месяца после этого чувствовала себя

удовлетворительно, отмечала лишь незначительные боли внизу живота и в пояснице. Затем после резкого физического напряжения (стирки белья в дни менструаций) резко усилились боли в животе и пояснице, температура тела поднялась до  $39,1^{\circ}$ . Больная была вновь госпитализирована с диагнозом обострения воспаления придатков и тазового перитонита. Вначале был назначен строгий постельный режим, холод на низ живота, пенициллин, к концу лечения — грелки на низ живота, лампа соллюкс. После шестинедельного лечения выписалась с улучшением состояния, однако и после этого продолжали беспокоить боли внизу живота и пояснице, менструации стали болезненными. Трижды лечилась в женской консультации (в 1955, 1956 и 1958 гг.), производились инъекции пенициллина, лечение биомицином, парафином и диатермией. Ввиду прекращающихся болей и недостаточного эффекта физиотерапевтического лечения в 1959 г. проведено грязелечение во внекурортной обстановке — в физиотерапевтическом центре (грязевые трусы и грязевые тампоны). Наступило лишь незначительное улучшение. В 1960 г. — вновь обострение воспаления внутренних половых органов и брюшины, лечилась в клинике индуктотермией (18 сеансов) с незначительным улучшением, от оперативного лечения отказалась. В 1961 г. — новое обострение заболевания после переохлаждения, в течение 6 дней температура не повышалась выше  $37,8^{\circ}$ , лечилась в больнице в течение 17 дней. 20 января 1962 г. вторично поступила в клинику с настойчивой просьбой избавить ее от болей и восстановить трудоспособность.

**Общее обследование.** Больная крайне раздражительна, часто плачет, плохо спит. Цвет кожных покровов и слизистых оболочек бледный. Рост — 160 см, вес 50 кг. Пульс — 76 ударов в минуту, ритмичный. Температура —  $36,7^{\circ}$ . Артериальное давление — 110/65 мм рт. ст. При обследовании сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Передняя брюшная стенка несколько дряблая, видны полосы беременных (*striae gravidarum*). Печень и селезенка не пальпируются, кишечник несколько вздут. При пальпации в лобковой и паховой областях — значительная болезненность. При перкуссии передней брюшной стенки — тимпанит. Паховые лимфатические узлы не увеличены, неболезненны.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы дряблые. Волосистость на наружных половых частях по женскому типу. Половая щель слегка зияет, небольшое опущение стенок влагалища. Промежность без особенностей. Со стороны уретры и больших вестибулярных желез патологических изменений не определяется. Из заднепроходного отверстия выпячиваются геморроидальные шишки.

Осмотр с помощью влагалищных зеркал: влагалище широкое, глубокое, слизистая влагалищной стенки бледно-розового цвета. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев в виде поперечной щели, с надрывами с двух сторон. Довольно обильные слизисто-гнийные выделения из канала шейки матки.

**Влагалищное исследование.** Шейка матки переходит в тело ее, образуя угол около  $90^{\circ}$ , открытый кзади. Дно матки определяется с трудом ввиду значительного количества спаек и болезненности исследования. Рядом с телом матки, интимно прилегающая к ней сбоку и кзади, определяются опухолевидные образования

вытянутоовальной формы, тугоэластической консистенции, правосторонняя опухоль размером 3×4×5 см, левосторонняя — 2×3×6 см, эти опухоли до стенок таза не доходят, неподвижны.

**Прямокишечное исследование.** В ампулярной части прямой кишки определяются болезненные геморроидальные шишки. Шейка матки образует с телом ее угол 90°, открытый кзади, ввиду наличия спаек и болезненности дно матки определяется с трудом. Кзади от матки определяются два резко болезненных опухолевидных образования, размеры их те же, что при влагалищном исследовании. Передняя поверхность крестцовой кости без патологических изменений; грушевидные мышцы с обеих сторон болезненны при давлении на них пальцем.

**Лабораторные исследования.** Анализ крови: эр. 3 000 000, Нб 11% , л. 8000, н. 57%, э. 5%, лимф. 33%, п. 3%, мон. 2%; РОЭ — 15 мм в час.

**Анализ мочи.** Количество — 175 мл, цвет — соломенно-желтый. Удельный вес — 1022, реакция кислая, белка и сахара нет. В осадке единичные лейкоциты и трипельфосфаты (в незначительном количестве).

**Мазок из уретры.** Лейкоциты — 3—6 в поле зрения, кокки — единичные, гонококков — нет.

**Мазок из канала шейки матки.** Лейкоциты — 10—12 в поле зрения, кокки — в небольшом количестве, гонококков нет.

**Мазок из влагалища.** Клетки плоского эпителия, лейкоциты 1—2 в поле зрения, влагалищных трихомонад нет.

Теперь, располагая данными довольно детального анализа истории болезни и лабораторными, перейдем к рассмотрению вопроса диагностики заболевания.

Данные обследования больной позволяют считать, что основным ее страданием является хронический воспалительный процесс внутренних половых органов и брюшины. Как видно из анамнеза, болезнь началась 8 лет тому назад после внебольничного аборта. Между тем хорошо известно, что подобный аборт часто осложняется инфекцией и тяжелой травмой. Какие же возбудители инфекции были внесены в половые пути больной? С большей вероятностью можно предположить, что заболевание обуславливалось внедрением стрепто- или стафилококков. Почему же это заболевание не удалось ликвидировать в самом начале, почему оно приняло хроническое течение с склонностью к повторным обострениям? Как видно из анамнеза, больная поступила в больницу лишь на 10-й день после аборта с явлениями тяжелого тазового перитонита. Это обусловило развитие тяжелых анатомических и функциональных нарушений, которые и при современном лечении не удалось полностью ликвидировать. История дальнейшего развития



заболевания говорит о том, что воспалительный процесс перешел из экссудативной в продуктивную фазу — образовались многочисленные, обширные сращения брюшины малого таза вокруг матки и ее придатков. Позволяют ли данные обследования сказать, какие органы поражены? На этот вопрос можно ответить достаточно определенно. Матка окутана спайками, неподвижна и, следовательно, находится в фиксированном положении, причем тело ее образует с шейкой угол, открытый кзади, таким образом, можно говорить о фиксированной ретрофлексии матки. Опухолевидные двусторонние образования позади матки вытянутоовальной формы — это замкнутые и воспаленные маточные трубы. В пользу воспаления труб говорят анамнез, продолговатоовальная форма опухолевидных образований, тугоэластическая консистенция, возможность отграничения этих опухолей от боковых стенок таза и, наконец, расположение близко к телу матки. Надо полагать, что эти опухолевидные образования содержат в себе и яичники, окутанные спайками. Ведь возбудитель инфекции перемещался из шейки матки по половым путям каналикулярно, т. е. вначале на тело матки, а затем на трубы, брюшину и яичники.

Итак, у больной хронический слипчивый тазовый перитонит септической этиологии, двусторонний аднексит и фиксированная ретрофлексия матки.

Эти глубокие анатомические изменения, функциональные нарушения и длительность заболевания обусловили возникновение у больной болезненных симптомов (раздражительности, постоянных болей внизу живота и в пояснице, альгоменореи, диспареунии), повторных обострений болезни и нарушения трудоспособности. Обострения являются характерной и крайне тягостной особенностью заболевания у этой больной.

Чем же обуславливаются обострения воспалительного процесса у больной? Они могут быть 1) вспышкой дремлющей, не заглохшей инфекции, 2) новым инфицированием, 3) обострением от причин неспецифического характера (по типу следовой реакции — А. Э. Мандельштам).

Большая длительность заболевания, отсутствие выраженных экссудативных и превалирование продуктивных изменений, сравнительно незначительное и недлительное повышение температуры во время обострения —

все это позволяет высказаться против предположения о дремлющей инфекции. Трудно также допустить, что возбудители инфекции остались вирулентными в течение 8 лет после аборта, несмотря на повторное лечение больной. Второе предположение о новой, повторной инфекции также не имеет достаточного обоснования. Больная не имела повторных аборт, вторично бесплодна, не болела венерическими болезнями. Это позволяет отвергнуть мысль о новой, повторной инфекции как причине рецидивирующих обострений заболевания. Третье предположение о неспецифическом раздражителе, как причине обострения, наиболее обоснованно. В пользу этого говорят многообразие факторов, влекущих за собой обострение болезни (переохлаждение, переутомление, грипп), небольшая длительность лихорадочного состояния при обострении и сравнительно быстрое купирование процесса. Наши личные наблюдения показывают, что купирование подобных обострений происходит сравнительно быстро и легко; достаточно назначения постельного режима и неспецифических противовоспалительных средств (например, инъекции глюконата кальция при экссувативных явлениях). Применение антибиотиков при таких обострениях совершенно необоснованно и неоправданно. Подобную трактовку обострений хронического воспалительного процесса внутренних половых органов подтверждают и данные Г. Ф. Мясищева (из гинекологической клиники А. Э. Мандельштама). Автор произвел бактериологическое исследование содержимого 75 маточных труб, полученного при пункции их по поводу длительного, рецидивирующего воспалительного процесса. В 28 наблюдениях содержимое их оказалось стерильным.

Итак, перед нами больная, тяжело страдающая от длительного рецидивирующего воспалительного процесса внутренних половых органов и брюшины. Болезнь эта обусловила значительные анатомические и функциональные изменения и тяжелое нарушение общего состояния больной. Изучение истории болезни показывает, что она уже неоднократно подвергалась консервативному лечению (антибиотики, физиотерапия, грязелечение). При критической оценке результатов подобного лечения необходимо всегда уточнить, провела ли больная полные курсы назначенного ей лечения или же прервала лече-

ние после 4—5 процедур. Причины прекращения лечения могут быть различными (обострение воспалительного процесса и ухудшение состояния больной, нечеткая организация работы женской консультации и физиотерапевтического отделения и т. д.). В отдельных случаях больная вынуждена прекратить лечение из-за большой занятости. При тщательном расспросе мы уточнили, что больная провела полный повторный курс консервативного лечения (кроме гинекологического массажа), включая и грязелечение. Гинекологический массаж имеет целью растянуть спайки постепенно, сделать матку подвижной и, наконец, перевести ее из ретрофлексии в антефлексию. Данные литературы (Н. А. Рачинский, А. Б. Гиллерсон, С. К. Лесной, А. М. Мажбиц), а также наш личный опыт говорят о большой эффективности массажа в сочетании с грязелечением или физиотерапией. Однако при рекомендации гинекологического массажа надо строго оценивать и противопоказания к нему. К сожалению, больной категорически противопоказано применение гинекологического массажа, так как воспалительный процесс легко обостряется, исследование и в хронической стадии весьма болезненно, трубы лежат близко к матке (позади нее). При массаже мы стремимся обычно растянуть спайки, подтягивая матку вперед, что, несомненно, может повлечь за собой и давление на трубы, это опасно и недопустимо.

Итак, мы имеем достаточные основания отказаться от дальнейшего консервативного лечения больной, мы предлагали больной оперативное лечение еще 2 года тому назад (в 1960 г.), но категорический отказ ее от операции вынудил нас ограничиться физиотерапевтическим лечением. Курс лечения был недостаточно эффективным, и в 1961 г. больная вновь была госпитализирована по поводу резкого обострения заболевания.

Измученная длительным заболеванием и повторными обострениями больная, наконец, дала согласие на оперативное вмешательство. В чем же должна заключаться операция? Характер операции может быть различным в зависимости от возраста больной, ее общего состояния и, наконец, взглядов хирурга-гинеколога. Разберем в связи с этим возможные варианты операции и постараемся выбрать из них наиболее обоснованные.

Прежде всего не подлежит дискуссии, что ввиду обширных спаек операция может быть произведена только брюшностеночным путем, влагалищное чревосечение не создает в подобной ситуации достаточного доступа к операционному полю. Однако и при брюшностеночном чревосечении характер вмешательства может быть различным — от более консервативного до чрезмерно радикального. Наиболее консервативная операция по поводу фиксированной ретрофлексии матки была предложена еще много лет тому назад Headre. Операция состоит в рассечении спаек, без выведения матки в антефлексию и укрепления ее в этом положении. Подобная операция теперь оставлена, так как вскоре после нее матка вновь фиксируется в ретрофлексии. Второй — крайне радикальный вариант операции — это экстирпация матки с придатками. Однако больной всего лишь 32 года и вполне естественно стремление врача сохранить больной менструальную функцию и архитектонику органов малого таза. Необходимо учитывать также крайне неблагоприятное воздействие на молодую неуравновешенную больную подобной операции. После нее женщина, вполне вероятно, будет считать себя инвалидом и вновь тяжело страдать. Наконец, надо помнить о большей сложности и, следовательно, несколько большей опасности подобной операции.

Третий возможный вариант операции: рассечение спаек, удаление труб и фиксация матки кпереди путем укорочения круглых маточных связок. Необходимость удаления труб у больной диктуется глубокими структурными их изменениями (данные гинекологического исследования, бесплодие в течение 8 лет). Наконец, фиксация матки кпереди с помощью круглых связок позволит восстановить не только правильное ее положение, но и физиологическую подвижность.

Итак, рассмотрев три возможных варианта оперативного лечения, мы пришли с вами к выводу, что наиболее обоснованным является последний, т. е. рассечение спаек, удаление труб и фиксация матки кпереди с помощью укорочения круглых связок.

Получив согласие больной на операцию, мы начали предоперационную подготовку. Прежде всего необходимо отметить, что психотерапевтическая подготовка больной не представляла затруднений, так как она сама

просила сделать ей операцию, утратив веру в консервативное лечение. В связи с наличием у больной гипохромной анемии было решено сделать перед операцией переливание крови. До этого мы уточнили, что ей никогда раньше не переливали кровь, кроме того, при анализе было установлено, что кровь больной резус-положительная. 23 января 1962 г. произведено переливание 500 мл одногруппной крови, реакции на переливание крови не было. При повторном исследовании крови обнаружено увеличение числа эритроцитов до 4 млн. С первого же дня больной, страдавшей бессонницей, назначено снотворное (бромурал 0,6). Накануне операции дважды поставлена очистительная клизма. 26 января 1962 г. под эфирно-кислородным масочным наркозом произведена операция.

Она состояла в рассечении и разделении мощных спаек, которые фиксировали тело матки кзади к крестцу, окутывали трубы и яичники, последние были опущены в прямокишечно-маточное углубление. После разделения спаяк оказалось, что трубы утолщены, ампулярный их просвет закрыт. Произведено удаление обеих труб. Яичники подшиты на свое обычное место. Тело матки выведено в антефлексию и фиксировано в этом положении с помощью круглых маточных связок. Для этого закрытым зажимом Кохера сделаны отверстия в верхней части широких связок, ниже труб. Дубликатуры круглых связок извлечены через отверстия широких связок и подшиты к задней стенке матки. Подобная операция предложена Дартиг — Вебстером (Dartigues — Webster).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы с брюшной стенки сняты на седьмые сутки — заживление первичным натяжением. При бактериологическом исследовании содержимого труб оно оказалось стерильным. На 12-й день после операции больная была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. При гинекологическом исследовании перед выпиской установлено, что матка в подвижной антефлексии, инфилтратов в малом тазу не обнаружено. Больной даны советы по регуляции функции кишечного тракта (об этом мы подробно говорили в предыдущей лекции) и рекомендовано воздержаться от физического труда (стирка белья, поднятие тяжестей) и половой жизни на

срок не менее месяца. Врачу женской консультации, который наблюдал больную, рекомендовано назначить ей теплые хвойные ванны как успокаивающее средство. Больной выдана справка о произведенной операции для получения в женской консультации больничного листа (в пределах до месяца после операции). Ввиду того, что при операции были обнаружены обширные спайки, дана также рекомендация провести через месяц после операции (после менструации) курс теплового лечения (индуктотермия, диатермия или парафин).

Прогноз в отношении излечения и трудоспособности больной следует считать благоприятным, так как операция прошла без осложнений и содержимое маточных труб оказалось стерильным.

Через 2 месяца после операции больная была осмотрена нами в порядке диспансеризации. Она чувствует себя удовлетворительно, значительно спокойнее, чем до операции, прибавила в весе на 3 кг. Дважды прошли менструации после операции, малобользненные. Половая жизнь неболезненна. Действие кишечника регулярное. Работает, как и раньше, уборщицей и говорит, что ей теперь гораздо легче, чем до операции. На передней брюшной стенке — линейный неболезненный рубец после операции. При влагалишном исследовании установлено, что матка в антефлексии, подвижна; инфильтратов в малом тазу нет.

Итак, разобрав в этой лекции историю больной И., мы выяснили, какие тяжелые осложнения дает внебольничный аборт, он может вести к тяжелым нарушениям общего состояния больной, а также ее детородной и половой функции. Основной причиной всех патологических изменений являются слипчивый перитонит, воспаление труб и фиксированная ретрофлексия матки. Безуспешность длительной консервативной терапии вынудила нас произвести операцию, результат ее благоприятный.

Профилактика подобных тяжелых заболеваний — широкая санитарно-просветительная работа среди населения и борьба с внебольничными абортами.

В этой лекции мы рассмотрели вопросы клиники, симптоматиологии и терапии фиксированной ретрофлексии матки.

Анализ истории заболевания И. убедительно показал, какое большое значение может иметь борьба с кри-

минальными абортами, своевременное (т. е. с первых же дней) энергичное лечение (и в особенности физиотерапевтическое) воспалительных процессов внутренних половых органов.

Мы установили также, как важны повторные полные курсы лечения остаточных явлений воспалительного процесса.

Невыполнение этих принципов, применение терапии лишь в периоды обострения воспалительного процесса, недооценка физиотерапевтических факторов лечения — все это обусловило серьезные нарушения здоровья у больной и вынудило нас применить хирургическое лечение.

При выборе метода операции следует исходить из следующих принципов: по возможности быть консервативным, сохранить женщине менструальную функцию, восстановить естественное положение матки (подвижную антефлексию) и ограничиться удалением труб и рассечением спаек, так как изменения в трубах являются в подобных случаях необратимыми.

Больным необходимо рекомендовать и после операции систематическое тепловое физиотерапевтическое лечение, с целью уменьшения остаточных воспалительных изменений.

### Лекция XXXV

**ВЫПАДЕНИЕ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА. НЕПОЛНОЕ  
ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ. ЦИСТОЦЕЛЕ. РЕКТОЦЕЛЕ.  
ОПЕРАЦИЯ УКРОЧЕНИЯ КАРДИНАЛЬНЫХ  
СВЯЗОК МАТКИ. ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОРАФИЯ.  
КОЛЬПОПЕРИНЕОРАФИЯ**

**(PROLAPSUS VAGINAE ET UTERI INCOMPLETUS.  
CYSTOCELE. RECTOCELE. OPERATIO — ABBREVIATIO LIGG.  
CARDINALIA. COLPORRHAPHIA ANTERIOR.  
COLPOPERINEORRHAPHIA)**

Больная О., 57 лет, домашняя хозяйка, поступила в гинекологическое отделение 25 января 1964 г. с жалобами на чувство тяжести внизу живота, боли в пояснице, выпадение из половой щели какого-то тела, частое мочеиспускание и недержание мочи при физическом напряжении, запоры.

**Анамнез.** В детстве болела корью, малярией, коклюшем. Условия развития в детстве были мало благоприятными — плохо питалась, рано начала тяжело работать. Взрослой повторно перенесла грипп. Отец больной умер в возрасте 68 лет от рака пищевода, мать умерла в возрасте 65 лет от гипертонической болезни.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 16 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3—4 дня, безболезненные. Последние менструации были в 44 года.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 18 лет, во 2-м браке. В первом браке были 1 роды в 1928 г. При родах был разрыв промежности. Выписалась на 14-й день после родов. Вес ребенка (мальчик) — 4 кг. В настоящее время сын жив. Вторая беременность была в 1930 г., закончилась самопроизвольным абортom 8 недель, осложнившимся воспалением придатков матки. Пролежала в больнице 2 недели.

Во втором браке с 1933 г., было 3 беременности, закончившиеся самопроизвольными абортами при сроке беременности 8—10 недель. Последняя беременность была в 1938 г., в возрасте 37 лет, с тех пор — вторичное бесплодие. Мужу — 60 лет, здоров.

**Развитие заболевания.** Считает себя больной с 1948 г., когда отметила чувство тяжести внизу живота, частые позывы на мочеиспускание и недержание мочи при физическом напряжении. С 1930 до 1960 г. выполняла тяжелую физическую работу. В 1950 г. был поставлен диагноз опущения стенок влагалища и рекомендована операция, от которой больная отказалась. Постепенно болезненные явления прогрессировали и с конца 1962 г. больная отметила, что при ходьбе из половой щели выходит какое-то тело. Больной повторно предлагали оперативное лечение, на которое она согласилась лишь в январе 1964 г.

**Общее обследование.** Больная правильного телосложения. Подкожная жировая клетчатка выражена плохо. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Пульс — 72 удара в минуту. Артериальное давление — 125/75 мм рт. ст. При обследовании легких и сердца патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Передняя брюшная стенка дряблая. При напряжении передней брюшной стенки определяется расхождение прямых мышц живота на 4 см. Паховые лимфатические узлы не увеличены. При осмотре нижних конечностей обнаружено незначительное расширение поверхностных вен стоп и голени.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы дряблые, отвислые. Волосистость на лобке по женскому типу. Половые губы атрофированы. Половая щель широко зияет и при легком натуживании из нее выпячиваются стенки влагалища и шейки матки. Слизистая влагалища гладкая, без складок, плотная, бледной окраски. Влагалищная часть шейки матки гипертрофирована, со значительным числом ovula Nabothi. Наружный маточный зев широко зияет ввиду глубоких двусторонних старых разрывов шейки. Из канала шейки — слизистые выделения в умеренном количестве. При осмотре промежности обнаружены рубцы на месте бывшего разрыва ее II степени. Ножки mm. levatores ani легко растягиваются. В окружности заднепроходного отверстия значительное количество геморроидальных шишек.



При влагалищном и прямокишечном исследовании установлено, что часть тела матки находится выше плоскости входа во влагалище, тело матки небольшое, плотное, подвижное, в *retroversio* придатки матки не определяются. При зондировании матки установлено, что длина шейки матки (до внутреннего зева) — 5 см, полости матки — 5 см. При введении катетера в мочевой пузырь обнаружено, что имеется цистоцеле (конец катетера выпячивает выпадающую из половой щели переднюю стенку влагалища). При исследовании через прямую кишку установлено, что передняя ее стенка образует дивертикул, выпячивающийся кпереди. Ногтевая фаланга пальца, введенного в прямую кишку, хорошо определяется через выпадающую заднюю стенку влагалища. При обследовании больших вестибулярных желез патологических изменений не обнаружено.

### Каков же диагноз?

При осмотре мы обнаружили, что из широкой половой щели выпадают стенки влагалища, шейка и часть тела матки. Вместе с тем мы установили, что длина канала шейки матки и полости ее одинаковы, по 5 см. Таким образом, увеличение общей длины полости матки (до 10 см, вместо 6—7 см в старческом возрасте) произошло за счет удлинения шейки матки. Выпадение стенок влагалища, которые образуют при этом опухолевидное выпячивание, следует дифференцировать с кистой или фибромой влагалища. Пальпация и зондирование позволили полностью исключить подобную патологию: опухолевидное образование, выпячивающееся из половой щели, эластической, а не плотной консистенции, легко сдавливается 2 пальцами, при репозиции влагалища в его нормальное положение исчезает. Верхушка катетера, введенная в мочевой пузырь, хорошо пальпируется через стенку выпавшего влагалища.

При исследовании крови и мочи больной патологических изменений не обнаружено. При бактериоскопии щеечного секрета найдено немного кокков, единичные лейкоциты.

Учитывая данные гинекологического исследования, мы можем поставить следующий диагноз: разрыв промежности II степени, недостаточность мышц тазового дна (*mm. levatores ani*), выпадение стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле, неполное выпадение матки, удлинение шейки матки, двусторонние разрывы шейки матки.

### В чем же причина болезни?

Как видно из анамнеза, первые (и единственные) роды у нее сопровождалась разрывом шейки матки и

промежности и осложненным послеродовым периодом (пробыла в родильном доме 14 дней). Ребенок был крупным — 4 кг. Рана промежности зажила вторичным натяжением.

Вот эти повреждения родовых путей и явились predisposing моментами нарушения нормального положения матки и влагалища. Что же было действующим фактором? Изучение анамнеза позволяет дать исчерпывающий ответ на этот вопрос. О. в течение ряда лет выполняла тяжелую физическую работу. В условиях чрезмерного физического напряжения резко повышалось внутрибрюшное давление и ослабленные (после патологических родов крупным плодом) мышцы и фасции передней брюшной стенки, влагалища и промежности оказались несостоятельными для того, чтобы уравновесить значительно повышенное внутрибрюшное давление. Так, постепенно, начиная с 1948 г., возникло сначала опущение, а затем и выпадение матки, стенок влагалища и расхождение прямых мышц живота. Нарушение мышечно-фасциальной опоры мочевого пузыря и прямой кишки повлекло за собой и смещение (образование грыжевого выпячивания) мочевого пузыря (cystocele) и передней стенки прямой кишки (rectocele). Опущение же и последующее выпадение матки можно объяснить повреждением и последующим ослаблением уплотненных слоев клетчатки малого таза, которые называются основными связками матки (lig. cardinalia uteri или lig. Mackenrodt). Эти уплотненные пучки клетчатки (включающие и мышечные волокна) тянутся с обеих сторон от боковой стенки таза к шейке матки и входят в состав так называемой *retinaculum uteri* (по E. Martin).

Теперь, разобрав коротко вопросы этиологии и патогенеза заболевания, перейдем к обсуждению вопроса о терапии. Терапия подобной больной должна быть комплексной и состоять из следующих элементов: 1) оперативного лечения с целью устранения повреждений половых путей, 2) общеукрепляющих мероприятий (в особенности при истощении, чрезмерном исхудании, общем недоразвитии), 3) комплексной лечебной физической культуры с целью укрепления мышечно-фасциальных образований тазового дна и передней брюшной стенки (состояние здоровья больной, несмотря на ее возраст, 57 лет, позволяет рекомендовать подобное ле-

чение), 4) индивидуального трудоустройства (если профессия больной сопряжена со значительной физической нагрузкой).

Если же из перечисленного комплекса ограничиться лишь первым звеном, т. е. хирургическим лечением, то это — серьезная ошибка, так как хирургическое вмешательство составляет в комплексе лечебных мероприятий лишь одно из важных звеньев, но не может полностью предотвратить опасности рецидива. Недооценка этого положения часто влечет за собой рецидив заболевания и дискредитирует оперативный способ лечения.

Оперативное лечение должно преследовать следующие цели: 1) поврежденные ткани должны быть анатомически восстановлены, 2) смещенные органы должны быть возвращены в свое нормальное положение, 3) если больная детородного возраста, то менструальная, половая и детородная функции не должны быть нарушены, 4) оперативное вмешательство не должно быть очень сложным, в особенности у больных с сопутствующими серьезными заболеваниями и у пожилых женщин.

Нет, пожалуй, иного раздела гинекологии, где было бы предложено такое множество (свыше 300) методов оперативного лечения, как при опущениях и выпадениях внутренних половых органов. Это говорит и о сложности проблемы рационального лечения девиаций половых органов и о несовершенстве многих методов.

Основываясь на значении мышечно-фасциальных образований тазового дна, так называемого поддерживающего аппарата, мы решили произвести больной операцию укорочения кардинальных связок матки, ампутацию шейки матки и кольпоперинеорафию.

Перейдем к описанию подготовки к операции и ее техники.

С 27 января больной рекомендовано приучаться к опорожнению мочевого пузыря в положении лежа на судне. Учитывая значительное расслабление мышц тазового дна и частичное выпадение матки, мы в предоперационном периоде не делали попыток применять упражнения с целью укрепления тазового дна и ограничились лишь только дыхательной гимнастикой.

3 февраля утром и вечером были назначены клизмы для очищения кишечника, и 4 февраля в 7 час утра — еще 1 раз очистительная клизма.

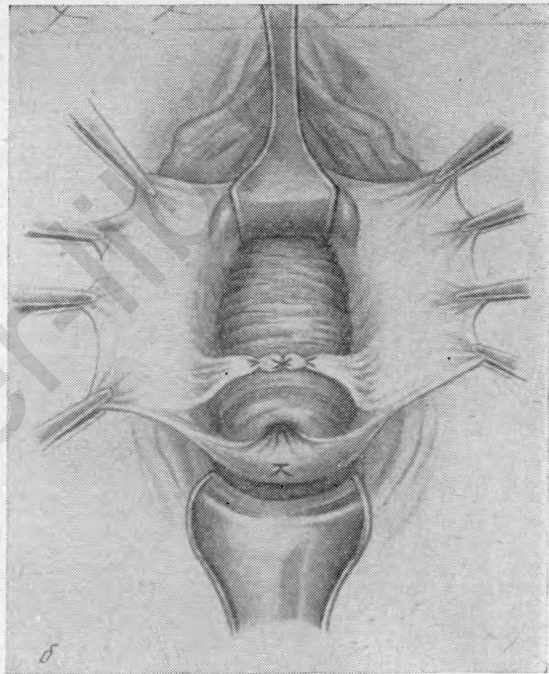
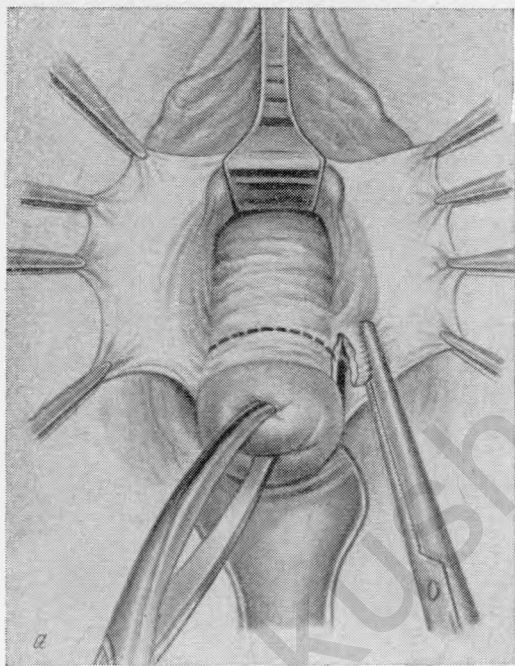


Рис. 34. Этапы манчестерской операции.

*a* — мочевой пузырь отделен от шейки, введен подъемник, *lig. cardinale* слева захвачена и перерезана, пунктиром показан уровень ампутации шейки; *b* — шейка ампутирована, задняя губа покрыта слизистой, культя *lig. cardinale* подшита к передней стенке шейки.

4 февраля 1964 г. под проводниковой парацервикальной анестезией 0,5% раствором новокаина произведена так называемая манчестерская операция (рис. 34). Эта операция была предложена в 1888 г. Donald из Манчестера (Англия), в дальнейшем усовершенствована Fothergill и рядом других авторов в Англии и США. Из советских авторов подобную операцию описала А. И. Винокуренкова. Многие авторы называют ее манчестерской.

Показания: опущение и неполное выпадение матки в сочетании с цистоцеле, удлинением шейки матки у женщины в климактерическом или старческом периоде.

Техника операции была следующей. Шейку матки захватили двумя парами щипцов Мюзо и подтянули книзу. Произведен овальный разрез по передней стенке влагалища, начало разреза сверху на  $1\frac{1}{2}$  см книзу от наружного отверстия уретры, нижняя граница — у влагалищной части шейки. Затем круговым разрезом надсекли слизистую влагалища по задней губе шейки. Влагалищно-пузырную фасцию отделили от мочевого пузыря, частью острым, частью тупым путем и рассекли по средней линии. Затем отсепаровали кверху мочевой пузырь также частично острым, частично тупым способом и ввели подъемник, защищающий мочевой пузырь (см. рис. 34, а). Влагалищную стенку отделили по боковой и задней поверхности шейки матки несколько выше уровня намеченной ампутации шейки матки. Парацервикальную клетчатку (нижнюю часть *lig. cardinale uteri*) захватили сбоку от шейки двумя зажимами, рассекли и перевязали с обеих сторон. На шеечные ветви маточной артерии наложили лигатуры справа и слева выше границы ампутации шейки матки и рассекли их. Затем произвели клиновидную ампутацию удлиненной шейки матки. Культы кардинальных связок сшиты между собой и фиксированы к передней стенке шейки матки (см. рис. 34, б). Затем наложены погружные узловатые швы на влагалищно-пузырную фасцию с тем, чтобы натянуть ее, создать поддержку для мочевого пузыря и предотвратить рецидив цистоцеле. Избыток влагалищной стенки удалили. Влагалище и культю шейки ушили отдельными узловыми швами. В конце операции была сделана кольпонеринеорафия, при этом хорошо обнажили пучки разошедшихся волокон тт.

levatores ani и его фасции и тщательно соединили их погружными узловатыми швами.

Послеоперационный период прошел без осложнений. Со 2-го дня после операции начата дыхательная гимнастика. На 5-й день после операции был стул после очистительной клизмы. Мочейспускание самостоятельное, неучащенное. На 6-й день сняты швы с промежности — заживление первичным натяжением. На 7-й день после операции (11 февраля) больная начала ходить. Выделения из влагалища в незначительном количестве, слизистые, без запаха. На 13-й день после операции больная осмотрена перед выпиской. Общее самочувствие удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Мочейспускание самостоятельное. При гинекологическом исследовании установлено: половая щель хорошо замкнута. Рана промежности зажила первичным натяжением. При натуживании стенки влагалища и шейки матки не выходят из половой щели. При осмотре с помощью узких зеркал установлено первичное заживление раневых поверхностей влагалища и шейки матки. При влагалищном исследовании (одним пальцем!) установлено, что матка в ретроверзии, ретропозиции, подвижна, неболезненна. При натуживании влагалищная часть шейки матки слегка смещается книзу, а затем (после потуги) вновь приподнимается кверху до уровня интраспинальной линии. Придатки матки не пальпируются.

18 февраля О. в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение женской консультации. Дано направление к врачу женской консультации с рекомендацией проводить (под руководством методиста) систематические физкультурные упражнения для укрепления мышц передней брюшной стенки и тазового дна. Больной рекомендовано воздерживаться от подъема тяжестей (она домашняя хозяйка).

При осмотре через месяц после выписки из отделения (17 марта 1964 г.) установлено, что самочувствие ее удовлетворительное. Никаких жалоб она не предъявляет. Мочейспускание самостоятельное. Стул нерегулярный, через 2—3 дня. Рекомендацию заниматься физической культурой для закрепления эффекта операции выполняет крайне нерегулярно. При гинекологическом исследовании обнаружено нормальное положение влагалища и матки. Придатки матки не пальпируются.

Родственники больной оберегают ее от тяжелого физического труда. При осмотре больной 9 октября 1964 г. (через 8 месяцев после операции) установлено, что самочувствие ее удовлетворительное. При гинекологическом исследовании рецидива заболевания не обнаружено.

Итак, мы рассмотрели вопросы генеза, лечения выпадения половых органов и установили, что в развитии этой патологии у больной имело значение сочетание ряда неблагоприятных факторов как предрасполагающих (травма промежности, вторичное ее заживление), так и производящих (тяжелый физический труд). Отказ больной от операции, которую ей предлагали еще в начальной стадии заболевания, обусловил прогрессирование патологии и возникновение выпадения матки и влагалища.

При выборе метода лечения подобных больных всегда следует строго соблюдать принцип комплексного лечения. Лечение должно включать следующие компоненты: 1) общее укрепление организма, 2) рациональную операцию, 3) лечебную физическую культуру после операции, 4) рациональное трудоустройство, исключение тяжелого физического труда. При выборе операции необходимо остановиться только на такой, при которой анатомически восстанавливается мышечно-фасциальный поддерживающий аппарат. При неполном и полном выпадении матки такому требованию вполне удовлетворяет так называемая манчестерская операция, так как в результате ее восстанавливается и укрепляется пузырно-влагалищная фасция, устраняется цистоцеле. Матка репозируется в нормальное положение (путем укорочения и фиксации к шейке кардинальных связок), восстанавливается тазовое дно (*mm. levatores ani* с его фасцией). Число рецидивов после подобной операции крайне невелико, по Goldberger, Zacin — 1% (на 665 операций) и по Schaw — 3,6% на 549 операций. При полном выпадении матки и патологическом изменении шейки (ее глубокий разрыв, рецидивирующая эрозия, преинвазивная форма рака шейки) показана экстирпация матки с укреплением кардинальных связок по Мэйо.

Если у больной имеется опущение стенок влагалища, цистоцеле и ректоцеле, но нет опущения (выпадения) матки, то операцией выбора является передняя

кольпорафия по Мартину с обязательной репозицией мочевого пузыря для устранения цистоцеле и ушиванием пузырно-влагалищной фасции. Кроме того, необходимо произвести кольпоперинеорафию, при которой также обязательно восстановление тазового дна путем наложения швов на *mm. levatores ani* и его фасцию.

Профилактика опущения и выпадения половых органов должна начинаться с раннего детского возраста (проведение комплекса общеоздоровительных мероприятий, занятия физической культурой и спортом). В половозрелом возрасте большое профилактическое значение имеет проведение родов в условиях стационара, борьба с травматизмом родовых путей, анатомическое восстановление поврежденных тканей (если в родах был разрыв промежности), физическая культура в послеродовом периоде и в последующие годы.

При наличии опущения или выпадения половых органов только комплексное лечение (рациональная операция, физическая культура и трудоустройство после операции) обеспечивает эффективность терапии.

## Лекция XXXVI

### ВЫВОРОТ МАТКИ (ОНКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ И ПУЕРПЕРАЛЬНЫЙ)

#### (INVERSIO UTERI ONCOGENETICA ET PUERPERALIS)

Больная П., 40 лет, по профессии — водитель троллейбуса, доставлена в гинекологическую клинику в 12 ч 20 марта 1962 г. по поводу острых болей внизу живота и появления из половых путей какой-то опухоли.

**Анамнез.** В детстве росла и развивалась в удовлетворительных условиях, перенесла корь, коклюш, скарлатину. Взрослой повторно болела гриппом, катаром верхних дыхательных путей. Родители больной живы, здоровы: отцу — 65 лет, матери — 60 лет. Брат, 35 лет, здоров. В семье заболеваний туберкулезом, психических и венерических заболеваний не было.

**Менструальная функция.** Менструации с 13 лет, установились сразу, через 4 недели по 3—4 дня. Последняя менструация была с 1 по 7 марта с. г.

**Половая и детородная функции.** Замужем с 25 лет. Было 3 беременности, из них 2 закончились срочными родами (1949 и



1952 гг.) и одна — искусственным абортom, при сроке 8 недель, в лечебном учреждении (1954 г.). Во время первых и вторых родов был разрыв промежности, заживший вторичным натяжением. Лежала после 1-х и 2-х родов в родильном доме 15—18 дней. Дети были крупные: первый — 4 кг, второй — 4,5 кг. В настоящее время дети живы, здоровы. Последние 8 лет супруги предохраняются от наступления беременности (муж применяет презервативы).

**Развитие заболевания.** Считает себя больной в течение 1½ лет, со времени, когда менструации стали обильными, болезненными и приходили иногда не через 4, а через 3 недели. Боли носили схваткообразный характер. В последние 2 месяца (в январе и феврале) менструации были особенно болезненными, сопровождались чувством давления на задний проход. Повторно отмечалось повышение температуры тела до 37,5—37,7°. Были гнойвидные выделения из влагалища с небольшим запахом.

Настоящее заболевание возникло остро, 3 ч тому назад. Появились резкие, схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения (менструации?) из половых путей. Около 2 ч тому назад чувство давления на низ живота резко усилилось и вызвало желание тужиться. Час тому назад кровянистые выделения усилились, и больная почувствовала выхождение из половой щели какого-то тела. Боли при этом были настолько сильными, что у больной возникли головокружение, тошнота и кратковременная потеря сознания. Врач скорой помощи срочно доставил больную в гинекологическую клинику. Диагноз при направлении: родившаяся миома матки.

**Общее обследование.** Состояние больной при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Пульс — 96—100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление — 90/50 мм рт. ст. Температура — 37,8°. Язык влажный, слегка обложен. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Живот в эпимезогастральной области мягкий, неболезненный. В гипогастриальной и надлобковой областях живота — болезненность при пальпации. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

**Гинекологическое исследование.** Молочные железы без особенностей. Из половой щели выпячивается опухолевидное образование

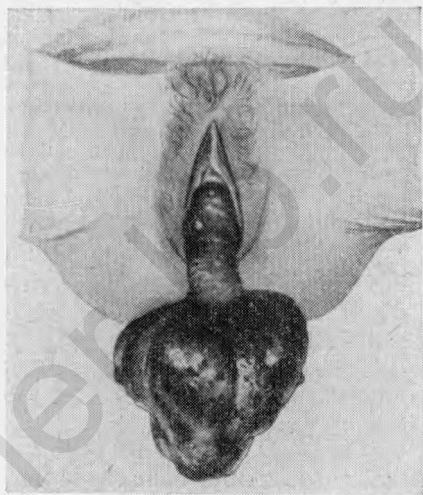


Рис. 35. Выворот матки вследствие рождения подслизистой миомы.

овальной формы длиной до 20 см (рис. 35). При разведении половых губ установлено, что наружное отверстие уретры не зияет, без патологических изменений. Основание опухоли находится на уровне верхней трети влагалища и представляет собой плотное, кольцевидной формы образование. Кнутри и книзу от этого кольца пальпируется опухолевидное образование более плотной консистенции, вначале грушевидной, а затем шаровидной формы, бурокрасного цвета, размерами 4×5×5 см. На нижнем полюсе этого грушевидного образования, частично расположенного вне половой щели, видна опухоль, плотной консистенции, темно-багрового цвета, местами с грязно-серым налетом, диаметром до 12 см. Эта опухоль связана широким основанием (до 8 см), с грушевидным телом, выпячивающимся из влагалища. Поверхность грушевидного тела ярко-красного цвета, в ряде мест кровоточит. Промежность деформирована ввиду неполного зарращения бывшего разрыва ее II степени. Ректальное исследование: матка и придатки не определяются. На месте матки определяется кольцевидной формы плотное образование с округлым вдавлением в центре.

### Каков же диагноз?

Данные анамнеза (увеличение кровопотерь при менструациях, их длительности и болезненности в последние 1½ года) говорят о том, что острому периоду заболевания, наступившему 3 ч назад, предшествовал в течение длительного периода ряд болезненных явлений. В последние 2 месяца заболевание обострилось, возникли резкие схваткообразные боли при менструациях и чувство давления на задний проход.

Острое начало заболевания 3 ч тому назад, признаки шока (бледность, апатичность, частый пульс, снижение артериального давления) и обнаружение опухолевидного образования вне половой щели позволяют подтвердить диагноз подслизистой родившейся миомы.

В пользу такого диагноза говорят данные анамнеза о схваткообразных болях при менструациях и увеличение количества теряемой крови, форма и консистенция опухоли, находящейся вне половой щели. Мы можем отвергнуть диагноз маточного аборта или пузырного заноса, так как данные анамнеза (регулярные менструации) и объективного исследования (плотная консистенция опухоли, ее гладкая поверхность, отсутствие частей плода, пузырьков с прозрачным содержимым) говорят против подобного предположения.

Однако возможно рождение не только подслизистой миомы, но и рака или саркомы матки. Против подобного предположения говорят 3 факта: 1) длительность заболевания (не менее 1½ лет), 2) отсутствие инфиль-

тратов в малом тазу или вне его, которые можно было бы считать метастазами опухоли, 3) плотная консистенция опухоли, гладкая ее поверхность, отсутствие распада. Конечно, необходимо произвести гистологическое исследование опухоли, что позволит окончательно определить ее характер.

Вместе с тем, данные обследования больной не позволяют ограничиться диагнозом родившейся подслизистой миомы.

Напомним, что верхний сегмент шаровидной опухоли, находящийся вне половой щели, широким основанием переходит в грушевидной формы тело. Часть этого тела определяется во влагалище и в верхнем своем полюсе охвачена плотным кольцевидной формы образованием. Оно хорошо видно на рис. 35. К этому очень важно добавить данные прямокишечного исследования, при котором установлено, что тело матки в малом тазу не определяется. На месте ее, посредине малого таза, определяется кольцевидное образование, плотной консистенции, с воронкообразным вдавлением в центре.

Сопоставление этих данных позволяет поставить диагноз выворота матки, в дне которой на широком основании находится подслизистая миома.

Итак, перед нами редкая, но тяжелая и опасная патология, подслизистая родившаяся миома матки и выворот матки.

Каков же генез этой патологии? Для того чтобы произошел выворот матки, необходимо наличие 3 условий: 1) канал шейки должен быть раскрыт, 2) упругость стенок матки должна быть более или менее нарушенной, 3) на дно матки должна действовать по направлению сверху вниз какая-нибудь давящая (снаружи) или влекущая (изнутри) сила. В акушерской практике подобной силой может быть действие руки акушера (например, при выжимании последа по Креде). В гинекологической практике таковой могут быть сокращения матки при рождении подслизистой миомы.

По данным статистики прежних лет (Якуб, 1877 — 1893), среди 244 случаев выворота матки (сборная мировая статистика) вывороты преобладали в акушерской практике. Они составляли 89% всех описанных случаев. Гинекологические вывороты составляли лишь 11%

(27 случаев) всех наблюдений. Во всех этих случаях выворот матки был обусловлен рождением подслизистой миомы матки. Подобный выворот называют онкогенетическим.

Вывороты иного происхождения (вне родового акта и присутствия опухоли матки) описываются как очень редкие, казуистические наблюдения (Н. Кедрова и др.). Причиной их в этих случаях был, например, острый колит, сопровождавшийся сильными тенезмами.

Какой же должна быть терапия больной? Прежде всего необходимо, конечно, вывести ее из состояния болевого шока. Для этого больной назначен постельный режим, согревание, введен 1 мл 2% омнопона.

Какой же способ хирургического лечения больной следует применить? При этом надо решить следующие вопросы: ограничиться ли удалением (отсечением) родившейся подслизистой миомы матки или же, удалив миому, произвести сразу же вправление матки (консервативным или хирургическим путем)?

Принимая во внимание, что выворот матки возник остро и обусловлен рождением крупного узла миомы, безусловно, необходимо удалить миому. Вместе с тем наличие инфекции (налеты на поверхности миомы, повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}$ , учащение пульса) и, наконец, возможность самостоятельного вправления матки после удаления узла миомы — все это побуждает нас ограничиться небольшим вмешательством — отсечением узла миомы. В. Ф. Семенченко описал аналогичное наблюдение. Через месяц после удаления подслизистого узла вывернутая матка самопроизвольно вправилась.

Операцию больной следует произвести как только ее общее состояние улучшится. Задержка с операцией грозит прогрессированием инфекции.

При наблюдении за больной в течение ближайших 2 ч после ее поступления мы установили значительное улучшение ее состояния. За это время были получены данные клинического исследования крови, бактериоскопии мазка с поверхности опухоли и анализа мочи. При исследовании крови установлено: л. 13 000, РОЭ 25 мм в час, сдвиг формулы белой крови влево. При бактериоскопическом исследовании мазка с поверхности опухоли обнаружено много лейкоцитов, кокки и стафило-

кокки. При анализе мочи патологических изменений не обнаружено.

Итак, данные исследования крови в бактериоскопии мазков с поверхности опухоли также говорят в пользу наличия воспалительного процесса половой системы. Основываясь на всем вышесказанном, мы ограничились операцией отсечения опухоли.

В 15 ч, т. е. через 3 ч после поступления больной, было произведено (в операционной, под эфирно-кислородным наркозом) удаление миомы путем пережигания ее основания электроножом. Поверхность вывернутой матки покрыта тампоном, смоченным раствором грамицидина (2 мл 2% раствора были разведены в 200 мл стерильной дистиллированной воды).

Больной назначен постельный режим, ежедневная смена тампонов и эритромицин (ввиду воздействия его на стафилококков) в таблетках 15 250 000 ЕД 4 раза в день.

Самочувствие больной с 21 марта значительно улучшилось. Температура в первые 3 дня после операции повышалась по вечерам до 37,3 — 37,4°, в дальнейшем стала нормальной. Поверхность вывернутой матки стала очищаться. Лечение эритромицином продолжалось до 25 марта, т. е. в течение 6 дней. Вместе с тем, 3-го дня после операции при смене тампонов было отмечено, что матка начала постепенно самостоятельно вправляться. К 28 марта, т. е. на 9-й день после операции, матка самостоятельно вправилась. Это было подтверждено и при осмотре с помощью зеркал и при прямокишечном исследовании. При гистологическом исследовании удаленной опухоли подтвержден диагноз лейомиомы.

2 апреля больная в удовлетворительном состоянии была выписана из клиники. При контрольных осмотрах в мае и июне 1962 г. установлено, что состояние ее удовлетворительное. 3 раза были менструации, продолжавшиеся 4—5 дней, неболезненные и необильные. При гинекологическом исследовании установлено, что матка находится в подвижной ретрофлексии, придатки не пальпируются.

Перейдем теперь к разбору истории второй больной, диагностика заболевания и лечение которой были более сложными.

Больная З., 23 лет, колхозница, поступила в гинекологическую клинику 20 января 1934 г.<sup>1</sup> с жалобами на беспорядочные кровотечения из половых путей. Диагноз в направлении: родившаяся подслизистая миома матки.

**Анамнез.** В детстве росла в трудных материально-бытовых условиях, с 8 лет помогала матери по хозяйству. Болела в детстве корью, скарлатиной, воспалением легких. Отец умер, когда ей было 5 лет. В семье было 6 детей. Матери — 46 лет, здорова.

**Менструальная функция.** Менструации начались с 17 лет, установились через год. Приходили до родов через 4 недели по 4—5 дней, несколько болезненные, обильные. Ввиду длительных беспорядочных кровянистых выделений из влагалища после родов больная не помнит, когда последний раз была нормальная менструация.

**Половая и детородная функция.** Замужем с 18 лет. Мужу — 26 лет, здоров. В первые 2 года после замужества беременность не наступила, хотя никаких мер предохранения от беременности супруги не применяли. На 3-м году замужества, в 1931 г., наступила беременность, которая закончилась 17 января 1932 г. срочными родами доношенным живым плодом. Веса его при рождении мать не знает. Роды произошли самостоятельно, на дому.

**Развитие заболевания.** Сразу после рождения ребенка больная потеряла сознание и пришла в себя (со слов акушерки, которая к ней была вызвана) лишь спустя час. Акушерка настаивала на немедленной госпитализации больной. Однако она отказалась и пролежала в постели 6 недель. Ее систематически посещали акушерка, участковый врач, которые отмечали незначительное повышение температуры, общую слабость, кровянистые, иногда гноевидные выделения из влагалища в небольшом количестве. Ребенка вскармливала грудью. Через 6 недель после родов состояние больной несколько улучшилось, и она начала вставать. Кровянистые выделения из влагалища прекратились, и 4 месяца была аменорея (кормила ребенка грудью до 12 месяцев). Затем возобновились кровянистые выделения из влагалища, которые больная считала менструацией. Эти выделения продолжались 3 недели. Принимала по назначению врача кровоостанавливающие средства. После недельного перерыва возобновилось обильное кровотечение из половых путей, продолжавшееся 10 дней. С того времени и до поступления в клинику больная отмечает беспорядочные кровотечения из половых путей, слабость, головокружение. Неоднократно принимала кровоостанавливающие средства, но без эффекта. Наконец, 20 января 1934 г. больная обратилась в городскую поликлинику и с диагнозом подслизистой родившейся миомы была направлена в гинекологическую клинику.

**Общее обследование.** Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Температура — 36,8°, пульс — 78 ударов в минуту. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст. Больная астенической конституции. Рост — 160 см, вес — 62 кг. Подкожная жировая клетчатка выражена плохо. При аускультации сердца — дующий систо-

<sup>1</sup> Описание столь давнего наблюдения (1934 г.) объясняется его редкостью при современном уровне родовспоможения в нашей стране. — Ред.

лический шум на верхушке его. Границы сердца не изменены. Со стороны органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются. Передняя брюшная стенка дряблая, на ней большое число белых полос. Расхождение прямых мышц живота на 4 см. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

*Гинекологическое исследование.* Молочные железы дряблые, отвислые. Секрет из них не выделяется. Волосистость на лобке по женскому типу. Наружные половые органы без отклонений от нормы. Промежность цела, легко растяжима. Половая щель слегка зияет. Уретра и большие вестибулярные железы без отклонений от нормы.

Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища гиперемирована. Влагалище небольшое, коническое, имеются кровянистые, с примесью гноя выделения. Во влагалище определяется грушевидной формы тело, ярко-красной окраски. На поверхности его небольшие кровоточащие участки, местами — сероватый налет. Нижний полюс этого тела доходит до средней трети влагалища. Верхний полюс охвачен кольцевидным утолщением. Между грушевидным телом и кольцевидным утолщением определяется борозда.

При влагалищном исследовании установлено, что влагалищные своды не смещены. Грушевидное тело, длиною до 8 см, в нижнем полюсе — диаметром до 5 см, в верхнем — около 3 см. Тело матки в малом тазу не определяется. При исследовании через прямую кишку установлено, что в верхнем полюсе тела грушевидной формы, которое определяется во влагалище, имеется углубление, окруженное плотным кольцом. Матка на обычном месте не пальпируется. Придатки не определяются.

Каков же диагноз?

Наличие грушевидного тела во влагалище позволяет высказать два предположения: 1) родившаяся опухоль матки (подслизистая миома, рак, саркома) и 2) выворот матки.

Из анамнеза больной обращают внимание следующие обстоятельства: неблагоприятные условия развития (ранний физический труд, позднее начало менструаций, длительное становление их, возникновение первой беременности на 3-м году супружеской жизни).

Начало и развитие заболевания больная связывает с родами. В 3-м периоде их она внезапно потеряла сознание и долго после родов (6 недель) страдала кровянистыми выделениями из влагалища. В дальнейшем возникли беспорядочные кровянистые (иногда гнойные) выделения из влагалища.

При сопоставлении этих данных анамнеза с результатами гинекологического исследования, диагноз значительно облегчается. Заболевание возникло остро, в 3-м периоде родов, и сопровождалось, очевидно, резкими

болями и кровопотерей, так как больная потеряла сознание. При влагалищном и прямокишечном исследовании мы установили, что матка не определяется на обычном ее месте и вместо нее пальпируется плотное кольцо, с воронкообразным вдавлением, а во влагалище — грушевидное тело, по форме напоминающее матку.

На основании этих данных мы можем поставить диагноз хронического выворота матки, который произошел около 2 лет тому назад, в 3-м периоде родов, самопроизвольно, без всякого внешнего воздействия (например, применения способа Креде). Больная рожала дома, без специальной помощи.

Почему же врач-гинеколог поликлиники допустил серьезную ошибку, поставив диагноз родившейся миомы?

Объяснить эту ошибку можно: 1) редкостью выворота матки, 2) недооценкой данных анамнеза о внезапном начале заболевания, сразу же после рождения ребенка, 3) неполным обследованием больной (не было произведено исследование через прямую кишку, что имеет решающее значение для диагноза: при этом в малом тазу определяют вместо матки плотное кольцо с воронкообразным углублением в центре его. Конечно, при неполном вывороте матки (когда дно ее не выходит во влагалище) правильный диагноз был бы более трудным. Однако и в этих случаях решающее значение имеет вдумчивая оценка анамнеза в сопоставлении с данными прямокишечного исследования.

Каков же механизм выворота матки у больной?

Выворот произошел самопроизвольно, без какого-либо грубого вмешательства. Возникновение его можно понять, если учесть данные о позднем половом созревании, дряблость брюшных стенок, расслабление мышц тазового дна. Очевидно, в родах матка была очень ослаблена и при сильных потугах, не прекратившихся сразу же после рождения ребенка, она самопроизвольно вывернулась. Данные анамнеза говорят весьма убедительно в пользу такой концепции.

Лечение выворота матки может быть консервативным лишь в острых случаях. Только при этих условиях может наступить самопроизвольное вправление матки или же удастся репонировать ее с помощью двуручных приемов (давление на дно матки через влага-



лице с одновременной попыткой фиксировать края шейки через брюшную стенку) или введением кольпейристера. Подобные попытки далеко не всегда эффективны, а иногда и невозможны из-за шока у больной.

Длительность болезни (около 2 лет) у З., плотность матки (тела и шейки) говорят против возможности применения консервативного лечения. Оперативная терапия может быть чрезмерно радикальной (удаление матки) или консервативной (вправление матки после рассечения ее).

Конечно, у больной хирургическое вмешательство должно быть по возможности консервативным, чтобы обеспечить этой молодой женщине сохранение не только менструальной, но и детородной функции. Предварительно необходимо подготовить ее к операции (произвести клиническое исследование крови, мочи, бактериоскопическое исследование мазков с поверхности вывернутой матки). При исследовании крови выявлена гипохромная анемия (Hb 9 г %, эр. 2,5 млн). Клинический анализ мочи не выявил патологических изменений. В мазках с поверхности матки было обнаружено много лейкоцитов, диплококки и кокки.

Исходя из этих данных, мы назначили больной прием железа (в течение 12 дней), переливание крови (250 мл), тампоны во влагалище с риванолом (раствор 1 : 2000).

Состояние больной за 14 дней пребывания в клинике значительно улучшилось: она стала бодрее, крепче. При повторном исследовании крови 1 февраля было установ-

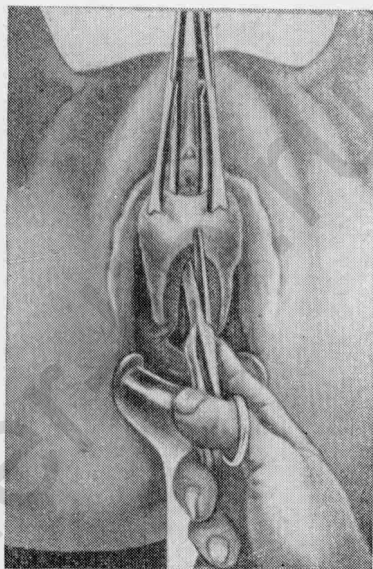


Рис. 36. Операция Дюре — Кюстнера — Фрессен. После задней кольпотомии задняя стенка вывернутой матки рассекается по средней линии от шейки до дна.

лено повышение гемоглобина до 14 г% и увеличение числа эритроцитов до 4 млн. При осмотре с помощью зеркал на 12-й день после поступления (2 февраля) налетов на поверхности матки не обнаружено.

3 февраля под эфирным наркозом была произведена операция Дюре — Кюстнера (Küstner — Duret) (рис. 36,



Рис. 37. Вправление рассеченной матки.

37, 38). Перед операцией тщательно дезинфицировали спиртом и настойкой йода наружные половые органы, влагалище и слизистую вывернутой матки. На углы матки, у дна ее, наложены двузубчатые щипцы. Мюзо и матка подтянута кпереди. Поперечным разрезом вскрыт задний слой влагалища и брюшина маточно - прямокишечного углубления. В образовавшееся отверстие введен указательный палец левой руки и матка рассечена по средней линии от шейки до дна (см. рис. 36). Затем произведено вправление матки (см. рис. 37). Переднюю стенку матки фиксировали большими пальцами, а остальными, захватив края разреза, вывернули их. Стенку матки зашили в 2 этажа узловатыми кетгутowymi швами. После этого матку вправили через кольпотомное отверстие в брюшную полость. В конце операции через вскрытый задний свод ввели дренажную трубку (см. рис. 38).

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Дренаж был удален на 5-й день. С 25-го дня после операции у больной начались менструации, продолжавшиеся 4 дня, довольно обильные, безболезненные. 9 марта больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. При осмотре перед выпиской

установлено, что шейка матки правильной цилиндрической формы, зев в виде поперечной щели. На задней губе шейки в заднем своде влагалища линейные рубцы. Матка в антефлексии, нормальной величины, подвижна, в ретропозиции. Придатки не пальпируются.

При наблюдении в течение последующих 6 месяцев установлено, что менструации приходят через 4 недели по 4—5 дней, довольно обильные, безболезненные.

Итак, в этой лекции мы разобрали историю болезни двух женщин, страдавших довольно редкой патологией, — выворотом матки. У первой больной это произошло вследствие рождения большой подслизистой миомы на широкой ножке. Заболевание возникло внезапно, и больная была доставлена в клинику в состоянии шока сразу же после рождения миомы и выворота матки. Данные анамнеза и осмотра больной позволили легко установить диагноз, так как выворот возник остро. Это наблюдение очень поучительно, так как еще раз подтверждает необходимость срочной операции у каждой больной (независимо от характера болезненных симптомов) с субмукозной миомой. Кроме того, история этой больной учит нас, что при остром онкогенетическом вывороте может произойти самопроизвольное вправление матки после удаления опухоли.

История второй больной показывает, какие серьезные диагностические ошибки могут быть допущены врачом (диагноз рождающейся подслизистой миомы матки вместо выворота матки) при недооценке данных анамнеза и недостаточном обследовании больной. Разбор этой истории болезни показывает также, что консерва-

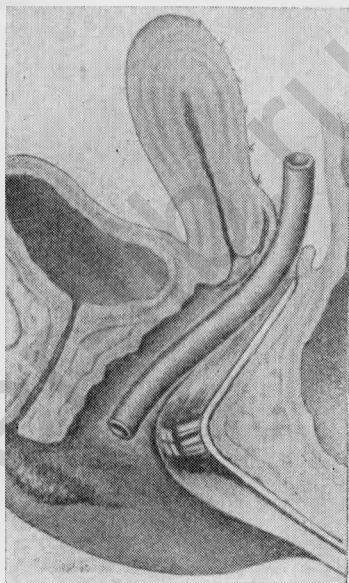


Рис. 38. Матка зашита, вправлена в брюшную полость; введен дренаж.

тивная операция Дюре — Кюстнера позволяет полностью восстановить нормальное положение матки, менструальную и детородную функции женщины, даже и при хроническом вывороте матки.

Профилактика этого грозного осложнения заключается в реализации систематических мероприятий по охране здоровья детей (выворот был обусловлен общими нарушениями развития), а также в проведении профилактических медицинских осмотров всех женщин, ранней диагностике опухолей и своевременном соответствующем лечении.

akusher-lib.ru

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
Лекция I. Ювенильное (маточное) кровотечение. Персистенция фолликула . . . . .	5
Лекция II. Дисфункциональное маточное кровотечение. Атрезия фолликула . . . . .	22
Лекция III. Персистенция фолликула. Геморрагическая метропатия . . . . .	32
Лекция IV. Персистенция желтого тела . . . . .	42
Лекция V. Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде жизни женщины. Персистенция фолликула. Геморрагическая метропатия . . . . .	48
Лекция VI. Предменструальный синдром . . . . .	58
Лекция VII. Преждевременное половое созревание . . . . .	67
Лекция VIII. Позднее половое созревание . . . . .	74
Лекция IX. Позднее половое созревание . . . . .	78
Лекция X. Врожденный аденогенитальный синдром . . . . .	88
Лекция XI. Атрезия канала шейки матки. Аменорея (ложная) . . . . .	103
Лекция XII. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихана). Патологическая галакторея (синдром Киари — Фроммеля) . . . . .	109
Лекция XIII. Климактерический синдром . . . . .	121
Лекция XIV. Синдром поликистозных яичников . . . . .	129
Лекция XV. Гранулезоклеточная опухоль яичника . . . . .	139
Лекция XVI. Арренобластома яичника . . . . .	147
Лекция XVII. Дисгерминома яичника . . . . .	155
Лекция XVIII. Фиброма яичника . . . . .	163
Лекция XIX. Псевдомуцинозная киста яичника . . . . .	172
Лекция XX. Рак яичников . . . . .	179
Лекция XXI. Первичный рак маточной трубы . . . . .	190
Лекция XXII. Хорионэпителиома матки . . . . .	196
Лекция XXIII. Внутренний эндометриоз. Эндометриоз матки . . . . .	206
Лекция XXIV. Наружный эндометриоз. Эндометриоз труб и яичников . . . . .	216
Лекция XXV. Наружный эндометриоз. Эндометриоз маточных труб и брюшины прямокишечно-маточного углубления . . . . .	227

Лекция XXVI. Эндометриоз в послеоперационном рубце передней брюшной стенки (экстрагенитальный). Эндометриоз задней стенки влагалища	233
Лекция XXVII. Трихомоноз. Трихомонадный кольпит, эндоцервицит и уретрит	241
Лекция XXVIII. Острое воспаление матки и ее придатков, пельвиперитонит септической этиологии	249
Лекция XXIX. Туберкулез матки и ее придатков	262
Лекция XXX. Туберкулез матки и ее придатков (продолжение)	269
Лекция XXXI. Туберкулез матки. Аменорея (первичная)	278
Лекция XXXII. Туберкулез шейки матки	283
Лекция XXXIII. Неправильные положения внутренних половых органов женщины. Подвижная ретрофлексия матки	290
Лекция XXXIV. Фиксированная ретрофлексия матки	302
Лекция XXXV. Выпадение стенок влагалища. Неполное выпадение матки. Цистоцеле. Ректоцеле. Операция укорочения кардинальных связок матки. Передняя кольпография. Кольпоперинеорафия	311
Лекция XXXVI. Выворот матки (онкогенетический и пuerпeральный)	320